中医協　診１－２参考	診調組　入－２参考
６　．　７　．　３	６　．　６　．　１　４

参考

令和6年度診療報酬改定項目の概要

全般的事項

入院基本料等の見直し

入院基本料等の見直し

○　入院基本料等について、以下の見直しを行う。

- 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】		【一般病棟入院基本料】	
急性期一般入院料１	1,650点	急性期一般入院料１	**1,688点**
【療養病棟入院基本料】		【療養病棟入院基本料】	
療養病棟入院料１　入院料Ｇ	968点	療養病棟入院料１　入院料25	**983点**
【精神病棟入院基本料】		【精神病棟入院基本料】	
15対１入院基本料	830点	15対１入院基本料	**844点**
【特定機能病院入院基本料】		【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	7対１入院基本料（一般病棟の場合）	**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】	
回復期リハビリテーション病棟入院料４	1,841点	回復期リハビリテーション病棟入院料４	**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】	
地域包括ケア病棟入院料１	2,809点	地域包括ケア病棟入院料１（40日以内）	**2,838点**
		（41日目以降は2,690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。

栄養管理体制の基準の明確化（入院料通則の改定①）

栄養管理体制の基準の明確化

➢ 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。

現行

【入院基本料等の施設基準等】

5 栄養管理体制の基準

(1)　（略）

(2) 管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順（栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、定期的な評価等）を作成すること。

(3)～(9)　（略）

改定後

【入院基本料等の施設基準等】

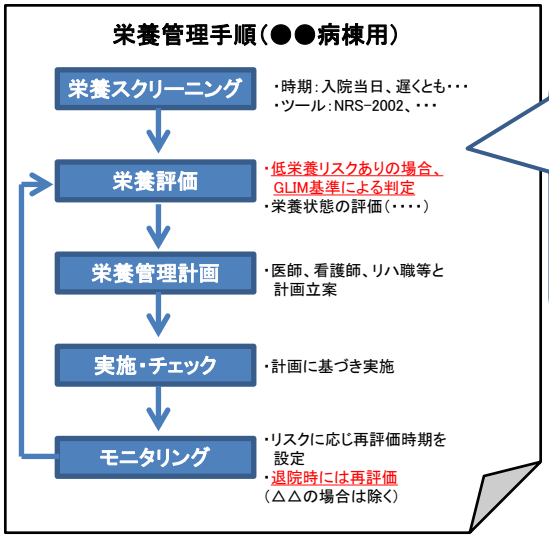
5 栄養管理体制の基準

(1)　（略）

(2) 管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順（**標準的な**栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、**退院時を含む**定期的な評価等）を作成すること。

(3)～(9)　（略）

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

表現型基準（フェノタイプ基準）			病因基準（エチオロギー基準）	
意図しない体重減少	低BMI	筋肉量減少	食事摂取量減少、消化吸収能低下	疾病負荷／炎症
それぞれの項目で１つ以上に該当			それぞれの項目で１つ以上に該当	

＋

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、日本栄養治療学会（JSPEN）HP「GLIM基準について」を参照

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の推進

➢ 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**。

- ガイドライン等の内容を踏まえた**適切な意思決定支援に係る指針の作成を要件とする入院料の範囲を拡大**する。
- ガイドライン等の内容を踏まえた**適切な意思決定支援に係る指針の作成を、地域包括診療料等の要件に追加**する。

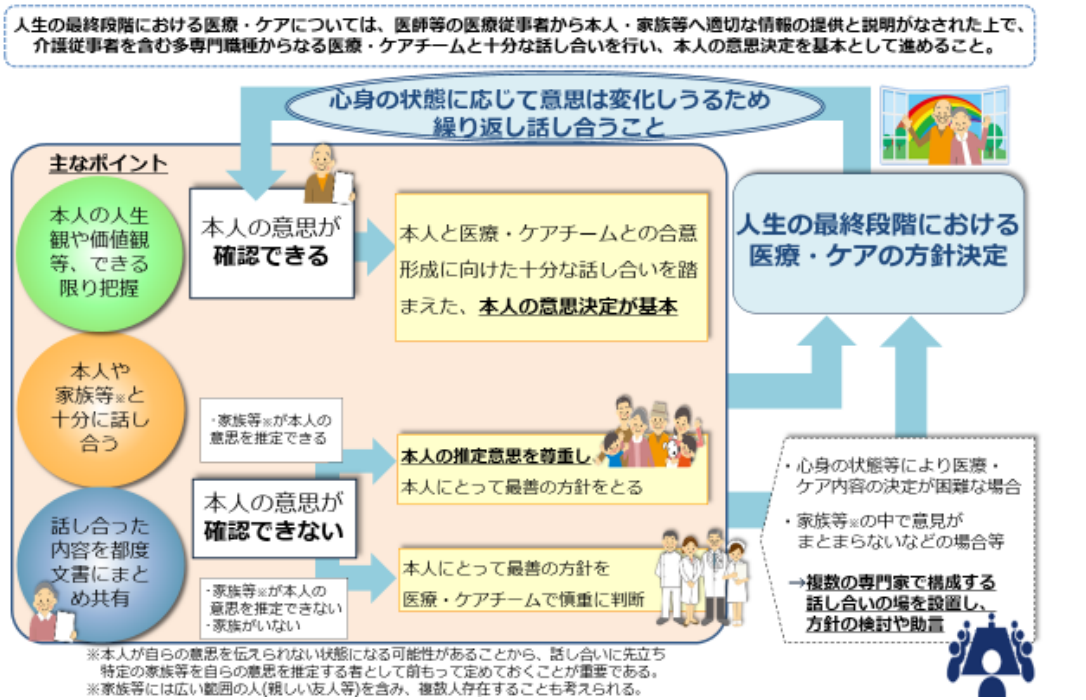
【指針の作成が要件となる対象】

➢ **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

「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）



[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。

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）

身体的拘束を最小化する取組の強化

➢ 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用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいうこと。

（４）当該保険医療機関において、身体的拘束最小化対策に係る専任の医師及び専任の看護職員から構成される**身体的拘束最小化チームが設置**されていること。なお、必要に応じて、薬剤師等、入院医療に携わる多職種が参加していることが望ましい。

（５）身体的拘束最小化チームでは、以下の業務を実施すること。

ア　身体的拘束の**実施状況を把握し、管理者を含む職員に定期的に周知徹底**すること。

イ　身体的拘束を最小化するための**指針を作成**し、職員に周知し活用すること。なお、アを踏まえ、**定期的に当該指針の見直しを行う**こと。また、当該指針には、鎮静を目的とした薬物の適正使用や（３）に規定する身体的拘束以外の患者の行動を制限する行為の最小化に係る内容を盛り込むことが望ましい。

（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。

（1）急性期医療及び救急医療に対する評価の見直しの影響について

急性期一般入院料１等の施設基準の見直し

平均在院日数の基準の見直し

➢ 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。

現行

【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にあっては18日）以内であること。

改定後

【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にあっては**16日**）以内であること。

重症度、医療・看護必要度の該当患者の要件の見直し

➢ 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)

Ａ得点が３点以上の患者
Ｃ得点が１点以上の患者

別表２(基準：27%　※必要度Ⅱの場合)

Ａ得点が２点以上の患者
Ｃ得点が１点以上の患者

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

評価項目の見直し

➢ 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） 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。

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し

➢ 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、該当患者割合の基準を見直す。

現行

		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%
	許可病床200床未満	28%	25%
急性期一般入院料2	許可病床200床以上	27%	24%
	許可病床200床未満	25%	22%
急性期一般入院料3	許可病床200床以上	24%	21%
	許可病床200床未満	22%	19%
急性期一般入院料4	許可病床200床以上	20%	17%
	許可病床200床未満	18%	15%
急性期一般入院料5		17%	14%
7対1入院基本料（特定）		ー	28%
7対1入院基本料（結核）		10%	8%
7対1入院基本料（専門）		30%	28%
看護必要度加算1（特定、専門）		22%	20%
看護必要度加算2（特定、専門）		20%	18%
看護必要度加算3（特定、専門）		18%	15%
総合入院体制加算1・2		33%	30%
総合入院体制加算3		30%	27%
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算		7%	6%
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%

改定後

	必要度Ⅰ	必要度Ⅱ
急性期一般入院料1	割合①:21% 割合②:28%	割合①:20% 割合②:27%
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%
7対1入院基本料（特定）	ー	割合①:20% 割合②:27%
7対1入院基本料（結核）	8%	7%
7対1入院基本料（専門）	割合①:21% 割合②:28%	割合①:20% 割合②:27%
看護必要度加算1（特定、専門）	18%	17%
看護必要度加算2（特定、専門）	16%	15%
看護必要度加算3（特定、専門）	13%	12%
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%
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算	6%	5%
看護補助加算1	4%	3%
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注7	10%	8%

【該当患者の基準】

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 **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
急性期２～５等※2	以下のいずれか ・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
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
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

※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

【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。

重症度、医療・看護必要度Ⅱの要件化

重症度、医療・看護必要度Ⅱを要件とする対象病院の拡大

- 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を用いることを要件化する。

現行	改定後
【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。	【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。

急性期充実体制加算の見直し

急性期充実体制加算の見直し

➢ 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とともに、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。また、手術等の実績要件に、心臓胸部大血管の手術を追加する。

現行

【急性期充実体制加算】
（新設）
1　７日以内の期間　460点
2　８日以上11日以内の期間　250点
3　12日以上14日以内の期間　180点
（新設）

（新設）

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。

改定後

【急性期充実体制加算】
1　急性期充実体制加算１
イ　７日以内の期間　**440点**
ロ　８日以上11日以内の期間　**200点**
ハ　12日以上14日以内の期間　**120点**
2　急性期充実体制加算２
イ　７日以内の期間　360点
ロ　８日以上11日以内の期間　150点
ハ　12日以上14日以内の期間　90点

注２　小児患者、妊産婦である患者及び精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制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。
イ　急性期充実体制加算１の場合　90点
ロ　急性期充実体制加算２の場合　60点

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。

[施設基準]
（急性期充実体制加算１）
手術等に係る実績について、(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）
(チ)又は(リ)のいずれかを満たし、手術等に係る実績について、(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。

＜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。

総合入院体制加算の見直し

総合入院体制加算の見直し

➢ 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。

現行

【総合入院体制加算１】　**240点**
［施設基準］
- 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）

【総合入院体制加算２】　**180点**
［施設基準］
- 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）

【総合入院体制加算３】　120点
［施設基準］
- 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）

（新設）

改定後

【総合入院体制加算１】　**260点**
［施設基準］
- 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）

【総合入院体制加算２】　**200点**
［施設基準］
- 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）

【総合入院体制加算３】　120点
［施設基準］
- 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）

［施設基準（総合入院体制加算１、２及び３）］
- **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。**

急性期充実体制加算等の見直し

急性期医療における診療実績及び入院医療の提供体制に基づく評価体系（イメージ）

高度・専門的な急性期医療の実績

急性期充実体制加算1により評価

小児・周産期・精神科充実体制加算（+90点）により評価※

急性期医療に関する高い実績
（急性期充実体制加算における悪性腫瘍手術等の6項目のうち5項目以上を満たす場合）

小児科、産科及び精神科の実績

急性期充実体制加算2により評価

小児・周産期・精神科充実体制加算（+60点）により評価※

一部の急性期医療に関する高い実績
（急性期充実体制加算における悪性腫瘍手術等の6項目のうち2項目以上を満たす場合）

小児科又は産科の実績

小児科、産科及び精神科の実績

総合入院体制加算1により評価（+240点⇒+260点）

急性期医療に関する実績（手術件数の基準引き上げ）
（総合入院体制加算における悪性腫瘍手術等の6項目のうち全てを満たす場合）

小児科、産科及び精神科の入院医療提供

総合入院体制加算2又は3により評価（加算2は、+180点⇒+200点）

一部の急性期医療に関する実績（加算2における手術件数の基準引き上げ）
(総合入院体制加算における悪性腫瘍手術等の6項目のうち4項目又は2項目を満たす場合)

小児科及び産科の入院医療提供

入院医療の提供における総合性

単科の医療機関

多くの診療科に対応可能な医療機関

※　精神科充実体制加算については、小児及び産科の実績はないものの、精神科の実績がある場合に算定する加算(+30点)とする。

初期診療後の救急患者の転院搬送に対する評価

救急患者連携搬送料の新設

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

（新）　救急患者連携搬送料

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

[算定要件]

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

[施設基準]

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

急性期一般入院料１における在宅復帰率の基準の見直し

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

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

ポストコロナにおける感染症対策の評価①

感染対策向上加算及び外来感染対策向上加算の見直し

➢ 新興感染症への備えに係る施設基準について、第８次医療計画における協定締結の枠組みを踏まえた要件に見直しを行う。

現行

【感染対策向上加算】［施設基準（抜粋）］

加算１：新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること。

加算２：新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること。

加算３：新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者若しくは疑い患者を受け入れる体制又は発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること。

【外来感染対策向上加算】［施設基準（抜粋）］

新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること。

改定後

【感染対策向上加算】［施設基準（抜粋）］

加算１：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。

加算２：（加算１と同様）

加算３：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。

【外来感染対策向上加算】［施設基準（抜粋）］

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。

ポストコロナにおける感染症対策の評価②

感染症の入院患者に対する感染対策の評価の新設

➢ 感染管理が特に重要な感染症の患者に対して、適切な感染対策を講じた上で入院医療を提供した場合の加算を新設する。

（新）　特定感染症入院医療管理加算　治療室の場合　200点
それ以外の場合　100点

[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。

[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。）、後天性免疫不全症候群（ニューモシスチス肺炎に限る。）、麻しん、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症、ＲＳウイルス感染症、カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症、感染性胃腸炎（病原体がノロウイルスであるものに限る。）、急性弛緩性麻痺（急性灰白髄炎を除く。病原体がエンテロウイルスによるものに限る。）、新型コロナウイルス感染症、侵襲性髄膜炎菌感染症、水痘、先天性風しん症候群、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症、バンコマイシン耐性腸球菌感染症、百日咳、風しん、ペニシリン耐性肺炎球菌感染症、無菌性髄膜炎（病原体がパルボウイルスＢ19 によるものに限る。）、薬剤耐性アシネトバクター感染症、薬剤耐性緑膿菌感染症及び流行性耳下腺炎並びに感染症法第６条第８項に規定する指定感染症

[対象の入院料]
一般病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟及び精神病棟）、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料、有床診療所入院基本料、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料及び特定一般病棟入院料

