熱を伴う状態の患者に対して行うものに限る。） 酸素療法（密度の高い治療を要する状態にある患者に対して実施するものに限る。） 感染症の治療の必要性から実施する隔離室での管理	れており、かつ、発熱を伴う状態 酸素療法を実施している状態（密度の高い治療を要する状態に限る。） 感染症の治療の必要性から隔離室での管理を実施している状態
別表第五の三　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Ｂ及び入院基本料Ｃに係る疾患・状態及び処置等	別表第五の三　療養病棟入院基本料の入院料Ｄ、入院料Ｅ及び入院料Ｆ並びに有床診療所療養病床入院基本料の入院基本料Ｂ及び入院基本料Ｃに係る疾患及び状態等
一　対象となる疾患・状態 筋ジストロフィー症 多発性硬化症、筋萎縮性側索硬化症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。））その他の指定難病等（スモンを除く。） 脊髄損傷（頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢全てに認められる場合に限る。） 慢性閉塞性肺疾患（ヒュー・ジョーンズの分類がⅤ度の状態に該当する場合に限る。） 悪性腫瘍（医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。） 消化管等の体内からの出血が反復継続している状態 他者に対する暴行が毎日認められる状態	一　対象疾患の名称 筋ジストロフィー症 多発性硬化症、筋萎縮性側索硬化症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。））その他の指定難病等（スモンを除く。） 脊髄損傷（頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢全てに認められる場合に限る。） 慢性閉塞性肺疾患（ヒュー・ジョーンズの分類がⅤ度の状態に該当する場合に限る。） 悪性腫瘍（医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。）
二　対象となる処置等 中心静脈栄養（広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、	二　対象となる状態 （新設）

炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻又は急性膵炎を有する患者以外を対象として、中心静脈栄養を開始した日から30日を超えて実施するものに限る。）	
肺炎に対する治療	肺炎に対する治療を実施している状態
尿路感染症に対する治療	尿路感染症に対する治療を実施している状態
傷病等によるリハビリテーション（原因となる傷病等の発症後、三十日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る。）	傷病等によるリハビリテーションが必要な状態（原因となる傷病等の発症後、三十日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る。）
脱水に対する治療（発熱を伴う状態の患者に対して実施するもの限る。）	脱水に対する治療を実施している状態かつ発熱を伴う状態
（削除）	消化管等の体内からの出血が反復継続している状態
頻回の嘔吐に対する治療（発熱を伴う状態に限る。）	頻回の嘔吐に対する治療を実施している状態かつ発熱を伴う状態
褥瘡に対する治療（皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が二箇所以上に認められる場合に実施するものに限る。）	褥瘡に対する治療を実施している状態（皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が二箇所以上に認められる場合に限る。）
末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療	末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療を実施している状態
せん妄に対する治療	せん妄に対する治療を実施している状態
うつ症状に対する治療	うつ症状に対する治療を実施している状態
（削除）	他者に対する暴行が毎日認められる状態
人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法	人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法を実施している状態
経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養（発熱又は嘔吐を伴う状態の患者に対して行うものに限る。）	経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われており、かつ、発熱又は嘔吐を伴う状態

一日八回以上の喀痰吸引 気管切開又は気管内挿管（発熱を伴う状態の患者に対して行うものを除く。） 頻回の血糖検査 創傷（手術創や感染創を含む。）、皮膚潰瘍又は下腿若しくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療 酸素療法（密度の高い治療を要する状態にある患者に対して実施するものを除く。） 三　（略）	一日八回以上の喀痰吸引を実施している状態 気管切開又は気管内挿管が行われている状態（発熱を伴う状態を除く。） 頻回の血糖検査を実施している状態 創傷（手術創や感染創を含む。）、皮膚潰瘍又は下腿若しくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療を実施している状態 酸素療法を実施している状態（密度の高い治療を要する状態を除く。） 三　（略）

［経過措置］

令和６年３月 31 日において現に療養病棟入院基本料に入院している患者であって、中心静脈注射を行っているものについては、引き続き処置等に係る医療区分３の患者とみなす。

５．療養病棟入院基本料の注 11 に規定する経過措置を廃止した上で、廃止される経過措置のうち、入院患者のうち医療区分三の患者と医療区分二の患者との合計が五割以上の要件については、令和●●年●●月●●日までの経過措置を設ける。

６．医療区分、ADL 区分ともに１である入院料 27（現行の入院料Ｉ）について、１日につき２単位を超える疾患別リハビリテーション料を包括範囲に含める

改　定　案	現　　行
【療養病棟入院基本料】 ［算定要件］ （削除）	【療養病棟入院基本料】 ［算定要件］ 注11　注１に規定する病棟以外の病棟であって、注１に規定する療養病棟入院料２の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合（別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。）に限り、注２

	の規定にかかわらず、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。）については、療養病棟入院料２のそれぞれの所定点数（入院料Ｄ、Ｅ又はＦを算定する場合であって、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又は呼吸器リハビリテーション料を算定する患者に対して、機能的自立度評価法（Functional Independence Measure）の測定を行っていない場合には、それぞれ入院料Ｇ、Ｈ又はＩの点数）の100分の75に相当する点数を算定する。
［施設基準］ 三　療養病棟入院基本料の施設基準等 (4)　療養病棟入院基本料に含まれるリハビリテーションの費用 　入院中の患者に対する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又は呼吸器リハビリテーション料であって一日につき二単位を超えるもの（特掲診療料の施設基準等（平成二十年厚生労働省告示第六十三号）別表第九の三に規定する脳血管疾患等の患者であって発症後六十日以内のものに対して行ったものを除く。）の費用（療養病棟入院料１の入院料27および療養病入院料２の入院料27を算定する日に限る。）は、当該入院基本料に含まれるものとする。	［施設基準］ 三　療養病棟入院基本料の施設基準等 (4)　療養病棟入院基本料に含まれるリハビリテーションの費用 　入院中の患者に対する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又は呼吸器リハビリテーション料であって一日につき二単位を超えるもの（特掲診療料の施設基準等（平成二十年厚生労働省告示第六十三号）別表第九の三に規定する脳血管疾患等の患者であって発症後六十日以内のものに対して行ったものを除く。）の費用（療養病棟入院基本料の注11に規定する場合であって、当該入院基本料を算定する患者に対して、一月に一回以上、機能的自立度評価法（Functional Independence Measure）（以下「ＦＩＭ」とい

	う。）の測定を行っていないときに限る。）は、当該入院基本料に含まれるものとする。
(5) ～(6)　略	(5) ～(6)　略
（削除）	(7)　療養病棟入院基本料の注11に規定する別に厚生労働大臣が定めるもの (1)のイの①若しくは③又はハに掲げる基準
（削除）	(8)　療養病棟入院基本料の注11に規定する別に厚生労働大臣が定める基準 イ　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二十五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、一以上であることとする。 ロ　令和四年三月三十一日時点で、診療報酬の算定方法の一部を改正する件（令和四年厚生労働省告示第五十四号）による改正前の診療報酬の算定方法の医科点数表（以下「旧医科点数表」という。）の療養病棟入院基本料の注11の届出を行っている病棟であること。 ハ　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二十五又はその端数を増すごとに一以上であること。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

(12)　（略）	増すごとに一に相当する数以下であること。 (12)　（略）

[経過措置]

（１）令和６年３月 31 日において現に療養病棟入院基本料の注 11 に係る届出を行っている保険医療機関については、●●年●●月●●日までの間に限り、医療区分３の患者と医療区分２の患者の合計が５割以上であることの基準に該当するものとみなす。

（２）令和６年３月 31 日において現に療養病棟入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関については、●●年●●月●●日までの間に限り、基本診療料の施設基準等第５の３の（４）を適用しないものとする。

７．療養病棟に入院中の患者に対し、「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」を踏まえた意思決定支援を実施した上で、新たに経腸栄養を開始した場合に一定期間算定可能な経腸栄養管理加算を新設する。

（新）　経腸栄養管理加算（１日につき）　●●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が、療養病棟入院基本料を算定している患者について、経腸栄養を開始した場合、入院中●回に限り、経腸栄養を開始した日から●●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、区分番号Ｂ００１の 10 に掲げる入院栄養食事指導料、区分番号Ｂ００１の 11 に掲げる集団栄養食事指導料は別に算定できない。

[施設基準]

適切な経腸栄養の管理と支援を行うにつき必要な体制が整備されていること。

⑥　入院基本料等の見直し

「Ⅰ－１－②」を参照のこと。

⑦医療と介護における栄養情報連携の推進

第１　基本的な考え方

医療と介護における栄養情報連携を推進する観点から、入院栄養食事指導料の栄養情報提供加算について、名称、要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．栄養情報提供加算を廃止するとともに、「栄養情報連携料」を新設する。
２．入院栄養食事指導料を算定した患者に加えて他の保険医療機関又は介護保険施設等に転院又は入所する患者について、入院していた保険医療機関の管理栄養士と転院又は入所する先の保険医療機関又は介護保険施設等の管理栄養士が連携の上、入院中の栄養管理に関する情報を共有した場合に算定可能とする。

（新）　栄養情報連携料　●●点

［対象患者］
ア　入院栄養食事指導料を算定した患者
イ　退院先が他の保険医療機関、介護保険施設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法律第 34 条第１項規定する指定障害者支援施設等若しくは児童福祉法第 42 条第１号に規定する福祉型障害児入所施設（以下この区分番号において「保険医療機関等」という。）であり、栄養管理計画が策定されている患者

［算定要件］
（１）区分番号Ｂ００１の１０に掲げる入院栄養食事指導料を算定した患者に対して、退院後の栄養食事管理について指導を行った内容及び入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて説明し、これを他の保険医療機関等の医師又は管理栄養士と共有した場合に、入院中１回に限り算定する。
（２）（１）に該当しない場合であって、当該保険医療機関を退院後に他の保険医療機関等に転院又は入所する患者であって栄養管理計画が策定されているものについて、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて当該他の保険医療機関等の管理栄養士に共有した場合に、入院中に１回に限り算定する。
（３）区分番号Ｂ０１５に掲げる退院時共同指導料２は別に算定でき

ない。

（４）区分番号Ａ３０８に掲げる回復期リハビリテーション病棟入院料（回復期リハビリテーション入院料１に限る。）においては、区分番号Ｂ００１の１０に掲げる入院栄養食事指導料と同様に、包括範囲外とする。

⑧　回復期等の患者に対する口腔機能管理の推進

第１　基本的な考え方

回復期医療・慢性期医療を担う病院における歯科の機能を評価し、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の一体的な取組を推進する観点から、口腔機能管理に係る評価体系を見直す。

第２　具体的な内容

１．回復期リハビリテーション病棟等に入院する患者に対する口腔機能管理等の実施について、管理計画を策定した場合、歯科医師が口腔機能管理を行う場合及び歯科衛生士が口腔衛生管理を行う場合の評価を新設する。

（新）　回復期等口腔機能管理計画策定料　●●点

［算定要件］

（１）医科点数表の区分番号Ａ１０１に掲げる療養病棟入院基本料、区分番号Ａ３０８に掲げる回復期リハビリテーション病棟入院料又は区分番号Ａ３０８－３に掲げる地域包括ケア病棟入院料を算定する患者に対して、歯科診療を実施している保険医療機関において、リハビリテーション等を行う保険医療機関からの文書による依頼に基づき、当該患者又はその家族の同意を得た上で、回復期等の口腔機能の評価及び一連の管理計画を策定するとともに、その内容について説明を行い、当該管理計画を文書により提供した場合に、当該リハビリテーション等に係る一連の治療を通じて●●回に限り算定する。

（２）区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料、区分番号Ｂ００６に掲げる開放型病院共同指導料（Ⅱ）、区分番号Ｂ００６－３に掲げるがん治療連携計画策定料、区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）の注５に規定する加算及び区分番号Ｂ０１５に掲げる退院時共同指導料２は、別に算定できない。

（新）　回復期等口腔機能管理料　●●点

［算定要件］

（１）医科点数表の区分番号Ａ１０１に掲げる療養病棟入院基本料、区分番号Ａ３０８に掲げる回復期リハビリテーション病棟入院料又

は区分番号Ａ３０８－３に掲げる地域包括ケア病棟入院料を算定する患者の口腔機能を管理するため、歯科診療を実施している保険医療機関において、区分番号Ｂ●●に掲げる回復期等口腔機能管理計画策定料の注１に規定する管理計画に基づき、リハビリテーション等を行う他の保険医療機関又は同一の保険医療機関に入院中の患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、かつ、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、区分番号Ｂ●●に掲げる回復期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から月●●回に限り算定する。

（２）回復期等口腔機能管理料を算定した月において、区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号Ｂ０００－４－３に掲げる口腔機能管理料、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）、区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）、区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号Ｂ００４－６－２に掲げる歯科治療時医療管理料、区分番号Ｂ００６－３－２に掲げるがん治療連携指導料、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号Ｃ００１－４－２に掲げる在宅患者歯科治療時医療管理料及び区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。

（新）　<u>回復期等専門的口腔衛生処置</u>　<u>●●点</u>

[算定要件]

（１）区分番号Ｂ●●に掲げる回復期等口腔機能管理料を算定した入院中の患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、回復期等口腔機能管理料を算定した日の属する月において、月●●回に限り算定する。

（２）回復期等専門的口腔衛生処置を算定した日の属する月において、区分番号Ｉ０２９に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置、区分番号Ｉ０２９－２に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、区分番号Ｉ０３０に掲げる機械的歯面清掃処置及び区分番号Ｉ０３０－２に掲げる非経口摂取患者口腔粘膜処置は、別に算定できない。

２．地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準について、回復期等の患者に対する口腔機能管理の実績を選択可能な要件として加える。

改　定　案	現　　行

【地域歯科診療支援病院歯科初診料】 ［施設基準］ 九　地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準 (1)～(6)　（略） (7)　次のイ、ロ又はハのいずれかに該当すること。 イ・ロ　（略） ハ　次のいずれにも該当すること。 ①　常勤の歯科医師が●●名以上配置されていること。 ②　歯科医療を担当する病院である保険医療機関において、歯科点数表の回復期等口腔機能管理計画策定料又は回復期等口腔機能管理料のいずれかを算定した患者の月平均患者数が●●人以上であること。 (8)　（略）	【地域歯科診療支援病院歯科初診料】 ［施設基準］ 九　地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準 (1)～(6)　（略） (7)　次のイ又はロのいずれかに該当すること。 イ・ロ　（略） （新設） (8)　（略）

【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】

①　急性期充実体制加算の見直し

第１　基本的な考え方

急性期医療に係る実績や体制を適切に評価する観点及び地域の医療体制の維持の観点から、急性期充実体制加算について、評価の在り方を見直す。

第２　具体的な内容

１．悪性腫瘍手術等の実績要件のうち多くの基準を満たす場合とそれ以外であって小児科又は産科の実績を有する場合に応じた評価を行う。
２．小児科、産科及び精神科の入院医療の提供に係る要件を満たす場合について、小児・周産期・精神科充実体制加算を新設する。
３．許可病床数 300 床未満の医療機関のみに適用される施設基準を廃止する。
４．化学療法の実績要件について、外来で化学療法を実施している割合が一定以上であることを追加する。
５．悪性腫瘍手術等の実績要件に、心臓胸部大血管手術に係る手術実績を追加する。

改　定　案	現　　行
【急性期充実体制加算】	【急性期充実体制加算】
１　急性期充実体制加算１	
イ　７日以内の期間　●●点	１　７日以内の期間　460 点
ロ　８日以上 11 日以内の期間　●●点	２　８日以上 11 日以内の期間　250 点
ハ　12 日以上 14 日以内の期間　●●点	３　12 日以上 14 日以内の期間　180 点
２　急性期充実体制加算２	（新設）
イ　７日以内の期間　●●点	
ロ　８日以上 11 日以内の期間　●●点	
ハ　12 日以上 14 日以内の期間　●●点	
［算定要件］	［算定要件］

注１　高度かつ専門的な医療及び急性期医療を提供する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、急性期充実体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、かつ、当該患者の入院期間に応じ、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 A200 に掲げる総合入院体制加算は別に算定できない。	注１　高度かつ専門的な医療及び急性期医療を提供する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、急性期充実体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、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 A200 に掲げる総合入院体制加算は別に算定できない。
２　小児患者、妊産婦である患者及び精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制の確保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については、小児・周産期・精神科充実体制加算として、算定する急性期充実体制加算の区分に応じ、次に掲げる点数を更に所定点数に加算する。 イ　急性期充実体制加算１の場合　●●点 ロ　急性期充実体制加算２の場合　●●点	（新設）
３　注２に該当しない場合であって、精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制の確保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については、精神科充実体	２　精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制の確保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については、精神科充実体制

制加算として、●●点を更に所定点数に加算する。	加算として、30 点を更に所定点数に加算する。
[施設基準] 一の二　急性期充実体制加算の施設基準等 (1) 急性期充実体制加算１の施設基準 イ　一般病棟入院基本料（急性期一般入院料１に限る。）を算定する病棟を有する病院であること。 ロ　地域において高度かつ専門的な医療及び急性期医療を提供するにつき十分な体制が整備されていること。 ハ　高度かつ専門的な医療及び急性期医療に係る実績を十分有していること。 ニ　入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制を確保していること。 ホ　感染対策向上加算１に係る届出を行っている保険医療機関であること。 ヘ　当該保険医療機関の敷地内において喫煙が禁止されていること。 ト　公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれに準ずる病院であること。	[施設基準] 一の二　急性期充実体制加算の施設基準等 (1) 急性期充実体制加算の施設基準 イ　一般病棟入院基本料（急性期一般入院料１に限る。）を算定する病棟を有する病院であること。 ロ　地域において高度かつ専門的な医療及び急性期医療を提供するにつき十分な体制が整備されていること。 ハ　高度かつ専門的な医療及び急性期医療に係る実績を十分有していること。 ニ　入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制を確保していること。 ホ　感染対策向上加算１に係る届出を行っている保険医療機関であること。 ヘ　当該保険医療機関の敷地内において喫煙が禁止されていること。 ト　公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれに準ずる病院であること。
(2) 急性期充実体制加算２の施設基準 イ　(1)のイ、ロ及びニからトまでを満たすものであること。 ロ　高度かつ専門的な医療及び急性期医療に係る相当の実績を有していること。	（新設）
(3) 小児・周産期・精神科充実体制加算 急性期の治療を要する小児患者、妊産婦である患者及び精神疾	（新設）

患を有する患者に対する診療を行うにつき充実した体制が整備されていること。 (4) 精神科充実体制加算の施設基準 イ　急性期の治療を要する精神疾患を有する患者に対する診療を行うにつき充実した体制が整備されていること。 ロ　小児・周産期・精神科充実体制加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。	(2) 精神科充実体制加算の施設基準 急性期の治療を要する精神疾患を有する患者等に対する診療を行うにつき充実した体制が整備されていること。
第１の２ 急性期充実体制加算 １ 通則 (1)　（略） （削除）	第１の２ 急性期充実体制加算 １　急性期充実体制加算に関する施設基準 (1)　（略） (2) 手術等に係る実績について、以下のいずれかを満たしていること。 ア　以下のうち、(イ)及び、(ロ)から(ヘ)までのうち４つ以上を満たしていること。 （イ）全身麻酔による手術について、2,000 件／年以上（うち、緊急手術 350 件／年以上）又は許可病床数 300 床未満の保険医療機関にあっては、許可病床１床あたり 6.5 件／年以上（うち、緊急手術 1.15 件／年以上） （ロ）悪性腫瘍手術について、400 件／年以上又は許可病床数 300 床未満の保険医療機関にあっては、許可病床１床あたり 1.0 件／年以上 （ハ）腹腔鏡下手術又は胸腔鏡下手術について、400 件／年以上又は許可病床数 300 床未満の保険医療機関にあっては、許可病

	床１床あたり 1.0 件／年以上 （二）心臓カテーテル法による手術について、200 件／年以上又は許可病床数 300 床未満の保険医療機関にあっては、許可病床１床あたり 0.6 件／年以上 （ホ）消化管内視鏡による手術について、600 件／年以上又は許可病床数 300 床未満の保険医療機関にあっては、許可病床数１床あたり 1.5 件／年以上 （ヘ）化学療法の実施について、1,000 件／年以上又は許可病床数 300 床未満の保険医療機関にあっては、許可病床１床あたり 3.0 件／年以上 イ　以下のいずれかを満たし、かつ、アの(イ)及び、(ロ)から(ヘ)までのうち２つ以上を満たしていること。 （イ）異常分娩の件数について、50 件／年以上又は許可病床数 300 床未満の保険医療機関にあっては、許可病床１床あたり 0.1 件／年以上 （ロ）６歳未満の乳幼児の手術件数 40 件／年以上又は許可病床数 300 床未満の保険医療機関にあっては、許可病床１床あたり 0.1 件／年以上
(2)　（略） （削除）	(3)　（略） (4)　(2)のアの(ヘ)を満たしているものとして当該加算の届出を行っている場合、外来における化学療法の実施を推進する体制

	として、次のいずれにも該当すること。 ア　区分番号「Ｂ００１－２－12」の「１」外来腫瘍化学療法診療料１の届出を行っていること。 イ　区分番号「Ｂ００１－２－12」の「１」外来腫瘍化学療法診療料１において、当該保険医療機関で実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会において、承認され、登録されている全てのレジメンのうち、４割以上のレジメンが外来で実施可能であること。
(3)～(17)　（略）	(5)～(19)　（略）
２　急性期充実体制加算１に関する施設基準 (1)　手術等に係る実績について、以下のうち、イ及び、ロからトまでのうち５つ以上を満たしていること。 イ　全身麻酔による手術について、●●件／年以上（うち、緊急手術●●件／年以上） ロ　悪性腫瘍手術について、●●件／年以上 ハ　腹腔鏡下手術又は胸腔鏡下手術について、●●件／年以上 ニ　心臓カテーテル法による手術について、●●件／年以上 ホ　消化管内視鏡による手術について、●●件／年以上 ヘ　化学療法の実施について、●●件／年以上 ト　心臓胸部大血管の手術について、●●件/年以上	（新設）

(2)　(1)のへを満たしているものとして当該加算の届出を行っている場合、外来における化学療法の実施を推進する体制として、次のいずれにも該当すること。 ア　区分番号「Ｂ００１－２－12」の「１」外来腫瘍化学療法診療料１の届出を行っていること。 イ　当該保険医療機関において化学療法を実施した患者全体に占める、外来で化学療法を実施した患者の割合が●●以上であること。	
３　急性期充実体制加算２の施設基準 (1)　以下のいずれかを満たし、かつ、２の(1)のイ及び、ロからトまでのうち２つ以上を満たしていること。 (イ) 異常分娩の件数について、●●件／年以上 (ロ) ６歳未満の乳幼児の手術件数●●件／年以上 (2)　２の(1)のへを満たしているものとして当該加算の届出を行っている場合、外来における化学療法の実施を推進する体制として、次のいずれにも該当すること。 ア　区分番号「Ｂ００１－２－12」の「１」外来腫瘍化学療法診療料１の届出を行っていること。 イ　当該保険医療機関において化学療法を実施した患者全体に占める、外来で化学療法を実施した患者の割合が●●以上であること。	(新設)

４　小児・周産期・精神科充実体制加算の施設基準 　急性期の治療を要する小児患者、妊産婦である患者及び精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制として、次のいずれも満たすものであること。 (1) 異常分娩の件数が●●件／年以上であること。 (2) ６歳未満の乳幼児の手術件数が●●件／年以上であること。 (3) 医療法第７条第２項第１号に規定する精神病床を有していること。 (4) 精神疾患を有する患者に対し、24 時間対応できる体制を確保していること。 (5) 区分番号「Ａ１０３」精神病棟入院基本料、区分番号「Ａ３１１」精神科救急急性期医療入院料、区分番号「Ａ３１１－２」精神科急性期治療病棟入院料、区分番号「Ａ３１１－３」精神科救急・合併症入院料、区分番号「Ａ３１１－４」児童・思春期精神科入院医療管理料、区分番号「Ａ●●」精神科地域包括ケア病棟入院料又は区分番号「Ａ３１８」地域移行機能強化病棟入院料のいずれかの届出を行っており、現に精神疾患患者の入院を受け入れていること。	（新設）
５　精神科充実体制加算の施設基準 　急性期の治療を要する精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制として、次のいずれも満たすものであること。 (1)・(2)　（略） (3) 区分番号「Ａ１０３」精神病棟入院基本料、区分番号「Ａ３１１」精神科救急急性期医療入院料、区分番号「Ａ３１１－	２　精神科充実体制加算の施設基準 　急性期の治療を要する精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制として、次のいずれも満たすものであること。 (1)・(2)　（略） (3) 区分番号「Ａ１０３」精神病棟入院基本料、区分番号「Ａ３１１」精神科救急急性期医療入院料、区分番号「Ａ３１１－

２」精神科急性期治療病棟入院料、区分番号「Ａ３１１－３」精神科救急・合併症入院料、区分番号「Ａ３１１－４」児童・思春期精神科入院医療管理料、区分番号「Ａ●●」精神科地域包括ケア病棟入院料又は区分番号「Ａ３１８」地域移行機能強化病棟入院料のいずれかの届出を行っており、現に精神疾患患者の入院を受け入れていること。	２」精神科急性期治療病棟入院料、区分番号「Ａ３１１－３」精神科救急・合併症入院料、区分番号「Ａ３１１－４」児童・思春期精神科入院医療管理料又は区分番号「Ａ３１８」地域移行機能強化病棟入院料のいずれかの届出を行っており、現に精神疾患患者の入院を受け入れていること。
６　（略）	３　（略）
［経過措置］ (1)　令和６年３月 31 日において現に急性期充実体制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、２の (2) 又は３の (2) の基準を満たしているものとみなす。 (2)　令和６年３月 31 日において現に急性期充実体制加算に係る届出を行っている保険医療機関のうち、急性期充実体制加算１に係る届出を行う保険医療機関については、令和●●年●●月●●日までの間に限り、２の (1) のトの基準を満たしているものとみなす。 (3)　令和６年３月 31 日において現に急性期充実体制加算に係る届出を行っている保険医療機関のうち許可病床数が 300 床未満の保険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２(1) 及び３(1) についてはなお従前の例による。	［経過措置］ （新設）

②　総合入院体制加算の見直し

第１　基本的な考え方

急性期医療の適切な体制整備を推進する観点から、総合入院体制加算の要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．総合入院体制加算１及び２について、全身麻酔による手術の件数に係る要件及び評価を見直す。
２．新規に届出を行う医療機関においては、急性期充実体制加算と同様に「特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係がないこと。」を要件に加える。

改　定　案	現　　行
【総合入院体制加算】 １　総合入院体制加算１　●●点 ２　総合入院体制加算２　●●点 ３　（略） ［施設基準］ 第１　総合入院体制加算 １　総合入院体制加算１に関する施設基準等 (3) 全身麻酔による手術件数が年●●件以上であること。また、以下のアからカまでを全て満たしていること。 ア～カ　（略） (4)～(16)　（略） (17) 特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係がないこと。ただし、令和６年３月31日以前から、特定の保険薬局と不動産の賃貸借取引関係にある場合は、当該特別の関係がないものとみなすこと。 ２　総合入院体制加算２に関する施	【総合入院体制加算】 １　総合入院体制加算１　240点 ２　総合入院体制加算２　180点 ３　（略） ［施設基準］ 第１　総合入院体制加算 １　総合入院体制加算１に関する施設基準等 (3) 全身麻酔による手術件数が年800件以上であること。また、以下のアからカまでを全て満たしていること。 ア～カ　（略） (4)～(16)　（略） （新設） ２　総合入院体制加算２に関する施

設基準等 (1) 総合入院体制加算１の施設基準((1)、(6)から(10)まで及び(12)から(17)までに限る。）を満たしていること。 (2) 全身麻酔による手術件数が年●●件以上であること。なお、併せて以下のアからカまでの全てを満たすことが望ましいものであり、少なくとも４つ以上を満たしていること。手術等の定義については、１の(4)と同様である。 ア～カ（略） ３　総合入院体制加算３に関する施設基準等 (1) 総合入院体制加算１の施設基準((1)、(6)から(10)まで、(12)のイ、(13)、(14)及び(16)から(17)までに限る。）を満たしていること。	設基準等 (1) 総合入院体制加算１の施設基準((1)、(6)から(10)まで及び(12)から(16)までに限る。）を満たしていること。 (2) 全身麻酔による手術件数が年800件以上であること。なお、併せて以下のアからカまでの全てを満たすことが望ましいものであり、少なくとも４つ以上を満たしていること。手術等の定義については、１の(4)と同様である。 ア～カ（略） ３　総合入院体制加算３に関する施設基準等 (1) 総合入院体制加算１の施設基準((1)、(6)から(10)まで、(12)のイ、(13)、(14)及び(16)に限る。）を満たしていること。

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

第１　基本的な考え方

医療機関間の機能分化を推進するとともに、患者の状態に応じた医療の提供に必要な体制を評価する観点から、急性期一般入院料１の病棟における実態を踏まえ、平均在院日数に係る要件を見直す。

第２　具体的な内容

急性期一般入院料１の施設基準のうち平均在院日数の基準について、18 日から●●日に見直す。

改　定　案	現　　行
【一般病棟入院基本料】 ［施設基準］ イ　急性期一般入院基本料の施設基準 ①　通則 ３　当該病棟の入院患者の平均在院日数が 21 日（急性期一般入院料１にあっては●●日）以内であること。	【一般病棟入院基本料】 ［施設基準］ イ　急性期一般入院基本料の施設基準 ①　通則 ３　当該病棟の入院患者の平均在院日数が 21 日（急性期一般入院料１にあっては 18 日）以内であること。

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

第１　基本的な考え方

急性期入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について、必要度の判定に係る評価項目及び該当患者割合の基準を見直す。

第２　具体的な内容

１．一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の項目について、以下のとおり見直す。

●●

２．急性期一般入院料１、特定機能病院入院基本料7対１及び専門病院入院基本料7対1における該当患者の基準及び割合の基準について、

①「A3点以上」又は「C1点以上」に該当する割合が一定以上であること

②「A2点以上」又は「C1点以上」に該当する割合が一定以上であること

の両者を満たすことを施設基準とする。

３．一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直しに伴い、入院料等の施設基準における該当患者割合の基準を見直す。

	改　定　案		現　　行	
	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合
急性期一般入院料１	割合①：●割●分 割合②：●割●分	割合①：●割●分 割合②：●割●分	３割１分	２割８分

急性期一般入院料２	●割●分	●割●分	２割７分	２割４分
急性期一般入院料３	●割●分	●割●分	２割４分	２割１分
急性期一般入院料４	●割●分	●割●分	２割	１割７分
急性期一般入院料５	●割●分	●割●分	１割７分	１割４分
７対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。））		割合①：●割●分 割合②：●割●分		２割８分
７対１入院基本料（結核病棟入院基本料）	●割●分	●割●分	１割	0.8割
７対１入院基本料（専門病院入院基本料）	割合①：●割●分 割合②：●割●分	割合①：●割●分 割合②：●割●分	３割	２割８分
看護必要度加算１	●割●分	●割●分	２割２分	２割
看護必要度加算２	●割●分	●割●分	２割	１割８分
看護必要度加算３	●割●分	●割●分	１割８分	１割５分
総合入院体制加算１	●割●分	●割●分	３割３分	３割
総合入院体制加算２	●割●分	●割●分	３割３分	３割
総合入院体制加算３	●割●分	●割●分	３割	２割７分
急性期看護補助体制加算	●割●分	●割●分	0.7割	0.6割
看護職員夜間配置加算	●割●分	●割●分	0.7割	0.6割
看護補助加算１	●割●分	●割●分	0.5割	0.4割
地域包括ケア病棟入院料	●割●分	●割●分	１割２分	0.8割
特定一般病棟入院料の注７	●割●分	●割●分	１割２分	0.8割

［経過措置］

令和６年３月 31 日において現に次に掲げる入院料等に係る届出を行っている病棟又は病室については、令和●●年●●月●●日までの間に限り、それぞれ当該入院料等に係る重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなす。

・　急性期一般入院料１

- 急性期一般入院料２
- 急性期一般入院料３
- 急性期一般入院料４
- 急性期一般入院料５
- ７対１入院基本料（結核病棟入院基本料）
- ７対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。））
- ７対１入院基本料（専門病院入院基本料）
- 看護必要度加算１
- 看護必要度加算２
- 看護必要度加算３
- 総合入院体制加算１
- 総合入院体制加算２
- 総合入院体制加算３
- 急性期看護補助体制加算
- 看護職員夜間配置加算
- 看護補助加算１
- 地域包括ケア病棟入院料
- 特定一般病棟入院料の注７

⑤　特定集中治療室管理料等の見直し

「Ⅰ－２－②」を参照のこと。

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

第１　基本的な考え方

高度急性期入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度について、評価項目及び該当患者割合の在り方を見直すとともに、業務負担の軽減及び測定の適正化の観点から、レセプト電算処理システム用コードを用いた評価を導入する。

第２　具体的な内容

１．ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の項目及び該当患者の基準について、以下の見直しを行う。

（１）「創傷処置」について、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価対象となる診療行為（重度褥瘡処置を除く。）が実施された場合を評価対象とする。

（２）「呼吸ケア」について、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価対象となる診療行為が実施された場合を評価対象とする。

（３）「点滴ライン同時３本以上の管理」について、「注射薬剤３種類以上の管理」に変更し、評価対象は一般病棟用の重症度、医療・看護必要度における同項目と同様とする。

（４）該当患者割合の基準について、「Ａ得点３点以上かつＢ得点４点以上」に該当する患者の割合が一定以上であることから、以下の①及び②のいずれも満たすことに変更する。

① Ａ項目のうち、「蘇生術の施行」、「中心静脈圧測定」、「人工呼吸器の管理」、「輸血や血液製剤の管理」、「肺動脈圧測定」又は「特殊な治療法等」のいずれかに該当する患者の割合が一定以上であること。

② Ａ項目のうちいずれかに該当する患者の割合が一定以上であること。

２．レセプト電算処理システム用コードを用いた評価（重症度、医療・看護必要度Ⅱ）を導入する。

	改　定　案		現　　行
	ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合	ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合	ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の割合
ハイケアユニット入院医療管理料１	割合①：●割●分 割合②：●割●分	割合①：●割●分 割合②：●割●分	８割
ハイケアユニット入院医療管理料２	割合①：●割●分 割合②：●割●分	割合①：●割●分 割合②：●割●分	６割

［経過措置］

令和６年３月 31 日においてハイケアユニット入院医療管理料１又はハイケアユニット入院医療管理料２に係る届出を行っている病室については、令和●●年●●月●●日までの間に限り、それぞれ当該入院料等に係る重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなす。

⑦　重症度、医療・看護必要度Ⅱの要件化

第１　基本的な考え方

重症度、医療・看護必要度の測定に係る負担軽減及び測定の適正化を更に推進する観点から、急性期一般入院料１（許可病床数 200 床未満）又は急性期一般入院料２若しくは３（許可病床数200床以上400床未満）を算定する病棟及び救命救急入院料２若しくは４又は特定集中治療室管理料を算定する治療室について、重症度、医療・看護必要度Ⅱが用いられるよう、要件を見直す。

第２　具体的な内容

以下の病棟又は治療室については、重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うことを要件化する。

１．許可病床数 200 床未満の保険医療機関において、急性期一般入院料１を算定する病棟（電子カルテシステムを導入していない場合を除く。）

２．許可病床数 200 床以上 400 未満の保険医療機関において、急性期一般入院料２又は３を算定する病棟

３．救命救急入院料２又は４を算定する治療室

４．特定集中治療室管理料を算定する治療室

改　定　案	現　　行
【急性期一般入院料】 [施設基準] イ　急性期一般入院基本料の施設基準 ①　通則 ５　急性期一般入院料１に係る届出を行っている病棟（許可病床数が 200 床未満の保険医療機関であって、重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うことが困難であるこ	【急性期一般入院料】 [施設基準] イ　急性期一般入院基本料の施設基準 ①　通則 ５　許可病床数が 200 床以上の保険医療機関であって、急性期一般入院料１に係る届出を行っている病棟及び許可病床数が 400 床以上の保険医療機関であって、急性期一般入院

とについて正当な理由があるものを除く。）、許可病床数が200床以上であって急性期一般入院料２又は３に係る届出を行っている病棟及び許可病床数が400床以上の保険医療機関であって急性期一般入院料４又は５に係る届出を行っている病棟については、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うこと。	料２から５までに係る届出を行っている病棟については、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うこと。
４の２　急性期一般入院基本料、７対１入院基本料、10 対１入院基本料及び地域一般入院基本料（地域一般入院料１に限る。）に係る重症度、医療・看護必要度については、次の点に留意する。 (1) 急性期一般入院基本料、７対１入院基本料（結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（精神病棟を除く。）及び専門病院入院基本料）、10 対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料）及び地域一般入院料１を算定する病棟は、当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床に入院している全ての患者の状態を別添６の別紙７の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて測定を行い、その結果に基づいて評価を行っていること。なお、急性期一般入院料１を算定する病棟、許可病床数200床以上の保険医療機関であって急性期一般入院基本料（急性期一般入院料２及び３に限る。）を算定する病棟、許可病床数400床以上の保険医療機関であって急性期一般入院基本料	４の２　急性期一般入院基本料、７対１入院基本料、10 対１入院基本料及び地域一般入院基本料（地域一般入院料１に限る。）に係る重症度、医療・看護必要度については、次の点に留意する。 (1) 急性期一般入院基本料、７対１入院基本料（結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（精神病棟を除く。）及び専門病院入院基本料）、10対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料）及び地域一般入院料１を算定する病棟は、当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床に入院している全ての患者の状態を別添６の別紙７の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて測定を行い、その結果に基づいて評価を行っていること。なお、許可病床数200床以上の保険医療機関であって急性期一般入院料１を算定する病棟、許可病床数400床以上の保険医療機関であって急性期一般入院基本料（急性期一般入院料２から５までに限る。）を算定する病棟及び７対１入院基本料（特定

