中医協　総－５
６．１．２６

個別改定項目について

Ⅰ　現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進

Ⅰ－１　医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組

①　賃上げに向けた評価の新設　　※　今回は資料なし
②　入院基本料等の見直し
③　初再診料等の評価の見直し
④　歯科医療における初再診料等の評価の見直し
⑤　地域医療に貢献する薬局の体制確保に係る調剤基本料等の見直し

Ⅰ－２　各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、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

①　医師事務作業補助体制加算の見直し
②　特定集中治療室管理料等の見直し
③　入院中の薬物療法の適正化に対する取組の推進
④　薬剤師の養成強化による病棟薬剤業務の向上
⑤　外来腫瘍化学療法診療料の見直し

Ⅰ－３　業務の効率化に資する ICT の利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価

①　ICT、AI、IoT 等の活用による業務負担軽減の取組の推進
②　医療機関・薬局における事務等の簡素化・効率化

Ⅰ－４　地域医療の確保及び機能分化を図る観点から、労働時間短縮の実効性担保に向けた見直しを含め、必要な救急医療体制等の確保

①　地域医療体制確保加算の見直し
②　勤務医の働き方改革の取組の推進

Ⅰ－５　多様な働き方を踏まえた評価の拡充

①　特定集中治療室管理料等の見直し
②　看護補助体制充実加算に係る評価の見直し
③　感染対策向上加算等における専従要件の明確化
④　ICT、AI、IoT 等の活用による業務負担軽減の取組の推進
⑤　訪問看護ステーションにおける持続可能な 24 時間対応体制確保の推進

Ⅰ－６　医療人材及び医療資源の偏在への対応

①　時間外対応加算の見直し
②　特定集中治療室管理料等の見直し
③　超急性期脳卒中加算の見直し

④　脳梗塞の患者に対する血栓回収療法における遠隔連携の評価
⑤　DPC／PDPS の見直し
⑥　医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し
⑦　医療資源の少ない地域の対象地域の見直し

Ⅱ　ポスト 2025 を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進や医療 DX を含めた医療機能の分化・強化、連携の推進

Ⅱ－１　医療 DX の推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進
①　医療情報・システム基盤整備体制充実加算の見直し
②　医療 DX 推進体制整備加算の新設
③　在宅医療における医療 DX の推進
④　訪問看護医療 DX 情報活用加算の新設
⑤　救急時医療情報閲覧機能の導入の推進
⑥　へき地診療所等が実施する D to P with N の推進
⑦　難病患者の治療に係る遠隔連携診療料の見直し
⑧　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料における情報通信機器を用いた診療に係る評価の新設
⑨　小児特定疾患カウンセリング料の見直し
⑩　情報通信機器を用いた通院精神療法に係る評価の新設
⑪　情報通信機器を用いた歯科診療に係る評価の新設
⑫　歯科遠隔連携診療料の新設
⑬　超急性期脳卒中加算の見直し
⑭　脳梗塞の患者に対する血栓回収療法における遠隔連携の評価
⑮　診療録管理体制加算の見直し
⑯　プログラム医療機器の使用に係る指導管理の評価
⑰　診療報酬における書面要件の見直し
⑱　書面掲示事項のウェブサイトへの掲載
⑲　医療機関・薬局における事務等の簡素化・効率化

Ⅱ－２　生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組
①　地域で救急患者等を受け入れる病棟の評価
②　介護保険施設入所者の病状の急変時の適切な入院受入れの推進
③　医療機関と介護保険施設の連携の推進
④　介護保険施設及び障害者支援施設における医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し

⑤　リハビリテーションに係る医療・介護情報連携の推進
⑥　退院時におけるリハビリテーションに係る医療・介護連携の推進
⑦　就労支援に係る医療機関と障害福祉サービスの連携の推進
⑧　入退院支援加算１・２の見直しについて
⑨　在宅療養指導料の見直し
⑩　認知症ケア加算の見直し
⑪　入院基本料等の見直し
⑫　地域包括ケア病棟入院料の評価の見直し
⑬　地域包括ケア病棟の施設基準の見直し
⑭　有床診療所における医療・介護・障害連携の推進
⑮　リハビリテーションに係る医療・介護・障害福祉サービス連携の推進

Ⅱ－３　リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進
①　急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進
②　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
③　疾患別リハビリテーション料の実施者別区分の創設
④　呼吸器リハビリテーション料の見直し
⑤　療養病棟入院基本料の見直し
⑥　入院基本料等の見直し
⑦　医療と介護における栄養情報連携の推進
⑧　回復期等の患者に対する口腔機能管理の推進

Ⅱ－４　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
①　急性期充実体制加算の見直し
②　総合入院体制加算の見直し
③　急性期一般入院料１における平均在院日数の基準の見直し
④　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目及び施設基準の見直し
⑤　特定集中治療室管理料等の見直し
⑥　ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の見直し
⑦　重症度、医療・看護必要度Ⅱの要件化
⑧　重症患者対応体制強化加算の要件の見直し
⑨　短期滞在手術等基本料の評価の見直し
⑩　地域で救急患者等を受け入れる病棟の評価
⑪　主としてケアを担う看護補助者の評価の新設
⑫　地域包括ケア病棟の在宅患者支援病床初期加算の見直し

⑬　回復期リハビリテーション病棟入院料の評価及び要件の見直し
⑭　療養病棟入院基本料の見直し
⑮　有床診療所療養病床入院基本料の施設基準の見直し
⑯　児童・思春期精神科入院医療管理料における不適切な養育等が疑われる小児患者に対する支援体制の評価の新設
⑰　障害者施設等入院基本料等の患者割合に係る要件の見直し
⑱　障害者施設等入院基本料等の見直し
⑲　緩和ケア病棟における在宅療養支援の充実
⑳　医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し
㉑　医療資源の少ない地域の対象地域の見直し
㉒　DPC／PDPS の見直し
㉓　血友病患者の治療の評価の見直し

Ⅱ－５　外来医療の機能分化・強化等
①　生活習慣病に係る医学管理料の見直し
②　特定疾患処方管理加算の見直し
③　地域包括診療料等の見直し

Ⅱ－６　新興感染症等に対応できる地域における医療提供体制の構築に向けた取組
①　感染対策向上加算の見直し
②　外来感染対策向上加算の見直し
③　感染症の入院患者に対する感染対策及び個室管理の評価
④　サーベイランス強化加算等の見直し
⑤　新興感染症等に対応可能な歯科医療提供体制の構築
⑥　連携強化加算（調剤基本料）の見直し
⑦　新興感染症等に対応した在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の見直し

Ⅱ－７　かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価
①　地域包括診療料等の見直し
②　時間外対応加算の見直し
③　小児かかりつけ診療料の見直し
④　継続的・定期的な口腔管理による歯科疾患の重症化予防の取組の推進
⑤　かかりつけ薬剤師指導料の見直し
⑥　服薬管理指導料の特例（かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合）の見直し
⑦　薬学的なフォローアップに関する評価の見直し

Ⅱ－８　質の高い在宅医療・訪問看護の確保

① 介護保険施設入所者の病状の急変時の適切な往診の推進
② 地域における 24 時間の在宅医療提供体制の構築の推進
③ 往診に関する評価の見直し
④ 在宅医療における ICT を用いた医療情報連携の推進
⑤ 在宅療養移行加算の見直し
⑥ 在宅における注射による麻薬の投与に係る評価の新設
⑦ 在宅における質の高い緩和ケアの提供の推進
⑧ 在宅ターミナルケア加算等の見直し
⑨ 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見直し
⑩ 在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院における訪問栄養食事指導の推進
⑪ 包括的支援加算の見直し
⑫ 訪問診療の頻度が高い医療機関の在宅患者訪問診療料の見直し
⑬ 頻回訪問加算の見直し
⑭ 訪問看護ステーションにおける管理者の責務の明確化
⑮ 虐待防止措置及び身体的拘束等の適正化の推進
⑯ 訪問看護ステーションの機能に応じた訪問看護管理療養費の見直し
⑰ 訪問看護ステーションにおける持続可能な 24 時間対応体制確保の推進
⑱ 緊急訪問看護加算の評価の見直し
⑲ 医療ニーズの高い利用者の退院支援の見直し
⑳ 母子に対する適切な訪問看護の推進
㉑ 訪問看護療養費明細書の電子化に伴う訪問看護指示書の記載事項及び様式見直し
㉒ 訪問看護医療ＤＸ情報活用加算の新設
㉓ ICT を活用した遠隔死亡診断の補助に対する評価の新設
㉔ 質の高い在宅歯科医療の提供の推進
㉕ 訪問歯科衛生指導の推進
㉖ 小児に対する歯科訪問診療の推進
㉗ 入院患者の栄養管理等における歯科専門職の連携の推進
㉘ 多様な在宅ニーズに対応した薬局の高度な薬学的管理に係る体制評価の見直し
㉙ 在宅医療における薬学的管理に係る評価の新設
㉚ 医療用麻薬における無菌製剤処理加算の要件の見直し
㉛ 高齢者施設における薬学的管理に係る評価の見直し

Ⅲ　安心・安全で質の高い医療の推進

Ⅲ－１　食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰を踏まえた対応

①　入院時の食費の基準の見直し

Ⅲ－２　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

①　一般不妊治療管理料及び胚凍結保存管理料の見直し
②　外来腫瘍化学療法診療料の見直し
③　遺伝学的検査の見直し
④　抗 HLA 抗体検査の算定要件の見直し
⑤　人工腎臓に係る導入期加算の見直し
⑥　入院基本料等の見直し
⑦　看護補助体制充実加算に係る評価の見直し
⑧　医療安全対策の推進
⑨　手術等の医療技術の適切な評価
⑩　質の高い臨床検査の適切な評価
⑪　医療機関・訪問看護ステーションにおける明細書発行の推進
⑫　新興感染症等に対応可能な歯科医療提供体制の構築

Ⅲ－３　アウトカムにも着目した評価の推進

①　データ提出加算及びデータ提出加算に係る届出を要件とする入院料の見直し
②　回復期リハビリテーション病棟の評価及び要件の見直し
③　回復期リハビリテーション病棟における運動器リハビリテーション料の算定単位数の見直し

Ⅲ－４　重点的な対応が求められる分野への適切な評価（小児医療、周産期医療、救急医療等）

Ⅲ－４－１　高齢者の救急医療の充実及び適切な搬送の促進

①　初期診療後の救急患者の転院搬送に対する評価
②　救急医療管理加算の見直し

Ⅲ－４－２　小児医療、周産期医療の充実

①　新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料の新設
②　小児特定疾患カウンセリング料の見直し
③　小児緩和ケア診療加算の新設
④　小児かかりつけ診療料の見直し
⑤　小児特定集中治療室管理料における算定上限日数の見直し
⑥　小児抗菌薬適正使用支援加算及び小児科外来診療料の見直し
⑦　医療的ケア児（者）に対する入院前支援の評価の新設

⑧　入退院支援加算３の見直し
⑨　一般病棟と一体的に運用する小児入院医療管理料３の見直し
⑩　小児入院医療管理料における保育士・看護補助者の評価の新設
⑪　母体・胎児集中治療室管理料の見直し
⑫　ハイリスク妊娠管理加算の見直し

Ⅲ－４－３　質の高いがん医療及び緩和ケアの評価
①　がん性疼痛緩和指導管理料の見直し
②　緩和ケア病棟における在宅療養支援の充実
③　在宅における注射による麻薬の投与に係る評価の新設
④　在宅における質の高い緩和ケアの提供の推進
⑤　小児緩和ケア診療加算の新設
⑥　外来腫瘍化学療法診療料の見直し
⑦　がん拠点病院加算の見直し

Ⅲ－４－４　認知症の者に対する適切な医療の評価
①　入院基本料等の見直し
②　認知症ケア加算の見直し
③　地域包括診療料等の見直し
④　認知症患者に対するかかりつけ歯科医と医師等との連携による歯科医療の推進

Ⅲ－４－５　地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価
①　精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に向けた重点的な支援を提供する病棟の評価の新設
②　地域移行機能強化病棟入院料の継続と要件の見直し
③　精神科入退院支援加算の新設
④　療養生活環境整備指導加算及び療養生活継続支援加算の見直し
⑤　通院・在宅精神療法の見直し及び早期診療体制充実加算の新設
⑥　児童思春期支援指導加算の新設
⑦　心理支援加算の新設
⑧　精神科在宅患者支援管理料の見直し

Ⅲ－４－６　難病患者に対する適切な医療の評価
①　難病患者の治療に係る遠隔連携診療料の見直し
②　遺伝学的検査の見直し

Ⅲ－５　生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進

① 生活習慣病に係る医学管理料の見直し
② 特定疾患処方管理加算の見直し
③ 地域包括診療料等の見直し
④ 慢性腎臓病の透析予防指導管理の評価の新設
⑤ 薬学的なフォローアップに関する評価の見直し

Ⅲ－６ 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進

① 医科歯科連携の推進
② 回復期等の患者に対する口腔機能管理の推進
③ 歯科疾患に対する周術期等口腔機能管理の見直し
④ 医歯薬連携の推進
⑤ ライフステージに応じた口腔機能管理の推進
⑥ 客観的な評価に基づく歯科医療や口腔機能管理の推進
⑦ 認知症患者に対するかかりつけ歯科医と医師等との連携による歯科医療の推進
⑧ かかりつけ歯科医と学校関係者等の連携の促進
⑨ 歯科治療環境への適応が困難な患者に対する評価の見直し
⑩ う蝕の重症化予防の推進
⑪ 歯周病の重症化予防の推進
⑫ 歯科衛生士による実地指導の推進
⑬ 情報通信機器を用いた歯科診療に係る評価の新設
⑭ 歯科遠隔連携診療料の新設
⑮ 歯科固有の技術の評価の見直し

Ⅲ－７ 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病院薬剤師業務の評価

① 薬局薬剤師の業務実態及び多職種連携のニーズに応じた薬学管理料の見直し
② 薬学的なフォローアップに関する評価の見直し
③ 薬局における嚥下困難者製剤加算及び自家製剤加算の薬剤調製に係る評価の見直し
④ 外来腫瘍化学療法診療料の見直し
⑤ 入院中の薬物療法の適正化に対する取組の推進
⑥ 薬剤師の養成強化による病棟薬剤業務の向上

Ⅲ－８ 薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進

① 調剤基本料の見直し
② 地域支援体制加算の見直し
③ 休日・深夜加算の見直し
④ いわゆる同一敷地内薬局に関する評価の見直し
⑤ 連携強化加算（調剤基本料）の見直し

Ⅲ－９　医薬品産業構造の転換も見据えた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

① 長期収載品の保険給付の在り方の見直し
② 医薬品取引状況に係る報告の見直し
③ プログラム医療機器についての評価療養の新設

Ⅳ　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

Ⅳ－１　後発医薬品やバイオ後続品の使用促進、長期収載品の保険給付の在り方の見直し等

① 医療 DX 及び医薬品の安定供給に資する取組の推進に伴う処方等に係る評価の再編
② バイオ後続品の使用促進
③ 長期収載品の保険給付の在り方の見直し
④ 再製造単回使用医療機器の使用に対する評価
⑤ プログラム医療機器の使用に係る指導管理の評価

Ⅳ－２　費用対効果評価制度の活用

Ⅳ－３　市場実勢価格を踏まえた適正な評価

① 実勢価格等を踏まえた検体検査等の評価の適正化
② 人工腎臓の評価の見直し
③ 検査、処置及び麻酔の見直し

Ⅳ－４　医療 DX の推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進

Ⅳ－５　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

Ⅳ－６　外来医療の機能分化・強化等

Ⅳ－７　生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進

Ⅳ－８　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

① 入院中の薬物療法の適正化に対する取組の推進
② 医療 DX 及び医薬品の安定供給に資する取組の推進に伴う処方等に係る評価の再編

③　投薬用の容器に関する取扱いの見直し

Ⅳ－９　薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進

【Ｉ－１　医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組－②】

②　入院基本料等の見直し

第１　基本的な考え方

40 歳未満の勤務医師、事務職員等の賃上げに資する措置として、入院基本料等の評価を見直す。

あわせて、退院後の生活を見据え、入院患者の栄養管理体制の充実を図る観点から、栄養管理体制の基準を明確化する。

また、人生の最終段階における適切な意思決定支援を推進する観点から、当該支援に係る指針の作成を要件とする。

さらに、医療機関における身体的拘束を最小化する取組を強化するため、医療機関において組織的に身体的拘束を最小化する体制の整備を求める。

第２　具体的な内容

１．入院基本料等の評価を見直す。

	改定後 点数	現行 点数
【一般病棟入院基本料】		
１　急性期一般入院基本料		
イ　急性期一般入院料１	●●点	1,650 点
ロ　急性期一般入院料２	●●点	1,619 点
ハ　急性期一般入院料３	●●点	1,545 点

	改定後 点数	現行 点数
ニ　急性期一般入院料４	●●点	1,440 点
ホ　急性期一般入院料５	●●点	1,429 点
ヘ　急性期一般入院料６	●●点	1,382 点
２　地域一般入院基本料		
イ　地域一般入院料１	●●点	1,159 点
ロ　地域一般入院料２	●●点	1,153 点
ハ　地域一般入院料３	●●点	988 点
特別入院基本料	●●点	607 点
【結核病棟入院基本料】		
１　７対１入院基本料	●●点	1,654 点
２　10 対１入院基本料	●●点	1,385 点
３　13 対１入院基本料	●●点	1,165 点
４　15 対１入院基本料	●●点	998 点
５　18 対１入院基本料	●●点	854 点
６　20 対１入院基本料	●●点	806 点

	改定後 点数	現行 点数
特別入院基本料	●●点	581 点
【精神病棟入院基本料】		
１　10 対１入院基本料	●●点	1,287 点
２　13 対１入院基本料	●●点	958 点
３　15 対１入院基本料	●●点	830 点
４　18 対１入院基本料	●●点	740 点
５　20 対１入院基本料	●●点	685 点
特別入院基本料	●●点	561 点
【特定機能病院入院基本料】		
１　一般病棟の場合		
イ　７対１入院基本料	●●点	1,718 点
ロ　10 対１入院基本料	●●点	1,438 点
２　結核病棟の場合		
イ　７対１入院基本料	●●点	1,718 点

	改定後 点数	現行 点数
ロ　10対１入院基本料	●●点	1,438点
ハ　13対１入院基本料	●●点	1,210点
ニ　15対１入院基本料	●●点	1,037点
３　精神病棟の場合		
イ　７対１入院基本料	●●点	1,450点
ロ　10対１入院基本料	●●点	1,373点
ハ　13対１入院基本料	●●点	1,022点
ニ　15対１入院基本料	●●点	933点
【専門病院入院基本料】		
１　７対１入院基本料	●●点	1,667点
２　10対１入院基本料	●●点	1,396点
３　13対１入院基本料	●●点	1,174点
【障害者施設等入院基本料】		
１　７対１入院基本料	●●点	1,615点
２　10対１入院基本料	●●点	1,356点

	改定後 点数	現行 点数
３　13 対１入院基本料	●●点	1,138 点
４　15 対１入院基本料	●●点	995 点
特定入院基本料	●●点	969 点
注６　当該病棟に入院する重度の意識障害（脳卒中の後遺症であるものに限る。）の患者であって、医療区分２の患者又は医療区分１の患者に相当するものについて		
イ　７対１入院基本料又は 10 対１入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合		
(1)　医療区分２の患者に相当するもの	●●点	1,496 点
(2)　医療区分１の患者に相当するもの	●●点	1,358 点
ロ　13 対１入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合		
(1)　医療区分２の患者に相当するもの	●●点	1,343 点
(2)　医療区分１の患者に相当するもの	●●点	1,206 点
ハ　15 対１入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合		

	改定後 点数	現行 点数
(1)　医療区分２の患者に相当するもの	●●点	1,244 点
(2)　医療区分１の患者に相当するもの	●●点	1,107 点
注 12　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、医療区分２の患者又は医療区分１の患者に相当するものについて		
イ　７対１入院基本料又は 10 対１入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合		
(1)　医療区分２の患者に相当するもの	●●点	1,345 点
(2)　医療区分１の患者に相当するもの	●●点	1,221 点
ロ　13 対１入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合		
(1)　医療区分２の患者に相当するもの	●●点	1,207 点
(2)　医療区分１の患者に相当するもの	●●点	1,084 点
ハ　15 対１入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合		
(1)　医療区分２の患者に相当するもの	●●点	1,118 点

	改定後 点数	現行 点数
(2)　医療区分１の患者に相当するもの	●●点	995 点
【有床診療所入院基本料】		
1　有床診療所入院基本料１		
イ　14 日以内の期間	●●点	917 点
ロ　15 日以上 30 日以内の期間	●●点	712 点
ハ　31 日以上の期間	●●点	604 点
2　有床診療所入院基本料２		
イ　14 日以内の期間	●●点	821 点
ロ　15 日以上 30 日以内の期間	●●点	616 点
ハ　31 日以上の期間	●●点	555 点
3　有床診療所入院基本料３		
イ　14 日以内の期間	●●点	605 点
ロ　15 日以上 30 日以内の期間	●●点	567 点

	改定後 点数	現行 点数
ハ　31 日以上の期間	●●点	534 点
４　有床診療所入院基本料４		
イ　14 日以内の期間	●●点	824 点
ロ　15 日以上 30 日以内の期間	●●点	640 点
ハ　31 日以上の期間	●●点	542 点
５　有床診療所入院基本料５		
イ　14 日以内の期間	●●点	737 点
ロ　15 日以上 30 日以内の期間	●●点	553 点
ハ　31 日以上の期間	●●点	499 点
６　有床診療所入院基本料６		
イ　14 日以内の期間	●●点	543 点
ロ　15 日以上 30 日以内の期間	●●点	509 点
ハ　31 日以上の期間	●●点	480 点
【有床診療所療養病床入院基本料】		

	改定後 点数	現行 点数
１　入院基本料Ａ	●●点	1,057 点
（生活療養を受ける場合）	●●点	1,042 点
２　入院基本料Ｂ	●●点	945 点
（生活療養を受ける場合）	●●点	929 点
３　入院基本料Ｃ	●●点	827 点
（生活療養を受ける場合）	●●点	813 点
４　入院基本料Ｄ	●●点	653 点
（生活療養を受ける場合）	●●点	638 点
５　入院基本料Ｅ	●●点	564 点
（生活療養を受ける場合）	●●点	549 点
特別入院基本料	●●点	488 点
（生活療養を受ける場合）	●●点	473 点
【救命救急入院料】		
１　救命救急入院料１		
イ　３日以内の期間	●●点	10,223 点

	改定後 点数	現行 点数
ロ　４日以上７日以内の期間	●●点	9,250 点
ハ　８日以上 14 日以内の期間	●●点	7,897 点
２　救命救急入院料２		
イ　３日以内の期間	●●点	11,802 点
ロ　４日以上７日以内の期間	●●点	10,686 点
ハ　８日以上 14 日以内の期間	●●点	9,371 点
３　救命救急入院料３		
イ　救命救急入院料		
(1)　３日以内の期間	●●点	10,223 点
(2)　４日以上７日以内の期間	●●点	9,250 点
(3)　８日以上 14 日以内の期間	●●点	7,897 点
ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料		
(1)　３日以内の期間	●●点	10,223 点
(2)　４日以上７日以内の期間	●●点	9,250 点

	改定後 点数	現行 点数
(3)　８日以上 60 日以内の期間	●●点	8,318 点
４　救命救急入院料４		
イ　救命救急入院料		
(1)　３日以内の期間	●●点	11,802 点
(2)　４日以上７日以内の期間	●●点	10,686 点
(3)　８日以上 14 日以内の期間	●●点	9,371 点
ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料		
(1)　３日以内の期間	●●点	11,802 点
(2)　４日以上７日以内の期間	●●点	10,686 点
(3)　８日以上 14 日以内の期間	●●点	9,371 点
(4)　15 日以上 60 日以内の期間	●●点	8,318 点
【ハイケアユニット入院医療管理料】		
１　ハイケアユニット入院医療管理料１	●●点	6,855 点
２　ハイケアユニット入院医療管理料２	●●点	4,224 点

	改定後 点数	現行 点数
【脳卒中ケアユニット入院医療管理料】	●●点	6,013 点
【小児特定集中治療室管理料】		
1　７日以内の期間	●●点	16,317 点
2　８日以上 14 日以内の期間	●●点	14,211 点
【新生児特定集中治療室管理料】		
1　新生児特定集中治療室管理料１	●●点	10,539 点
2　新生児特定集中治療室管理料２	●●点	8,434 点
【総合周産期特定集中治療室管理料】		
1　母体・胎児集中治療室管理料	●●点	7,381 点
2　新生児集中治療室管理料	●●点	10,539 点
【新生児治療回復室入院医療管理料】	●●点	5,697 点
【一類感染症患者入院管理料】		
1　14 日以内の期間	●●点	9,371 点
2　15 日以上の期間	●●点	8,108 点

	改定後 点数	現行 点数
【特殊疾患入院医療管理料】		
特殊疾患入院医療管理料	●●点	2,070 点
注４　当該病室に入院する重度の意識障害（脳卒中の後遺症であるものに限る。）の患者であって、医療区分２の患者又は医療区分１の患者に相当するものについて		
イ　医療区分２の患者に相当するもの	●●点	1,909 点
ロ　医療区分１の患者に相当するもの	●●点	1,743 点
注６　当該病室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、医療区分２の患者又は医療区分１の患者に相当するものについて		
イ　医療区分２の患者に相当するもの	●●点	1,717 点
ロ　医療区分１の患者に相当するもの	●●点	1,569 点
【小児入院医療管理料】		
１　小児入院医療管理料１	●●点	4,750 点

	改定後 点数	現行 点数
２　小児入院医療管理料２	●●点	4,224 点
３　小児入院医療管理料３	●●点	3,803 点
４　小児入院医療管理料４	●●点	3,171 点
５　小児入院医療管理料５	●●点	2,206 点
【特殊疾患病棟入院料】		
１　特殊疾患病棟入院料１	●●点	2,070 点
２　特殊疾患病棟入院料２	●●点	1,675 点
注４　当該病棟に入院する重度の意識障害（脳卒中の後遺症であるものに限る。）の患者であって、医療区分２の患者又は医療区分１の患者に相当するものについて		
イ　特殊疾患病棟入院料１の施設基準を届け出た病棟に入院している場合		
(1)　医療区分２の患者に相当するもの	●●点	1,910 点
(2)　医療区分１の患者に相当するもの	●●点	1,745 点
ロ　特殊疾患病棟入院料２の施設基準を届け出た病棟に入院している場合		

	改定後 点数	現行 点数
(1)　医療区分２の患者に相当するもの	●●点	1,657 点
(2)　医療区分１の患者に相当するもの	●●点	1,491 点
注６　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、医療区分２の患者又は医療区分１の患者に相当するものについて		
イ　特殊疾患病棟入院料１の施設基準を届け出た病棟に入院している場合		
(1)　医療区分２の患者に相当するもの	●●点	1,717 点
(2)　医療区分１の患者に相当するもの	●●点	1,569 点
ロ　特殊疾患病棟入院料２の施設基準を届け出た病棟に入院している場合		
(1)　医療区分２の患者に相当するもの	●●点	1,490 点
(2)　医療区分１の患者に相当するもの	●●点	1,341 点
【緩和ケア病棟入院料】		
１　緩和ケア病棟入院料１		
イ　30 日以内の期間	●●点	5,107 点

	改定後 点数	現行 点数
ロ　31 日以上 60 日以内の期間	●●点	4,554 点
ハ　61 日以上の期間	●●点	3,350 点
2　緩和ケア病棟入院料２		
イ　30 日以内の期間	●●点	4,870 点
ロ　31 日以上 60 日以内の期間	●●点	4,401 点
ハ　61 日以上の期間	●●点	3,298 点
【精神科救急急性期医療入院料】		
1　30 日以内の期間	●●点	2,400 点
2　31 日以上 60 日以内の期間	●●点	2,100 点
3　61 日以上 90 日以内の期間	●●点	1,900 点
【精神科急性期治療病棟入院料】		
1　精神科急性期治療病棟入院料１		
イ　30 日以内の期間	●●点	2,000 点
ロ　31 日以上 60 日以内の期間	●●点	1,700 点

	改定後 点数	現行 点数
ハ　61 日以上 90 日以内の期間	●●点	1,500 点
2　精神科急性期治療病棟入院料２		
イ　30 日以内の期間	●●点	1,885 点
ロ　31 日以上 60 日以内の期間	●●点	1,600 点
ハ　61 日以上 90 日以内の期間	●●点	1,450 点
【精神科救急・合併症入院料】		
1　30 日以内の期間	●●点	3,600 点
2　31 日以上 60 日以内の期間	●●点	3,300 点
3　61 日以上 90 日以内の期間	●●点	3,100 点
【児童・思春期精神科入院医療管理料】	●●点	2,995 点
【精神療養病棟入院料】	●●点	1,091 点
【認知症病棟入院料】		
1　認知症治療病棟入院料１		

	改定後 点数	現行 点数
イ　30 日以内の期間	●●点	1,811 点
ロ　31 日以上 60 日以内の期間	●●点	1,503 点
ハ　61 日以上の期間	●●点	1,204 点
２　認知症治療病棟入院料２		
イ　30 日以内の期間	●●点	1,318 点
ロ　31 日以上 60 日以内の期間	●●点	1,112 点
ハ　61 日以上の期間	●●点	988 点
【特定一般病棟入院料】		
１　特定一般病棟入院料１	●●点	1,152 点
２　特定一般病棟入院料２	●●点	987 点
【地域移行機能強化病棟入院料】	●●点	1,539 点
【特定機能病院リハビリテーション病棟入院料】	●●点	2,129 点
（生活療養を受ける場合）	●●点	2,115 点

※　療養病棟入院基本料、特定集中治療室管理料、地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料、特定一般入院料（注 7 の点数を算定する場合に限る。）及び短期滞在手術等基本料については各短冊を参照。

２．入院料の施設基準における栄養管理体制の基準に、標準的な栄養評価手法の活用及び退院時も含めた定期的な栄養状態の評価を栄養管理手順に位置づけることを明確化する。

３．小児入院医療管理料等を算定する病棟のみを有する保険医療機関以外の入院基本料及び特定入院料を算定している医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた適切な意思決定支援に係る指針を作成していることを要件とする。また、既に当該指針の作成が要件となっている入院料等の施設基準については廃止する。

４．入院料の施設基準に、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を規定するとともに、身体的拘束の最小化の実施体制を整備することを規定する。なお、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 年法律第 123 号）の規定によるものとする。

改　定　案	現　　行
【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 　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。）の各区分に掲げる入院料	【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 　７　入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制について、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。）及び第３節の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。

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●●点を減算する。	８　（略） （新設）
歯科診療報酬点数表第１章第２部　入院料等 通則 ６　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。）の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。ただし、歯科診療のみを行う保険医療機関にあっては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、当該入院料の所定点数を算定する。 ７　（略） ８　６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	歯科診療報酬点数表第１章第２部　入院料等 通則 ６　入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制について、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。）及び第３節の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。ただし、歯科診療のみを行う保険医療機関にあっては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、当該入院料の所定点数を算定する。 ７　（略） （新設）

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●●●点を減算する。	
［施設基準］ 第四　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 一～六（略） 七　意思決定支援の基準 当該保険医療機関において、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。（小児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、小児入院医療管理料又は児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟のみを有するものを除く。） 八　身体的拘束最小化の基準 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。	［施設基準］ 第四　入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制の基準 一～六（略） （新設） （新設）
第四の二　歯科点数表第一章第二部入院料等通則第６号ただし書に規定する基準 一　第四の一から四まで及び八のいずれにも該当するものであること。 二　（略）	第四の二　歯科点数表第一章第二部入院料等通則第６号ただし書に規定する基準 一　第四の一から四までのいずれにも該当するものであること。 二　（略）
別添２　入院基本料等の施設基準等 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	別添２　入院基本料等の施設基準等 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	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、褥瘡対策及び栄養管理体制の基準
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は、「基本診療料の施設基準等」の他、次のとおりとする。	入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制の基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、次のとおりとする。
１～４　（略）	１～４　（略）
５ 栄養管理体制の基準	５ 栄養管理体制の基準
(1)　（略）	(1)　（略）
(2) 管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順（標準的な栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、退院時を含む定期的な評価等）を作成すること。	(2) 管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順（栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、定期的な評価等）を作成すること。
(3)～(9)　（略）	(3)～(9)　（略）
６　意思決定支援の基準 当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。	（新設）
７　身体的拘束最小化の基準 (1) 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。	（新設）

(2) (1)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。 (3) 身体的拘束は、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。 (4) 当該保険医療機関において、身体的拘束最小化対策に係る専任の医師及び専任の看護職員から構成される身体的拘束最小化チームが設置されていること。なお、必要に応じて、薬剤師等、入院医療に携わる多職種が参加していることが望ましい。 (5) 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 身体的拘束の実施状況を把握し、管理者を含む職員に定期的に周知徹底すること。 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(3)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。 (6) (1)から(5)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年法律第123号）の規定による。	
８　（略）	６　（略）
【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　通則 ①～⑤　（略） （削除） ⑥・⑦　（略）	【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　通則 ①～⑤　（略） ⑥　当該保険医療機関において、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。 ⑦・⑧　（略）
第２　病院の入院基本料等に関する施設基準 ４～４の10　（略） （削除） ４の11　（略） ※　有床診療所在宅患者支援病床初期加算、地域包括ケア病棟入院料	第２　病院の入院基本料等に関する施設基準 ４～４の10　（略） ４の11　「基本診療料の施設基準等」の第五の三の（１）のイの⑥に規定する「適切な意思決定支援に関する指針」について 「適切な意思決定支援に関する指針を定めていること」とは、当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、意思決定支援に関する指針を定めていることをいう。 ４の12　（略）