ポストコロナにおける感染症対策の評価③

感染症の入院患者に対する個室・陰圧室管理の評価の拡充

➢ 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入院料の範囲を見直す。

現行

【二類感染症患者療養環境特別加算】
［算定留意事項］
保険医療機関に入院している感染症法第６条第３項に規定する二類感染症に感染している患者及び同条第７項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者並びにそれらの疑似症患者について、必要を認めて個室又は陰圧室に入院させた場合に、個室加算又は陰圧室加算として、それぞれ所定点数に加算する。

改定後

【特定感染症患者療養環境特別加算】
［施設基準（抜粋）］
保険医療機関に入院している患者であって、**二類感染症から五類感染症まで、新型インフルエンザ等感染症又は指定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**について、必要を認めて個室又は陰圧室に入院させた場合に、個室加算又は陰圧室加算として、それぞれ所定点数に加算する。ただし、疑似症患者については、初日に限り所定点数に加算する。

［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**

［対象の入院料］
一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料、有床診療所入院基本料、**特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料、精神科地域包括ケア病棟入院料、**特定一般病棟入院料、**地域移行機能強化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**

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①

- 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・口腔連携体制加算（１日につき）　120点

より早期からの切れ目のないリハ（離床）・栄養・口腔の取組

・疾患別リハビリテーション等の提供によるADL等の改善
・土曜日、日曜日及び祝日に行うリハビリテーションの提供
・入棟後早期のリハビリテーションの実施
・病棟専任の管理栄養士による早期評価と介入

多職種による評価と計画

・原則48時間以内の評価と計画作成
・口腔状態の評価と歯科医師等の連携
・定期的カンファレンスによる情報連携

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

急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進②

（新）　リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算

［算定要件］（概要）

- 急性期医療において、当該病棟に入院中の患者のＡＤＬの維持、向上等を目的に、早期からの離床や経口摂取が図られるよう、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る多職種による評価と計画に基づき、多職種により取組を行った場合に、**患者１人につきリハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を作成した日から起算して14日を限度に算定**できる。
- 当該病棟に入棟した患者全員に対し、**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**すること。なお、リスクに応じた期間で定期的な再評価を実施すること。
- 入院患者のＡＤＬ等の維持、向上等に向け、**カンファレンスが定期的に開催**されていること。
- 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**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**ものとする。
- **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、必要に応じた食事調整の提案等の取組を行うこと。

［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。
- 当該病棟に、**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（以下「理学療法士等」という。）が２名以上配置されている。なお、うち１名は専任の従事者でも差し支えない**。
- 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。
- 当該保険医療機関において、**一定の要件を満たす常勤医師が１名以上勤務**していること。
- プロセス・アウトカム評価として、以下のア～エの基準を全て満たすこと。
  - ア　疾患別リハ料が算定された患者のうち、**入棟後３日までに疾患別リハ料が算定された患者割合が８割以上**であること。
  - 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**であること。
  - 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**であること。
  - エ　院内で発生した褥瘡（DESIGN-R2020分類d２以上とする。）を保有している入院患者の割合が2.5%未満であること。
- 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。

DPC対象病院の基準の見直し

DPC対象病院の基準の見直し

➢ 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新たに位置づける。

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

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

医療機関別係数の見直し

基礎係数

- 現行の医療機関群の設定方法を維持し、３つの医療機関群を設定する。
- データ数に係る基準（１月あたりデータ数が90以上）を満たさない医療機関について評価を区別する。

医療機関群	評価区分	施設数	基礎係数
DPC標準病院群	データ数が90/月未満	103	1.0063
	それ以外の施設	1,423	1.0451
大学病院本院群		82	1.1182
DPC特定病院群		178	1.0718

機能評価係数Ⅰ

- 現行の評価手法を維持し、医科点数表の改定に応じて機能評価係数Ⅰに反映する。
  - 各項目の評価の見直しに伴う対応

機能評価係数Ⅱ

- 保険診療係数・救急医療係数を廃止・整理し、４つの係数（効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、地域医療係数）による評価体系へ再整理する（各評価項目の重みづけは等分とする）。
- 効率性係数及び地域医療係数について、評価の主旨や実態等を踏まえた評価手法の見直しを行う。

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、独立した医療機関別係数の項目として救急補正係数を設定する。

激変緩和係数

- 現行の設定方法を維持し、診療報酬改定がある年度については改定に伴う変動に関して、推計診療報酬変動率（出来高部分も含む）が2%を超えて変動しないよう激変緩和係数を設定する。

機能評価係数Ⅱの見直し①

機能評価係数Ⅱの見直し（概要）

➢ 機能評価係数Ⅱについて、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）による評価体系へと整理し、以下のとおり見直す。

現行

評価項目		重み付け	
保険診療係数		1.0	
効率性係数		1.0	
複雑性係数		1.0	
カバー率係数		1.0	
救急医療係数		1.0	
地域医療係数	体制評価係数	1.0	0.5
	定量評価係数		0.5

改定後

見直しの内容	重み付け（※）	
評価を廃止（一部を体制評価指数で評価）		
評価手法の見直し、群別評価へ変更	1.2	
現行の評価の継続	1.2	
現行の評価の継続	1.2	
名称・係数の位置づけの見直し	（1.2）	
医療計画や実績分布等を踏まえた見直し 新たな評価項目の追加	1.2	0.7
現行の評価の継続		0.5

（※）全体を「6.0」とした場合（改定前後の比較のため ）

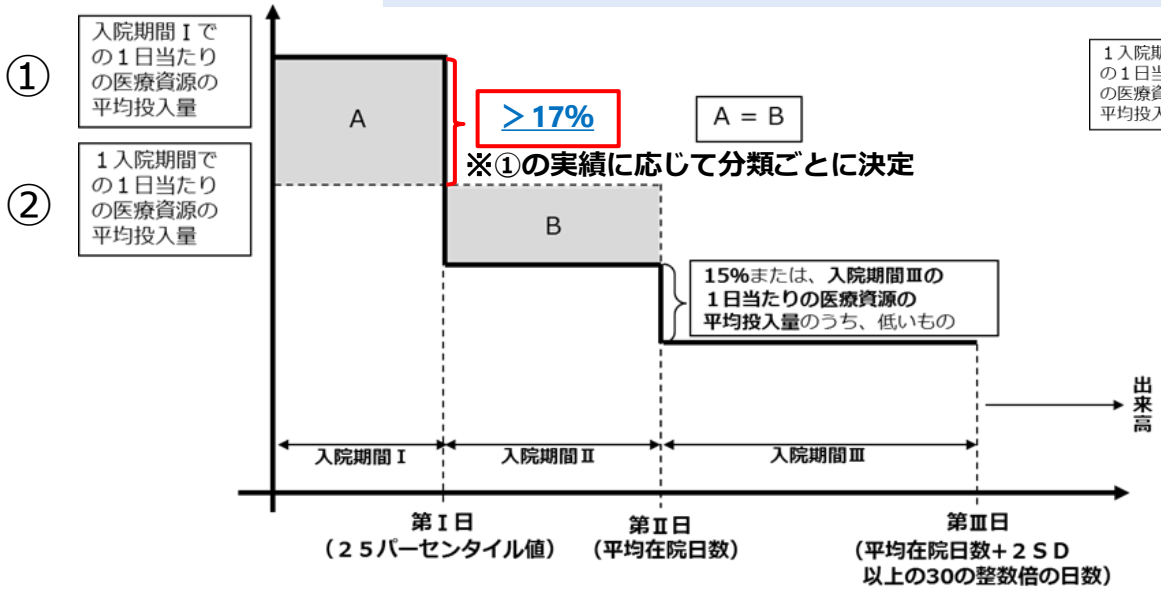
診断群分類点数表の見直し②

点数設定方式Bで設定する診断群分類の見直し

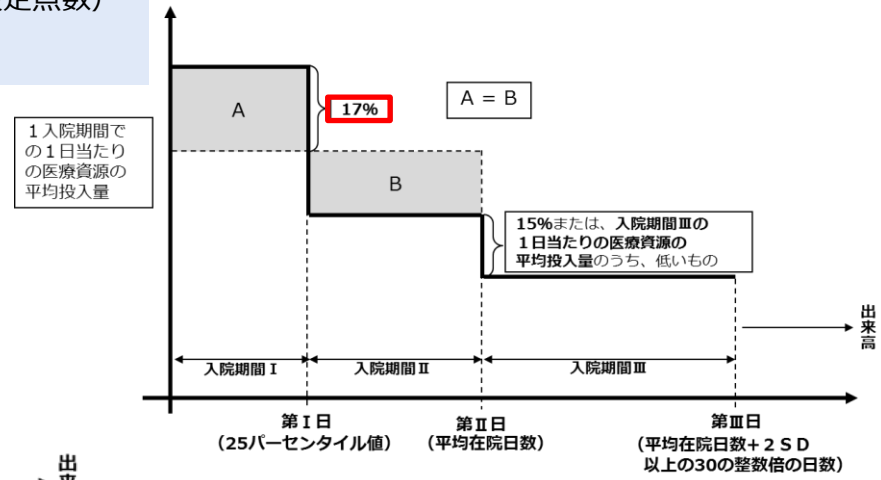
➢ 入院初期の医療資源投入量の多い診断群分類が増加している実態を踏まえ、点数設定方式Bにより設定する診断群分類の範囲を以下のとおり見直す。

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



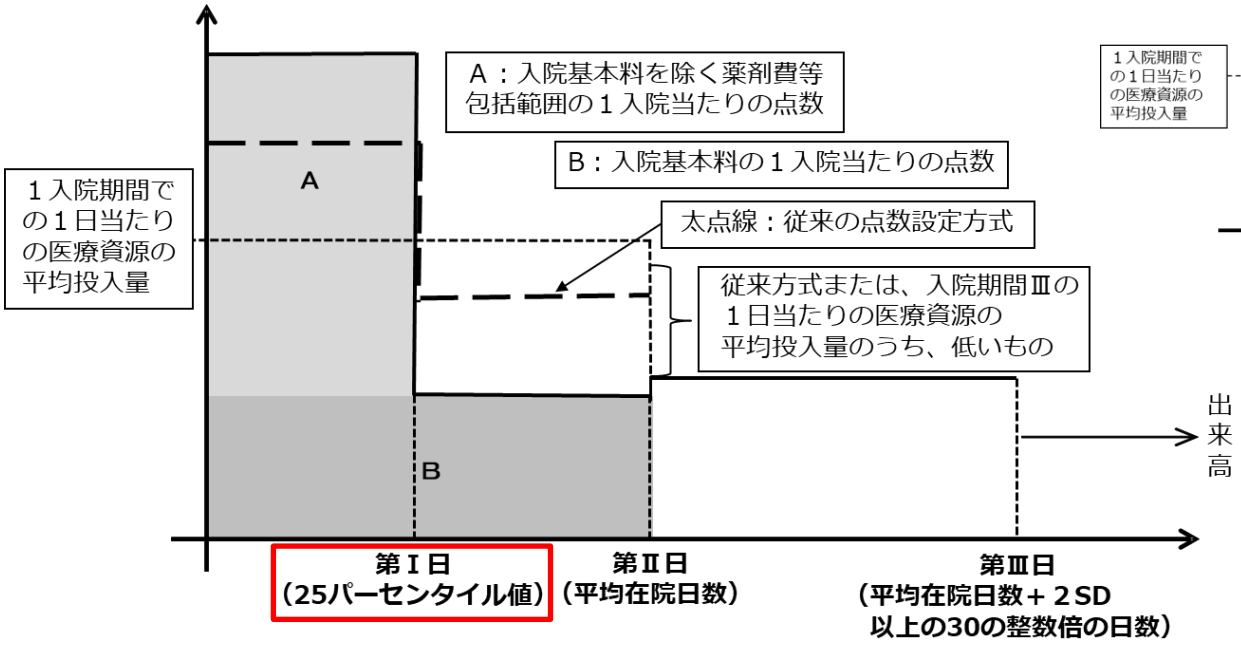
現行	改定後
【診断群分類】 ＜点数設定方式Ｂ＞　257分類	【診断群分類】 ＜点数設定方式Ｂ＞　**1,212分類**

診断群分類点数表の見直し③

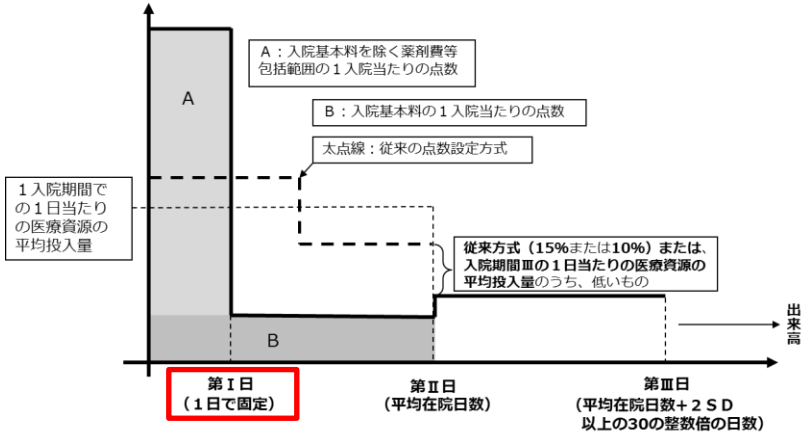
点数設定方式Eの新設①

➢ 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



短期滞在手術等基本料の評価の見直し

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

【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）

イ　麻酔を伴う手術を行った場合	2,947点
ロ　イ以外の場合	2,718点

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（日帰りの場合）

（改）イ　主として入院で実施されている手術を行った場合

(1)　麻酔を伴う手術を行った場合	**2,947点**
(2)　(1)以外の場合	**2,718点**

（改）ロ　イ以外の場合

(1)　麻酔を伴う手術を行った場合	**1,588点**
(2)　(1)以外の場合	**1,359点**

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

（２）特定集中治療室管理料等の集中治療を行う入院料の見直しの影響について

特定集中治療室管理料の見直し①

特定集中治療室管理料の見直し

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

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ＳＯＦＡ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ＳＯＦＡ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		改定後	
（７日以内の期間）		（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１・２	**14,406点**
特定集中治療室管理料３・４	9,697点	特定集中治療室管理料３・４	**9,890点**
（新設）		**特定集中治療室管理料５・６**	**8,890点**

