

令和6年度 診療報酬改定 ポイント_Ver2.0

日本病院会 診療報酬検討委員会

診療報酬作業小委員会

目次

○令和6年度診療報酬改定の基本方針（概要）	4
Ⅰ 現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進	5
Ⅰ-1 医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組	5
①賃上げに向けた評価の新設	5
②入院基本料等の見直し（Ⅱ-2-⑪、Ⅱ-3-⑥、Ⅲ-2-⑥、Ⅲ-4-4-①）	8
③初再診料等の評価の見直し	13
Ⅰ-2 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進	14
①医師事務作業補助体制加算の見直し	14
③入院中の薬物療法の適正化に対する取組の推進	15
④薬剤師の養成強化による病棟薬剤業務の向上	16
⑤外来腫瘍化学療法診療料の見直し（Ⅲ-2-②）	18
Ⅰ-4 地域医療の確保及び機能分化を図る観点から、労働時間短縮の実効性担保に向けた見直しを含め、必要な救急医療体制等の確保	23
①地域医療体制確保加算の見直し	23
②勤務医の働き方改革の取組の推進	25
Ⅰ-5 多様な働き方を踏まえた評価の拡充	26
②看護補助体制充実加算に係る評価の見直し（Ⅲ-2-⑦）	26
③感染対策向上加算等における専従要件の明確化	27
④ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減の取組の推進	28
⑤訪問看護ステーションにおける持続可能な24時間対応体制確保の推進	30
Ⅰ-6 医療人材及び医療資源の偏在への対応	34
①時間外対応加算の見直し	34
③超急性期脳卒中加算の見直し	37
④脳梗塞の患者に対する血栓回収療法における遠隔連携の評価	39
⑥医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し（Ⅱ-4-⑳）	40
⑦医療資源の少ない地域の対象地域の見直し（Ⅱ-4-㉑）	44
Ⅱ ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進や医療DXを含めた医療機能の分化・強化、連携の推進	45
Ⅱ-1 医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進	45
①医療情報・システム基盤整備体制充実加算の見直し	45
②医療DX推進体制整備加算の新設	47
⑤救急時医療情報閲覧機能の導入の推進	49
⑮診療録管理体制加算の見直し	51
⑰診療報酬における書面要件の見直し	53
⑱書面掲示事項のウェブサイトへの掲載	54
Ⅱ-2 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組	55
①地域で救急患者等を受け入れる病棟の評価（Ⅱ-4-⑩）	55
②介護保険施設入所者の病状の急変時の適切な入院受入れの推進	59
③医療機関と介護保険施設の連携の推進	64
④介護保険施設及び障害者支援施設における医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し	65
⑤リハビリテーションに係る医療・介護情報連携の推進	68
⑥退院時におけるリハビリテーションに係る医療・介護連携の推進	73
⑦就労支援に係る医療機関と障害福祉サービスの連携の推進	74
⑧入退院支援加算1・2の見直しについて	75
⑨在宅療養指導料の見直し	77
⑩認知症ケア加算の見直し	78
⑫地域包括ケア病棟入院料の評価の見直し	81
⑬地域包括ケア病棟の施設基準の見直し	83
⑮リハビリテーションに係る医療・介護・障害福祉サービス連携の推進	85
Ⅱ-3 リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進	86
①急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進	86
②病態に応じた早期からの疾患別リハビリテーションの推進	91

③疾患別リハビリテーション料の実施者別区分の創設	92	III-2 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価	180
④呼吸器リハビリテーション料の見直し	94	①一般不妊治療管理料及び胚凍結保存管理料の見直し	180
⑤療養病棟入院基本料の見直し（II-4-⑭）	95	③遺伝学的検査の見直し	182
⑦医療と介護における栄養情報連携の推進	103	④抗HLA抗体検査の算定要件の見直し	183
⑧回復期等の患者に対する口腔機能管理の推進	104	⑤人工腎臓に係る導入期加算の見直し	184
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	106	⑧医療安全対策の推進	185
①急性期充実体制加算の見直し	106	⑨手術等の医療技術の適切な評価	186
②総合入院体制加算の見直し	111	⑩質の高い臨床検査の適切な評価	188
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	113	⑪医療機関・訪問看護ステーションにおける明細書発行の推進	189
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	114	III-3 アウトカムにも着目した評価の推進	190
⑤特定集中治療室管理料等の見直し（I-5-①、II-6-②）	120	①データ提出加算及びデータ提出加算に係る届出を要件とする入院料の見直し	190
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	128	③回復期リハビリテーション病棟における運動器リハビリテーション料の算定単位数の見直し	191
⑦重症度、医療・看護必要度の要件化	131	III-4-1 高齢者の救急医療の充実及び適切な搬送の促進	195
⑧重症患者対応体制強化加算の要件の見直し	134	①初期診療後の救急患者の転院搬送に対する評価	195
⑨短期滞在手術等基本料の評価の見直し	136	②救急医療管理加算の見直し	199
⑩主としてケアを担う看護補助者の評価の新設	142	III-4-5 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価	207
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	146	①精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に向けた重点的な支援を提供する病棟の評価の新設	207
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（III-3-②）	148	②地域移行機能強化病棟入院料の継続と要件の見直し	216
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	151	③精神科入退院支援加算の新設	218
⑳DPC PDPSの見直し	152	④療養生活環境整備指導加算及び療養生活継続支援加算の見直し	224
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	169	⑤通院・在宅精神療法の見直し及び早期診療体制充実加算の新設	226
①感染対策向上加算の見直し	169	⑥児童思春期支援指導加算の新設	232
②外来感染対策向上加算の見直し	173	⑦心理支援加算の新設	234
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	175	⑧精神科在宅患者支援管理料の見直し	236
④サーベイランス強化加算等の見直し	178	○令和6年度診療報酬改定に係る答申書附带意見	237
III 安心・安全で質の高い医療の推進	179	○令和6年度診療報酬改定 施設基準届出チェックリスト	242
III-1 食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰を踏まえた対応	179	○委員名簿	250
①入院時の食費の基準の見直し	179		

令和6年度診療報酬改定の基本方針(概要)

(1) 現下の雇用情勢も踏まえた 人材確保・働き方改革等の推進【重点課題】

【具体的方向性の例】

- 医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組
- 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進
- 業務の効率化に資するICTの利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価
- 地域医療の確保及び機能分化を図る観点から、労働時間短縮の実効性担保に向けた見直しを含め、必要な救急医療体制等の確保
- 多様な働き方を踏まえた評価の拡充
- 医療人材及び医療資源の偏在への対応

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

【具体的方向性の例】

- 医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進
- 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組
- リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進
- 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
- 外来医療の機能分化・強化等
- 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
- 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
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

(3) 安心・安全で質の高い医療の推進

【具体的方向性の例】

- 食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰を踏まえた対応
- 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価
- アウトカムにも着目した評価の推進
- 重点的な対応が求められる分野への適切な評価(小児医療、周産期医療、救急医療等)
- 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進
- 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
- 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病院薬剤師業務の評価
- 薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品
- 供給拠点としての役割の評価を推進
- 医薬品産業構造の転換も見据えたイノベーションの適切な評価や医薬品の安定供給の確保等

(4) 効率化・適正化を通じた 医療保険制度の安定性・持続可能性の向上

【具体的方向性の例】

- 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進、長期収載品の保険給付の在り方の見直し等
- 費用対効果評価制度の活用 ○ 市場実勢価格を踏まえた適正な評価
- 医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進(再掲)
- 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(再掲)
- 外来医療の機能分化・強化等(再掲)
- 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進(再掲)
- 医師・病院薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進
- 薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品
- 供給拠点としての役割の評価を推進(再掲)

医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組

【賃上げに向けた評価の新設】

○外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の新設

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

外来・在宅ベースアップ評価(Ⅰ)(1日につき)

1 初診時	6点
2 再診時	2点
3 訪問診療時	
イ 同一建物居住者以外の場合	28点
ロ イ以外の場合	7点

○外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の新設

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

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

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)(1日につき)

1 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 1	
イ 初診又は訪問診療を行った場合	8点
ロ 再診時	1点
2 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 2	
イ 初診又は訪問診療を行った場合	16点
ロ 再診時	2点
↓	
8 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 8	
イ 初診又は訪問診療を行った場合	64点
ロ 再診時	8点

計算式の対象職員には

- 医師及び歯科医師を除く
- 専ら事務作業を行う事務職員も含まれない

対象職員の給与総額 × 1.2% - (外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び
歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定される点数の見込み) × 10円

【A】 =

(外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)イの算定回数の見込み × 8
+ 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)ロの算定回数の見込み
+ 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)イの算定回数の見込み × 8
+ 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)ロの算定回数の見込み) × 10円

医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組

【賃上げに向けた評価の新設】

○入院ベースアップ評価料の新設

病院又は有床診療所において、勤務する看護職員、薬剤師その他の医療関係職種の賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

入院ベースアップ評価料(1日につき)

1 入院ベースアップ評価料1	1点
2 入院ベースアップ評価料2	2点
↓	
165 入院ベースアップ評価料	165点

計算式の対象職員には

- 医師及び歯科医師を除く
- 専ら事務作業を行う事務職員も含まれない

【B】 =

対象職員の給与総額 × 2.3% - (外来・在宅ベースアップ評価料(I)及び
歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)により算定される点数の見込み) × 10円

当該保険医療機関の延べ入院患者数 × 10円

算出に当たって対象となる期間及び算定を開始する月について

【B】の算出を行う月	算出の際に用いる「対象職員の給与総額」の対象となる期間	算出の際に用いる「ベースアップ評価料」及び「延べ入院患者数」の対象となる期間	届け出た区分に従って算定を開始する月
3月	前年3月～2月	前年12月～2月	4月
6月	前年6月～5月	3～5月	7月
9月	前年9月～8月	6～8月	10月
12月	前年12月～11月	9～11月	翌年1月

■医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組

【賃上げに向けた評価の新設】

【施設基準抜粋】

- 当該評価料を算定する場合は、令和6年度及び令和7年度において**対象職員の賃金**（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実施しなければならない。ただし、令和6年度及び令和7年度において、翌年度の賃金の改善のために繰り越しを行う場合においてはこの限りではない。
(令和8年12月までに賃金の改善措置を行う場合に限る。)

※基本給、手当、賞与等のうち**対象とする賃金項目を特定した上**で行い、基本給又は決まって毎月支払われる手当（以下「基本給等」という。）の引上げにより改善を図ることを原則とする。

- 対象職員の基本給等を令和5年度と比較して**令和6年度に2分5厘以上引き上げ、令和7年度に4分5厘以上引き上げた場合は**、40歳未満の勤務医（歯科医師を含む。以下同じ。）及び事務職員等の当該保険医療機関に勤務する職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実績に含めることができること。
- 令和6年度及び令和7年度における当該保険医療機関に勤務する職員の賃金の改善に係る計画を作成していること。（賃金改善計画書）
- 計画に基づく職員の賃金の改善に係る状況について、定期的に地方厚生局長等に報告すること。

○ 令和6年度以降、賃上げに係る診療報酬項目については、賃上げ促進税制の対象となる給与等支給額に含めることが可能。

対象職員

薬剤師・保健師・助産師・看護師・准看護師・看護補助者・理学療法士・作業療法士・視能訓練士・言語聴覚士・義肢装具士・歯科衛生士・歯科技工士・歯科業務補助者・診療放射線技師・診療エックス線技師・臨床検査技師・衛生検査技師・臨床工学技師・管理栄養士・栄養士・精神保健福祉士・社会福祉士・介護福祉士・保育士・救急救命士・あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師・柔道整復師・公認心理師・診療情報管理士・医師事務作業補助者
・その他の医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く）

- 厚生労働省HP (mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00248.html) では、[オンラインセミナーのアーカイブ動画](#)や[説明資料](#)及び[ベースアップ評価料計算支援ツール](#)について説明しています。
- [ベースアップ評価料計算支援ツール](#)を用いて、具体的にいくら賃上げが可能か試算してみましょう。

■医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組

【入院基本料等の見直し】

- 退院後の生活を見据え、入院患者の栄養管理体制の充実を図る観点から、[栄養管理体制の基準を明確化する](#)。
- 人生の最終段階における適切な意思決定支援を推進する観点から、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、[意思決定支援に関する指針を作成することを要件とする](#)。
- 医療機関における身体的拘束を最小化する取組を強化するため、[医療機関において組織的に身体的拘束を最小化する体制の整備を求める](#)。
- 上記のほか、40歳未満の勤務医師、事務職員等の賃上げを実施すること等の観点から、[入院基本料等の評価を見直す](#)。

	現行	改定後
【一般病棟入院基本料】 急性期一般入院料1	1,650点	1,688点
【療養病棟入院基本料】 療養病棟入院料1 入院料G	968点	983点
【精神病棟入院基本料】 15対1入院基本料	830点	844点
【特定機能病院入院基本料】 7対1入院基本料(一般病棟の場合)	1,718点	1,822点
【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病棟入院料4	1,841点	1,859点
【地域包括ケア病棟入院料】 地域包括ケア病棟入院料1(40日以内)	2,809点	2,838点

※一部の入院料について抜粋。地域包括ケア病棟入院料1は日数による評価を見直したことに伴う増点を含む。

医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組

【入院基本料等の見直し】

栄養管理体制の基準の明確化（入院料通則の改定①）

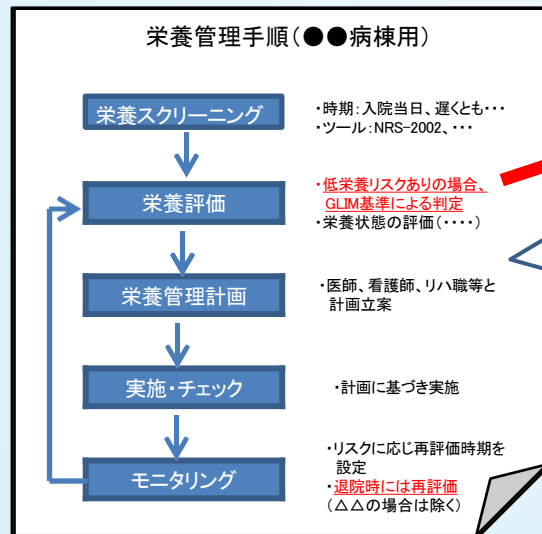
- 退院後の生活を見据え、入院患者の栄養管理体制の充実を図る観点から、栄養管理体制の基準を明確化する。

【施設基準等】

- ・常勤管理栄養士が1名以上配置
- ・医師、看護師、管理栄養士等が共同で栄養管理体制を整備、栄養管理手順」(標準的な栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、退院時を含む定期的な評価等)を作成
- ・入院時に患者の栄養状態を医師、看護師、管理栄養士が共同して確認、特別な栄養管理の必要性の有無について入院診療計画書に記載

イメージ

各医療機関の機能や患者特性等に応じて栄養管理手順に位置づける



GLIM基準を活用することが望ましいが、GLIM基準を参考にしつつ、各医療機関の機能や患者特性等に応じて、標準的な手法を位置づけていれば差し支えない。

<参考> GLIM(Global Leadership Initiative on Malnutrition)基準

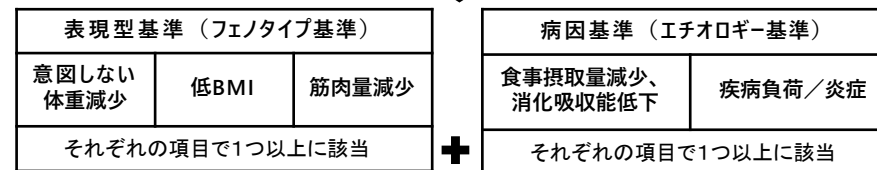
2018年に世界の栄養学会(ESPEN:欧州, ASPEN:北米, PENSA:アジア, FELANPE:南米)が低栄養の診断基準としてGLIM基準を策定

● 栄養スクリーニング

- ・全ての対象者に対して栄養スクリーニングを実施し、低栄養リスクのある症例を特定
- ・検証済みのスクリーニングツール(例: MUST、NRS-2002、MNA-SFなど)を使用

低栄養リスクあり

● 低栄養診断



低栄養と判定

重症度判定(中等度低栄養、重度低栄養)

※詳細は、日本臨床栄養代謝学会(JSPEN)HP「GLIM基準について」を参照

医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組

【入院基本料等の見直し】

人生の最終段階における適切な意思決定支援の推進（入院料通則の改定②）

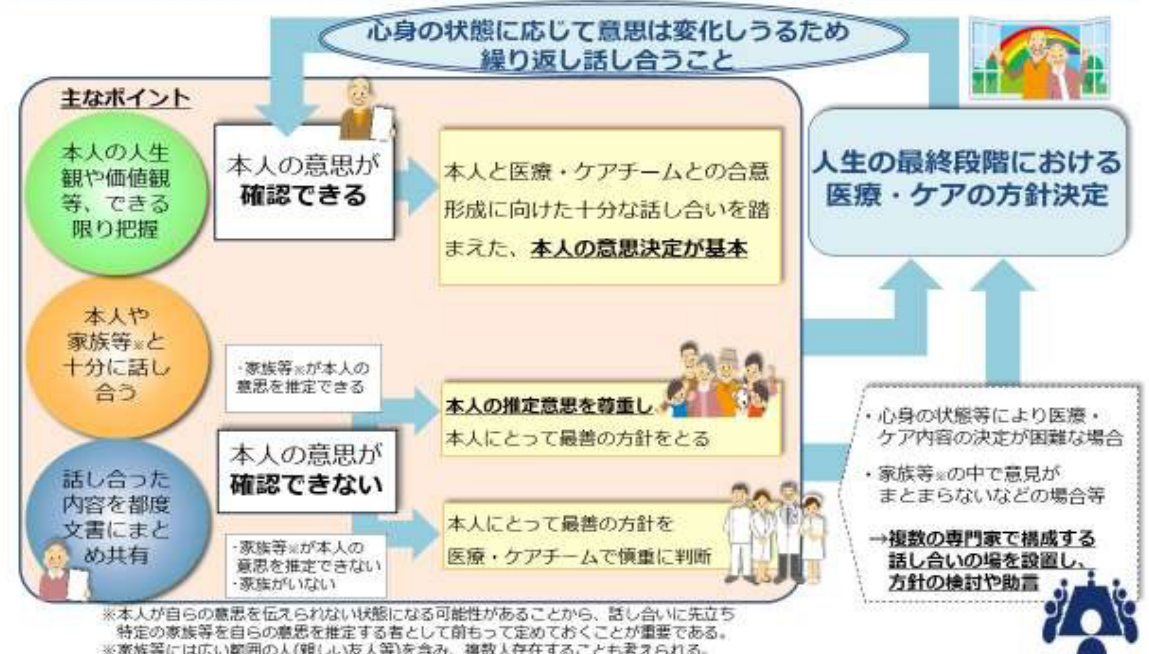
- 人生の最終段階における適切な意思決定支援を推進する観点から、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」（以下、「ガイドライン」とする。）等の内容を踏まえ、意思決定支援に関する指針を作成することを要件とする入院料等の対象を見直す。

・ガイドライン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要件とする入院料の範囲を拡大する。

・ガイドライン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。

「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」 における意思決定支援や方針決定の流れ（イメージ図）（平成30年版）

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。



【指針の作成が要件となる対象】

➤ 入院料を算定する医療機関※

※ 小児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、小児入院医療管理料又は児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟のみを有するものを除く。

➤ 以下の届出を行う医療機関

- ・ がん患者指導管理料
- ・ 地域包括診療料
- ・ 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
- ・ 在宅療養支援診療所・病院

【経過措置】 令和6年3月31日において現に入院基本料又は特定入院料に係る届出を行っている病棟については、令和7年5月31日までの間に限り、意思決定支援に関する指針の作成の基準に該当するものとみなす。

■医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組

【入院基本料等の見直し】

身体的拘束を最小化する取組の強化（入院料通則の改定③）

- 医療機関における身体的拘束を最小化する取組を強化するため、入院料の施設基準に、患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならないことを規定するとともに、医療機関において **組織的に身体的拘束を最小化する体制を整備**することを規定する。

・精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む）における身体的拘束の取扱いについては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定によるものとする。

・**身体的拘束最小化に関する基準を満たすことができない**保険医療機関については、入院基本料（特別入院基本料等を除く）、特定入院料又は短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）の所定点数から **1日につき40点を減算**する。



【身体的拘束最小化の基準】

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関において、**患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならないこと。**
- (2) (1) の **身体的拘束を行う場合には**、その態様及び時間、その際の患者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を**記録しなければならないこと。**
- (3) 身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの器具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいうこと。
- (4) 当該保険医療機関において、身体的拘束最小化対策に係る専任の医師及び専任の看護職員から構成される**身体的拘束最小化チームが設置**されていること。なお、必要に応じて、薬剤師等、入院医療に携わる多職種が参加していることが望ましい。
- (5) 身体的拘束最小化チームでは、以下の業務を実施すること。
 - ア身体的拘束の**実施状況を把握し、管理者を含む職員に定期的に周知徹底**すること。
 - イ身体的拘束を最小化するための**指針を作成**し、職員に周知し活用すること。なお、アを踏まえ、**定期的に当該指針の見直しを行う**こと。また、当該指針には、鎮静を目的とした薬物の適正使用や(3)に規定する身体的拘束以外の患者の行動を制限する行為の最小化に係る内容を盛り込むことが望ましい。
- (6) (1) から(5)までの規定に関わらず、**精神科病院**（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む）**における身体的拘束の取扱いについては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定による。**

【経過措置】 令和6年3月31日において現に入院基本料又は特定入院料に係る届出を行っている病棟については、令和7年5月31日までの間に限り、**身体的拘束最小化の基準に該当するものとみなす。**

■医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組

【入院基本料等の見直し】

入院料通則の改定

【疑義解釈】

Q1: 栄養管理体制の基準について、「あらかじめ栄養管理手順(標準的な栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、退院時を含む定期的な評価等)を作成すること。」とされているが、「標準的な栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価」の具体的な内容とは。

A1: GLIM基準による栄養状態の評価を位置づけることが望ましいが、GLIM基準を参考にしつつ、各医療機関の機能や患者特性等に応じて、標準的な手法を栄養管理手順に位置づけた場合も含まれる。ただし、血中アルブミン値のみで栄養状態の評価を行うことは標準的な手法に含まれないため、複合的な栄養指標を用いた評価を位置づけること。

Q2: 栄養管理体制の基準における「退院時を含む定期的な評価」は、全ての患者に退院時の評価を行う必要があるか。

A2: 必ずしも全ての患者について退院時の評価を行う必要はない。どのような患者や状況の場合に退院時の評価を行うかなどを栄養管理手順に位置づけておくこと。

Q3: 入院基本料を算定する病棟において1日に看護を行う看護要因の勤務時間数は、当該病棟で勤務する実働時間数のことをいうものであり、休憩時間以外の病棟で勤務しない時間は除かれるものであるが、院内感染防止対策委員会、安全管理のための委員会及び安全管理の体制確保のための職員研修を行う時間、褥瘡対策に関する委員会及び身体的拘束最小化チームに係る業務時間も除かれるか。

A3: 入院基本料の施設基準の「院内感染防止対策の基準」、「医療安全管理体制の基準」、「褥瘡対策の基準」及び「身体的拘束最小化の基準」を満たすために必要な院内感染防止対策委員会、安全管理のための委員会及び安全管理の体制確保のための職員研修、褥瘡対策委員会並びに身体的拘束最小化チームに係る業務及び身体的拘束の最小化に関する職員研修へ参加する時間に限り、当該病棟で勤務する実働時間数に含んでも差し支えない。

医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組

【初再診料等の評価の見直し】

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

●A000 初診料

	現行	改定後	情報通信機器を用いた場合	
			現行	改定後
初診料	288点	291点	251点	253点
注3(紹介のない場合)	214点	216点	186点	188点
注4(妥結率が低い場合)	214点	216点	186点	188点
注5(同一日2科目)	144点	146点	125点	127点
(同一日2科目・紹介のない場合)	107点	108点	93点	94点
(同一日2科目・妥結率が低い場合)	107点	108点	93点	94点

●A001 再診料

	現行	改定後
再診料	73点	75点
(情報機器を用いた場合)	73点	75点
(妥結率が低い場合)	54点	55点
(同一日2科目)	37点	38点
(同一日2科目・妥結率が低い場合)	27点	28点

●A002 外来診療料

	現行	改定後
外来診療料	74点	76点
(情報機器を用いた場合)	73点	75点
(紹介のない場合)	55点	56点
(妥結率が低い場合)	55点	56点
(同一日2科目)	37点	38点
(同一日2科目・紹介のない場合)	27点	28点
(同一日2科目・妥結率が低い場合)	27点	28点

■各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進【医師事務作業補助体制加算の見直し】

- 医師事務作業補助者による医師の業務への適切な支援を推進する観点から、医師事務作業補助体制加算1の要件に、医師事務作業補助者の勤務状況及び補助が可能な業務内容を定期的に評価することが望ましいことを追加する。

【医師事務作業補助体制加算1】

[施設基準]

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

●A207-2 医師事務作業補助体制加算

	医師事務作業補助体制加算1		医師事務作業補助体制加算2	
	現行	改定後	現行	改定後
イ 15対1	1,050点	1,070点	975点	995点
ロ 20対1	835点	855点	770点	790点
ハ 25対1	705点	725点	645点	665点
ニ 30対1	610点	630点	560点	580点
ホ 40対1	510点	530点	475点	495点
ヘ 50対1	430点	450点	395点	415点
ト 75対1	350点	370点	315点	335点
チ 100対1	300点	320点	260点	280点

【疑義解釈】

Q1:「医師事務作業補助者の勤務状況及び補助が可能な業務の内容を定期的に評価することが望ましい」とあるが、どのような取組を行えばよいか。

A1: 医師事務作業補助者の勤務状況や、医師の業務を補助する能力の評価を定期的に行うことが想定される。

〈行える業務〉

医師（歯科医師を含む）の指示の下に、

- 診断書等の文書作成補助
- 診療記録への代行入力
- 医療の質の向上に資する事務作業（診療に関するデータ整理、院内がん登録等の統計・調査、教育の研修・カンファレンスのための準備作業等）
- 入院時の案内等の病棟における患者対応業務及び行政上の業務（救急医療情報システムへの入力、感染症サーベイランス事業に係る入力等）への対応に限定するもの

〈行えない業務〉

- 医師以外の職種の指示の下に行う業務
- 報酬の請求業務（DPCのコーディングに係る業務を含む。）
- 窓口・受付業務
- 医療機関の経営、運営のためのデータ収集業務、看護業務の補助及び物品運搬業務等については医師事務作業補助者の業務としないこと。

■各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するため

の勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進

【入院中の薬物療法の適正化に対する取組の推進】

〔薬剤総合評価調整加算の見直し〕

- 薬剤総合評価調整加算について、カンファレンスの実施に限らず、多職種による薬物療法の総合的評価及び情報共有・連携ができる機会を活用して必要な薬剤調整等が実施できるよう要件を見直す。
- 必要な薬剤調整等の実効性を担保するため、医療機関内のポリファーマシーに係る評価方法について、あらかじめ手順書を作成等することとする。

現行

【薬剤総合評価調整加算】 100点（退院時）

(1)（中略）

イ 患者の病状、副作用、療養上の問題点の有無を評価するために、医師、薬剤師及び看護師等の多職種による カンファレンスを実施し、薬剤の総合的な評価を行い、適切な用量への変更、副作用の被疑薬の中止及びより有効性・安全性の高い代替薬への変更等の処方内容の変更を行う。

ウ 当該カンファレンスにおいて、処方の内容を変更する際の留意事項を多職種で共有した上で、患者に対して処方変更に伴う注意点を説明する。

エ 処方変更による病状の悪化や新たな副作用の有無について、多職種で確認し、必要に応じて、再度カンファレンスにおいて総合的に評価を行う。

※取組の際の参考資料

「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）」（厚生労働省）

「高齢者の医薬品適正使用の指針（各論編（療養環境別）」（厚生労働省）

日本老年医学会の関連ガイドライン（高齢者の安全な薬物療法ガイドライン）

「病院における高齢者のポリファーマシー対策の始め方と進め方」（厚生労働省）

「ポリファーマシー対策の進め方」（日本病院薬剤師会）

改定後

【薬剤総合評価調整加算】

100点（退院時）

(1)（中略）

イ 患者の病状、副作用、療養上の問題点の有無を評価するために、医師、薬剤師及び看護師等の多職種による 連携の下で、薬剤の総合的な評価を行い、適切な用量への変更、副作用の被疑薬の中止及びより有効性・安全性の高い代替薬への変更等の処方内容の変更を行う。

ウ 処方内容を変更する際の留意事項を多職種で共有した上で、患者に対して処方変更に伴う注意点を説明する。

エ 処方変更による病状の悪化や新たな副作用の有無について、多職種で確認し、必要に応じて、再評価を行う。

オ イ、ウ、エを実施するに当たっては、ポリファーマシー対策に係るカンファレンスを実施する他、病棟等における日常的な薬物療法の総合的評価及び情報共有ができる機会を活用して、多職種が連携して実施すること。

カ (7)に規定するガイドライン等を参考にして、ポリファーマシー対策に関する手順書を作成し、保険医療機関内に周知し活用すること。

■各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するため

の勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進

【薬剤師の養成強化による病棟薬剤業務の向上】

[薬剤業務向上加算の新設]

- 病棟薬剤業務実施加算1(120点/週1回)について、免許取得直後の薬剤師を対象とした病棟業務等に係る総合的な研修体制を有するとともに、都道府県との協力の下で薬剤師が別の医療機関において地域医療に係る業務等を実践的に修得する体制を整備している医療機関が、病棟薬剤業務を実施する場合の加算を新設する。

(新) 薬剤業務向上加算 100点(週1回)

	病棟薬剤業務実施加算1	病棟薬剤業務実施加算2
点数	120点/週1回	100点(1日につき)
対象病棟	<ul style="list-style-type: none"> ・一般病棟入院基本料 ・療養病棟入院基本料 ・結核病棟入院基本料 ・精神病棟入院基本料 ・特定機能病院入院基本料 ・専門病院入院基本料 ・小児入院医療管理料 	<ul style="list-style-type: none"> ・救命救急入院料 ・特定集中治療室管理料 ・ハイケアユニット入院医療管理料 ・脳卒中ケアユニット入院医療管理料 ・小児特定集中治療室管理料 ・新生児特定集中治療室管理料 ・総合周産期特定集中治療室管理料
注2加算(新設)	薬剤業務向上加算:100点/週1回	
常勤薬剤師配置	当該保険医療機関に2名以上配置(週3日以上週22時間以上の表常勤2名以上の常勤換算可能)	病棟薬剤業務実施加算1の届出があること
専任薬剤師配置	各病棟に配置(一部除外あり)	当該加算を行う各治療室に配置
業務時間	各病棟の直近1ヶ月の業務時間が1週間に20時間以上	上記治療室の直近1ヶ月の業務時間が1週間に20時間以上

■各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進

【薬剤師の養成強化による病棟薬剤業務の向上】

[施設基準](概要)

- (1) 免許取得直後の薬剤師を対象とした病棟業務等に係る総合的な研修が実施されていることとして以下の要件を満たすこと。
- ア 研修を総括する責任者の配置及び研修の計画、実施等に関して検討するための委員会が設置されている
 - イ 十分な指導能力を有する常勤薬剤師が研修を受ける薬剤師の指導に当たっている
 - ウ 研修を受ける薬剤師の研修内容を定期的に評価・伝達する体制の整備及び研修修了判定が適切に実施されている
 - エ 調剤、病棟薬剤業務、チーム医療、医薬品情報管理等を広く修得できる研修プログラムに基づき研修を実施している
 - オ 研修プログラムを医療機関のウェブサイト等で公開するとともに、定期的に研修の実施状況の評価及び研修プログラムの見直しを実施している
- (2) 都道府県における薬剤師確保の取組を実施する部署と連携して自施設の薬剤師を他の保険医療機関（特別の関係にある保険医療機関を除く。）へ出向を実施させる体制として、以下の要件を満たすこと。
- ア 出向先は、薬剤師が不足している地域において病棟業務やチーム医療等の業務の充実が必要な保険医療機関である
 - イ 出向する薬剤師は、概ね3年以上の病院勤務経験を有し、当該保険医療機関において概ね1年以上勤務している常勤の薬剤師である
 - ウ 出向先の保険医療機関及び都道府県における薬剤師確保の取組を担当する部署との協議の上で、出向に関する具体的な計画が策定されている
- (3) 特定機能病院若しくは急性期充実体制加算1、2に係る届出を行っている保険医療機関であること。

【疑義解釈】

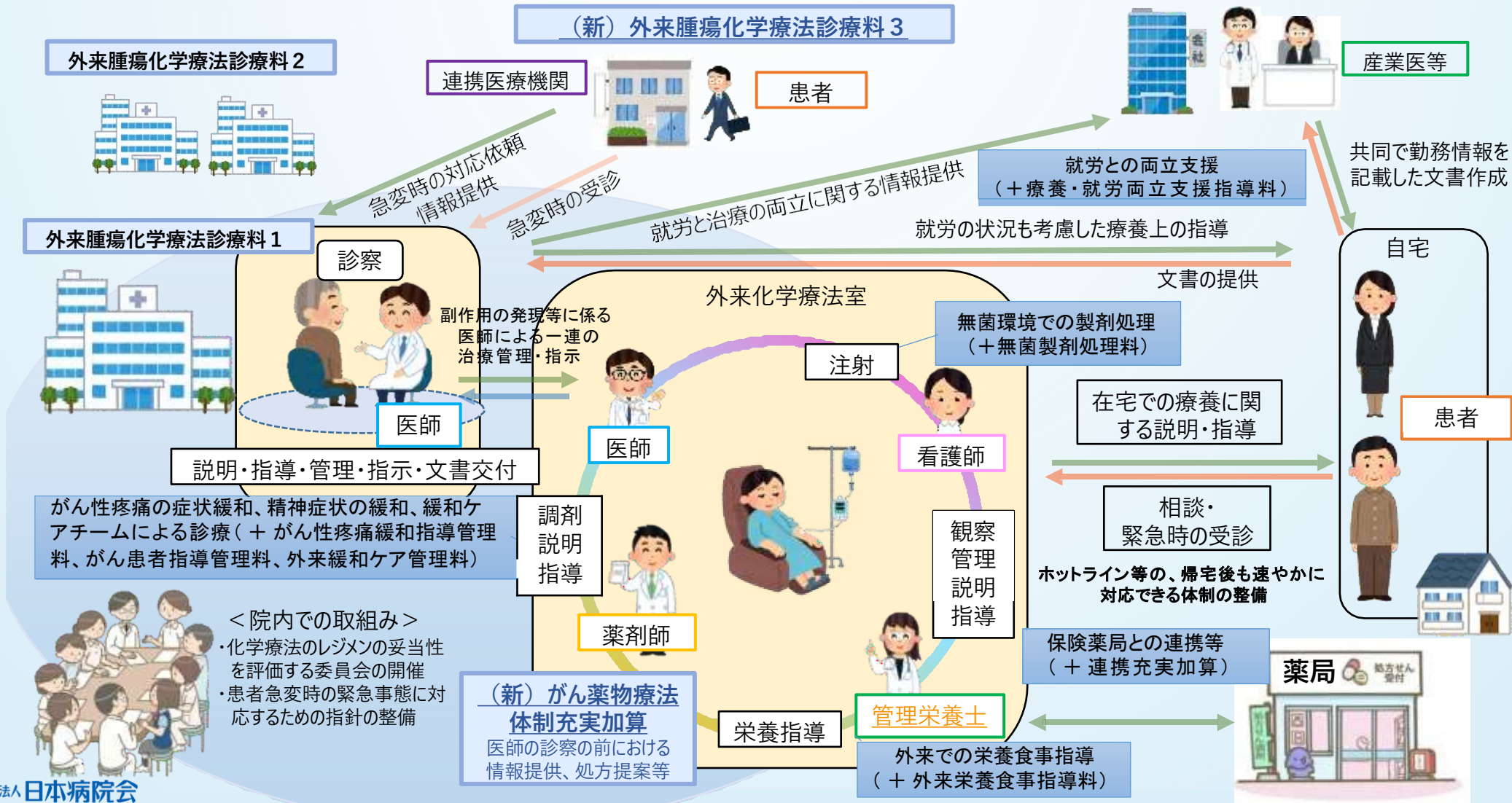
Q1:「都道府県との協力の下で、当該保険医療機関の薬剤師が、一定期間、別の保険医療機関に勤務して地域医療に係る業務を実践的に修得する体制」について、協力する都道府県は、当該保険医療機関が所在する都道府県に限るか。

A1: 当該保険医療機関が所在する都道府県と協力することが望ましい。



外来腫瘍化学療法の普及・推進（イメージ）

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

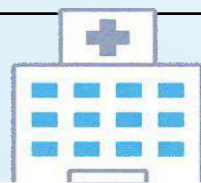


■各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するため の勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進 【外来腫瘍化学療法診療料の見直し】

- 悪性腫瘍の患者に対する外来における安心・安全な化学療法の実施を推進する観点から、外来腫瘍化学療法診療料について、要件及び評価を見直す。

現行		改定後	
1. 外来腫瘍化学療法診療料1		1. 外来腫瘍化学療法診療料1	
イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合	700点	イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合	
		(1)初回から3回目まで	800点
		(2)4回目以降	450点
ロ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合	400点	ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合	350点
2. 外来腫瘍化学療法診療料2		2. 外来腫瘍化学療法診療料2	
イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合	570点	イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合	
		(1)初回から3回目まで	600点
		(2)4回目以降	320点
ロ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合	270点	ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合	220点
		3. 外来腫瘍化学療法診療料3	
		イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合	
		(1)初回から3回目まで	540点
		(2)4回目以降	280点
		ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合	180点

診療料3の医療機関の
連携先



外来腫瘍化学療法診療料1の
医療機関

- 急変時の対応を依頼
- 事前に診療情報を文書で提供

急変時に受診



外来腫瘍化学療法診療料3の
医療機関

診療料1の医療機関の
連携先

施設基準 ※変更箇所のみ抜粋	外来腫瘍化学療法診療料		
	1	2	3
専用のベッドを有する治療室を保有(外来化学療法実施中は、その他の目的で使用することは認められない)	○	○	○
専任の医師、看護師または薬剤師が院内に常時1名以上配置、患者からの電話等の緊急相談に24時間対応できる体制整備(※2)	○	○	
急変時等の緊急時の入院体制(他の医療機関との連携も可)(※2)	○	○	○
レジメン(治療内容)の妥当性を評価し、承認する委員会を開催(※2)	○		
専任の看護師:化学療法を実施している時間帯に常時当該治療室に勤務	化学療法経験5年以上		○
専任の常勤薬剤師:化学療法の専任薬剤師が勤務	化学療法の調剤経験5年以上		○
保険医療機関内に専任の常勤医師勤務(化学療法の経験5年以上)	○	-	-
常勤医師:研修を修了していること ア:緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会 イ:緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会等	○	-	-
がん性疼痛緩和指導管理料の届出があること	○	-	-
がん患者指導管理料の届出があることが望ましい	○	-	-
以下をウェブサイトに掲載していることが望ましい 患者と患者を雇用する事業者が共同で作成した勤務情報を記載した文書の提出を受けた場合、以下を行う ○就労と療養の両立に必要な情報を提供すること ○診療情報を提供した後の勤務環境の変化を踏まえ療養上必要な指導を行うこと	○	○	○
患者の急変時の緊急事態等に対応するための指針整備が望ましい	○	○	○
連携する医療機関の名称等を厚生局に届け出していること: 外来腫瘍化学療法診療料3の届出医療機関(※1)で外来化学療法を実施する患者が緊急時に当院で受診できる体制確保	○	-	-
上記連携先医療機関名を院内の見やすい場所に掲示	○	-	-
標榜時間外 当該保険医療機関で外来化学療法を実施している患者に関する電話等の問合せに応じる体制の整備	-	-	○
当該保険医療機関の見やすい場所に掲示(※2)	○	-	-
※1の届出医療機関名をウェブサイトに掲載していること(原則)	○	-	-

経過措置:令和6年9月30日

経過措置:令和6年9月30日

経過措置:令和7年5月31日
※外来腫瘍化学療法診療料3については、令和7年5月31日まで満たしているものとする

■各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するため

の勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進

【外来腫瘍化学療法診療料の見直し】

[外来腫瘍化学療法診療料]

【疑義解釈】

Q1: 外来腫瘍化学療法診療料の「初回から3回目まで」について、レジメンの開始日からの回数ではなく、各月の初回の抗悪性腫瘍剤投与日から3回目の投与日まで算定するということか。

A1: そのとおり。

Q2: 外来腫瘍化学療法診療料を算定している患者が、外来化学療法を実施している悪性腫瘍以外の傷病について、当該診療料の算定する保険医療機関を受診した場合、外来腫瘍化学療法診療料の「1」の「ロ」、「2」の「ロ」又は「3」の「ロ」は算定可能か。

A2: 外来化学療法を実施している悪性腫瘍又は外来化学療法に伴う副作用以外の傷病について受診した場合は算定不可。

Q3: 外来腫瘍化学療法診療料3の届出を行っている保険医療機関において外来化学療法を実施している患者であって、当該医療機関において「3」の「イ」の(1)又は(2)を算定している場合に、当該保険医療機関と連携する外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っている医療機関において、同日に緊急に抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合に、「1」の「ロ」を算定可能か。

A3: 可能。

Q4: 外来腫瘍化学療法診療料1及び外来腫瘍化学療法診療料3の届出施設において、ウェブサイトに掲載することを求めている事項のうち、連携する保険医療機関に係る事項については、具体的にはどのような内容を掲載するのか。

A4: 少なくとも連携保険医療機関の名称、所在地及び電話番号を記載すること。

■各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するため

の勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進

【外来腫瘍化学療法診療料の見直し】

[がん薬物療法体制充実加算の新設]

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

(新) がん薬物療法体制充実加算 100点 (月1回に限り)

【算定要件】

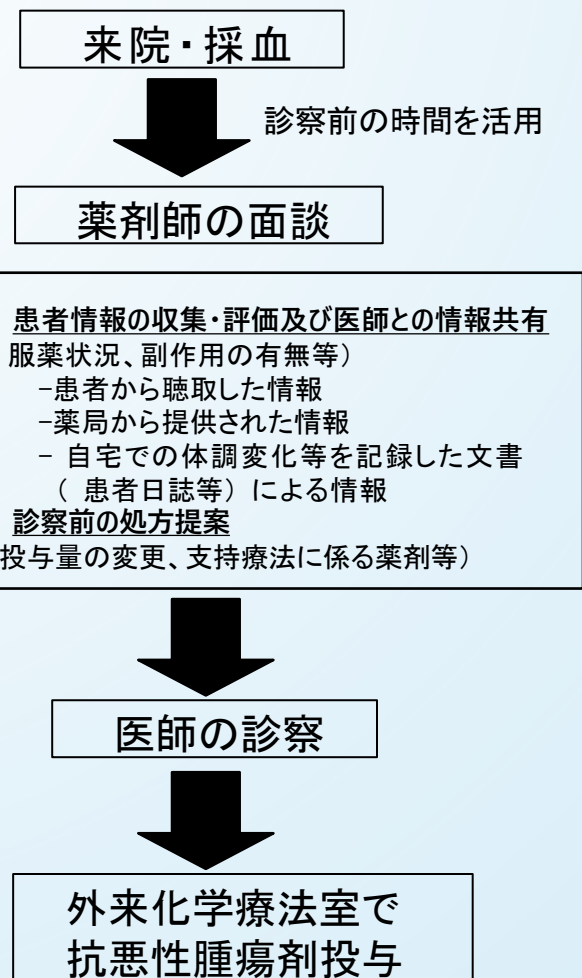
外来腫瘍化学療法診療料1のイの(1)を算定する患者に対して、当該保険医療機関の医師の指示に基づき薬剤師が、服薬状況、副作用の有無等の情報の収集及び評価を行い、医師の診察前に情報提供や処方の提案等を行った場合に月に1回に限り所定点数に加算する。

【施設基準】

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



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



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

[基本的な考え方]

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

[施設基準]

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

ア 令和6年度においては、1,785時間以下

イ 令和7年度においては、1,710時間以下

A252 地域医療体制確保加算(入院初日) 620点 (点数変更なし)

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

【地域医療体制確保加算の見直し】

【疑義解釈】

Q1:「医師の労働時間について、原則として、タイムカード、ICカード、パソコンの使用時間の記録等の客観的な記録を基礎として確認し、適正に記録すること。」とあるが、当該保険医療機関の全ての医師の労働時間について、客観的な記録を基礎として確認し、適正に記録することが求められるのか。

A1: そのとおり

Q2:「当該保険医療機関に勤務する医療法施行規則第63条に定める特定地域医療提供医師及び連携型特定地域医療提供医師(以下この項において、「対象医師」という。)の1年間の時間外・休日労働時間が、原則として、次のとおりであること。」とあるが、対象医師の時間外・休日労働時間が、原則として示された上限以下であることが求められるのか。

A2: そのとおり

Q3: 当該保険医療機関に勤務する医療法施行規則第63条に定める特定地域医療提供医師及び連携型特定地域医療提供医師の令和6年度、令和7年度における1年間の時間外・休日労働時間の上限について、「ただし、1年間の時間外・休日労働時間が次のとおりでない対象医師がいる場合において、その理由、改善のための計画を当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示する等の方法で公開した場合は、その限りでないこと。」とあるが、ホームページ等に掲示する等の方法での公開は、令和6年度、令和7年度の実績を把握した後、翌年度に行うことでよいか。

A3: よい

■ 地域医療の確保及び機能分化を図る観点から、 労働時間短縮の実効性担保に向けた見直しを含め、必要な救急医療体制等の確保 【勤務医の働き方改革の取組の推進】

[処置及び手術の休日加算1等の要件の見直し]

勤務医の働き方改革を推進する観点から、処置及び手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1について、交代勤務制又はチーム制のいずれか及び手当に関する要件を満たす必要があることとする。

現行

【休日加算1・時間外加算1・深夜加算1】

[施設基準]

7 当該加算を算定する全ての診療科において、次のいずれかを実施していること。

(1)交代勤務制を導入しており、以下のアからキまでのいずれも実施していること。

ア～キ(略)

(2)チーム制を導入しており以下のアからカまでのいずれも実施していること。

ア～カ(略)

(3)医師が時間外、休日又は深夜の手術等を行った場合の手当等を支給しており、以下のア又はイのいずれかを実施するとともに実施内容について就業規則に記載を行い、その写しを地方厚生(支)局長に届け出ていること。また、休日等において、当該診療科に1名以上の緊急呼出し当番を担う医師を置いていること。

(中略)

ア・イ(略)



改定後

【休日加算1・時間外加算1・深夜加算1】

[施設基準]

7 当該加算を算定する全ての診療科において、(1)又は(2)のいずれか及び(3)を実施していること。

(1)交代勤務制を導入しており、以下のアからキまでのいずれも実施していること。

ア～キ(略)

(2)チーム制を導入しており以下のアからカまでのいずれも実施していること。

ア～カ(略)

(3)医師が時間外、休日又は深夜の手術等を行った場合の手当等を支給しており、以下のア又はイのいずれかを実施するとともに実施内容について就業規則に記載を行い、その写しを地方厚生(支)局長に届け出ていること。また、休日等において、当該診療科に1名以上の緊急呼出し当番を担う医師を置いていること。

(中略)

ア・イ(略)

※令和6年3月31日時点で休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の届出を行っている保険医療機関については、7に係る規定は令和8年5月31日までの間に限り、なお従前の例による。

■多様な働き方を踏まえた評価の拡充

【看護補助体制充実加算に係る評価の見直し】

看護職員及び看護補助者の業務分担・協働を更に推進する観点及び身体的拘束の予防・最小化の取組を促進する観点から、**看護補助体制充実加算**について、**看護補助者の定着に向けた取組及び看護補助者の経験年数に着目した評価を新設する**。また、身体的拘束の実施に着目した評価に見直す。

現行

【急性期看護補助体制加算】

注4 看護補助体制充実加算 5点

【看護補助加算】

注4 看護補助体制充実加算 5点

[算定要件](概要)

当該基準に係る区分に従い、それぞれ1日につき所定点数に加算する。
身体的拘束を実施した日は、看護補助体制充実加算2の例により算定すること。
※身体的拘束を実施した日の取扱いは、令和7年6月1日以降より適用する。

[施設基準]

(1)看護補助体制充実加算1の施設基準

- ア 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、**5割以上配置**されていること。
- イ 看護補助体制充実加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、院内研修を年1回以上受講した者であること。ただし、看護補助者が受講する研修内容については、看護補助者が行う業務内容ごとに業務範囲、実施手順、留意事項等について示した業務マニュアルを作成し、当該マニュアルを用いた院内研修を実施していること。
- ウ 当該病棟の看護師長等は所定の研修を修了していること。当該病棟の全ての看護職員が院内研修を年1回以上受講していること。
- エ 当該保険医療機関における看護補助者の**業務に必要な能力を段階的に示し、看護補助者の育成や評価に活用していること**。

(2)看護補助体制充実加算2の施設基準

(1)のイ及びウを満たすものであること。

改定後

【急性期看護補助体制加算】

注4 イ 看護補助体制充実加算 20点
 □ 看護補助体制充実加算 5点

【看護補助加算】

注4 イ 看護補助体制充実加算 20点
 □ 看護補助体制充実加算 5点

■多様な働き方を踏まえた評価の拡充

【感染対策向上加算等における専従要件の明確化】

感染対策等の専門的な知見を有する者が、介護保険施設等からの求めに応じてその専門性に基づく助言を行えるようにする観点から、感染対策向上加算、緩和ケア診療加算、外来緩和ケア診療管理料及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算のチームの構成員の専従業務に当該助言が含まれることを明確化する。

現行

【感染対策向上加算】

[施設基準]

感染対策向上加算1

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）

介護保険施設等は次に掲げるものをいう。

イ 指定介護老人福祉施設 ロ 指定地域密着型介護老人福祉施設 ハ 介護老人保健施設 ニ 介護医療院 ホ 指定特定施設入居者生活介護事業所
 ケ 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