及び特定一般病棟入院料の注７に規定する施設基準についても同様。	

［経過措置］

（１）令和６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（同日において、療養病棟入院基本料、有床診療所在宅患者支援病床初期加算、地域包括ケア病棟入院料及び特定一般入院料の注７に規定する施設基準の届出を行っている病棟を除く。）については、令和●●年●●月●●日までの間に限り、第四の七に該当するものとみなす。

（２）令和６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については、令和●●年●●月●●日までの間に限り、第四の八に該当するものとみなす。

５．特定入院料について、一時的に施設基準を満たさなくなった場合に算定する点数が示されておらず、入院料そのものが算定できなくなっていることを踏まえ、特定入院料における施設基準を満たさなくなった場合の取扱いを明確化する。

［算定要件］

各特定入院料について、別に厚生労働大臣の定める施設基準に適合していると地方厚生（支）局長に届出を行った保険医療機関の病棟又は病室において、一時的に施設基準を満たさなかった場合、当該病棟又は病室の病床区分に応じて、次に掲げる入院基本料の例により算定する。

（１）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、Å３０３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、Å３０５一類感染症患者入院医療管理料の場合

●●

（２）Ａ３０７小児入院医療管理料（５の精神病棟を除く。）の場合

●●

（３）Ａ３０６特殊疾患入院医療管理料、Ａ３０８回復期リハビリテーション病棟入院料（一般病棟に限る。）、Ａ３０８－３地域包括ケア病棟入院料（一般病棟に限る。）、Ａ３０９特殊疾患病棟入院料、Ａ３１０緩和ケア病棟入院料（一般病棟に限る。）、Ａ３１７特定一般病棟入院料、Ａ３１９特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の場合

●●

（４）Ａ３０８回復期リハビリテーション病棟入院料（療養病棟に限る。）、Ａ３０８－３地域包括ケア病棟入院料（療養病棟に限る。）の場合

●●

（５）Ａ３０７小児入院医療管理料（５の精神病棟に限る）Ａ３１１精神科救急急性期医療入院料、Ａ３１１－２精神科急性期治療病棟入院料、Ａ３１１－３精神科救急・合併症入院料、Ａ３１８地域移行機能強化病棟入院料

●●

（６）Ａ３１１－４児童・思春期精神科入院医療管理料、Ａ３１２精神療養病棟入院料 、Ａ３１４認知症治療病棟入院料の場合

●●

※　新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料は１、地域・救急等包括ケア病棟入院料は２、精神科地域包括ケア病棟入院料は６と同様。

【Ｉ－１　医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組－③】

③　初再診料等の評価の見直し

第１　基本的な考え方

外来診療において標準的な感染防止対策を日常的に講じることが必要となっていること、職員の賃上げを実施すること等の観点から、初再診料等の評価を見直す。

第２　具体的な内容

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

	改定後 点数	現行 点数
【初診料】		
初診料	●●点	288 点
（情報通信機器を用いた場合）	●●点	251 点
（紹介のない場合）	●●点	214 点
（紹介のない場合・情報通信機器を用いた場合）	●●点	186 点
（妥結率が低い場合）	●●点	214 点
（妥結率が低い場合・情報通信機器を用いた場合）	●●点	186 点
（同一日２科目）	●●点	144 点
（同一日２科目・情報通信機器を用いた場合）	●●点	125 点
（同一日２科目・紹介のない場合）	●●点	107 点
（同一日２科目・紹介のない場合・情報通信機器を用いた場合）	●●点	93 点
（同一日２科目・妥結率が低い場合）	●●点	107 点
（同一日２科目・妥結率が低い場合・情報通信機	●●点	93 点

	改定後 点数	現行 点数
器を用いた場合）		
【再診料】		
再診料	●●点	73 点
（情報通信機器を用いた場合）	●●点	73 点
（妥結率が低い場合）	●●点	54 点
（同一日２科目）	●●点	37 点
（同一日２科目・妥結率が低い場合）	●●点	27 点
【外来診療料】		
外来診療料	●●点	74 点
（情報通信機器を用いた場合）	●●点	73 点
（紹介がない場合）	●●点	55 点
（妥結率が低い場合）	●●点	55 点
（同一日２科目）	●●点	37 点
（同一日２科目・紹介がない場合）	●●点	27 点
（同一日２科目・妥結率が低い場合）	●●点	27 点

【Ｉ－１　医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組－④】

④　歯科医療における初再診料等の評価の見直し

第１　基本的な考え方

歯科診療にかかる評価について、標準的な感染防止対策を日常的に講じることが必要となっていること、医療機関の職員や歯科技工所で従事する者の賃上げを実施すること等の観点から、初再診料や歯冠修復及び欠損補綴物の製作に係る項目について評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．初診料及び再診料を引き上げる。

改　定　案	現　　行
【初診料】	【初診料】
１　歯科初診料　●●点	１　歯科初診料　264点
２　地域歯科診療支援病院歯科初診料　●●点	２　地域歯科診療支援病院歯科初診料　288点
【再診料】	【再診料】
１　歯科再診料　●●点	１　歯科再診料　56点
２　地域歯科診療支援病院歯科再診料　●●点	２　地域歯科診療支援病院歯科再診料　73点

２．歯冠修復及び欠損補綴物の製作に係る項目の評価を引き上げる。

改　定　案	現　　行
【支台築造（１歯につき）】	【支台築造（１歯につき）】
１　間接法	１　間接法
イ　メタルコアを用いた場合	イ　メタルコアを用いた場合
(1)　大臼歯　●●点	(1)　大臼歯　176点
(2)　小臼歯及び前歯　●●点	(2)　小臼歯及び前歯　150点
ロ　ファイバーポストを用いた場合	ロ　ファイバーポストを用いた場合
(1)　大臼歯　●●点	(1)　大臼歯　196点
(2)　小臼歯及び前歯　●●点	(2)　小臼歯及び前歯　170点
【金属歯冠修復（１個につき）】	【金属歯冠修復（１個につき）】
１　インレー	１　インレー

イ　単純なもの　●●点 ロ　複雑なもの　●●点 ２　４分の３冠（前歯）　●●点 ３　５分の４冠（小臼歯）　●●点 ４　全部金属冠（小臼歯及び大臼歯）　●●点 【根面被覆（１歯につき）】 １　根面板によるもの　●●点 【高強度硬質レジンブリッジ（１装置につき）】 ●●点 【有床義歯】 １　局部義歯（１床につき） イ　１歯から４歯まで　●●点 ロ　５歯から８歯まで　●●点 ハ　９歯から11歯まで　●●点 ニ　12歯から14歯まで　●●点 ２　総義歯（１顎につき）　●●点 【鋳造鉤（１個につき）】 １　双子鉤　●●点 ２　二腕鉤　●●点 【線鉤（１個につき）】 １　双子鉤　●●点 ２　二腕鉤（レストつき）　●●点 ３　レストのないもの　●●点 【コンビネーション鉤（１個につき）】 ●●点 【磁性アタッチメント（１個につき）】 ２　キーパー付き根面板を用いる場合　●●点	イ　単純なもの　190点 ロ　複雑なもの　284点 ２　４分の３冠（前歯）　370点 ３　５分の４冠（小臼歯）　310点 ４　全部金属冠（小臼歯及び大臼歯）　454点 【根面被覆（１歯につき）】 １　根面板によるもの　190点 【高強度硬質レジンブリッジ（１装置につき）】 2,600点 【有床義歯】 １　局部義歯（１床につき） イ　１歯から４歯まで　594点 ロ　５歯から８歯まで　732点 ハ　９歯から11歯まで　972点 ニ　12歯から14歯まで　1,402点 ２　総義歯（１顎につき）　2,184点 【鋳造鉤（１個につき）】 １　双子鉤　255点 ２　二腕鉤　235点 【線鉤（１個につき）】 １　双子鉤　224点 ２　二腕鉤（レストつき）　156点 ３　レストのないもの　132点 【コンビネーション鉤（１個につき）】 236点 【磁性アタッチメント（１個につき）】 ２　キーパー付き根面板を用いる場合　350点

【Ｉ－１　医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組－⑤】

⑤　地域医療に貢献する薬局の体制確保に係る調剤基本料等の見直し

第１　基本的な考え方

地域の医薬品供給拠点としての役割を担い、地域医療に貢献する薬局の整備を進めていくこと、職員の賃上げを実施すること等の観点から、夜間・休日対応を含めた、薬局における体制に係る調剤基本料等の評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．地域の医薬品供給拠点としての役割を担い、地域医療に貢献する薬局の整備を進めていくこと、職員の賃上げを実施すること等の観点から、調剤基本料の評価を見直す。

２．薬局の地域におけるかかりつけ機能を適切に評価する観点から、薬局の体制に係る評価体系の在り方を見直し、地域支援体制加算の要件を強化する。

３．連携強化加算について、改正感染症法の第二種協定指定医療機関の指定要件を踏まえて要件及び評価を見直すとともに、当該加算の地域支援体制加算の届出にかかる要件については求めないこととする。

４．オンライン資格確認により取得した診療情報・薬剤情報を実際に診療に活用可能な体制を整備し、また、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスを導入し、質の高い医療を提供するため医療DXに対応する体制を確保している場合の評価を新設する。

改　定　案		現　　行	
【調剤基本料】		【調剤基本料】	
１　調剤基本料１	●●点	１　調剤基本料１	42点
２　調剤基本料２	●●点	２　調剤基本料２	26点
３　調剤基本料３		３　調剤基本料３	
イ	●●点	イ	21点
ロ	●●点	ロ	16点
ハ	●●点	ハ	32点
４　特別調剤基本料Ａ	●●点	（新設）	

［算定要件］ 注１　（略） ２　別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、注１本文の規定にかかわらず、特別調剤基本料Ｂとして、処方箋の受付１回につき●●点を算定する。 ３・４　（略） ５　（略） ※　地域支援体制加算については「Ⅲ－８－②」を参照のこと。 ６　（略） ※　連携強化加算については「Ⅱ－６－⑥」を参照のこと。 ７～11　（略） 12　（略） ※　在宅薬学総合体制加算については「Ⅱ－８－㉘」を参照のこと。 13　（略） ※　医療DX推進体制整備加算については「Ⅱ－１－①」を参照のこと。	［算定要件］ 注１　（略） ２　別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、注１本文の規定にかかわらず、特別調剤基本料として、処方箋の受付１回につき７点を算定する。 ３・４　（略） ５　（略） ※　地域支援体制加算については「Ⅲ－８－②」を参照のこと。 ６　（略） ※　連携強化加算については「Ⅱ－６－⑥」を参照のこと。 ７～11　（略） （新設） （新設）

５．閉局時間のうち休日及び深夜における薬局での対応について、コロナ禍における自治体からの要請を受けて対応した実態も踏まえ、薬局の休日・深夜の業務に係る評価の明確化を行う。
「Ⅲ－８－③」を参照のこと。

※　特別調剤基本料の評価の見直しについては、「Ⅲ－８－④」を参照のこと。

【Ｉ－２　各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、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－①】

①　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

医師事務作業補助者による医師の業務への適切な支援を推進する観点から、医師事務作業補助体制加算について要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

医師事務作業補助体制加算の評価を見直すとともに、医師事務作業補助体制加算１の要件に、医師事務作業補助者の勤務状況及び補助が可能な業務内容を定期的に評価することが望ましいことを追加する。

改　定　案	現　　行
【医師事務作業補助体制加算】	【医師事務作業補助体制加算】
１　医師事務作業補助体制加算１	１　医師事務作業補助体制加算１
イ　15対１補助体制加算　●●点	イ　15対１補助体制加算　1,050点
ロ　20対１補助体制加算　●●点	ロ　20対１補助体制加算　835点
ハ　25対１補助体制加算　●●点	ハ　25対１補助体制加算　705点
ニ　30対１補助体制加算　●●点	ニ　30対１補助体制加算　610点
ホ　40対１補助体制加算　●●点	ホ　40対１補助体制加算　510点
ヘ　50対１補助体制加算　●●点	ヘ　50対１補助体制加算　430点
ト　75対１補助体制加算　●●点	ト　75対１補助体制加算　350点
チ　100対１補助体制加算　●●点	チ　100対１補助体制加算　300点
２　医師事務作業補助体制加算２	２　医師事務作業補助体制加算２
イ　15対１補助体制加算　●●点	イ　15対１補助体制加算　975点
ロ　20対１補助体制加算　●●点	ロ　20対１補助体制加算　770点
ハ　25対１補助体制加算　●●点	ハ　25対１補助体制加算　645点
ニ　30対１補助体制加算　●●点	ニ　30対１補助体制加算　560点
ホ　40対１補助体制加算　●●点	ホ　40対１補助体制加算　475点
ヘ　50対１補助体制加算　●●点	ヘ　50対１補助体制加算　395点
ト　75対１補助体制加算　●●点	ト　75対１補助体制加算　315点
チ　100対１補助体制加算　●●点	チ　100対１補助体制加算　260点
［施設基準］	［施設基準］
第４の２　医師事務作業補助体制加算	第４の２　医師事務作業補助体制加算
２　医師事務作業補助体制加算１の施設基準	２　医師事務作業補助体制加算１の施設基準

当該保険医療機関において、３年以上の医師事務作業補助者としての勤務経験を有する医師事務作業補助者が、それぞれの配置区分ごとに５割以上配置されていること。また、医師事務作業補助者の勤務状況及び補助が可能な業務の内容を定期的に評価することが望ましい。	当該保険医療機関において、３年以上の医師事務作業補助者としての勤務経験を有する医師事務作業補助者が、それぞれの配置区分ごとに５割以上配置されていること。

【Ｉ－２　各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、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－②】

②　特定集中治療室管理料等の見直し

第１　基本的な考え方

特定集中治療室管理料等について、以下の見直しを行う。

① 適切な集中治療を推進する観点から、重症患者の受入れ及び多様な医師の人員配置を考慮した評価体系に見直す。

② 特定集中治療室管理料について、高度急性期の入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度を見直し、また、入室時に SOFA スコアが一定以上である患者の割合を評価する観点から要件を見直すとともに、評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．ＳＯＦＡスコアが一定以上の患者の割合を特定集中治療室の患者指標に導入し、評価を見直す。また、この患者指標及び専従の常勤医師の治療室内の勤務を要件としない区分を新設する。

２．重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いた評価を要件化については、Ⅱ－４－⑦を参照。

３．特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の項目及び該当基準について以下のとおり見直し、それに伴い施設基準における該当患者割合の基準についても見直す。

○　「輸液ポンプの管理」の項目を削除する。

○　重症度、医療・看護必要度の基準に該当する要件について、Ａ得点が３点以上であることからＡ得点が２点以上であることに変更する。

改　定　案	現　　行
【特定集中治療室管理料】	【特定集中治療室管理料】
１　特定集中治療室管理料１	１　特定集中治療室管理料１
イ　７日以内の期間　●●点	イ　７日以内の期間　14,211点
ロ　８日以上の期間　●●点	ロ　８日以上の期間　12,633点

２　特定集中治療室管理料２ イ　特定集中治療室管理料 (1) ７日以内の期間　●●点 (2) ８日以上の期間　●●点 ロ　広範囲熱傷特定集中治療室管理料 (1) ７日以内の期間　●●点 (2) ８日以上60日以内の期間　●●点	２　特定集中治療室管理料２ イ　特定集中治療室管理料 (1) ７日以内の期間　14,211点 (2) ８日以上の期間　12,633点 ロ　広範囲熱傷特定集中治療室管理料 (1) ７日以内の期間　14,211点 (2) ８日以上60日以内の期間　12,833点
３　特定集中治療室管理料３ イ　７日以内の期間　●●点 ロ　８日以上の期間　●●点	３　特定集中治療室管理料３ イ　７日以内の期間　9,697点 ロ　８日以上の期間　8,118点
４　特定集中治療室管理料４ イ　特定集中治療室管理料 (1) ７日以内の期間　●●点 (2) ８日以上の期間　●●点 ロ　広範囲熱傷特定集中治療室管理料 (1) ７日以内の期間　●●点 (2) ８日以上60日以内の期間　●●点	４　特定集中治療室管理料４ イ　特定集中治療室管理料 (1) ７日以内の期間　9,697点 (2) ８日以上の期間　8,118点 ロ　広範囲熱傷特定集中治療室管理料 (1) ７日以内の期間　9,697点 (2) ８日以上60日以内の期間　8,318点
５　特定集中治療室管理料５ イ　７日以内の期間　●●点 ロ　８日以上の期間　●●点	（新設）
６　特定集中治療室管理料６ イ　特定集中治療室管理料 (1) ７日以内の期間　●●点 (2) ８日以上の期間　●●点 ロ　広範囲熱傷特定集中治療室管理料 (1) ７日以内の期間　●●点 (2) ８日以上60日以内の期間　●●点	（新設）
［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があって特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分	［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があって特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分

（特定集中治療室管理料２、４及び６に限る。）に従い、14日（別に厚生労働大臣が定める状態の患者（特定集中治療室管理料２、４及び６に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。）にあっては60日、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、急性血液浄化（腹膜透析を除く。）又は体外式心肺補助（ECMO）を必要とするものにあっては25日、臓器移植を行ったものにあっては30日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。	（特定集中治療室管理料２及び４に限る。）に従い、14日（別に厚生労働大臣が定める状態の患者（特定集中治療室管理料２及び４に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。）にあっては60日、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、急性血液浄化（腹膜透析を除く。）又は体外式心肺補助（ECMO）を必要とするものにあっては25日、臓器移植を行ったものにあっては30日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。
［施設基準］ 三　特定集中治療室管理料の施設基準等 (1)　特定集中治療室管理料の注１に規定する入院基本料の施設基準 イ　特定集中治療室管理料１の施設基準 ⑥　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、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を●割以上入院させる治療室であること。	［施設基準］ 三　特定集中治療室管理料の施設基準等 (1)　特定集中治療室管理料の注１に規定する入院基本料の施設基準 イ　特定集中治療室管理料１の施設基準 ⑥　次のいずれかに該当すること。 (一)　特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を八割以上入院させる治療室であること。 (二)　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、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を七割以上入院させる治療室であること。
⑦　入室時に重症な患者の受入	（新設）

れにつき、十分な実績を有していること。	
ロ　（略）	ロ　（略）
ハ　特定集中治療室管理料３の施設基準	ハ　特定集中治療室管理料３の施設基準
⑤　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、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を●割以上入院させる治療室であること。	⑤　次のいずれかに該当すること。 （一）　特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を七割以上入院させる治療室であること。 （二）　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、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を八割以上入院させる治療室であること。
⑥　入室時に重症の患者の受入れにつき、相当の実績を有していること。	（新設）
ニ　（略）	ニ　（略）
ホ　特定集中治療室管理料５の施設基準	（新設）
①　イの①及び④を満たすものであること。	
②　当該保険医療機関内に集中治療を行うにつき必要な医師が常時配置されていること。	
③　ハの③を満たすものであること。	
④　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、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を●以上入院させる治療室であること。	
⑤　届出時点で、継続して●月以上、特定集中治療室管理料	

１、２、３若しくは４又は救命救急入院料を算定していること。	
へ　特定集中治療室管理料６の施設基準 次のいずれにも該当するものであること。 ①　ホを満たすものであること。 ②　広範囲熱傷特定集中治療を行うにつき十分な体制が整備されていること。	（新設）
１　特定集中治療室管理料１に関する施設基準 (1)～(9)（略） (10) 当該入院料を算定するものとして届け出ている治療室に入院している全ての患者の状態を、別添６の別紙 17 の「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて測定及び評価し、その結果、基準を満たす患者が、重症度、医療・看護必要度Ⅱによる評価で●●以上いること。 （中略）	１　特定集中治療室管理料１に関する施設基準 (1)～(9)（略） (10) 当該入院料を算定するものとして届け出ている治療室に入院している全ての患者の状態を、別添６の別紙 17 の「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて測定及び評価し、その結果、基準を満たす患者が、重症度、医療・看護必要度Ⅰの場合は８割以上、重症度、医療・看護必要度Ⅱの場合は７割以上いること。 （中略）
(11)　（略） （削除）	(11)　（略） (12) 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡのいずれを用いて評価を行うかは、特定入院料の届出時に併せて届け出ること。なお、評価方法のみの変更を行う場合については、別添７の様式 43 を用いて届け出る必要があること。ただし、評価方法のみの変更による新たな評価方法への切り替えは４月又は 10 月までに届け出ること。
(12) 直近●か月の間に新たに治療	（新設）

室に入室する患者のうち、入室日のＳＯＦＡスコア●以上の患者が●%以上であること。ただし、15歳未満の小児は対象から除くものであること。	
２　（略）	２　（略）
３　特定集中治療室管理料３に関する施設基準 (1)～(3)（略） (4) 当該入院料を算定するものとして届け出ている治療室に入院している全ての患者の状態を、別添６の別紙 17 の「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて測定及び評価し、その結果、基準を満たす患者が、重症度、医療・看護必要度Ⅱによる評価で●●以上いること。 （中略）	３　特定集中治療室管理料３に関する施設基準 (1)～(3)（略） (4) 当該入院料を算定するものとして届け出ている治療室に入院している全ての患者の状態を、別添６の別紙 17 の「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて測定及び評価し、その結果、基準を満たす患者が、重症度、医療・看護必要度Ⅰの場合は７割以上、重症度、医療・看護必要度Ⅱの場合は６割以上いること。 （中略）
(5) 直近●か月の間に新たに治療室に入室する患者のうち、入室日のＳＯＦＡスコア●以上の患者が●%以上であること。15歳未満の小児は対象から除くものであること。	（新設）
４　（略）	４　（略）
５　特定集中治療室管理料５に関する施設基準 (1) 専任の医師（宿日直を行っている専任の医師を含む）が常時、保険医療機関内に勤務していること。 (2) 集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を５年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師を当該治療室内に週●●時間以上配置すること。なお、専任の常勤看護師を２名組み合わせることに	（新設）

より、当該治療室内に週●●時間以上配置しても差し支えないが、当該２名の勤務が重複する時間帯については１名についてのみ計上すること。また、ここでいう「適切な研修」とは、国又は医療関係団体等が主催する●●時間以上の研修（修了証が交付されるものに限る。）であり、講義及び演習により集中治療を必要とする患者の看護に必要な専門的な知識及び技術を有する看護師の養成を目的とした研修又は保健師助産師看護師法第37条の２第２項第５号に規定する指定研修機関において行われる集中治療を必要とする患者の看護に係る研修であること。 (3) 特定集中治療室管理を行うにふさわしい専用の特定集中治療室を有しており、当該特定集中治療室の広さは、内法による測定で、１床当たり●●平方メートル以上であること。ただし、新生児用の特定集中治療室にあっては、１床当たり●●平方メートル以上であること。 (4) 特定集中治療室管理料１の(5)から(9)まで、(11)及び(12)を満たすこと。 (5) 当該入院料を算定するものとして届け出ている治療室に入院している全ての患者の状態を、別添６の別紙17の「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて測定及び評価し、その結果、重症度、医療・看護必要度Ⅱによる評価で●以上いること。ただし、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設	

基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料３に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する。なお、別添６の別紙17の「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」のＢ項目の患者の状況等については、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る基準に用いないが、当該評価票を用いて評価を行っていること。 ６　特定集中治療室管理料６に関する施設基準 (1) 特定集中治療室管理料５の施設基準を満たすほか、広範囲熱傷特定集中治療管理を行うにふさわしい治療室を有しており、当該治療室の広さは、内法による測定で、１床当たり●●平方メートル以上であること。 (2) 当該保険医療機関に広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師が勤務していること。	（新設）

[経過措置]

(1) 令和６年３月 31 日において現に特定集中治療室管理料１、特定集中治療室管理料２、特定集中治療室管理料３又は特定集中治療室管理料４に係る届出を行っている治療室（特定集中治療室管理料５又は特定集中治療室６に係る届出を行う治療室を含む。）については、令和●●年●●月●●日までの間に限り、第九の三の(1)のイの⑥、ロの①（イの⑥に限る。）、ハの⑤、ニの①（ハの⑤に限る。）、ホの④又はへの①（ホの④に限る）に該当するものとみなす。

(2) 令和６年３月 31 日において現に救命救急入院料１、救命救急入院料２、救命救急入院料３又は救命救急入院料４に係る届出を行っている治療室については、令和●●年●●月●●日までの間に限り、第九の三の(1)のホの④又はへの①（ホの④に限る）に該当するものとみなす。

(3) 令和６年３月 31 日において現に特定集中治療室管理料１、特定集

中治療室管理料２、特定集中治療室管理料３又は特定集中治療室管理料４に係る届出を行っている治療室については、令和●●年●●月●●日までの間に限り、第九の三の⑴のイの⑦、ロの①（イの⑦に限る。）、ハの⑥又はニの①（ハの⑥に限る。）に該当するものとみなす。

⑷　特定集中治療室管理料５又は６に係る届出を行う治療室については、令和●●年●●月●●日までの間に限り、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を５年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師を当該治療室内に週●●時間以上配置する要件について、該当するものとみなす。

４．治療室内に配置される専従の常勤医師は宿日直を行ってない医師であること及び保険医療機関内に配置される医師は宿日直を行っている医師を含むことを明確化する。

改　定　案	現　　行
【特定集中治療室管理料】 ［施設基準］ １　特定集中治療室管理料１に関する施設基準 ⑴　専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること。当該専任の医師に、特定集中治療の経験を５年以上有する医師を２名以上含むこと。当該専任の医師は、宿日直を行う医師ではないこと。ただし、患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない。 ⑵～⑻（略） ⑼　当該治療室勤務の医師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での勤務及び宿日直を併せて行わないものとし、当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での	【特定集中治療室管理料】 ［施設基準］ １　特定集中治療室管理料１に関する施設基準 ⑴　専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること。当該専任の医師に、特定集中治療の経験を５年以上有する医師を２名以上含むこと。ただし、患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない。 ⑵～⑻（略） ⑼　当該治療室勤務の医師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での当直勤務を併せて行わないものとし、当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を

夜勤を併せて行わないものとすること。 (10)～(13)（略） ２　（略） ３　特定集中治療室管理料３に関する施設基準 (1) 専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること。当該専任の医師は、宿日直を行う医師でないこと。ただし、患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない。 (2)～(5)（略） ４　（略） ５　特定集中治療室管理料５に関する施設基準 (1) 専任の医師（宿日直を行っている専任の医師を含む）が常時、保険医療機関内に勤務していること。 (2)～(6)　（略） ※　救命救急入院料、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及び新生児治療回復室入院医療管理料についても同様	併せて行わないものとすること。 (10)～(12)（略） ２　（略） ３　特定集中治療室管理料３に関する施設基準 (1) 専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること。ただし、患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない。 (2)～(4)（略） ４　（略） （新設）

５．治療室内に専従の常勤医師が配置されない区分において、遠隔 ICU モニタリングにより特定集中治療室管理料１及び２の届出を行う施設から支援を受けることを評価する。

改　定　案	現　　行
【特定集中治療室管理料】 ［算定要件］ 注１～６（略）	【特定集中治療室管理料】 ［算定要件］ 注１～６（略）

7　特定集中治療室管理料５又は特定集中治療室管理料６を算定する保険医療機関であって別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たすものにおいて、特定集中治療室管理に係る専門的な医療機関として別に厚生労働大臣が定める保険医療機関と情報通信機器を用いて連携して特定集中治療室管理がおこなわれた場合に、特定集中治療室遠隔支援加算として、●●点を所定点数に加算する。	（新設）
［施設基準］ 三　特定集中治療室管理料の施設基準等 (9) 特定集中治療室管理料の注７に規定する厚生労働大臣が定める施設基準 他の保険医療機関（(10)の基準を満たす保険医療機関に限る。）と情報通信機器を用いて連携して特定集中治療室管理を実施するための必要な体制が整備されていること。 (10) 特定集中治療室管理料の注７に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関 次のいずれにも該当する保険医療機関であること。 イ　特定集中治療室管理料１又は特定集中治療室管理料２に係る届出を行っている保険医療機関であること。 ロ　特定集中治療室管理について情報通信機器を用いて支援を行うにつき十分な体制を有していること。	［施設基準］ 三　特定集中治療室管理料の施設基準等 （新設）
12　特定集中治療室管理料の「注７」に掲げる特定集中治療室遠隔支援加算の施設基準	（新設）

被支援側医療機関における施設基準を満たした上で、支援側医療機関の施設基準を満たす医療機関から入院患者についての常時モニタリングを受けるとともに助言を受けられる体制があること。 (1) 被支援側医療機関における施設基準 ア 特定集中治療室管理料５又は特定集中治療室管理料６の届出を行っていること。 イ 支援側医療機関から定期的に重症患者の治療に関する研修を受けていること。 ウ 情報セキュリティに必要な体制を整備した上で、支援側による電子カルテの確認及びモニタリングに必要な機器等を有している等関係学会の定める指針に従って支援を受ける体制を有していること。 (2) 支援側医療機関における施設基準 ア 特定集中治療室管理料１又は特定集中治療室管理料２の届出を行っていること。 イ 当該保険医療機関が支援する被支援側医療機関に、「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域又は医療法第三十条の四第六項に規定する医師の数が少ないと認められる同条第二項第十四号に規定する区域に所在する保険医療機関が含まれること。 ウ 特定集中治療の経験を５年以上有する医師又は集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を５年以	

上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の看護師が、被支援側医療機関の特定集中治療室における患者のモニタリングを常時行うこと。 エ　特定集中治療の経験を５年以上有する医師が、特定集中治療室内に勤務する専任の医師と別に配置されていること。 オ　ウの職員数は、被支援側の治療室における入院患者数が●●又はその端数を増すごとに１以上であること。 カ　被支援側の医療機関に対して定期的に重症患者の治療に関する研修を行うこと。 キ　情報セキュリティに必要な体制を整備した上で、被支援側医療機関の電子カルテの確認及びモニタリングに必要な機器等を有する等関係学会の定める指針に従って支援を行う体制を有していること。 13～14　（略） [経過措置] 　特定集中治療室遠隔支援加算における支援側医療機関については、令和●●年●●月●●日までの間に限り、施設基準のうち⑵イに該当するものとみなす。	10～11　（略） [経過措置]

【Ｉ－２　各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、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－③】

③ 入院中の薬物療法の適正化に対する取組の推進

第１　基本的な考え方

病棟における多職種連携によるポリファーマシー対策をさらに推進する観点から、業務の合理化がなされるよう、薬剤総合評価調整加算について、要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．薬剤総合評価調整加算について、カンファレンスの実施に限らず、多職種による薬物療法の総合的評価及び情報共有・連携ができる機会を活用して必要な薬剤調整等が実施できるよう要件を見直す。

２．必要な薬剤調整等の実効性を担保するため、医療機関内のポリファーマシー対策に係る評価方法についてあらかじめ手順書を作成等することとする。

改　定　案	現　　行
【薬剤総合評価調整加算】 ［算定要件］ (1)「注１」に規定する薬剤総合評価調整加算は、複数の内服薬が処方されている患者であって、薬物有害事象の存在や服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等のおそれのあるものに対して、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、当該患者に対して療養上必要な指導を行う取組を評価したものであり、次に掲げる指導等を全て実施している場合に算定する。 ア　（略） イ　アを踏まえ、患者の病状、副作用、療養上の問題点の有無を評価するために、医師、薬剤師及び看護師等の多職種による連携の下で、薬剤の総合的な評価	【薬剤総合評価調整加算】 ［算定要件］ (1)「注１」に規定する薬剤総合評価調整加算は、複数の内服薬が処方されている患者であって、薬物有害事象の存在や服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等のおそれのあるものに対して、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、当該患者に対して療養上必要な指導を行う取組を評価したものであり、次に掲げる指導等を全て実施している場合に算定する。 ア（略） イ アを踏まえ、患者の病状、副作用、療養上の問題点の有無を評価するために、医師、薬剤師及び看護師等の多職種によるカンファレンスを実施し、薬剤の総

を行い、適切な用量への変更、副作用の被疑薬の中止及びより有効性・安全性の高い代替薬への変更等の処方内容の変更を行う。また、評価した内容や変更の要点を診療録等に記載し、多職種で共有すること。	合的な評価を行い、適切な用量への変更、副作用の被疑薬の中止及びより有効性・安全性の高い代替薬への変更等の処方内容の変更を行う。また、評価した内容や変更の要点を診療録等に記載する。
ウ　処方の内容を変更する際の留意事項を多職種で共有した上で、患者に対して処方変更に伴う注意点を説明する。また、併せて当該患者に対し、ポリファーマシーに関する一般的な注意の啓発を行う。なお、ここでいう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」をいう。	ウ 当該カンファレンスにおいて、処方の内容を変更する際の留意事項を多職種で共有した上で、患者に対して処方変更に伴う注意点を説明する。また、併せて当該患者に対し、ポリファーマシーに関する一般的な注意の啓発を行う。なお、ここでいう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」をいう。
エ　処方変更による病状の悪化や新たな副作用の有無について、多職種で確認し、必要に応じて、再評価を行う。	エ 処方変更による病状の悪化や新たな副作用の有無について、多職種で確認し、必要に応じて、再度カンファレンスにおいて総合的に評価を行う。
オ　イ、ウ、エを実施するに当たっては、ポリファーマシー対策に係るカンファレンスを実施する他、病棟等における日常的な薬物療法の総合的評価及び情報共有ができる機会を活用して、多職種が連携して実施すること。	（新設）
カ　(7)に規定するガイドライン等を参考にして、ポリファーマシー対策に関する手順書を作成し、保険医療機関内に周知し活用すること。	（新設）
(2) ～(6)　（略）	(2) ～(6)　（略）
(7) 持参薬の確認及び内服薬の総合的な評価及び変更に当たっては、「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）」（厚生労働省）、	(7) 持参薬の確認及び内服薬の総合的な評価及び変更に当たっては、「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）」（厚生労働省）、