（急性期一般入院料４及び５に限る。）を算定する病棟及び７対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。））を算定する病棟については、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うこと。また、「基本診療料の施設基準等」第五の二の(1)のイの①の５に掲げる、重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いた評価を行うことが困難であることに正当な理由がある場合とは、電子カルテシステムを導入していない場合が該当する。	機能病院入院基本料（一般病棟に限る。））を算定する病棟については、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うこと。
[経過措置] 令和６年３月31日において現に急性期一般入院料１（許可病床数が200床未満の保険医療機関に限る。）又は急性期一般入院料２若しくは３（許可病床数が200床以上400床未満の保険医療機関に限る。）に係る届出を行っている病棟については、●●年●●月●●日までの間に限り、第五のニの(1)のイの①の５に該当するものとみなす。	[経過措置] （新設）
【救命救急入院料】 [施設基準] 二　救命救急入院料の施設基準等 ロ　救命救急入院料２の施設基準 次のいずれにも該当するものであること。 ①　（略） ②　次のいずれかに該当すること。 １　三の(1)のイを満たすものであること。 ２　三の(1)のハを満たすものであること。 ニ　救命救急入院料４の施設基準	【救命救急入院料】 [施設基準] 二　救命救急入院料の施設基準等 ロ　救命救急入院料２の施設基準 次のいずれにも該当するものであること。 ①　（略） ②　次のいずれかに該当すること。 １　三の(1)のイを満たすものであること。 ２　三の（１）のハを満たすものであること。 ニ　救命救急入院料４の施設基準

次のいずれにも該当するものであること。 ① ロを満たすものであること。 ② （略）	次のいずれにも該当するものであること。 ① ロを満たすものであること。 ② （略）
【特定集中治療室管理料】 [施設基準] 三 特定集中治療室管理料の施設基準 (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 ①～⑤ （略） ⑥ 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。	【特定集中治療室管理料】 [施設基準] 三 特定集中治療室管理料の施設基準 (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 ①～⑤ （略） 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。
ハ 特定集中治療室管理料３の施設基準 ①～③ （略） ④ 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。	ハ 特定集中治療室管理料３の施設基準 ①～③ 略 ④ 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六割以上入院させる治療室であること
［経過措置］ 　令和６年３月 31 日において現に救命救急入院料２若しくは４又は特定集中治療室管理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、第九の三の⑴のイの⑥又はハの④に該当するものとみなす。	［経過措置］ （新設）

⑧　重症患者対応体制強化加算の要件の見直し

第１　基本的な考え方

特定集中治療室等における重症患者対応に係る体制を引き続き確保する観点から、重症患者対応体制強化加算について要件を見直す。

第２　具体的な内容

重症患者に対応する体制を確保し、重症患者の対応実績を有する治療室を適切に評価するため、重症患者対応体制強化加算の実績要件の評価方法を見直す。

改　定　案	現　　行
【重症患者対応体制強化加算】 ［施設基準］ 第２　特定集中治療室管理料 ９　特定集中治療室管理料の「注６」に掲げる重症患者対応体制強化加算の施設基準 (12) 当該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、「特殊な治療法等」に該当する患者が直近●か月間で１割５分以上であること。ただし、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び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に対して短期滞在手術等基本料３の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った場合（基本診療	【重症患者対応体制強化加算】 ［施設基準］ 第２　特定集中治療室管理料 ９　特定集中治療室管理料の「注６」に掲げる重症患者対応体制強化加算の施設基準 (12) 当該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、「特殊な治療法等」に該当する患者が１割５分以上であること。なお、該当患者の割合については、暦月で６か月を超えない期間の１割以内の一時的な変動にあっては、施設基準に係る変更の届出を行う必要はないこと。ただし、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び基本診療料の施設

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。 ※ 救命救急入院料についても同様。	基準等の別表第二の二十三に該当する患者に対して短期滞在手術等基本料３の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った場合（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。

⑨　短期滞在手術等基本料の評価の見直し

第１　基本的な考え方

実態に即した評価を行う観点から、短期滞在手術等基本料について評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．短期滞在手術等基本料１について、対象手術等の入院外での実施状況を踏まえ、適切な評価を行う観点から、評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【短期滞在手術等基本料１】 １　短期滞在手術等基本料１（日帰りの場合） イ　主として入院で実施されている手術を行った場合 (1) 麻酔を伴う手術を行った場合 ●●点 (2) (1) 以外の場合 ●●点 ロ　イ以外の場合 (1) 麻酔を伴う手術を行った場合 ●●点 (2) (1) 以外の場合 ●●点	【短期滞在手術等基本料１】 １　短期滞在手術等基本料１（日帰りの場合） イ　麻酔を伴う手術を行った場合 2,947点 ロ　イ以外の場合 2,718点
[算定要件] (3)　短期滞在手術基本料の「１」の「イ」主として入院で実施されている手術を行った場合とは、以下に掲げる手術等を行った場合をいう。 ア　「Ｄ２８７」内分泌負荷試験の「１」下垂体前葉負荷試験の「イ」　成長ホルモン（ＧＨ）（一連として）	[算定要件] （新設）

イ　「Ｄ２９１－２」小児食物アレルギー負荷検査 ウ　「Ｋ００６」皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外）の「４」長径12センチメートル以上（６歳未満に限る。） エ　「Ｋ０３０」四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術の「２」手、足（手に限る。） オ　「Ｋ０４８」骨内異物（挿入物を含む。）除去術の「４」鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（手に限る。） カ　「Ｋ０６８」半月板切除術 キ　「Ｋ０６８－２」関節鏡下半月板切除術 ク　「Ｋ２８２」水晶体再建術の「１」眼内レンズを挿入する場合の「イ」縫着レンズを挿入するもの ケ　「Ｋ２８２」水晶体再建術の「２」眼内レンズを挿入しない場合 コ　「Ｋ２８２」水晶体再建術の「３」計画的後嚢切開を伴う場合 サ　「Ｋ４７４」乳腺腫瘍摘出術の「１」長径５センチメートル未満 シ　「Ｋ４７４」乳腺腫瘍摘出術の「２」長径５センチメートル以上 ス　「Ｋ５０８」気管支狭窄拡張術（気管支鏡によるもの） セ　「Ｋ５１０」気管支腫瘍摘出術（気管支鏡又は気管支ファイバースコープによるもの） ソ　「Ｋ６１７」下肢静脈瘤手術の「１」抜去切除術 タ　「Ｋ６５３」内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術の「１」　早期悪性腫瘍粘膜切除術	

チ　「Ｋ８３４－３」顕微鏡下精索静脈瘤手術 ツ　「Ｋ８４１－２」経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術の「１」ホルミウムレーザー又は倍周波数レーザーを用いるもの テ　「Ｋ８４１－２」経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術の「２」ツリウムレーザーを用いるもの ト　「Ｋ８４１－２」経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術の「３」その他のもの (4)～(16)　（略）	(3)～(15)　（略）

２．短期滞在手術等基本料３について、実態を踏まえ、40 歳未満の勤務医師、事務職員等の賃上げに資する措置も考慮した評価の見直しを行うとともに、一部の対象手術等について、評価の精緻化を行う。

改　定　案	現　　行
【短期滞在手術等基本料３】 イ　Ｄ２３７　終夜睡眠ポリグラフィー　３　１及び２以外の場合 イ　安全精度管理下で行うもの ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点） ロ　Ｄ２３７　終夜睡眠ポリグラフィー　３　１及び２以外の場合 ロ　その他のもの ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点） ハ　Ｄ２３７－２　反復睡眠潜時試験（ＭＳＬＴ） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点） ニ　Ｄ２８７　内分泌負荷試験　１　下垂体前葉負荷試験　イ　成長ホルモン（ＧＨ）（一連として） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点） ホ　Ｄ２９１－２　小児食物アレルギー負荷検査	【短期滞在手術等基本料３】 イ　Ｄ２３７　終夜睡眠ポリグラフィー　３　１及び２以外の場合 イ　安全精度管理下で行うもの 10,549点（生活療養を受ける場合にあっては、10,475点） ロ　Ｄ２３７　終夜睡眠ポリグラフィー　３　１及び２以外の場合 ロ　その他のもの 8,744点（生活療養を受ける場合にあっては、8,670点） ハ　Ｄ２３７－２　反復睡眠潜時試験（ＭＳＬＴ） 11,485点（生活療養を受ける場合にあっては、11,411点） ニ　Ｄ２８７　内分泌負荷試験　１　下垂体前葉負荷試験　イ　成長ホルモン（ＧＨ）（一連として） 8,312点（生活療養を受ける場合にあっては、8,238点） ホ　Ｄ２９１－２　小児食物アレルギー負荷検査

●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	5,040点（生活療養を受ける場合にあっては、4,966点）
ヘ　Ｄ４１３　前立腺針生検法　２　その他のもの	ヘ　Ｄ４１３　前立腺針生検法　２　その他のもの
●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	10,197点（生活療養を受ける場合にあっては、10,123点）
ト　Ｋ００７－２　経皮的放射線治療用金属マーカー留置術	ト　Ｋ００７－２　経皮的放射線治療用金属マーカー留置術
●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	33,572点（生活療養を受ける場合にあっては、33,498点）
チ　Ｋ０３０　四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術　２　手、足（手に限る。）	チ　Ｋ０３０　四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術　２　手、足（手に限る。）
●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	16,224点（生活療養を受ける場合にあっては、16,150点）
リ　Ｋ０４６　骨折観血的手術　２　前腕、下腿、手舟状骨（手舟状骨に限る。）	リ　Ｋ０４６　骨折観血的手術　２　前腕、下腿、手舟状骨（手舟状骨に限る。）
●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	32,937点（生活療養を受ける場合にあっては、32,863点）
ヌ　Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　３　前腕、下腿（前腕に限る。）	ヌ　Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　３　前腕、下腿（前腕に限る。）
●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	20,611点（生活療養を受ける場合にあっては、20,537点）
ル　Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　４　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（鎖骨に限る。）	ル　Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　４　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（鎖骨に限る。）
●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	21,057点（生活療養を受ける場合にあっては、20,983点）
ヲ　Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　４　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（手に限る。）	ヲ　Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　４　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（手に限る。）
●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	15,180点（生活療養を受ける場合にあっては、15,106点）
ワ　Ｋ０７０　ガングリオン摘出術　１　手、足、指（手、足）（手に限る。）	ワ　Ｋ０７０　ガングリオン摘出術　１　手、足、指（手、足）（手に限る。）
●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	13,878点（生活療養を受ける場合にあっては、13,804点）
カ　Ｋ０９３－２　関節鏡下手根管	カ　Ｋ０９３－２　関節鏡下手根管

開放手術 ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	開放手術 17,621点（生活療養を受ける場合にあっては、17,547点）
ヨ　Ｋ１９６－２　胸腔鏡下交感神経節切除術（両側） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	ヨ　Ｋ１９６－２　胸腔鏡下交感神経節切除術（両側） 35,663点（生活療養を受ける場合にあっては、35,589点）
タ　Ｋ２０２　涙管チューブ挿入術 １　涙道内視鏡を用いるもの（片側） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	タ　Ｋ２０２　涙管チューブ挿入術 １　涙道内視鏡を用いるもの 11,312点（生活療養を受ける場合にあっては、11,238点）
レ　Ｋ２０２　涙管チューブ挿入術 １　涙道内視鏡を用いるもの（両側） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ソ　Ｋ２１７　眼瞼内反症手術　２　皮膚切開法（片側） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	レ　Ｋ２１７　眼瞼内反症手術　２　皮膚切開法 10,654点（生活療養を受ける場合にあっては、10,580点）
ツ　Ｋ２１７　眼瞼内反症手術　２　皮膚切開法（両側） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ネ　Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　１　眼瞼挙筋前転法（片側） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	ソ　Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　１　眼瞼挙筋前転法 18,016点（生活療養を受ける場合にあっては、17,942点）
ナ　Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　１　眼瞼挙筋前転法（両側） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ラ　Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　３　その他のもの（片側） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	ツ　Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　３　その他のもの 16,347点（生活療養を受ける場合にあっては、16,273点）
ム　Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　３　その他のもの（両側） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ウ　Ｋ２２４　翼状片手術（弁の移植を要するもの）（片側）	ネ　Ｋ２２４　翼状片手術（弁の移植を要するもの）

●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	9,431点（生活療養を受ける場合にあっては、9,357点）
キ　Ｋ２２４　翼状片手術（弁の移植を要するもの）（両側） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ノ　Ｋ２４２　斜視手術　２　後転法（片側） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	ナ　Ｋ２４２　斜視手術　２　後転法 18,326点（生活療養を受ける場合にあっては、18,252点）
オ　Ｋ２４２　斜視手術　２　後転法（両側） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ク　Ｋ２４２　斜視手術　３　前転法及び後転法の併施（片側） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	ラ　Ｋ２４２　斜視手術　３　前転法及び後転法の併施 22,496点（生活療養を受ける場合にあっては、22,422点）
ヤ　Ｋ２４２　斜視手術　３　前転法及び後転法の併施（両側） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
マ　Ｋ２５４　治療的角膜切除術　１　エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）（片側） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	ム　Ｋ２５４　治療的角膜切除術　１　エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。） 20,426点（生活療養を受ける場合にあっては、20,352点）
ケ　Ｋ２５４　治療的角膜切除術　１　エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）（両側） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
フ　Ｋ２６８　緑内障手術　６　水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術（片側） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	ウ　Ｋ２６８　緑内障手術　６　水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術 37,155点（生活療養を受ける場合にあっては、37,081点）
コ　Ｋ２６８　緑内障手術　６　水晶体再建術併用眼内ドレーン挿	（新設）

入術（両側） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	
エ　Ｋ２８２　水晶体再建術　１ 眼内レンズを挿入する場合　ロ その他のもの（片側） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	キ　Ｋ２８２　水晶体再建術　１ 眼内レンズを挿入する場合　ロ その他のもの（片側） 17,888点（生活療養を受ける場合にあっては、17,814点）
テ　Ｋ２８２　水晶体再建術　１ 眼内レンズを挿入する場合　ロ その他のもの（両側） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	ノ　Ｋ２８２　水晶体再建術　１ 眼内レンズを挿入する場合　ロ その他のもの（両側） 32,130点（生活療養を受ける場合にあっては、32,056点）
ア　Ｋ２８２　水晶体再建術　２ 眼内レンズを挿入しない場合 （片側） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	オ　Ｋ２８２　水晶体再建術　２ 眼内レンズを挿入しない場合 （片側） 15,059点（生活療養を受ける場合にあっては、14,985点）
サ　Ｋ２８２　水晶体再建術　２ 眼内レンズを挿入しない場合 （両側） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	ク　Ｋ２８２　水晶体再建術　２ 眼内レンズを挿入しない場合 （両側） 25,312点（生活療養を受ける場合にあっては、25,238点）
キ　Ｋ３１８　鼓膜形成手術 ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	ヤ　Ｋ３１８　鼓膜形成手術 30,571点（生活療養を受ける場合にあっては、30,497点）
ユ　Ｋ３３３　鼻骨骨折整復固定術 ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	マ　Ｋ３３３　鼻骨骨折整復固定術 18,809点（生活療養を受ける場合にあっては、18,735点）
メ　Ｋ３８９　喉頭・声帯ポリープ切除術　２　直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	ケ　Ｋ３８９　喉頭・声帯ポリープ切除術　２　直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの 26,312点（生活療養を受ける場合にあっては、26,238点）
ミ　Ｋ４７４　乳腺腫瘍摘出術　１ 長径５センチメートル未満 ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	フ　Ｋ４７４　乳腺腫瘍摘出術　１ 長径５センチメートル未満 17,302点（生活療養を受ける場合にあっては、17,228点）
シ　Ｋ４７４　乳腺腫瘍摘出術　２ 長径５センチメートル以上 ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	コ　Ｋ４７４　乳腺腫瘍摘出術　２ 長径５センチメートル以上 25,366点（生活療養を受ける場合にあっては、25,292点）
ヱ　Ｋ６１６－４　経皮的シャント	エ　Ｋ６１６－４　経皮的シャント

拡張術・血栓除去術　１　初回 ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	拡張術・血栓除去術　１　初回 28,842点（生活療養を受ける場合にあっては、28,768点）
ヒ　Ｋ６１６－４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　２　１の実施後３月以内に実施する場合 ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	テ　Ｋ６１６－４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　２　１の実施後３月以内に実施する場合 28,884点（生活療養を受ける場合にあっては、28,810点）
モ　Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　１　抜去切除術 ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	ア　Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　１　抜去切除術 19,798点（生活療養を受ける場合にあっては、19,724点）
セ　Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　２　硬化療法（一連として） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	サ　Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　２　硬化療法（一連として） 9,149点（生活療養を受ける場合にあっては、9,075点）
ス　Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　３　高位結紮術 ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	キ　Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　３　高位結紮術 9,494点（生活療養を受ける場合にあっては、9,420点）
ン　Ｋ６１７－２　大伏在静脈抜去術 ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	ユ　Ｋ６１７－２　大伏在静脈抜去術 23,090点（生活療養を受ける場合にあっては、23,016点）
イイ　Ｋ６１７－４　下肢静脈瘤血管内焼灼術 ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	メ　Ｋ６１７－４　下肢静脈瘤血管内焼灼術 20,130点（生活療養を受ける場合にあっては、20,056点）
イロ　Ｋ６１７－６　下肢静脈瘤血管内塞栓術 ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	ミ　Ｋ６１７－６　下肢静脈瘤血管内塞栓術 22,252点（生活療養を受ける場合にあっては、22,178点）
イハ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア（３歳未満に限る。） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	シ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア（３歳未満に限る。） 33,785点（生活療養を受ける場合にあっては、33,711点）
イニ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア（３歳以上６歳未満に限る。） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	ヱ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア（３歳以上６歳未満に限る。） 24,296点（生活療養を受ける場合にあっては、24,222点）
イホ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５	ヒ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５

鼠径ヘルニア（６歳以上15歳未満に限る。） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点） イヘ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア（15歳以上に限る。） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点） イト　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（３歳未満に限る。） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点） イチ　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（３歳以上６歳未満に限る。） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点） イリ　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（６歳以上15歳未満に限る。） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点） イヌ　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（15歳以上に限る。） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点） イル　Ｋ７２１　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　１　長径２センチメートル未満 ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点） イヲ　Ｋ７２１　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　２　長径２センチメートル以上 ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点） イワ　Ｋ７４３　痔核手術（脱肛を含む。）　２　硬化療法（四段階注射法によるもの） ●●点（生活療養を受ける場合に	鼠径ヘルニア（６歳以上15歳未満に限る。） 21,275点（生活療養を受ける場合にあっては、21,201点） モ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア（15歳以上に限る。） 23,648点（生活療養を受ける場合にあっては、23,574点） セ　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（３歳未満に限る。） 70,492点（生活療養を受ける場合にあっては、70,418点） ス　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（３歳以上６歳未満に限る。） 53,309点（生活療養を受ける場合にあっては、53,235点） ン　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（６歳以上15歳未満に限る。） 41,081点（生活療養を受ける場合にあっては、41,007点） イイ　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（15歳以上に限る。） 48,934点（生活療養を受ける場合にあっては、48,860点） イロ　Ｋ７２１　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　１　長径２センチメートル未満 12,560点（生活療養を受ける場合にあっては、12,486点） イハ　Ｋ７２１　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　２　長径２センチメートル以上 16,258点（生活療養を受ける場合にあっては、16,184点） イニ　Ｋ７４３　痔核手術（脱肛を含む。）　２　硬化療法（四段階注射法によるもの） 10,604点（生活療養を受ける場合

あっては、●●点） イカ　Ｋ７４７　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門ポリープ切除術に限る。） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点） イヨ　Ｋ７４７　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門尖圭コンジローム切除術に限る。） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点） イタ　Ｋ７６８　体外衝撃波腎・尿管結石破砕術（一連につき） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点） イレ　Ｋ８２３－６　尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点） イソ　Ｋ８３４－３　顕微鏡下精索静脈瘤手術 ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点） イツ　Ｋ８６７　子宮頸部（腟部）切除術 ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点） イネ　Ｋ８７２－３　子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術　１　電解質溶液利用のもの ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点） イナ　Ｋ８７２－３　子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術　２　その他のもの ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点） イラ　Ｋ８７３　子宮鏡下子宮筋腫摘出術　１　電解質溶液利用の	にあっては、10,530点） イホ　Ｋ７４７　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門ポリープ切除術に限る。） 10,792点（生活療養を受ける場合にあっては、10,718点） イヘ　Ｋ７４７　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門尖圭コンジローム切除術に限る。） 8,415点（生活療養を受ける場合にあっては、8,341点） イト　Ｋ７６８　体外衝撃波腎・尿管結石破砕術（一連につき） 25,894点（生活療養を受ける場合にあっては、25,820点） イチ　Ｋ８２３－６　尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの） 24,703点（生活療養を受ける場合にあっては、24,629点） イリ　Ｋ８３４－３　顕微鏡下精索静脈瘤手術 23,870点（生活療養を受ける場合にあっては、23,796点） イヌ　Ｋ８６７　子宮頸部（腟部）切除術 14,607点（生活療養を受ける場合にあっては、14,533点） イル　Ｋ８７２－３　子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術　１　電解質溶液利用のもの 21,709点（生活療養を受ける場合にあっては、21,635点） イヲ　Ｋ８７２－３　子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術　２　その他のもの 18,652点（生活療養を受ける場合にあっては、18,578点） イワ　Ｋ８７３　子宮鏡下子宮筋腫摘出術　１　電解質溶液利用の

もの ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点） イム　Ｋ８７３　子宮鏡下子宮筋腫摘出術　２　その他のもの ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点） イウ　Ｋ８９０－３　腹腔鏡下卵管形成術 ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点） イ㐂　Ｍ００１－２　ガンマナイフによる定位放射線治療 ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	もの 35,191点（生活療養を受ける場合にあっては、35,117点） イカ　Ｋ８７３　子宮鏡下子宮筋腫摘出術　２　その他のもの 33,460点（生活療養を受ける場合にあっては、33,386点） イヨ　Ｋ８９０－３　腹腔鏡下卵管形成術 109,045点（生活療養を受ける場合にあっては、108,971点） イタ　Ｍ００１－２　ガンマナイフによる定位放射線治療 58,496点（生活療養を受ける場合にあっては、58,422点）

⑩　地域で救急患者等を受け入れる病棟の評価

「Ⅱ－２－①」を参照のこと。

⑪　主としてケアを担う看護補助者の評価の新設

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・協働を更に推進し、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､直接患者に対するケアを担う看護補助者の配置について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

１．地域包括医療病棟において、主として直接患者に対し療養生活上の世話を提供する看護補助者を一定数配置している場合の評価を新設するとともに、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。

「Ⅱ－２－１」を参照のこと。

２．療養病棟入院基本料等において、主として直接患者に対し療養生活上の世話を提供する看護補助者を一定数配置している場合の評価を新設するとともに、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
【看護補助体制充実加算（療養病棟入院基本料）】 ［算定要件］ 注12　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、夜間看護加算として、１日につき●●点を所定点数に加算する。この場合において注13の看護補助体制充実加算は別に算定できない。 注13　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保	【看護補助体制充実加算（療養病棟入院基本料）】 ［算定要件］ 注12　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 イ　夜間看護加算　50点 ロ　看護補助体制充実加算　55点 （新設）

険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。ただし、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の例により所定点数に加算する。 イ　看護補助体制充実加算１ ●●点 ロ　看護補助体制充実加算２ ●●点 ハ　看護補助体制充実加算３ ●●点	
(19)「注12」及び「注13」に規定する夜間看護加算及び看護補助体制充実加算は、療養生活の支援が必要な患者が多い病棟において、看護要員の手厚い夜間配置を評価したものであり、当該病棟における看護に当たって、次に掲げる身体的拘束を最小化する取組を実施した上で算定する。 ア～オ（略）	(19)「注12」に規定する夜間看護加算及び看護補助体制充実加算は、療養生活の支援が必要な患者が多い病棟において、看護要員の手厚い夜間配置を評価したものであり、当該病棟における看護に当たって、次に掲げる身体的拘束を最小化する取組を実施した上で算定する。 ア～オ（略）
(20)「注12」及び「注13」に規定する夜間看護加算及び看護補助体制充実加算を算定する各病棟における夜勤を行う看護要員の数は、「基本診療料の施設基準等」の第五の三の(1)イ①に定める夜間の看護職員の最小必要数を超えた看護職員１人を含む看護要員３人以上でなければ算定できない。 （中略）	(20)「注12」に規定する夜間看護加算及び看護補助体制充実加算を算定する各病棟における夜勤を行う看護要員の数は、「基本診療料の施設基準等」の第五の三の(1)イ①に定める夜間の看護職員の最小必要数を超えた看護職員１人を含む看護要員３人以上でなければ算定できない。 （中略）
(21)「注13」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３の例により算定すること。	（新設）
［施設基準］	［施設基準］

三　療養病棟入院基本料の施設基準等	三　療養病棟入院基本料の施設基準等
(9) 夜間看護加算の施設基準	(9) 療養病棟入院基本料の注12に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準
イ　当該病棟において、夜勤を行う看護職員及び看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十六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、夜勤を行う看護職員及び看護補助者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及び看護補助者の数は、本文の規定にかかわらず、看護職員一を含む三以上であることとする。	イ　夜間看護加算の施設基準 ①　当該病棟において、夜勤を行う看護職員及び看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十六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、夜勤を行う看護職員及び看護補助者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及び看護補助者の数は、本文の規定にかかわらず、看護職員一を含む三以上であることとする。
ロ・ハ　（略）	②・③　（略）
（削除）	ロ　看護補助体制充実加算の施設基準 ①　イの①及び②を満たすものであること。 ②　看護職員の負担軽減及び処遇改善に資する十分な体制が整備されていること。
(10) 看護補助体制充実加算の施設基準 イ　看護補助体制充実加算１の施設基準 ①　(9)のイ及びロを満たすものであること。 ②　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。 ロ　看護補助体制充実加算２の施設基準	（新設）

① (9)のイ及びロを満たすものであること。 ② 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。 ハ　看護補助体制充実加算３の施設基準 ① (9)のイ及びロを満たすものであること。 ②看護職員及び看護補助者の業務分担及び協働に資する体制が整備されていること。	
11の２　療養病棟入院基本料の注13に規定する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	11の２　療養病棟入院基本料の注12に規定する看護補助体制充実加算の施設基準
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、●●割以上配置されていること。	（新設）
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●●又はその端数を増すごとに●●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。	（新設）
ハ　11の(1)から(5)までを満たしていること。ただし、(4)のエについては、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て院内研修を実施していること。	(1) 11の(1)から(5)までを満たしていること。ただし、(4)のエについては、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て院内研修を実施していること。
ニ　当該病棟の看護師長等が11の	(2) 当該病棟の看護師長等が11の(6)

(6)のアに掲げる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（(6)のアに掲げる所定の研修を修了した看護師長等を除く。）が(6)のイの内容を含む院内研修を年１回以上受講していること。ただし、内容に変更がない場合は、２回目以降の受講は省略して差し支えない。	のアに掲げる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（(6)のアに掲げる所定の研修を修了した看護師長等を除く。）が(6)のイの内容を含む院内研修を年１回以上受講していること。ただし、内容に変更がない場合は、２回目以降の受講は省略して差し支えない。
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。	（新設）
(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。	（新設）
(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。	（新設）
【看護補助体制充実加算（障害者施設等入院基本料）】 注９　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（７対１入院基本料又は10対１入院基本料を現に算定している患者に限る。）については、看護補助加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。この場合において注10の看護補助体制充実加算は別に算定できない。 イ　14日以内の期間　146点 ロ　15日以上30日以内の期間　121点	【看護補助体制充実加算（障害者施設等入院基本料）】 注９　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（７対１入院基本料又は10対１入院基本料を現に算定している患者に限る。）については、当該基準に係る区分に従い、かつ、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 イ　看護補助加算 (1) 14日以内の期間　146点 (2) 15日以上30日以内の期間　121点 ロ　看護補助体制充実加算 （１）14日以内の期間　151点
（削除）	

	（２）15日以上30日以内の期間 126点
10　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（７対１入院基本料又は10対１入院基本料を現に算定している患者に限る。）については、当該基準に係る区分に従い、かつ、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。ただし、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１日につき所定点数に加算する。 イ　14日以内の期間 (1)　看護補助体制充実加算１ ●●点 (2)　看護補助体制充実加算２ ●●点 (3)　看護補助体制充実加算３ ●●点 ロ　15日以上30日以内の期間 (1)　看護補助体制充実加算１ ●●点 (2)　看護補助体制充実加算２ ●●点 (3)　看護補助体制充実加算３ ●●点	（新設）
11～13　（略）	10～12　（略）
(13)　「注９」及び「注10」に規定する看護補助加算、看護補助体制充実加算１、看護補助体制充実加算２又は看護補助体制充実加算３を算定する病棟は、身体的拘束を最小化する取組を実施した上で算定する。取組内容については、「（療養病棟入院基本料について）」の(19)の例による。	(13)　「注９」に規定する看護補助加算及び看護補助体制充実加算を算定する病棟は、身体的拘束を最小化する取組を実施した上で算定する。取組内容については、「（療養病棟入院基本料について）」の(19)の例による。

［施設基準］ ※　看護補助体制充実加算（療養病棟入院基本料）における見直しと同様。	［施設基準］
【看護補助体制充実加算（地域包括ケア病棟入院料）】 注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病棟又は病室に入院している患者については、看護補助者配置加算として、１日つき●●点を所定点数に加算する。この場合において、注５の看護補助体制充実加算は別に算定できない。	【看護補助体制充実加算（地域包括ケア病棟入院料）】 注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病棟又は病室に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ１日つき所定点数に加算する。 イ　看護補助者配置加算　160点 ロ　看護補助体制充実加算　165点
注５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。ただし、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、１日につき所定点数に加算する。 イ　看護補助体制充実加算１　●●点 ロ　看護補助体制充実加算２　●●点 ハ　看護補助体制充実加算３　●●点	（新設）
６～13	５～12
［算定要件］ (7)　「注４」及び「注５」に規定する看護補助者配置加算、看護補助体制充実加算１、看護補助体	［算定要件］ (7)　「注４」に規定する看護補助者配置加算又は看護補助体制充実加算を算定する病棟は、身体的拘束

制充実加算２又は看護補助体制充実加算３を算定する病棟は、身体的拘束を最小化する取組を実施した上で算定する。取組内容については、区分番号「Ａ１０１」療養病棟入院基本料の(19)の例による。 (8) 「注５」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３の例により算定すること。 ［施設基準］ ※ 看護補助体制充実加算（療養病棟入院基本料）における見直しと同様。	を最小化する取組を実施した上で算定する。取組内容については、区分番号「Ａ１０１」療養病棟入院基本料の(19)の例による。 ［施設基準］

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

第１　基本的な考え方

地域包括ケア病棟における適切な在宅患者等の緊急入院の受入れを推進する観点から、在宅患者支援病床初期支援加算を見直す。

第２　具体的な内容

地域包括ケア病棟の在宅患者支援病床初期支援加算について、救急搬送患者の緊急入院を受け入れることによる負担等を考慮した評価体系に見直す。

改　定　案	現　　行
【地域包括ケア病棟入院料】 ［算定要件］ 注５　当該病棟又は病室に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、急性期患者支援病床初期加算として、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者については、治療方針に関する患者又はその家族の意思決定に対する支援を行った場合に、在宅患者支援病床初期加算として、転棟若しくは転院又は入院した日から起算して14日を限度として、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 イ　（略） ロ　在宅患者支援病床初期加算	【地域包括ケア病棟入院料】 ［算定要件］ 注５　当該病棟又は病室に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、急性期患者支援病床初期加算として、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者については、治療方針に関する患者又はその家族の意思決定に対する支援を行った場合に、在宅患者支援病床初期加算として、転棟若しくは転院又は入院した日から起算して14日を限度として、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 イ　（略） ロ　在宅患者支援病床初期加算

(1) 介護老人保健施設から入院した患者の場合 ① 救急搬送された患者又は他の保険医療機関で区分番号C●●に掲げる救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者であって、入院初日から当該病棟に入院した患者の場合 ●●点 ② ①の患者以外の患者の場合 ●●点	(1) 介護老人保健施設から入院した患者の場合 500点
(2) 介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者の場合 ① 救急搬送された患者又は他の保険医療機関で区分番号C●●に掲げる救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者であって、入院初日から当該病棟に入院した患者の場合 ●●点 ② ①の患者以外の患者の場合 ●●点	(2) 介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者の場合 400点

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

第１　基本的な考え方

より質の高いアウトカムに基づいた回復期リハビリテーション医療を推進する観点から、回復期リハビリテーション病棟の要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

回復期リハビリテーション病棟入院料の要件及び評価について、以下のとおり見直す。

１．回復期リハビリテーション病棟入院料１及び２の評価を見直す。
２．回復期リハビリテーション病棟入院料１について、入退院時の栄養状態の評価に GLIM 基準を用いることを要件とするとともに、回復期リハビリテーション病棟入院料２から５までにおいては、GLIM 基準を用いることが望ましいこととする。
３．回復期リハビリテーション病棟入院料１及び２について、専従の社会福祉士の配置を要件とする。
４．回復期リハビリテーション病棟入院料１及び２について、地域貢献活動に参加することが望ましいこととする。
５．回復期リハビリテーション病棟入院料１及び３については、FIM の測定に関する院内研修を行うことを要件とする。
６．回復期リハビリテーション病棟１から５までについて、FIM を定期的に測定することを要件とする。
７．回復期リハビリテーション病棟入院料１及び２について、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を要件とする。
８．回復期リハビリテーション病棟入院料の体制強化加算１及び２を廃止する。
９．回復期リハビリテーション病棟入院料１から５までについて、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
【回復期リハビリテーション病棟入	【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１　●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） 2　回復期リハビリテーション病棟入院料２　●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） 3　回復期リハビリテーション病棟入院料３　●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） 4　回復期リハビリテーション病棟入院料４　●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） 5　回復期リハビリテーション病棟入院料５　●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） ［算定要件］ （削除） ４　５については、算定を開始した日から起算して２年（回復期リハビリテーション病棟入院料１、回復期リハビリテーション	院料】 1　回復期リハビリテーション病棟入院料１　2,129点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,115点） 2　回復期リハビリテーション病棟入院料２　2,066点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,051点） 3　回復期リハビリテーション病棟入院料３　1,899点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,884点） 4　回復期リハビリテーション病棟入院料４　1,841点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,827点） 5　回復期リハビリテーション病棟入院料５　1,678点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,664点） ［算定要件］ 注４　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１又は回復期リハビリテーション病棟入院料２を現に算定している患者に限る。）が入院する病棟について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注１のただし書に規定する場合を除く。）は、当該基準に係る区分に従い、患者１人につき１日につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ　体制強化加算１　200点 ロ　体制強化加算２　120点 ５　５については、算定を開始した日から起算して２年（回復期リハビリテーション病棟入院料１、回復期リハビリテーション

病棟入院料２、回復期リハビリテーション病棟入院料３又は回復期リハビリテーション病棟入院料４を算定していた病棟にあっては、１年）を限度として算定する。	病棟入院料２、回復期リハビリテーション病棟入院料３又は回復期リハビリテーション病棟入院料４を算定していた病棟にあっては、１年）を限度として算定する。
(8) 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定するに当たっては、定期的に日常生活機能評価又はＦＩＭの測定を行い、その結果について診療録等に記載すること。	（新設）
(9)～(13) （略）	(8)～(12) （略）
(14) 回復期リハビリテーション病棟入院料１を算定するに当たっては、栄養管理に関するものとして、次に掲げる内容を行うこと。 ア 当該入院料を算定する全ての患者について、患者ごとに行う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の作成に当たっては、管理栄養士も参画し、患者の栄養状態を十分に踏まえて行うこと。その際、栄養状態の評価には、ＧＬＩＭ基準を用いること。なお、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書における栄養関連項目については、必ず記載すること。 イ～ウ （略）	(13) 回復期リハビリテーション病棟入院料１を算定するに当たっては、栄養管理に関するものとして、次に掲げる内容を行うこと。 ア 当該入院料を算定する全ての患者について、患者ごとに行う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の作成に当たっては、管理栄養士も参画し、患者の栄養状態を十分に踏まえて行うこと。なお、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書における栄養関連項目については、必ず記載すること。 イ～ウ （略）
(15) 回復期リハビリテーション病棟入院料２から５を算定するに当たっては、専任の常勤管理栄養士を配置し、栄養管理に関するものとして、次に掲げる内容を行うことが望ましい。 ア 当該入院料を算定する全ての患者について、患者ごとに行うリハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書の作成に当たっては、	(14) 回復期リハビリテーション病棟入院料２から５を算定するに当たっては、専任の常勤管理栄養士を配置し、栄養管理に関するものとして、次に掲げる内容を行うことが望ましい。 ア 当該入院料を算定する全ての患者について、患者ごとに行うリハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書の作成に当たっては、