改定後

【感染対策向上加算】

[施設基準]

感染対策向上加算1

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及び介護保険施設等からの求めに応じ、当該介護保険施設等に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10時間以下であること。

■ 多様な働き方を踏まえた評価の拡充

【ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減の取組の推進】

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

※1 3交代制勤務又は変則3交代勤務の病棟のみが対象 ※2 夜間30・50・100対1急性期看護補助体制加算の届出が該当	看護職員夜間 配置加算 12対1加算1 16対1加算1	夜間看護体制 加算 急性期看護補助体制加算 の注加算	夜間看護体制 加算 看護補助加算の注加算	夜間看護体制 加算 障害者施設等入院基本料 の注加算	看護職員夜間 配置加算 精神科救急急性期医療入 院料、精神科救急・合併 症入院料の注加算
満たす必要がある項目数（ア又はウを含むこと）	4項目以上	3項目以上	4項目以上	4項目以上	3項目以上
ア 11時間以上の勤務間隔の確保	○	○	○	○	○
イ 正循環の交代周期の確保（※1）	○	○	○	○	○
ウ 夜勤の連続回数が2連続（2回）まで	○	○	○	○	○
エ 夜勤後の暦日の休日確保	○	○	○	○	○
オ 夜勤帯のニーズに対応した柔軟な勤務体制の工夫	○	○	○	○	○
カ 夜間を含めた各部署の業務量を把握・調整する システムの構築	○	○	○	○	○
キ 看護補助業務のうち5割以上が療養生活上の世話	○	○	○	○	○
ク 看護補助者の夜間配置（※2）	○	○	○	○	○
ケ みなし看護補助者を除いた看護補助者比率5割以上	○	○	○	○	○
コ 夜間院内保育所の設置、夜勤従事者の利用実績 ※ただし、利用者がいない日の開所は求めない	○	○	○	○	○
サ ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減 <u>（取り組むことが望ましい）</u>	○	○	○	○	○

■ 多様な働き方を踏まえた評価の拡充

【ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減の取組の推進】

【看護師等遠隔診療補助加算】

1. 看護師等遠隔診療補助加算に関する施設基準

次のいずれにも該当すること。

- (1) 「へき地保健医療対策事業について」(平成13年5月16日医政発第529号)に規定するへき地医療拠点病院又はへき地診療所の指定を受けていること。
- (2) 当該保険医療機関に、へき地における患者が看護師等といる場合の情報通信機器を用いた診療に係る研修を修了した医師を配置していること。
- (3) 別添1の第1に掲げる情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

2. 届出に関する事項

看護師等遠隔診療補助加算に関する届出は別添7の様式1の7を用いること。

■多様な働き方を踏まえた評価の拡充

【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】

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

24時間対応体制加算の見直し①

現行	改定後				
<p>【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】 【算定要件】 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションが、利用者又はその家族等に対して当該基準に規定する24時間の対応体制にある場合（指定訪問看護を受けようとする者の同意を得た場合に限る。）には、24時間対応体制加算として、月1回に限り、6,400円を所定額に加算する。ただし、当該月において、当該利用者について他の訪問看護ステーションが24時間対応体制加算を算定している場合は、算定しない。</p>	<p>【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】 【施設基準】 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションが、利用者又はその家族等に対して当該基準に規定する24時間の対応体制にある場合（指定訪問看護を受けようとする者の同意を得た場合に限る。）には、24時間対応体制加算として、次に掲げる区分に従い、月1回に限り、いずれかを所定額に加算する。ただし、当該月において、当該利用者について他の訪問看護ステーションが24時間対応体制加算を算定している場合は、算定しない。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">(新) イ 24時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組を行っている場合</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">6,800円</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">(新) ロ イ以外の場合</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">6,520円</td> </tr> </table>	(新) イ 24時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組を行っている場合	6,800円	(新) ロ イ以外の場合	6,520円
(新) イ 24時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組を行っている場合	6,800円				
(新) ロ イ以外の場合	6,520円				

（24時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組）

訪問看護管理療養費の注2のイを算定する場合、次に掲げる24時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組に関する内容のうち、ア又はイを含む2項目以上を満たしていること。

- ア 夜間対応した翌日の勤務間隔の確保
- イ 夜間対応に係る勤務の連続回数が2連続(2回)まで
- ウ 夜間対応後の暦日の休日確保
- エ 夜間勤務のニーズを踏まえた勤務体制の工夫
- オ ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減
- カ 電話等による連絡及び相談を担当する者に対する支援体制の確保

■多様な働き方を踏まえた評価の拡充

【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】

24時間対応体制加算の見直し②

24時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組(参考)

訪問看護管理療養費の注2のイを算定する場合、次に掲げる24時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組に関する内容のうち、**ア又はイを含む2項目以上を満たしていること。**

- ア 夜間対応した翌日の勤務間隔の確保
- イ 夜間対応に係る勤務の連続回数が2連続(2回)まで
- ウ 夜間対応後の暦日の休日確保
- エ 夜間勤務のニーズを踏まえた勤務体制の工夫
- オ ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減
- カ 電話等による連絡及び相談を担当する者に対する支援体制の確保

■多様な働き方を踏まえた評価の拡充

【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】

24時間対応体制加算の見直し③

24時間対応体制加算について、24時間対応に係る連絡体制の取扱いを見直す。

【24時間対応体制加算(訪問看護管理療養費)】

[届出基準通知]

機能強化型訪問看護管理療養費3の届出を行っている訪問看護ステーションにおいて、併設する保険医療機関の看護師が営業時間外の利用者又はその家族等からの電話等に対応する場合を除き、24時間対応体制に係る連絡相談を担当する者は、原則として、当該訪問看護ステーションの保健師又は看護師とし、勤務体制等を明確にすること。ただし、次のいずれにも該当し、24時間対応体制に係る連絡相談に支障がない体制を構築している場合には、24時間対応体制に係る連絡相談を担当する者について、当該訪問看護ステーションの保健師又は看護師以外の職員(以下この項において「看護師等以外の職員」とする。)でも差し支えない。

- ア 看護師等以外の職員が利用者又はその家族等からの電話等による連絡及び相談に対応する際のマニュアルが整備されていること。
- イ 緊急の訪問看護の必要性の判断を保健師又は看護師が速やかに行える連絡体制及び緊急の訪問看護が可能な体制が整備されていること。
- ウ 当該訪問看護ステーションの管理者は、連絡相談を担当する看護師等以外の職員の勤務体制及び勤務状況を明らかにすること。
- エ 看護師等以外の職員は、電話等により連絡及び相談を受けた際に保健師又は看護師へ報告すること。報告を受けた保健師又は看護師は、当該報告内容等を訪問看護記録書に記録すること。
- オ アからエについて、利用者及び家族等に説明し、同意を得ること。
- カ 指定訪問看護事業者は、連絡相談を担当する看護師等以外の職員に関して別紙様式2を用いて地方厚生(支)局長に届けること。

■多様な働き方を踏まえた評価の拡充

【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】

【疑義解釈】

【24時間対応体制加算】

Q1:24時間対応体制加算の24時間対応体制に係る連絡相談に支障がない体制を構築している場合における、電話等による連絡及び相談に対応する際のマニュアルについて、①相談内容に応じた電話対応の方法及び流れ、②利用者の体調や看護・ケアの方法など看護に関する意見を求められた場合の看護師等への連絡方法、③連絡相談に関する記録方法、看護師等以外の職員への情報共有方法等を記載することとされているが、この3点のみ記載すればよいのか。

A1:「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」(令和6年3月5日保発0305第12号)で示した①から③までは、マニュアルに最低限記載すべき事項であり、訪問看護ステーションにおいて必要な事項を適宜記載すること。

Q2:24時間対応体制加算の24時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組の「夜間対応」について、利用者又はその家族等からの訪問日時の変更に係る連絡や利用者負担額の支払いに関する問合せ等の事務的な内容の電話連絡は含まれるか。

A2:含まれない。

■医療人材及び医療資源の偏在への対応

【時間外対応加算の見直し】

ポイント

紫色の部分：条件が明確・詳細になった

【時間外対応加算】

1 通則

(1) 診療所であること。

(2) 標榜時間外において、患者からの電話等による問い合わせに応じる体制を整備するとともに、対応者、緊急時の対応体制、連絡先等について、院内掲示、連絡先を記載した文書の配布、診察券への記載等の方法により患者に対し周知していること。

2【時間外対応加算1に関する施設基準】

診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、原則として当該診療所において、当該診療所の常勤の医師、看護職員又は事務職員等により、常時対応できる体制がとられていること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤の医師、看護職員又は事務職員等により、常時対応できる体制がとられている場合には、当該基準を満たしているものとみなすことができる。また、やむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかった場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。

3【時間外対応加算2に関する施設基準】

診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、当該診療所の非常勤の医師、看護職員又は事務職員等が、常時、電話等により対応できる体制がとられていること。この場合において、必要に応じて診療録を閲覧することができる体制がとられていること。また、やむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかった場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。

■医療人材及び医療資源の偏在への対応

【時間外対応加算の見直し】

ポイント

紫色の部分：条件が明確・詳細になった

4【時間外対応加算3に関する施設基準】

(1) 診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において、当該診療所の常勤の医師、看護職員又は事務職員等により、対応できる体制がとられていること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤の医師、看護職員又は事務職員等により、標榜時間外の夜間の数時間において対応できる体制がとられている場合には、当該基準を満たしているものとみなすことができる。また、標榜時間内や標榜時間外の夜間の数時間に、やむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかった場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。

(2) 休診日、深夜及び休日等においては、留守番電話等により、地域の救急医療機関等の連絡先の案内を行うなど、対応に配慮すること。

5【時間外対応加算4に関する施設基準】

(3) 当番日以外の日、深夜及び休日等においては、留守番電話等により、当番の診療所や地域の救急医療機関等の連絡先の案内を行うなど、対応に配慮すること。

再診を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

- イ 時間外対応加算1 5点
- ロ 時間外対応加算2 4点
- ハ 時間外対応加算3 3点
- ニ 時間外対応加算4 1点

ポイント

ニ 時間外対応加算4が新設

■医療人材及び医療資源の偏在への対応 【時間外対応加算の見直し】

【疑義解釈】

【時間外対応加算】

Q1: 時間外対応加算1、2及び3において、「医師、看護職員又は事務職員等」が対応できる体制が求められているが、どのような職員が該当するのか。

A1: 医師、看護職員(看護師及び准看護師)等の医療従事者又は事務職員であって、当該診療所に勤務している者が該当する。

Q2: 時間外対応加算1において、「当該診療所において、当該診療所の常勤の医師、看護職員又は事務職員等により、常時対応できる体制がとられていること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤の医師、看護職員又は事務職員等により、常時対応できる体制がとられている場合には、当該基準を満たしているものとみなすことができる。」とあるが、具体的にどのような体制が必要か。

A2: 常時、以下のいずれかの職員が対応できる体制が必要である。① 当該診療所の常勤の医師、看護職員又は事務職員等 ② 週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤の医師、看護職員又は事務職員等

Q3: 時間外対応加算3において、「標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において、当該診療所の常勤の医師、看護職員又は事務職員等により、対応できる体制がとられていること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤の医師、看護職員又は事務職員等により、標榜時間外の夜間の数時間において対応できる体制がとられている場合には、当該基準を満たしているものとみなすことができる。」とあるが、具体的にどのような体制が必要か。

A3: 標榜時間外の夜間の数時間は、以下のいずれかの職員が対応できる体制が必要である。① 当該診療所の常勤の医師、看護職員又は事務職員等 ② 週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤の医師、看護職員又は事務職員等

Q4: 「A001」再診料の注10に規定する時間外対応加算において、患者からの電話等による問い合わせに対応する体制が求められているが、ビデオ通話による問い合わせに対してビデオ通話で対応する体制でよいか。

A4: よい。

■医療人材及び医療資源の偏在への対応 【超急性期脳卒中加算の見直し】

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

現行

〔施設基準〕

(1) 次のいずれかを満たしていること。

ア当該保険医療機関において、専ら脳卒中の診断及び治療を担当する常勤の医師(専ら脳卒中の診断及び治療を担当した経験を10年以上有するものに限る。)が1名以上配置されており、日本脳卒中学会等の関係学会が行う脳梗塞t-PA適正使用に係る講習会を受講していること。

イ次のいずれも満たしていること。

(イ)「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関であって、超急性期脳卒中加算に係る届出を行っている他の保険医療機関との連携体制が構築されていること。

(ロ)日本脳卒中学会が定める「脳卒中診療における遠隔医療(Telestroke)ガイドライン」に沿った情報通信機器を用いた診療を行う体制が整備されていること。

(ハ)日本脳卒中学会等の関係学会が行う脳梗塞t-PA適正使用に係る講習会を受講している常勤の医師が1名以上配置されていること。

(2)脳外科的処置が迅速に行える体制が整備されていること。

(3)脳卒中治療を行うにふさわしい専用の治療室を有していること。ただし、ICUやSCUと兼用であっても構わないものとする。



改定後

〔施設基準〕

(1) 次のいずれかを満たしていること。

ア当該保険医療機関において、専ら脳卒中の診断及び治療を担当する常勤の医師(専ら脳卒中の診断及び治療を担当した経験を10年以上有するものに限る。)が1名以上配置されており、日本脳卒中学会等の関係学会が行う脳梗塞t-PA適正使用に係る講習会を受講していること。

イ次のいずれも満たしていること。

(イ)「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域又は医療法第三十条の四第六項に規定する医師の数が少ないと認められる同条第二項第十四号に規定する区域に所在する保険医療機関であって、超急性期脳卒中加算に係る届出を行っている他の保険医療機関との連携体制が構築されていること。

(ロ)日本脳卒中学会が定める「脳卒中診療における遠隔医療(Telestroke)ガイドライン」に沿った情報通信機器を用いた診療を行う体制が整備されていること。

(ハ)日本脳卒中学会等の関係学会が行う脳梗塞t-PA適正使用に係る講習会を受講している常勤の医師が1名以上配置されていること。

(2)脳外科的処置が迅速に行える体制が整備されていること。ただし、(1)のイに該当する保険医療機関であって、連携する保険医療機関において脳外科的処置を迅速に行える体制が整備されている場合においては、この限りではない。

(3) (1)のアに該当する保険医療機関においては、脳卒中治療を行うにふさわしい専用の治療室を有していること。ただし、ICUやSCUと兼用であっても構わないものとする。

■医療人材及び医療資源の偏在への対応 【超急性期脳卒中加算の見直し】

【疑義解釈】

[超急性期脳卒中加算]

Q1:「A205」超急性期脳卒中加算の施設基準において、「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域又は医療法第三十条の四第六項に規定する医師の数が少ないと認められる同条第二項第十四号に規定する区域(以下「医療資源の少ない地域等」という。)に所在する保険医療機関が他の保険医療機関との連携体制が構築されていること。」とあるが、当該施設基準により届出を行った場合であって、届出後に保険医療機関の所在地が医療資源の少ない地域等に属さなくなった場合(保険医療機関の移転により所在地が変更になった場合を除く。)の取扱いについてどのように考えればよいか。

A1:届出を行った時点で、保険医療機関の所在地が医療資源の少ない地域等に属する場合には、当面の間は届出を取り下げる必要はなく、引き続き算定できる。

Q2:「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域又は医療法第三十条の四第六項に規定する医師の数が少ないと認められる同条第二項第十四号に規定する区域(以下、「医療資源の少ない地域等」という。)に所在し、他の保険医療機関との連携により超急性期脳卒中加算の届出を行う場合において、連携する他の保険医療機関は、届出を行う保険医療機関が所在する地域又は区域に所在する必要はないと考えてよいか。

A2:急性期脳卒中の診療に必要な迅速な転院搬送に支障を来さない限り、連携する他の保険医療機関は、届出を行う保険医療機関が所在する医療資源の少ない地域等に所在する必要はない。

■医療人材及び医療資源の偏在への対応

【脳梗塞の患者に対する血栓回収療法における遠隔連携の評価】

[急性期脳卒中治療における遠隔連携の評価]

医師少数区域等に所在する一次搬送施設が基幹施設との連携により脳梗塞患者について血栓回収療法の適応を判断した上で、必要に応じて転院搬送し、基幹施設で血栓回収療法が実施された場合の評価を新設する。

(新)脳血栓回収療法連携加算 5,000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、当該保険医療機関との連携体制の確保により区分番号A205-2に掲げる超急性期脳卒中加算の届出を行っている他の保険医療機関の救急患者について、経皮的脳血栓回収術の適応判定について助言を行った上で、当該他の保険医療機関から搬送された当該患者に対して、経皮的脳血栓回収術を実施した場合に、経皮的脳血栓回収術の所定点数に5,000点を所定点数に加算する。ただし、区分番号A205-2に掲げる超急性期脳卒中加算とは併せて算定できない。

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

改定後

[施設基準]

次のいずれかを満たしていること。

ア (略)

イ 次のいずれも満たしていること。

(イ) 「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域又は医療法第三十条の四第六項に規定する医師の数が少ないと認められる同条第二項第十四号に規定する区域に所在する保険医療機関であって、超急性期脳卒中加算に係る届出を行っている他の保険医療機関との連携体制が構築されていること。

(ロ)、(ハ) (略)

(二) 関係学会の定める指針に基づき、連携する超急性期脳卒中加算に係る届出を行っている他の保険医療機関との間で、脳梗塞患者に対する経皮的脳血栓回収術の適応の可否の判断における連携について協議し、手順書を整備した上で、対象となる患者について当該他の保険医療機関から助言を受けていること。

■医療人材及び医療資源の偏在への対応

【医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し】

○医療資源の少ない地域に配慮した評価を適切に推進する観点から、リハビリテーション等に関する評価を見直す。

【回復期リハビリテーション入院医療管理料の新設】

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

【地域包括ケア病棟の要件の見直し】

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

【在支診・在支病の要件の見直し】

●医療資源の少ない地域の在支診・在支病に係る24時間の往診体制の要件について、**D to P with Nを実施できる体制を整備すること**で要件を満たすこととする。

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

■医療人材及び医療資源の偏在への対応

【医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し】

[回復期リハビリテーション入院医療管理料の新設]

医療資源の少ない地域に配慮した評価を適切に推進する観点から、医療資源の少ない地域において、回復期リハビリテーション病棟に相当する機能を有する病室について、回復期リハビリテーション入院料の届出を病室単位で可能な区分を新設する。

(新) 回復期リハビリテーション入院医療管理料 1,859点 (生活療養を受ける場合は1,845点)

[主な施設基準の概要]

- (1)回復期リハビリテーションの必要性の高い患者を8割以上入院させていること。
- (2)回復期リハビリテーションを行うにつき必要な構造設備を有していること。
- (3)回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対する1日当たりリハビリテーション提供単位数が平均2単位以上であること。
- (4)当該病室を有する病棟に専任の常勤の医師が1名以上配置されていること。
- (5)看護職員が15:1以上配置されていること。また、看護補助者が30:1以上配置されていること。
- (6)当該病室を有する病棟に専従の常勤の理学療法士1名以上及び専任の常勤の作業療法士1名以上配置されていること。また常勤の理学療法士又は作業療法士の配置に代えて、理学療法士又は作業療法士を複数人配置した場合であっても当該要件を満たす。(当該理学療法士について、当該病室を有する病棟におけるリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算に係る専従者と兼務可能)
- (7)当該病室において、新規入院患者のうち3割以上が重症の患者であること。また、重症の患者の3割以上が退院時に入院時と比較して日常生活機能で3点以上又はFIM総得点で12点以上改善していること。
- (8)退院患者のうち他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合が7割以上であること。
- (9)医療資源の少ない地域に所属する医療機関であって、当該病院を中心とした半径12キロメートル以内の当該病院を含む病院が回復期リハビリテーション病棟入院料1から5を届出していないこと。
- (10)当該病室において、新規入棟患者のうち4割以上が別表第九の五に掲げる状態の患者であること。

■医療人材及び医療資源の偏在への対応

【医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し】

[地域包括ケア病棟の要件の見直し]

医療資源の少ない地域において、地域包括ケア病棟入院料2及び4の施設基準における、「**自院の一般病棟からの転棟患者の割合**」に関する要件を緩和する。 **6割5分未満**

	入院料1	管理料1	入院料2	管理料2	入院料3	管理料3	入院料4	管理料4
看護職員	13対1以上（7割以上が看護師）							
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置							
リハビリテーション実施	リハビリテーションを提供する患者については1日平均2単位以上提供していること							
救急の実施	一般病床において届け出る場合には、第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令に基づく認定された救急病院であること（ただし、200床未満の場合は救急外来を設置していること又は24時間の救急医療提供を行っていることで要件を満たす。）							
届出単位	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室
許可病床数200床未満	○		-	○	○		-	○
室面積	6.4平方メートル以上				-			
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ 10%以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ 8%以上							
自院の一般病棟から転棟した患者割合※1	-		6割5分未満 (許可病床数200床以上の場合) (満たさない場合85/100に減算)	-			6割5分未満 (許可病床数200床以上の場合) (満たさない場合85/100に減算)	-
自宅等から入棟した患者割合※1	2割以上 (管理料の場合、10床未満は3月で8人以上)		いずれか1つ以上 (満たさない場合90/100に減算) (「在宅医療等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい)	2割以上 (管理料の場合、10床未満は3月で8人以上)		いずれか1つ以上 (満たさない場合90/100に減算) (「在宅医療等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい)		
自宅等からの緊急患者の受入	3月で9人以上			3月で9人以上				
在宅医療等の実績	○(2つ以上)			○(2つ以上)				
在宅復帰率※1※2	7割2分5厘以上				7割以上(満たさない場合90/100に減算)			
入退院支援部門等	入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること 入院料及び管理料の1・2については入退院支援加算1を届け出ていること(許可病床数100床以上の場合) (満たさない場合90/100に減算)							

■医療人材及び医療資源の偏在への対応

【医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し】

〔へき地診療所等が実施するD to P with Nの推進〕

へき地医療において、患者が看護師等という場合のオンライン診療(D to P with N)が有効であることを踏まえ、へき地診療所及びへき地医療拠点病院において、適切な研修を修了した医師が、D to P with Nを実施できる体制を確保している場合の評価を、情報通信機器を用いた場合の再診料及び外来診療料に新設する。

(新)看護師等遠隔診療補助加算 50点

〔算定要件〕

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、**看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行った場合に、所定点数に加算する。**

〔施設基準〕

次のいずれにも該当すること。

- (1)「へき地保健医療対策事業について」(平成13年5月16日医政発第529号)に規定するへき地医療拠点病院又はへき地診療所の指定を受けていること。
- (2)当該保険医療機関に、へき地における患者が看護師等という場合の**情報通信機器を用いた診療に係る研修**を修了した医師を配置していること。
- (3)情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

【疑義解釈】

【看護師等遠隔診療補助加算】

Q1:看護師等遠隔診療補助加算の施設基準において、「へき地における患者が看護師等という場合の情報通信機器を用いた診療に係る研修を修了した医師を配置していること。」とされているが、「へき地における患者が看護師等という場合の情報通信機器を用いた診療に係る研修」には、具体的にどのようなものがあるか。

A1:現時点では、以下の研修が該当する。

- ・厚生労働省「オンライン診療研修・調査事業」として実施する「へき地における患者が看護師等という場合のオンライン診療に関する研修」

■医療人材及び医療資源の偏在への対応

【医療資源の少ない地域の対象地域の見直し】

[対象地域の見直し]

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

現行

【対象地域】

- 北海道帯広市、音更町、士幌町、上士幌町、鹿追町、新得町、清水町、芽室町、中札内村、更別村、大樹町、広尾町、幕別町、池田町、豊頃町、本別町、足寄町、陸別町及び浦幌町の地域
- 秋田県北秋田市及び上小阿仁村の地域
- 秋田県大仙市、仙北市及び美郷町の地域
- 秋田県湯沢市、羽後町及び東成瀬村の地域
- (新設)
- 島根県大田市及び邑智郡の地域

[経過措置]

令和6年3月31日において、現に改正前の厚生労働大臣が定める地域に存在する保険医療機関が、医療資源の少ない地域の評価に係る届出を行っている場合は、令和8年5月31日までの間、なお効力を有するものとする。

改定後

【対象地域】

- (削除)
- (削除)
- 秋田県大仙市、仙北市、美郷町、**横手市、湯沢市、羽後町及び東成瀬村の地域**
- 石川県輪島市、珠洲市、穴水町及び能登町の地域**
- (削除)

■医療 DX の推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進

【医療情報・システム基盤整備体制充実加算の見直し】

医療情報取得加算（旧：医療情報・システム基盤整備体制充実加算）

[基本的な考え方]

オンライン資格確認等システムの導入が原則義務化されたことを踏まえ、体制整備に係る評価から、診療情報・薬剤情報の取得・活用にかかる評価に変更され、**初診時・再診時に、患者の十分な情報を取得していることが算定要件**となった。

[具体的な内容]

初診時（1か月に1回に限る）※改定

医療情報取得加算 1 3点 マイナ保険証を利用しない場合

医療情報取得加算 2 1点 マイナ保険証利用時または他の医療機関から診療情報の提供を受けた場合

再診時（3ヶ月に1回に限る）※新設

医療情報取得加算 3 2点 マイナ保険証を利用しない場合

医療情報取得加算 4 1点 マイナ保険証利用時または他の医療機関から診療情報の提供を受けた場合

[施設基準]

- (1) レセプトのオンライン請求を行っていること。
- (2) **オンライン資格確認を行う体制を有していること。** 医療機関向けポータルサイトに、オンライン資格確認の運用開始日を登録すること。
- (3) **次に掲げる事項を見やすい場所に掲示していること。**
 - ア オンライン資格確認を行う体制を有していること。
 - イ 当該医療機関を受診した患者に対し、受診歴、薬剤情報、特定健診情報その他必要な診療情報を取得・活用し診療を行うこと。
- (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。**

■医療 DX の推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進

【医療情報・システム基盤整備体制充実加算の見直し】

【疑義解釈(抄)】

- ◆オンライン資格確認により患者の診療情報等の取得を試みた結果、患者の診療情報等がない場合は、医療情報取得加算2又は医療情報取得加算4を算定する。
- ◆患者が一部の情報取得に同意しない、マイナ保険証が利用できない、個人番号カードの電子証明書が失効しているなどの場合は、医療情報取得加算1又は3を適用する。
- ◆情報通信機器を用いた診療でも、居宅同意取得型のオンライン資格確認システムを活用すれば算定できる。
- ◆医療情報取得加算1又は2について、別紙様式 54 を参考とした初診時間診票は、A000初診料の算定に使える。小児科外来、リハビリ、放射線照射、小児かかりつけ、外来腫瘍化学療法の診療料でも、医療情報取得加算1又は2を算定する際には同様に問診票を使用する。
- ◆医療情報取得加算1又は2では、初診時間診票は様式 54 を参考にするが、同一の表現でなくても良い。必要な情報が含まれていれば問題なし。また、オンライン資格確認で情報を取得した場合は、初診時間診票に記載する必要はない。
- ◆医療情報取得加算1又は2では、医療機関における既存の初診時間診票に別紙様式 54 の項目が不足している場合は、不足分を別途作成して併用すること。
- ◆医療情報取得加算3及び4の算定では、他院の処方や必要な健診情報を問診で確認するとされているが、オンライン資格確認で得られた情報は省略しても差し支えない。

■医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進

【医療DX推進体制整備加算の新設】

[基本的な考え方]

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

[具体的な内容]

医療DX推進体制整備加算（初診時に月1回に限り） 8点

[施設基準]

- (1) レセプトのオンライン請求を行っていること。
- (2) オンライン資格確認を行う体制を有していること。
- (3) 医師が、電子資格確認を利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。
- (4) 電子処方箋を発行する体制を有していること。（経過措置 令和7年3月31日まで）
- (5) 電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有していること。（経過措置 令和7年9月30日まで）
- (6) マイナ保険証利用の使用について、実績を一定程度有していること。（令和6年10月1日から適用）
- (7) 医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所及びウェブサイト等に掲示していること。

■医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進

【医療DX推進体制整備加算の新設】

【疑義解釈(抄)】

- ◆オンライン資格確認システムを通じて得られた診療情報は、電子カルテなどにより医師が閲覧・活用できる必要がある。単に情報を取得できる体制のみを有している場合は該当しない。電子処方箋の機能が拡張された場合については、現時点では、令和5年1月26日に稼働した基本機能(電子処方箋の発行・応需(処方・調剤情報の登録を含む。)、処方・調剤情報の閲覧、重複投与・併用禁忌のチェック)に対応した電子処方箋を発行できる体制を有していればよい。
- ◆医療DX推進のための情報や質の高い診療に関する事項は、まとめて掲示しても差し支えない。掲示内容に関しては、指定されたURLの様式を参考にする。

掲示に関する施設基準を満たすポスターの例

https://www.mhlw.go.jp/stf/index_16745.html

- ◆マイナ保険証を促進し、質の高い医療提供に取り組んでいる保険医療機関であることを見やすい場所に掲示することとしているが、従来の保険証提示だけでなく、マイナ保険証の提示を促す案内や掲示が必要。

■医療 DX の推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進

【救急時医療情報閲覧機能の導入の推進】

[基本的な考え方]

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

[施設基準]

「**救急時医療情報閲覧機能を有していること**」が要件化(経過措置:令和7年4月1日以降に適用)

総合入院体制加算に関する施設基準

- 1 総合入院体制加算1の(5) 追加
- 2 総合入院体制加算2の(4) 追加

急性期充実体制加算に関する施設基準

- 1 急性期充実体制加算の(5) 追加

救命救急入院料に関する施設基準

- 1 救命救急入院料1の(8) 追加
- 2 救命救急入院料2 追加

■医療 DX の推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進

【救急時医療情報閲覧機能の導入の推進】

疑義解釈(抄)

- ◆「救急時医療情報閲覧機能」とは、厚生労働省「健康・医療・介護情報利活用検討会 医療等情報利活用ワーキンググループ」において検討されている、救急医療時における「**全国で医療情報を確認できる仕組み**」を指す。機能の実装可能となった時期に疑義解釈を示す予定である。
- ◆急性期充実体制加算について、令和6年度改定において、急性期体制充実加算1と急性期体制充実加算2に評価が細分化されたが、**令和6年度改定前に急性期体制充実加算の届出を行っていた保険医療機関は、令和6年6月3日までに急性期体制充実加算1または急性期体制充実加算2のいずれかの届出を行うこと。**また、令和6年3月31日に急性期充実体制加算の届出を行っている保険医療機関は、引き続き急性期体制充実加算の施設基準における経過措置の対象となる。

■医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進

【診療録管理体制加算の見直し】

[基本的な考え方]

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

[具体的な内容・施設基準]

(1) 診療録管理体制加算1 140点

- 許可病床数**200床以上**の保険医療機関については、**専任の医療情報システム安全管理責任者**を配置すること。
- 非常時に備えた医療情報システムのバックアップを複数の方式で確保し、その一部はネットワークから切り離れたオフラインで保管していること。
- 非常時を想定した医療情報システムの利用が困難な場合の対応や復旧に至るまでの対応についての**業務継続計画(BCP)**を策定し、**少なくとも年1回程度、定期的に訓練・演習を実施**すること。また、その結果を踏まえ、必要に応じて改善に向けた対応を行っていること。

(2) 診療録管理体制加算2 100点 (区分の見直し:診療録管理体制加算1→2)

- 許可病床数**200床以上**の保険医療機関については、**専任の医療情報システム安全管理責任者**を配置すること。

(3) 診療録管理体制加算3 30点 (区分の見直し:診療録管理体制加算2→3 新設)

■医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進 【診療録管理体制加算の見直し】

【疑義解釈(抄)】

- ◆「非常時に備えた医療情報システム」とは、電子カルテシステム、オーダーリングシステム、レセプト電算処理システムなど、診療が継続できる最低限必要なシステムを指す。
- ◆「バックアップを複数の方式で確保」は、例えばHDDとRDX、クラウドサービスとNASなど複数の媒体でバックアップを保存することを指す。
- ◆クラウドサービスを利用したバックアップの考え方については、以下の考え方に基づき、対応すること。
- ◆クラウドサービスからデータを専用アプリを用いて抽出し、別の媒体で保管する場合、世代管理も十分に行う必要がある。
 - ① クラウドサービスから外部の記録媒体に自動でデータが転送され、常時ネットワークから切り離された状態でバックアップが行われている場合、要件を満たしている。
 - ② クラウドサービスから論理的に切り離された領域にオフサイトバックアップが取られ、災害時に速やかなデータ復旧が可能な場合、要件を満たしている。ネットワークから切り離したオフライン保管に関しては、契約書等で確認する。
- ◆単にバックアップを取るだけでなく、媒体がネットワークから常時切り離されたオフラインでのバックアップがされていない場合(データ転送の際を除く。)や、ネットワークと完全に切り離されている状態であることが確認することができない状態である場合は要件を満たさない。
- ◆日次、週次、月次のバックアップについては、病院の規模やバックアップの方式に応じて適切な対策を講じることが求められます。

■医療 DX の推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進

【診療報酬における書面要件の見直し】

診療報酬における書面要件及び書面掲示のデジタル化について

[基本的な考え方]

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

[具体的な内容]

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

別添1 医科診療報酬点数表に関する事項〈通則〉の9（新設）

第1 基本診療料の施設基準等の7 診療等に要する書面等 追加

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

別添1の2 〈通則〉 追加

■医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進

【書面揭示事項のウェブサイトへの掲載】

[基本的な考え方]

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

[具体的な内容]

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

※ 自ら管理するウェブサイトを有しない保険医療機関等は対象外。

※ 令和7年5月31日までの間の経過措置を設ける。

■生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組

【地域包括医療病棟入院料の新設】

〔背景〕

- 高齢者の人口増加に伴い、**高齢者の救急搬送者数が増加**し、中でも**軽症・中等症**が増加している。
- 急性期病棟に入院した高齢者の一部は、**急性期の治療を受けている間に離床が進まず、ADLが低下し、急性期から回復期に転院**することになり、在宅復帰が遅くなるケースがあることが報告されている。
- 高齢者の入院患者においては、医療資源投入量の少ない傾向にある誤嚥性肺炎や尿路感染といった疾患が多い。
(高度急性期を担う病院とは医療資源投入量が**ミスマッチとなる可能性**)
- 誤嚥性肺炎患者に対し**早期にリハビリテーション**を実施することは、**死亡率の低下とADLの改善**につながることを示されている
- 入院時、高齢患者の一定割合が**低栄養リスク状態又は低栄養**である。また、**高齢入院患者の栄養状態不良と生命予後不良は関連**がみられる。

地域包括医療病棟における医療サービスのイメージ

救急患者を受け入れる体制を整備

早期の在宅復帰

退院に向けた支援 適切な意思決定支援

早期の退院に向け、リハビリ、栄養管理 等を提供

一定の医療資源を投入し、急性期を速やかに離脱

10対1の看護配置に加えて、療法士、管理栄養士、看護補助者(介護福祉士含む)による高齢者医療に必要な多職種配置

包括的に提供

■生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組

【地域包括医療病棟入院料の新設】

【具体的な内容】

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

（新）地域包括医療病棟入院料（1日につき）3,050点

【算定要件】

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、所定点数を算定する。ただし、90日を超えて入院するものについては、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の地域一般入院料3の例により、算定する。

【施設基準】（抜粋）

- (1) 病院の一般病棟を単位として行うものであること。
- (2) 当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が10又はその端数を増すごとに1以上であること。
ただし、当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、2以上であることとする。
- (3) 当該病棟において、看護職員の最小必要数の7割以上が看護師であること。
- (4) 当該病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が2名以上配置されていること。
- (5) 当該病棟に専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。
- (6) 入院早期からのリハビリテーションを行うにつき必要な構造設備を有していること。
- (7) 当該病棟に入院中の患者に対して、ADL等の維持、向上及び栄養管理等に資する必要な体制が整備されていること。

■生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組

【地域包括医療病棟入院料の新設】

[施設基準]

(8) 次のいずれかに該当すること。

イ 当該病棟において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰに係る評価票を用いて測定し、その結果、別表1の基準を満たす患者の割合が別表2のとおりであること。

ロ 診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、当該病棟において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱに係る評価票を用いて測定し、その結果、別表1の基準を満たす患者の割合が別表2のとおりであること。

(9) 当該病棟の入院患者の平均在院日数が21日以内であること。

(10) 当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が8割以上であること。

(11) 当該病棟において、入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が5分未満であること。

(12) 当該病棟において、入院患者に占める、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者又は他の保険医療機関で救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者の割合が1割5分以上であること。

(13) 地域で急性疾患等の患者に包括的な入院医療及び救急医療を行うにつき必要な体制を整備していること。

(14) データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

(15) 特定機能病院以外の病院であること。

(16) 急性期充実体制加算の届出を行っていない保険医療機関であること。

(17) 専門病院入院基本料の届出を行っていない保険医療機関であること。

(18) 脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

(19) 入退院支援加算1に係る届出を行っている保険医療機関であること。

(20) 夜間看護体制特定日減算に係る厚生労働大臣が定める保険医療機関許可病床数が100床未満のものであること。

(21) 夜間看護体制特定日減算に係る厚生労働大臣が定める日 次のいずれにも該当する各病棟において、夜間の救急外来を受診した患者に対応するため、当該各病棟のいずれか1病棟において夜勤を行う看護職員の数、一時的に2未満となった日 イ看護職員の数が一時的に2未満となった時間帯において、患者の看護に支障がないと認められること。ロ看護職員の数が一時的に2未満となった時間帯において、看護職員及び看護補助者の数が、看護職員1を含む2以上であること。ただし、入院患者数が30人以下の場合にあっては、看護職員の数1以上であること。

別表1

基準①：当該病棟に入院している患者について、右記のいずれかに該当すること。	A得点が2点以上かつB得点が3点以上
	A得点が3点以上
	C得点が1点以上
基準②：新たに入棟した患者について、右記に該当すること。	入棟初日のB得点が3点以上

別表2

	イの場合	ロの場合
基準①の割合	1割6分以上	1割5以上
基準②の割合	5割以上	

■生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組

【地域包括医療病棟入院料の新設】

【疑義解釈】

- Q1 「A304」地域包括医療病棟入院料について、「入院患者のADL等の維持、向上等に係るカンファレンスが定期的開催されており、医師、看護師、当該病棟に専従の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士(以下この項において「専従の理学療法士等」という。)、当該病棟に専任の管理栄養士及び必要に応じてその他の職種が参加していること。当該病棟におけるカンファレンスの内容を記録していること。」とあるが、地域包括医療病棟入院料を算定する全ての患者についてカンファレンスを行い、診療録にカンファレンスの内容を記録する必要があるか。
- A1 当該病棟において、ADL等の維持、向上等に係るカンファレンスが定期的開催されていればよく、全ての患者について個別にカンファレンスを実施し、診療録に記録されている必要はない。
- Q2 地域包括医療病棟入院料の施設基準において、「入院早期からのリハビリテーションを行うにつき必要な構造設備を有していること。」とあるが、当該病棟内にリハビリテーションを行う専用の設備は必要か。
- A2 不要。
- Q3 地域包括医療病棟入院料について、「常時、必要な検査、CT撮影、MRI撮影を含む救急患者への対応を実施出来る体制を有していること。」とあるが、MRI撮影等は、オンコールを行っている職員により対応する体制でもよいか。
- A3 救急患者への対応を実施出来る体制であれば、オンコールを行っている職員により対応する体制でも差し支えない。
- Q4 地域包括医療病棟入院料の施設基準において、「直近1年間に、当該病棟を退院又は転棟した患者(死亡退院及び終末期のがん患者を除く。)のうち、退院又は転棟時におけるADL(基本的日常生活活動度(Barthel Index)(以下「BI」という。))の合計点数をいう。)が入院時と比較して低下した患者の割合が5%未満であること。」とされているが、入退棟時のBIの測定をする者についてどのように考えればよいか。
- A4 BIの測定に関わる職員を対象としたBIの測定に関する研修会を修了した職員が評価することが望ましい。
- Q5 「A304」地域包括医療病棟の施設基準において、「常時、必要な検査、CT撮影、MRI撮影を含む救急患者への対応を実施出来る体制を有していること」とあるが、MRI撮影等の体制について、他の保険医療機関と連携し、必要な救急患者等に対して速やかにMRI撮影等を行うことができる体制でも差し支えないか。
- A5 差し支えない。

■生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組

【協力対象施設入居者入院加算の新設】

[基本的な考え方]

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、「介護保険施設等」という。)の入所者の病状急変時における適切な対応及び施設内における生活の継続支援を推進する観点から、介護保険施設等の入所者の病状の急変時に当該介護保険施設等に協力医療機関として定められている保険医療機関であって、**当該介護保険施設等と平時からの連携体制を構築している保険医療機関の医師が診察を実施した上で、入院の必要性を判断し、入院をさせた場合**の評価を新設する。

(新) 協力対象施設入所者入院加算(入院初日)

1 往診が行われた場合	600点
2 1以外の場合	200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、介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム(以下この区分番号において「介護保険施設等」という。)であって当該保険医療機関を協力医療機関として定めているものに入所している患者の病状の急変等に伴い、当該介護保険施設等の従事者等の求めに応じて当該保険医療機関又は当該保険医療機関以外の協力医療機関の医師が診療を行い、当該保険医療機関に入院させた場合に、協力対象施設入所者入院加算として、入院初日に限り所定点数に加算する。

■生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組

【協力対象施設入居者入院加算の新設】

[施設基準]

(1) 次のいずれにも該当するものであること。

イ 介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム(以下この項において、「介護保険施設等」という。)から協力医療機関として定められている保険医療機関であること。

ロ 当該保険医療機関において、緊急時に当該介護保険施設等に入所している患者が入院できる病床を常に確保していること。

ハ 次のいずれかに該当すること。

① 在宅療養支援病院又は在宅療養支援診療所であること。

② 在宅療養後方支援病院であること。

③ 地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟又は病室を有する保険医療機関であること。

(2) 当該介護保険施設等と平時からの連携体制を構築していること

(3) (2)に規定する連携体制を構築していることについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

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

[施設基準] 令和7年5月31日までの間に限り、(4)に該当するものとみなす。

[医療機関と介護保険施設等の連携の推進]

医療機関と介護保険施設等の適切な連携を推進する観点から、**在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、在宅療養支援診療所及び地域包括ケア病棟を有する病院**において、**介護保険施設等の求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましいこと**を施設基準とする。

■生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組

【協力対象施設入居者入院加算の新設】

[医療と介護の連携の推進(イメージ)]

これまでの新型コロナウイルス感染症への対応における取組も踏まえ、在宅医療を担う地域の医療機関と介護保険施設等において、実効性のある連携の構築を促進する観点から、介護保険施設等と医療機関の連携に関する要件及び評価等を見直す。また、かかりつけ医と介護支援専門員との連携を強化する観点から、当該連携に関する評価を見直す。

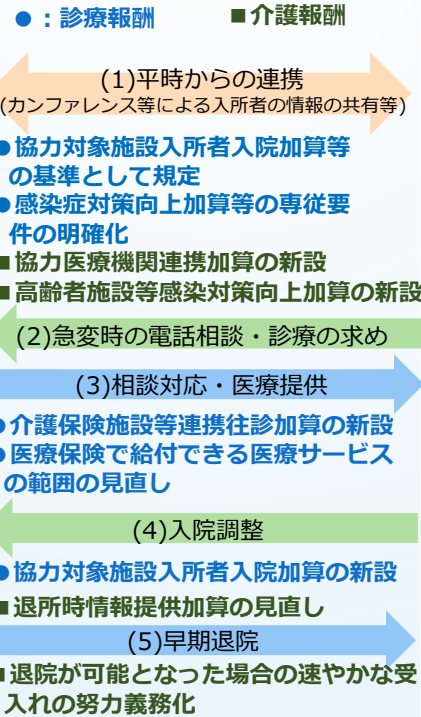
介護保険施設等と連携する医療機関

介護保険施設等との連携の推進

- ・介護保険施設等の求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましいことを要件化
在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、在宅療養支援診療所及び地域包括ケア病棟を有する病院において、要件化
- ・感染症対策向上加算等の専従要件の明確化
介護保険施設等からの求めに応じて行う専門性に基づく助言が感染対策向上加算等のチームの構成員の専従業務に含まれることを明確化する
- ・介護保険施設等連携往診加算の新設
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の評価
- ・介護保険施設等における医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し
高度な薬学的管理を必要とする薬剤を処方した場合の「F400 処方箋料」を医療保険からの給付とする等の見直し
- ・協力対象施設入所者入院加算の新設
介護保険施設等の入所者の病状の急変時に、介護保険施設等と平時からの連携体制を構築している保険医療機関の医師が診察した上で、入院の必要性を判断し、入院をさせた場合の評価

地域包括診療料等を算定する医療機関

- ・地域包括診療料等の算定要件の見直し
地域包括診療料等の算定要件に介護支援専門員との相談に応じること等を追加する。また、担当医がサービス担当者会議又は地域ケア会議への参加実績又は介護支援専門員との相談の機会を確保していることを施設基準に追加



介護報酬上の対応

協力医療機関等との連携の強化

- ・診療や入院受入れ等を行う体制を確保した協力医療機関を定めることの義務化
以下の要件を満たす協力医療機関を定めることを義務化
 - ① 入所者の病状が急変した場合等に相談対応を行う体制を常時確保
 - ② 診療の求めがあった場合の診療を行う体制を常時確保
 - ③ 入院を要する入所者の入院を原則受け入れる体制の確保
 ※協力医療機関との間で1年に1回以上入所者の病状の急変が生じた場合の対応方針について確認
- ・協力医療機関連携加算の新設
介護保険施設等において、定期的な会議の実施による協力医療機関との連携体制の構築を評価
- ・高齢者施設等感染対策向上加算の新設
感染対策向上加算を算定する医療機関等が行う研修に参加すること等や実地指導を受けることを評価
- ・退所時情報提供加算の新設
入所者が医療機関へ退所した場合に医療機関に対し、生活支援上の留意点等の情報を提供することを評価
- ・早期退院の受入れの努力義務化
退院が可能となった場合の速やかな受入れについて努力義務化

居宅介護支援事業所

- ・入院時情報連携加算の見直し
入院当日に病院等の職員に対して利用者の情報を提供した場合について評価を充実
- ・通院時情報連携加算の見直し
算定対象に歯科医師を追加

■生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組

【協力対象施設入居者入院加算の新設】

【疑義解釈】

Q1:「A253」協力対象施設入所者入院加算及び「C000」往診料の「注10」に規定する介護保険施設等連携往診加算における「介護保険施設等」について、「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準」(平成十八年厚生労働省令第三十四号)第百三十条第一項に規定する指定地域密着型介護老人福祉施設は含まれるか。

A1:含まれる。

Q2:協力対象施設入所者入院加算及び往診料の「注10」に規定する介護保険施設等連携往診加算の施設基準において、当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るためにカンファレンスを実施することとされているが、当該カンファレンスにはどのような職種が参加すればよいか。

A2:医師又は看護職員等の医療関係職種が参加すること。

Q3:Q2のカンファレンスについて、協力医療機関として定められている全ての介護保険施設等とカンファレンスを実施していない場合においても算定可能か。

A3:算定可能。ただし、Q2に掲げる点数は、定期的なカンファレンスを実施している介護保険施設等に入所している患者に対してのみ算定できる。

Q4:Q2のカンファレンスについて、協力対象施設入所者入院加算及び往診料の「注9」に規定する介護保険施設等連携往診加算の両方の届出を行う場合、同一の介護保険施設等において、施設基準ごとにそれぞれカンファレンス1回以上を行う必要があるか。

A4:協力対象施設入所者入院加算及び往診料の「注9」に規定する介護保険施設等連携往診加算のカンファレンスは兼ねることは差し支えない。ただし、両方の施設基準におけるカンファレンスと兼ねた場合には、その旨を記録に残すこと。

Q5:協力対象施設入所者入院加算及び往診料の「注9」に規定する介護保険施設等連携往診加算の施設基準において、「ICTを活用して当該診療情報及び急変時の対応方針等を常に確認可能な体制を有していること。」とされているが、具体的にどのような場合が該当するか。

A5:例えば、都道府県が構築する地域医療介護総合確保基金の「ICTを活用した地域医療ネットワーク基盤の整備」事業を活用した、地域医療情報連携ネットワーク(以下「地連NW」という。)に参加し、当該介護保険施設等に所属する医師等が記録した当該介護保険施設等の入所者の診療情報及び急変時 対応方針等の情報について当該地連NWにアクセスして確認可能な場合が該当する。

この場合、当該介護保険施設等に所属する医師等が、介護保険施設等の入所者の診療情報及び急変時の対応方針等についてそれぞれの患者について1ヶ月に1回以上記録すること。なお、入所者の状況等に変化がない場合は記録を省略しても差し支えないが、その旨を文書等により介護保険施設から協力医療機関に、少なくとも月1回の頻度で提供すること。

■生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組

【協力対象施設入居者入院加算の新設】

【疑義解釈】

- Q6: 協力対象施設入所者入院加算及び往診料の「注9」に規定する介護保険施設等連携往診加算の施設基準における「年3回以上の頻度でカンファレンスを実施していること。」について、ICTで診療情報等の共有がなされている場合、当該カンファレンスの内容は、具体的にはどのようなものであればよいか。
- A6: 具体的な定めはないが、例えば、以下のような内容を含んでいること。
- ・ 病状の変化のあった入所者の最新の病状等の診療状況、治療方針、患者の基本的な日常生活能力、認知機能、家庭の状況及び急変時の対応方針（以下「診療情報等」いう。）
 - ・ 新規入所者の診療情報等
 - ・ 前回のカンファレンス時以降、入院退所となった入所者で当該協力医療機関に入院しなかった患者の入院先、入院理由等
 - ・ 介護保険施設等が協力医療機関に求める事項
- Q7: Q2のカンファレンスについて、協力医療機関に勤務している医師であって、特別養護老人ホームの配置医師が当該カンファレンスに参加する場合の取扱いについて、どのように考えればよいか。
- A7: 当該配置医師について、協力医療機関の職員とカンファレンスを行った場合は、特別養護老人ホームの職員として扱い、特別養護老人ホームの職員とカンファレンスを行った場合は、協力医療機関の職員として扱ってもよい。なお、協力医療機関の職員として扱った場合においては、当該カンファレンスで共有された診療情報等については、当該配置医師以外の協力医療機関に所属する職員に十分に共有を行うこと。
- Q8: 往診料の「注9」に規定する介護保険施設等連携往診加算の施設基準において、「24時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定するとともに、当該担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に介護保険施設等の管理者等に対して説明の上、提供していること。」及び「当該介護保険施設等の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により当該介護保険施設等に提供していること。」とされているが、連絡を受ける担当者及び往診担当医について、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院の施設基準で規定されている連絡を受ける担当者及び往診担当医と兼任することは可能か。