「高齢者の医薬品適正使用の指針（各論編（療養環境別））」（厚生労働省）、日本老年医学会の関連ガイドライン（高齢者の安全な薬物療法ガイドライン）、「病院における高齢者のポリファーマシー対策の始め方と進め方」（厚生労働省）、「ポリファーマシー対策の進め方」（日本病院薬剤師会）等を参考にすること。	「高齢者の医薬品適正使用の指針（各論編（療養環境別））」（厚生労働省）、日本老年医学会の関連ガイドライン（高齢者の安全な薬物療法ガイドライン）等を参考にすること。

【Ｉ－２　各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、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－④】

④　薬剤師の養成強化による病棟薬剤業務の向上

第１　基本的な考え方

病棟薬剤業務に関して、チーム医療の推進と薬物治療の質の向上を図る観点から、地域医療に係る業務の実践的な修得を含めた病院薬剤師の研修体制が整備された医療機関の病棟薬剤業務について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

病棟薬剤業務実施加算１について、免許取得直後の薬剤師を対象とした病棟業務等に係る総合的な研修体制を有するとともに、都道府県との協力の下で薬剤師が別の医療機関において地域医療に係る業務等を実践的に修得する体制を整備している医療機関が、病棟薬剤業務を実施する場合の加算を新設する。

（新）　薬剤業務向上加算　　●●点

［算定要件］

病棟薬剤業務の質の向上を図るための薬剤師の研修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であって、病棟薬剤業務実施加算１を算定しているものについて、薬剤業務向上加算として、週●回に限り所定点数に加算する。

［施設基準］

（１）免許取得直後の薬剤師を対象とした病棟業務等に係る総合的な研修が実施されていること。

（２）都道府県との協力の下で、当該保険医療機関の薬剤師が、一定期間、別の保険医療機関に勤務して地域医療に係る業務を実践的に修得する体制を整備していること。

【Ｉ－２　各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、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－⑤】

⑤　外来腫瘍化学療法診療料の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

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

（２）（１）の医療機関からの患者について、当該医療機関と連携する外来腫瘍化学療法診療料１の届出医療機関において副作用等による有害事象等への対応を行った場合の評価を新たに設ける。

（３）「抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合」について、抗悪性腫瘍剤を投与した場合と抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合の評価に細分化する。

（４）外来腫瘍化学療法診療料１の施設基準に「がん性疼痛緩和指導管理料」の届出を行っていることを追加する。

（５）外来腫瘍化学療法診療料１の施設基準に「がん患者指導管理料のロ」の届出を行っていることが望ましいとする要件を追加する。

（６）外来腫瘍化学療法診療料１の施設基準に医師の研修要件を追加する。

（７）患者が事業者と共同して作成した勤務情報を記載した文書を、医療機関に提出した場合の療養上の必要な指導の実施について、ウェブサイトに掲載していることが望ましいとする要件を追加する。

（８）患者の急変時等の対応に関する指針を作成することが望ましいとする要件を設ける。

（９）外来化学療法の体制（24 時間対応できる体制があること等）について、ウェブサイトに掲載していることを施設基準に追加する。

改　定　案	現　　行
【外来腫瘍化学療法診療料】 １　外来腫瘍化学療法診療料１ イ　抗悪性腫瘍剤を投与した場合 (1) 初回から３回目まで　●●点 (2) ４回目以降　●●点 ロ　イ以外の必要な治療管理を行った場合 ●●点 ２　外来腫瘍化学療法診療料２ イ　抗悪性腫瘍剤を投与した場合 (1) 初回から３回目まで　●●点 (2) ４回目以降　●●点 ロ　イ以外の必要な治療管理を行った場合 ●●点 ３　外来腫瘍化学療法診療料３ イ　抗悪性腫瘍剤を投与した場合 (1) 初回から３回目まで　●●点 (2) ４回目以降　●●点 ロ　イ以外の必要な治療管理を行った場合 ●●点	【外来腫瘍化学療法診療料】 １　外来腫瘍化学療法診療料１ イ　抗悪性腫瘍剤を投与した場合 700点 ロ　抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合 400点 ２　外来腫瘍化学療法診療料２ イ　抗悪性腫瘍剤を投与した場合 570点 ロ　抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合 270点 （新設）
［算定要件］ 注１　（略） ２　１のイの(1)、２のイの(1)及び３のイの(1)については、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、月３回に限り算定する。 ３　１のイの(2)、２のイの(2)及び３のイの(2)については、１のイの(1)、２のイの(1)又は３のイの(1)を算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、週１回に限り算定する。 ４　１のロについては、次に掲げるいずれかの治療管理を行った	［算定要件］ 注１　（略） ２　１のイ及び２のイについては、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、月３回に限り算定する。 ３　１のロ及び２のロについては、１のイ又は２のイを算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与その他の必要な治療管理を行った場合に、週１回に限り算定する。 （新設）

場合に、週１回に限り算定する。 ア　１のイの⑴又は⑵を算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合 イ　連携する他の保険医療機関が外来化学療法を実施している患者に対し、緊急に抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合	
５　２のロ及び３のロについては、２のイの⑴若しくは⑵又は３のイの⑴若しくは⑵を算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合に、週１回に限り算定する。	（新設）
６～９　（略）	４～７　（略）
⑴（略） ⑵「１」の「ロ」、「２」の「ロ」及び「３」の「ロ」に規定する点数は、注射による外来化学療法の実施その他必要な治療管理を実施中の期間に、当該外来化学療法を実施している保険医療機関において、治療に伴う副作用等で来院した患者に対し、診察（視診、聴診、打診及び触診等の身体診察を含む）の上、必要に応じて速やかに検査、投薬等を行う体制を評価したものである。 また、外来腫瘍化学療法診療料３の届出を行っている医療機関において外来化学療法を実施している患者が、連携する外来腫瘍化学療法診療料１の届出を行っている医療機関を緊急的な副作用等で受診した場合には、「１」の「ロ」	⑴（略） ⑵「１」の「ロ」及び「２」の「ロ」に規定する点数は、注射による外来化学療法の実施その他必要な治療管理を実施中の期間に、当該外来化学療法を実施している保険医療機関において、当該外来化学療法又は治療に伴う副作用等で来院した患者に対し、診察（視診、聴診、打診及び触診等の身体診察を含む）の上、必要に応じて速やかに検査、投薬等を行う体制を評価したものである。 なお、「外来化学療法の実施その他必要な治療管理を実施中の期間」とは、当該化学療法のレジメンの期間内とする。

を算定できる。ただし、あらかじめ治療等に必要な情報を文書により当該外来腫瘍診療料３の届出を行っている医療機関から受理している場合に限る。 なお、「外来化学療法の実施その他必要な治療管理を実施中の期間」とは、当該化学療法のレジメンの期間内とする。	
(3)～(6)（略）	(3)～(6)（略）
(7) 「注８」に規定する連携充実加算については、外来腫瘍化学療法診療料１を届け出た保険医療機関において、外来腫瘍化学療法診療料１を算定する日に、次に掲げる全ての業務を実施した場合に月１回に限り算定する。 ア～オ （略）	(7) 「注６」に規定する連携充実加算については、外来腫瘍化学療法診療料１を届け出た保険医療機関において、外来腫瘍化学療法診療料１を算定する日に、次に掲げる全ての業務を実施した場合に月１回に限り算定する。 ア～オ （略）
(8) （略）	(8) （略）
［施設基準］	［施設基準］
(1) 外来腫瘍化学療法診療料１の施設基準 イ～ハ （略） ニ 当該保険医療機関内に外来化学療法を担当する医師であって、緩和ケアに関する適切な研修を受けたものが配置されていること。 ホ がん患者に対して指導管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。	(1) 外来腫瘍化学療法診療料１の施設基準 イ～ハ （略） （新設） （新設）
(2) （略）	(2) （略）
(3) 外来腫瘍化学療法診療料３の施設基準 イ 外来化学療法及び当該外来化学療法に伴う副作用等に係る検査又は投薬等を行う体制が整備されていること。 ロ 外来化学療法及び当該外来化学療法に伴う副作用等に係る検査又は投薬等を行うにつき十分な体制が整備されている別の保	（新設）

険医療機関との連携体制が確保されていること。 ハ　(1)のロを満たすものであること。	
(4)～(5)（略）	(3)～(4)（略）
第６の８の４　外来腫瘍化学療法診療料 １　外来腫瘍化学療法診療料１ (1)～(7)（略） (8) 区分番号「B001・22」に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料の届出を行っていること。 (9) 区分番号「B001・23」に掲げるがん患者指導管理料のロの届出を行っていることが望ましい。 (10) (2)に掲げる医師は、次に掲げるいずれかの研修を修了した者であること。 ア　がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会 イ　緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立研究開発法人国立がん研究センター主催）等 (11) 患者と患者を雇用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書の提出があった場合に、就労と療養の両立に必要な情報を提供すること並びに診療情報を提供した後の勤務環境の変化を踏まえ療養上必要な指導を行うことが可能である旨をウェブサイトに掲載していることが望ましい。 (12) 患者の急変時の緊急事態等に対応するための指針が整備されていることが望ましい。 (13) 外来腫瘍化学療法診療料３の届出を行っている他の保険医療	第６の８の４　外来腫瘍化学療法診療料 １　外来腫瘍化学療法診療料１ (1)～(7)（略） （新設） （新設） （新設） （新設） （新設） （新設）

機関において外来化学療法を実施している患者が、緊急時に当該保険医療機関に受診できる体制を確保している場合については、連携する医療機関の名称等をあらかじめ地方厚生(支)局長に届け出ていること。また、連携する医療機関の名称等については、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。	
(14) (5)、(6)及び(7)に係る対応を行っていることについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。	(新設)
(15) (5)、(6)、(7)及び(13)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。	(新設)
2 外来腫瘍化学療法診療料２ (1) １の(1)、(5)、(6)、(11) 及び(12) を満たしていること。 (2)～(3) (略)	2 外来腫瘍化学療法診療料２ (1) １の(1)、(5)及び(6)を満たしていること。 (2)～(3) (略)
3 外来腫瘍化学療法診療料３ (1) １の(1)、(6)、(11) 及び(12) を満たしていること。 (2) ２の(2)及び(3)を満たしていること。 (3) 当該保険医療機関において化学療法を実施する患者に対して、外来腫瘍化学療法診療料１の届出を行っている他の保険医療機関との連携により、緊急時に有害事象等の診療ができる連携体制を確保していること。また、当該他の連携する医療機関の名称等については、あらかじめ地方厚生(支)局長に届け出を行い、かつ、その情報を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。 (4) (3)の掲示事項について、原則	(新設)

として、ウェブサイトに掲載していること。 (5) 当該保険医療機関から、他の連携する保険医療機関に対して、緊急時に当該他の連携する保険医療機関に受診を希望する患者について、あらかじめ治療等に必要な情報を文書により、少なくとも治療開始時に１回は提供し、以降は適宜必要に応じて提供していること。 (6) 標榜時間外において、当該保険医療機関で外来化学療法を実施している患者に関する電話等の問合せに応じる体制を整備すること。また、やむを得ない事由により電話等による問い合わせに応じることができなかった場合であっても、速やかにコールバックすることができる体制がとられていること。 ［経過措置］ 令和●年●月●日までの間に限り、１の(15)又は３の(4)を満たすものとする。	

２．医師が患者に対して診察を行う前に、薬剤師が服薬状況や副作用の発現状況等について確認・評価を行い、医師に情報提供、処方に関する提案等を行った場合の評価を新たに設ける。

（新）　がん薬物療法体制充実加算　●●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、１のイを算定する患者に対して、当該保険医療機関の医師の指示に基づき薬剤師が、服薬状況、副作用等の情報収集及び評価を行い、医師の診察前に情報提供や処方提案等を行った場合は、がん薬物療法体制充実加算として、月１回に限り●●点を所定点数に加算する。

［施設基準］
　化学療法を実施している患者の薬学的管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

【Ⅰ－３　業務の効率化に資する ICT の利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価－①】

①　ICT、AI、IoT 等の活用による業務負担軽減の取組の推進

第１　基本的な考え方

ICT の活用等による看護職員の更なる業務負担軽減の観点から、「夜間看護体制加算」等の夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等の項目を見直す。

第２　具体的な内容

ICT の活用等による看護職員の更なる業務負担軽減の観点から、「夜間看護体制加算」等の夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等のうち、「ICT、AI、IoT 等の活用による業務負担軽減」に取り組むことが望ましいこととする。

改　定　案	現　　行
【夜間看護体制加算】 ［施設基準］ 17 障害者施設等入院基本料の注10に規定する夜間看護体制加算について (1) 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、ア又はウを含む４項目以上を満たしていること。ただし、当該加算を算定する病棟が２交代制勤務又は変則２交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、ア及びウからコまでのうち、ア又はウを含む４項目以上を満たしていること。また、当該４項目以上	【夜間看護体制加算】 ［施設基準］ 17 障害者施設等入院基本料の注 10に規定する夜間看護体制加算について (1) 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、ア又はウを含む４項目以上を満たしていること。ただし、当該加算を算定する病棟が２交代制勤務又は変則２交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、ア及びウからコまでのうち、ア又はウを含む４項目以上を満たしていること。なお、各項目の留意点

にコが含まれることが望ましいこと。なお、各項目の留意点については、別添３の第４の３の９の（３）と同様であること。 ア～ケ　（略） コ　当該病棟において、ＩＣＴ、ＡＩ、Ｉｏ Ｔ等の活用によって、看護要員の業務負担軽減を行っていること。 ※　夜間看護体制加算（急性期看護補助体制加算）、看護職員夜間12対１配置加算１、看護職員16対１配置加算１、夜間看護体制加算（看護補助加算）、看護職員夜間配置加算（精神科救急急性期医療入院料）、看護職員夜間配置加算（精神科救急・合併症入院料）、時間外受入体制強化加算（小児入院医療管理料）も同様。	については、別添３の第４の３の９の（３）と同様であること。 ア～ケ　（略） コ　当該病棟において、ＩＣＴ、ＡＩ、Ｉｏ Ｔ等の活用によって、看護要員の業務負担軽減を行っていること。

【Ⅰ－３　業務の効率化に資するICTの利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価－②】

②　医療機関・薬局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業務の効率化及び医療従事者の事務負担軽減を推進する観点から、施設基準の届出及びレセプト請求に係る事務等を見直すとともに、施設基準の届出の電子化を推進する。

第２　具体的な内容

１．施設基準の届出について、１つの施設基準につき複数の届出様式の提出を求めているものの様式の統廃合及び必要以上に添付書類を求めている施設基準の添付書類の省略化などを行う。

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

３．施設基準の届出について、現在紙で届け出ることとされている施設基準について電子的な届出を可能にすることで、医療機関・薬局の届出業務の効率化を行う。

【Ⅰ－４　地域医療の確保及び機能分化を図る観点から、労働時間短縮の実効性担保に向けた見直しを含め、必要な救急医療体制等の確保－①】

①　地域医療体制確保加算の見直し

第１　基本的な考え方

より実効性を持った医師の働き方改革を推進する観点から、地域医療体制確保加算の要件を見直す。

第２　具体的な内容

地域医療体制確保加算の施設基準に、医師の時間外・休日労働時間に係る基準を追加する。

改　定　案	現　　行
【地域医療体制確保加算】 ［施設基準］ １　地域医療体制確保加算に関する施設基準 (4) 医師の労働時間について、原則として、タイムカード、ＩＣカード、パソコンの使用時間の記録等の客観的な記録を基礎として確認し、適正に記録すること。また、当該保険医療機関に勤務する医療法施行規則第63条に定める特定地域医療提供医師及び連携型特定地域医療提供医師（以下、この項において、「対象医師」という。）の１年間の時間外・休日労働時間が、原則として、次のとおりであること。ただし、１年間の時間外・休日労働時間が次のとおりでない対象医師がいる場合において、その理由、改善のための計画を当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示する等の方法で公開した場合は、その限りでないこと。 ア　令和６年度においては、●	【地域医療体制確保加算】 ［施設基準］ １　地域医療体制確保加算に関する施設基準 （新設）

●時間以下 イ　令和７年度においては、● ●時間以下 (5)　（略）	(4)　（略）

【Ｉ－４　地域医療の確保及び機能分化を図る観点から、労働時間短縮の実効性担保に向けた見直しを含め、必要な救急医療体制等の確保－②】

②　勤務医の働き方改革の取組の推進

第１　基本的な考え方

勤務医の働き方改革を推進する観点から、処置及び手術に係る休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１について要件を見直す。

第２　具体的な内容

処置及び手術の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１について、交代勤務制又はチーム制のいずれか及び手当に関する要件を満たす必要があることとする。

改　定　案	現　　行
【時間外加算１（処置・手術通則）】 ［施設基準］ 7　当該加算を算定する全ての診療科において、(1)又は(2)のいずれか及び(3)を実施していること。 (1) 交代勤務制を導入しており、以下のアからキまでのいずれも実施していること。 ア～キ　（略） (2) チーム制を導入しており以下のアからカまでのいずれも実施していること。 ア～カ　（略） (3) 医師が時間外、休日又は深夜の手術等を行った場合の手当等を支給しており、以下のア又はイのいずれかを実施するとともに実施内容について就業規則に記載を行い、その写しを地方厚生（支）局長に届け出ていること。また、休日等において、当該診療科に１名以上の緊急呼出し当番を担う医師を置いていること。 （中略）	【時間外加算１（処置・手術通則）】 ［施設基準］ 7　当該加算を算定する全ての診療科において、次のいずれかを実施していること。 (1) 交代勤務制を導入しており、以下のアからキまでのいずれも実施していること。 ア～キ　（略） (2) チーム制を導入しており以下のアからカまでのいずれも実施していること。 ア～カ　（略） (3) 医師が時間外、休日又は深夜の手術等を行った場合の手当等を支給しており、以下のア又はイのいずれかを実施するとともに実施内容について就業規則に記載を行い、その写しを地方厚生（支）局長に届け出ていること。また、休日等において、当該診療科に１名以上の緊急呼出し当番を担う医師を置いていること。 （中略）

ア・イ　（略） ［経過措置］ 令和６年３月31日時点で休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１の届出を行っている保険医療機関については、７に係る規定は令和●●年●●月●●日までの間に限り、なお従前の例による。 ※　休日加算１及び深夜加算１についても同様。	ア・イ　（略） ［経過措置］ （新設）

【Ⅰ－５　多様な働き方を踏まえた評価の拡充－①】

①　特定集中治療室管理料等の見直し

「Ⅰ－２－②」を参照のこと。

【Ｉ－５　多様な働き方を踏まえた評価の拡充－②】

②　看護補助体制充実加算に係る評価の見直し

第１　基本的な考え方

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並びに身体的拘束の予防・最小化の取組を促進する観点から、看護補助体制充実加算の要件及び評価並びに夜間看護体制加算の評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．看護補助体制充実加算について、看護補助者の定着に向けた取組及び看護補助者の経験年数に着目した評価を新設する。

２．看護補助体制充実加算について、身体的拘束の実施に着目した評価に見直す。

改　定　案	現　　行
【急性期看護補助体制加算】 ［算定要件］ 注４　看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助に係る十分な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、１日につき次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。ただし、本文の規定にかかわらず、身体的拘束を実施した日は、看護補助体制充実加算２の例により算定する。 イ　看護補助体制充実加算１ ●●点	【急性期看護補助体制加算】 ［算定要件］ 注４　看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助に係る十分な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病棟に入院している患者については、看護補助体制充実加算として、１日につき５点を更に所定点数に加算する。

ロ　看護補助体制充実加算２ ●●点	
(7)「注４」に規定する看護補助体制充実加算１又は看護補助体制充実加算２は、看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制及び身体的拘束の最小化の取組を評価するものである。	(7)「注４」に規定する看護補助体制充実加算は、看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する十分な体制を評価するものである。
(8)「注４」については、身体的拘束を実施した場合は、理由によらず、看護補助体制充実加算２の例により算定すること。	（新設）
［施設基準］ 七の三　急性期看護補助体制加算の施設基準 (9) 看護補助体制充実加算１の施設基準 看護職員及び看護補助者の業務分担及び協働に資する十分な体制が整備されていること。	［施設基準］ 七の三　急性期看護補助体制加算の施設基準 （新設）
(10) 看護補助体制充実加算２の施設基準 看護職員及び看護補助者の業務分担及び協働に資する必要な体制が整備されていること。	(9) 看護補助体制充実加算の施設基準 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する十分な体制が整備されていること。
10　看護補助体制充実加算の施設基準 (1) 看護補助体制充実加算１の施設基準 イ　当該保険医療機関において３年以上の看護補助者としての勤務経験を有する看護補助者が●●以上配置されていること。	10　看護補助体制充実加算の施設基準 （新設）
ロ・ハ　（略）	(1)・(2)　（略）
ニ　当該保険医療機関における看護補助者の業務に必要な能力を段階的に示し、看護補助者の育成や評価に活用してい	（新設）

ること。 (2) 看護補助体制充実加算２の施設基準 (1)のロ及びハを満たすものであること。	（新設）
［経過措置］ 令和６年３月31日時点で看護補助体制充実加算に係る届出を行っている保険医療機関については、令和●●年●●月●●日までの間に限り、10の(1)のイ及びニの基準を満たしているものとみなす。 ※　看護補助加算の看護補助体制充実加算も同様。	［経過措置］ （新規）

３．看護補助者の配置に係る評価における夜間看護体制加算の評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【急性期看護補助体制加算】 注３　夜間における看護業務の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病棟に入院している患者については、夜間看護体制加算として、●●点を更に所定点数に加算する。	【急性期看護補助体制加算】 注３　夜間における看護業務の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病棟に入院している患者については、夜間看護体制加算として、60点を更に所定点数に加算する。
【看護補助加算】 注３　夜間における看護業務の体制につき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病棟に入院している患者については、夜間看護体制加算として、入院初日に限り●●点を更に所定点数に加算する。	【看護補助加算】 注３　夜間における看護業務の体制につき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病棟に入院している患者については、夜間看護体制加算として、入院初日に限り165点を更に所定点数に加算する。
【障害者施設等入院基本料】	【障害者施設等入院基本料】

注10　夜間における看護業務の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、夜間看護体制加算として、入院初日に限り●●点を所定点数に加算する。	注10　夜間における看護業務の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、夜間看護体制加算として、入院初日に限り150点を所定点数に加算する。

③　感染対策向上加算等における専従要件の明確化

第１　基本的な考え方

感染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えるようにする観点から、感染対策向上加算等のチームの構成員の専従業務に当該助言が含まれることを明確化する。

第２　具体的な内容

感染対策向上加算、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に専従の者は、各加算等で求めるチーム構成員としての業務に影響のない範囲において、介護保険施設等からの求めに応じて当該構成員の専門性に基づく助言を行っても差し支えないこととする。

改　定　案	現　　行
【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 ⑵　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。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、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	【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 ⑵　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。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

介護保険施設等又は指定障害者支援施設等（以下この区分において「介護保険施設等」という。）からの求めに応じ、当該介護保険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、介護保険施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として月●●時間以下であること。また、介護保険施設等は次に掲げるものをいう。 イ　指定介護老人福祉施設 ロ　指定地域密着型介護老人福祉施設 ハ　介護老人保健施設 ニ　介護医療院 ホ　指定特定施設入居者生活介護事業所 ヘ　指定地域密着型特定施設入居者生活介護事業所 ト　指定介護予防特定施設入居者生活介護事業所 チ　指定認知症対応型共同生活介護事業所 リ　指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所 ヌ　指定障害者支援施設 ル　指定共同生活援助事業所 ヲ　指定福祉型障害児入所施設 （中略）	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。 （中略）
【緩和ケア診療加算】 ［施設基準］ 1　緩和ケア診療加算に関する施設基準 (1)　当該保険医療機関内に、以下の４名から構成される緩和ケアに係るチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）が設置されていること。 ア 身体症状の緩和を担当する	【緩和ケア診療加算】 ［施設基準］ 1　緩和ケア診療加算に関する施設基準 (1)　当該保険医療機関内に、以下の４名から構成される緩和ケアに係るチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）が設置されていること。 ア 身体症状の緩和を担当する

専任の常勤医師 イ 精神症状の緩和を担当する専任の常勤医師 ウ 緩和ケアの経験を有する専任の常勤看護師 エ 緩和ケアの経験を有する専任の薬剤師 なお、アからエまでのうちいずれか１人は専従であること。ただし、緩和ケアチームが診察する患者数が１日に 15 人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない。 (2)　（略） (3)　(1)の緩和ケアチームの専従の職員について、介護保険施設等からの求めに応じ、当該介護保険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、介護保険施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として月●●時間以下であること。 (4)～(14)　（略） ※　外来緩和ケア管理料も同様。	専任の常勤医師 イ 精神症状の緩和を担当する専任の常勤医師 ウ 緩和ケアの経験を有する専任の常勤看護師 エ 緩和ケアの経験を有する専任の薬剤師 なお、アからエまでのうちいずれか１人は専従であること。ただし、緩和ケアチームが診察する患者数が１日に 15 人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない。 (2)　（略） （新設） (3)～(13)　（略）
【褥瘡ハイリスク患者ケア加算】 [施設基準] １　褥瘡ハイリスク患者ケア加算に関する施設基準 (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又は介護保険施設等からの求めに応じ、当該介護保険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	【褥瘡ハイリスク患者ケア加算】 [施設基準] １　褥瘡ハイリスク患者ケア加算に関する施設基準 (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には、専従の褥瘡管理者とみなすことができる。

し、介護保険施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として月●●時間以下であること。	

④　ICT、AI、IoT 等の活用による業務負担軽減の取組の推進

「Ⅰ－３－①」を参照のこと。

【Ｉ－５　多様な働き方を踏まえた評価の拡充－⑤】

⑤　訪問看護ステーションにおける持続可能な 24 時間対応体制確保の推進

第１　基本的な考え方

訪問看護ステーションにおける看護師等の働き方改革及び持続可能な 24 時間対応体制の確保を推進する観点から、24 時間対応体制加算について、看護業務の負担軽減のための取組を行った場合を考慮した評価体系に見直す。また、24 時間対応に係る連絡体制の取扱いを見直す。

第２　具体的な内容

１．24 時間対応体制加算について、看護業務の負担軽減のための取組を行った場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】 ［算定要件］ 注２　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、利用者又はその家族等に対して当該基準に規定する 24 時間の対応体制にある場合（指定訪問看護を受けようとする者の同意を得た場合に限る。）には、24 時間対応体制加算として、次に掲げる区分に従い、月１回に限り、いずれかを所定額に加算する。ただし、当該月において、当該利用者について他の訪問看護ステーションが 24 時間対応体制加算を算定している場合は、算定しない。 イ　24 時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組を行っている場合　●●円 ロ　イ以外の場合　●●円 ［施設基準］ 六　訪問看護管理療養費の基準	【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】 ［算定要件］ 注２　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、利用者又はその家族等に対して当該基準に規定する 24 時間の対応体制にある場合（指定訪問看護を受けようとする者の同意を得た場合に限る。）には、24 時間対応体制加算として、月１回に限り、6,400 円を所定額に加算する。ただし、当該月において、当該利用者について他の訪問看護ステーションが 24 時間対応体制加算を算定している場合は、算定しない。 ［施設基準］ 六　訪問看護管理療養費の基準

(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 利用者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に、常時対応できる体制にある場合であって、計画的に訪問することとなっていない緊急時訪問を必要に応じて行うことができる体制にあること。 訪問看護管理療養費の注２のイを算定する場合には、24時間対応体制における看護業務の負担の軽減に資する十分な業務管理等の体制が整備されていること。	(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 利用者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に、常時対応できる体制にある場合であって、計画的に訪問することとなっていない緊急時訪問を必要に応じて行うことができる体制にあること。 （新設）
[届出基準通知] ２　24時間対応体制加算 (3) 訪問看護管理療養費の注２のイを算定する場合、次に掲げる24時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組に関する内容のうち、ア又はイを含む２項目以上を満たしていること。 ア　夜間対応した翌日の勤務間隔の確保 イ　夜間対応に係る勤務の連続回数が２連続（２回）まで ウ　夜間対応後の暦日の休日確保 エ　夜間勤務のニーズを踏まえた勤務体制の工夫 オ　ＩＣＴ、ＡＩ、ＩｏＴ等の活用による業務負担軽減 カ　電話等による連絡及び相談を担当する者に対する支援体制の確保	[届出基準通知] ２　24時間対応体制加算 （新設）

２．24 時間対応体制加算について、24 時間対応に係る連絡体制の取扱いを見直す。

改　定　案	現　　行
【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】 [届出基準通知]	【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】 [届出基準通知]

２　24時間対応体制加算 (1) 24時間対応体制加算を算定する訪問看護ステーションにあっては、その定める営業日以外の日及び営業時間以外の時間において、利用者又はその家族等からの電話等による連絡及び相談が直接受けられる体制が整備されていること。 なお、当該訪問看護ステーション以外の施設又は従業者を経由するような連絡体制に係る連絡相談体制及び訪問看護ステーション以外の者が所有する電話を連絡先とすることは認められないこと。 機能強化型訪問看護管理療養費３の届出を行っている訪問看護ステーションにおいて、併設する保険医療機関の看護師が営業時間外の利用者又はその家族等からの電話等に対応する場合を除き、24時間対応体制に係る連絡相談を担当する者は、原則として、当該訪問看護ステーションの保健師又は看護師とし、勤務体制等を明確にすること。 なお、次のいずれにも該当し、24時間対応体制に係る連絡相談に支障がない体制を構築している場合には、24時間対応体制に係る連絡相談を担当する者について、当該訪問看護ステーションの保健師又は看護師以外の職員（以下この項において「看護師等以外の職員」とする。）でも差し支えない。 ア　看護師等以外の職員が利用者又はその家族等からの電話等による連絡及び相談に対応する際のマニュアルが整備されていること。 イ　緊急の訪問看護の必要性の判断を保健師又は看護師が速やかに行える連絡体制及び緊急の訪問看護が可能な体制が整備されていること。 ウ　当該訪問看護ステーションの管理者は、連絡相談を担当	２　24時間対応体制加算 (1) 24時間対応体制加算を算定する訪問看護ステーションにあっては、その定める営業日以外の日及び営業時間以外の時間において、利用者又はその家族等からの電話等による連絡及び相談が直接受けられる体制が整備されていること。 なお、当該訪問看護ステーション以外の施設又は従業者を経由するような連絡体制に係る連絡相談体制及び訪問看護ステーション以外の者が所有する電話を連絡先とすることは認められないこと。 機能強化型訪問看護管理療養費３の届出を行っている訪問看護ステーションにおいて、併設する保険医療機関の看護師が営業時間外の利用者又はその家族等からの電話等に対応する場合を除き、24時間対応体制に係る連絡相談を担当する者は、原則として、当該訪問看護ステーションの保健師又は看護師とし、勤務体制等を明確にすること。 （新設）

する看護師等以外の職員の勤務体制及び勤務状況を明らかにすること。 エ　看護師等以外の職員は、電話等により連絡及び相談を受けた際に保健師又は看護師へ報告すること。報告を受けた保健師又は看護師は、当該報告内容等を訪問看護記録書に記録すること。 オ　アからエについて、利用者及び家族等に説明し、同意を得ること。 カ　指定訪問看護事業者は、連絡相談を担当する看護師等以外の職員に関して別紙様式２を用いて地方厚生（支）局長に届け出ること。	

【Ｉ－６　医療人材及び医療資源の偏在への対応－①】

①　時間外対応加算の見直し

第１　基本的な考え方

近年の情報化社会の進展に伴うサービスの多様化に対応する観点から、時間外対応加算について、時間外の電話対応等の多様な在り方を考慮した評価体系に見直す。

第２　具体的な内容

１．時間外対応加算について、多様な在り方を考慮した評価体系に見直す観点から、時間外の電話対応等に常時対応できる体制として、非常勤職員等が対応し、医師に連絡した上で、当該医師が電話等を受けて対応できる体制の評価を新設する。

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

改　定　案	現　　行
【時間外対応加算】 ［算定要件］ 注10　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（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。 イ　時間外対応加算１　５点 ロ　時間外対応加算２　●点 ハ　時間外対応加算３　３点 ニ　時間外対応加算４　１点 ［施設基準］ 五　時間外対応加算の施設基準 (1) 時間外対応加算１の施設基準 当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等	【時間外対応加算】 ［算定要件］ 注10　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（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。 イ　時間外対応加算１　５点 （新設） ロ　時間外対応加算２　３点 ハ　時間外対応加算３　１点 ［施設基準］ 五　時間外対応加算の施設基準 (1) 時間外対応加算１の施設基準 当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等

により療養に関する意見を求められた場合に、原則として当該保険医療機関の常勤の医師又は看護職員等により、常時対応できる体制にあること。	により療養に関する意見を求められた場合に、原則として当該保険医療機関において、常時対応できる体制にあること。
(2) 時間外対応加算２の施設基準 当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、原則として当該保険医療機関の非常勤の医師又は看護職員等により、常時対応できる体制にあること。	（新設）
(3) 時間外対応加算３の施設基準 当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、原則として当該保険医療機関の常勤の医師又は看護職員等により対応できる体制にあること。	(2) 時間外対応加算２の施設基準 当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、原則として当該保険医療機関において対応できる体制にあること。
(4) （略）	(3) （略）
第２ 時間外対応加算 ２ 時間外対応加算１に関する施設基準 診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、原則として当該診療所において、当該診療所の常勤の医師、看護職員又は事務職員等により、常時対応できる体制がとられていること。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非常勤の医師、看護職員又は事務職員等により、常時対応できる体制がとられている場合には、当該基準を満たしているとみなすことができる。また、やむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じ	第２ 時間外対応加算 ２ 時間外対応加算１に関する施設基準 診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、原則として当該診療所において、常時対応できる体制がとられていること。また、やむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかった場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。

