中医協　総－２
８．１．２３

個別改定項目について

Ⅰ　現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進

Ⅰ－１　医療機関等が直面する人件費や、医療材料費、食材料費、光熱水費及び委託費等といった物件費の高騰を踏まえた対応 2

①　物件費の高騰を踏まえた対応 2

②　入院時の食費及び光熱水費の基準の見直し 13

③　入院時の食事療養に係る見直し 15

Ⅰ－２　賃上げや業務効率化・負担軽減等の業務改善による医療従事者の人材確保に向けた取組

Ⅰ－２－１　医療従事者の処遇改善 17

①　賃上げに向けた評価の見直し 17

②　夜勤を含む負担の軽減及び処遇改善に資する計画の明確化 33

Ⅰ－２－２　業務の効率化に資するICT、AI、IoT等の利活用の推進 35

①　ICT等の活用による看護業務効率化の推進 35

②　医師事務作業補助体制加算の見直し 41

③　医療機関等における事務等の簡素化・効率化 47

④　様式９の見直し 52

Ⅰ－２－３　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 54

①　多職種が専門性を発揮して 病棟において協働する体制に係る評価の新設 54

Ⅰ－２－４　医師の働き方改革の推進／診療科偏在対策 56

①　医師の働き方改革及び診療科偏在対策の推進 56

②　処置及び手術の休日・時間外・深夜加算１の見直し 65

Ⅰ－２－５　診療報酬上求める基準の柔軟化 68

①　やむを得ない事情における施設基準等に関する取扱いの見直し 68

②　感染対策向上加算等における専従要件の見直し 71

③　常勤職員の常勤要件に係る勤務時間数の見直し 77

④　質の高い摂食嚥下機能回復に係る取組の推進 81

⑤　疾患別リハビリテーション料や特定入院料において配置された療法士による専門性を生かした指導等の更なる推進 84

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

Ⅱ－１　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

Ⅱ－１－１　患者のニーズ、病院の機能・特性、地域医療構想を踏まえた、医療提供体制の整備 95

①　急性期病院一般入院基本料等の新設 95

②　重症度、医療・看護必要度の見直し 111

③　急性期総合体制加算の新設 119

④　特定機能病院入院基本料の見直し 128

⑤　特定集中治療室管理料の見直し 133

⑥　ハイケアユニット入院医療管理料の見直し 145

⑦　救命救急入院料の見直し 150

⑧　脳卒中ケアユニット入院医療管理料の見直し 160

⑨　地域包括医療病棟の見直し 162

⑩　回復期リハビリテーション病棟入院料等の評価体系及び要件の見直し..... 166

⑪　療養病棟入院基本料の見直し 176

⑫　障害者施設等入院基本料等の見直し 183

⑬　障害者施設等入院基本料における看護補助者に係る加算の見直し 184

⑭　入院料に包括されない 除外薬剤・注射薬の範囲の見直し 186

⑮　DPC／PDPS の見直し 195

⑯　短期滞在手術等基本料の見直し 205

⑰　地域加算の見直し 219

⑱　看護補助者に係る加算の名称の見直し 220

Ⅱ－１－２　人口の少ない地域の実情を踏まえた評価 221

①　医療資源の少ない地域の対象地域の見直し 221

② 人口の少ない地域で医療を提供する機能を連携して確保する評価の新設.....225
③ 歯科巡回診療に係る適切な推進 233
Ⅱ－２ 「治し、支える医療」の実現
Ⅱ－２－１ 在宅療養患者や介護保険施設等入所者の後方支援(緊急入院等）を担う医療機関の評価 235
① 協力医療機関が協力対象施設と行う カンファレンス等に係る施設基準の見直し 235
② 包括期入院医療における充実した後方支援の評価 239
③ 地域包括ケア病棟における初期加算等の評価の見直し 241
Ⅱ－２－２ 円滑な入退院の実現 244
① 入退院支援加算等の見直し 244
② 介護支援等連携指導料の見直し 251
③ 回復期リハビリテーション病棟における高次脳機能障害者に対する退院支援の推進 253
④ 感染対策向上加算等における専従要件の見直し 256
Ⅱ－２－３ リハビリテーション・栄養管理・口腔管理等の高齢者の生活を支えるケアの推進 257
① リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取組の更なる推進.....257
② 質の高い摂食嚥下機能回復に係る取組の推進 266
③ 口腔状態に係る課題を抱えた患者についての歯科医療機関との連携の推進.....267
④ 入院患者の口腔管理における医科歯科連携の推進 269
Ⅱ－３ かかりつけ医機能、かかりつけ歯科医機能、かかりつけ薬剤師機能の評価.....271
① 機能強化加算の見直し 271
② 生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の見直し 274
③ 特定疾患療養管理料の見直し 279
④ 地域包括診療加算等の見直し 281
⑤ 時間外対応体制加算の充実 294

⑥　歯科疾患管理料、小児口腔機能管理料及び口腔機能管理料の要件並びに評価の見直し 295
⑦　継続的・効果的な歯周病治療の推進 298
⑧　かかりつけ薬剤師の推進 301
Ⅱ－４　外来医療の機能分化と連携
Ⅱ－４－１　大病院と地域のかかりつけ医機能を担う医療機関との連携による大病院の外来患者の逆紹介の推進 310
①　初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し 310
②　特定機能病院等からの紹介を受けて行う初診に対する評価の新設 315
③　連携強化診療情報提供料の見直し 316
Ⅱ－５　質の高い在宅医療・訪問看護の確保 324
①　適正な訪問看護の推進 324
②　指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準の見直し 327
③　保険医療機関及び保険医療養担当規則の見直し 331
Ⅱ－５－１　地域において重症患者の訪問診療や在宅看取り等を積極的に担う医療機関・薬局の評価 334
①　在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の見直し 334
②　往診時医療情報連携加算の見直し 338
③　退院直後の 訪問栄養食事指導に関する評価の新設 340
④　連携型機能強化型在宅療養支援診療所の見直し 342
⑤　在宅療養支援診療所・病院の見直し 348
⑥　在宅時医学総合管理料等及び在宅療養支援診療所等の見直し 349
⑦　在宅療養指導管理材料加算の算定要件の見直し 354
⑧　医師と薬剤師の同時訪問の推進 356
⑨　残薬対策に係る地域包括診療料等の見直し 358
⑩　へき地診療所における在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の見直し 362
⑪　質の高い在宅歯科医療の提供の推進 364
⑫　在宅薬学総合体制加算の見直し 375

⑬　在宅患者訪問薬剤管理指導料の見直し 381
Ⅱ－５－２　重症患者等の様々な背景を有する患者への訪問看護の評価 384
①　過疎地域等に配慮した評価の見直し 384
②　難治性皮膚疾患を持つ利用者への訪問看護に係る評価の見直し 386
③　訪問看護における ICT を用いた医療情報連携の推進 387
④　地域と連携して精神科訪問看護を提供する訪問看護ステーションの評価 389
⑤　乳幼児加算の評価の見直し 391
⑥　訪問看護管理療養費の見直し 392
⑦　同一建物に居住する利用者への訪問看護の評価の見直し 395
⑧　包括型訪問看護療養費の新設 405
Ⅱ－６　人口・医療資源の少ない地域への支援 409
①　医療資源の少ない地域の対象地域の見直し 409
②　人口の少ない地域で医療を提供する機能を連携して確保する評価の新設 410
③　へき地診療所における在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の見直し 411
④　歯科巡回診療に係る適切な推進 412
Ⅱ－７　医療従事者確保の制約が増す中で必要な医療機能を確保するための取組
Ⅱ－７－１　業務の効率化に資する ICT、AI、IoT 等の利活用の推進 413
Ⅱ－７－２　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 414
①　多職種が専門性を発揮して 病棟において協働する体制に係る評価の新設 414
Ⅱ－８　医師の地域偏在対策の推進 415
①　医療資源の少ない地域の対象地域の見直し 415
②　人口の少ない地域で医療を提供する機能を連携して確保する評価の新設 416

③　外来医師過多区域に関する対応 417

Ⅲ　安心・安全で質の高い医療の推進

Ⅲ－１　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 419

①　療養・就労両立支援指導料の見直し 419

②　健康診断等の受診後における初再診料等の算定方法の明確化 422

③　手術等の医療技術の適切な評価 425

④　高度急性期病院におけるロボット手術の評価の新設 429

⑤　全身麻酔の評価の見直し 431

⑥　遺伝性疾患に係る療養指導に対する評価の見直し 434

⑦　遺伝学的検査の見直し 438

⑧　迅速なフィブリノゲン測定に係る評価の新設 444

⑨　質の高い臨床検査の適切な評価 445

⑩　骨塩定量検査の算定要件の見直し 446

⑪　近視進行抑制薬の処方に係る検査の見直し 448

⑫　検体検査管理加算の見直し 449

⑬　カルタヘナ法に基づく医学管理の推進 451

⑭　慢性心不全の再入院予防の評価の新設 453

⑮　人工腎臓の評価の見直し 455

⑯　経皮的シャント拡張術・血栓除去術の適正化 459

⑰　医療機関間連携による腹膜透析管理の推進 461

Ⅲ－１－１　身体的拘束の最小化の推進 463

①　身体的拘束最小化の取組の更なる推進 463

②認知症ケア加算の見直し 471

Ⅲ－１－２　医療安全対策の推進 472

①　医療安全対策加算の見直し 472

Ⅲ－２　アウトカムにも着目した評価の推進 473

①　リハビリテーション実績指数の算出方法及び除外対象患者等の見直し 473

②　入院基本料等における各種基準の計算方法の明確化 480

Ⅲ－２－１　アウトカムにも着目した評価の推進 485
①　データ提出加算の届出を要件とする入院料の見直し 485
②　診療実績データの提出に係る評価の見直し 488
③　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料及び 終夜睡眠ポリグラフィーの見直し..... 492
Ⅲ－３　医療 DX や ICT 連携を活用する医療機関・薬局の体制の評価 494
①　医療 DX 推進体制整備加算等の見直し 494
Ⅲ－３－１　電子処方箋システムによる重複投薬等チェックの利活用の推進..... 505
①　オンライン診療の適正な推進に係る評価の見直し 505
②　オンライン診療における電子処方箋の活用の推進 507
Ⅲ－３－２　外来、在宅医療等、様々な場面におけるオンライン診療の推進..... 509
①　オンライン診療の適正な推進に係る評価の見直し 509
②　D to P with N のオンライン診療の評価の明確化..... 510
③　遠隔連携診療料の評価の拡大 516
④　オンライン診療の適正な推進に係る評価の見直し 523
⑤　オンライン診療における電子処方箋の活用の推進 524
⑥　情報通信機器等を用いた外来栄養食事指導料の見直し 525
⑦　情報通信機器を用いた医学管理等の評価の新設 529
⑧　情報通信機器を用いた療養指導の見直し 531
⑨　情報通信機器を用いた医学管理等の評価の新設 533
Ⅲ－４　質の高いリハビリテーションの推進 534
①　退院時リハビリテーション指導料の算定要件の見直し 534
②　医療機関外における疾患別リハビリテーション料の上限単位数の見直し..... 536
③　疾患別リハビリテーション料の算定単位数上限緩和対象患者の見直し..... 538
④　疾患別リハビリテーション料の訓練内容に応じた評価の見直し 539
⑤　リハビリテーション総合実施計画評価料の見直し 541

⑥　リンパ浮腫複合的治療料の評価の見直し 543
Ⅲ－４－１　発症早期からのリハビリテーション介入の推進 544
①　発症早期のリハビリテーションの更なる推進及び休日のリハビリテーションの適切な評価 544
Ⅲ－４－２　土日祝日のリハビリテーション実施体制の充実 547
①　発症早期のリハビリテーションの更なる推進及び休日のリハビリテーションの適切な評価 547
Ⅲ－５　重点的な対応が求められる分野への適切な評価
Ⅲ－５－１　救急医療の充実 548
①　救急外来医療に係る評価の再編 548
②　救急患者連携搬送料の見直し 565
Ⅲ－５－２　小児・周産期医療の充実 569
①　母体・胎児集中治療室管理料の見直し 569
②　新生児特定集中治療室管理料の見直し 573
③　小児の成人移行期医療に係る受入の推進 574
④　小児医療に係る高額な検査・薬剤への対応 576
⑤　産科管理加算の新設 578
⑥　療養病棟入院基本料の見直し 579
⑦　無菌製剤処理加算の見直し 580
Ⅲ－５－３　質の高いがん医療及び緩和ケアの評価 581
①　外来腫瘍化学療法診療料の見直し 581
②　がんゲノムプロファイリング検査及びがんゲノムプロファイリング評価提供料に係る評価の見直し 586
③　人口減少地域におけるＩＭＲＴの施設基準の見直し 588
④　がん患者指導管理料の見直し 593
⑤　遺伝性乳癌卵巣癌症候群に係る評価の見直し 595
⑥　閉鎖式接続器具を用いた抗がん剤投与時の評価の新設 597
⑦　非がん患者に対する緩和ケアの評価の見直し 598
⑧　療養病棟入院基本料の見直し 605
Ⅲ－５－４　質の高い精神医療の評価 606
①　精神病床における多職種協働の推進 606

② 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に貢献する小規模多機能病院に係る評価の新設 610
③ 精神科リエゾンチーム加算の見直し 614
④ 精神科慢性身体合併症管理加算の新設 616
⑤ 精神疾患の特定入院料における包括範囲の見直し 617
⑥ 精神科救急医療体制加算の見直し 619
⑦ 精神科救急急性期医療入院料等の新規入院患者割合要件の見直し 622
⑧ 精神科救急急性期医療入院料等の見直し 623
⑨ 精神病棟入院基本料の見直し 625
⑩ 精神科急性期医師配置加算の見直し 626
⑪ 通院・在宅精神療法の見直し 629
⑫ 精神保健福祉士の病棟の専従要件の見直し 631
⑬ 心理支援加算の見直し 633
⑭ 認知療法・認知行動療法の見直し 635
⑮ 臨床心理技術者に係る経過措置の見直し 640
⑯ 児童思春期支援指導加算の見直し 642
⑰ 早期診療体制充実加算の見直し 646
⑱ 情報通信機器を用いた精神療法の見直し 648
Ⅲ－５－５ 難病患者等に対する適切な医療の評価 650
① 脳死臓器提供管理料の見直し 650
② 臓器移植手術に係る評価の新設 652
③ 臍帯血移植の見直し 653
④ 抗 HLA 抗体検査の算定要件の見直し 654
Ⅲ－６ 感染症対策や薬剤耐性対策の推進 655
① 感染症に係る検査の見直し 655
② 感染対策向上加算の見直し 659
③ 結核に係る入院医療提供体制の確保 661
④ 特定感染症入院医療管理加算及び特定感染症患者療養環境特別加算の見直し 665
Ⅲ－７ 口腔疾患の重症化予防等の生活の質に配慮した歯科医療の推進、

口腔機能発達不全及び口腔機能低下への対応の充実、歯科治療のデジタル化の推進 669
① 障害者歯科治療における歯科医学的管理の新たな評価 669
② 歯科疾患管理料、小児口腔機能管理料及び口腔機能管理料の要件並びに評価の見直し 671
③ 有床義歯管理の評価体系の見直し 672
④ 継続的・効果的な歯周病治療の推進 674
⑤ 小児の咬合機能獲得に向けた対応の充実 675
⑥ 歯科矯正に係る患者の対象等の見直し 678
⑦ 周術期及び回復期等の口腔機能管理の推進 682
⑧ 歯科衛生士による口腔機能に関する実地指導の推進 685
⑨ 歯科医師と歯科技工士の連携の推進 687
⑩ 歯科治療のデジタル化等の推進 695
⑪ 有床義歯の新たな製作法に係る評価の新設 702
⑫ 歯科診療の実態に応じた評価の見直し・明確化 703
⑬ 歯科固有の技術の評価の見直し 716
Ⅲ－８地域の医薬品供給拠点としての薬局に求められる機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対人業務の充実化 721
① 調剤基本料の見直し 721
② 特別調剤基本料Ａの見直し 730
③ 地域支援体制加算の見直し 733
④ 調剤管理料の見直し 736
⑤ 重複投薬・相互作用等防止加算等の見直し 738
⑥ かかりつけ薬剤師の推進 742
⑦ 吸入薬管理指導加算の見直し 743
⑧ 服用薬剤調整支援料の見直し 744
⑨ 調剤報酬体系の簡素化に向けた見直し 746
Ⅲ－９ 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

Ⅳ 効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上
Ⅳ－１ 後発医薬品・バイオ後続品の使用促進 755

① 処方箋料の見直し 755
② バイオ後続品使用体制加算の見直し 759
③ 医薬品の安定供給に資する体制に係る評価の新設 764
④ 医薬品の安定供給に資する体制に係る評価の新設及び後発医薬品調剤体制加算の廃止 771
⑤ バイオ後続品使用促進に係る薬局体制整備の推進 774
⑥ 長期収載品の選定療養の更なる活用 776
Ⅳ－２ 費用対効果評価制度の活用
Ⅳ－３ 市場実勢価格を踏まえた適正な評価
Ⅳ－３－１ 市場実勢価格を踏まえた適正な評価 778
① 実勢価格等を踏まえた検体検査等の評価の適正化 778
Ⅳ－４ 電子処方箋の活用や医師・病院薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進
Ⅳ－４－１重複投薬、ポリファーマシー、残薬、適正使用のための長期処方の在り方への対応 779
① 薬剤総合評価調整加算の見直し 779
② オンライン診療の適正な推進に係る評価の見直し 781
③ オンライン診療における電子処方箋の活用の推進 782
④ 残薬対策の推進に向けた処方箋様式の見直し 783
⑤ 長期処方・リフィル処方箋の活用に係る医学管理料等の見直し 784
Ⅳ－４－２ 医師及び薬剤師の適切な連携による医薬品の効率的かつ安全で有効な使用の促進 786
① 薬剤総合評価調整加算の見直し 786
② 病棟薬剤業務実施加算の評価の見直し 787
③ 医師と薬剤師の同時訪問の推進 790
Ⅳ－４－３ 医学的妥当性や経済性の視点も踏まえた処方の推進 ... 791
① 栄養保持を目的とした医薬品の保険給付の適正化 791
Ⅳ－４－４ 電子処方箋システムによる重複投薬等チェックの利活用の推進..... 793
Ⅳ－５ 外来医療の機能分化と連携 794

Ⅳ－６　医療 DX や ICT 連携を活用する医療機関・薬局の体制の評価 795

【Ｉ－１　医療機関等が直面する人件費や、医療材料費、食材料費、光熱水費及び委託費等といった物件費の高騰を踏まえた対応－①】

①　物件費の高騰を踏まえた対応

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

１．医科診療報酬

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

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

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

	改定後 点数	現行 点数
注４　妥結率が低い場合	●●点	216 点
（注４のうち、情報通信機器を用いた場合）	●●点	188 点
注５　同一日に２科目目を初診として受診した場合	●●点	146 点
（注５のうち、情報通信機器を用いた場合）	●●点	127 点
（注５のうち、注２から注４に該当する場合）	●●点	108 点
（注５のうち、注２から注４に該当し、情報通信機器を用いた場合）	●●点	94 点
【再診料】		
再診料	●●点	75 点
注２　妥結率が低い場合	●●点	55 点
注３　同一日に２科目目を再診として受診した場合	●●点	38 点
（注３のうち、注２に該当する場合）	●●点	28 点
【一般病棟入院基本料】		
１　急性期一般入院基本料		
イ　急性期一般入院料１	●●点	1,688 点
ロ　急性期一般入院料２	●●点	1,644 点
ハ　急性期一般入院料３	●●点	1,569 点
ニ　急性期一般入院料４	●●点	1,462 点
ホ　急性期一般入院料５	●●点	1,451 点

	改定後 点数	現行 点数
ヘ　急性期一般入院料６	●●点	1,404 点
２　地域一般入院基本料		
イ　地域一般入院料１	●●点	1,176 点
ロ　地域一般入院料２	●●点	1,170 点
ハ　地域一般入院料３	●●点	1,003 点
特別入院基本料	●●点	612 点

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

（３）高度機能医療等を担う特定機能病院及び急性期病院一般入院基本料等については、（２）に加えて、物価高の影響を受けやすいことを踏まえた点数とする。

（新）　急性期病院一般入院基本料（１日につき）

イ　急性期病院Ａ一般入院料	●●点
ロ　急性期病院Ｂ一般入院料	●●点

（新）　急性期病院精神病棟入院基本料（１日につき）

イ　急性期病院Ａ精神病棟入院料	
（１）　10 対１入院基本料	●●点
（２）　13 対１入院基本料	●●点
（３）　15 対１入院基本料	●●点
ロ　急性期病院Ｂ精神病棟入院料	
（１）　10 対１入院基本料	●●点
（２）　13 対１入院基本料	●●点
（３）　15 対１入院基本料	●●点

改　定　案	現　　行
【特定機能病院入院基本料】	【特定機能病院入院基本料】
［算定要件］	［算定要件］
１　特定機能病院Ａ入院基本料	（新設）
イ　一般病棟の場合	１　一般病棟の場合
（１）　７対１入院基本料　●●点	イ　７対１入院基本料　1,822点

（２） 10対１入院基本料 ●●点	ロ 10対１入院基本料 1,458点
ロ 結核病棟の場合	２ 結核病棟の場合
（１） ７対１入院基本料 ●●点	イ ７対１入院基本料 1,822点
（２） 10対１入院基本料 ●●点	ロ 10対１入院基本料 1,458点
（３） 13対１入院基本料 ●●点	ハ 13対１入院基本料 1,228点
（４） 15対１入院基本料 ●●点	ニ 15対１入院基本料 1,053点
ハ 精神病棟の場合	３ 精神病棟の場合
（１） ７対１入院基本料 ●●点	イ ７対１入院基本料 1,551点
（２） 10対１入院基本料 ●●点	ロ 10対１入院基本料 1,393点
（３） 13対１入院基本料 ●●点	ハ 13対１入院基本料 1,038点
（４） 15対１入院基本料 ●●点	ニ 15対１入院基本料 948点
２ 特定機能病院Ｂ入院基本料	（新設）
イ 一般病棟の場合	
（１） ７対１入院基本料 ●●点	
（２） 10対１入院基本料 ●●点	
ロ 結核病棟の場合	
（１） ７対１入院基本料 ●●点	
（２） 10対１入院基本料 ●●点	
（３） 13対１入院基本料 ●●点	
（４） 15対１入院基本料 ●●点	
ハ 精神病棟の場合	
（１） ７対１入院基本料 ●●点	
（２） 10対１入院基本料 ●●点	
（３） 13対１入院基本料 ●●点	
（４） 15対１入院基本料 ●●点	
３ 特定機能病院Ｃ入院基本料	（新設）
イ 一般病棟の場合	
（１） ７対１入院基本料 ●●点	
（２） 10対１入院基本料 ●●点	
ロ 結核病棟の場合	
（１） ７対１入院基本料 ●●点	
（２） 10対１入院基本料 ●●点	
（３） 13対１入院基本料 ●●点	
（４） 15対１入院基本料 ●●点	
ハ 精神病棟の場合	
（１） ７対１入院基本料 ●●点	
（２） 10対１入院基本料 ●●点	
（３） 13対１入院基本料 ●●点	
（４） 15対１入院基本料 ●●点	
【小児入院医療管理料】	【小児入院医療管理料】
［算定要件］	［算定要件］

1　小児入院医療管理料　　●●点	1　小児入院医療管理料　　4,807 点

２．歯科診療報酬

初・再診料（地域歯科診療支援病院歯科初・再診料を含む。）を引き上げる。

	改定後 点数	現行 点数
【初診料】		
１　歯科初診料	●●点	267 点
注１　歯科初診料について、別に厚生労働大臣が定める基準に係る届出を行っていない場合	●●点	240 点
注 16　情報通信機器を用いた場合	●●点	233 点
２　地域歯科診療支援病院歯科初診料	●●点	291 点
【再診料】		
１　歯科再診料	●●点	58 点
注１　歯科再診料について、別に厚生労働大臣が定める基準に係る届出を行っていない場合	●●点	44 点
注 12　情報通信機器を用いた場合	●●点	51 点
２　地域歯科診療支援病院歯科再診料	●●点	75 点

※　入院料については、医科診療報酬と同様に対応する。
※　歯科初診料又は歯科再診料相当で評価されている項目についても、同様に対応する。

３．調剤報酬

調剤基本料を引き上げる。

	改定後 点数	現行 点数
【調剤基本料】		
１　調剤基本料１	●●点	45 点
２　調剤基本料２	●●点	29 点
３　調剤基本料３		
イ	●●点	24 点
ロ	●●点	19 点
ハ	●●点	35 点

４．訪問看護療養費

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

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

	改定後 金額	現行 金額
（３）　１月当たり訪問日数が25日以上の場合	●●円	（新設）
【包括型訪問看護療養費】 １　単一建物居住者が 20 人未満の場合		
イ　訪問看護時間が 30 分以上 60 分未満	●●円	（新設）
ロ　訪問看護時間が 60 分以上 90 分未満	●●円	（新設）
ハ		
（１）　訪問看護時間が 90 分以上	●●円	（新設）
（２）　訪問看護時間が 90 分以上(別に厚生労働大臣が定める場合に限る。)	●●円	（新設）
２　単一建物居住者が 20 人以上 50 人未満の場合		
イ　訪問看護時間が 30 分以上 60 分未満	●●円	（新設）
ロ　訪問看護時間が 60 分以上 90 分未満	●●円	（新設）
ハ		
（１）　訪問看護時間が 90 分以上	●●円	（新設）
（２）　訪問看護時間が 90 分以上(別に厚生労働大臣が定める場合に限る。)	●●円	（新設）
３　単一建物居住者が 50 人以上の場合		
イ　訪問看護時間が 30 分以上 60 分未満	●●円	（新設）
ロ　訪問看護時間が 60 分以上 90 分未満	●●円	（新設）
ハ		
（１）　訪問看護時間が 90 分以上	●●円	（新設）
（２）　訪問看護時間が 90 分以上(別に厚生労働大臣が定める場合に限る。)	●●円	（新設）