管理栄養士も参画し、患者の栄養状態を十分に踏まえて行うとともに、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書における栄養関連項目に記載すること。その際、栄養状態の評価には、ＧＬＩＭ基準を用いること。	管理栄養士も参画し、患者の栄養状態を十分に踏まえて行うとともに、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書における栄養関連項目に記載すること。
イ～ウ　（略）	イ～ウ　（略）
(16)～(19)　（略）	(15)～(18)　（略）
［施設基準］	［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	十　回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等
(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～ロ　（略）	イ～ロ　（略）
ハ　当該病棟に在宅復帰支援を担当する専従の常勤の社会福祉士等が一名以上配置されていること。	ハ　当該病棟に在宅復帰支援を担当する専任の常勤の社会福祉士等が一名以上配置されていること。
ニ～リ　（略）	ニ～リ　（略）
ヌ　当該保険医療機関のＦＩＭの測定を行う医師、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士等に対してＦＩＭの測定に関する研修を実施していること。	（新設）
ル　地域支援事業に協力する体制を確保していること。	
ヲ　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。	
(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、ハからチまで、ル及びヲ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～ホ　（略）	イ～ホ　（略）
ヘ　(2)のヌを満たすものであること。	（新設）
(5)～(10)　（略）	(5)～(10)　（略）
（削除）	(11)　体制強化加算の施設基準
	（略）

［経過措置］

⑴　令和６年３月 31 日において現に回復期リハビリテーション病棟入院料１又は２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、社会福祉士の配置に係る施設基準を満たすものとする。

⑵　令和６年３月 31 日において現に回復期リハビリテーション病棟入院料１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、入退院時の栄養状態の評価に係る施設基準を満たすものとする。

⑶　令和６年３月 31 日において現に回復期リハビリテーション病棟入院料１又は３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、ＦＩＭの測定に関する院内研修に係る施設基準を満たすものとする。

⑭　療養病棟入院基本料の見直し

「Ⅱ－３－⑤」を参照のこと。

⑮　有床診療所療養病床入院基本料の施設基準の見直し

第１　基本的な考え方

医療法施行規則による療養病床の人員配置標準に係る経過措置の終了に伴い、有床診療所療養病床入院基本料の要件を見直す。

第２　具体的な内容

有床診療所療養病床入院基本料の看護職員及び看護補助者の人員配置基準を見直す。

改　定　案	現　　行
【有床診療所療養病床入院基本料】 ［施設基準］ 三　有床診療所療養病床入院基本料の施設基準等 (1) 通則 療養病床であること。 (2)　有床診療所療養病床入院基本料の施設基準等 イ　有床診療所療養病床入院基本料の注１に規定する入院基本料の施設基準 ①　当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護職員の数は、当該療養病床の入院患者の数が●●又はその端数を増すごとに●●以上であること。 ②　当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護補助者の数は、当該療養病床の入院患者の数が●●又はその端数を増すごとに●●以上であること。	【有床診療所療養病床入院基本料】 ［施設基準］ 三　有床診療所療養病床入院基本料の施設基準等 (1) 通則 療養病床であること。 (2)　有床診療所療養病床入院基本料の施設基準等 イ　有床診療所療養病床入院基本料の注１に規定する入院基本料の施設基準 ①　当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護職員の数は、当該療養病床の入院患者の数が六又はその端数を増すごとに一以上であること。 ②　当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護補助者の数は、当該療養病床の入院患者の数が六又はその端数を増すごとに一以上であること。

③　（略）	③　（略）
④　当該病棟の入院患者に関するロの区分に係る疾患及び状態等並びにＡＤＬの判定基準による判定について、記録していること。	（新設）
ロ　有床診療所療養病床入院基本料の注１本文に規定する厚生労働大臣が定める区分	ロ　有床診療所療養病床入院基本料の注１本文に規定する厚生労働大臣が定める区分
①　入院基本料Ａ	①　入院基本料Ａ
医療区分三の患者	１　当該有床診療所の療養病床の入院患者のうち医療区分三の患者と医療区分二の患者との合計が八割未満である場合（以下このロにおいて「特定患者八割未満の場合」という。）にあっては、医療区分三の患者
（削除）	２　当該有床診療所の療養病床の入院患者のうち医療区分三の患者と医療区分二の患者との合計が八割以上である場合（以下このロにおいて「特定患者八割以上の場合」という。）にあっては、次のいずれにも該当するものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関（以下このロにおいて「四対一配置保険医療機関」という。）に入院している医療区分三の患者
	（一）　当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護職員の数は、当該療養病床の入

	院患者の数が四又はその端数を増すごとに一以上であること。 （二）　当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護補助者の数は、当該療養病床の入院患者の数が四又はその端数を増すごとに一以上であること。
②　入院基本料Ｂ 医療区分二の患者（医療区分三の患者を除く。）であって、ＡＤＬ区分三又はＡＤＬ区分二であるもの	②　入院基本料Ｂ １　特定患者八割未満の場合にあっては、医療区分二の患者（医療区分三の患者を除く。）であって、ＡＤＬ区分三又はＡＤＬ区分二であるもの
（削除）	２　特定患者八割以上の場合にあっては、四対一配置保険医療機関に入院している医療区分二の患者（医療区分三の患者を除く。）であって、ＡＤＬ区分三又はＡＤＬ区分二であるもの
③　入院基本料Ｃ 医療区分二の患者（医療区分三の患者を除く。）であって、ＡＤＬ区分一であるもの	③　入院基本料Ｃ １　特定患者八割未満の場合にあっては、医療区分二の患者（医療区分三の患者を除く。）であって、ＡＤＬ区分一であるもの
（削除）	２　特定患者八割以上の場合にあっては、四対一配置保険医療機関に入院している医療区分二の患者（医療区分三の患者を除く。）であって、ＡＤＬ区分一であるもの
④　入院基本料Ｄ 別表第五の二に掲げる疾患・状態にある患者及び処置等が実施されている患者	④　入院基本料Ｄ １　特定患者八割未満の場合にあっては、医療区分一の患者であって、ＡＤ

並びに別表第五の三の一及び二に掲げる疾患・状態にある患者及び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	Ｌ区分三であるもの
（削除）	２　特定患者八割以上の場合にあっては、四対一配置保険医療機関に入院している医療区分一の患者であって、ＡＤＬ区分三であるもの
⑤　入院基本料Ｅ 医療区分一の患者であって、ＡＤＬ区分二又はＡＤＬ区分一であるもの	⑤　入院基本料Ｅ １　特定患者八割未満の場合にあっては、医療区分一の患者であって、ＡＤＬ区分二又はＡＤＬ区分一であるもの
（削除）	２　特定患者八割以上の場合にあっては、四対一配置保険医療機関に入院している医療区分一の患者であって、ＡＤＬ区分二又はＡＤＬ区分一であるもの又は次のいずれかに該当しないものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者 （一）　当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護職員の数は、当該療養病床の入院患者の数が四又はその端数を増すごとに一以上であること。 （二）　当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとさ

	れている看護補助者の数は、当該療養病床の入院患者の数が四又はその端数を増すごとに一以上であること。

［経過措置］

令和６年３月 31 日において、現に有床診療所療養病床入院基本料の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、なお従前の例による。

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

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟において、不適切な養育等が行われていることが疑われる患者に対して迅速かつ適切な対応が行われるよう、多職種による専任のチームを設置している場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【児童・思春期精神科入院医療管理料】 ［算定要件］ 注３　当該病棟に入院している20歳未満の精神疾患を有する患者に対する支援体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の病棟に入院している患者について、精神科養育支援体制加算として、入院初日に限り●●点を所定点数に加算する。 ［施設基準］ 十五の三　児童・思春期精神科入院医療管理料の施設基準等 (1) 児童・思春期精神科入院医療管理料の施設基準	【児童・思春期精神科入院医療管理料】 ［算定要件］ （新設） ［施設基準］ 十五の三　児童・思春期精神科入院医療管理料の施設基準 （新設）

ア　（略） イ　（略） ウ　（略） エ　（略） オ　（略） カ　（略） キ　（略） (2) 児童・思春期精神科入院医療管理料の注３に規定する精神科養育支援体制加算の施設基準 　虐待等不適切な養育が行われていることが疑われる20歳未満の精神疾患を有する患者に対する支援を行うにつき十分な体制が整備されていること。	(1)　（略） (2)　（略） (3)　（略） (4)　（略） (5)　（略） (6)　（略） (7)　（略） （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

第１　基本的な考え方

障害者施設等入院基本料等の要件である、病棟の入院患者のうち重度の肢体不自由児(者)、脊髄損傷等の重度障害者等が占める割合について、一部の医療機関において大きく下回る施設があったことを踏まえ、障害者施設等入院基本料等について要件を見直す。

第２　具体的な内容

障害者施設等入院基本料２～４、特殊疾患入院施設管理加算、特殊疾患入院医療管理料及び特殊疾患病棟入院料の要件における重度の肢体不自由児（者）等の患者割合について、現行において「おおむね」として患者割合を示している取扱いを廃止するとともに、該当患者の割合については、暦月で●●か月を超えない期間の●●割以内の一時的な変動にあっては、施設基準に係る変更の届出を行う必要はないこととする。

改　定　案	現　　行
【障害者施設等入院基本料】 ［施設基準］ 七　障害者施設等入院基本料の施設基準等 (1) 通則 障害者施設等一般病棟は、次のいずれにも該当する病棟であること。 イ　次のいずれかに該当する病棟であること。 ①　（略） ②　次のいずれにも該当する一般病棟であること。 1　重度の肢体不自由児（者）（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。第八の九の(1)において同じ。）、脊髄損傷等の重度障害者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を	【障害者施設等入院基本料】 ［施設基準］ 七　障害者施設等入院基本料の施設基準等 (1) 通則 障害者施設等一般病棟は、次のいずれにも該当する病棟であること。 イ　次のいずれかに該当する病棟であること。 ①　（略） ②　次のいずれにも該当する一般病棟であること。 1　重度の肢体不自由児（者）（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。第八の九の(1)において同じ。）、脊髄損傷等の重度障害者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を

除く。第八の九の(1)並びに第九の八の(1)のイ及び十二の(1)のイにおいて同じ。）、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等を七割以上入院させている病棟であること。 ２　（略） ※　特殊疾患入院施設管理加算、特殊疾患入院医療管理料及び特殊疾患病棟入院料についても同様。	除く。第八の九の(1)並びに第九の八の(1)のイ及び十二の(1)のイにおいて同じ。）、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等をおおむね七割以上入院させている病棟であること。 ２　（略）

⑱　障害者施設等入院基本料等の見直し

第１　基本的な考え方

患者の状態に応じた適切な管理を更に推進する観点から、慢性腎臓病患者が入院した場合について、障害者施設等入院基本料等の評価を見直す。

第２　具体的な内容

障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料及び特殊疾患病棟入院料において、透析を実施する慢性腎臓病患者について、療養病棟入院基本料に準じた評価とする。

改　定　案	現　　行
【障害者施設等入院基本料】 ［算定要件］ 注13　当該病棟に入院している患者のうち、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ０３８－２に掲げる持続緩徐式血液濾過、区分番号Ｊ０３９に掲げる血漿交換療法又は区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流を行っている慢性腎臓病の患者（注６及び注12に規定する点数を算定する患者を除く。）であって、基本診療料の施設基準等第５の３(1)のロに規定する医療区分２の患者に相当するものについては、注１及び注３の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。 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　●●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	【障害者施設等入院基本料】 ［算定要件］ （新設）

いる場合　●●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　●●点	
【特殊疾患入院医療管理料】 ［算定要件］ 注７　当該病棟に入院している患者のうち、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ０３８－２に掲げる持続緩徐式血液濾過、区分番号Ｊ０３９に掲げる血漿交換療法又は区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流を行っている慢性腎臓病の患者（注４及び注６に規定する点数を算定する患者を除く。）であって、基本診療料の施設基準等第５の３(1)のロに規定する医療区分２の患者に相当するものについては、注１の規定にかかわらず、●●点を算定する。	【特殊疾患入院医療管理料】 ［算定要件］ （新設）
【特殊疾患病棟入院料】 ［算定要件］ 注７　当該病棟に入院する患者のうち、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ０３８－２に掲げる持続緩徐式血液濾過、区分番号Ｊ０３９に掲げる血漿交換療法又は区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流を行っている慢性腎臓病の患者（注４及び注６に規定する点数を算定する患者を除く。）であって、基本診療料の施設基準等第５の３(1)のロに規定する医療区分２の患者に相当するものについては、注１の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。 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	【特殊疾患病棟入院料】 ［算定要件］ （新設）

いる場合　●●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　●●点	

⑲　緩和ケア病棟における在宅療養支援の充実

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

緩和ケア病棟緊急入院初期加算における事前の文書による情報提供の要件について、ICT を活用して、受入れを行う保険医療機関において当該患者の診療情報等が確認できる体制が構築されている場合は、事前の文書による情報提供がない場合であっても、要件を満たすこととする。

改　定　案	現　　行
【緩和ケア病棟緊急入院初期加算】 ［算定要件］ (5)「注２」に規定する緩和ケア病棟緊急入院初期加算は、当該保険医療機関と連携して緩和ケアを提供する別の保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）（以下本項において「連携保険医療機関」という。）から在宅緩和ケアを受ける患者の病状が急変し、症状緩和のために一時的に入院治療を要する場合の緩和ケア病棟への受入れを通じ、在宅での緩和ケアを後方支援することを評価するものである。 （中略） また、在宅緩和ケアを受け、緊急に入院を要する可能性のある患者について、緊急時の円滑な受入れのため、病状及び投薬内容のほか、患者及び家族への説明等について、当該連携保険医療機関より予め文書による情報提供を受ける必要がある。ただし、当該情報についてICTの活用により、当該保険医療機関が	【緩和ケア病棟緊急入院初期加算】 ［算定要件］ (5)「注２」に規定する緩和ケア病棟緊急入院初期加算は、当該保険医療機関と連携して緩和ケアを提供する別の保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）（以下本項において「連携保険医療機関」という。）から在宅緩和ケアを受ける患者の病状が急変し、症状緩和のために一時的に入院治療を要する場合の緩和ケア病棟への受入れを通じ、在宅での緩和ケアを後方支援することを評価するものである。 （中略） また、在宅緩和ケアを受け、緊急に入院を要する可能性のある患者について、緊急時の円滑な受入れのため、病状及び投薬内容のほか、患者及び家族への説明等について、当該連携保険医療機関より予め文書による情報提供を受ける必要がある。

常に連携保険医療機関の有する診療情報の閲覧が可能な場合、文書による情報提供に関する要件を満たしているとみなすことができる。	

⑳　医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し

「Ⅰ－６－⑥」を参照のこと。

㉑　医療資源の少ない地域の対象地域の見直し

「Ⅰ－６－⑦」を参照のこと。

㉒　DPC／PDPS の見直し

第１　基本的な考え方

DPC/PDPS を安定的に運用するとともに、適切な包括評価を行う観点から、DPC 対象病院の基準を見直す。また、医療の標準化・効率化を更に推進する観点から、改定全体の方針を踏まえつつ、診断群分類点数表の改定及び医療機関別係数の設定等、所要の処置を講ずる。

第２　具体的な内容

１．診療報酬改定に関連した見直し

急性期入院医療の評価の見直しに伴い、必要な見直しを行う。

２．DPC対象病院の基準の見直し

（１）データ数について

急性期入院医療の標準化という制度の趣旨を踏まえ、適切な包括評価を行う観点から、「調査期間１月当たりのデータ数が90以上」であることをDPC対象病院の基準として位置づける。

（２）適切なDPCデータの作成について

適切な提出データに基づく安定的な制度運用を行う観点から、機能評価係数Ⅱにおける保険診療係数において評価を行ってきた適切なDPCデータの作成に係る基準について、DPC対象病院の基準として位置づけを見直す。

（３）DPC制度への参加等の手続きについて

データ数及び適切なDPCデータの作成に係る基準の運用については、令和８年度診療報酬改定時よりDPC制度への参加及びDPC制度からの退出に係る判定基準として用いることとする。

３．医療機関別係数の見直し

（１）基礎係数（医療機関群の設定等）

医療機関群の設定について、従前の考え方を維持し、３つの医療機関群（大学病院本院群、DPC特定病院群、DPC標準病院群）を設定する。ただし、データ数に係る基準を満たさない医療機関については、基礎係数の評価を区別する。

※　データ数の算出にあたっては、新型コロナウイルス感染症に係る臨時的な取扱いを講ずる。

① 設定要件

DPC特定病院群は、実績要件１から４までの全て（実績要件３については、６つのうち５つ）について、各要件の基準値を満たした医療機関とする。各要件の基準値は、大学病院本院群の最低値（外れ値を除く。）とする。また、各医療機関の実績値は、令和４年10月から令和５年９月までの診療内容及び診断群分類に基づき算出する。

【実績要件１】：診療密度

１日当たり包括範囲出来高平均点数（全病院患者構成、後発医薬品により補正）

- 当該医療機関において症例数が一定以上（１症例／月：極端な個別事例を除外するため）の診断群分類に該当する患者について、当該医療機関が全DPC対象病院の平均的な患者構成と同様の患者群に対して診療を行ったと仮定した場合の１日当たり包括範囲出来高実績点数を算出する。
- 当該医療機関における入院医療で用いられる医薬品のうち、「各先発医薬品の後発医薬品の有無に関する情報」（令和５年８月30日～令和５年９月30日）に掲載された「２：後発医薬品がある先発医薬品」に該当する医薬品に対して薬価基準収載医薬品コード９桁（成分、剤形によって分類された同一分類内の規格単位まで）が一致する「３：後発医薬品」の薬価最低値に置き換えた場合の１日当たりの包括範囲出来高実績点数を算出する。

【実績要件２】：医師研修の実施

届出病床１床当たりの臨床研修医師の採用数（基幹型臨床研修病院の免許取得後２年目まで）

- 各医療機関が厚生労働省に報告している臨床研修医の採用数と、医療法上の許可病床総数により算出する。
- 特定機能病院については、当該実績要件を満たしたものとして取り扱う。

【実績要件３】：医療技術の実施

- 外科系（外保連試案9.4版）
  - (3a)：手術実施症例１件当たりの外保連手術指数（外科医師数及び手術時間補正後）
  - (3b)：DPC算定病床当たりの同指数（外科医師数及び手術時間補正後）

(3c)：手術実施症例件数

・　内科系（特定内科診療（2014年度版）（別表１））
(3A)：症例割合
(3B)：DPC算定病床当たりの症例件数
(3C)：対象症例件数

「(3a)：手術実施症例１件当たりの外保連手術指数（外科医師数及び手術時間補正後)」は、当該医療機関におけるDPC算定病床の全患者総計の外保連手術指数（※）を「(3c)：手術実施症例件数」で除して算出する。

「(3b)：DPC算定病床当たりの同指数（外科医師数及び手術時間補正後)」は、当該医療機関におけるDPC算定病床の全患者総計の外保連手術指数をDPC算定病床数で除して算出する。

「(3c)：手術実施症例件数」は、外保連試案（第9.4版）において技術度が設定されている手術が実施された症例を対象とする。ただし、点数設定から同等の技術と考えられるものについても対象とする。

「(3A)：症例割合」は、特定内科診療の対象症例数をDPC算定病床の全患者総計で除して算出する。

「(3B)：DPC算定病床当たりの症例件数」は、特定内科診療の対象症例数をDPC算定病床数で除して算出する。

「(3C)：対象症例件数」は、特定内科診療の対象DPCコードと条件に一致する症例を対象とする。

（※）外保連手術指数の算出方法

外保連手術指数の集計においては、様式１に記載された手術のうち、複数の記載がある場合については、最も外保連手術指数が高い手術の指数に基づき評価する。外保連手術指数は、外保連試案（第9.4版）に記載されている、外科医師数を含めた時間当たりの人件費の相対値（下表参照。技術度B、外科医師数１人を１としてそれぞれ相対化。）に手術時間数を加味して各手術に重み付けし、集計対象手術それぞれについて合算し算出する。

【例】技術度D、外科医師数３、手術時間数３の手術は6.99×3=20.97

外科医師数	7	6	5	4	3	2	1
E	13.37	13.10	12.83	12.55	11.55	9.27	5.56
D	8.09	7.81	7.54	7.27	6.99	5.99	3.71
C			4.11	3.83	3.56	3.29	2.29
B				1.82	1.55	1.27	1.00

技術度、外科医師数、手術時間数はいずれも外保連試案の規定を採用。

- 外保連試案と結びつけられなかったKコード（医科点数表の手術コード）の手術については、医科点数表の点数設定を参考に、類似する手術が存在する場合には同じ技術度を付与する。それ以外のものについては集計の対象外とする。
- １つのKコードに複数の外保連試案コードが対応する場合は、外科医師数を最も重視する形で外保連手術指数を算出する。具体的には、次の順で対応する手術を１つに絞り、対応関係を作成する。
  １．外科医師数
  ２．技術度
  ３．手術時間数
- 内視鏡試案における評価は、「手技技術度」、「協力医師数＋１」、「施行時間」。

別表１　特定内科診療25疾患

疾患No.	疾患名	対象DPCコードと条件	ポイント
1	重症脳卒中（JCS30以上）	010040x199x$xx（入院時JCS30以上）（DPC外含） 010060x199$$$$（入院時JCS30以上） 010060x399$$$$（入院時JCS30以上）	出血と梗塞 JCS30以上
2	髄膜炎・脳炎	010080xx99xx（入院時JCS100以上、もしくは処置２ありのうちJ045$人工呼吸あり）	処置２（人工呼吸）
3	重症筋無力症クリーゼ	010130xx99x$xx（処置２あり／なし） （ICD　G700のみ）（DPC外含）	診断名（ICD10）で判断
4	てんかん重積状態	010230xx99x$$x（処置２・副傷病あり／なし） （ICD　G41$のみ）	診断名（ICD10）で判

			断
５	気管支喘息重症発作	040100xxxxx$xx（処置２あり）（J045$人工呼吸）（ICD J46、J45$のみ）	処置２（人工呼吸）
６	間質性肺炎	040110xxxxx$xx（処置２あり）（J045$人工呼吸）（ICD 絞りなし）	処置２（人工呼吸）
７	COPD急性増悪	040120xx99$1xx（処置２あり）（J045$人工呼吸）（DPC外含）	処置２（人工呼吸）
８	急性呼吸窮<促>迫症候群、ARDS	040250xx99x1xx（処置２あり）（PGI2ありの場合、J045$人工呼吸があれば可）	処置２（人工呼吸）
９	急性心筋梗塞	050030xx975$$x（処置１　５あり）（ICD　I21$のみ）	Kコードあり
10	急性心不全	050130xx99$$xx（処置２あり　E101SPECT・E100$シンチグラム・G005中心静脈注射のみ除く） 050130xx975$xx（処置１　５あり）	人工呼吸又は緊急透析 Kコードあり
11	解離性大動脈瘤	050161xx99$$xx（処置２あり　G005中心静脈注射のみ除く）（DPC外含）	処置２（人工呼吸・緊急透析）
12	肺塞栓症	050190xx975xxx（処置１　５あり）（ICD　I822を除く） 050190xx99x$xx（処置２あり　G005中心静脈注射のみ除く）（ICD　I822を除く）	処置２（人工呼吸・緊急透析） Kコードあり
13	劇症肝炎	060270xx$$x$xx（手術あり／なし）（処置２あり　G005中心静脈注射のみ除く）（ICD絞りなし）	処置２（人工呼吸、PMX等）
14	重症急性膵炎	060350xx$$$1x$（手術あり／なし）（処置２あり　G005中心静脈注射のみ除く）（ICD　K85$のみ）（DPC外含）	処置２（人工呼吸、CHDF等）
15	糖尿病性ケトアシドーシス	100040（DPC６桁全て）	診断名あれば全て
16	甲状腺クリーゼ	100140xx99x$$x（処置２あり／なし）（ICD　E055のみ）	診断名と手術なし
17	副腎クリーゼ	100202xxxxxx$x（ICD　E272のみ）	診断名あれば全て
18	難治性ネフローゼ症候群	110260xx99x$xx（処置２　あり／なし）（D412経皮的針生検又はD412-2経皮的腎生検法のいずれか一方が必須）	診断名、腎生検
19	急速進行性糸球体腎炎	110270xx99x$xx（処置２　あり／なし）（D412経皮的針生検又はD412-2経皮的腎生検法のいずれか一方が必須）（DPC外含）	診断名、腎生検

20	急性白血病	130010xx99x$xx（化学療法あり）（ICD　C910、C920、C950のみ） 130010xx97x$xx（化学療法あり）（ICD　C910、C920、C950のみ）	化学療法、実症例数
21	悪性リンパ腫	130020xx$$x$xx（化学療法あり）（ICD絞りなし）（DPC外含） 130030xx99x$xx（化学療法あり）（ICD絞りなし） 130030xx97x$$x（化学療法あり）（ICD絞りなし）（DPC外含）	化学療法、実症例数
22	再生不良性貧血	130080（DPC６桁全て）（ICD絞りなし）	実症例数
23	頸椎頸髄損傷	160870（DPC６桁全て）（リハビリ実施必須）（ICD絞りなし）	リハビリ
24	薬物中毒	161070xxxxx$xx（処置２あり　G005中心静脈注射のみ除く）（ICD絞りなし）（DPC外含）	処置２（人工呼吸器、PMX等）
25	敗血症性ショック	180010x$xxx3xx（処置２　３あり）（ICD絞りなし）（DPC外含）	処置２　３（PMX、CHDF）

【実績要件４】: 補正複雑性指数（DPC補正後）

全DPC対象病院データの平均在院日数より長い平均在院日数を持つDPCで、かつ、１日当たり包括範囲出来高実績点数が平均値より高いDPCについて算出した複雑性指数

② 基準値

各要件の基準値は、大学病院本院群の実績値を踏まえて以下のとおりとする。

<table>
<tr><th colspan="2">実績要件</th><th>令和6年度基準値</th></tr>
<tr><td colspan="2">【実績要件1】:診療密度
1日当たり包括範囲出来高平均点数
（全病院患者構成、後発医薬品補正）</td><td rowspan="2">外れ値を除外し最低値を設定
（具体的な数値は最終データの確定により設定）</td></tr>
<tr><td colspan="2">【実績要件2】:許可病床1床当たりの臨床研修医師数
（基幹型臨床研修病院における免許取得後2年目まで）</td></tr>
<tr><td colspan="3">【実績要件3】:医療技術の実施（6つのうち5つを満たす）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">外保連試案</td><td>(3a):手術実施症例1件当たりの外保連手術指数</td><td rowspan="3">外れ値を除外し最低値を設定
（具体的な数値は最終データの確定により設定）</td></tr>
<tr><td>(3b):DPC算定病床当たりの同指数</td></tr>
<tr><td>(3c):手術実施症例件数</td></tr>
</table>

特定内科診療	(3A):症例割合	
	(3B):DPC算定病床当たりの症例件数	
	(3C):対象症例件数	
【実績要件4】:補正複雑性指数(DPC補正後)		

（２）機能評価係数Ⅰ

従前の評価方法を維持し、改定に伴う必要な見直しを行う。

（３）機能評価係数Ⅱ

保険診療係数による評価は廃止し、一部の評価項目について体制評価指数での評価に移行する。救急医療係数については医療機関別係数における位置づけを見直す。既存の４つの評価項目（地域医療、効率性、複雑性、カバー率）について、項目間での重み付けは等分とした上で、評価項目の再編を踏まえ、地域医療係数において体制評価指数を重点評価するよう見直す。

効率性係数について、医療機関群ごとの評価とするとともに、評価手法について必要な見直しを行う。

地域医療指数における体制評価指数については、実績分布等を踏まえ、大学病院本院群及びDPC特定病院群における実績評価手法を見直すとともに、「感染症」の項目において、医療計画における取組等を踏まえ、評価内容を見直す。また、新たな評価項目として、「臓器提供の実施」、「医療の質向上に向けた取組」及び「医師少数地域への医師派遣機能」（大学病院本院群に限る。）を追加する。（別表２）

（４）救急補正係数

これまで機能評価係数Ⅱにおける評価項目であった救急医療係数について、評価の趣旨を踏まえ、医療機関別係数における評価項目としての位置づけを見直すとともに、名称を「救急補正係数」へ見直す。評価手法については、従前の考え方を維持し、機能評価係数Ⅱの各評価項目と重み付けは等分とする。

（５）激変緩和係数

従前の評価方法を維持し、診療報酬改定のある年度について、診療報酬改定等に伴う個別医療機関別係数の変動に関して、推計診療報酬変動率（出来高部分も含む。）がプラスマイナス２％を超えて変動しないよう、激変緩和係数を設定する（診療報酬改定のない年度の当該係数は０。）。

新たにDPC/PDPSに参加する医療機関のうち、診療報酬改定前の実績と比べて推計診療報酬変動率（出来高部分も含む。）が２％を超えて低く変動する医療機関については、当該医療機関の出来高実績

点数に代えて、当該医療機関が所属する医療機関群の平均的な医療機関別係数の値を用いて推計診療報酬変動率を算出（補正診療報酬変動率）し、補正診療報酬変動率がマイナス２％を超えて低く変動する場合のみ、補正診療報酬変動率がマイナス２％となるように措置を行う。

４．診断群分類の見直し

（１）診断群分類点数表の見直し

医療資源の同等性、臨床的類似性等の観点から、診断群分類及び診断群分類ごとの評価を見直す。点数設定にあたっては、データ数に係る基準を満たさない医療機関のデータを除外して算出する。

（２）点数設定方式Bで設定する診断群分類の見直し

入院初期の医療資源投入量の多い診断群分類が増加している実態を踏まえ、「入院期間Ⅰでの１日当たり包括範囲点数／１入院期間での１日当たり包括範囲点数」が1.17を超える分類について、点数設定方式Bにより設定する。

（３）点数設定方式Eの新設

より早期の退院への評価を充実化する観点から、入院期間Ⅰで入院基本料を除く１入院当たり包括範囲点数を支払う点数設定方式Eを新設し、一定程度標準化が進んでいると考えられる診断群分類の一部に適用する。

５．退院患者調査の見直し

データに基づく適切な入院医療の評価を行う観点から、調査項目を見直す。また、診断群分類の設定に必要と考えられる項目の追加や不要と考えられる項目の削除等、必要な見直しを行う。

６．その他

血友病等に使用する血液凝固因子製剤については、他疾患を主病とする場合の包括点数で十分な評価を得ることが困難であることから、包括対象外となっている。

現在、いわゆる「高額薬剤告示」において、「抗 TFPI モノクローナル抗体（コンシズマブ（遺伝子組換え））」を入院患者に対して使用する場合、当該患者は出来高により算定することとしているが、当該薬剤は血液凝固因子製剤と同様に血友病患者における出血傾向の抑制を目的とした効能・効果を有することから、当該薬剤については、包括対象外として取り扱うこととする。

別表２ 機能評価係数Ⅱの評価方法

＜機能評価係数Ⅱの具体的な評価内容（令和6年度）＞ **太字下線部**が見直し内容

＜項目＞	評価の考え方	評価指標（指数）
~~保険診療指数（廃止）~~	~~提出するデータの質や医療の透明化、保険診療の質的向上等、医療の質的な向上を目指す取組を評価原則として１点、右記の基準に該当した場合はそれぞれ加算又は減算~~	~~適切なDPCデータの作成~~ ~~・「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が10%以上の場合、0.05点減算する。~~ ~~・DPCデータの様式間の記載矛盾のあるデータの件数が全体の１%以上の場合、0.05点減算する。~~ ~~様式１の親様式・子様式間（データ属性等（郵便番号、性別、生年月日等）、様式１とEFファイル間（入院日数入院料の算定回数の矛盾）、様式４とEFファイル（医科保険情報と先進医療等情報の矛盾）、DファイルとEFファイル（記入されている入院料等の矛盾）~~ ~~・未コード化傷病名である傷病名の割合が２%以上の場合、0.05点減算する。（様式１で評価）~~ ~~・病院情報の公表：自院のホームページで公表した場合に0.05点加算する。~~ ~~・（保険診療への取組：令和６年度からの評価を検討）~~
地域医療指数	体制評価指数と定量評価指数で（評価シェアは、~~１：１７：５~~）構成	体制評価指数： **５疾病５事業等における急性期入院医療５疾病６事業等を含む医療提供体制における役割や実績**を評価（別頁に詳細を記載） 定量評価指数： 〔当該医療機関の所属地域における担当患者数〕／〔当該医療機関の所属地域における発生患者数〕を１）小児（15歳未満）と２）それ以外（15歳以上）に分けてそれぞれ評価（１：１）。 DPC標準病院群は２次医療圏、大学病院本院群及びDPC特定病院群は３次医療圏のDPC対象病院に入院した患者を対象とする。

評価対象：令和４年 10 月１日～令和５年９月 30 日データ

~~**※　診療実績に基づく指数については、新型コロナウイルス感染症に係る臨時的な取扱いを講ずる。**~~

＜項目＞	評価の考え方	評価指標（指数）
効率性指数	各医療機関における在院日数短縮の努力を評価	~~〔全DPC/PDPS対象病院の平均在院日数〕／〔当該医療機関の患者構成が、全DPC/PDPS対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数〕~~ **〔全DPC/PDPS対象病院の患者構成が、当該医療機関と同じと仮定した場合の平均在院日数〕／〔当該医療機関の平均在院日数〕** ※　当該医療機関において、12症例（１症例／月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※　包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。
複雑性指数	１入院当たり医療資源投入の観点から見た患者構成への評価	〔当該医療機関の包括範囲出来高点数（１入院当たり）を、包括対象の診断群分類ごとに全病院の平均包括範囲出来高点数に置き換えた点数〕／〔全病院の平均１入院当たり包括点数〕 ※　当該医療機関において、12症例（１症例／月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※　包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。
カバー率指数	様々な疾患に対応できる総合的な体制について評価	〔当該医療機関で一定症例数以上算定しているDPC数〕／〔全DPC数〕 ※　当該医療機関において、12症例（１症例／月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※　全て（包括評価の対象・対象外の両方を含む）の支払分類を計算対象とする。
救急医療指数（位置づけの見直し） ※救急補正係数として評価	救急医療入院の対象となる患者治療に要する資源投入量の乖離を評価	１症例当たり〔以下の患者について、入院後２日間までの包括範囲出来高点数（出来高診療実績）と診断群分類点数表の設定点数との差額の総和〕※救急医療管理加算２相当の指数値は１／２ 【「A205救急医療管理加算」の施設基準を取得している施設】 「救急医療入院」かつ以下のいずれかを入院初日から算定している患者 「A205救急医療管理加算」、「A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料」、「A300救命救急入院料」、「A301-4小児特定集中治療室管理料」、「A301特定集中治療室管理料」、「A302新生児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」「A303総合周産期特定集中治療室管理料」 【「A205救急医療管理加算」の施設基準を取得していない施設】 「救急医療入院」の患者

＜地域医療指数・体制評価指数の具体的な評価内容（令和6年度）＞ **太字下線部**が見直し内容

<table>
<tr><th>評価項目</th><th>概要</th><th>DPC標準病院群</th><th>大学病院本院群</th><th>DPC特定病院群</th></tr>
<tr><td rowspan="2">がん</td><td>がんの地域連携体制への評価（0.5P）</td><td colspan="3">退院患者の〔「B005-6 がん治療連携計画策定料」を算定した患者数〕／〔医療資源病名が悪性腫瘍に関連する病名である患者数〕</td></tr>
<tr><td>医療機関群ごとにがん診療連携拠点病院等の体制への評価（0.5P）</td><td>「がん診療連携拠点病院の指定」、「小児がん拠点病院の指定」、「地域がん診療病院」、「特定領域がん診療連携拠点病院」（いずれかで 0.5P）</td><td colspan="2">「都道府県がん診療連携拠点の指定」又は「小児がん拠点病院の指定」（0.5P）
「地域がん診療連携拠点病院の指定」（0.25P）</td></tr>
<tr><td>脳卒中</td><td>脳卒中の急性期の診療実績への評価</td><td colspan="3">・t-PA 療法の実施を評価（0.25P）
・A205-2 超急性期脳卒中加算の算定実績又は血管内治療の実施実績を評価（0.5P）
・A205-2 超急性期脳卒中加算の算定実績及び血管内治療の実施実績を評価（１P）
（血管内治療の実施：入院２日目までに K178-31,K178-32,K178-4 のいずれかが算定されている症例の診療実績）
※　いずれかの最大値で評価。</td></tr>
</table>

評価項目	概要	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
心筋梗塞等の心血管疾患	緊急時の心筋梗塞のPCIや外科治療の実績（0.5P）	医療資源を最も投入した傷病名が「急性心筋梗塞」であり、予定外の入院であって手術に係る時間外対応加算（特例を含む）・休日加算・深夜加算が算定され、入院２日目までに経皮的冠動脈形成術等（K546、K547、K548、K549、K550、K550-2、K551、K552、K552-2）のいずれかが算定されている症例の診療実績により評価		
	急性大動脈解離の手術実績（0.5P）	入院中にK5601,K5602,K5603,K5604,K5605,K560-21,K560-22,K560-23,K5612 ｲ のいずれかが算定されている症例の診療実績により評価		
精神疾患	精神科入院医療への評価	A230-3精神科身体合併症管理加算の算定実績（0.5P） A311-3精神科救急・合併症入院料の１件以上の算定実績（１P）		
災害	災害時における医療への体制を評価	・災害拠点病院の指定（0.5P） ・DMATの指定（0.25P） ・EMISへの参加（0.25P） ・BCPの策定（災害拠点病院に指定されている場合を除く）（0.25P）		
周産期	周産期医療への体制を評価	「総合周産期母子医療センターの指定」、「地域周産期母子医療センターの指定」を評価（いずれかで１P）	・「総合周産期母子医療センターの指定」を重点的に評価（１P） ・「地域周産期母子医療センターの指定」は0.5P	
へき地	へき地の医療への体制を評価	・「へき地医療拠点病院の指定かつ巡回診療、医師派遣、代診医派遣を合算で年12回以上実施していること」又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていることを評価（いずれかで１P） ・「へき地医療拠点病院の指定（巡回診療、医師派遣、代診医派遣を合算で年12回以上実施している場合を除く）」を評価（0.5P）		