ることができなかった場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。	
３　時間外対応加算２に関する施設基準 　診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、診療所の非常勤の医師、看護職員又は事務職員等が、常時、電話等により対応できる体制がとられていること。また、必要に応じて診療録を閲覧することができる体制及びやむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかった場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。	（新設）
４ 時間外対応加算３に関する施設基準 (1) 診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において、当該診療所の常勤の医師、看護職員又は事務職員等により、対応できる体制がとられていること。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非常勤の医師、看護職員又は事務職員等により、標榜時間外の夜間の数時間において対応できる体制がとられている場合には、当該基準を満たしていると見なすことができる。また、標榜時間内や標榜時間外の夜間の数時間に、やむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかった場合であ	３ 時間外対応加算２に関する施設基準 (1) 診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において対応できる体制がとられていること。また、標榜時間内や標榜時間外の夜間の数時間に、やむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかった場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。

ても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。 (2)　（略）	(2)　（略）
５・６　（略）	４・５　（略）
【小児かかりつけ診療料】 [施設基準] １　小児かかりつけ診療料１に関する施設基準 (2) 区分番号「Ａ００１」の注 10 に規定する時間外対応加算１又は時間外対応加算３に係る届出を行っていること。	【小児かかりつけ診療料】 [施設基準] １　小児かかりつけ診療料１に関する施設基準 (2) 区分番号「Ａ００１」の注 10 に規定する時間外対応加算１又は時間外対応加算２に係る届出を行っていること。
２　小児かかりつけ診療料２に関する施設基準 (2) 次のいずれかの基準を満たしていること。 ア 区分番号「Ａ００１」の注 10 に規定する時間外対応加算２又は時間外対応加算４に係る届出を行っていること。 イ　（略）	２　小児かかりつけ診療料２に関する施設基準 (2) 次のいずれかの基準を満たしていること。 ア 区分番号「Ａ００１」の注 10 に規定する時間外対応加算３に係る届出を行っていること。 イ　（略）

②　特定集中治療室管理料等の見直し

「Ⅰ－２－②」を参照のこと。

③　超急性期脳卒中加算の見直し

第１　基本的な考え方

医師少数区域の医療機関において､専門的な医師が不在である場合に､基幹施設との適切な連携により急性期脳梗塞の患者に対する t-PA 療法を実施することを推進する観点から、超急性期脳卒中加算について要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．医師少数区域に所在する医療機関について、専門的な施設との連携の下で､脳梗塞発症後に t-PA 療法を迅速に実施した場合に､超急性期脳卒中加算を算定可能とする。
２．超急性期脳卒中加算の施設基準のうち、専門的な施設との連携の下で脳卒中の診療を行う医療機関について、専用の治療室及び脳外科的処置が迅速に行える体制の整備に係る要件を緩和する。

改　定　案	現　　行
【超急性期脳卒中加算】 [施設基準] 六の三　超急性期脳卒中加算の施設基準等 (1)　超急性期脳卒中加算の施設基準 イ　次のいずれかに該当すること。 ①　（略） ②　次のいずれにも該当すること。 １　当該保険医療機関（別表第六の二に掲げる地域又は医療法第三十条の四第六項に規定する医師の数が少ないと認められる同条第二項第十四号に規定する区域に所在する保険医療機関に限る。）内に、脳卒中の診療に関する研修を受けた専任の常勤医	【超急性期脳卒中加算】 [施設基準] 六の三　超急性期脳卒中加算の施設基準等 (1)　超急性期脳卒中加算の施設基準 イ　次のいずれかに該当すること。 ①　（略） ②　次のいずれにも該当すること。 １　当該保険医療機関（別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関に限る。）内に、脳卒中の診療に関する研修を受けた専任の常勤医師が一名以上配置されていること。

師が一名以上配置されていること。 ２　（略） ロ・ハ　（略）	２　（略） ロ・ハ　（略）
１　超急性期脳卒中加算に関する施設基準 (1) 次のいずれかを満たしていること。 ア　（略） イ　次のいずれも満たしていること。 (ｲ) 「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域又は医療法第三十条の四第六項に規定する医師の数が少ないと認められる同条第二項第十四号に規定する区域に所在する保険医療機関であって、超急性期脳卒中加算に係る届出を行っている他の保険医療機関との連携体制が構築されていること。	１　超急性期脳卒中加算に関する施設基準 (1) 次のいずれかを満たしていること。 ア　（略） イ　次のいずれも満たしていること。 (ｲ) 「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であって、超急性期脳卒中加算に係る届出を行っている他の保険医療機関との連携体制が構築されていること。
(ﾛ)・(ﾊ)　（略）	(ﾛ)・(ﾊ)　（略）
(2)　脳外科的処置が迅速に行える体制が整備されていること。ただし、(1)のイに該当する保険医療機関であって、連携する保険医療機関において脳外科的処置を迅速に行える体制が整備されている場合においては、この限りではない。	(2)　脳外科的処置が迅速に行える体制が整備されていること。
(3)　(1)のアに該当する保険医療機関においては、脳卒中治療を行うにふさわしい専用の治療室を有していること。ただし、ICU や SCU と兼用であっても構わないものとする。	(3)　脳卒中治療を行うにふさわしい専用の治療室を有していること。ただし、ICU や SCU と兼用であっても構わないものとする。
(4)・(5)　（略）	(4)・(5)　（略）

【Ｉ－６　医療人材及び医療資源の偏在への対応－④】

④　脳梗塞の患者に対する血栓回収療法における遠隔連携の評価

第１　基本的な考え方

脳梗塞の患者に対して血栓回収療法が実施される割合が医師少数区域において低いことを踏まえ、医師少数区域又は医療資源の少ない地域に所在する医療機関が専門的な施設と連携して血栓回収療法の適応判断を行った上で専門的な施設に搬送し当該療法を実施した場合について新たな評価を行うとともに、超急性期脳卒中加算について、要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．医師少数区域又は医療資源の少ない地域に所在する一次搬送施設が基幹施設との連携により、脳梗塞の患者に対する血栓回収療法の適応を判断した上で、必要に応じて患者を基幹施設に転院搬送し、基幹施設で血栓回収療法が実施された場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【経皮的脳血栓回収術】 ［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、当該保険医療機関との連携体制の確保により超急性期脳卒中加算の届出を行っている他の保険医療機関の救急患者について、経皮的脳血栓回収術の適応判定について助言を行った上で、当該他の保険医療機関から搬送された当該患者に対して、経皮的脳血栓回収術を実施した場合は、脳血栓回収療法連携加算として、●●点を所定点数に加算する。ただし、脳血栓回収療法連携加算を算定する場合は、区分番号Ａ２０５－２に掲げる超急性期脳卒中加算は算定できない。	【経皮的脳血栓回収術】 ［算定要件］ （新設）

【手術通則】 ［算定要件］ 通則 ４　区分番号Ｋ００７（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ０１４－２、（中略）Ｋ１６９－３、Ｋ１７８－４（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、（中略）Ｋ９１０－２からＫ９１０－６まで並びにＫ９１６からＫ９１７－３までに掲げる手術等については、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行われる場合に限り算定する。 （中略） ［施設基準］ 第十二　手術 一　医科点数表第二章第十部手術通則第４号に掲げる手術等の施設基準等 (1)　（略） (2)　皮膚悪性腫瘍切除術（センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。）、（中略）内視鏡下脳腫瘍摘出術、経皮的脳血栓回収術、（中略）体外受精・顕微授精管理料、受精卵・胚培養管理料及び胚凍結保存管理料の施設基準 イ・ロ　（略）	【手術通則】 ［算定要件］ 通則 ４　区分番号Ｋ００７（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ０１４－２、（中略）Ｋ１６９－３、（中略）Ｋ９１０－２からＫ９１０－６まで並びにＫ９１６からＫ９１７－３までに掲げる手術等については、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行われる場合に限り算定する。 （中略） ［施設基準］ 第十二　手術 一　医科点数表第二章第十部手術通則第４号に掲げる手術等の施設基準等 (1)　（略） (2)　皮膚悪性腫瘍切除術（センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。）、（中略）内視鏡下脳腫瘍摘出術、（中略）体外受精・顕微授精管理料、受精卵・胚培養管理料及び胚凍結保存管理料の施設基準 イ・ロ　（略）

２．基幹施設との連携により超急性期脳卒中加算の届出を行う場合において、基幹施設に助言を求めた上で血栓回収療法の適応の判断を行うことを要件に追加する。

改　定　案	現　　行
【超急性期脳卒中加算】 ［施設基準］	【超急性期脳卒中加算】 ［施設基準］

第３ 超急性期脳卒中加算 １　超急性期脳卒中加算に関する施設基準 (1) 次のいずれかを満たしていること。 ア　（略） イ　次のいずれも満たしていること。 (イ)～(ハ) (ニ) 関係学会の定める指針に基づき、連携する超急性期脳卒中加算に係る届出を行っている他の保険医療機関と間で、脳梗塞患者に対する経皮的脳血栓回収術の適応の可否の判断における連携について協議し、手順書を整備した上で、対象となる患者について当該他の保険医療機関から助言を受けていること。 (2)～(5)　（略） (6) 令和６年３月31日時点で超急性期脳卒中加算に係る届出を行っている保険医療機関については、令和●●年●●月●●日までの間に限り、１の(1)のイの(ニ)の基準を満たしているものとみなす。	第３ 超急性期脳卒中加算 １　超急性期脳卒中加算に関する施設基準 (1) 次のいずれかを満たしていること。 ア　（略） イ　次のいずれも満たしていること。 (イ)～(ハ) （新設） (2)～(5)　（略）

⑤　DPC／PDPS の見直し

「Ⅱ－４－㉒」を参照のこと。

【Ｉ－６　医療人材及び医療資源の偏在への対応－⑥】

⑥　医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し

第１　基本的な考え方

医療資源の少ない地域に配慮した評価を適切に推進する観点から、回復期リハビリテーション病棟等に関する評価体系の見直しを行う。

第２　具体的な内容

１．医療資源の少ない地域において、回復期リハビリテーション病棟に相当する機能を有する病室について、回復期リハビリテーション入院料の届出を病室単位で可能な区分を新設する。

改　定　案	現　　行
【回復期リハビリテーション病棟入院料】 １～５　（略） ６　回復期リハビリテーション入院医療管理料　●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） ［算定要件］ 注１　１から５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（別に厚生労働大臣が定める回復期リハビリテーションを要する状態にあるものに限る。）について、６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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者（別に厚生労働大臣が定める回復期リハビリテーションを要する状態にあるものに限る。）について、当該基準に係る区分に	【回復期リハビリテーション病棟入院料】 １～５　（略） （新設） ［算定要件］ 注１　主として回復期リハビリテーションを行う病棟に関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であって、別に厚生労働大臣が定める回復期リハビリテーションを要する状態にあるものについて、当該基準に係る区分に従い、当該病棟に入院した日から起算して、それぞれの状態に応じて別に厚生労働大臣が定める日数を限度として所定点数を算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、

従い、当該病棟に入院した日から起算して、それぞれの状態に応じて別に厚生労働大臣が定める日数を限度として所定点数を算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、当該病棟が一般病棟であるときには区分番号Ａ１００に掲げる一般病棟入院基本料の注２に規定する特別入院基本料の例により、当該病棟が療養病棟であるときには区分番号Ａ１０１に掲げる療養病棟入院料１の入院料Ｉ又は療養病棟入院料２の入院料Ｉの例により、それぞれ算定する。	当該病棟が一般病棟であるときには区分番号Ａ１００に掲げる一般病棟入院基本料の注２に規定する特別入院基本料の例により、当該病棟が療養病棟であるときには区分番号Ａ１０１に掲げる療養病棟入院料１の入院料Ｉ又は療養病棟入院料２の入院料Ｉの例により、それぞれ算定する。
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。	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３、回復期リハビリテーション病棟入院料４又は回復期リハビリテーション病棟入院料５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。
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。）及び区分番号Ｂ００１の34に掲げる二次性骨折予防継続	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。）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（ロに限る。）、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、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及び排尿自立支援加算、第５節に掲げる看護職員処遇改善評価料、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。	管理料（ロに限る。）、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、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及び排尿自立支援加算、第５節に掲げる看護職員処遇改善評価料、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に含まれるものとする。
４・５　（略）	４・５　（略）
［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 イ　回復期リハビリテーションの必要性の高い患者を八割以上入院させる一般病棟又は療養病棟	［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 イ　回復期リハビリテーションの必要性の高い患者を八割以上入院させ、一般病棟又は療養病棟

の病棟又は病室を単位として行うものであること。	の病棟単位で行うものであること。
ロ～ニ　（略）	ロ～ニ　（略）
ホ　当該病棟又は病室を有する病棟に専任の常勤医師が一名以上配置されていること。	ホ　当該病棟に専任の常勤医師が一名以上配置されていること。
ヘ　当該病棟又は病室を有する病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟又は病室を有する病棟の入院患者の数が十五（回復期リハビリテーション病棟入院料１及び２にあっては十三）又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟又は病室を有する病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上（回復期リハビリテーション病棟入院料３から５までを算定する病棟及び回復期リハビリテーション入院医療管理料を算定する病室を有する病棟であって、看護補助者が夜勤を行う場合においては看護職員の数は一以上）であることとする。	ヘ　当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十五（回復期リハビリテーション病棟入院料１及び２にあっては十三）又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上（回復期リハビリテーション病棟入院料３から５までであって、看護補助者が夜勤を行う場合においては看護職員の数は一以上）であることとする。
ト　当該病棟又は病室を有する病棟において、看護職員の最小必要数の四割（回復期リハビリテーション病棟入院料１及び２にあっては七割）以上が看護師であること。	ト　当該病棟において、看護職員の最小必要数の四割（回復期リハビリテーション病棟入院料１及び２にあっては七割）以上が看護師であること。
チ　当該病棟又は病室を有する病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟又は病室を有する病棟の入院患者の数が三十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟又は病室を有する病棟において、一日	チ　当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が三十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者が本文に規定する数に相当する数以

に看護補助を行う看護補助者が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟又は病室を有する病棟における夜勤を行う看護補助者の数は、本文の規定にかかわらず、二以上（看護職員が夜勤を行う場合においては、二から当該看護職員の数を減じた数以上）であることとする。なお、主として事務的業務を行う看護補助者を含む場合は、一日に事務的業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟又は病室を有する病棟の入院患者の数が二百又はその端数を増すごとに一に相当する数以下であること。	上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護補助者の数は、本文の規定にかかわらず、二以上（看護職員が夜勤を行う場合においては、二から当該看護職員の数を減じた数以上）であることとする。なお、主として事務的業務を行う看護補助者を含む場合は、一日に事務的業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二百又はその端数を増すごとに一に相当する数以下であること。
（削除）	リ　当該病棟に専従の常勤の理学療法士が二名（回復期リハビリテーション病棟入院料１及び２にあっては三名）以上、作業療法士が一名（回復期リハビリテーション病棟入院料１及び２にあっては、二名）以上配置されていること。
リ・ヌ　（略）	ヌ・ル　（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	(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　当該病棟に専従の常勤の理学療法士が三名以上、作業療法士が二名以上配置されていること。	（新設）
ロ～リ　（略）	イ～チ　（略）
ヌ　病院の一般病棟又は療養病棟の病棟単位で行うものであること。	（新設）
ル　（略）	リ　（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	(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、ロ及びニからヌまでを満たすものであること。	(2)のイ及びハからチまでを満たすものであること。
(4) 回復期リハビリテーション病棟入院料３の施設基準	(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　当該病棟に専従の常勤の理学療法士が二名以上、作業療法士が一名以上配置されていること。	（新設）
ロ～ホ　（略）	イ～ニ　（略）
ヘ　病院の一般病棟又は療養病棟の病棟単位で行うものであること。	（新設）
ト　（略）	ホ　（略）
(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)のイからヘまで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)のイからニまでを満たすものであること。
(6) 回復期リハビリテーション病棟入院料５の施設基準	(6) 回復期リハビリテーション病棟入院料５の施設基準
イ　当該病棟に専従の常勤の理学療法士が二名以上、作業療法士が一名以上配置されていること。	（新設）
ロ　データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。	データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
ハ　病院の一般病棟又は療養病棟の病棟単位で行うものであること。	（新設）
(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	（新設）
イ　当該病室を有する病棟に専従の常勤の理学療法士が●名以上、専任の常勤の作業療法士が●名以上配置されていること。	
ロ　当該病室において、新規入院患者のうち●●割以上が重症の患者であること。	
ハ　当該病室において、退院患者のうち他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合が●●割以上であること。	
ニ　当該病室において、新規入院患者のうち●●割以上が別表第九の五に規定する患者であること。	
ホ　当該病室において、重症の患	

者の●●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。 へ　別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関であって、当該保険医療機関を中心とした半径●●キロメートル以内に当該病院以外の医療機関が回復期リハビリテーション病棟入院料１から５までを届出していないこと。 ト　データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。 チ　病院の一般病棟又は療養病棟の病室を単位として行うものであること。	

２．医療資源の少ない地域において、地域包括ケア病棟入院料２及び４の施設基準における、「自院の一般病棟からの転棟患者の割合」に関する要件を緩和する。

改　定　案	現　　行
【地域包括ケア病棟入院料】 ［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 (4) 地域包括ケア病棟入院料２の施設基準 ニ　当該病棟（許可病床数が二百床以上の保険医療機関に限り、別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関を除く。）において、入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が六割未満であること。 ※　地域包括ケア病棟入院料４についても同様。	【地域包括ケア病棟入院料】 ［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 (4) 地域包括ケア病棟入院料２の施設基準 ニ　当該病棟（許可病床数が二百床以上の保険医療機関に限る。）において、入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が六割未満であること。

３．医療資源の少ない地域において、在宅療養支援診療所・病院に係る24時間の往診体制の要件について、入院中の患者以外の患者が看護師等といる場合に情報通信機器を用いた診療が実施できる体制を整備することで要件を満たすこととする。

改　定　案	現　　行
【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～ハ　（略） 二　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っては、看護師等といる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～ワ　（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、次のいずれの基準にも該当するものであること。 イ～ロ　（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～ハ　（略） 二　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。 ホ～ワ　（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。	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。
二～ヲ　（略）	二～ヲ　（略）
(3)　次のいずれにも該当するものであること。	(3)　次のいずれにも該当するものであること。
イ・ロ　（略）	イ・ロ（略）
ハ　当該診療所において、又は別の保険医療機関の保険医との連携により、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。 ※　在宅療養支援病院についても同様。	ハ　当該診療所において、又は別の保険医療機関の保険医との連携により、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。

【Ⅰ－６　医療人材及び医療資源の偏在への対応－⑦】

⑦　医療資源の少ない地域の対象地域の見直し

第１　基本的な考え方

医療資源の少ない地域に配慮した評価を適切に推進する観点から、第8次医療計画における二次医療圏の見直しの予定等を踏まえ、医療資源の少ない地域の対象となる地域を見直す。

第２　具体的な内容

医療資源の少ない地域について、第8次医療計画における二次医療圏の見直しの予定に対応するとともに、直近の統計を用いて、対象地域を見直す。

改　定　案	現　　行
別表第六の二　厚生労働大臣が定める地域	別表第六の二　厚生労働大臣が定める地域
一～三　（略）	一～三　（略）
（削除）	四　北海道帯広市、音更町、士幌町、上士幌町、鹿追町、新得町、清水町、芽室町、中札内村、更別村、大樹町、広尾町、幕別町、池田町、豊頃町、本別町、足寄町、陸別町及び浦幌町の地域
四～十　（略）	五～十一　（略）
（削除）	十二　秋田県北秋田市及び上小阿仁村の地域
十一　秋田県大仙市、仙台市、美郷町、横手市、湯沢市、羽後町及び東成瀬村の地域	十三　秋田県大仙市、仙北市及び美郷町の地域
（削除）	十四　秋田県湯沢市、羽後町及び東成瀬村の地域
十二～十五　（略）	十五～十八　（略）
十六　石川県輪島市、珠洲市、穴水町及び能登町の地域	（新設）
十七～二十七　（略）	十九～二十九　（略）
（削除）	三十　島根県大田市及び邑智郡の地域
二十八～三十七　（略）	三十一～四十　（略）
（中略）	（中略）

［経過措置］ 　令和６年３月31日において、現に改正前の厚生労働大臣が定める地域に存在する保険医療機関が、医療資源の少ない地域の評価に係る届出を行っている場合は、令和●●年●●月●●日までの間、なお効力を有するものとする。	［経過措置］ （新設）

【Ⅱ－１　医療 DX の推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進－①】

①　医療情報・システム基盤整備体制充実加算の見直し

第１　基本的な考え方

保険医療機関・薬局におけるオンライン資格確認等システムの導入が原則義務化され、オンライン資格確認に係る体制が整備されていることを踏まえ、医療情報・システム基盤整備体制充実加算の評価の在り方を見直す。

第２　具体的な内容

医療情報・システム基盤整備体制充実加算について、オンライン資格確認等システムの導入が原則義務化されたことを踏まえ、体制整備に係る評価から、初診時等の診療情報・薬剤情報の取得・活用にかかる評価へ、評価の在り方を見直すとともに、名称を医療情報取得加算に見直す。

改　定　案	現　　行
【初診料】 ［算定要件］ 注15　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で初診を行った場合は、医療情報取得加算１として、月●回に限り●●点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報等の提供を受けた場合にあっては、医療情報取得加算２として、月●回に限り●●点を所定点数に加算する。	【初診料】 ［算定要件］ 注15　初診に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算１として、月１回に限り４点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報等の提供を受けた場合にあっては、医療情報・システム基盤整備体制充実加算２として、月１回に限り２点を所定点数に加算する。

【再診料】 ［算定要件］ （削除）	【再診料】 ［算定要件］ 注18　再診に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して再診を行った場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算３として、月１回に限り２点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあっては、この限りでない。
注18　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で再診を行った場合は、医療情報取得加算３として、●月に●回に限り●●点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあっては、医療情報取得加算４として、●月に●回に限り●●点を所定点数に加算する。 ※ 外来診療料についても同様。	（新設）
［施設基準］ 第３　初・再診料の施設基準等 ３の７　医療情報取得加算の施設基準 （略）	［施設基準］ 第３　初・再診料の施設基準等 ３の７　医療情報・システム基盤整備体制充実加算の施設基準 （略）

【調剤管理料】 ［算定要件］ 注６　調剤に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局（注３に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において調剤を行った場合は、医療情報取得加算１として、●月に●回に限り●●点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認により患者に係る薬剤情報を取得等した場合にあっては、医療情報取得加算２として、●月に●回に限り●●点を所定点数に加算する。 ［施設基準］ 九の五　調剤管理料の注６に規定する医療情報取得加算の施設基準 (1)～(3)　略	【調剤管理料】 ［算定要件］ 注６　調剤に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局（注３に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において調剤を行った場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算１として、６月に１回に限り３点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認により患者に係る薬剤情報を取得等した場合にあっては、医療情報・システム基盤整備体制充実加算２として、６月に１回に限り１点を所定点数に加算する。 ［施設基準］ 九の五　調剤管理料の注６に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算の施設基準 (1)～(3)　略

【Ⅱ－１　医療 DX の推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進－②】

②　医療 DX 推進体制整備加算の新設

第１　基本的な考え方

オンライン資格確認の導入による診療情報・薬剤情報の取得・活用の推進に加え、「医療 DX の推進に関する工程表」に基づき、利用実績に応じた評価、電子処方箋の更なる普及や電子カルテ情報共有サービスの整備を進めることとされていることを踏まえ、医療 DX を推進する体制について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

オンライン資格確認により取得した診療情報・薬剤情報を実際に診療に活用可能な体制を整備し、また、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスを導入し、質の高い医療を提供するため医療 DX に対応する体制を確保している場合の評価を新設する。

（新）　医療 DX 推進体制整備加算　　●●点

［算定要件］

医療 DX 推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療 DX 推進体制整備加算として、月●回に限り●●点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号●●に掲げる在宅医療 DX 情報活用加算又は区分番号●●に掲げる訪問看護医療 DX 情報活用加算は同一月においては、別に算定できない。

［施設基準］

（１）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（昭和 51 年厚生省令第 36 号）第１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。
（２）健康保険法第３条第 13 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。
（３）医師が、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。
（４）電磁的記録をもって作成された処方箋を発行する体制を有していること。
（５）電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有していること。

（６）マイナンバーカードの健康保険証利用について、実績を一定程度有していること。
（７）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。
（８）（７）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。

[経過措置]
（１）令和●●年●●月●●日までの間に限り、（４）に該当するものとみなす。
（２）令和●●年●●月●●日までの間に限り、（５）に該当するものとみなす。
（３）（６）については、令和●●年●●月●●日から適用する。
（４）令和●●年●●月●●日までの間に限り、（８）に該当するものとみなす。

（新）　医療 DX 推進体制整備加算
（歯科初診料・地域歯科診療支援病院歯科初診料）　●●点

[算定要件]
医療 DX 推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療 DX 推進体制整備加算として、月●回に限り●●点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号●●に掲げる在宅医療 DX 情報活用加算は同一月においては、別に算定できない。

[施設基準]
（１）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（昭和 51 年厚生省令第 36 号）第１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。
（２）健康保険法第３条第 13 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。
（３）歯科医師が、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。
（４）電磁的記録をもって作成された処方箋を発行する体制を有していること。
（５）電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有していること。
（６）マイナンバーカードの健康保険証利用について、実績を一定程度

有していること。
（７）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。
（８）（７）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。

[経過措置]
（１）令和●●年●●月●●日までの間に限り、（４）に該当するものとみなす。
（２）令和●●年●●月●●日までの間に限り、（５）に該当するものとみなす。
（３）（６）については、令和●●年●●月●●日から適用する。
（４）令和●●年●●月●●日までの間に限り、（８）に該当するものとみなす。

（新）　医療 DX 推進体制整備加算（調剤基本料）　●●点

[算定要件]
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薬局において調剤を行った場合は、医療 DX 推進体制整備加算として、月●回に限り●●点を所定点数に加算する。この場合において、注２に規定する特別調剤基本料Ｂを算定する保険薬局は当該加算を算定できない。

[施設基準]
（１）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（昭和 51 年厚生省令第 36 号）第１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。
（２）健康保険法第３条第 13 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。
（３）保険薬剤師が、電子資格確認の仕組みを利用して取得した診療情報を閲覧又は活用し、調剤できる体制を有していること。
（４）電磁的記録をもって作成された処方箋を受け付ける体制を有していること。
（５）電磁的記録による調剤録及び薬剤服用歴の管理の体制を有していること。
（６）電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有していること。
（７）マイナンバーカードの健康保険証利用について、実績を一定程度有していること。

（８）医療 DX 推進の体制に関する事項及び質の高い調剤を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して調剤を行うことについて、当該保険薬局の見やすい場所に掲示していること。
（９）（８）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。

[経過措置]
（１）令和●●年●●月●●日までの間に限り、（４）に該当するものとみなす。
（２）令和●●年●●月●●日までの間に限り、（６）に該当するものとみなす。
（３）（７）については、令和●●年●●月●●日から適用する。
（４）令和●●年●●月●●日までの間に限り、（９）に該当するものとみなす。

③　在宅医療における医療 DX の推進

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

１．在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の１、在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の２、在宅患者訪問診療料（Ⅱ）及び在宅がん医療総合診療料について、居宅同意取得型のオンライン資格確認等システム、電子カルテ情報共有サービス及び電子処方箋により得られる情報を活用して質の高い医療を提供することに係る評価を新設する。

（新）　在宅医療ＤＸ情報活用加算　●●点

［対象患者］

在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の１、在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の２、在宅患者訪問診療料（Ⅱ）及び在宅がん医療総合診療料を算定する患者

［算定要件］

別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において健康保険法第３条第 13 項に規定する電子資格確認等により得られる情報を踏まえて計画的な医学管理の下に、訪問して診療を行った場合は、在宅医療ＤＸ情報活用加算として、月１回に限り所定点数に加算する。ただし、区分番号●●に掲げる医療情報取得加算、区分番号●●に掲げる医療ＤＸ推進体制整備加算又は区分番号●●に掲げる訪問看護医療ＤＸ情報活用加算を算定した月は、在宅医療ＤＸ情報活用加算は算定できない。

［施設基準］

（１）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（昭和 51 年厚生省令第 36 号）第１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。

（２）健康保険法第３条第 13 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。
（３）電磁的記録をもって作成された処方箋を発行する体制を有していること。
（４）電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有していること。
（５）（２）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。
（６）（５）の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲示していること。

[経過措置]
（１）令和●年●月●日までの間に限り、（３）に該当するものとみなす。
（２）令和●年●月●日までの間に限り、（４）に該当するものとみなす。
（３）令和●年●月●日までの間に限り、（６）に該当するものとみなす。

（※）在宅患者訪問診療料（Ⅱ）及び在宅がん医療総合診療料についても同様。

２．医療ＤＸ及び医薬品の安定供給に資する取組の推進に伴い、処方箋を交付する場合の在宅がん医療総合診療料の点数を見直す。

改　定　案	現　　行
【在宅がん医療総合診療料】 １　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の場合 イ　病床を有する場合 (1) 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合　●●点 (2) 処方箋を交付しない場合　●●点 ロ　病床を有しない場合 (1) 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合　●●点 (2) 処方箋を交付しない場合　●●点 ２　在宅療養支援診療所又は在宅療	【在宅がん医療総合診療料】 １　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の場合 イ　病床を有する場合 (1) 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合　1,800点 (2) 処方箋を交付しない場合　2,000点 ロ　病床を有しない場合 (1) 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合　1,650点 (2) 処方箋を交付しない場合　1,850点 ２　在宅療養支援診療所又は在宅療

養支援病院（１に規定するものを除く。）の場合 イ　保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合 ●●点 ロ　処方箋を交付しない場合 ●●点	養支援病院（１に規定するものを除く。）の場合 イ　保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合 1,495点 ロ　処方箋を交付しない場合 1,685点

３．在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料及び精神科訪問看護・指導料について、居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムが導入されることを踏まえ、初回訪問時等に利用者の診療情報・薬剤情報を取得・活用して、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行い、質の高い医療を提供した場合について、新たな評価を行う。

（新）　訪問看護医療ＤＸ情報活用加算　●●点

[対象患者]
　在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料及び精神科訪問看護・指導料を算定する患者

[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保険医療機関の看護師等（准看護師を除く）が、健康保険法第３条第 13 項の規定による電子資格確認により、利用者の診療情報を取得等した上で訪問看護・指導の実施に関する計画的な管理を行った場合には、訪問看護医療ＤＸ情報活用加算として、月に１回に限り、●●点を所定点数に加算する。ただし、区分番号●●に掲げる医療情報取得加算、区分番号●●に掲げる医療ＤＸ推進体制整備加算又は区分番号●●に掲げる在宅医療ＤＸ情報活用加算を算定した月は、訪問看護医療ＤＸ情報活用加算は算定できない。

[施設基準]
（１）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（昭和 51 年厚生省令第 36 号）第１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。
（２）健康保険法第３条第 13 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。
（３）（２）の体制に関する事項及び質の高い訪問看護を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して訪問看護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。

（４）（３）の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲示していること。

[経過措置]
令和●年●月●日までの間に限り、（４）に該当するものとみなす。

４．歯科訪問診療料について、居宅同意取得型のオンライン資格確認等システム、電子カルテ情報共有サービス及び電子処方箋により得られる情報を活用して質の高い医療を提供することに係る評価を新設する。

（新）　在宅医療ＤＸ情報活用加算（歯科訪問診療料）　●●点

[対象患者]
歯科訪問診療料を算定する患者

[算定要件]
別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において健康保険法第３条第 13 項に規定する電子資格確認等により得られる情報を踏まえて計画的な歯科医学管理の下に、訪問して診療を行った場合は、在宅医療ＤＸ情報活用加算として、月１回に限り所定点数に加算する。ただし、区分番号●●に掲げる医療情報取得加算又は区分番号●●に掲げる医療ＤＸ推進体制整備加算を算定した月は、在宅医療ＤＸ情報活用加算は算定できない。

[施設基準]
（１）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（昭和 51 年厚生省令第 36 号）第１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。
（２）健康保険法第３条第 13 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。
（３）電磁的記録をもって作成された処方箋を発行する体制を有していること。
（４）電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有していること。
（５）（２）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。
（６）（５）の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲示していること。

[経過措置]

（１）令和●年●月●日までの間に限り、（３）に該当するものとみなす。
（２）令和●年●月●日までの間に限り、（４）に該当するものとみなす。
（３）令和●年●月●日までの間に限り、（６）に該当するものとみなす。

④　訪問看護医療ＤＸ情報活用加算の新設

第１　基本的な考え方

居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムが導入されることを踏まえ、初回訪問時等に利用者の診療情報・薬剤情報を取得・活用して、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行い、質の高い医療を提供した場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

指定訪問看護ステーションにおいて、居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムを通じて利用者の診療情報を取得し、当該情報を活用して質の高い医療を提供することに係る評価を新設する。

（新）　訪問看護医療ＤＸ情報活用加算　●●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、健康保険法第３条第 13 項の規定による電子資格確認により、利用者の診療情報を取得等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ＤＸ情報活用加算として、月１回に限り、●●円を所定額に加算する。

［施設基準］
（１）訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令（平成４年厚生省令第５号）第１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。
（２）健康保険法第３条第 13 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。
（３）（２）の体制に関する事項及び質の高い訪問看護を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して訪問看護を行うことについて、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。

［経過措置］
令和●年●月●日までの間に限り、（４）に該当するものとみなす。

【Ⅱ－１　医療 DX の推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進－⑤】

⑤　救急時医療情報閲覧機能の導入の推進

第１　基本的な考え方

救急時医療情報閲覧機能の導入により、救急患者に対する迅速かつ的確で効率的な治療を更に推進する観点から、総合入院体制加算、急性期充実体制加算及び救命救急入院料について要件を見直す。