５．物価対応料

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

（新）　物価対応料（１日につき）

１	外来・在宅物価対応料	
イ	初診時	●●点
ロ	再診時等	●●点
ハ	訪問診療時	●●点
２	入院物価対応料	
イ	急性期一般入院料１を算定する場合	●●点
ロ	急性期一般入院料２を算定する場合	●●点
ハ	急性期一般入院料３を算定する場合	●●点
ニ	急性期一般入院料４を算定する場合	●●点
ホ	急性期一般入院料５を算定する場合	●●点
ヘ	急性期一般入院料６を算定する場合	●●点
ト	地域一般入院料１を算定する場合	●●点
チ	地域一般入院料２を算定する場合	●●点
リ	地域一般入院料３を算定する場合	●●点
ヌ	特別入院基本料（一般病棟）を算定する場合	●●点

※　その他の入院料等を算定する場合についても同様に対応する。

［算定要件］

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

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

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

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

する。

（５）　（１）から（４）までの点数について、令和９年６月以降は、所定点数の 100 分の 200 に相当する点数を算定する。

（新）　歯科外来物価対応料（１日につき）

１	初診時	●●点
２	再診時	●●点

［算定要件］

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

（２）　２については、保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して再診を行った場合に、所定点数を算定する。

（３）　（１）及び（２）の点数について、令和９年６月以降度は、所定点数の 100 分の 200 に相当する点数を算定する。

※　歯科診療に関しても、入院中の患者については、上記の「物価対応料」の「２　入院物価対応料」と同様に対応する。

（新）　調剤物価対応料　●●点

［算定要件］

保険薬局において、処方箋を提出した患者に対して調剤した場合に、３月に１回に限り、所定点数を算定する。ただし、令和９年６月以降は、所定点数の 100 分の 200 に相当する点数を算定する。

（新）　訪問看護物価対応料（１日につき）

１	訪問看護物価対応料１	
イ	月の初日の訪問の場合	●●円
ロ	月の２日目以降の訪問の場合	●●円
２	訪問看護物価対応料２	●●円

［算定要件］

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

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

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

【Ｉ－１　医療機関等が直面する人件費や、医療材料費、食材料費、光熱水費及び委託費等といった物件費の高騰を踏まえた対応－②】

②　入院時の食費及び光熱水費の基準の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

１．入院時食事療養（Ⅰ）・（Ⅱ）の費用の額及び入院時生活療養（Ⅰ）・（Ⅱ）のうち食事の提供たる療養の費用の額について、それぞれ１食当たり●●円引き上げる。

２．入院時生活療養（Ⅰ）・（Ⅱ）のうち温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の形成たる療養の費用の額について、１日当たり●●円引き上げる。

改　定　案	現　　行
【食事療養及び生活療養の費用額算定表】 第一　食事療養 １　入院時食事療養(Ⅰ)（１食につき） （１）（２）以外の食事療養を行う場合　●●円 （２）　流動食のみを提供する場合　●●円 注　（略） ２　入院時食事療養(Ⅱ)（１食につき） （１）（２）以外の食事療養を行う場合　●●円 （２）　流動食のみを提供する場合　●●円 注　（略） 第二　生活療養 １　入院時生活療養(Ⅰ)	【食事療養及び生活療養の費用額算定表】 第一　食事療養 １　入院時食事療養(Ⅰ)（１食につき） （１）（２）以外の食事療養を行う場合　690円 （２）　流動食のみを提供する場合　625円 注　（略） ２　入院時食事療養(Ⅱ)（１食につき） （１）（２）以外の食事療養を行う場合　556円 （２）　流動食のみを提供する場合　510円 注　（略） 第二　生活療養 １　入院時生活療養(Ⅰ)

（１） 健康保険法第六十三条第二項第二号イ及び高齢者の医療の確保に関する法律第六十四条第二項第二号イに掲げる療養（以下「食事の提供たる療養」という。）（１食につき） イ　ロ以外の食事の提供たる療養を行う場合　●●円 ロ　流動食のみを提供する場合　●●円 （２） 健康保険法第六十三条第二項第二号ロ及び高齢者の医療の確保に関する法律第六十四条第二項第二号ロに掲げる療養（以下「温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の形成たる療養」という。）（１日につき）　●●円 注　（略） ２　入院時生活療養(Ⅱ) （１） 食事の提供たる療養（１食につき）　●●円 （２） 温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の形成たる療養（１日につき）　●●円 注　（略）	（１） 健康保険法第六十三条第二項第二号イ及び高齢者の医療の確保に関する法律第六十四条第二項第二号イに掲げる療養（以下「食事の提供たる療養」という。）（１食につき） イ　ロ以外の食事の提供たる療養を行う場合　604円 ロ　流動食のみを提供する場合　550円 （２） 健康保険法第六十三条第二項第二号ロ及び高齢者の医療の確保に関する法律第六十四条第二項第二号ロに掲げる療養（以下「温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の形成たる療養」という。）（１日につき）　398円 注　（略） ２　入院時生活療養(Ⅱ) （１） 食事の提供たる療養（１食につき）　470円 （２） 温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の形成たる療養（１日につき）　398円 注　（略）

【Ⅰ－１　医療機関等が直面する人件費や、医療材料費、食材料費、光熱水費及び委託費等といった物件費の高騰を踏まえた対応－③】

③　入院時の食事療養に係る見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

改　定　案	現　　行
［算定要件］ 【入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養の基準等】 二　入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養に係る特別食 （一）　治療食 疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する腎臓食、肝臓食、糖尿食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓食、脂質異常症食、痛風食、てんかん食、フェニールケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシスチン尿症食、ガラクトース血症食、治療乳、無菌食及び特別な場合の検査食（単なる流動食及び軟食を除く。） （二）　嚥下調整食 摂食機能又は嚥下機能が低下	［算定要件］ 【入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養の基準等】 二　入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養に係る特別食 疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する腎臓食、肝臓食、糖尿食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓食、脂質異常症食、痛風食、てんかん食、フェニールケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシスチン尿症食、ガラクトース血症食、治療乳、無菌食及び特別な場合の検査食（単なる流動食及び軟食を除く。） （新設）

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

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

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

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

【Ⅰ－２－１　医療従事者の処遇改善－①】

①　賃上げに向けた評価の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

１．入院医療、外来医療及び在宅医療等の医療提供体制を支える、保険医療機関に勤務する幅広い職員の人材確保及び確実な賃上げを実施する観点から、賃上げの対象となる職員に係る要件及び評価を見直す。

２．外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び（Ⅱ）並びに歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び（Ⅱ）について、継続的に賃上げを実施している保険医療機関とそれ以外の保険医療機関において異なる評価を行う。

また、令和８年度及び令和９年度において段階的な評価とする。

改　定　案	現　　行
【外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）】	【外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）】
１　初診時　●●点	１　初診時　６点
２　再診時等　●●点	２　再診時等　２点
３　訪問診療時	３　訪問診療時
イ　同一建物居住者等以外の場合　●●点	イ　同一建物居住者等以外の場合　28点
ロ　イ以外の場合　●●点	ロ　イ以外の場合　７点
［算定要件］	［算定要件］
注１　１については、当該保険医療機関において勤務する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療	注１　１については、主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下この節において同じ。）の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合している

機関において、入院中の患者以外の患者に対して初診を行った場合に、所定点数を算定する。	ものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して初診を行った場合に、所定点数を算定する。
２　２については、当該保険医療機関において勤務する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して再診又は短期滞在手術等基本料１を算定すべき手術又は検査を行った場合に、所定点数を算定する。	２　２については、主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して再診又は短期滞在手術等基本料１を算定すべき手術又は検査を行った場合に、所定点数を算定する。
３　３のイについては、当該保険医療機関において勤務する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、次のいずれかに該当する訪問診療を行った場合に算定する。 イ～ハ　（略）	３　３のイについては、主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、次のいずれかに該当する訪問診療を行った場合に算定する。 イ～ハ　（略）
４　３のロについては、当該保険医療機関において勤務する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、次のいずれかに該当する訪問診療を行った場合に算定する。 イ～ハ　（略）	４　３のロについては、主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、次のいずれかに該当する訪問診療を行った場合に算定する。 イ～ハ　（略）
５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとし	（新設）

て地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、継続して賃上げに係る取組を実施した保険医療機関については、１、２、３のイ及び３のロの所定点数に代えて、それぞれ●●点、●●点、●●点及び●●点を算定する。	
６　１から３までに規定する点数について、令和９年６月以降においては、それぞれ所定点数の100分の200に相当する点数により算定する。	（新設）
７　注５に規定する点数について、令和９年６月以降においては１、２、３のイ及び３のロの所定点数に代えて、それぞれ●●点、●●点、●●点及び●●点を算定する。	（新設）
［施設基準］	［施設基準］
二　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の施設基準	二　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の施設基準
（１）　（略）	（１）　（略）
（２）　当該保険医療機関に勤務する職員（この号において「対象職員」という。）がいること。	（２）　主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。この号において「対象職員」という。）が勤務していること。
（３）　（略）	（３）　（略）
二の二　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の注５に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準 継続的に賃上げを行っている保険医療機関であること。	（新設）
【歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）】	【歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）】
１　初診時　●●点	１　初診時　10点
２　再診時等　●●点	２　再診時等　２点
３　歯科訪問診療時	３　歯科訪問診療時
イ　同一建物居住者以外の場合　●●点	イ　同一建物居住者以外の場合　41点

ロ　同一建物居住者の場合　●●点	ロ　同一建物居住者の場合　10点
［算定要件］	［算定要件］
注１　１については、当該保険医療機関において勤務する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して初診を行った場合に、所定点数を算定する。	注１　１については、主として歯科医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下この節において同じ。）の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して初診を行った場合に、所定点数を算定する。
２　２については、当該保険医療機関において勤務する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して再診又は短期滞在手術等基本料１を算定すべき手術又は検査を行った場合に、所定点数を算定する。	２　２については、主として歯科医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して再診又は短期滞在手術等基本料１を算定すべき手術又は検査を行った場合に、所定点数を算定する。
３　３のイについては、当該保険医療機関において勤務する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅等において療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に歯科訪問診療を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、次のいずれかに	３　３のイについては、主として歯科医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅等において療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に歯科訪問診療を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、次のいずれかに該当す

該当する歯科訪問診療を行った場合に算定する。 イ・ロ　（略） ４　３のロについては、当該保険医療機関において勤務する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅等において療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を行った場合に算定する。 イ・ロ　（略） ５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、継続して賃上げに係る取組を実施した保険医療機関については、１、２、３のイ及び３のロの所定点数に代えて、それぞれ●●点、●●点、●●点及び●●点を算定する。 ６　１から３までに規定する点数について、令和９年６月以降においては、それぞれ所定点数の100分の200に相当する点数により算定する。 ７　注５に規定する点数について、令和９年６月以降においては１、２、３のイ及び３のロの所定点数に代えて、それぞれ●●点、●●点、●●点及び●●点を算定する。 ［施設基準］ 三　歯科外来・在宅ベースアップ評	る歯科訪問診療を行った場合に算定する。 イ・ロ　（略） ４　３のロについては、主として歯科医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅等において療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を行った場合に算定する。 イ・ロ　（略） （新設）

価料（Ⅰ）の施設基準 （１）　（略） （２）　当該保険医療機関に勤務する職員（この号において「対象職員」という。）がいること。 （３）　（略） 三の二　歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の注５に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準 　継続的に賃上げを行っている保険医療機関であること。 【外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）】 １　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）１ イ　初診又は訪問診療を行った場合　●●点 ロ　再診時等　●●点 ２～23　（略） 24　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）24 イ　初診又は訪問診療を行った場合　●●点 ロ　再診時等　●●点 ［算定要件］ 注１　当該保険医療機関において勤務する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して診療を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。 ２　各区分のイについては、外来・在宅ベースアップ評価料	価料（Ⅰ）の施設基準 （１）　（略） （２）　主として歯科医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。この号において「対象職員」という。）が勤務していること。 （３）　（略） （新設） 【外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）】 １　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）１ イ　初診又は訪問診療を行った場合　８点 ロ　再診時等　１点 ２～７　（略） ８　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）８ イ　初診又は訪問診療を行った場合　64点 ロ　再診時等　８点 ［算定要件］ 注１　主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して診療を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。 ２　１のイ、２のイ、３のイ、４のイ、５のイ、６のイ、７のイ

（Ⅰ）の１又は３を算定する患者に対して診療を行った場合に算定する。	又は８のイについては、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の１又は３を算定する患者に対して診療を行った場合に算定する。
３　各区分のロについては、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の２を算定する患者に対して診療を行った場合に算定する。	３　１のロ、２のロ、３のロ、４のロ、５のロ、６のロ、７のロ又は８のロについては、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の２を算定する患者に対して診療を行った場合に算定する。
４　13から24までに規定する点数については、令和９年６月以降に算定する。	（新設）
５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、継続して賃上げに係る取組を実施した保険医療機関については、所定点数に代えて、別表●に規定する点数を算定する。	（新設）
［施設基準］	［施設基準］
四　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の施設基準	四　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の施設基準
（１）　医科点数表又は歯科点数表第一章第二部第一節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、同部第三節の特定入院料又は同部第四節の短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料１を除く。）を算定していない又は算定回数が著しく少ない保険医療機関であること。	（１）　医科点数表又は歯科点数表第一章第二部第一節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、同部第三節の特定入院料又は同部第四節の短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料１を除く。）を算定していない保険医療機関であること。
（２）　（略）	（２）　（略）
（３）　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定する見込みの点数を合算した点数に十円を乗じて得た額が、適切な賃金改善に必要な額	（３）　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定する見込みの点数を合算した点数に十円を乗じて得た額が、主として医療に従事する職

の百分の五十未満であること。	員（医師及び歯科医師を除く。この号において「対象職員」という。）の給与総額の一分二厘未満であること。
（４）～（６）　（略）	（４）～（６）　（略）
四の二　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の注５に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準 継続的に賃上げを行っている保険医療機関であること。	（新設）
※　歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）についても同様。	
【入院ベースアップ評価料】 １　入院ベースアップ評価料１ ●●点	【入院ベースアップ評価料】 １　入院ベースアップ評価料１　１点
２～499　（略）	２～164　（略）
500　入院ベースアップ評価料500 ●●点	165　入院ベースアップ評価料165 165点
［算定要件］	［算定要件］
注１　当該保険医療機関において勤務する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、第１章第２部第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、同部第３節の特定入院料又は同部第４節の短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料１を除く。）を算定しているものについて、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。	注　主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、第１章第２部第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、同部第３節の特定入院料又は同部第４節の短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料１を除く。）を算定しているものについて、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。
２　251から500までに規定する点数については、令和９年６月以降において算定する。	（新設）
［施設基準］	［施設基準］

六　入院ベースアップ評価料の施設基準 （１）・（２）　（略） （３）　外来・在宅ベースアップ評価料（Ｉ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ｉ）により算定する見込みの点数を合算した点数に十円を乗じて得た額が、適切な賃金改善に必要な額未満であること。 （４）　当該保険医療機関における常勤の対象職員の数が、二以上であること。ただし、基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては、この限りでない。 （５）・（６）　（略）	六　入院ベースアップ評価料の施設基準 （１）・（２）　（略） （３）　外来・在宅ベースアップ評価料（Ｉ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ｉ）により算定する見込みの点数を合算した点数に十円を乗じて得た額が、主として医療又は歯科医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。この号において「対象職員」という。）の給与総額の二分三厘未満であること。 （新設） （４）・（５）　（略）

別表●　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の注５に定める点数

	イ	ロ		イ	ロ
区分１	●●点	●●点	区分13	●●点	●●点
区分２	●●点	●●点	区分14	●●点	●●点
区分３	●●点	●●点	区分15	●●点	●●点
区分４	●●点	●●点	区分16	●●点	●●点
区分５	●●点	●●点	区分17	●●点	●●点
区分６	●●点	●●点	区分18	●●点	●●点
区分７	●●点	●●点	区分19	●●点	●●点
区分８	●●点	●●点	区分20	●●点	●●点
区分９	●●点	●●点	区分21	●●点	●●点
区分10	●●点	●●点	区分22	●●点	●●点
区分11	●●点	●●点	区分23	●●点	●●点
区分12	●●点	●●点	区分24	●●点	●●点

※　区分 13 から 24 までについては、令和９年６月以降に算定する。
※　歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）についても同様。

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

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

４．継続的な賃上げに係る評価を行う観点から、入院基本料等の評価を見直す。
（各入院基本料等の見直しについては、「Ⅰ－１物件費の高騰を踏まえた対応」を参照。）

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

改　定　案	現　　行
【入院料等】 ［算定要件］ 医科診療報酬点数表第１章第２部 　入院料等 通則 10　継続的に賃上げに係る取組を実施している保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関については、第１節（特別入院基本料等を含む。）、第３節及び第４節（短期滞在手術等基本料１を除く。）の各区分に掲げるそれぞれの入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数から、１日につき別表●に定める点数を減算する。	【入院料等】 ［算定要件］ 医科診療報酬点数表第１章第２部 　入院料等 通則 （新設）
歯科診療報酬点数表第１章第２部 　入院料等 通則 ９　継続的に賃上げに係る取組を実施している保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関については、第１節（特別入院基本料等を含む。）、第３節及び第４節（短期滞在手術等基本料１を除く。）の各区分に掲げるそれぞれの入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数から、１日につき別表●に定める点数を減算する。	歯科診療報酬点数表第１章第２部 　入院料等 通則 （新設）
［施設基準］ 第四の三　医科点数表第１章第２部入院料等通則第10号及び歯科点数	［施設基準］ （新設）

表第１章第２部入院料等通則第９号に掲げる厚生労働大臣が定める基準 　以下のいずれかを満たす保険医療機関であること。 一　令和●年●月●日時点において、入院ベースアップ評価料の届出を行っていること。 二　令和●年●月と比較して、継続的に賃上げを行っている保険医療機関であること。 三　令和●年●月●日以降に新規開設した保険医療機関であること。	

別表●　医科点数表第１章第２部の通則 10 及び歯科点数表第１章第２部の通則９に規定する点数

	減算する点数
Ａ１００の１のイ	●●点
Ａ１００の１のロからヘ	●●点
Ａ１００の２、特別入院基本料、Ａ３１７（注７の場合を除く。）	●●点
Ａ１０１	●●点
Ａ１０２	●●点
Ａ１０３の１及び２	●●点
Ａ１０３の３から５まで及び特別入院基本料	●●点
Ａ１０４、Ａ３１９	●●点
Ａ１０５	●●点
Ａ１０６	●●点
Ａ１０８、Ａ１０９	●●点
Ａ３００からＡ３０３－２まで、Ａ３０５	●●点
Ａ３０４	●●点
Ａ３０６	●●点
Ａ３０７	●●点
Ａ３０８	●●点
Ａ３０８－３、Ａ３１７の注７	●●点
Ａ３１０	●●点
Ａ３１１からＡ３１１－３まで	●●点
Ａ３１１－４	●●点
Ａ３１２、Ａ３１４	●●点

Ａ３１８	●●点
Ａ４００	●●点

６．歯科診療報酬において、歯科技工所の歯科技工士の確実な賃上げを図る観点から、歯科技工所ベースアップ支援料を新設する。
また、令和８年度及び令和９年度において段階的な評価とする。

（新）　歯科技工所ベースアップ支援料（１装置につき）　●●点

[算定要件]
（１）　歯科技工所に従事する歯科技工士の賃金の改善を図る体制につき、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、補綴物等の製作等の委託を行った場合に、所定点数を算定する。
（２）　令和９年６月以降においては、所定点数の 100 分の 200 に相当する点数により算定する。

[施設基準]
（１）　歯科技工士が所属する歯科技工所に補綴物等の製作等の委託を行っている保険医療機関であること。
（２）　歯科技工所に勤務する歯科技工士の賃金の改善について十分に支援していること。

７．調剤報酬において、薬局の薬剤師及び事務職員等の確実な賃上げを図る観点から、調剤ベースアップ評価料を新設する。
また、令和８年度及び令和９年度において段階的な評価とする。

（新）　調剤ベースアップ評価料（処方箋の受付１回につき）　●●点

[算定要件]
（１）　当該保険薬局において勤務する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、処方箋の受付１回につき、所定点数を算定する。
（２）　令和９年６月以降においては、所定点数の 100 分の 200 に相当する点数により算定する。

[施設基準]
（１）　当該保険薬局に勤務する職員（以下この号において「対象職員」という。）がいること。

（２）　対象職員の賃金の改善を実施するにつき必要な体制が整備されていること。

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

また、令和８年度及び令和９年度において段階的な評価とする。

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

料（Ⅱ）として、当該基準に係る区分に従い、月１回に限り、それぞれ所定額を算定する。	て、当該基準に係る区分に従い、月１回に限り、それぞれ所定額を算定する。
３　１については、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションにおいて、継続して賃上げに係る取組を実施した訪問看護ステーションについては、所定額に代えて●●円を算定する。	（新設）
４　１について、令和９年６月以降においては、所定額の100分の200に相当する額により算定する。	（新設）
５　注３に規定する額について、令和９年６月以降においては１の所定額に代えて、●●円を算定する。	（新設）
６　２のツからアまでに規定する額については、令和９年６月以降に算定する。	（新設）
７　２については、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションにおいて、継続して賃上げに係る取組を実施した訪問看護ステーションについては、所定額に代えて、別表●に掲げる額を算定する。	
［施設基準］ （１）　訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ） 次のいずれにも該当するものであること。 イ　当該訪問看護ステーションに勤務する職員（以下「対象職員」という。）がいること。 ロ　（略） （２）　訪問看護ベースアップ評価料	［施設基準］ （１）　訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ） 次のいずれにも該当するものであること。 イ　主として医療に従事する職員（以下「対象職員」という。）が勤務していること。 ロ　（略） （２）　訪問看護ベースアップ評価料

（Ⅱ） 次のいずれにも該当するものであること。 イ　（略） ロ　訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定する見込みの金額が、適切な賃金改善に必要な額に当該訪問看護ステーションの利用者の数に占める医療保険制度の給付の対象となる訪問看護を受けた者の割合を乗じた数の百分の五十未満であること。 ハ～ホ　（略） （３）　訪問看護ベースアップ評価料の注３及び注７に規定する基準 継続的に賃上げを行っている訪問看護ステーションであること。	（Ⅱ） 次のいずれにも該当するものであること。 イ　（略） ロ　訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定する見込みの金額が、対象職員の給与総額に当該訪問看護ステーションの利用者の数に占める医療保険制度の給付の対象となる訪問看護を受けた者の割合を乗じた数の一分二厘未満であること。 ハ～ホ　（略） （新設）

別表●　訪問看護ベースアップ評価料の注７に定める額

	金額			金額
区分イ	●●円		区分ツ	●●円
区分ロ	●●円		区分ネ	●●円
区分ハ	●●円		区分ナ	●●円
区分ニ	●●円		区分ラ	●●円
区分ホ	●●円		区分ム	●●円
区分ヘ	●●円		区分ウ	●●円
区分ト	●●円		区分ヰ	●●円
区分チ	●●円		区分ノ	●●円
区分リ	●●円		区分オ	●●円
区分ヌ	●●円		区分ク	●●円
区分ル	●●円		区分ヤ	●●円
区分ヲ	●●円		区分マ	●●円
区分ワ	●●円		区分ケ	●●円
区分カ	●●円		区分フ	●●円
区分ヨ	●●円		区分コ	●●円
区分タ	●●円		区分エ	●●円
区分レ	●●円		区分テ	●●円
区分ソ	●●円		区分ア	●●円

②　夜勤を含む負担の軽減及び処遇改善に資する計画の明確化

第１　基本的な考え方

看護職員の夜勤負担を組織的に軽減することを促す観点から、看護職員夜間配置加算等において、夜勤に係る負担の軽減や処遇の改善に資する計画を立案し、体制の整備が促進されるよう要件を明確化する。

第２　具体的な内容

医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていることに加え、夜勤を含む負担の軽減及び処遇の改善に関する事項も含めて計画を作成するよう要件化する。

改　定　案	現　　行
【急性期総合体制加算】 ［施設基準（通知）］ １　急性期総合体制加算１に関する施設基準等 （７）　病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。なお、医師事務作業補助体制加算や急性期看護補助体制加算等を届け出ている保険医療機関において、勤務医又は看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備する場合は、当該加算に係る体制と合わせて整備して差し支えない。 ア・イ　（略） ウ　イの計画は、医療従事者の夜勤を含む現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取組み内容と目標達成年次等を含めた医療	【総合入院体制加算】 ［施設基準（通知）］ １　総合入院体制加算１に関する施設基準等 （７）　病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。なお、医師事務作業補助体制加算や急性期看護補助体制加算等を届け出ている保険医療機関において、勤務医又は看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備する場合は、当該加算に係る体制と合わせて整備して差し支えない。 ア・イ　（略） ウ　イの計画は、医療従事者の現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取組み内容と目標達成年次等を含めた医療従事者の負

従事者の夜勤を含む負担の軽減及び処遇の改善に資する計画とすること。また、当該計画を職員に対して周知徹底していること。 エ　（略）	担の軽減及び処遇の改善に資する計画とすること。また、当該計画を職員に対して周知徹底していること。 エ　（略）
【看護職員夜間配置加算】 ［施設基準（通知）］ 11　療養病棟入院基本料の注12に規定する夜間看護加算の施設基準 （１）・（２）　（略） （３）　看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。 ア・イ　（略） ウ　イの計画は、夜勤を含む現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取組み内容と目標達成年次等を含めた看護職員の夜勤を含む負担の軽減及び処遇の改善に資する計画とすること。また、当該計画を職員に対して周知徹底していること。 エ　看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開すること。 （４）～（６）　（略）	【看護職員夜間配置加算】 ［施設基準（通知）］ 11　療養病棟入院基本料の注12に規定する夜間看護加算の施設基準 （１）・（２）　（略） （３）　看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。 ア・イ　（略） ウ　イの計画は、現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取組み内容と目標達成年次等を含めた看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画とすること。また、当該計画を職員に対して周知徹底していること。 エ　看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開すること。 （４）～（６）　（略）
※　看護職員夜間12対１配置加算、看護職員16対１配置加算、看護職員夜間配置加算（精神科救急急性期医療入院料）、看護職員夜間配置加算（精神科救急・合併症入院料）も同様。	