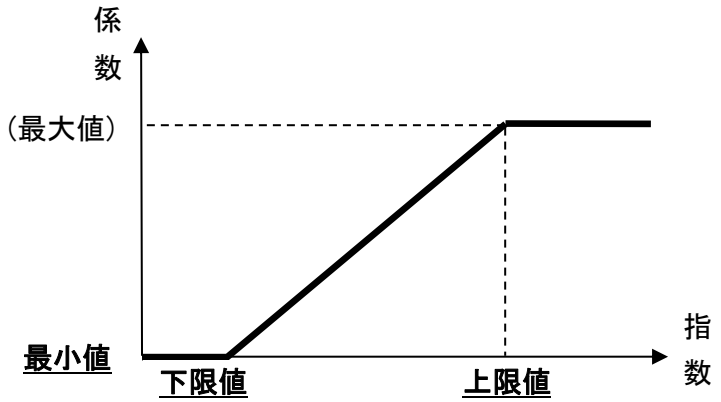
評価項目	概要	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
救急	医療計画上の体制及び救急医療の実績を評価	二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設又は救命救急センターを評価(0.1P)	・救命救急センター（0.5P） ・二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設（0.1P）	
		上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数（最大0.9P）	上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数（救急医療入院に限る）（最大0.5P）	
感染症	新興感染症等に係る医療への体制を評価	・新型インフルエンザ患者入院医療機関に該当（0.25P）**（令和６年度で終了）** ・新型コロナウイルス感染症に係る病床確保を行っていること（0.25P）**（令和６年度で終了）** ※　上記のいずれも満たした場合0.75P**（令和６年度で終了）** ・GMISへの参加（日次調査への年間の参加割合を線形で評価）（最大0.25P）**（令和６年度で終了）** **・第一種協定指定医療機関に該当（0.5P）（令和７年度以降の評価）** **・流行初期医療確保措置の対象となる協定の締結（入院に係るものに限る）（0.5P）（令和７年度以降の評価）**		
治験等の実施	**治験や臨床研究等の実績を評価**	右記のいずれか１項目を満たした場合１P	治験等の実施 ・過去３カ年において、主導的に実施した医師主導治験が８件以上、又は主導的に実施した医師主導治験が４件以上かつ主導的に実施した臨床研究実績が40件以上（１P） ・20例以上の治験（※）の実施、10例以上の先進医療の実施又は10例以上の患者申出療養の実施(0.5P) （※）協力施設としての治験の実施を含む。	

評価項目	概要	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
臓器提供の実施	**法的脳死判定後の臓器提供に係る実績を評価**	**・過去３カ年において、法的脳死判定後の臓器提供の実績が１件以上（１P）**	**・過去３カ年において、法的脳死判定後の臓器提供の実績が２件以上（１P） ・過去３カ年において、法的脳死判定後の臓器提供の実績が１件以上（0.5P）**	
医療の質向上に向けた取組	**医療の質に係るデータの提出や病院情報等の公開を評価**	**・医療の質指標に係るDPCデータの提出（0.5P）（令和７年度以降の評価） ・病院情報の自院のホームページでの公表（0.25P）（※） ・医療の質指標の自院のホームページでの公表（0.25P）（令和７年度以降の評価） （※）令和６年度は１Pとして評価**		
医師少数地域への医師派遣機能	**医師派遣による地域医療体制維持への貢献を評価**	（評価は行わない）	**・「医師少数区域」へ常勤医師として半年以上派遣している医師数（当該病院に３年以上在籍しているものに限る。）（１P）**	（評価は行わない）

地域医療計画等における一定の役割を 12 項目**（大学病院本院群にあっては 13 項目）**で評価
（１項目最大１P、上限は大学病院本院群：11P、DPC特定病院群：10P、DPC標準病院群：８P）

＜評価定義域の下限値・上限値及び評価値域の最小値＞

具体的な設定	指数		係数	評価の考え方
	上限値	下限値	最小値	
保険診療	**（固定の係数値のため設定なし。）**			**群ごとに評価**
効率性	97.5%tile 値	2.5%tile 値(※１)	0	**全群共通で群ごとに**評価
複雑性	97.5%tile 値	2.5%tile 値	0	群ごとに評価
カバー率	1.0	0	0	群ごとに評価
地域医療（定量）	1.0	0	0	群ごとに評価
（体制）	1.0	0	0	
救急医療救急補正	97.5%tile 値	0（※２）	0	全群共通で評価



（※１）在院日数短縮の評価という趣旨から全群共通の下限値を設定　　（※２）報酬差額の評価という趣旨から設定

＜地域医療指数・体制評価指数のうち実績評価を加味する項目＞

○　がん地域連携体制への評価、緊急時の心筋梗塞の PCI や外科治療の実績、精神科身体合併症管理加算の算定実績、救急車来院による入院患者数、GMIS への参加**、「医師少数区域」への派遣医師数**

・　特に規定する場合を除き、下限値は０ポイント（指数）、実績を有するデータ（評価指標が０でないデータ）の 25%tile 値**（大学病院本院群及び DPC 特定病院群にあっては 50%tile 値）**を各項目の上限値とする。

○　脳卒中、急性大動脈解離に対する手術実績

・　実績を有するデータ（評価指標が０でないデータ）の 25%tile 値**（大学病院本院群及び DPC 特定病院群にあっては 50%tile 値）**を満たす場合は、各項目の上限値又は条件を満たすとする。25%tile 値**（大学病院本院群及び DPC 特定病院群にあっては 50%tile 値）**に満たない場合は、０ポイント（指数）又は条件を満たさないとする。

㉓　血友病患者の治療の評価の見直し

第１　基本的な考え方

血友病患者における治療の選択肢を拡げる観点から、薬剤料を包括している入院料等について、血友病治療薬に係る薬剤料の取扱いを見直す。

第２　具体的な内容

１．療養病棟入院基本料及び特定入院料等の薬剤費を包括している入院料等について、血友病治療薬に係る薬剤料の包括範囲を見直す。

２．介護老人保健施設及び介護医療院で薬剤の費用が医療保険からの給付となっている血友病治療薬の対象範囲を見直す。

改　定　案	現　　行
［施設基準］ 別表第五の一の二　特定入院基本料、療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料の注６及び注 12 の点数並びに有床診療所療養病床入院基本料に含まれない除外薬剤・注射薬並びに特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、認知症治療病棟入院料及び特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の除外薬剤・注射薬 （中略） 血友病の患者に使用する医薬品（血友病患者における出血傾向の抑制の効能又は効果を有するものに限る。） ※　別表五の一の三、別表五の一の四、別表五の一の五についても同様。 第十六　介護老人保健施設入所者に	［施設基準］ 別表第五の一の二　特定入院基本料、療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料の注６及び注 12 の点数並びに有床診療所療養病床入院基本料に含まれない除外薬剤・注射薬並びに特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、認知症治療病棟入院料及び特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の除外薬剤・注射薬 （中略） 血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体 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 一～二　（略） 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等の費用 （中略） 血友病の患者に使用する医薬品（血友病患者における出血傾向の抑制の効能又は効果を有するものに限る。）	ついて算定できない検査等 一～二　（略） 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等の費用 （中略） 血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂（う）回活性複合体の費用

①　生活習慣病に係る医学管理料の見直し

第１　基本的な考え方

生活習慣病に対する質の高い疾病管理を推進する観点から、生活習慣病管理料について要件及び評価を見直すとともに、特定疾患療養管理料について対象患者を見直す。

第２　具体的な内容

１．生活習慣病管理料の評価及び要件について、以下のとおり見直すとともに、名称を生活習慣病管理料（Ⅰ）とする。

（１）生活習慣病管理料における療養計画書を簡素化するとともに、令和７年から運用開始される予定の電子カルテ情報共有サービスを活用する場合、血液検査項目についての記載を不要とする。あわせて、療養計画書について、患者の求めに応じて、電子カルテ情報共有サービスにおける患者サマリーに、療養計画書の記載事項を入力した場合、療養計画書の作成及び交付をしているものとみなす。

（２）診療ガイドライン等を参考として疾病管理を行うことを要件とする。

（３）生活習慣病の診療の実態を踏まえ、少なくとも１月に１回以上の総合的な治療管理を行う要件を廃止する。

（４）歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等の多職種と連携することを望ましい要件とするとともに、糖尿病患者に対して歯科受診を推奨することを要件とする。

改　定　案	現　　行
【生活習慣病管理料（Ⅰ）】 ［算定要件］ Ｂ００１―３　生活習慣病管理料（Ⅰ） １　脂質異常症を主病とする場合 ●●点 ２　高血圧症を主病とする場合 ●●点 ３　糖尿病を主病とする場合 ●●点 注１　別に厚生労働大臣が定める施	【生活習慣病管理料】 ［算定要件］ Ｂ００１―３　生活習慣病管理料 １　脂質異常症を主病とする場合 570 点 ２　高血圧症を主病とする場合 620 点 ３　糖尿病を主病とする場合 720 点 注１　保険医療機関（許可病床数

設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月１回に限り算定する。ただし糖尿病を主病とする場合にあっては、区分番号Ｃ１０１に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。	が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月１回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合にあっては、区分番号Ｃ１０１に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。
２　生活習慣病管理を受けている患者に対して行った区分番号Ａ００１の注８に掲げる医学管理、第２章第１部医学管理等（区分番号Ｂ００１の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号Ｂ００１の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号Ｂ００１の24に掲げる外来緩和ケア管理料、区分番号Ｂ００１の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料及び区分番号Ｂ●●に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料を除く。）、第３部検査、第６部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料（Ⅰ）に含まれるものとする。	２　生活習慣病管理を受けている患者に対して行った第２章第１部医学管理等（区分番号Ｂ００１の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号Ｂ００１の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号Ｂ００１の24に掲げる外来緩和ケア管理料及び区分番号Ｂ００１の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料を除く。）、第３部検査、第６部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。
３・４　（略）	３・４　（略）
５　生活習慣病管理料（Ⅱ）を算定した日の属する月から起算して６月以内の期間においては、生活習慣病管理料（Ⅰ）は、算定できない。	（新設）

(1)　生活習慣病管理料(Ⅰ)は、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者の治療においては生活習慣に関する総合的な治療管理が重要であることから設定されたものであり、治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、飲酒及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、許可病床数が 200 床未満の病院及び診療所である保険医療機関において算定する。この場合において、当該治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、薬剤師、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましい。なお、区分番号「Ａ０００」初診料を算定した日の属する月においては、本管理料は算定しない。	(1)　生活習慣病管理料は、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者の治療においては生活習慣に関する総合的な治療管理が重要であることから設定されたものであり、治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、飲酒及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、許可病床数が 200 床未満の病院及び診療所である保険医療機関において算定する。この場合において、当該治療計画に基づく総合的な治療管理は、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施しても差し支えない。なお、区分番号「Ａ０００」初診料を算定した日の属する月においては、本管理料は算定しない。
(2)　生活習慣病管理料(Ⅰ)は、服薬、運動、休養、栄養、喫煙及び飲酒等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、患者に対して療養計画書（療養計画書の様式は、別紙様式９又はこれに準じた様式とする。）により丁寧に説明を行い、患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受けた場合に算定できるものである。また、交付した療養計画書の写しは診療録に添付しておくものとする。なお、療養計画書は、当該患者の治療管理において必要な項目のみを記載することで差し支えないが、糖尿病の患者については血糖値及びＨｂＡ１ｃの値を、高血圧症の患者については血圧の値を必ず記載すること。なお、血液検査結果を療養計画書とは別に	(2) 生活習慣病管理料は、服薬、運動、休養、栄養、喫煙及び飲酒等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、患者に対して療養計画書（療養計画書の様式は、別紙様式９又はこれに準じた様式とする。）により丁寧に説明を行い、患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受けた場合に算定できるものである。また、交付した療養計画書の写しは診療録に添付しておくものとする。なお、療養計画書は、当該患者の治療管理において必要な項目のみを記載することで差し支えないが、糖尿病の患者については血糖値及びＨｂＡ１ｃの値を、高血圧症の患者については血圧の値を必ず記載すること。

手交している場合又は患者の求めに応じて、電子カルテ情報共有サービスを活用して共有している場合であって、その旨を診療録に記載している場合は、療養計画書の血液検査項目についての記載を不要とする。	
(3)　生活習慣病管理料(Ⅰ)については、当該患者の診療に際して行った「Ａ００１」の注８に掲げる医学管理、第２章第１部医学管理等（「Ｂ００１」の「20」糖尿病合併症管理料、同「22」がん性疼痛緩和指導管理料、同「24」外来緩和ケア管理料、同「27」糖尿病透析予防指導管理料及び同「●●」腎臓病透析予防指導管理料を除く。)、第３部検査、第６部注射及び第 13 部病理診断の費用は全て所定点数に含まれる。	(3)　当該患者の診療に際して行った第１部医学管理等（「Ｂ００１」の「20」糖尿病合併症管理料、同「22」がん性疼痛緩和指導管理料、同「24」外来緩和ケア管理料及び同「27」糖尿病透析予防指導管理料を除く。)、第３部検査、第６部注射及び第 13 部病理診断の費用は全て所定点数に含まれる。
（削除）	(4)　生活習慣病管理料を算定している患者に対しては、少なくとも１月に１回以上の総合的な治療管理が行われなければならない。
(4)　生活習慣病管理料を算定する月においては、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、飲酒、特定健診・特定保健指導に係る情報提供及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理に係る療養計画書（療養計画書の様式は、別紙様式９の２又はこれに準じた様式とする。）を交付するものとするが、当該療養計画書の内容に変更がない場合はこの限りでない。ただし、その場合においても、患者又はその家族等から求めがあった場合にも交付するものとするとともに、概ね４月に１回以上は交付するものとする。なお、交付した当該療養計画書の写しは診療録に添付しておく	(5)　生活習慣病管理料を算定する月においては、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、飲酒、特定健診・特定保健指導に係る情報提供及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理に係る療養計画書（療養計画書の様式は、別紙様式９の２又はこれに準じた様式とする。）を交付するものとするが、当該療養計画書の内容に変更がない場合はこの限りでない。ただし、その場合においても４月に１回以上は交付するものとする。なお、交付した当該療養計画書の写しは診療録に添付しておくものとする。

ものとする。	
(5)　(2)及び(4)について、患者の求めに応じて、電子カルテ情報共有サービスにおける患者サマリーに、療養計画書での記載事項を入力し、診療録にその記録及び患者の同意を得た旨を残している場合は、療養計画書の作成及び交付をしているものとみなすものとする。ただし、この場合においても、(2)のとおり、生活習慣病管理料(Ⅰ)を算定するにあたっては、服薬、運動、休養、栄養、喫煙及び飲酒等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、丁寧に説明を行い、患者の同意を得ることとする。	（新設）
（削除）	(6)　当該月に生活習慣病管理料を算定した患者の病状の悪化等の場合には、翌月に生活習慣病管理料を算定しないことができる。
(6)・(7)　（略）	(7)・(8)　（略）
(8)　学会等の診療ガイドライン等や診療データベース等の診療支援情報を参考にする。	(9)　学会等の診療ガイドライン等や診療データベース等の診療支援情報を、必要に応じて、参考にする。
(9)　患者の状態に応じ、28日以上の長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示するとともに、患者から求められた場合に適切に対応すること。	(新設)
(10)　（略）	(10)　（略）
(11)　糖尿病の患者については、患者の状態に応じて、年１回程度眼科の医師の診察を受けるよう指導を行うこと。また、糖尿病の患者について、歯周病の診断と治療のため、歯科受診の推奨を行うこと。	(11)　糖尿病の患者については、患者の状態に応じて、年１回程度眼科の医師の診察を受けるよう指導を行うこと。
(12)～(14)　（略）	(12)～(14)　（略）

[施設基準] 四の九　生活習慣病管理料（Ⅰ）の施設基準 (1)　生活習慣病管理料（Ⅰ）の注１に規定する施設基準 生活習慣病管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。 (2)　生活習慣病管理料（Ⅰ）の注４に規定する施設基準 イ　外来患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されていること。 ロ　データ提出加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。	[施設基準] 四の九　生活習慣病管理料の注４に規定する施設基準 （新設） (1)　外来患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されていること。 (2)　データ提出加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。
第６の９　生活習慣病管理料 １　生活習慣病管理料（Ⅰ）の注１に規定する施設基準 (1)　患者の状態に応じ、28 日以上の長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示すること。 (2)　治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましいこと。 ２～４　（略）	第６の９　生活習慣病管理料 （新設） １～３　（略）

２．検査等を包括しない生活習慣病管理料（Ⅱ）を新設する。

（新）　生活習慣病管理料(Ⅱ)　●●点

[算定要件]

（１）別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可

病床数が●●床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月●回に限り算定する。

（２）生活習慣病管理を受けている患者に対して行った区分番号Ａ００１の注８に掲げる医学管理及び第２章第１部医学管理等（区分番号Ｂ００１の 20 に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号Ｂ００１の 22 に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号Ｂ００１の 24 に掲げる外来緩和ケア管理料、区分番号Ｂ００１の 27 に掲げる糖尿病透析予防指導管理料及び区分番号Ｂ●●に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料を除く。）の費用は、生活習慣病管理料（Ⅱ）に含まれるものとする。

（３）生活習慣病管理料（Ⅰ）を算定した日の属する月から起算して●月以内の期間においては、生活習慣病管理料（Ⅱ）は算定できない。

［施設基準］

（１）生活習慣病管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

（２）患者の状態に応じ、28 日以上の長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示すること。

（３）治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましいこと。

（新）　血糖自己測定指導加算　●●点

［算定要件］

糖尿病を主病とする患者（２型糖尿病の患者であってインスリン製剤を使用していないものに限る。）に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行った場合は、血糖自己測定指導加算として、年●回に限り所定点数に●●点を加算する。

（新）　外来データ提出加算　●●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、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、生活習慣病の治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、外来データ提出加算として、●●点を所定点数に加算する。

［施設基準］
（１）外来患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されていること。
（２）データ提出加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。

３．特定疾患療養管理料の対象疾患から、生活習慣病である、糖尿病、脂質異常症及び高血圧を除外する。
（※１）　処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算についても同様。
（※２）　糖尿病が対象疾患から除外されたことに伴い、糖尿病透析予防指導管理料における算定要件「注３」を削除する。

改　定　案	現　　行
【特定疾患療養管理料】 ［施設基準］ 別表第一　特定疾患療養管理料並びに処方料並びに処方箋料の特定疾患処方管理加算１及び特定疾患処方管理加算２に規定する疾患 結核 悪性新生物 甲状腺障害 処置後甲状腺機能低下症 （削除） スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害 ムコ脂質症 リポ蛋白代謝障害及びその他の脂（質）血症（家族性高コレステロール血症等の遺伝性疾患に限る。） リポジストロフィー ローノア・ベンソード腺脂肪腫症 （削除） 虚血性心疾患 （中略）	【特定疾患療養管理料】 ［施設基準］ 別表第一　特定疾患療養管理料並びに処方料並びに処方箋料の特定疾患処方管理加算１及び特定疾患処方管理加算２に規定する疾患 結核 悪性新生物 甲状腺障害 処置後甲状腺機能低下症 糖尿病 スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害 ムコ脂質症 リポ蛋白代謝障害及びその他の脂（質）血症 リポジストロフィー ローノア・ベンソード腺脂肪腫症 高血圧性疾患 虚血性心疾患 （中略）

②　特定疾患処方管理加算の見直し

第１　基本的な考え方

リフィル処方箋による処方及び長期処方の活用並びに医療 DX の活用による効率的な医薬品情報の管理を適切に推進する観点から、特定疾患処方管理加算について、要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算について、特定疾患処方管理加算１を廃止するとともに、特定疾患処方管理加算２の評価を見直す。また、特定疾患処方管理加算２について、リフィル処方箋を発行した場合も算定を可能とする。

改　定　案	現　　行
【処方料】 ［算定要件］ （削除）	【処方料】 ［算定要件］ 注５　診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算１として、月２回に限り、１処方につき18点を所定点数に加算する。
５　診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上の処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算として、月１回に限り、１処方につき●●点を所定点数に加算する。	６　診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上の処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算２として、月１回に限り、１処方につき66点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一月に特定疾患処方管理

	加算１は算定できない。
６～８　（略）	７～９　（略）
【処方箋料】 ［算定要件］ （削除）	【処方箋料】 ［算定要件］ ４　診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方箋を交付した場合は、特定疾患処方管理加算１として、月２回に限り、処方箋の交付１回につき18点を所定点数に加算する。
４　診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上の処方（リフィル処方箋の複数回の使用による合計の処方期間が28日以上の処方を含む。）を行った場合は、特定疾患処方管理加算として、月●回に限り、１処方につき●●点を所定点数に加算する。	５　診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上の処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算２として、月１回に限り、１処方につき66点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一月に特定疾患処方管理加算１は算定できない。
【処方料及び処方箋料】 ［施設基準］ 一の二　処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算１及び特定疾患処方管理加算２に規定する疾患 (1)　医科点数表の処方料並びに処方箋料の特定疾患処方管理加算に規定する疾患 分類表に規定する疾病のうち別表第一に掲げる疾病 (2)　歯科点数表の処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算に規定する疾患 分類表に規定する疾病のう	【処方料及び処方箋料】 ［施設基準］ 一の二　処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算１及び特定疾患処方管理加算２に規定する疾患 (1)　医科点数表の処方料並びに処方箋料の特定疾患処方管理加算１及び特定疾患処方管理加算２に規定する疾患 分類表に規定する疾病のうち別表第一に掲げる疾病 (2)　歯科点数表の処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算１及び特定疾患処方管理加算２に規定する疾患 分類表に規定する疾病のう

ち別表第四に掲げる疾病 別表第一　特定疾患療養管理料並びに処方料並びに処方箋料の特定疾患処方管理加算に規定する疾患 （中略）	ち別表第四に掲げる疾病 別表第一　特定疾患療養管理料並びに処方料並びに処方箋料の特定疾患処方管理加算１及び特定疾患処方管理加算２に規定する疾患 （中略）

③　地域包括診療料等の見直し

第１　基本的な考え方

かかりつけ医機能の評価である地域包括診療料等について、かかりつけ医と介護支援専門員との連携の強化、かかりつけ医の認知症対応力向上、リフィル処方及び長期処方の活用、適切な意思決定支援及び医療 DX を推進する観点から、要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．地域包括診療料等の算定要件に、介護支援専門員及び相談支援員との相談に応じること等を追加する。また、担当医のサービス担当者会議への参加実績、担当医の地域ケア会議への参加実績又は保険医療機関において介護支援専門員と対面若しくは ICT 等での相談の機会を設けていることを施設基準に追加する。

２．担当医が認知症に係る適切な研修を修了していることが望ましいことを、地域包括診療料等の要件に追加する。

３．市区町村が実施する認知症施策に協力している実績があることを、地域包括診療料等の要件に追加する。

４．患者の状況等に合わせて医師の判断により、リフィル処方や長期処方に対応可能であることを、患者に周知することを、地域包括診療料等の要件に追加する。

５.「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の作成を、地域包括診療料等の要件に追加する。

６．患者やその家族からの求めに応じ、文書を用いた適切な説明を行うことが望ましいことを要件に追加するとともに、文書の交付について、電子カルテ情報共有システムにおける患者サマリーの入力に代えることができることとする。

改　定　案	現　　行
【地域包括診療料】 ［算定要件］ ⑷ 患者又はその家族からの求めに	【地域包括診療料】 ［算定要件］ （新設）

応じ、疾患名、治療計画等についての文書を交付し、適切な説明を行うことが望ましい。その際、文書の交付については電子カルテ情報共有システムにおける患者サマリーに入力し、診療録にその記録及び患者の同意を得た旨を残している場合は、文書を交付しているものとみなすものとする。	
(5)・(6) （略）	(4)・(5) （略）
(7) 当該保険医療機関に通院する患者について、介護保険法第７条第５項に規定する介護支援専門員及び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計画相談支援の事業の人員及び運営に関する基準（平成24年厚生労働省令第28号）第３条第１項に規定する相談支援専門員からの相談に適切に対応するとともに、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示すること。	（新設）
(8) 患者の状態に応じ、28日以上の長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示するとともに、患者から求められた場合に適切に対応すること。	
(9) (7)及び(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。	（新設）
(10)～(12) （略）	(6)～(8) （略）
［施設基準］ 四の八 地域包括診療料の施設基準 (1) 地域包括診療料１の施設基準 イ・ロ （略） ハ 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。 ニ 地域包括診療加算の届出を行っ	［施設基準］ 四の八 地域包括診療料の施設基準 (1) 地域包括診療料１の施設基準 イ・ロ （略） （新設） ハ 地域包括診療加算の届出を行っ

ていないこと。 (2) 地域包括診療料２の施設基準 (1)のイ、ハ及び二を満たすものであること。	ていないこと。 (2) 地域包括診療料２の施設基準 (1)のイ及びハを満たすものであること。
1　地域包括診療料１に関する施設基準 (1)から(10)までの基準を全て満たしていること。 (1) （略） (2) 当該保険医療機関に、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師（以下この区分において「担当医」という。）を配置していること。また、担当医は認知症に係る適切な研修を修了していることが望ましい。 (3) 次に掲げる事項を院内掲示していること。 ア　健康相談及び予防接種に係る相談を実施していること。 イ　当該保険医療機関に通院する患者について、介護支援専門員及び相談支援専門員からの相談に適切に対応することが可能であること。 ウ　患者の状態に応じ、30日以上の長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であること。 (4) (3)のア、イ及びウ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。 (5)～(6) （略） (7) 介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示し、かつ、要介護認定に係る主治医意見書を作成しているとともに、以下のいずれか一つを満たしていること。	1　地域包括診療料１に関する施設基準 (1)から(8)までの基準を全て満たしていること。 (1) （略） (2) 当該医療機関に、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師（以下この区分において「担当医」という。）を配置していること。 (3) 健康相談及び予防接種に係る相談を実施している旨を院内掲示していること。 （新設） (4)～(5) （略） (6) 介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示し、かつ、要介護認定に係る主治医意見書を作成しているとともに、以下のいずれか一つを満たしていること。

ア～ケ（略） コ　担当医が、「認知症初期集中支援チーム」等、市区町村が実施する認知症施策に協力している実績があること。	ア～ケ（略） （新設）
(8)（略）	(7)（略）
(9) 以下のア～ウのいずれかを満たすこと。 ア　担当医が、指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第38号）第13条第９号に規定するサービス担当者会議に参加した実績があること。 イ　担当医が、地域ケア会議に出席した実績があること。 ウ　当該保険医療機関において、介護支援専門員と対面あるいはICT等を用いた相談の機会を設けていること。なお、対面で相談できる体制を構築していることが望ましい。	（新設）
(10)（略）	(8)（略）
(11) 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）
２　地域包括診療料２に関する施設基準 １の(1)から(9)まで及び(11)の基準を全て満たしていること。	２　地域包括診療料２に関する施設基準 １の(1)から(7)までの基準を全て満たしていること。
※　地域包括診療加算、認知症地域包括診療料、認知症地域包括診療加算についても同様。	

［経過措置］

（１）地域包括診療料等の施設基準については、令和６年３月 31 日において現に届出を行っている保険医療機関については､同年●月●日までの間に限り、なお従前の例による。

（２）令和●年●月●日までの間に限り、１の（４）を満たすものとする。

７．上記の見直し及び処方等に係る評価体系の見直し等を踏まえ、地域包括診療加算等の評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【再診料】 注12　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）又は認知症のうち２以上の疾患を有する患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、地域包括診療加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ　地域包括診療加算１　●●点 ロ　地域包括診療加算２　●●点 13　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）において、認知症の患者（認知症以外に１以上の疾患（疑いのものを除く。）を有するものであって、１処方につき５種類を超える内服薬の投薬を行った場合及び１処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬又は睡眠薬を合わせて３種類を超えて投薬を行った場合のいずれにも該当しないものに限る。）に対して、当該患者又はその家族等の同意を得	【再診料】 注12　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）又は認知症のうち２以上の疾患を有する患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、地域包括診療加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ　地域包括診療加算１　25点 ロ　地域包括診療加算２　18点 13　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）において、認知症の患者（認知症以外に１以上の疾患（疑いのものを除く。）を有するものであって、１処方につき５種類を超える内服薬の投薬を行った場合及び１処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬又は睡眠薬を合わせて３種類を超えて投薬を行った場合のいずれにも該当しないものに限る。）に対して、当該患者又はその家族等の同意を得

て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、認知症地域包括診療加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ　認知症地域包括診療加算１ ●●点 ロ　認知症地域包括診療加算２ ●●点	て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、認知症地域包括診療加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ　認知症地域包括診療加算１ 35点 ロ　認知症地域包括診療加算２ 28点
【地域包括診療料】 １　地域包括診療料１　●●点 ２　地域包括診療料２　●●点	【地域包括診療料】 １　地域包括診療料１　1,660点 ２　地域包括診療料２　1,600点
【認知症地域包括診療料】 １　認知症地域包括診療料１ ●●点 ２　認知症地域包括診療料２ ●●点	【認知症地域包括診療料】 １　認知症地域包括診療料１ 1,681点 ２　認知症地域包括診療料２ 1,613点

【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】

①　感染対策向上加算の見直し

第１　基本的な考え方

新興感染症発生・まん延時への備えを評価するとともに、感染対策における介護保険施設等との連携を推進する観点から、感染対策向上加算について、要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．感染対策向上加算１～３の施設基準における新興感染症発生時の対応に係る要件について、第８次医療計画における協定締結の類型に合わせた見直しを行う。

２．感染対策向上加算１における感染制御チームの医師又は看護師の専従要件について、連携する介護保険施設等に対する感染対策に関する助言の必要性を踏まえた見直しを行う。また、介護保険施設等から依頼のあった場合に、現地に赴いての感染対策に関する助言を行うこと及び院内研修を合同で開催することが望ましいことを要件に追加する。

改　定　案	現　　行
【感染対策向上加算】	【感染対策向上加算】
［施設基準］	［施設基準］
二十九の二　感染対策向上加算の施設基準等	二十九の二　感染対策向上加算の施設基準等
(1) 感染対策向上加算１の施設基準	(1) 感染対策向上加算１の施設基準
イ～ハ　（略）	イ～ハ　（略）
ニ　感染防止対策につき、感染対策向上加算２又は感染対策向上加算３に係る届出を行っている保険医療機関等と連携していること。	ニ　感染防止対策につき、感染対策向上加算２又は感染対策向上加算３に係る届出を行っている保険医療機関等と連携していること。
ホ　介護保険施設等又は指定障害者支援施設等と協力が可能な体制をとっていること。	（新設）
ヘ・ト　（略）	ホ・ヘ　（略）
(2) 感染対策向上加算２の施設基準	(2) 感染対策向上加算２の施設基準

イ～ニ　（略） ホ　(1)のホを満たしていること。 (3) 感染対策向上加算３の施設基準 イ～ニ　（略） ホ　(1)のホを満たしていること。	イ～ニ　（略） （新設） (3) 感染対策向上加算３の施設基準 イ～ニ　（略） （新設）
第21　感染対策向上加算 １　感染対策向上加算１の施設基準 (2) 感染防止対策部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。 ア～エ　（略） アに定める医師又はイに定める看護師のうち１名は専従であること。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	第21　感染対策向上加算 １　感染対策向上加算１の施設基準 (2) 感染防止対策部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。 ア～エ　（略） アに定める医師又はイに定める看護師のうち１名は専従であること。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） （新設）

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）	（中略）
(3)～(15)　（略）	(3)～(15)　（略）
(16) 感染症法第38条第２項の規定に基づき都道府県知事の指定を受けている第一種協定指定医療機関であること。	(16) 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること。
(17)～(23)　（略）	(17)～(23)　（略）
(24) 介護保険施設等から求めがあった場合には、当該施設等に赴いての実地指導等、感染対策に関する助言を行うとともに、(6)の院内感染対策に関する研修を介護保険施設等と合同で実施することが望ましい。	(新設)
２　感染対策向上加算２の施設基準 (14) 感染症法第38条第２項の規定に基づき都道府県知事の指定を受けている第一種協定指定医療機関であること。	２　感染対策向上加算２の施設基準 (14) 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること。
(15)～(17)　（略）	(15)～(17)　（略）
(18) 介護保険施設等から求めがあった場合には、当該施設等に赴いての実地指導等、感染対策に関する助言を行うとともに、	（新規）

(7)の院内感染対策に関する研修を介護保険施設等と合同で実施することが望ましい。	
３　感染対策向上加算３の施設基準 (14) 感染症法第38条第２項の規定に基づき都道府県知事の指定を受けている第一種協定指定医療機関又は同項の規定に基づき都道府県知事の指定を受けている第二種協定指定医療機関（第36条の２第１項の規定による通知（同項第２号に掲げる措置をその内容に含むものに限る。）若しくは第36条の３第１項に規定する医療措置協定（同号に掲げる措置をその内容に含むものに限る。）に基づく措置を講ずる医療機関に限る。）であること。	３　感染対策向上加算３の施設基準 (14) 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者若しくは疑い患者を受け入れる体制又は発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること。
(15)～(17)　（略）	(15)～(17)　（略）
(18) 介護保険施設等から求めがあった場合には、当該施設等に赴いての実地指導等、感染対策に関する助言を行うことが望ましい。なお、助言に当たっては、(7)の院内感染対策に関する研修を介護保険施設等と合同で実施することが望ましい。	（新設）

[経過措置]

令和６年３月 31 日において現に感染対策向上加算１、２又は３の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、それぞれ１(16)、２(14)又は３(14)の基準を満たしているものとみなす。

【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－②】

②　外来感染対策向上加算の見直し

第１　基本的な考え方

第８次医療計画における新興感染症発生・まん延時に備え、外来における適切な感染管理の下での発熱患者等への対応を更に推進する観点から、外来感染対策向上加算について要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

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

改　定　案	現　　行
【外来感染対策向上加算】 ［算定要件］ 注11　組織的な感染防止対策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（診療所に限る。）において初診を行った場合は、外来感染対策向上加算として、月１回に限り６点を所定点数に加算する。ただし、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で初診を行った場合については、発熱患者等対応加算として、月●●回に限り●●点を更に所定点数に加算する。 ［施設基準］	【外来感染対策向上加算】 ［算定要件］ 注11　組織的な感染防止対策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（診療所に限る。）において初診を行った場合は、外来感染対策向上加算として、月１回に限り６点を所定点数に加算する。 ［施設基準］

三の三　医科初診料及び医科再診料の外来感染対策向上加算の施設基準	三の三　医科初診料及び医科再診料の外来感染対策向上加算の施設基準
(1)　(略)	(1)　(略)
(2) 当該保険医療機関内に感染防止対策部門を設置し、組織的に感染防止対策を実施する体制及び感染症の患者を適切に診療する体制が整備されていること。	(2) 当該保険医療機関内に感染防止対策部門を設置し、組織的に感染防止対策を実施する体制が整備されていること。
(3)　(略)	(3)　(略)
1　外来感染対策向上加算に関する施設基準	1　外来感染対策向上加算に関する施設基準
(1) ～(12)　(略)	(1) ～(12)　(略)
(13) 当該医療機関の外来において、受診歴の有無に関わらず、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者の受入れを行う旨を公表し、受入れを行うために必要な感染防止対策として発熱患者の動線を分ける等の対応を行う体制を有していること。	（新設）
(14) 感染症法第 38 条第２項の規定に基づき都道府県知事の指定を受けている第二種協定指定医療機関（第 36 条の２第１項の規定による通知（同項第２号に掲げる措置をその内容に含むものに限る。）又は医療措置協定（同号に掲げる措置をその内容に含むものに限る。）に基づく措置を講ずる医療機関に限る。）であること。	(13) 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること。
(15)～(17)　(略)	(14)～(16)　(略)
(18) 感染症から回復した患者の罹患後症状が持続している場合に、当該患者の診療について必要に応じて精密検査が可能な体制又は専門医への紹介が可能な連携体制があることが望ましいこと。	（新設）
(19)　(略)	(17)　(略)
[経過措置]	[経過措置] （新設）

令和６年３月 31 日において現に外来感染対策向上加算の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(14)の基準を満たしているものとみなす。 ※　再診料、医学管理料等のうち外来感染対策向上加算の対象となるもの及び精神科訪問看護・指導料における外来感染対策向上加算についても同様。	
【在宅医療】 ［算定要件］ 通則 ５　組織的な感染防止対策につき区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注 11 及び区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注 15 に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において、第１節の各区分に掲げる在宅患者診療・指導料のうち次に掲げるものを算定した場合は、外来感染対策向上加算として、月１回に限り６点を所定点数に加算する。ただし、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で診療を行った場合については、発熱患者等対応加算として、月●●回に限り●●点を更に所定点数に加算する。なお、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注 11、区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注 15、第１部の通則第３号又は区分番号Ｉ０１２に掲げる精神科訪問看護・指導料の注 13 にそれぞれ規定する外来感染対	【在宅医療】 ［算定要件］ 通則 ５　組織的な感染防止対策につき区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注 11 及び区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注 15 に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において、第１節の各区分に掲げる在宅患者診療・指導料のうち次に掲げるものを算定した場合は、外来感染対策向上加算として、月１回に限り６点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注 11、区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注 15、第１部の通則第３号又は区分番号Ｉ０１２に掲げる精神科訪問看護・指導料の注 13 にそれぞれ規定する外来感染対策向上加算を算定した月は、別に算定できない。