第２　具体的な内容

総合入院体制加算、急性期充実体制加算及び救命救急入院料について、救急時医療情報閲覧機能を導入していることを要件とする。

改　定　案	現　　行
【総合入院体制加算】 ［施設基準］ １　総合入院体制加算１に関する施設基準等 (5)　24時間の救急医療提供として、「救急医療対策事業実施要綱」（昭和52年７月６日医発第692号）に定める第３「救命救急センター」又は第４「高度救命救急センター」を設置している保険医療機関であること。また、救急時医療情報閲覧機能を有していること。 ２　総合入院体制加算２に関する施設基準等 (4)　24時間の救急医療提供として、救急時医療情報閲覧機能を有していること。また、以下のいずれかを満たしていること。 ア・イ　（略） ［経過措置］ １の(5)及び２の(4)に係る救急時医療情報閲覧機能の要件について	【総合入院体制加算】 ［施設基準］ １　総合入院体制加算１に関する施設基準等 (5)　24時間の救急医療提供として、「救急医療対策事業実施要綱」（昭和52年７月６日医発第692号）に定める第３「救命救急センター」又は第４「高度救命救急センター」を設置している保険医療機関であること。 ２　総合入院体制加算２に関する施設基準等 (4)　24時間の救急医療提供として、以下のいずれかを満たしていること。 ア・イ　（略） ［経過措置］ (新設)

は、令和●●年●●月●●日以降に適用するものとする。	
【急性期充実体制加算】 ［施設基準］ １　急性期充実体制加算に関する施設基準 (5)　24時間の救急医療提供として、次のいずれにも該当していること。 ア・イ　（略） ウ　救急時医療情報閲覧機能を有していること。	【急性期充実体制加算】 ［施設基準］ １　急性期充実体制加算に関する施設基準 (5)　24時間の救急医療提供として、次のいずれにも該当していること。 ア・イ　（略） （新設）
［経過措置］ １の(5)のウに規定する救急時医療情報閲覧機能の要件については、令和●●年●●月●●日以降に適用するものとする。	［経過措置］ （新設）
【救命救急入院料】 ［施設基準］ １　救命救急入院料１に関する施設基準 (8)　当該病院において救急時医療情報閲覧機能を有していること。	【救命救急入院料】 ［施設基準］ １　救命救急入院料１に関する施設基準 （新設）
２　救命救急入院料２に関する施設基準 救命救急入院料１の(1)から(5)まで及び(8)の施設基準を満たすほか、特定集中治療室管理料の１又は３の施設基準を満たすものであること。	２　救命救急入院料２に関する施設基準 救命救急入院料１の(1)から(5)までの施設基準を満たすほか、特定集中治療室管理料の１又は３の施設基準を満たすものであること。
［経過措置］ １の(8)及び２（救命救急入院料１の(8)に限る。）に規定する救急時医療情報閲覧機能の要件については、令和●●年●●月●●日以降に適用するものとする。	［経過措置］ （新設）

⑥　へき地診療所等が実施する D to P with N の推進

第１　基本的な考え方

へき地医療において、患者が看護師等といる場合のオンライン診療（D to P with N）が有効であることを踏まえ、へき地診療所・へき地医療拠点病院が D to P with N を実施する場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

へき地診療所及びへき地医療拠点病院において、適切な研修を修了した医師が、D to P with N を実施できる体制を確保している場合の評価を、情報通信機器を用いた場合の再診料及び外来診療料に新設する。

（新）　看護師等遠隔診療補助加算　●●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、看護師等といる患者に対して情報通信機器を用いた診療を行った場合に、所定点数に加算する。

［施設基準］

患者が看護師等といる場合の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。

【Ⅱ－１　医療 DX の推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進－⑦】

⑦　難病患者の治療に係る遠隔連携診療料の見直し

第１　基本的な考え方

指定難病患者に対する治療について患者が医師といる場合の情報通信機器を用いた診療（D to P with D）が有効であることが示されたことを踏まえ、遠隔連携診療料の対象患者を見直す。

第２　具体的な内容

遠隔連携診療料の対象患者に、指定難病患者を追加する。

改　定　案	現　　行
【遠隔連携診療料】 ［算定要件］ 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。 ［施設基準］ 九の七の三　遠隔連携診療料の施設基準等 (1)・(2)　（略） (3)　遠隔連携診療料の注２に規定	【遠隔連携診療料】 ［算定要件］ 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、てんかんの治療を目的として、患者の同意を得て、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、当該診療料を最初に算定した日から起算して１年を限度として、３月に１回に限り算定する。 ［施設基準］ 九の七の三　遠隔連携診療料の施設基準等 (1)・(2)　（略） (3)　遠隔連携診療料の注２に規定

する対象患者 イ　てんかんの患者（知的障害を有するものに限る。） ロ　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	する対象患者 　てんかんの患者（知的障害を有するものに限る。）

【Ⅱ－１　医療 DX の推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進－⑧】

⑧　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料における情報通信機器を用いた診療に係る評価の新設

第１　基本的な考え方

情報通信機器を用いた診療における閉塞性無呼吸症候群に対する持続陽圧呼吸（CPAP）療法を実施する際の基準を踏まえ、情報通信機器を用いた場合の在宅持続陽圧呼吸療法指導管理について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料について、情報通信機器を用いた診療を実施した場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料】 ［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しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料２を算定すべき指導管理を情報通信機器を用いて行った場合は、２の所定点数に代えて、●●点を算定する。 ［施設基準］ 六の四の三　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の施設基準等 （削除） (1) 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の遠隔モニタリング加算の施設基準	【在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料】 ［算定要件］ （新設） ［施設基準］ 六の四の三　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の遠隔モニタリング加算の施設基準 電話以外による指導を行う場合は、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）

電話以外による指導を行う場合は、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) 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の注３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）

⑨　小児特定疾患カウンセリング料の見直し

第１　基本的な考え方

発達障害等、児童思春期の精神疾患の支援を充実する観点から、小児特定疾患カウンセリング料について要件及び評価を見直すとともに、医師による小児の発達障害等に対する情報通信機器を用いたオンライン診療の有効性・安全性に係るエビデンスが示されたことを踏まえ、発達障害等を有する小児患者に対する情報通信機器を用いた医学管理について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

１．小児特定疾患カウンセリング料について、カウンセリングの実態を踏まえ、要件及び評価を見直す。
２．小児特定疾患カウンセリング料について、情報通信機器を用いた診療を実施した場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【小児特定疾患カウンセリング料】 イ　医師による場合 (1) 初回　●●点 (2) 初回のカウンセリングを行った日後●●年以内の期間に行った場合 ①　月の１回目　●●点 ②　月の２回目　●●点 (3) 初回のカウンセリングを行った日から起算して●●年以内の期間に行った場合((2)の場合を除く。) ①　月の１回目　●●点 ②　月の２回目　●●点 (4) 初回のカウンセリングを行った日から起算して●●年以内の期間に行った場合((2)及び(3)の場合を除く。)　●●点 ロ　（略）	【小児特定疾患カウンセリング料】 イ　医師による場合 (1) 月の１回目　500点 (2) 月の２回目　400点 ロ　（略）

［算定要件］ 注１　小児科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、小児科若しくは心療内科を担当する医師又は医師の指示を受けた公認心理師が、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中以外のものに対して、療養上必要なカウンセリングを同一月内に１回以上行った場合に、初回のカウンセリングを行った日から起算して、●●年以内の期間においては月●●回に限り、●●年を超える期間においては、●●年を限度として、月●●回に限り、算定する。ただし、区分番号Ｂ０００に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号Ｉ００２に掲げる通院・在宅精神療法又は区分番号Ｉ００４に掲げる心身医学療法を算定している患者については算定しない。 ２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、小児特定疾患カウンセリング料イの⑴、⑵、⑶又は⑷を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、イの⑴、⑵の①若しくは②、⑶の①若しくは②若しくは⑷の所定点数に代えて、それぞれ●●点、●●点若しくは●●点、●●点若しくは●●点若しくは●●点若しくは●●点を算定する。	［算定要件］ 注　　小児科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、小児科若しくは心療内科を担当する医師又は医師の指示を受けた公認心理師が、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中以外のものに対して、療養上必要なカウンセリングを同一月内に１回以上行った場合に、２年を限度として月２回に限り算定する。ただし、区分番号Ｂ０００に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号Ｉ００２に掲げる通院・在宅精神療法又は区分番号Ｉ００４に掲げる心身医学療法を算定している患者については算定しない。 （新設）
［施設基準］ ⑵の２の２　小児特定疾患カウンセリング料の注２に規定する施設基準 情報通信機器を用いた診療を行	［施設基準］ （新設）

うにつき十分な体制が整備されていること。	

⑩　情報通信機器を用いた通院精神療法に係る評価の新設

第１　基本的な考え方

「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」を踏まえ、情報通信機器を用いて通院精神療法を実施した場合等について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

１．「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」を踏まえ、通院精神療法について、情報通信機器を用いて行った場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【通院・在宅精神療法】 ［算定要件］ 注 12　１のハの(1)の①又は(2)の①については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、情報通信機器を用いた精神療法を行うことが適当と認められる患者に対し、情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、それぞれ●●点又は●●点を算定する。ただし、当該患者に対して、１回の処方において、２種類以上の抗うつ薬又は２種類以上の抗精神病薬を投与した場合には、算定できない。また、注３から注５まで及び注７から注 11 までに規定する加算は別に算定できない。	【通院・在宅精神療法】 ［算定要件］ （新設）
［施設基準］ 一の一の九　通院・在宅精神療法の注 12 に規定する施設基準 情報通信機器を用いた精神療法	［施設基準］ （新設）

を行うにつき十分な体制が整備されていること。	

２．情報通信機器を用いた診療の施設基準に、情報通信機器を用いた診療の初診の場合には向精神薬を処方しないことをホームページ等に掲示していることを追加する。

改　定　案	現　　行
【情報通信機器を用いた診療】 ［施設基準］ 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の場合には向精神薬を処方しないことを当該保険医療機関のウェブサイトに掲載していること。 (2)　（略）	【情報通信機器を用いた診療】 ［施設基準］ 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～ウを満たすこと。 ア～ウ　（略） （新設） (2)　（略）

⑪ 情報通信機器を用いた歯科診療に係る評価の新設

第１　基本的な考え方

これまでの情報通信機器を用いた歯科診療の実態も踏まえ、継続的な口腔機能管理を行う患者及び新興感染症等に罹患している患者で歯科疾患による急性症状等を有する者に対する情報通信機器を用いた歯科診療を行う場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

初診料及び再診料等について、情報通信機器を用いて歯科診療を行った場合の評価を新設する。

（新）　初診料（情報通信機器を用いた場合）　●●点
（新）　再診料（情報通信機器を用いた場合）　●●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、特に情報通信機器を用いた歯科診療を行うことが必要と認められる者に対して、情報通信機器を用いた初診を行った場合は、院内感染防止対策に関する届出の有無にかかわらず、歯科初診料又は地域歯科診療支援病院歯科初診料について、所定点数に代えて、●●点を算定する。

（新）　歯科特定疾患療養管理料（情報通信機器を用いた場合）　●●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、特に情報通信機器を用いた歯科診療を行うことが必要と認められる者（過去に歯科特定疾患療養管理料を算定した患者に限る。）に対して、歯科特定疾患療養管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて●●点を算定する。

（新）　小児口腔機能管理料（情報通信機器を用いた場合）　●●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、特に情報通信機器を用いた歯科診療を行うことが必要と認められる者（過去に小児口腔機能管理料を算定した患者に限る。）に対して、小児口腔機能管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて●●点を算定する。

（新）　口腔機能管理料（情報通信機器を用いた場合）　●●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、特に情報通信機器を用いた歯科診療を行うことが必要と認められる者（過去に口腔機能管理料を算定した患者に限る。）に対して、口腔機能管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて●●点を算定する。

[施設基準] ※再診料、歯科特定疾患療養管理料、小児口腔機能管理料及び口腔機能管理料についても同様。
　情報通信機器を用いた歯科診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

⑫ 歯科遠隔連携診療料の新設

第１　基本的な考え方

口腔がんの経過観察等、専門性の観点等から近隣の医療機関では対応が困難な場合において、近隣の歯科医療機関の歯科医師と連携して遠隔地の歯科医師が情報通信機器を用いた歯科診療を行う場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

口腔がん手術後の経過観察等、専門性が求められる疾患の患者の診療について、事前に診療情報を共有した上で、近隣の歯科医師と連携して遠隔地の歯科医師が情報通信機器を用いて診療を行った場合の評価を新設する。

（新）　歯科遠隔連携診療料　●●点

［対象患者］
以下のいずれかに該当する患者
（１）　口腔領域の悪性新生物の術後の経過観察等の専門的な医療を必要とする患者
（２）　口腔軟組織の疾患（難治性のものに限る。）又は薬剤関連顎骨壊死の経過観察等の専門的な医療を必要とする患者

［算定要件］
別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、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、症状の確認等を目的として、患者の同意を得て、当該施設基準を満たす当該疾患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歯科医師と事前に診療情報を共有した上で、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歯科医師と連携して診療を行った場合に、●●月に●●回に限り算定する。

［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。

⑬　超急性期脳卒中加算の見直し

「Ｉ－６－③」を参照のこと。

⑭　脳梗塞の患者に対する血栓回収療法における遠隔連携の評価

「Ⅰ－６－④」を参照のこと。

⑮　診療録管理体制加算の見直し

第１　基本的な考え方

適切な診療記録の管理を推進する観点から、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を踏まえ、診療録管理体制加算について非常時に備えたサイバーセキュリティ対策の整備に係る要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．非常時に備えたサイバーセキュリティ対策が講じられるよう、専任の医療情報システム安全管理責任者の配置及び院内研修の実施を求める医療機関の対象範囲について、現行の許可病床数が 400 床以上の保険医療機関から許可病床数が●●床以上の保険医療機関に拡大する。

２．医療情報システムのオフラインバックアップ体制の確保、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に基づく業務継続計画（BCP）の策定及び訓練の実施についても新たに評価を行う。

改　定　案	現　　行
【診療録管理体制加算】 １　診療録管理体制加算１　●●点 ２　診療録管理体制加算２　●●点 ３　診療録管理体制加算３　●●点 ［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～ホ　（略） 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。 (2)　診療録管理体制加算２ (1)のイからホを満たすものであること。	【診療録管理体制加算】 １　診療録管理体制加算１　100点 ２　診療録管理体制加算２　30点 （新設） ［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～ホ　（略） （新設） (2)　診療録管理体制加算２ イ　(1)のイ、ロ及びニを満たすものであること。 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。 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。
(3)　診療録管理体制加算３ イ　(1)のイ、ロ及びニを満たすものであること。 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。 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。	（新設）
１　診療録管理体制加算１に関する施設基準 (7) 以下に掲げる項目を全て含む電子的な一覧表を有し、保管・管理された診療記録が、任意の条件及びコードに基づいて速やかに検索・抽出できること。なお、当該データベースについては、各退院患者の退院時要約が作成された後、速やかに更新されていること。また、当該一覧表及び診療記録に係る患者の個人情報の取扱いについては、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」（以下「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」という。）に基づく管理が実施されていること。 ア　退院患者の氏名、生年月日、年齢、性別、住所（郵便番号を含む。） イ　入院日、退院日 ウ　担当医、担当診療科 エ　ＩＣＤ（国際疾病分類）コードによって分類された疾患名 オ　手術コード（医科点数表の区分番号）によって分類された当	１　診療録管理体制加算１に関する施設基準 (7) 以下に掲げる項目を全て含む電子的な一覧表を有し、保管・管理された診療記録が、任意の条件及びコードに基づいて速やかに検索・抽出できること。なお、当該データベースについては、各退院患者の退院時要約が作成された後、速やかに更新されていること。また、当該一覧表及び診療記録に係る患者の個人情報の取扱いについては、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」（平成 29 年４月 14 日（個人情報保護委員会、厚生労働省））「以下「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」という。」に基づく管理が実施されていること。 ア　退院患者の氏名、生年月日、年齢、性別、住所（郵便番号を含む。） イ　入院日、退院日 ウ　担当医、担当診療科 エ　ＩＣＤ（国際疾病分類）コードによって分類された疾患名 オ　手術コード（医科点数表の区分番号）によって分類された当

該入院中に実施された手術 (8)～(9)　（略） (10) 許可病床数が●●床以上の保険医療機関については、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」に基づき、専任の医療情報システム安全管理責任者を配置すること。また、当該責任者は、職員を対象として、少なくとも年１回程度、定期的に必要な情報セキュリティに関する研修を行っていること。ただし、令和６年３月31日において、現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関（許可病床数が●●床以上●●床未満のものに限る。）については、令和●●年●●月●●日までの間、当該基準を満たしているものとみなす。	該入院中に実施された手術 (8)～(9)　（略） (10) 許可病床数が400床以上の保険医療機関については、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」に基づき、専任の医療情報システム安全管理責任者を配置すること。また、当該責任者は、職員を対象として、少なくとも年１回程度、定期的に必要な情報セキュリティに関する研修を行っていること。さらに、当該保険医療機関は、非常時に備えた医療情報システムのバックアップ体制を確保することが望ましい。ただし、令和４年３月31日において、現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関（許可病床数が400床以上のものに限る。）については、令和５年３月31日までの間、当該基準を満たしているものとみなす。
(11) 非常時に備えた医療情報システムのバックアップを複数の方式で確保し、その一部はネットワークから切り離したオフラインで保管していること。	（新設）
(12) 「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に基づき、非常時を想定した医療情報システムの利用が困難な場合の対応や復旧に至るまでの対応についての業務継続計画を策定し、少なくとも年●回程度、定期的に当該業務継続計画に基づく訓練・演習を実施すること。また、その結果を踏まえ、必要に応じて改善に向けた対応を行っていること。	（新設）
２　診療録管理体制加算２に関する施設基準	２　診療録管理体制加算２に関する施設基準

(1) １の(1)から(10)までを満たしていること。	(1) １の(1)から(4)まで、(9)及び(10)を満たしていること。 (2) １名以上の専任の診療記録管理者が配置されていること。 (3) 入院患者についての疾病統計には、ＩＣＤ大分類程度以上の疾病分類がされていること。 (4) 保管・管理された診療記録が疾病別に検索・抽出できること。 (5) 全診療科において退院時要約が全患者について作成されていること。
３　診療録管理体制加算３に関する施設基準 (1) １の(1)から(4)まで、(9)及び(10)を満たしていること。 (2) ●名以上の専任の診療記録管理者が配置されていること。 (3) 入院患者についての疾病統計には、ＩＣＤ大分類程度以上の疾病分類がされていること。 (4) 保管・管理された診療記録が疾病別に検索・抽出できること。 (5) 全診療科において退院時要約が全患者について作成されていること。	（新設）

⑯　プログラム医療機器の使用に係る指導管理の評価

第１　基本的な考え方

健康管理等のために主に患者自らが使用するプログラム医療機器について特定保険医療材料として評価されることを踏まえ、こうしたプログラム医療機器を用いた療養に係る指導管理に対する評価を新設する。

第２　具体的な内容

特定保険医療材料として評価されるプログラム医療機器を用いた医学管理等を行った場合の評価を医学管理料として新設するとともに、区分番号Ｂ１００に掲げる禁煙治療補助システム指導管理加算を廃止する。

（新）　プログラム医療機器等指導管理料　●●点

［対象患者］
主に患者自らが使用するプログラム医療機器等（特定保険医療材料に限る。）を用いた療養を行う患者

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

（新）　導入期加算　●●点

［算定要件］
プログラム医療機器等に係る初回の指導管理を行った月においては、導入期加算として所定点数に加算する。

［施設基準］
プログラム医療機器等の指導管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

⑰　診療報酬における書面要件の見直し

第１　基本的な考え方

医療 DX を推進する観点から、診療報酬上、書面での検査結果その他の書面の作成又は書面を用いた情報提供等が必要とされる項目について、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」の遵守を前提に、電磁的方法による作成又は情報提供等が可能であることについて明確化する。

第２　具体的な内容

１．文書による提供等をすることとされている個々の患者の診療に関する情報等を、電磁的方法によって、他の保険医療機関、保険薬局又は患者等に提供等する場合は、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保するとともに、書面における署名又は記名・押印に代わり、本ガイドラインに定められた電子署名を施すこととする。

改　定　案	現　　行
［算定要件］ 別添１　医科診療報酬点数表に関する事項 ＜通則＞ ９　文書による提供等をすることとされている個々の患者の診療に関する情報等を、電磁的方法によって、患者、他の保険医療機関、保険薬局、指定訪問看護事業者等に提供等する場合は、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」を遵守し、安全な通信環境を確保するとともに、書面における署名又は記名・押印に代わり、本ガイドラインに定められた電子署名（厚生労働省の定める準拠性監査基準を満たす保健医療福祉分野PKI認証局の発行する電子証明書を用いた電子署名、認定認証事業者（電子署名及び認証業務に関する	［算定要件］ 別添１　医科診療報酬点数表に関する事項 ＜通則＞ （新設）

法律（平成12年法律第102号）第２条第３項に規定する特定認証業務を行う者をいう。）又は認証事業者（同条第２項に規定する認証業務を行う者（認定認証事業者を除く。）をいう。）の発行する電子証明書を用いた電子署名、電子署名等に係る地方公共団体情報システム機構の認証業務に関する法律（平成14年法律第153号）に基づき、平成16年１月29日から開始されている公的個人認証サービスを用いた電子署名等）を施すこと。 ※　別添２歯科診療報酬点数表に関する事項、別添３調剤報酬点数表に関する事項についても同様。	
［施設基準］ 第１　基本診療料の施設基準等 ７　診療等に要する書面等は別添６のとおりであること。 　なお、当該書面による様式として示しているものは、参考として示しているものであり、示している事項が全て記載されている様式であれば、別添６の様式と同じでなくても差し支えないものであること。 　また、当該様式の作成や保存方法等に当たっては、医師事務作業の負担軽減等の観点から各保険医療機関において工夫されたい。 　文書による提供等をすることとされている個々の患者の診療に関する情報等を、電磁的方法によって、患者、他の保険医療機関、保険薬局、指定訪問看護事業者等に提供等する場合は、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」を遵守し、安全な通信環境を確保するとともに、書面における署名又は記名・押印に代わり、本ガイドラインに定められた電子	［施設基準］ 第１　基本診療料の施設基準等 ７　診療等に要する書面等は別添６のとおりであること。 　なお、当該書面による様式として示しているものは、参考として示しているものであり、示している事項が全て記載されている様式であれば、別添６の様式と同じでなくても差し支えないものであること。 　また、当該様式の作成や保存方法等に当たっては、医師事務作業の負担軽減等の観点から各保険医療機関において工夫されたい。 （新設）

署名（厚生労働省の定める準拠性監査基準を満たす保健医療福祉分野PKI認証局の発行する電子証明書を用いた電子署名、認定認証事業者（電子署名及び認証業務に関する法律（平成12年法律第102号）第２条第３項に規定する特定認証業務を行う者をいう。）又は認証事業者（同条第２項に規定する認証業務を行う者（認定認証事業者を除く。）をいう。）の発行する電子証明書を用いた電子署名、電子署名等に係る地方公共団体情報システム機構の認証業務に関する法律（平成14年法律第153号）に基づき、平成16年１月29日から開始されている公的個人認証サービスを用いた電子署名等）を施すこと。 ※　別添６の通則についても同様。	

２．診療情報提供書については、電子カルテ情報共有サービスを用いて提供する場合には、一定のセキュリティが確保されていることから電子署名を行わなくても共有可能とする。

改　定　案	現　　行
［算定要件］ 別添１の２ ＜通則＞ （略） 様式 ●について、電子カルテ情報共有サービスを用いて提供する場合には、一定のセキュリティが確保されていることから電子署名を行わなくても共有可能とする。	［算定要件］ 別添１の２ ＜通則＞ （略） （新設）

⑱　書面掲示事項のウェブサイトへの掲載

第１　基本的な考え方

デジタル原則に基づき書面掲示についてインターネットでの閲覧を可能な状態にすることを原則義務づけするよう求められていることを踏まえ、保険医療機関、保険薬局及び指定訪問看護事業者における書面掲示について、原則として、ウェブサイトに掲載しなければならないこととする。

第２　具体的な内容

保険医療機関及び保険医療養担当規則等について、書面掲示することとされている事項について、原則として、ウェブサイトに掲載しなければならないこととする。

改　定　案	現　　行
【保険医療機関及び保険医療養担当規則】 （掲示） 第二条の六　保険医療機関は、その病院又は診療所内の見やすい場所に、第五条の三第四項、第五条の三の二第四項及び第五条の四第二項に規定する事項のほか、別に厚生労働大臣が定める事項を掲示しなければならない。 ２　保険医療機関は、原則として、前項の厚生労働大臣が定める事項をウェブサイトに掲載しなければならない。 （食事療養） 第五条の三　（略） ２　（略） ３　保険医療機関は、第五条第二項の規定による支払を受けて食事療養を行う場合には、当該療養にふさわしい内容のものとするほか、当該療養を行うに当たり、あらかじめ、患者に対しその内容及び費	【保険医療機関及び保険医療養担当規則】 （掲示） 第二条の六　保険医療機関は、その病院又は診療所内の見やすい場所に、第五条の三第四項、第五条の三の二第四項及び第五条の四第二項に規定する事項のほか、別に厚生労働大臣が定める事項を掲示しなければならない。 （新設） （食事療養） 第五条の三　（略） ２　（略） ３　保険医療機関は、第五条第二項の規定による支払を受けて食事療養を行う場合には、当該療養にふさわしい内容のものとするほか、当該療養を行うに当たり、あらかじめ、患者に対しその内容及び費

用に関して説明を行い、その同意を得なければならない。	用に関して説明を行い、その同意を得なければならない。
４　保険医療機関は、その病院又は診療所の病棟等の見やすい場所に、前項の療養の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。	４　保険医療機関は、その病院又は診療所の病棟等の見やすい場所に、前項の療養の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。
５　保険医療機関は、原則として、第４項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならない。	（新設）
（保険外併用療養費に係る療養の基準等）	（保険外併用療養費に係る療養の基準等）
第五条の四　保険医療機関は、評価療養、患者申出療養又は選定療養に関して第五条第二項又は第三項第二号の規定による支払を受けようとする場合において、当該療養を行うに当たり、その種類及び内容に応じて厚生労働大臣の定める基準に従わなければならないほか、あらかじめ、患者に対しその内容及び費用に関して説明を行い、その同意を得なければならない。	第五条の四　保険医療機関は、評価療養、患者申出療養又は選定療養に関して第五条第二項又は第三項第二号の規定による支払を受けようとする場合において、当該療養を行うに当たり、その種類及び内容に応じて厚生労働大臣の定める基準に従わなければならないほか、あらかじめ、患者に対しその内容及び費用に関して説明を行い、その同意を得なければならない。
２　保険医療機関は、その病院又は診療所の見やすい場所に、前項の療養の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。	２　保険医療機関は、その病院又は診療所の見やすい場所に、前項の療養の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。
３　保険医療機関は、原則として、第２項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならない。	（新設）

【保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則】 （掲示） 第二条の四　保険薬局は、その薬局内の見やすい場所に、別に厚生労働大臣が定める事項を掲示しなければならない。 ２　保険薬局は、原則として、前項の厚生労働大臣が定める事項をウェブサイトに掲載しなければならない。 ※　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。 ※　「厚生労働大臣が定める事項」については、「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掲示事項等」において、次のとおりとされている。 ・　厚生労働大臣が指定する病院の病棟並びに厚生労働大臣が定める病院、基礎係数、機能評価係数Ⅰ、機能評価係数Ⅱ及び激変緩和係数別表第一から別表第三までの病院の欄に掲げる病院であること ・　診療報酬の算定方法及び入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準に基づき、地方厚生局長又は地方厚生支局長に届け出た事項に関する事項 ・　保険医療機関及び保険薬局の明細書の発行状況に関する掲示 ・　役務の提供及び物品の販売等であって患者から費用の支払を受けるものに関する事項（当該費	【保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則】 （掲示） 第二条の四　保険薬局は、その薬局内の見やすい場所に、別に厚生労働大臣が定める事項を掲示しなければならない。 （新設）

用の支払が法令の規定に基づくものを除く。） ・　予約診察を行う日時及び予約料 ・　金属床による総義歯に係る費用徴収その他必要な事項 ・　う蝕に罹患している患者の指導管理に係る費用徴収その他必要な事項 ・　金属歯冠修復指導管理に係る費用徴収その他必要な事項 ・　眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給に係る特別の料金その他必要な事項 ・　調剤管理料及び服薬管理指導料に関する事項等 ・　調剤点数表に基づき地方厚生局長等に届け出た事項に関する事項	
【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】 （掲示） 第二十四条　指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションの見やすい場所に、運営規程の概要、看護師等の勤務の体制その他の利用申込者の指定訪問看護の選択に資すると認められる重要事項（次項において単に「重要事項」という。）を掲示しなければならない。	【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】 （掲示） 第二十四条　指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションの見やすい場所に、運営規程の概要、看護師等の勤務の体制その他の利用申込者の指定訪問看護の選択に資すると認められる重要事項を掲示しなければならない。
２　指定訪問看護事業者は、原則として、重要事項をウェブサイトに掲載しなければならない。	（新設）
【後発医薬品使用体制加算】 [施設基準] 三十五の三　後発医薬品使用体制加算の施設基準 (1)　後発医薬品使用体制加算１の施設基準 イ～ハ　（略）	【後発医薬品使用体制加算】 [施設基準] 三十五の三　後発医薬品使用体制加算の施設基準 (1)　後発医薬品使用体制加算１の施設基準 イ～ハ　（略）

ニ　後発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見やすい場所に掲示していること。 ハ　ニの後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。 ※　算定告示別表第一医科診療報酬点数表のうち、明細書発行体制等加算、第二部入院料等第一節入院基本料の一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料、有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料（以下「一般病棟入院基本料等」という。）、ハイリスク分娩等管理加算、後発医薬品使用体制加算、特定一般病棟入院料、外来後発医薬品使用体制加算、院内トリアージ実施料、ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）、ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅱ）、コンタクトレンズ検査料及び特掲診療料の施設基準等第12第２の医科点数表第２章第10部手術通則第５号及び第６号並びに歯科点数表第２章第９部手術通則第４号に掲げる手術についても同様。 　算定告示別表第二歯科診療報酬点数表のうち、第一章第一部初・再診料第一節初診料の注１、地域歯科診療支援病院歯科初診料、初診料及び地域歯科診療支援病院歯科初診料の注10、第二部入院料等第一節入院基本料の一般病棟入院基本料等、有床義歯修理及び有床義歯内面適合法の歯科技工加算１及び２についても同様。	ニ　後発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見やすい場所に掲示していること。

［経過措置］
本改正に際し、令和●年●月●日までの経過措置を設ける。

⑲　医療機関・薬局における事務等の簡素化・効率化

「Ⅰ－３－②」を参照のこと。

【Ⅱ－２　生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組－①】

①　地域で救急患者等を受け入れる病棟の評価

第１　基本的な考え方

高齢者の救急患者をはじめとした急性疾患等の患者に対する適切な入院医療を推進する観点から、高齢者の救急患者等に対して、一定の体制を整えた上でリハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に提供することについて、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

地域において、救急患者等を受け入れる体制を整え、リハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に担う病棟の評価を新設する。

（新）　地域包括医療病棟入院料（１日につき）　●●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病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、所定点数を算定する。ただし、●●日を超えて入院するものについては、区分番号Ａ１００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。

（２）別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の特定入院料は、夜間看護体制特定日減算として、次のいずれにも該当する場合に限り、所定点数の 100 分の●に相当する点数を減算する。

イ　年６日以内であること。

ロ　当該日が属する月が連続する２月以内であること。

［施設基準］

（１）病院の一般病棟を単位として行うものであること。

（２）当該病棟において、１日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 10 又はその端数を増すごとに１以上であること。ただし、当該病棟において、１日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、２以

上であることとする。
（３）当該病棟において、看護職員の最小必要数の●割以上が看護師であること。
（４）当該病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が●名以上配置されていること。
（５）当該病棟に専任の常勤の管理栄養士が●名以上配置されていること。
（６）入院早期からのリハビリテーションを行うにつき必要な構造設備を有していること。
（７）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必要な体制が整備されていること。
（８）次のいずれかに該当すること。
① 当該病棟において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰに係る評価票を用いて測定し、その結果、別表●●の基準を満たす患者の割合が別表●●のとおりであること。
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に係る評価票を用いて測定し、その結果、別表●●の基準を満たす患者の割合が別表●●のとおりであること。
（９）当該病棟の入院患者の平均在院日数が●●日以内であること。
(10) 当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が●●以上であること。
(11) 当該病棟において、入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が●●未満であること。
(12) 当該病棟において、入院患者に占める、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者又は他の保険医療機関で区分番号●●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の割合が●●以上であること。
(13) 地域で急性疾患等の患者に包括的な入院医療及び救急医療を行うにつき必要な体制を整備していること。
(14) データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
(16) 特定機能病院以外の病院であること。
(17) 急性期充実体制加算の届出を行っていない保険医療機関であること。
(18) 専門病院入院基本料の届出を行っていない保険医療機関であること。
(19) 脳血管疾患等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係る届出を行っている保険医療機関であること。
(20) 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。

（21）夜間看護体制特定日減算に係る厚生労働大臣が定める保険医療機関

許可病床数が●●床未満のものであること。

（22）夜間看護体制特定日減算に係る厚生労働大臣が定める日

次のいずれにも該当する各病棟又は病室を有する各病棟において、夜間の救急外来を受診した患者に対応するため、当該各病棟のいずれか１病棟において夜勤を行う看護職員の数が、一時的に２未満となった日

イ　看護職員の数が一時的に２未満となった時間帯において、患者の看護に支障がないと認められること。

ロ　看護職員の数が一時的に２未満となった時間帯において、看護職員及び看護補助者の数が、看護職員１を含む２以上であること。ただし、入院患者数が 30 人以下の場合にあっては、看護職員の数が１以上であること。