A8: 可能。

■生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組

【医療機関と介護保険施設の連携の推進】

[基本的な考え方]

医療機関と介護保険施設等の適切な連携を推進する観点から、在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、在宅療養支援診療所及び地域包括ケア病棟において、**介護保険施設等の求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましいことを施設基準とする。**

[施設基準]※抜粋

【在宅療養支援病院】

(1) 次のいずれの基準にも該当するものであること。

イ～ワ (略)

カ 介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム(以下この項において、「介護保険施設等」という。)との協力が可能な体制をとっていること。

1 在宅療養支援病院の施設基準次の(1)から(3)までのいずれかに該当するものを在宅療養支援病院という。

(中略)

(1) 病院であって、当該病院単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。

ア～タ (略)

チ 地域において、介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム(以下この項において、「介護保険施設等」という。)から協力医療機関となることを求められた場合、その求めに応じて当該介護保険施設の協力医療機関として定められることが望ましい。

※ 機能強化型のうち連携型の在宅療養支援病院、機能強化型以外の在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、在宅療養支援診療所及び地域包括ケア病棟についても同様。

■生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組

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

[基本的な考え方]

医療と介護の両方を必要とする状態の患者が可能な限り施設での生活を継続するために、障害者支援施設における医療保険で給付できる医療サービスの範囲を見直す。

【新たに医療保険で算定可能となる医療サービス】

- ・障害者支援施設に入所している末期の悪性腫瘍の患者に対する「C001 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)」、「C001-2 在宅患者訪問診療料(Ⅱ)」、「C001-2 施設入居時等医学総合管理料」、「C003 在宅がん医療総合診療料」。

現行

【障害者支援施設における訪問診療等にかかる費用】
障害福祉サービス等報酬で評価

改正後

【障害者支援施設における訪問診療にかかる費用】
障害福祉サービス等報酬で評価※
※ 生活介護を行う施設に限り、当該患者が末期の悪性腫瘍の場合、「C001 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)」、「C001-2在宅患者訪問診療料(Ⅱ)」、「C001-2 施設入居時等医学総合管理料」、「C003 在宅がん医療総合診療料」を算定することができる。

■生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組

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

【疑義解釈】

【在宅患者訪問診療料】

Q1:「C001」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の注12に規定する別に厚生労働大臣が定める基準に掲げる「末期心不全の患者」及び「呼吸器疾患の終末期の患者」について、具体的にどのような患者のことをいうか。

A1:それぞれ以下のとおり。

○ 末期心不全の患者は、以下の①及び②の基準並びに③又は④のいずれかの基準に該当するもの

- ① 心不全に対して適切な治療が実施されていること。
- ② 器質的な心機能障害により、適切な治療にかかわらず、慢性的にNYHA重症度分類Ⅳ度の症状に該当し、頻回又は持続的に点滴薬物療法を必要とする状態であること。
- ③ 左室駆出率が20%以下であること。
- ④ 医学的に終末期であると判断される状態であること。

○ 呼吸器疾患の終末期の患者は、以下の①、②及び③のすべての基準に該当するもの

- ① 呼吸器疾患に対して適切な治療が実施されていること。
- ② 在宅酸素療法やNPPV(非侵襲的陽圧換気)を継続的に実施していること。
- ③ 過去半年以内に10%以上の体重減少を認めること。

Q2:在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の注12において、直近3月の訪問診療を行っている患者(一部の患者を除く。)1人あたりの平均の訪問診療回数(以下「平均訪問診療回数」という。)が一定以上の場合の取扱いが示されているが、当該実績の計算はどのように行えばよいか。また、平均訪問診療回数が一定以上であった場合の取扱い如何。

A2:訪問診療の実績については、各月の1日時点の直近3ヶ月の訪問診療の算定回数を算出し、確認出来る様に記録しておくこと。

また、平均訪問診療回数が一定以上であることを確認した場合は、同一患者について当該月の4回目までの訪問診療については100分の100の点数を算定するが、5回目以降の訪問診療については、当該月の間は100分の50に相当する点数により算定する。

Q3:在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院の施設基準において、「各年度5月から7月の訪問診療を実施した回数が2,100回を超える病院にあっては、次年の1月までに在宅データ提出加算に係る届出を行うこと。」とあるが、ここでいう「訪問診療を実施した回数」とは以下の場合の算定回数の合計を指すのか。①「C001」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)(同一の患家において2人以上の患者を診療している場合であって、2人目以降の患者について「A000」初診料又は「A001」再診料を算定している場合を含む。)②「C001-2」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)③「C003」在宅がん医療総合診療料(ただし、訪問診療を行った場合に限る。)

A3:そのとおり。

■生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組

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

【疑義解釈】

【在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料】

Q1:「C002」在宅時医学総合管理料の注5に規定する頻回訪問加算について、過去に当該加算を算定していた患者であって、病状が安定したこと等により当該加算を算定しなくなったものについて、再び病状が悪化した等の理由で頻回の訪問が必要となった場合、アの「初回の場合」とイの「2回目以降の場合」のどちらの点数を算定すれば良いか。

A1:イの「2回目以降の場合」を算定すること。ただし、過去に頻回の訪問を必要としていた疾患と異なる疾患により、頻回の訪問が必要となる場合については、初回に限りアの「初回の場合」を算定して差し支えない。

Q2: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。以下同じ。)の施設基準において、「直近3月間の当該保険医療機関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日以前に開設されたものを除く。)の訪問診療回数の合算が2,100回未満であること。」とされているが、基準を満たすことの確認方法及び基準を満たさない場合の取扱いについて、どのように考えれば良いか。

A2:訪問診療回数については、各月の1日時点の直近3ヶ月の訪問診療の算定回数を算出し、確認出来る様に記録しておくこと。また、当該基準を満たさない場合は、速やかに届出を行い、翌月から「C002」在宅時医学総合管理料注14に掲げる点数を算定すること。

Q3:「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。)に規定する基準施設における「要介護3以上又は「特掲診療料の施設基準等」別表第八の二に掲げる別に厚生労働大臣が定める状態の患者等」の「等」にはどのような患者が含まれるか。

A3:認知症高齢者の日常生活自立度におけるランクⅢ以上と診断した状態の患者及び障害者総合支援法における障害支援区分において障害支援区分2以上と認定されている状態の患者が該当する。

■生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組

【リハビリテーションに係る医療・介護情報連携の推進の見直し】

○リハビリテーションに係る医療・介護情報連携の推進の見直し [基本的な考え方]

医療機関と介護保険の訪問・通所リハビリテーション事業所のリハビリテーションに係る連携を更に推進する観点から、介護保険の通所リハビリテーションなどへ移行する場合に、移行先の事業所等にリハビリテーション実施計画書を提供することとする。

[具体的な内容]

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

■生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組

【リハビリテーションに係る医療・介護情報連携の推進の見直し】

改正後

【心大血管疾患リハビリテーション料】〔算定要件〕（概要）

- ・心大血管疾患リハビリテーションを実施した患者であって、転医や転院に伴い他の保険医療機関でリハビリテーションが継続される予定であるものについて、当該患者の同意が得られた場合、3月以内に作成したリハビリテーション実施計画書等を当該他の保険医療機関に対して、文書により提供すること。なお、この場合において、当該患者が、直近3月以内に目標設定等支援・管理料を算定している場合には、目標設定等支援・管理シートも併せて提供すること。

【脳血管疾患等リハビリテーション料】〔算定要件〕（概要）

- ・要介護認定を申請中の者又は要介護被保険者等であって、介護保険によるリハビリテーションへの移行を予定しているものについて、当該患者の同意が得られた場合に、利用を予定している指定通所リハビリテーション事業所等に対して、3月以内に作成したリハビリテーション実施計画書等を文書により提供すること。利用を予定している指定通所リハビリテーション事業所等とは、当該患者、患者の家族等又は当該患者のケアマネジメントを担当する介護支援専門員を通じ、当該患者の利用の意向が確認できた指定通所リハビリテーション事業所等をいう。なお、この場合において、当該患者が、直近3月以内に目標設定等支援・管理料を算定している場合には、目標設定等支援・管理シートも併せて提供すること。
- ・脳血管疾患等リハビリテーションを実施した患者であって、転医や転院に伴い他の保険医療機関でリハビリテーションが継続される予定であるものについて、当該患者の同意が得られた場合、当該他の保険医療機関に対して、3月以内に作成したリハビリテーション実施計画書等を文書により提供すること。なお、この場合において、当該患者が、直近3月以内に目標設定等支援・管理料を算定している場合には、目標設定等支援・管理シートも併せて提供すること。

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

■生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組 【リハビリテーションに係る医療・介護情報連携の推進の見直し】

○退院時の情報連携を促進し、退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを実施する観点から、以下の見直しを行う。

・リハビリテーションに係る情報連携の推進

・退院前カンファレンスへの通所リハ事業所等の医師等の参加の推進

診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬の共通対応

医療保険・介護保険のリハビリテーションと障害福祉サービスである自立訓練（機能訓練）との連携を強化する観点から、自立訓練（機能訓練）について、病院及び診療所並びに通所リハビリテーション事業所において、共生型サービス又は基準該当サービスの提供を可能とする。医療保険の疾患別リハビリテーション又は介護保険の通所リハビリテーションと障害福祉サービスの自立訓練（機能訓練）を同時に実施する場合の施設基準等を緩和する。

■生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組 【リハビリテーションに係る医療・介護情報連携の推進の見直し】

診療報酬上の対応

○保険医療機関において、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料若しくは運動器リハビリテーション料を算定する患者が、介護保険の通所リハビリテーション事業所等によるサービス利用へ移行する場合、移行先の事業所に対しリハビリテーション実施計画書等を提供することとする。

○退院時のリハビリテーションに係る医療機関と介護保険の訪問・通所リハビリテーション事業所との連携により、退院後早期に継続的で質の高いリハビリテーションを推進する観点から、退院時共同指導料2の参加職種について、介護保険によるリハビリテーションを提供する事業所の医師、理学療法士等の参加を求めることが望ましいこととする。

介護報酬上の対応

○訪問・通所リハビリテーションにおいて、医師等の従業者が、入院中にリハビリテーションを受けていた利用者に対し退院後のリハビリテーションを提供する際に、リハビリテーション計画を作成するに当たっては、入院中に医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書等を入手し、内容を把握することを義務付ける。

○退院時の情報連携を促進し、退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを実施する観点から、医療機関からの退院後に介護保険のリハビリテーションを行う際、リハビリテーション事業所の理学療法士等が、医療機関の退院前カンファレンスに参加し、共同指導を行ったことを評価する退院時共同指導加算(600単位/回)を設ける。

■生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組

【リハビリテーションに係る医療・介護情報連携の推進の見直し】

【疑義解釈】

【疾患別リハビリテーション料】

Q1:「H000」心大血管疾患リハビリテーション料、「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料、「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料、「H002」運動器リハビリテーション料又は「H003」呼吸器リハビリテーション料(以下「疾患別リハビリテーション料」という。)において、「要介護認定を申請中の者又は介護保険法第62条に規定する要介護被保険者等であって、介護保険によるリハビリテーションへの移行を予定しているものについて、当該患者の同意が得られた場合に、利用を予定している指定通所リハビリテーション事業所等に対して、3月以内に作成したリハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画書等を文書により提供すること。」とされているが、リハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画書以外にどのような文書が該当するのか。

A1:別紙様式21の6に示すリハビリテーション実施計画書の内容のうち、以下のものが含まれている文書が該当する。

- | | | |
|---------------------|---------------------------|-------------------|
| ・本人家族等の希望 | ・健康状態、経過 | ・心身機能・構造 |
| ・活動 | ・リハビリテーションの短期目標 | ・リハビリテーションの長期目標 |
| ・リハビリテーションの方針 | ・本人・家族への生活指導の内容(自主トレ指導含む) | ・リハビリテーション実施上の留意点 |
| ・リハビリテーションの見直し・継続理由 | ・リハビリテーションの終了目安 | |

Q2:Q1における「利用を予定している指定通所リハビリテーション事業所等」とは、「当該患者、患者の家族等又は当該患者のケアマネジメントを担当する居宅介護支援専門員を通じ、当該患者の利用の意向が確認できた指定通所リハビリテーション事業所等をいう。」とされているが、当該患者、患者の家族等又は当該患者のケアマネジメントを担当する居宅介護支援専門員を通じ、指定通所リハビリテーション事業所等の利用を確認できなかった場合、リハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画書等の提供は不要か。

A2:そのとおり。

■生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組

【退院時におけるリハビリテーションに係る医療・介護連携の推進】

[基本的な考え方]

○退院時におけるリハビリテーションに係る医療・介護連携の推進

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

[具体的な内容]

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

改正後

【退院時共同指導料2】

[算定要件]

(7) 退院時共同指導料2の「注1」は、退院後の在宅での療養上 必要な説明及び指導を、当該患者が入院している保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と在宅療養担当医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が共同して行った場合に算定する。**なお、退院後に介護保険によるリハビリテーション（介護保険法に規定する訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーション又は介護予防通所リハビリテーションをいう。）を利用予定の場合、在宅での療養上必要な説明及び指導について、当該患者が入院している医療機関の保険医等が、介護保険によるリハビリテーションを提供する事業所の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の参加を求めることが望ましい。**

■生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組

【就労支援に係る医療機関と障害福祉サービスの連携の推進】

[基本的な考え方]

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

[具体的な内容]

精神障害の特性を踏まえ医療機関と障害福祉サービスとの連携を推進する観点から、**診療情報提供料(Ⅰ)の注4に規定する情報提供先に、就労選択支援事業所**を追加する。

(※)「就労選択支援」について規定する、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律等の一部を改正する法律は、令和7年10月1日施行予定。

改正後

【診療情報提供料(1)】※抜粋

[算定要件]

(14)「注4」については、精神障害者である患者であって、・・・診療の結果に基づき、患者の同意を得て、当該患者が入所しているこれらの施設に対して文書で診療情報を提供した場合に算定する。

ア～ウ (略)

エ 障害者総合支援法第5条第13項 に規定する就労選択支援を行う 事業所 ←追加された項目内容

オ (略)

カ (略)

キ (略)

■生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組

【入退院支援加算1・2の見直しについて】

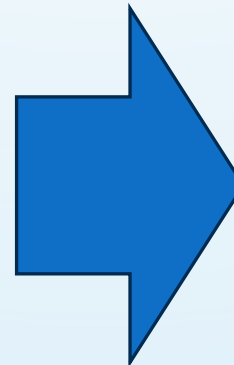
[基本的な考え方]

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

[具体的な内容]

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

現行		
【入退院支援加算】		
注7	入院時支援加算1	230点
	入院時支援加算2	200点



改正後		
【入退院支援加算】		
注7	入院時支援加算1	240点
	入院時支援加算2	200点

■生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組

【入退院支援加算1・2の見直しについて】

[入退院支援加算1の施設基準で求める連携機関数について]

入退院支援における関係機関との連携強化の観点から、入退院支援加算1の施設基準で求める連携機関数について、急性期病棟を有する医療機関では病院・診療所との連携を、地域包括ケア病棟を有する医療機関では介護サービス事業所及び障害福祉サービス事業所等との連携を一定程度求める。

現行

【入退院支援加算1】

[施設基準]

(4) 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する連携機関の数が25以上 であること。



改正後

【入退院支援加算1】

[施設基準]

(4) 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する連携機関の数が25以上であること。なお、急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟の場合に限る。)又は専門病院入院基本料(13対1入院基本料を除く。)を算定する病棟を有する場合は当該連携機関の数のうち1以上は保険医療機関であること。また、地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟又は病室を有する場合は当該連携機関の数のうち5以上は介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者であること。

[生活に配慮した支援の強化]

退院支援計画の内容に、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理等を含む、退院に向けて入院中に必要な療養支援の内容並びに栄養サポートチーム等の多職種チームとの役割分担を盛り込むことを明記する。

■生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組

【在宅療養指導料の見直し】

[基本的な考え方]

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

[具体的な内容]

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

改正後

【在宅療養指導料】※抜粋

[算定要件]

注1 第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者、器具を装着しておりその管理に配慮を必要とする患者 **又は退院後1月以内の慢性心不全の患者** に対して、医師の指示に基づき保健師、助産師又は看護師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に、患者1人につき月1回(初回の指導を行った月にあつては、月2回)に限り算定する。

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

■生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組

【認知症ケア加算の見直し】

[基本的な考え方]

認知症患者に対する身体的拘束の最小化の取組を推進する観点から、認知症ケア加算について評価を見直すとともに、認知症患者に対するアセスメントにおいてせん妄の識別も必要であることを踏まえ、認知症ケア加算の要件及び評価並びにせん妄ハイリスク患者ケア加算の要件を見直す。

[具体的な内容]

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

現行

【認知症ケア加算】

- 1 認知症ケア加算1
イ 14日以内の期間 160点 / □ 15日以上の期間 30点
- 2 認知症ケア加算2
イ 14日以内の期間 100点 / □ 15日以上の期間 25点
- 3 認知症ケア加算3
イ 14日以内の期間 40点 / □ 15日以上の期間 10点

[算定要件]

身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の60に相当する点数に算定する。

改正後

【認知症ケア加算】

- 1 認知症ケア加算1
イ 14日以内の期間 **180点** / □ 15日以上の期間 **34点**
- 2 認知症ケア加算2
イ 14日以内の期間 **112点** / □ 15日以上の期間 **28点**
- 3 認知症ケア加算3
イ 14日以内の期間 **44点** / □ 15日以上の期間 10点

[算定要件]

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

■生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組

【認知症ケア加算の見直し】

[具体的な内容]

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

改正後

【認知症ケア加算1】※認知症ケア加算2・3も同様

[算定要件]

当該患者を診療する医師、看護師等は、認知症ケアチームと連携し、病棟職員全体で以下の対応に取り組む必要がある。

- ① 当該患者の入院前の生活状況等を情報収集し、その情報を踏まえたアセスメントを行い、看護計画を作成する。その際、行動・心理症状がみられる場合には、その要因をアセスメントし、症状の軽減を図るための適切な環境調整や患者とのコミュニケーションの方法等について検討する。また、せん妄のリスク因子の確認を行い、ハイリスク患者に対するせん妄対策を併せて実施すること。せん妄のリスク因子の確認及びハイリスク患者に対するせん妄対策の取扱いについては、せん妄ハイリスク患者ケア加算の例によること。

[施設基準]

認知症ケアチームは、以下の業務を行うこと。

せん妄のリスク因子の確認のためのチェックリスト及びせん妄のハイリスク患者に対するせん妄対策のためのチェックリストを作成していること。

■生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組

【認知症ケア加算の見直し】

【経過措置】

令和6年3月31日時点で認知症ケア加算に係る届出を行っている保険医療機関は、令和6年9月30日までの間、せん妄のリスク因子等のチェックリストの作成に係る基準を満たしているものとみなす。

【疑義解釈】

【認知症ケア加算】

Q1:「A247」認知症ケア加算1の施設基準において、「認知症ケアチームは、第1の7の(4)に規定する身体的拘束最小化チームを兼ねることは差し支えない」とされているが、認知症ケアチームの専任の常勤看護師が身体的拘束最小化チームチームに係る業務を兼務した時間は、認知症ケアチームの業務として施設基準で求める「原則週 16 時間以上、認知症ケアチームの業務に従事すること」に含めてよいか。

A1:含めてよい。

■生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組

【地域包括ケア病棟入院料の評価の見直し】

〔基本的な考え方〕

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

〔具体的な内容〕

適切な在宅復帰支援を推進する観点から、地域包括ケア病棟入院料の評価について、入院期間に応じた評価体系に見直す。

現行

【地域包括ケア病棟入院料】

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1	<u>2,809点</u>
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料2	<u>2,620点</u>
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料3	<u>2,285点</u>
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料4	<u>2,076点</u>

改正後

【地域包括ケア病棟入院料】

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1	<u>40日以内 2,838点</u> / <u>41日以降 2,690点</u>
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料2	<u>40日以内 2,649点</u> / <u>41日以降 2,510点</u>
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料3	<u>40日以内 2,312点</u> / <u>41日以降 2,191点</u>
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料4	<u>40日以内 2,102点</u> / <u>41日以降 1,992点</u>

■生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組

【地域包括ケア病棟入院料の評価の見直し】

【疑義解釈】

【地域包括ケア病棟入院料】

Q1:「A308-3」地域包括ケア病棟入院料について、期間に応じて評価が細分化されたが、地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定しない病棟又は病室に入院後、地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定する病棟又は病室に転棟した場合、起算日についてどのように考えればよいか。

A1: 地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定する病棟又は病室に最初に入院した日を起算日とする。

Q2: 地域包括ケア病棟入院料について、期間に応じて評価が細分化されたが、令和6年5月31日以前から地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定している患者であって、令和6年6月1日以降も地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定する患者に係る起算日については、どのように考えればよいか。

A2: 令和6年5月31日以前から地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定している患者についても、地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料の算定を開始した日を起算日とする。

■生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組

【地域包括ケア病棟の施設基準の見直し】

〔基本的な考え方〕

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

〔具体的な内容〕

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

改正後

【地域包括ケア病棟入院料1】〔施設基準〕

①・④・⑥（略）

② **退院後訪問指導料**、在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）、精神科訪問看護・指導（Ⅲ）、**指定居宅サービス介護給付費単位数表の訪問看護費のロ**及び指定介護予防サービス介護給付費単位数表の**介護予防訪問看護費のロ**を前三月間において**百五十回以上**算定している保険医療機関であること。

③ 訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法に規定する訪問看護基本療養費、精神科訪問看護基本療養費、指定居宅サービス介護給付費単位数表の**訪問看護費のイ**及び指定介護予防サービス介護給付費単位数表の**介護予防訪問看護費のイ**を前三月間において**八百回以上**算定している訪問看護ステーションが当該保険医療機関に併設されていること。

⑤ 介護保険法第八条第二項に規定する訪問介護、同条第五項に規定する訪問リハビリテーション又は第八条の二の第四項に規定する介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有している施設が当該保険医療機関に併設されていること。

【経過措置】

令和6年3月31日において現に地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟又は病室については、令和7年5月31日までの間に限り、②、③又は⑤のそれぞれに該当するものとみなす。

■生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組

【地域包括ケア病棟の施設基準の見直し】

	入院料1	管理料1	入院料2	管理料2	入院料3	管理料3	入院料4	管理料4
看護職員	13対1以上(7割以上が看護師)							
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置							
リハビリテーション実施	リハビリテーションを提供する患者については1日平均2単位以上提供していること							
救急の実施	一般病床において届け出る場合には、第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令に基づく認定された救急病院であること(ただし、200床未満の場合は救急外来を設置していること又は24時間の救急医療提供を行っていることで要件を満たす。)							
届出単位	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室
許可病床数200床未満	○		—		○		—	
室面積	6.4平方メートル以上				—			
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ 10%以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ 8%以上							
自院の一般病棟から転棟した患者割合※1	—		6割5分未満 (許可病床数200床以上の場合)(満たさない場合85/100に減算)	—	—		6割5分未満 (許可病床数200床以上の場合)(満たさない場合85/100に減算)	—
自宅等から入棟した患者割合※1	2割以上 (管理料の場合、10床未満は3月で8人以上)		いずれか1つ以上 (満たさない場合90/100に減算) (「在宅医療等の実績」については6つ のうち1つ以上を満たせばよい)		2割以上 (管理料の場合、10床未満は3月で8人以上)		いずれか1つ以上 (満たさない場合90/100に減算) (「在宅医療等の実績」については6つ のうち1つ以上を満たせばよい)	
自宅等からの緊急患者の受入	3月で9人以上				3月で9人以上			
在宅医療等の実績	○(2つ以上)				○(2つ以上)			
在宅復帰率 ※1※2	7割2分5厘以上				7割以上(満たさない場合90/100に減算)			
入退院支援部門等	入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること 入院料及び管理料の1・2については入退院支援加算1を届け出ていること(許可病床数100床以上の場合)(満たさない場合90/100に減算)							

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

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

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

■生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組

【リハビリテーションに係る医療・介護・障害福祉サービス連携の推進】

【基本的な考え方】

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

【具体的な内容】

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



■リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進

【急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進】

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

(新)リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加(1日につき) 120点

[算定要件](概要)

- ・患者1人につきリハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を作成した日から起算して14日を限度に算定できる。
- ・入棟患者全員に、原則入棟後48時間以内にADL、栄養状態、口腔状態についての評価に基づき、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を作成し、リスクに応じた期間で定期的な再評価を実施すること。
- ・カンファレンスの定期的開催。
- ・適切な口腔ケア提供とともに、口腔状態に係る課題を認めた場合は必要に応じて当該保険医療機関の歯科医師等と連携する又は歯科診療を担う他の保険医療機関への受診を促すこと。
- ・疾患別リハビリテーション等の対象とならない患者についても、ADLの維持、向上等を目的とした指導を行うこと。専従の理学療法士等は1日につき9単位を超えた疾患別リハビリテーション料等の算定はできない。
- ・専任の管理栄養士は、当該計画作成に当たって、原則入棟後48時間以内に、患者に対面の上、入院前の食生活や食物アレルギー等の確認やGLIM基準を用いた栄養状態の評価を行うとともに、定期的な食事状況の観察、食事調整の提案等の取組を行うこと。

■リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進

【急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進】

〔施設基準〕（概要）

- ・急性期一般入院基本料、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。）及び専門病院入院基本料）又は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。）及び専門病院入院基本料）を算定する病棟を単位として行うこと。
- ・病棟配置：専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士が2名以上（うち1名は専任従事者でも可）。
 専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置。保険医療機関に一定の要件を満たす常勤医師が1名以上勤務。
- ・以下のア～エの基準を全て満たすこと。
 - ア 入棟後3日までに疾患別リハビリテーション料が算定された患者割合が8割以上。
 - イ 土日祝日における1日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数が平日の提供単位数の8割以上。
 - ウ 退院又は転棟した患者（死亡退院及び終末期のがん患者を除く。）のうち、退院又は転棟時におけるADLが入院時と比較して低下した患者の割合が3%未満。
 - エ 院内で発生した褥瘡（DESIGN-R2020分類D2以上）を保有している入院患者の割合が2.5%未満。
- ・脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料に係る届出を行っていること。
- ・入退院支援加算1の届出を行っていること。
- ・BIの測定に関わる職員を対象としたBIの測定に関する研修会を年1回以上開催すること。

■リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進

【急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進】

【疑義解釈】

Q1:「A233」リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の施設基準において、「直近1年間に、当該病棟を退院又は退棟した患者(死亡退院及び終末期のがん患者を除く。)のうち、退院又は退棟時におけるADLの合計点数が入院時と比較して低下した患者の割合が3%未満であること。」とされているが、入退棟時のBIの測定をする者についてどのように考えればよいか。

A1:BIの測定に関する研修会を修了した職員が評価することが望ましい。

Q2:同一の保険医療機関において、リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算を算定した後に、地域包括医療病棟入院料の「注10」に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の届出を行っている病棟に転棟した場合について、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算の算定期間をどのように考えればよいか。

A2:リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算を算定した機関と通算して14日間に限り算定できる。なお、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算を算定した後、リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算を算定する場合も同様である。

Q3:リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算及び地域包括医療病棟入院料の施設基準において、「当該専任の管理栄養士として配置される病棟は、1名につき1病棟に限る。」とあるが、1名の管理栄養士がそれぞれの施設基準について1病棟ずつ兼務することができるか。

A3:不可。

Q4:リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算及び地域包括医療病棟入院料において、入棟後、原則48時間以内に評価に基づき、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を作成することになっているが、入院前に、入退院支援部門と連携し、入院時支援の一環として栄養状態の評価を行った場合、その評価に基づき計画作成をおこなってもよいか。

A4:当該病棟の専任の管理栄養士が、入退院支援部門と連携して栄養状態の評価を行った場合は差し支えない。ただし、入院前と患者の状態に変更がある場合は、必要に応じて栄養状態の再評価を行うこと。

■リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進

【急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進】

【疑義解釈】

Q5: リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算及び地域包括医療病棟入院料の「注10」に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算について、専任の管理栄養士が休み等で不在の場合であって、入棟後48時間以内の患者との対面による確認や週5回以上の食事提供時間の観察等ができない場合についてどのように考えればよいか。

A5: 専任の管理栄養士が休み等で不在の場合、専任の管理栄養士以外の管理栄養士が実施しても差し支えない。なお、専任の管理栄養士以外が実施する場合は、随時、専任の管理栄養士に確認できる体制を整備しておくこと。

Q6: リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算及び地域包括医療病棟入院料の「注10」に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算について、「週5回以上、食事の提供時間に、低栄養等のリスクの高い患者を中心に食事の状況を観察し、食欲や食事摂取量等の把握を行うこと」とあるが、1回の食事提供時間に、全ての患者の食事の状況を観察しないといけないのか。また、1日2回行ってもよいか。

A6: 1回の食事の観察ですべての患者の状況を観察する必要はなく、週5回以上の食事の観察を行う中で計画的に確認できれば差し支えない。また、必要に応じ1日2回行ってもよいが、同日に複数回実施した場合であっても1回として数えること。

Q7: リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算及びリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の施設基準において、適切なリハビリテーション、栄養管理、口腔管理に係る研修を修了している常勤医師が1名以上勤務していることが求められているが、この「適切なリハビリテーション・栄養・口腔管理に係る研修」とは、具体的にどのようなものがあるか。

A7: 現時点では、日本リハビリテーション医学会が主催する「急性期病棟におけるリハビリテーション診療、栄養管理、口腔管理に係る医師研修会」が該当する。

Q8: リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算及びリハビリテーション・栄養・口腔連携加算について、「リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画を作成した日から14日を限度として算定できる。ただし、やむを得ない理由により、入棟後48時間を超えて計画を策定した場合においては、当該計画の算定日にかかわらず、入棟後3日目を起算日とする。」とあるが、初回入棟後に計画を策定した日あるいは初回入棟後3日目のいずれかのうち早い日より14日を経過した後に、入院期間が通算される再入院の患者に対して計画を再度策定した場合であっても算定することは可能か。

A8: 不可。

■リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進

【急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進】

【疑義解釈】

Q9:「A233」リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、「A304」地域包括医療病棟入院料の「注10」に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算、「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料の「1」回復期リハビリテーション病棟入院料1及び「2」回復期リハビリテーション病棟入院料2並びに特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の施設基準において、「適切な口腔ケアを提供するとともに、口腔状態に係る課題(口腔衛生状態の不良や咬合不良等)を認めた場合は、必要に応じて当該保険医療機関の歯科医師等と連携する又は歯科診療を担う他の保険医療機関への受診を促す体制が整備されていること。」とされているが、この口腔状態に係る課題の評価の具体的な方法は如何。

A9:「歯の汚れ」「歯肉の腫れ、出血」「左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる」「義歯の使用」について、原則入棟後48時間以内に評価を行うこと。その後、口腔状態の変化に応じて定期的な再評価を行うこと。評価者は歯科専門職に限らない。なお、評価方法については日本歯科医学会による「入院(所)中及び在宅等における療養中の患者に対する、口腔の健康状態の評価に関する基本的な考え方(令和6年3月)」を参考とすること。

Q10:リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算について、病棟の専従及び専任の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士については、1日につき9単位を超えた疾患別リハビリテーション料等の算定をできないこととされているが、当該病棟の専任の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士にかかる疾患別リハビリテーション料の取扱いは如何。

A10:当該病棟の専任の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士については、他の病棟での疾患別リハビリテーション料を含めて、1日につき9単位を超えた疾患別リハビリテーション料の算定はできない。

■リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進

【病態に応じた早期からの疾患別リハビリテーションの推進】

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

（新）急性期リハビリテーション加算 50点（14日目まで）

（改）早期リハビリテーション加算 30点 → 25点（30日目まで）

[急性期リハビリテーション加算の対象患者]

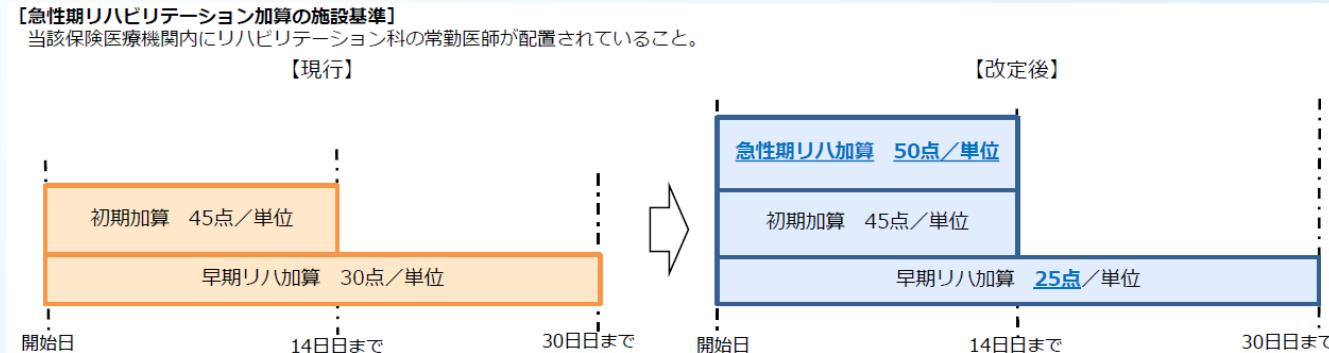
- ア ADLの評価であるBIが10点以下のもの。
- イ 認知症高齢者の日常生活自立度がランクM以上に該当するもの。
- ウ 以下に示す処置等が実施されているもの。

- ①動脈圧測定（動脈ライン） ②シリンジポンプの管理 ③中心静脈圧測定（中心静脈ライン） ④人工呼吸器の管理
- ⑤輸血や血液製剤の管理 ⑥特殊な治療法等（CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO）

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

※入院中の患者に限る。

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



■リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進

【疾患別リハビリテーション料の実施者別区分の創設】

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

[心大血管疾患リハビリテーション料]

<u>1 心大血管疾患リハビリテーション料(1) (1単位)205点</u>	⇒	<u>イ 理学療法士による場合</u>	<u>205点</u>
		<u>ロ 作業療法士による場合</u>	<u>205点</u>
		<u>ハ 医師による場合</u>	<u>205点</u>
		<u>ニ 看護師による場合</u>	<u>205点</u>
		<u>ホ 集団療法による場合</u>	<u>205点</u>

[脳血管疾患等リハビリテーション料]

<u>1 脳血管疾患等リハビリテーション料(1) (1単位)245点</u>	⇒	<u>イ 理学療法士による場合</u>	<u>245点</u>
		<u>ロ 作業療法士による場合</u>	<u>245点</u>
		<u>ハ 言語聴覚士による場合</u>	<u>245点</u>
		<u>ニ 医師による場合</u>	<u>245点</u>

※他の疾患別リハビリテーション料についても同様

■リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進

【疾患別リハビリテーション料の実施者別区分の創設】

【疑義解釈】

Q1:「H003-2」リハビリテーション総合計画評価料は、多職種が共同してリハビリテーション総合実施計画書を作成し、これに基づいて行ったリハビリテーションの効果、実施方法について共同して評価を行った場合に算定することとされており、また、がん患者リハビリテーション・認知症患者リハビリテーションを行う際にリハビリテーション総合計画評価料を算定するとされているが、がん患者リハビリテーション及び認知症患者リハビリテーションの開始時であって、リハビリテーションの効果や実施方法について共同して評価を行っていない段階であっても、リハビリテーション総合計画評価料を算定できるのか。

A1:リハビリテーション総合計画評価料は、リハビリテーション総合実施計画に基づいて行ったリハビリテーションの効果、実施方法等について多職種が共同して評価を行った時点で算定が可能となる。ただし、がん患者リハビリテーション料及び認知症患者リハビリテーション料を算定するにあたっては、評価実施前でも、多職種が共同して総合実施計画書を作成した時点でリハビリテーション総合計画評価料を算定できる。なお、この場合において、リハビリテーション総合計画評価料の算定後7日以内にリハビリテーションの効果、実施方法等について多職種が共同して評価を行うこと。なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について(その1)」(平成30年3月30日事務連絡)別添1の間173は廃止する。

Q2:「H000」心大血管疾患リハビリテーション料、「H001」脳血管疾患リハビリテーション料、「H001-2」廃用性症候群リハビリテーション料、「H002」運動器疾患リハビリテーション料又は「H003」呼吸器リハビリテーション料(以下「疾患別リハビリテーション料」という。)において、「要介護認定を申請中の者又は介護保険法第62条に規定する要介護被保険者であって、介護保険によるリハビリテーションへの移行を予定しているものについて、当該患者の同意が得られた場合に、利用を予定している指定通所リハビリテーション事業所等に対して、3月以内に作成した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等を文書により提供すること。」とされているが、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以外にどのような文書が該当するのか。

A2:別紙様式21の6に示すリハビリテーション実施計画書の内容のうち、以下のものが含まれている文書が該当する。・本人家族等の希望、・健康状態、経過、・心身機能・構造、・活動、・リハビリテーションの短期目標、・リハビリテーションの長期目標、・リハビリテーションの方針、・本人・家族への生活指導の内容(自主トレ指導含む)、・リハビリテーション実施上の留意点、・リハビリテーションの見直し・継続理由、・リハビリテーションの終了目安

Q3:上記における「利用を予定している指定通所リハビリテーション事業所等」とは、「当該患者、患者の家族等又は当該患者のケアマネジメントを担当する居宅介護支援専門員を通じ、当該患者の利用の意向が確認できた指定通所リハビリテーション事業所をいう。」とされているが、当該患者、患者の家族又は当該患者のケアマネジメントを担当する居宅介護支援専門員を通じ、指定通所リハビリテーション事業所等の利用を確認できなかった場合、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提供は不要か。

A3:そのとおり。

■リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進

【呼吸器リハビリテーション料の見直し】

術前の呼吸器リハビリテーションの有効性に関するエビデンスを踏まえ、呼吸器リハビリテーション料の対象患者に大腸癌、卵巣癌、膵癌の患者が含まれていることを明確化する。

[呼吸器リハビリテーション料]

[施設基準]

別表第九の七 呼吸器リハビリテーション料の対象患者

(略)

四 食道癌、胃癌、肝臓癌、咽・喉頭癌等の手術前後の呼吸機能訓練を要する患者

↓

四 食道癌、胃癌、肝臓癌、咽・喉頭癌、大腸癌、卵巣癌、膵癌等の手術前後の呼吸機能訓練を要する患者

■リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進

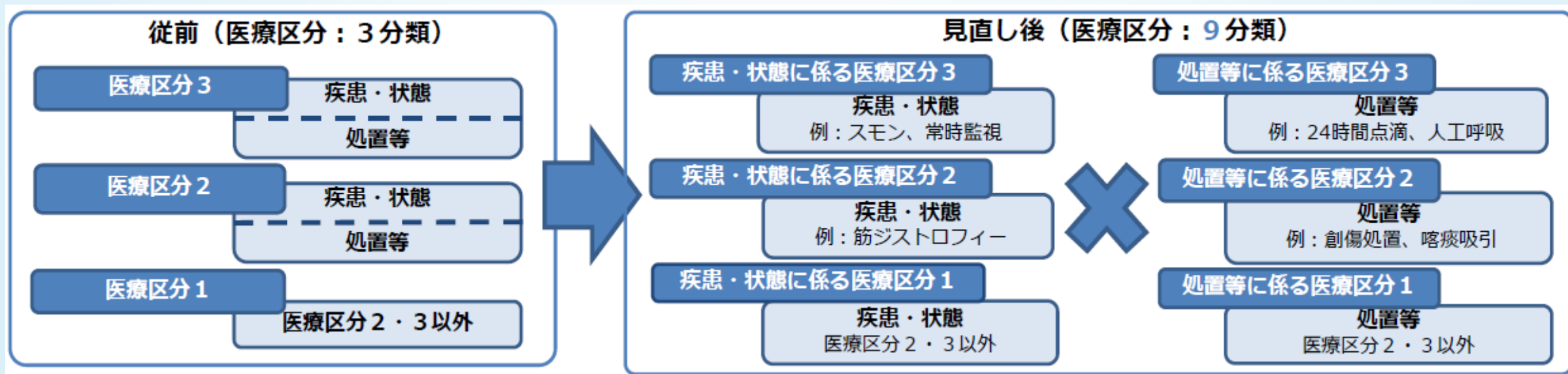
【療養病棟入院基本料の見直し】

療養病棟入院基本料について、以下①～⑤の見直しをおこなう。

①医療区分に係る 評価体系の見直し

医療区分とADL区分に基づく9分類となっている現行の療養病棟入院基本料について、

疾患・状態に係る3つの医療区分、処置等に係る3つの医療区分および3つのADL区分に基づく27分類及びスモンに関する3分類の合計30分類の評価に見直された。



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

■リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進 【療養病棟入院基本料の見直し】

②中心静脈栄養に係る評価の見直し

中心静脈栄養について、患者の疾患及び状態並びに実施した期間に応じた医療区分に見直された。

現行	改定後
<p>【療養病棟入院料】 [施設基準] (概要) 医療区分3 中心静脈注射を実施している状態</p> <p>医療区分2 (新設)</p>	<p>【療養病棟入院料】 [施設基準] (概要) 医療区分3 <u>中心静脈栄養（療養病棟入院基本料を算定する場合にあつては、広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻若しくは急性膵炎を有する患者を対象とする場合又は中心静脈栄養を開始した日から30日以内の場合に実施するものに限る。）</u></p> <p>医療区分2 <u>中心静脈栄養（広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻又は急性膵炎を有する患者以外を対象として、中心静脈栄養を開始した日から30日を超えて実施するものに限る。）</u></p>

中心静脈栄養を終了後7日間に限り、終了前の医療区分により算定することができる。

■リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進 【療養病棟入院基本料の見直し】

【疑義解釈】

Q1: 医療区分における中心静脈栄養の評価について、広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻若しくは急性膵炎を有する患者以外を対象とする場合、中心医-9静脈栄養を開始した日から30日を超えた場合は処置等に係る医療区分2として評価を行うこととされたが、令和6年6月1日以前より当該病棟において中心静脈栄養を開始した場合の取扱い如何。

A1: 令和6年6月1日以前の中心静脈栄養を開始した日から起算して30日を超えている場合、令和6年6月1日以降は、処置等に係る医療区分2として評価する。ただし、令和6年3月31日時点において、療養病棟入院基本料に係る届出を行っている病棟に入院している患者であって、中心静脈栄養を実施している患者については、当面の間、処置等に係る医療区分3として取り扱う。

Q2: 上記の問26のただし書について、令和6年4月1日以降に、中心静脈栄養を中止した後に再開した患者であっても経過措置の対象となるのか。

A2: 経過措置の対象とならない。

Q3: 医療区分における中心静脈栄養の評価について、中心静脈栄養の終了後も7日間に限り、引き続き処置等に係る医療区分3又は2として評価を行うこととされたが、当該病棟に入院中に、中心静脈栄養を一度終了し、再開した場合はどのように評価するのか。

A3: 当該病棟に入院中に、中心静脈栄養を一度終了し、再開した場合であっても中心静脈栄養を最初に終了した日から7日間に限り、引き続き処置等に係る医療区分3又は2として評価を行う。

Q4: 医療区分における中心静脈栄養の評価について、広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻又は急性膵炎を有する患者以外を対象とする場合、中心静脈栄養を開始した日から30日を超えた場合は処置等に係る医療区分2として評価を行うこととされたが、中心静脈栄養を開始した日から30日が経過した後に、転棟又は退院後に、再度療養病棟に入棟又は入院して、中心静脈栄養を実施した場合であって入院期間が通算される場合はどのように評価するのか。

A4: 処置等に係る医療区分2として評価を行う。

■リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進

【療養病棟入院基本料の見直し】

③療養病棟における適切なリハビリテーションの推進

医療区分・ADL区分ともに1である入院料27(従前の入院料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。

〔療養病棟入院料〕

【施設基準】

(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、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1日につき2単位を超えるもの(略)の費用(療養病棟入院基本料の注11の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、1月に1回以上、機能的自立度評価法(FUNCTIONAL INDEPENDENCE MEASURE)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。



〔施設基準〕

(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、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1日につき2単位を超えるもの(略)の費用

(療養病棟入院基本料1の入院料27および療養病棟入院料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。

■リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進 【療養病棟入院基本料の見直し】

④注11に規定する経過措置の廃止

医療法に基づく医療療養病床の人員配置標準に係る経過措置の終了を踏まえ、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3の患者と医療区分2の患者との合計が五割以上の低減点数の要件については、令和6年9月30日までの経過措置を設ける。

〔療養病棟入院料〕

(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(略)の100分の75に相当する点数を算定する。



(算定要件)

削除

■リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進

【療養病棟入院基本料の見直し】

⑤経腸栄養管理加算の新設

療養病棟に入院中の患者に対し、静脈経腸栄養ガイドライン等を踏まえた栄養管理に係る説明を実施した上で、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) 300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1回に限り、経腸栄養を開始した日から7日を限度として所定点数に加算する。この場合において、栄養サポートチーム加算、入院栄養食事指導料、集団栄養食事指導料は別に算定できない。

[施設基準]

- (1) 栄養サポートチーム加算を届け出ていること又は療養病棟における経腸栄養管理を担当する専任の管理栄養士を1名以上配置していること。
- (2) 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施する体制を有していること。なお、当該検査等については、耳鼻咽喉科又はリハビリテーション科その他必要な診療科を標榜する他の保険医療機関との協力により確保することでも差し支えない。

■リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進 【療養病棟入院基本料の見直し】

【疑義解釈】

Q1:「A101」療養病棟入院基本料の注11に規定する経腸栄養管理加算について、「「静脈経腸栄養ガイドライン」等を踏まえて経腸栄養と中心静脈栄養の適応やリスク等について説明を行うこと。」(以下「経腸栄養ガイドライン」等を踏まえた説明」という。)とされているが、経腸栄養の開始後に本人又はその家族等に説明を行った場合であっても算定できるか。

A1:説明を行った日から算定できる。ただし、この場合であっても、算定期間は、経腸栄養を開始した日から7日を限度とする。

Q2:「経腸栄養ガイドライン」等を踏まえた説明について、具体的な内容如何。

A2:以下の内容について説明すること。

- ・消化管が機能している場合は、中心静脈栄養ではなく、経腸栄養を選択することが基本であるとされていること
- ・中心静脈栄養によりカテーテル関連血流感染症が合併すること等の経腸栄養と中心静脈栄養の適応やリスク等

Q3:経腸栄養管理加算について、「入棟前の1ヶ月間に経腸栄養が実施されていた患者については算定できない。」とされているが、他の保険医療機関又は在宅で経腸栄養が実施されていた場合について、どのように考えればよいか。

A3:他の保険医療機関又は在宅で経腸栄養が実施されていた場合であっても算定できない。

Q4:経腸栄養管理加算について、「経腸栄養管理加算は経腸栄養を開始した日から7日を限度に、経腸栄養を実施している期間に限り算定できる。」とされているが、経腸栄養を開始した後に中止し、その後再開した場合について、どのように考えればよいか。

A4:経腸栄養を開始して7日以内に中止・再開した場合であっても、経腸栄養を開始した日から7日間に限り算定できる。

■リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進 【療養病棟入院基本料の見直し】

【疑義解釈】

Q5: 経腸栄養管理加算について、白湯や薬剤のみを経鼻胃管や胃瘻等から投与している場合は算定可能か。

A5: 不可。

Q6: 経腸栄養管理加算について、「入院中1回に限り、経腸栄養を開始した日から起算して7日を限度として、1日につき300点を所定点数に加算する。」こととされているが、経腸栄養を開始した日から7日が経過した後に転棟あるいは退院し、再度入院した場合、入院期間が通算される場合であっても再度算定できるのか。

A6: 入院期間が通算される場合は算定できない。

Q7: 経腸栄養管理加算について、「入院中1回に限り、経腸栄養を開始した日から起算して7日を限度として、1日につき300点を所定点数に加算する。」こととされているが、当該加算を算定した後に退院し、経腸栄養を実施せずに1か月以上経過した後に入院となり、入院期間が前回入院から通算されない場合について、当該加算は再度算定可能か。

A7: 可能。

■リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進

【医療と介護における栄養情報連携の推進】

栄養情報連携料の新設

医療と介護における栄養情報連携を推進する観点から、栄養情報提供加算の名称と要件、評価を見直し、入院栄養食事指導を行った場合に加えて、介護保険施設等に退院する患者について、退院先施設の管理栄養士と連携した場合も算定を可能とする。

(新) 栄養情報連携料70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、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム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

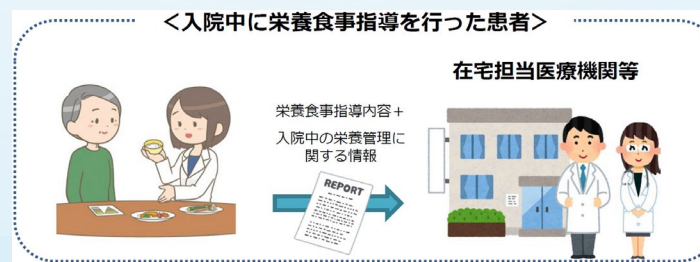
[算定要件]

(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に情報提供し、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情報提供し、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。



■リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進

【回復期等の患者に対する口腔機能管理の推進】

歯科医療について 回復期等の患者に対する口腔機能管理の推進

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、口腔管理の一体的な取組を推進する観点から、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・口腔衛生管理についての評価を新設する。

(新)回復期等口腔機能管理計画策定料300点

[算定要件]