策向上加算を算定した月は、別に算定できない。 イ　往診料 ロ～ヌ　（略） ６・７　（略） ［経過措置］ 令和６年３月31日において現に外来感染対策向上加算の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、施設基準のうち１の(14)の基準を満たしているものとみなす。	（新設） イ～リ　（略） ６・７　（略） ［経過措置］ （新設）

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

第１　基本的な考え方

院内感染防止等の観点から感染対策が特に必要となる感染症の入院患者について、必要な感染管理及び個室管理を新たに評価する。

第２　具体的な内容

１．感染症法上の三類感染症、四類感染症、五類感染症及び指定感染症に位置付けられる感染症の患者及び疑似症患者のうち感染対策が特に必要な患者を入院させて適切な感染管理を行った場合の加算を新設する。

（新）　特定感染症入院医療管理加算（１日につき）

１	治療室の場合	●●点
２	それ以外の場合	●●点

［対象患者］

感染症法上の三類感染症の患者、四類感染症の患者、五類感染症の患者及び指定感染症の患者並びにそれらの疑似症患者のうち感染対策が特に必要なもの（一般病床又は感染症病床に入院する患者に限る。）

［算定要件］

感染症法上の三類感染症の患者、四類感染症の患者、五類感染症の患者及び指定感染症の患者並びにそれらの疑似症患者のうち感染対策が特に必要なもの（一般病床又は感染症病床に入院する患者に限る。）に対して、適切な感染防止対策を実施した場合に、算定する。ただし、疑似症患者については、初日に限り所定点数に加算する。

※　感染対策が特に必要な患者については、次の感染症に感染した患者を想定。

（三類感染症、四類感染症、五類感染症及び指定感染症のうち、感染対策が特に重要である感染症）

狂犬病、鳥インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く。）、エムポ

ックス、重症熱性血小板減少症候群（病原体がフレボウイルス属ＳＦＴＳウイルスであるものに限る。）、腎症候性出血熱、ニパウイルス感染症、ハンタウイルス肺症候群、ヘンドラウイルス感染症、インフルエンザ（鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。）、後天性免疫不全症候群（ニューモシスチス肺炎に限る。）、麻しん、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症、ＲＳウイルス感染症、カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症、感染性胃腸炎（病原体がノロウイルスであるものに限る。）、急性弛緩性麻痺（急性灰白髄炎を除く。病原体がエンテロウイルスによるものに限る。）、新型コロナウイルス感染症、侵襲性髄膜炎菌感染症、水痘、先天性風しん症候群、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症、バンコマイシン耐性腸球菌感染症、百日咳、風しん、ペニシリン耐性肺炎球菌感染症、無菌性髄膜炎（病原体がパルボウイルスＢ19によるものに限る。）、薬剤耐性アシネトバクター感染症、薬剤耐性緑膿菌感染症及び流行性耳下腺炎並びに感染症法上の指定感染症

２．感染症法上の二類感染症、三類感染症、四類感染症、五類感染症、新型インフルエンザ等感染症及び指定感染症に位置づけられる感染症であって、個室管理又は陰圧室管理の必要性が特に高い患者を個室又は陰圧室で管理した場合の評価の必要性を踏まえ、二類感染症患者療養環境特別加算について、名称を特定感染症患者療養環境特別加算に見直すとともに、対象となる感染症の範囲を見直す。

改定案	現行
【特定感染症患者療養環境特別加算】 ［算定要件］ 注　保険医療機関に入院している患者であって、次に掲げる感染症の患者及びその疑似症患者のうち個室又は陰圧室に入院させる必要性が特に高い患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、特定感染症患者療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、必要を認めて個室又は陰圧室に入院させた場合に、個室加算又は陰圧室加算として、それぞれ所定点数に加算する。ただし、疑似症患者に	【二類感染症患者療養環境特別加算】 ［算定要件］ 注　保険医療機関に入院している感染症法第６条第３項に規定する二類感染症に感染している患者及び同条第７項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者並びにそれらの疑似症患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、二類感染症患者療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、必要を認めて個室又は陰圧室に入院させた場合に、個室加算又は陰圧室加算として、それぞれ所定点

ついては、初日に限り所定点数に加算する。 イ　感染症法第６条第３項に規定する二類感染症 ロ　感染症法第６条第４項に規定する三類感染症 ハ　感染症法第６条第５項に規定する四類感染症 ニ　感染症法第６条第６項に規定する五類感染症 ホ　感染症法第６条第７項に規定する新型インフルエンザ等感染症 ヘ　感染症法第６条第８項に規定する指定感染症	数に加算する。
(1) 特定感染症患者療養環境特別加算の対象となる者は、以下の感染症の患者及び当該感染症を疑う患者であって、保険医が他者に感染させるおそれがあると認め、状態に応じて、個室または陰圧室に入院した者である。	(1) 二類感染症患者療養環境特別加算の対象となる者は、感染症法第６条第３項に規定する二類感染症の疾病を有する患者、新型インフルエンザの患者及びそれらの疑似症患者であって、保険医が他者に感染させるおそれがあると認め、状態に応じて、個室または陰圧室に入院した者である。
（個室加算の対象となる感染症） 狂犬病、鳥インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く。）、エムポックス、重症熱性血小板減少症候群（病原体がフレボウイルス属ＳＦＴＳウイルスであるものに限る。）、腎症候性出血熱、ニパウイルス感染症、ハンタウイルス肺症候群、ヘンドラウイルス感染症、インフルエンザ（鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。）、麻しん、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症、ＲＳウイルス感染症、カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症、感染性胃腸炎（病原体がノロウイルスであるものに限る。）、急性弛緩性麻痺（急性灰白髄炎を除く。病	（新設）

原体がエンテロウイルスによるものに限る。)、新型コロナウイルス感染症、侵襲性髄膜炎菌感染症、水痘、先天性風しん症候群、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症、バンコマイシン耐性腸球菌感染症、百日咳、風しん、ペニシリン耐性肺炎球菌感染症、無菌性髄膜炎（病原体がパルボウイルスＢ19によるものに限る。)、薬剤耐性アシネトバクター感染症、薬剤耐性緑膿菌感染症及び流行性耳下腺炎並びに感染症法第６条第３項に規定する二類感染症、同法同条第７項に規定する新型インフルエンザ等感染症及び同法同条第８項に規定する指定感染症 （陰圧室加算の対象となる感染症） 鳥インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く。)、麻しん、新型コロナウイルス感染症及び水痘並びに感染症法第６条第３項に規定する二類感染症、同法同条第７項に規定する新型インフルエンザ等感染症及び同法同条第８項に規定する指定感染症	（新設）

【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－④】

④　サーベイランス強化加算等の見直し

第１　基本的な考え方

我が国における Access 抗菌薬の使用比率が低い現状を踏まえ、適正使用を更に促進する観点から、サーベイランス強化加算について、抗菌薬の使用状況を考慮した評価体系に見直す。

第２　具体的な内容

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

改　定　案	現　　行
【感染対策向上加算】 ［算定要件］ 注４　感染対策向上加算２又は感染対策向上加算３を算定する場合について、感染防止対策に資する情報を提供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保険医療機関に入院している患者については、サーベイランス強化加算として、●●点を更に所定点数に加算する。 ５　感染対策向上加算を算定する場合について、抗菌薬の使用状況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については、抗菌薬適正使用加算として、●●点を更に所定点数に加算する。	【感染対策向上加算】 ［算定要件］ 注４　感染対策向上加算２又は感染対策向上加算３を算定する場合について、感染防止対策に資する情報を提供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保険医療機関に入院している患者については、サーベイランス強化加算として、５点を更に所定点数に加算する。 （新設）

［施設基準］ 二十九の二　感染対策向上加算の施設基準等 (7) 抗菌薬適正使用加算の施設基準 抗菌薬の適正使用につき十分な実績を有していること。	［施設基準］ 二十九の二　感染対策向上加算の施設基準等 （新設）
第21　感染対策向上加算 7　抗菌薬適正使用加算の施設基準 (2) 抗菌薬の使用状況のモニタリングが可能なサーベイランスに参加していること。 (2) 直近●●か月における外来で使用する抗菌薬のうち、Access抗菌薬に分類されるものの使用比率が●●%以上又は(1)のサーベイランスに参加する病院又は有床診療所全体の上位●●%以内であること。	第21　感染対策向上加算 （新設）
8　届出に関する事項 (1)～(4)　（略） (5) 抗菌薬適正使用加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式●●を用いること。 (6)　（略）	7　届出に関する事項 (1)～(4)　（略） （新設） (5)　（略）
【外来感染対策向上加算】 ［算定要件］ 注15　注11に該当する場合であって、抗菌薬の使用状況につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において初診を行った場合は、抗菌薬適正使用加算として、月●●回に限り●●点を更に所定点数に加算する。 16　（略）	【外来感染対策向上加算】 ［算定要件］ （新設） 15　（略）
［施設基準］ 三の六　抗菌薬適正使用加算の施設	［施設基準］ 三の六　削除

基準 抗菌薬の適正使用につき十分な実績を有していること。	
第１の６の２　抗菌薬適正使用加算 １　抗菌薬適正使用加算 (1) 抗菌薬の使用状況のモニタリングが可能なサーベイランスに参加していること。 (2) 直近●●か月における外来で使用する抗菌薬のうち、Access抗菌薬に分類されるものの使用比率が●●%以上又は(1)のサーベイランスに参加する診療所全体の上位●●%以内であること。 ２　届出に関する事項 抗菌薬適正使用加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式●●を用いること。 ※　再診料、医学管理料等及び在宅患者診療・指導料のうち外来感染対策向上加算の対象となるもの並びに精神科訪問看護・指導料におけるサーベイランス強化加算についても同様。	（新設）

【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－⑤】

⑤　新興感染症等に対応可能な歯科医療提供体制の構築

第１　基本的な考え方

新興感染症が発生・まん延した場合に対応できる歯科医療提供体制の構築を進める観点から、新興感染症等の患者に対応可能な体制の整備についての新たな評価等を行う。

第２　具体的な内容

１．歯科外来診療における医療安全対策についての体制を確保した場合の評価を新設する。

（新）　歯科外来診療医療安全対策加算１（歯科初診料）　●●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、歯科外来診療における医療安全対策に係る取組を行った場合は、歯科外来診療医療安全対策加算１として、初診時１回に限り●●点を所定点数に加算する。

（新）　歯科外来診療医療安全対策加算１（歯科再診料）　●●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、歯科外来診療における医療安全対策に係る取組を行った場合は、歯科外来診療医療安全対策加算１として、●●点を所定点数に加算する。

［施設基準］　※初診・再診共通
（１）歯科医療を担当する保険医療機関（歯科点数表の地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を除く。）であること。
（２）歯科外来診療における医療安全対策に係る研修を受けた常勤の歯科医師が●●名以上配置されていること。
（３）歯科医師が複数名配置されていること、又は歯科医師及び歯科衛

生士がそれぞれ●●名以上配置されていること。
（４）医療安全管理者が配置されていること。ただし、病院である医科歯科併設の保険医療機関（歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関をいう。以下同じ。）にあっては、歯科の外来診療部門に医療安全管理者が配置されていること。
（５）緊急時の対応を行うにつき必要な体制が整備されていること。
（６）医療安全対策につき十分な体制が整備されていること。
（７）歯科診療に係る医療安全対策に係る院内掲示を行っていること。
（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］　※初診・再診共通
（１）令和６年３月 31 日時点において現に歯科外来診療環境体制加算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●●日までの間に限り、（４）、（６）及び（７）に該当するものとみなす。
（２）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）　歯科外来診療医療安全対策加算２
（地域歯科診療支援病院歯科初診料）　●●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、歯科外来診療における医療安全対策に係る取組を行った場合は、歯科外来診療医療安全対策加算２として、初診時１回に限り●●点を所定点数に加算する。

（新）　歯科外来診療医療安全対策加算２
（地域歯科診療支援病院歯科再診料）　●●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、歯科外来診療における医療安全対策に係る取組を行った場合は、歯科外来診療医療安全対策加算２として、●●点を所定点数に加算する。

［施設基準］　※初診・再診共通
（１）歯科点数表の地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関であ

ること。
（２）歯科外来診療における医療安全対策に係る研修を受けた常勤の歯科医師が●●名以上配置されていること。
（３）歯科医師が複数名配置されていること、又は歯科医師が●●名以上配置されており、かつ、歯科衛生士若しくは看護職員が●●名以上配置されていること。
（４）歯科の外来診療部門に医療安全管理者が配置されていること。
（５）緊急時の対応を行うにつき必要な体制が整備されていること。
（６）医療安全対策につき十分な体制が整備されていること。
（７）歯科診療に係る医療安全対策に係る院内掲示を行っていること。
（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］　※初診・再診共通
（１）令和６年３月 31 日時点において現に歯科外来診療環境体制加算２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、（４）及び（７）に該当するものとみなす。
（２）令和●●年●●月●●日までの間に限り、（８）に該当するものとみなす。

２．歯科外来診療における院内感染防止対策について、新興感染症等の患者に対応可能な体制を確保した場合の評価を新設する。

（新）　歯科外来診療感染対策加算１（歯科初診料）　●●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、歯科外来診療における院内感染防止対策に係る取組を行った場合は、歯科外来診療感染対策加算１として、初診時１回に限り●●点を所定点数に加算する。

（新）　歯科外来診療感染対策加算１（歯科再診料）　●●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、歯科外来診療における院内感染防止対策に係る取組を行った場合は、歯科外来診療感染対策加算１として、●●点を所定点数に加算する。

［施設基準］　※初診・再診共通

（１）歯科医療を担当する保険医療機関（歯科点数表の地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を除く。）であること。
（２）歯科点数表の初診料の注１に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関であること。
（３）歯科医師が複数名配置されていること、又は歯科医師が●●名以上配置されており、かつ、歯科衛生士若しくは院内感染防止対策に係る研修を受けた者が●●名以上配置されていること。
（４）院内感染管理者が配置されていること。ただし、病院である医科歯科併設の保険医療機関にあっては、歯科の外来診療部門に院内感染管理者が配置されていること。
（５）歯科外来診療における院内感染防止対策につき十分な体制が整備されていること。

［経過措置］　※初診・再診共通
令和６年３月 31 日時点において現に歯科外来診療環境体制加算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●●日までの間に限り、（４）に該当するものとみなす。

（新）　歯科外来診療感染対策加算２（歯科初診料）　●●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、歯科外来診療における院内感染防止対策に係る取組を行った場合は、歯科外来診療感染対策加算２として、初診時１回に限り●●点を所定点数に加算する。

（新）　歯科外来診療感染対策加算２（歯科再診料）　●●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、歯科外来診療における院内感染防止対策に係る取組を行った場合は、歯科外来診療感染対策加算２として、●●点を所定点数に加算する。

［施設基準］　※初診・再診共通
（１）歯科医療を担当する保険医療機関（歯科点数表の地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を除く。）であること。
（２）歯科点数表の初診料の注１に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関であること。

（３）歯科医師が複数名配置されていること、又は歯科医師及び歯科衛生士がそれぞれ●●名以上配置されていること。
（４）院内感染管理者が配置されていること。ただし、病院である医科歯科併設の保険医療機関にあっては、歯科の外来診療部門に院内感染管理者が配置されていること。
（５）歯科外来診療における院内感染防止対策につき十分な体制が整備されていること。
（６）感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第６条第７項に規定する新型インフルエンザ等感染症、同条第８項に規定する指定感染症又は同条第９項に規定する新感染症（以下「新型インフルエンザ等感染症等」という。）の患者又はそれらの疑似症患者に対して歯科外来診療が可能な体制を確保していること。
（７）新型インフルエンザ等感染症等に係る事業継続計画を策定していること。ただし、病院である医科歯科併設の保険医療機関にあっては、歯科外来部門の事業継続計画を策定していること。
（８）歯科外来診療を円滑に実施できるよう、新型インフルエンザ等感染症等に係る医科診療を担当する他の保険医療機関との連携体制（歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関にあっては、当該保険医療機関の医科診療科との連携体制）が整備されていること。
（９）当該地域において歯科医療を担当する別の保険医療機関から新型インフルエンザ等感染症等の患者又はそれらの疑似症患者を受け入れるため、当該別の保険医療機関との連携体制を確保していること。

［経過措置］　※初診・再診共通
令和６年３月 31 日時点において現に歯科外来診療環境体制加算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●●日までの間に限り、（４）から（９）までに該当するものとみなす。

（新）　歯科外来診療感染対策加算３
（地域歯科診療支援病院歯科初診料）　●●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、歯科外来診療における院内感染防止対策に係る取組を行った場合は、歯科外来診療感染対策加算３として、初診時１回に限り●●点を所定点数に加算する。

（新）　歯科外来診療感染対策加算３
（地域歯科診療支援病院歯科再診料）　●●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、歯科外来診療における院内感染防止対策に係る取組を行った場合は、歯科外来診療感染対策加算３として、●●点を所定点数に加算する。

［施設基準］　※初診・再診共通
（１）歯科点数表の地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関であること。
（２）歯科医師が複数名配置されていること、又は歯科医師が●●名以上配置されており、かつ、歯科衛生士若しくは看護職員が●●名以上配置されていること。
（３）歯科の外来診療部門に院内感染管理者が配置されていること。
（４）歯科外来診療における院内感染防止対策につき十分な体制が整備されていること。

［経過措置］　※初診・再診共通
令和６年３月 31 日時点において現に歯科外来診療環境体制加算２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、（３）に該当するものとみなす。

（新）　歯科外来診療感染対策加算４
（地域歯科診療支援病院歯科初診料）　●●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、歯科外来診療における院内感染防止対策に係る取組を行った場合は、歯科外来診療感染対策加算４として、初診時１回に限り●●点を所定点数に加算する。

（新）　歯科外来診療感染対策加算４
（地域歯科診療支援病院歯科再診料）　●●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、歯科外来診療における院内感染防止対策に係る取組を行った場合は、歯科外来診療感染対策加算４として、●●点を所定点数に加算する。

［施設基準］　※初診・再診共通

（１）歯科点数表の地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関であること。

（２）歯科医師が複数名配置されていること、又は歯科医師が●●名以上配置されており、かつ、歯科衛生士若しくは看護職員が●●名以上配置されていること。

（３）歯科の外来診療部門に院内感染管理者を配置していること。

（４）歯科外来診療における院内感染防止対策につき十分な体制が整備されていること。

（５）感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第６条第７項に規定する新型インフルエンザ等感染症、同条第８項に規定する指定感染症又は同条第９項に規定する新感染症（以下「新型インフルエンザ等感染症等」という。）の患者又はそれらの疑似症患者に対して歯科外来診療が可能な体制を確保していること。

（６）新型インフルエンザ等感染症等に係る歯科外来部門の事業継続計画を策定していること。

（７）当該地域において歯科医療を担当する別の保険医療機関から新型インフルエンザ等感染症等の患者又はそれらの疑似症患者を受け入れるため、当該別の保険医療機関との連携体制を確保していること。

［経過措置］　※初診・再診共通

令和６年３月 31 日時点において現に歯科外来診療環境体制加算２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、（３）から（７）までに該当するものとみなす。

３．１及び２を踏まえ、歯科外来診療環境体制加算は廃止する。

４．歯科診療特別対応加算について、患者の状態像を踏まえて評価体系を見直すとともに、新興感染症等の患者へ歯科治療を実施する場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【歯科診療特別対応加算（初診料）】 ［算定要件］ 注６　著しく歯科診療が困難な者に	【歯科診療特別対応加算（初診料）】 ［算定要件］ 注６　著しく歯科診療が困難な者に

対して初診を行った場合（歯科診療特別対応加算３を算定する場合を除く。）は、歯科診療特別対応加算１として、●●点を所定点数に加算し、著しく歯科治療が困難な者に対して、当該患者が歯科治療環境に円滑に適応できるような技法を用いて初診を行った場合又は個室若しくは陰圧室において初診を行った場合（個室又は陰圧室において診療を行う必要性が特に高い患者に対して初診を行った場合に限り、歯科診療特別対応加算３を算定する場合を除く。）は、歯科診療特別対応加算２として、●●点を所定点数に加算し、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第６条第７項に規定する新型インフルエンザ等感染症、同条第８項に規定する指定感染症又は同条第９項に規定する新感染症の患者に対して初診を行った場合は、歯科診療特別対応加算３として、●●点を所定点数に加算する。ただし、歯科診療特別対応加算１、歯科診療特別対応加算２又は歯科診療特別対応加算３を算定する患者について、当該患者に対する診療時間が１時間を超えた場合は、30分又はその端数を増すごとに、●●点を更に所定点数に加算する。	対して初診を行った場合は、歯科診療特別対応加算として、175点（当該患者が歯科治療環境に円滑に適応できるような技法を用いた場合は、初診時歯科診療導入加算として、250点）を所定点数に加算する。
(14) 歯科診療特別対応加算１及び歯科診療特別対応加算２ 「注６」の「著しく歯科診療が困難な者」とは、次に掲げる状態又はこれらに準ずる状態をいう。なお、歯科診療特別対応加算１又は歯科診療特別対応加算２を算定した場合は、当該加算を算定した日の患者の	(14) 歯科診療特別対応加算 「注６」の「著しく歯科診療が困難な者」とは、次に掲げる状態又はこれらに準ずる状態をいう。なお、歯科診療特別対応加算を算定した場合は、当該加算を算定した日の患者の状態を診療録に記載する。

状態を診療録に記載する。 イ～ニ　（略） ホ　感染対策が特に必要な状態 (15) 歯科診療特別対応加算３ 　歯科診療特別対応加算３を算定した場合は、当該患者の病名を診療録に記載する。 ※　再診料及び歯科訪問診療料についても同様。	 イ～ニ　（略） （新設） （新設）

５．歯科治療時医療管理料等について、新興感染症等の患者を対象患者に追加する。

改　定　案	現　　行
【歯科治療時医療管理料】 [算定要件] (1)　歯科治療時医療管理料は、高血圧性疾患、虚血性心疾患、不整脈、心不全、脳血管障害、喘息、慢性気管支炎、糖尿病、甲状腺機能低下症、甲状腺機能亢進症、副腎皮質機能不全、てんかん、慢性腎臓病（腎代替療法を行う患者に限る。）の患者、人工呼吸器を装着している患者、在宅酸素療法を行っている患者又は感染対策が特に必要な患者に対して、歯科治療時における患者の全身状態の変化等を把握するため、患者の血圧、脈拍、経皮的動脈血酸素飽和度を経時的に監視し、必要な医療管理を行った場合に算定する。 ※　在宅患者歯科治療時医療管理料についても同様。	【歯科治療時医療管理料】 [算定要件] (1)　歯科治療時医療管理料は、高血圧性疾患、虚血性心疾患、不整脈、心不全、脳血管障害、喘息、慢性気管支炎、糖尿病、甲状腺機能低下症、甲状腺機能亢進症、副腎皮質機能不全、てんかん、慢性腎臓病（腎代替療法を行う患者に限る。）の患者、人工呼吸器を装着している患者又は在宅酸素療法を行っている患者に対して、歯科治療時における患者の全身状態の変化等を把握するため、患者の血圧、脈拍、経皮的動脈血酸素飽和度を経時的に監視し、必要な医療管理を行った場合に算定する。
【歯科疾患管理料総合医療管理加算】 [算定要件] (16)「注11」の総合医療管理加算	【歯科疾患管理料総合医療管理加算】 [算定要件] (16)「注11」の総合医療管理加算

は、糖尿病の患者、骨吸収抑制薬投与中の患者、感染性心内膜炎のハイリスク患者、関節リウマチの患者、血液凝固阻止剤投与中の患者、ＨＩＶ感染症の患者又は感染対策が特に必要な患者であって、別の医科の保険医療機関の当該疾患の担当医から歯科治療を行うに当たり、診療情報提供料に定める様式に基づいた文書により患者の全身状態や服薬状況等についての必要な診療情報の提供を受け、適切な総合医療管理を実施した場合に算定する。なお、算定に当たっては当該疾患の担当医からの情報提供に関する内容及び担当医の保険医療機関名等について診療録に記載又は提供文書の写しを添付する。	は、糖尿病の患者、骨吸収抑制薬投与中の患者、感染性心内膜炎のハイリスク患者、関節リウマチの患者、血液凝固阻止剤投与中の患者又はＨＩＶ感染症の患者であって、別の医科の保険医療機関の当該疾患の担当医から歯科治療を行うに当たり、診療情報提供料に定める様式に基づいた文書により患者の全身状態や服薬状況等についての必要な診療情報の提供を受け、適切な総合医療管理を実施した場合に算定する。なお、算定に当たっては当該疾患の担当医からの情報提供に関する内容及び担当医の保険医療機関名等について診療録に記載又は提供文書の写しを添付する。
【歯科疾患在宅療養管理料】 ［算定要件］ (7)　「注４」の在宅総合医療管理加算は、糖尿病の患者、骨吸収抑制薬投与中の患者、感染性心内膜炎のハイリスク患者、関節リウマチの患者、血液凝固阻止剤投与中の患者、ＨＩＶ感染症の患者又は感染対策が特に必要な患者であって、別の医科の保険医療機関の当該疾患の担当医から歯科治療を行うに当たり、診療情報提供料に定める様式に基づいた文書により患者の全身状態や服薬状況等についての必要な診療情報の提供を受け、適切な総合医療管理を実施した場合に算定する。なお、算定に当たっては当該疾患の担当医からの情報提供に関する内容及び担当医の保険医療機関名等について診療録に記載又は提供文書の写しを添付する。	【歯科疾患在宅療養医療料】 ［算定要件］ (7)　「注４」の在宅総合医療管理加算は、糖尿病の患者、骨吸収抑制薬投与中の患者、感染性心内膜炎のハイリスク患者、関節リウマチの患者、血液凝固阻止剤投与中の患者又はＨＩＶ感染症の患者であって、別の医科の保険医療機関の当該疾患の担当医から歯科治療を行うに当たり、診療情報提供料に定める様式に基づいた文書により患者の全身状態や服薬状況等についての必要な診療情報の提供を受け、適切な総合医療管理を実施した場合に算定する。なお、算定に当たっては当該疾患の担当医からの情報提供に関する内容及び担当医の保険医療機関名等について診療録に記載又は提供文書の写しを添付する。

【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－⑥】

⑥　連携強化加算（調剤基本料）の見直し

第１　基本的な考え方

薬局における新興感染症発生・まん延時に対応する体制整備の観点から、第二種協定指定医療機関の指定要件等を踏まえ、連携強化加算について、要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

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。

改　定　案	現　　行
【調剤基本料】 ［算定要件］ 注６　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、連携強化加算として、●●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。また、区分番号００に掲げる特別調剤基本料Ａを算定する保険薬局において、別に厚生労働大臣が定める保険医療機関が医科点数表の区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注11及びＡ００１に掲げる再診料の注15に規定する外来感染対策向上加算又は区分番号Ａ２３４－２に掲げる感染対策向上加算の届出を行った保険医療機関である場合においては算定できない。	【調剤基本料】 ［算定要件］ 注６　注５又は注12に該当する場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤を行った場合は、連携強化加算として、２点を更に所定点数に加算する。

［施設基準］ 四の二　連携強化加算の施設基準 (1) 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成十年法律第百十四号）第六条第十七項に規定する「第二種協定指定医療機関」として都道府県知事の指定を受けた保険薬局であること。	［施設基準］ 四の二　連携強化加算の施設基準 （新設）
(2) 災害の発生時等において、他の保険薬局等との連携により非常時における対応につき必要な体制が整備されていること。	他の保険薬局等との連携により非常時における対応につき必要な体制が整備されていること。
(3) 情報通信機器を用いた服薬指導を行うにつき十分な体制が整備されていること。	（新設）
四の三　調剤基本料の注６に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関 当該保険薬局が特別調剤基本料Ａを算定する場合の要件に係る保険医療機関であること。	（新設）
［経過措置］ 令和６年３月31日において現に調剤基本料の連携強化加算の施設基準に係る届出を行っている保険薬局については、●●年●●月●●日までの間に限り、第十五の四の二の(1)の基準を満たしているものとみなす。	［経過措置］ （新設）

※　上記の改正に伴い、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た算定要件について、特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（通知）で下記の事項を規定予定。

○新型インフルエンザ等感染症等の発生時において自宅療養者等に対する調剤、オンライン又は訪問による服薬指導、薬剤等の交付等に対応する体制
○要指導医薬品・一般用医薬品、検査キット（体外診断用医薬品）の販売
○オンライン服薬指導を行うための必要な通信環境、セキュリティ対応等
○以下の研修の実施
・第二種協定指定医療機関の締結時に求められる新興感染症等の発生時におけ

る自宅・宿泊療養患者への対応に係る研修
・災害発生時における対応に係る研修
・オンライン服薬指導実施要領に基づく、必要な知識を習得するための研修
〇地域の住民が薬局の体制を把握できるよう、災害や新興感染症発生時における対応体制の確保について、行政機関や薬剤師会を通じて公表・周知

【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－⑦】

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

第１　基本的な考え方

感染症に係る対応として、薬局が自宅・宿泊療養者等の患者に対して行う服薬指導・薬剤交付について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

新興感染症等の自宅及び施設入所の患者に対して、医師の処方箋に基づき、薬剤師が訪問して薬剤交付・服薬指導した場合に在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料１を算定できることとする。

改　定　案	現　　行
【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】 ［算定要件］ 注10　感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）第６条第７項に規定する新型インフルエンザ等感染症、同条第８項に規定する指定感染症、同条第９項に規定する新感染症の発生時又はまん延時においては、注１の規定にかかわらず、当該感染症の患者であって、患家又は宿泊施設で療養を行っている者、介護医療院又は介護老人保健施設に入所する者、地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設に入所する者に対して交付された処方箋を受け付けた場合において、処方医の指示により、保険薬局の保険薬剤師が患家又は宿泊施設及び当該施設を緊急に訪問し、当該患者に対して対面による必要な薬学的管理及び指導を実施し、薬剤を交	【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】 ［算定要件］ （新設）

付した場合には、１を算定できる。ただし、情報通信機器を用いて必要な薬学的管理及び指導を行った場合には、在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料として、●●点を算定する。 11　注10については、区分番号１０の３に掲げる服薬管理指導料、区分番号１３の２に掲げるかかりつけ薬剤師指導料、区分番号１３の３に掲げるかかりつけ薬剤師包括管理料は算定できない。	

①　地域包括診療料等の見直し

「Ⅱ－５－③」を参照のこと。

②　時間外対応加算の見直し

「Ⅰ－６－①」を参照のこと。

③　小児かかりつけ診療料の見直し

第１　基本的な考え方

小児に対する継続的な診療を一層推進する観点から、小児かかりつけ診療料について、要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．発達障害を疑う児の診察等を行うこと、不適切な養育にも繋がりうる育児不安等の相談に乗ること、医師が発達障害等に関する適切な研修及び虐待に関する適切な研修を受講していることが望ましいことを要件に追加する。

２．上記の見直し、新型コロナウイルスの検査の取扱いの変更及び処方等に係る評価体系の見直し等を踏まえ、小児かかりつけ診療料の評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【小児かかりつけ診療料】	【小児かかりつけ診療料】
１　小児かかりつけ診療料１	１　小児かかりつけ診療料１
イ　処方箋を交付する場合	イ　処方箋を交付する場合
(1)　初診時　●●点	(1)　初診時　641点
(2)　再診時　●●点	(2)　再診時　448点
ロ　処方箋を交付しない場合	ロ　処方箋を交付しない場合
(1)　初診時　●●点	(1)　初診時　758点
(2)　再診時　●●点	(2)　再診時　566点
２　小児かかりつけ診療料２	２　小児かかりつけ診療料２
イ　処方箋を交付する場合	イ　処方箋を交付する場合
(1)　初診時　●●点	(1)　初診時　630点
(2)　再診時　●●点	(2)　再診時　437点
ロ　処方箋を交付しない場合	ロ　処方箋を交付しない場合
(1)　初診時　●●点	(1)　初診時　747点
(2)　再診時　●●点	(2)　再診時　555点
［算定要件］	［算定要件］
(1)～(5)（略）	(1)～(5)（略）
(6) 小児かかりつけ診療料の算定に当たっては、以下の指導等を行うこと。	(6) 小児かかりつけ診療料の算定に当たっては、以下の指導等を行うこと。

ア～エ　（略） オ　発達障害の疑いがある患者について、診療及び保護者からの相談に対応するとともに、必要に応じて専門的な医療を要する際の紹介等を行うこと。 カ　不適切な養育にも繋がりうる育児不安等の相談に適切に対応すること。 キ　かかりつけ医として、上記アからカまでに掲げる指導等を行う旨を患者に対して書面（別紙様式10を参考とし、各医療機関において作成すること。）を交付して説明し、同意を得ること。また、小児かかりつけ医として上記アからカまでに掲げる指導等を行っている旨を、当該保険医療機関の外来受付等の見やすい場所に掲示していること。	ア～エ　（略） （新設） （新設） オ　かかりつけ医として、上記アからエまでに掲げる指導等を行う旨を患者に対して書面（別紙様式10を参考とし、各医療機関において作成すること。）を交付して説明し、同意を得ること。また、小児かかりつけ医として上記アからエまでに掲げる指導等を行っている旨を、当該保険医療機関の外来受付等の見やすい場所に掲示していること。
［施設基準］ 1　小児かかりつけ診療料１に関する施設基準 (1)～(3)（略） (4) (1)に掲げる医師は、発達障害等に関する適切な研修及び虐待に関する適切な研修を修了していることが望ましい。	［施設基準］ 1　小児かかりつけ診療料１に関する施設基準 (1)～(3)（略） （新設）
2 小児かかりつけ診療料２に関する施設基準 (1)　１の(1)、(3)及び(4)の基準を満たしていること。 (2)（略）	2 小児かかりつけ診療料２に関する施設基準 (1)　１の(1)及び(3)の基準を満たしていること。 (2)（略）

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

第１　基本的な考え方

地域における連携体制を確保しつつ、ライフコースを通じた継続的・定期的な口腔管理による歯科疾患の重症化予防の取組を推進する観点から、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所について、名称、要件及び評価を見直す。これを踏まえつつ、小児期及び高齢期のライフステージに応じた口腔機能管理を推進する観点から、小児口腔機能管理料及び口腔機能管理料について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

１．かかりつけ歯科医による歯科疾患の管理について、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所による実施を評価しているが、これを見直し、口腔機能管理に関する実績要件等も満たす診療所による実施を評価することとする。

２．小児口腔機能管理料及び口腔機能管理料にかかりつけ歯科医による口腔機能管理に関する評価を新設する。

３．エナメル質初期う蝕管理加算を廃止する。

改　定　案	現　　行
【歯科疾患管理料】 ［算定要件］ （削除）	【歯科疾患管理料】 ［算定要件］ 注10　かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所（歯科疾患の管理が必要な患者に対し、定期的かつ継続的な口腔の管理を行う診療所であって、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ものをいう。以下この表において同じ。）において、エナメル質初期う蝕に罹患している患者に対して、管理及び療養上必要な指導等を行い、その

	内容について説明を行った場合は、エナメル質初期う蝕管理加算として、260点を所定点数に加算する。
10　（略）	11　（略）
11　初診日の属する月から起算して６月を超えて歯科疾患の管理及び療養上必要な指導を行った場合は、長期管理加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。	12　初診日の属する月から起算して６月を超えて歯科疾患の管理及び療養上必要な指導を行った場合は、長期管理加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。
イ　区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料の注３に規定す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診療所である保険医療機関の場合　120点	イ　かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の場合　120点
ロ　イ以外の保険医療機関の場合　100点	ロ　イ以外の保険医療機関の場合　100点
【歯周病安定期治療】 ［算定要件］	【歯周病安定期治療】 ［算定要件］
注２　２回目以降の歯周病安定期治療の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して２月を経過した日以降に行う。ただし、一連の歯周病治療において歯周外科手術を実施した場合等の歯周病安定期治療の治療間隔の短縮が必要とされる場合又は区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料の注３に規定す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診療所である保険医療機関において歯周病安定期治療を開始した場合は、この限りでない。	注２　２回目以降の歯周病安定期治療の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して２月を経過した日以降に行う。ただし、一連の歯周病治療において歯周外科手術を実施した場合等の歯周病安定期治療の治療間隔の短縮が必要とされる場合又はかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所において歯周病安定期治療を開始した場合は、この限りでない。
３　区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料の注３に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長	３　かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所において歯周病安定期治療を開始した場合は、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診

等に届け出た診療所である保険医療機関において歯周病安定期治療を開始した場合は、口腔管理体制強化加算として、120点を所定点数に加算する。	療所加算として、120点を所定点数に加算する。
【歯科訪問診療料】 ［算定要件］ 注11　歯科訪問診療を実施する保険医療機関の歯科衛生士が、歯科医師と同行の上、歯科訪問診療の補助を行った場合は、歯科訪問診療補助加算として、次に掲げる点数を１日につき所定点数に加算する。 イ　在宅療養支援歯科診療所１、在宅療養支援歯科診療所２又は区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料の注３に規定す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診療所である保険医療機関の場合 (1)・(2)　（略） ロ　（略） 15　１について、当該保険医療機関の外来（歯科診療を行うものに限る。）を受診していた患者であって在宅等において療養を行っているものに対して、歯科訪問診療を実施した場合は、歯科訪問診療移行加算として、次に掲げる点数を所定点数に加算する。なお、この場合において、注12に規定する加算は算定できない。 イ　区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料の注３に規定す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診療所である保険医療機関の場合	【歯科訪問診療料】 ［算定要件］ 注11　歯科訪問診療を実施する保険医療機関の歯科衛生士が、歯科医師と同行の上、歯科訪問診療の補助を行った場合は、歯科訪問診療補助加算として、次に掲げる点数を１日につき所定点数に加算する。 イ　在宅療養支援歯科診療所１、在宅療養支援歯科診療所２又はかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の場合 (1)・(2)　（略） ロ　（略） 15　１について、当該保険医療機関の外来（歯科診療を行うものに限る。）を受診していた患者であって在宅等において療養を行っているものに対して、歯科訪問診療を実施した場合は、歯科訪問診療移行加算として、次に掲げる点数を所定点数に加算する。なお、この場合において、注12に規定する加算は算定できない。 イ　かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の場合　150点