（新）　初期加算（１日につき）　●●点

[算定要件]

入院した日から起算して●●日を限度として、初期加算として、１日につき所定点数に加算する。

（新）　看護補助体制加算（１日につき）

25 対１看護補助体制加算（看護補助者５割以上）　●●点

25 対１看護補助体制加算（看護補助者５割未満）　●●点

50 対１看護補助体制加算　●●点

75 対１看護補助体制加算　●●点

[算定要件]

看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助の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について、当該基準に係る区分に従い、入院した日から起算して●●日を限度として、それぞれ所定点数に加算する。

[施設基準]

（１）25 対１看護補助体制加算（看護補助者５割以上）の施設基準

イ　当該病棟において、１日に看護補助を行う看護補助者の数

は、常時、当該病棟の入院患者の数が 25 又はその端数を増すごとに１に相当する数以上であること。

ロ　看護補助者の配置基準に主として事務的業務を行う看護補助者を含む場合は、１日に事務的業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 200 又はその端数を増すごとに１に相当する数以下であること。

ハ　当該病棟において、看護補助者の最小必要数の５割以上が当該保険医療機関に看護補助者として勤務している者であること。

ニ　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。

（２）25 対１看護補助体制加算（看護補助者５割未満）の施設基準

（１）のイ、ロ及びニを満たすものであること。

（３）50 対１看護補助体制加算の施設基準

イ　当該病棟において、１日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 50 又はその端数を増すごとに１に相当する数以上であること。

ロ　（１）のロ及びニを満たすものであること。

（４）75 対１看護補助体制加算の施設基準

イ　当該病棟において、１日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 75 又はその端数を増すごとに１に相当する数以上であること。

ロ　（１）のロ及びニを満たすものであること。

（新）

夜間看護補助体制加算（１日につき）	
夜間 30 対１看護補助体制加算	●●点
夜間 50 対１看護補助体制加算	●●点
夜間 100 対１看護補助体制加算	●●点

[算定要件]

夜間における看護業務の補助の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病棟に入院している患者（看護補助体制加算を算定する患者に限る。）については、当該基準に係る区分に従い、１日につき次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。

[施設基準]

（１）夜間 30 対１看護補助体制加算の施設基準

当該病棟において、夜勤を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 30 又はその端数を増すごとに１に相当する数以上であること。

（２）夜間 50 対１看護補助体制加算の施設基準
　当該病棟において、夜勤を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 50 又はその端数を増すごとに１に相当する数以上であること。
（３）夜間 100 対１看護補助体制加算の施設基準
　当該病棟において、夜勤を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 100 又はその端数を増すごとに１に相当する数以上であること。

（新）　夜間看護体制加算（１日につき）　●点

[算定要件]
　夜間における看護業務の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病棟に入院している患者（看護補助体制加算を算定する患者に限る。）については、夜間看護体制加算として、更に所定点数に加算する。

[施設基準]
（１）夜勤時間帯に看護補助者を配置していること。
（２）夜間における看護業務の負担の軽減に資する十分な業務管理等の体制が整備されていること。

（新）　看護補助体制充実加算（１日につき）
　看護補助体制充実加算１　●●点
　看護補助体制充実加算２　●●点
　看護補助体制充実加算３　●●点

[算定要件]
　看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助に係る十分な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病棟に入院している患者（看護補助者体制加算を算定する患者に限る。）については、当該基準に係る区分に従い、１日につきそれぞれ更に所定点数に加算する。ただし、本文の規定にかかわらず、身体的拘束を実施した日は、看護補助体制充実加算３の例により算定する。

[施設基準]
（１）看護補助体制充実加算１の施設基準
　イ　当該保険医療機関において３年以上の看護補助者としての勤

務経験を有する看護補助者が、それぞれの配置区分ごとに●割以上配置されていること。

ロ　主として直接患者に対し療養生活上の世話を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 100 又はその端数を増すごとに１以上であること。当該看護補助者は、介護福祉士の資格を有する者又は看護補助者として３年以上の勤務経験を有し適切な研修を修了した看護補助者であること。

ハ　看護補助体制充実加算に係る看護補助者に対する院内研修の内容については､別添２の第２の 11 の(４)の例による｡ただし、エについては、看護補助者が行う業務内容ごとに業務範囲、実施手順、留意事項等について示した業務マニュアルを作成し、当該マニュアルを用いた院内研修を実施していること。

ニ　当該病棟の看護師長等は所定の研修を修了していること。また当該病棟の全ての看護職員（所定の研修を修了した看護師長等を除く。）が院内研修を年●回以上受講していること。

ホ　当該保険医療機関における看護補助者の業務に必要な能力を段階的に示し、看護補助者の育成や評価に活用していること。

（２）看護補助体制充実加算２の施設基準

（１）のロからホを満たすものであること。

（３）看護補助体制充実加算３の施設基準

（１）のハ及びニを満たすものであること。

（新）　看護職員夜間 12 対1配置加算（１日につき）

看護職員夜間 12 対１配置加算１	●●点
看護職員夜間 12 対１配置加算２	●●点

（新）　看護職員夜間 16 対１配置加算（１日につき）

看護職員夜間 16 対１配置加算１	●●点
看護職員夜間 16 対１配置加算２	●●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病棟に入院している患者について、当該基準に係る区分に従い、入院した日から起算して●●日を限度として所定点数に加算する。

[施設基準]

（１）看護職員夜間 12 対１配置加算１の施設基準

イ　当該病棟において、夜勤を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 12 又はその端数を増すごとに１以上であること。ただし、当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員

の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、３以上であることとする。

ロ　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。

ハ　夜間における看護業務の負担の軽減に資する十分な業務管理等の体制が整備されていること。

（２）看護職員夜間 12 対１配置加算２の施設基準

（１）のイ及びロを満たすものであること。

（３）看護職員夜間 16 対１配置加算１の施設基準

イ　当該病棟において、夜勤を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 16 又はその端数を増すごとに１以上であること。ただし、当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、３以上であることとする。

ロ　（１）のロ及びハを満たすものであること。

（４）看護職員夜間 16 対１配置加算２の施設基準

（１）のロ及び（３）のイを満たすものであること。

（新）　<u>リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算（１日につき）</u>

<u>●●点</u>

[算定要件]

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、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●●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。

[施設基準]

（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）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。

【Ⅱ－２　生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組－②】

②　介護保険施設入所者の病状の急変時の適切な入院受入れの推進

第１　基本的な考え方

介護保険施設等の入所者の病状急変時における適切な対応及び施設内における生活の継続支援を推進する観点から、当該施設の協力医療機関となっている保険医療機関が施設入所者を受け入れた場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

介護保険施設等の入所者について、病状が急変した際に、当該介護保険施設等に協力医療機関として定められている保険医療機関であって、定期的にカンファレンスを行う等、当該介護保険施設等と平時からの連携体制を構築している保険医療機関（受入れを行う協力医療機関以外の協力医療機関を含む）の医師が診察を実施した上で、入院の必要性を判断し、入院をさせた場合の評価を新設する。

（新）　協力対象施設入所者入院加算

１	往診が行われた場合	●●点
２	１以外の場合	●●点

［対象患者］

介護保険施設等の入所者であって、当該介護保険施設等の協力医療機関に定められた保険医療機関に事前に受診の上、入院することとなった患者

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

院加算として、入院初日に限り所定点数に加算する。

[施設基準]
（１）次のいずれにも該当するものであること。
イ　介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム（以下この●において、「介護保険施設等」という。）から協力医療機関として定められている保険医療機関であること。
ロ　当該保険医療機関において、緊急時に当該介護保険施設等に入所している患者が入院できる病床を常に確保していること。
ハ　次のいずれかに該当すること。
①　在宅療養支援病院又は在宅療養支援診療所であること。
②　在宅療養後方支援病院であること。
③　地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟又は病室を有する保険医療機関であること。
（２）当該介護保険施設等と平時からの連携体制を構築していること
（３）（２）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。
（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。

[施設基準]
令和●年●月●日までの間に限り、（４）に該当するものとみなす。

【Ⅱ－２　生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組－③】

③　医療機関と介護保険施設の連携の推進

第１　基本的な考え方

医療機関と介護保険施設の適切な連携を推進する観点から、在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、在宅療養支援診療所及び地域包括ケア病棟について、介護保険施設の求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましいことを踏まえ、要件を見直す。

第２　具体的な内容

在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、在宅療養支援診療所及び地域包括ケア病棟において、介護保険施設の求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましいことを施設基準とする。

改　定　案	現　　行
【在宅療養支援病院】 [施設基準] (1) 次のいずれの基準にも該当するものであること。 イ～ワ　（略） カ　介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム（以下この●において、「介護保険施設等」という。）との協力が可能な体制をとっていること。	【在宅療養支援病院】 [施設基準] (1) 次のいずれの基準にも該当するものであること。 イ～ワ　（略） （新設）
１　在宅療養支援病院の施設基準 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病院という。 （中略） (1) 病院であって、当該病院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～タ　（略） チ　地域において、介護老人保	１　在宅療養支援病院の施設基準 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病院という。 （中略） (1) 病院であって、当該病院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～タ　（略） （新設）

健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム（以下この●において、「介護保険施設等」という。）から協力医療機関となることを求められた場合、その求めに応じて当該介護保険施設の協力医療機関として定められることが望ましい。 ※　機能強化型のうち連携型の在宅療養支援病院、機能強化型以外の在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、在宅療養支援診療所及び地域包括ケア病棟についても同様。	

④　介護保険施設及び障害者支援施設における医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し

第１　基本的な考え方

医療と介護の両方を必要とする状態の患者が可能な限り施設での生活を継続するために、医療保険で給付できる医療サービスの範囲を以下のとおり見直す。

① 介護保険施設及び障害者支援施設において対応が困難な医療行為について医療保険による算定を可能とする。

② 令和６年３月末をもって介護療養病床が廃止されることに伴い、医療保険で給付できる医療サービスの範囲について、介護療養病床に関する記載を削除する。

③ 保険薬局の薬剤師が介護老人保健施設及び介護医療院に入所する患者に対し、専門的な薬学管理が必要な薬剤の調剤や服薬指導等を行った場合の医療保険と介護保険の給付調整の範囲を見直す。

第２　具体的な内容

１．介護老人保健施設に入所している末期の悪性腫瘍の患者に対する放射線治療の医学管理及び緩和ケアの医学管理に関する費用を医療保険において算定可能とする。

２．介護老人保健施設に入所している患者に対し、当該介護老人保健施設の医師及び当該介護老人保健施設の併設医療機関に所属する医師（以下「当該介護老人保健施設等の医師」という。）以外の医師が、高度な薬学的管理を必要とする薬剤を処方した場合、処方箋の発行にかかる費用を医療保険において算定可能とする。

３．介護老人保健施設及び介護医療院における重症心不全患者に対する植込型補助人工心臓（非拍動流型）に係る指導管理の費用を医療保険において算定可能とする。

４．介護老人保健施設及び介護医療院に入所している患者に対し、当該施設の医師以外の医師が、高度な薬学的管理を必要とする薬剤に係る処方箋を発行した場合に、応需した保険薬局における調剤等にかかる費用を医療保険において算定可能とする。

５．新興感染症等発生時において、施設に入所している感染症患者に対して医師の処方箋に基づき薬剤師が訪問して薬剤交付・服薬指導した場合、医療保険において算定可能とする。

改　定　案	現　　行
【介護老人保健施設入所者について算定できない診療料】 ［算定要件］ 第１部　併設保険医療機関の療養に関する事項 ４　その他の診療料 　併設保険医療機関に係る緊急時施設治療管理料、施設入所者自己腹膜灌流薬剤料及び施設入所者材料料以外の診療料の算定は、第１章及び第２章の例による。ただし、第１章及び第２章に掲げる診療料のうち次に掲げるものについては算定しない。 イ　第１章基本診療料並びに第２章特掲診療料第１部医学管理等（がん性疼痛緩和指導管理料、外来緩和ケア管理料（悪性腫瘍の患者に限る。）及び外来放射線照射診療料を除く。）及び第２部在宅医療に掲げる診療料（在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料を除く。） ロ～リ　（略）	【介護老人保健施設入所者について算定できない診療料】 ［算定要件］ 第１部　併設保険医療機関の療養に関する事項 ４　その他の診療料 　併設保険医療機関に係る緊急時施設治療管理料、施設入所者自己腹膜灌流薬剤料及び施設入所者材料料以外の診療料の算定は、第１章及び第２章の例による。ただし、第１章及び第２章に掲げる診療料のうち次に掲げるものについては算定しない。 イ　第１章基本診療料並びに第２章特掲診療料第１部医学管理等及び第２部在宅医療に掲げる診療料 ロ～リ　（略）
第２部　併設保険医療機関以外の保険医療機関の療養に関する事項 ４　その他の診療料 　併設保険医療機関以外の保険医療機関に係る施設入所者共同指導料、施設入所者自己腹膜灌流薬剤料及び施設入所者材料料以外の診療料の算定は、第１章及び第２章の例による。ただし、第１章及び第２章に掲げる診療料のうち次に掲げるものについては算定しない。 イ　（略） ロ　第２章特掲診療料第１部医学	第２部　併設保険医療機関以外の保険医療機関の療養に関する事項 ４　その他の診療料 　併設保険医療機関以外の保険医療機関に係る施設入所者共同指導料、施設入所者自己腹膜灌流薬剤料及び施設入所者材料料以外の診療料の算定は、第１章及び第２章の例による。ただし、第１章及び第２章に掲げる診療料のうち次に掲げるものについては算定しない。 イ　（略） ロ　第２章特掲診療料第１部医学

管理等に掲げる診療料（がん性疼痛緩和指導管理料、外来緩和ケア管理料（悪性腫瘍の患者に限る。）、外来放射線照射診療料、退院時共同指導料１、診療情報提供料（Ⅰ）（注４に掲げる場合に限る。）及び診療情報提供料（Ⅱ）を除く。）	管理等に掲げる診療料（退院時共同指導料１、診療情報提供料（Ⅰ）（注４に掲げる場合に限る。）及び診療情報提供料（Ⅱ）を除く。）
ハ　第２章特掲診療料第２部在宅医療に掲げる診療料（往診料及び在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料を除く。）	ハ　第２章特掲診療料第２部在宅医療に掲げる診療料（往診料を除く。）
二～ル　（略）	二～ル　（略）
【介護老人保健施設入所者について算定できない検査等】	【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]	[施設基準]
第十六　介護老人保健施設入所者について算定できない検査等	第十六　介護老人保健施設入所者について算定できない検査等
一　（略）	一　（略）
二　介護老人保健施設入所者について算定できる投薬 医科点数表Ｆ４００に掲げる処方箋料（三に規定する薬剤を投与した場合に限る。）	（新設）
三　（略）	二　（略）
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の費用	三　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の費用
（中略）	（中略）
医科点数表区分番号Ｇ００１に掲げる静脈内注射（保険医療機関の保険医が平成十八年七月一日から令和八年三月三十一日までの間に介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成十一年厚生省令第四十号）附則第十三条に規定する転換を行って開設した介護老人保健施設（以下「療養病床から転換した介護老人保健施設」という。）に赴いて行うもの、医科点数表区分番	医科点数表区分番号Ｇ００１に掲げる静脈内注射（保険医療機関の保険医が平成十八年七月一日から令和六年三月三十一日までの間に介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成十一年厚生省令第四十号）附則第十三条に規定する転換を行って開設した介護老人保健施設（以下「療養病床から転換した介護老人保健施設」という。）に赴いて行うもの、医科点数表区分番

号Ｂ００１−２２に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、医科点数表区分番号Ｂ００１−２４に掲げる外来緩和ケア管理料（悪性腫瘍の患者に限る。）、医科点数表区分番号Ｂ００１−2−１２に掲げる外来腫瘍化学療法診療料の１のイ若しくは２のイ又は医科点数表第二章第六部注射通則第６号に規定する外来化学療法加算を算定するものに限る。） ※　Ｇ００４に掲げる点滴注射、Ｇ００５に掲げる中心静脈栄養、Ｇ００６に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈栄養についても同様。	号Ｂ００１－２－１２に掲げる外来腫瘍化学療法診療料の１のイ若しくは２のイ又は医科点数表第二章第六部注射通則第６号に規定する外来化学療法加算を算定するものに限る。）
【介護医療院に入所している患者について算定できる費用】	【介護医療院に入所している患者について算定できる費用】

患者の区分	診療報酬の算定方法に掲げる療養
五　次に掲げる患者 イ　介護医療院に入所している患者 ロ　介護医療院において短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者	一　次に掲げる点数が算定されるべき療養（指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準別表の４のイからへまでの注11に規定する所定単位数を算定した日に行われたものを除く。） イ～メ　（略） ミ　別表第一区分番号Ｃ１１６に掲げる在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指

患者の区分	診療報酬の算定方法に掲げる療養
五　次に掲げる患者 イ　介護医療院に入所している患者 ロ　介護医療院において短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者	一　次に掲げる点数が算定されるべき療養（指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準別表の４のイからへまでの注11に規定する所定単位数を算定した日に行われたものを除く。） イ～メ　（略） （新設）

		導管理料 シ～ヒ　（略） モ　別表第一区分番号Ｆ４００に掲げる処方箋料（特掲診療料の施設基準等第十六第三号に掲げる薬剤に係るものに限る。） セ～イイ イロ　別表第三第１節に規定する点数 イハ　別表第三第２節区分番号１０の２に掲げる調剤管理料 イニ　別表第三第２節区分番号１０の３に掲げる服薬管理指導料 イホ　別表第三第２節区分番号１４の２の２に掲げる外来服薬支援料２ イヘ　別表第三第２節区分番号１５の２の１に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料（注10に規定する場合に限る） イト　別表第三第３節に規定		ミ～ヱ　（略） （新設） ヒ～ス　（略） （新設） （新設） （新設） （新設） （新設） （新設）

		する点数（特掲診療料の施設基準等第十六第二号に掲げる薬剤及び同第三号に掲げる薬剤（抗悪性腫瘍剤を除く。）に係るものに限る。）			
		イチ　別表第三第４節に規定する点数		（新設）	
		二　次に掲げる点数が算定されるべき療養（指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準別表の４のイからへまでの注11に規定する所定単位数を算定した日に行われたものに限る。）		二　次に掲げる点数が算定されるべき療養（指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準別表の４のイからへまでの注11に規定する所定単位数を算定した日に行われたものに限る。）	
		イ～ス　（略）		イ～ス　（略）	
		ミ　別表第一区分番号Ｃ１１６に掲げる在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料		（新設）	
		イイ～イヨ（略）		ン～イカ（略）	
		イタ　別表第三第１節に規定する点数		（新設）	
		イレ　別表第三第２節区分番号１０の２に		（新設）	

		掲げる調剤管理料			
		イソ　別表第三第２節区分番号１０の３に掲げる服薬管理指導料			（新設）
		イツ　別表第三第２節区分番号１４の２の２に掲げる外来服薬支援料２			（新設）
		イネ　別表第三第２節区分番号１５の２の１に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料（注10に規定する場合に限る）			（新設）
		イナ　別表第三第３節に規定する点数（専門的な診療に特有の薬剤に係るものに限る特掲診療料の施設基準等第十六第二号に掲げる薬剤及び同第三号に掲げる薬剤（抗悪性腫瘍剤を除く。）に係るものに限る。）			（新設）
		イラ　別表第三第４節に規定する点数			（新設）
		三　（略）			三　（略）

六　次に掲げる患者 イ　介護老人保健施設に入所している患者 ロ　介護老人保健施設において短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者	次に掲げる点数が算定されるべき療養 一～三　（略） 四　別表第三のうち次に掲げる点数が算定されるべき療養 イ　別表第三第１節に規定する点数 ロ　別表第三第２節区分番号１０の２に掲げる調剤管理料 ハ　別表第三第２節区分番号１０の３に掲げる服薬管理指導料 ニ　別表第三第２節区分番号１４の２の２に掲げる外来服薬支援料２ ホ　別表第三第２節区分番号１５の２の１に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料（注10に規定する場合に限る） ヘ　別表第三第３節に規定する点数（特掲診療料の施設基準等第十六第二号に掲げる薬剤及び同第三号に掲げ	六　次に掲げる患者 イ　介護老人保健施設に入所している患者 ロ　介護老人保健施設において短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者	次に掲げる点数が算定されるべき療養 一～三　（略） （新設）

	る薬剤(抗悪性腫瘍剤を除く。)に係るものに限る。) ト　別表第三第４節に規定する点数		

別表第二

診療報酬の算定方法に掲げる療養	算定方法
二十四　次に掲げる点数が算定されるべき療養 イ　(略) (削除) ロ　(略)	介護老人福祉施設入所者については、末期の悪性腫瘍の患者に対して実施した場合に限り、算定できる。
二十五　別表第三区分番号１５の２に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料	介護老人福祉施設入所者については、末期の悪性腫瘍の患者に実施した場合又は注10に規定する場合に限り、算定できる。
二十六 (略)	(略)
二十七 (略)	(略)

別表第二

診療報酬の算定方法に掲げる療養	算定方法
二十四　次に掲げる点数が算定されるべき療養 イ　(略) ロ　別表第三区分番号１５の２に掲げる 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 ハ　(略)	介護老人福祉施設入所者については、末期の悪性腫瘍の患者に対して実施した場合に限り、算定できる。
(新設)	(新設)
二十五 (略)	(略)
二十六 (略)	(略)

６．障害者支援施設に入所している末期の悪性腫瘍の患者に訪問診療を行った場合の費用を医療保険において算定可能とする。

改　定　案	現　　行
【特別養護老人ホーム等において算定可能な診療料】 ４　特別養護老人ホーム等に入所している患者については、次に掲げる診療報酬等の算定の対象としない。 （中略） ・　医科点数表区分番号Ｃ００１の在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び医科点数表区分番号Ｃ００１－２の在宅患者訪問診療料（Ⅱ） （中略） また、特別養護老人ホームの入所者については、以下のア又はイのいずれかに該当する場合、指定障害者支援施設（生活介護を行う施設に限る。）については、以下のアに該当する場合には、それぞれ在宅患者訪問診療料を算定することができる。ただし、看取り加算については、当該患者が介護福祉施設サービス又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る看取り介護加算（以下「看取り介護加算」という。）のうち、看取り介護加算（Ⅱ）を算定していない場合に限り算定できる。 ア　当該患者が末期の悪性腫瘍である場合 イ　当該患者を当該特別養護老人ホーム（看取り介護加算の施設基準に適合しているものに限る。）において看取った場合（在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院又は当該特別養護老人ホームの協力医療機関の医師により、死亡日から遡って30日間に行われたものに限る。）	【特別養護老人ホーム等において算定可能な診療料】 ４　特別養護老人ホーム等に入所している患者については、次に掲げる診療報酬等の算定の対象としない。 （中略） ・　医科点数表区分番号Ｃ００１の在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び医科点数表区分番号Ｃ００１－２の在宅患者訪問診療料（Ⅱ） （中略） また、特別養護老人ホームの入所者については、以下のア又はイのいずれかに該当する場合には在宅患者訪問診療料を算定することができる。ただし、看取り加算については、当該患者が介護福祉施設サービス又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る看取り介護加算（以下「看取り介護加算」という。）のうち、看取り介護加算（Ⅱ）を算定していない場合に限り算定できる。 ア　当該患者が末期の悪性腫瘍である場合 イ　当該患者を当該特別養護老人ホーム（看取り介護加算の施設基準に適合しているものに限る。）において看取った場合（在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院又は当該特別養護老人ホームの協力医療機関の医師により、死亡日から遡って30日間に行われたものに限る。）

※　Ｃ００２－２に掲げる施設入居時等医学総合管理料及びＣ００３に掲げる在宅がん医療総合診療料においても同様。	

７．医療保険で給付できる医療サービスの範囲について、介護療養病床等に係る記載を削除する。

<table>
<tr><th colspan="2">改　定　案</th><th colspan="2">現　　行</th></tr>
<tr><td colspan="2">【入院している患者について算定できる費用】</td><td colspan="2">【介護療養病床等に入院している患者について算定できる費用】</td></tr>
<tr><td>患者の区分</td><td>診療報酬の算定方法に掲げる療養</td><td>患者の区分</td><td>診療報酬の算定方法に掲げる療養</td></tr>
<tr><td>二　入院している患者</td><td>次に掲げる点数が算定されるべき療養
一　別表第一及び別表第二に規定する点数
二　別表第三区分番号１５の４に掲げる退院時共同指導料</td><td>二　指定介護療養施設サービスを行う療養病床等（療養病床のうちその一部について専ら要介護者を入院させるものにあっては、当該専ら要介護者を入院させる部分に限る。以下「介護療養病床等」という。）以外の病床に入院している患者（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を</td><td>次に掲げる点数が算定されるべき療養
一　別表第一及び別表第二に規定する点数
二　別表第三区分番号１５の４に掲げる退院時共同指導料</td></tr>
</table>

		除く。）	
（削除）	（削除）	三　次に掲げる患者 イ　介護療養病床等（老人性認知症疾患療養病棟の病床を除く。）に入院している患者 ロ　短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室又は老人性認知症疾患療養病棟の病床（以下「療養室等」という。）において行われるものを除く。）又は介護予防短期入所療養介護（療養室等において行われるものを除く。）を受けている患者	次に掲げる療養 一～三　（略）
（削除）	（削除）	四　次に掲げ	次に掲げる療養

		る患者 イ　介護療養病床等（老人性認知症疾患療養病棟の病床に限る。）に入院している患者 ロ　老人性認知症疾患療養病棟の病床において短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者	一～三　（略）
備考 一～十　（略） （削除）		備考 一～十　（略） 十一　この表において「指定介護療養施設サービス」とは、健康保険法等の一部を改正する法律（平成十八年法律第八十三号）附則第百三十条の二第一項の規定によりなおその効力を有するものとされた同法第二十六条による改正前の介護保険法（以下「旧介護保険法」という。）第四十八条第一項第三号に規定する指定介護療養施設サービスをいう。 十二　この表において「療養病床等」とは、旧介護保険法第八条第二十六項に規定する療養病床等をいう。 十三　この表において「老人性認	

	知症疾患療養病棟」とは、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成十一年厚生省令第三十七号）第百四十四条に規定する老人性認知症疾患療養病棟をいう。
十一　この表において「別表第一」とは、診療報酬の算定方法別表第一をいい、「別表第二」とは、診療報酬の算定方法別表第二をいい、「別表第三」とは、診療報酬の算定方法別表第三をいう。	十四　この表において「別表第一」とは、診療報酬の算定方法別表第一をいい、「別表第二」とは、診療報酬の算定方法別表第二をいい、「別表第三」とは、診療報酬の算定方法別表第三をいう。

別表第二

診療報酬の算定方法に掲げる療養	算定方法
二　別表第一区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）（注２に規定する場合に限る。）が算定されるべき療養	入院中の患者以外の患者について、同一月において、居宅療養管理指導又は介護予防居宅療養管理指導（医師が行う場合に限る。）を行い、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費を算定した場合には、算定できない。 （削除）

別表第二

診療報酬の算定方法に掲げる療養	算定方法
二　別表第一区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）（注２に規定する場合に限る。）が算定されるべき療養	一　入院中の患者以外の患者について、同一月において、居宅療養管理指導又は介護予防居宅療養管理指導（医師が行う場合に限る。）を行い、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費を算定した場合には、算定できない。 二　介護療養病床等（老人性認知症疾患療養病棟の病床を除く。）に入院している患者については、短期入所療養介護又は介護予防短期入

					所療養介護を受けている場合に限り、算定できる。
備考 一～七　（略） （削除） 八～二十八　（略）			備考 一～七　（略） 八　この表において「老人性認知症疾患療養病棟」とは、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第百四十四条に規定する老人性認知症疾患療養病棟をいう。 九～二十九　（略）		

【Ⅱ－２　生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組－⑤】

⑤　リハビリテーションに係る医療・介護情報連携の推進

第１　基本的な考え方

医療機関と介護保険の訪問・通所リハビリテーション事業所のリハビリテーションに係る連携を更に推進する観点から、疾患別リハビリテーション料について要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．保険医療機関において、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若しくは運動器リハビリテーション料を算定する患者が、介護保険の通所リハビリテーション事業所等によるサービス利用へ移行する場合、又は疾患別リハビリテーション料を算定する患者が他の保険医療機関等によるリハビリテーションの提供に移行する場合、移行先の事業所又は保険医療機関等に対しリハビリテーション実施計画書を提供することとする。

２．リハビリテーション計画提供料を廃止する。

改　定　案	現　　行
【心大血管疾患リハビリテーション料、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】 ［施設基準］ (2) 心大血管疾患リハビリテーション料、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の施設基準 イ～ニ　（略） ホ　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	【心大血管疾患リハビリテーション料、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】 ［施設基準］ (2) 心大血管疾患リハビリテーション料、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の施設基準 イ～ニ　（略） （新設）

ーション料及び運動器リハビリテーション料を行う保険医療機関においては、指定通所リハビリテーション事業所、指定訪問リハビリテーション事業所等とのリハビリテーションに係る連携を行うにつき必要な体制が整備されていること。	
へ　他の保険医療機関とのリハビリテーションに係る連携を行うにつき必要な体制が整備されていること。	（新設）
【心大血管疾患リハビリテーション料】 ［算定要件］	【心大血管疾患リハビリテーション料】 ［算定要件］
(13) 心大血管疾患リハビリテーションを実施した患者であって、転医や転院に伴い他の保険医療機関でリハビリテーションが継続される予定であるものについて、当該患者の同意が得られた場合、●月以内に作成したリハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画書等を当該他の保険医療機関に対して、文書により提供すること。なお、当該患者が、直近●月以内に目標設定等支援・管理料を算定している場合には、目標設定等支援・管理シートも併せて提供すること。	（新設）
［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	［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
(10) 心大血管疾患リハビリテーションを実施した患者であって、他の保険医療機関でリハビリテーションが継続される予定であるものについて、当該患者の同意を得た上で、当該他の保険医療機関に対して、リハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施	（新設）

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。	
【脳血管疾患等リハビリテーション料】 ［算定要件］ (17) 要介護認定を申請中の者又は介護保険法第62条に規定する要介護被保険者等であって、介護保険によるリハビリテーションへの移行を予定しているものについて、当該患者の同意が得られた場合に、利用を予定している指定通所リハビリテーション事業所等に対して、●月以内に作成したリハビリテーション実施計画又は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すること。利用を予定している指定通所リハビリテーション事業所等とは、当該患者、患者の家族等又は当該患者のケアマネジメントを担当する居宅介護支援専門員を通じ、当該患者の利用について検討する意向が確認できた指定通所リハビリテーション事業所等をいう。なお、当該患者が、直近●月以内に目標設定等支援・管理料を算定している場合には、目標設定等支援・管理シートも併せて提供すること。 (18) 脳血管疾患等リハビリテーションを実施した患者であって、転医や転院に伴い他の保険医療機関でリハビリテーションが継続される予定であるものについて、当該患者の同意が得られた場合、当該他の保険医療機関に対して、●月以内に作成したリハビリテーション実施計画又は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すること。なお、当該患者が、直近●月以内に目標設定等支援・管理料を算定している場合には、	【脳血管疾患等リハビリテーション料】 ［算定要件］ （新設）

目標設定等支援・管理シートも併せて提供すること。 ※　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についても同様。	
［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 (10) 要介護認定を申請中の者又は介護保険法第62条に規定する要介護被保険者等であって、介護保険によるリハビリテーションへの移行を予定しているものについて、当該患者の同意を得た上で、利用を予定している指定通所リハビリテーション事業所、指定訪問リハビリテーション事業所、指定介護予防通所リハビリテーション事業所又は指定介護予防訪問リハビリテーション事業所（以下「指定通所リハビリテーション事業所等」という。）に対して、リハビリテーション実施計画又は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。	［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 （新設）
(11) 脳血管疾患等リハビリテーションを実施した患者であって、他の保険医療機関でリハビリテーションが継続される予定であるものについて、当該他の医療機関に対して、当該患者の同意を得た上で、リハビリテーション実施計画又は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。 ※　心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）及び（Ⅲ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）	（新設）

及び（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についても同様。	
【リハビリテーション計画提供料】 （削除）	【リハビリテーション計画提供料】 １　リハビリテーション計画提供料１　275点 ２　リハビリテーション計画提供料２　100点
【リハビリテーション総合計画評価料】 （削除）	【リハビリテーション総合計画評価料】 注４　区分番号Ｈ００３―３に掲げるリハビリテーション計画提供料の２を算定した患者（区分番号Ｈ００１に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料の注２及び注３に規定する加算、区分番号Ｈ００１―２に掲げる廃用症候群リハビリテーション料の注２及び注３に規定する加算又は区分番号Ｈ００２に掲げる運動器リハビリテーション料の注２及び注３に規定する加算を算定している入院中の患者以外の患者（他の保険医療機関を退院したものに限る。）に限る。）である場合には算定できない。

【Ⅱ－２　生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組－⑥】

⑥　退院時におけるリハビリテーションに係る医療・介護連携の推進

第１　基本的な考え方

退院時のリハビリテーションに係る医療機関と介護保険の訪問・通所リハビリテーション事業所との間の連携により、退院後早期に継続的で質の高いリハビリテーションを推進する観点から、退院時共同指導料２について要件を見直す。

第２　具体的な内容

退院時共同指導料２に規定する共同指導について、退院後在宅での療養を行う患者が退院後に介護保険のリハビリテーションを利用予定の場合、当該患者が入院している保険医療機関の医師等が、介護保険法に基づく訪問・通所リハビリテーション事業所の医師・理学療法士等の参加を求めることが望ましい旨を要件として追加する。

改　定　案	現　　行
【退院時共同指導料２】 ［算定要件］ (7) 退院時共同指導料２の「注１」は、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、当該患者が入院している保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と在宅療養担当医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が共同して行った場合に算定す	【退院時共同指導料２】 ［算定要件］ (7) 退院時共同指導料２の「注１」は、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、当該患者が入院している保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と在宅療養担当医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が共同して行った場合に算定す