※　治療室については、以下を明確化。

・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ない医師であること（救命救急入院料、小児特定集中治療室管理料及び新生児特定集中治療室管理料１）

・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（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、新生児特定集中治療室管理料２及び新生児治療回復室入院医療管理料）

※　特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度から、「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。

（参考）特定集中治療室管理料の施設基準概要

<table>
<tr><th></th><th>ＩＣＵ１</th><th>ＩＣＵ２</th><th>ＩＣＵ３</th><th>ＩＣＵ４</th><th>ＩＣＵ５</th><th>ＩＣＵ６</th></tr>
<tr><td></td><td>７日以内　14,406点
８日以上　12,828点</td><td>７日以内　14,406点
８日以上　12,828点
※広範囲熱傷特定集中治療室管理料は８～60日まで13,028点</td><td>７日以内　9,890点
８日以上　8,307点</td><td>７日以内　9,890点
８日以上　8,307点
※広範囲熱傷特定集中治療室管理料は８～60日まで8,507点</td><td>７日以内　8,890点
８日以上　7,307点</td><td>７日以内　8,890点
８日以上　7,307点
※広範囲熱傷特定集中治療室管理料は８～60日まで7,507点</td></tr>
<tr><td rowspan="2">医師の配置</td><td colspan="2">・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</td><td colspan="2">・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</td><td colspan="2">・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</td></tr>
<tr><td>－</td><td>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</td><td>－</td><td>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</td><td>－</td><td>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</td></tr>
<tr><td rowspan="2">看護師の配置</td><td colspan="6">常時２：１</td></tr>
<tr><td colspan="2">・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</td><td colspan="2">－</td><td colspan="2">・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</td></tr>
<tr><td>臨床工学技士の配置</td><td colspan="2">専任の臨床工学技士が常時院内勤務</td><td colspan="2">－</td><td colspan="2">－</td></tr>
<tr><td>治療室の面積</td><td>１床あたり20㎡
※新生児用は１床あたり９㎡</td><td>１床あたり20㎡</td><td>１床あたり15㎡
※新生児用は１床あたり９㎡</td><td>１床あたり15㎡</td><td>１床あたり15㎡
※新生児用は１床あたり９㎡</td><td>１床あたり15㎡</td></tr>
<tr><td>必要な装置・器具等</td><td colspan="6">・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</td></tr>
<tr><td>重症度、医療・看護必要度</td><td colspan="2">ＩＣＵ用必要度Ⅱの基準を満たす患者：８割以上</td><td colspan="2">ＩＣＵ用必要度Ⅱの基準を満たす患者：７割以上</td><td colspan="2">ＩＣＵ用必要度Ⅱの基準を満たす患者：７割以上</td></tr>
<tr><td>重症患者の受入</td><td colspan="2">入室日のＳＯＦＡスコア５以上の患者：１割以上</td><td colspan="2">入室日のＳＯＦＡスコア３以上の患者：１割以上</td><td colspan="2">－</td></tr>
</table>

（参考）SOFA (Sequential Organ Failure Assessment)スコア

○ 重症患者を対象とした、生理学的スコアの1つ。

○ 6臓器の機能不全を0−4点で点数化し、最大24点で評価を行う。

○ 24 時間毎に評価した各臓器障害スコアの観察期間中の最大値を合計して得られる total maximum SOFA score（TMS）は、患者の生命予後と一定の相関関係がある。

（参考）SOFAスコア

	0	1	2	3	4
呼吸機能 PaO_2/FiO_2	>400	≤400	≤300	≤ 200 呼吸補助下	≤100 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

※Moreno R, et al : Intensive CareMed 25 : 686—696, 1999.

特定集中治療室管理料の見直し②

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。

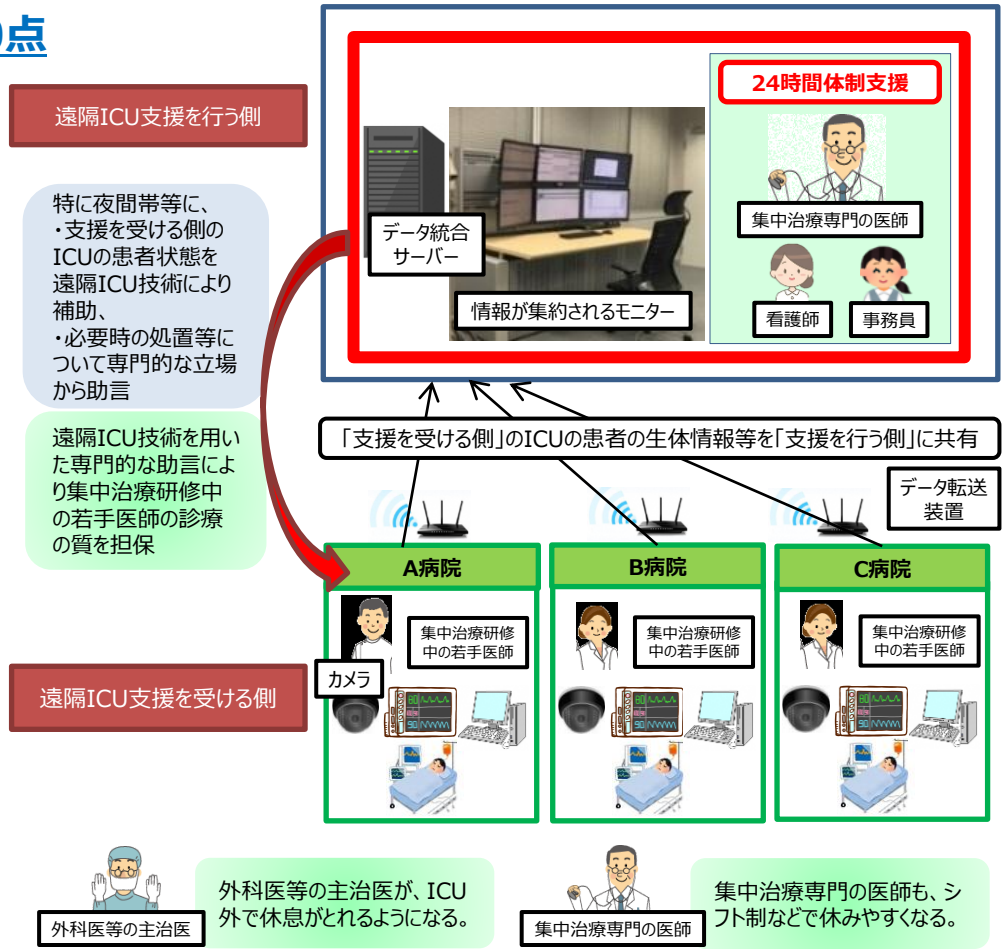
【施設基準】

（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。



重症患者対応体制強化加算の要件の見直し

重症患者対応体制強化加算の要件の見直し

➢ 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

【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、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。

改定後

【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。

［施設基準］

専従の常勤看護師**１名**以上	・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		
専従の常勤臨床工学技士**１名**以上	・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	＊実施業務＊ ・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 ① 重症患者の病態生理、全身管理の知識・看護 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	
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。**	・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。		＊実施業務＊ ・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） ・**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。

必要な届出	・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
実績	・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**

ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の見直し

ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の見直し

➢ 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基準について見直す。

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

- 「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

※　重症度、医療・看護必要度ⅠとⅡで共通

（3）地域包括医療病棟の新設の影響について

地域包括医療病棟① 病棟のイメージ

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**につながることが示されている
- 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

一定の医療資源を投入し、急性期を速やかに離脱

早期の退院に向け、リハビリ、栄養管理等を提供

退院に向けた支援
適切な意思決定支援

早期の在宅復帰

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

地域包括医療病棟② 施設基準等

地域包括医療病棟入院料の算定要件及び施設基準

➢ **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）**看護職員が10:1以上配置**されていること。
（２）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、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。
（３）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。（病室6.4㎡/１人 以上、廊下幅1.8m以上が望ましい　等）
（４）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。
（**ＡＤＬ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**　等）
（５）一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を用いて評価し、**延べ患者数のうち「Ａ３点以上、Ａ２点以上かつＢ３点以上、又はＣ１点以上」に該当する割合が16%以上（必要度Ⅰの場合）又は15%以上（必要度Ⅱの場合）**であるとともに、**入棟患者のうち入院初日に「Ｂ３点以上」に該当する割合が50%以上**であること。
（６）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。
（７）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。
（８）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％未満**であること。
（９）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。
（10）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。
（２次救急医療機関又は救急告示病院であること、常時、必要な検査、ＣＴ撮影、ＭＲＩ撮影を行う体制にあること　等）
（11）**データ提出加算**及び**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。
（12）**特定機能病院以外**の病院であること。（13）**急性期充実体制加算**及び**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。
（14）**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。

地域包括医療病棟③ 注加算

地域包括医療病棟入院料の注加算

（新）　初期加算（１日につき）　150点

［算定要件］
入院した日から起算して14日を限度として算定する。

（新）　看護補助体制加算（１日につき）

25対１看護補助体制加算（看護補助者５割以上）	240点
25対１看護補助体制加算（看護補助者５割未満）	220点
50対１看護補助体制加算	200点
75対１看護補助体制加算	160点

［算定要件］
入院した日から起算して14日を限度として算定する。

（新）　夜間看護補助体制加算（１日につき）

夜間30対１看護補助体制加算	125点
夜間50対１看護補助体制加算	120点
夜間100対１看護補助体制加算	105点

［算定要件］
施設基準に適合しているものとして届け出た病棟に入院している患者（看護補助加算を算定する患者に限る。）について算定する。

（新）　夜間看護体制加算（１日につき）　71点

［算定要件］
施設基準に適合しているものとして届け出た病棟に入院している患者（看護補助加算を算定する患者に限る。）について算定する。
［施設基準］
夜勤時間帯に看護補助者を配置していること。
夜間における看護業務の負担の軽減に資する十分な業務管理等の体制が整備されていること。

（新）　看護補助体制充実加算（１日につき）

看護補助体制充実加算１	25点
看護補助体制充実加算２	15点
看護補助体制充実加算３	５点

［算定要件］
施設基準に適合しているものとして届け出た病棟に入院している患者（看護補助加算を算定する患者に限る。）について算定する。

（新）　看護職員夜間12対１配置加算（１日につき）

看護職員夜間12対１配置加算１　110点 / 看護職員夜間12対１配置加算２　90点

［算定要件］
入院した日から起算して14日を限度として算定する。

（新）　看護職員夜間16対１配置加算（１日につき）

看護職員夜間16対１配置加算１　70点 / 看護職員夜間16対１配置加算２　45点

（新）　リハビリテーション・栄養・口腔連携加算（１日につき）　80点

［算定要件・施設基準］
リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算と同等の施設基準を満たした保険医療機関において、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する。

地域包括医療病棟④ 包括範囲

以下の診療の費用は**地域包括医療病棟入院料に含まれる**。（包括範囲）

地域包括医療病棟入院料に含まれる費用（概要）

○ **入院基本料**

○ **入院基本料等加算**

臨床研修病院入院診療加算、救急医療管理加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、栄養サポートチーム加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算（１に限る。）、データ提出加算、入退院支援加算（１のイに限る。）、医療的ケア児（者）入院前支援加算、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算、地域医療体制確保加算及び協力対象施設入所者入院加算**を除く**。

○ **医学管理のうち、手術前医学管理料、手術後医学管理料**

○ **検査**

心臓カテーテル検査、内視鏡検査、血液採取以外の診断穿刺・検体採取料
並びにこれらに伴う薬剤及び特定保険医療材料**を除く**。

○ **画像診断**

画像診断管理加算１～４、造影剤注入手技（主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合）
並びに造影剤注入手技（主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合）に伴う薬剤及び特定保険医療材料**を除く**。

○ **投薬、注射**

抗悪性腫瘍薬等の除外薬剤・注射薬、無菌製剤処理料**を除く**。

○ **リハビリテーション及び精神療法で使用される薬剤**。（※１）

○ **処置**

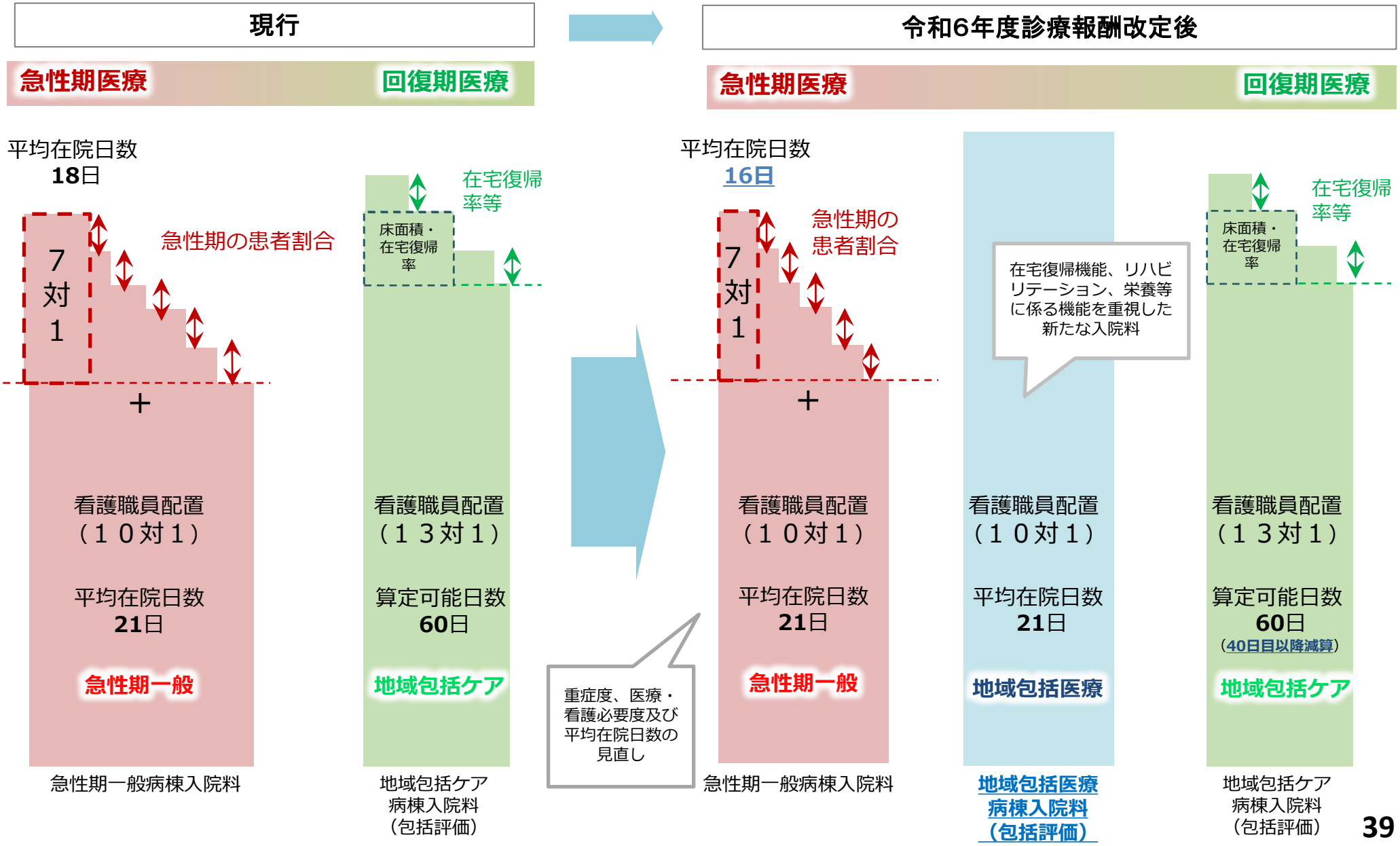
人工腎臓等、局所陰圧閉鎖処置等の1,000点以上の処置
並びにこれらに伴う薬剤及び特定保険医療材料**を除く**。