注1 療養病棟入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料又は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1回に限り算定する。

2 周術期等口腔機能管理計画策定料、開放型病院共同指導料(Ⅱ)、がん治療連携計画策定料、診療情報提供料(Ⅰ)の注5に規定する加算及び退院時共同指導料2は、別に算定できない。

(新)回復期等口腔機能管理料200点(1回/月)

[算定要件]

注1 療養病棟入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料又は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、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、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1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、歯科疾患管理料、小児口腔機能管理料、口腔機能管理料、周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)、周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)、周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)、歯科特定疾患療養管理料、歯科治療時医療管理料、がん治療連携指導料、歯科疾患在宅療養管理料、在宅患者歯科治療時医療管理料及び歯科矯正管理料は算定できない。

■リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進

【回復期等の患者に対する口腔機能管理の推進】

(新)回復期等専門的口腔衛生処置(1口腔につき)100点(2回/月)

[算定要件]

注1 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2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、周術期等専門的口腔衛生処置、在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、機械的歯面清掃処置、非経口摂取患者口腔粘膜処置及び口腔バイオフィルム除去処置は、別に算定できない。

➤ 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。

現行	改定後
<p>【地域歯科診療支援病院歯科初診料】 〔施設基準〕</p> <p>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)</p> <p>(8) (略)</p>	<p>【地域歯科診療支援病院歯科初診料】 〔施設基準〕</p> <p>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、<u>ロ又はハ</u>のいずれかに該当すること。 イ・ロ (略) <u>ハ 次のいずれにも該当すること。</u> <u>① 常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。</u> <u>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、</u> <u>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</u> <u>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</u> <u>患者数が10人以上であること</u></p> <p>(8) (略)</p>

■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

【急性期充実体制加算の見直し】

[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。

[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。

■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

【急性期充実体制加算の見直し】

現行			改定後	
【急性期充実体制加算】 (新設)			【急性期充実体制加算】	
1	7日以内の期間	460点	<u>1 急性期充実体制加算 1</u>	
2	8日以上11日以内の期間	250点	イ 7日以内の期間	<u>440点</u>
3	12日以上14日以内の期間	180点	ロ 8日以上11日以内の期間	<u>200点</u>
(新設)			ハ 12日以上14日以内の期間	<u>120点</u>
			<u>2 急性期充実体制加算 2</u>	
			イ 7日以内の期間	<u>360点</u>
			ロ 8日以上11日以内の期間	<u>150点</u>
			ハ 12日以上14日以内の期間	<u>90点</u>
(新設)			注2 <u>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を確保し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、次に掲げる点数を更に所定点数に加算する。</u>	
			イ 急性期充実体制加算 1 の場合	<u>90点</u>
			ロ 急性期充実体制加算 2 の場合	<u>60点</u>
注2 精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制を確保した保険医療機関に入院している患者については、精神科充実体制加算として、30点を更に所定点数に加算する。			注3 精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制を確保した保険医療機関に入院している患者については、精神科充実体制加算として、30点を更に所定点数に加算する。	



■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

【急性期充実体制加算の見直し】

[実績要件]

<手術等に係る実績の要件>

- (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）
- (ロ) 悪性腫瘍手術について、400 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
- (ニ) 心臓カテーテル法による手術について、200 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
- (ヘ) 化学療法の実施について、1,000 件／年以上
- (ト) 心臓胸部大血管の手術について、100 件／年以上**
- (チ) 異常分娩の件数が50 件／年以上であること。
- (リ) 6歳未満の乳幼児の手術件数が40 件／年以上であること。

(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

1. 外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っていること。
2. 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6割以上**であること。

急性期充実体制加算1

手術等に係る実績の要件について、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。

急性期充実体制加算2

以下のいずれかを満たし、かつ、

(チ) 異常分娩の件数が、50 件／年以上

(リ) 6歳未満の乳幼児の手術件数が40 件／年以上

手術等に係る実績の要件について、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。

廃止

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●●件／年以上

■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

【急性期充実体制加算の見直し】

【解説】

- ◆ 急性期充実体制加算2が新たに新設。
- ◆ 急性期充実体制加算2においてのみ、次の手術等に係る実績要件となった。
 - 手術等に係る実績要件において、「**異常分娩(50件以上)、6歳未満の乳幼児の手術(40件以上)のいずれかを満たし、要件の(イ)および(ロ)から(ト)のうち2つ以上を満たしていること。**」
 - 令和4年度の改定において上記要件にて**急性期充実体制加算1を取得の医療機関においては減額**となる。
- ◆ **300床未満**の医療機関において、手術等に係る実績要件に対し**施設基準の対応(病床当たりの実績値)**が、**廃止**となった。
 - 病床規模(300床未満)による対応がなくなったことで、中小病院においての取得(継続)が難しくなった。
- ◆ 「(へ)化学療法の実施」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の要件の変更
 - 登録されている**レジメン数(外来で実施可能)の割合(4割以上)**から、**外来で化学療法を実施した患者の割合(6割)**に変更されたことで、外来での化学療法が促進される。

■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

【急性期充実体制加算の見直し】

【疑義解釈】

Q1:「救急時医療情報閲覧機能」とは具体的に何を指すのか。

A1:厚生労働省「健康・医療・介護情報利活用検討会 医療等情報利活用ワーキンググループ」において検討されている、救急医療時における「**全国で医療情報を確認できる仕組み(Action1)**」を指す。なお、機能の実装可能となった時期に疑義解釈を示す予定である。

Q2:令和6年度改定において、急性期体制充実加算1と急性期体制充実加算2に評価が細分化されたが、令和6年度改定前に急性期体制充実加算の届出を行っていた保険医療機関における、令和6年6月以降の届出についてどのように考えればよいか。

A2:**令和6年6月3日までに急性期体制充実加算1又は急性期体制充実加算2のいずれかの届出を行うこと**。この場合であって、**令和6年3月31日において急性期充実体制加算の届出を行っている保険医療機関については、引き続き急性期体制充実加算の施設基準における経過措置の対象**となる。

Q3:「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**6割以上であること**。」とされているが、化学療法を実施した患者の数について、延べ患者数と実患者数のいずれにより割合を算出すればよいか。

A3:**実患者数**により算出する。

Q4:「外来で化学療法を実施した患者」とは、具体的にどのような患者を指すのか。

A4:**1サイクル(クール、コースと同義。抗悪性腫瘍剤の投与と投与後の休薬期間を含む一連の期間をいう。)**以上、外来で化学療法を実施した患者を指す。

Q5:「救急搬送件数」については、当該保険医療機関が患者を受け入れた件数又は人数を計上するものであり、当該保険医療機関が**他の保険医療機関等に患者を搬送した件数又は人数は含まれない**と考えてよいか。

A5:**そのとおり**。

■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

【総合入院体制加算の見直し】

[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。

[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. 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。

現行	改定後
<p>【総合入院体制加算1】 240点 [施設基準]</p> <ul style="list-style-type: none"> 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) 	<p>【総合入院体制加算1】 260点 [施設基準]</p> <ul style="list-style-type: none"> 全身麻酔による手術件数が年2,000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)
<p>【総合入院体制加算2】 180点 [施設基準]</p> <ul style="list-style-type: none"> 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。 ア～カ (略) 	<p>【総合入院体制加算2】 200点 [施設基準]</p> <ul style="list-style-type: none"> 全身麻酔による手術件数が年1,200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。 ア～カ (略)
<p>【総合入院体制加算3】 120点 [施設基準]</p> <ul style="list-style-type: none"> 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2つ以上を満たしていること。 ア～カ (略) 	<p>【総合入院体制加算3】 120点 [施設基準]</p> <ul style="list-style-type: none"> 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2つ以上を満たしていること。 ア～カ (略)
<p>(新設)</p>	<p>[施設基準 (総合入院体制加算1、2及び3)]</p> <ul style="list-style-type: none"> 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、当該特別な関係がないものとみなすこと。

【共通実績要件】

全身麻酔による手術件数: ○○件/年以上

【実績要件】

- ア 人工心肺を用いた手術及び人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術: 40件/年以上
- イ 悪性腫瘍手術: 400件/年以上
- ウ 腹腔鏡下手術: 100件/年以上
- エ 放射線治療(対外照射法): 4,000件/年以上
- オ 化学療法: 1,000件/年以上
- カ 分娩件数: 100件/年以上

	必要度Ⅰ	必要度Ⅱ
総合入院体制加算1	33%	32%
総合入院体制加算2	31%	30%
総合入院体制加算3	28%	27%

該当患者の基準: 以下のいずれか

- ・A得点が2点以上
- ・C得点が1点以上



■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

【総合入院体制加算の見直し】

【解説】

- ◆「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。」
 - 新たな要件として追加されたことにより、新規取得時の要件が厳格化された。
- ◆ 実績要件として全身麻酔の件数、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合により、加算区分をより厳格化された。

➢ 総合入院体制加算1	➔ 2,000件/年	必要度Ⅰ：	➔ 33%	必要度Ⅱ：	➔ 32%
➢ 総合入院体制加算2	➔ 1,200件/年	必要度Ⅰ：	➔ 31%	必要度Ⅱ：	➔ 30%
➢ 総合入院体制加算3	➔ 800件/年	必要度Ⅰ：	➔ 28%	必要度Ⅱ：	➔ 27%

【疑義解釈】

Q1: 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り、契約期間の満了により賃貸借契約を更新した場合は、当該特別の関係があるものとみなされるのか。

A1: 賃貸借契約等を更新した場合については、令和6年3月31日以前から特別の関係にあった特定の保険薬局との間で不動産の賃貸借関係を継続する場合に限り、特別の関係がないものとみなす。

Q2: 「救急時医療情報閲覧機能」とは具体的に何を指すのか。

A2: 厚生労働省「健康・医療・介護情報利活用検討会 医療等情報利活用ワーキンググループ」において検討されている、救急医療時における「全国で医療情報を確認できる仕組み(Action1)」を指す。なお、機能の実装可能となった時期に疑義解釈を示す予定である。

Q3: 「救急搬送件数」については、当該保険医療機関が患者を受け入れた件数又は人数を計上するものであり、当該保険医療機関が他の保険医療機関等に患者を搬送した件数又は人数は含まれないと考えてよいか。

A3: そのとおり。

■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

【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】

[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。

[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16日に見直す。

現行	改定後
<p>【急性期一般入院基本料】 [施設基準] 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にあつては18日）以内であること。</p>	<p>【急性期一般入院基本料】 [施設基準] 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にあつては<u>16日</u>）以内であること。</p>

公益裁定により決定

【疑義解釈】

Q: 「A100」一般病棟入院基本料の「1」の「イ」急性期一般入院料1の施設基準における平均在院日数について、令和6年6月1日から算定を行うための届出を行う場合は、どの時点の実績に基づき届出を行うのか。

A: 令和6年6月1日からの算定については、同年5月2日以降に届け出書の提出を行うことができ、また、知くとも6月の最初の開庁日までに届出がされている必要があるが、平均在院日数の実績については、令和6年5月2日から同31日に届出を行う場合は同年2月から4月、同年6月3日に届出を行う場合は、同年3月から5月の実績を用いること。なお、例えば令和6年2月から4月までの実績に基づき5月中に届出を行い、その後同年3月から5月までの実績では基準を満たさないことが判明した場合には、暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動に該当する場合を除き、変更の届出を6月に行う必要があること。

■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

【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】

[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。

[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。
 - 「創傷処置」の項目について、重症度、医療・看護必要度Ⅰにおける評価対象を、重症度、医療・看護必要度Ⅱにおいて評価対象となる診療行為を実施した場合とするとともに、「重度褥瘡処置」に係る診療行為を評価対象から除外する。
 - 「呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)」の項目について、重症度、医療・看護必要度Ⅰにおける評価対象を、重症度、医療・看護必要度Ⅱにおいて評価対象となる診療行為を実施した場合とする。
 - 「注射薬剤3種類以上の管理」の項目について、初めて該当した日から7日間を該当日数の上限とするとともに、対象薬剤から「アミノ酸・糖・電解質・ビタミン」等の静脈栄養に関する薬剤を除外する。
 - 「専門的な治療・処置」の項目のうち「抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)」について、対象薬剤から入院での使用割合が6割未満の薬剤を除外する。
 - 「専門的な治療・処置」の項目のうち「抗悪性腫瘍剤の内服の管理」について、対象薬剤から入院での使用割合が7割未満の薬剤を除外する。
 - 「専門的な治療・処置」の項目のうち「抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)」、「麻薬の使用(注射剤のみ)」、「昇圧剤の使用(注射剤のみ)」、「抗不整脈薬の使用(注射剤のみ)」、「抗血栓塞栓薬の使用」及び「無菌治療室での治療」の評価について、2点から3点に変更する。

(次ページに続く)

■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

【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】

[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。
 - 「救急搬送後の入院」及び「緊急に入院を必要とする状態」について、評価日数を現在の5日間から2日間に変更する。
 - C項目の対象手術及び評価日数について、実態を踏まえ見直す。
 - 短期滞在手術等基本料の対象手術等を実施した患者を評価対象者に加える。
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。

■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

【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】

【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。

(改定内容)

- ・「創傷処置」について、評価対象を、必要度Ⅱにおいて対象となる診療行為を実施した場合に統一するとともに、「重度褥瘡処置」に係る診療行為を対象から除外
- ・「呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）」について、評価対象を、必要度Ⅱにおいて評価対象となる診療行為を実施した場合に統一
- ・「注射薬剤3種類以上の管理」について、7日間を該当日数の上限とするとともに、対象薬剤から静脈栄養に関する薬剤を除外
- ・「抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）」について、対象薬剤から入院での使用割合が6割未満の薬剤を除外
- ・「抗悪性腫瘍剤の内服の管理」について、対象薬剤から入院での使用割合が7割未満の薬剤を除外
- ・「抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）」、「麻薬の使用（注射剤のみ）」、「昇圧剤の使用（注射剤のみ）」、「抗不整脈薬の使用（注射剤のみ）」、「抗血栓塞栓薬の使用」及び「無菌治療室での治療」の評価について、2点から3点に変更
- ・「救急搬送後の入院」及び「緊急に入院を必要とする状態」について、評価日数を2日間に変更
- ・C項目の対象手術及び評価日数の実態を踏まえた見直し
- ・短期滞在手術等基本料の対象手術等を実施した患者を評価対象者に追加

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点	3点
1	創傷処置（褥瘡の処置を除く）（※1）	なし	あり	-	-
2	呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）（※1）	なし	あり	-	-
3	注射薬剤3種類以上の管理（最大7日間）	なし	あり	-	-
4	シリンジポンプの管理	なし	あり	-	-
5	輸血や血液製剤の管理	なし	-	あり	-
6	専門的な治療・処置（※2）	-	-		
	① 抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、				あり
	② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、			あり	
	③ 麻薬の使用（注射剤のみ）、				あり
	④ 麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、			あり	
	⑤ 放射線治療、			あり	
	⑥ 免疫抑制剤の管理（注射剤のみ）、			あり	
	⑦ 昇圧剤の使用（注射剤のみ）、				あり
	⑧ 抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）、				あり
	⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、				あり
	⑩ ドレナージの管理、			あり	
	⑪ 無菌治療室での治療				あり
7	I：救急搬送後の入院（2日間）	なし	-	あり	-
	II：緊急に入院を必要とする状態（2日間）	なし	-	あり	-

C	手術等の医学的状況	0点	1点
15	開頭手術（11日間）	なし	あり
16	開胸手術（9日間）	なし	あり
17	開腹手術（6日間）	なし	あり
18	骨の手術（10日間）	なし	あり
19	胸腔鏡・腹腔鏡手術（4日間）	なし	あり
20	全身麻酔・脊椎麻酔の手術（5日間）	なし	あり
21	救命等に係る内科的治療（4日間） ①経皮的血管内治療、 ②経皮的心筋焼灼術等の治療、 ③侵襲的な消化器治療	なし	あり
22	別に定める検査（2日間）（例：経皮的針生検法）	なし	あり
23	別に定める手術（5日間）（例：眼窩内異物除去術）	なし	あり

(※1) A項目のうち「創傷処置（褥瘡の処置を除く）」及び「呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）」については、必要度Ⅰの場合も、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A・C項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧に掲げる診療行為を実施したときに限り、評価の対象となる。

(※2) A項目のうち「専門的な治療・処置」については、①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、③麻薬の使用（注射剤のみ）、⑦昇圧剤の使用（注射剤のみ）、⑧抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）、⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用又は⑪無菌治療室での治療のいずれか1つ以上該当した場合は3点、その他の項目のみに該当した場合は2点とする。

■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

【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】

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、以下のいずれも満たすことを施設基準とする。

- 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

現行

【急性期一般入院料1】

[施設基準]

当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床に、直近3月において入院している患者全体（延べ患者数）に占める重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡの基準を満たす患者（別添6の別紙7による評価の結果、別表1のいずれかに該当する患者の割合が、基準以上であること。

別表1

A得点が2点以上かつB得点が3点以上の患者
A得点が3点以上の患者
C得点が1点以上の患者

改定後

【急性期一般入院料1】

[施設基準]

当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床に、直近3月において入院している患者全体（延べ患者数）に占める重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡの基準を満たす患者（別添6の別紙7による評価の結果、別表1のいずれかに該当する患者の割合が基準以上であるとともに、別表2のいずれかに該当する患者の割合が基準以上であること。

別表1(基準：20% ※必要度Ⅱの場合)

別表2(基準：27% ※必要度Ⅱの場合)

A得点が3点以上の患者	A得点が2点以上の患者
C得点が1点以上の患者	C得点が1点以上の患者



■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

【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】

現行				改定後			【該当患者の基準】	
		必要度Ⅰ	必要度Ⅱ		必要度Ⅰ	必要度Ⅱ		
急性期一般入院料1	許可病床200床以上	31%	28%	急性期一般入院料1	<u>割合①:21%</u>	<u>割合①:20%</u>	急性期1、7対1入院基本料(特定、専門)※1	割合① 以下のいずれか ・A得点が3点以上 ・C得点が1点以上
	許可病床200床未満	28%	25%		<u>割合②:28%</u>	<u>割合②:27%</u>		
急性期一般入院料2	許可病床200床以上	27%	24%	急性期一般入院料2	<u>22%</u>	<u>21%</u>	急性期2～5等※2	割合② 以下のいずれか ・A得点が2点以上 ・C得点が1点以上
	許可病床200床未満	25%	22%	急性期一般入院料3	<u>19%</u>	<u>18%</u>		
急性期一般入院料3	許可病床200床以上	24%	21%	急性期一般入院料4	<u>16%</u>	<u>15%</u>	総合入院体制加算	以下のいずれか ・A得点が2点以上 ・C得点が1点以上
	許可病床200床未満	22%	19%	急性期一般入院料5	<u>12%</u>	<u>11%</u>		
急性期一般入院料4	許可病床200床以上	20%	17%	7対1入院基本料(特定)	—	<u>割合①:20%</u>	地域包括ケア病棟等	以下のいずれか ・A得点が1点以上 ・C得点が1点以上
	許可病床200床未満	18%	15%	7対1入院基本料(結核)	<u>8%</u>	<u>割合②:27%</u>		
急性期一般入院料5		17%	14%	7対1入院基本料(専門)	<u>割合①:21%</u>	<u>割合①:20%</u>	※1:B項目については、基準からは除外するが、当該評価票を用いて評価を行っていること ※2:7対1入院基本料(結核)、看護必要度加算、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算も同様	
7対1入院基本料(特定)		—	28%	看護必要度加算1(特定、専門)	<u>18%</u>	<u>17%</u>		
7対1入院基本料(結核)		10%	8%	看護必要度加算2(特定、専門)	<u>16%</u>	<u>15%</u>		
7対1入院基本料(専門)		30%	28%	看護必要度加算3(特定、専門)	<u>13%</u>	<u>12%</u>	【経過措置】 令和6年3月31日時点で施設基準の届出あり ⇒ 令和6年9月30日まで 基準を満たしているものとする	
看護必要度加算1(特定、専門)		22%	20%	総合入院体制加算1	<u>33%</u>	<u>32%</u>		
看護必要度加算2(特定、専門)		20%	18%	総合入院体制加算2	<u>31%</u>	<u>30%</u>		
看護必要度加算3(特定、専門)		18%	15%	総合入院体制加算3	<u>28%</u>	<u>27%</u>		
総合入院体制加算1・2		33%	30%	急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算	<u>6%</u>	<u>5%</u>		
総合入院体制加算3		30%	27%	看護補助加算1	<u>4%</u>	<u>3%</u>		
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算		7%	6%	地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注7	<u>10%</u>	<u>8%</u>		
看護補助加算1		5%	4%					
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注7		12%	8%					

■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

【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】

【解説】

◆ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価については**公益裁定**により基準等が決定

➤ 評価項目の見直し

- ✓ 「注射薬剤3種類以上の管理」について、**7日間を該当日数の上限**とし、対象薬剤から**静脈栄養に関する薬剤が除外**
- ✓ 抗悪性腫瘍剤、麻薬、昇圧剤、抗不整脈薬の薬剤の使用(注射剤のみ)ならびに抗血栓塞栓薬及び無菌治療室での治療の評価について、**2点から3点に変更**
- ✓ 「救急搬送後の入院」及び「緊急に入院を必要とする状態」について、**評価日数を5日間から2日間に変更**
- ✓ C項目の対象手術及び**評価日数**の実態を踏まえた見直し

➤ 短期滞在手術等基本料の対象手術等を実施した患者を**評価対象者に追加**

➤ 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において「**B項目**」による**評価指標**から**当該項目を廃止**

【疑義解釈】

Q: 例えば令和6年4月に急性期一般入院料1から急性期一般入院料4に**変更の届出を行った**保険医療機関又は急性期一般入院料4から急性期一般入院料1に**変更の届出を行った**保険医療機関における新施設基準の重症度、医療・看護必要度の基準の**経過措置及び届出についてどのように考えればよいか。**

A: いずれの保険医療機関についても、**令和6年6月3日までに新施設基準の届出を行う必要があります、経過措置については適用されない。**

■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

【特定集中治療室管理料等の見直し】

[基本的な考え方]

特定集中治療室管理料等について、以下の見直しを行う。

- ① 適切な集中治療を推進する観点から、重症患者の受入れ及び多様な医師の人員配置を考慮した評価体系に見直す。
- ② 特定集中治療室管理料について、高度急性期の入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度を見直し、また、入室時にSOFAスコアが一定以上である患者の割合を評価する観点から要件を見直すとともに、評価を見直す。

[具体的な内容]

1. SOFAスコアが一定以上の患者の割合を特定集中治療室の患者指標に導入し、評価を見直す。また、この患者指標及び専任の常勤医師の治療室内の勤務を要件としない区分を新設する。
2. 重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いた評価を要件化
3. 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の項目及び該当基準について以下のとおり見直し、それに伴い施設基準における該当患者割合の基準についても見直す。
 - 「輸液ポンプの管理」の項目を削除する。
 - 重症度、医療・看護必要度の基準に該当する要件について、A得点が3点以上であることからA得点が2点以上であることに変更する。
4. 治療室内に配置される専任の常勤医師は宿日直を行っていない医師であること及び保険医療機関内に配置される医師は宿日直を行っている医師を含むことを明確化する。
5. 治療室内に専任の常勤医師が配置されない区分において、遠隔ICUモニタリングにより特定集中治療室管理料1及び2の届出を行う施設から支援を受けることを評価する。

■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

【特定集中治療室管理料等の見直し】

改定後

【特定集中治療室管理料1・2】

[施設基準]

- ・ 直近1年の間に新たに治療室に入室する患者のうち、入室日のS O F Aスコア5以上の患者が1割以上であること。ただし、15歳未満の小児は対象から除くものであること。
- ・ 重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて患者の状態を評価し、基準を満たす患者が**8割**以上いること。
- ・ 専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること。当該専任の医師に、特定集中治療の経験を5年以上有する医師を2名以上含むこと。当該専任の医師は、宿日直を行う医師ではないこと。

【特定集中治療室管理料3・4】

[施設基準]

- ・ 直近1年の間に新たに治療室に入室する患者のうち、入室日のS O F Aスコア3以上の患者が1割以上であること。ただし、15歳未満の小児は対象から除くものであること。
- ・ 重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて患者の状態を評価し、基準を満たす患者が**7割**以上いること。
- ・ 専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること。当該専任の医師は、宿日直を行う医師ではないこと。

【特定集中治療室管理料5・6】（新設）

[施設基準]

- ・ 重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて患者の状態を評価し、基準を満たす患者が7割以上いること。
- ・ 専任の医師（宿日直を行っている専任の医師を含む）が常時、保険医療機関内に勤務していること。

現行

(7日以内の期間)	
特定集中治療室管理料1・2	14,211点
特定集中治療室管理料3・4 (新設)	9,697点



改定後

(7日以内の期間)	
特定集中治療室管理料1・2	14,406点
特定集中治療室管理料3・4	9,890点
特定集中治療室管理料5・6	8,890点

特定集中治療室遠隔支援加算の新設

（新） 特定集中治療室遠隔支援加算 980点

【算定要件】

特定集中治療室管理料5又は特定集中治療室管理料6を算定する保険医療機関であって別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たすものにおいて、特定集中治療室管理に係る専門的な医療機関として別に厚生労働大臣が定める保険医療機関と情報通信機器を用いて連携して特定集中治療室管理がおこなわれた場合に所定点数に加算する。

【施設基準】

(被支援側医療機関)

支援側医療機関の施設基準を満たす他の保険医療機関と情報通信機器を用いて連携して特定集中治療室管理を実施するための必要な体制が整備されていること。

(支援側医療機関)

- ・ 特定集中治療室管理料1又は特定集中治療室管理料2に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- ・ 特定集中治療室管理について情報通信機器を用いて支援を行うにつき十分な体制を有していること。

■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

【特定集中治療室管理料等の見直し】

(参考)SOFAスコア

	0	1	2	3	4
呼吸機能 PaO ₂ /FiO ₂	>400	≤400	≤300	≤200	≤100
				呼吸補助下	呼吸補助下
凝固機能 血小板数[×10 ³ /mm ³]	>150	≤150	≤100	≤50	≤20
肝機能 ビリルビン値[mg/dL]	<1.2	1.2-1.9	2.0-5.9	6.0-11.9	>12.0
循環機能, 血圧低下	なし	平均動脈圧 <70mmHg	ドパミン≤5γ orドブタミン投与	ドパミン>5γ or エピネフリン≤0.1γ or ノルエピネフリン≤0.1γ	ドパミン>15γ or エピネフリン>0.1γ or ノルエピネフリン>0.1γ
中枢神経機能 Glasgow Coma Scale	15	13-14	10-12	6-9	<6
腎機能 クリアチニン値[mg/dL]	<1.2	1.2-1.9	2.0-3.4	3.5-4.9 or 尿量<500ml/day	>5.0 or 尿量<200ml/day

(参考) 特定集中治療室管理料の施設基準概要

	ICU1	ICU2	ICU3	ICU4	ICU5	ICU6
	7日以内 14,406点 8日以上 12,828点	7日以内 14,406点 8日以上 12,828点 <small>※広範囲熱傷特定集中治療室管理料は8~60日まで13,028点</small>	7日以内 9,890点 8日以上 8,307点	7日以内 9,890点 8日以上 8,307点 <small>※広範囲熱傷特定集中治療室管理料は8~60日まで8,507点</small>	7日以内 8,890点 8日以上 7,307点	7日以内 8,890点 8日以上 7,307点 <small>※広範囲熱傷特定集中治療室管理料は8~60日まで7,507点</small>
医師の配置	<ul style="list-style-type: none"> 専任の医師が常時治療室内に勤務（特定集中治療の経験を5年以上有する医師を2名以上含む） 当該専任の医師は、宿日直を行う医師ではない 		<ul style="list-style-type: none"> 専任の医師が常時治療室内に勤務 当該専任の医師は、宿日直を行う医師ではない 		<ul style="list-style-type: none"> 専任の医師（宿日直許可を受けた上で宿日直を行っている専任の医師を含む）が常時保険医療機関内に勤務 	
	-	広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤医師が保険医療機関内勤務	-	広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤医師が保険医療機関内勤務	-	広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤医師が保険医療機関内勤務
看護師の配置	常時 2 : 1 <ul style="list-style-type: none"> 集中治療を必要とする患者の看護の経験5年以上、かつ、適切な研修を修了した専任の常勤看護師を治療室内に週20時間以上配置 					
臨床工学技士の配置	専任の臨床工学技士が常時院内勤務					
治療室の面積	1床あたり20㎡ <small>※新生児用は1床あたり9㎡</small>	1床あたり20㎡	1床あたり15㎡ <small>※新生児用は1床あたり9㎡</small>	1床あたり15㎡	1床あたり15㎡ <small>※新生児用は1床あたり9㎡</small>	1床あたり15㎡
必要な装置・器具等	<ul style="list-style-type: none"> 救急蘇生装置（気管内挿管セット、人工呼吸装置等）、除細動器、ペースメーカー、心電計、ポータブルX線撮影装置、呼吸循環監視装置 （新生児用の治療室の場合：経皮的酸素分圧監視装置又は経皮的動脈血酸素飽和度測定装置、酸素濃度測定装置、光線治療器） 自家発電装置を有している病院であって、当該病院において電解質定量検査・血液ガス分析を含む必要な検査が常時実施できること 手術室と同程度の空気清浄度を有する個室及び陰圧個室を設置することが望ましい 					
重症度、医療・看護必要度	ICU用必要度Ⅱの基準を満たす患者：8割以上		ICU用必要度Ⅱの基準を満たす患者：7割以上		ICU用必要度Ⅱの基準を満たす患者：7割以上	
重症患者の受入	入室日のSOFAスコア5以上の患者：1割以上		入室日のSOFAスコア3以上の患者：1割以上		-	

■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

【特定集中治療室管理料等の見直し】

【解説】

◆ 特定集中治療室管理料5、6の新設

➤ 専任の常勤医師の治療室内の勤務を要件としない区分

- ✓ 従前の管理料1～4では**特定集中治療室内**に勤務、当該専任の医師は、**宿日直を行う医師ではないこと**
- ✓ 新設の管理料5・6では**保険医療機関内**に勤務

◆ 特定集中治療室用の**重症度、医療・看護必要度Ⅱ**のみにて評価となる

➤ 「輸液ポンプの管理」の項目を**削除**し、該当基準を**A得点2点以上**に変更

◆ 入室日の**SOFAスコア**により重症患者の受入を評価

➤ 直近1年の間に新たに治療室に入室する患者のうち

- ✓ 治療室1・2では入室日の**SOFAスコア5以上**の患者が1割以上
- ✓ 治療室3・4では入室日の**SOFAスコア3以上**の患者が1割以上

◆ 特定集中治療室**遠隔支援加算**の新設

■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

【特定集中治療室管理料等の見直し】

【疑義解釈】

- ◆ 特定集中治療室管理料の「1」から「4」の施設基準において、「当該専任の医師は、**宿日直を行う医師ではないこと。**」とされているが、
 - Q1: **当該保険医療機関が宿日直許可を取得していないことが求められるのか。**
 - A1: 当該要件は、保険医療機関が宿日直許可を取得していないことを求めるものではなく、**当該治療室に勤務する専任の医師が、宿日直を行う医師ではないことが求めるものである。**
 - Q2: 当該治療室に勤務する医師が、**宿日直を行う医師ではない医師**であって、**宿日直許可を取得している業務に従事する場合**について、どのように考えればよいか。
 - A2: 宿日直許可を取得している業務に従事するかにかかわらず、**専任の医師が当該治療室に勤務している間、宿日直を行っていないことが求められる。**
- ◆ 特定集中治療室管理料の「1」から「4」の施設基準において、
 - Q1: 入室日におけるSOFAスコアの評価方法如何。
 - A1: 日本集中治療医学会ICU機能評価委員会による「**JIPAD 日本ICU患者データベース データ辞書**」等を参考に、原則として入室後、速やかに評価し、**入室日に2回以上評価した場合、最も高いスコア**をその患者のスコアとする。
 - Q2: 入室日のSOFAスコアの基準が定められているが、**入室日というのは当該治療室に入った初日**を指すのか。
 - A2: **そのとおり。**
 - Q3: 1回の入院において**複数回入室**した場合についてどのように考えればよいか。
 - A3: **入院期間が通算される1回の入院**において、特定集中治療室に**複数回入室**した場合、**初回の入室日のSOFAスコア**を評価する。
 - Q4: 令和6年5月31日以前に測定した、入室日のSOFAスコアについてどのように考えればよいか。
 - A4: 令和6年5月31日以前に測定したSOFAスコアについては、**2023年度「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料に基づいて測定しているSOFAスコアであれば、施設基準の計算に用いてよい。**
 - Q5: 患者の入室日のSOFAスコアの基準が示され、15歳以上の患者が対象とされているが、15歳未満の患者を主として受け入れる治療室はどのように評価するのか。
 - A5: 15歳以上の患者の入室日のSOFAスコアにより評価する。ただし、15歳以上の患者の入室日のSOFAスコアで基準を満たさない場合であって、15歳未満の患者をpSOFAスコアで評価し、15歳未満の患者も含めて評価して基準を満たす場合には、SOFAスコアの基準を満たすものとして差し支えない。

■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

【特定集中治療室管理料等の見直し】

[特定集中治療室遠隔支援加算]の新設

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

(新) 特定集中治療室遠隔支援加算

980点

【算定要件】

特定集中治療室管理料5又は特定集中治療室管理料6を算定する保険医療機関であって別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たすものにおいて、特定集中治療室管理に係る専門的な医療機関として別に厚生労働大臣が定める保険医療機関と情報通信機器を用いて連携して特定集中治療室管理がおこなわれた場合に所定点数に加算する。

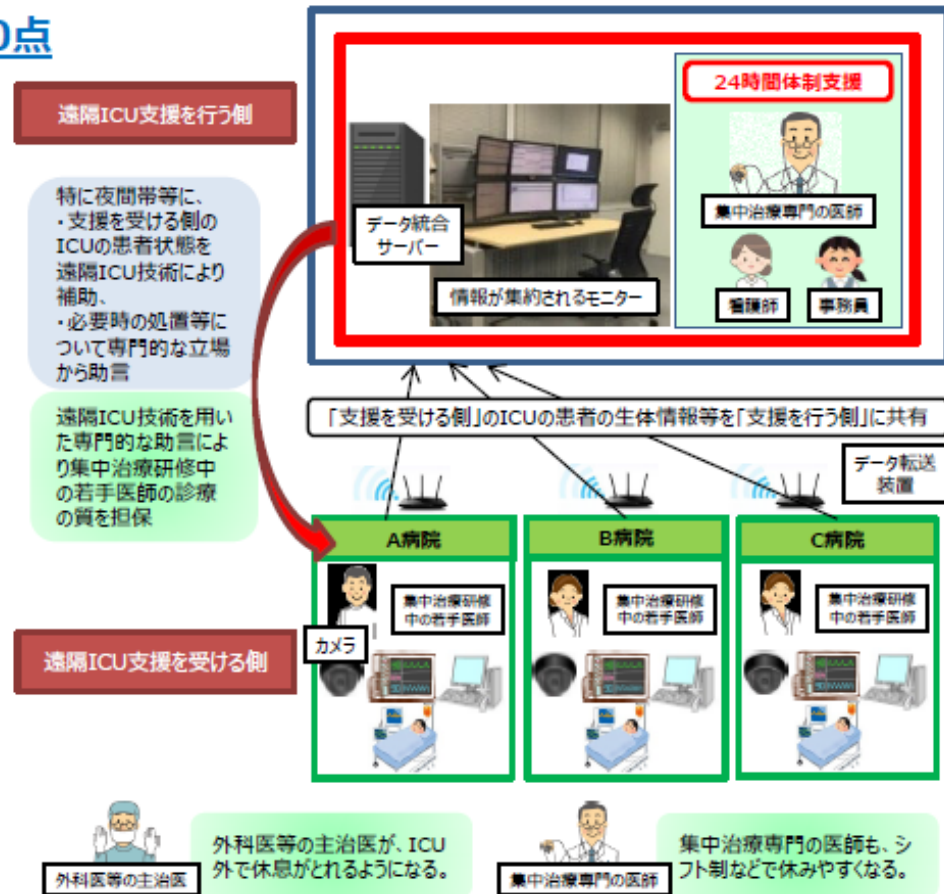
【施設基準】

(被支援側医療機関)

支援側医療機関の施設基準を満たす他の保険医療機関と情報通信機器を用いて連携して特定集中治療室管理を実施するための必要な体制が整備されていること。

(支援側医療機関)

- 特定集中治療室管理料1又は特定集中治療室管理料2に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- 特定集中治療室管理について情報通信機器を用いて支援を行うにつき十分な体制を有していること。



■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

【特定集中治療室管理料等の見直し】

〔特定集中治療室遠隔支援加算の施設基準〕

□被支援側医療機関における施設基準を満たした上で、支援側医療機関における施設基準を満たす医療機関から入院患者についての常時モニタリングを受けるとともに助言を受けられる体制があること。

(1) 被支援側医療機関における施設基準

ア 特定集中治療室管理料5又は特定集中治療室管理料6の届出を行っていること。

イ 支援側医療機関から定期的に重症患者の治療に関する研修を受けていること。

ウ 情報セキュリティに必要な体制を整備した上で、支援側による電子カルテの確認及びモニタリングに必要な機器等を有している等関係学会の定める指針に従って支援を受ける体制を有していること。

(2) 支援側医療機関における施設基準

ア 特定集中治療室管理料1又は特定集中治療室管理料2の届出を行っていること。

イ 当該保険医療機関が支援する被支援側医療機関に、「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域又は医療法第三十条の四第六項に規定する医師の数が少ないと認められる同条第二項第十四号に規定する区域に所在する保険医療機関が含まれること。なお、令和7年5月31日までの間に限り、当該基準を満たすものであること。

ウ 特定集中治療の経験を5年以上有する医師又は集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の看護師が、被支援側医療機関の特定集中治療室における患者のモニタリングを常時行うこと。

エ 特定集中治療の経験を5年以上有する医師が、特定集中治療室内に勤務する専任の医師と別に配置されていること。

オ ウの職員数は、被支援側医療機関の治療室における入院患者数が30又はその端数を増すごとに1以上であること。

カ 被支援側医療機関に対して定期的に重症患者の治療に関する研修を行うこと。

キ 情報セキュリティに必要な体制を整備した上で、被支援側医療機関の電子カルテの確認及びモニタリングに必要な機器等を有する等関係学会の定める指針に従って支援を行う体制を有していること。

■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

【特定集中治療室管理料等の見直し】

【疑義解釈】

- Q1:「A301」特定集中治療室管理料の注7に規定する特定集中治療室遠隔支援加算の支援側医療機関の施設基準において、「特定集中治療の経験を5年以上有する医師が、特定集中治療室内に勤務する専任の医師と別に配置されていること。」とあるが、当該別に配置されている医師は、支援側医療機関の特定集中治療室に入院する患者に係る業務を行ってもよいか。
- A1: 特定集中治療室内に専任の医師が2名以上勤務しており、そのうち遠隔支援を担当する医師が特定集中治療の経験を5年以上有する医師である場合であって、当該医師が遠隔支援に係る助言を求められた際に対応可能である場合に限り、施設基準を満たすものとみなす。
- Q2:「A301」特定集中治療室管理料の注7に規定する特定集中治療室遠隔支援加算の支援側医療機関の施設基準において、「特定集中治療の経験を5年以上有する医師が、特定集中治療室内に勤務する専任の医師と別に配置されていること。」とあるが、当該別に配置されている医師は、支援側医療機関の特定集中治療室内に勤務している必要はあるか。
また、当該医師は宿日直を行う医師であってもよいか。
- A2: 当該医師は支援側医療機関の特定集中治療室内に勤務している必要はなく、宿日直を行う医師であっても差し支えない。ただし、当該医師が被支援側医療機関の特定集中治療室における患者のモニタリングを行っている看護師から助言を求められた場合に直ちに対応できる必要がある。
- Q3:「A301」特定集中治療室管理料の注7に掲げる特定集中治療室遠隔支援加算の支援側医療機関の施設基準において、「特定集中治療の経験を5年以上有する医師又は集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の看護師が、被支援側医療機関の特定集中治療室における患者のモニタリングを常時行うこと。」とあるが、患者のモニタリングを行う場所は、支援側の医療機関における特定集中治療室内である必要があるのか。
- A3: モニタリングを行う場所は、支援側の保険医療機関内であれば、特定集中治療室内である必要はないが、患者のモニタリングを行う職員が集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の看護師である場合には、特定集中治療の経験を5年以上有し、遠隔支援を担当する医師と速やかに連絡を取れる体制を有する必要がある。

■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

【ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の見直し】

[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。

[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要件について、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」に変更する。
 - (4) A項目から「心電図モニターの管理」及び「輸液ポンプの管理」の項目を削除した上で、該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。

■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

【ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の見直し】

〔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。

現行		
A モニタリング及び処置等	0点	1点
1 創傷処置(①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり
2 蘇生術の施行	なし	あり
3 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合及び人工呼吸器の装着の場合を除く)	なし	あり
4 点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり
5 心電図モニターの装着	なし	あり
6 輸液ポンプの管理	なし	あり
7 動脈圧測定(動脈ライン)	なし	あり
8 シリンジポンプの管理	なし	あり
9 中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	なし	あり
10 人工呼吸器の装着	なし	あり
11 輸血や血液製剤の管理	なし	あり
12 肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル)	なし	あり
13 特殊な治療法等 (CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO、IMPELLA)	なし	あり

改定後		
<ul style="list-style-type: none"> ・「心電図モニターの管理」及び「輸液ポンプの管理」の項目を削除 ・「創傷処置」及び「呼吸ケア」は、必要度Ⅱで対象となる診療行為を実施した場合に評価し、「創傷処置」から褥瘡の処置を除外 ・「点滴ライン同時3本以上の管理」を「注射薬剤3種類以上の管理」に変更 		
A モニタリング及び処置等	0点	1点
1 創傷の処置(褥瘡の処置を除く)	なし	あり
2 蘇生術の施行	なし	あり
3 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合及び人工呼吸器の装着の場合を除く)	なし	あり
4 注射薬剤3種類以上の管理(最大7日間)	なし	あり
5 動脈圧測定(動脈ライン)	なし	あり
6 シリンジポンプの管理	なし	あり
7 中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	なし	あり
8 人工呼吸器の装着	なし	あり
9 輸血や血液製剤の管理	なし	あり
10 肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル)	なし	あり
11 特殊な治療法等 (CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO、IMPELLA)	なし	あり

該当患者割合の基準について見直すとともに、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。

基準	A得点3点以上かつB4得点以上
	基準に該当する患者割合の基準
ハイケアユニット入院医療管理料1	8割
ハイケアユニット入院医療管理料2	6割

基準①	2、7、8、9、10又は11のうち1項目以上に該当
基準②	1～11のうち1項目以上に該当
	基準に該当する患者割合の基準(※)
ハイケアユニット入院医療管理料1	1割5分以上が基準①に該当かつ8割以上が基準②に該当
ハイケアユニット入院医療管理料2	1割5分以上が基準①に該当かつ6割5分以上が基準②に該当

■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

【ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の見直し】

【解説】

- ◆ レセプト電算処理システム用コードを用いたハイケア用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを導入
- ◆ 評価項目の見直し
 - 削除
 - ✓ 「心電図モニターの管理」
 - ✓ 「輸液ポンプの管理」
 - ✓ 「創傷処置」から褥瘡の処置
 - 変更
 - ✓ 「創傷処置」、「呼吸ケア」は必要度Ⅱで対象となる診療行為を実施した場合に評価
 - ✓ 「点滴ライン同時3本以上の管理」を「注射薬剤3種類以上の管理」(最大7日間)
- ◆ 該当患者割合の基準について見直し

(※旧基準:A得点3点以上かつB4得点以上)

 - 新基準
 - ✓ ①:蘇生術の施行、中心静脈圧測定、人工呼吸器の装着、輸血や血液製剤の管理、肺動脈圧測定、特殊な治療法等のうち1項目以上
 - ✓ ②:すべて評価項目のうち1項目以上
 - ハイケアユニット入院医療管理料1
 - ✓ 1割5分以上が①に該当、かつ8割以上が②に該当
 - ハイケアユニット入院医療管理料2
 - ✓ 1割5分以上が①に該当、かつ6割5分以上が②に該当

■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

【重症度、医療・看護必要度Ⅱの要件化】

[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。

[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床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

■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

【重症度、医療・看護必要度Ⅱの要件化】

現行

【急性期一般入院料】

[施設基準]

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。



改定後

【急性期一般入院料】

[施設基準]

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。

※救命救急入院料2及び4並びに特定集中治療室管理料についても、同様の見直しを行う。

[経過措置]

令和6年3月31日において現に届出を行っている病棟については、令和7年9月30日までの間に限り、必要度Ⅱを用いた評価に係る要件を満たすものとみなす。

■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

【重症度、医療・看護必要度Ⅱの要件化】

【解説】

➤ 各入院料において

- ✓ 急性期一般入院料1 許可病床数が200床以上の病院 ➡ 紙カルテの病院を除く**全ての病院**
- ✓ 急性期一般入院料2・3 許可病床数が**400床以上**の病院 ➡ 許可病床数が**200床以上**の病院
- ✓ 急性期一般入院料4・5 許可病床数が400床以上の病院
- ✓ **救命救急入院料2・4**
- ✓ **特定集中治療管理料1～6**

■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

【重症患者対応体制強化加算の要件の見直し】

[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。

[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。

現行		改定後		
<p>【重症患者対応体制強化加算】 (救命救急入院料 2・4、特定集中治療室管理料 1～5) [施設基準] 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、<u>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。</u></p>		<p>【重症患者対応体制強化加算】 (救命救急入院料 2・4、特定集中治療室管理料 1～5) [施設基準] 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 6 か月間で 1 割 5 分以上であること。</p>		
[施設基準]	<p>専従の常勤看護師 1 名 以上</p> <p>専従の常勤臨床工学技士 1 名 以上</p> <p>看護師 2 名 以上 ※当該治療室の施設基準に係る看護師の数に含めないこと。 ※当該治療室以外の治療室又は病棟において勤務した場合、勤務した治療室又は病棟における看護師の数に含めないこと。</p>	<p>・集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験が 5 年以上かつ集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修を修了した看護師</p> <p>・救命救急入院料/特定集中治療室管理料の届出を行っている医療機関において 5 年以上勤務した臨床工学技士</p> <p>・集中治療の看護に従事した経験が 3 年以上かつ集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修を受講。</p>	<p>*実施業務*</p> <p>・集中治療を必要とする患者の看護に従事する看護職員を対象とした院内研修を、年 1 回以上実施。院内研修は、重症患者への看護実践のために必要な知識・技術の習得とその向上を目的とした、以下の内容を含む研修であること</p> <p>① 重症患者の病態生理、全身管理の知識・看護</p> <p>② 人工呼吸器及び体外式膜型人工肺 (ECMO) を用いた重症患者の看護の実際</p>	<p>*実施業務*</p> <p>・新興感染症の発生等の有事の際に、都道府県等の要請に応じて、他の医療機関等の支援を行う。(支援にあたる看護師は当該看護師であることが望ましい)</p> <p>・地域の医療機関等が主催する集中治療を必要とする患者の看護に関する研修に講師として参加するなど、地域における集中治療の質の向上を目的として、地域の医療機関等と協働することが望ましい。</p>
必要な届出	<p>・区分番号「A200-2」急性期充実体制加算 ・区分番号「A234-2」感染対策向上加算 1</p>			
実績	<p>・特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の「特殊な治療法等」に該当する患者が直近 6 か月で 1 割 5 分以上</p>			

■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

【重症患者対応体制強化加算の要件の見直し】

【解説】

➤「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

➡ 「特殊な治療法等」に該当する患者が直近6か月間で1割5分以上であること

✓「特殊な治療法等」

◆ CHDF

◆ IABP

◆ PCPS

◆ 補助人工心臓

◆ ICP測定

◆ ECMO

◆ IMPELLA

■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

【短期滞在手術等基本料の評価の見直し】

[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。

[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。
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。

短期滞在手術等基本料1の見直し

- ▶ 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。

現行		改定後	
【短期滞在手術等基本料1】		【短期滞在手術等基本料1】	
短期滞在手術等基本料1（日帰りの場合）		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	<u>(改) イ 主として入院で実施されている手術を行った場合</u>	
□ イ以外の場合	2,718点	<u>(1) 麻酔を伴う手術を行った場合</u>	<u>2,947点</u>
		<u>(2) (1)以外の場合</u>	<u>2,718点</u>
		<u>(改) □ イ以外の場合</u>	
		<u>(1) 麻酔を伴う手術を行った場合</u>	<u>1,588点</u>
		<u>(2) (1)以外の場合</u>	<u>1,359点</u>

■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

【短期滞在手術等基本料の評価の見直し】

[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。

短期滞在手術等基本料1の対象手術等

（「イ」主として入院で実施されている手術を行った場合の対象手術等）

- 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）
- D291-2 小児食物アレルギー負荷検査
- K006 皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外） 4 長径十二センチメートル以上
（六歳未満に限る。）
- K030 四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術 2 手、足（手に限る。）
- 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。）
- K068 半月板切除術
- K068-2 関節鏡下半月板切除術
- K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 イ 縫着レンズを挿入す
るもの
- K282 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合
- K282 水晶体再建術 3 計画的後嚢切開を伴う場合
- K474 乳腺腫瘍摘出術 1 長径5センチメートル未満
- K474 乳腺腫瘍摘出術 2 長径5センチメートル以上
- K508 気管支狭窄拡張術（気管支鏡によるもの）
- 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）
- K617 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術
- K653 内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術 1 早期悪性腫瘍粘膜切除
術
- K834-3 顕微鏡下精索静脈瘤手術
- K841-2 経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 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
- K841-2 経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 2 ツリウムレーザーを用い
るもの
- K841-2 経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 3 その他のもの