【Ｉ－２－２　業務の効率化に資するICT、AI、IoT等の利活用の推進－①】

①　ICT等の活用による看護業務効率化の推進

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

改　定　案	現　　行
【入院料等】 ［算定要件］ 医科診療報酬点数表第１章第２部 　入院料等 通則 ３　情報通信機器等を用いた看護職員及び看護補助者の業務の効率化について別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす病棟の入院料については、基本診療料の施設基準等第五、第九及び第十における１日に看護を行う看護職員及び看護補助を行う看護補助者の数に関する規定並びに看護師及び准看護師の数に対する看護師の比率に関する規定を満たさない場合であっても、第１節（特別入院基本料等を含む。）、第３節及び第４節各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。 ［施設基準（告示）］	【入院料等】 ［算定要件］ 医科診療報酬点数表第１章第２部 　入院料等 通則 　（新設） ［施設基準（告示）］

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

十八　特殊疾患病棟入院料２ 十九　緩和ケア病棟入院料１ 二十　緩和ケア病棟入院料２	
［施設基準（通知）］ 別添２　入院基本料等の施設基準等 第２　病院の入院基本料等に関する施設基準 １～18　（略） 19　情報通信機器等を用いた看護職員及び看護補助者の業務の効率化についての施設基準 （１）　看護及び看護補助業務の効率化等に当たって、当該病棟において、以下のアからウまでに掲げるICT、AI、IoTの機器等（以下「ICT機器等」という。）を全て導入しており、当該病棟の看護職員等が広く使用していること。 ア　見守りにおける業務の効率化に資するICT機器等 見守りにおける業務の効率化に資するICT機器等とは、病室に設置されたカメラ等から送信された映像や病床に設置されたセンサー等により、看護職員が遠隔で複数の患者の行動・体動・日常生活の状況等を総合的かつ効率的に把握でき、訪室回数の減少等による業務の効率化を図りつつ、患者の転倒転落の予防、異常の早期発見、身体的拘束の最小化、医療安全その他患者の生命・身体の保護を図るものをいう。なお、当該機器を病室に設置する際には、患者等のプライバシーに配慮する観点から、患者又はその家族等に必要な説明を行い、同意を得ることとする。また、	［施設基準（通知）］ 別添２　入院基本料等の施設基準等 第２　病院の入院基本料等に関する施設基準 １～18　（略） （新設）

患者の状態や、患者又はその家族等の意向に応じ、一部の患者に機器を使用せず個別に見守りを行うこと又は機器の使用を一時的に停止することは差し支えない。 イ　看護記録の作成等の効率化に資するICT機器等 看護記録の作成等の効率化に資するICT機器等とは、音声入力による看護記録の作成や電子カルテの情報からの自動的なサマリーの生成等、看護記録の作成等の効率化に大きく資する機器であって、当該機器の使用により、業務時間外の記録の作成にかかる時間が減少する等の効果があるものをいう。ただし、データの入力から記録・保存・活用までを一体的に支援するものに限る（複数の機器の連携によるものを含む。）。 ウ　医療従事者間の情報共有の効率化に資するICT機器等 医療従事者間の情報共有の効率化に資するICT機器等とは、業務中に手に持たずに複数人と同時に通話できる機器や、病棟の看護職員と病院の医師が携帯しリアルタイムに情報を共有できる端末等、直接対面せずに、多人数の職員間での情報共有を効率的に実施できる機器であって、当該機器の使用により報告・連絡に要する時間や、報告・連絡に伴う移動や待機の時間が減少する等の効果があるものをいう。 （２）　ICT機器等の導入及び使用にあたって電子カルテその他の	

医療情報システムと連動して医療情報を取り扱うものについては、厚生労働省の定める「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」及び総務省・経済産業省「医療情報を取り扱う情報システム・サービスの提供事業者における安全管理ガイドライン」に準拠していること。 （３） ICT機器等を導入した病棟の看護要員（常勤職員に限る。）の１人１月当たりの超過勤務時間の状況（原則として、タイムカードやパーソナルコンピュータ等のログイン及びログアウトの時間を把握できる電子計算機の使用により把握すること。）について、平均10時間以下であるとともに、非常勤職員を含めて導入前と比較して増加する傾向にないこと。 （４） ICT機器等の導入前後における看護要員の業務内容、業務量及び業務時間並びに看護要員の事務作業時間及び業務負担等について、年１回程度、定量的又は定性的な評価を実施すること。その結果を病院内の職員に周知するとともに、労働安全衛生法第18条に規定する衛生委員会その他これに準ずる会議体において確認し、必要に応じて適切な対策を講じること。 （５） 中央社会保険医療協議会の要請に基づき、厚生労働大臣が実施するICT機器等の活用状況や看護業務の改善に係る継続的な取組状況等に関する随時調査に適切に参加するこ	

と。 （６）　１日当たり勤務する看護要員の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護職員の数に対する看護師の比率については、基本診療料の施設基準等の第五、第九及び第十に規定する基準に対し、１割以内の減少であること。 （７）　毎年８月において、ア及びウに係る取組状況について、様式●により届け出ること。 （８）　情報通信機器等を用いた看護職員及び看護補助者の業務の効率化についての施設基準に係る届出は、様式●を用いること。	

②　医師事務作業補助体制加算の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

１．ICT 機器等を活用した医師事務作業の業務効率化・負担軽減に取り組む医療機関について、医師事務作業補助者の人員配置基準を柔軟化する。

２．医師事務業務の実態を踏まえ、医師事務作業補助者が実施可能な業務範囲を明確化する。

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

ス事業に係る入力等）への対応に限定するものであること。なお、医師以外の職種の指示の下に行う業務、診療報酬の請求事務（ＤＰＣのコーディングに係る業務を含む。）、窓口・受付業務、医療機関の経営、運営のためのデータ収集業務、看護業務の補助及び物品運搬業務等については医師事務作業補助者の業務としないこと。	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。
［施設基準］ 第４の２　医師事務作業補助体制加算 １　通則 （１）　（略） （２）　（１）のウの計画に基づき、診療科間の業務の繁閑の実情を踏まえ、医師の事務作業を補助する専従者（以下「医師事務作業補助者」という。）を、15対１補助体制加算の場合は当該加算の届出を行った病床数（以下この項において同じ。）15床ごとに１名以上、20対１補助体制加算の場合は20床ごとに１名以上、25対１補助体制加算の場合は25床ごとに１名以上、30対１補助体制加算の場合は30床ごとに１名以上、40対１補助体制加算の場合は40床ごとに１名以上、50対１補助体制加算の場合は50床ごとに１名以上、75対１補助体制加算の場合は75床ごとに１名以上、100対１補助体制加算の場合は100床ごとに１名以上配置していること。また、当該医師事務作業補助者は、雇用形態を問わない（派遣職員を含むが、指揮命令権が当該保険医	［施設基準］ 第４の２　医師事務作業補助体制加算 １　通則 （１）　（略） （２）　（１）のウの計画に基づき、診療科間の業務の繁閑の実情を踏まえ、医師の事務作業を補助する専従者（以下「医師事務作業補助者」という。）を、15対１補助体制加算の場合は当該加算の届出を行った病床数（以下この項において同じ。）15床ごとに１名以上、20対１補助体制加算の場合は20床ごとに１名以上、25対１補助体制加算の場合は25床ごとに１名以上、30対１補助体制加算の場合は30床ごとに１名以上、40対１補助体制加算の場合は40床ごとに１名以上、50対１補助体制加算の場合は50床ごとに１名以上、75対１補助体制加算の場合は75床ごとに１名以上、100対１補助体制加算の場合は100床ごとに１名以上配置していること。また、当該医師事務作業補助者は、雇用形態を問わない（派遣職員を含むが、指揮命令権が当該保険医

療機関にない請負方式などを除く。）が、当該保険医療機関の常勤職員（週４日以上常態として勤務し、かつ所定労働時間が週31時間以上である者をいう。ただし、正職員として勤務する者について、育児・介護休業法第23条第１項、同条第３項又は同法第24条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあっては、所定労働時間が週30時間以上であること。）と同じ勤務時間数以上の勤務を行う職員であること。なお、当該職員は、医師事務作業補助に専従する職員の常勤換算による場合であっても差し支えない。この場合においては、当該保険医療機関における常勤職員の所定労働時間（32時間未満の場合は、32時間）の勤務をもって常勤１名として換算する。ただし、当該医療機関において医療従事者として勤務している看護職員を医師事務作業補助者として配置することはできない。	療機関にない請負方式などを除く。）が、当該保険医療機関の常勤職員（週４日以上常態として勤務し、かつ所定労働時間が週32時間以上である者をいう。ただし、正職員として勤務する者について、育児・介護休業法第23条第１項、同条第３項又は同法第24条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあっては、所定労働時間が週30時間以上であること。）と同じ勤務時間数以上の勤務を行う職員であること。なお、当該職員は、医師事務作業補助に専従する職員の常勤換算による場合であっても差し支えない。ただし、当該医療機関において医療従事者として勤務している看護職員を医師事務作業補助者として配置することはできない。
（３）～（５）　（略）	（３）～（５）　（略）
２　ICT機器を活用する医師事務作業補助者の配置人数の算定方法 （１）　医師事務作業補助体制加算の届出を行う保険医療機関において、次のアからエまでのいずれにも該当する場合には、医師事務作業補助者の配置人数は、オ又はカに定めるところにより算定することができる。 ア　医師事務作業補助者が行う	（新設）

事務業務に関して、次に掲げるもののうち、①を含むものを当該保険医療機関内で組織的に導入し、当該保険医療機関に勤務する大半の医師及び医師事務作業補助者が日常的に活用することにより、業務の効率化が顕著に図られていること。 ① 生成AIを活用し、退院時要約、診断書及び紹介状等の原案作成を自動的に行い、当該業務を大幅に効率化する医療文書等の文書作成補助システム ② 診療録、退院時要約、診断書及び紹介状の作成に対応する医療文書等への入力を行う医療文書用の音声入力システム（汎用音声入力機能を除く。） ③ 救急医療情報システム等への医療データ等の定型的な入力作業等を自動化するロボティック・プロセス・オートメーション（RPA） ④ 入退院時の説明、検査・処置、麻酔・鎮静、手術、インフォームド・コンセント及び医療安全・感染対策等に関する10種類以上の患者向け説明動画 イ アの①から④までのうち、電子カルテその他の医療情報システムと連動して医療情報を取り扱うものについては、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」及び総務省・経済産業省「医療情報を取り扱う情報システム・サービスの提供事業者における安全管理ガイ	

ドライン」に準拠していること。 ウ　アの①から④までのうち、生成AIその他のAI技術を用いる製品・サービスについては、経済産業省及び総務省が公表する「AI事業者ガイドライン」が遵守されていること。 エ　アの①から④までのうち、当該保険医療機関において導入し、活用しているとして届け出たものについて、当該保険医療機関に配置される全ての医師事務作業補助者に対し、操作方法及び生成AIの適切な利用に関する研修を実施し、全ての医師事務作業補助者が、常時、当該ICT機器を用いて、医師事務業務を遂行できる体制を整備していること。 オ　アからエまでの要件を全て満たす場合には、医師事務作業補助者１人を1.2人として配置人数に算入することができる。 カ　オに加え、アの②から④までに掲げるもののうち少なくとも１種類以上を広く活用している場合には、医師事務作業補助者１人を1.3人として配置人数に算入することができる。 （２）　（１）のオ又はカの算入方法により新たに届け出る場合（オの算入方法とカの算入方法を相互に変更する場合を除く。）には、当該届出を行う直近３月以上の期間において、当該算入方法を用いずに、当該配置区分又はこれを	

上回る配置区分について、引き続き算定していること。 （３）　（２）により届け出る保険医療機関は、ICT機器等の導入前後における医師事務作業補助者の業務内容、業務量及び業務時間並びに医師の事務作業時間及び負担感等について、年１回程度、定量的又は定性的な評価を実施するとともに、その結果を労働安全衛生法第18条に規定する衛生委員会その他これに準ずる会議体において確認し、必要に応じて適切な対策を講じること。 ３～５　（略）	２～４　（略）

③　医療機関等における事務等の簡素化・効率化

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

１．医療 DX への対応を見据え、既存の様式も含め、各種様式の共通項目については、可能な範囲で記載の統一を図る。

２．入院診療計画書のような業務負担の大きい計画書やその他煩雑な計画書について、様式の簡素化や運用の見直しを行うとともに、各種様式の署名又は記名・押印について、代替方法で担保できるものは廃止する。

３．施設基準等届出のオンライン化を引き続き進めるとともに、円滑にオンライン化が進むよう、届出様式の削減や届出項目を最小化する。

４．施設基準等の適合性や診療報酬に関する実績を確認するために、毎年、地方厚生（支）局長や厚生労働省に報告を求めている様式について、他に代替方法がないものや次期報酬改定に必要なものを限定するとともに、添付書類の省略等の簡素化を図る。

５．歯科診療報酬において保険適用について事前承認を求めることとされているもののうち、通知等で明確化されているものを、事前承認の対象から除外する。

改　定　案	現　　行
○入院診療計画書の策定等に係る見直し ［施設基準（通知）］ 別添２ 入院基本料等の施設基準等 第１ 　１　入院診療計画の基準	○入院診療計画書の策定等に係る見直し ［施設基準（通知）］ 別添２ 入院基本料等の施設基準等 第１ 　１　入院診療計画の基準

（１）・（２）　（略） （３）　入院診療計画について、入院前に外来で文書を提供し、説明した場合も、入院後７日以内に行ったものと同様の取扱いとする。 　また、入院期間が２日以内であると見込まれる場合又は３日以上の入院が見込まれていたものの入院期間が２日以内となった場合であって、診療並びに退院後の治療及び生活に支障がないと認められる患者に対して入院診療に関する必要な説明を行った場合は、総合的な入院診療計画の策定並びに患者への文書を用いた説明及び交付は行わなくても差し支えない。この場合は、診療録にその旨を記載すること。 （４）・（５）　（略） （６）　説明に用いた文書は、患者（説明に対して理解できないと認められる患者についてはその家族等）に交付し、その写しを診療録に添付するとともに、説明日及び説明者を診療録に記載すること。 　なお、医師及び患者等の署名は不要であるが、署名がある場合は、説明日及び説明者を診療録に記載する必要はない。 （７）　（略） 別添６の別紙２・別紙２の３ （削除） ○歯科診療報酬における保険適用の判断に係る取扱いの見直し ［歯冠修復及び欠損補綴　通則（通	（１）・（２）　（略） （新設）

知）］	知）］
20　次の場合において、ブリッジ又は小児義歯を適応する場合は、予め理由書、模型、エックス線フィルム又はその複製を地方厚生(支)局長に提出し、保険適用の可否について判断を求める。なお、それぞれの取扱いは、各区分の規定に従う。ただし、イからハまで以外の場合であって、実際の欠損歯を反映した歯式では保険給付外となるブリッジであって、欠損歯の間隙が１歯分少ないようなブリッジを算定する場合は同様の取扱いとする。	20　次の場合において、ブリッジ又は小児義歯を適応する場合は、予め理由書、模型、エックス線フィルム又はその複製を地方厚生(支)局長に提出し、保険適応の有無について判断を求める。なお、それぞれの取扱いは、各区分の規定に従う。ただし、イからホまで以外の場合であって、実際の欠損歯を反映した歯式では保険給付外となるブリッジであって、欠損歯の間隙が１歯分少ないようなブリッジを算定する場合は同様の取扱いとする。
（削除）	イ　Ｍ０００－２に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料の(10)により、「歯冠補綴物又はブリッジ」を保険医療機関において装着した場合において、外傷、腫瘍等（歯周病が原因である場合を除く。）によりやむを得ず当該「歯冠補綴物又はブリッジ」の支台歯、隣在歯又は隣在歯及び当該「歯冠補綴物又はブリッジ」の支台歯を抜歯しブリッジを装着する場合
イ～ハ　（略） （削除）	ロ～ニ　（略） ホ　Ｍ０１８に掲げる有床義歯の(10)により、先天性疾患以外の疾患により後継永久歯がない場合に準ずる状態であって、小児義歯以外は咀嚼機能の改善・回復が困難な小児に対して小児義歯を適用する場合
［クラウン・ブリッジ維持管理料 （１装置につき）］	［クラウン・ブリッジ維持管理料 （１装置につき）］
(1)～(9)　（略）	(1)～(9)　（略）
(10)　「注１」の「歯冠補綴物又はブリッジ」を保険医療機関において装着した日から起算して２年を	(10)　「注１」の「歯冠補綴物又はブリッジ」を保険医療機関において装着した日から起算して２年を

経過するまでの間に、外傷、腫瘍等（う蝕、歯周病又は根尖性歯周炎が原因である場合を除く。）によりやむを得ず当該「歯冠補綴物又はブリッジ」の支台歯、隣在歯又は隣在歯及び当該「歯冠補綴物又はブリッジ」の支台歯を抜歯し、ブリッジを製作する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に算定の理由を記載する。	経過するまでの間に、外傷、腫瘍等（歯周病が原因である場合を除く。）によりやむを得ず当該「歯冠補綴物又はブリッジ」の支台歯、隣在歯又は隣在歯及び当該「歯冠補綴物又はブリッジ」の支台歯を抜歯し、ブリッジを製作する場合は、着手するまでの間に予めその理由書、模型、エックス線フィルム又はその複製を地方厚生（支）局長に提出しその判断を求める。また、添付模型の製作は基本診療料に含まれ算定できないが、添付フィルム又はその複製は区分番号Ｅ１００に掲げる歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織及び区分番号Ｅ３００に掲げるフィルムに準じて算定する。ただし、算定に当たっては診療報酬明細書の摘要欄に算定の理由を記載する。
(11)　（略）	(11)　（略）
［有床義歯］ （１）～（９）　（略） (10)　小児義歯はＭ０１６－２に掲げる小児保隙装置（「２　可撤式保隙装置」に限る。）を除き、原則として認められないが、後継永久歯が無く著しい言語障害及び咀嚼障害を伴う先天性無歯症、象牙質形成不全症、象牙質異形成症若しくはエナメル質形成不全症であって脆弱な乳歯の早期崩壊又は後継永久歯の先天欠損を伴う場合、外胚葉異形成症、低ホスファターゼ症、パピヨン・ルフェブル症候群及び先天性好中球機能不全症その他の先天性疾患により後継永久歯が無い場合、外傷や腫瘍等により歯が喪失した場合又はこれらに準ずる状態であって、小児義歯以外は咀嚼機能の改善・回復が困難	［有床義歯］ （１）～（９）　（略） (10)　小児義歯は原則として認められないが、後継永久歯が無く著しい言語障害及び咀嚼障害を伴う先天性無歯症、象牙質形成不全症、象牙質異形成症若しくはエナメル質形成不全症であって脆弱な乳歯の早期崩壊又は後継永久歯の先天欠損を伴う場合、外胚葉異形成症、低ホスファターゼ症、パピヨン・ルフェブル症候群及び先天性好中球機能不全症その他の先天性疾患により後継永久歯が無い場合、外傷や腫瘍等により歯が喪失した場合又はこれに準ずる状態であって、小児義歯以外は咀嚼機能の改善・回復が困難な小児に対する小児義歯の場合はこの限りでない。この場合において、小児義歯

な小児に対する小児義歯の場合はこの限りでない。この場合において、小児義歯を算定する場合は、診療録及び診療報酬明細書に小児義歯が必要となった理由を記載する。	を算定する場合は、診療録に小児義歯が必要となった疾患名を記載する。なお、先天性疾患以外の疾患により後継永久歯がない場合に準ずる状態であって、小児義歯以外に咀嚼機能の改善・回復が困難な小児に対して小児義歯を適用する場合は、あらかじめ理由書、模型及びエックス線フィルム又はその複製を地方厚生（支）局長に提出し、保険適用の判断を求める。なお、模型の製作は基本診療料に含まれ算定できないが、エックス線フィルム又はその複製は、区分番号Ｅ１００に掲げる歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織及び区分番号Ｅ３００に掲げるフィルムにより算定する。ただし、算定に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に算定の理由を記載する。
(11)～(13)　（略）	(11)～(13)　（略）

④　様式９の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

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

ク　病棟内の看護要員が、当該病棟に入院中の患者に付き添い、病棟外において一時的に看護を行った場合は、勤務時間数に算入してよい。 ケ・コ　（略）	（新設） キ・ク　（略）

【Ｉ－２－３　タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進－①】

①　多職種が専門性を発揮して病棟において協働する体制に係る評価の新設

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

（新）　看護・多職種協働加算（１日につき）

１	看護・多職種協働加算１	●●点
２	看護・多職種協働加算２	●●点

［対象患者］

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

［算定要件］

注１　看護職員を含む多職種が協働して適時かつ適切に専門的な指導及び診療の補助を行う体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者のうち、急性期一般入院料４を算定している患者については看護・多職種協働加

算１を、急性期病院Ｂ一般入院料を算定する患者については看護・多職種協働加算２を、それぞれ所定点数に加算する。

［施設基準］

（１）　当該病棟において、一日に患者に指導及び診療の補助を行う看護職員及び他の医療職種の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二十五又はその端数を増すごとに一以上であること。

（２）　急性期医療を担う病院であること。

（３）　急性期一般入院料４又は急性期病院Ｂ一般入院料を算定する病棟であること。

（４）　次のいずれかに該当すること。

①　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの特に高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上であり、かつ、一定程度高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上の病棟であること。

②　診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの特に高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上であり、かつ、一定程度高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上の病棟であること。

（５）　当該病棟の入院患者の平均在院日数が●●日以内であること。

（６）　当該病棟を退院する患者に占める、自宅等に退院するものの割合が●割●分以上であること。

（７）　当該病棟において各医療職種が専門性に基づいて業務を行う体制が整備されていること。

（８）　病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。

①　医師の働き方改革及び診療科偏在対策の推進

第１　基本的な考え方

外科医師の減少等に対応するため、診療科偏在による医師数の減少が課題となっている診療科の医師の勤務環境・処遇の改善を図りつつ、高度な医療を提供する医療機関等への新たな評価を行う。また、特定地域医療提供機関及び連携型特定地域医療提供機関において、医師の働き方改革を更に推進しつつ、勤務環境・処遇改善等により、医師の診療科偏在を解消して医療提供体制を確保する観点から、地域医療体制確保加算の要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．若手の医師数が減少しており、かつ、医療提供体制の確保が必要とされている診療科について、当該診療科の医師を対象として勤務環境・処遇改善を行うとともに、研修体制を整えている医療機関を新たに評価する。

２．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、時間外・休日労働時間の上限に係る基準を見直す。

改　定　案	現　　行
【地域医療体制確保加算】 ［算定要件］ Ａ２５２　地域医療体制確保加算 （入院初日） １　地域医療体制確保加算１ ●●点 ２　地域医療体制確保加算２ ●●点 ［施設基準（告示）］ 三十五の十一　地域医療体制確保加算の施設基準 （１）　地域医療体制確保加算１の施設基準 イ　救急搬送、周産期医療又は小児救急医療に係る実績を相	【地域医療体制確保加算】 ［算定要件］ Ａ２５２　地域医療体制確保加算 （入院初日）　620点 （新設） （新設） ［施設基準（告示）］ 三十五の十一　地域医療体制確保加算の施設基準 （新設） （１）　救急搬送、周産期医療又は小児救急医療に係る実績を相当

当程度有していること。 ロ　病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。 （２）　地域医療体制確保加算２の施設基準 イ　（１）を満たしていること。 ロ　医師の確保が必要な診療科について、勤務環境及び処遇改善に資する体制並びに研修体制が整備されていること。	程度有していること。 （２）　病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。 （新設）
［施設基準（通知）］ １　地域医療体制確保加算１の施設基準 （１）～（３）　（略） （４）　医師の労働時間について、原則として、タイムカード、ＩＣカード、パソコンの使用時間の記録等の客観的な記録を基礎として確認し、適正に記録すること。また、当該保険医療機関に勤務する医療法施行規則第63 条に定める特定地域医療提供医師及び連携型特定地域医療提供医師（以下、この項において、「特定対象医師」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特定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８年度においては、1635 時間以下 イ　令和９年度においては、	［施設基準（通知）］ １　地域医療体制確保加算の施設基準 （１）～（３）　（略） （４）　医師の労働時間について、原則として、タイムカード、ＩＣカード、パソコンの使用時間の記録等の客観的な記録を基礎として確認し、適正に記録すること。また、当該保険医療機関に勤務する医療法施行規則第63 条に定める特定地域医療提供医師及び連携型特定地域医療提供医師（以下、この項において、「対象医師」という。）の１年間の時間外・休日労働時間が、原則として、次のとおりであること。ただし、１年間の時間外・休日労働時間が次のとおりでない対象医師がいる場合において、その理由、改善のための計画を当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示する等の方法で公開した場合は、その限りでないこと。 ア　令和６年度においては、1785 時間以下 イ　令和７年度においては、