150点 ロ　（略）	ロ　（略）
【在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】 ［算定要件］ 注４　区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料の注３に規定す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診療所である保険医療機関の歯科医師が当該指導管理を実施した場合は、口腔管理体制強化加算として、75点を所定点数に加算する。	【在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】 ［算定要件］ 注４　かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の歯科医師が当該指導管理を実施した場合は、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算として、75点を所定点数に加算する。
【小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】 ［算定要件］ 注４　区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料の注３に規定す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診療所である保険医療機関の歯科医師が当該指導管理を実施した場合は、口腔管理体制強化加算として、75点を所定点数に加算する。	【小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】 ［算定要件］ 注４　かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の歯科医師が当該指導管理を実施した場合は、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算として、75点を所定点数に加算する。
【小児口腔機能管理料】 ［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診療所である保険医療機関において、口腔機能の管理を行った場合は、口腔管理体制強化加算として、●●点を所定点数に加算する。	【小児口腔機能管理料】 ［算定要件］ （新設）
【口腔機能管理料】 ［算定要件］ 注３　区分番号Ｂ０００－４－２に	【口腔機能管理料】 ［算定要件］ （新設）

掲げる小児口腔機能管理料の注３に規定す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診療所である保険医療機関において、口腔機能の管理を行った場合は、口腔管理体制強化加算として、●●点を所定点数に加算する。	
［施設基準］ 六の二の三　小児口腔機能管理料の注３に規定する口腔管理体制強化加算の施設基準 (1)～(3)　（略） (4) 口腔機能管理に関する実績があること。 (5) 次のいずれかに該当すること。 イ　歯科訪問診療料を算定していること。 ロ　在宅療養支援歯科診療所１、在宅療養支援歯科診療所２又は在宅療養支援歯科病院との連携の実績があること。 ハ　在宅歯科医療に係る連携体制が確保されていること。 (6)～(9)　（略）	［施設基準］ 六の二の三　かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準 (1)～(3)　（略） （新設） (4) 歯科訪問診療料の算定又は在宅療養支援歯科診療所１若しくは在宅療養支援歯科診療所２との連携の実績があること。 (5)～(8)　（略）
［経過措置］ 令和６年３月31日において現にかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所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、（４）に該当するものとみなす。	

⑤　かかりつけ薬剤師指導料の見直し

第１　基本的な考え方

かかりつけ薬剤師の業務を推進するため、かかりつけ薬剤師指導料と個別に評価されている薬学的管理の業務、算定している薬剤師の業務実態等を踏まえ、かかりつけ薬剤師が算定できる評価とともに、かかりつけ薬剤師としての要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の薬剤師としての 24 時間対応に係る要件について、休日・夜間等のやむを得ない場合は薬局単位での対応でも可能となるよう薬剤師の勤務状況や患者への対応実態に合わせて見直しを行う。

２．吸入薬に係る情報提供、服薬指導は、かかりつけ薬剤師が通常行う業務の内容とは異なることから、かかりつけ薬剤師指導料を算定している患者に対して吸入指導を実施した場合でも吸入指導加算を算定可能とする。

改　定　案	現　　行
【かかりつけ薬剤師指導料】 ［算定要件］ 注１～７　（略） ８　喘息又は慢性閉塞性肺疾患の患者であって、吸入薬の投薬が行われているものに対して、当該患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者の同意を得た上で、文書及び練習用吸入器等を用いて、必要な薬学的管理及び指導を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合には、吸入薬指導加算として、３月に１回に限り●●点を所定点数に加算する。 (6) かかりつけ薬剤師は、担当患者	【かかりつけ薬剤師指導料】 ［算定要件］ 注１～７　（略） （新設） (6) かかりつけ薬剤師は、担当患者

に対して、以下の服薬指導等を行う。 ア～ウ　（略） エ　患者がかかりつけ薬剤師からの服薬指導等を受けられるよう、当該薬局における勤務日等の必要な情報を伝えること。 オ　患者から休日、夜間を含む時間帯の相談に応じる体制をとり、開局時間外の連絡先を伝えること。原則として、かかりつけ薬剤師が相談に対応することとするが、当該薬局のかかりつけ薬剤師以外の別の保険薬剤師が相談等に対応する場合があるときは、当該薬局の別の保険薬剤師が対応しても差し支えない。また、やむを得ない事由により、患者からの電話等による問い合わせに応じることができなかった場合は、速やかに折り返して連絡することができる体制とすること。なお、自宅等の当該保険薬局以外の場所で対応する場合にあっては、必要に応じて薬剤服用歴等が閲覧できる体制が整備されていることが望ましい。	に対して、以下の服薬指導等を行う。 ア～ウ　（略） （新設） エ　患者から24時間相談に応じる体制をとり、開局時間外の連絡先を伝えるとともに、勤務表を作成して患者に渡すこと。この場合において、当該薬局のかかりつけ薬剤師以外の別の保険薬剤師が相談等に対応する場合があるときは、その旨を患者にあらかじめ説明するとともに、当該保険薬剤師の連絡先を患者に伝えることにより、当該薬局の別の保険薬剤師が対応しても差し支えない。

３．かかりつけ薬剤師指導料等を算定する患者に対して、かかりつけ薬剤師以外がやむを得ず対応する場合の要件を見直し、患者の同意を得た上で、当該保険薬局に勤務する複数の常勤の保険薬剤師（かかりつけ薬剤師指導料等の施設基準を満たす薬剤師）が服薬管理指導料の特例を算定できるようにする。

「Ⅱ－７－⑥」を参照のこと。

４．調剤後薬剤管理指導料（新設）で必要とされる対応は、かかりつけ薬剤師が通常行う業務の範囲と異なることから、かかりつけ薬剤師指導料の算定患者に対して実施した場合でも算定可能とする。

「Ⅱ－７－⑦」を参照のこと。

【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－⑥】

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

第１　基本的な考え方

服薬情報の一元的・継続的把握の推進の観点から、同一薬局の利用をさらに進めるため､かかりつけ薬剤師指導料等を算定する患者に対して、かかりつけ薬剤師以外がやむを得ず対応する場合に係る要件について見直す。

第２　具体的な内容

かかりつけ薬剤師指導料等を算定する患者に対して、かかりつけ薬剤師以外がやむを得ず対応する場合における要件について、１名までの保険薬剤師に限るとする規定を見直し、当該保険薬局における常勤の保険薬剤師（かかりつけ薬剤師指導料等の施設基準を満たす薬剤師）であれば複数人でも患者にあらかじめ同意を得ることで特例を算定可能とする。

改　定　案	現　　行
【服薬管理指導料】 ［算定要件］ １～12　（略） 13　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） (1) 患者に対する服薬指導等の業務について、患者が選択した保険薬剤師（以下「かかりつけ薬剤師」という。）がやむを得ない事情により業務を行えない場合に、あらかじめ患者が選定した当該保険薬局に勤務する他の保険薬剤師（以下「かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師」という。）が、かかりつけ薬剤師と連携して患者の服薬状況を一元的・継続的に把握した上で服薬指導等を行った場合に算定できる。	【服薬管理指導料】 ［算定要件］ １～12　（略） 13　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） (1) 患者に対する服薬指導等の業務について、患者が選択した保険薬剤師（以下「かかりつけ薬剤師」という。）がやむを得ない事情により業務を行えない場合に、あらかじめ患者が選定した当該保険薬局に勤務する他の保険薬剤師（１名までの保険薬剤師に限る。以下「かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師」という。）が、かかりつけ薬剤師と連携して患者の服薬状況を一元的・継続的に把握した上で服薬指導等を行った場合に算定

	できる。
(2)～(6)　（略）	(2)～(6)　（略）
【服薬管理指導料の注14に規定する保険薬剤師（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）】	【服薬管理指導料の注14に規定する保険薬剤師（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）】
［施設基準］	［施設基準］
1　「かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師」は以下の要件を全て満たす保険薬剤師であること。	1　「かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師」は以下の要件を全て満たす保険薬剤師であること。
(1)・(2)　（略）	(1)・(2)　（略）
(3) 当該保険薬局に週32時間以上（32時間以上勤務する他の保険薬剤師を届け出た保険薬局において、保険薬剤師について育児・介護休業法第23条第１項若しくは第３項又は第24条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあっては週24時間以上かつ週４日以上である場合を含む。）勤務していること。	（新設）
(4) 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得していること。	（新設）
(5) 医療に係る地域活動の取組に参画していること。	（新設）

【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－⑦】

⑦　薬学的なフォローアップに関する評価の見直し

第１　基本的な考え方

薬剤師による充実した薬学管理を推進し、質の高い薬物療法が適用できるようにするため、地域における医療機関と連携して行う、調剤後の薬学管理に係る評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．現行の服薬管理指導料の調剤後薬剤管理指導加算について、対象となる糖尿病薬の範囲を拡大し、対象患者を慢性心不全患者に拡大するとともに、医療機関と薬局が連携して糖尿病患者、慢性心不全患者の治療薬の適正使用を推進する観点から評価体系を見直し、当該加算を調剤後薬剤管理指導料として新設する。これに伴い、服薬管理指導料の注 10 の調剤後薬剤管理指導加算は廃止する。

２．調剤後薬学管理指導料が対象とする業務は、かかりつけ薬剤師が通常行う業務の範囲と異なることから、かかりつけ薬剤師指導料の算定患者に対して実施した場合でも算定可能となるよう見直す。

（新）　調剤後薬剤管理指導料

１	糖尿病患者に対して行った場合	●●点
２	慢性心不全患者に対して行った場合	●●点

［算定要件］

１．区分番号００に掲げる調剤基本料の注５に規定す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、１については糖尿病であって､別に厚生労働大臣が定めるものに対して、２については心疾患による入院の経験があり、作用機序が異なる循環器官用薬等の複数の治療薬の処方を受けている慢性心不全の患者に対して、保険医療機関の求めがあった場合又は患者若しくはその家族等の求めがあり、かつ、保険薬剤師が必要性を認め、医師の了解を得た場合に当該患者の同意を得て、調剤後に次に掲げる業務等の全てを行ったときに､調剤後薬剤管理指導料として､月１回に限り算定できる。この場合において、区分番号１５の５に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。

イ　調剤後に当該薬剤の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について当該患者へ電話等により確認すること（当該調剤と同日に

行う場合を除く。)。
ロ　必要な薬学的管理及び指導を継続して実施すること。
ハ　処方医へ必要な情報を文書により提供すること。

２．区分番号００に掲げる特別調剤基本料Ａを算定する保険薬局において、区分番号００に掲げる調剤基本料の注６に規定する別に厚生労働大臣が定める保険医療機関への情報提供を行った場合は、算定できない。

３．区分番号００に掲げる調剤基本料の注２に規定する別に厚生労働大臣が定める特別調剤基本料Ｂを算定する保険薬局は、いずれの場合においても算定できない。

［施設基準］

次のいずれかに該当するものであること。

（１）新たに糖尿病用剤が処方されたもの

（２）糖尿病用剤に係る投薬内容の変更が行われたもの

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

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

介護保険施設等の入所者の病状の急変時に、介護保険施設等の協力医療機関であって、定期的なカンファレンスを実施するなど、平時からの連携体制を構築している医療機関の医師が往診を行った場合の評価を新設する。

（新）　介護保険施設等連携往診加算　●●点

［対象患者］

往診を行う保険医の所属する保険医療機関と平時からの連携体制を構築している介護保険施設等に入所する者

［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が、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。）の協力医療機関であって、当該介護保険施設等に入所している患者の病状の急変等に伴い、往診を行った場合に、介護保険施設等連携往診加算として、●●点を所定点数に加算する。

［施設基準］

（１）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。）において、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、当該介護保険施設等から 24 時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定し、その連絡先

を当該介護保険施設等に提供していること。
（２）当該介護保険施設等と連携体制が確保されていること。
（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。

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

第１　基本的な考え方

地域における 24 時間の在宅医療の提供体制の構築を推進する観点から、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院と連携体制を構築している在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院以外の他の保険医療機関が訪問診療を行っている患者に対して、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院が往診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

在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院以外の他の保険医療機関において訪問診療を実施している患者に対し、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が当該他の保険医療機関と定期的にカンファレンスを行っていること又は ICT を用いて診療情報や患者の急変時の対応方針について最新の情報を確認できること等により、平時からの連携体制を構築した上で、当該在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が往診を行った場合の評価を新設する。

（新）　往診時医療情報連携加算　●●点

［対象患者］

在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院以外の保険医療機関において、訪問診療を受けている患者

［算定要件］

在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院以外の保険医療機関に限る。）によって計画的な医学管理の下に主治医として定期的に訪問診療を行っている患者に対して、往診を行った場合、往診時医療情報連携加算として●●点を所定点数に加算する。

③　往診に関する評価の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

往診を行う医療機関において訪問診療を行っている患者、往診を行う医療機関と事前に往診に関する連携体制を構築している他の医療機関において訪問診療を行っている患者、往診を行う保険医療機関の外来において継続的に診療を受けている患者及び往診を行う医療機関と平時からの連携体制を構築している介護保険施設等に入所している患者に対する往診以外の往診について緊急の往診に係る評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【往診料】 ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める時間において入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している場合に緊急に行う往診、夜間（深夜を除く。）又は休日の往診、深夜の往診を行った場合には、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院（地域において在宅療養を提供する診療所がないことにより、当該地域における退院後の患者に対する在宅療養の提供に主たる責任を有する病院であって、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ものをいう。以下この表において同じ。）等の区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。 イ　別に厚生労働大臣が定める患者に対し、在宅療養支援診	【往診料】 ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める時間において入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している場合に緊急に行う往診、夜間（深夜を除く。）又は休日の往診、深夜の往診を行った場合には、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院（地域において在宅療養を提供する診療所がないことにより、当該地域における退院後の患者に対する在宅療養の提供に主たる責任を有する病院であって、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ものをいう。以下この表において同じ。）等の区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。 イ　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

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保険医が行う場合 (1)～(2)　(略) ロ　別に厚生労働大臣が定める患者に対し、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（イに規定するものを除く。）の保険医が行う場合 (1)～(3)　(略) ハ　別に厚生労働大臣が定める患者に対し、イからロまでに掲げるもの以外の保険医療機関の保険医が行う場合 (1)～(3)　(略) 二　別に厚生労働大臣が定める患者以外の患者に対して行う場合 (1) 緊急往診加算 ●●点 (2) 夜間・休日往診加算 ●●点 (3) 深夜往診加算 ●●点	厚生労働大臣が定めるものの保険医が行う場合 (1)～(2)　(略) ロ　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（イに規定するものを除く。）の保険医が行う場合 (1)～(3)　(略) ハ　イからロまでに掲げるもの以外の保険医療機関の保険医が行う場合 (1)～(3)　(略) （新設）
注６　注１のイからハまでの場合については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の保険医が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算１又は在宅療養実績加算２として、100点、75点又は50点を、それぞれ更に所定点数に加算する。	注６　注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するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の保険医が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算１又は在宅療養実績加算２として、100点、75点又は50点を、それぞれ更に所定点数に加算する。
［施設基準］ 一の三　往診料に規定する時間及び別に厚生労働大臣が定める患者 (1) 厚生労働大臣が定める時間 保険医療機関において専ら診療に従事している一部の時間	［施設基準］ 一の三　往診料に規定する時間 保険医療機関において専ら診療に従事している一部の時間

(2) 厚生労働大臣が定める患者 次のいずれかに該当するものであること。 イ　往診を行う保険医療機関において訪問診療を行っている患者であって、過去●月以内に在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、在宅患者訪問診療料（Ⅱ）又は在宅がん医療総合診療料を算定しているもの ロ　往診を行う保険医療機関と連携体制を構築している他の保険医療機関において、訪問診療を行っている患者 ハ　往診を行う保険医療機関の外来において継続的に診療を受けている患者 ニ　往診を行う保険医療機関と平時からの連携体制を構築している介護老人保健施設、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。）に入所する患者	（新設）

④　在宅医療における ICT を用いた医療情報連携の推進

第１　基本的な考え方

在宅での療養を行っている患者に対して、医師・歯科医師が計画的な医学管理を行う際に当該患者の医療・ケアに携わる関係職種が ICT を用いて記録した診療情報等を活用した場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

１．在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料について、他の保険医療機関等の関係職種が ICT を用いて記録した患者に係る診療情報等を活用した上で、医師が計画的な医学管理を行った場合の評価を新設する。

（新）　在宅医療情報連携加算（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）　●●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訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの同意を得て、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、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、管理栄養士、介護支援専門員又は相談支援専門員等であって当該患者に関わる者が ICT を用いて記録した当該患者に係る診療情報等を活用した上で計画的な医学管理を行った場合に、在宅医療情報連携加算として、月●●回に限り、●●点を所定点数に加算する。

［施設基準］

（１）在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの診療情報等について、ICT を用いて常時確認できる体制を有し、関係機関と平時からの連携体制を構築していること。

（２）診療情報等を活用した上で計画的な医学管理を行うにつき十

分な体制が整備されていること。
（３）（１）に規定する連携体制を構築している医療機関であることについて、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。

［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。

２．在宅がん医療総合診療料について、他の保険医療機関等の関係職種が ICT を用いて記録した患者に係る診療情報等を活用した上で、医師が計画的な医学管理を行った場合の評価を新設する。

（新）　在宅医療情報連携加算（在宅がん医療総合診療料）　●●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訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの同意を得て、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、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、管理栄養士、介護支援専門員又は相談支援専門員等であって当該患者に関わる者が ICT 用いて記録した当該患者に係る診療情報等を活用した上で計画的な医学管理を行った場合に、在宅医療情報連携加算として、月●●回に限り、●●点を所定点数に加算する。

［施設基準］
（１）在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの診療情報等について、ICT を用いて常時確認できる体制を有し、関係機関と平時からの連携体制を構築していること。
（２）診療情報等を活用した上で計画的な医学管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
（３）（１）に規定する連携体制を構築している医療機関であることについて、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。

［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。

３．歯科疾患在宅療養管理料について、他の保険医療機関等の関係職種が ICT を用いて記録した患者に係る診療情報等を活用した上で、歯科医師が計画的な医学管理を行った場合の評価を新設する。

（新）　<u>在宅歯科医療情報連携加算　●●点</u>

［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歯科訪問診療を実施している保険医療機関の歯科医師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの同意を得て、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医、他の保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、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、管理栄養士、介護支援専門員又は相談支援専門員等であって当該患者に関わる者が ICT を用いて記録した当該患者に係る診療情報等を活用した上で計画的な歯科医学的管理を行った場合に、在宅歯科医療情報連携加算として、月●●回に限り、●●点を所定点数に加算する。

［施設基準］
（１）在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの診療情報等について、ICT を用いて常時確認できる体制を有し、関係機関と平時からの連携体制を構築していること。
（２）診療情報等を活用した上で計画的な歯科医学的管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
（３）（１）に規定する連携体制を構築している医療機関であることについて、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。

［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。

⑤　在宅療養移行加算の見直し

第１　基本的な考え方

在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院以外の保険医療機関が行う訪問診療について､在宅での療養を行っている患者が安心して 24 時間対応を受けられる体制の整備を促進する観点から、在宅療養移行加算の評価を見直す。

第２　具体的な内容

在宅療養移行加算について、対象となる範囲を病院まで拡大するとともに、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院以外の保険医療機関が行う訪問診療について､他の保険医療機関と 24 時間の往診体制及び連絡体制を構築し定期的なカンファレンスや ICT を用いて平時からの連携体制を構築している場合の評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【在宅療養移行加算】 ［算定要件］ 注９　３を算定する患者であって継続的に診療を行っているものに対して、保険医療機関が、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関において又は他の保険医療機関等との連携により、常時往診を行う体制等を確保した上で訪問診療を行った場合に、当該体制等に応じて、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ 在宅療養移行加算１ ●●点 ロ 在宅療養移行加算２ ●●点 ハ 在宅療養移行加算３ ●●点 ニ 在宅療養移行加算４ ●●点 (20) 在宅時医学総合管理料の「注９」又は施設入居時等医学総合管理料の「注５」の規定により準用する在宅時医学総合管理料の「注９」に規	【在宅療養移行加算】 ［算定要件］ 注９　３を算定する患者であって継続的に診療を行っているものに対して、保険医療機関（診療所に限る。）が、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関において又は他の保険医療機関等との連携により、常時往診を行う体制等を確保した上で訪問診療を行った場合に、当該体制等に応じて、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ 在宅療養移行加算１ 216 点 ロ 在宅療養移行加算２ 116 点 (20) 在宅時医学総合管理料の「注９」又は施設入居時等医学総合管理料の「注５」の規定により準用する在宅時医学総合管理料の「注９」に規

定する在宅療養移行加算１、２、３及び４は、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院以外の保険医療機関が、当該保険医療機関の外来を４回以上受診した後に訪問診療に移行した患者に対して訪問診療を実施した場合に、以下により算定する。	定する在宅療養移行加算１及び２は、在宅療養支援診療所以外の診療所が、当該診療所の外来を４回以上受診した後に訪問診療に移行した患者に対して訪問診療を実施した場合に、以下により算定する。
ア　在宅療養移行加算１については、以下の全ての要件を満たして訪問診療を実施した場合に、在宅療養移行加算２については以下の（イ）から（ハ）までを満たして訪問診療を実施した場合に、算定する。なお、在宅療養移行加算１及び２を算定して訪問診療及び医学管理を行う月のみ以下の体制を確保すればよく、地域医師会等の協力を得て（イ）又は（ロ）に規定する体制を確保することでも差し支えない。	ア　在宅療養移行加算１については、以下の全ての要件を満たして訪問診療を実施した場合に算定する。なお、在宅療養移行加算１を算定して訪問診療及び医学管理を行う月のみ以下の体制を確保すればよく、地域医師会等の協力を得て（イ）又は（ロ）に規定する体制を確保することでも差し支えない。
（イ）～（ハ）　（略）	（イ）～（ハ）　（略）
（ニ）当該医療機関が保有する患者の診療情報及び患者の病状の急変時の対応方針等の情報について、当該医療機関と連携する他の医療機関に対して、●月に１回程度の定期的なカンファレンスにより適切に提供していること。なお、当該情報についてはICT等を活用して連携する他の医療機関が常に確認できる体制を確保することでも差し支えない。	（新設）
イ　在宅療養移行加算３については、以下の全ての要件を満たして訪問診療を実施した場合に、在宅療養移行加算４については以下の（イ）から（ニ）までを満たして訪問診療を実施した場合に算定する。なお、在宅療養移行加算３及び４を算定して訪問診療及	イ　在宅療養移行加算２については、以下の全ての要件を満たして訪問診療を実施した場合に算定する。なお、在宅療養移行加算２を算定して訪問診療及び医学管理を行う月のみ以下の体制を確保すればよく、市町村や地域医師会との協力により（イ）又は（ロ）

び医学管理を行う月のみ以下の体制を確保すればよく、市町村や地域医師会との協力により(イ)又は(ロ)に規定する体制を確保することでも差し支えない。 (イ)～(ニ) (ホ) 当該医療機関が保有する患者の診療情報及び患者の病状の急変等の際の対応方針等の情報について、当該医療機関と連携する他の医療機関に対して、●月に１回程度の定期的なカンファレンスにより適切に提供していること。なお、当該情報については ICT 等を活用して連携する他の医療機関が常に確認できる体制を確保することでも差し支えない。	に規定する体制を確保することでも差し支えない。 (イ)～(ニ) （新設）

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

第１　基本的な考え方

在宅における末期の悪性腫瘍の患者以外の患者に対する緩和ケアを充実させる観点から、注射による麻薬の投与に係る指導管理について新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

１．在宅悪性腫瘍等患者指導管理料等について、名称を変更するとともに、疾患を考慮した評価体系に見直した上で、心不全又は呼吸器疾患の末期の患者に対する注射による麻薬の投与を用いた指導管理についての評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【在宅麻薬等注射指導管理料】 １　悪性腫瘍の場合　1,500点 ２　筋萎縮性側索硬化症又は筋ジストロフィーの場合　1,500点 ３　心不全又は呼吸器疾患の場合　●●点	【在宅悪性腫瘍等患者指導管理料】 1,500点
［算定要件］	［算定要件］
注１　１については、悪性腫瘍の患者であって、入院中の患者以外の末期の患者に対して、在宅における麻薬等の注射に関する指導管理を行った場合に算定する。	注　在宅における鎮痛療法又は悪性腫瘍の化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の患者に対して、当該療法に関する指導管理を行った場合に算定する。
２　２については、筋萎縮性側索硬化症又は筋ジストロフィーの患者であって、入院中の患者以外の患者に対して、在宅における麻薬等の注射に関する指導管理を行った場合に算定する。	（新設）
３　３については、１又は２に該当しない場合であって、緩和ケアを要する心不全又は呼吸器疾	（新設）

患の患者であって、入院中の患者以外の末期の患者に対して、在宅における麻薬の注射に関する指導管理を行った場合に算定する。	
【在宅腫瘍化学療法注射指導管理料】 1,500点 ［算定要件］ 注　悪性腫瘍の患者であって、入院中の患者以外の患者に対して、在宅における抗悪性腫瘍剤等の注射に関する指導管理を行った場合に算定する。	（新設）
【在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料】 1,500点 ［算定要件］ 注　別に厚生労働大臣が定める保険医療機関の保険医が、他の保険医療機関において区分番号Ｃ●●に掲げる在宅麻薬等注射指導管理料の１又は区分番号Ｃ●●に掲げる在宅腫瘍化学療法注射指導管理料を算定する指導管理を受けている患者に対し、当該他の保険医療機関と連携して、同一日に当該患者に対する麻薬等又は抗悪性腫瘍剤等の注射に関する指導管理を行った場合に算定する。	【在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料】 1,500点 ［算定要件］ 注　別に厚生労働大臣が定める保険医療機関の保険医が、他の保険医療機関において区分番号Ｃ１０８に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定する指導管理を受けている患者に対し、当該他の保険医療機関と連携して、同一日に当該患者に対する悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

２．注入ポンプ加算及び携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算の対象患者に、心不全又は呼吸器疾患の末期の患者に対する注射による麻薬の投与を行った場合を追加した上で、評価体系を見直す。

改　定　案	現　　行
【注入ポンプ加算】 1,250点 ［算定要件］	【注入ポンプ加算】 1,250点 ［算定要件］

注　次のいずれかに該当する入院中の患者以外の患者に対して、注入ポンプを使用した場合に、２月に２回に限り、第１款の所定点数に加算する。 イ　在宅中心静脈栄養法、在宅成分栄養経管栄養法又は在宅小児経管栄養法を行っている患者 ロ　次のいずれかに該当する患者 (1) 悪性腫瘍の患者であって、在宅において麻薬等の注射を行っている末期の患者 (2) 筋萎縮性側索硬化症又は筋ジストロフィーの患者であって、在宅において麻薬等の注射を行っている患者 (3) (1)又は(2)に該当しない場合であって、緩和ケアを要する心不全又は呼吸器疾患の患者に対して、在宅において麻薬の注射を行っている末期の患者 ハ　悪性腫瘍の患者であって、在宅において抗悪性腫瘍剤等の注射を行っている患者 ニ　別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている患者	注　在宅中心静脈栄養法、在宅成分栄養経管栄養法若しくは在宅小児経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者、在宅における鎮痛療法若しくは悪性腫瘍の化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の患者又は別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、注入ポンプを使用した場合に、２月に２回に限り、第１款の所定点数に加算する。
【携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算】 2,500点 ［算定要件］ 注　次のいずれかに該当する入院中の患者以外の患者に対して、携帯型ディスポーザブル注入ポンプを使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。 イ　悪性腫瘍の患者であって、在宅において麻薬等の注射を行っている末期の患者 ロ　悪性腫瘍の患者であって、在宅において抗悪性腫瘍剤等の注	【携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算】 2,500点 ［算定要件］ 注　在宅における悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、携帯型ディスポーザブル注入ポンプを使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。

射を行っている患者 ハ　イ又はロに該当しない場合であって、緩和ケアを要する心不全又は呼吸器疾患の患者に対して、在宅において麻薬の注射を行っている末期の患者	

【Ⅱ－８　質の高い在宅医療・訪問看護の確保－⑦】

⑦　在宅における質の高い緩和ケアの提供の推進

第１　基本的な考え方

在宅で療養を行う末期の悪性腫瘍の患者について、質の高い緩和ケアを提供する観点から、患者の急変時等に、ICT の活用によって当該患者に関わる医療従事者等の間で共有されている人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を踏まえ、医師が当該患者に対して療養上必要な指導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

在宅で療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者の病状の急変時に、ICT の活用によって、医療従事者等の間で共有されている人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を踏まえ医師が療養上必要な指導を行った場合の評価を新設する。

（新）　在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料　●●点

［対象患者］

在宅医療情報連携加算を算定している患者であって、在宅での療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者

［算定要件］

（１）訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの同意を得て、末期の悪性腫瘍の患者の病状の急変等に伴い、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、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、管理栄養士、介護支援専門員又は相談支援専門員等が ICT を用いて記録した当該患者に係る人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を取得した上で療養上必要な指導を行った場合に、月●回に限り算定する。

（２）在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料は、他の保険医療機関等の関係職種が ICT を用いて記録した患者に係る診療情報等を活用した上で、医師が計画的な医学管理を行っている患者に対し、共有されている当該患者の人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を取得した上で療養上必要な指導を行った場合に、当該指導を行

った日に限り算定できる。

⑧　在宅ターミナルケア加算等の見直し

第１　基本的な考え方

本人の望む場所でより患者の希望に沿った看取りを支援する観点から、在宅ターミナルケア加算等について、算定要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．在宅ターミナルケア加算について、死亡日及び死亡日前 14 日以内に退院時共同指導を実施した上で訪問診療又は往診を実施している場合においても、算定可能とする。
２．看取り加算について、退院時共同指導を実施した上で往診を行い、在宅で患者を看取った場合に往診料においても算定可能とする。

改　定　案	現　　行
【往診料】 ［算定要件］ 注３　在宅で死亡した患者（往診を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）であって、その死亡日及び死亡日前14日以内に、区分番号Ｂ００４に掲げる退院時共同指導料１を算定し、かつ、往診を実施した場合には、当該患者に係る区分等に従い、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ｃ００１の注６に規定する在宅ターミナルケア加算及び区分番号Ｃ００１－２の注５に規定する在宅ターミナルケア加算は算定できない。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充	【往診料】 ［算定要件］ （新設）

実診療所・病院加算、在宅療養実績加算１又は在宅療養実績加算２として、それぞれ●●点、●●点又は●●点を、がん患者に対して酸素療法を行っていた場合は酸素療法加算として●●点を更に所定点数に加算する。 イ　有料老人ホーム等に入居する患者以外の患者 (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 ① 病床を有する場合 ●●点 ② 病床を有しない場合 ●●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 ●●点 (3) (1)及び(2)に掲げるもの以外の場合 ●●点 ロ　有料老人ホーム等に入居する患者 (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 ① 病床を有する場合 ●●点 ② 病床を有しない場合 ●●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 ●●点 (3) (1)及び(3)に掲げるもの以外の場合 ●●点 ４　往診を行い、在宅で患者を看	

取った場合（注３に規定する在宅ターミナルケア加算を算定する場合に限る。）には、看取り加算として、●●点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ｃ００１の注７（区分番号Ｃ００１－２の注６の規定により準用する場合を含む）に規定する看取り加算は算定できない。	
【在宅患者訪問診療料（Ｉ）】 ［算定要件］ 注６　在宅で死亡した患者（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）に対してその死亡日及び死亡日前14日以内に、２回以上の往診若しくは訪問診療を実施した場合（１を算定する場合に限る。）又は区分番号Ｂ００４に掲げる退院時共同指導料１を算定し、かつ、訪問診療を実施した場合（１を算定する場合に限る。）には、当該患者に係る区分等に従い、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ｃ０００の注３に規定するターミナルケア加算は算定できない。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算１又は在宅療養実績加算２として、それぞれ1,000点、750点又は500点を、がん患者に対して酸素療法を行っていた場合は酸素療法加算として2,000点を更	【在宅患者訪問診療料（Ｉ）】 ［算定要件］ 注６　在宅で死亡した患者（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）に対してその死亡日及び死亡日前14日以内に、２回以上の往診又は訪問診療を実施した場合（１を算定する場合に限る。）には、当該患者に係る区分等に従い、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算１又は在宅療養実績加算２として、それぞれ1,000点、750点又は500点を、がん患者に対して酸素療法を行っていた場合は酸素療法加算として2,000点を更に所定点数に加算する。

に所定点数に加算する。 イ・ロ　（略）	イ・ロ　（略）
【在宅患者訪問診療料（Ⅱ）】 ［算定要件］ 注５　患者の居住する有料老人ホーム等で死亡した患者（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に当該有料老人ホーム等以外で死亡した患者を含む。）に対してその死亡日及び死亡日前14日以内に、２回以上の往診若しくは訪問診療を実施した場合（注１のイの場合に限る。）又は区分番号Ｂ００４に掲げる退院時共同指導料１を算定し、かつ、訪問診療を実施した場合（注１のイの場合に限る。）には、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ｃ０００の注３に規定するターミナルケア加算は算定できない。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算１又は在宅療養実績加算２として、それぞれ1,000点、750点又は500点を、がん患者に対して酸素療法を行っていた場合は酸素療法加算として2,000点を、更に所定点数に加算する。 イ・ロ　（略）	【在宅患者訪問診療料（Ⅱ）】 ［算定要件］ 注５　患者の居住する有料老人ホーム等で死亡した患者（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に当該有料老人ホーム等以外で死亡した患者を含む。）に対してその死亡日及び死亡日前14日以内に、２回以上の往診又は訪問診療を実施した場合（注１のイの場合に限る。）には、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算１又は在宅療養実績加算２として、それぞれ1,000点、750点又は500点を、がん患者に対して酸素療法を行っていた場合は酸素療法加算として2,000点を、更に所定点数に加算する。 イ・ロ　（略）

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

第１　基本的な考え方

より質の高い在宅医療の提供を適切に評価する観点から、訪問診療の算定回数等に応じて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評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の算定における単一建物診療患者の数が 10 人以上 19 人以下、20 人以上 49 人以下及び 50 人以上の場合の評価を新設する。
２．在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料を届出している保険医療機関のうち、当該医療機関の直近●月の訪問診療の算定回数等が●●回を超える保険医療機関（看取りの件数等に係る一定の基準を満たす場合を除く。）について、単一建物診療患者の数が●●人以上である患者に対する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評価を見直す。
３．医療ＤＸ及び医薬品の安定供給に資する取組の推進に伴い、在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の評価を見直す。

改　定　案	現行
【在宅時医学総合管理料】 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) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合 ①　単一建物診療患者が１人の場合　●●点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　●●点 ③　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	【在宅時医学総合管理料】 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) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合 ①　単一建物診療患者が１人の場合　5,400点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　4,500点 ③　①及び②以外の場合　2,880点

●●点	
④　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	（新設）
●●点	
⑤　①から④まで以外の場合	（新設）
●●点	
(2) 月２回以上訪問診療を行っている場合（(1)の場合を除く。）	(2) 月２回以上訪問診療を行っている場合（(1)の場合を除く。）
①　単一建物診療患者が１人の場合　●●点	①　単一建物診療患者が１人の場合　4,500点
②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合	②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合
●●点	2,400点
③　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	③　①及び②以外の場合
●●点	1,200点
④　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	（新設）
●●点	
⑤　①から④まで以外の場合	（新設）
●●点	
(3) 月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（(1)及び(2)の場合を除く。）	(3) 月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（(1)及び(2)の場合を除く。）
①　単一建物診療患者が１人の場合　●●点	①　単一建物診療患者が１人の場合　3,029点
②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合	②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合
●●点	1,685点
③　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	③　①及び②以外の場合
●●点	880点
④　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	（新設）
●●点	
⑤　①から④まで以外の場合	（新設）
●●点	
(4) 月１回訪問診療を行っている場合	(4) 月１回訪問診療を行っている場合

① 単一建物診療患者が１人の場合 ●●点 ② 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 ●●点 ③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 ●●点 ④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 ●●点 ⑤ ①から④まで以外の場合 ●●点	① 単一建物診療患者が１人の場合 2,760点 ② 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 1,500点 ③ ①及び②以外の場合 780点 （新設） （新設）
(5) 月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が１人の場合 ●●点 ② 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 ●●点 ③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 ●●点 ④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 ●●点 ⑤ ①から④まで以外の場合 ●●点	(5) 月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が１人の場合 1,515点 ② 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 843点 ③ ①及び②以外の場合 440点 （新設） （新設）
ロ 病床を有しない場合 (1) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が１人の場合 ●●点 ② 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 ●●点 ③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 ●●点 ④ 単一建物診療患者が20人	ロ 病床を有しない場合 (1) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が１人の場合 5,000点 ② 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 4,140点 ③ ①及び②以外の場合 2,640点 （新設）