○ **病理標本作製料**

術中迅速病理組織標本作成を**除く**。

※１　リハビリテーション及び精神療法は地域包括医療病棟入院料に含まれない。（包括範囲外）
※　　他、手術、麻酔等の費用は地域包括医療病棟入院料に含まれない。（包括範囲外）

地域包括医療病棟の新設による今後の医療提供体制のイメージ



想定される地域包括医療病棟への移行のイメージ

- 地域における、高齢化、救急医療提供体制、リハビリテーション等の提供体制等を踏まえて、急性期入院基本料１（７対１）、急性期入院基本料２－６を算定する急性期病棟、あるいは一定の救急医療の実績のある地域包括ケア病棟等から転換することが想定されている。

①急性期入院基本料１からの一部転換

急性期一般入院料１
（急性期充実体制加算および総合入院体制加算以外）

→

急性期一般入院料１
（急性期充実体制加算等以外）

地域包括
医療病棟

救急医療の実績が十分であり、既に後期高齢者の緊急入院が多く、急性期医療の中における機能分化が必要であるケースにおいては、一部の病棟を地域包括病棟に転換することなどが考えられる。

②急性期入院基本料２－６からの転換

急性期一般入院料２－６

→

地域包括医療病棟

急性期一般入院料２－６

地域包括
医療病棟

急性期医療が充実している医療機関であり、リハビリ職、栄養関係職種の確保とADLに関連する実績評価が十分である場合は、急性期の全病棟や一部の病棟を転換することが考えられる。

③地域包括ケア病棟からの転換

地域包括ケア

→

地域包括医療病棟

既に在宅復帰機能が十分である地ケアの中で、救急搬送の受入が可能である病棟においては、転換が可能。

地域包括医療病棟における評価の観点

- 地域包括医療病棟においては、急性期医療機能の他に、後期高齢者を中心に早期からリハビリテーション、栄養等の管理を行うためのサービス提供が求められており、ストラクチャー、プロセス、アウトカムの観点から病棟の機能を規定している。

※以下の整理は、考え方の一例である。それぞれの指標の活用の仕方は複数考えられるところ。

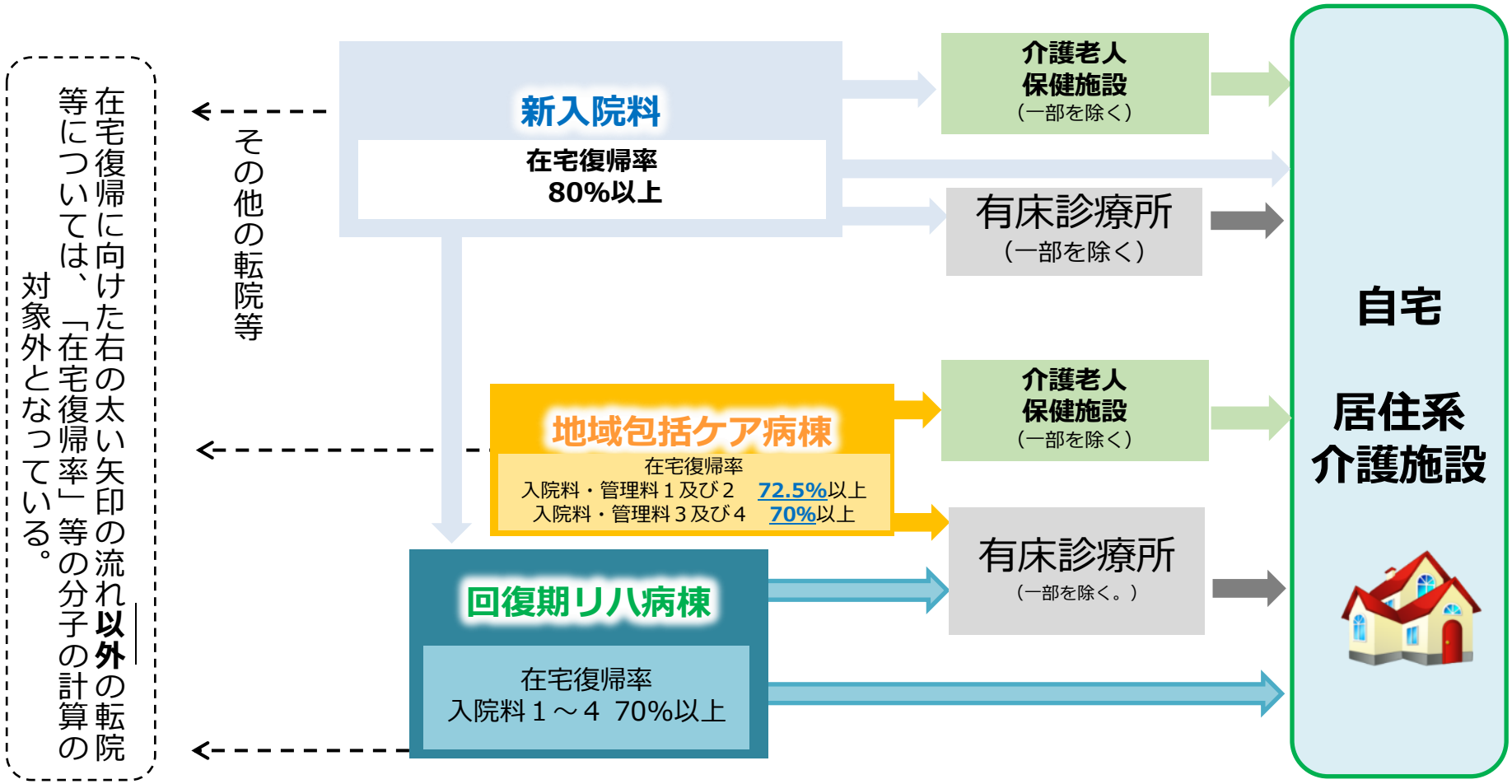
	ストラクチャー	プロセス	アウトカム・その他の実績要件
急性期機能	➢ 10:1看護配置 ➢ DPCの包括範囲外の処置、検査等を算定可能 ➢ 夜間における画像検査等の体制確保 ➢ 看護職員夜間配置加算		➢ 救急搬送直接入棟患者割合:1割5分以上 ➢ 平均在院日数:21日以内 ➢ 重症度、医療・看護必要度:急性期病棟入院料4相当 ➢ 入棟初日のB項目3点以上の患者:50%以上
リハビリ等	➢ PT/OT/ST 2名配置 ➢ 管理栄養士の専任配置 ➢ リハ・栄養・口腔に係る研修を修了した医師配置 ➢ 看護補助体制加算 ➢ 看護補助体制充実加算	➢ 原則48時間以内にADL、栄養状態、口腔状態の評価 ➢ 定期的なカンファレンスの開催 ➢ 休日リハの提供体制 ➢ 休日リハ提供量:平日の8割以上 ➢ 早期リハ実施割合:8割以上 ➢ 管理栄養士による ・GLIM基準を用いた栄養状態評価 ・週5回以上の食事観察 ➢ 歯科医療機関との連携	➢ 退院・転棟時にADLが低下する患者:5%以内 ➢ 退院・転棟時にADLが低下する患者:3%以内
在宅復帰機能	➢ 入退院支援加算1	（入退院支援加算1）	➢ 在宅復帰率:8割

※　青字は注加算における要件等

地域包括医療病棟における在宅復帰率

○　地域包括医療病棟における「在宅復帰」機能においては、当該病棟が「治し、支える」機能を持ち「早期に生活の場に復帰させる」ことが想定されることや運動器疾患や脳血管障害等の急性疾患への対応も実践することを想定し、以下のように定義とした。

各病棟ごとの在宅復帰率の算出にあたって、**在宅復帰に含まれる退院・転院を、太い矢印（➡）で示す**



急性期病棟、地域包括医療病棟及び地域包括ケア病棟の機能の比較（イメージ）

	急性期一般病棟入院料１	地域包括医療病棟	地域包括ケア病棟入院料１
病棟の趣旨	急性期医療を行う	高齢者急性期を主な対象患者として、治す医療とともに同時に支える医療（リハビリ等）を提供することで、より早期の在宅復帰を可能とする。	① 急性期治療を経過した患者の受け入れ。 ② 在宅で療養を行っている患者等の受け入れ ③ 在宅復帰支援
看護配置	７対１以上	10対１以上	13対１以上
重症度、医療・看護必要度の基準	• 「Ａ３点以上又はＣ１点以上」に該当する患者割合が20%以上 • 「Ａ２点以上又はＣ１点以上」に該当する患者割合が27%以上	• 「Ａ２点以上かつＢ３点以上」、「Ａ３点以上」、「Ｃ１点以上」のいずれかに該当する患者割合が16%以上（必要度Ⅰ）又は15%以上（必要度Ⅱ） • 入棟初日にＢ３点以上の患者割合が50%以上	• 「Ａ１点以上又はＣ１点以上」に該当する患者割合が10%以上（必要度Ⅰ）又は８%以上（必要度Ⅱ）
在院日数	平均在院日数　16日以内	平均在院日数　21日以内	60日まで算定可能
救急医療体制	- （救急医療管理加算等で評価）	24時間救急搬送を受け入れられる体制を構築していること 画像検査、血液学的検査等の24時間体制 救急医療管理加算等による評価	二次救急医療機関又は救急告示病院 ※　200床未満の病院の場合は救急医療の体制 ※　一般病床の場合
救急実績	（地域医療体制確保加算等で実績に応じた評価）	緊急入院割合:緊急入院直接入棟１割5分以上	自宅等からの緊急患者の受け入れ ３月で９人以上
リハビリ	-	PT、OT又はST２名以上の配置、ADLに係る実績要件	PT、OT又はST１名以上の配置
在宅復帰率	80%以上 （分子に地ケア、回リハ病棟等への退院を含む）	80%以上 （分子に回リハ病棟等への退院を含む）	72.5%以上 （分子に回リハ病棟等への退院を含まない）

（4）地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の実績要件等の見直しの影響について

回復期リハビリテーション病棟に係る見直し①

入院料の評価の見直し

➢ 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の入院基本料等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		改定後	
【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】	
回復期リハビリテーション病棟入院料１	2,129点	回復期リハビリテーション病棟入院料１	**2,229点**
(生活療養を受ける場合	2,115点)	(生活療養を受ける場合	**2,215点**)
回復期リハビリテーション病棟入院料２	2,066点	回復期リハビリテーション病棟入院料２	**2,166点**
(生活療養を受ける場合	2,051点)	(生活療養を受ける場合	**2,151点**)
回復期リハビリテーション病棟入院料３	1,899点	回復期リハビリテーション病棟入院料３	**1,917点**
(生活療養を受ける場合	1,884点)	(生活療養を受ける場合	**1,902点**)
回復期リハビリテーション病棟入院料４	1,841点	回復期リハビリテーション病棟入院料４	**1,859点**
(生活療養を受ける場合	1,827点)	(生活療養を受ける場合	**1,845点**)
回復期リハビリテーション病棟入院料５	1,678点	回復期リハビリテーション病棟入院料５	**1,696点**
(生活療養を受ける場合	1,664点)	(生活療養を受ける場合	**1,682点**)

[追加の施設基準]

- 回復期リハビリテーション病棟入院料１及び２については、**専従の社会福祉士等の配置**を要件とする。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料１及び３については、**当該保険医療機関において、ＦＩＭの測定に関わる職員を対象としたＦＩＭの測定に関する研修会を年１回以上開催すること**を要件とする。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料１及び２については、当該入院料を算定する患者について、**口腔状態に係る課題を認めた場合は、適切な口腔ケアを提供するとともに、必要に応じて歯科医療機関への受診を促すこと**を要件とする。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料１及び２については、市町村の要請を受けて、「地域支援事業実施要綱」（平成18年6月9日老発0609001第1号厚生労働省老健局長通知）に規定する**地域リハビリテーション活動支援事業等の地域支援事業に、地域の医師会等と連携し、参加していることが望ましい**こととする。

回復期リハビリテーション病棟に係る見直し②

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/㎡　＊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、日本栄養治療学会（JSPEN）HP「GLIM基準について」を参照

定期的なFIMの測定の要件化

➢　回復期リハビリテーション病棟入院料及び回復期リハビリテーション入院医療管理料を算定するに当たっては、**定期的（2週間に一回以上）にＦＩＭの測定を行い**、その結果について診療録等に記載することを要件とする。

回復期リハビリテーション病棟に係る見直し③

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

【算定上限緩和対象患者】
- 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六十日以内のもの
- 入院中の患者であって、その入院する病棟等において早期歩行、ＡＤＬの自立等を目的として心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)又は呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)を算定するもの

改定後

【算定上限緩和対象患者】
- 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六十日以内のもの
- 入院中の患者であって、その入院する病棟等において早期歩行、ＡＤＬの自立等を目的として心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)又は呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)を算定するもの