1560 時間以下 （５）　（略）	1710 時間以下 （５）　（略）
２　地域医療体制確保加算２の施設基準 （１）　１の（１）から（５）までを満たしていること。 （２）　「Ａ１０４」特定機能病院入院基本料（７対１入院基本料及び 10 対１入院料に限る。）又は「Ａ２００」急性期総合体制加算を届け出ていること。 （３）　全国的に若手の医師数が減少傾向にある消化器外科、心臓血管外科、小児外科及び循環器内科のうち、地域でも医師の確保が特に必要な診療科を３つ以内で特定し、特定した診療科（以下「特定診療科」という。）の医師及び医療提供体制の確保に関し以下の特別な配慮を行っていること。なお、実態として消化器外科、心臓血管外科又は小児外科を含む場合であって、当該診療科を他の外科系診療科と区別することが困難なときには、外科系診療科全体を特定することとして差し支えないものとし、その場合にあっては、外科系診療科全体を２診療科として特定したものとする。 ア　手術及び高度な医療に関する機能分化並びに集約による地域医療の確保について、地域の他の保険医療機関と協議していること イ　臨床研修終了後の研修（医師法第 16 条の 10 に規定する計画に定められた研修を含む。）を地域の他の保険医療機関と連携して行うなど、地域で協働し	（新設）

て医師の育成を図るための取組を実施していること ウ　特定診療科の医師の給与体系に他の診療科の医師とは異なる特別な配慮（休日手当、時間外手当、深夜手当、当直手当等の毎月決まって支給されない手当を含まず、特定診療科の医師のみを対象として毎月決まって支給されるものに限る。）を行っていること （４）　特定診療科において、ア又はイの取組及びウ又はエの取組を実施していること。 ア　交代勤務制を導入しており、以下の（イ）から（ホ）までのいずれも実施していること。 （イ）　当該診療科に常勤の医師が３名以上配置されていること。 （ロ）　夜勤時間帯において、１名以上の医師が勤務していること。 （ハ）　夜勤を行った医師については、翌日の日勤帯は、休日としていること。 （ニ）　日勤から連続して夜勤を行う場合は、当該夜勤時間帯に２名以上の医師が勤務していることとし、夜勤時間帯に、日勤から連続して勤務している者１名につき、４時間以上の休憩を確保すること。 （ホ）　原則として、当該診療科において夜勤時間帯に行われる診療については、夜勤を行う医師のみによって実施されていること。ただし、同時に２列以上の手術を行う場合は、夜勤を行う医師以外の医師が行っ	

ても良い。 イ　チーム制を導入しており以下の（イ）から（ハ）までのいずれも実施していること。 （イ）　休日、時間外又は深夜（以下「休日等」という。）において、２名以上（当該診療科に配置されている医師の数が５名未満の場合は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。 （ロ）　休日等において、当該診療科における診療が必要な場合は、原則として緊急呼出し当番又は当直医（当該診療科以外の医師を含む。）が行うこと（ただし、当該診療科において、緊急手術を行う場合は、緊急呼出し当番以外の者が手術に参加しても良い。）。 （ハ）　夜勤時間帯に緊急呼出し当番を行う者については、医療法第 123 条第１項に規定する特定対象医師であるかどうかにかかわらず、特定対象医師について医療法第 123 条第１項及び第２項に規定されているものと同様の休息時間を確保すること。また、特定対象医師について同条第３項に規定されているものと同様の休息時間を確保するよう配慮していること。 ウ　医師事務作業補助体制加算を届け出ており、当該加算において配置することとされている医師事務作業補助者が、全ての特定診療科の病棟又は外来	

等に配置されていること。 エ　集中治療、術後疼痛管理、呼吸ケア等、特定診療科の業務に係る適切な研修を修了した看護師が、全ての特定診療科に配置されていること。	

３．地域の基幹的な医療機関において、高度手術を実施する体制を整備し、外科医の勤務環境の改善を図った上で、当該手術を実施した場合の加算を新設する。

（新）　外科医療確保特別加算（１回につき）

［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、長時間かつ高難度な手術を実施した場合であって、当該手術に係る診療科の医師が、当該手術を行ったときは、外科医療確保特別加算として、当該手術の所定点数の 100 分の●●に相当する点数を加算する。

［施設基準（告示）］

第十二　手術

二の●　医科点数表第二章第十部手術通則第●●号に規定する外科医療確保特別加算の施設基準

（１）　長時間かつ高難度な手術を行うにつき必要な実績を有していること。

（２）　長時間かつ高難度な手術を行うにつき必要な体制が整備されていること。

［算定要件（通知）］

第 10 部　手術

＜通則＞

●　「通則●●」に規定する長時間かつ高難度な手術とは、「Ｋ５２２－３」、「Ｋ５２４」の「２」から「Ｋ５２５－３」まで、「Ｋ５２６」の「２」及び「３」、「Ｋ５２７」から「Ｋ５２９－５」まで、「Ｋ５３０－２」、「Ｋ５３１」、「Ｋ５３２」の「２」から「Ｋ５３２－３」まで、「Ｋ６４０」の「２」、「Ｋ６４３」、「Ｋ６４３－２」、「Ｋ６４５」、「Ｋ６４５－２」、「Ｋ６５４－４」から「Ｋ６５５－２」の「３」まで、「Ｋ６５５－４」、「Ｋ６５５－５」、「Ｋ６５６－２」の「２」から「Ｋ６５

７－２」まで、「Ｋ６５９」の「３」、「Ｋ６６０」の「３」、「Ｋ６６７－２」、「Ｋ６７１－２」の「１」、「Ｋ６７３」から「Ｋ６７７」の「３」まで、「Ｋ６７７－２」、「Ｋ６８０」、「Ｋ６８４」、「Ｋ６８４－２」、「Ｋ６９５」、「Ｋ６９５－２」、「Ｋ６９７－４」から「Ｋ６９７－７」まで、「Ｋ７００」、「Ｋ７００－４」、「Ｋ７０２」の「２」から「Ｋ７０４」まで、「Ｋ７０６」、「Ｋ７０９－２」から「Ｋ７０９－５」まで、「Ｋ７１１」、「Ｋ７１１－２」、「Ｋ７１６－３」から「Ｋ７１６－６」まで、「Ｋ７１９」の「２」、「Ｋ７１９－２」、「Ｋ７１９－３」、「Ｋ７１９－５」、「Ｋ７１９－６」、「Ｋ７２９－２」、「Ｋ７３２－２」、「Ｋ７３５」、「Ｋ７３５－３」、「Ｋ７３５－５」、「Ｋ７４０」、「Ｋ７４０－２」、「Ｋ７４２」の「４」、「Ｋ７４８」の「２」及び「Ｋ７５１」の「４」から「Ｋ７５１－３」までに掲げる手術をいう。

● 「通則●●」の外科医療確保特別加算は、当該加算を算定するものとして、地方厚生（支）局長に届出を行っている診療科において手術を実施した場合に限り算定できる。

[施設基準（通知）]

（１） 外科医療確保特別加算を算定する診療科を届け出ていること。

（２） 特定機能病院入院基本料又は急性期総合体制加算を届け出ていること。

（３） 医科点数表第２章第 10 部に掲げる長時間かつ高難度な手術（「Ｋ５２２－３」、「Ｋ５２４」の「２」から「Ｋ５２５－３」まで、「Ｋ５２６」の「２」及び「３」、「Ｋ５２７」から「Ｋ５２９－５」まで、「Ｋ５３０－２」、「Ｋ５３１」、「Ｋ５３２」の「２」から「Ｋ５３２－３」まで、「Ｋ６４０」の「２」、「Ｋ６４３」、「Ｋ６４３－２」、「Ｋ６４５」、「Ｋ６４５－２」、「Ｋ６５４－４」から「Ｋ６５５－２」の「３」まで、「Ｋ６５５－４」、「Ｋ６５５－５」、「Ｋ６５６－２」の「２」から「Ｋ６５７－２」まで、「Ｋ６５９」の「３」、「Ｋ６６０」の「３」、「Ｋ６６７－２」、「Ｋ６７１－２」の「１」、「Ｋ６７３」から「Ｋ６７７」の「３」まで、「Ｋ６７７－２」、「Ｋ６８０」、「Ｋ６８４」、「Ｋ６８４－２」、「Ｋ６９５」、「Ｋ６９５－２」、「Ｋ６９７－４」から「Ｋ６９７－７」まで、「Ｋ７００」、「Ｋ７００－４」、「Ｋ７０２」の「２」から「Ｋ７０４」まで、

「Ｋ７０６」、「Ｋ７０９－２」から「Ｋ７０９－５」まで、「Ｋ７１１」、「Ｋ７１１－２」、「Ｋ７１６－３」から「Ｋ７１６－６」まで、「Ｋ７１９」の「２」、「Ｋ７１９－２」、「Ｋ７１９－３」、「Ｋ７１９－５」、「Ｋ７１９－６」、「Ｋ７２９－２」、「Ｋ７３２－２」、「Ｋ７３５」、「Ｋ７３５－３」、「Ｋ７３５－５」、「Ｋ７４０」、「Ｋ７４０－２」、「Ｋ７４２」の「４」、「Ｋ７４８」の「２」及び「Ｋ７５１」の「４」から「Ｋ７５１－３」まで）を合わせて年間 200 例以上実施していること。

（４）　当該加算を算定する全ての診療科において、以下の全てを実施していること。

ア　当該診療科の経験を５年以上有する常勤（週４日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 31 時間以上であることをいう。ただし、正職員として勤務する者について、育児・介護休業法第 23 条第１項、同条第３項又は同法第 24 条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあっては、所定労働時間が週 30 時間以上であることをいう。）の医師が６名以上配置されていること。

イ　チーム制又は交代勤務制を導入していること。

ウ　当該診療科に配置されている常勤の医師については、医療法第 123 条第１項に規定する特定対象医師であるかどうかにかかわらず、特定対象医師について医療法第 123 条第１項及び第２項に規定するものと同様の休息時間を確保すること。また、特定対象医師について同条第３項に規定するものと同様の休息時間を確保するよう配慮していること。

（５）　他の保険医療機関との連携体制として、次の体制を整備していること。

ア　地域の他の保険医療機関と、対象手術の実施体制及び術後フォローアップの体制等について、事前に協議を行っていること。

イ　当該保険医療機関及び当該他の保険医療機関において、対象手術の実施体制及び術後のフォローアップ体制等に係る協議内容について、公表するとともに、当該患者に説明していること。

（６）　臨床研修終了後の医師を対象として、対象手術に係る診療科における医師法第 16 条の 10 に規定する計画に定められた研修体制が整備されていること。

（７）　地域医療体制確保加算２を届け出ており、当該加算における処遇に係る配慮について、外科医療確保特別加算を算定する診療科が対象となっていること。

（８）　当該診療科の医師が行った年間の対象手術件数に応じ、休日手当、時間外手当、深夜手当、当直手当等とは別に、当該加算額の 100 分の●●以上に相当する額を総額とする手当を当該診療科の医師に支給していること。また、その額の●割以上を当該診療科に配置されている常勤医師に支給しており、当該支給内容について保険医療機関内の全ての医師に周知していること。なお、当該手当を（７）における処遇に係る配慮に活用して差し支えない。

②　処置及び手術の休日・時間外・深夜加算１の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

チーム制における夜勤時間帯の緊急呼出し当番の勤務体制として、勤務間インターバルを追加する。

改　定　案	現　　行
【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】 ［施設基準］ 第56の２　（略） 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）　（略） （２）　チーム制を導入しており、ア及びイの事項、ウ又はエの事項並びにオからキまでの事項のいずれも実施していること。 ア　休日、時間外又は深夜（以下「休日等」という。）において、２名以上（当該診療科に配置されている医師の数が５名未満の場合は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。 イ　（略） ウ　夜勤時間帯に緊急呼出し	【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】 ［施設基準］ 第56の２　（略） 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）　（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　休日、時間外又は深夜（以下「休日等」という。）において、当該診療科に配置されている医師の数が５名又はその端数を増すごとに１名の緊急呼出し当番を担う医師を置いていること。 イ　（略） ウ　夜勤時間帯に緊急呼出し

当番を行った者について、翌日を休日としていること。ただし、夜勤時間帯に当該保険医療機関内で診療を行わなかった場合は、翌日を休日としなくても差し支えない。	当番を行った者について、翌日を休日としていること。ただし、夜勤時間帯に当該保険医療機関内で診療を行わなかった場合は、翌日を休日としなくても差し支えない。
エ　夜勤時間帯に緊急呼出し当番を行う者については、医療法第百二十三条第一項に規定する特定対象医師であるかどうかにかかわらず、特定対象医師について医療法第百二十三条第一項及び第二項に規定するものと同様の休息時間を確保すること。また、特定対象医師については、同条第三項に規定するものと同様の休息時間を確保するよう配慮していること。	（新設）
オ～キ　（略）	エ～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、（１）の交代勤務制を導入している場合は、休日又は時間外において、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。	（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。ただし、休日等において、当該診療科における緊急呼出し当番以外の医師の診療も必要な場合は、緊急呼出し当番以外の医師も診療を行ってもよい。この場合、緊急呼出し当番以外の医師が夜勤時間帯において手術を行っていても、６（２）のアにおける

	当直等を行っている者としては数えないが、特定の医師に夜勤時間帯の手術が集中しないような配慮を行い、４の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制に反映すること。
ア・イ　（略）	ア・イ　（略）

［経過措置］

令和８年３月 31 日の時点で休日加算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、令和９年５月 31 日までの間に限り、７の（２）のウ又はエを満たしているものとみなす。

【Ｉ－２－５　診療報酬上求める基準の柔軟化－①】

①　やむを得ない事情における施設基準等に関する取扱いの見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

改　定　案	現　　行
【入院料等】 ［施設基準］ 基本診療料の施設基準等 第３　届出受理後の措置等 ３　突発的で想定が困難な事象によりやむを得ない事情が生じ、１日当たり勤務する看護要員の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護師及び准看護師の数に対する看護師の比率について、暦月で１か月を超える期間の１割以内の一時的な変動があった場合、次の全てに該当するときは、本通知の第３の１（３）及び（４）の規定にかかわらず、３か月を超えない期間に限り変更の届出を行わなくて	【入院料等】 ［施設基準］ 基本診療料の施設基準等 第３　届出受理後の措置等 （新設）

もよい（１年に１回に限る。）。この場合、看護職員の確保に係る取組及び一時的に看護職員を確保できないやむを得ない事情であることを様式●に記載し、事情が生じた日の属する月の翌月までに速やかに地方厚生局等に報告すること。なお、様式●には、報告する時点で有効な求人票を添付すること。 （１）　職業安定法（昭和22年法律第141号）第８条に定める公共職業安定所又は同法第33条に定める都道府県ナースセンター等の無料職業紹介事業を活用して看護職員の確保に係る取組を行っていること。なお、やむを得ない事情が生じていない場合においても、看護職員の求人を行う場合には、公共職業安定所又は無料職業紹介事業の活用等の看護職員の確保に係る取組を行っていることが望ましい。 （２）　看護職員の確保に係る取組にあたって民間職業紹介事業者を利用する場合においては、医療・介護・保育分野における適正な有料職業紹介事業者認定制度による適正認定事業者を含むこと。 （３）　公共職業安定所又は無料職業紹介事業等を活用して看護職員の確保に係る取組を行っている場合においても、当該医療機関が自ら採用情報をウェブサイトで公表する等、看護職員確保に係る取組を積極的に行っていることが望ましい。 （４）　やむを得ない事情が生じ	

た場合であって、一時的に看護職員の確保ができない場合においては、一部の看護要員へ過度な業務負担とならないよう、保険医療機関は看護要員の適正な労働時間管理を行い、体制の整備を図るよう努めること。	

【Ｉ－２－５　診療報酬上求める基準の柔軟化－②】

②　感染対策向上加算等における専従要件の見直し

第１　基本的な考え方

感染症対策等の専門的な知見を有する者が、介護保険施設等からの求めに応じてその専門性に基づく助言を行うことを促進する観点から、感染対策向上加算等の要件を見直す。

また、医療現場を取り巻く人手不足の状況を踏まえ、業務効率化の観点から、医療安全対策加算、感染対策向上加算及び入院栄養管理体制加算における専従に係る基準を見直す。

第２　具体的な内容

１．感染対策向上加算、緩和ケア診療加算、小児緩和ケア診療加算、外来緩和ケア管理料及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算の施設基準で求める各チームの専従の者が、介護保険施設等からの求めに応じてより柔軟な対応ができるよう、助言に従事できる時間について見直す。

２．感染対策向上加算における感染対策チームの専従者、抗菌薬適正使用支援チームの専従者及び医療安全対策加算1に規定する専従の医療安全管理者について、これらの業務に従事する時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、月 16 時間までに限り、当該業務の実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えないこととする。

改　定　案	現　　行
【感染対策向上加算】 ［施設基準］ 第21　感染対策向上加算 １　感染対策向上加算１の施設基準 （１）（略） （２）　感染防止対策部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。 ア～エ（略） アに定める医師又はイに定める看護師のうち１名は専従で	【感染対策向上加算】 ［施設基準］ 第21　感染対策向上加算 １　感染対策向上加算１の施設基準 （１）（略） （２）　感染防止対策部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。 ア～エ（略） アに定める医師又はイに定める看護師のうち１名は専従

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

専従の職員については、感染制御チームの専従者と異なることが望ましい。また、抗菌薬適正使用支援チームの専従の職員については、感染制御チームの業務を行う場合及び感染対策向上加算２、感染対策向上加算３又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った他の保険医療機関に対する助言に係る業務を行う場合には、抗菌薬適正使用支援チームの業務について専従とみなすことができる。なお、抗菌薬適正使用支援チームの業務への従事時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、月16時間までに限り、当該業務の実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。 　また、アに掲げる常勤医師については、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（感染症の診療について３年以上の経験を有する医師に限る。）を２名組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該２名の非常勤医師が感染制御チームの業務に従事する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる。 (20)～(23)　（略）	制御チームの専従者と異なることが望ましい。また、抗菌薬適正使用支援チームの専従の職員については、感染制御チームの業務を行う場合及び感染対策向上加算２、感染対策向上加算３又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った他の保険医療機関に対する助言に係る業務を行う場合には、抗菌薬適正使用支援チームの業務について専従とみなすことができる。 　また、アに掲げる常勤医師については、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（感染症の診療について３年以上の経験を有する医師に限る。）を２名組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該２名の非常勤医師が感染制御チームの業務に従事する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる。 (20)～(23)　（略）
【緩和ケア診療加算】 ［施設基準（通知）］ 第14　緩和ケア診療加算	【緩和ケア診療加算】 ［施設基準（通知）］ 第14　緩和ケア診療加算 １　緩和ケア診療加算に関する施

１　緩和ケア診療加算に関する施設基準 （１）・（２）　（略） （３）（１）の緩和ケアチームの専従の職員について、次に掲げる介護保険施設等又は指定障害者支援施設等（以下単に「介護保険施設等又は指定障害者支援施設等」という。）からの求めに応じ、当該介護保険施設等又は指定障害者支援施設等において緩和ケアの専門性に基づく助言を行う場合には、緩和ケアチームの業務について専従とみなすことができる。ただし、介護保険施設等又は指定障害者支援施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として月16時間以下であること。 ア～シ（略） （４）～(14)　（略） ※　小児緩和ケア診療加算及び外来緩和ケア管理料についても同様。 【褥瘡ハイリスク患者ケア加算】 ［施設基準］ 第22　褥瘡ハイリスク患者ケア加算 １　褥瘡ハイリスク患者ケア加算に関する施設基準 （１）（略） （２）　褥瘡管理者は、その特性に鑑みて、褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定すべき患者の管理等に影響のない範囲において、オストミー・失禁のケアを行う場合及び介護保険施設等又は指定障害者支援施設等からの求めに応じ、当該介護保険施設等又は指定障害者支援施設等において褥瘡管	設基準 （１）・（２）　（略） （３）（１）の緩和ケアチームの専従の職員について、次に掲げる介護保険施設等又は指定障害者支援施設等（以下単に「介護保険施設等又は指定障害者支援施設等」という。）からの求めに応じ、当該介護保険施設等又は指定障害者支援施設等において緩和ケアの専門性に基づく助言を行う場合には、緩和ケアチームの業務について専従とみなすことができる。ただし、介護保険施設等又は指定障害者支援施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として月10時間以下であること。 ア～シ（略） （４）～(14)　（略） 【褥瘡ハイリスク患者ケア加算】 ［施設基準］ 第22　褥瘡ハイリスク患者ケア加算 １　褥瘡ハイリスク患者ケア加算に関する施設基準 （１）（略） （２）　褥瘡管理者は、その特性に鑑みて、褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定すべき患者の管理等に影響のない範囲において、オストミー・失禁のケアを行う場合及び介護保険施設等又は指定障害者支援施設等からの求めに応じ、当該介護保険施設等又は指定障害者支援施設等において褥瘡管理の専門性に基づく助言を行

理の専門性に基づく助言を行う場合には、専従の褥瘡管理者とみなすことができる。ただし、介護保険施設等又は指定障害者支援施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として月16時間以下であること。 （３）～（８）（略） 【医療安全対策加算】 第20　医療安全対策加算 １　医療安全対策加算１に関する施設基準 （１）　医療安全管理体制に関する基準 ア　当該保険医療機関内に、医療安全対策に係る適切な研修を修了した専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理者として配置されていること。なお、（２）に掲げる医療安全管理者の行う業務に従事する時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、月16時間までに限り、当該業務の実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。また、ここでいう適切な研修とは、次に掲げる全ての事項に該当するものをいう。また、既に受講している研修がこれらの事項を満たしていない場合には、不足する事項を補足する研修を追加受講することで差し支えない。	う場合には、専従の褥瘡管理者とみなすことができる。ただし、介護保険施設等又は指定障害者支援施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として月10時間以下であること。 （３）～（８）（略） 【医療安全対策加算】 第20　医療安全対策加算 １　医療安全対策加算１に関する施設基準 （１）　医療安全管理体制に関する基準 ア　当該保険医療機関内に、医療安全対策に係る適切な研修を修了した専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理者として配置されていること。なお、ここでいう適切な研修とは、次に掲げる全ての事項に該当するものをいう。また、既に受講している研修がこれらの事項を満たしていない場合には、不足する事項を補足する研修を追加受講することで差し支えない。

３．管理栄養士の病棟への専従配置が要件となっている入院栄養管理体制加算について、病棟での業務に影響のない範囲において、当該病棟

から退院した患者の外来栄養食事指導等の継続的な支援を行って差し支えないこととする。

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

【Ｉ－２－５　診療報酬上求める基準の柔軟化－③】

③　常勤職員の常勤要件に係る勤務時間数の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

改　定　案	現　　行
［施設基準］ 第２　病院の入院基本料等に関する施設基準 １～４の２（略） ４の３　急性期一般入院料１及び７対１入院基本料（特定機能病院入院基本料及び障害者施設等入院基本料を除く。）に係る入院患者数及び医師の数については、次の点に留意すること。 （１）　（略） （２）　常勤の医師の数 ア　医師数は、常勤（週４日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週31時間以上であることをいう。ただし、正職員として勤務する者について、育児・介護休業法第23条第１項、同条第３項又は同法第24条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあっては、所定労働時間が週30時間以上であること	［施設基準］ 第２　病院の入院基本料等に関する施設基準 １～４の２（略） ４の３　急性期一般入院料１及び７対１入院基本料（特定機能病院入院基本料及び障害者施設等入院基本料を除く。）に係る入院患者数及び医師の数については、次の点に留意すること。 （１）　（略） （２）　常勤の医師の数 ア　医師数は、常勤（週４日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週32時間以上であることをいう。ただし、正職員として勤務する者について、育児・介護休業法第23条第１項、同条第３項又は同法第24条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあっては、所定労働時間が週30時間以上であること

をいう。）の医師の他、非常勤医師の実労働時間数を常勤換算し算入することができる。この場合においては、当該保険医療機関における常勤職員の所定労働時間（32時間未満の場合は、32時間）の勤務をもって常勤１名として換算する。	をいう。）の医師の他、非常勤医師の実労働時間数を常勤換算し算入することができる。
第３　診療所の入院基本料等に関する施設基準 １～８（略） ９　医師配置加算の施設基準 （１）　（略） （２）　施設基準に係る当該有床診療所における医師数は、常勤の医師（週４日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週31時間以上である者をいう。）の他、非常勤医師の実労働時間数を常勤換算し算入することができる。この場合においては、当該保険医療機関における常勤職員の所定労働時間（32時間未満の場合は、32時間）の勤務をもって常勤１名として換算する。	第３　診療所の入院基本料等に関する施設基準 １～８（略） ９　医師配置加算の施設基準 （１）　（略） （２）　施設基準に係る当該有床診療所における医師数は、常勤の医師（週４日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週32時間以上である者をいう。）の他、非常勤医師の実労働時間数を常勤換算し算入することができる。
第４の２　医師事務作業補助体制加算 １　通則 （１）　（略） （２）　（１）のウの計画に基づき、診療科間の業務の繁閑の実情を踏まえ、医師の事務作業を補助する専従者（以下「医師事務作業補助者」という。）を、15対１補助体制加算の場合は当該加算の届出を行った病床数（以下この項に	第４の２　医師事務作業補助体制加算 １　通則 （１）　（略） （２）　（１）のウの計画に基づき、診療科間の業務の繁閑の実情を踏まえ、医師の事務作業を補助する専従者（以下「医師事務作業補助者」という。）を、15対１補助体制加算の場合は当該加算の届出を行った病床数（以下この項に