以上49人以下の場合 ●●点	
⑤　①から④まで以外の場合 ●●点	（新設）
(2) 月２回以上訪問診療を行っている場合（(1)の場合を除く。） ①　単一建物診療患者が１人の場合　●●点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 ●●点 ③　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 ●●点 ④　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 ●●点 ⑤　①から④まで以外の場合 ●●点	(2) 月２回以上訪問診療を行っている場合（(1)の場合を除く。） ①　単一建物診療患者が１人の場合　4,100点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 2,200点 ③　①及び②以外の場合 1,100点 （新設） （新設）
(3) 月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（(1)及び(2)の場合を除く。） ①　単一建物診療患者が１人の場合　●●点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 ●●点 ③　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 ●●点 ④　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 ●●点 ⑤　①から④まで以外の場合 ●●点	(3) 月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（(1)及び(2)の場合を除く。） ①　単一建物診療患者が１人の場合　2,789点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 1,565点 ③　①及び②以外の場合 820点 （新設） （新設）
(4) 月１回訪問診療を行っている場合 ①　単一建物診療患者が１人の場合　●●点	(4) 月１回訪問診療を行っている場合 ①　単一建物診療患者が１人の場合　2,520点

② 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 ●●点	② 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 1,380点
③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 ●●点	③ ①及び②以外の場合 720点
④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 ●●点	（新設）
⑤ ①から④まで以外の場合 ●●点	（新設）
(5) 月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合	(5) 月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合
① 単一建物診療患者が１人の場合 ●●点	① 単一建物診療患者が１人の場合 1,395点
② 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 ●●点	② 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 783点
③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 ●●点	③ ①及び②以外の場合 410点
④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 ●●点	（新設）
⑤ ①から④まで以外の場合 ●●点	（新設）
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	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 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合	イ 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合
(1) 単一建物診療患者が１人の場合 ●●点	(1) 単一建物診療患者が１人の場合 4,600点
(2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 ●●点	(2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 3,780点
(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 ●●点	(3) (1)及び(2)以外の場合 2,400点
(4) 単一建物診療患者が20人以	（新設）

上49人以下の場合 ●●点 (5) (1)から(4)まで以外の場合 ●●点	（新設）
ロ　月２回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。） (1) 単一建物診療患者が１人の場合　●●点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 ●●点 (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 ●●点 (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 ●●点 (5) (1)から(4)まで以外の場合 ●●点	ロ　月２回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。） (1) 単一建物診療患者が１人の場合　3,700点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 2,000点 (3) (1)及び(2)以外の場合 1,000点 （新設） （新設）
ハ　月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（イ及びロの場合を除く。） (1) 単一建物診療患者が１人の場合　●●点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 ●●点 (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 ●●点 (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 ●●点 (5) (1)から(4)まで以外の場合 ●●点	ハ　月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（イ及びロの場合を除く。） (1) 単一建物診療患者が１人の場合　2,569点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 1,465点 (3) (1)及び(2)以外の場合 780点 （新設） （新設）
ニ　月１回訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が１人の場合　●●点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合	ニ　月１回訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が１人の場合　2,300点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合

●●点	1,280点
(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	(3) (1)及び(2)以外の場合
●●点	680点
(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	（新設）
●●点	
(5) (1)から(4)まで以外の場合	（新設）
●●点	
ホ　月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合	ホ　月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合
(1) 単一建物診療患者が１人の場合 ●●点	(1) 単一建物診療患者が１人の場合 1,285点
(2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合	(2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合
●●点	733点
(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	(3) (1)及び(2)以外の場合
●●点	390点
(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	（新設）
●●点	
(5) (1)から(4)まで以外の場合	（新設）
●●点	
３　１及び２に掲げるもの以外の場合	３　１及び２に掲げるもの以外の場合
イ　別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月に２回以上訪問診療を行っている場合	イ　別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月に２回以上訪問診療を行っている場合
(1) 単一建物診療患者が１人の場合 ●●点	(1) 単一建物診療患者が１人の場合 3,450点
(2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合	(2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合
●●点	2,835点
(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	(3) (1)及び(2)以外の場合
●●点	1,800点
(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	（新設）
●●点	
(5) (1)から(4)まで以外の場合	（新設）

●●点	
ロ　月２回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。） (1) 単一建物診療患者が１人の場合 ●●点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 ●●点 (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 ●●点 (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 ●●点 (5) (1)から(4)まで以外の場合 ●●点	ロ　月２回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。） (1) 単一建物診療患者が１人の場合 2,750点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 1,475点 (3) (1)及び(2)以外の場合 750点 （新設） （新設）
ハ　月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（イ及びロの場合を除く。） (1) 単一建物診療患者が１人の場合 ●●点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 ●●点 (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 ●●点 (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 ●●点 (5) (1)から(4)まで以外の場合 ●●点	ハ　月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（イ及びロの場合を除く。） (1) 単一建物診療患者が１人の場合 2,029点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 1,180点 (3) (1)及び(2)以外の場合 660点 （新設） （新設）
ニ　月１回訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が１人の場合 ●●点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 ●●点 (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	ニ　月１回訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が１人の場合 1,760点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 995点 (3) (1)及び(2)以外の場合 560点

●●点	
(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	（新設）
●●点	
(5) (1)から(4)まで以外の場合	（新設）
●●点	
ホ　月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合	ホ　月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合
(1) 単一建物診療患者が１人の場合 ●●点	(1) 単一建物診療患者が１人の場合 1,015点
(2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 ●●点	(2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 590点
(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 ●●点	(3) (1)及び(2)以外の場合 330点
(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 ●●点	（新設）
(5) (1)から(4)まで以外の場合 ●●点	（新設）
［算定要件］	［算定要件］
注１～６　（略）	注１～６　（略）
７　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ更に所定点数に加算する。	７　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ更に所定点数に加算する。
イ　在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	イ　在宅緩和ケア充実診療所・病院加算
(1) 単一建物診療患者が１人の場合 400点	(1) 単一建物診療患者が１人の場合 400点
(2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 200点	(2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 200点
(3) 単一建物診療患者が10人以上19以下の場合 100点	(3) (1)及び(2)以外の場合 100点
(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	（新設）

●●点 (5) (1)から(4)まで以外の場合 ●●点	（新設）
ロ　在宅療養実績加算１ (1) 単一建物診療患者が１人の場合　300点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　150点 (3) 単一建物診療患者が10人以上19以下の場合　75点 (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 ●●点 (5) (1)から(4)まで以外の場合 ●●点	ロ　在宅療養実績加算１ (1) 単一建物診療患者が１人の場合　300点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　150点 (3) (1)及び(2)以外の場合　75点 （新設） （新設）
ハ　在宅療養実績加算２ (1) 単一建物診療患者が１人の場合　200点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　100点 (3) 単一建物診療患者が10人以上19以下の場合　50点 (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 ●●点 (5) (1)から(4)まで以外の場合 ●●点	ハ　在宅療養実績加算２ (1) 単一建物診療患者が１人の場合　200点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　100点 (3) (1)及び(2)以外の場合　50点 （新設） （新設）
８～13　（略） 14　１のイの(1)の③から⑤、１のイの(2)の③から⑤、１のイの(3)の③から⑤、１のイの(4)の③から⑤、１のイの(5)の③から⑤、１のロの(1)の③から⑤、１のロの(2)の③から⑤、１のロの(3)の③から⑤、１のロの(4)の③から⑤、１のロの(5)の③から⑤、２のイの(3)から(5)、２のロの(3)から(5)、２のハの(3)から(5)、２の二の(3)から(5)、２のホの(3)から(5)、３のイの(3)から(5)、３のロの(3)から(5)、３のハの(3)から(5)、３の二の(3)から(5)及び３のホの(3)から	８～13　（略） （新設）

(5)について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、それぞれ所定点数の100分の●●に相当する点数を算定する。	
【施設入居時等医学総合管理料】 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) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合 ①　単一建物診療患者が１人の場合　●●点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　●●点 ③　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　●●点 ④　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　●●点 ⑤　①から④まで以外の場合　●●点 (2) 月２回以上訪問診療を行っている場合（(1)の場合を除く。） ①　単一建物診療患者が１人の場合　●●点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　●●点 ③　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　●●点 ④　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　●●点 ⑤　①から④まで以外の場合　●●点	【施設入居時等医学総合管理料】 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) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合 ①　単一建物診療患者が１人の場合　3,900点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　3,240点 ③　①及び②以外の場合　2,880点 （新設） （新設） (2) 月２回以上訪問診療を行っている場合（(1)の場合を除く。） ①　単一建物診療患者が１人の場合　3,200点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,700点 ③　①及び②以外の場合　1,200点 （新設） （新設）

(3) 月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（(1)及び(2)の場合を除く。） ① 単一建物診療患者が１人の場合 ●●点 ② 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 ●●点 ③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 ●●点 ④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 ●●点 ⑤ ①から④まで以外の場合 ●●点	(3) 月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（(1)及び(2)の場合を除く。） ① 単一建物診療患者が１人の場合 2,249点 ② 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 1,265点 ③ ①及び②以外の場合 880点 （新設） （新設）
(4) 月１回訪問診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が１人の場合 ●●点 ② 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 ●●点 ③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 ●●点 ④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 ●●点 ⑤ ①から④まで以外の場合 ●●点	(4) 月１回訪問診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が１人の場合 1,980点 ② 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 1,080点 ③ ①及び②以外の場合 780点 （新設） （新設）
(5) 月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が１人の場合 ●●点 ② 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 ●●点	(5) 月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が１人の場合 1,125点 ② 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 633点

③　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 ●●点	③　①及び②以外の場合 440点
④　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 ●●点	（新設）
⑤　①から④まで以外の場合 ●●点	（新設）
ロ　病床を有しない場合	ロ　病床を有しない場合
(1) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合	(1) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合
①　単一建物診療患者が１人の場合　●●点	①　単一建物診療患者が１人の場合　3,600点
②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 ●●点	②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 2,970点
③　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 ●●点	③　①及び②以外の場合 2,640点
④　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 ●●点	（新設）
⑤　①から④まで以外の場合 ●●点	（新設）
(2) 月２回以上訪問診療を行っている場合（(1)の場合を除く。）	(2) 月２回以上訪問診療を行っている場合（(1)の場合を除く。）
①　単一建物診療患者が１人の場合　●●点	①　単一建物診療患者が１人の場合　2,900点
②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 ●●点	②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 1,550点
③　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 ●●点	③　①及び②以外の場合 1,100点
④　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 ●●点	（新設）
⑤　①から④まで以外の場合 ●●点	（新設）
(3) 月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち	(3) 月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち

１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（(1)及び(2)の場合を除く。） ① 単一建物診療患者が１人の場合 ●●点 ② 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 ●●点 ③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 ●●点 ④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 ●●点 ⑤ ①から④まで以外の場合 ●●点	１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（(1)及び(2)の場合を除く。） ① 単一建物診療患者が１人の場合 2,069点 ② 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 1,175点 ③ ①及び②以外の場合 820点 （新設） （新設）
(4) 月１回訪問診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が１人の場合 ●●点 ② 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 ●●点 ③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 ●●点 ④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 ●●点 ⑤ ①から④まで以外の場合 ●●点	(4) 月１回訪問診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が１人の場合 1,800点 ② 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 990点 ③ ①及び②以外の場合 720点 （新設） （新設）
(5) 月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が１人の場合 ●●点 ② 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 ●●点 ③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	(5) 月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が１人の場合 1,035点 ② 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 588点 ③ ①及び②以外の場合 410点

●●点 ④　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 ●●点	（新設）
⑤　①から④まで以外の場合 ●●点	（新設）
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	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　別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合	イ　別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合
(1) 単一建物診療患者が１人の場合　●●点	(1) 単一建物診療患者が１人の場合　3,300点
(2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 ●●点	(2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 2,700点
(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 ●●点	(3) (1)及び(2)以外の場合 2,400点
(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 ●●点	（新設）
(5) (1)から(4)まで以外の場合 ●●点	（新設）
ロ　月２回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。）	ロ　月２回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。）
(1) 単一建物診療患者が１人の場合　●●点	(1) 単一建物診療患者が１人の場合　2,600点
(2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 ●●点	(2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 1,400点
(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 ●●点	(3) (1)及び(2)以外の場合 1,000点
(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 ●●点	（新設）
(5) (1)から(4)まで以外の場合 ●●点	（新設）
ハ　月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療	ハ　月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療

を行っている場合（イ及びロの場合を除く。） (1) 単一建物診療患者が１人の場合 ●●点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 ●●点 (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 ●●点 (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 ●●点 (5) (1)から(4)まで以外の場合 ●●点	を行っている場合（イ及びロの場合を除く。） (1) 単一建物診療患者が１人の場合 1,909点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 1,105点 (3) (1)及び(2)以外の場合 780点
ニ　月１回訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が１人の場合 ●●点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 ●●点 (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 ●●点 (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 ●●点 (5) (1)から(4)まで以外の場合 ●●点	ニ　月１回訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が１人の場合 1,640点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 920点 (3) (1)及び(2)以外の場合 680点
ホ　月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が１人の場合 ●●点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 ●●点 (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 ●●点 (4) 単一建物診療患者が20人以	ホ　月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が１人の場合 955点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 553点 (3) (1)及び(2)以外の場合 390点

上49人以下の場合 ●●点	
(5) (1)から(4)まで以外の場合 ●●点	（新設）
３　１及び２に掲げるもの以外の場合	３　１及び２に掲げるもの以外の場合
イ　別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月に２回以上訪問診療を行っている場合	イ　別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合
(1) 単一建物診療患者が１人の場合　●●点	(1) 単一建物診療患者が１人の場合　2,450点
(2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 ●●点	(2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 2,025点
(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 ●●点	(3) (1)及び(2)以外の場合 1,800点
(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 ●●点	（新設）
(5) (1)から(4)まで以外の場合 ●●点	（新設）
ロ　月２回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。）	ロ　月２回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。）
(1) 単一建物診療患者が１人の場合　●●点	(1) 単一建物診療患者が１人の場合　1,950点
(2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 ●●点	(2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 1,025点
(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 ●●点	(3) (1)及び(2)以外の場合 750点
(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 ●●点	（新設）
(5) (1)から(4)まで以外の場合 ●●点	（新設）
ハ　月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（イ及びロの場合を除く。）	ハ　月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（イ及びロの場合を除く。）
(1) 単一建物診療患者が１人の	(1) 単一建物診療患者が１人の

場合 ●●点	場合 1,549点
(2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 ●●点	(2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 910点
(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 ●●点	(3) (1)及び(2)以外の場合 660点
(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 ●●点	（新設）
(5) (1)から(4)まで以外の場合 ●●点	（新設）
ニ　月１回訪問診療を行っている場合	ニ　月１回訪問診療を行っている場合
(1) 単一建物診療患者が１人の場合 ●●点	(1) 単一建物診療患者が１人の場合 1,280点
(2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 ●●点	(2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 725点
(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 ●●点	(3) (1)及び(2)以外の場合 560点
(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 ●●点	（新設）
(5) (1)から(4)まで以外の場合 ●●点	（新設）
ホ　月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合	ホ　月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合
(1) 単一建物診療患者が１人の場合 ●●点	(1) 単一建物診療患者が１人の場合 775点
(2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 ●●点	(2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 455点
(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 ●●点	(3) (1)及び(2)以外の場合 330点
(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 ●●点	（新設）
(5) (1)から(4)まで以外の場合	（新設）

●●点	
［算定要件］ 注１～４　（略） ５　区分番号Ｃ００２の注２から注５まで、注８から注10まで及び注14の規定は、施設入居時等医学総合管理料について準用する。この場合において、同注３及び同注５中「在宅時医学総合管理料」とあるのは、「施設入居時等医学総合管理料」と読み替えるものとする。 ６　（略） ７　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ更に所定点数に加算する。 イ　在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 (1) 単一建物診療患者が１人の場合　400点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　200点 (3) 単一建物診療患者が10人以上19以下の場合　100点 (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 ●●点 (5) (1)から(4)まで以外の場合 ●●点 ロ　在宅療養実績加算１ (1) 単一建物診療患者が１人の場合　300点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　150点 (3) 単一建物診療患者が10人以上19以下の場合　75点 (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	［算定要件］ 注１～４　（略） ５　区分番号Ｃ００２の注２から注５まで及び注８から注10までの規定は、施設入居時等医学総合管理料について準用する。この場合において、同注３及び同注５中「在宅時医学総合管理料」とあるのは、「施設入居時等医学総合管理料」と読み替えるものとする。 ６　（略） ７　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ更に所定点数に加算する。 イ　在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 (1) 単一建物診療患者が１人の場合　400点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　200点 (3) (1)及び(2)以外の場合　100点 （新設） （新設） ロ　在宅療養実績加算１ (1) 単一建物診療患者が１人の場合　300点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　150点 (3) (1)及び(2)以外の場合　75点 （新設）

●●点 (5)　(1)から(4)まで以外の場合 ●●点	（新設）
ハ　在宅療養実績加算２ (1) 単一建物診療患者が１人の場合　200点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　100点 (3) 単一建物診療患者が10人以上19以下の場合　75点 (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 ●●点 (5) (1) から(4)まで以外の場合 ●●点	ハ　在宅療養実績加算２ (1) 単一建物診療患者が１人の場合　200点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　100点 (3) (1)及び(2)以外の場合　50点 （新設） （新設）
【施設基準】 第四　在宅医療 一の六　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施設基準 (10) 在宅時医学総合管理料の注14（施設入居時等医学総合管理料の注５の規定により準用する場合を含む。）に規定する別に厚生労働大臣が定める基準 当該保険医療機関の訪問診療の回数及び当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関（令和６年３月31日までに開設した保険医療機関を除く。）の訪問診療の回数の合計が一定数を超えないこと。	【施設基準】 第四　在宅医療 一の六　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施設基準 （新設）

４．機能強化型の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、各年●月から●月までの訪問診療の回数が一定回数を超える場合においては、データに基づく適切な評価を推進する観点から次年の●月から在宅データ提出加算に係る届出を要件とする。

改　定　案	現　　行
【在宅療養支援診療所】 [施設基準] 第三　医学管理等 六　在宅療養支援診療所の施設基準 (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） ● 訪問診療の回数が一定数以上の場合にあっては、在宅データ提出加算に係る届出を行っている医療機関であること。 ※ 第三の六の(2)及び機能強化型の在宅療養支援病院についても同様。	【在宅療養支援診療所】 [施設基準] 第三　医学管理等 六　在宅療養支援診療所の施設基準 (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）

[経過措置]

１．第三の六の（１）●、第三の六の（２）●、第四の一の（１）●及び第四の一の（２）●に係る規定は、令和６年３月 31 日において現に機能強化型の在宅療養診療所及び在宅療養病院の届出を行っている場合は、令和●●年●●月●●日までの間に限り、在宅データ提出加算に係る基準を満たすものとする。

２．第四の一の六（10）に係る規定は、令和６年３月 31 日において現に在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の届出を行っている保険医療機関については、令和●●年●●月●●日までは当該基準を満たすものとする。

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

第１　基本的な考え方

訪問栄養食事指導の推進を図る観点から、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について要件を見直す。

第２　具体的な内容

医師が栄養管理の必要性を認めた患者に対して訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備を推進する。

改　定　案	現　　行
【在宅療養支援診療所】 ［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） ● 訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制をとっていること。	【在宅療養支援診療所】 ［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） （新規）
１　在宅療養支援診療所の施設基準 次の（１）から（３）までのいずれかに該当するものを在宅療養支援診療所という。 （中略） (1) 診療所であって、当該診療所単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。 ● 当該診療所において、当該診療所の管理栄養士又は当該診療所以外（公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」又は他の保	１　在宅療養支援診療所の施設基準 次の（１）から（３）までのいずれかに該当するものを在宅療養支援診療所という。 （中略） (1) 診療所であって、当該診療所単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。 （新設）

険医療機関に限る。）の管理栄養士との連携により、医師が栄養管理の必要性を認めた患者に対して訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を整備することが望ましい。	
【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） ● 訪問栄養食事指導を行うにつき十分な体制が整備されていること。	【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） （新規）
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。 ● 当該病院において、当該病院の管理栄養士により、医師が栄養管理の必要性を認めた患者に対して訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を整備すること。	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。 （新設）
※　機能強化型のうち連携型の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院並びに機能強化型以外の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院についても同様。	
［経過措置］ 令和６年３月31日において現に在宅療養支援病院に係る届出を行っている保険医療機関について	［経過措置］ （新設）

は、令和●●年●●月●●日までの間に限り、第四の一の(1)の●●、(2)の●●若しくは(3)の●●に該当するものとみなす。	

⑪　包括的支援加算の見直し

第１　基本的な考え方

在宅医療を行っている患者の状態に応じた評価を更に推進する観点から、包括的支援加算について、対象患者を見直す。

第２　具体的な内容

１．包括的支援加算について、要介護度と認知症高齢者の日常生活自立度に関する対象患者の範囲を要介護度●以上と認知症高齢者の日常生活自立度のランク●●以上に見直す（障害者支援区分についての変更は無い）。
２．包括的支援加算の対象患者に新たに「麻薬の投薬を受けている状態」を追加する。

改　定　案	現　　行
【在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料】 ［施設基準］ 別表第八の三　在宅時医学総合管理料の注10（施設入居時等医学総合管理料の注５の規定により準用する場合を含む。）に規定する別に厚生労働大臣が定める状態の患者 要介護●以上の状態又はこれに準ずる状態 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする認知症の状態 頻回の訪問看護を受けている状態 訪問診療又は訪問看護において処置を受けている状態 介護保険法第八条第十一項に規定する特定施設等看護職員が配置された施設に入居し、医師の指示を受けた看護職員による処置を受けている状態	【在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料】 ［施設基準］ 別表第八の三　在宅時医学総合管理料の注10（施設入居時等医学総合管理料の注５の規定により準用する場合を含む。）に規定する別に厚生労働大臣が定める状態の患者 要介護二以上の状態又はこれに準ずる状態 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さのために、介護を必要とする認知症の状態 頻回の訪問看護を受けている状態 訪問診療又は訪問看護において処置を受けている状態 介護保険法第八条第十一項に規定する特定施設等看護職員が配置された施設に入居し、医師の指示を受けた看護職員による処置を受けている状態

麻薬の投薬を受けている状態 その他関係機関との調整等のために訪問診療を行う医師による特別な医学管理を必要とする状態	（新設） その他関係機関との調整等のために訪問診療を行う医師による特別な医学管理を必要とする状態

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

第１　基本的な考え方

患者の状態に応じた適切な在宅医療の提供を推進するため、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、一人あたりの訪問診療の頻度が高い場合における在宅患者訪問診療料の評価を見直す。

第２　具体的な内容

在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、過去●月の患者（一部の状態を除く。）一人あたりの訪問診療の回数が平均で●回を超える場合の在宅患者訪問診療料を見直す。

改　定　案	現　　行
【在宅患者訪問診療料（Ⅰ）１】 ［算定要件］ 注●　１について、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基準に適合しなくなった場合には、当該基準に適合しなくなった後の直近１月に限り、同一患者につき同一月において訪問診療を●回以上実施した場合における●回目以降の当該訪問診療については、所定点数の 100 分の●●に相当する点数により算定する。	【在宅患者訪問診療料（Ⅰ）１】 ［算定要件］ （新設）
【在宅患者訪問診療料（Ⅱ）】 注●　注１のイの場合について、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基準に適合しなくなった場合には、当該基準に適合しなくなった後の直近１月に限り、同一患者につき同一月において訪問診療を●回以上実施した場	【在宅患者訪問診療料（Ⅱ）】 （新設）

合における●回目以降の当該訪問診療については、所定点数の100分の●●に相当する点数により算定する。	
［施設基準］ 一の五の二　在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び在宅患者訪問診療料（Ⅱ）に規定する別に厚生労働大臣が定める基準 　患者一人当たりの直近●月の訪問診療の回数が一定数未満であること。	［施設基準］ （新設）
第●　在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び在宅患者訪問診療料（Ⅱ）に規定する場合の施設基準 　以下のいずれにも該当する場合 　当該医療機関において次のアに掲げる数をイに掲げる数で除した値が●●未満であること。なお、アの数が●●を超えない場合はこの限りではない。 ア　直近●月に訪問診療を行った回数（別表第七に掲げる別に厚生労働大臣の定める疾病等の患者、死亡した者、末期心不全の患者、呼吸器疾患の終末期患者、当該期間中に訪問診療を新たに開始した患者又は終了した患者に行う場合を除く。） イ　直近●月に訪問診療を行った患者の数（別表第七に掲げる別に厚生労働大臣の定める疾病等の患者、末期心不全の患者、呼吸器疾患の終末期患者又は当該期間中に訪問診療を新たに開始した患者、訪問診療を終了した患者若しくは死亡した患者に行った場合を除く。）	

［経過措置］ ● 令和六年三月三十一日において現に在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に係る届出を行っている保険医療機関については、●●年●●月●●日までの間に限り、第四の一の五の二に該当するものとみなす。	［経過措置］ （新設）

⑬　頻回訪問加算の見直し

第１　基本的な考え方

在宅医療における患者の状態に応じた評価をより適切に推進する観点から、頻回訪問加算について、要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

頻回訪問加算について、当該加算を算定してからの期間に応じた評価に見直す。

改　定　案	現　　行
【在宅時医学総合管理料】 ［算定要件］ 注５　在宅時医学総合管理料を算定すべき医学管理に関し特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものに限る。）に対して、１月に４回以上の往診又は訪問診療を行った場合には、患者１人につき１回に限り、頻回訪問加算として、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ　初回の場合　●●点 ロ　２回目以降の場合　●●点 ※　施設入居時等医学総合管理料においても同様。	【在宅時医学総合管理料】 ［算定要件］ 注５　在宅時医学総合管理料を算定すべき医学管理に関し特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものに限る。）に対して、１月に４回以上の往診又は訪問診療を行った場合には、患者１人につき１回に限り、頻回訪問加算として、600点を所定点数に加算する。

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

第１　基本的な考え方

提供する訪問看護の質を担保しつつ、訪問看護ステーションを効率的に運営する観点から、管理者の責務を明確化するとともに要件を見直す。

第２　具体的な内容

指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準（平成 12 年厚生省令第 80 号）の一部を改正し、管理者の責務を明確化する。また、管理者について、指定訪問看護ステーションの管理上支障がない場合には、同時に他の指定訪問看護ステーション等を管理できることとする。

改　定　案	現　　行
【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】 第３条　指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションごとに専らその職務に従事する常勤の管理者を置かなければならない。ただし、指定訪問看護ステーションの管理上支障がない場合は、当該指定訪問看護ステーションの他の職務に従事し、又は他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとする。 ２・３　（略）	【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】 第３条　指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションごとに専らその職務に従事する常勤の管理者を置かなければならない。ただし、指定訪問看護ステーションの管理上支障がない場合は、当該指定訪問看護ステーションの他の職務に従事し、又は同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとする。 ２・３　（略）
第三　指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準 ２　人員に関する事項 ⑵ 管理者 ①　基準省令第３条第１項の規定により指定訪問看護ステーションに置くべき管理者は、当該指定訪問看護ステーショ	第三　指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準 ２　人員に関する事項 ⑵ 管理者 ①　基準省令第３条第１項の規定により指定訪問看護ステーションに置くべき管理者は、当該指定訪問看護ステーショ

ンに専従、かつ、常勤の者でなければならないこととする。ただし、以下の場合であって、指定訪問看護ステーションの管理上支障がない場合は、他の職務を兼ねることができる。	ンに専従、かつ、常勤の者でなければならないこととし、例えば、同時に他の指定訪問看護ステーション等を管理することは認められないものであること。ただし、以下の場合であって、指定訪問看護ステーションの管理上支障がない場合は、他の職務を兼ねることができる。
イ　（略）	イ　（略）
ロ　（略）	ロ　（略）
ハ　同一の指定訪問看護事業者によって設置された他の事業所、施設等の管理者又は従業者としての職務に従事する場合であって、当該他の事業所、施設等の管理者又は従業者としての職務に従事する時間帯も、当該指定訪問看護ステーションの利用者へのサービス提供の場面等で生じる事象を適時かつ適切に把握でき、職員及び業務に関し、一元的な管理及び指揮命令に支障が生じないときに、当該他の事業所等の管理者又は従業者としての職務に従事する場合（この場合の他の事業所、施設等の事業の内容は問わないが、例えば、管理すべき事業所数が過剰であると個別に判断される場合や、併設される入所施設における看護業務（管理業務を含む。）と兼務する場合、事故発生時等の緊急時において管理者自身が速やかに当該指定訪問看護ステーション又は利用者へのサービス提供の現場に駆け付けることができない体制と	ハ　同一敷地内にある又は道路を隔てて隣接する等、特に当該指定訪問看護ステーションの管理業務に支障がないと認められる範囲内に他の事業所、施設等がある場合に、当該他の事業所等の管理者又は従業者としての職務に従事する場合（この場合の他の事業所、施設等の事業の内容は問わないが、例えば、併設される入所施設における看護業務（管理業務を含む。）との兼務は管理者の業務に支障があると考えられるが、施設における勤務時間が極めて限られている職員の場合には、例外的に認められる場合もあり得る。）

なっている場合などは、管理者の業務に支障があると考えられる。） ４　運営に関する事項 (14) 管理者の責務（基準省令第 20 条関係） 基準省令第20条は、管理者の責務について規定したものであり、管理者の責務に関し、利用者に対する看護やサービス提供の場面等で生じる事象を適時かつ適切に把握しながら、指定訪問看護の利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握等の管理を一元的に行い、併せて、適切な指定訪問看護を提供できるよう、運営に関する事項を遵守させるため必要な指揮命令を行うものとしたものであること。	４　運営に関する事項 (14) 管理者の責務（基準省令第 20 条関係） 基準省令第20条は、管理者の責務について規定したものであり、管理者は指定訪問看護の利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握等の管理を一元的に行い、併せて、適切な指定訪問看護を提供できるよう、運営に関する事項を遵守させるため必要な指揮命令を行うものとしたものであること。

⑮　虐待防止措置及び身体的拘束等の適正化の推進

第１　基本的な考え方

訪問看護における虐待防止措置及び身体的拘束等の適正化を推進する観点から、虐待防止措置に関する体制整備を義務化するとともに、身体的拘束等を原則禁止する。

第２　具体的な内容

１．指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準（平成 12 年厚生省令第 80 号）を改正し、指定訪問看護事業者に対し、指定訪問看護ステーションごとの運営規定に、「虐待の防止のための措置に関する事項」を定めることを義務付ける。また、本改正に際し、●●年の経過措置期間を設ける。

２．指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準の一部を改正し、指定訪問看護の具体的取扱方針に、身体的拘束等の原則禁止や緊急やむを得ない場合に身体的拘束等を行う場合における記録の義務を追加する。

改　定　案	現　　行
【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】 （指定訪問看護の具体的取扱方針） 第十五条　看護師等の行う指定訪問看護の方針は、次に掲げるところによるものとする。 一・二　（略） 三　指定訪問看護の提供に当たっては、当該利用者又は他の利用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、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行ってはならない。 四　前号の身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並び	【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】 （指定訪問看護の具体的取扱方針） 第十五条　看護師等の行う指定訪問看護の方針は、次に掲げるところによるものとする。 一・二　（略） （新設） （新設）

に緊急やむを得ない理由を記録しなければならない。 五～七　（略）	三～五　（略）
（運営規程） 第二十一条　指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションごとに、次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規定（以下「運営規程」という。）を定めておかなければならない。 一～六　（略） 七　虐待の防止のための措置に関する事項 八　その他運営に関する重要事項	（運営規程） 第二十一条　指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションごとに、次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規定（以下「運営規程」という。）を定めておかなければならない。 一～六　（略） （新設） 七　その他運営に関する重要事項

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

第１　基本的な考え方

多様化する利用者や地域のニーズに対応するとともに、質の高い効果的なケアが実施されるよう、訪問看護ステーションの機能強化を図る観点から、訪問看護管理療養費の要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．訪問看護管理療養費について、訪問看護ステーションの利用者に占める同一建物居住者の割合、特掲診療料の施設基準等別表第７に掲げる疾病等の者、特掲診療料の施設基準等別表第８に掲げる者に該当する利用者及び精神科訪問看護利用者の GAF 尺度の受入実績に応じた評価体系に変更する。

改　定　案	現　　行
【訪問看護管理療養費】 ２　月の２日目以降の訪問の場合 （１日につき） イ　訪問看護管理療養費１ ●●円 ロ　訪問看護管理療養費２ ●●円	【訪問看護管理療養費】 ２　月の２日目以降の訪問の場合 （１日につき）　3,000円 （新設） （新設）
［算定要件］ 注１　指定訪問看護を行うにつき安全な提供体制が整備されている訪問看護ステーション（１のイ、ロ及びハ並びに２のイ及びロについては、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションに限る。）であって、利用者に対して訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っているものが、当該利用者に係る訪問看護計画書及び訪問看護報告書並びに精神	［算定要件］ 注１　指定訪問看護を行うにつき安全な提供体制が整備されている訪問看護ステーション（イ、ロ及びハについては、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションに限る。）であって、利用者に対して訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っているものが、当該利用者に係る訪問看護計画書及び訪問看護報告書並びに精神科訪問看護計画書及び

科訪問看護計画書及び精神科訪問看護報告書を当該利用者の主治医（保険医療機関の保険医又は介護老人保健施設若しくは介護医療院の医師に限る。以下同じ。）に対して提出するとともに、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を継続して行った場合に、訪問の都度算定する。	精神科訪問看護報告書を当該利用者の主治医（保険医療機関の保険医又は介護老人保健施設若しくは介護医療院の医師に限る。以下同じ。）に対して提出するとともに、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を継続して行った場合に、訪問の都度算定する。
[施設基準]	[施設基準]
(4) 訪問看護管理療養費１の基準 訪問看護ステーションの利用者のうち、同一建物居住者（当該者と同一の建物に居住する他の者に対して当該訪問看護ステーションが同一日に指定訪問看護を行う場合の当該者をいう。以下同じ。）であるものが占める割合が●●割未満であって、次のイ又はロに該当するものであること。 イ　特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の者及び特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者に対する訪問看護について相当な実績を有すること。 ロ　精神科訪問看護基本療養費を算定する利用者のうち、GAF尺度による判定が●●以下の利用者の数が月に●●人以上であること。	（新設）
(5) 訪問看護管理療養費２の基準 訪問看護ステーションの利用者のうち、同一建物居住者であるものが占める割合が●●割以上であること又は当該割合が●●割未満であって（４）のイ若しくはロのいずれにも該当しないこと。	（新設）
(6)～(9)　（略）	(4)～(7)　（略）
[経過措置]	[経過措置]
一　令和六年三月三十一日時点にお	（新設）

いて現に指定訪問看護事業者が、当該指定に係る訪問看護事業を行う事業所については、令和●●年●●月●●日までの間に限り、第一の六の⑷の基準に該当するものとみなす。	

２．機能強化型訪問看護管理療養費１の要件について、在宅看護等に係る専門の研修を受けた看護師を配置することとする。

３．訪問看護ステーションにおける適切な感染管理の下での利用者への対応を評価する観点から、訪問看護管理療養費の評価を見直す。

４．訪問看護ステーションにおける訪問看護療養費明細書のオンライン請求が開始されることを踏まえ、訪問看護療養費明細書のオンライン請求及び領収証兼明細書の発行を推進する観点から、訪問看護管理療養費の評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【訪問看護管理療養費】 １　月の初日の訪問の場合 イ　機能強化型訪問看護管理療養費１　●●円 ロ　機能強化型訪問看護管理療養費２　●●円 ハ　機能強化型訪問看護管理療養費３　●●円 ニ　イからハまで以外の場合　●●円 ２　（略）	【訪問看護管理療養費】 １　月の初日の訪問の場合 イ　機能強化型訪問看護管理療養費１　12,830円 ロ　機能強化型訪問看護管理療養費２　9,800円 ハ　機能強化型訪問看護管理療養費３　8,470円 ニ　イからハまで以外の場合　7,440円 ２　（略）
【機能強化型訪問看護管理療養費１（訪問看護管理療養費）】 ［施設基準］ ⑴ 機能強化型訪問看護管理療養費１の基準 ト　専門の研修を受けた看護師が配置されていること。 ［経過措置］ 一　令和六年三月三十一日において現に機能強化型訪問看護管理療養費１に係る届出を行っている訪問	【機能強化型訪問看護管理療養費１（訪問看護管理療養費）】 ［施設基準］ ⑴ 機能強化型訪問看護管理療養費１の基準 （新設） ［経過措置］ （新設）

看護ステーションについては、令和●●年●●月●●日までの間に限り、第一の六の⑴のトに該当するものととみなす。	

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

「Ⅰ－５－⑤」を参照のこと。

⑱　緊急訪問看護加算の評価の見直し

第１　基本的な考え方

緊急の指定訪問看護が適切に提供されるよう、緊急訪問看護加算について、要件及び評価を見直すとともに、訪問看護療養費請求書等の記載内容を見直す。

第２　具体的な内容

１.緊急訪問看護加算に､同一月の算定回数に応じた算定区分を設ける。

改　定　案	現　　行
【緊急訪問看護加算（訪問看護基本療養費）】 ［算定要件］ 注９　１及び２（いずれもハを除く。）については、利用者又はその家族等の求めに応じて、その主治医（診療所又は医科点数表の区分番号Ｃ００１の注１に規定する在宅療養支援病院（以下「在宅療養支援病院」という。）の保険医に限る。）の指示に基づき、訪問看護ステーションの看護師等が緊急に指定訪問看護を実施した場合には、緊急訪問看護加算として、次に掲げる区分に従い、１日につき、いずれかを所定額に加算する。 イ　月●●日目まで　●●円 ロ　月●●日目以降　●●円 ※　在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料及び精神科訪問看護基本療養費についても同様。	【緊急訪問看護加算（訪問看護基本療養費）】 ［算定要件］ 注９　１及び２（いずれもハを除く。）については、利用者又はその家族等の求めに応じて、その主治医（診療所又は医科点数表の区分番号Ｃ００１の注１に規定する在宅療養支援病院（以下「在宅療養支援病院」という。）の保険医に限る。）の指示に基づき、訪問看護ステーションの看護師等が緊急に指定訪問看護を実施した場合には、緊急訪問看護加算として、１日につき2,650円を所定額に加算する。 （新設）