体制強化加算の廃止

➢ 回復期リハビリテーション病棟入院料の体制強化加算１及び２を廃止する。

現行

【回復期リハビリテーション病棟入院料1・2】

体制強化加算１	200点
体制強化加算２	80点

改定後

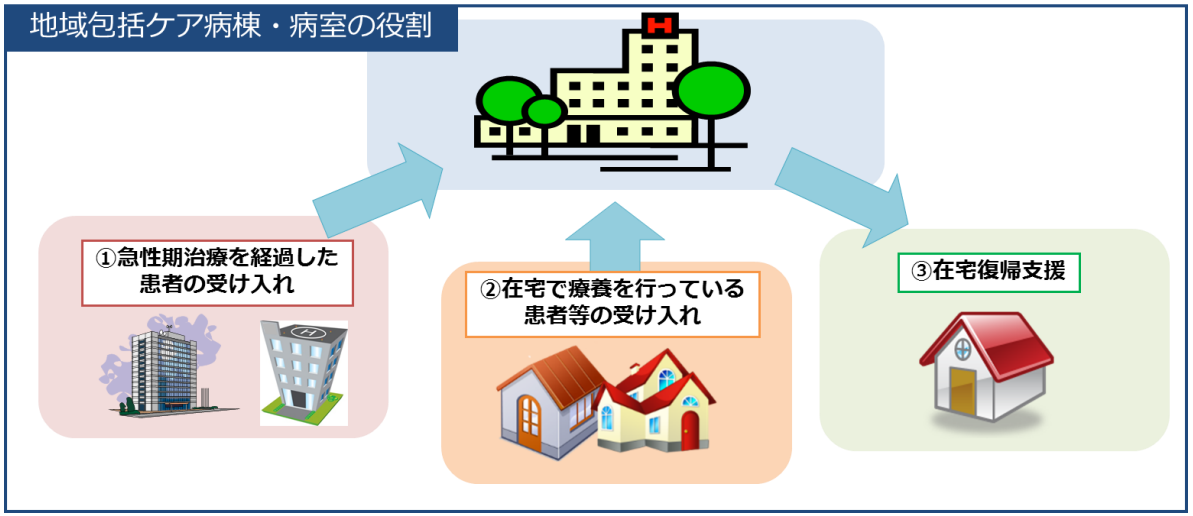
【回復期リハビリテーション病棟入院料1・2】
[廃止]

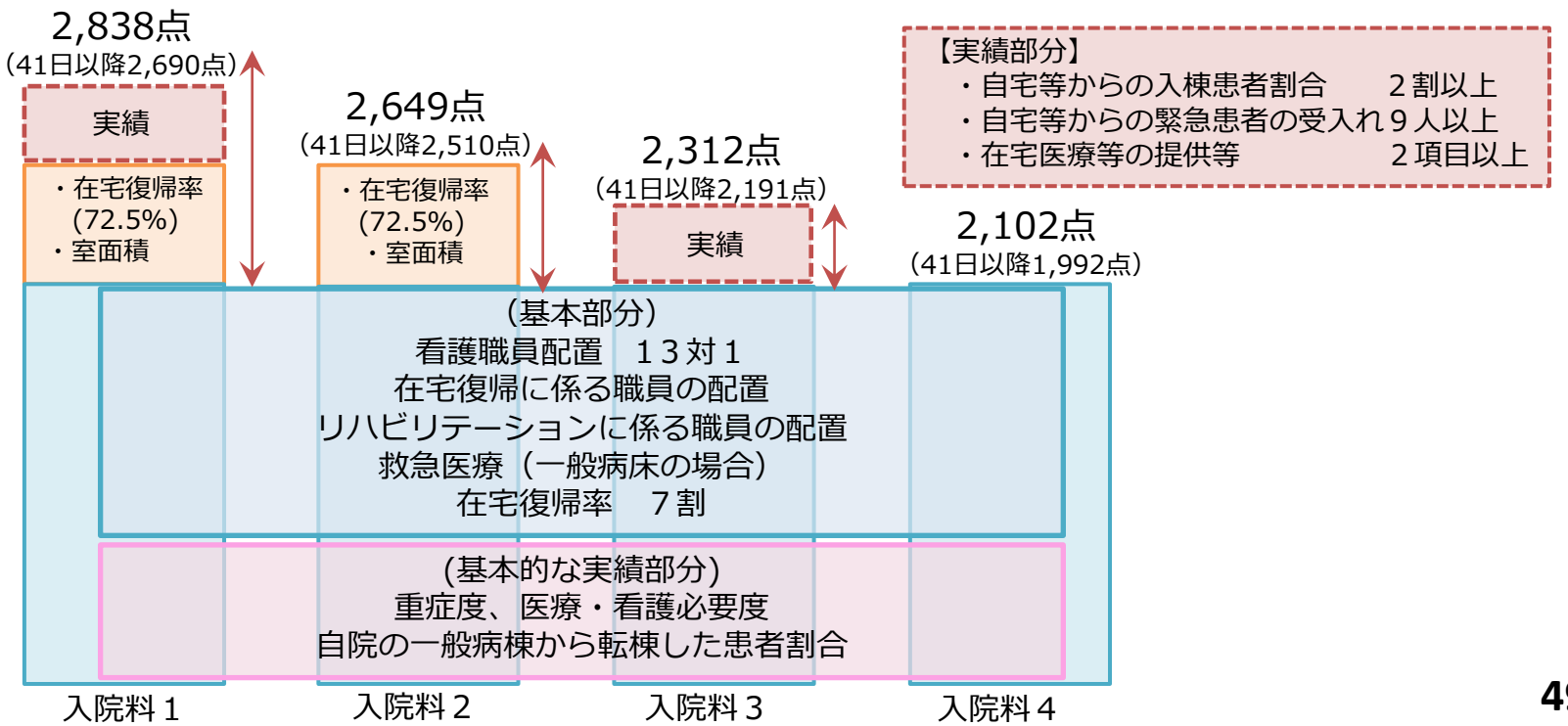
回復期リハビリテーション病棟入院料（主な施設基準）

		入院料１	入院料２	入院料３	入院料４	入院料５（※１）
職員の配置に関する施設基準	医師	専任常勤１名以上				
	看護職員	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	専任常勤１名以上　⇒　**専従常勤１名以上**		－		
	管理栄養士	専任常勤１名	専任常勤１名の配置が望ましい			
リハビリテーションの提供体制等に関する施設基準	休日のリハビリテーション	○		－		
	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**	－	－
	リハビリ計画書への栄養項目記載／**GLIM基準による評価**	○	**GLIM基準を用いることが望ましい**			
	口腔管理	○		－		
	第三者評価	受けていることが望ましい	－	受けていることが望ましい	－	－
	地域貢献活動	**参加することが望ましい**		－		
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。

地域包括ケア病棟の施設基準（イメージ）





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

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

➢ 地域包括ケア病棟における適切な在宅患者等の緊急入院の受入れを推進する観点から、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

【在宅患者支援病床初期加算】

(1) 介護老人保健施設から入院した患者の場合　**500点**

(2) 介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者の場合　**400点**

改定後

【在宅患者支援病床初期加算】

(1) 介護老人保健施設から入院した患者の場合

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

② **①の患者以外の患者の場合**　**480点**

(2) 介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者の場合

① **救急搬送された患者又は他の保険医療機関で区分番号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**　**480点**

② **①の患者以外の患者の場合**　**380点**

地域包括ケア病棟入院料の評価の見直し

地域包括ケア病棟入院料の評価の見直し

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

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

地域包括ケア病棟の施設基準の見直し

地域包括ケア病棟入院料における在宅医療等の実績の評価の見直し

➢ 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。

現行

【地域包括ケア病棟入院料】
［施設基準］
地域包括ケア病棟入院料１
①　（略）
②　在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）及び精神科訪問看護・指導（Ⅲ）を前三月間において六十回以上算定している保険医療機関であること。

③　訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法に規定する訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を前三月間において三百回以上算定している訪問看護ステーションが当該保険医療機関に併設されていること。

④　（略）
⑤　介護保険法第八条第二項に規定する訪問介護、同条第四項に規定する訪問看護、同条第五項に規定する訪問リハビリテーション、同法第八条の二第三項に規定する介護予防訪問看護又は同条第四項に規定する介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有している施設が当該保険医療機関に併設されていること。
⑥　（略）

［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。

改定後

【地域包括ケア病棟入院料】
［施設基準］
地域包括ケア病棟入院料１
①　（略）
②　**退院後訪問指導料**、在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）、精神科訪問看護・指導（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。
④　（略）
⑤　介護保険法第八条第二項に規定する訪問介護、同条第五項に規定する訪問リハビリテーション又は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。
⑥　（略）

※ 地域包括ケア入院医療管理料１、地域包括ケア病棟入院料２、地域包括ケア入院医療管理料２、地域包括ケア病棟入院料３、地域包括ケア入院医療管理料３、地域包括ケア病棟入院料４、地域包括ケア入院医療管理料４、特定一般入院料病棟入院料の注７についても同様。

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**。

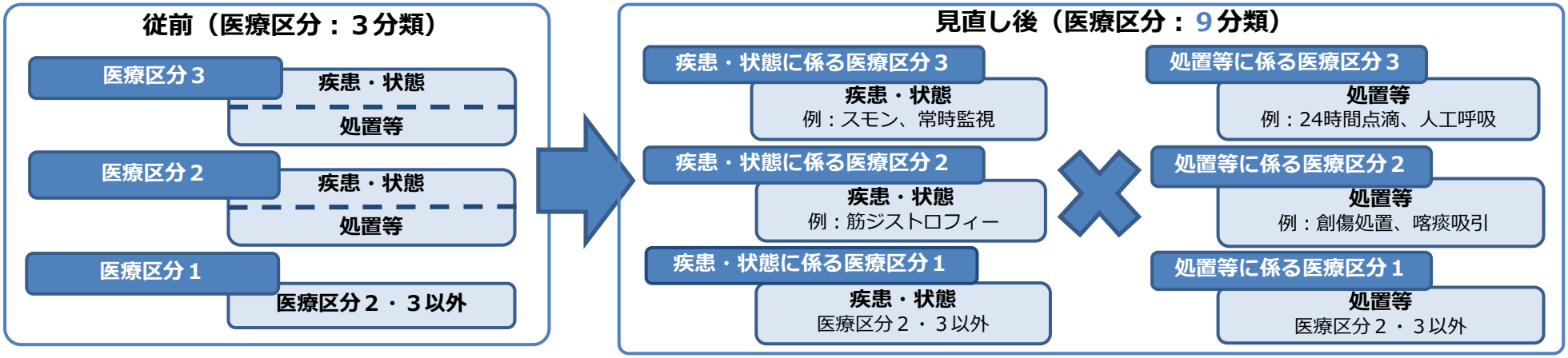
（５）療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響について

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



２．療養病棟における中心静脈栄養の評価の見直し

- 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す**。また、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。

３．療養病棟におけるリハビリテーションの評価の見直し

- 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

４．療養病棟入院基本料注11に規定する経過措置の廃止

- 療養病棟入院基本料の注11に規定する経過措置を廃止する。

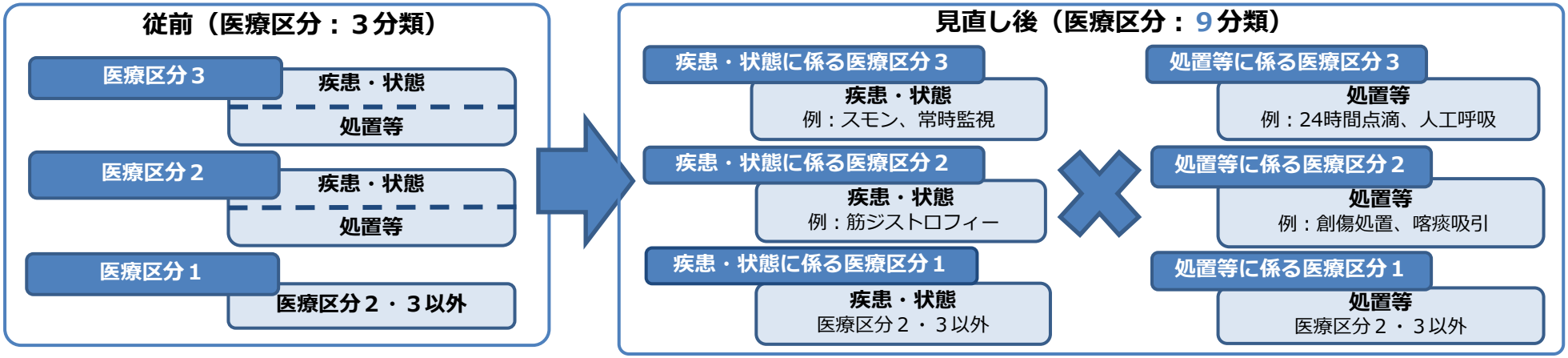
５．療養病棟における適切な経腸栄養管理に係る評価の新設

- 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。

療養病棟入院基本料の見直し①

療養病棟入院基本料の医療区分に係る評価体系の見直し

- 疾患・状態と処置等の医療区分と医療資源投入量の関係性を踏まえ、医療区分とＡＤＬ区分に基づく９分類となっている現行の療養病棟入院基本料について、**疾患・状態に係る３つの医療区分**、**処置等に係る３つの医療区分**および**３つのＡＤＬ区分**に基づく**27分類及びスモンに関する３分類の合計30分類の評価に見直す**。
- 療養病棟入院基本料の疾患及び状態に着目した医療区分について、疾患・状態及び処置等に着目した医療区分に見直す。



現行	改定後
【療養病棟入院料】 ［算定要件］ １　療養病棟入院料１ イ　入院料Ａ　1,813点 （略） リ　入院料Ｉ　815点 （略） （新設）	【療養病棟入院料】　※療養病棟入院料２についても同様 ［算定要件］ １　療養病棟入院料１ イ　入院料１　1,964点 （略） リ　入院料27　830点 （略） マ　入院料30　1,488点