おいて同じ。）15床ごとに１名以上、20対１補助体制加算の場合は20床ごとに１名以上、25対１補助体制加算の場合は25床ごとに１名以上、30対１補助体制加算の場合は30床ごとに１名以上、40対１補助体制加算の場合は40床ごとに１名以上、50対１補助体制加算の場合は50床ごとに１名以上、75対１補助体制加算の場合は75床ごとに１名以上、100対１補助体制加算の場合は100床ごとに１名以上配置していること。また、当該医師事務作業補助者は、雇用形態を問わない（派遣職員を含むが、指揮命令権が当該保険医療機関にない請負方式などを除く。）が、当該保険医療機関の常勤職員（週４日以上常態として勤務し、かつ所定労働時間が週31時間以上である者をいう。ただし、正職員として勤務する者について、育児・介護休業法第23条第１項、同条第３項又は同法第24条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあっては、所定労働時間が週30時間以上であること。）と同じ勤務時間数以上の勤務を行う職員であること。なお、当該職員は、医師事務作業補助に専従する職員の常勤換算による場合であっても差し支えない。この場合においては、当該保険医療機関における常勤職員の所定労働時間（32時間未満の場合は、32時間）の勤務をもって常勤１名として換	おいて同じ。）15床ごとに１名以上、20対１補助体制加算の場合は20床ごとに１名以上、25対１補助体制加算の場合は25床ごとに１名以上、30対１補助体制加算の場合は30床ごとに１名以上、40対１補助体制加算の場合は40床ごとに１名以上、50対１補助体制加算の場合は50床ごとに１名以上、75対１補助体制加算の場合は75床ごとに１名以上、100対１補助体制加算の場合は100床ごとに１名以上配置していること。また、当該医師事務作業補助者は、雇用形態を問わない（派遣職員を含むが、指揮命令権が当該保険医療機関にない請負方式などを除く。）が、当該保険医療機関の常勤職員（週４日以上常態として勤務し、かつ所定労働時間が週32時間以上である者をいう。ただし、正職員として勤務する者について、育児・介護休業法第23条第１項、同条第３項又は同法第24条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあっては、所定労働時間が週30時間以上であること。）と同じ勤務時間数以上の勤務を行う職員であること。なお、当該職員は、医師事務作業補助に専従する職員の常勤換算による場合であっても差し支えない。ただし、当該医療機関において医療従事者として勤務している看護職員を医師事務作業補助者として配置することはできない。

算する。ただし、当該医療機関において医療従事者として勤務している看護職員を医師事務作業補助者として配置することはできない。	

④　質の高い摂食嚥下機能回復に係る取組の推進

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

１．摂食嚥下機能回復体制加算１及び２の施設基準のうち、摂食嚥下チームの言語聴覚士の専従要件を見直し、専任の従事者でも可とする。

２.療養病棟で算定される摂食嚥下機能回復体制加算３の実績について、１及び２と同様に、経腸栄養から経口摂取へ回復した患者についても算入可能とする。

改　定　案	現　　行
【摂食嚥下機能回復体制加算】 ［施設基準］ 第45の２　摂食嚥下機能回復体制加算 １　摂食嚥下機能回復体制加算１に関する施設基準 （１）　保険医療機関内に、以下の摂食機能及び嚥下機能の回復の支援に係る専門知識を有した多職種により構成されたチーム（以下「摂食嚥下支援チーム」という。）が設置されていること。なお、歯科医師が摂食嚥下支援チームに参加している場合には、歯科衛生士が必要に応じて参加していること。 ア　（略） イ　摂食嚥下機能障害を有する患者の看護に従事した経	【摂食嚥下機能回復体制加算】 ［施設基準］ 第45の２　摂食嚥下機能回復体制加算 １　摂食嚥下機能回復体制加算１に関する施設基準 （１）　保険医療機関内に、以下の摂食機能及び嚥下機能の回復の支援に係る専門知識を有した多職種により構成されたチーム（以下「摂食嚥下支援チーム」という。）が設置されていること。なお、歯科医師が摂食嚥下支援チームに参加している場合には、歯科衛生士が必要に応じて参加していること。 ア　（略） イ　摂食嚥下機能障害を有する患者の看護に従事した経

験を５年以上有する看護師であって、摂食嚥下障害看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師又は専任の常勤言語聴覚士 ウ　（略）	験を５年以上有する看護師であって、摂食嚥下障害看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師又は専従の常勤言語聴覚士 ウ　（略）
２　（略）	２　（略）
３　摂食嚥下機能回復体制加算３に関する施設基準 （３）　当該保険医療機関において、ア及びイの前年の実績の合計数が２名以上であること。	３　摂食嚥下機能回復体制加算３に関する施設基準 （３）　当該保険医療機関において中心静脈栄養を実施していた患者（療養病棟入院料１又は２を算定する病棟の入院患者に限る。）のうち、嚥下機能評価を実施した上で嚥下リハビリテーション等を行い、嚥下機能が回復し、中心静脈栄養を終了した者の数の前年の実績が、２名以上であること。
ア　中心静脈栄養を実施していた患者（療養病棟入院料１又は２を算定する病棟の入院患者に限る。）のうち、嚥下機能評価を実施した上で嚥下リハビリテーション等を行い、嚥下機能が回復し、中心静脈栄養を終了した者	（新設）
イ　鼻腔栄養を実施していた患者又は胃瘻を造設していた患者のうち、嚥下機能評価を実施した上で嚥下リハビリテーション等を行い、嚥下機能が回復し、経口摂取のみの栄養方法を行う状態に回復した者	（新設）

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

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

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

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

１．１日 18 単位が標準とされている従事者１人当たりの実施単位数について、当該従事者が疾患別リハビリテーション料及び集団コミュニケーション療法以外の業務に従事した場合、その従事した時間 20 分につき１単位とみなし、当該実施単位数に加えることを算定要件に加える。

２．疾患別リハビリテーション料に規定する専従の療法士について、従事する業務を追加するとともに、兼任の取扱い等を見直す。

改　定　案	現　　行
【心大血管疾患リハビリテーション料】 ［算定要件］ （５）　当該リハビリテーションと他の疾患別リハビリテーション及び集団コミュニケーション療法を同一の従事者が行う場合、心大血管疾患リハビリテーションに実際に従事した時間20分を１単位としてみなした上で、他の疾患別リハビリテーション等の実施単位数を足した値が、従事者１人につき１日当たりの実施単位数として18単位を標準と	【心大血管疾患リハビリテーション料】 ［算定要件］ （５）　当該リハビリテーションと他の疾患別リハビリテーション及び集団コミュニケーション療法を同一の従事者が行う場合、心大血管疾患リハビリテーションに実際に従事した時間20分を１単位としてみなした上で、他の疾患別リハビリテーション等の実施単位数を足した値が、従事者１人につき１日18単位を標準とし、週108単位までとする。

し、週当たりの実施単位数として108単位までとする。なお、当該従事者が疾患別リハビリテーションを担当する専従者であって、当該リハビリテーション、他の疾患別リハビリテーション及び集団コミュニケーション療法以外の業務に従事する場合、実際に従事した時間20分(当該時間が20分に満たない場合を含む。)を１単位とみなした上で当該１日当たりの実施単位数及び週当たりの実施単位数に加えて計算する。	
［施設基準］ １　心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)に関する施設基準 （２）　心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専従の常勤理学療法士及び専従の常勤看護師が合わせて２名以上勤務していること又は専従の常勤理学療法士若しくは専従の常勤看護師のいずれか一方が２名以上勤務していること。なお、いずれの組合せの場合であっても、うち１名は専任の従事者でも差し支えない。また、これらの者については、第２章第１部医学管理、第２部在宅医療、第７部リハビリテーション、第８部精神科専門療法、その他リハビリテーション及び患者・家族等の指導に関する業務並びに介護施設等への助言業務に従事することは差し支えない。ただし、当該従事者は第１章第２部入院料等において配置が求められている従事者（専任の者を除く。）として	［施設基準］ １　心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)に関する施設基準 （２）　心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専従の常勤理学療法士及び専従の常勤看護師が合わせて２名以上勤務していること又は専従の常勤理学療法士若しくは専従の常勤看護師のいずれか一方が２名以上勤務していること。なお、いずれの組合せの場合であっても、うち１名は専任の従事者でも差し支えない。また、これらの者については、リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、地域包括医療病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに回復期リハビリテーション入院医療管理料及び地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟の配置従事者との兼任はできないが、心大血管疾患リハビリテーション

従事することはできない。加えて、心大血管疾患リハビリテーションとその他のリハビリテーションの実施日・時間が異なる場合にあっては、別のリハビリテーションの専従者として届け出ることは可能である。また、必要に応じて、心機能に応じた日常生活活動に関する訓練等の心大血管疾患リハビリテーションに係る経験を有する作業療法士が勤務していることが望ましい。	を実施しない時間帯において、他の疾患別リハビリテーション、障害児（者）リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションに従事することは差し支えない。加えて、心大血管疾患リハビリテーションとその他のリハビリテーションの実施日・時間が異なる場合にあっては、別のリハビリテーションの専従者として届け出ることは可能である。また、必要に応じて、心機能に応じた日常生活活動に関する訓練等の心大血管疾患リハビリテーションに係る経験を有する作業療法士が勤務していることが望ましい。
【脳血管疾患等リハビリテーション料】 ［算定要件］ （５） 脳血管疾患等リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションは、１人の従事者が１人の患者に対して重点的に個別的訓練を行う必要があると認められる場合であって、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と患者が１対１で行うものとする。 なお、当該リハビリテーションの実施単位数は、従事者１人につき１日当たりの実施単位数として18単位を標準とし、週当たりの実施単位数として108単位までとする。ただし、１日当たりの実施単位数として24単位を上限とする。また、当該実施単位数は、他の疾患別リハビリテーション及び集団コミュニケーション療法の実施単位数を合	【脳血管疾患等リハビリテーション料】 ［算定要件］ （５） 脳血管疾患等リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションは、１人の従事者が１人の患者に対して重点的に個別的訓練を行う必要があると認められる場合であって、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と患者が１対１で行うものとする。 なお、当該リハビリテーションの実施単位数は、従事者１人につき１日18単位を標準とし、週108単位までとする。ただし、１日24単位を上限とする。また、当該実施単位数は、他の疾患別リハビリテーション及び集団コミュニケーション療法の実施単位数を合わせた単位数であること。この場合にあって、当該従事者が心大血管疾患リハ

わせた単位数であること。この場合にあって、当該従事者が心大血管疾患リハビリテーションを実施する場合には、実際に心大血管疾患リハビリテーションに従事した時間20分を１単位とみなした上で計算するものとする。なお、当該従事者が疾患別リハビリテーションを担当する専従者であって、当該リハビリテーション、他の疾患別リハビリテーション及び集団コミュニケーション療法以外の業務に従事する場合、実際に従事した時間20分（当該時間が20分に満たない場合を含む。）を１単位とみなした上で当該１日当たりの実施単位数及び週当たりの実施単位数に加えて計算する。	ビリテーションを実施する場合には、実際に心大血管疾患リハビリテーションに従事した時間20分を１単位とみなした上で計算するものとする。
［施設基準］ １　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）に関する施設基準 （２）　次のアからエまでを全て満たしていること。 ア　専従の常勤理学療法士が５名以上勤務していること。ただし、第７部リハビリテーション第１節（心大血管疾患リハビリテーション料を除く。）において配置が求められている常勤理学療法士（専従の者を含む。）については、兼任が可能である。ただし、当該従事者は第１章第２部入院料等において配置が求められている従事者（専任の者を除く。）として従事することはできない。	［施設基準］ １　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）に関する施設基準 （２）　次のアからエまでを全て満たしていること。 ア　専従の常勤理学療法士が５名以上勤務していること。ただし、リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、地域包括医療病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに回復期リハビリテーション入院医療管理料及び地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟における常勤理学療法士との兼任はできないが、廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）又は（Ⅲ）、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）又は（Ⅲ）、呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）又

	は(Ⅱ)、障害児（者）リハビリテーション料及びがん患者リハビリテーション料における常勤理学療法士との兼任は可能であること。
イ　専従の常勤作業療法士が３名以上勤務していること。兼任の取扱いについては第40の１の（２）のアと同様である。	イ　専従の常勤作業療法士が３名以上勤務していること。兼任の取扱いについては第40の１の（２）のアと同様である。
ウ　言語聴覚療法を行う場合は、専従の常勤言語聴覚士が１名以上勤務していること。兼任の取扱いについては第40の１の（２）のアと同様である。	ウ　言語聴覚療法を行う場合は、専従の常勤言語聴覚士が１名以上勤務していること。なお、第７部リハビリテーション第１節の各項目のうち専従の常勤言語聴覚士を求める別の項目について、別に定めがある場合を除き、兼任は可能であること。
エ　アからウまでの専従の従事者が合わせて10名以上勤務すること。これらの者については、第２章第１部医学管理、第２部在宅医療、第７部リハビリテーション、第８部精神科専門療法、その他リハビリテーション及び患者・家族等の指導に関する業務（専任として配置が求められるものを含む。）並びに介護施設等への助言業務に従事することは差し支えない。また、第38の１の(12)の例により、専従の非常勤理学療法士、専従の非常勤作業療法士又は専従の非常勤言語聴覚士を常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は常勤言語聴覚士数にそれぞれ算入することができる。ただし、常勤換算し常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は常勤言語聴覚士数に算入することができるのは、常勤配置のうち理学療法士は４名、作業療法士は２名、言語聴覚士は１名までに限る。	エ　アからウまでの専従の従事者が合わせて10名以上勤務すること。なお、当該保険医療機関において、疾患別リハビリテーション（心大血管疾患リハビリテーションを除く。）、障害児（者）リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションが行われる時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。また、第38の１の(12)の例により、専従の非常勤理学療法士、専従の非常勤作業療法士又は専従の非常勤言語聴覚士を常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は常勤言語聴覚士数にそれぞれ算入することができる。ただし、常勤換算し常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は常勤言語聴覚士数に算入することができるのは、常勤配置のうち理学療法士は４名、作業

	療法士は２名、言語聴覚士は１名までに限る。
オ　次の(イ)又は(ロ)の要件を満たす場合であって、アからウまでの専従の従事者が疾患別リハビリテーションを提供すべき患者がいない時間帯には、脳血管疾患等リハビリテーションの実施時間中であっても、当該専従の従事者が、当該保険医療機関が行う通所リハビリテーション又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則（平成 18 年厚生労働省令第 19 号）第６条の６第１号に規定する自立訓練（機能訓練）（以下、「自立訓練（機能訓練）」という。）に従事しても差し支えない。 （イ）　疾患別リハビリテーション料の施設基準における専従の従事者以外の全ての理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士が、介護保険のリハビリテーション、自立訓練（機能訓練）、その他第７部リハビリテーション第１節のいずれかの区分以外の業務に従事していること。 （ロ）　（略）	オ　次の(イ)又は(ロ)の要件を満たす場合であって、アからウまでの専従の従事者が疾患別リハビリテーションを提供すべき患者がいない時間帯には、脳血管疾患等リハビリテーションの実施時間中であっても、当該専従の従事者が、当該保険医療機関が行う通所リハビリテーション又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則（平成 18 年厚生労働省令第 19 号）第６条の６第１号に規定する自立訓練（機能訓練）（以下、「自立訓練（機能訓練）」という。）に従事しても差し支えない。 （イ）　疾患別リハビリテーション料の施設基準における専従の従事者以外の全ての理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士が、介護保険のリハビリテーション、自立訓練（機能訓練）、その他疾患別リハビリテーション以外の業務に従事していること。 （ロ）　（略）
※　心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）・（Ⅲ）、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料、難病患者リハビリテーション料、障害児（者）リハビリテーション料、がん患者リハビリテーション料、認知症患者リハビリテー	

ション料、集団コミュニケーション療法料についても同様。	

３．地域包括医療病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料に規定する専従の療法士等について、従事することのできる業務内容を追加する。

４．地域包括医療病棟、回復期リハビリテーション病棟及び地域包括ケア病棟入院料に規定する専従の療法士等は、当該病棟に入院している患者の退院に向けた指導等について、屋外など、配置された病棟以外での業務に従事可能であることを明確化する。

５．療法士の配置を規定する病棟内に、回復期リハビリテーション入院医療管理料又は地域包括ケア病棟入院医療管理料がある場合、専従の療法士の兼任が可能であることを明確化する。

改　定　案	現　　行
【地域包括医療病棟入院料】 ［算定要件］ Ａ３０４　地域包括医療病棟入院料 （１）～（４）　（略） （５）　当該病棟に専従の理学療法士等は、当該病棟の患者に対し、以下に掲げる疾患別リハビリテーション等の提供等により、全ての入院患者に対するＡＤＬの維持、向上等を目的とした評価・指導を行うこととし、疾患別リハビリテーション料等の対象とならない患者についても、ＡＤＬの維持、向上等を目的とした評価・指導を行うこと。当該評価・指導において必要な場合、医科点数表第１章第２部第２節入院基本料等加算、第２章第１部医学管理等、第３部第３節生体検査料及び第７部第１節リハビリテーション料に掲げる各項目のうち、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行うこととして認められてい	【地域包括医療病棟入院料】 ［算定要件］ Ａ３０４　地域包括医療病棟入院料 （１）～（４）　（略） （５）　当該病棟に専従の理学療法士等は、当該病棟の患者に対し、以下に掲げる疾患別リハビリテーション等の提供等により、全ての入院患者に対するＡＤＬの維持、向上等を目的とした指導を行うこととし、疾患別リハビリテーション料等の対象とならない患者についても、ＡＤＬの維持、向上等を目的とした指導を行うこと。このため、専従の理学療法士等は１日につき６単位を超えた疾患別リハビリテーション料等の算定はできないものとする。

る業務を、当該病棟の患者に対して行うことは差し支えない。当該病棟の患者に対してＡＤＬの維持・向上等を目的とした評価・指導を行うため、専従の理学療法士等は１日につき６単位相当を超えた疾患別リハビリテーション料等の算定はできないものとする。なお、当該病棟の患者に対する評価・指導等は、必要に応じて、病棟外又は屋外等、配置された病棟以外の場所において実施することも可能である。	
（削除）	ア　「Ｈ０００」心大血管疾患リハビリテーション料
（削除）	イ　「Ｈ００１」脳血管疾患等リハビリテーション料
（削除）	ウ　「Ｈ００１－２」廃用症候群リハビリテーション料
（削除）	エ　「Ｈ００２」運動器リハビリテーション料
（削除）	オ　「Ｈ００３」呼吸器リハビリテーション料
（削除）	カ　「Ｈ００４」摂食機能療法
（削除）	キ　「Ｈ００５」視能訓練
（削除）	ク　「Ｈ００７」障害児（者）リハビリテーション料
（削除）	ケ　「Ｈ００７－２」がん患者リハビリテーション料
（削除）	コ　「Ｈ００７－３」認知症患者リハビリテーション料
（削除）	サ　「Ｈ００８」集団コミュニケーション療法料
【回復期リハビリテーション病棟入院料】 ［算定要件］ （１）～（４）　（略） （５）　当該病棟の全ての患者に対して、早期歩行、ＡＤＬの自立等を目的とした理学療法又は作業療法	【回復期リハビリテーション病棟入院料】 ［算定要件］ （１）～（４）　（略） （５）　必要に応じて病棟等における早期歩行、ＡＤＬの自立等を目的とした理学療法又は作業療法が行

が行われることとする。 （６） 当該病棟に専従の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士（以下この項において「専従の療法士等」という。）は、当該病棟の全ての患者に対して、（５）に規定する業務が行われていることに留意しつつ、主として当該病棟の患者に対して、医科点数表第２章第７部第１節に掲げるリハビリテーションの提供並びにＡＤＬの向上及び自立等を目的とした評価・指導を行うこと。当該評価・指導において必要な場合、医科点数表第１章第２部第２節入院基本料等加算、第２章第１部医学管理等及び第３部第３節生体検査料に掲げる各項目のうち、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行うこととして認められている業務に従事することは差し支えない。なお、当該病棟の患者に対する評価・指導等は、必要に応じて、病棟外又は屋外等、配置された病棟以外の場所において実施することも可能である。	われることとする。 （新設）
［施設基準］ ４　回復期リハビリテーション入院医療管理料の施設基準 （１） リハビリテーション科を標榜しており、当該病室を有する病棟に専任の医師１名以上、専従の理学療法士１名以上及び専任の作業療法士１名以上の常勤配置を行うこと。ただし、当該理学療法士等は、当該病室を有する病棟において届け出られている入院料に規定する専従者又は当該病室を有する病棟におけるリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算に係る専従者	［施設基準］ ４　回復期リハビリテーション入院医療管理料の施設基準 （１） リハビリテーション科を標榜しており、当該病室を有する病棟に専任の医師１名以上、専従の理学療法士１名以上及び専任の作業療法士１名以上の常勤配置を行うこと。ただし、当該理学療法士等は、当該病室を有する病棟におけるリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算に係る専従者と兼務することができる。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、

を兼務することができる。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専従の非常勤理学療法士又は専任の非常勤作業療法士をそれぞれ２名以上組み合わせることにより、当該保険医療機関における常勤理学療法士又は常勤作業療法士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤理学療法士又は非常勤作業療法士がそれぞれ配置されている場合には、これらの非常勤理学療法士又は非常勤作業療法士の実労働時間を常勤換算し常勤従事者数にそれぞれ算入することができる。	所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専従の非常勤理学療法士又は専任の非常勤作業療法士をそれぞれ２名以上組み合わせることにより、当該保険医療機関における常勤理学療法士又は常勤作業療法士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤理学療法士又は非常勤作業療法士がそれぞれ配置されている場合には、これらの非常勤理学療法士又は非常勤作業療法士の実労働時間を常勤換算し常勤従事者数にそれぞれ算入することができる。
【地域包括ケア病棟入院料】 ［算定要件］ （１）～（３）　（略） （４）　当該病棟に専従の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士は、当該病棟の患者に対し、ＡＤＬの維持及び向上等を目的とした評価・指導を行うこと。当該評価・指導において必要な場合、医科点数表第１章第２部第２節入院基本料等加算、第２章第１部医学管理等、第３部第３節生体検査料及び第７部第１節リハビリテーション料に掲げる各項目のうち、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行うこととして認められている業務を、当該病棟の患者に対して行うことは差し支えない。なお、当該病棟の患者に対する指導等は、必要に応じて、病棟外又は屋外等、配置された病棟以外の場所において実施することも可能である。	【地域包括ケア病棟入院料】 ［算定要件］ （１）～（３）　（略） （新設）

（５）～(14)　（略） ［施設基準］ １　地域包括ケア病棟入院料の施設基準 （３）　当該保険医療機関内に入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること。 （中略） また、当該病棟又は病室を含む病棟に、専従の常勤理学療法士、専従の常勤作業療法士又は専従の常勤言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が１名以上配置されていること。なお、当該理学療法士等は、疾患別リハビリテーション等を担当する専従者との兼務はできないものであり、当該理学療法士等が提供した疾患別リハビリテーション等については疾患別リハビリテーション料等を算定することはできない。ただし、地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合に限り、当該理学療法士等は、当該病室を有する病棟において届け出られている入院料に規定する専従者又は当該病室を有する病棟におけるリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算に係る専従者を兼務することはできる。 ※　特定機能病院リハビリテーション病棟入院料についても、回復期リハビリテーション病棟入院料と同様。	（４）～(13)　（略） ［施設基準］ １　地域包括ケア病棟入院料の施設基準 （３）　当該保険医療機関内に入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること。 （中略） また、当該病棟又は病室を含む病棟に、専従の常勤理学療法士、専従の常勤作業療法士又は専従の常勤言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が１名以上配置されていること。なお、当該理学療法士等は、疾患別リハビリテーション等を担当する専従者との兼務はできないものであり、当該理学療法士等が提供した疾患別リハビリテーション等については疾患別リハビリテーション料等を算定することはできない。ただし、地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合に限り、当該理学療法士等は、当該病室を有する病棟におけるリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算に係る専従者と兼務することはできる。

【Ⅱ－１－１　患者のニーズ、病院の機能・特性、地域医療構想を踏まえた、医療提供体制の整備－①】

①　急性期病院一般入院基本料等の新設

第１　基本的な考え方

地域で病院が果たしている救急搬送の受入や手術等の急性期機能に着目し、地域ごとの急性期の病院機能を確保する観点から、病院の機能に着目した施設基準を設け、体制整備も含めた新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

救急搬送件数や全身麻酔手術件数、人口の少ない地域における地域での救急搬送受入状況等を踏まえ、当該病院機能に関する要件を施設基準とした急性期病院一般入院基本料及び急性期病院精神病棟入院基本料を新設する。

（新）　急性期病院一般入院基本料（１日につき）

イ　急性期病院Ａ一般入院料　●●点

ロ　急性期病院Ｂ一般入院料　●●点

改　定　案	現　　行
【一般病棟入院基本料】 ［算定要件（告示）］ 注１～９　（略） 10　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～イヌ　（略） イル　協力対象施設入所者入院加算（急性期病院Ａ一般入院料を除く。） 11　（略）	【一般病棟入院基本料】 ［算定要件（告示）］ 注１～９　（略） 10　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～イヌ　（略） イル　協力対象施設入所者入院加算 11　（略）

［施設基準（告示）］

イ　急性期病院一般入院基本料の施設基準

①　通則

１　当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十（急性期病院Ａ一般入院料にあっては七）又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
２　当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。
３　当該病棟の入院患者の平均在院日数が二十一日（急性期病院Ａ一般入院料にあっては十六日）以内であること。
４　診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）第一号ただし書並びに厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第九十三号）別表４から６まで及び 20 の規定に基づき厚生労働大臣が指定する病院であること。
５　急性期病院Ａ一般入院料に係る届出を行っている病棟（許可病床数が二百床未満の保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行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。）及び許可病床数が四百床以上の保険医療機関であって急性期病院Ｂ一般入院料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。

②　急性期病院Ａ一般入院料の施設基準

１　急性期医療を提供するにつき必要な体制が整備されていること。
２　急性期医療に係る実績を相当程度有していること。
３　４以外の保険医療機関にあっては、診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行い、特に高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上、一定程度高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上の病棟であること。
４　許可病床数が二百床未満の保険医療機関（一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うことが困難であることについて正当な理由があるものに限る。）にあっては、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰを用いて評価を行い、特に高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上、一定程度高い基

準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上の病棟であること。

5　当該病棟を退院する患者に占める、自宅等に退院するものの割合が八割以上であること。

6　常勤の医師の員数が、当該病棟の入院患者数に百分の十を乗じて得た数以上であること。

③　急性期病院Ｂ一般入院料の施設基準

1　地域において急性期医療を提供するにつき必要な体制が整備されていること。

2　急性期医療に係る実績を一定程度有していること。

3　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの特に高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上、一定程度高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上の病棟であること。