（「ロ」イ以外の場合の対象手術等）

- K005 皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部） 3 長径四センチメートル以上（六歳
未満に限る。）
- K006 皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外） 3 長径六センチメートル以上十
二センチメートル未満（六歳未満に限る。）
- K008 腋臭症手術
- K070 ガングリオン摘出術 1 手、足、指（手、足）（手に限る。）
- K093 手根管開放手術
- K093-2 関節鏡下手根管開放手術
- K202 涙管チューブ挿入術 1 涙道内視鏡を用いるもの
- K217 眼瞼内反症手術 2 皮膚切開法
- K219 眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前転法
- K219 眼瞼下垂症手術 3 その他のもの
- K224 翼状片手術（弁の移植を要するもの）
- 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。）
- K268 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術
- 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
- K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1 初回
- 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
- K617 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法（一連として）
- K617 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術
- K617-4 下肢静脈瘤血管内焼灼術
- K617-6 下肢静脈瘤血管内塞栓術
- K721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径二センチメートル未満
- 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）
- 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、肛門尖圭コンジローム切除術に限る。）
- K823-6 尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）

■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

【短期滞在手術等基本料の評価の見直し】

[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。

短期滞在手術等基本料3の見直し

- ▶ 短期滞在手術等基本料3について、実態を踏まえ、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。

(片側・両側で評価の区別を行う手術等)

K202	涙管チューブ挿入術	1	涙道内視鏡を用いるもの
K217	眼瞼内反症手術	2	皮膚切開法
K219	眼瞼下垂症手術	1	眼瞼挙筋前転法
K219	眼瞼下垂症手術	3	その他のもの
K224	翼状片手術		(弁の移植を要するもの)
K242	斜視手術	2	後転法
K242	斜視手術	3	前転法及び後転法の併施
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。)
K268	緑内障手術	6	水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術

■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

【短期滞在手術等基本料の評価の見直し】

[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。

短期滞在手術等基本料3の対象手術等

D 2 3 7 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	K 6 1 6 - 4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1 初回
D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合 □ その他のもの	K 6 1 6 - 4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 2 1の実施後3月以内に実施する患者
D 2 3 7 - 2 反復睡眠潜時試験 (MSLT)	K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術
D 2 8 7 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)	K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法 (一連として)
D 2 9 1 - 2 小児食物アレルギー負荷検査	K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術
D 4 1 3 前立腺針生検法 2 その他のもの	K 6 1 7 - 2 大伏在静脈抜去術
K 0 0 7 - 2 経皮的放射線治療用金属マーカー留置術	K 6 1 7 - 4 下肢静脈瘤血管内焼灼術
K 0 3 0 四肢・軀幹軟部腫瘍摘出術の 2 手、足 (手に限る。)	K 6 1 7 - 6 下肢静脈瘤血管内塞栓術
K 0 4 6 骨折観血的手術 2 前腕、下腿、手舟状骨 (手舟状骨に限る。)	K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア
K 0 4 8 骨内異物 (挿入物を含む。) 除去術 3 前腕、下腿 (前腕に限る。)	K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側)
K 0 4 8 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。)	K 7 2 1 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
K 0 4 8 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。)	K 7 2 1 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
K 0 7 0 ガングリオン摘出術 1 手、足、指 (手、足) (手に限る。)	K 7 4 3 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)
K 0 9 3 - 2 関節鏡下手根管開放手術	K 7 4 7 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。)
K 1 9 6 - 2 胸腔鏡下交感神経節切除術 (両側)	K 7 4 7 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。)
K 2 0 2 涙管チューブ挿入術 1 涙道内視鏡を用いるもの	K 7 6 8 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術 (一連につき)
K 2 1 7 眼瞼内反症手術の 2 皮膚切開法	K 8 2 3 - 6 尿失禁手術 (ボツリヌス毒素によるもの)
K 2 1 9 眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前転法	K 8 3 4 - 3 顕微鏡下精索静脈瘤手術
K 2 1 9 眼瞼下垂症手術 3 その他のもの	K 8 6 7 子宮頸部 (腔部) 切除術
K 2 2 4 翼状片手術 (弁の移植を要するもの)	K 8 7 2 - 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
K 2 4 2 斜視手術 2 後転法	K 8 7 2 - 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 3 その他のもの
K 2 4 2 斜視手術 3 前転法及び後転法の併施	K 8 7 3 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 1 電解質溶液利用のもの
K 2 5 4 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。)	K 8 7 3 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 2 その他のもの
K 2 6 8 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術	K 8 9 0 - 3 腹腔鏡下卵管形成術
K 2 8 2 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 □ その他のもの	M 0 0 1 - 2 ガンマナイフによる定位放射線治療
K 2 8 2 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合	
K 3 1 8 鼓膜形成手術	
K 3 3 3 鼻骨骨折整復固定術	
K 3 8 9 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	
K 4 7 4 乳腺腫瘍摘出術 1 長径5センチメートル未満	
K 4 7 4 乳腺腫瘍摘出術 2 長径5センチメートル以上	

■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

【短期滞在手術等基本料の評価の見直し】

[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。

短期滞在手術等基本料の対象手術等の取扱い

➤ DPC対象病院の場合

	短期滞在手術等基本料の算定可否	平均在院日数	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度※
短期滞在1の対象手術等を実施する入院患者	○	対象外	対象外 → 対象
短期滞在3の対象手術等を実施する入院患者 (短期滞在手術等の要件を満たす場合)	× (DPC/PDPSで算定) ※DPC対象病院ではDPC/PDPSによる評価を優先するため	対象外	対象外 → 対象
短期滞在3の対象手術等を実施する入院患者 (短期滞在手術等の要件を満たさない場合)	× (DPC/PDPSで算定)	対象	対象

➤ DPC対象病院以外の場合

	短期滞在手術等基本料の算定可否	平均在院日数	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度※
短期滞在1の対象手術等を実施する入院患者	○	対象外	対象外 → 対象
短期滞在3の対象手術等を実施する入院患者 (短期滞在手術等の要件を満たす場合)	○ (原則、短期滞在3を算定する)	対象外	対象外 → 対象
短期滞在3の対象手術等を実施する入院患者 (短期滞在手術等の要件を満たさない場合)	×	対象	対象

(※) 特定集中治療室用及びハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度における取扱いは従前と同様。

■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

【短期滞在手術等基本料の評価の見直し】

【解説】

- 短期滞在手術基本料1:
 - ✓ 対象手術等について入院・入院外にて実施されているかどうかで区分が分けられた
- 短期滞在手術基本料3:
 - ✓ 賃上げに資する措置も考慮した評価(点数)の見直しが行われた
 - ✓ 片側・両側で評価の区分を行う手術等が追加された。
- 関連する指標について短期滞在手術基本料の取り扱いについて
 - ✓ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について 対象外 ➡ 対象

【疑義解釈】

Q: DPC対象病院において短期滞在手術等基本料3の対象手術等を実施した患者については、どのように算定するのか。

A: DPC対象病院においては、DPC/PDPSによる算定を行う病床に限らず、全ての病床において短期滞在手術等基本料3は算定できない。

■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

【主としてケアを担う看護補助者の評価の新設】

[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。

[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。
- 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。なお、この身体的拘束を実施した日の取扱いについては、令和7年6月1日以降より適用する。

■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

【主としてケアを担う看護補助者の評価の新設】

[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。

現行		改定後	
【療養病棟入院料】		【療養病棟入院基本料】	
注12 イ 夜間看護加算	50点	注12 夜間看護加算	50点
□ 看護補助体制充実加算	55点	注13 イ 看護補助体制充実加算 1	80点
		□ 看護補助体制充実加算 2	65点
		ハ 看護補助体制充実加算 3	55点

※障害者施設等入院基本料及び地域包括ケア病棟入院料の看護補助体制充実加算も同様に見直すとともに、地域包括医療病棟入院料に同様の加算を新設する。

[算定要件] (概要)

当該基準に係る区分に従い、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。

※身体的拘束を実施した日の取扱いは、令和7年6月1日以降より適用する。

[施設基準]

(1)看護補助体制充実加算1の施設基準

- ア 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、5割以上**配置配置されていること。
- イ **主として直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者の数は、常時100対1以上**であること。当該看護補助者は、介護福祉士の資格を有する者又は看護補助者として3年以上の勤務経験を有し適切な研修を修了した看護補助者であること。
- ウ 看護補助体制充実加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、院内研修を年1回以上受講した者であること。ただし、看護補助者が受講する研修内容については、看護補助者が行う業務内容ごとに業務範囲、実施手順、留意事項等について示した業務マニュアルを作成し、当該マニュアルを用いた院内研修を実施していること。
- エ 当該病棟の看護師長等は所定の研修を修了していること。当該病棟の全ての看護職員が院内研修を年1回以上受講していること。
- オ 当該保険医療機関における**看護補助者の業務に必要な能力を段階的に示し、看護補助者の育成や評価に活用**していること。

(2)看護補助体制充実加算2の施設基準

- (1)のイからオを満たすものであること。

(3)看護補助体制充実加算3の施設基準

- (1)のウ及びエを満たすものであること。

■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

【主としてケアを担う看護補助者の評価の新設】

【解説】

- 注13 当該基準に係る区分に従い、1日につき所定点数に加算する。
ただし、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。
 - ✓ **注12 夜間看護加算との併算定はできない**
- 身体拘束の実施に着目した評価
 - ✓ 身体拘束を実施した日の取扱いは、**令和7年6月1日以降より適用**
- 看護補助体制充実加算1
 - ✓ 当該保険医療に関において**3年以上の勤務経験**を有する看護補助者の割合 ➡ **5割以上**
 - ✓ 主として直接患者に対して療養生活上の世話をを行う看護補助者の数 ➡ **常時100対1以上**
 - ◆ここでいう看護補助者については**介護福祉士の有資格者**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**

■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

【主としてケアを担う看護補助者の評価の新設】

【疑義解釈】

Q1: 看護補助体制充実加算1の施設基準において、「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、5割以上配置されていること」とされているが、① 当該看護補助者の割合を算出するにあたり用いる看護補助者の数は、どのように計上するのか。② 当該看護補助者にみなし看護補助者を含めてよいか。

A1: それぞれ以下のとおり。① 当該保険医療機関において勤務する看護補助者の常勤換算後の人数を用いて算出すること。この場合、常勤以外の看護補助者の場合は、実労働時間数を常勤換算し計上すること。② 当該看護補助者の割合は、みなし看護補助者は含めずに算出すること。

Q2: 看護補助体制充実加算1の施設基準において、「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、5割以上配置されていること」とされているが、「3年以上」は連続ではなく、通算でもよいか。

A2: よい。

Q3: 「A101」療養病棟入院基本料、「A106」障害者施設等入院基本料、「A304」地域包括医療病棟入院料及び「A308-3」地域包括ケア病棟入院料の注に規定する看護補助体制充実加算1及び2の施設基準において、「主として直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が100又はその端数を増すごとに1以上であること」とされているが、① 当該看護補助者の数は、どのように計上するのか。② 当該看護補助者にみなし看護補助者を含めてよいか。

A3: それぞれ以下のとおり。① 月平均1日当たりの主として直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者配置数(※1)が、主として直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者配置数(※2)以上であること。(※1)月平均1日当たりの主として直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者配置数＝(主として直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者の月延べ勤務時間数)／(日数×8)(※2)主として直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者配置数＝(1日平均入院患者数)／100×3② 当該看護補助者にみなし看護補助者は含まない。

■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

【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】

[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け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。

[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。

現行	改定後
<p>【在宅患者支援病床初期加算】</p> <p>(1) 介護老人保健施設から入院した患者の場合 500点</p> <p>(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</p>	<p>【在宅患者支援病床初期加算】</p> <p>(1) 介護老人保健施設から入院した患者の場合</p> <p>① <u>救急搬送された患者又は他の保険医療機関で区分番号C004-2に掲げる救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者であって、入院初日から当該病棟に入院した患者の場合</u> 580点</p> <p>② <u>①の患者以外の患者の場合</u> 480点</p> <p>(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</p> <p>① <u>救急搬送された患者又は他の保険医療機関で区分番号C004-2に掲げる救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者であって、入院初日から当該病棟に入院した患者の場合</u> 480点</p> <p>② <u>①の患者以外の患者の場合</u> 380点</p>



■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

【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】

【解説】

➤ いわゆる下り搬送としての評価

- 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を対象
- 救急搬送された患者又は【新設】C004-2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地域包括ケア病棟へ入院初日から入院した患者について受入を行った場合の評価

✓ C004-2救急患者連携搬送料

※ 医師、看護師又は救急救命士が同乗し連携する他の医療機関に転院搬送する場合

1. 入院中の患者以外の患者の場合 1,800 点
2. 入院1日目の患者の場合 1,200 点
3. 入院2日目の患者の場合 800 点
4. 入院3日目の患者の場合 600 点

【疑義解釈】

Q:「C004-2」救急患者連携搬送料の施設基準において、「受入先の候補となる他の保険医療機関において受入が可能な疾患や病態について、当該保険医療機関が地域のメディカルコントロール協議会等と協議を行った上で、候補となる保険医療機関のリストを作成していること。」とあるが、保険医療機関間の協議には、地域のメディカルコントロール協議会が必ず参加する必要があるのか。

A: 受入先の候補となる保険医療機関のリストの作成のために必要な保険医療機関間の協議に、地域のメディカルコントロール協議会が参加することは必須ではない。ただし、メディカルコントロール協議会は、地域の救急患者搬送体制等について連携・協議を行う役割を担っていることから、これらの協議にも参加することや、参加しない場合であっても、保険医療機関間で協議した救急患者の搬送に係る連携体制に関する取り決め等について、メディカルコントロール協議会に報告がなされることが望ましい。

■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 【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】

40歳未満の勤務医師、事務職員等の賃上げに資する措置として入院基本料の評価の見直し及び、回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準の見直しに伴い、回復期リハビリテーション病棟入院料の評価を引き上げる。

現行	
回復期リハビリテーション病棟入院料1	2,129点
生活療養費を受ける場合	2,115点
回復期リハビリテーション病棟入院料2	2,066点
生活療養費を受ける場合	2,051点
回復期リハビリテーション病棟入院料3	1,899点
生活療養費を受ける場合	1,884点
回復期リハビリテーション病棟入院料4	1,841点
生活療養費を受ける場合	1,827点
回復期リハビリテーション病棟入院料5	1,678点
生活療養費を受ける場合	1,664点



改定後	
回復期リハビリテーション病棟入院料1	2,229点
生活療養費を受ける場合	2,215点
回復期リハビリテーション病棟入院料2	2,166点
生活療養費を受ける場合	2,151点
回復期リハビリテーション病棟入院料3	1,917点
生活療養費を受ける場合	1,902点
回復期リハビリテーション病棟入院料4	1,859点
生活療養費を受ける場合	1,845点
回復期リハビリテーション病棟入院料5	1,696点
生活療養費を受ける場合	1,682点

■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 【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】

【ポイント】

- ・専従の社会福祉士の配置が要件化(回リハ1・2)
- ・FIMの測定に関する研修会を年1回以上開催が要件化(回リハ1・3)
- ・2週間に1回以上FIM測定と診療録等に結果記載が要件化
- ・適切な口腔ケアと必要に応じた歯科医療機関への受診が要件化(回リハ1・2)
- ・地域リハビリテーション活動支援事業等の参加が望ましい(回リハ1・2)
- ・入退院時の栄養状態の評価にGLIM基準を用いることが要件化(回リハ1) 望ましい(回リハ2～5)
- ・体制強化加算1及び2が廃止

令和6年度診療報酬改定 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-⑬

回復期リハビリテーション病棟入院料 (主な施設基準)

	入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5 (※1)
職員の配置に関する施設基準	医師	専従常勤1名以上			
	看護職員	13対1以上(7割以上が看護師)	15対1以上(4割以上が看護師)		
	看護補助者	30対1以上			
	リハビリ専門職	専従常勤のPT3名以上、OT2名以上、ST1名以上	専従常勤のPT2名以上、OT1名以上		
	社会福祉士	専従常勤1名以上 ⇒ 専従常勤1名以上	-		
	管理栄養士	専従常勤1名	専従常勤1名の配置が望ましい		
リハビリテーションの提供体制等に関する施設基準	休日のリハビリテーション	○	-		
	FIMの測定に関する院内研修会	年1回以上開催	-	年1回以上開催	-
	リハビリ計画書の栄養項目記載/GLIM基準による評価	○	GLIM基準を用いることが望ましい		
	口腔管理	○	-		
	第三者評価	受けていることが望ましい	-	受けていることが望ましい	-
	地域貢献活動	参加することが望ましい		-	
アウトカムに関する施設基準	新規入院患者のうちの、重症の患者の割合	4割以上	3割以上		-
	自宅等に退院する割合	7割以上			
	リハビリテーション実績指数	40以上	-	35以上	-
	入院時に重症であった患者の退院時の日常生活機能評価()内はFIM総得点	3割以上が4点(16点)以上改善	3割以上が3点(12点)以上改善		
点数 ()内は生活療養を受ける場合	2,229点 (2,215点)	2,166点 (2,151点)	1,917点 (1,902点)	1,859点 (1,845点)	1,696点 (1,682点)

※1：入院料5については、届出から2年間に限り届け出ることができる。

■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 【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】

GLIM基準による栄養評価の要件化

GLIM基準による栄養評価の要件化

- ▶ 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。

栄養(※回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合は必ず記入)

基礎情報 身長(*1): ()cm 体重: ()kg BMI(*1): ()kg/m² *1:身長測定が困難な場合は省略可

栄養補給方法(複数選択可) 経口(食事 補助食品), 経管(経鼻胃管 胃瘻 その他), 静脈(末梢 中心)

嚥下調整食の必要性: (無 有: (学会分類コード))

栄養状態の評価: ① GLIM基準による評価(成人のみ): 判定 低栄養非該当 低栄養(中等度低栄養、 重度低栄養)
 該当項目 表現型(体重減少、 低BMI、 筋肉量減少) 病因(食事摂取量減少/消化吸収能低下、 疾病負荷/炎症)

② GLIM基準以外の評価: 問題なし 過栄養 その他 ()

【上記で①「低栄養非該当」かつ②「問題なし」以外に該当した場合に記載】

必要栄養量 熱量: ()kcal たんぱく質量 ()g

総摂取栄養量(経口・経腸・経静脈栄養の合計(*2)) 熱量: ()kcal たんぱく質量 ()g *2:入院直後等で不明な場合は総提供栄養量でも可

<参考> GLIM(Global Leadership Initiative on Malnutrition)基準

- ・2018年に世界の栄養学会(ESPEN:欧州, ASPEN:北米, PENSA:アジア, FELANPE:南米)が低栄養の診断基準としてGLIM基準を策定
- ・表現型(体重減少、低BMI、筋肉量減少)と病因(食事摂取量減少/消化吸収能低下、疾病負荷/炎症)により判定

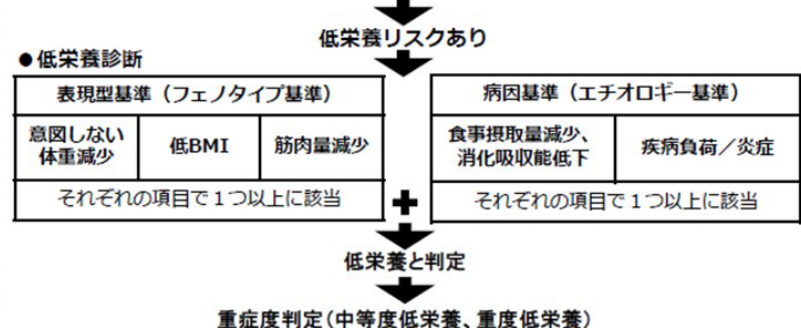
※詳細は、日本臨床栄養代謝学会(JSPEN)HP「GLIM基準について」を参照

<参考> GLIM(Global Leadership Initiative on Malnutrition)基準

2018年に世界の栄養学会(ESPEN:欧州, ASPEN:北米, PENSA:アジア, FELANPE:南米)が低栄養の診断基準としてGLIM基準を策定

●栄養スクリーニング

- ・全ての対象者に対して栄養スクリーニングを実施し、低栄養リスクのある症例を特定
- ・検証済みのスクリーニングツール(例: MUST、NRS-2002、MNA-SFなど)を使用



※詳細は、日本臨床栄養代謝学会(JSPEN)HP「GLIM基準について」を参照

【ポイント】

・GLIM基準は入院基本料等の施設基準等における栄養管理体制の基準で、栄養管理手順としても推奨されている。

・GLIM基準は**回リハ1は要件**で回リハ2~5では望ましい要件

■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

【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】

[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。

[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。

(新) 精神科養育支援体制加算 300点(入院初日)

[対象患者]

- ・児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟に入院している患者。

[算定要件]

- ・当該病棟に入院している患者について、入院初日に限り加算する。

[施設基準] (概要)

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

■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

【DPC／PDPSの見直し】

[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。

[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
 - ② 適切なDPCデータの作成について
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)
 - ② 機能評価係数Ⅰ
 - ③ 機能評価係数Ⅱ
 - ④ 救急補正係数
4. 診断群分類の見直し
 - ① 診断群分類点数表の見直し
 - ② 点数設定方式Bで設定する診断群分類の見直し
 - ③ 点数設定方式Eの新設
5. 退院患者調査の見直し

■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

【DPC／PDPSの見直し】

➤ DPC対象病院の基準の見直し

1. 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、データ数に係る基準（1月あたりデータ数が90以上）及び適切なDPCデータの作成に係る基準をDPC対象病院の基準として位置づける。

※ 当該基準については、令和8年度診療報酬改定時より制度参加・退出に係る判定に用いる

➤ 医療機関別係数の見直し

1. **基礎係数**：現行の3つの医療機関群の設定方法を維持した上で、データ数に係る基準を満たさない医療機関について、評価を区別する。
2. **機能評価係数Ⅰ**：従前の評価方法を維持する。
3. **機能評価係数Ⅱ**：既存の4つの評価項目（効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、地域医療係数）による評価体系へ整理し、各係数の評価手法等について以下のとおり見直す。

現行

【保険診療係数】

- 適切なDPCデータの作成や病院情報の公表を評価

【効率性係数】

- 各医療機関における在院日数短縮の努力を評価

【救急医療係数】

- 救急医療入院における入院後2日までの医療資源投入量の差額を評価

【地域医療係数】

- 体制評価指数と定量評価指数で構成（評価シェアは1：1）

【体制評価指数】

- がん、脳卒中、心血管疾患、精神疾患、災害、周産期、へき地、救急、感染症、その他の10項目で評価
 - <感染症> 新型コロナウイルス感染症対策（病床確保、G-MIS）等
 - <実績評価> 実績を有するデータの25%tile値を上限値として評価



改定後

【保険診療係数】

- **評価を廃止**（一部を体制評価指数による評価に移行）

【効率性係数】

- **評価手法の変更**

【救急医療係数】

- **「救急補正係数」として整理**（機能評価係数Ⅱの項目としては廃止）

【地域医療係数】

- 体制評価指数と定量評価指数で構成（評価シェアは**7：5**）

【体制評価指数】

- 従前の10項目に、**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**（大学病院本院群のみ）を追加
 - <感染症> **新興感染症に係る協定締結**（令和7年度～）
 - <実績評価> **50%tile値**を上限値として評価（DPC標準病院群を除く）

4. **救急補正係数**：従前の救急医療指数による評価手法を維持した上で、独立した医療機関別係数の項目として評価を行う。

5. **激変緩和係数**：診療報酬改定に伴う激変緩和に対応した、激変緩和係数を設定する（改定年度のみ）。

■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

【DPC／PDPSの見直し】

現行

【DPC対象病院の基準】

- 急性期一般入院基本料、特定機能病院等の7対1・10対1入院基本料の届出
- 診療録管理体制加算に係る届出
- 以下の調査に適切に参加
 - 当該病院を退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される調査「退院患者調査」
 - 中央社会保険医療協議会の要請に基づき、退院患者調査を補完することを目的として随時実施される調査「特別調査」
- 調査期間1月あたりのデータ病床比が0.875以上

(新設)

- 適切なコーディングに関する委員会を年4回以上開催



改定後

【DPC対象病院の基準】

- 急性期一般入院基本料、特定機能病院等の7対1・10対1入院基本料の届出
- 診療録管理体制加算に係る届出
- 以下の調査に適切に参加
 - 当該病院を退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される調査「退院患者調査」
 - 中央社会保険医療協議会の要請に基づき、退院患者調査を補完することを目的として随時実施される調査「特別調査」
- 調査期間1月あたりのデータ病床比が0.875以上
- 調査期間1月あたりのデータ数が90以上
- 適切なデータ作成に係る以下の基準を満たす
 - 「退院患者調査」の様式1（医療資源病名）における「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が10%未満
 - 「退院患者調査」の様式間で記載矛盾のあるデータが1%未満
 - 「退院患者調査」の様式1における未コード化傷病名の使用割合が2%未満
- 適切なコーディングに関する委員会を年4回以上開催

■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

【DPC／PDPSの見直し】

【解説】

- **データ数に係る基準及び適切なDPCデータの作成に係る基準(機能評価係数Ⅱの(旧)保険診療係数に定義されていた項目)**をDPC対象病院の基準として新たに位置づける
 - ✓ **1月あたりデータ数が90以上**
 - ✓ 適切なデータ作成に係る以下の基準を満たす
 - ◆ 「退院患者調査」の様式1(医療資源病名)における「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が10%未満
 - ◆ 「退院患者調査」の様式間で記載矛盾のあるデータが1%未満
 - ◆ 「退院患者調査」の様式1における未コード化傷病名の使用割合が2%未満

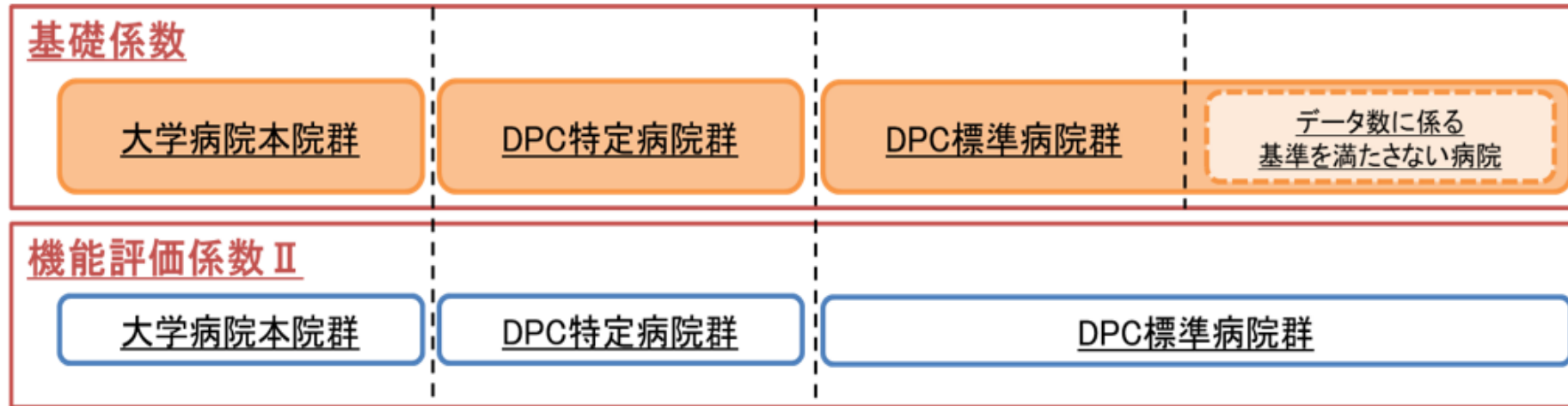
■患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価

【DPC／PDPSの見直し】

基礎係数の見直し

- ▶ 従前の考え方を維持し、3つの医療機関群を設定した上で、令和6年度診療報酬改定においては、データ数に係る基準（1月あたり90以上）を満たさない医療機関について、診療密度（相対値）が相対的に低いことを踏まえ、基礎係数の評価を区別する。

【令和6年度改定における基礎係数の評価（イメージ）】



■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

【DPC／PDPSの見直し】

【解説】

➤ DPC対象病院の基準の見直し

現行の医療機関群の設定方法を維持しデータ数に係る基準(データ数が90以上/月)を満たさない医療機関について評価(基礎係数)を区別

✓ 大学病院本院群	1.1182
✓ DPC特定病院群	1.0718
✓ DPC標準病院群	
◆ データ数が90/月以上	1.0451
◆ データ数が90/月未満	1.0063

■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

【DPC／PDPSの見直し】

機能評価係数Ⅱの見直し

- 保険診療係数について、評価を廃止し、適切なDPCデータの作成に係る基準については、DPC対象病院の基準として位置付けるとともに、病院情報の公表については体制評価指数における評価へ移行する。
- 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。
- 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。

現行

【保険診療係数】
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
[評価内容（概要）]
・ 適切なDPCデータの作成
・ 病院情報の公表

【効率性係数】
各医療機関における在院日数短縮の努力を評価
[評価内容（概要）]
・ 全国の平均在院日数
/全国の症例構成で補正した当該医療機関の平均在院日数
※ 全群共通で評価

【救急医療係数】
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



改定後

【保険診療係数】
（評価を廃止）

（DPC対象病院の基準として、位置づけを変更）
（体制評価指数において評価）

【効率性係数】
各医療機関における在院日数短縮の努力を評価
[評価内容（概要）]
・ 当該医療機関の症例構成で補正した全国の平均在院日数
/当該医療機関の平均在院日数
※ 医療機関群ごとに評価

【救急医療係数】
（「救急補正係数」としての評価へ位置づけを変更）

■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

【DPC／PDPSの見直し】

地域医療係数の見直し①

- 評価項目の再編等を踏まえ、地域医療係数における体制評価指数と定量評価指数の評価シェアについて、体制評価指数を重点評価するよう見直す。
- 体制評価指数における「感染症」について、医療計画における取組等を踏まえ、新興感染症に係る協定締結を評価するよう見直す。
- 体制評価指数について、医療機関群ごとの現状の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評価上限値を見直す。

現行

【地域医療係数】

[評価シェア]

体制評価指数：定量評価指数 = 1 : 1

[体制評価指数]

がん、脳卒中、心血管疾患、精神疾患、災害、周産期、へき地、救急、感染症、その他の10項目で評価

<感染症>

- ・ 新型インフルエンザ患者入院医療機関に該当
- ・ 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
- ・ GMISへの参加

<実績評価>

- ・ 実績を有するデータの25%tile値を上限値として評価



改定後

【地域医療係数】

[評価シェア]

体制評価指数：定量評価指数 = 7 : 5

[体制評価指数]

従前の10項目に、**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**（大学病院本院群のみ）を追加

<感染症>

- ・ **第一種協定指定医療機関に該当**（令和7年度～）
- ・ **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）**（令和7年度～）

<実績評価>

- ・ 大学病院本院群及びDPC特定病院群において、実績を有するデータの**50%tile値**を上限値として評価

■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

【DPC／PDPSの見直し】

地域医療係数の見直し②

- 社会や地域の実情に応じて求められている機能の評価という観点から、体制評価指数において、「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。）について新たに評価を行う。

<臓器提供の実施>

[概要]
法的脳死判定後の臓器提供に係る実績を評価

[評価の内容]

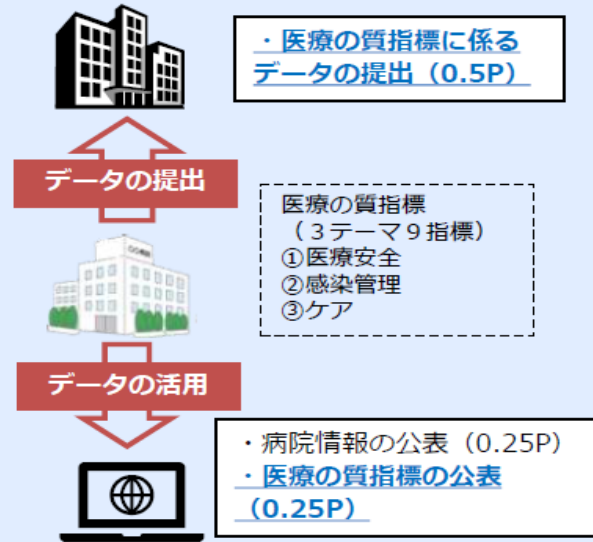
・過去3年の法的脳死判定後の臓器提供
1件以上 (0.5P)、2件以上 (1P)



<医療の質向上に向けた取組>

[概要]
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

[評価の内容]

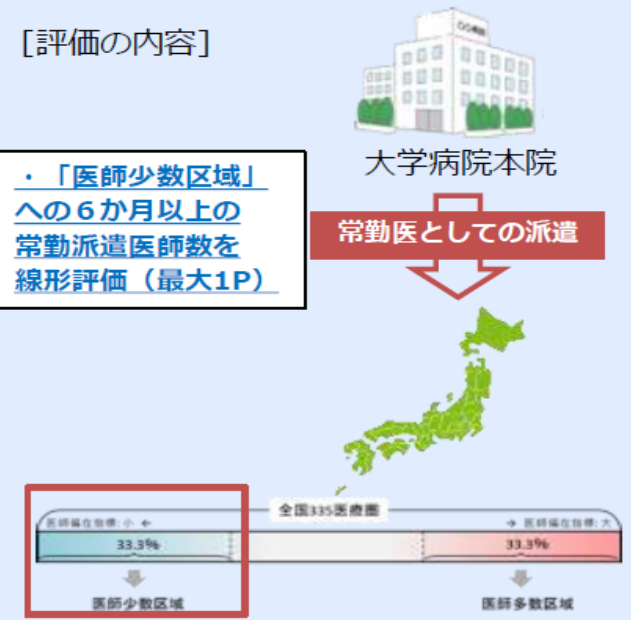


<医師少数地域への医師派遣機能>

[概要]
医師派遣による地域医療体制維持への貢献を評価

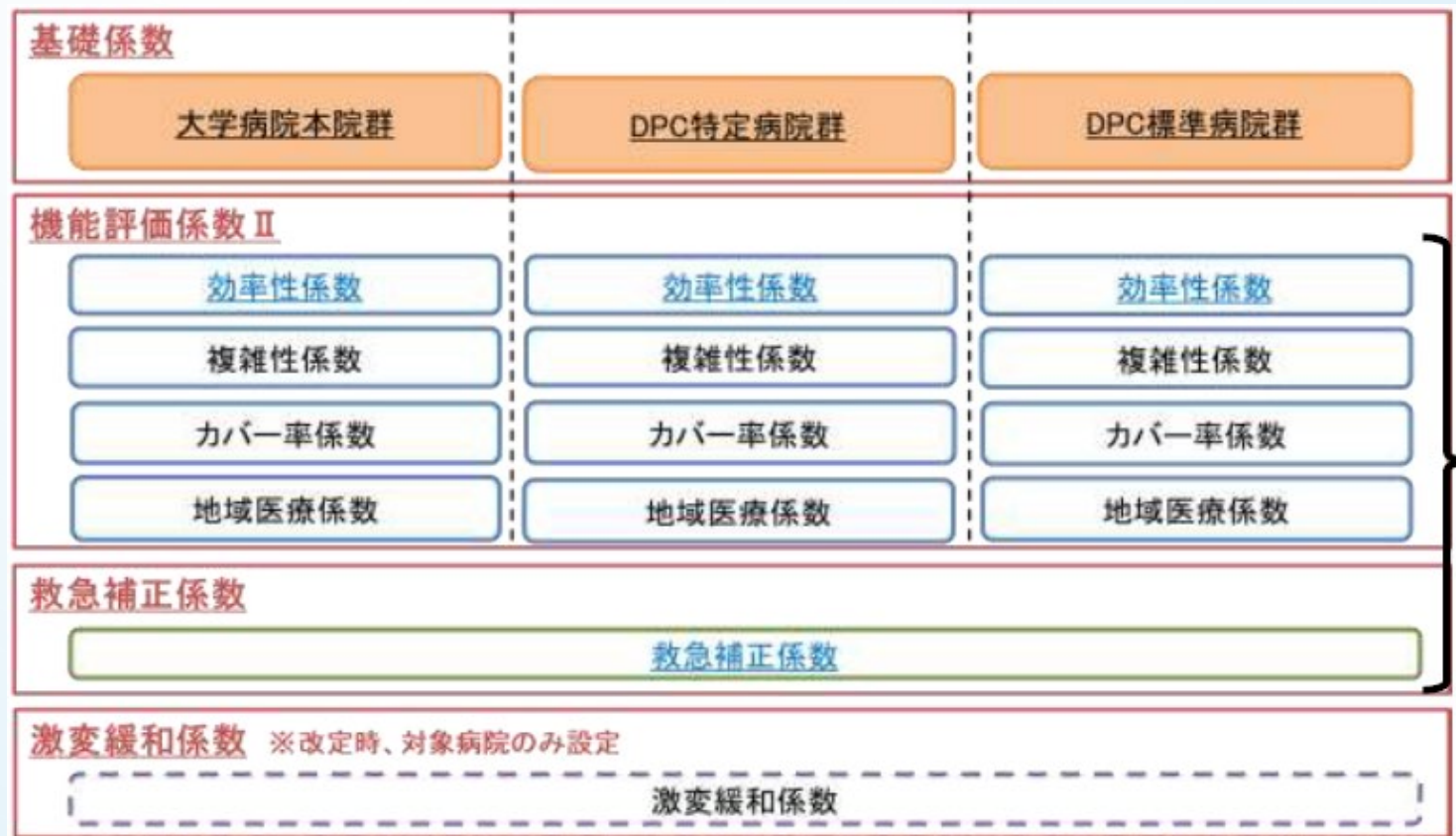
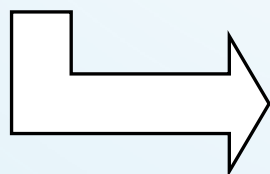
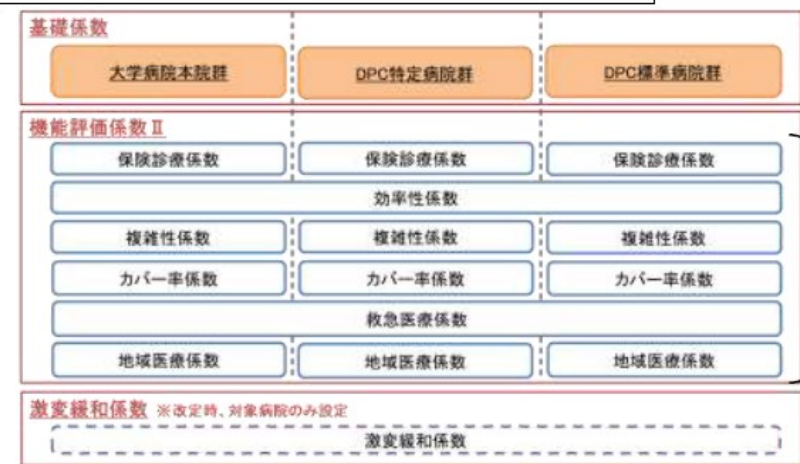
[評価の内容]

・「医師少数区域」
への6か月以上の
常勤派遣医師数を
線形評価 (最大1P)



■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 【DPC／PDPSの見直し】

従前の医療機関別係数の評価体系（イメージ）



■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

【DPC／PDPSの見直し】

【解説】

➤ 機能評価係数Ⅱの見直し

- ✓ 保険診療係数については、評価を廃止し、適切なDPCデータの作成に係る基準については、DPC対象病院の基準として位置付けるとともに、病院情報の公表については体制評価指数における評価へ移行
- ✓ 効率性係数については、計算方法の見直しならびに医療機関群ごとに評価を行う
 - ◆ 当該医療機関の症例構成で補正した全国の平均在院日数/当該医療機関の平均在院日数
- ✓ 救急医療係数については、「救急補正係数」として医療機関別係数として別評価へ
- ✓ 地域医療係数については、評価シェアの割合の変更
 - ◆ 体制評価指数: 定量評価指数=1:1 → 7:5
- ✓ 地域医療係数の体制評価指数については新たに3項目を追加
 - ◆ 臓器提供の実施
 - ◆ 医療の質向上に向けた取組
 - 医療の質指標に係るデータの提出
 - 病院情報の公表
 - 医療の質指標(3テーマ9指標)の公表
 - ◆ 医師少数地域への医師派遣機能(大学病院本院群のみ)



3テーマ9指標	
テーマ	指標
医療安全	転倒・転落発生率
	転倒転落によるインシデント影響度分類レベル3 b以上の発生率
	リスクレベルが「中」以上の手術を施行した患者の肺血栓塞栓症の予防対策の実施率
感染管理	血液培養2セット実施率
	広域スペクトル抗菌薬使用時の細菌培養実施率
	手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率
ケア	D2(真皮までの損傷)以上の褥瘡発生率
	65歳以上の患者の入院早期の栄養アセスメント実施割合
	身体的拘束の実施率

■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

【DPC／PDPSの見直し】

[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。

診断群分類点数表の見直し①

➤ 医療資源の同等性、臨床的類似等の観点から、診断群分類の見直しを行い、令和6年度診療報酬改定においては以下のとおりとなった。

	MDC数※1	傷病名数	診断群分類数	包括対象※2	支払い分類※3
平成15年4月	16	575	2,552		1,860
平成16年4月	16	591	3,074		1,726
平成18年4月	16	516	2,347		1,438
平成20年4月	18	506	2,451		1,572
平成22年4月	18	507	2,658		1,880
平成24年4月	18	516	2,927		2,241
平成26年4月	18	504	2,873		2,309
平成28年4月	18	506	4,918	4,244	2,410
平成30年4月	18	505	4,955	4,296	2,462
令和2年4月	18	502	4,557	3,990	2,260
令和4年4月	18	502	4,726	4,064	2,334
令和6年4月	18	506	3,248※4	2,477※4	2,348

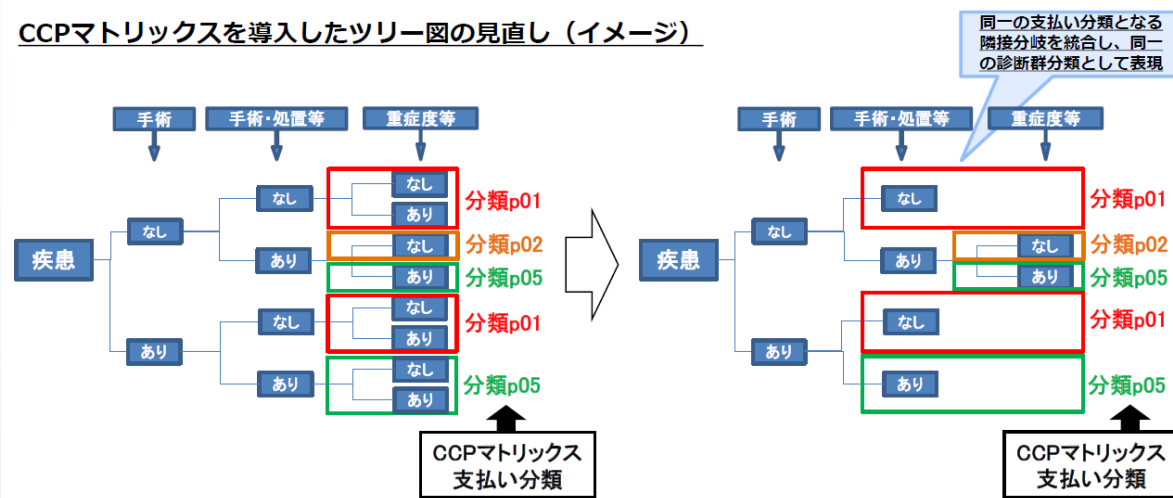
【新設】

- 010095 視神経脊髄炎スペクトラム障害
- 070320 筋拘縮・萎縮(その他)
- 070620 骨折変形癒合、癒合不全などによる変形(骨盤部・大腿)
- 130135 抗凝固薬による出血性障害

診断群分類の見直しの例③：CCPマトリックスを導入した分類の見直し

➤ CCPマトリックスを導入した診断群分類(脳梗塞、肺炎)について、実態を踏まえ、定義テーブル及び支払い分類を見直すとともに、診断群分類定義樹形図(ツリー図)での表現を簡素化する。

CCPマトリックスを導入したツリー図の見直し(イメージ)



傷病名	診断群分類数		支払い分類数		
010060 脳梗塞	1584分類	⇒	101分類	7分類	⇒ 12分類
040080 肺炎	168分類	⇒	52分類	15分類	⇒ 12分類

■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

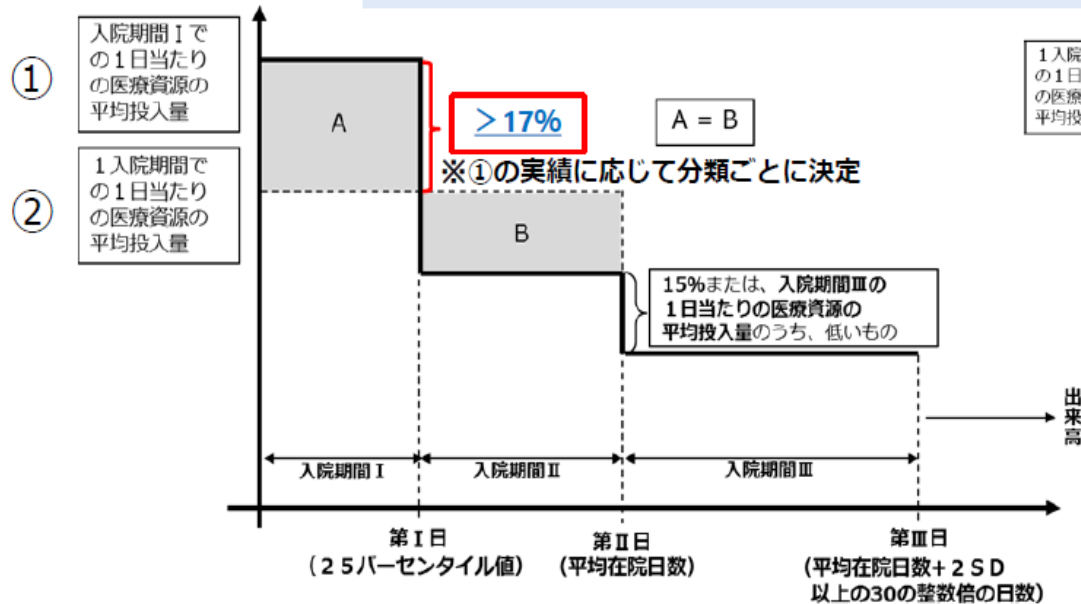
【DPC/ PDPSの見直し】

点数設定方式Bで設定する診断群分類の見直し

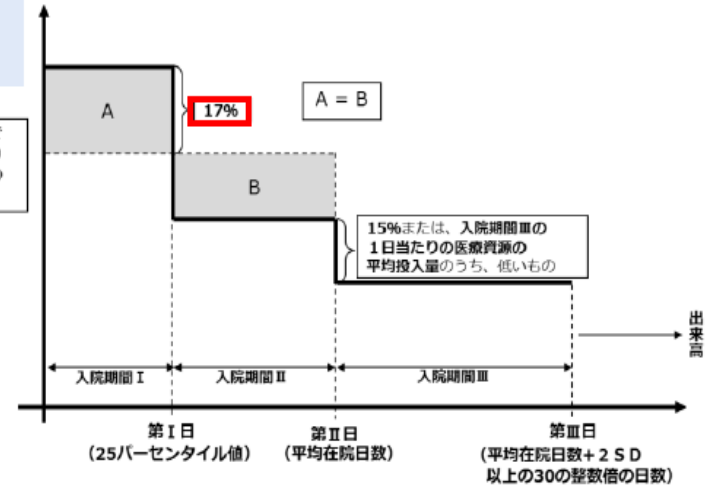
- 入院初期の医療資源投入量の多い診断群分類が増加している実態を踏まえ、点数設定方式Bにより設定する診断群分類の範囲を以下のとおり見直す。

点数設定方式B

「①>②+17%」となる診断群分類
 (期間Ⅰでの1日当たり資源投入量> A方式での設定点数)
 ⇒ **点数設定方式Bの対象とする**



(参考) 点数設定方式A



点数設定方式Bにより設定する
 診断群分類は、**1,212分類**となる。

■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

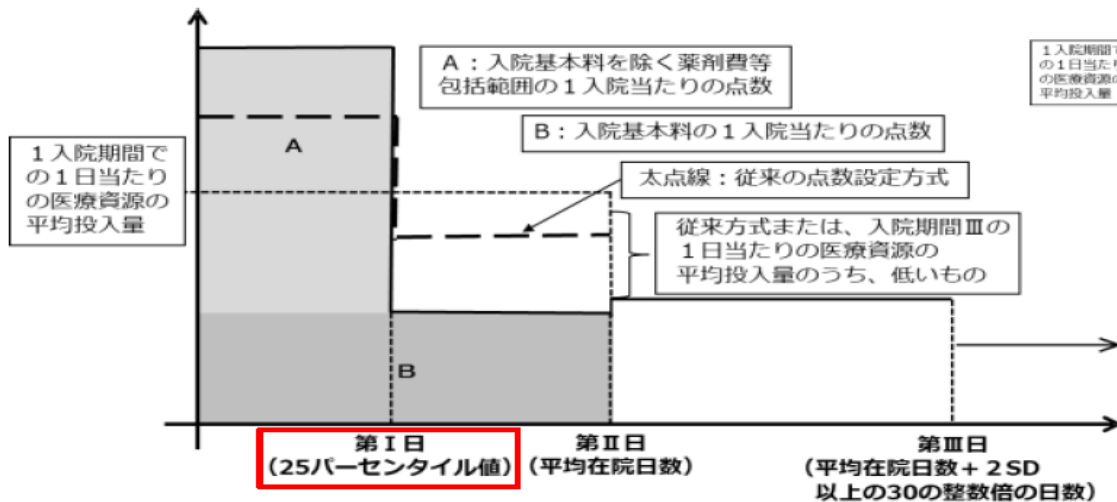
【DPC／PDPSの見直し】

点数設定方式Eの新設①

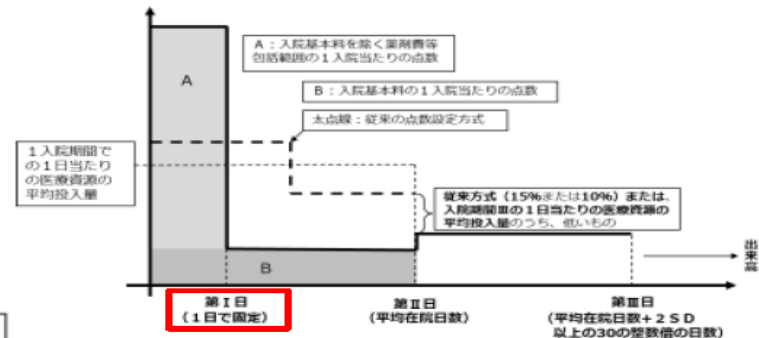
- より早期の退院への評価を充実化する観点から、一定程度標準化が進んでいる診断群分類であって、一定の入院期間が見込まれる分類への適用を念頭に、入院期間Ⅰで入院基本料を除く1入院当たり包括範囲点数を支払う点数設定方式Eを新設する。