療養病棟入院基本料の概要

入院料	疾患・状態に係る医療区分	処置等に係る医療区分	ADL区分	療養病棟入院基本料１の点数	療養病棟入院基本料２の点数	従前の入院料
1	3（スモン除く）	3	3	1,964	1,899	A
2	3（スモン除く）	3	2	1,909	1,845	B
3	3（スモン除く）	3	1	1,621	1,556	C
4	3（スモン除く）	2	3	1,692	1,627	A
5	3（スモン除く）	2	2	1,637	1,573	B
6	3（スモン除く）	2	1	1,349	1,284	C
7	3（スモン除く）	1	3	1,644	1,579	A
8	3（スモン除く）	1	2	1,589	1,525	B
9	3（スモン除く）	1	1	1,301	1,236	C
10	2	3	3	1,831	1,766	A
11	2	3	2	1,776	1,712	B
12	2	3	1	1,488	1,423	C
13	2	2	3	1,455	1,389	D
14	2	2	2	1,427	1,362	E
15	2	2	1	1,273	1,207	F
16	2	1	3	1,371	1,305	D
17	2	1	2	1,343	1,278	E
18	2	1	1	1,189	1,123	F
19	1	3	3	1,831	1,766	A
20	1	3	2	1,776	1,712	B
21	1	3	1	1,488	1,423	C
22	1	2	3	1,442	1,376	D
23	1	2	2	1,414	1,349	E
24	1	2	1	1,260	1,194	F
25	1	1	3	983	918	G
26	1	1	2	935	870	H
27	1	1	1	830	766	I
28	3（スモンに限る）	ー	3	1,831	1,766	A
29	3（スモンに限る）	ー	2	1,776	1,712	B
30	3（スモンに限る）	ー	1	1,488	1,423	C

療養病棟入院基本料 1
【施設基準】
①看護配置：２０：１以上
②医療区分２・３の患者が８割以上

療養病棟入院基本料 2
【施設基準】
①看護配置２０：１以上
②医療区分２・３の患者が５割以上

ADL区分

ADL区分３：　23点以上
ADL区分２：　11点以上～23点未満
ADL区分１：　11点未満

当日を含む過去３日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベルについて，下記の４項目に０～６の範囲で最も近いものを記入し合計する。
新入院（転棟）の場合は，入院（転棟）後の状態について評価する。
（　０．自立、１．準備のみ、２．観察、３．部分的援助、４．広範な援助、５．最大の援助、６．全面依存　）

項目	支援のレベル
a　ベッド上の可動性	０～６
b　移乗	０～６
C　食事	０～６
d　トイレの使用	０～６
（合計点）	０～２４

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

➢ 療養病棟における中心静脈栄養について、患者の疾患及び状態並びに実施した期間に応じた医療区分に見直す。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。

現行	改定後
【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 医療区分２ （新設）	【療養病棟入院料】 ［施設基準］（概要） 医療区分３ **中心静脈栄養（療養病棟入院基本料を算定する場合にあっては、広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻若しくは急性膵炎を有する患者を対象とする場合又は中心静脈栄養を開始した日から30日以内の場合に実施するものに限る。）** 医療区分２ **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。）**

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。

療養病棟入院基本料の見直し③

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三の患者と医療区分二の患者との合計が五割以上の要件については、令和６年９月30日までの経過措置を設ける。

現行

【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に適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合（別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。）に限り、注２の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（略）の100分の75に相当する点数を算定する。

改定後

【療養病棟入院料】
［算定要件］
（削除）

療養病棟における適切なリハビリテーションの推進

➢ 適切なリハビリテーションを推進する観点から、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。

現行

【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料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料であって一日につき二単位を超えるもの（略）の費用（療養病棟入院基本料の注11に規定する場合であって、当該入院基本料を算定する患者に対して、一月に一回以上、機能的自立度評価法（Functional Independence Measure）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。

改定後

【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料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料であって一日につき二単位を超えるもの（略）の費用（**療養病棟入院料１の入院料27および療養病入院料２の入院料27を算定する日に限る。**）は、当該入院基本料に含まれるものとする。

障害者施設等入院基本料等の患者割合に係る要件の見直し

障害者施設等入院基本料等の患者割合に係る要件の見直し

- 障害者施設等入院基本料２～４等の要件における、重度の肢体不自由児（者）等の患者割合について、現行において「おおむね」として患者割合を示している取扱いを廃止する。
- なお、該当患者の割合については、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あっては、施設基準に係る変更の届出を行う必要はないこととする。

現行

【障害者施設等入院基本料】
［施設基準］
七　障害者施設等入院基本料の施設基準等
(1) 通則
障害者施設等一般病棟は、次のいずれにも該当する病棟であること。
イ　次のいずれかに該当する病棟であること。
①　（略）
②　次のいずれにも該当する一般病棟であること。
1　重度の肢体不自由児（者）（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。第八の九の(1)において同じ。）、脊髄損傷等の重度障害者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。第八の九の(1)並びに第九の八の(1)のイ及び十二の(1)のイにおいて同じ。）、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等を**おおむね**七割以上入院させている病棟であること。
2　（略）

改定後

【障害者施設等入院基本料】
［施設基準］
七　障害者施設等入院基本料の施設基準等
(1) 通則
障害者施設等一般病棟は、次のいずれにも該当する病棟であること。
イ　次のいずれかに該当する病棟であること。
①　（略）
②　次のいずれにも該当する一般病棟であること。
1　重度の肢体不自由児（者）（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。第八の九の(1)において同じ。）、脊髄損傷等の重度障害者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。第八の九の(1)並びに第九の八の(1)のイ及び十二の(1)のイにおいて同じ。）、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等を七割以上入院させている病棟であること。
2　（略）

※　特殊疾患入院施設管理加算、特殊疾患入院医療管理料及び特殊疾患病棟入院料についても同様。

障害者施設等入院基本料等の見直し

障害者施設等入院基本料等の見直し

- 患者の状態に応じた適切な管理を更に推進する観点から、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料及び特殊疾患病棟入院料において、透析を実施する慢性腎臓病患者について、療養病棟入院基本料に準じた評価とする。

現行

【障害者施設等入院基本料】
［算定要件］
（新設）

【特殊疾患入院医療管理料】
［算定要件］
（新設）

【特殊疾患病棟入院料】
［算定要件］
（新設）

改定後

【障害者施設等入院基本料】
［算定要件］
注14　当該病棟に入院している患者のうち、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ０３８－２に掲げる持続緩徐式血液濾過、区分番号Ｊ０３９に掲げる血漿交換療法又は区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流を行っている慢性腎臓病の患者（注６及び注12に規定する点数を算定する患者を除く。）であって、基本診療料の施設基準等第５の３(1)のロに規定する医療区分２の患者に相当するものについては、注１及び注３の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。

イ	７対１又は10対１入院基本料	1,581点
ロ	13対１入院基本料	1,420点
ハ	15対１入院基本料	1,315点

【特殊疾患入院医療管理料】
［算定要件］
注７　※障害者施設等入院基本料の注14と同様　2,011点

【特殊疾患病棟入院料】
［算定要件］
注７　※障害者施設等入院基本料の注14と同様

イ	特殊疾患病棟入院料１	2,010点
ロ	特殊疾患病棟入院料２	1,615点

在宅医療におけるICTを用いた連携の推進②

在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料の新設

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

（新）　在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料　200点

［算定要件］

- 過去30日以内に在宅医療情報連携加算を算定している末期の悪性腫瘍の患者に対し、**医療関係職種等が、当該患者の人生の最終段階における医療・ケアに関する情報について、当該患者の計画的な医学管理を行う医師が常に確認できるように記録している場合**であって、当該患者の病状の急変時等に、当該医師が当該患者の**人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を活用して患家において、当該患者及びその家族等に療養上必要な指導を行った場合**に、月1回に限り算定する。
- 在宅で療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者に対して診療等を行う医師は、療養上の必要な指導を行うにあたり、活用された当該患者の人生の最終段階における医療・ケアに関する情報について、**当該情報を記録した者の氏名、記録された日、取得した情報の要点及び患者に行った指導の要点**を診療録に記載すること。

緩和ケア病棟緊急入院初期加算の要件緩和

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

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

（６）医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等について

地域医療体制確保加算の見直し

地域医療確保加算の要件の見直し

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

改定後

【地域医療体制確保加算】
［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**

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

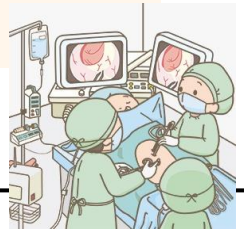
【休日加算１・時間外加算１・深夜加算１】
［施設基準］

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。

医師事務作業補助体制加算の見直し

医師事務作業補助体制加算の要件の見直し

➢ 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。

改定後

【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。**

医師事務作業補助体制加算の評価の見直し

➢ 医師事務作業補助体制加算の評価を見直す。

現行

配置	加算１	加算２
15対１	１,０５０点	９７５点
20対１	８３５点	７７０点
25対１	７０５点	６４５点
30対１	６１０点	５６０点
40対１	５１０点	４７５点
50対１	４３０点	３９５点
75対１	３５０点	３１５点
100対１	３００点	２６０点

改定後

配置	加算１	加算２
15対１	１,０７０点	９９５点
20対１	８５５点	７９０点
25対１	７２５点	６６５点
30対１	６３０点	５８０点
40対１	５３０点	４９５点
50対１	４５０点	４１５点
75対１	３７０点	３３５点
100対１	３２０点	２８０点

看護補助者に係る評価の充実①

直接患者に対するケアを担う看護補助者の配置の評価

➢ 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、療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、地域包括医療病棟及び地域包括ケア病棟入院料について、主として直接患者に対し療養生活上の世話を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。

現行

【療養病棟入院料】
注12　イ　夜間看護加算　50点
　　ロ　看護補助体制充実加算　55点

改定後

【療養病棟入院基本料】
注12　夜間看護加算　50点
注13　イ　看護補助体制充実加算１　**80点**
　　ロ　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。

看護補助者に係る評価の充実②

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	改定後
【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	【急性期看護補助体制加算】 注４　**イ　看護補助体制充実加算１　20点** ロ　看護補助体制充実加算２　５点
【看護補助加算】 注４　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１　20点** ロ　看護補助体制充実加算２　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。

夜間看護体制加算の評価の見直し

➢ 看護補助者の配置に係る評価における夜間看護体制加算の評価を見直す。

※急性期看護補助体制の注３「夜間看護体制加算」、看護補助加算の注３「夜間看護体制加算」、障害者施設等入院基本料の注10「夜間看護体制加算」が該当

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。

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。**

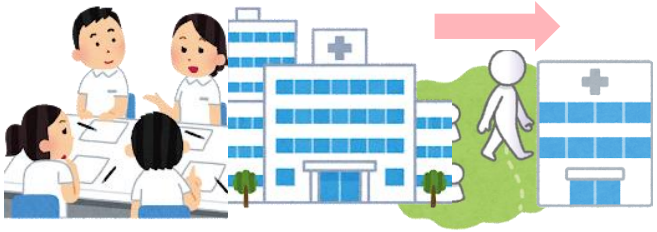
カ **(7)に規定するガイドライン等を参考にして、ポリファーマシー対策に関する手順書を作成し、保険医療機関内に周知し活用すること。**

※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）

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）

［算定要件］

病棟薬剤業務の質の向上を図るための薬剤師の研修体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、病棟薬剤業務実施加算１を算定しているものについて、薬剤業務向上加算として、週１回に限り所定点数に加算する。

［主な施設基準］

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

感染対策向上加算等における専従要件の明確化（一部再掲）

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）

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**。

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

　（中略）

※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も同様。

（7）外来医療に係る評価等について

生活習慣病に係る疾病管理のイメージ

○　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のイメージは以下のとおり。

治療に係る情報についての
療養計画書を用いた説明

医療DXを活用した情報共有の推進

歯科医師、薬剤師、看護師、
管理栄養士等による**多職種連携**

**診療ガイドライン等を参考とした
質の高い疾病管理**

糖尿病患者に対する歯科受診の推奨

リフィル処方及び長期処方の活用

生活習慣病に係る医学管理料の見直し①

○　生活習慣病に対する質の高い疾病管理を推進する観点から、生活習慣病管理料について要件及び評価を見直す。

- **療養計画書を簡素化**するとともに、**電子カルテ情報共有サービスを活用する場合、血液検査項目についての記載を不要とする**。
- **診療ガイドライン等を参考として疾病管理を行うことを要件とする**。
- **少なくとも１月に１回以上の総合的な治療管理を行う要件を廃止**する。
- 歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等の**多職種と連携することを望ましい要件とする。**
- **糖尿病患者に対して歯科受診を推奨することを要件とする**。

現行		改定後	
【生活習慣病管理料】		**【生活習慣病管理料（Ⅰ）】**	
１脂質異常症を主病とする場合	570点	１脂質異常症を主病とする場合	**610点**
２高血圧症を主病とする場合	620点	２高血圧症を主病とする場合	**660点**
３糖尿病を主病とする場合	720点	３糖尿病を主病とする場合	**760点**

改定後

【生活習慣病管理料（Ⅰ）の算定要件】（概要）

- 生活習慣病管理料は、栄養、運動、休養、喫煙、飲酒及び服薬等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、患者に対して療養計画書により丁寧に説明を行い、患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受けた場合に算定できるものである。**血液検査結果を療養計画書とは別に手交している場合又は患者の求めに応じて、電子カルテ情報共有サービスを活用して共有している場合であって、その旨を診療録に記載している場合は、療養計画書の血液検査項目についての記載を不要とする。**
- 当該治療計画に基づく総合的な治療管理は、**歯科医師**、薬剤師、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施**することが望ましい**。
- **「Ａ００１」の注８に掲げる医学管理**、第２章第１部医学管理等（「Ｂ００１」の（略）及び**同「37」腎臓病透析予防指導管理料**を除く。）、第３部検査、第６部注射及び第13部病理診断の費用は全て所定点数に含まれる。
- **患者の求めに応じて、電子カルテ情報共有サービスにおける患者サマリーに、療養計画書での記載事項を入力し、診療録にその記録及び患者の同意を得た旨を残している場合は、療養計画書の作成及び交付をしているものとみなすものとする。ただし、この場合においても、生活習慣病管理料を算定するにあたっては、服薬、運動、休養、栄養、喫煙及び飲酒等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、丁寧に説明を行い、患者の同意を得ることとする。**
- 学会等の診療ガイドライン等や診療データベース等の診療支援情報を参考にする。
- **患者の状態に応じ、28日以上の長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示するとともに、患者から求められた場合に適切に対応すること。**
- 糖尿病の患者については、患者の状態に応じて、年１回程度眼科の医師の診察を受けるよう指導を行うこと。**また、糖尿病の患者について、歯周病の診断と治療のため、歯科受診の推奨を行うこと。**
- **生活習慣病管理料(Ⅰ)を算定した日の属する月から起算して６月以内の期間においては、生活習慣病管理料(Ⅱ)は、算定できない。**