4　診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの特に高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上、一定程度高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上の病棟であること。

（新）　急性期病院精神病棟入院基本料（１日につき）

イ　急性期病院Ａ精神病棟入院料

（１）　10 対１入院基本料　●●点

（２）　13 対１入院基本料　●●点

（３）　15 対１入院基本料　●●点

ロ　急性期病院Ｂ精神病棟入院料

（１）　10 対１入院基本料　●●点

（２）　13 対１入院基本料　●●点

（３）　15 対１入院基本料　●●点

改　定　案	現　　行
【精神病棟入院基本料】 ［算定要件（告示）］ 注１～５　（略） 10　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ　急性期総合体制加算	【精神病棟入院基本料】 ［算定要件（告示）］ 注１～５　（略） 10　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 （新設）

ロ～イイ　（略）	イ～ン　（略）

［施設基準（告示）］

イ　急性期病院精神病棟入院基本料の施設基準

①　通則

診療報酬の算定方法第一号ただし書並びに厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法別表４から６まで及び 20 の規定に基づき厚生労働大臣が指定する病院であること。

②　急性期病院Ａ精神病棟入院料の施設基準

１　急性期医療を提供するにつき必要な体制が整備されていること。

２　急性期医療に係る実績を相当程度有していること。

３　十対一入院基本料の施設基準

（一）　当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であること（精神病棟入院基本料の注 10 の場合を除く。）とする。

（二）　当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。

（三）　当該病棟の入院患者の平均在院日数が四十日以内であること。

（四）　当該病棟において、新規入院患者のうちＧＡＦ尺度による判定が三十以下の患者が五割以上であること。

４　十三対一入院基本料の施設基準

（一）　当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十三又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員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、二以上であること（精神病棟入院基本料の注 10 の場合を除く。）とする。

（二）　当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。

（三）　当該病棟の入院患者の平均在院日数が八十日以内であるこ

と。

（四）　当該病棟において、新規入院患者のうちＧＡＦ尺度による判定が三十以下の患者又は身体合併症を有する患者が四割以上であること。

（五）　身体疾患への治療体制を確保していること。

５　十五対一入院基本料の施設基準

（一）　当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十五又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には､各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であること（精神病棟入院基本料の注 10 の場合を除く。）とする。

（二）　当該病棟において、看護職員の最小必要数の四割以上が看護師であること。

[施設基準（通知）]

４の９　急性期病院一般入院基本料及び急性期病院精神病棟入院基本料における急性期医療に係る体制について

（１）　急性期病院Ａ一般入院料又は急性期病院Ａ精神病棟入院料を算定する病院では、以下の全てを満たすこと。

ア　救急医療の提供に係る体制として、以下のいずれかを満たすこと。

（イ）　「救急医療対策事業実施要綱」に定める第２「入院を要する（第二次）救急医療体制」、第３「救命救急センター」若しくは第４「高度救命救急センター」又は「疾病・事業及び在宅医療に係る医療提供体制について」（平成 29 年３月 31 日医政地発 0331 第３号）の別紙「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制の構築に係る指針」に規定する「周産期医療の体制構築に係る指針」による総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関

（ロ）　（イ）と同様に 24 時間の救急患者を受け入れている保険医療機関

イ　「Ａ３０４」地域包括医療病棟又は「Ａ３０８－３」地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料を含む。）の届出を行っていない保険医療機関であること。

ウ　画像診断及び検査を 24 時間実施できる体制を確保していること。

エ　当該保険医療機関については、看護師長又はこれと同等以上の職に従事した経験を５年以上有し､次に掲げる所定の研修（修

了証が交付されるものに限る。)を修了した看護師を配置することが望ましい。

(イ)　国、都道府県又は医療関係団体等が主催する研修(180 時間以上のものに限る。)

(ロ)　講義及び演習により、次の①から④までを含む研修

①　病院組織管理

②　医療の質の確保・医療安全

③　多職種連携・人的資源の活用

④　医療 DX を含む業務の効率化

（２）　急性期病院Ｂ一般入院料又は急性期病院Ｂ精神病棟入院料を算定する病院では、以下の全てを満たすこと。

ア　救急医療の提供に係る体制として、以下のいずれかを満たすこと。

(イ)　医療法第 30 条の４の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関であること。

(ロ)　救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院であること。

イ　「Ａ３０４」地域包括医療病棟の届出を行っていない保険医療機関であること。

ウ　当該保険医療機関については、看護師長又はこれと同等以上の職に従事した経験を５年以上有し、次に掲げる所定の研修(修了証が交付されるものに限る。)を修了した看護師を配置することが望ましい。

(イ)　国、都道府県又は医療関係団体等が主催する研修(180 時間以上のものに限る。)

(ロ)　講義及び演習により、次の①から④までを含む研修

①　病院組織管理

②　医療の質の確保・医療安全

③　多職種連携・人的資源の活用

④　医療 DX を含む業務の効率化

４の 10　急性期病院一般入院基本料及び急性期病院精神病棟入院基本料における急性期医療に係る実績について

（１）　急性期病院Ａ一般入院料及び急性期病院Ａ精神病棟入院料を算定する病院における、急性期医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で 2,000 件以上であり、かつ、全身麻酔による手術件数が年間で 1,200 件以上であること。

（２）　介護老人福祉施設、介護老人保健施設及び介護医療院（以下

この項において「介護保険施設」という。）に入所中の患者の救急搬送であって、重症度・緊急性からみて当該介護保険施設の協力医療機関での診療が可能と考えられるものについては、当該協力医療機関から受入の依頼があった場合、当該協力医療機関において受入が困難であった場合又は受入後３日以内に当該協力医療機関に転医・転院した場合を除き、（１）の搬送件数に算入しない。

（３） 急性期病院Ｂ一般入院料及び急性期病院Ｂ精神病棟入院料を算定する病院における、急性期医療に係る実績として、次のいずれかを満たすこと。

ア 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で 1,500 件以上であること。

イ 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で 500 件以上であり、かつ、全身麻酔による手術件数が年間で 500 件以上であること。

ウ 「基本診療料の施設基準等」別紙●に掲げる地域に所在する保険医療機関であって、当該所属二次医療圏に所在する保険医療機関のうち、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が最大であり、かつ、年間で 1,000 件以上であること。

エ 別紙●に掲げる離島に属する保険医療機関であって、当該所属二次医療圏に所在する保険医療機関のうち、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が最大であること。

（４） 介護保険施設等からの救急搬送について、入院加療が必要な場合には、協力医療機関を確認し、当該協力医療機関に情報提供を行うことが望ましい。

（５） 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数のうち、夜間時間帯（22 時から翌朝８時までをいう。）に受け入れた救急搬送件数が１割以上あること。

（６） （３）ウ又はエのいずれかに該当する保険医療機関について、当該保険医療機関が所属する二次医療圏において再編統合が行われた場合には、当分の間、（３）ウに該当する保険医療機関については、別紙●に掲げる地域に所在する保険医療機関であって、当該所属二次医療圏に所在する保険医療機関のうち、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が最大であるものとみなし、（３）エに該当する保険医療機関については、（３）エを満たしているものとみなす。

［施設基準（通知）］

別紙●

人口 20 万人以下の地域

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

	遠紋	紋別市、佐呂間町、遠軽町、湧別町、滝上町、興部町、西興部村、雄武町
	根室	根室市、別海町、中標津町、標津町、羅臼町
青森県	西北五地域	五所川原市、つがる市、鰺ヶ沢町、深浦町、鶴田町、中泊町
	上十三地域	十和田市、三沢市、野辺地町、七戸町、六戸町、横浜町、東北町、六ヶ所村
	下北地域	むつ市、大間町、東通村、風間浦村、佐井村
岩手県	胆江	奥州市、金ケ崎町
	両磐	一関市、平泉町
	気仙	大船渡市、陸前高田市、住田町
	釜石	釜石市、大槌町
	宮古	宮古市、山田町、岩泉町、田野畑村
	久慈	久慈市、普代村、野田村、洋野町
	二戸	二戸市、軽米町、九戸村、一戸町
宮城県	仙南	白石市、角田市、蔵王町、七ケ宿町、大河原町、村田町、柴田町、川崎町、丸森町
山形県	最上	新庄市、金山町、最上町、舟形町、真室川町、大蔵村、鮭川村、戸沢村
福島県	県南	白河市、西郷村、泉崎村、中島村、矢吹町、棚倉町、矢祭町、塙町、鮫川村
	相双	相馬市、南相馬市、広野町、楢葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町、葛尾村、新地町、飯舘村
栃木県	県西	鹿沼市、日光市
	県東	真岡市、益子町、茂木町、市貝町、芳賀町
群馬県	渋川	渋川市、榛東村、吉岡町
	藤岡	藤岡市、上野村、神流町
	富岡	富岡市、下仁田町、南牧村、甘楽町
	吾妻	中之条町、長野原町、嬬恋村、草津町、高山村、東吾妻町

	沼田	沼田市、片品村、川場村、昭和村、みなかみ町
	桐生	桐生市、みどり市
埼玉県	秩父	秩父市、横瀬町、皆野町、長瀞町、小鹿野町
千葉県	安房	館山市、鴨川市、南房総市、鋸南町
東京都	島しょ	大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ケ島村、小笠原村
新潟県	魚沼	十日町市、魚沼市、南魚沼市、湯沢町、津南町
	佐渡	佐渡市
富山県	新川	魚津市、黒部市、入善町、朝日町
	砺波	砺波市、小矢部市、南砺市
石川県	能登中部	七尾市、羽咋市、志賀町、宝達志水町、中能登町
	能登北部	輪島市、珠洲市、穴水町、能登町
福井県	奥越	大野市、勝山市
	丹南	鯖江市、越前市、池田町、南越前町、越前町
	嶺南	敦賀市、小浜市、美浜町、高浜町、おおい町、若狭町
山梨県	峡東	山梨市、笛吹市、甲州市
	峡南	市川三郷町、早川町、身延町、南部町、富士川町
	富士・東部	富士吉田市、都留市、大月市、上野原市、道志村、西桂町、忍野村、山中湖村、鳴沢村、富士河口湖町、小菅村、丹波山村
長野県	上小	上田市、東御市、青木村、長和町
	諏訪	岡谷市、諏訪市、茅野市、下諏訪町、富士見町、原村
	上伊那	伊那市、駒ケ根市、辰野町、箕輪町、飯島町、南箕輪村、中川村、宮田村

	飯伊	飯田市、松川町、高森町、阿南町、阿智村、平谷村、根羽村、下條村、売木村、天龍村、泰阜村、喬木村、豊丘村、大鹿村
	木曽	上松町、南木曽町、木祖村、王滝村、大桑村、木曽町
	大北	大町市、池田町、松川村、白馬村、小谷村
	北信	中野市、飯山市、山ノ内町、木島平村、野沢温泉村、栄村
岐阜県	飛騨	高山市、飛騨市、下呂市、白川村
静岡県	賀茂	下田市、東伊豆町、河津町、南伊豆町、松崎町、西伊豆町
	熱海伊東	熱海市、伊東市
愛知県	東三河北部	新城市、設楽町、東栄町、豊根村
三重県	東紀州	尾鷲市、熊野市、紀北町、御浜町、紀宝町
滋賀県	甲賀	甲賀市、湖南市
	湖東	彦根市、愛荘町、豊郷町、甲良町、多賀町
	湖北	長浜市、米原市
	湖西	高島市
京都府	丹後	宮津市、京丹後市、伊根町、与謝野町
	中丹	福知山市、舞鶴市、綾部市
	南丹	亀岡市、南丹市、京丹波町
	山城南	木津川市、笠置町、和束町、精華町、南山城村
兵庫県	但馬	豊岡市、養父市、朝来市、香美町、新温泉町
	丹波	丹波篠山市、丹波市
	淡路	洲本市、南あわじ市、淡路市
奈良県	東和	天理市、桜井市、宇陀市、山添村、川西町、三宅町、田原本町、曽爾村、御杖村
	南和	五條市、吉野町、大淀町、下市町、黒滝村、天川村、野迫川村、十津川村、下北山村、上北山村、川上村、東吉野村

和歌山県	那賀	紀の川市、岩出市
	橋本	橋本市、かつらぎ町、九度山町、高野町
	有田	有田市、湯浅町、広川町、有田川町
	御坊	御坊市、美浜町、日高町、由良町、印南町、日高川町
	田辺	田辺市、みなべ町、白浜町、上富田町、すさみ町
	新宮	新宮市、那智勝浦町、太地町、古座川町、北山村、串本町
鳥取県	中部	倉吉市、三朝町、湯梨浜町、琴浦町、北栄町
島根県	雲南	雲南市、奥出雲町、飯南町
	出雲	出雲市
	大田	大田市、川本町、美郷町、邑南町
	浜田	浜田市、江津市
	益田	益田市、津和野町、吉賀町
	隠岐	海士町、西ノ島町、知夫村、隠岐の島町
岡山県	高梁・新見	高梁市、新見市
	真庭	真庭市、新庄村
	津山・英田	津山市、美作市、鏡野町、勝央町、奈義町、西粟倉村、久米南町、美咲町
広島県	広島西	大竹市、廿日市市
	備北	三次市、庄原市
山口県	岩国	岩国市、和木町
	柳井	柳井市、周防大島町、上関町、田布施町、平生町
	長門	長門市
	萩	萩市、阿武町
徳島県	南部	小松島市、阿南市、勝浦町、上勝町、那賀町、牟岐町、美波町、海陽町
	西部	美馬市、つるぎ町、三好市、東みよし町
香川県	小豆	土庄町、小豆島町

愛媛県	宇摩	四国中央市
	今治	今治市、上島町
	八幡浜・大洲	八幡浜市、大洲市、西予市、内子町、伊方町
	宇和島	宇和島市、松野町、鬼北町、愛南町
高知県	安芸	室戸市、安芸市、東洋町、奈半利町、田野町、安田町、北川村、馬路村、芸西村
	高幡	須崎市、中土佐町、檮原町、津野町、四万十町
	幡多	宿毛市、土佐清水市、四万十市、大月町、三原村、黒潮町
福岡県	宗像	宗像市、福津市
	朝倉	朝倉市、筑前町、東峰村
	八女・筑後	八女市、筑後市、広川町
	飯塚	飯塚市、嘉麻市、桂川町
	直方・鞍手	直方市、宮若市、小竹町、鞍手町
	田川	田川市、香春町、添田町、糸田町、川崎町、大任町、赤村、福智町
	京築	行橋市、豊前市、苅田町、みやこ町、吉富町、上毛町、築上町
佐賀県	東部	鳥栖市、基山町、上峰町、みやき町
	北部	唐津市、玄海町
	西部	伊万里市、有田町
	南部	武雄市、鹿島市、嬉野市、大町町、江北町、白石町、太良町
長崎県	県南	島原市、雲仙市、南島原市
	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
熊本県	宇城	宇土市、宇城市、美里町

	有明	荒尾市、玉名市、玉東町、南関町、長洲町、和水町
	鹿本	山鹿市
	菊池	菊池市、合志市、大津町、菊陽町
	阿蘇	阿蘇市、南小国町、小国町、産山村、高森町、西原村、南阿蘇村
	八代	八代市、氷川町
	芦北	水俣市、芦北町、津奈木町
	球磨	人吉市、錦町、多良木町、湯前町、水上村、相良村、五木村、山江村、球磨村、あさぎり町
	天草	上天草市、天草市、苓北町
大分県	東部	別府市、杵築市、国東市、姫島村、日出町
	南部	佐伯市
	豊肥	竹田市、豊後大野市
	西部	日田市、九重町、玖珠町
	北部	中津市、豊後高田市、宇佐市
宮崎県	都城北諸県	都城市、三股町
	延岡西臼杵	延岡市、高千穂町、日之影町、五ケ瀬町
	日南串間	日南市、串間市
	西諸	小林市、えびの市、高原町
	西都児湯	西都市、高鍋町、新富町、西米良村、木城町、川南町、都農町
	日向入郷	日向市、門川町、諸塚村、椎葉村、美郷町
鹿児島県	南薩	枕崎市、指宿市、南さつま市、南九州市
	川薩	薩摩川内市、さつま町
	出水	阿久根市、出水市、長島町
	曽於	曽於市、志布志市、大崎町
	肝属	鹿屋市、垂水市、東串良町、錦江町、南大隅町、肝付町
	熊毛	西之表市、中種子町、南種子町、屋久島町

	奄美	奄美市、大和村、宇検村、瀬戸内町、龍郷町、喜界町、徳之島町、天城町、伊仙町、和泊町、知名町、与論町
沖縄県	北部	名護市、国頭村、大宜味村、東村、今帰仁村、本部町、伊江村、伊平屋村、伊是名村
	宮古	宮古島市、多良間村
	八重山	石垣市、竹富町、与那国町

[施設基準（通知）]

別紙●

離島振興法（昭和 28 年法律第 72 号）第２条第１項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法（昭和 29 年法律第 189 号）第１条に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法（昭和 44 年法律第 79 号）第４条第１項に規定する小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法（平成 14 年法律第 14 号）第３条第３号に規定する離島の地域に該当する地域であって、離島のみで構成されている二次医療圏

都道府県	二次医療圏	市町村
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、青ケ島村、小笠原村
新潟県	佐渡	佐渡市
島根県	隠岐	海士町、西ノ島町、知夫村、隠岐の島町
香川県	小豆	土庄町、小豆島町
長崎県	五島	五島市
	上五島	小値賀町、新上五島町
	壱岐	壱岐市
	対馬	対馬市
鹿児島県	熊毛	西之表市、中種子町、南種子町、屋久島町
	奄美	奄美市、大和村、宇検村、瀬戸内町、龍郷町、喜界町、徳之島町、天城町、伊仙町、和泊町、知名町、与論町

沖縄県	宮古	宮古島市、多良間村
	八重山	石垣市、竹富町、与那国町

［経過措置］

（１）　令和●年●月●日時点で地域包括医療病棟の届出を行っている保険医療機関については、当分の間、４の９の（１）のイのうち地域包括医療病棟に係る基準及び（２）のイを満たしているものとみなす。

（２）　令和●年●月●日時点で地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料を含む。）の届出を行っている保険医療機関については、当分の間、４の９の（１）のイのうち地域包括ケア病棟入院料に係る基準を満たしているものとみなす。

（３）　令和●年●月●日までの間に限り、４の 10 の（２）にかかわらず、全ての救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数を（１）に算入できる。

【Ⅱ－１－１　患者のニーズ、病院の機能・特性、地域医療構想を踏まえた、医療提供体制の整備－②】

②　重症度、医療・看護必要度の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

１．一般病棟用の重症度、医療・看護必要度におけるＡ項目「専門的な治療・処置」の項目のうち「抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）」並びにＣ項目「救命等に係る内科的治療」、「別に定める検査」及び「別に定める手術」について、対象となる治療等を追加する。

２．一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準該当割合に、対象病棟における病床あたり救急搬送受入件数等に応じた加算を追加する。

３．Ｂ項目の測定対象日について、毎日測定するか、毎日測定しない場合には入院後４日間及び以降７日毎とし、測定日以外の評価について、直近の評価で代替可能とする。

改　定　案	現　　行
［施設基準（告示）］ 二　一般病棟入院基本料の施設基準等 （１）　一般病棟入院基本料の注１に規定する入院料の施設基準 イ　急性期一般入院基本料の施設基準 ①　（略） ②　急性期一般入院料１の施設基準 １　２以外の保険医療機関にあっては、診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備され	［施設基準（告示）］ 二　一般病棟入院基本料の施設基準等 （１）　一般病棟入院基本料の注１に規定する入院料の施設基準 イ　急性期一般入院基本料の施設基準 ①　（略） ②　急性期一般入院料１の施設基準 １　２以外の保険医療機関にあっては、診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備され

た保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行い、特に高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上、かつ、一定程度高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上を満たす病棟であること。	た保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行い、特に高い基準を満たす患者を二割以上、かつ、一定程度高い基準を満たす患者を二割七分以上入院させる病棟であること。
２　許可病床数が二百床未満の保険医療機関（一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うことが困難であることについて正当な理由があるものに限る。）にあっては、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰを用いて評価を行い、特に高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上、かつ、一定程度高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上を満たす病棟であること。	２　許可病床数が二百床未満の保険医療機関（一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うことが困難であることについて正当な理由があるものに限る。）にあっては、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰを用いて評価を行い、特に高い基準を満たす患者を二割一分以上、かつ、一定程度高い基準を満たす患者を二割八分以上入院させる病棟であること。
［施設基準（通知）］ 第２　病院の入院基本料等に関する施設基準 病院である保険医療機関の入院基本料等に関する施設基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、下記のとおりとする。 １～４　（略） ４の２　急性期一般入院基本料、７対１入院基本料、10対１入院基本料及び地域一般入院基本料（地域一般入院料１に限る。）に係る重症度、医療・看護必要	［施設基準（通知）］ 第２　病院の入院基本料等に関する施設基準 病院である保険医療機関の入院基本料等に関する施設基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、下記のとおりとする。 １～４　（略） ４の２　急性期一般入院基本料、７対１入院基本料、10対１入院基本料及び地域一般入院基本料（地域一般入院料１に限る。）に係る重症度、医療・看護必要

度については、次の点に留意する。 （１）　（略） （２）　急性期一般入院基本料１及び７対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）については、測定の結果、当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床おける直近３月において入院している患者全体（以下、「延べ患者数」という。）に占める重症度、医療・看護必要度における別表１に示す特に高い基準（以下「基準①」という。）を満たす患者（別添６の別紙７による評価の結果、別表１のいずれかに該当する患者をいう。）の割合に、（３）に規定する救急患者応需係数を加えた、基準患者割合に係る指数（以下「基準①割合指数」という。）が、別表２の基準以上であること。また、延べ患者数に占める重症度、医療・看護必要度における別表３に示す一定程度高い基準（以下「基準②という。」を満たす患者（別添６の別紙７による評価の結果、別表３のいずれかに該当する患者をいう。）の割合に、（３）に規定する救急患者応需係数を加えた基準患者割合に係る指数（以下「基準②割合指数」という。）が、別表４の基準以上であること。なお、別添６の別紙７	度については、次の点に留意する。 （１）　（略） （２）　急性期一般入院基本料１及び７対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）については、測定の結果、当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床おける直近３月において入院している患者全体（以下、「延べ患者数」という。）に占める重症度、医療・看護必要度における別表１に示す特に高い基準（以下「基準①」という。）を満たす患者（別添６の別紙７による評価の結果、別表１のいずれかに該当する患者をいう。）の割合が、別表２の基準以上であること。また、延べ患者数に占める重症度、医療・看護必要度における別表３に示す一定程度高い基準（以下「基準②という。」を満たす患者（別添６の別紙７による評価の結果、別表３のいずれかに該当する患者をいう。）の割合が、別表４の基準以上であること。なお、別添６の別紙７の「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票」のＢ項目の患者の状況等については、基準に用いないが、当該評価票を用いて評価を行っていること。

の「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票」のB項目の患者の状況等については、基準に用いないが、当該評価票を用いて評価を行っていること。	
（３） 前項に規定する救急患者応需係数は、当該病棟における病床当たり年間救急搬送受入件数に応じ、ア～ウに定めるところにより算出する。	（新設）
ア 「救急搬送受入件数」は、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターにより搬送された患者を受け入れた件数をいう。	
イ 「病床当たり年間救急搬送受入件数」とは、当該保険医療機関全体における直近１年間の救急搬送受入件数（以下「全救急搬送受入件数」という。）に、直近１年間における救急搬送により当該保険医療機関に入院した患者（救急患者応需補正の算出対象となる病棟に入院した患者に限る。）のうち、当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床に入院した患者の割合を乗じて得た数を、当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床数で除して得た数をいう。	
ウ 救急患者応需係数は、イにより算出した病床当たり年間救急搬送受入件数に、0.005を乗じた数として算出し、救急患者応需補正の上限は１割とする。	

（４）　Ｂ項目の測定日及び測定日以外の評価の取扱い 別添６の別紙７の「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票」におけるＢ項目の測定及び評価については、次のとおり取り扱う。 ア　Ｂ項目の測定は、毎日測定するか、毎日測定しない場合には入院初日から入院４日目までの各日に行い、入院５日目以降については、直近の測定日から少なくとも７日ごとに１回以上測定を行うとともに、退院日については必ず測定を行うこと。ただし、患者の状態に明らかな変化が生じた場合には、直近の測定日から７日を待たず、測定を実施することが望ましい。 イ　アに基づき測定を行った測定日以外の日におけるＢ項目の評価については、直近の測定日におけるＢ項目の評価をもって代替することができる。	（新設）

	改　定　案		現　　行	
	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合 指数	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合 指数	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合
急性期病院Ａ一般入院料	割合①：●割●分 割合②：●割●分	割合①：●割●分 割合②：●割●分	（新設）	（新設）

急性期病院Ｂ一般入院料	割合①:●割●分	割合①:●割●分	（新設）	（新設）
	割合②:●割●分	割合②:●割●分		
急性期一般入院料１	割合①:●割●分 割合②:●割●分	割合①:●割●分 割合②:●割●分	割合①：２割１分 割合②：２割８分	割合①：２割 割合②：２割７分
急性期一般入院料２	●割●分	●割●分	２割２分	２割１分
急性期一般入院料３	●割●分	●割●分	１割９分	１割８分
急性期一般入院料４	●割●分	●割●分	１割６分	１割５分
急性期一般入院料５	●割●分	●割●分	１割２分	１割１分
７対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。））		割合①:●割●分 割合②:●割●分		割合①：２割 割合②：２割７分
急性期総合体制加算１	割合①:●割●分 割合②:●割●分	割合①:●割●分 割合②:●割●分	（新設）	（新設）
急性期総合体制加算２	割合①:●割●分 割合②:●割●分	割合①:●割●分 割合②:●割●分	（新設）	（新設）
急性期総合体制加算３	割合①:●割●分 割合②:●割●分	割合①:●割●分 割合②:●割●分	（新設）	（新設）
急性期総合体制加算４	割合①:●割●分 割合②:●割●分	割合①:●割●分 割合②:●割●分	（新設）	（新設）
急性期総合体制加算５	割合①:●割●分 割合②:●割●分	割合①:●割●分 割合②:●割●分	（新設）	（新設）
看護・多職種協働加算	割合①:●割	割合①:●割	（新設）	（新設）