る。なお、退院後に介護保険によるリハビリテーション（介護保険法第８条第５項に規定する訪問リハビリテーション、同法第８条第８項に規定する通所リハビリテーション、同法第８条の２第４項に規定する介護予防訪問リハビリテーション又は同法第８条の２第６項に規定する介護予防通所リハビリテーションをいう。）を利用予定の場合、在宅での療養上必要な説明及び指導について、当該患者が入院している医療機関の保険医等が、介護保険によるリハビリテーションを提供する事業所の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の参加を求めることが望ましい。	る。

【Ⅱ－２　生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組－⑦】

⑦　就労支援に係る医療機関と障害福祉サービスの連携の推進

第１　基本的な考え方

精神障害の特性を踏まえ医療機関と障害福祉サービスとの連携を推進する観点から、診療情報提供料（Ⅰ）について情報提供先を見直す。

第２　具体的な内容

診療情報提供料（Ⅰ）の注４に規定する情報提供先に、就労選択支援事業所を追加する。

（※）「就労選択支援」について規定する、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等の一部を改正する法律は、令和７年 10 月１日施行予定。

改　定　案	現　　行
【診療情報提供料(Ⅰ)】 ［算定要件］ (14)　「注４」については、精神障害者である患者であって、次に掲げる施設に入所している患者又は介護老人保健施設（当該保険医療機関と同一の敷地内にある介護老人保健施設その他これに準ずる介護老人保健施設を除く。「注５」において同じ。）に入所している患者の診療を行っている保険医療機関が、診療の結果に基づき、患者の同意を得て、当該患者が入所しているこれらの施設に対して文書で診療情報を提供した場合に算定する。 ア グループホーム（障害者総合支援法第５条第17項に規定する共同生活援助を行う事業所をいう。）	【診療情報提供料(Ⅰ)】 ［算定要件］ (14)　「注４」については、精神障害者である患者であって、次に掲げる施設に入所している患者又は介護老人保健施設（当該保険医療機関と同一の敷地内にある介護老人保健施設その他これに準ずる介護老人保健施設を除く。「注５」において同じ。）に入所している患者の診療を行っている保険医療機関が、診療の結果に基づき、患者の同意を得て、当該患者が入所しているこれらの施設に対して文書で診療情報を提供した場合に算定する。 ア グループホーム（障害者総合支援法第５条第17項に規定する共同生活援助を行う事業所をいう。）

イ 障害者支援施設（障害者総合支援法第５条第11項に規定する障害者支援施設をいい、日中活動として同条第７項に規定する生活介護を行うものを除く。）	イ 障害者支援施設（障害者総合支援法第５条第11項に規定する障害者支援施設をいい、日中活動として同条第７項に規定する生活介護を行うものを除く。）
ウ 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施行規則（平成18年厚生労働省令第19号）第６条の７第２号に規定する自立訓練（生活訓練）を行う事業所	ウ 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施行規則（平成18年厚生労働省令第19号）第６条の７第２号に規定する自立訓練（生活訓練）を行う事業所
エ 障害者総合支援法第５条第13項に規定する就労選択支援を行う事業所	（新規）
オ 障害者総合支援法第５条第14項に規定する就労移行支援を行う事業所	エ 障害者総合支援法第５条第13項に規定する就労移行支援を行う事業所
カ 障害者総合支援法第５条第15項に規定する就労継続支援を行う事業所	オ 障害者総合支援法第５条第14項に規定する就労継続支援を行う事業所
キ 障害者総合支援法第５条第29項に規定する福祉ホーム	カ 障害者総合支援法第５条第28項に規定する福祉ホーム

【Ⅱ－２　生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組－⑧】

⑧　入退院支援加算１・２の見直しについて

第１　基本的な考え方

入退院支援における、関係機関との連携強化、生活に配慮した支援の強化及び入院前からの支援の強化の観点から、入退院支援加算１及び２について要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．入院前からの支援をより充実・推進する観点から、入院時支援加算１の評価を見直す。
２．退院時における医療機関から介護支援専門員へ情報提供する様式を見直す。
３．退院支援計画の内容に、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理等を含む退院に向けた入院中に行う療養支援の内容を盛り込むことを明記する。
４．入退院支援加算の対象となる「退院困難な要因を有している患者」に､特別なコミュニケーション支援を要する者及び強度行動障害の状態の者を追加する。
５．特別なコミュニケーション支援を要する者及び強度行動障害の状態の者に対し､入院前に医療機関と本人・家族等や障害福祉サービス事業者等とで事前調整を行うことの評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【入退院支援加算】 ［算定要件］ 注１～６　（略） ７　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別に厚生労働大臣が定めるものに対して、入院前に支援を行った場合に、その支援の内容に応じて、次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。	【入退院支援加算】 ［算定要件］ 注１～６　（略） ７　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別に厚生労働大臣が定めるものに対して、入院前に支援を行った場合に、その支援の内容に応じて、次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。

イ　入院時支援加算１　●●点 ロ　入院時支援加算２　200点 ８　（略） ９　別に厚生労働大臣が定める患者に対して、入院前に患者及びその家族等並びに当該患者の在宅での生活を支援する障害福祉サービス事業者等と事前に入院中の支援に必要な調整を行った場合に、入院事前調整加算として、●●点を更に所定点数に加算する。	イ　入院時支援加算１　230点 ロ　入院時支援加算２　200点 ８　（略） （新設）
(2)　入退院支援加算１にあっては、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にあっては、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（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　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 オ　強度行動障害の状態の者 カ～ソ　（略） タ　その他患者の状況から判断してアからソまでに準ずると認め	(2)　入退院支援加算１にあっては、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にあっては、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（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。） （新設） （新設） エ～ス　（略） セ　その他患者の状況から判断してアからスまでに準ずると認め

られる場合	られる場合
(3)　（略）	(3)　（略）
(4)　ここでいう退院支援計画の内容は、以下の内容を含むものとする。	(4)　ここでいう退院支援計画の内容は、以下の内容を含むものとする。
ア～カ　（略）	ア～カ　（略）
キ　リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理等を含む、退院に向けて入院中に必要な療養支援の内容並びに栄養サポートチーム等の多職種チームとの役割分担	（新設）
(5)～(22)　（略）	(5)～(22)　（略）
(23)　注９に規定する入院事前調整加算を算定するに当たっては、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又は強度行動障害の状態の者であって入院の決まったものについて、当該患者の特性を踏まえた入院中の治療や入院生活に係る支援が行えるよう、当該患者、その家族等及び当該患者の在宅における生活を支援する障害福祉サービス事業者等から事前に情報提供を受け、その内容を踏まえ、入院中の看護等に係る療養支援の計画を立て、患者及び入院予定先の病棟職員と共有した場合に算定する。	（新設）
(24)～(27)（略）	(23)～(26)（略）
［施設基準］	［施設基準］
三十五の六　入退院支援加算の施設基準等	三十五の六　入退院支援加算の施設基準等
(9) 入院事前調整加算に規定する厚生労働大臣が定める患者	（新設）
イ　コミュニケーションにつき特別な支援を要する者又は強度行動障害を有する者であること。	
ロ　入退院支援加算を算定する患者であること。	

６．入退院支援加算１の施設基準で求める連携機関数について、急性期病棟を有する医療機関では病院・診療所との連携を、地域包括ケア病棟を有する医療機関では介護サービス事業所及び障害福祉サービス事業所等との連携を一定程度求めることとする。

改　定　案	現　　行
【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)～(3)　（略） (4) 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者等（以下「連携機関」という。）の数が 25 以上であること。なお、急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）又は専門病院入院基本料（13 対１入院基本料を除く。）を算定する病棟を有する場合は当該連携機関の数のうち●●以上は保険医療機関であること。 また、地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟又は病室を有する場合は当該連携機関の数のうち●●以上は介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若し	【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)～(3)　（略） (4) 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者等（以下「連携機関」という。）の数が 25 以上であること。また、(2)又は(3)の職員と、それぞれの連携機関の職員が年３回以上の頻度で対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて面会し、情報の共有等を行っていること。なお、面会には、個別の退院調整に係る面会等を含めて差し支えないが、年３回以上の面会の日付、担当者名、目的及び連携機関の名称等を一覧できるよう記録すること。なお、患者の個人情報の取扱いについては、第 21 の１の(9)の例による。

くは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者であること。 　加えて、(2)又は(3)の職員と、それぞれの連携機関の職員が年３回以上の頻度で対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて面会し、情報の共有等を行っていること。なお、面会には、個別の退院調整に係る面会等を含めて差し支えないが、年３回以上の面会の日付、担当者名、目的及び連携機関の名称等を一覧できるよう記録すること。なお、患者の個人情報の取扱いについては、第 21 の１の(9)の例による。 (5)・(6)　（略）	(5)・(6)　（略）

【Ⅱ－２　生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組－⑨】

⑨　在宅療養指導料の見直し

第１　基本的な考え方

慢性心不全患者に対する退院直後の支援を強化する観点から、在宅療養指導料について対象患者を見直す。

第２　具体的な内容

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

改　定　案	現　　行
【在宅療養指導料】 ［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●月以内の慢性心不全の患者に対して、医師の指示に基づき保健師、助産師又は看護師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に、患者１人につき月１回（初回の指導を行った月にあっては、月２回）に限り算定する。 (1) 次のいずれかの患者に対して指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月２回に限り、その他の月にあっては月１回に限り算定する。 ア　在宅療養指導管理料を算定し	【在宅療養指導料】 ［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又は器具を装着しておりその管理に配慮を必要とする患者に対して、医師の指示に基づき保健師、助産師又は看護師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に、患者１人につき月１回（初回の指導を行った月にあっては、月２回）に限り算定する。 (1) 在宅療養指導管理料を算定している患者又は入院中の患者以外の患者であって、器具（人工肛門、人工膀胱、気管カニューレ、留置カテーテル、ドレーン等）を装着しており、その管理に配慮を要す

ている患者 イ　入院中の患者以外の患者であって、器具（人工肛門、人工膀胱、気管カニューレ、留置カテーテル、ドレーン等）を装着しており、その管理に配慮を要する患者 ウ　退院後●●月以内の患者であって、過去●●年以内に心不全による入院が、当該退院に係る直近の入院を除き、●●回以上ある慢性心不全の患者（治療抵抗性心不全の患者を除く。）	る患者に対して指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月２回に限り、その他の月にあっては月１回に限り算定する。
(2)～(4)　（略）	(2)～(4)　（略）
(5)　当該療養上の指導を行う保健師、助産師又は看護師は、在宅療養支援向上のための適切な研修を修了していることが望ましいこと。	（新設）

【Ⅱ－２　生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組－⑩】

⑩　認知症ケア加算の見直し

第１　基本的な考え方

認知症患者に対する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とともに、認知症患者に対するアセスメントにおいてせん妄の識別も必要であることを踏まえ、認知症ケア加算の要件及び評価並びにせん妄ハイリスク患者ケア加算の要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．認知症ケア加算について、身体的拘束を実施しなかった日及び実施した日の点数をそれぞれ見直す。

改　定　案	現　　行
【認知症ケア加算】	【認知症ケア加算】
１　認知症ケア加算１	１　認知症ケア加算１
イ　14日以内の期間　●●点	イ　14日以内の期間　160点
ロ　15日以上の期間　●●点	ロ　15日以上の期間　30点
２　認知症ケア加算２	２　認知症ケア加算２
イ　14日以内の期間　●●点	イ　14日以内の期間　100点
ロ　15日以上の期間　●●点	ロ　15日以上の期間　25点
３　認知症ケア加算３	３　認知症ケア加算３
イ　14日以内の期間　●●点	イ　14日以内の期間　40点
ロ　15日以上の期間　●●点	ロ　15日以上の期間　10点
［算定要件］	［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●●に相当する点数により算定する。	注２　身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の60に相当する点数により算定する。

２．認知症ケア加算で求めるアセスメント及び対応方策に、せん妄のリスク因子の確認及びせん妄対策を含めるとともに、認知症ケア加算を算定した場合はせん妄ハイリスク患者ケア加算の算定は不可とする。

改　定　案	現　　行
【認知症ケア加算】	【認知症ケア加算】
［算定要件］	［算定要件］

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（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、認知症ケア加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して必要なケアを行った場合に、当該基準に係る区分に従い、当該患者が入院した日から起算し、当該患者の入院期間に応じ、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Ａ２３０－４に掲げる精神科リエゾンチーム加算（認知症ケア加算１を算定する場合に限る。）又は区分番号Ａ２４７－２に掲げるせん妄ハイリスク患者ケア加算は別に算定できない。	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（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、認知症ケア加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して必要なケアを行った場合に、当該基準に係る区分に従い、当該患者が入院した日から起算し、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。ただし、認知症ケア加算１を算定する場合は、区分番号Ａ２３０－４に掲げる精神科リエゾンチーム加算は別に算定できない。
(5) 認知症ケア加算１ イ　当該患者を診療する医師、看護師等は、認知症ケアチームと連携し、病棟職員全体で以下の対応に取り組む必要がある。 ①　当該患者の入院前の生活状況等を情報収集し、その情報を踏まえたアセスメントを行い、看護計画を作成する。その際、行動・心理症状がみられる場合には、その要因をアセスメントし、症状の軽減を図るための適切な環境調整や患者とのコミュニケーションの方法等について検討する。また、せん妄のリスク因子の確認を行い、ハイリスク患者に対するせん妄対策を併せて実施すること。せん妄のリス	(5) 認知症ケア加算１ イ　当該患者を診療する医師、看護師等は、認知症ケアチームと連携し、病棟職員全体で以下の対応に取り組む必要がある。 ①　当該患者の入院前の生活状況等を情報収集し、その情報を踏まえたアセスメントを行い、看護計画を作成する。その際、行動・心理症状がみられる場合には、その要因をアセスメントし、症状の軽減を図るための適切な環境調整や患者とのコミュニケーションの方法等について検討する。

ク因子の確認及びハイリスク患者に対するせん妄対策の取扱いについては、区分番号「Ａ２４７－２」せん妄ハイリスク患者ケア加算の例によること。	
［施設基準］ 1　認知症ケア加算１の施設基準 (1)　当該保険医療機関内に、以下から構成される認知症ケアに係るチーム（以下「認知症ケアチーム」という。）が設置されていること。このうち、イに掲げる看護師については、原則週 16 時間以上、認知症ケアチームの業務に従事すること。なお、認知症ケアチームは、身体的拘束最小化チームを兼ねることは差し支えない。	［施設基準］ 1　認知症ケア加算１の施設基準 (1)　当該保険医療機関内に、以下から構成される認知症ケアに係るチーム（以下「認知症ケアチーム」という。）が設置されていること。このうち、イに掲げる看護師については、原則週16時間以上、認知症ケアチームの業務に従事すること。
ア～ウ　（略）	ア～ウ　（略）
(2)～(4)　（略）	(2)～(4)　（略）
(5) 認知症ケアチームは、以下の業務を行うこと。 ア～ウ（略）	(5) 認知症ケアチームは、以下の業務を行うこと。 ア～ウ（略）
エ　せん妄のリスク因子の確認のためのチェックリスト及びせん妄のハイリスク患者に対するせん妄対策のためのチェックリストを作成していること。	（新設）
オ チームにより、認知症患者に関わる職員を対象として、認知症患者のケアに関する研修を定期的に実施すること。	エ チームにより、認知症患者に関わる職員を対象として、認知症患者のケアに関する研修を定期的に実施すること。
(6)・(7)　（略）	(6)・(7)　（略）
※　認知症ケア加算２及び認知症ケア加算３も同様。	
［経過措置］ 令和６年３月31日時点で認知症ケア加算に係る届出を行っている保険	［経過措置］

医療機関については、令和●●年●●月●●日までの間、１の(5)のエ、２の(6)及び３の(2)の基準を満たしているものとみなす。	

【Ⅱ－２　生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組－⑪】

⑪　入院基本料等の見直し

「Ⅰ－１－②」を参照のこと。

【Ⅱ－２　生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組－⑫】

⑫　地域包括ケア病棟入院料の評価の見直し

第１　基本的な考え方

適切な在宅復帰支援を推進する観点から、地域包括ケア病棟入院料の評価について、入院期間に応じた評価体系に見直すとともに、地域包括ケア病棟を有する医療機関が提供する在宅医療等の実績を適切に評価する観点から、訪問看護に係る実績の基準を見直す。

第２　具体的な内容

１．地域包括ケア病棟入院料の評価について、入院期間に応じた評価に見直す。

２．入院基本料等の見直しに合わせて、40 歳未満の勤務医師、事務職員等の賃上げに資する措置として、地域包括ケア病棟入院料の評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【地域包括ケア病棟入院料】 １　地域包括ケア病棟入院料１ イ　40日以内の期間　●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） ロ　41日以上の期間　●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	【地域包括ケア病棟入院料】 １　地域包括ケア病棟入院料１ 2,809点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,794点）
２　地域包括ケア入院医療管理料１ イ　40日以内の期間　●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） ロ　41日以上の期間　●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	２　地域包括ケア入院医療管理料１ 2,809点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,794点）
３　地域包括ケア病棟入院料２ イ　40日以内の期間　●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	３　地域包括ケア病棟入院料２ 2,620点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,605点）

ロ　41日以上の期間　●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	
4　地域包括ケア入院医療管理料２ イ　40日以内の期間　●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） ロ　41日以上の期間　●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	4　地域包括ケア入院医療管理料２ 2,620点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,605点）
5　地域包括ケア病棟入院料３ イ　40日以内の期間　●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） ロ　41日以上の期間　●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	5　地域包括ケア病棟入院料３ 2,285点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,270点）
6　地域包括ケア入院医療管理料３ イ　40日以内の期間　●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） ロ　41日以上の期間　●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	6　地域包括ケア入院医療管理料３ 2,285点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,270点）
7　地域包括ケア病棟入院料４ イ　40日以内の期間　●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） ロ　41日以上の期間　●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	7　地域包括ケア病棟入院料４ 2,076点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,060点）
8　地域包括ケア入院医療管理料４ イ　40日以内の期間　●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） ロ　41日以上の期間　●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	8　地域包括ケア入院医療管理料４ 2,076点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,060点）
注２　医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定	注２　医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定

める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室を有するものについては、注１に規定する届出の有無にかかわらず、地域包括ケア病棟入院料１のイ（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料１のロ（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料１のイ（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料１のロ（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料２のイ（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料２のロ（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料２のイ（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料２のロ（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料３のイ（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料３のロ（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料３のイ（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料３のロ（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料４のイ（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料４のロ（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料４のイ（特定地域）又は地域包括ケア入院医療管理料４のロ（特定地域）について、所定点数に代えて、当該病棟又は病室に入院した日から起算して60日を限度として、１日につき、それぞれ●●点、●●点、●●点、●●点、●●点、●●点、●●点、●●点、●●点、●●点、●●点、●●点、●●点、●●点又は●●点（生活療養を受ける場合にあっては、それぞれ●●点、●●点、●●点、●●点、●●点、●●点、●●点、●●点、●●点、●●点、●●点、●●点、	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又は病室を有するものについては、注１に規定する届出の有無にかかわらず、地域包括ケア病棟入院料１（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料１（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料２（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料２（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料３（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料３（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料４（特定地域）又は地域包括ケア入院医療管理料４（特定地域）について、所定点数に代えて、当該病棟又は病室に入院した日から起算して60日を限度として、１日につき、それぞれ2,433点、2,433点、2,244点、2,244点、1,984点、1,984点、1,774点又は1,774点（生活療養を受ける場合にあっては、それぞれ2,418点、2,418点、2,230点、2,230点、1,970点、1,970点、1,760点又は1,760点）を算定することができる。 （中略）

●●点、●●点、●●点、●●点、●●点又は●●点）を算定することができる。 （中略）	

３．地域包括ケア病棟を有する医療機関が提供する在宅医療等の実績を適切に評価する観点から、訪問看護に係る実績の基準を見直す。

改　定　案	現　　行
【地域包括ケア病棟入院料】 ［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 (2) 地域包括ケア病棟入院料１の施設基準 ホ　次のいずれか二つ以上を満たしていること。 ①　（略） ②　退院後訪問指導料、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（Ⅰ）、精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）、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）の指定居宅サービス介護給付費単位数表（以下「指定居宅サービス介護給付費単位数表」という。）の訪問看護費のロ及び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（平成十八年厚生省告示第百二十七号）の指定介護予防サービス介護給付費単位数表（以下「指定介護予防サービス介護給付費単位数表」という。）の介護予防訪問看護費のロを前三月間において●●回以上算定している保険医療機関であること。	【地域包括ケア病棟入院料】 ［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 (2) 地域包括ケア病棟入院料１の施設基準 ホ　次のいずれか二つ以上を満たしていること。 ①　（略） ②　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（Ⅰ）及び精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）を前三月間において六十回以上算定している保険医療機関であること。

③　訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第六十七号）に規定する訪問看護基本療養費、精神科訪問看護基本療養費、指定居宅サービス介護給付費単位数表の訪問看護費のイ及び指定介護予防サービス介護給付費単位数表の介護予防訪問看護費のイを前三月間において●●回以上算定している訪問看護ステーションが当該保険医療機関に併設されていること。	③　訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第六十七号）に規定する訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を前三月間において三百回以上算定している訪問看護ステーションが当該保険医療機関に併設されていること。
④　（略）	④　（略）
⑤　介護保険法第八条第二項に規定する訪問介護、同条第五項に規定する訪問リハビリテーション又は同条第四項に規定する介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有している施設が当該保険医療機関に併設されていること。	⑤　介護保険法第八条第二項に規定する訪問介護、同条第四項に規定する訪問看護、同条第五項に規定する訪問リハビリテーション、同法第八条の二第三項に規定する介護予防訪問看護又は同条第四項に規定する介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有している施設が当該保険医療機関に併設されていること。
⑥　（略）	⑥　（略）
※　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、地域包括ケア入院医療管理料４についても同様。	

［経過措置］

令和６年３月 31 日において現に地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟又は病室については、●●年●●月●●日までの間に限り、第九の十一の二の⑵のホに該当するものとみなす。

※　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、地域包括ケア入院医療管理料４についても同様。

【Ⅱ－２　生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組－⑬】

⑬　地域包括ケア病棟の施設基準の見直し

第１　基本的な考え方

地域包括ケアの深化・推進に向け、地域包括ケア病棟の効果的な入院医療の提供を更に推進する観点から、地域包括ケア病棟の要件を見直す。

第２　具体的な内容

地域包括ケア病棟入院料の施設基準において、在宅復帰率等の対象患者から、短期滞在手術等基本料３を算定する患者及び短期滞在手術等基本料１の対象手術を実施した患者を除くとともに、在宅復帰率の計算方法を改める。

改　定　案	現　　行
【地域包括ケア病棟入院料】 ［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 (4) 地域包括ケア病棟入院料２の施設基準 ニ　当該病棟（許可病床数が二百床以上の保険医療機関に限る。）において、入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が●●割●●分未満であること。 ２　地域包括ケア病棟入院料１の施設基準 (1)　当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が７割２分５厘以上であること。	【地域包括ケア病棟入院料】 ［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 (4) 地域包括ケア病棟入院料２の施設基準 ニ　当該病棟（許可病床数が二百床以上の保険医療機関に限る。）において、入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が六割未満であること。 ２　地域包括ケア病棟入院料１の施設基準 (1)　当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が７割２分５厘以上であること。地域包括ケア病棟入院料に係る在宅等に退院するものとは、次のアからウまでのいずれにも該当しない患者をいう。

	ア　他の保険医療機関（有床診療所入院基本料（別添２の第３の５の⑴のイの⑷に該当するものに限る。）を算定する病床を除く。）に転院した患者 イ　介護老人保健施設に入所した患者 ウ　同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟への転棟患者
⑵　当該病棟から退院した患者数に占める在宅等に退院するものの割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出する。ただし、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料３に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する。	⑵　当該病棟から退院した患者数に占める在宅等に退院するものの割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出する。
ア 直近６か月間において、当該病棟から退院又は転棟した患者数（第２部「通則５」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く。）のうち、在宅等に退院するものの数 この場合において、在宅等に退院するものの数は、退院患者の数から、次に掲げる数を合計した数を控除した数をいう。 ①　他の保険医療機関（有床診療所入院基本料（別添２の第３の５の⑴のイの⑷に該当するものに限	ア 直近６か月間において、当該病棟から退院又は転棟した患者数（第２部「通則５」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く。）のうち、在宅等に退院するものの数

る。）を算定する病床を除く。）に転院した患者の数 ② 介護老人保健施設（介護保健施設サービス費（Ⅰ）の介護保健施設サービス費（ⅱ）若しくは介護保健施設サービス費（ⅳ）又はユニット型介護保健施設サービス費（Ⅰ）のユニット型介護保健施設サービス費（ⅱ）若しくは経過的ユニット型介護保健施設サービス費（ⅱ）の届出を行っているものに限る。）に入所した患者の数の●●割の数 ③ 介護老人保健施設（介護保健施設サービス費（Ⅰ）の介護保健施設サービス費（ⅱ）若しくは介護保健施設サービス費（ⅳ）又はユニット型介護保健施設サービス費（Ⅰ）のユニット型介護保健施設サービス費（ⅱ）若しくは経過的ユニット型介護保健施設サービス費（ⅱ）の届出を行っていないものに限る。）に入所した患者の数 ④ 同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟への転棟患者の数 イ 直近６か月間に退院又は転棟した患者数（第２部「通則５」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く。）	イ 直近６か月間に退院又は転棟した患者数（第２部「通則５」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く。）

(5)　当該病棟に入棟した患者のうち、自宅等から入棟した患者の占める割合が２割以上であること。なお、自宅等から入棟した患者とは、自宅又は介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、認知症対応型グループホーム若しくは有料老人ホーム等（以下「有料老人ホーム等」という。）から入棟した患者のことをいう。ただし、当該入院料を算定する病棟を有する病院に有料老人ホーム等が併設されている場合は当該有料老人ホーム等から入棟した患者は含まれない。	(5)　当該病棟に入棟した患者のうち、自宅等から入棟した患者の占める割合が２割以上であること。なお、自宅等から入棟した患者とは、自宅又は介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、認知症対応型グループホーム若しくは有料老人ホーム等（以下「有料老人ホーム等」という。）から入棟した患者のことをいう。ただし、当該入院料を算定する病棟を有する病院に有料老人ホーム等が併設されている場合は当該有料老人ホーム等から入棟した患者は含まれない。
(6)　自宅等から入棟した患者の占める割合は、直近３か月間に自宅等から入棟した患者を直近３か月に当該病棟に入棟した患者の数で除して算出するものであること。ただし、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料３に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する。	(6)　自宅等から入棟した患者の占める割合は、直近３か月間に自宅等から入棟した患者を直近３か月に当該病棟に入棟した患者の数で除して算出するものであること。
(10)　令和６年３月31日時点で地域包括ケア病棟入院料１に係る届出を行っている保険医療機関については、令和●●年●●月●●日までの間、(1)、(2)、(5)及び(6)の規定に限り、なお従前の例による。	（新設）
３　地域包括ケア入院医療管理料１の施設基準	３　地域包括ケア入院医療管理料１の施設基準
(1)　当該病室において、退院患者	(1)　当該病室において、退院患者

に占める、在宅等に退院するものの割合が７割２分５厘以上であること。当該病室から退院した患者数に占める在宅等に退院するものの割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出する。ただし、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料３に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する。	に占める、在宅等に退院するものの割合が７割２分５厘以上であること。当該病室から退院した患者数に占める在宅等に退院するものの割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出する。
ア～イ　（略）	ア～イ　（略）
(2)　当該病室に入室した患者のうち、自宅等から入室した患者の占める割合が２割以上であること。ただし、当該病室が10床未満の場合については自宅等から入室した患者を前３月において８人以上受け入れていること。なお、自宅等から入室した患者とは、自宅又は有料老人ホーム等から入室した患者のことをいう。ただし、当該入院料を算定する病室を有する病院に有料老人ホーム等が併設されている場合は当該有料老人ホーム等から入棟した患者は含まれない。また、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料３に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する。	(2)　当該病室に入室した患者のうち、自宅等から入室した患者の占める割合が２割以上であること。ただし、当該病室が10床未満の場合については自宅等から入室した患者を前３月において８人以上受け入れていること。なお、自宅等から入室した患者とは、自宅又は有料老人ホーム等から入室した患者のことをいう。ただし、当該入院料を算定する病室を有する病院に有料老人ホーム等が併設されている場合は当該有料老人ホーム等から入棟した患者は含まれない。

(7)　令和６年３月31日時点で地域包括ケア病棟入院医療管理料１に係る届け出を行っている保険医療機関については、令和●●年●●月●●日までの間、(1)及び(2)の規定に限り、なお従前の例による。	（新設）
４　地域包括ケア病棟入院料２の施設基準 (4)　次のいずれか１つ以上を満たしていること。 ア　当該病棟に入棟した患者のうち、自宅等から入棟した患者の占める割合が２割以上であること。なお、自宅等から入棟した患者とは、有料老人ホーム等から入棟した患者のことをいう。ただし、当該入院料を算定する病棟を有する病院に有料老人ホーム等が併設されている場合は当該有料老人ホーム等から入棟した患者は含まれない。自宅等から入棟した患者の占める割合は、直近３か月間に自宅等から入棟した患者を直近３か月に当該病棟に入棟した患者の数で除して算出するものであること。ただし、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料３に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する。	４　地域包括ケア病棟入院料２の施設基準 (4)　次のいずれか１つ以上を満たしていること。 ア　当該病棟に入棟した患者のうち、自宅等から入棟した患者の占める割合が２割以上であること。なお、自宅等から入棟した患者とは、有料老人ホーム等から入棟した患者のことをいう。ただし、当該入院料を算定する病棟を有する病院に有料老人ホーム等が併設されている場合は当該有料老人ホーム等から入棟した患者は含まれない。自宅等から入棟した患者の占める割合は、直近３か月間に自宅等から入棟した患者を直近３か月に当該病棟に入棟した患者の数で除して算出するものであること。

イ～ク　（略） (5)　許可病床数が200床以上の病院にあっては、当該病棟における、入院患者に占める、同一の保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が●●割●●分未満であること。ただし、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料３に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する。 (6)　令和６年３月31日時点で地域包括ケア病棟入院料２に係る届け出を行っている保険医療機関については、令和●●年●●月●●日までの間、(2)（２の(1)及び(2)に係るものに限る）及び(5)の規定に限り、なお従前の例による。	イ～ク　（略） (5)　許可病床数が200床以上の病院にあっては、当該病棟における、入院患者に占める、同一の保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が６割未満であること。 （新設）
５　地域包括ケア入院医療管理料２の施設基準 (3)　次のいずれか１つ以上を満たしていること。 ア　当該病室に入室した患者のうち、自宅等から入室した患者の占める割合が２割以上であること。ただし、当該病室が10床未満の場合については自宅等から入室した患者を前３月において８人以上受け入れていること。なお、自宅等から入室した患者とは、自宅又は有料老人ホーム等から入室した患者のことをいう。ただし、当該入院料を算定する病室を有する病院に有料老人	５　地域包括ケア入院医療管理料２の施設基準 (3)　次のいずれか１つ以上を満たしていること。 ア　当該病室に入室した患者のうち、自宅等から入室した患者の占める割合が２割以上であること。ただし、当該病室が10床未満の場合については自宅等から入室した患者を前３月において８人以上受け入れていること。なお、自宅等から入室した患者とは、自宅又は有料老人ホーム等から入室した患者のことをいう。ただし、当該入院料を算定する病室を有する病院に有料老人

ホーム等が併設されている場合は当該有料老人ホーム等から入棟した患者は含まれない。自宅等から入室した患者の占める割合は、直近３か月間に自宅等から入室した患者を直近３か月に当該病室に入室した患者の数で除して算出するものであること。また、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料３に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する。	ホーム等が併設されている場合は当該有料老人ホーム等から入棟した患者は含まれない。自宅等から入室した患者の占める割合は、直近３か月間に自宅等から入室した患者を直近３か月に当該病室に入室した患者の数で除して算出するものであること。
イ～ク　（略）	イ～ク　（略）
⑷　令和６年３月31日時点で地域包括ケア病棟入院医療管理料２に係る届け出を行っている保険医療機関については、令和●●年●●月●●日までの間、⑵（３の⑴に係るものに限る）及び⑶の規定に限り、なお従前の例による。	（新設）
※　地域包括ケア病棟入院料３及び４並びに地域包括ケア入院医療管理料３及び４についても同様	

【Ⅱ－２　生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組－⑭】

⑭　有床診療所における医療・介護・障害連携の推進

第１　基本的な考え方

地域包括ケアシステムにおける有床診療所の機能を踏まえ、有床診療所が医療・介護・障害サービス等における連携を推進するために、介護連携加算の要件を見直す。

第２　具体的な内容

１.介護連携加算について､介護障害連携加算と名称を改めるとともに、肢体不自由児（者）を算定可能な対象として追加する。

改　定　案	現　　行
【有床診療所入院基本料】 ［算定要件］ 注12　１から３までを算定する診療所であ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を満たすものに入院している患者のうち、介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第２条各号に規定する疾病を有する40歳以上65歳未満のもの若しくは65歳以上のもの又は重度の肢体不自由児（者）については、当該基準に係る区分に従い、入院日から起算して15日以降30日までの期間に限り、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　介護障害連携加算１　192点 ロ　介護障害連携加算２　38点	【有床診療所入院基本料】 ［算定要件］ 注12　１から３までを算定する診療所であ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を満たすものに入院している患者のうち、介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第２条各号に規定する疾病を有する40歳以上65歳未満のもの又は65歳以上のものについては、当該基準に係る区分に従い、入院日から起算して15日以降30日までの期間に限り、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　介護連携加算１　192点 ロ　介護連携加算２　38点