生活習慣病に係る医学管理料の見直し②

生活習慣病管理料（Ⅱ）の創設

➢ 検査等を包括しない生活習慣病管理料（Ⅱ）を新設する。

（新）　生活習慣病管理料（Ⅱ）　　333点（月１回に限る。）

［算定要件］

（１）別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月１回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合にあっては、区分番号Ｃ１０１に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。

（２）生活習慣病管理を受けている患者に対して行った区分番号Ａ００１の注８に掲げる医学管理及び第２章第１部医学管理等（区分番号Ｂ００１の９に掲げる外来栄養食事指導料、区分番号Ｂ００１の11に掲げる集団栄養食事指導料、区分番号Ｂ００１の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号Ｂ００１の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号Ｂ００１の24に掲げる外来緩和ケア管理料、区分番号Ｂ００１の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料、区分番号Ｂ００１の37に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料、区分番号Ｂ００１－３－２に掲げるニコチン依存症管理料、区分番号Ｂ００１－９に掲げる療養・就労両立支援指導料、Ｂ００５の14に掲げるプログラム医療機器等指導管理料、区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）、区分番号Ｂ００９－２に掲げる電子的診療情報評価料、区分番号Ｂ０１０に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）、区分番号Ｂ０１０－２に掲げる診療情報連携強有料、区分番号Ｂ０１１に掲げる連携強化診療情報提供料及び区分番号Ｂ０１１－３に掲げる薬剤情報提供料を除く。）の費用は、生活習慣病管理料(Ⅱ)に含まれるものとする。

（４）別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、生活習慣病管理料(Ⅱ)を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、290点を算定する。

［施設基準］

（１）生活習慣病管理に関する総合的な治療管理ができる体制を有していること。なお、治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましい。

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

（３）生活習慣病管理料(Ⅱ)を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行う場合に係る厚生労働大臣が定める施設基準
情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

生活習慣病に係る医学管理料の見直し③

特定疾患療養管理料の対象疾患の見直し

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

現行

【特定疾患療養管理料】
［施設基準］
別表第一　特定疾患療養管理料並びに処方料並びに処方箋料の特定疾患処方管理加算１及び特定疾患処方管理加算２に規定する疾患
結核
悪性新生物
甲状腺障害
処置後甲状腺機能低下症
糖尿病
スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害
ムコ脂質症
リポ蛋白代謝障害及びその他の脂（質）血症

リポジストロフィー
ローノア・ベンソード腺脂肪腫症
高血圧性疾患
虚血性心疾患
（中略）
性染色体異常
（新設）
（新設）

改定後

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

地域包括診療料等の見直し

地域包括診療料等の見直し

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

改定後

【地域包括診療料】　※地域包括診療加算についても同様

［算定要件］

- **患者又はその家族からの求めに応じ、疾患名、治療計画等についての文書を交付し、適切な説明を行うことが望ましい。その際、文書の交付については電子カルテ情報共有システムにおける患者サマリーに入力し、診療録にその記録及び患者の同意を得た旨を残している場合は、文書を交付しているものとみなすものとする。**
- **当該保険医療機関に通院する患者について、介護支援専門員及び相談支援専門員からの相談に適切に対応するとともに、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示すること。**
- **患者の状態に応じ、28日以上の長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示するとともに、患者から求められた場合に適切に対応すること。**

［施設基準］　※地域包括診療加算についても同様

- 当該保険医療機関に、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師（以下この区分において「担当医」という。）を配置していること。**また、担当医は認知症に係る適切な研修を修了していることが望ましい。**
- **次に掲げる事項を院内掲示していること。　ア　健康相談及び予防接種に係る相談を実施していること。**
  イ　当該保険医療機関に通院する患者について、介護支援専門員及び相談支援専門員からの相談に適切に対応することが可能であること。
  ウ　患者の状態に応じ、28日以上の長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であること。
- 介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示し、かつ、要介護認定に係る主治医意見書を作成しているとともに、以下のいずれか一つを満たしていること。
  ア～ケ (略)　**コ　担当医が、「認知症初期集中支援チーム」等、市区町村が実施する認知症施策に協力している実績があること。**
- **以下のア～ウのいずれかを満たすこと。**
  ア　担当医が、サービス担当者会議に参加した実績があること。　イ　担当医が、地域ケア会議に出席した実績があること。　ウ　当該保険医療機関において、介護支援専門員と対面あるいはICT等を用いた相談の機会を設けていること。なお、対面で相談できる体制を構築していることが望ましい。
- **当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。**

現行	
地域包括診療加算１	25点
地域包括診療加算２	18点
認知症地域包括診療加算１	35点
認知症地域包括診療加算２	28点

⇨

改定後	
地域包括診療加算１	**28点**
地域包括診療加算２	**21点**
認知症地域包括診療加算１	**38点**
認知症地域包括診療加算２	**31点**

時間外対応加算の見直し

時間外対応加算の見直し

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

改定後

時間外対応加算１　５点

時間外対応加算２　４点
[施設規準]（抜粋）
診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、診療所の非常勤の医師、看護職員又は事務職員等が、常時、電話等により対応できる体制がとられていること。また、必要に応じて診療録を閲覧することができる体制及びやむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかった場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。

時間外対応加算**３**　３点
時間外対応加算**４**　１点

時間外対応加算の見直しを踏まえた小児科かかりつけ診療料の見直し

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

現行

【小児かかりつけ診療料１】
［施設基準］（抜粋）
- 区分番号「Ａ００１」の注 10 に規定する時間外対応加算１又は**時間外対応加算２**に係る届出を行っていること。

【小児かかりつけ診療料２】
［施設基準］（抜粋）
- 次のいずれかの基準を満たしていること。
  ア 区分番号「Ａ００１」の注 10 に規定する**時間外対応加算３**に係る届出を行っていること。
  イ　（略）

改定後

【小児かかりつけ診療料１】
［施設基準］（抜粋）
- 区分番号「Ａ００１」の注 10 に規定する時間外対応加算１又は**時間外対応加算３**に係る届出を行っていること。

【小児かかりつけ診療料２】
［施設基準］（抜粋）
- 次のいずれかの基準を満たしていること。
  ア 区分番号「Ａ００１」の注 10 に規定する**時間外対応加算２又は時間外対応加算４**に係る届出を行っていること。
  イ　（略）

ポストコロナにおける感染症対策の評価④

発熱外来に対する評価の新設

➢ 外来感染対策向上加算の施設基準に、感染対策を講じた上で発熱患者等を受け入れること等を追加する。

現行	改定後
【外来感染対策向上加算】 ［施設基準（抜粋）］ （新設）	【外来感染対策向上加算】 ［施設基準（抜粋）］ • 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。 • 回復した患者の罹患後症状が持続している場合に、必要に応じて精密検査が可能な体制または専門医への紹介が可能な連携体制があることが望ましい。

➢ 受診歴の有無に関わらず発熱患者等を受け入れる体制を有した上で、実際に発熱患者等に対応した場合の加算を新設する。

（新）　発熱患者等対応加算　20点

［算定要件］

外来感染対策向上加算を算定する場合において、発熱その他感染症を疑わせる症状を呈する患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で診療を行った場合は、月１回に限り更に所定点数に加算する。

抗菌薬の使用実績に基づく評価の新設

➢ 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、外来感染対策向上加算及び感染対策向上加算に抗菌薬適正使用加算を新設する。

（新）　抗菌薬適正使用体制加算　５点

［施設基準］

（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か月において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%以上又はサーベイランスに参加する医療機関全体の上位30%以内であること。

へき地診療所等が実施するD to P with Nの推進

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る場合のオンライン診療（D to P with N）が有効であることを踏まえ、へき地診療所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、看護師等といる患者に対して情報通信機器を用いた診療を行った場合に、所定点数に加算する。

［施設基準］

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な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。

へき地診療所又はへき地医療拠点病院の医師

情報通信機器を用いた診療

患者が看護師等といる場合

情報通信機器を用いた診療の施設基準の見直し

情報通信機器を用いた診療の施設基準の見直し

➢ 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」及び情報通信機器を用いた診療の実態を踏まえ、情報通信機器を用いた診療の施設基準に、情報通信機器を用いた診療の初診の場合には、向精神薬を処方しないことをウェブサイト等に掲示していることを追加する。

現行

【情報通信機器を用いた診療】
［施設基準］
第１　情報通信機器を用いた診療
　１　情報通信機器を用いた診療に係る施設基準
　　(1) 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されているものとして、以下のア～ウを満たすこと。
　　ア～ウ　（略）
　　（新設）

改定後

【情報通信機器を用いた診療】
［施設基準］
第１　情報通信機器を用いた診療
　１　情報通信機器を用いた診療に係る施設基準
　　(1) 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されているものとして、以下のア～ウを満たすこと。
　　ア～ウ　（略）
　　エ　情報通信機器を用いた診療の初診の場合には向精神薬を処方しないことを当該保険医療機関のウェブサイト等に掲示していること。

（参考）オンライン診療の適切な実施に関する指針（平成30年３月（令和５年３月一部改訂））

(5)薬剤 処方・管理

②最低限遵守する事項

ⅰ　現にオンライン診療を行っている疾患の延長とされる症状に対応するために必要な医薬品については 、 医師の判断により、オンライン診療による処方を可能とする。患者の心身の状態の十分な評価を行うため、初診からのオンライン診療の場合及び新たな疾患に対して医薬品の処方を行う場合は 、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを参考に行うこと。

ただし 、 初診の場合には以下の処方は行わないこと。

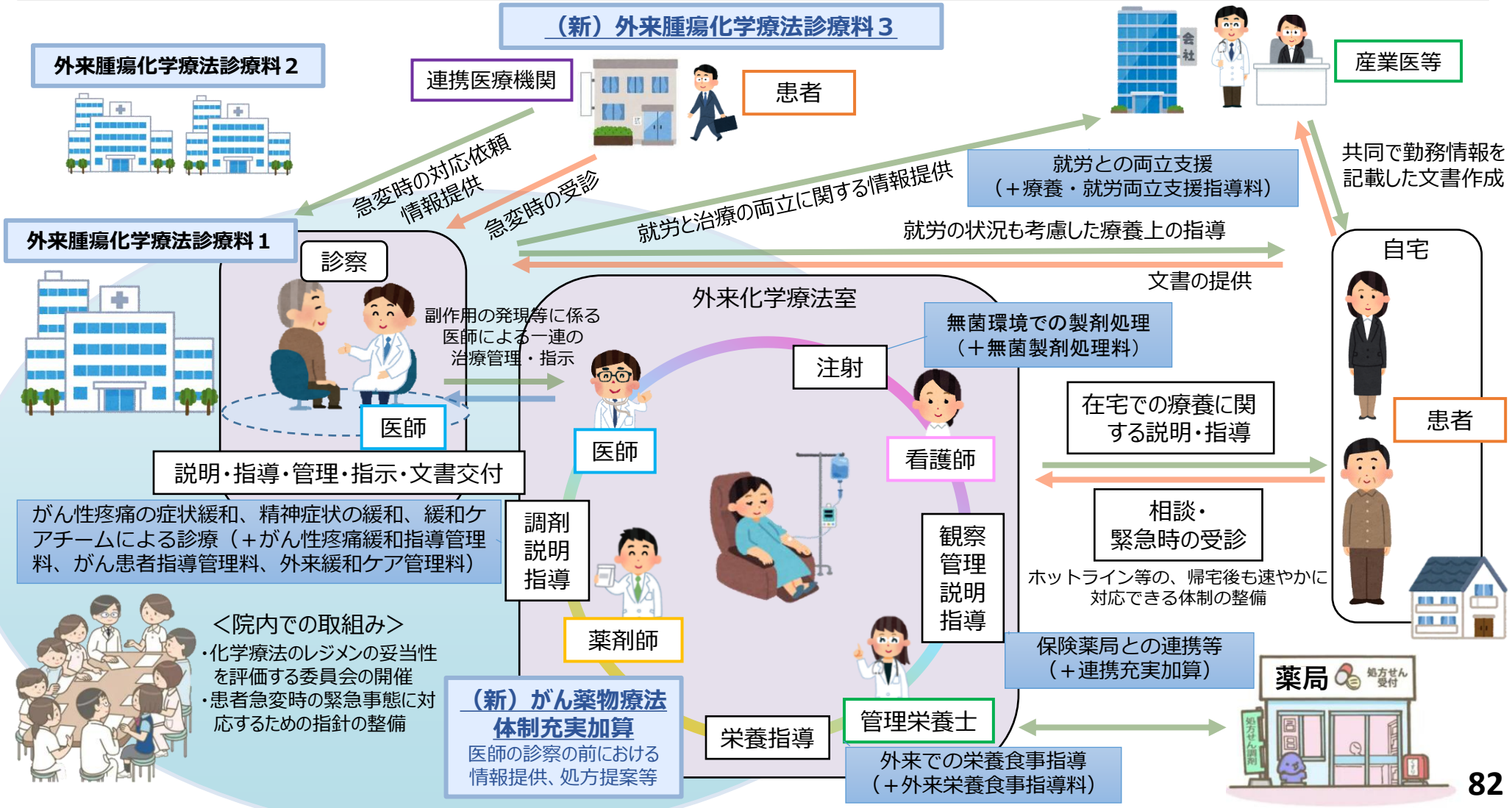
- 麻薬及び向精神薬の処方
- 基礎疾患等の情報が把握できていない患者に対する、特に安全管理が必要な薬品（診療報酬における薬剤管理指導料の「１」の対象となる薬剤）の処方
- 基礎疾患等の情報が把握できていない患者に対する８日分以上の処方

また、重篤な副作用が発現するおそれのある医薬品の処方は特に慎重に行うとともに、処方後の患者の服薬状況の把握に努めるなど、そのリスク管理に最大限努めなければならない。

ⅱ　医師は、患者に対し、現在服薬している医薬品を確認しなければならない。この場合、患者は医師に対し正確な申告を行うべきである。

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。



外来腫瘍化学療法診療料の見直し①

外来腫瘍化学療法診療料の見直し

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

現行

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

（新設）

改定後

【外来腫瘍化学療法】
1　外来腫瘍化学療法診療料１
　イ　抗悪性腫瘍剤を投与した場合
　　(1)　初回から３回目まで　800点
　　(2)　４回目以降　450点
　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
　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　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