	●分 割合②:●割 ●分	●分 割合②:●割 ●分		
地域包括医療病棟入院料	●割●分	●割●分	１割６分	１割５分

	改　定　案		現　　行	
	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合
７対１入院基本料（結核病棟入院基本料）	●割	●割	0.8割	0.7割
７対１入院基本料（専門病院入院基本料）	割合①:●割●分 割合②:●割●分	割合①:●割●分 割合②:●割●分	割合①：２割１分 割合②：２割８分	割合①:２割 割合②:２割７分
看護必要度加算１	●割●分	●割●分	１割８分	１割７分
看護必要度加算２	●割●分	●割●分	１割６分	１割５分
看護必要度加算３	●割●分	●割●分	１割３分	１割２分
急性期看護補助体制加算	●割●分	●割●分	0.6割	0.5割
看護職員夜間配置加算	●割●分	●割●分	0.6割	0.5割
看護補助加算１	●割●分	●割●分	0.4割	0.3割
地域包括ケア病棟入院料	●割●分	●割●分	１割	0.8割
特定一般病棟入院料の注７	●割●分	●割●分	１割	0.8割

［経過措置］

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

（１）　急性期一般入院料１　第五の二の（１）のイの②の１又は２

（２）　急性期一般入院料２　第五の二の（１）のイの③の１
（３）　急性期一般入院料３　第五の二の（１）のイの④の１
（４）　急性期一般入院料４　第五の二の（１）のイの⑤
（５）　急性期一般入院料５　第五の二の（１）のイの⑥
（６）　結核病棟入院基本料の七対一入院基本料　第五の四の⑴のイの③
（７）　特定機能病院入院基本料の一般病棟の七対一入院基本料　第五の五の（１）のイの①の４
（８）　特定機能病院入院基本料の注５のイ　第五の五の（４）のイの②
（９）　特定機能病院入院基本料の注５のロ　第五の五の（４）のロの②
⑽　特定機能病院入院基本料の注５のハ　第五の五の（４）のハの②
⑾　専門病院入院基本料の七対一入院基本料　第五の六の⑵のイの④
⑿　専門病院入院基本料の注３のイ　第五の六の⑶のイの②
⒀　専門病院入院基本料の注３のロ　第五の六の⑶のロの②
⒁　専門病院入院基本料の注３のハ　第五の六の⑶のハの②
⒂　地域包括医療病棟　第九の六の四の（１）のチ
⒃　地域包括ケア病棟入院料　第九の十一の二の⑴のハ
⒄　特定一般病棟入院料の注７　第九の十九の⑸のロの①又は②

【Ⅱ－１－１　患者のニーズ、病院の機能・特性、地域医療構想を踏まえた、医療提供体制の整備－③】

③　急性期総合体制加算の新設

第１　基本的な考え方

地域における拠点的な医療機関を評価する観点から、総合入院体制加算及び急性期充実体制加算を見直し、新たな評価を行う。その際、人口の少ない地域において、救急搬送の受入を最も担う病院について配慮する。

第２　具体的な内容

１．総合入院体制加算と急性期充実体制加算を統合し、様々な診療科を有する総合性と、手術件数が多い等の集積性を持つ拠点的な病院の評価を新設する。

２．人口の少ない地域において、救急搬送受入や、地域の外来・在宅診療体制の確保に係る支援を行う拠点的な病院を評価する。

改　定　案	現　　行
【急性期総合体制加算（１日につき）】	【総合入院体制加算（１日につき）】
１　急性期総合体制加算１	１　総合入院体制加算１　260点
イ　７日以内の期間　●●点	（新設）
ロ　８日以上11日以内の期間　●●点	（新設）
ハ　12日以上14日以内の期間　●●点	（新設）
２　急性期総合体制加算２	２　総合入院体制加算２　200点
イ　７日以内の期間　●●点	（新設）
ロ　８日以上11日以内の期間　●●点	（新設）
ハ　12日以上14日以内の期間　●●点	（新設）
３　急性期総合体制加算３	３　総合入院体制加算３　120点
イ　７日以内の期間　●●点	（新設）
ロ　８日以上11日以内の期間　●●点	（新設）

ハ　12日以上14日以内の期間 ●●点	（新設）
４　急性期総合体制加算４	（新設）
イ　７日以内の期間　●●点	
ロ　８日以上11日以内の期間 ●●点	
ハ　12日以上14日以内の期間 ●●点	
５　急性期総合体制加算５	（新設）
イ　７日以内の期間　●●点	
ロ　８日以上11日以内の期間 ●●点	
ハ　12日以上14日以内の期間 ●●点	
注　総合的な急性期医療及び高度かつ専門的な医療を提供する体制、医療従事者の負担の軽減、処遇の改善に対する体制並びに地域の医療を支える体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、急性期総合体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数に加算する。	注　急性期医療を提供する体制、医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、総合入院体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ２００－２に掲げる急性期充実体制加算は別に算定できない。
（削除）	Ａ２００－２　急性期充実体制加算（１日につき）
［施設基準］ 一　急性期総合体制加算の施設基準 （１）　急性期総合体制加算１の施設基準 イ　一般病棟入院基本料（急性	［施設基準］ 一　総合入院体制加算の施設基準 （１）　総合入院体制加算１の施設基準 イ　特定機能病院及び専門病院

期病院Ａ一般入院料に限る。）を算定する病棟を有する病院であること。	入院基本料を算定する病棟を有する病院以外の病院であること。
ロ　地域において総合的かつ専門的な急性期医療及び高度かつ専門的な医療を提供するにつき十分な体制が整備されていること。	ロ　急性期医療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
ハ　総合的かつ専門的な急性期医療及び高度かつ専門的な医療に係る実績を十分有していること。	（新設）
ニ　急性期の治療を要する精神疾患を有する患者等に対する入院診療を行うにつき必要な体制及び実績を有していること。	（新設）
ホ　医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。	ハ　医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。
ヘ　入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制を確保していること。	（新設）
ト　感染対策向上加算１に係る届出を行っている保険医療機関であること。	（新設）
（削除）	ニ　急性期医療に係る実績を十分有していること。
チ　当該保険医療機関の敷地内において喫煙が禁止されていること。	ホ　当該保険医療機関の敷地内において喫煙が禁止されていること。
リ　次のいずれにも該当すること。	ヘ　次のいずれにも該当すること。
①　地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料又は療養病棟入院基本料に係る届出を行っていない保険医療機関であること。	①　地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料又は療養病棟入院基本料に係る届出を行っていない保険医療機関であること。
②　一般病棟入院基本料等の病床数の合計が、当該医療機関の許可病床数の総数か	（新設）

ら精神病棟入院基本料等の病床数を除いた９割以上であること。	
③　（略）	②　（略）
（削除）	ト　急性期の治療を要する精神疾患を有する患者等に対する入院診療を行うにつき必要な体制及び実績を有していること。
ヌ　一般病棟入院基本料を算定するものについては、次のいずれかに該当すること。	チ　次のいずれかに該当すること。
①　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの特に高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上、一定程度高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上の病棟であること。	①　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を三割三分以上入院させる病棟であること。
②　診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの特に高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上、一定程度高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上の病棟であること。	②　診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を三割二分以上入院させる病棟であること。
ル　公益財団法人日本医療機能評価機構（平成七年七月二十七日に財団法人日本医療機能評価機構という名称で設立された法人をいう。以下同じ。）等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれに準ずる病院であること。	リ　公益財団法人日本医療機能評価機構（平成七年七月二十七日に財団法人日本医療機能評価機構という名称で設立された法人をいう。以下同じ。）等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれに準ずる病院であること。
（２）　急性期総合体制加算２の施設基準	（２）　総合入院体制加算２の施設基準

イ　（１）のイ、ロ、ニからリまで及びルを満たすものであること。	イ　（１）のイ、ハ、ヘ及びリを満たすものであること。
（削除）	ロ　急性期医療を行うにつき必要な体制が整備されていること。
ロ　総合的かつ専門的な急性期医療及び高度かつ専門的な医療に係る実績を相当程度有していること。	ハ　急性期医療に係る実績を相当程度有していること。
（削除）	ニ　急性期の治療を要する精神疾患を有する患者等に対する診療を行うにつき必要な体制及び実績を有していること。
ハ　一般病棟入院基本料を算定するものについては、次のいずれかに該当すること。	ホ　次のいずれかに該当すること。
①　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの特に高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上、一定程度高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上の病棟であること。	①　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を三割一分以上入院させる病棟であること。
②　診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの特に高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上、一定程度高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上の病棟であること。	②　診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を三割以上入院させる病棟であること。
（３）　急性期総合体制加算３の施設基準	（３）　総合入院体制加算３の施設基準
イ　（１）のイ、ニからリまで及びルを満たすものであること。	イ　（１）のイ、ハ及びヘを満たすものであること。
ロ　地域において総合的かつ専	ロ　（２）のロを満たすもので

門的な急性期医療及び高度かつ専門的な医療を提供するにつき必要な体制が整備されていること。	あること。
ハ　総合的かつ専門的な急性期医療及び高度かつ専門的な医療に係る実績を高い水準で有していること。	ハ　急性期医療に係る実績を一定程度有していること。
ニ　急性期の治療を要する精神疾患を有する患者等に対する診療を行うにつき必要な体制及び実績を有していること。	ニ　急性期の治療を要する精神疾患を有する患者等に対する診療を行うにつき必要な体制又は実績を有していること。
ホ　一般病棟入院基本料を算定するものについては、次のいずれかに該当すること。	ホ　次のいずれかに該当すること。
①　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの特に高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上、一定程度高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上の病棟であること。	①　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を二割八分以上入院させる病棟であること。
②　診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの特に高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上、一定程度高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上の病棟であること。	②　診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を二割七分以上入院させる病棟であること。
（４）　急性期総合体制加算４の施設基準	（新設）
イ　（１）のイ、ホからリまで及びルを満たすものであること。	
ロ　（３）のロ及びニを満たすものであること。	
ハ　（２）のロを満たすもので	

あること。 ニ　一般病棟入院基本料を算定するものについては、次のいずれかに該当すること。 ①　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの特に高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上、一定程度高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上の病棟であること。 ②　診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの特に高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上、一定程度高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上の病棟であること。	
（５）　急性期総合体制加算５の施設基準 イ　一般病棟入院基本料（急性期病院一般入院基本料に限る。）を算定する病棟を有する病院であること。 ロ　地域において総合的な急性期医療を提供するにつき必要な体制が整備されていること。 ハ　急性期医療に係る実績を一定程度有していること。 ニ　急性期の治療を要する精神疾患を有する患者等に対する診療を行うにつき必要な体制又は実績を有していること。 ホ　（１）のホ、ヘ、チ並びにリの①（人口20万人未満の地域で救急搬送を最も多く受け	（新設）

入れている保険医療機関については、地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料又は療養病棟入院基本料に係る基準を除く。）及び③を満たすものであること。 へ　一般病棟入院基本料を算定するものについては、次のいずれかに該当すること。 ①　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの特に高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上、一定程度高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上の病棟であること。 ②　診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの特に高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上、一定程度高い基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上の病棟であること。	
（削除）	一の二　急性期充実体制加算の施設基準等
【地域包括医療病棟入院料】 ［施設基準］ （１）地域包括医療病棟入院料１の施設基準 イ～タ（略） レ　急性期総合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。 ソ～ネ（略） ナ　当該保険医療機関内に区分番号Ａ１００に掲げる一般病棟入	【地域包括医療病棟入院料】 ［施設基準］ （１）地域包括医療病棟入院料の施設基準 イ～タ（略） レ　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。 ソ～ネ（略） （新設）

院基本料を算定する病棟を有していないこと。 （２） 地域包括医療病棟入院料２の施設基準 （１）のイからネまでを満たすものであること。	（新設）

[経過措置]

（１） 令和●年●月●日時点で総合入院体制加算の届出を行っている保険医療機関については、当分の間、第八の一の（１）のリの①の地域包括医療病棟に係る基準、（２）のイのうち（１）のリの①の地域包括医療病棟に係る基準、（３）のイのうち（１）のリの①の地域包括医療病棟に係る基準、（４）のイのうち（１）のリの①の地域包括医療病棟に係る基準及び（５）のホのうち（１）のリの①の地域包括医療病棟に係る基準を満たしているものとみなす。

（２） 令和●年●月●日時点で総合入院体制加算１又は２の届出を行っている保険医療機関については、当分の間、第八の一の（２）のイのうち（１）のリの②に係る基準及び（４）のイのうち（１）のリの②に係る基準を満たしているものとみなす。

（３） 令和●年●月●日時点で総合入院体制加算又は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、令和８年９月 30 日までの間に限り、第八の一の（１）のヌ、（２）のハ、（３）のホ、（４）のニ及び（５）のヘを満たしているものとみなす。

（４） 令和●年●月●日時点で総合入院体制加算に係る届出を行っている保険医療機関については、当分の間、第九の六の四の（１）のレ又は（２）のうち（１）のレに係る基準を満たしているものとみなす。

【Ⅱ－１－１　患者のニーズ、病院の機能・特性、地域医療構想を踏まえた、医療提供体制の整備－④】

④　特定機能病院入院基本料の見直し

第１　基本的な考え方

特定機能病院について､高度な医療等を提供する拠点としての機能や、地域医療における役割を積極的に果たす機能を評価する観点から、特定機能病院入院基本料の区分を見直す。

第２　具体的な内容

特定機能病院の承認基準の変更を踏まえ、特定機能病院入院基本料の評価区分を見直す。

改　定　案	現　　行
【特定機能病院入院基本料】	【特定機能病院入院基本料】
［算定要件］	［算定要件］
１　特定機能病院Ａ入院基本料	（新設）
イ　一般病棟の場合	１　一般病棟の場合
（１）　７対１入院基本料　●●点	イ　７対１入院基本料　1,822点
（２）　10対１入院基本料　●●点	ロ　10対１入院基本料　1,458点
ロ　結核病棟の場合	２　結核病棟の場合
（１）　７対１入院基本料　●●点	イ　７対１入院基本料　1,822点
（２）　10対１入院基本料　●●点	ロ　10対１入院基本料　1,458点
（３）　13対１入院基本料　●●点	ハ　13対１入院基本料　1,228点
（４）　15対１入院基本料　●●点	ニ　15対１入院基本料　1,053点
ハ　精神病棟の場合	３　精神病棟の場合
（１）　７対１入院基本料　●●点	イ　７対１入院基本料　1,551点
（２）　10対１入院基本料　●●点	ロ　10対１入院基本料　1,393点
（３）　13対１入院基本料　●●点	ハ　13対１入院基本料　1,038点
（４）　15対１入院基本料　●●点	ニ　15対１入院基本料　948点
２　特定機能病院Ｂ入院基本料	（新設）
イ　一般病棟の場合	
（１）　７対１入院基本料　●●点	
（２）　10対１入院基本料　●●点	
ロ　結核病棟の場合	
（１）　７対１入院基本料　●●点	
（２）　10対１入院基本料　●●点	
（３）　13対１入院基本料　●●点	

（４） 15対１入院基本料 ●●点 ハ 精神病棟の場合 （１） ７対１入院基本料 ●●点 （２） 10対１入院基本料 ●●点 （３） 13対１入院基本料 ●●点 （４） 15対１入院基本料 ●●点 ３ 特定機能病院Ｃ入院基本料 イ 一般病棟の場合 （１） ７対１入院基本料 ●●点 （２） 10対１入院基本料 ●●点 ロ 結核病棟の場合 （１） ７対１入院基本料 ●●点 （２） 10対１入院基本料 ●●点 （３） 13対１入院基本料 ●●点 （４） 15対１入院基本料 ●●点 ハ 精神病棟の場合 （１） ７対１入院基本料 ●●点 （２） 10対１入院基本料 ●●点 （３） 13対１入院基本料 ●●点 （４） 15対１入院基本料 ●●点	（新設）
［施設基準］ （１） 特定機能病院入院基本料の注１に規定する入院基本料の施設基準 イ 特定機能病院Ａ入院基本料の施設基準 ① 通則 医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）第●条に規定する特定機能病院Ａ（仮称）であること。 ② 一般病棟 １ 七対一入院基本料の施設基準 （１）～（６） （略） ２ 十対一入院基本料の施設基準 （１）～（５） （略） ③ 結核病棟 １ 七対一入院基本料の施設基準	［施設基準］ （１） 特定機能病院入院基本料の注１に規定する入院基本料の施設基準 （新設） （新設） イ 一般病棟 ① 七対一入院基本料の施設基準 １～６ （略） ② 十対一入院基本料の施設基準 １～５ （略） ロ 結核病棟 ① 七対一入院基本料の施設基準

（１）～（４）　（略） ２　十対一入院基本料の施設基準 （１）～（３）　（略） ３　十三対一入院基本料の施設基準 （１）～（３）　（略） ４　十五対一入院基本料の施設基準 （１）～（３）　（略） ④　精神病棟 １　七対一入院基本料の施設基準 （１）～（４）　（略） ２　十対一入院基本料の施設基準 （１）～（４）　（略） ３　十三対一入院基本料の施設基準 （１）～（５）　（略） ４　十五対一入院基本料の施設基準 （１）・（２）　（略） ロ　特定機能病院Ｂ入院基本料の施設基準 ①　通則 医療法施行規則第●条に規定する特定機能病院Ｂ（仮称）であること。 ②　一般病棟 １　七対一入院基本料の施設基準 イの②の１の（１）から（６）までを満たすこと。 ２　十対一入院基本料の施設基準 イの②の２の（１）から（５）までを満たすこと。 ③　結核病棟 １　七対一入院基本料の施設基準 イの③の１の（１）から	１～４　（略） ②　十対一入院基本料の施設基準 １～３　（略） ③　十三対一入院基本料の施設基準 １～３　（略） ④　十五対一入院基本料の施設基準 １～３　（略） ハ　精神病棟 ①　七対一入院基本料の施設基準 １～４　（略） ②　十対一入院基本料の施設基準 １～４　（略） ③　十三対一入院基本料の施設基準 １～５　（略） ④　十五対一入院基本料の施設基準 １・２　（略） （新設）

（４）までを満たすこと。 ２　十対一入院基本料の施設基準 イの③の２の（１）から（３）までを満たすこと。 ３　十三対一入院基本料の施設基準 イの③の３の（１）から（３）までを満たすこと。 ４　十五対一入院基本料の施設基準 イの③の４の（１）から（３）までを満たすこと。 ④　精神病棟 １　七対一入院基本料の施設基準 イの④の１の（１）から（４）までを満たすこと。 ２　十対一入院基本料の施設基準 イの④の２の（１）から（４）までを満たすこと。 ３　十三対一入院基本料の施設基準 イの④の３の（１）から（５）までを満たすこと。 ４　十五対一入院基本料の施設基準 イの④の４の（１）及び（４）を満たすこと。	
ハ　特定機能病院Ｃ入院基本料の施設基準 ①　通則 イ及びロに定める特定機能病院以外の特定機能病院であること。 ②　一般病棟 １　七対一入院基本料の施設基準 イの②の１の（１）から（６）までを満たすこと。 ２　十対一入院基本料の施設	（新設）

基準 イの②の２の（１）から（５）までを満たすこと。 ③　結核病棟 １　七対一入院基本料の施設基準 イの③の１の（１）から（４）までを満たすこと。 ２　十対一入院基本料の施設基準 イの③の２の（１）から（３）までを満たすこと。 ３　十三対一入院基本料の施設基準 イの③の３の（１）から（３）までを満たすこと。 ４　十五対一入院基本料の施設基準 イの③の４の（１）から（３）までを満たすこと。 ④　精神病棟 １　七対一入院基本料の施設基準 イの④の１の（１）から（４）までを満たすこと。 ２　十対一入院基本料の施設基準 イの④の２の（１）から（４）までを満たすこと。 ３　十三対一入院基本料の施設基準 イの④の３の（１）から（５）までを満たすこと。 ４　十五対一入院基本料の施設基準 イの④の４の（１）及び（４）を満たすこと。	

※　特定機能病院の見直し後の名称については、令和７年度を目途に関係省令が公布・施行される予定であるため、算定告示及び施設基準告示にも当該名称を反映する。

【Ⅱ－１－１　患者のニーズ、病院の機能・特性、地域医療構想を踏まえた医療提供体制の整備－⑤】

⑤　特定集中治療室管理料の見直し

第１　基本的な考え方

特定集中治療室を有する病院が担う医療機能に係る実績に応じた評価を行う観点から、特定集中治療室管理料について見直しを行う。

第２　具体的な内容

１．重症の救急搬送患者や全身麻酔手術後患者に特に密度の高い医学的管理を行うこと等が特定集中治療室を有する病院が担う役割であることを踏まえ、特定集中治療室管理料について、救急搬送件数及び全身麻酔手術件数に関する病院の実績を要件とする。

２．専任の医師に宿日直を行う医師が含まれる治療室とそれ以外の治療室における診療の現状等を踏まえ、宿日直を行う医師が含まれる治療室の範囲及び施設基準を見直す。

３．広範囲熱傷特定集中治療管理料の有無によって区分が分かれている特定集中治療室管理料１から６までの評価体系について、簡素化の観点からその区分を統合し整理する。

改　定　案	現　　行
【特定集中治療室管理料】 １　特定集中治療室管理料１ イ　７日以内の期間　●●点 ロ　８日以上の期間　●●点 （削除）	【特定集中治療室管理料】 １　特定集中治療室管理料１ イ　７日以内の期間　14,406点 ロ　８日以上の期間　12,828点 ２　特定集中治療室管理料２ イ　特定集中治療室管理料 （１）　７日以内の期間 14,406点 （２）　８日以上の期間 12,828点 ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理

	料 （１）　７日以内の期間 14,406点 （２）　８日以上60日以内の期間 13,028点
２　特定集中治療室管理料２ イ　７日以内の期間　●●点 ロ　８日以上の期間　●●点 （削除）	３　特定集中治療室管理料３ イ　７日以内の期間　9,890点 ロ　８日以上の期間　8,307点 ４　特定集中治療室管理料４ イ　特定集中治療室管理料 （１）　７日以内の期間　9,890点 （２）　８日以上の期間　8,307点 ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料 （１）　７日以内の期間　9,890点 （２）　８日以上60日以内の期間 8,507点
３　特定集中治療室管理料３ イ　７日以内の期間　●●点 ロ　８日以上の期間　●●点 （削除）	５　特定集中治療室管理料５ イ　７日以内の期間　8,890点 ロ　８日以上の期間　7,307点 ６　特定集中治療室管理料６ イ　特定集中治療室管理料 （１）　７日以内の期間　8,890点 （２）　８日以上の期間　7,307点 ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料 （１）　７日以内の期間　8,890点 （２）　８日以上60日以内の期間 7,507点
注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があって特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分に従い、14日（広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な状態の患者（注８に規定する加算を算定する患者に限る。）にあっては60日、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があって特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分（特定集中治療室管理料２、４及び６に限る。）に従い、14日（別に厚生労働大臣が定める状態の患者（特定集中治療室管理料２、４及び６に係る届出を行

出た保険医療機関に入院している患者であって、急性血液浄化（腹膜透析を除く。）又は体外式心肺補助（ＥＣＭＯ）を必要とするものにあっては25日、臓器移植を行ったものにあっては30日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。	った保険医療機関に入院した患者に限る。）にあっては60日、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、急性血液浄化（腹膜透析を除く。）又は体外式心肺補助（ＥＣＭＯ）を必要とするものにあっては25日、臓器移植を行ったものにあっては30日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。
２～７　（略）	２～７　（略）
８　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、広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な状態の患者に対して特定集中治療室管理が行われた場合には、広範囲熱傷管理加算として、入院日から起算して８日以降60日までの期間に限り、●●点を所定点数に加算する。	（新設）
［施設基準］	［施設基準］
三　特定集中治療室管理料の施設基準等	三　特定集中治療室管理料の施設基準等
（１）　特定集中治療室管理料の注１に規定する入院基本料の施設基準	（１）　特定集中治療室管理料の注１に規定する入院基本料の施設基準
イ　特定集中治療室管理料１の施設基準	イ　特定集中治療室管理料１の施設基準
①～⑧　（略）	①～⑧　（略）
⑨　救急医療又は急性期医療に係る実績を相当程度有していること。	（新設）
（削除）	ロ　特定集中治療室管理料２の施設基準 次のいずれにも該当するものであること。

	①　イを満たすものであること。 ②　広範囲熱傷特定集中治療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
ロ　特定集中治療室管理料２の施設基準 ①　イの①、③、④、⑧及び⑨を満たすものであること。 ②　当該治療室内又は当該治療室の至近の場所に、集中治療を行うにつき必要な医師が常時配置されていること。 ③～⑤　（略）	ハ　特定集中治療室管理料３の施設基準 ①　イの①、④及び⑧を満たすものであること。 ②　当該治療室内に集中治療を行うにつき必要な医師が常時配置されていること。 ③～⑤　（略）
（削除）	ニ　特定集中治療室管理料４の施設基準 次のいずれにも該当するものであること。 ①　ハを満たすものであること。 ②　広範囲熱傷特定集中治療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
ハ　特定集中治療室管理料３の施設基準 ①　イの①、④、⑧及び⑨を満たすものであること。 （削除） ②　ロの②及び③を満たすものであること。 ③　（略） （削除）	ホ　特定集中治療室管理料５の施設基準 ①　イの①、③、④及び⑧を満たすものであること。 ②　当該保険医療機関内に集中治療を行うにつき必要な医師が常時配置されていること。 ③　ハの③を満たすものであること。 ④　（略） ⑤　届出時点で、継続して３月以上、特定集中治療室管理料１、２、３又は４又は救命救急入院料を算定していること。
（削除）	ヘ　特定集中治療室管理料６の