(新) 点数設定方式E

(赤枠が点数設定方式Dとの相違点)



(参考) 点数設定方式D



点数設定方式Eにより設定する診断群分類は、**全体で47分類**となる。

■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

【DPC／PDPSの見直し】

【解説】

➤ 診断群分類の見直し

- ✓ 診断群分類表については、傷病名数が**+4傷病名**、診断群分類数はCCPマトリックスの見直しにより**-1,478分類**となった。
 - ◆ CCPマトリックスの見直し ➡ 同一の支払い分類となる隣接分岐を統合し、同一の診断群分類とする
- ✓ 点数設定方式Bにより設定している診断群分類の見直しにより**+955分類**
 - ◆ 点数設定方式Aの診断群分類のなかで、「① > ② + 17%」となる診断群分類を点数設定B方式に見直し
 - ①「**入院期間 I**」での1日当りの医療資源の平均投入量
 - ②「**1入院期間**」での1日当りの医療資源の平均投入量
- ✓ **点数設定方式E**の新設され**47分類**が対象となる
 - ◆ 点数設定方式Dとの相違点
入院期間 I の設定日数が D方式：**1日(固定)** ➡ E方式：**平均在院日数の25%tile値の日数**

■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

【DPC／PDPSの見直し】

様式1の見直し①

【様式1の主な見直し内容（全ての病棟を対象とする項目）】

項目名	対象病棟等の指定	必須条件	見直しの内容
【削】心不全患者情報/ 左室駆出率			
【新】心不全患者情報/ バイオマーカー	—	必須	医療資源病名が050130（心不全）に定義される傷病名である場合、BNP値又はNT-proBNP値を入力する。
【新】解離性大動脈瘤情報/ 発症時期	—	必須	主傷病等が解離性大動脈瘤の場合、発症の時期を入力する。
【新】川崎病患者情報/ ガンマグロブリン	—	必須	医療資源病名が150070（川崎病）に定義される傷病名である場合、ガンマグロブリンの追加投与の有無を入力する。
身長・体重	—	必須	体重について、入院時に加え退院時の体重の入力を必須とする。
低栄養の有無	—	任意	血中アルブミン値等に基づく入力（必須）を廃止し、GLIM基準に基づく入力（任意）とする。
P/F比	—	必須	救急医療入院(呼吸不全又は心不全で重篤な状態等)の場合に入力を必須とする。酸素投与の有無及びFiO2の入力を必須とする。
N Y H A	—	必須	救急医療入院(心不全で重篤な状態等)の場合に入力を必須とする。
血行動態的特徴	—	必須	対象疾患を見直すとともに、救急医療入院(心不全で重篤な状態等)の場合に入力を必須とする。循環作動薬の使用の入力を必須とする。

様式1の見直し②

【様式1の主な見直し内容（一部の病棟を対象とする項目）】

項目名	対象病棟等の指定	必須条件	見直しの内容
F I M	回リ八病棟等	必須	入退棟時に加え、入棟中に測定したFIM得点の入力を必須とする。
【新】退院に向けた会議の開催状況	精神	必須	当該患者の入院中に行われた当該患者の退院支援に関する会議について、初めて行われた実施日、開催回数、職種ごとの参加回数を入力する。
【新】個別支援の実施状況	精神	必須	服薬指導、個別作業療法、相談支援、心理支援の実施回数を入力する。
【新】外出又は外泊の実施状況	精神	必須	入院中に患者が専家等を訪問した回数及び職種ごとの患者の専家等への訪問に同行した回数を入力する。
【新】障害福祉サービス等の連携に関する情報	精神	必須	入院中に各障害福祉サービス等事業所と面談を行った回数及び退院時点で今後の利用が予定されている障害福祉サービス等を入力する。

EFファイルの見直し

ファイル	見直しの内容	経過措置
入院EFファイル	基本的検体検査実施料、基本的エックス線診断料について、 実施された診療行為等をEFファイルに出力する。	令和6年9月末まで

医療の質指標に係る項目の新設

【体制評価指数（医療の質向上に向けた取組）において、データ提出の評価対象となる項目】

項目名	ファイル	見直しの内容
【新】転倒・転落件数（※）	様式1	入棟中に発生した転倒・転落の発生件数を入力する。
	様式3	入院中に発生した転倒・転落の発生件数を入力する。
【新】インシデント影響度分類レベル3b以上の転倒・転落件数（※）	様式1	入棟中に発生したインシデント影響度分類レベル3b以上の転倒・転落の発生件数を入力する。
	様式3	入院中に発生したインシデント影響度分類レベル3b以上の転倒・転落の発生件数を入力する。
【新】d2以上の褥瘡（※）	様式1	入棟時及び退棟時の評価に加え、入棟中の褥瘡の最大深度を入力する。
	様式3	入院中に新規にd2（真皮までの損傷）以上の褥瘡が発生した患者数を入力する。
【新】予防的抗菌薬投与	様式1	全身麻酔を伴う手術の場合に、予防的抗菌薬投与の有無及び時間を入力する。
【新】入院早期の栄養アセスメント	様式1	入院後48時間以内の栄養アセスメントの実施の有無を入力する。
【新】身体的拘束	様式1	身体的拘束の実施日数を入力する。

■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

【DPC／PDPSの見直し】

【解説】

➤ 退院調査の見直し

○ 様式1について

✓ 全ての病棟を対象とする項目として

- ◆ 「心不全患者情報 / 左室駆出率」の削除
- ◆ 「心不全患者情報 / バイオマーカー」、「解離性大動脈瘤情報 / 発症時期」、「川崎病患者情報 / ガンマグロブリン」の新規
- ◆ 「身長・体重」、「低栄養の有無」、「P／F比」、「NYHA」、「血行動態的特徴」について調査内容の変更

✓ 一部の病棟を対象とする項目として

- ◆ 回りハ病棟等: 「FIM」について調査内容の変更
- ◆ 精神: 「退院に向けた会議の開催状況」、「個別支援の実施状況」、「外出又は外泊の実施状況」、「障害福祉サービス等の連携に関する情報」の新規

○ 様式1又は様式3について

✓ 体制評価指数(医療の質向上に向けた取組)においての新規追加項目

- ◆ 様式1又は様式3のいずれかの入力で評価:
 - 「転倒・転落件数」、「インシデント影響度分類レベル3b以上の転倒・転落件数」、「d2以上の褥瘡」
- ◆ 様式1で評価:
 - 「予防的抗菌薬投与」、「入院早期の栄養アセスメント」、「身体的拘束」

○ EFファイルの見直し

✓ 入院EFファイルにおいて(※特定機能病院のみ)

- ◆ 「基本的検体検査実施料」、「基本的エックス線診断料」について診療行為をEFファイルに出力 ➡ 経過措置: 令和6年9月末まで

■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

【感染対策向上加算の見直し】

[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。

[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。

A234-2 感染対策向上加算(入院初日)

- 1 感染対策向上加算1 710点
- 2 感染対策向上加算2 175点
- 3 感染対策向上加算3 75点

加算： 指導強化加算 30点

抗菌薬適正使用体制加算 5点

■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

【感染対策向上加算の見直し】

[施設基準]

- ・感染対策向上加算の施設基準の見直し(感染対策向上加算1・2について病床確保の協定締結を要件に追加し、感染対策向上加算3について病床確保又は発熱外来の協定締結を要件に追加)

※ 参考資料

- ・感染対策向上加算1・2は、**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。**
- ・感染対策向上加算3は、**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(発熱外来に係る措置を講ずるものに限る。)**であること。
- ・感染対策向上加算1における感染制御チームの職員について、介護保険施設等に対する助言に係る業務を含め専従とみなす旨を明確化

第1種・第2種協定指定医療機関について

- 改正感染症法により、「感染症指定医療機関」に、第1種協定指定医療機関と第2種協定指定医療機関が追加される。(病床、発熱外来、自宅療養者等に関する医療措置協定を締結した医療機関等を対象に、県が指定する。)
- 協定指定医療機関において行われる、入院医療、発熱外来、自宅療養者等への医療について、**公費支援の対象となる。**

【参考】感染症の類型ごとの医療体制

追加

感染症類型	特定感染症指定医療機関	第一種感染症指定医療機関	第二種感染症指定医療機関	結核指定医療機関	第一種協定指定医療機関(入院)	第二種協定指定医療機関(発熱外来又は自宅療養者等への医療提供)	一般の医療機関
一類感染症	○	○					
二類感染症	○		○	○※1			
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	○	○	○		○	○	
指定感染症※2					○	○	
新感染症	○				○	○	

※1 結核指定医療機関は 2 類感染症のうち、結核のみ対応。

※2 指定感染症については、一～三類感染症又は新型インフルエンザ等感染症に準じた措置を行う。

■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

【感染対策向上加算の見直し】

- ・感染対策向上加算1、2、3の施設基準
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。

感染対策向上加算2及び3の加算
 連携強化加算 30点
 サーベイランス強化加算 3点
 抗菌薬適正使用体制加算 5点

※感染対策向上加算
 算定する保険医療機関が、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、入院中の患者以外の患者に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60%以上又は当該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 30%以内である場合に算定する。

現行

【感染対策向上加算】
 [施設基準]
感染対策向上加算1
 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。



改定後

【感染対策向上加算】
 [施設基準]
感染対策向上加算1
 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及び**介護保険施設等からの求めに応じ、当該介護保険施設等に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10時間以下であること。**

- 介護保険施設等
- イ 指定介護老人福祉施設
 - ロ 指定地域密着型介護老人福祉施設
 - ハ 介護老人保健施設ニ 介護医療院
 - ホ 指定特定施設入居者生活介護事業所
 - ヘ 指定地域密着型特定施設入居者生活介護事業所
 - ト 指定介護予防特定施設入居者生活介護事業所
 - チ 指定認知症対応型共同生活介護事業所
 - リ 指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所
 - ヌ 指定障害者支援施設
 - ル 指定共同生活援助事業所
 - ヲ 指定福祉型障害児入所施設

■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

【感染対策向上加算の見直し】

【疑義解釈】

【抗菌薬適正使用体制加算】

- Q1:「A000」初診料の注14、「A001」再診料の注18及び「A234-2」感染対策向上加算の注5に規定する抗菌薬適正使用体制加算の施設基準における「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。」は具体的には何を指すのか。
- A1: 初診料の注14及び再診料の注18に規定する抗菌薬適正使用体制加算の施設基準においては、診療所版感染対策連携共通プラットフォーム(以下「診療所版J-SIPHE」という。)に参加し抗菌薬の使用状況に関するデータを提出すること、感染対策向上加算の注5に規定する抗菌薬適正使用体制加算の施設基準においては、感染対策連携共通プラットフォーム(以下「J-SIPHE」という。)に参加し抗菌薬の使用状況に関するデータを提出することを指す。
- Q2:「A000」初診料の注14及び「A001」再診料の注18に規定する抗菌薬適正使用体制加算の施設基準における「直近6か月における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60%以上又は(2)のサーベイランスに参加する診療所全体の上位30%以内であること。」、「A234-2」感染対策向上加算の注5に規定する抗菌薬適正使用体制加算の施設基準における「直近6か月における入院中の患者以外の患者に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60%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30%以内であること。」について、どのように確認すればよいか。
- A2: J-SIPHE及び診療所版J-SIPHEにおいて、四半期ごとに抗菌薬の使用状況に関するデータの提出を受け付け、対象となる期間において使用した抗菌薬のうちAccess抗菌薬の割合及び参加医療機関全体におけるパーセンタイル順位が返却されるため、その結果(初診料等における抗菌薬適正使用体制加算については診療所版J-SIPHEにおける結果、感染対策向上加算における抗菌薬適正使用体制加算についてはJ-SIPHEにおける結果をそれぞれ指す。)が施設基準を満たす場合に、当該結果の証明書を添付の上届出を行うこと。なお、使用した抗菌薬のうちAccess抗菌薬の割合及び参加医療機関全体におけるパーセンタイル順位については、提出データの対象期間における抗菌薬の処方件数が30件以上ある場合に集計対象となる。
- Q3:「A000」初診料の注14及び「A001」再診料の注18に規定する抗菌薬適正使用体制加算の施設基準において「直近6か月における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60%以上又は(2)のサーベイランスに参加する診療所全体の上位30%以内であること。」とされ、「A234-2」感染対策向上加算の注5に規定する抗菌薬適正使用体制加算の施設基準において「直近6か月における入院中の患者以外の患者に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60%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30%以内であること。」とされているが、Access 抗菌薬に分類されるものの使用比率は、具体的にはどのように計算されるのか。
- A3: 各抗菌薬のAccess 抗菌薬への該当性(AWaRe 分類における位置づけ)並びにAccess 抗菌薬に分類されるものの使用比率に係るJ-SIPHE及び診療所版J-SIPHEにおける計算方法については、J-SIPHE及び診療所版J-SIPHEのホームページを確認すること。J-SIPHE: <https://j-siphe.ncgm.go.jp> 診療所版J-SIPHE: <https://oascis.ncgm.go.jp/manual/glossary>

■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

【外来感染対策向上加算の見直し】

[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。

[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。
- ・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1回に限り20点を更に所定点数に加算する。
 - ・保険医療機関(診療所に限る。)において再診を行った場合は、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再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1回に限り20点を更に所定点数に加算する。
- ※発熱、呼吸器症状、発しん、消化器症状又は神経症状その他感染症を疑わせるような症状を有する患者に空間的・時間的分離を含む適切な感染対策の下で診療を行った場合に算定する。

[施設基準]

- ・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。
- ・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。

■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

【外来感染対策向上加算の見直し】

[施設基準]

- ・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。
- ・**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。**

【疑義解釈】

【発熱患者等対応加算】

Q:「A000」初診料の注11ただし書及び「A001」再診料の注15ただし書に規定する発熱患者等対応加算について、当該保険医療機関において既に外来感染対策向上加算を算定している患者であって、発熱患者等対応加算を算定していないものが、同月に発熱その他感染症を疑わせるような症状で受診した場合について、どのように考えればよいか。

A: 外来感染対策向上加算は算定できないが、要件を満たせば発熱患者等対応加算は算定できる。

■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

【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】

[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。

[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) A209 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 200点
- 2 それ以外の場合 100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

[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に対して、適切な感染防止対策を実施した場合に、1入院に限り7日(当該感染症を他の患者に感染させるおそれが高いことが明らかであり、感染対策の必要性が特に認められる患者に対する場合を除く。)を限度として、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。

■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

【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】

※ 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。)、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 特定感染症入院医療管理加算の新設に伴い、二類感染症患者入院診療加算が算定可能な入院料の範囲を見直す

・特定感染症入院医療管理加算、難病等特別入院診療加算(二類感染症患者入院診療加算)特定集中治療室管理料に含まれる入院基本料等加算から除く。

(救命救急入院料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料についても同様。)

■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

【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】

3. 感染症法上の二類、三類、四類、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、対象となる感染症及び算定可能な入院料の範囲を見直す。

【特定感染症患者療養環境特別加算】

【算定要件】

- ・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。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。
- ・感染症法に規定する 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 感染症法第6条第8項に規定する指定感染症

※特定感染症患者療養環境特別加算は地域包括ケア病棟入院料に含まれる。

(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

【サーベイランス強化加算等の見直し】

[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。

[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。

[算定要件]

【感染対策向上加算】【抗菌薬適正使用体制加算の施設基準】【外来感染対策向上加算】

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、抗菌薬適正使用体制加算として、5点を更に所定点数に加算する。

[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。

- (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6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60%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30%以内であること。

■食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰を踏まえた対応

【入院時の食費の基準の見直し】

[基本的な考え方]

食料費等が高騰していること等を踏まえ、入院時の食費の基準を引き上げる。

※ 令和6年6月1日施行。令和6年3月までは重点支援地方交付金により対応。令和6年4月・5月については地域医療介護総合確保基金により対応。

今回改定による影響、食費等の動向等を把握し、検証を行う。

[具体的な内容]

総額640円→670円(+30円)

1 一般所得者の場合	460円→490円+30円
2 住民税非課税世帯の場合	210円→230円+20円
3 住民税非課税かつ所得が一定基準に満たない70歳以上の場合	100円→110円+10円

【療養担当規則 第5条の三】

・保険医療機関は原則として、第四項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならない。

■患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価

【一般不妊治療管理料及び胚凍結保存管理料の見直し】

[一般不妊治療管理料の施設基準の見直し]

[基本的な考え方]

一般不妊治療管理料の施設基準について、「不妊症の患者に係る診療を年間20例以上実施していること。」という要件を医療機関単位の基準から医師単位の基準に見直すとともに、一般不妊治療管理料を算定する保険医療機関についても、生殖補助医療管理料と同様に、情報提供に協力することを要件とする。

[具体的な内容]

当該保険医療機関内に、産科、婦人科若しくは産婦人科について合わせて5年以上又は泌尿器科について5年以上の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。**また、そのうち1名以上は、不妊症の患者に係る診療を主として実施する医師として20例以上の症例を実施していること。**

・国が示す不妊症に係る医療機関の情報提供に関する事業に協力すること。

~~・当該保険医療機関において、不妊症の患者に係る診療を年間20例以上実施していること。~~ =削除

■患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価

【一般不妊治療管理料及び胚凍結保存管理料の見直し】

[胚凍結保存管理料の算定要件の見直し]

[基本的な考え方]

胚の凍結保存が一定程度行われていることを踏まえ、胚の凍結保存を適切に評価する観点から、胚凍結保存管理料における算定上限年数を廃止する。

[具体的な内容]

胚凍結保存管理料

[算定要件]

注 1(導入時)については、凍結保存を開始した場合に、凍結する初期胚又は胚盤胞の数に応じて算定し、2(凍結保存開始から1年を経過)については、凍結保存の開始から1年を経過している場合であって、凍結胚の保存に係る維持管理を行った場合に、~~当該凍結保存の開始日から起算して3年を限度として~~、1年に1回に限り算定する。

→ 3年上限要件の削除

【疑義解釈】

Q1:「2 胚凍結保存維持管理料」について、患者及びそのパートナーが不妊治療を引き続き実施する意向を確認しており、かつ胚の凍結を継続する場合において、「1 胚凍結保存管理料(導入時)」を算定した日から1年を経過した場合に算定が可能となるが、例えば令和6年6月で「1 胚凍結保存管理料(導入時)」を算定した日から1年を経過する患者について、令和6年8月に治療のために来院した場合に、令和6年6月から令和6年7月までの期間について、胚の凍結に係る費用を自費で徴収可能か。

A1: 不可。

■患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価

【遺伝学的検査の見直し】

[遺伝学的検査の対象疾患・評価の見直し]

[基本的な考え方]

- ①新たに指定難病が追加されたこと等を踏まえ、診断に当たり遺伝学的検査の実施が必須とされる指定難病について、遺伝学的検査の対象疾患に追加
- ②難病患者に対する診断のための検査を充実させる観点から、同一検体を用いて複数の遺伝子疾患に対する遺伝学的検査を行った場合の評価を新設

[具体的な内容]

①対象疾患の追加

神経線維腫症、アレキサンダー病、非特異性多発性小腸潰瘍症、TRPV4異常症 神経フェリチン症、遺伝性ジストニア 線毛機能不全 症候群(カルタゲナー症候群を含む。)

- ②別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、患者から1回に採取した検体を用いて複数の遺伝子疾患に対する検査を実施した場合は、主たる検査の所定点数及び当該主たる検査の所定点数の100分の50に相当する点数を合算した点数により算定する。

[算定要件](概要・抜粋)

- ・遺伝学的検査は、原則として患者1人につき1回に限り算定できる。

【疑義解釈】

Q1:「D006－4」遺伝学的検査の注2における「関係学会の定めるガイドライン」とは、具体的には何を指すのか。

A1:現時点では、日本人類遺伝学会、日本遺伝カウンセリング学会及び日本遺伝子診療学会の「指定難病の遺伝学的検査に関するガイドライン」を指す。

Q2:「D006－4」遺伝学的検査の注2の施設基準における医師の「難病のゲノム医療に係る所定の研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

A2:現時点では、厚生労働省委託事業「難病ゲノム医療専門職養成研修」が該当する。

■患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価

【抗HLA抗体検査の算定要件の見直し】

[基本的な考え方]

「臓器移植抗体陽性診療ガイドライン」において、移植前の抗HLA抗体測定の意味に係る見直しがなされたことを踏まえ、抗HLA抗体の測定に係る対象患者及び要件の見直しを行う。

対象要件の追加として

・抗HLA抗体(スクリーニング検査)

肺移植、心移植、肝移植、膵移植、小腸移植又は腎移植後の患者若しくは日本臓器移植ネットワークに移植希望者として登録された患者であって、輸血歴や妊娠歴等から医学的に既存抗体陽性が疑われるものに対して実施した場合に、原則として1年に1回に限り算定する。

[抗HLA抗体検査(抗体特異性同定検査)]

抗HLA抗体(スクリーニング検査)によって陽性が確認された症例について、抗体関連拒絶反応の確定診断を目的に行われた場合に算定する。

ただし、抗体関連拒絶反応と診断された患者の経過観察時に行った場合又は日本臓器移植ネットワークに移植希望者として登録された患者であって、「49」の抗HLA抗体検査(抗体特異性同定検査)の結果が陽性であったものに対して脱感作療法を行った場合には、1年に2回に限り更に算定できる。

【疑義解釈】

Q:「D014」自己抗体検査の「49」抗HLA抗体(抗体特異性同定検査)について、留意事項通知において示されている「脱感作療法」とは具体的に何を指すのか。

A:現時点では、日本移植学会の「臓器移植抗体陽性診療ガイドライン2023」に示されているもののうち、抗CD20モノクローナル抗体投与によるもの、又は人免疫グロブリン製剤投与によるものを指す。

■患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価

【人工腎臓に係る導入期加算の見直し】

[人工腎臓 導入期加算の見直し]

[基本的な考え方]

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

[具体的な内容]

(2) 導入期加算2の施設基準 (3) 導入期加算3の施設基準

腎代替療法を導入するに当たって、(1)のア(腎代替療法について十分な資料説明)に加え、**心血管障害を含む全身合併症の状態及び当該合併症について選択することができる治療法について、患者に対し十分な説明を行っていること。**

【人工腎臓】

導入期加算1 200点

導入期加算2 400点→**410点**

導入期加算3 800点→**810点**

【疑義解釈】

DPC

Q: 包括評価の範囲に含まれない処置料については、人工腎臓の導入期加算等の処置料に係る加算点数を算定することができるか。

A: 算定することができる。

■患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価

【医療安全対策の推進】

[医療安全対策加算1の要件化]

[基本的な考え方]

医療安全を更に推進する観点から、医療安全対策が特に必要な特定集中治療室等の治療室及び腹腔鏡手術等について、医療安全対策加算1の届出を要件とする。

[具体的な内容]

・特定集中治療室管理料の施設基準

追加→ 医療安全対策加算1に係る届出を行っている保険医療機関であること。

・胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術(気管支形成を伴う肺切除に限る。)、腹腔鏡下子宮瘢痕部修復術、鏡視下咽頭悪性腫瘍手術(軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。)、腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術(子宮体がんに限る。)について医療安全対策加算1に係る届出を行っている保険医療機関であること。

■患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価

【手術等の医療技術の適切な評価】

[基本的な考え方]

- ・既存技術の見直し
- ・医療技術評価分科会における検討結果や外科系学会社会保険委員会連合「外保連試案 2024」における費用の調査結果等を踏まえ、基礎的な技術等の評価の見直し
- ・外科系学会社会保険委員会連合「外保連試案2024」における、手術・処置の技術度や所用時間等を参考に、技術料の見直し
- ・中医協における議論を踏まえ、算定回数が極めて少ない項目のうち、特に他の技術によって置き換えられていると考えられるものについて、評価を廃止
- ・新規保険医療材料等に係る技術料の新設
 (新) 内視鏡用テレスコープを用いた咽頭画像等解析（インフルエンザの診断の補助に用いるもの）
 (新) 乳腺悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）

【ポジドロン断層撮影】 【ポジドロン断層・コンピューター断層複合撮影】 【ポジドロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影】

- (新) アミロイドPETイメージング剤を用いた場合（一連の検査につき）
- (新) アミロイドPETイメージング剤を用いた場合（一連の検査につき）
- (新) アミロイドPETイメージング剤を用いた場合（一連の検査につき）
- (新) 自家皮膚非培養細胞移植術 （新）遺伝性網膜ジストロフィ遺伝子検査
- 【経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）】（新）3 アテローム切除アブレーション式血管形成術用カテーテルによるもの

■患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価

【手術等の医療技術の適切な評価】

【疑義解釈】

Q1: DPC算定病棟に入院中の患者が、他の保険医療機関に依頼して検査・画像診断(PET・MRI等)のみを行った場合の診療報酬については、他の保険医療機関では算定できず、合議の上で精算することとしてよいか。

A1: よい。

Q2: 「E101－2」ポジトロン断層撮影、「E101－3」ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影又は「E101－4」ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影(アミロイドPETイメージング剤を用いた場合に限る。)に係る費用を算定するための施設基準において、「関連学会の定める「アミロイドPETイメージング剤の適正使用ガイドライン」における(中略)「PET撮像施設認証」を受けている施設であること。」とあるが、PET装置の更新等により再度認証を受ける必要がある場合、再度認証を受けるまでの期間の取扱いについてどのように考えればよいか。

A2: PET装置の更新等の以前に受けていたPET撮像施設認証に係るアミロイドPET検査(当該認証を受けていた撮影区分であって、当該認証を受けていた装置と同種の装置を用いる検査に限る。)について、再度認証が必要となった時点から起算して3月以内に限り、当該要件を満たしているものとみなす。

Q3: 「E101－2」ポジトロン断層撮影、「E101－3」ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影又は「E101－4」ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影(アミロイドPETイメージング剤を用いた場合に限る。)に係る費用を算定するための施設基準において、「関連学会の定める「アミロイドPETイメージング剤の適正使用ガイドライン」における(中略)「PET撮像施設認証」を受けている施設であること。」とあるが、現時点で関係学会による認証基準が定められていないPET/MRI装置又は頭部専用PET装置を用いる場合についてはどのように考えればよいか。

A3: PET/MRI装置又は頭部専用PET装置を用いる場合については、令和6年12月31日までの間に限り、当該要件を満たしているものとみなす。

■患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価

【質の高い臨床検査の適切な評価】

[基本的な考え方]

質の高い臨床検査の適正な評価を進めるため、E3区分で保険適用された新規体外診断 用医薬品等について、検査料を新設

[具体的な内容]

(新) アミロイドβ42/40比(髄液) 1,282点 [算定要件](概要)

厚生労働省の定めるレカネマブ(遺伝子組換え)製剤に係る最適使用推進ガイドラインに沿って、アルツハイマー病による軽度認知障害又は軽度の認知症が疑われる患者等に対し、レカネマブ(遺伝子組換え)製剤の投与の要否を判断する目的にアミロイドβ病理を示唆する所見を確認するため、CLEIA法により、脳脊髄液中のβ-アミロイド1-42及びβ-アミロイド1-40を同時に測定した場合、患者1人につき1回に限り算定する。

(新) A群β溶血連鎖球菌核酸検出 204点

A群β溶血連鎖球菌核酸検出は、A群β溶血連鎖球菌感染が疑われる15歳未満の患者を対象として、等温核酸増幅法により測定し、当日中に結果を説明した場合に算定できる。

(新) アポリポ蛋白A2(APOA2)アイソフォーム 335点

アポリポ蛋白A2(APOA2)アイソフォームは、膵癌の診断の補助を目的として、血液を検体としてELISA法により測定した場合に、膵癌の診断の確定までの間に原則として1回を限度として算定できる。

■患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価

【医療機関・訪問看護ステーションにおける明細書発行の推進】

[基本的な考え方]

現行、明細書の無料発行については、電子レセプト請求(オンライン請求・光ディスク等による請求)が義務付けられている病院、診療所及び薬局については、原則として明細書を発行しなければならないこととされているが、診療所であって、明細書交付が困難であることについて正当な理由がある場合、当分の間、患者から求められたときに交付することで足りるとされる免除規定があり、また、訪問看護ステーションにおいては、明細書の発行は努力義務とされている。

[具体的な内容]

現行の取扱いについて、患者から見て分かりやすい医療を実現する観点及び医療DXを推進する観点から以下のとおり見直す。

- ① 診療所(医科・歯科)における明細書無料発行の免除規定について、診療報酬改定DXにおいて検討されている標準型レセコンの提供等により、全ての医療機関において明細書の発行が可能になった時期を目途として廃止する。
- ② 訪問看護ステーションにおける明細書の発行について、令和6年6月(7月請求分)からオンライン請求が開始されることを踏まえ、現在努力規定となっている明細書の発行について義務化する。なお、訪問看護療養費については、既に交付が義務づけられている領収証においては個別の項目毎の金額等の記載が求められていることに鑑み、現在の領収証を領収証兼明細書として位置づける。また、領収証兼明細書に変更するシステム改修に必要な期間を考慮し、令和7年5月31日までの経過措置期間を置く。

【疑義解釈】

訪看 Q: 明細書の交付について、一部負担金等の支払いがない利用者(当該患者の療養に要する費用の負担の全額が公費により行われるものに限る。)には明細書を交付しなくてもよいと解してよいか。

A: 明細書発行の義務はないが、明細書発行の趣旨を踏まえ、可能な限り発行されるのが望ましい。

■アウトカムにも着目した評価の推進

【データ提出加算及びデータ提出加算に係る届出を要件とする入院料の見直し】

データ提出加算に係る届出を要件とする入院料の見直し

データに基づくアウトカム評価を推進する観点から、データ提出加算に係る届出を要件とする入院料の範囲を拡大する。

入院料		データ提出要件
A	急性期一般入院基本料 特定機能病院入院基本料（一般病棟） 専門病院入院基本料（7対1、10対1） 地域包括ケア病棟入院料 回復期リハビリテーション病棟入院料1～4	データの提出が必須
B	地域一般入院基本料 療養病棟入院基本料 専門病院入院基本料（13対1） 障害者施設等入院基本料 特殊疾患入院医療管理料 回復期リハビリテーション病棟5 特殊疾患病棟入院料 緩和ケア病棟入院料 精神科救急急性期医療入院料	データの提出が必須（経過措置②ア）
C	精神科病棟入院基本料（10対1、13対1） 精神科急性期治療病棟入院料 児童・思春期精神科入院医療管理料	規定なし → データの提出が必須（経過措置①、②イ）

【経過措置】（概要）

①令和6年3月31日時点において、「C」の入院料に係る届出を行っている保険医療機関については、令和8年5月31日までの間に限り、データ提出加算に係る要件を満たしているものとみなす。

②令和6年3月31日時点において、「A」の入院料を算定する病棟又は病室のいずれも有しない保険医療機関であって、以下のいずれかに該当するもの、かつ、データ提出加算に係る届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものに限り、当分の間、データ提出加算に係る要件を満たしているものとみなす。

ア「B」の入院料を算定する病棟又は病室のいずれかを有するもののうち、これらの病棟又は病室の病床数の合計が200床未満のもの

イ「C」の入院料を算定する病棟又は病室のいずれかを有するもの

地域一般入院料3及び療養病棟入院料2のデータ提出加算に係る要件について、新規に保険医療機関を開設する場合等において1年間に限り満たしているものとみなす措置を講ずる。

■アウトカムにも着目した評価の推進

【回復期リハビリテーション病棟における運動器リハビリテーション料の算定単位数の見直し】

運動器リハビリテーション料の算定単位数の見直し

回復期リハビリテーション病棟における運動器疾患に対してリハビリテーションを行っている患者については、1日6単位を超えた実施単位数の増加に伴うADLの明らかな改善が見られなかったことを踏まえ、疾患別リハビリテーション料に係る算定単位数上限緩和対象患者の見直しを行う。

現行

算定条件緩和対象患者

回復期リハビリテーション病棟入院料又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定する患者

脳血管疾患等の患者のうち発症後60日以内のもの

入院中の患者であって、その入院する病棟等において早期歩行、ADLの自立等を目的として心大血管疾患リハビリテーション料（I）、脳血管疾患等リハビリテーション料（I）、運動器リハビリテーション料（I）又は呼吸器リハビリテーション料（I）を算定するもの



改定後

算定条件緩和対象患者

回復期リハビリテーション病棟入院料又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（運動器リハビリテーション料を算定するものを除く。）

脳血管疾患等の患者のうち発症後60日以内のもの

入院中の患者であって、その入院する病棟等において早期歩行、ADLの自立等を目的として心大血管疾患リハビリテーション料（I）、脳血管疾患等リハビリテーション料（I）、運動器リハビリテーション料（I）又は呼吸器リハビリテーション料（I）を算定するもの

【ポイント】

・運動器リハは6単位まで

【疑義解釈】

Q1:「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2の施設基準において、「在宅復帰支援を担当する専従の社会福祉士等」を1名以上の常勤配置を行うことを求めているが、「社会福祉士等」には社会福祉士の他にどのような職種が含まれているか。

A1:在宅復帰支援に関する十分な経験を有する専従の看護師が含まれる。

Q2:「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料の1及び2並びに「A319」特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の施設基準において求められる「病棟に専従配置される社会福祉士」(以下「回復期リハビリテーションにおける専従の社会福祉士」という。)又は「A308-3」地域包括ケア病棟入院料の施設基準において求める「医療機関に専任の在宅復帰支援担当者として配置される社会福祉士」(以下「地域包括ケア病棟入院料における専任の社会福祉士」という。)は、入退院支援加算の施設基準において求める「入退院支援及び地域連携業務に専従するものとして病棟に専任配置される社会福祉士」(以下「入退院支援加算における専任の社会福祉士」という。)と兼任できるか。また、「A247」認知症ケア加算1の施設基準における認知症ケアチームの専任の社会福祉士(以下「認知症ケアチームの専任の社会福祉士」という。)と兼任できるか。

A2:回復期リハビリテーションにおける専従の社会福祉士は、当該病棟において退院支援業務を行うために配置されることから、当該社会福祉士が他の病棟を兼任しない場合に限り、入退院支援加算における専任の社会福祉士と兼任できるが、認知症ケアチームの専任の社会福祉士とは兼任できない。また、地域包括ケア病棟入院料における専任の社会福祉士は、入退院支援加算における専任の社会福祉士又は認知症ケアチームの専任の社会福祉士と兼任できる。なお、これに伴い「疑義解釈資料の送付について(その1)」(平成28年3月31日事務連絡)別添1の問80は廃止する。

Q3:「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料1及び3並びに「A319」特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の施設基準において、「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」を実施することを求めているが、FIMの測定に関わる看護職員も同様に当該研修の対象に該当するか。

A3:該当する。

【疑義解釈】

Q4: 特掲診療料の施設基準等の別表第九の三において、「回復期リハビリテーション病棟入院料又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定する患者(運動器リハビリテーション料を算定するものを除く。)」とされているが、回復期リハビリテーション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に入院する患者であって、運動器リハビリテーション料を算定する患者は、1日9単位を算定することができないのか。

A4: 特掲診療料の施設基準等の別表第九の三の他の要件に該当する患者については1日9単位を算定できる。

Q5: 上記問において、特掲診療料の施設基準等の別表第九の三に規定する「入院中の患者であって、その入院する病棟等において早期歩行、ADLの自立等を目的として心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)又は呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)を算定するもの」について、どのような患者が該当するか。

A5: 急性期一般病棟等において行われる発症後早期のリハビリテーションが提供された患者が該当する。

(参考) 疑義解釈資料の送付について(その3)(平成18年3月31日医療課事務連絡)

(問) 1日当たり実施単位数の上限が緩和される疾患のうち、「脳血管疾患等の急性発症から60日以内の患者」とはいかなる患者を指すのか。

(答) 特掲診療料の施設基準等告示別表九の四から九の七までに掲げる、各疾患別リハビリテーションの対象疾患のうち、急性発症したもの。具体的には、心大血管疾患リハビリテーション料について急性心筋梗塞、狭心症発作その他の急性発症した心大血管疾患又はその手術後の患者、脳血管疾患等リハビリテーション料について脳梗塞、脳出血、くも膜下出血その他の急性発症した脳血管疾患又はその手術後の患者及び脳腫瘍、脳膿瘍、脊髄損傷、脊髄腫瘍その他の急性発症した中枢神経疾患又はその手術後の患者、運動器リハビリテーション料について上・下肢の複合損傷、脊椎損傷による四肢麻痺その他の急性発症した運動器疾患又はその手術後の患者、呼吸器リハビリテーション料について肺炎、無気肺、その他の急性発症した呼吸器疾患の患者及び肺腫瘍、胸部外傷その他の呼吸器疾患又はその手術後の患者をいう。

Q6: 回復期リハビリテーション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について、「リハビリテーションの効果に係る相当程度の実績が認められる」場合に限り、1日9単位を算定できるとされているが、当該実績が認められていれば、患者に対し運動器リハビリテーション料を1日9単位算定できるか。

A6: 算定不可。当該実績が認められることのみをもって、運動器リハビリテーション料を1日9単位算定することにはならない。

【疑義解釈】

Q7: 回復期リハビリテーション入院医療管理料の施設基準を満たすものとして届出を行った後、半径12 キロメートル以内の保険医療機関が回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行った場合についてどのように考えればよいか。

A7: 届出を行った時点で要件を満たしていればよく、半径12 キロメートル以内の保険医療機関が回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行ったことをもって、変更の届出を行う必要はない。

Q8: 回復期リハビリテーション病棟入院料1について、「栄養状態の評価には、GLIM 基準を用いること。」とされているが、GLIM 基準による栄養状態の評価は、どのくらいの頻度で行えばよいか。

A8: 栄養状態の再評価を行う際に、毎回GLIM 基準を用いる必要はないが、患者の状態に応じて必要な期間を判断することとし、少なくとも入棟時と退棟時(死亡退院等のやむを得ない場合は除く)にはGLIM 基準による栄養状態の評価を行うこと。

Q9: GLIM 基準による栄養状態の評価について、具体的な評価方法をどのように考えればよいか。

A9: 具体的な評価方法については、日本臨床栄養代謝学会(JSPEN)ホームページの「GLIM 基準について」を参考にすること。

＜参考＞GLIM 基準に関する研修会は、現時点で、下記の関係団体で開催予定。・回復期リハビリテーション病棟協会(令和6年5月) ・日本栄養士会(令和6年5月以降順次開催)

Q10: 栄養スクリーニングで低栄養リスクがなく、GLIM 基準による判定を行わなかった場合、栄養管理計画書、リハビリテーション実施計画書等、栄養情報連携料の様式における「GLIM 基準による評価」の判定はどのように記載すればよいか。

A10: 「GLIM 基準による評価」とは、GLIM 基準を用いた栄養状態の評価に係る栄養スクリーニングも含めたプロセスを指す。そのため、栄養スクリーニングで低栄養リスクがなかった場合、「GLIM 基準による評価」は「低栄養非該当」を選択すること。

■高齢者の救急医療の充実及び適切な搬送の促進

【初期診療後の救急患者の転院搬送に対する評価】

[救急患者連携搬送料の新設]

[基本的な考え方]

三次救急医療機関等に救急搬送された患者について連携する他の医療機関でも対応が可能と判断する場合に、連携する他の医療機関に看護師等が同乗の上で転院搬送する場合の評価を新設するとともに、急性期一般入院料における在宅復帰率に関する施設基準について必要な見直しを行う。

[具体的な内容]

- 救急搬送の受入れに関する実績のある医療機関から、救急外来を受診した患者又は入院3日目までの患者について、医師、看護師又は救急救命士が同乗し連携する他の医療機関に転院搬送する場合の評価を新設する。

(新)救急患者連携搬送料

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

- 急性期一般入院料1における在宅復帰率の基準の見直し

- 急性期一般入院料1、7対1入院基本料(特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。)及び専門病院入院基本料)に係る自宅等に退院するものとは、他の保険医療機関(地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料を含む。)、回復期リハビリテーション病棟入院料、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を算定する病棟及び病室を除く。(2)において同じ。)に転院した患者以外の患者をいう。
- 当該病棟から退院した患者数に占める自宅等に退院するものの割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出する。

■高齢者の救急医療の充実及び適切な搬送の促進

【初期診療後の救急患者の転院搬送に対する評価】

[救急患者連携搬送料の新設]

ア 直近6か月間において、当該病棟から退院した患者数(第2部「通則5」に規定する入院期間が通算される再入院患者、同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟への転棟患者、区分番号「C004-2」救急患者連携搬送料を算定し他の保険医療機関に転院した患者及び死亡退院した患者を除く。)のうち、自宅等に退院するものの数

イ 直近6か月間に退院した患者数(第2部「通則5」に規定する入院期間が通算される再入院患者、同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟への転棟患者、区分番号「C004-2」救急患者連携搬送料」を算定し他の保険医療機関に転院した患者及び死亡退院した患者を除く。)

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、救急外来を受診した患者に対する初期診療を実施し、連携する他の保険医療機関において入院医療を提供することが適当と判断した上で、当該他の保険医療機関において入院医療を提供する目的で医師、看護師又は救急救命士が同乗の上、搬送を行った場合に算定する。この場合において、区分番号C004に掲げる救急搬送診療料は別に算定できない。

[施設基準]

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

■高齢者の救急医療の充実及び適切な搬送の促進

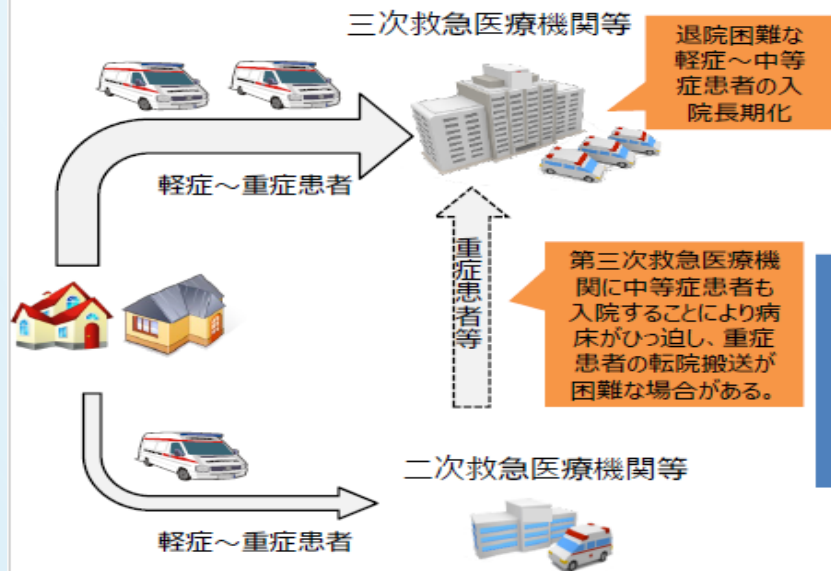
【初期診療後の救急患者の転院搬送に対する評価】

[救急患者連携搬送料の新設]

令和6年度診療報酬改定 Ⅲ-4-1 高齢者の救急医療の充実及び適切な搬送の促進-①

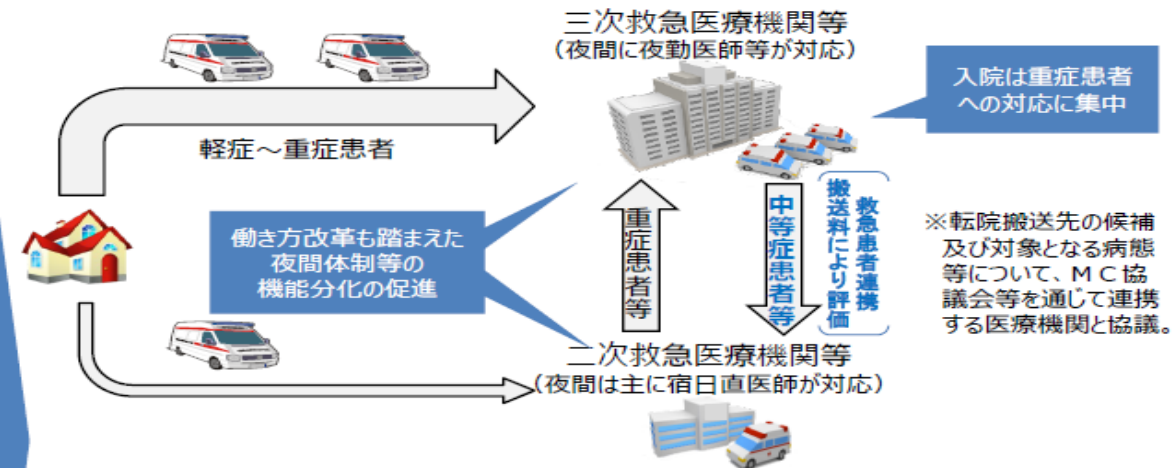
高齢者等の救急搬送に対する評価の見直しを通じた救急医療提供体制のイメージ

○これまでの救急医療提供体制における課題等

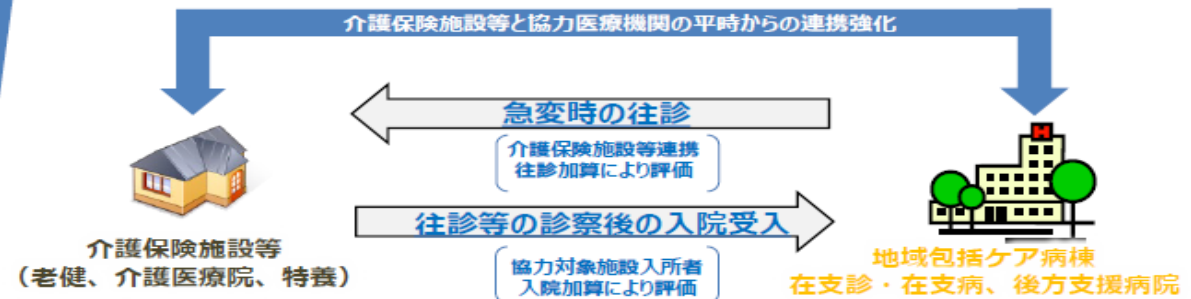


○初期診療後の適切な転院搬送の促進を通じた救急医療提供体制

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



○介護保険施設等との連携促進を通じた救急医療提供体制



■高齢者の救急医療の充実及び適切な搬送の促進 【初期診療後の救急患者の転院搬送に対する評価】

[救急患者連携搬送料の新設]

【疑義解釈】

Q1: 救急患者連携搬送料について、搬送先の保険医療機関に属する緊急自動車が患者の初期診療を行った保険医療機関まで赴き、初期診療を行った保険医療機関の医師、看護師又は救急救命士が同乗の上で当該患者を搬送した場合は算定可能か。

A1: 要件を満たせば算定可能。

Q2: 救急患者連携搬送料について、市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車により搬送が行われた場合でも、算定できるのか。

A2: 算定できない。

Q3: 「C004-2」救急患者連携搬送料に関する施設基準における「救急搬送件数」については、当該保険医療機関が患者を受け入れた件数又は人数を計上するものであり、当該保険医療機関が他の保険医療機関等に患者を搬送した件数又は人数は含まれないと考えてよいか。

A3: そのとおり。

■高齢者の救急医療の充実及び適切な搬送の促進 【救急医療管理加算の見直し】

[基本的な考え方]

救急医療管理加算について、入院時に重症であり緊急に入院を必要とする患者に対する入院医療を評価する趣旨を踏まえ、要件及び評価を見直す。

[具体的な内容]

1. 救急医療管理加算について、「経過観察が必要であるため入院させる場合」など算定の対象とならない場合を明確化する。
2. 救急医療管理加算2を算定する場合のうち、「その他の重症な状態」の割合が5割を超える保険医療機関について、評価を見直す。
3. 救急医療管理加算を算定する患者の状態について詳細を把握する観点から、患者の状態の分類について見直すとともに、診療報酬明細書の摘要欄の記載事項の定義を明確化する。

救急医療管理加算 ※点数の変更はなし

救急医療管理加算1 1,050点

救急医療管理加算2 420点

■高齢者の救急医療の充実及び適切な搬送の促進 【救急医療管理加算の見直し】

[算定要件]

注1 救急医療管理加算は、地域における救急医療体制の計画的な整備のため、入院可能な診療応需の態勢を確保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保険医療機関において、当該態勢を確保している日に救急医療を受け、緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者(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、救急医療管理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、当該患者の状態に従い、入院した日から起算して7日を限度として所定点数に加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に該当する保険医療機関において、救急医療加算2を算定する患者については、本文の規定にかかわらず、入院した日から起算して7日を限度として、210点を所定点数に加算する。

(2) 救急医療管理加算1の対象となる患者は、「基本診療料の施設基準等別表七の三」(以下この項で「別表」という。)に掲げる状態のうち一から十二までのいずれかの状態にあつて、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいい、単なる経過観察で入院させる場合や、その後の重症化リスクが高いために入院させる場合等、入院時点で重症患者ではない患者は含まれない。なお、当該加算は、入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して当該状態でなくても算定できる。

■高齢者の救急医療の充実及び適切な搬送の促進

【救急医療管理加算の見直し】

[算定要件]

- (3) 救急医療管理加算2の対象となる患者は、別表の一から十二までに準ずる状態又は十三の状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいい、単なる経過観察で入院させる場合や、その後の重症化リスクが高いために入院させる場合等、入院時点で重症患者ではない患者は含まれない。なお、当該加算は、患者が入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して当該状態でなくても算定できる。
- (4) 救急医療管理加算1を算定する場合は、以下の内容について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- ア 別表の一から十二までのうち該当する状態
 - イ 別表の二、三、四、六、七又は八の状態に該当する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標(P/F比は、酸素投与前の値とする。)
 - ウ (略)
 - エ 重症患者の状態のうち、別表の二に掲げる状態であってJCS (Japan Coma Scale) 0の状態、別表の三に掲げる状態であってP/F比400以上の状態、別表の四に掲げる状態であってNYHA I度の状態、又は別表の八に掲げる状態(顔面熱傷若しくは気道熱傷を除く。)であってBurn Index 0の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠

■高齢者の救急医療の充実及び適切な搬送の促進 【救急医療管理加算の見直し】

[算定要件]

(5) 救急医療管理加算2を算定する場合は、以下の内容について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ア 別表の一から十二までに準ずる状態又は十三の状態として該当するもの

イ 別表の二、三、四、六、七又は八に準ずる状態に該当する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標(P/F比は、酸素投与前の値とする。)

ウ (略)

エ 重症患者の状態のうち、別表の二に掲げる状態に準ずる状態であってJCS(Japan ComaScale)0の状態、別表の三に掲げる状態に準ずる状態であってP/F比400以上の状態、別表の四に掲げる状態に準ずる状態であってNYHA I度の状態、又は別表の八に掲げる状態に準ずる状態(顔面熱傷若しくは気道熱傷を除く。)であって BurnIndex0の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠

■高齢者の救急医療の充実及び適切な搬送の促進

【救急医療管理加算の見直し】

[施設基準]

六の二 救急医療管理加算の施設基準

- (1) 救急医療管理加算の注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準休日又は夜間における救急医療の確保のための診療を行っていること。
- (2) 救急医療管理加算の注1ただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準救急医療管理加算2を算定した患者のうち、別表第七の三の十三の状態の患者の割合が一定割合以上であること。

別表第七の三 救急医療管理加算に係る状態

- | | | |
|-------------------------------------|-------------------|--------------|
| 一 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態 | 二 意識障害又は昏睡 | 三 呼吸不全で重篤な状態 |
| 四 心不全で重篤な状態 | 五 急性薬物中毒 | 六 ショック |
| 七 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等) | | |
| 八 広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷 | 九 外傷、破傷風等で重篤な状態 | |
| 十 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態 | | |
| 十一 消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態 | 十二 蘇生術を必要とする重篤な状態 | |
| 十三 その他の重症な状態 | | |

■高齢者の救急医療の充実及び適切な搬送の促進 【救急医療管理加算の見直し】

[施設基準]

第2の2 救急医療管理加算

1 救急医療管理加算の注1本文に関する施設基準

(1)～(3) (略)

2 救急医療管理加算の注1ただし書に規定する厚生労働大臣が定める施設基準

当該保険医療機関において、直近6か月間で、救急医療管理加算2を算定した患者のうち、「基本診療料の施設基準等」の別表第七の三の十三「その他の重症な状態」の患者の割合が5割以上であること。

3 (略)

■高齢者の救急医療の充実及び適切な搬送の促進

【救急医療管理加算の見直し】

[救急医療管理加算の見直し(現行と改定内容)]

令和6年度診療報酬改定 Ⅲ-4-1 高齢者の救急医療の充実及び適切な搬送の促進-②

救急医療管理加算の見直し

救急医療管理加算の見直し

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

現行

【救急医療管理加算】
[算定要件]
(略) 緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者について、当該患者の状態に従い、入院した日から起算して7日を限度として所定点数に加算する。



改定後

【救急医療管理加算】
[算定要件]
(略) 緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者について、当該患者の状態に従い、入院した日から起算して7日を限度として所定点数に加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に該当する保険医療機関において、救急医療管理加算2を算定する患者については、本文の規定にかかわらず、入院した日から起算して7日を限度として、210点を所定点数に加算する。
[ただし書きに規定する施設基準]
救急医療管理加算2を算定する患者のうち、5割以上が「その他の重症な状態」であること。

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

現行

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



改定後

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

■高齢者の救急医療の充実及び適切な搬送の促進 【救急医療管理加算の見直し】

【疑義解釈】

Q1:「A205」救急医療管理加算の注1ただし書に規定する厚生労働大臣が定める施設基準について、「当該保険医療機関において、直近6か月間で、救急医療管理加算2を算定した患者のうち、「基本診療料の施設基準等」の別表第七の三の十三「その他の重症な状態」の患者の割合が5割以上であること。」とされているが、割合の計算は、診療報酬明細書の摘要欄に記載する患者の状態に基づき行うのか

A1:そのとおり。

Q2:Q1について、月毎にその時点の直近6か月間(令和6年6月以降に限る。)における割合を確認し、当該割合が5割以上である場合に該当すると考えてよいか。また、該当した場合の取扱いについて、どのように考えればよいか。

A2:そのとおり。また、当該施設基準に該当した場合、該当することを確認した月の翌月(例えば6月から11月の実績で該当することを12月に確認した場合は翌年1月)より注1ただし書の点数を算定する。

Q3:Q2について、一度当該施設基準に該当した場合であって、その後、月毎にその時点の直近6か月間における割合を確認し、当該割合が5割未満となった場合は、その時点で当該施設基準に該当しないものと考えてよいか。また、その場合の取扱いについて、どのように考えればよいか。

A3:そのとおり。また、当該施設基準に該当しなくなった場合については、該当しないことを確認した月の翌月より注1本文の点数を算定する。

■ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

【精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に向けた重点的な支援を提供する病棟の評価の新設】

[A315 精神科地域包括ケア病棟入院料(新)]

令和6年度診療報酬改定 Ⅲ-4-5 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価-①

精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に向けた重点的な支援を提供する病棟の評価の新設

➤ 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に向けた重点的な支援を提供する精神病棟について、新たな評価を行う。

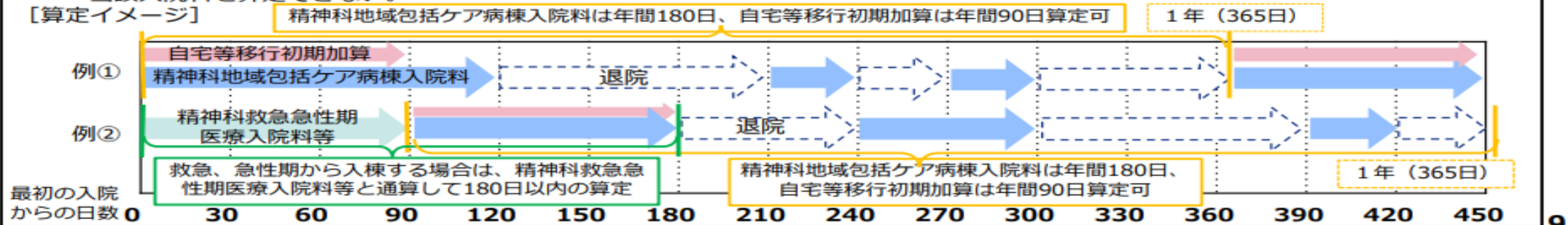
(新) 精神科地域包括ケア病棟入院料 自宅等移行初期加算

1,535点 (1日につき)
100点 (1日につき)

[算定要件] (概要)

- (1) 精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料(精神科救急急性期医療入院料等)を算定した期間と通算して180日を限度として、所定点数を算定する。ただし、精神科救急急性期医療入院料等を算定する病棟から退院した日から起算して3月以内に当該病棟に入院した場合も、精神科救急急性期医療入院料等を算定した期間を算入する。
- (2) 当該病棟に転棟若しくは転院又は入院した日から起算して90日間に限り、自宅等移行初期加算として、100点を加算する。
- (3) 過去1年以内に、精神科地域包括ケア病棟入院料又は自宅等移行初期加算を算定した患者については、期間の計算に当たって、直近1年間の算定期間(算定した日数)を180日又は90日に通算する。
- (4) 精神病棟入院基本料(15対1、18対1、20対1)、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料を届け出ている病棟から、当該病棟への転棟は、患者1人につき1回に限る。
- (5) 当該病棟の入院患者に対しては、主治医が病状の評価に基づいた診療計画を作成し、適切な治療を実施するとともに、医師、看護職員、薬剤師、作業療法士、精神保健福祉士、公認心理師等の多職種が共同して、個々の患者の希望や状態に応じて、退院後の療養生活を見据え必要な療養上の指導、服薬指導、作業療法、相談支援、心理支援等を行う。
- (6) 当該病棟の入院患者のうち必要なものに対しては、療養上の指導、服薬指導、作業療法、相談支援又は心理支援等を、1日平均2時間以上提供していることが望ましい。
- (7) 症状性を含む器質性精神障害の患者にあつては、精神症状を有する状態に限り、単なる認知症の症状のみを有する患者については、当該入院料を算定できない。

[算定イメージ]



■ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

【精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に向けた重点的な支援を提供する病棟の評価の新設】

[A315 精神科地域包括ケア病棟入院料(新)]

精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に向けた重点的な支援を提供する精神病棟であり、主として急性期治療を経過した精神疾患を有する患者及び在宅において療養を行っている精神疾患を有する患者等の受入並びに患者の在宅復帰支援等を行う機能を有し、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを支える役割を担う病棟として新設された。

⇒ (A)精神科地域包括ケア病棟入院料
(1日につき) **1,535点**

⇒ (B)自宅等移行初期加算
(転棟若しくは転院又は入院した日から起算して90日間)
(1日につき) **100点**

⇒ (C)非定型抗精神病薬加算
(1日当たりの抗精神病薬が2種類以下の場合1日につき) **15点**



■ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

【精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に向けた重点的な支援を提供する病棟の評価の新設】

【A315 精神科地域包括ケア病棟入院料(新)】

<算定要件(概要)>

- ① A311:精神科救急急性期医療入院料、A311-2:精神科急性期治療病棟入院料、A311-3:精神科救急・合併症入院料を算定した期間と通算して180日を限度として(A)の所定点数を算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、A103:精神科病棟入院基本料の特別入院料基本料(566点)を算定する。
- ② (B)の自宅等移行初期加算は、当該病棟に転棟若しくは転院又は入院した日から起算して90日間に限り加算する。
- ③ 過去1年以内に、当該入院料又は(B)の加算を算定した患者(当該保険医療機関以外の保険医療機関で算定した患者を含む)については、過去1年以内に当該入院料及び(B)の加算を算定した期間を、当該入院料及び(B)の加算の算定期間に算入する。
- ④ A103:精神科病棟入院基本料の15対1入院基本料、18対1入院基本料、20対1入院基本料、A312:精神療養病棟入院料、A314:認知症治療病棟入院料、A318:地域移行機能強化病棟入院料を届け出ている病棟から、当該病棟への転棟は、患者1人につき1回に限る。
- ⑤ (C)の非定型抗精神病薬加算は、当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した1日当たりの抗精神病薬が2種類以下の場合に限り所定点数に加算する。
- ⑥ 主治医が病状の評価に基づいた診療計画を作成し、適切な治療を実施するとともに、医師、看護職員、薬剤師、作業療法士、精神保健福祉士、公認心理師の多職種が共同して、個々の患者の希望や状態に応じて、退院後の療養生活を見据え必要な療養上の指導、服薬指導、作業療法、相談支援、心理支援等を行う。
- ⑦ 当該病棟の入院患者のうち必要なものに対しては、療養上の指導、服薬指導、作業療法、相談支援又は心理支援等を、1日平均2時間以上提供していることが望ましい。
- ⑧ 当該入院料を算定した患者が退院した場合、退院した先について診療録に記載すること。

※ 症状性を含む器質性精神障害の患者にあつては、精神症状を有する状態に限り、

当該入院料を算定できるものとし、単なる認知症の症状のみを有する患者については、当該入院料を算定できない。

■ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

【精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に 向けた重点的な支援を提供する病棟の評価の新設】

【A315 精神科地域包括ケア病棟入院料(新)】

[施設基準(概要)]

- ① 医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床の数以上の入院患者を入院させていない。
- ② 当該保険医療機関における精神科救急急性期医療入院料を算定する病床数が120床以下。
- ③ 当該保険医療機関における精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料又は精神科地域包括ケア病棟入院料を算定する病床数の合計が200床以下。
- ④ 当該病棟を有する保険医療機関において、常勤の精神保健指定医が2名以上配置され、かつ、当該病棟に専任の常勤精神科医が1名以上配置されていること。
- ⑤ 当該病棟における専任の精神科医師は他の病棟に配置される医師と兼任はできない。また、当該医師の外来業務及び他病棟の入院患者の診療業務への従事は週2日以内。
- ⑥ 当該病棟において、1日に看護を行う看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師の数は、常時、当該病棟に入院患者の数が13又はその端数を増すごとに1以上であること。(看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が15又はその端数を増すごとに1以上で看護職員の最小必要数の4割以上が看護師)
- ⑦ ⑥の規定にかかわらず、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師の数は、1以上であること。
- ⑧ 夜勤については、⑥の規定にかかわらず、看護職員の数が2以上であること。
- ⑨ 当該病棟の病床数は、1看護単位当たり60床以下。
- ⑩ 当該病棟に専任の常勤作業療法士、常勤精神保健福祉士及び常勤公認心理師が配置されていること。
- ⑪ 当該病棟において、日勤時間帯にあっては作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師が常時1人以上配置されていること。
- ⑫ 当該保険医療機関がクロザピンを処方する体制を有している。具体的には、当該保険医療機関がクロザリル患者モニタリングサービスの登録医療機関であること。

■ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

【精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に 向けた重点的な支援を提供する病棟の評価の新設】

[A315 精神科地域包括ケア病棟入院料(新)]

【経過措置のある施設基準】

令和7年5月31日までの経過措置

- ⑬ 当該病棟を有する保険医療機関は次のいずれかの要件を満たす。
- ア:精神科救急医療確保事業において常時対応型施設として指定を受けている医療機関又は身体合併症救急医療確保事業において指定を受けている医療機関であること。
 - イ:精神科救急医療確保事業において病院群輪番型施設として指定を受けている医療機関であって、以下の(イ)又は(ロ)のいずれかに該当すること。
 - (イ)時間外、休日又は深夜における入院件数が年4件以上である。そのうち1件以上は、精神科救急情報センター、精神医療相談窓口、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県(政令市の地域を含むものとする。以下イにおいて同じ。)市町村、保健所、警察又は消防(救急車)からの依頼である。
 - (ロ)時間外、休日又は深夜における外来対応件数が年10件以上である。なお、精神科救急情報センター、精神医療相談窓口、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県、市町村、保健所、警察又は消防(救急車)からの依頼の場合は、日中の対応であっても件数に含む。
- ⑭ 次に掲げる項目のうちア又はイ及びウからオまでのいずれかを満たしている。
- ア:当該保険医療機関において精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)及び(Ⅲ)の算定回数が直近3か月間で60回以上である。
 - イ:当該保険医療機関と同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する訪問看護ステーションにおいて精神科訪問看護基本療養費の算定回数が直近3か月間で300回以上である。
 - ウ:当該保険医療機関において精神科退院時共同指導料の算定回数が直近3か月間で3回以上である。
 - エ:当該保険医療機関において通院・在宅精神療法の「2」の算定回数が直近3か月で20回以上である。
 - オ:当該保険医療機関において精神科在宅患者支援管理料の算定回数が直近3か月間で10回以上である。
- ⑮ A246-2:精神科入退院支援加算に係る届出を行っている保険医療機関である。

■ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

【精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に に向けた重点的な支援を提供する病棟の評価の新設】

[A315 精神科地域包括ケア病棟入院料(新)]

【経過措置のある施設基準(続き)】

令和7年5月31日までの経過措置

- ⑩ 精神保健福祉法上の精神保健指定医の公務員としての業務(措置診察等)について、都道府県に積極的に協力し、診察業務等を年1回以上行う。具体的には、都道府県に連絡先等を登録し、都道府県の依頼による公務員としての業務等に参画し、アからオまでのいずれかの診察あるいは業務を年1回以上行う。
- ア 措置入院及び緊急措置入院時の診察
 - イ 医療保護入院及び応急入院のための移送時の診察
 - ウ 精神医療審査会における業務
 - エ 精神科病院への立入検査での診察
 - オ その他都道府県の依頼による公務員としての業務

令和7年9月30日までの経過措置

- ⑪ 当該病棟において、措置入院患者、鑑定入院患者又は医療観察法入院患者として当該保険医療機関に入院となった患者を除いた当該病棟の入院患者のうち7割以上が、当該病棟に入院した日から起算して6月以内に退院し、自宅等へ移行する。ただし、⑭(前頁)のオを満たしている保険医療機関にあっては、7割以上ではなく、6割以上が当該病棟に入院した日から起算して6月以内に退院し、自宅等へ移行する。

※ 「自宅等へ移行する」とは、患家、介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設へ移行することである。なお、ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設に入所した場合を除いたものをいう。また、退院後に、第2部「通則5」の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行した者として計上しない。

■ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

【精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に に向けた重点的な支援を提供する病棟の評価の新設】

【A315 精神科地域包括ケア病棟入院料(新)】

【経過措置のある施設基準(続き)】

令和7年9月30日までの経過措置

- ⑱ 精神障害者の地域生活を支援する関係機関等との連携を有している。連携先については、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく一般相談支援、特定相談支援、地域移行支援、地域定着支援、自立生活援助、共同生活援助若しくは就労継続支援等の障害福祉サービス等事業者、児童福祉法に基づく障害児相談支援事業所、介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者、精神保健福祉センター、保健所又は都道府県若しくは市区町村の障害福祉担当部署等のうち、患者の状態に応じて必要な機関を選択する。また、連携に当たっては、当該保険医療機関の担当者をあらかじめ指定し、その連絡先を保健所等に文書で情報提供するとともに、障害福祉サービス等事業者等の担当者の氏名及び連絡先の提供を受けている。
- ⑲ データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関である。
また、当該基準については別添7の様式40の7を用いて届出を行った時点で、当該入院料の届出を行うことができる。

【疑義解釈】

Q1:施設基準について、「当該病棟において、日勤時間帯にあつては作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師が常時1人以上配置されていること。」とされているが、休日を含め全ての日において常時1人以上配置している必要があるか。

A1:そのとおり。

■ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

【精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に に向けた重点的な支援を提供する病棟の評価の新設】

[A315 精神科地域包括ケア病棟入院料(新)]

【疑義解釈(続き)】

Q2: 精神科地域包括ケア病棟入院料及び注2に規定する自宅等移行初期加算について、それぞれ180日及び90日の算定期間の上限があり、また、注3において過去1年間以内に同入院料及び加算を算定した場合の通算の規定があるが、以下の場合についてどのように考えればよいか。

- ① 精神科地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟に令和7年1月1日に入院し、退院までの間、精神科地域包括ケア病棟入院料及び自宅等移行初期加算を算定し、同年1月30日に退院、同年6月1日に再入院した場合。
A: 精神科地域包括ケア病棟入院料及び自宅等移行初期加算は、令和7年6月1日から令和8年1月1日までの間に、それぞれ150日又は60日間に限り算定できる。
- ② 精神科地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟に令和7年1月1日に入院し、退院までの間、精神科地域包括ケア病棟入院料及び自宅等移行初期加算を算定し、同年1月30日退院、同年2月1日に再入院した場合。
A: 精神科地域包括ケア病棟入院料及び自宅等移行初期加算は、令和7年2月1日から令和8年1月1日までの間に、それぞれ150日又は60日間に限り算定できる。
- ③ 精神科救急急性期医療病棟入院料、精神科急性期治療病棟入院料又は精神科救急・合併症入院料(以下、「精神科救急急性期医療入院料等」とする。)を算定する病棟に令和7年1月1日に入院し、90日間入院した後、同年4月1日に精神科地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟に転棟、退院までの間、精神科地域包括ケア病棟入院料及び自宅等移行初期加算を算定し、同年4月10日に退院、同年8月1日に再入院した場合。
A: 精神科地域包括ケア病棟入院料及び自宅等移行初期加算は、令和7年8月1日から令和8年1月1日までの間に、それぞれ170日間又は80日間に限り算定できる。
- ④ 精神科救急急性期医療入院料等を算定する病棟に令和7年1月1日に入院し、90日間入院した後、同年4月1日に精神科地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟に転棟、退院までの間、精神科地域包括ケア病棟入院料及び自宅等移行初期加算を算定し、同年4月10日に退院、同年5月1日に再入院した場合。
A: 精神科地域包括ケア病棟入院料及び自宅等移行初期加算は、再入院してから退院するまでの間に、80日間に限り算定できる。なお、再度退院後入院する場合(入院期間が通算される場合を除く。)について、精神科地域包括ケア病棟入院料及び自宅等移行初期加算は、令和7年5月1日から令和8年1月1日までの間に、それぞれ170日間又は80日間に限り算定できる。

■ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

【精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に 向けた重点的な支援を提供する病棟の評価の新設】

【A315 精神科地域包括ケア病棟入院料(新)】

【疑義解釈(続き)】

Q3: 施設基準について、「入院患者のうち7割以上が、当該病棟に入院した日から起算して6月以内に退院し、自宅等へ移行すること。」とあるが、当該割合の計算に当たって、Q2の①～④の場合について、どのように考えればよいか。

A3: ①は、当該患者については分母・分子ともに計上する。

②は、当該患者について分母に計上し、分子には計上しない。

③は、当該患者については分母・分子ともに計上する。

④は、当該患者について分母に計上し、分子には計上しない。

Q4: 精神科地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟に入院した日を1日目として、180日目に退院し、退院してから300日後(481日目)に当該病棟に再入院した場合について以下の考え方でよいか。

① 精神科地域包括ケア病棟入院料は、再入院した日から起算して過去1年間(116日目から480日目までの間)に65日算定していることから、当該入院料について、再入院した日から115日間は算定可能ということで良いか。

② 再入院した日から115日が経過した場合(596日目)について、精神科地域包括ケア病棟入院料については、596日目から845日目(481日目から365日目後)までの間に65日間算定できるということで良いか。

A4: ①、②いずれもその通り。

Q5: 施設基準について、「当該病棟において、1日に看護を行う看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が13又はその端数を増すごとに1以上であること。」とされているが、当該病棟に配置されている作業療法士が、当該入院料を算定する病棟に入院中の患者に対し、精神科作業療法を実施した場合に、「I007」精神科作業療法を算定できるか。

A5: 算定可能

■ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

【地域移行機能強化病棟入院料の継続と要件の見直し】

[A318 地域移行機能強化病棟入院料]

当該入院料に係る実績等を踏まえ、長期入院患者の退院実績、精神病床削減の基準や病棟配置等についての要件を見直し、更に届出期間が延長された。

⇒ 地域移行機能強化病棟入院料(点数の変更) (1日につき) 1,539点 ⇒ **1,557点**

⇒ 長期入院患者の退院実績については、以下の式で算出される数値 2.4%以上 ⇒ **3.3%以上**

(届出時点)

・当該保険医療機関に1年以上入院していた患者のうち、当該病棟から自宅等に退院した患者の数の1か月当たりの平均(届出の前月までの3か月間における平均)÷当該病棟の届出病床数×100(%)

(算定開始以降)

・当該保険医療機関に1年以上入院していた患者のうち、算定開始以降に当該病棟から自宅等に退院した患者数の1か月当たりの平均(地域移行機能強化病棟入院料を算定した全期間における平均)÷当該病棟の届出病床数×100(%)

※ 算定開始以降、1年ごとに1回以上、当該保険医療機関全体の精神病床について、当該保険医療機関の所在する都道府県に許可病床数変更の許可申請を行っていること。

⇒ 算定開始月の翌年以降の同じ月における許可病床数は、以下の式で算出される数値以下
届出前月末日時点での精神病床の許可病床数－(当該病棟の届出病床数の**40%**×当該病棟の算定年数)
30% ⇒ **40%に変更**

⇒ 地域移行機能強化病棟入院料に係る届出を取り下げる際には、許可病床数が以下の式で算出される数値以下
届出前月末日時点での精神病床の許可病床数－(当該病棟の届出病床数の**40%**×当該病棟の算定月数÷12)
30% ⇒ **40%に変更**

■ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

【地域移行機能強化病棟入院料の継続と要件の見直し】

【A318 地域移行機能強化病棟入院料】

(主な変更点)

⇒ 病棟配置について

退院調整を担当する者が1名以上
(入院患者数が40を超える場合は2名以上)配置

⇒ 退院支援相談員について

うち1名以上(入院患者の数が40を超える場合は2名以上)は、
当該病棟に専任の常勤の者である

⇒ 退院支援相談員は、次のいずれかの者

- ア 精神保健福祉士(当該病棟専従の者でも可)
- イ 保健師、看護師、准看護師、作業療法士、社会福祉士
又は公認心理師として、精神障害者に関する業務に従事した経験を3年以上を有する者

【疑義解釈】

Q:「注3」に規定する重症者加算1の施設基準について、令和6年度診療報酬改定前の施設基準における、「地域搬送受入対応施設」や「身体合併症後方搬送対応施設」区分の指定を受けていた保険医療機関の取扱いは如何に。

A: 令和6年3月31日時点で、「地域搬送受入対応施設」や「身体合併症後方搬送対応施設」の指定を受けていた保険医療機関に限り従前の例によることができる。

令和6年度診療報酬改定 Ⅲ-4-5 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価-②

地域移行機能強化病棟入院料の継続と要件の見直し

▶ 精神病棟の長期入院患者の地域移行を一層推進する観点から、地域移行機能強化病棟入院料について、当該入院料に係る実績等を踏まえ、要件を見直すとともに、届出期間を延長する。

1. 地域移行機能強化病棟入院料について、長期入院患者の退院実績に係る要件を見直す。

改定後

【地域移行機能強化病棟入院料】

【施設基準】(概要) ※<>内は現行

- (14) 届出時点で、次のいずれの要件も満たしていること。
 - ア (略)
 - イ 以下の式で算出される数値が<2.4>**3.3%**以上であること。
当該保険医療機関に1年以上入院していた患者のうち、当該病棟から自宅等に退院した患者の数の1か月当たりの平均(届出の前月までの3か月間における平均)÷当該病棟の届出病床数×100(%)
- (15) 各月末時点で、以下の式で算出される数値が<2.4>**3.3%**以上であること。
1年以上入院していた患者のうち、当該病棟から自宅等に退院した患者数の1か月当たりの平均÷当該病棟の届出病床数×100(%)
- (16) 1年ごとに1回以上、当該保険医療機関全体の精神病床について、都道府県に許可病床数変更の許可申請を行っていること。算定開始月の翌年以降の同じ月における許可病床数は、以下の式で算出される数値以下であること。
届出前月末日時点での精神病床の許可病床数 - (当該病棟の届出病床数の<30>**40%**×当該病棟の算定年数)
- (17) 地域移行機能強化病棟入院料に係る届出を取り下げる際には、許可病床数が以下の式で算出される数値以下であること。
届出前月末日時点での精神病床の許可病床数 - (当該病棟の届出病床数の<30>**40%**×当該病棟の算定月数÷12)
- (21) **(削除)** <令和2年3月31日において現に地域移行機能強化病棟入院料の届出を行っている病棟については、(14)から(17)までの規定に限り、なお従前の例による。>

2. 当該病棟において、専任の精神保健福祉士の配置に係る要件を緩和する。

【施設基準】	現行	改定後
入院患者数が40名を超えない場合	専従 常勤 精神保健福祉士 1名以上 専任 常勤 精神保健福祉士 1名以上	専従 常勤 精神保健福祉士 1名以上 専任 常勤 退院支援相談員 1名以上
入院患者数が40名を超える場合	専従 常勤 精神保健福祉士 1名以上 専任 常勤 精神保健福祉士 2名以上	専従 常勤 精神保健福祉士 1名以上 専任 常勤 退院支援相談員 2名以上
入院患者数が40名を超える場合であって、退院支援業務に必要な場合	専従 常勤 精神保健福祉士 1名以上 専任 常勤 精神保健福祉士 1名以上 専任 常勤 社会福祉士 1名以上	専任の従事者について、PSW以外の職種(退院支援相談員(※))でも可能とする。

(※) 退院支援相談員
・当該病棟に入院した患者1人につき1人以上指定
・退院支援相談員は、次のいずれかの者であること
ア 精神保健福祉士
イ 保健師、看護師、准看護師、作業療法士、社会福祉士**又は公認心理師**として、精神障害者に関する業務に従事した経験を3年以上有する者

3. 地域移行機能強化病棟入院料については、**令和12年3月31日**まで届出を可能とする。

■ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

【精神科入退院支援加算の新設】

[A246-2 精神科入退院支援加算(新)]

精神病棟に入院中の患者が、早期に退院するとともに、医療、障害福祉、介護その他のサービスを切れ目なく受けられるように、入院早期から包括的マネジメントに基づく入退院支援を行った場合の評価が新設された。

⇒ 精神科入退院支援加算（退院時1回） 1,000点

⇒ 精神科措置入院退院支援加算（退院時1回） 300点

<算定要件(概要)>

- ① A103:精神病棟入院基本料の注7若しくはA312:精神療養病棟入院料の注5に規定する精神保健福祉士配置加算、A230-2 精神科地域移行実施加算又は、I011:精神科退院指導料を算定する場合は、算定できない。
 - イ 退院困難な要因を有する入院中の患者(※)であって、在宅での療養を希望するもの(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、精神科入退院支援加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)に対して入院退院支援を行った場合。
 - ロ 連携する他の保険医療機関において当該加算を算定した患者(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、精神科入退院支援加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)を受け入れ、当該患者に対して入退院支援を行った場合。
- ② 精神科措置入院退院支援加算については、精神保健福祉法第29条又は第29条の2に規定する入院措置に係る患者に対して、入院中から都道府県、保健所を設置する市又は特別区と連携して退院に向けた支援を実施した場合に所定点数に加算する。
- ③ 死亡による退院については算定できない。

■ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

【精神科入退院支援加算の新設】

[A246-2 精神科入退院支援加算(新)]

④ 原則として入院後7日以内に患者の状況を把握するとともに退院困難な要因を有している患者を抽出する。

<※退院困難な要因を有する患者>

ア 精神保健福祉法第 29 条又は第 29 条の2に規定する入院措置に係る患者であること。

イ 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第 42 条第1項第1号又は第 61 条第1項第1号に規定する同法による入院又は同法第 42 条第1項第2号に規定する同法による通院をしたことがある患者であること。

ウ 医療保護入院の者であって、当該入院中に精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 33 条第6項第2号に規定する委員会の開催があった者であること。

エ 当該入院の期間が1年以上の患者であること。

オ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること。

カ 生活困窮者であること。

キ 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと。

ク 身体合併症を有する患者であって、退院後に医療処置が必要なこと。

ケ 入退院を繰り返していること。

コ 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること。

サ 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること。

シ その他平成 28～30 年度厚生労働行政調査推進補助金障害者対策総合研究事業において「多職種連携による包括的支援マネジメントに関する研究」の研究班が作成した、別紙様式 51 に掲げる「包括的支援マネジメント 実践ガイド」における「包括的支援マネジメント導入基準」を1つ以上満たす者であること(この場合、「包括的支援マネジメント導入基準」のうち該当するものを診療録等に添付又は記載すること。)

■ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

【精神科入退院支援加算の新設】

[A246-2 精神科入退院支援加算(新)]

- ⑤ 退院困難な要因を有する患者について、原則として7日以内に患者及びその家族等と病状や退院後の生活も含めた話し合いを行うとともに、関係職種と連携し、入院後7日以内に退院支援計画の作成に着手すること。
なお、必要に応じ、退院後の居住先や日中の活動場所を訪問し、患者の病状、生活環境及び家族関係等を考慮しながら作成することが望ましい。
 - ⑥ 退院支援計画の作成に当たっては、入院後7日以内に病棟の看護師及び病棟に専任の入退院支援職員並びに入退院支援部門の看護師及び精神保健福祉士等が共同してカンファレンスを実施する。なお、カンファレンスの実施に当たっては、必要に応じてその他の関係職種が参加すること。
また、当該患者に対し、精神保健福祉法第29条の6に規定する退院後生活環境相談員が別に選任されている場合は、退院後生活環境相談員もカンファレンスに参加すること。
 - ⑦ 当該患者について、概ね3月に1回の頻度でカンファレンスを実施し、支援計画の見直しを適宜行うこと。また、必要に応じてより頻回の開催や、臨時のカンファレンスを開催する。なお、医療保護入院の者について、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条第6項第2号に規定する委員会の開催をもって、当該カンファレンスの開催とみなすことができる。この際、「措置入院者及び医療保護入院者の退院促進に関する措置について」(令和5年11月27日障発1127第7号)に規定する医療保護入院者退院支援委員会の審議記録の写しを診療録に添付すること。
 - ⑧ 退院先については、診療録に記載し、又は退院先を記載した文書を診療録等に添付すること。
- ★ 注2における退院とは、自宅等へ移行することをいう。ここでいう、「自宅等へ移行する」とは、患家、介護老人保健施設、介護医療院又は障害者総合支援法に規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホームへ移行することである。また、ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関において転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設に入所した場合を除いたものをいう。

■ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

【精神科入退院支援加算の新設】

[A246-2 精神科入退院支援加算(新)]

[施設基準(概要)]

- ① 当該保険医療機関内に、入退院支援及び地域連携業務を担う部門(以下この項において「入退院支援部門」という。)が設置されている。
- ② 次のア又はイを満たすこと。
 - ア 当該入院退院支援部門に、入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師及び入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の精神保健福祉士が配置されていること。
 - イ 当該入院退院支援部門に、入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の精神保健福祉士及び入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の看護師が配置されていること。
- ③ 入退院支援及び地域連携業務に専従する看護師等が、当該加算の算定対象となっている各病棟に専任で配置されていること。
※当該専任の看護師又は精神保健福祉士が配置される病棟は1人につき2病棟、計120床までに限る。なお、20床未満の病棟及び治療室については、病棟数の算出から除いてよいが、病床数の算出には含めること。また、病棟に専任の看護師等が、入退院支援部門の専従の職員を兼ねることができないが、専任の職員を兼ねることは差し支えない。
- ④ 病棟の廊下等の見やすい場所に、患者及び家族から分かりやすいように、入退院支援及び地域連携業務に係る病棟に専任の職員及びその担当業務を掲示していること。

■ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

【精神科入退院支援加算の新設】

[A246-2 精神科入退院支援加算(新)]

⑤ 次のア又はイを満たすこと。

ア 以下の(イ)から(ホ)に掲げる、転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い連携する機関(以下「連携機関」という。)の数の合計が10以上であること。ただし、(イ)から(ホ)までのうち少なくとも3つ以上との連携を有していること。また、②又は③の職員と、それぞれの連携機関の職員が年3回以上の頻度で対面又はビデオ通話が可能な機器を用いて面会し、情報の共有等を行っていること。なお、面会には、個別の退院調整に係る面会等を含めて差し支えないが、年3回以上の面会の日付、目的及び連携機関の名称等を一覧できるように記録すること。

(イ) 他の保険医療機関

(ロ) 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一般相談支援、特定相談支援、地域移行支援、地域定着支援、自立生活援助、共同生活援助又は就労継続支援等の障害福祉サービス等事業者

(ハ) 児童福祉法に基づく障害児相談支援事業所等

(ニ) 介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者又は施設サービス事業者

(ホ) 精神保健福祉センター、保健所又は都道府県若しくは市区町村の障害福祉担当部署

イ 直近1年間に、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第5条第20項に規定する地域移行支援を利用し退院した患者又は退院後の同条第16項に規定する自立生活援助若しくは同条第21項に規定する地域定着支援の利用に係る申請手続きを入院中に行った患者の数の合計が5人以上であること。

■ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

【精神科入退院支援加算の新設】

[A246-2 精神科入退院支援加算(新)]

【疑義解釈】

Q1:「入院後7日以内に退院支援計画の作成に着手すること。」とあるが、退院支援計画の交付日についてどのように考えればよいか。

A1:精神科入退院支援加算に係る退院支援計画を作成後、速やかに患者に交付すること。

Q2:「退院困難な要因」として「身体合併症を有する患者であって、退院後に医療処置が必要なこと」とあるが、身体合併症とは具体的にどのような症状のことをいうのか。

A2:「A230-3」精神科身体合併症管理加算の算定患者と同様の取扱いとする。

Q3:施設基準において求められる入退院支援及び地域連携業務に専従している看護師又は精神保健福祉士が、「A312」精神療養病棟入院料又は「A318」地域移行機能強化病棟入院料の施設基準における退院支援相談員の業務を兼ねてもよいか。

A3 4差し支えない。

Q4:「退院困難な要因を有する患者について、原則として7日以内に患者及びその家族等と病状や退院後の生活も含めた話し合いを行うとともに、関係職種と連携し、入院後7日以内に退院支援計画の作成に着手する。」とされているが、新たに当該加算を届出した場合に、届出時点での入院患者についての取扱いは如何に。

A4:当該加算の届出を行った時点で入院中の患者について、届出後に退院支援計画を作成し、その他の要件を満たした場合は、当該加算を算定可能。ただし、届出後3月以内に患者及び家族と話し合いを行い、退院支援計画の作成に着手することが望ましい。また、医療保護入院の者であって、当該入院中に精神保健福祉法第33条第6項第2号に規定する委員会の開催があったもの又は当該入院の期間が1年以上のものについては、退院支援計画の作成時期によらず、それぞれ当該委員会の開催及び退院支援計画の作成又は退院支援計画の作成及び退院・転院後の療養生活を担う保健医療機関等との連絡や調整又は障害福祉サービス等若しくは介護サービス等の導入に係る支援を開始することをもって、当該加算の算定対象となる。これらの患者についても、3月以内に患者及び家族と話し合いを行い、退院支援計画の作成に着手することが望ましい。

Q5:区分番号「A246」入退院支援加算及び区分番号「A246-2」精神科入退院支援加算を届け出ている保険医療機関において、入退院支援加算の施設基準において入退院支援部門に配置することとされている「入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師」が、精神科入退院支援加算の施設基準において入退院支援部門に配置することとされている「入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の看護師」を兼ねることは可能か。また、入退院支援加算の施設基準において入退院支援部門に配置することとされている「入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の看護師」が、精神科入退院支援加算の施設基準において入退院支援部門に配置することとされている「入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師」を兼ねることは可能か。

A5:可能。

■ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

【療養生活環境整備指導加算及び療養生活継続支援加算の見直し】

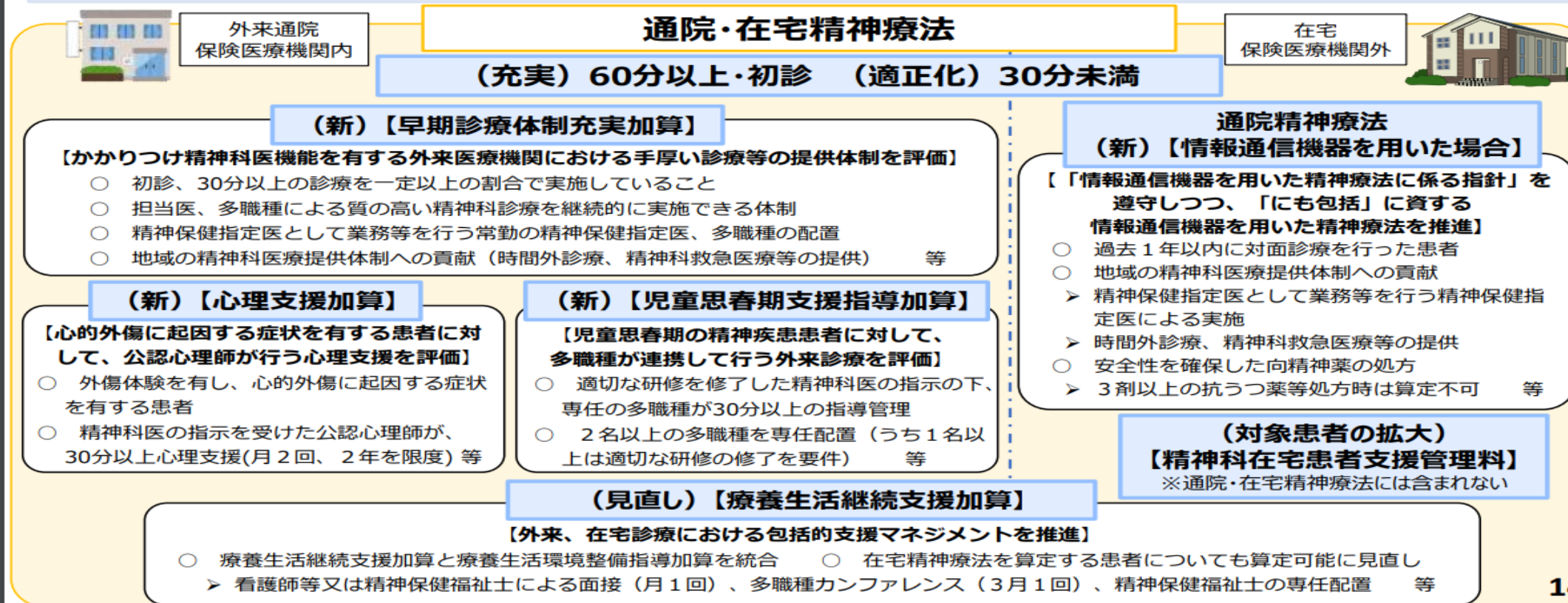
質の高い精神医療の提供を推進する観点から、通院・在宅精神療法についての評価が見直され、加算も新設された。

令和6年度診療報酬改定 Ⅲ-4-5 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価-④~⑧

精神医療における外来、在宅診療に係る評価の見直し（イメージ）

◆ 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」構築推進に資する外来・在宅医療の提供

- 地域に貢献する精神科医・医療機関におけるかかりつけ精神科医機能を評価
- 手厚い診療に重点を置いた評価体系へ見直しつつ、早期介入、トラウマ支援、児童思春期の患者に対する診療等、多職種の専門的知見を活用した質の高い診療・支援を評価
- 包括的支援マネジメント、在宅医療を推進し、生活や病状に応じた地域生活支援を充実



■ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

【療養生活環境整備指導加算及び療養生活継続支援加算の見直し】

[I002 療養生活継続支援加算(通院・在宅精神療法の加算)]

⇒ イ 直近の入院において、区分番号B015:精神科退院時共同指導料1を算定した患者の場合

500点

⇒ ロ イ以外の患者の場合

350点

※ 対象となる「重点的な支援を要する患者」は、精神病棟における直近の入院において、B015:精神科退院時共同指導料1を算定した患者であって、退院した日の属する月の翌月末日までに当該保険医療機関を受診したもの又は平成28～30年度厚生労働行政調査推進補助金障害者対策総合研究事業において「多職種連携による包括的支援マネジメントに関する研究」の研究班が作成した、別紙様式51に掲げる「包括的支援マネジメント実践ガイド」における「包括的支援マネジメント導入基準」を1つ以上満たす者である。

※ 「ロ」については、対象となる状態の急性増悪又は著しい環境の変化により新たに重点的な支援を要する場合について、要件を満たす場合に、再度の算定日の属する月から起算して1年を限度として、月1回に限り、350点を所定点数に加算する。なお、この場合においては、診療報酬明細書の摘要欄に、急性増悪等における具体的な状態について記載すること。

【疑義解釈】

Q:「注8」に規定する療養生活継続支援加算の「ロ」は、対象となる状態の急性増悪又は著しい環境の変化により新たに重点的な支援を要する場合について、要件を満たす場合に、再度の算定日の属する月から起算して1年を限度として、月1回に限り350点を所定点数に加算する。」こととされているが、過去に注8のイを算定していた患者についても、新たに重点的な支援を要する状態になったときは、350点を算定するということでしょうか。

A: そのとおり。

療養生活環境整備指導加算及び療養生活継続支援加算の見直し

▶ 療養生活継続支援加算について、療養生活環境整備指導加算を統合するとともに、在宅精神療法を算定する患者に対しても算定可能とする。

現行	改定後
<p>【通院・在宅精神療法】 【算定要件】(概要) 注8 (療養生活環境整備指導加算)</p> <p>注9 (療養生活継続支援加算) 通院精神療法を算定する患者であって、重点的な支援を要するものに対して、精神科を担当する医師の指示の下、看護師又は精神保健福祉士が、当該患者が地域生活を継続するための面接及び関係機関との連絡調整を行った場合に、1年を限度として、月1回に限り350点を所定点数に加算する。ただし、注8に規定する加算を算定した場合は、算定しない。</p> <p>【施設基準】(概要) (1) 当該支援に専任の看護師又は専任の精神保健福祉士が1名以上勤務していること。 (2) 当該看護師又は精神保健福祉士が同時に担当する療養生活継続支援の対象患者の数は1人につき80人以下であること。 (3) 当該看護師については、精神科等の経験を3年以上有し、精神看護関連領域に係る適切な研修を修了した者であること。</p>	<p>【通院・在宅精神療法】 【算定要件】(概要) 旧注8 (削除)</p> <p>注8 (療養生活継続支援加算) 通院・在宅精神療法を算定する患者であって、重点的な支援を要する者に対して、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師又は精神保健福祉士が、当該患者が地域生活を継続するための面接及び関係機関との連絡調整を行った場合に、療養生活継続支援加算として、次に掲げる区分に従い、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、月1回に限り、いずれかを所定点数に加算する。</p> <p>イ 直近の入院において精神科退院時共同指導料1を算定した患者の場合 500点 ロ イ以外の患者の場合 350点</p> <p>【施設基準】(概要) (1) 当該支援に専任の精神保健福祉士が1名以上勤務していること。 (2) 当該支援を行う保健師、看護師又は精神保健福祉士が同時に担当する療養生活継続支援の対象患者の数は1人につき30人以下であること。</p> <p>(削除)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 旧注8(療養生活環境整備指導加算)について、療養生活継続支援加算のイへ統合した上で、療養生活継続支援加算の要件を見直し。 ● 対象患者に、在宅精神療法を算定する患者を追加。

■ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

【通院・在宅精神療法の見直し及び早期診療体制充実加算の新設】

[I002 早期診療体制充実加算(通院・在宅精神療法の加算)(新)]

⇒ 病院の場合

(1) 当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から3年以内の期間に行った場合 **20点**

(2) (1)以外の場合 **15点**

⇒ 診療所の場合

(1) 当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から3年以内の期間に行った場合 **50点**

(2) (1)以外の場合 **15点**

[算定要件(概要)]

① 当該患者を診療する担当医を決めること。

② 担当医は、当該患者に体制、以下の指導、服薬管理等を行うこと。

ア 原則として、患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に療養上必要な指導及び診療を行う。

イ 診療に当たっては、患者の状態に応じて適切な問診及び身体診察等を行う。特に、精神疾患の診断及び治療計画の作成並びに治療計画の見直しを行う場合は、詳細な問診並びに身体診察及び神経学的診察を実施し、その結果を診療録に記載する。

ウ 他の保険医療機関と連携及びオンライン資格確認等システムを活用して、患者が受診している医療機関を全て把握するとともに、当該患者に処方されている医薬品を全て管理し、診療録に記載する。

エ 標榜時間外の電話等による問い合わせに対応可能な体制を有し、当該患者に連絡先について情報提供するとともに、患者又は患者の家族等から連絡を受けた場合には、受診の指示等、速やかに必要な対応を行う。

オ 当該患者に対し、必要に応じて障害支援区分認定に係る医師意見書又は要介護認定に係る主治医意見書等を作成する。

カ 当該患者に対し、必要に応じ、健康診断や検診の受診勧奨や、予防接種に係る相談への対応を行う。

■ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

【通院・在宅精神療法の見直し及び早期診療体制充実加算の新設】

[I002 早期診療体制充実加算(通院・在宅精神療法の加算)(新)]

キ 患者又は家族等の同意について、当該加算の初回算定時に、別紙様式51の4を参考に、当該患者等の署名付の同意書を作成し、診療録に添付する。

ク 当該保険医療機関において、院内掲示やホームページ等により以下((イ)から(リ))の対応(※)が可能なことを周知し、患者の求めがあった場合に適切に対応する。

(イ) 患者ごとの相談内容に応じたケースマネジメントを行っていること。

(ロ) 障害福祉サービス等の利用に係る相談を行っていること。

(ハ) 介護保険に係る相談を行っていること。

(ニ) 相談支援専門員及び介護支援専門員からの相談に適切に対応すること。

(ホ) 市町村、保健所等の行政機関、地域生活支援拠点等との連携を行っていること。

(ヘ) 精神科病院に入院していた患者の退院後支援を行っていること。

(ト) 身体疾患に関する診療又は他の診療科との連携を行っていること。

(チ) 健康相談、予防接種に係る相談を行っていること。

(リ) 可能な限り向精神薬の多剤投与、大量投与、長期処方を抑えていること。

(※)院内、HP等において
対応を行っている旨を
掲示する。

ケ 精神疾患の早期発見、早期介入を実施するに当たっては、「早期精神病の診療プランと実践例」等を参考とする。

■ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

【通院・在宅精神療法の見直し及び早期診療体制充実加算の新設】

[I002 早期診療体制充実加算(通院・在宅精神療法の加算)(新)]

[施設基準(概要)]

- ① 常勤の精神保健指定医が1名以上配置されていること。
- ② 初診、30分以上の診療等の診療実績が必要(下記計算式による。)

過去6か月間の30分以上又は60分以上の通院・在宅精神療法の算定回数/通院・在宅精神療法の算定回数 \geq 5%
 (診療所)過去6か月間の「初診日に60分以上」の通院・在宅精神療法の算定回数(合計)/勤務する医師数 \geq 60
- ③ 地域の精神科医療提供体制の確保に協力している保険医療機関であること。具体的には、アからウまでのいずれかを満たしていること。

ア 精神科救急医療確保事業において常時対応型施設として指定又は、身体合併症救急医療確保事業において指定

イ 精神科救急医療確保事業において病院群輪番型施設として指定を受けている医療機関であって、時間外、休日又は深夜において、入院件数が年4件以上又は、外来対応件数が年10件以上

ウ 精神科救急医療確保事業において外来対応施設として指定又は、時間外対応加算1の届出、かつ、精神科救急情報センター、保健所、警察等からの問い合わせ等に原則常時対応できる体制