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

外来腫瘍化学療法診療料の見直し②（外来腫瘍化学療法診療料３（その１））

外来腫瘍化学療法診療料３の新設

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

（新）　外来腫瘍化学療法診療料３

イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合

(1) 初回から３回目まで　540点

(2) ４回目以降　280点

ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合　180点

【算定要件】

(１)　外来腫瘍化学療法診療料は、入院中の患者以外の悪性腫瘍を主病とする患者に対して、患者の同意を得た上で、化学療法の経験を有する医師、化学療法に従事した経験を有する専任の看護師及び化学療法に係る調剤の経験を有する専任の薬剤師が必要に応じてその他の職種と共同して、注射による外来化学療法の実施その他の必要な治療管理を行った場合に算定する。

(２)　「１」の「イ」の(１)、「２」の「イ」の(１)又は「３」の「イ」の(１)に規定する点数は、月の初日から起算して、抗悪性腫瘍剤を１回目に投与した日から３回目に投与した日に算定し、「１」の「イ」の(２)、「２」の「イ」(２)又「３」の「イ」の(２)に規定する点数は、月の初日から起算して、抗悪性腫瘍剤を４回目以降に投与した日に算定する。

(３)　「１」の「ロ」、「２」の「ロ」及び「３」の「ロ」に規定する点数は、注射による外来化学療法の実施その他必要な治療管理を実施中の期間に、当該外来化学療法を実施している保険医療機関において、当該外来化学療法又は治療に伴う副作用等で来院した患者に対し、診察（視診、聴診、打診及び触診等の身体診察を含む）の上、必要に応じて速やかに検査、投薬等を行う体制を評価したものである。

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

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

(４)～(７)　（略）

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

(９)、(10)　（略）

外来腫瘍化学療法診療料の見直し②（外来腫瘍化学療法診療料３（その２））

外来腫瘍化学療法診療料３の新設

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

（新）　外来腫瘍化学療法診療料３

イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合

(1) 初回から３回目まで　540点

(2) ４回目以降　280点

ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合　180点

【施設基準】

(1)　外来腫瘍化学療法診療料１の施設基準のうち、(1)、(6)、(11)及び(12)を満たしていること。

(2)　外来腫瘍化学療法診療料２の施設基準のうち、(2)及び(3)を満たしていること。

(3)　**当該保険医療機関において化学療法を実施する患者に対して、外来腫瘍化学療法診療料１の届出を行っている他の保険医療機関との連携により、緊急時に有害事象等の診療ができる連携体制を確保していること。また、当該他の連携する医療機関の名称等については、あらかじめ地方厚生(支)局長に届出を行い、かつ、その情報を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。**

(4)　(3)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。ただし、ホームページ等を有しない保険医療機関については、この限りではない。

(5)　**標榜時間外において、当該保険医療機関で外来化学療法を実施している患者に関する電話等の問合せに応じる体制を整備すること。また、やむを得ない事由により電話等による問い合わせに応じることができなかった場合であっても、速やかにコールバックすることができる体制がとられていること。**

(6)　令和７年５月31日までの間に限り、(４)の基準を満たしているものとする。

＜外来腫瘍化学療法診療料１の施設基準（抜粋）＞

(1) 外来化学療法を実施するための専用のベッド（点滴注射による化学療法を実施するに適したリクライニングシート等を含む。）を有する治療室を保有していること。なお、外来化学療法を実施している間は、当該治療室を外来化学療法その他の点滴注射（輸血を含む。）以外の目的で使用することは認められないものであること。

(6) 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制が確保されていること又は他の保険医療機関との連携により緊急時に当該患者が入院できる体制が整備されていること。

(11) 患者と患者を雇用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書の提出があった場合に、就労と療養の両立に必要な情報を提供すること並びに診療情報を提供した後の勤務環境の変化を踏まえ療養上必要な指導を行うことが可能である旨をウェブサイトに掲載していることが望ましい。

(12) 患者の急変時の緊急事態等に対応するための指針が整備されていることが望ましい。

＜外来腫瘍化学療法診療料２の施設基準（抜粋）＞

(2) 化学療法の経験を有する専任の看護師が化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務していること。

(3) 当該化学療法につき専任の常勤薬剤師が勤務していること。

外来腫瘍化学療法診療料の見直し③（外来腫瘍化学療法診療料１）

外来腫瘍化学療法診療料１の施設基準の見直し

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

現行

【外来腫瘍化学療法診療料１】
［施設基準］
（1）～（7）（略）
（新設）

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

改定後

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

外来腫瘍化学療法診療料の見直し④　（がん薬物療法体制充実加算）

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。

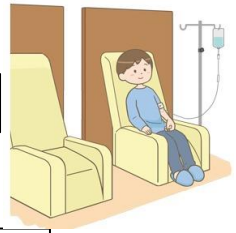
（新）　がん薬物療法体制充実加算　　100点（月１回に限り）

［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

来院・採血
↓ 診察前の時間を活用
薬剤師の面談
・**患者情報の収集・評価及び医師との情報共有**
（服薬状況、副作用の有無等）
-患者から聴取した情報
-薬局から提供された情報
-自宅での体調変化等を記録した文書（患者日誌等）による情報
・**診察前の処方提案**
（投与量の変更、支持療法に係る薬剤等）
↓
医師の診察
↓
外来化学療法室で抗悪性腫瘍剤投与



慢性腎臓病の透析予防指導管理の評価の新設

慢性腎臓病の透析予防指導管理の算定要件及び施設基準

➢ **慢性腎臓病の患者に対して、透析予防診療チームを設置し、日本腎臓学会の「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン」等に基づき、患者の病期分類、食塩制限及び蛋白制限等の食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を必要に応じて個別に実施した場合の評価を新設**する。

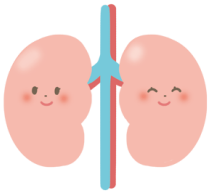
（新）　慢性腎臓病透析予防指導管理料

１	**初回の指導管理を行った日から起算して１年以内の期間に行った場合**	**300点**
２	**初回の指導管理を行った日から起算して１年を超えた期間に行った場合**	**250点**

※　情報通信機器を用いて行った場合は、それぞれ261点、218点

［算定要件］（抜粋）

慢性腎臓病の患者（糖尿病患者又は現に透析療法を行っている患者を除く。）であって、医師が透析予防に関する指導の必要性があると認めた入院中の患者以外の患者に対して、**医師、看護師又は保健師及び管理栄養士等が共同して必要な指導を行った場合に、月１回**に限り算定する。



［施設基準］（抜粋）

（１）当該保険医療機関内に、以下から構成される**慢性腎臓病透析予防診療チーム**が設置されていること。
　ア 慢性腎臓病指導の経験を有する**専任の医師（５年以上の経験）**
　イ 慢性腎臓病指導の経験を有する**専任の看護師（３年以上の経験）又は保健師（２年以上の経験**）
　ウ 慢性腎臓病指導の経験を有する**専任の管理栄養士（３年以上の経験）**
（２）（１）のア、イ及びウに掲げる**慢性腎臓病透析予防診療チームに所属する者のいずれかは、慢性腎臓病の予防指導に係る適切な研修を修了した者であることが望ましい**こと。
（３）（１）のア及びイに規定する**医師、看護師又は保健師のうち、少なくとも１名以上は常勤**であること。
（４）（１）に規定する医師、看護師又は保健師及び管理栄養士のほか、**薬剤師、理学療法士が配置されていることが望ましい**こと。
（５）腎臓病教室を定期的に実施すること等により、腎臓病について患者及びその家族に対して説明が行われていること。
（６）慢性腎臓病透析予防指導管理料を算定する場合は、様式を用いて、患者の人数、状態の変化等について、報告を行うこと。

（８）医療資源の少ない地域における保険医療機関の実態について

医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬上の評価（概要）

○　医療資源の少ない地域については、医療従事者が少ないことや、医療機関が少ないため機能分化が困難であることに着目し、施設基準の緩和等、その特性に配慮した評価を行っている。
○　急性期から回復期における機能分化が困難である観点から一般病棟入院基本料や地域包括ケア病棟入院料について要件緩和や混合病棟を認める等の対応を行っている。

＜評価の概要＞

項目名	医療資源の少ない地域に配慮した主な要件緩和等	緩和の対象
Ａ１００　一般病棟入院基本料*	病棟ごとに違う区分の入院基本料の算定が可能	入院料の算定
Ａ１０８　有床診療所入院基本料	入院基本料１～３の施設基準の一つとして、医療資源の少ない地域（特定地域）に所在する有床診療所であること	（入院料の要件）
Ａ２０７　医師事務補助体制加算	20対１から100対１までについて、医療資源の少ない地域に所在する医療機関であれば、要件を満たす（※）ことこととする	施設基準の要件
Ａ２２６－２　緩和ケア診療加算*	医師・看護師・薬剤師の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師の専従要件等の緩和	人員配置
Ａ２３３－２　栄養サポートチーム加算*	看護師・薬剤師・管理栄養士の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師・管理栄養士の専従要件等の緩和	人員配置
Ａ２３６　褥瘡ハイリスク患者ケア加算*	看護師等の専従要件の緩和	人員配置
Ａ２４６　入退院支援加算*	看護師・社会福祉士の要件の緩和	人員配置
Ａ３０８－３　地域包括ケア病棟入院料	看護職員配置が15対１以上※1看護職員の最小必要数の４割以上※2が看護師、理学療法士等の専従要件の緩和 ※１　特定地域以外では13対１以上　　※２　特定地域以外では７割以上 許可病床数200床未満に限るとされている基準について、280床未満とする （地域包括ケア病棟入院医療管理料１、２、３及び４、地域包括ケア病棟入院料１及び３）	人員配置 病床数
Ａ３１７　特定一般病棟入院料	一般病棟が１病棟のみ（DPC対象病院を除く） 看護職員配置が13対１以上又は15対１以上 看護要員１人当たりの月平均夜勤72時間要件なし	人員配置 夜勤の要件
Ａ２４８　精神疾患診療体制加算	許可病床数80床以上（特定地域以外は許可病床数100床以上）	病床数
Ａ２４９　精神科急性期医師配置加算	許可病床数80床以上（特定地域以外は許可病床数100床以上）	病床数
在宅療養支援病院	許可病床数280床未満（特定地域以外は許可病床数200床未満）	病床数
在宅療養後方支援病院	許可病床数160床以上（特定地域以外は許可病床数200床以上）	病床数
Ｂ００１　２４　外来緩和ケア管理料*	医師・看護師の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師の専従要件等の緩和	人員配置
Ｂ００１　２７　糖尿病透析予防指導管理料*	医師・看護師又は保健師・管理栄養士の専任要件・常勤要件の緩和	人員配置
24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）	複数の訪問看護ステーションが連携して体制を確保した場合の対象地域を、医療資源の少ない地域にも拡大	施設基準の要件

*医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び急性期一般入院料１を算定している病院を除く）の一般病棟が対象。
（※）遠隔画像診断、処置の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１、手術の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１、保険医療機関間の連携による病理診断（受診側）、保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製（受信側）、保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診（受信側）についても同様。

医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し及び対象地域の見直し①

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。

別表第九　回復期リハビリテーションを要する状態及び算定上限日数
一　脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症 、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態又は義肢装着訓練を要する状態（算定開始日から起算して百五十日以内。ただし、高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合は、算定開始日から起算して百八十日以内）

医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し及び対象地域の見直し②

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

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	改定後
【対象地域】	【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	• **（削除）**
• 秋田県北秋田市及び上小阿仁村の地域	• **（削除）**
• 秋田県大仙市、仙北市及び美郷町の地域	• 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
• 秋田県湯沢市、羽後町及び東成瀬村の地域	
• （新設）	• **石川県輪島市、珠洲市、穴水町及び能登町の地域**
• 島根県大田市及び邑智郡の地域	• **（削除）**

［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。

医療資源の少ない地域（令和６年度診療報酬改定）

都道府県	二次医療圏	市町村
北海道	南檜山	江差町、上ノ国町、厚沢部町、乙部町及び奥尻町
	日高	日高町、平取町、新冠町、浦河町、様似町、えりも町及び新ひだか町
	宗谷	稚内市、猿払村、浜頓別町、中頓別町、枝幸町、豊富町、礼文町、利尻町、利尻富士町及び幌延町
	根室	根室市、別海町、中標津町、標津町及び羅臼町
青森県	西北五地域	五所川原市、つがる市、鰺ヶ沢町、深浦町、鶴田町及び中泊町
	下北地域	むつ市、大間町、東通村、風間浦村及び佐井村
岩手県	岩手中部	花巻市、北上市、遠野市及び西和賀町
	気仙	大船渡市、陸前高田市及び住田町
	宮古	宮古市、山田町、岩泉町及び田野畑村
	久慈	久慈市、普代村、野田村及び洋野町
秋田県	県南	大仙市、仙北市、美郷町、**横手市**、湯沢市、羽後町、東成瀬村
山形県	最上	新庄市、金山町、最上町、舟形町、真室川町、大蔵村、鮭川村及び戸沢村
東京都	島しょ	大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村及び小笠原村
新潟県	魚沼	十日町市、魚沼市、南魚沼市、湯沢町及び津南町
	佐渡	佐渡市
石川県	**能登北部**	**輪島市、珠洲市、穴水町、能登町**
福井県	奥越	大野市、勝山市
山梨県	峡南	市川三郷町、早川町、身延町、南部町及び富士川町
長野県	木曽	木曽郡
	大北	大町市及び北安曇野郡
岐阜県	飛騨	高山市、飛騨市、下呂市及び白川村
愛知県	東三河北部	新城市、設楽町、東栄町及び豊根村
滋賀県	湖北	長浜市及び米原市
	湖西	高島市
兵庫県	但馬	豊岡市、養父市、朝来市、香美町及び新温泉町
奈良県	南和	五條市、吉野町、大淀町、下市町、黒滝村、天川村、野迫川村、十津川村、下北山村、上北山村、川上村、東吉野村
島根県	雲南	雲南市、奥出雲町及び飯南町
	隠岐	海士町、西ノ島町、知夫村、隠岐の島町
香川県	小豆	小豆郡
長崎県	五島	五島市
	上五島	小値賀町、新上五島町
	壱岐	壱岐市
	対馬	対馬市
鹿児島県	熊毛	西之表市、熊毛郡
	奄美	奄美市、大島郡
沖縄県	宮古	宮古島市、多良間村
	八重山	石垣市、竹富町、与那国町

上記のほか、離島振興法第二条第一項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法第一条に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法第四条第一項に規定する小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法第三条第三号に規定する離島の地域に該当する地域

超急性期脳卒中加算の見直し（再掲）

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

【超急性期脳卒中加算】
［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

【超急性期脳卒中加算】
［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。