２．介護連携加算の施設基準である介護サービスの提供について、介護保険の訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導及び障害福祉サービスの医療型短期入所の提供実績を追加する。

改　定　案	現　　行

［施設基準］ 二　有床診療所入院基本料の施設基準 (10)　有床診療所入院基本料の注12に規定する介護障害連携加算の施設基準 介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第２条各号に規定する疾病を有する40歳以上65歳未満の者若しくは65歳以上の者又は重度の肢体不自由児（者）の受入れにつき、十分な体制を有していること。	［施設基準］ 二　有床診療所入院基本料の施設基準 (10)　有床診療所入院基本料の注12に規定する介護連携加算の施設基準 介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第２条各号に規定する疾病を有する40歳以上65歳未満の者又は65歳以上の者の受入れにつき、十分な体制を有していること。
22　有床診療所入院基本料の「注12」に規定する介護障害連携加算１の施設基準 次の施設基準を全て満たしていること。 (1) 有床診療所入院基本料１又は有床診療所入院基本料２を届け出ている保険医療機関であること。 (2) 次のいずれかを満たすこと。 ア　５の(1)のイの(イ)を満たしていること。 イ　過去１年間に、介護保険法第８条第５項に規定する訪問リハビリテーション又は同法第８条の２第４項に規定する介護予防訪問リハビリテーションを提供した実績があること。 ウ　過去１年間に、区分番号「Ｃ００９」に掲げる在宅患者訪問栄養食事指導料又は介護保険法第８条第６項に規定する居宅療養管理指導（管理栄養士により行われるものに限る。）若しくは同法第８条の２第６項に規定する介護予防居宅療養管理指導（管理栄養士により行われるものに限る。）を提供した実績がある	22　有床診療所入院基本料の「注12」に規定する介護連携加算１の施設基準 次の施設基準を全て満たしていること。 (1) 有床診療所入院基本料１又は有床診療所入院基本料２を届け出ている保険医療機関であること。 (2) ５の(1)のイの(イ)を満たしていること。

こと。 エ　過去１年間に、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第５条第８項に規定する指定短期入所を提供した実績があること。	
23　有床診療所入院基本料の「注12」に規定する介護障害連携加算２の施設基準 次の施設基準を全て満たしていること。 (1) 有床診療所入院基本料３を届け出ている保険医療機関であること。 (2) 次のいずれかを満たすこと。 ア　５の(1)のイの(イ)を満たしていること。 イ　過去１年間に、介護保険法第８条第５項に規定する訪問リハビリテーション又は同法第８条の２第４項に規定する介護予防訪問リハビリテーションを提供した実績があること。 ウ　過去１年間に、区分番号「Ｃ009」に掲げる在宅患者訪問栄養食事指導料又は介護保険法第８条第６項に規定する居宅療養管理指導（管理栄養士により行われるものに限る。）若しくは同法第８条の２第６項に規定する介護予防居宅療養管理指導（管理栄養士により行われるものに限る。）を提供した実績があること。 エ　過去１年間に、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第５条第８項に規定する指定短期入所を提供した実績があること。	23　有床診療所入院基本料の「注12」に規定する介護連携加算２の施設基準 次の施設基準を全て満たしていること。 (1) 有床診療所入院基本料３を届け出ている保険医療機関であること。 (2) ５の(1)のイの(イ)を満たしていること。 （新設）

【Ⅱ－２　生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組－⑮】

⑮　リハビリテーションに係る医療・介護・障害福祉サービス連携の推進

第１　基本的な考え方

医療保険のリハビリテーションと障害福祉サービスである自立訓練（機能訓練）の円滑な移行を推進する観点から、医療保険のリハビリテーションを提供する病院・診療所が基準該当サービスの提供施設として指定が可能となったことを踏まえ、病院・診療所が自立訓練（機能訓練）を提供する際の疾患別リハビリテーション料等に係る要件を見直す。

第２　具体的な内容

医療保険の疾患別リハビリテーションと障害福祉サービスの自立訓練（機能訓練）を同時に実施する場合について、施設基準を緩和する。

改　定　案	現　　行
【脳血管疾患等リハビリテーション料】 ［施設基準］ 第40　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ） 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 (1)　（略） (2) 次のアからエまでを全て満たしていること。 ア～エ　（略） オ　次の(イ)又は(ロ)の要件を満たす場合であって、アからウまでの専従の従事者が疾患別リハビリテーションを提供すべき患者がいない時間帯には、脳血管疾患等リハビリテーションの実施時間中であっても、当該専従の従事者が、当該保険医療機関が行う通所リハビリテーシ	【脳血管疾患等リハビリテーション料】 ［施設基準］ 第40　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ） 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 (1)　（略） (2) 次のアからエまでを全て満たしていること。 ア～エ　（略） オ　次の(イ)又は(ロ)の要件を満たす場合であって、アからウまでの専従の従事者が疾患別リハビリテーションを提供すべき患者がいない時間帯には、脳血管疾患等リハビリテーションの実施時間中であっても、当該専従の従事者が、当該保険医療機関が行う通所リハビリテーシ

ョン又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則（平成 18 年厚生労働省令第 19 号）第６条の６第１号に規定する自立訓練（機能訓練）（以下、「自立訓練（機能訓練）」という。）に従事しても差し支えない。	ョンに従事しても差し支えない。
(ｲ) 疾患別リハビリテーション料の施設基準における専従の従事者以外の全ての理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士が、介護保険のリハビリテーション、自立訓練（機能訓練）、その他疾患別リハビリテーション以外の業務に従事していること。	(ｲ) 疾患別リハビリテーション料の施設基準における専従の従事者以外の全ての理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士が、介護保険のリハビリテーションその他疾患別リハビリテーション以外の業務に従事していること。
(ﾛ) （略）	(ﾛ) （略）
(3) （略）	(3) （略）
(4) 当該療法を行うために必要な施設及び器械・器具として、以下のものを具備していること。これらの器械等については、当該保険医療機関が、指定通所リハビリテーション又は自立訓練（機能訓練）を実施する場合であって、リハビリテーションの提供に支障が生じない場合に、指定通所リハビリテーション事業所又は自立訓練（機能訓練）の利用者が使用しても差し支えない。	(4) 当該療法を行うために必要な施設及び器械・器具として、以下のものを具備していること。これらの器械等については、当該保険医療機関が、指定通所リハビリテーションを実施する場合であって、リハビリテーションの提供に支障が生じない場合に、指定通所リハビリテーション事業所の利用者が使用しても差し支えない。
(5)～(8) （略）	(5)～(8) （略）
(9) (2)のアからウまでの専従の従事者以外の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士については、疾患別リハビリテーションに従事している時間帯を除き、当該保険医療機関が行う通所リハビリテーション又は自立	(9) (2)のアからウまでの専従の従事者以外の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士については、疾患別リハビリテーションに従事している時間帯を除き、当該保険医療機関が行う通所リハビリテーションに従事可

訓練（機能訓練）に従事可能であること。 ※　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、障害児（者）リハビリテーション料についても同様。	能であること。

【Ⅱ－３　リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進－①】

①　急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進

第１　基本的な考え方

急性期医療における ADL が低下しないための取組を推進するとともに、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進を図る観点から、土曜日、日曜日及び祝日に行うリハビリテーションを含むリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

入院した患者全員に対し、入院後 48 時間以内に ADL、栄養状態及び口腔状態に関する評価を行い、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画の作成及び計画に基づく多職種による取組を行う体制の確保に係る評価を新設するとともに、ＡＤＬ維持向上等体制加算を廃止する。

（新）　リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算（１日につき）●●点

［対象患者］

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を算定する患者

［算定要件］

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（特定機能病院入院基本料については、一般病棟に限る。）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●●日を限度として所定点数に加算する。

[施設基準]
（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。

②　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

第１　基本的な考え方

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。

第２　具体的な内容

１．ADL・認知機能が低い患者、特定の医療行為を必要とする患者及び感染対策を必要とする患者に対し、疾患別リハビリテーションを提供した場合について、疾患別リハビリテーション料に急性期リハビリテーション加算を設ける。

２．現行の早期リハビリテーション加算の評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【心大血管疾患リハビリテーション料】 ［算定要件］ 注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●●点を所定点数に加算する。 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、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が	【心大血管疾患リハビリテーション料】 ［算定要件］ 注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30点を所定点数に加算する。 ３　（略） （新設）

定める患者であって、リハビリテーションを実施する日に別に厚生労働大臣が定める患者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●●日目又は治療開始日のいずれか早いものから起算して●●日を限度として、急性期リハビリテーション加算として、１単位につき●●点を更に所定点数に加算する。 ※　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ついても同様。	
［施設基準］ 第九　リハビリテーション 一　心大血管疾患リハビリテーション料、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の施設基準等 (9)　心大血管疾患リハビリテーション料、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規定する初期加算及び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。 (10)　心大血管疾患リハビリテーション料、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、運動器リハビリテーション料及	［施設基準］ 第九　リハビリテーション 一　心大血管疾患リハビリテーション料、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の施設基準等 (9)　心大血管疾患リハビリテーション料、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規定する初期加算の施設基準 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。 （新設）

び呼吸器リハビリテーション料に規定する急性期リハビリテーション加算の対象となる患者 別表第九の十に掲げる患者	
別表第九の十　心大血管疾患リハビリテーション料、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規定する急性期リハビリテーション加算の対象となる患者 次のいずれかに該当する入院中の患者 一　相当程度以上の日常生活能力の低下を来している患者 二　重度認知症の状態にあり、日常生活を送る上で介助が必要な患者 三　特別な管理を要する処置等を実施している患者 四　リハビリテーションを実施する上で感染対策が特に必要な感染症並びにそれらの疑似症患者	（新設）

③　疾患別リハビリテーション料の実施者別区分の創設

第１　基本的な考え方

NDB・DPC データにより疾患別リハビリテーションの実施者ごとの訓練実態を把握可能となるよう、疾患別リハビリテーション料について、実施者を明確化した評価体系に見直す。

第２　具体的な内容

疾患別リハビリテーション料について、リハビリテーションを実施した職種ごとの区分を新設する。

改　定　案	現　　行
【心大血管疾患リハビリテーション料】	【心大血管疾患リハビリテーション料】
１　心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位）	１　心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位）　205点
イ　理学療法士による場合　●●点	
ロ　作業療法士による場合　●●点	
ハ　医師による場合　●●点	
ニ　看護師による場合　●●点	
ホ　集団療法による場合　●●点	
２　心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位）	２　心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位）　125点
イ　理学療法士による場合　●●点	
ロ　作業療法士による場合　●●点	
ハ　医師による場合　●●点	
ニ　看護師による場合　●●点	
ホ　集団療法による場合　●●点	
［算定要件］	［算定要件］
注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法又は集団療法であるリハ	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーショ

ビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、治療開始日から150日を限度として所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、150日を超えて所定点数を算定することができる。	ンを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、治療開始日から150日を限度として所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、150日を超えて所定点数を算定することができる。
【脳血管疾患リハビリテーション料】 1　脳血管疾患等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　●●点 ロ　作業療法士による場合　●●点 ハ　言語聴覚士による場合　●●点 ニ　医師による場合　●●点 2　脳血管疾患等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　●●点 ロ　作業療法士による場合　●●点 ハ　言語聴覚士による場合　●●点 ニ　医師による場合　●●点 3　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）（１単位） イ　理学療法士による場合　●●点 ロ　作業療法士による場合　●●点 ハ　言語聴覚士による場合　●●点 ニ　医師による場合　●●点 ホ　イからニまで以外の場合　●●点	【脳血管疾患リハビリテーション料】 1　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位）　245点 2　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位）　200点 3　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）（１単位）　100点
［算定要件］ 注５　注１本文の規定にかかわらず、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、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があってそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から180日を超えてリハビリテーションを行った	［算定要件］ 注５　注１本文の規定にかかわらず、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、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があってそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から180日を超えてリハビリテーションを行った

場合は、１月13単位に限り、注１に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。	場合は、１月13単位に限り、注１に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。
イ　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位） (1)　理学療法士による場合　●●点 (2)　作業療法士による場合　●●点 (3)　言語聴覚士による場合　●●点 (4)　医師による場合　●●点	イ　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位）　147点
ロ　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位） (1)　理学療法士による場合　●●点 (2)　作業療法士による場合　●●点 (3)　言語聴覚士による場合　●●点 (4)　医師による場合　●●点	ロ　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位）　120点
ハ　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）（１単位） (1)　理学療法士による場合　●●点 (2)　作業療法士による場合　●●点 (3)　言語聴覚士による場合　●●点 (4)　医師による場合　●●点 (5)　(1)から(4)まで以外の場合　●●点	ハ　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）（１単位）　60点
【廃用症候群リハビリテーション料】 １　廃用症候群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　●●点 ロ　作業療法士による場合　●●点 ハ　言語聴覚士による場合　●●点 ニ　医師による場合　●●点	【廃用症候群リハビリテーション料】 １　廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位）　180点
２　廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位）	２　廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位）　146点

イ　理学療法士による場合　●●点 ロ　作業療法士による場合　●●点 ハ　言語聴覚士による場合　●●点 ニ　医師による場合　●●点	
３　廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）（１単位） イ　理学療法士による場合　●●点 ロ　作業療法士による場合　●●点 ハ　言語聴覚士による場合　●●点 ニ　医師による場合　●●点 ホ　イからニまで以外の場合　●●点	３　廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）（１単位）　77点
［算定要件］ 注５　注１本文の規定にかかわらず、注１本文に規定する患者であって、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があってそれぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から120日を超えてリハビリテーションを行った場合は、１月13単位に限り、注１に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。 イ　廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位） (1)　理学療法士による場合　●●点 (2)　作業療法士による場合　●●点 (3)　言語聴覚士による場合　●●点 (4)　医師による場合　●●点	［算定要件］ 注５　注１本文の規定にかかわらず、注１本文に規定する患者であって、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があってそれぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から120日を超えてリハビリテーションを行った場合は、１月13単位に限り、注１に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。 イ　廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位）　108点
ロ　廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位） (1)　理学療法士による場合　●●点 (2)　作業療法士による場合　●●点 (3)　言語聴覚士による場合　●●点 (4)　医師による場合　●●点	ロ　廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位）　88点
ハ　廃用症候群リハビリテーシ	ハ　廃用症候群リハビリテーシ

ョン料（Ⅲ）（１単位） (1)　理学療法士による場合 ●●点 (2)　作業療法士による場合 ●●点 (3)　言語聴覚士による場合 ●●点 (4)　医師による場合　●●点 (5)　(1)から(4)まで以外の場合　●●点	ョン料（Ⅲ）（１単位） 46点
【運動器リハビリテーション料】 ［算定要件］ １　運動器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　●●点 ロ　作業療法士による場合　●●点 ハ　医師による場合　●●点 ２　運動器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　●●点 ロ　作業療法士による場合　●●点 ハ　医師による場合　●●点 ３　運動器リハビリテーション料（Ⅲ）（１単位） イ　理学療法士による場合　●●点 ロ　作業療法士による場合　●●点 ハ　医師による場合　●●点 ニ　イからハまで以外の場合 ●●点	【運動器リハビリテーション料】 ［算定要件］ １　運動器リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位） 185点 ２　運動器リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位） 170点 ３　運動器リハビリテーション料（Ⅲ）（１単位） 85点
注５　注１本文の規定にかかわらず、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、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があってそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から150日を超えてリハビリテーションを行った場合は、１月13単位に限り、注１に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。 イ　運動器リハビリテーション	注５　注１本文の規定にかかわらず、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、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があってそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から150日を超えてリハビリテーションを行った場合は、１月13単位に限り、注１に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。 イ　運動器リハビリテーション

料（Ⅰ）（１単位） (1)　理学療法士による場合 ●●点 (2)　作業療法士による場合 ●●点 (3)　医師による場合　●●点	料（Ⅰ）（１単位） 111点
ロ　運動器リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位） (1)　理学療法士による場合 ●●点 (2)　作業療法士による場合 ●●点 (3)　医師による場合　●●点	ロ　運動器リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位） 102点
ハ　運動器リハビリテーション料（Ⅲ）（１単位） (1)　理学療法士による場合 ●●点 (2)　作業療法士による場合 ●●点 (3)　医師による場合　●●点 (4)　(1)から(3)まで以外の場合　●●点	ハ　運動器リハビリテーション料（Ⅲ）（１単位） 51点
【呼吸器リハビリテーション料】 １　呼吸器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　●●点 ロ　作業療法士による場合　●●点 ハ　言語聴覚士による場合　●●点 ニ　医師による場合　●●点	【呼吸器リハビリテーション料】 １　呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位） 175点
２　呼吸器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　●●点 ロ　作業療法士による場合　●●点 ハ　言語聴覚士による場合　●●点 ニ　医師による場合　●●点	２　呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位） 85点

④　呼吸器リハビリテーション料の見直し

第１　基本的な考え方

大腸癌、卵巣癌及び膵癌の患者に対する術前の呼吸器リハビリテーションの有効性に関するエビデンスを踏まえ、呼吸器リハビリテーション料の要件を見直す。

第２　具体的な内容

周術期における呼吸器リハビリテーション料の対象患者に大腸癌、卵巣癌、膵癌の患者が含まれていることを明確化する。

改　定　案	現　　行
【呼吸器リハビリテーション料】 ［施設基準］ 別表第九の七　呼吸器リハビリテーション料の対象患者 一　肺炎、無気肺、その他の急性発症した呼吸器疾患の患者 二　肺腫瘍、胸部外傷その他の呼吸器疾患又はその手術後の患者 三　慢性閉塞性肺疾患（ＣＯＰＤ）、気管支喘息その他の慢性の呼吸器疾患により、一定程度以上の重症の呼吸困難や日常生活能力の低下を来している患者 四　食道癌、胃癌、肝臓癌、咽・喉頭癌、大腸癌、卵巣癌、膵癌等の手術前後の呼吸機能訓練を要する患者	【呼吸器リハビリテーション料】 ［施設基準］ 別表第九の七　呼吸器リハビリテーション料の対象患者 一　肺炎、無気肺、その他の急性発症した呼吸器疾患の患者 二　肺腫瘍、胸部外傷その他の呼吸器疾患又はその手術後の患者 三　慢性閉塞性肺疾患（ＣＯＰＤ）、気管支喘息その他の慢性の呼吸器疾患により、一定程度以上の重症の呼吸困難や日常生活能力の低下を来している患者 四　食道癌、胃癌、肝臓癌、咽・喉頭癌等の手術前後の呼吸機能訓練を要する患者

⑤　療養病棟入院基本料の見直し

第１　基本的な考え方

療養病棟入院基本料について、以下の見直しを行う。

① 疾患･状態と処置等の医療区分と医療資源投入量の関係性を踏まえ、医療区分に係る評価体系を見直す。

② 適切な栄養管理を推進する観点から､中心静脈栄養の評価を見直す。

③ 適切なリハビリテーションを推進する観点から、要件を見直す。

④ 医療法に基づく医療療養病床の人員配置標準に係る経過措置の終了を踏まえ、経過措置を廃止する。

⑤ 中心静脈栄養が実施される患者割合が増えている実態を踏まえ､療養病棟における適切な経腸栄養の管理の実施について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

１.　医療区分とＡＤＬ区分に基づく９分類となっている現行の療養病棟入院基本料について、疾患・状態に係る３つの医療区分、処置等に係る３つの医療区分および３つのＡＤＬ区分に基づく 27 分類及びスモンに関する３分類の合計 30 分類の評価に見直す。

２.　療養病棟入院基本料について、40 歳未満の勤務医師、事務職員等の賃上げに資する措置として評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【療養病棟入院料】 ［算定要件］ １　療養病棟入院料１ イ　入院料１　●●点（健康保険法第63条第２項第２号及び高齢者医療確保法第64条第２項第２号の療養（以下この表において「生活療養」という。）を受ける場合にあっては、●●点） ロ　入院料２　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	【療養病棟入院料】 ［算定要件］ １　療養病棟入院料１ イ　入院料Ａ　1,813点（健康保険法第63条第２項第２号及び高齢者医療確保法第64条第２項第２号の療養（以下この表において「生活療養」という。）を受ける場合にあっては、1,798点） ロ　入院料Ｂ　1,758点（生活療養を受ける場合にあっては、1,744点）

ハ　入院料３　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	ハ　入院料Ｃ　1,471点（生活療養を受ける場合にあっては、1,457点）
ニ　入院料４　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ホ　入院料５　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ヘ　入院料６　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ト　入院料７　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
チ　入院料８　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
リ　入院料９　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ヌ　入院料10　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ル　入院料11　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ヲ　入院料12　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ワ　入院料13　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	ニ　入院料Ｄ　1,414点（生活療養を受ける場合にあっては、1,399点）
カ　入院料14　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	ホ　入院料Ｅ　1,386点（生活療養を受ける場合にあっては、1,372点）
ヤ　入院料15　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	ヘ　入院料Ｆ　1,232点（生活療養を受ける場合にあっては、1,217点）
タ　入院料16　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
レ　入院料17　●●点（生活療養	（新設）

を受ける場合にあっては、●●点）	
ソ　入院料18　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ツ　入院料19　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ネ　入院料20　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ナ　入院料21　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ラ　入院料22　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ム　入院料23　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ウ　入院料24　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ヰ　入院料25　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	ト　入院料Ｇ　968点（生活療養を受ける場合にあっては、953点）
ノ　入院料26　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	チ　入院料Ｈ　920点（生活療養を受ける場合にあっては、905点）
オ　入院料27　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	リ　入院料Ｉ　815点（生活療養を受ける場合にあっては、801点）
ク　入院料28　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ヤ　入院料29　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
マ　入院料30　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
２　療養病棟入院料２	２　療養病棟入院料２

イ　入院料１　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	イ　入院料Ａ　1,748点（生活療養を受ける場合にあっては、1,734点）
ロ　入院料２　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	ロ　入院料Ｂ　1,694点（生活療養を受ける場合にあっては、1,680点）
ハ　入院料３　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	ハ　入院料Ｃ　1,406点（生活療養を受ける場合にあっては、1,392点）
ニ　入院料４　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ホ　入院料５　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ヘ　入院料６　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ト　入院料７　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
チ　入院料８　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
リ　入院料９　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ヌ　入院料10　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ル　入院料11　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ヲ　入院料12　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ワ　入院料13　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	ニ　入院料Ｄ　1,349点（生活療養を受ける場合にあっては、1,335点）
カ　入院料14　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	ホ　入院料Ｅ　1,322点（生活療養を受ける場合にあっては、1,307点）
ヤ　入院料15　●●点（生活療養	ヘ　入院料Ｆ　1,167点（生活療養

を受ける場合にあっては、●●点）	を受ける場合にあっては、1,153点）
タ　入院料16　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
レ　入院料17　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ソ　入院料18　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ツ　入院料19　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ネ　入院料20　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ナ　入院料21　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ラ　入院料22　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ム　入院料23　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ウ　入院料24　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ヰ　入院料25　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	ト　入院料Ｇ　903点（生活療養を受ける場合にあっては、889点）
ノ　入院料26　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	チ　入院料Ｈ　855点（生活療養を受ける場合にあっては、841点）
オ　入院料27　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	リ　入院料Ｉ　751点（生活療養を受ける場合にあっては、736点）
ク　入院料28　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ヤ　入院料29　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●	（新設）

点） マ　入院料30　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
［算定要件］ 注１　病院の療養病棟（医療法第７条第２項第４号に規定する療養病床（以下「療養病床」という。）に係る病棟として地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）であって、看護配置、看護師比率、看護補助配置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（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分及び当該患者の疾患、状態、ＡＤＬ等について別に厚生労働大臣が定める区分に従い、当該患者ごとにそれぞれ所定点数を算定する。ただし、１又は２のうち、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３の患者を対象とする入院料１～12、19～21、28～30を算定する場合であって、当該病棟において中心静脈栄養を実施している状態にある者の摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制が確保されていると認められない場合には、それぞれ１又は２のうち、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の患者を対象とする入院料13～18、22～24を算定し、注３のただし書に該当する場合には、当該基準に係る区分に従い、それぞれ１又は２の入院料27を算定する。	［算定要件］ 注１　病院の療養病棟（医療法第７条第２項第４号に規定する療養病床（以下「療養病床」という。）に係る病棟として地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）であって、看護配置、看護師比率、看護補助配置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（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分及び当該患者の疾患、状態、ＡＤＬ等について別に厚生労働大臣が定める区分に従い、当該患者ごとにそれぞれ所定点数を算定する。ただし、１又は２の入院料Ａ、Ｂ又はＣを算定する場合であって、当該病棟において中心静脈栄養を実施している状態にある者の摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制が確保されていると認められない場合には、それぞれ１又は２の入院料Ｄ、Ｅ又はＦを算定し、注３のただし書に該当する場合には、当該基準に係る区分に従い、それぞれ１又は２の入院料Ｉを算定する。
２　注１に規定する病棟以外の療養	２　注１に規定する病棟以外の療養

病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）を算定できる。	病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、577点（生活療養を受ける場合にあっては、563点）を算定できる。
［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　（略） ロ　療養病棟入院料１の施設基準 当該病棟の入院患者のうち別表第五の二の一に掲げる疾患・状態にある患者及び同表の二に掲げる処置等が実施されている患者（以下単に「医療区分三の患者」という。）と別表第五の三の一に掲げる疾患・状態にある患者及び同表の二に掲げる処置等が実施されている患者並びに同表の三に掲げる患者（以下単に「医療区分二の患者」という。）との合計が八割以上であること。 ハ　（略） (2)　療養病棟入院基本料の注１本文に規定する厚生労働大臣が定める区分 イ　入院料１ 別表第五の二に掲げる疾患・状態にある患者（ただし、スモンを除く。以下「疾患・状態に係る医療区分三の患者」という。）及び同表第五の二に掲げる処置等が実施されている患者（以下「処置等に係る医療区分三の患者」という。）であって、ＡＤＬの判定基準による判	［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　（略） ロ　療養病棟入院料１の施設基準 当該病棟の入院患者のうち別表第五の二に掲げる疾患及び状態にある患者（以下「医療区分三の患者」という。）と別表第五の三の一及び二に掲げる疾患及び状態にある患者並びに同表の三に掲げる患者（以下「医療区分二の患者」という。）との合計が八割以上であること。 ハ　（略） (2)　療養病棟入院基本料の注１本文に規定する厚生労働大臣が定める区分 イ　入院料Ａ 医療区分三の患者であって、ＡＤＬの判定基準による判定が二十三点以上（以下「ＡＤＬ区分三」という。）であるもの

定が二十三点以上（以下「ＡＤＬ区分三」という。）であるもの	
ロ　入院料２ 疾患・状態に係る医療区分三の患者及び処置等に係る医療区分三の患者であって、ＡＤＬの判定基準による判定が十一点以上二十三点未満（以下「ＡＤＬ区分二」という。）であるもの	ロ　入院料Ｂ 医療区分三の患者であって、ＡＤＬの判定基準による判定が十一点以上二十三点未満（以下「ＡＤＬ区分二」という。）であるもの
ハ　入院料３ 疾患・状態に係る医療区分三の患者及び処置等に係る医療区分三の患者であって、ＡＤＬの判定基準による判定が十一点未満（以下「ＡＤＬ区分一」という。）であるもの	ハ　入院料Ｃ 医療区分三の患者であって、ＡＤＬの判定基準による判定が十一点未満（以下「ＡＤＬ区分一」という。）であるもの
ニ　入院料４ 疾患・状態に係る医療区分三の患者及び別表第五の三に掲げる処置等が実施されている患者（以下「処置等に係る医療区分二の患者」という。）であって、ＡＤＬ区分三であるもの	（新設）
ホ　入院料５ 疾患・状態に係る医療区分三の患者及び処置等に係る医療区分二の患者であって、ＡＤＬ区分二であるもの	（新設）
ヘ　入院料６ 疾患・状態に係る医療区分三の患者及び処置等に係る医療区分二の患者であって、ＡＤＬ区分一であるもの	（新設）
ト　入院料７ 疾患・状態に係る医療区分三の患者及び別表第五の二の二に掲げる処置等が実施されている患者並びに別表第五の三の二に掲げる処置等が実施されている患者以外の患者（以下「処置等に係る医療区分一の患者」という。）であって、ＡＤＬ区分三	（新設）

であるもの	
チ　入院料８ 疾患・状態に係る医療区分三の患者及び処置等に係る医療区分一の患者であって、ＡＤＬ区分二であるもの	（新設）
リ　入院料９ 疾患・状態に係る医療区分三の患者及び処置等に係る医療区分一の患者であって、ＡＤＬ区分一であるもの	（新設）
ヌ　入院料10 別表第五の三の一に掲げる疾患・状態にある患者並びに同表の三に掲げる患者（以下「疾患・状態に係る医療区分二の患者」という。）及び処置等に係る医療区分三の患者であって、ＡＤＬ区分三であるもの	（新設）
ル　入院料11 疾患・状態に係る医療区分二の患者及び処置等に係る医療区分三の患者であって、ＡＤＬ区分二であるもの	（新設）
ヲ　入院料12 疾患・状態に係る医療区分二の患者及び処置等に係る医療区分三の患者であって、ＡＤＬ区分一であるもの	（新設）
ワ　入院料13 疾患・状態に係る医療区分二の患者及び処置等に係る医療区分二の患者であって、ＡＤＬ区分三であるもの	ニ　入院料Ｄ 医療区分二の患者であって、ＡＤＬ区分三であるもの
カ　入院料14 疾患・状態に係る医療区分二の患者及び処置等に係る医療区分二の患者であって、ＡＤＬ区分二であるもの	ホ　入院料Ｅ 医療区分二の患者であって、ＡＤＬ区分二であるもの
ヤ　入院料15 疾患・状態に係る医療区分二の患者及び処置等に係る医療区分二の患者であって、ＡＤＬ区	ヘ　入院料Ｆ 医療区分二の患者であって、ＡＤＬ区分一であるもの

分一であるもの	
タ　入院料16 疾患・状態に係る医療区分二の患者及び処置等に係る医療区分一の患者であって、ＡＤＬ区分三であるもの	（新設）
レ　入院料17 疾患・状態に係る医療区分二の患者及び処置等に係る医療区分一の患者であって、ＡＤＬ区分二であるもの	（新設）
ソ　入院料18 疾患・状態に係る医療区分二の患者及び処置等に係る医療区分一の患者であって、ＡＤＬ区分一であるもの	（新設）
ツ　入院料19 別表第五の二の一に掲げる疾患・状態にある患者並びに別表第五の三の一及び三に掲げる疾患・状態にある患者以外の患者（以下「疾患・状態に係る医療区分一の患者」という。）及び処置等に係る医療区分三の患者であって、ＡＤＬ区分三であるもの	（新設）
ネ　入院料20 疾患・状態に係る医療区分一の患者及び処置等に係る医療区分三の患者であって、ＡＤＬ区分二であるもの	（新設）
ネ　入院料21 疾患・状態に係る医療区分一の患者及び処置等に係る医療区分三の患者であって、ＡＤＬ区分一であるもの	（新設）
ナ　入院料22 疾患・状態に係る医療区分一の患者及び処置等に係る医療区分二の患者であって、ＡＤＬ区分三であるもの	（新設）
ラ　入院料23 疾患・状態に係る医療区分一	（新設）

の患者及び処置等に係る医療区分二の患者であって、ＡＤＬ区分二であるもの	
ム　入院料24 疾患・状態に係る医療区分一の患者及び処置等に係る医療区分二の患者であって、ＡＤＬ区分一であるもの	（新設）
ヰ　入院料25 疾患・状態に係る医療区分一の患者及び処置等に係る医療区分一の患者であって、ＡＤＬ区分三であるもの	ト　入院料Ｇ 別表第五の二に掲げる疾患及び状態にある患者並びに別表第五の三の一及び二に掲げる疾患及び状態にある患者並びに同表の三に掲げる患者以外の患者（以下「医療区分一の患者」という。）であって、ＡＤＬ区分三であるもの
ノ　入院料26 疾患・状態に係る医療区分一の患者及び処置等に係る医療区分一の患者であって、ＡＤＬ区分二であるもの	チ　入院料Ｈ 医療区分一の患者であって、ＡＤＬ区分二であるもの
オ　入院料27 疾患・状態に係る医療区分一の患者及び処置等に係る医療区分一の患者であって、ＡＤＬ区分一であるもの	リ　入院料Ｉ 医療区分一の患者であって、ＡＤＬ区分一であるもの
ク　入院料28 別表第五の二に掲げる疾患・状態にある患者のうちスモンの患者であって、ＡＤＬ区分三であるもの	（新設）
ヤ　入院料29 別表第五の二に掲げる疾患・状態にある患者のうちスモンの患者であって、ＡＤＬ区分二であるもの	（新設）
マ　入院料30 別表第五の二に掲げる疾患・状態にある患者のうちスモンの患者でであって、ＡＤＬ区分一であるもの	（新設）

３．　療養病棟入院基本料の疾患及び状態に着目した医療区分について、疾患・状態及び処置等に着目した医療区分に見直す。

４．中心静脈栄養について、患者の疾患及び状態並びに実施した期間に応じた医療区分に見直す。また、中心静脈栄養を終了後●●日間に限り、終了前の医療区分により算定することができる。

改　定　案	現　　行
【療養病棟入院料】 ［施設基準］ 別表第五の二　療養病棟入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料の入院基本料Ａ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 二　対象となる処置等 （削除） 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膵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	【療養病棟入院料】 ［施設基準］ 別表第五の二　療養病棟入院基本料の入院料Ａ、入院料Ｂ及び入院料Ｃ並びに有床診療所療養病床入院基本料の入院基本料Ａに係る疾患及び状態 一　対象疾患の名称 スモン 二　対象となる状態 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 中心静脈注射を実施している状態 二十四時間持続して点滴を実施している状態 人工呼吸器を使用している状態 ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態 気管切開又は気管内挿管が行わ