２．緊急訪問看護加算を算定する際に、利用者又はその家族等が求めた内容、主治医の指示内容及び緊急の指定訪問看護の実施内容等を記録することを明確化する。

３．また、緊急の指定訪問看護を行った理由について、訪問看護療養費明細書の備考に記載を求める。

改　定　案	現　　行
【緊急訪問看護加算（訪問看護基本療養費）】 ［算定要件］ (4) 当該加算に関し、利用者又はその家族等からの電話等による緊急の求めに応じて、主治医の指示により、緊急に指定訪問看護を実施した場合は、その日時、内容及び対応状況を訪問看護記録書に記録すること。 (5)　（略） (6) 緊急訪問看護加算を算定する場合には、当該加算を算定する理由を、訪問看護療養費明細書に記載すること。	【緊急訪問看護加算（訪問看護基本療養費）】 ［算定要件］ （新設） (4)　（略） （新設）

⑲　医療ニーズの高い利用者の退院支援の見直し

第１　基本的な考え方

退院日の利用者の状態及び訪問看護の提供状況に応じた評価を充実させる観点から、退院支援指導加算の要件を見直す。

第２　具体的な内容

退院支援指導加算に規定する長時間の訪問を要する者に対して指導を行った場合の加算について、退院日に看護師等が複数回の訪問により療養上必要な指導を行った場合において、当該指導に要する時間の合計が●分を超えた場合にも算定可能とする。

改　定　案	現　　行
【退院支援指導加算（訪問看護管理療養費）】 ［算定要件］ (1) 注７に規定する退院支援指導加算は退院支援指導を要する者に対して、保険医療機関から退院するに当たって、訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く。)が、退院日に在宅での療養上必要な指導を行った場合（長時間の訪問を要する者に対して指導を行った場合にあっては、１回の退院支援指導の時間が90分を超えた場合又は複数回の退院支援指導の合計時間が●分を超えた場合に限る。）に初日の指定訪問看護の実施日に１回に限り訪問看護管理療養費に加算する。ただし、当該者が退院日の翌日以降初日の指定訪問看護が行われる前に死亡あるいは再入院した場合においては、死亡若しくは再入院日に算定する。なお、訪問看護管理療養費を算定する月の前月に退院支援指導を行った場合においても算定できる。	【退院支援指導加算（訪問看護管理療養費）】 ［算定要件］ (1) 注７に規定する退院支援指導加算は退院支援指導を要する者に対して、保険医療機関から退院するに当たって、訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く。)が、退院日に在宅での療養上必要な指導を行った場合（長時間の訪問を要する者に対して指導を行った場合にあっては、１回の退院支援指導の時間が90分を超えた場合に限る。）に初日の指定訪問看護の実施日に１回に限り訪問看護管理療養費に加算する。ただし、当該者が退院日の翌日以降初日の指定訪問看護が行われる前に死亡あるいは再入院した場合においては、死亡若しくは再入院日に算定する。なお、訪問看護管理療養費を算定する月の前月に退院支援指導を行った場合においても算定できる。

⑳　母子に対する適切な訪問看護の推進

第１　基本的な考え方

訪問看護において、ハイリスク妊産婦及び乳幼児の状態に応じた評価を行う観点から、ハイリスク妊産婦連携指導料について要件を見直すとともに、乳幼児加算について評価体系を見直す。

第２　具体的な内容

１．ハイリスク妊産婦に対する支援を充実する観点から、ハイリスク妊産婦連携指導料の多職種カンファレンスの参加者に、訪問看護ステーションの看護師等を加える。

改　定　案	現　　行
【ハイリスク妊産婦連携指導料１】 ［算定要件］ (5) 当該患者の診療方針等に係るカンファレンスを概ね２ヶ月に１回の頻度で開催されている。また、当該カンファレンスには以下に掲げる者が参加していること。 ア～オ　（略） カ　必要に応じて、当該患者の訪問看護を担当する訪問看護ステーションの保健師、助産師又は看護師	【ハイリスク妊産婦連携指導料１】 ［算定要件］ (5) 当該患者の診療方針等に係るカンファレンスを概ね２ヶ月に１回の頻度で開催されている。また、当該カンファレンスには以下に掲げる者が参加していること。 ア～オ　（略） （新設）
【ハイリスク妊産婦連携指導料２】 ［算定要件］ (5) 当該患者の診療方針等に係るカンファレンスを概ね２ヶ月に１回の頻度で開催されている。また、当該カンファレンスには以下に掲げる者が参加していること。 ア～オ　（略） カ　必要に応じて、当該患者の訪問看護を担当する訪問看護ステーションの保健師、助産師又は看護師	【ハイリスク妊産婦連携指導料２】 ［算定要件］ (5) 当該患者の診療方針等に係るカンファレンスを概ね２ヶ月に１回の頻度で開催されている。また、当該カンファレンスには以下に掲げる者が参加していること。 ア～オ　（略） （新設）

２．訪問看護基本療養費の乳幼児加算について、利用者の状態に応じて区分し、それぞれの評価を設ける。

改　定　案	現　　行
【乳幼児加算（訪問看護基本療養費）】 ［算定要件］ 注11　１及び２（いずれもハを除く。）については、６歳未満の乳幼児に対し、訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行った場合は、乳幼児加算として、１日につき●●円（別に厚生労働大臣が定める者に該当する場合にあっては、●●円）を所定額に加算する。 ［施設基準］ 四　訪問看護基本療養費の注11に規定する乳幼児加算に係る厚生労働大臣が定める者 (1) 超重症児又は準超重症児 (2) 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の者 (3) 特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者 五～十一　（略） ※　在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料についても同様。	【乳幼児加算（訪問看護基本療養費）】 ［算定要件］ 注11　１及び２（いずれもハを除く。）については、６歳未満の乳幼児に対し、訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行った場合は、乳幼児加算として、１日につき1,500円を所定額に加算する。 ［施設基準］ （新設） 四～十　（略）

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

第１　基本的な考え方

より質の高い医療の実現に向けてレセプト情報の利活用を推進する観点から、訪問看護指示書及び精神科訪問看護指示書の記載事項及び様式を見直す。

第２　具体的な内容

令和６年６月から訪問看護レセプトのオンライン請求が開始されることを踏まえ、訪問看護指示書及び精神科訪問看護指示書の主たる傷病名について､傷病名コードを記載することとし､当該様式の見直しを行う。

改　定　案	現　　行
【訪問看護指示料】 ［算定要件］ (5) 患者の主治医は、指定訪問看護の必要性を認めた場合には、診療に基づき速やかに訪問看護指示書及び特別訪問看護指示書（以下この項において「訪問看護指示書等」という。）を作成すること。当該訪問看護指示書等には、緊急時の連絡先として、診療を行った保険医療機関の電話番号等を必ず記載した上で、訪問看護ステーション等に交付すること。<u>また、当該訪問看護指示書等には、原則として主たる傷病名の傷病名コードを記載すること。</u> なお、訪問看護指示書等は、特に患者の求めに応じて、患者又はその家族等を介して訪問看護ステーション等に交付できるものであること。	【訪問看護指示料】 ［算定要件］ (5) 患者の主治医は、指定訪問看護の必要性を認めた場合には、診療に基づき速やかに訪問看護指示書及び特別訪問看護指示書（以下この項において「訪問看護指示書等」という。）を作成すること。当該訪問看護指示書等には、緊急時の連絡先として、診療を行った保険医療機関の電話番号等を必ず記載した上で、訪問看護ステーション等に交付すること。 なお、訪問看護指示書等は、特に患者の求めに応じて、患者又はその家族等を介して訪問看護ステーション等に交付できるものであること。
【精神科訪問看護指示料】 ［算定要件］	【精神科訪問看護指示料】 ［算定要件］

(5) 患者の診療を行った精神科の医師は、指定訪問看護の必要性を認めた場合には、診療に基づき速やかに精神科訪問看護指示書及び精神科特別訪問看護指示書（以下この項において「精神科訪問看護指示書等」という。）を作成すること。当該精神科訪問看護指示書等には、緊急時の連絡先として、診療を行った保険医療機関の電話番号等を必ず記載した上で、訪問看護ステーションに交付すること。また、当該精神科訪問看護指示書等には、原則として主たる傷病名の傷病名コードを記載すること。 　なお、精神科訪問看護指示書等は、特に患者の求めに応じて、患者又はその家族等を介して訪問看護ステーションに交付できるものであること。	(5) 患者の診療を行った精神科の医師は、指定訪問看護の必要性を認めた場合には、診療に基づき速やかに精神科訪問看護指示書及び精神科特別訪問看護指示書（以下この項において「精神科訪問看護指示書等」という。）を作成すること。当該精神科訪問看護指示書等には、緊急時の連絡先として、診療を行った保険医療機関の電話番号等を必ず記載した上で、訪問看護ステーションに交付すること。 　なお、精神科訪問看護指示書等は、特に患者の求めに応じて、患者又はその家族等を介して訪問看護ステーションに交付できるものであること。

㉒　訪問看護医療ＤＸ情報活用加算の新設

「Ⅱ－１―④」を参照のこと。

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

第１　基本的な考え方

医師が ICT を活用して死亡診断等を行う場合において、研修を受けた医療機関の看護師が当該医師の補助を行うことについて、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

医師が行う死亡診断等について、ICT を活用した在宅での看取りに関する研修を受けた医療機関の看護師が補助した場合の評価として、在宅ターミナルケア加算に遠隔死亡診断補助加算を新設する。

改　定　案	現　　行
【在宅患者訪問看護・指導料】 [算定要件] 注17　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において、区分番号Ｃ００１の注８（区分番号Ｃ００１－２の注６の規定により準用する場合を含む。）に規定する死亡診断加算及び区分番号Ｃ００５の注10（区分番号Ｃ００５－１－２の注６の規定により準用する場合を含む。）に規定する在宅ターミナルケア加算を算定する患者（別に厚生労働大臣が定める地域に居住する患者に限る。）に対して、医師の指示の下、情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修を受けた看護師が、情報通信機器を用いて医師の死亡診断の補助を行った場合は、遠隔死亡診断補助加算として、●●点を所定点数に加算する。 18・19　（略）	【在宅患者訪問看護・指導料】 [算定要件] （新設） 17・18　（略）

［施設基準］ 四の三の六　在宅患者訪問看護・指導料の注17（同一建物居住者訪問看護・指導料の注６の規定により準用する場合を含む。）に規定する遠隔死亡診断補助加算に関する施設基準 　情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修を受けた看護師が配置されていること。 ※　同一建物居住者訪問看護・指導料についても同様。	［施設基準］ （新設）

㉔　質の高い在宅歯科医療の提供の推進

第１　基本的な考え方

質の高い在宅歯科医療の提供を推進する観点から、歯科訪問診療料の評価を見直すとともに、歯科訪問診療の後方支援等を行う病院について新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

１．歯科訪問診療１における 20 分未満の場合の評価を見直すとともに、歯科訪問診療２及び歯科訪問診療３について、同一建物居住者に対して歯科訪問診療を実施する場合の区分を見直す。

改　定　案	現　　行
【歯科訪問診療料】	【歯科訪問診療料】
１　歯科訪問診療１　1,100点	１　歯科訪問診療１　1,100点
２　歯科訪問診療２　●●点	２　歯科訪問診療２　361点
３　歯科訪問診療３　●●点	３　歯科訪問診療３　185点
４　歯科訪問診療４　●●点	
５　歯科訪問診療５　●●点	
［算定要件］	［算定要件］
注２　２については、在宅等において療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を同一日に●●人以下の患者に行った場合に算定する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料又は区分番号Ａ００２に掲げる再診料は、算定できない。	注２　２については、在宅等において療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を同一日に９人以下の患者に行った場合に算定する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料又は区分番号Ａ００２に掲げる再診料は、算定できない。
イ・ロ　（略）	イ・ロ　（略）
３　３については、在宅等において療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって	３　３については、在宅等において療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって

通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を同一日に●●人以上●●人以下の患者に行った場合に算定する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料又は区分番号Ａ００２に掲げる再診料は、算定できない。	通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を同一日に10人以上の患者に行った場合に算定する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料又は区分番号Ａ００２に掲げる再診料は、算定できない。
イ・ロ　（略）	イ・ロ　（略）
４　４については、在宅等において療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を同一日に●●人以上●●人以下の患者に行った場合に算定する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料又は区分番号Ａ００２に掲げる再診料は、算定できない。	（新設）
イ　患者の求めに応じた歯科訪問診療	
ロ　歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する当該患者の同意を得た歯科訪問診療	
５　５については、在宅等において療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を同一日に●●人以上の患者に行った場合に算定する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料又は区分番号Ａ００２に掲げる再診料は、算定できない。	（新設）

イ　患者の求めに応じた歯科訪問診療 ロ　歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する当該患者の同意を得た歯科訪問診療	
６　２から５までを算定する患者（歯科訪問診療料の注15に該当する場合を除く。）について、当該患者に対する診療時間が20分未満の場合における歯科訪問診療２、歯科訪問診療３、歯科訪問診療４又は歯科訪問診療５についてはそれぞれ●●点、●●点、●●点又は●●点を算定する。ただし、２及び３について、当該患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合は、この限りではない。	４　１から３までを算定する患者（歯科訪問診療料の注13に該当する場合を除く。）について、当該患者に対する診療時間が20分未満の場合における歯科訪問診療１、歯科訪問診療２又は歯科訪問診療３についてはそれぞれ880点、253点又は111点を算定する。ただし、次のいずれかに該当する場合は、この限りではない。 イ　１について、当該患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合又は当該患者の状態により20分以上の診療が困難である場合 ロ　２について、当該患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合
７・８　（略）	５・６　（略）
９　別に厚生労働大臣が定める時間であって、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している時間において緊急に歯科訪問診療を行った場合、夜間（深夜を除く。）において歯科訪問診療を行った場合又は深夜において歯科訪問診療を行った場合は、緊急歯科訪問診療加算、夜間歯科訪問診療加算又は深夜歯科訪問診療加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ　緊急歯科訪問診療加算 (1)　歯科訪問診療１を算定する場合　425点 (2)　歯科訪問診療２を算定	７　別に厚生労働大臣が定める時間であって、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している時間において緊急に歯科訪問診療を行った場合、夜間（深夜を除く。）において歯科訪問診療を行った場合又は深夜において歯科訪問診療を行った場合は、緊急歯科訪問診療加算、夜間歯科訪問診療加算又は深夜歯科訪問診療加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ　緊急歯科訪問診療加算 (1)　歯科訪問診療１を算定する場合　425点 (2)　歯科訪問診療２を算定

する場合　●●点	する場合　140点
(3)　歯科訪問診療３を算定する場合　●●点	(3)　歯科訪問診療３を算定する場合　70点
(4)　歯科訪問診療４を算定する場合　●●点	(新設)
(5)　歯科訪問診療５を算定する場合　●●点	(新設)
ロ　夜間歯科訪問診療加算	ロ　夜間歯科訪問診療加算
(1)　歯科訪問診療１を算定する場合　850点	(1)　歯科訪問診療１を算定する場合　850点
(2)　歯科訪問診療２を算定する場合　●●点	(2)　歯科訪問診療２を算定する場合　280点
(3)　歯科訪問診療３を算定する場合　●●点	(3)　歯科訪問診療３を算定する場合　140点
(4)　歯科訪問診療４を算定する場合　●●点	(新設)
(5)　歯科訪問診療５を算定する場合　●●点	(新設)
ハ　深夜歯科訪問診療加算	ハ　深夜歯科訪問診療加算
(1)　歯科訪問診療１を算定する場合　1,700点	(1)　歯科訪問診療１を算定する場合　1,700点
(2)　歯科訪問診療２を算定する場合　●●点	(2)　歯科訪問診療２を算定する場合　560点
(3)　歯科訪問診療３を算定する場合　●●点	(3)　歯科訪問診療３を算定する場合　280点
(4)　歯科訪問診療４を算定する場合　●●点	(新設)
(5)　歯科訪問診療５を算定する場合　●●点	(新設)
10～14　(略)	８～12　(略)
15　１から５までについて、在宅療養支援歯科診療所１又は在宅療養支援歯科診療所２以外の診療所であって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさないものにおいては、次に掲げる点数により算定する。	13　１から３までについて、在宅療養支援歯科診療所１又は在宅療養支援歯科診療所２以外の診療所であって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさないものにおいては、次に掲げる点数により算定する。
イ　初診時　●●点	イ　初診時　264点
ロ　再診時　●●点	ロ　再診時　56点
16　区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注１又は注２に規定す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出を行	14　区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注１又は注２に規定す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出を行

っていない保険医療機関については、１から５まで又は注15に規定するそれぞれの所定点数から10点を減算する。	っていない保険医療機関については、１から３まで又は注13に規定するそれぞれの所定点数から10点を減算する。
17　１について、当該保険医療機関の外来（歯科診療を行うものに限る。）を受診していた患者であって在宅等において療養を行っているものに対して、歯科訪問診療を実施した場合は、歯科訪問診療移行加算として、次に掲げる点数を所定点数に加算する。なお、この場合において、注14に規定する加算は算定できない。	15　１について、当該保険医療機関の外来（歯科診療を行うものに限る。）を受診していた患者であって在宅等において療養を行っているものに対して、歯科訪問診療を実施した場合は、歯科訪問診療移行加算として、次に掲げる点数を所定点数に加算する。なお、この場合において、注12に規定する加算は算定できない。
イ・ロ　（略）	イ・ロ　（略）
18　１から３までについて、地域歯科診療支援病院歯科初診料、在宅療養支援歯科診療所１又は在宅療養支援歯科診療所２に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関の歯科衛生士等が、過去２月以内に区分番号Ｃ００１に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定した患者であって、当該歯科衛生指導の実施時に当該保険医療機関の歯科医師が情報通信機器を用いて口腔内の状態等を観察したものに対して、歯科訪問診療を実施した場合は、通信画像情報活用加算として、患者１人につき月１回に限り、30点を所定点数に加算する。	16　１及び２について、地域歯科診療支援病院歯科初診料、在宅療養支援歯科診療所１又は在宅療養支援歯科診療所２に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関の歯科衛生士等が、過去２月以内に区分番号Ｃ００１に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定した患者であって、当該歯科衛生指導の実施時に当該保険医療機関の歯科医師が情報通信機器を用いて口腔内の状態等を観察したものに対して、歯科訪問診療を実施した場合は、通信画像情報活用加算として、患者１人につき月１回に限り、30点を所定点数に加算する。
19　１から５までについて、当該保険医療機関と特別の関係にある他の保険医療機関等において療養を行っている患者に対して歯科訪問診療を実施した場合は、次に掲げる点数により算定する。	（新設）
イ　初診時　●●点	

ロ　再診時　●●点 ［施設基準］ 六の三　在宅療養支援歯科診療所の施設基準 (1)　在宅療養支援歯科診療所１の施設基準 イ　保険医療機関である歯科診療所であって、歯科訪問診療１、歯科訪問診療２又は歯科訪問診療３を算定していること。	 ［施設基準］ 六の三　在宅療養支援歯科診療所の施設基準 (1)　在宅療養支援歯科診療所１の施設基準 イ　保険医療機関である歯科診療所であって、歯科訪問診療１又は歯科訪問診療２を算定していること。

２．歯科訪問診療の後方支援や地域の歯科診療所と連携した口腔機能評価等を含む歯科訪問診療を行う在宅療養支援歯科病院を新設し、当該医療機関が在宅において歯科疾患の管理を行う場合等の評価を行う。

改　定　案	現　　行
【退院時共同指導料１】 ［算定要件］ １　在宅療養支援歯科診療所１、在宅療養支援歯科診療所２又は在宅療養支援歯科病院（在宅等における療養を歯科医療面から支援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ものをいう。以下この表において同じ。）の場合　900点 ２　（略） 【歯科訪問診療料】 ［算定要件］ 注11　歯科訪問診療を実施する保険医療機関の歯科衛生士が、歯科医師と同行の上、歯科訪問診療の補助を行った場合は、歯科訪問診療補助加算として、次に掲げる点数を１日につき所定点数に加算する。 イ　在宅療養支援歯科診療所１、在宅療養支援歯科診療所２、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所又は在宅療養	【退院時共同指導料１】 ［算定要件］ １　在宅療養支援歯科診療所１又は在宅療養支援歯科診療所２（在宅等における療養を歯科医療面から支援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ものをいう。以下この表において同じ。）の場合　900点 ２　（略） 【歯科訪問診療料】 ［算定要件］ 注11　歯科訪問診療を実施する保険医療機関の歯科衛生士が、歯科医師と同行の上、歯科訪問診療の補助を行った場合は、歯科訪問診療補助加算として、次に掲げる点数を１日につき所定点数に加算する。 イ　在宅療養支援歯科診療所１、在宅療養支援歯科診療所２又はかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の場合

支援歯科病院の場合 (1)・(2)　(略) ロ　(略) 16　１及び２について、地域歯科診療支援病院歯科初診料、在宅療養支援歯科診療所１、在宅療養支援歯科診療所２又は在宅療養支援歯科病院に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関の歯科衛生士等が、過去２月以内に区分番号Ｃ００１に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定した患者であって、当該歯科衛生指導の実施時に当該保険医療機関の歯科医師が情報通信機器を用いて口腔内の状態等を観察したものに対して、歯科訪問診療を実施した場合は、通信画像情報活用加算として、患者１人につき月１回に限り、30点を所定点数に加算する。	(1)・(2)　(略) ロ　(略) 16　１及び２について、地域歯科診療支援病院歯科初診料、在宅療養支援歯科診療所１又は在宅療養支援歯科診療所２に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関の歯科衛生士等が、過去２月以内に区分番号Ｃ００１に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定した患者であって、当該歯科衛生指導の実施時に当該保険医療機関の歯科医師が情報通信機器を用いて口腔内の状態等を観察したものに対して、歯科訪問診療を実施した場合は、通信画像情報活用加算として、患者１人につき月１回に限り、30点を所定点数に加算する。
【歯科疾患在宅療養管理料】 ［算定要件］ １・２　(略) ３　在宅療養支援歯科病院の場合 ●●点 ４　１から３まで以外の場合　200点	【歯科疾患在宅療養管理料】 ［算定要件］ １・２　(略) (新設) ３　１及び２以外の場合　200点
【在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】 ［算定要件］ 注５　在宅療養支援歯科診療所１、在宅療養支援歯科診療所２又は在宅療養支援歯科病院の歯科医師が、当該指導管理を実施した場合は、在宅療養支援歯科診療所加算１、在宅療養支援歯科診療所加算２又は在宅療養支援歯科病院加算として、それぞれ145点、80点又は●●点を所定点数に加算する。ただ	【在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】 ［算定要件］ 注５　在宅療養支援歯科診療所１又は在宅療養支援歯科診療所２の歯科医師が、当該指導管理を実施した場合は、在宅療養支援歯科診療所加算１又は在宅療養支援歯科診療所加算２として、それぞれ145点又は80点を所定点数に加算する。ただし、注４に規定する加算を算定している場合は、算定できな

し、注４に規定する加算を算定している場合は、算定できない。	い。
【小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】 ［算定要件］ 注５　在宅療養支援歯科診療所１、在宅療養支援歯科診療所２又は在宅療養支援歯科病院の歯科医師が、当該指導管理を実施した場合は、在宅療養支援歯科診療所加算１、在宅療養支援歯科診療所加算２又は在宅療養支援歯科病院加算として、それぞれ145点、80点又は●●点を所定点数に加算する。ただし、注４に規定する加算を算定している場合は、算定できない。	【小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】 ［算定要件］ 注５　在宅療養支援歯科診療所１又は在宅療養支援歯科診療所２の歯科医師が、当該指導管理を実施した場合は、在宅療養支援歯科診療所加算１又は在宅療養支援歯科診療所加算２として、それぞれ145点又は80点を加算する。ただし、注４に規定する加算を算定している場合は、算定できない。
【小児口腔機能管理料】 ［施設基準］ 六の二の三　小児口腔機能管理料の注３に規定する口腔管理体制強化加算の施設基準 ⑷　次のいずれかに該当すること。 イ　歯科訪問診療料を算定していること。 ロ　在宅療養支援歯科診療所１、在宅療養支援歯科診療所２又は在宅療養支援歯科病院との連携の実績があること。 ハ　在宅歯科医療に係る連携体制が確保されていること。 ⑸～⑼　（略）	【かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所】 ［施設基準］ 六の二の三　かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準 ⑷　歯科訪問診療料の算定又は在宅療養支援歯科診療所１若しくは在宅療養支援歯科診療所２との連携の実績があること。 ⑸～⑼　（略）

［在宅療養支援歯科病院の施設基準］

（１）保険医療機関である歯科診療を行う病院であって、歯科訪問診療１、歯科訪問診療２又は歯科訪問診療３を算定していること。

（２）高齢者の口腔機能管理に係る研修を受けた常勤の歯科医師が●●名以上配置されていること。

（３）歯科衛生士が●●名以上配置されていること。

（４）在宅歯科診療に係る後方支援の機能を有していること。

（５）定期的に、在宅患者等の口腔機能管理を行っている患者数等を地方厚生局長等に報告していること。
（６）当該地域において、保険医療機関、介護・福祉施設等との十分な連携の実績があること。

㉕　訪問歯科衛生指導の推進

第１　基本的な考え方

在宅患者等の訪問歯科衛生指導を推進する観点から、訪問歯科衛生指導料について要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．終末期の悪性腫瘍の患者等、緩和ケアを受けている患者に対して、訪問歯科衛生指導を行う場合の訪問歯科衛生指導料の算定回数制限を見直す。

２．訪問歯科衛生指導が困難な者に対して、歯科衛生士等が複数名で訪問する場合の評価を新設する。

３．訪問歯科衛生指導の実態を踏まえ、訪問歯科衛生指導料の評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【訪問歯科衛生指導料】 １　単一建物診療患者が１人の場合　●●点 ２　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　●●点 ３　１及び２以外の場合　●●点 ［算定要件］ 注１　歯科訪問診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士、保健師、看護師又は准看護師が訪問して療養上必要な指導として、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住するもののうち、当該保険医療機関が歯科訪問診療を実施し、歯科衛生士等が同一月に訪問歯科衛生指導を行っているものをいう。）又はその家族等に対して、当該患者の口腔内の清掃（機械的歯面清掃を含む。）、	【訪問歯科衛生指導料】 １　単一建物診療患者が１人の場合　360点 ２　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　328点 ３　１及び２以外の場合　300点 ［算定要件］ 注１　歯科訪問診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士、保健師、看護師又は准看護師が訪問して療養上必要な指導として、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住するもののうち、当該保険医療機関が歯科訪問診療を実施し、歯科衛生士等が同一月に訪問歯科衛生指導を行っているものをいう。）又はその家族等に対して、当該患者の口腔内の清掃（機械的歯面清掃を含む。）、

有床義歯の清掃指導又は口腔機能の回復若しくは維持に関する実地指導を行い指導時間が20分以上であった場合は、患者１人につき、月４回に限り算定する。なお、当該歯科衛生指導で実施した指導内容等については、当該患者又はその家族等に対し文書により提供する。	有床義歯の清掃指導又は口腔機能の回復若しくは維持に関する実地指導を行い指導時間が20分以上であった場合は、患者１人につき、月４回に限り、算定する。なお、当該歯科衛生指導で実施した指導内容等については、患者に対し文書により提供する。
２　区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者であって緩和ケアを実施するものに対して行った場合には、注１の規定にかかわらず、月●●回に限り算定する。	（新設）
３　１については、訪問歯科衛生指導が困難な者等に対して、保険医療機関の歯科衛生士等が、当該保険医療機関の他の歯科衛生士等と同時に訪問歯科衛生指導を行うことについて、当該患者又はその家族等の同意を得て、訪問歯科衛生指導を実施した場合（区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定する日を除く。）には、複数名訪問歯科衛生指導加算として、●●点を所定点数に加算する。	（新設）
４・５　（略）	２・３　（略）

㉖　小児に対する歯科訪問診療の推進

第１　基本的な考え方

医療的ケア児等をはじめとした小児に対する歯科訪問診療を推進する観点から、歯科診療特別対応加算及び初診時歯科診療導入加算の名称及び要件を見直す。

第２　具体的な内容

歯科診療特別対応加算の算定対象に、医療的ケア児等を追加する。

改　定　案	現　　行
【歯科診療特別対応加算１（歯科訪問診療料）】 【歯科診療特別対応加算２（歯科訪問診療料）】 ［算定要件］ (22) 歯科診療特別対応加算 「注６」の「著しく歯科診療が困難な者」とは、次に掲げる状態又はこれらに準ずる状態をいう。なお、歯科診療特別対応加算１又は歯科診療特別対応加算２を算定した場合は、当該加算を算定した日の患者の状態を診療録に記載する。 イ～ニ　（略） ホ　人工呼吸器を使用している状態又は気管切開等を行っており歯科治療に際して管理が必要な状態	【歯科診療特別対応加算（歯科訪問診療料）】 【初診時歯科診療導入加算（歯科訪問診療料）】 ［算定要件］ (22) 歯科診療特別対応加算 「注６」の「著しく歯科診療が困難な者」とは、次に掲げる状態又はこれらに準ずる状態をいう。なお、歯科診療特別対応加算を算定した場合は、当該加算を算定した日の患者の状態を診療録に記載する。 イ～ニ　（略） （新設）

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

第１　基本的な考え方

歯科の標榜がない病院の入院患者や介護保険施設等の入所者、在宅で療養する患者の栄養管理への歯科専門職の参画を推進する観点から、栄養サポートチーム等連携加算の評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．他の保険医療機関の入院患者等に対する多職種での栄養管理等に、歯科医師が参画し、それを踏まえて在宅歯科医療に係る管理を行う場合の評価を新設する。

（新）　在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料

１	在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料１	●●点
２	在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料２	●●点
３	在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料３	●●点

［算定要件］

（１）１については、当該保険医療機関の歯科医師が、他の保険医療機関に入院している患者であって、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号Ｃ００１－５に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号Ｃ００１－６に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定しているものに対して、当該患者の入院している他の保険医療機関の栄養サポートチーム等の構成員として診療を行い、その結果を踏まえて口腔機能評価に基づく管理を行った場合に、月●●回に限り算定する。

（２）２については、当該保険医療機関の歯科医師が、介護保険法第８条第 25 項に規定する介護保険施設等に入所している患者であって、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料又は区分番号Ｃ００１－５に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定しているものに対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて口腔機能評価に基づく管理を行った場合に、月●●回に限り算

定する。

（３）３については、当該保険医療機関の歯科医師が、児童福祉法第42 条に規定する障害児入所施設等に入所している患者であって、区分番号Ｃ００１－６に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定しているものに対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて口腔機能評価に基づく管理を行った場合に、月●●回に限り算定する。

２．在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料の新設を踏まえ、歯科疾患在宅療養管理料及び在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の栄養サポートチーム等連携加算並びに小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の小児栄養サポートチーム等連携加算を削除するとともに、歯科疾患在宅療養管理料等について、他の保険医療機関等からの情報提供に基づき在宅歯科医療に係る管理を行う場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【歯科疾患在宅療養管理料】 ［算定要件］ （削除）	【歯科疾患在宅療養管理料】 ［算定要件］ 注５　当該保険医療機関の歯科医師が、他の保険医療機関に入院している患者に対して、当該患者の入院している他の保険医療機関の栄養サポートチーム等の構成員として診療を行い、その結果を踏まえて注１に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、栄養サポートチーム等連携加算１として、80点を所定点数に加算する。
（削除）	６　当該保険医療機関の歯科医師が、介護保険法第８条第25項に規定する介護保険施設等に入所している患者に対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて注１に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、栄養サポートチーム等連携加算２として、80点を所

	定点数に加算する。
注５　他の保険医療機関を退院した患者であって継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該他の保険医療機関の歯科医師から患者の退院時に受けた情報提供及び当該患者の歯科疾患の状況等を踏まえて管理計画を作成した場合は、在宅歯科医療連携加算１として●●点を所定点数に加算する。	（新設）
６　他の保険医療機関を退院した患者又は介護保険法第８条第25項に規定する介護保険施設等に入所している患者若しくは同法第８条第２項に規定する訪問介護等の利用者であって、継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、医師、看護師、介護支援専門員等からの情報提供及び当該患者の歯科疾患の状況等を踏まえて管理計画を作成した場合は、在宅歯科医療連携加算２として●●点を所定点数に加算する。	（新設）
※　在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料についても同様	
【小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】 ［算定要件］	【小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】 ［算定要件］
（削除）	注６　当該保険医療機関の歯科医師が、他の保険医療機関に入院している患者に対して、当該患者の入院している他の保険医療機関の栄養サポートチーム等の構成員として診療を行い、その結果を踏まえて注１に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、小児栄養サポートチーム等連携加算１として、80点を所定点数に加算する。

（削除）	７　当該保険医療機関の歯科医師が、児童福祉法第42条に規定する障害児入所施設等に入所している患者に対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて注１に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、小児栄養サポートチーム等連携加算２として、80点を所定点数に加算する。
注６　他の保険医療機関を退院した患者であって継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該他の保険医療機関の歯科医師から患者の退院時に受けた情報提供及び当該患者の歯科疾患の状況等を踏まえて管理計画を作成した場合は、小児在宅歯科医療連携加算１として●●点を所定点数に加算する。	（新設）
７　他の保険医療機関を退院した患者又は児童福祉法第42条に規定する障害児入所施設等に入所している患者であって、継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、医師、看護師、相談支援専門員等からの情報提供及び当該患者の歯科疾患の状況等を踏まえて管理計画を作成した場合は、小児在宅歯科医療連携加算２として●●点を所定点数に加算する。	（新設）

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

第１　基本的な考え方

悪性腫瘍以外の患者も含むターミナル期の患者に対する薬剤の提供を含む適切な薬学的管理のニーズの増加に対応するため、薬剤師が行う訪問薬剤管理指導を充実する観点から、医療用麻薬等の提供体制、急変時の夜間・休日における対応等を含めた在宅患者（緊急）訪問薬剤管理指導について、要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．調剤基本料について、麻薬の備蓄や無菌製剤処理の体制、小児在宅医療の対応等の在宅訪問を十分行うための体制整備や実績に基づく薬局の評価を新設する。

（新）　在宅薬学総合体制加算

イ	在宅薬学総合体制加算１	●●点
ロ	在宅薬学総合体制加算２	●●点

［算定要件］

在宅薬学総合体制加算は、在宅患者に対する薬学的管理及び指導を行うにつき必要な体制を評価するものであり、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料若しくは在宅患者緊急時等共同指導料又は介護保険における居宅療養管理指導費若しくは介護予防居宅療養管理指導費を算定している患者等が提出する処方箋を受け付けて調剤を行った場合に算定できる。ただし、「区分１５在宅患者訪問薬剤管理指導料」の（４）において規定する在宅協力薬局が処方箋を受け付けて調剤を行った場合は、この限りでない。

［施設基準］

１　在宅薬学総合体制加算１の施設基準

（１）地方厚生（支）局長に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の届出を行っている保険薬局であること。

（２）直近１年間に、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問

薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費についての算定回数（ただし、いずれも情報通信機器を用いた場合の算定回数を除く。）の合計が計●●回以上であること（在宅協力薬局として連携した場合（同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く。）及び同等の業務を行った場合を含む。）。なお、「同等の業務」とは、在宅患者訪問薬剤管理指導料で規定される患者１人当たりの同一月内の算定回数の上限を超えて訪問薬剤管理指導業務を行った場合を含む。

（３）緊急時等の開局時間以外の時間における在宅業務に対応できる体制が整備されていること。緊急時等に対応できる体制の整備については、在宅協力薬局の保険薬剤師と連携して対応する方法を講じている場合も含むものである。

（４）地域の行政機関、保険医療機関、訪問看護ステーション及び福祉関係者等に対して、急変時等の開局時間外における在宅業務に対応できる体制に係る周知を自局及び同一グループで十分に対応すること。また、地域の行政機関又は薬剤師会等を通じて十分に行っていること。

（５）当該保険薬局において、在宅業務の質の向上のため、研修実施計画を作成し、当該計画に基づき当該保険薬局で在宅業務に関わる保険薬剤師に対して在宅業務に関する研修を実施するとともに、定期的に在宅業務に関する外部の学術研修（地域の薬剤師会等が行うものを含む。）を受けさせていること。なお、当該学術研修については、認知症、緩和医療、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意思決定支援等に関する事項が含まれていることが望ましい。併せて、当該保険薬局の保険薬剤師に対して、薬学等に関する団体・大学等による研修認定の取得、医学薬学等に関する学会への定期的な参加・発表、学術論文の投稿等を行わせていることが望ましい。

（６）医療材料及び衛生材料を供給できる体制を有していること。また、患者に在宅患者訪問薬剤管理指導を行っている保険薬局に対し保険医療機関から衛生材料の提供を指示された場合は、原則として衛生材料を当該患者に供給すること。なお、当該衛生材料の費用は、当該保険医療機関に請求することとし、その価格は保険薬局の購入価格を踏まえ、保険医療機関と保険薬局との相互の合議に委ねるものとする。

（７）麻薬及び向精神薬取締法第３条の規定による麻薬小売業者の免許を取得し、必要な指導を行うことができること。

２　在宅薬学総合体制加算２の施設基準