- ④ 常勤の精神保健指定医が、精神保健福祉法上の精神保健指定医として業務等を年1回以上行っていること。

※ 常勤の精神保健指定医が複数名勤務している場合は、少なくとも2名が当該要件を満たすこと。

- ⑤ 次のいずれかを満たしていること。

通院・在宅精神療法の、「児童思春期精神科専門管理加算」、「療養生活継続支援加算」、「児童思春期支援指導加算」

「A230-4:精神科リエゾンチーム加算」、「A231-3:依存症入院医療管理加算」、「A231-4:摂食障害入院医療管理加算」、

「A246-2:精神科入退院支援加算」、「A311-4:児童・思春期精神科入院医療管理料」、「I003-2:認知療法・認知行動療法」、

「I006-2:依存症集団療法1、2又は3」、「I016:精神科在宅患者支援管理料」

■ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

【通院・在宅精神療法の見直し及び早期診療体制充実加算の新設】

[I002 早期診療体制充実加算(通院・在宅精神療法の加算) (新)]

【疑義解釈】

Q1: 施設基準について、「当該保険医療機関が過去6か月間に実施した通院・在宅精神療法の算定回数に占める、通院・在宅精神療法の「1」の口若しくはハの(1)又は(2)の口若しくはハの(1)若しくは(2)の算定回数の合計の割合が5%以上であること。」とされているが、「1」のハの(1)には、情報通信機器を用いて行った場合の算定回数も含まれるのか。

A1: 含まれる。

Q2: 施設基準について、「精神保健福祉法上の精神保健指定医として業務等を年1回以上行っていること。」とあるが、精神保健福祉法第19条の4に規定する職務は含まれるのか。

A2: 含まれる。

Q3: 施設基準について、「精神保健指定医として業務等を年1回以上行っていること。」とされているが、国又は地方公共団体における精神医療に関する審議会の委員としての業務は含まれるのか。

A3: 含まれる。ただし、その場合について、委員として参加する医師は精神保健指定医であること。また、委員としての出席状況等については、照会に対し速やかに回答できるように医療機関において保管すること。

Q4: 施設基準について、「診療所にあつては、当該保険医療機関が過去6か月間に実施した通院・在宅精神療法の「1」の口又は「2」の口の算定回数の合計を、当該保険医療機関に勤務する医師の数で除した数が60以上であること。」とされているが、「当該保険医療機関に勤務する医師の数」の計算方法は如何に。

A4: 常勤の医師の数及び非常勤の医師を常勤換算した数の合計により算出する。

■ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

【通院・在宅精神療法の見直し及び早期診療体制充実加算の新設】

[I002 通院・在宅精神療法の見直し]

通院・在宅精神療法について、
60分以上の精神療法を行った場合及び30分未満の精神療法を行った場合の点数が変更となった。

令和6年度診療報酬改定 Ⅲ-4-5 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価-⑤

通院・在宅精神療法の見直し及び早期診療体制充実加算の新設

通院・在宅精神療法の見直し

➤ 通院・在宅精神療法について、60分以上の精神療法を行った場合及び30分未満の精神療法を行った場合の評価を見直す。

【通院・在宅精神療法】			現行	改定後
1 通院精神療法				
イ 措置入院退院後の患者に対して、支援計画で療養を担当する精神科医師が行った場合			660点	660点
□ 初診日に60分以上	精神保健指定医による場合		560点	600点
	精神保健指定医以外の場合		540点	550点
ハ イ及び□以外の場合	30分以上	精神保健指定医による場合	410点	410点
		精神保健指定医以外の場合	390点	390点
	30分未満	精神保健指定医による場合	330点	315点
		精神保健指定医以外の場合	315点	290点
2 在宅精神療法				
イ 措置入院退院後の患者に対して、支援計画で療養を担当する精神科医師が行った場合			660点	660点
□ 初診日に60分以上	精神保健指定医による場合		620点	640点
	精神保健指定医以外の場合		600点	600点
ハ イ及び□以外の場合	60分以上	精神保健指定医による場合	550点	590点
		精神保健指定医以外の場合	530点	540点
	30分以上60分未満	精神保健指定医による場合	410点	410点
		精神保健指定医以外の場合	390点	390点
	30分未満	精神保健指定医による場合	330点	315点
		精神保健指定医以外の場合	315点	290点

16

■ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

【通院・在宅精神療法の見直し及び早期診療体制充実加算の新設】

[I002 通院・在宅精神療法の見直し]

【疑義解釈】

Q1:「通院・在宅精神療法を算定するに当たっては、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に当該診療に要した時間を、10分単位で記載すること。」とされているが、具体的にはどのように記載すればよいか。

A1:当該診療に要した時間に応じて、それぞれ以下のものから選択して記載すること。

- ・5分以上10分未満
- ・10分以上20分未満
- ・20分以上30分未満
- ・30分以上40分未満
- ・40分以上50分未満
- ・50分以上60分未満
- ・60分超

ただし、30分又は60分を超える診療を行った場合であって、当該診療に要した時間が明確でない場合には、当該診療に要した時間が30分又は60分を超えたことが明らかであると判断される精神療法を行った場合に限り、「30分超」又は「60分超」と記載しても差し支えない。

Q2:通院・在宅精神療法の注12に規定する情報通信機器を用いて行う場合の施設基準について、「精神保健福祉法上の精神保健指定医として業務等を年1回以上行っていること。」とあるが、精神保健福祉法第19条の4に規定する職務は含まれるか。

A2:含まれる。

Q3:通院・在宅精神療法の注12に規定する情報通信機器を用いて行う場合の施設基準について、「精神保健指定医として業務等を年1回以上行っていること。」とされているが、国又は地方公共団体における精神医療に関する審議会の委員としての業務を含まれるのか。

A3:含まれる。ただし、その場合について、委員として参加する医師は精神保健指定医であること。なお、委員としての出席状況等については、照会に対し速やかに回答できるように医療機関で保管すること。

■ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

【児童思春期支援指導加算の新設】

[I002 児童思春期支援指導加算(通院・在宅精神療法の加算)(新)]

⇒ 児童思春期支援指導加算

イ 60分以上の通院・在宅精神療法を行った場合

1,000点(1回に限り)

(当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から3月以内の期間に行った場合に限る)

ロ イ以外の場合

(1) 当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から2年以内の期間に行った場合

450点

(2) (1)以外の場合

250点

[算定要件(概要)]

★ 通院精神療法を算定する患者であって、20歳未満のものに対して、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師、作業療法士、理学療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士又は公認心理師(以下「看護師等」)が共同して、対面による必要な支援を行った場合に算定する。

※ なお、精神科を担当する医師が通院・在宅精神療法を実施した月の別日に当該支援を実施した場合も算定できる。

★ 専任の看護師等が当該指導管理を30分以上実施していること。

★ 多職種が共同して支援計画を作成すること。

★ 指導管理及び支援計画の内容に関して、患者等の同意を得た上で、学校等、児童相談所、児童発達支援センター、障害児支援事業所、基幹相談支援センター又は発達障害者支援センター等の関係機関に対して、文書等による情報提供や面接相談を適宜行うこと。

★ 患者の支援方針等について、概ね3月に1回以上の頻度でカンファレンスを実施し、必要に応じて支援計画の見直しを行う。

★ 1週間当たりの算定患者数は30人以内。

■ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

【児童思春期支援指導加算の新設】

[I002 児童思春期支援指導加算(通院・在宅精神療法の加算)(新)]

<併算定不可>

※ 20未満加算又は児童思春期精神科専門管理加算を算定した場合は、算定しない。

[施設基準(概要)]

- ★ 児童思春期の患者に対する精神医療に係る適切な研修を修了した精神科の専任の常勤医師が1名以上配置されていること。
- ★ 児童思春期の患者に対する当該支援に専任の保健師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士又は公認心理師が2名以上かつ2職種以上配置されており、そのうち1名以上は児童思春期の患者に対する精神医療に係る適切な研修を修了した者であること。
- ★ 当該保険医療機関が過去6か月間に初診を実施した20歳未満の患者の数が、月平均8人以上である。

※ 児童思春期支援指導加算の新設に伴い、20再未満加算についての点数が変更となった。

(改定前)通院・在宅精神療法 20歳未満加算 350点  (改定後)通院・在宅精神療法 20歳未満加算 **320点**

【疑義解釈】

Q1: 施設基準において求める医師等の「児童思春期の患者に対する精神医療に係る適切な研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

A1: 現時点では、以下の研修が該当する。

- ・ 国立国際医療研究センター国府台病院が実施する「児童・思春期精神保健研修(児童・思春期精神保健対策医療従事者専門研修及び児童・思春期精神保健対策専門研修(応用コース)の両方を受講した場合に限る。)」
- ・ 日本精神科病院協会が実施する「児童・思春期精神医学対策講習会 スタンダードコース」

Q2: 施設基準について、児童思春期の患者に対する当該支援指導に専任の精神保健指定医は、注8に規定する療養生活継続支援加算の施設基準における当該支援に専任の精神保健福祉士と兼ねることは可能か。

A2: 可能。

■ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価 【心理支援加算の新設】

[I002 心理支援加算(通院・在宅精神療法の加算)(新)]

⇒ 心理支援加算 **250点**
(初回算定日の属する月から起算して2年を限度として、**月2回に限り**所定点数に加算する。)

<対象患者>

外傷体験を有し、心的外傷に起因する症状を有する患者。

※ 外傷体験

身体的暴行、性的暴行、災害、重大な事故、虐待若しくは犯罪被害等をいう。

※ 心的外傷に起因する症状

侵入症状、刺激の持続的回避、認知と気分の陰性の変化、覚醒度と反応性の著しい変化又は解離症状をいう。

[算定要件(概要)]

精神科を担当する医師の指示を受けた公認心理師が、対面による心理支援を30分以上実施した場合に算定する。

※ 医師は当該患者等に外傷体験の有無及び内容を確認した上で、当該外傷体験及び受診時の心的外傷に起因する症状の詳細並びに心理支援が必要とされる理由等について診療録に記載する。

令和6年度診療報酬改定 Ⅲ-4-5 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価-⑦

心理支援加算の新設

➤ 心的外傷に起因する症状を有する患者に対して適切な介入を推進する観点から、精神科を担当する医師の指示を受けた公認心理師が必要な支援を行った場合の評価を新設する。

(新) 心理支援加算 250点(月2回)

[算定要件] (概要)

(1) 心理に関する支援を要する患者に対して、精神科を担当する医師の指示を受けた公認心理師が、対面による心理支援を30分以上実施した場合に、初回算定日の属する月から起算して2年を限度として、月2回に限り算定できる。(通院・在宅精神療法を実施した月の別日に当該支援を実施した場合においても算定可。)

(2) 実施に当たっては、以下の要件をいずれも満たすこと。

ア 対象患者：外傷体験^(※1)を有し、心的外傷に起因する症状^(※2)を有する者として、精神科医が心理支援を必要と判断したものをいう。

(※1) 身体的暴行、性的暴力、災害、重大な事故、虐待若しくは犯罪被害等

(※2) 侵入症状、刺激の持続的回避、認知と気分の陰性の変化、覚醒度と反応性の著しい変化又は解離症状


イ 医師は当該患者等に外傷体験の有無等を確認した上で、当該外傷体験及び心的外傷に起因する症状等について診療録に記載する。

DSM-5 PTSDの診断基準(抄) 成人、青年、6歳を超える子供の場合	
A	実際にまたは危うく死ぬ、重症を負う、性的暴力を受ける出来事への曝露。(※1)
B	心的外傷的出来事の後に始まる、その心的外傷的出来事に関連した侵入症状の存在。
C	心的外傷的出来事に関連する刺激の持続的回避。
D	心的外傷的出来事に関連した認 ¹ 002心理支援加算(通院・在宅精...
E	心的外傷的出来事に関連した、覚醒度と反応性の著しい変化。
F	障害(基準B、C、DおよびE)の持続が1カ月以上。
G	その障害は、臨床的に意味のある苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。
H	その障害は、物質(例：医薬品またはアルコール)または他の医学的疾患の生理学的作用によるものではない。

心理支援加算の対象患者

A 外傷体験
+
BからEまでのいずれか
又は解離症状

を有する者として、精神科医が
心理支援を必要と判断したもの



(※1) について、直接体験したもの他、直接目撃したものや、近親者又は親しい友人に起こった暴力的な出来事等の外傷体験に起因する場合も含まれる。

20

■ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

【心理支援加算の新設】

[I002 心理支援加算(通院・在宅精神療法の加算)(新)]

【疑義解釈】

- Q1:精神科を担当する医師の診察において、患者本人の説明から、明らかな外傷体験が確認できない場合について、どのように考えれば良いか。
- A1:明らかな外傷体験が確認できない場合、当該加算は算定不可。ただし、例えば、家族等から得られた情報に基づき、患者が外傷体験を有する可能性が高いと判断されるが、外傷体験の直後であるために患者が詳細を説明することが難しい等、特段の事情がある場合は、この限りではない。なお、その場合は、外傷体験を有する可能性が高いと判断した理由を診療録に記載する。また、後日、外傷体験を有することを確認した場合も、その旨を診療録に記載する。
- Q2:心理支援を修了した患者において、同一の心的外傷に起因する症状が再発し、新たに心理に関する支援を要する状態になった場合の取扱いは如何か。
- A2:症状の再発により心理に関する支援を要する状態になったと医師が判断した場合は、同一の心的外傷に起因する症状であっても、再度の算定日の属する月から起算して2年を限度として、月2回に限り算定可。なお、この場合においては、再発した症状の詳細や、再び心理に関する支援を要する状態になったと判断した理由等について、診療録に記載すること。
- Q3:通院・在宅精神療法を実施する医師が公認心理師の資格を有している場合に、通院・在宅精神療法を実施する医師と心理支援を実施する公認心理師が同一の者であっても、心理支援加算を算定することは可能か。
- A3:不可。
通院・在宅精神療法を実施する精神科を担当する医師と、医師の指示を受けて必要な支援を実施する公認心理師は、別の者である必要がある。

■ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

【精神科在宅患者支援管理料の見直し】

[I016 精神科在宅患者支援管理料]

⇒ 精神科在宅患者支援管理料1 (別に厚生労働大臣が定める患者のうち集中的な支援を必要とする者の場合)

(1) 単一建物診療患者1人 3,000点

(2) 単一建物診療患者2人以上 2,250点

⇒ 精神科在宅患者支援管理料1 (別に厚生労働大臣が定める患者の場合)

(1) 単一建物診療患者1人 2,500点

(2) 単一建物診療患者2人以上 1,875点

※ 当該保険医療機関が訪問看護を提供(6月を限度)

⇒ 精神科在宅患者支援管理料2 (別に厚生労働大臣が定める患者のうち集中的な支援を必要とする者の場合)

(1) 単一建物診療患者1人 2,467点

(2) 単一建物診療患者2人以上 1,850点

⇒ 精神科在宅患者支援管理料2 (別に厚生労働大臣が定める患者の場合)

(1) 単一建物診療患者1人 2,056点

(2) 単一建物診療患者2人以上 1,542点

※ 連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供(6月を限度)

⇒ 精神科在宅患者支援管理料3

(1) 単一建物診療患者1人 2,030点

(2) 単一建物診療患者2人以上 1,248点

※ 「1」又は「2」の開始日から2年を限度

※ 管理料「1」、「2」、「3」共に月1回算定

令和6年度診療報酬改定 Ⅲ-4-5 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価-⑧

精神科在宅患者支援管理料の見直し

➤ 精神障害者の地域定着を推進する観点から、精神科在宅患者支援管理料について対象患者を見直し、在宅医療の提供に係る一定の基準を満たす患者及び精神科地域包括ケア病棟入院料から退院した患者を算定患者に追加する。

現行	改定後
<p>【「1」「2」のイ】集中的な支援を必要とする重症患者等</p> <p>○以下のア及びイに該当する患者</p> <p>ア 1年以上の入院歴を有する者、措置入院又は緊急措置入院を経て退院した患者で都道府県等が作成する退院後支援計画に基づく支援期間にある患者又は入退院を繰り返す者</p> <p>イ 統合失調症、統合失調症型障害若しくは妄想性障害、気分(感情)障害又は重度認知症の状態で、退院時又は算定時のGAF尺度が40以下の者</p>	<p>○ア及びイ又はウに該当する患者</p> <p>ア、イ (略)</p>
<p>【「1」「2」のロ】重症患者等</p> <p>○上記のア又はイに該当する患者</p> <p>○以下のアからウまでの全てに該当する患者</p> <p>ア ひきこもり状態又は精神科の未受診若しくは受診中断等を理由とする行政機関等の保健師その他の職員による家庭訪問の対象者</p> <p>イ 行政機関等の要請を受け、精神科を標榜する保険医療機関の精神科医が訪問し診療を行った結果、計画的な医学管理が必要と判断された者</p> <p>ウ 当該管理料を算定する日においてGAF尺度が40以下の者</p>	<p>ウ 「在宅医療における包括的支援マネジメント導入基準」において、コア項目を1つ以上満たす者又は5点以上である者</p> <p>○ (略)</p> <p>○以下のアからウまでの全て又はエに該当する患者</p> <p>ア～ウ (略)</p> <p>エ 過去6月以内に精神科地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟から退院した患者</p>

(参考) 精神科在宅患者支援管理料

<p>管理料1 (当該保険医療機関が訪問看護を提供) ※6月を限度</p> <p>イ 集中的な支援を必要とする重症患者等</p> <p>ロ 重症患者等</p>	<p>管理料2 (連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供) ※6月を限度</p> <p>イ 集中的な支援を必要とする重症患者等</p> <p>ロ 重症患者等</p>	<p>管理料3 ※「1」又は「2」の開始日から2年を限度</p> <p>管理料1又は2に引き続き支援が必要な場合</p>
---	---	--

■ 令和6年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見①

（全般的事項）

- 1 近年、診療報酬体系が複雑化していること及び医療DXの推進において簡素化が求められていることを踏まえ、患者をはじめとする関係者にとって分かりやすい診療報酬体系となるよう検討すること。

（賃上げ全般）

- 2 看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種を対象とした賃上げに係る評価について、各医療機関における賃上げが適切に実施されているか、実態を適切に把握した上で、検証を行うこと。また、40歳未満の勤務医師及び勤務歯科医師並びに薬局の勤務薬剤師、事務職員や歯科技工所で従事する者等についても賃上げの実態を適切に把握した上で、検証を行うこと。

（医療DX）

- 3 令和6年12月2日から現行の健康保険証の発行が終了することを踏まえ、医療情報取得加算による適切な情報に基づく診療の評価の在り方について令和6年度早期より見直しの検討を行うとともに、医療DX推進体制整備加算について、今後のマイナンバーカードの保険証利用の利用実態及びその活用状況を把握し、適切な要件設定に向けて検討を行うこと。加えて、医療DX推進体制整備加算について、電子処方箋の導入状況および電子カルテ共有サービスの整備状況を確認しつつ、評価の在り方について引き続き検討すること。

（働き方改革・人材確保）

- 4 医師の働き方改革の更なる推進を図る観点から、医療機関全体の取組に対する評価の在り方、タスクシフト・タスクシェアの進捗及び各医療従事者の負担の軽減、人材確保が困難である状況の中での看護補助者の定着等について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、実効性のある取り組みに繋がる評価の在り方等について引き続き検討すること。

（入院医療）

- 5 新設された地域包括医療病棟において、高齢者の急性疾患の受け入れ状況、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理などのアウトカムなどについて、幅広くデータに基づいた分析を行い、評価の在り方について検討すること。また、地域包括医療病棟の新設に伴い、10対1の急性期一般病棟については、その入院機能を明確にした上で、再編を含め評価の在り方を検討すること。
- 6 急性期一般病棟入院基本料や高度急性期医療に係る評価、地域で急性期・高度急性期医療を集中的・効率的に提供する体制について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、人口構造や医療ニーズの変化も見据え、重症度、医療・看護必要度、SOFAスコア等、入院患者のより適切な評価指標や測定方法等、入院料の評価の在り方等について、引き続き検討すること。7 地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料、障害者施設等入院基本料、療養病棟入院基本料等について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、求められている役割の更なる推進や提供されている医療の実態の反映の観点から、入院料の評価の在り方等について引き続き検討すること。
- 8 救急医療管理加算の見直しについて、今回改定による影響の調査・検証を行い、より適切な患者の重症度に応じた評価の在り方について引き続き検討すること。
- 9 DPC/PDPS及び短期滞在手術等基本料について、今回改定による在院日数等への影響の調査・検証を行うとともに、医療の質の向上と標準化に向け、診療実態を踏まえた更なる包括払いの在り方について引き続き検討すること。
- 10 入院時の食費の基準の見直しについて、今回改定による影響、食費等の動向等を把握し、検証を行うこと。

■ 令和6年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見②

(外来医療)

- 11 地域包括診療料・加算における介護保険サービスとの連携に係る評価について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、介護保険サービスとの連携の推進について引き続き検討すること。
- 12 生活習慣病の管理について、今回の改定による影響の調査・検証を行うとともに、より適切な管理がなされるよう、患者の視点を十分に踏まえつつ、引き続き検討すること。加えて、他の疾病管理についても実態を踏まえた適切な評価の在り方について引き続き検討を行うこと。
- 13 かかりつけ医機能を有する医療機関について、改正医療法に基づく制度整備の状況を踏まえ、かかりつけ医機能がより発揮される評価の在り方を検討すること。
- 14 情報通信機器を用いた精神療法について、患者の受療行動を含め、その実態について調査・検証を行うとともに、より適切な評価の在り方について引き続き検討すること。
- 15 情報通信機器を用いた診療については、初診から向精神薬等を処方している医療機関や大半の診療を医療機関の所在地とは異なる都道府県の患者に対して行っている医療機関があることを踏まえ、今後、より丁寧に実態を把握するとともに、引き続き評価の在り方について検討すること。

(在宅医療等)

- 16 在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の質の向上に向け、同一建物居住者への効率的な訪問診療や訪問看護における対応等、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、地域における医療提供体制の実態等も踏まえつつ、往診、訪問診療、歯科訪問診療、訪問薬剤管理指導、訪問看護等における適切な評価の在り方を引き続き検討すること。

(精神医療)

- 17 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価について引き続き検討すること。特に新設された精神科地域包括ケア病棟入院料については、地域定着等の状況も含め、データを用いて適切に調査・検証し、評価の在り方について検討すること。

(リハビリテーションへの対応等)

- 18 回復期リハビリテーション入院医療管理料の新設に伴い、医療資源の少ない地域におけるリハビリテーションへの対応等について、今回改定による影響の調査・検証を行うこと。

(医療技術の評価)

- 19 保険適用された医療技術に対する評価について、レジストリ等のリアルワールドデータの解析結果や関係学会等による臨床的位置付けを踏まえ、適切な再評価が継続的に行われるよう、医療技術の評価のプロセスも含め引き続き検討すること。

また、革新的な医療機器や検査等のイノベーションを含む先進的な医療技術について、迅速かつ安定的に患者へ供給・提供させる観点も踏まえ、有効性・安全性に係るエビデンスに基づく適切な評価の在り方を引き続き検討すること。

(歯科診療報酬)

- 20 かかりつけ歯科医の機能の評価に係る施設基準の見直し等の影響や回復期リハビリテーション病棟等の入院患者に対する口腔管理・多職種連携の状況等を調査・検証し、口腔疾患の継続的な管理の在り方や口腔管理に係る関係者との連携の評価の在り方について引き続き検討すること。

■ 令和6年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見③

（調剤報酬）

21 調剤報酬に関しては、地域の医薬品供給拠点としての役割を担い、かかりつけ機能を発揮して地域医療に貢献する薬局の整備を進めるため、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、薬局・薬剤師業務の専門性をさらに高め、質の高い薬学的管理の提供への転換を推進するための調剤報酬の在り方について引き続き検討すること。

（敷地内薬局）

22 いわゆる同一敷地内薬局については、同一敷地内の医療機関と薬局の関係性や当該薬局の収益構造等も踏まえ、当該薬局及び当該薬局を有するグループとしての評価の在り方に関して、引き続き検討すること。

（長期処方やリフィル処方）

23 長期処方やリフィル処方に係る取組について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、適切な運用や活用策について引き続き検討すること。

（後発医薬品の使用促進）

24 バイオ後続品を含む後発医薬品の使用促進について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、後発医薬品の供給状況や医療機関や薬局における使用状況等も踏まえ、診療報酬における後発医薬品の使用に係る評価について引き続き検討すること。

（長期収載品）

25 選定療養の仕組みを用いた、長期収載品における保険給付の在り方の見直しについては、患者の動向、後発医薬品への置換え状況、医療現場への影響も含め、その実態を把握するとともに、制度の運用方法等に関して必要な検証を行うこと。

（薬価制度）

26 今回の薬価制度改革の骨子に基づき、ドラッグ・ラグ/ドラッグ・ロスの解消等の医薬品開発への影響や、後発医薬品の企業指標の導入や今後の情報公表も踏まえた医薬品の安定供給に対する影響等について、製薬業界の協力を得つつ分析・検証等を行うとともに、こうした課題に対する製薬業界としての対応を踏まえながら、薬価における評価の在り方について引き続き検討すること。

（保険医療材料制度）

27 今回の保険医療材料制度改革に基づくプログラム医療機器への対応や革新的な医療機器等に対する評価の導入の影響等について検証すること。また、医療上必要な医療機器等の安定供給の確保等の観点から、いわゆる物流2024年問題による影響を注視するとともに、我が国における医療機器等の製造や流通、研究開発に係る費用構造等について関係業界の協力を得つつ分析し、こうした課題に対する関係業界としての対応を踏まえながら、適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

（施策の検証）

28 施策の効果や患者への影響等について、データやエビデンスに基づいて迅速・正確に把握・検証できるようにするための方策について引き続き検討すること。医療機関・薬局の経営状況については、医療経済実態調査等の結果に基づき、議論することを原則とすること。

■公益裁定 「急性期一般入院料1における平均在院日数並びに一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価項目及び該当患者割合の基準等について（令和6年1月31日）①

急性期一般入院料1における平均在院日数並びに一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価項目及び該当患者割合の基準等について、公益委員の考えは以下のとおりである。

1. 今回改定においては、入院患者の状態に応じた適切な評価を行う観点から、急性期一般入院料1における平均在院日数、重症度、医療・看護必要度の評価項目や該当患者割合の基準について、急性期入院医療の必要性に応じた見直しを行うことについて、議論が行われてきた。具体的な見直しについては、評価項目の見直しについて4つの案が示され、両側委員において、当該評価項目の見直し及び該当患者割合基準の見直しについてシミュレーションを行うことに合意し、シミュレーションの結果が示された。

2. これらの議論の中では、

○ 1号側からは、将来の医療ニーズ及び人口構成の変化を踏まえ、下記の意見があった。

- ・ 患者の状態や医療資源投入量に関するエビデンスに基づき、病床機能の分化や強化を着実に推進する必要がある、特に急性期一般入院料1の病床数は近年増加しており、限られた医療資源を集中的に投入するためにも、病床の集約化を図るべきである。
- ・ 平均在院日数の基準については、急性期一般入院料1における医療提供の実態を踏まえ、基準を14日以内とすべきである。
- ・ 重症度、医療・看護必要度については、令和6年1月12日中医協総-3のシミュレーションにおいて提示された見直し案のうち、見直し案1を採用した上で、該当患者割合もさらに引き上げるべきである。

○ 2号側からは、医療提供体制への影響の観点から、下記の意見があった。

- ・ 今回の重症度、医療・看護必要度の見直し案は、適切な医療提供に必要となる医療機関の裁量の幅を狭めるものであり、コロナ特例が終了した10月以降急性期病院の経営は厳しくなっていることを考えると、項目の見直しは、見直し案1から4までの中で最も影響の小さい案4よりも、さらに影響の小さい見直しを検討すべきである。また、平均在院日数の基準については、現行の18日以内から変更すべきではない。
- ・ 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の基準についても、医療現場への影響を考えれば、慎重に検討すべきである。については、医療経済実態調査等の結果に基づき、議論することを原則とすること。

(※1) 各見直し案による評価項目に係る変更内容

変更する項目	変更の内容	見直し案1	見直し案2	見直し案3	見直し案4
救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態	評価日数を1日とする。	○		○	
	評価日数を2日とする。		○		○
抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）	得点を3点とする。			○	○
その他の項目の見直し		○	○	○	○

■公益裁定 「急性期一般入院料1における平均在院日数並びに一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価項目及び該当患者割合の基準等について（令和6年1月31日）②

3. シミュレーションにおける評価項目の見直しによる影響について、該当患者割合の基準を満たす医療機関割合の変化が、急性期一般入院料1のうち重症度、医療・看護必要度Ⅰを用いる医療機関において大きく、中でも案1及び案3による見直しの場合に特に大きいことが示された。したがって、該当患者割合の基準を現行の水準とした場合、相当数の医療機関が基準を満たさなくなることが想定される。
4. 一方で、患者の状態に応じた適切な入院料が選択され、医療資源が適切に配分されるよう、地域医療に配慮しつつも、急性期一般入院料1から他の入院料への転換を含めた、適切な機能分化が促される取組を進めることは重要である。今回の診療報酬改定において後期高齢者の中等症の急性疾患ニーズに corres する地域包括医療病棟が新設されること、入院基本料の見直しが見込まれていること及び前回改定における重症度、医療・看護必要度の見直しにおいて、一定程度の医療機関が基準を満たさなくなることが想定されていたにもかかわらず、実際には急性期一般入院料1の病床数は増加したことを考慮すると、今回の改定においては該当患者割合の基準を一定程度高く設定することが、将来の医療ニーズ及び人口構成の変化を踏まえ、入院患者の状態に応じて適切に医療資源を投入する体制の構築を進めるに当たり重要と考えられる。
5. 以上から、平均在院日数の基準は16日以内とした上で、見直し案4を採用し、シミュレーションで示された実態を踏まえつつ、重症度、医療・看護必要度について、該当患者割合の基準を2つに分けた上で、機能分化の推進という観点から、専門的な急性期治療を要する患者の集約化のため、該当基準割合①は18%よりも高く20%とする。その上で、地域の実情に鑑み、該当基準割合②については、27%とする。

（※2） 該当患者割合①：「A3点以上」又は「C1点以上」に該当する患者の割合
 該当患者割合②：「A2点以上」又は「C1点以上」に該当する患者の割合

6. 急性期一般入院料2から5までにおける重症度、医療・看護必要度については、上記の急性期一般入院料1での対応を踏まえ、見直し案4による項目の見直しを行った上で、該当患者割合（※3）の基準について、重症度、医療・看護必要度ⅠとⅡの間に一定の差を設け、以下のとおりとする。

	該当患者の割合の基準	
	重症度、医療・看護必要度Ⅰ	重症度、医療・看護必要度Ⅱ
急性期一般入院料2	22%	21%
急性期一般入院料3	19%	18%
急性期一般入院料4	16%	15%
急性期一般入院料5	12%	11%

（※3） 「A2点以上かつB3点以上」、「A3点以上」又は「C1点以上」に該当する患者の割合

7. なお、特定機能病院入院基本料（7対1）等の入院料や、その他の加算等の施設基準における該当患者割合の基準については、同様の考え方に基づき、適切に定めることとする。
8. 今後、今回改定の影響を調査・検証し、急性期一般入院料の適切な評価の在り方について、引き続き、今後の診療報酬改定に向けて検討を行うこととする。

■令和6年度診療報酬改定 施設基準届出チェックリスト①（令和6年3月25日現在のチェックリストを改編、病院医科）

【届出期間：令和6年5月2日～6月3日 令和6年6月1日より算定分】

項番	届出期限	区分	新設要件変更	施設基準	備考
1	令和6年6月3日	基本診療料	新設	医療DX推進体制整備加算	
2	令和6年6月3日	基本診療料	新設	療養病棟入院基本料の注11に規定する経腸栄養管理加算	
3	令和6年6月3日	基本診療料	新設	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1及び2	
4	令和6年6月3日	基本診療料	新設	障害者施設等入院基本料の注10に規定する看護補助体制充実加算1及び2	
5	令和6年6月3日	基本診療料	新設	急性期充実体制加算1	
6	令和6年6月3日	基本診療料	新設	急性期充実体制加算2	
7	令和6年6月3日	基本診療料	新設	急性期充実体制加算1の注2に規定する小児・周産期・精神科充実体制加算	
8	令和6年6月3日	基本診療料	新設	急性期充実体制加算2の注2に規定する小児・周産期・精神科充実体制加算	
9	令和6年6月3日	基本診療料	新設	診療録管理体制加算1	
10	令和6年6月3日	基本診療料	新設	急性期看護補助体制加算の注4に規定する看護補助体制充実加算1	
11	令和6年6月3日	基本診療料	新設	看護補助加算の注4に規定する看護補助体制充実加算1	
12	令和6年6月3日	基本診療料	新設	小児緩和ケア診療加算	
13	令和6年6月3日	基本診療料	新設	リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算	
14	令和6年6月3日	基本診療料	新設	感染対策向上加算1の注5に規定する抗菌薬適正使用体制加算	
15	令和6年6月3日	基本診療料	新設	感染対策向上加算2の注5に規定する抗菌薬適正使用体制加算	
16	令和6年6月3日	基本診療料	新設	感染対策向上加算3の注5に規定する抗菌薬適正使用体制加算	
17	令和6年6月3日	基本診療料	新設	バイオ後続品使用体制加算	
18	令和6年6月3日	基本診療料	新設	病棟薬剤業務実施加算の注2に規定する薬剤業務向上加算	
19	令和6年6月3日	基本診療料	新設	精神科入退院支援加算	
20	令和6年6月3日	基本診療料	新設	医療的ケア児（者）入院前支援加算	
21	令和6年6月3日	基本診療料	新設	協力対象施設入所者入院加算	
22	令和6年6月3日	基本診療料	新設	特定集中治療室管理料1の注7に規定する特定集中治療室遠隔支援加算	
23	令和6年6月3日	基本診療料	新設	特定集中治療室管理料2の注7に規定する特定集中治療室遠隔支援加算	
24	令和6年6月3日	基本診療料	新設	特定集中治療室管理料5	

■令和6年度診療報酬改定 施設基準届出チェックリスト②（令和6年3月25日現在のチェックリストを改編、病院医科）

【届出期間：令和6年5月2日～6月3日 令和6年6月1日より算定分】

項番	届出期限	区分	新設要件変更	施設基準	備考
25	令和6年6月3日	基本診療料	新設	特定集中治療室管理料 6	
26	令和6年6月3日	基本診療料	新設	特定集中治療室管理料 5 の注 7 に規定する特定集中治療室遠隔支援加算	
27	令和6年6月3日	基本診療料	新設	特定集中治療室管理料 6 の注 7 に規定する特定集中治療室遠隔支援加算	
28	令和6年6月3日	基本診療料	新設	新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料	
29	令和6年6月3日	基本診療料	新設	小児入院医療管理料 1 の注 2 に規定する加算（保育士 2 名以上の場合）	
30	令和6年6月3日	基本診療料	新設	小児入院医療管理料 2 の注 2 に規定する加算（保育士 2 名以上の場合）	
31	令和6年6月3日	基本診療料	新設	小児入院医療管理料 3 の注 2 に規定する加算（保育士 2 名以上の場合）	
32	令和6年6月3日	基本診療料	新設	小児入院医療管理料 4 の注 2 に規定する加算（保育士 2 名以上の場合）	
33	令和6年6月3日	基本診療料	新設	小児入院医療管理料 5 の注 2 に規定する加算（保育士 2 名以上の場合）	
34	令和6年6月3日	基本診療料	新設	小児入院医療管理料 3 の注 4 に規定する重症児受入体制加算 2	
35	令和6年6月3日	基本診療料	新設	小児入院医療管理料 4 の注 4 に規定する重症児受入体制加算 2	
36	令和6年6月3日	基本診療料	新設	小児入院医療管理料 5 の注 4 に規定する重症児受入体制加算 2	
37	令和6年6月3日	基本診療料	新設	小児入院医療管理料 1 の注 9 に規定する看護補助加算	
38	令和6年6月3日	基本診療料	新設	小児入院医療管理料 2 の注 9 に規定する看護補助加算	
39	令和6年6月3日	基本診療料	新設	小児入院医療管理料 3 の注 9 に規定する看護補助加算	
40	令和6年6月3日	基本診療料	新設	小児入院医療管理料 1 の注 10 に規定する看護補助体制充実加算	
41	令和6年6月3日	基本診療料	新設	小児入院医療管理料 2 の注 10 に規定する看護補助体制充実加算	
42	令和6年6月3日	基本診療料	新設	小児入院医療管理料 3 の注 10 に規定する看護補助体制充実加算	
43	令和6年6月3日	基本診療料	新設	地域包括医療病棟入院料	
44	令和6年6月3日	基本診療料	新設	回復期リハビリテーション入院医療管理料	
45	令和6年6月3日	基本診療料	新設	地域包括ケア病棟入院料 1 の注 5 に規定する看護補助体制充実加算 1 及び 2	
46	令和6年6月3日	基本診療料	新設	地域包括ケア入院医療管理料 1 の注 5 に規定する看護補助体制充実加算 1 及び 2	
47	令和6年6月3日	基本診療料	新設	地域包括ケア病棟入院料 2 の注 5 に規定する看護補助体制充実加算 1 及び 2	
48	令和6年6月3日	基本診療料	新設	地域包括ケア入院医療管理料 2 の注 5 に規定する看護補助体制充実加算 1 及び 2	

■令和6年度診療報酬改定 施設基準届出チェックリスト③（令和6年3月25日現在のチェックリストを改編、病院医科）

【届出期間：令和6年5月2日～6月3日 令和6年6月1日より算定分】

項番	届出期限	区分	新設要件変更	施設基準	備考
49	令和6年6月3日	基本診療料	新設	地域包括ケア病棟入院料3の注5に規定する看護補助体制充実加算1及び2	
50	令和6年6月3日	基本診療料	新設	地域包括ケア入院医療管理料3の注5に規定する看護補助体制充実加算1及び2	
51	令和6年6月3日	基本診療料	新設	地域包括ケア病棟入院料4の注5に規定する看護補助体制充実加算1及び2	
52	令和6年6月3日	基本診療料	新設	地域包括ケア入院医療管理料4の注5に規定する看護補助体制充実加算1及び2	
53	令和6年6月3日	基本診療料	新設	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	
54	令和6年6月3日	基本診療料	新設	精神科地域包括ケア病棟入院料	
55	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	がん性疼痛緩和指導管理料の注2に規定する難治性がん性疼痛緩和指導管理加算	
56	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	慢性腎臓病透析予防指導管理料	
57	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	外来腫瘍化学療法診療料3	
58	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	外来腫瘍化学療法診療料の注9に規定するがん薬物療法体制充実加算	
59	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	プログラム医療機器等指導管理料	
60	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	往診料の注9に規定する介護保険施設等連携往診加算	
61	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	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含む。）に規定する基準	
62	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	在宅時医学総合管理料の注15（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。）及び在宅がん医療総合診療料の注9に規定する在宅医療情報連携加算	
63	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	救急患者連携搬送料	
64	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	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。）及び精神科訪問看護・指導料の注17に規定する訪問看護医療DX情報活用加算	
65	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	在宅患者訪問看護・指導料の注18（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	
66	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	遺伝学的検査の注2に規定する施設基準	
67	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（髄液）	
68	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	経頸静脈的肝生検	
69	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	画像診断管理加算3	
70	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	ポジトロン断層撮影（アミロイドPETイメージング剤を用いた場合に限る。）	

■令和6年度診療報酬改定 施設基準届出チェックリスト④（令和6年3月25日現在のチェックリストを改編、病院医科）

【届出期間：令和6年5月2日～6月3日 令和6年6月1日より算定分】

項番	届出期限	区分	新設要件変更	施設基準	備考
71	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影（アミロイドPETイメージング剤を用いた場合に限る。）	
72	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（アミロイドPETイメージング剤を用いた場合に限る。）	
73	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	児童思春期支援指導加算	
74	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	早期診療体制充実加算	
75	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	通院・在宅精神療法の注12に規定する情報通信機器を用いた精神療法の施設基準	
76	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	ストーマ合併症加算	
77	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	骨悪性腫瘍、類骨骨腫及び四肢軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法	
78	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	人工股関節置換術（手術支援装置を用いるもの）	
79	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	緊急穿頭血腫除去術	
80	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	脳血栓回収療法連携加算	
81	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	毛様体光凝固術（眼内内視鏡を用いるものに限る。）	
82	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	乳腺悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法	
83	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	気管支バルブ留置術	
84	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	胸腔鏡下肺切除術（区域切除及び肺葉切除術又は1肺葉を超えるものに限る。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	
85	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	肺悪性腫瘍及び胸腔内軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法	
86	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）	
87	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	胸腔鏡下弁置換術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	
88	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	胸腔鏡下心房中隔欠損閉鎖術	
89	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	骨盤内悪性腫瘍及び腹腔内軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法	
90	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	腹腔鏡下臍中央切除術	
91	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	腎悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法	
92	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	腹腔鏡下膀胱尿管逆流手術（膀胱外アプローチ）	
93	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	尿道狭窄グラフト再建術	
94	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	精巣温存手術	

■令和6年度診療報酬改定 施設基準届出チェックリスト⑤（令和6年3月25日現在のチェックリストを改編、病院医科）

【届出期間：令和6年5月2日～6月3日 令和6年6月1日より算定分】

項番	届出期限	区分	新設要件変更	施設基準	備考
95	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	女子外性器悪性腫瘍手術	94
96	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	腹腔鏡下腔断端挙上術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	95
97	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	再製造単回使用医療機器使用加算	96
98	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	看護職員処遇改善評価料	97
99	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）	98
100	令和6年6月3日	特掲診療料	新設	入院ベースアップ評価料	99

【届出期限：令和6年11月1日】

項番	届出期限	区分	新設要件変更	施設基準	備考
101	令和6年10月1日	基本診療料	要件変更	一般病棟入院基本料	（急性期一般入院料6、地域一般入院基本料及び特別入院基本料を除く。）
102	令和6年10月1日	基本診療料	要件変更	結核病棟入院基本料	（7対1入院基本料に限る。）
103	令和6年10月1日	基本診療料	要件変更	特定機能病院入院基本料	（一般病棟に限る。）（7対1入院基本料に限る。）
104	令和6年10月1日	基本診療料	要件変更	特定機能病院入院基本料の注5に掲げる看護必要度加算	
105	令和6年10月1日	基本診療料	要件変更	専門病院入院基本料	（7対1入院基本料に限る。）
106	令和6年10月1日	基本診療料	要件変更	専門病院入院基本料の注3に掲げる看護必要度加算	
107	令和6年10月1日	基本診療料	要件変更	総合入院体制加算1	
108	令和6年10月1日	基本診療料	要件変更	総合入院体制加算2	
109	令和6年10月1日	基本診療料	要件変更	総合入院体制加算3	
110	令和6年10月1日	基本診療料	要件変更	急性期看護補助体制加算	（急性期一般入院料6又は10対1入院基本料に限る。）
111	令和6年10月1日	基本診療料	要件変更	看護職員夜間配置加算	（急性期一般入院料6又は10対1入院基本料に限る。）
112	令和6年10月1日	基本診療料	要件変更	看護補助加算1	（地域一般入院料1若しくは地域一般入院料2又は13対1入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関に限る。）
113	令和6年10月1日	基本診療料	要件変更	入退院支援加算1	

■令和6年度診療報酬改定 施設基準届出チェックリスト⑥ (令和6年3月25日現在のチェックリストを改編、病院医科)

【届出期限:令和6年11月1日】

項番	届出期限	区分	新設要件変更	施設基準	備考
114	令和6年10月1日	基本診療料	要件変更	救命救急入院料 2	
115	令和6年10月1日	基本診療料	要件変更	救命救急入院料 4	
116	令和6年10月1日	基本診療料	要件変更	特定集中治療室管理料 1	
117	令和6年10月1日	基本診療料	要件変更	特定集中治療室管理料 2	
118	令和6年10月1日	基本診療料	要件変更	特定集中治療室管理料 3	
119	令和6年10月1日	基本診療料	要件変更	特定集中治療室管理料 4	
120	令和6年10月1日	基本診療料	要件変更	ハイケアユニット入院医療管理料 1	
121	令和6年10月1日	基本診療料	要件変更	ハイケアユニット入院医療管理料 2	
122	令和6年10月1日	基本診療料	要件変更	回復期リハビリテーション病棟入院料 1	
123	令和6年10月1日	基本診療料	要件変更	回復期リハビリテーション病棟入院料 3	
124	令和6年10月1日	基本診療料	要件変更	特定一般病棟入院料 1	(地域包括ケア 1、地域包括ケア 2 及び地域包括ケア 3)
125	令和6年10月1日	基本診療料	要件変更	特定一般病棟入院料 2	(地域包括ケア 1、地域包括ケア 2 及び地域包括ケア 3)
126	令和6年10月1日	基本診療料	要件変更	地域包括ケア病棟入院料 1	
127	令和6年10月1日	基本診療料	要件変更	地域包括ケア病棟入院料 2	
128	令和6年10月1日	基本診療料	要件変更	地域包括ケア病棟入院料 3	
129	令和6年10月1日	基本診療料	要件変更	地域包括ケア病棟入院料 4	
130	令和6年10月1日	基本診療料	要件変更	地域包括ケア入院医療管理料 1	
131	令和6年10月1日	基本診療料	要件変更	地域包括ケア入院医療管理料 2	
132	令和6年10月1日	基本診療料	要件変更	地域包括ケア入院医療管理料 3	
133	令和6年10月1日	基本診療料	要件変更	地域包括ケア入院医療管理料 4	
134	令和6年10月1日	特掲診療料	要件変更	地域包括診療料	
135	令和6年10月1日	特掲診療料	要件変更	外来腫瘍化学療法診療料 1	

■令和6年度診療報酬改定 施設基準届出チェックリスト⑦（令和6年3月25日現在のチェックリストを改編、病院医科）

【届出期限：令和7年1月1日】

項番	届出期限	区分	新設 要件変更	施設基準	備考
136	令和7年1月1日	基本診療料	要件変更	感染対策向上加算 1	
137	令和7年1月1日	基本診療料	要件変更	感染対策向上加算 2	
138	令和7年1月1日	基本診療料	要件変更	感染対策向上加算 3	

【届出期限：令和7年6月1日】

項番	届出期限	区分	新設 要件変更	施設基準	備考
139	令和7年6月1日	基本診療料	要件変更	急性期充実体制加算 1	
140	令和7年6月1日	基本診療料	要件変更	急性期充実体制加算 2	
141	令和7年6月1日	基本診療料	要件変更	超急性期脳卒中加算	
142	令和7年6月1日	基本診療料	要件変更	救命救急入院料 1	
143	令和7年6月1日	基本診療料	要件変更	救命救急入院料 3	
144	令和7年6月1日	基本診療料	要件変更	脳卒中ケアユニット入院医療管理料	
145	令和7年6月1日	基本診療料	要件変更	小児特定集中治療室管理料	
146	令和7年6月1日	基本診療料	要件変更	新生児特定集中治療室管理料 1	
147	令和7年6月1日	基本診療料	要件変更	新生児特定集中治療室管理料 2	
148	令和7年6月1日	基本診療料	要件変更	総合周産期特定集中治療室管理料	
149	令和7年6月1日	基本診療料	要件変更	回復期リハビリテーション病棟入院料 2	

■令和6年度診療報酬改定 施設基準届出チェックリスト⑧（令和6年3月25日現在のチェックリストを改編、病院医科）

【届出期限：令和8年6月1日】

項番	届出期限	区分	新設 要件変更	施設基準	備考
150	令和8年6月1日	基本診療料	要件変更	精神病棟入院基本料	（10対1入院基本料及び13対1入院基本料に限る。） データ提出加算の届出が併せて必要となるため、取扱いについては通知を参照すること。
151	令和8年6月1日	基本診療料	要件変更	急性期充実体制加算1	（許可病床数が300床未満の保険医療機関に限る。）
152	令和8年6月1日	基本診療料	要件変更	急性期充実体制加算2	（許可病床数が300床未満の保険医療機関に限る。）
153	令和8年6月1日	基本診療料	要件変更	急性期充実体制加算1	
154	令和8年6月1日	基本診療料	要件変更	精神科急性期治療病棟入院料1	データ提出加算の届出が併せて必要となるため、取扱いについては通知を参照すること。
155	令和8年6月1日	基本診療料	要件変更	精神科急性期治療病棟入院料2	データ提出加算の届出が併せて必要となるため、取扱いについては通知を参照すること。
156	令和8年6月1日	基本診療料	要件変更	児童・思春期精神科入院医療管理料	データ提出加算の届出が併せて必要となるため、取扱いについては通知を参照すること。
157	令和8年6月1日	特掲診療料	要件変更	処置の休日加算1（医科点数表第2章第9部処置の通則の5に掲げる処置の休日加算1）	
158	令和8年6月1日	特掲診療料	要件変更	処置の時間外加算1（医科点数表第2章第9部処置の通則の5に掲げる処置の時間外加算1）	
159	令和8年6月1日	特掲診療料	要件変更	処置の深夜加算1（医科点数表第2章第9部処置の通則の5に掲げる処置の深夜加算1）	

■ 委員名簿

<日本病院会 診療報酬検討委員会>

委員長	島 弘志	新古賀病院	総病院長
副委員長	岡 俊明	聖隷浜松病院	病院長
委員	梶川 昌二	諏訪赤十字病院	病院長
	北村 立	石川県立こころの病院	病院長
	富満 弘之	JAとりで総合医療センター	病院長
	牧野 憲一	旭川赤十字病院	病院長
	松本 隆利	八千代病院	名誉院長
	永易 卓	若弘会本部	理事・総務部長
	須貝 和則	国立国際医療研究センター	医事管理部 部長

<日本病院会 診療報酬作業小委員会>

委員長	永易 卓	若弘会本部	理事・総務部長
副委員長	佐合 茂樹	中部国際医療センター	病院長補佐・事務長
委員	朝見 浩一	国際医療福祉大学三田病院	運営部長
	荒井 康夫	北里大学	未来工学部 データサイエンス学科 講師
	池田 隆一	相澤東病院	事務長・医療連携センター センター長
	平井 幸彦	新古賀病院	診療情報管理室 統括課長
	北澤 将	東北公済病院	事務部長
	中山 和則	筑波メディカルセンター病院	副院長・事務部長
	原口 博	公立昭和病院	事務局長
特別委員	田畑 久美	沼津中央病院	事務部長