	施設基準 次のいずれにも該当するものであること。 ① ホを満たすものであること。 ② 広範囲熱傷特定集中治療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
（削除）	（２） 特定集中治療室管理料の注１に規定する厚生労働大臣が定める区分 イ 特定集中治療室管理料 広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な患者以外の患者 ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料 広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な患者
（削除）	（３） 特定集中治療室管理料の注１に規定する厚生労働大臣が定める状態 広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な状態
（２）～（８） （略） （９） 特定集中治療室管理料の注８に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関 広範囲熱傷特定集中治療を行うにつき十分な体制が整備されていること。	（４）～（８） （略） （新設）
第２ 特定集中治療室管理料 １ 特定集中治療室管理料１に関する施設基準 （１）～（８） （略） （９） 当該治療室専任の医師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での勤務及び宿日直を併せて行わないものとし、当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、	第２ 特定集中治療室管理料 １ 特定集中治療室管理料１に関する施設基準 （１）～（８） （略） （９） 当該治療室勤務の医師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での勤務及び宿日直を併せて行わないものとし、当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、

当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとすること。 (11)～(13)　（略） (14)　以下のいずれかを満たしていること。なお、全身麻酔の定義は、別添３の第１の１の(４)のアと同様である。 ア　救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で1,000件以上であること。ただし、「基本診療料の施設基準等」別表第●に掲げる地域に所在する病院にあっては、当該件数が年間で800件以上であること。 イ　全身麻酔による手術件数が年間で1,000件以上であること。ただし、「基本診療料の施設基準等」別表第●に掲げる地域に所在する病院にあっては、当該件数が年間で800件以上であること。 ウ　許可病床数のうち、「Ａ３０１－４」小児特定集中治療室管理料、「Ａ３０３」新生児特定集中治療室管理料、「Ａ３０２－２」新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料、「Ａ３０３」の「２」新生児集中治療室管理料、「Ａ３０３－２」新生児治療回復室入院医療管理料及び「Ａ３０７」小児入院医療管理料の届出病床数を合計した病床数が占める割合が５割以上の病院であって、全身麻酔による手術件数が年間で500件以上であるこ	当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとすること。 (11)～(13)　（略） （新設）

と。ただし、当該病院であって、「基本診療料の施設基準等」別表第●に掲げる地域に所在するものにあっては、当該件数が年間で400件以上であること。	
（削除）	２　特定集中治療室管理料２（広範囲熱傷特定集中治療管理料）に関する施設基準 （１）　特定集中治療室管理料１の施設基準を満たすほか、広範囲熱傷特定集中治療管理を行うにふさわしい治療室を有しており、当該治療室の広さは、内法による測定で、１床当たり20平方メートル以上であること。 （２）　当該保険医療機関に広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師が勤務していること。
２　特定集中治療室管理料２に関する施設基準 （１）　専任の医師（宿日直を行っている専任の医師を含む。）が常時、原則として特定集中治療室内（当該治療室から離れる場合にあっては、保険医療機関内の速やかに特定集中治療室での診療を開始できる場所）に勤務していること。	３　特定集中治療室管理料３に関する施設基準 （１）　専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること。当該専任の医師は、宿日直を行う医師ではないこと。ただし、患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない。
（２）　（略）	（２）　（略）
（３）　特定集中治療室管理料１の(２)、(５)から(８)、(11)、(13)及び(14)を満たすこと。	（３）　特定集中治療室管理料１の(５)から(９)、(11)及び(13)を満たすこと。
（４）　当該治療室専任の医師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外	（新設）

での勤務を併せて行わないものとすること。	
（５）～（６）　（略）	（４）～（５）　（略）
（削除）	４　特定集中治療室管理料４（広範囲熱傷特定集中治療管理料）に関する施設基準 （１）　特定集中治療室管理料３の施設基準を満たすほか、広範囲熱傷特定集中治療管理を行うにふさわしい治療室を有しており、当該治療室の広さは、内法による測定で、１床当たり15平方メートル以上であること。 （２）　当該保険医療機関に広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師が勤務していること。
３　特定集中治療室管理料３に関する施設基準	５　特定集中治療室管理料５に関する施設基準
（削除）	（１）　専任の医師（宿日直を行っている専任の医師を含む）が常時、保険医療機関内に勤務していること。
（１）　特定集中治療室管理料１の（５）から（８）まで及び(11)、(13)及び(14)を満たすこと。	（２）　特定集中治療室管理料１の（２）、（５）から（９）まで、(11)及び(13)を満たすこと。
（２）　特定集中治療室管理料２の（１）、（２）、（４）及び（５）を満たすこと。	（３）　特定集中治療室管理料３の（２）及び（４）を満たすこと。
（削除）	（４）　当該治療室勤務の医師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での勤務を併せて行わないものとすること。
（削除）	（５）　届出を行う治療室について、届出時点で、継続して３月以上、特定集中治療室管理料１、２、３若しくは４又は救命救急入院料を算定していること。

（削除）	６　特定集中治療室管理料６に関する施設基準 （１）　特定集中治療室管理料５の施設基準を満たすほか、広範囲熱傷特定集中治療管理を行うにふさわしい治療室を有しており、当該治療室の広さは、内法による測定で、１床当たり15平方メートル以上であること。 （２）　当該保険医療機関に広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師が勤務していること。
４～９　（略） 10　特定集中治療室管理料「注８」に掲げる広範囲熱傷管理加算の施設基準 （１）　広範囲熱傷特定集中治療管理を行うにふさわしい治療室を有しており、当該治療室の広さは、内法による測定で、１床当たり15平方メートル以上であること。 （２）　当該保険医療機関に広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師が勤務していること。	７～12　（略） （新設）

［経過措置］

（１）　特定集中治療室管理料２に係る届出を行う治療室については、令和 10 年５月 31 日までの間に限り、２の（３）（１の（２）に限る。）に掲げる「集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師」に該当するものとみなす。

（２）　令和８年３月 31 日時点で、現に特定集中治療室管理料の届出を行っている治療室にあっては、令和●●年●●月●●日までの間に限り、１の(14)に該当するものとみなす。

４．急性冠症候群の治療後や心停止蘇生後の患者に必要な処置等を踏まえ、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の項目に「蘇生術の施行」「抗不整脈剤の使用」「一時的ペーシング」を追加する。

５．特定集中治療室に入室する重症患者について、その臓器機能障害の程度に応じた適切な評価を行う観点から、入室時に SOFA スコアが一定以上である患者割合の要件を、現行の１割以上から●●割以上に見直す。

［経過措置］

令和８年３月 31 日時点で特定集中治療室管理料を行っている治療室にあっては、令和●●年●●月●●日までの間に限り、入室時に SOFA スコアが一定以上である患者割合の基準を満たすものとみなす。

６．集中治療領域における重症患者対応の強化及び人材育成に関する取組を推進する観点から、特定機能病院においても重症患者対応体制強化加算を算定可能とするよう見直す

改　定　案	現　　行
【特定集中治療室管理料】 ［施設基準］ ８　特定集中治療室管理料の「注６」に掲げる重症患者対応体制強化加算の施設基準 （１）～（８）　略 （９）　「Ａ２３４－２」感染対策向上加算1に係る届出を行っている保険医療機関であり、かつ、以下のいずれかを満たしていること。 ア　特定機能病院であること。 イ　「Ａ２００」急性期総合体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。 ※救命救急入院料についても同様。	【特定集中治療室管理料】 ［施設基準］ 11　特定集中治療室管理料の「注６」に掲げる重症患者対応体制強化加算の施設基準 （１）～（８）　略 （９）　「Ａ２００－２」急性期充実体制加算及び「Ａ２３４－２」感染対策向上加算1に係る届出を行っている保険医療機関であること。 （新設） （新設）

７．遠隔集中治療について、地域によらず特定集中治療室を有する病院が担うべき医療機能に応じて適切に推進する観点から、特定集中治療室遠隔支援加算の施設基準を見直す。

改　定　案	現　　行
【特定集中治療室管理料】 ［施設基準］ （８）　特定集中治療室管理料の注７に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関 　次のいずれにも該当する保険医療機関であること。 イ　特定集中治療室管理料１に係る届出を行っている保険医療機関であること。 ロ　特定集中治療室管理について情報通信機器を用いて支援を行うにつき十分な体制を有していること。 ９　特定集中治療室管理料「注７」に掲げる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２又は特定集中治療室管理料３の届出を行っていること。 イ・ウ　（略） （２）　支援側医療機関における施設基準	【特定集中治療室管理料】 ［施設基準］ (10)　特定集中治療室管理料の注７に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関 　次のいずれにも該当する保険医療機関であること。 イ　特定集中治療室管理料１又は特定集中治療室管理料２に係る届出を行っている保険医療機関であること。 ロ　特定集中治療室管理について情報通信機器を用いて支援を行うにつき十分な体制を有していること。 12　特定集中治療室管理料「注７」に掲げる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・ウ　（略） （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の届出を行っていること。	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。
（削除）	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。
イ～カ　（略）	ウ～キ　（略）

【Ⅱ－１－１　患者のニーズ、病院の機能・特性、地域医療構想を踏まえた医療提供体制の整備－⑥】

⑥　ハイケアユニット入院医療管理料の見直し

第１　基本的な考え方

ハイケアユニットを有する病院が担う医療機能に係る実績に応じた評価を行う観点から、ハイケアユニット入院医療管理料について見直しを行う。

第２　具体的な内容

１．重症の救急搬送患者や全身麻酔手術後患者に密度の高い医学的管理を行うこと等がハイケアユニットを有する病院が担う役割であることを踏まえ、ハイケアユニット入院医療管理料について、救急搬送件数及び全身麻酔手術件数に関する病院の実績を要件とする。

改　定　案	現　　行
【ハイケアユニット入院医療管理料】 １　ハイケアユニット入院医療管理料１　●●点 ２　ハイケアユニット入院医療管理料２　●●点 注１～４　（略） ５　注１に規定するハイケアユニット入院医療管理料又は区分番号Ａ３０１に掲げる特定集中治療室管理料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保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。）において、必要があってハイケアユニット入院医療管理が行われた場合については、21	【ハイケアユニット入院医療管理料】 １　ハイケアユニット入院医療管理料１　6,889点 ２　ハイケアユニット入院医療管理料２　4,250点 注１～４　（略） （新設）

日を限度として●●点を算定する。	
［施設基準］	［施設基準］
四　ハイケアユニット入院医療管理料の施設基準	四　ハイケアユニット入院医療管理料の施設基準
（１）　ハイケアユニット入院医療管理料１の施設基準	（１）　ハイケアユニット入院医療管理料１の施設基準
イ～リ　（略）	イ～リ　（略）
ヌ　救急医療又は急性期医療に係る実績を一定程度有していること。	（新設）
（２）　ハイケアユニット入院医療管理料２の施設基準	（２）　ハイケアユニット入院医療管理料２の施設基準
イ　⑴のイからハまで及びへからヌまでの基準を満たすものであること。	イ　⑴のイからハまで及びへからリまでの基準を満たすものであること。
ロ・ハ　（略）	ロ・ハ　（略）
（３）・（４）　（略）	（３）・（４）　（略）
（５）　ハイケアユニット入院医療管理料の注５に規定する別に厚生労働大臣が定めるもの （１）のヌ又は（２）のイ（（１）のヌに限る。）に掲げる基準	（新設）
（６）　ハイケアユニット入院医療管理料の注５に規定する別に厚生労働大臣が定める基準	（新設）
イ　（２）のイ（（１）のヌを除く。）からハまでの基準を満たすものであること。	
ロ　令和八年三月三十一日時点で、診療報酬の算定方法の一部を改正する件（令和六年厚生労働省告示第五十七号）による改正前の診療報酬の算定方法の医科点数表の特定集中治療室管理料又はハイケアユニット入院医療管理料の届出を行っている治療室であること。	
第３　ハイケアユニット入院医療管	第３　ハイケアユニット入院医療管

理料 １　ハイケアユニット入院医療管理料１に関する施設基準 （１）～（７）　（略） （８）　以下のいずれかを満たしていること。なお、全身麻酔の定義は、別添３の第１の１の（４）のアと同様である。 ア　救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で1,000件以上であること。ただし、「基本診療料の施設基準等」別表第●に掲げる地域に所在する病院にあっては、当該件数が年間で800件以上であること。 イ　全身麻酔による手術件数が年間で500件以上であること。ただし、「基本診療料の施設基準等」別表第●に掲げる地域に所在する病院にあっては、当該件数が年間で400件以上であること。 ウ　許可病床数のうち、「Ａ３０１－４」小児特定集中治療室管理料、「Ａ３０３」新生児特定集中治療室管理料、「Ａ３０２－２」新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料、「Ａ３０３」の「２」新生児集中治療室管理料、「Ａ３０３－２」新生児治療回復室入院医療管理料及び「Ａ３０７」小児入院医療管理料の届出病床数を合計した病床数が占める割合が５割以上の病院であって、全身麻酔による手術件数が年間で250件以上であること。ただし、「基本診療料の施設基準等」別表第●に掲げる地域に所在する病院にあっては、当該件	理料 １　ハイケアユニット入院医療管理料１に関する施設基準 （１）～（７）　（略） （新設）

数が年間で200件以上であること。 ２　ハイケアユニット入院医療管理料２に関する施設基準 （１）　（略） （２）　１の（１）から（４）まで及び（６）から（８）までの施設基準を満たしていること。	２　ハイケアユニット入院医療管理料２に関する施設基準 （１）　（略） （２）　１の（１）から（４）まで並びに（６）及び（７）の施設基準を満たしていること。

［経過措置］

（１）　令和８年３月 31 日時点で、現にハイケアユニット入院医療管理料の届出を行っている治療室にあっては、令和●●年●●月●●日までの間に限り、１の（８）に該当するものとみなす。

（２）　救急搬送件数及び全身麻酔手術件数に関する病院の実績に係る基準のみを満たさない特定集中治療室及びハイケアユニットについて、ハイケアユニット入院医療管理料２の他の施設基準を満たしている場合には、（１）の経過措置終了後についても当面の間、ハイケアユニット入院医療管理料の注５に定める点数を算定可能とする。

２．急性冠症候群の治療後や心停止蘇生後の患者に必要な処置等を踏まえ、ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の項目を見直す。

３．ハイケアユニット入院医療管理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、基準を満たす患者割合の要件を見直す。

	改　定　案		現　　行	
	ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合	ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合	ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合	ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合
ハイケアユニット入院医療管理料１	基準① ●割●分	基準① ●割●分	基準① １割５分	基準① １割５分

	基準② ８割	基準② ８割	基準② ８割	基準② ８割
ハイケアユニット入院医療管理料２	基準① ●割●分 基準② ６割５分	基準① ●割●分 基準② ６割５分	基準① １割５分 基準② ６割５分	基準① １割５分 基準② ６割５分

［経過措置］

令和８年３月 31 日時点で現にハイケアユニット入院医療管理料１又はハイケアユニット入院医療管理料２に係る届出を行っている治療室であって、旧算定方法におけるハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす治療室については、令和●●年●●月●●日までの間は令和８年度改定後のハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の基準をそれぞれ満たすものとみなす。

【Ⅱ－１－１　患者のニーズ、病院の機能・特性、地域医療構想を踏まえた医療提供体制の整備－⑦】

⑦　救命救急入院料の見直し

第１　基本的な考え方

救命救急入院料について、簡素化の観点から、その区分を統合し整理する。

第２　具体的な内容

広範囲熱傷特定集中治療管理料の有無によって区分が分かれている救命救急入院料１から救命救急入院料４の評価体系について、簡素化の観点からその区分を統合し整理する。

改　定　案	現　　行
【救命救急入院料】	【救命救急入院料】
１　救命救急入院料１	１　救命救急入院料１
イ　３日以内の期間　●●点	イ　３日以内の期間　10,268点
ロ　４日以上７日以内の期間　●●点	ロ　４日以上７日以内の期間　9,292点
ハ　８日以上の期間　●●点	ハ　８日以上の期間　7,934点
２　救命救急入院料２	２　救命救急入院料２
イ　３日以内の期間　●●点	イ　３日以内の期間　11,847点
ロ　４日以上７日以内の期間　●●点	ロ　４日以上７日以内の期間　10,731点
ハ　８日以上の期間　●●点	ハ　８日以上の期間　9,413点
（削除）	３　救命救急入院料３
	イ　救命救急入院料
	（１）　３日以内の期間　10,268点
	（２）　４日以上７日以内の期間　9,292点
	（３）　８日以上の期間　7,934点
	ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料
	（１）　３日以内の期間　10,268点

	（２）　４日以上７日以内の期間 9,292点 （３）　８日以上60日以内の期間 8,356点
（削除）	４　救命救急入院料４ イ　救命救急入院料 （１）　３日以内の期間 11,847点 （２）　４日以上７日以内の期間 10,731点 （３）　８日以上の期間 9,413点 ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料 （１）　３日以内の期間 11,847点 （２）　４日以上７日以内の期間 10,731点 （３）　８日以上14日以内の期間 9,413点 （４）　15日以上60日以内の期間 8,356点
注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重篤な患者に対して救命救急医療が行われた場合に、当該基準に係る区分に従い、14日（広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な状態の患者（注12に規定する加算を算定する患者に限る。）にあっては60日、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、急性血液浄化（腹膜透析を除く。）又は体外式心肺補助（ＥＣＭＯ）を必要とするものにあっては25日、臓器移植を行ったものにあっては30日）を限度として、それぞれ	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重篤な患者に対して救命救急医療が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分（救命救急入院料３及び救命救急入院料４に限る。）に従い、14日（別に厚生労働大臣が定める状態の患者（救命救急入院料３又は救命救急入院料４に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。）にあっては60日、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、急性血液浄化

所定点数を算定する。	（腹膜透析を除く。）又は体外式心肺補助（ＥＣＭＯ）を必要とするものにあっては25日、臓器移植を行ったものにあっては30日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。
２～11　（略）	２～11　（略）
12　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な状態の患者に対して救命救急医療が行われた場合には、広範囲熱傷管理加算として、入院日から起算して８日以降60日までの期間に限り、●●点を所定点数に加算する。	（新設）
［施設基準］	［施設基準］
二　救命救急入院料の施設基準等	二　救命救急入院料の施設基準等
（１）　救命救急入院料の注１に規定する入院基本料の施設基準	（１）　救命救急入院料の注１に規定する入院基本料の施設基準
イ　救命救急入院料１の施設基準	イ　救命救急入院料１の施設基準
①・②　（略）	①・②　（略）
③　当該治療室における看護師の数は、常時、当該治療室の入院患者の数が二又はその端数を増すごとに一以上であること。	③　当該治療室における看護師の数は、常時、当該治療室の入院患者の数が四又はその端数を増すごとに一以上であること。
④　（略）	④　（略）
⑤　三の（１）のロの④を満たすものであること。	⑤　当該治療室に入院している患者のハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度について継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っていること。
⑥　（略）	⑥　（略）
ロ　救命救急入院料２の施設基準	ロ　救命救急入院料２の施設基準
次のいずれにも該当するも	次のいずれにも該当するも

のであること。 ① イの①、②、④及び⑥を満たすものであること。 ② 当該治療室における看護師の数は、常時、当該治療室の入院患者の数が四又はその端数を増すごとに一以上であること。	のであること。 ① イの①から④までを満たすものであること。 ② 次のいずれかに該当すること。
（削除）	1 三の(1)のイの①から⑥まで及び⑧を満たすものであること。
（削除）	2 三の(1)のハの①から④までを満たすものであること。
③ 当該治療室に入院している患者のハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度について継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っていること。	（新設）
（削除）	ハ 救命救急入院料３の施設基準 次のいずれにも該当するものであること。 ① イを満たすものであること。 ② 広範囲熱傷特定集中治療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
（削除）	ニ 救命救急入院料４の施設基準 次のいずれにも該当するものであること。 ① ロを満たすものであること。 ② 広範囲熱傷特定集中治療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
（削除）	（２） 救命救急入院料の注１に規定する厚生労働大臣が定める区分 イ 救命救急入院料

	広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な患者以外の患者 ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料 広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な患者
（削除）	（３）　救命救急入院料の注１に規定する厚生労働大臣が定める状態 広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な状態
（２）～（９）（略） (10)　救命救急入院料の注12に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関 広範囲熱傷特定集中治療を行うにつき十分な体制が整備されていること。	（４）～(11)（略） (新設)
第１　救命救急入院料 １　救命救急入院料１に関する施設基準 （１）～（４）　（略） （５）　当該治療室専任の医師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での勤務及び宿日直を併せて行わないものとし、当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとすること。 （削除）	第１　救命救急入院料 １　救命救急入院料１に関する施設基準 （１）～（４）　（略） （５）　当該治療室勤務の医師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での勤務及び宿日直を併せて行わないものとし、当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとすること。 （６）　当該入院料を算定するものとして届け出ている治療室に入院している全ての患者の状態を、別添６の別紙18の「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて測定し評価すること。ただし、短期滞在手術等基本料を算定する患

	者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料３に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する。また、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては、歯科の入院患者（同一入院中に医科の診療も行う期間については除く。）は、対象から除外すること。なお、別添６の別紙18の「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」のＢ項目の患者の状況等については、ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る基準には用いないが、当該評価票を用いて評価を行っていること。
（削除）	（７）　ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。ただし、別添６の別紙18の別表１に掲げる「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係るレセプト電算処理システム用コード一覧」を用いて評価を行う項目については、当該評価者により各選択肢の判断を行う必要はない。なお、実際に患者の重症度、医療・看護必要度が正確に測定されているか定期的に院内で確認を行うこと。
（６）・（７）　（略）	（８）・（９）　（略）

（８） 特定集中治療室管理料１の（６）から（８）まで及び（11）並びに特定集中治療室管理料２の（２）及び（５）の施設基準を満たすものであること。	（新設）
２ 救命救急入院料２に関する施設基準 （１） 救命救急入院料１の（１）から（７）までの施設基準を満たすこと。	２ 救命救急入院料２に関する施設基準 救命救急入院料１の（１）から（５）まで及び（８）ならびに（９）の施設基準を満たすほか、特定集中治療室管理料１又は３の施設基準（特定集中治療室管理料１の（12）の施設基準又は特定集中治療室管理料３の（５）の施設基準を除く）を満たすものであること。
（２） 当該入院料を算定するものとして届け出ている治療室に入院している全ての患者の状態を、別添６の別紙18の「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて測定し評価すること。ただし、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料３に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する。また、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては、歯科の入院患者（同一入院中に医科の診療も行う期間については除く。）は、対象から除外すること。なお、別添６の別紙18の「ハイケア	（新設）

ユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」のＢ項目の患者の状況等については、ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る基準には用いないが、当該評価票を用いて評価を行っていること。 （３） ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の記入は、院内研修を受けた者が行うものであること。ただし、別添６の別紙18の別表１に掲げる「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係るレセプト電算処理システム用コード一覧」を用いて評価を行う項目については、当該評価者により各選択肢の判断を行う必要はない。なお、実際に患者の重症度、医療・看護必要度が正確に測定されているか定期的に院内で確認を行うこと。	（新設）
（削除）	３ 救命救急入院料３に関する施設基準 （１） 救命救急入院料１の施設基準を満たすほか、広範囲熱傷特定集中治療管理を行うにふさわしい治療室を有しており、当該治療室の広さは、内法による測定で、１床当たり15平方メートル以上であること。また、平成26年３月31日において、現に当該入院料の届出を行っている保険医療機関については、当該治療室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、当該規定を満たしているものとする。 （２） 当該保険医療機関に広範

	囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師が勤務していること。
（削除）	４　救命救急入院料４に関する施設基準 （１）　救命救急入院料２の施設基準を満たすほか、広範囲熱傷特定集中治療管理を行うにふさわしい治療室を有しており、当該治療室の広さは、内法による測定で、１床当たり15平方メートル以上であること。また、平成26年３月31日において、現に当該入院料の届出を行っている保険医療機関については、当該治療室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、当該規定を満たしているものとする。 （２）　当該保険医療機関に広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師が勤務していること。
３～10　（略）	５～12　（略）
11　救命救急入院料「注12」に掲げる広範囲熱傷管理加算の施設基準 （１）　広範囲熱傷特定集中治療管理を行うにふさわしい治療室を有しており、当該治療室の広さは、内法による測定で、１床当たり15平方メートル以上であること。また、平成26年３月31日において、現に当該入院料の届出を行っている保険医療機関については、当該治療室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、当該規定を満たしているものとみなす。 （２）　当該保険医療機関に広範囲熱傷特定集中治療を担当す	（新設）

る常勤の医師が勤務している こと。	

【Ⅱ－１－１　患者のニーズ、病院の機能・特性、地域医療構想を踏まえた医療提供体制の整備－⑧】

⑧　脳卒中ケアユニット入院医療管理料の見直し

第１　基本的な考え方

脳卒中ケアユニットを有する病院が担う医療機能に係る実績に応じた評価を行う観点から、脳卒中ケアユニット入院医療管理料について要件を見直す。

第２　具体的な内容

脳卒中の医療体制の構築に係る「脳梗塞に対する超急性期の再開通治療」の有用性を踏まえ、脳卒中ケアユニット入院医療管理料について、「超急性期脳卒中加算」「経皮的脳血栓回収術」に関する実績を要件とする。

改　定　案	現　　行
［施設基準］ 五　脳卒中ケアユニット入院医療管理料の施設基準 （１）～（２）　（略） （３）　脳卒中の治療について、相当の実績を有していること。 （４）～(13)　（略） 第４　脳卒中ケアユニット入院医療管理料 １　脳卒中ケアユニット入院医療管理料に関する施設基準 （１）～（２）　（略） （３）　当該保険医療機関において「Ａ２０５－２」超急性期脳卒中加算と「Ｋ１７８－４」経皮的脳血栓回収術を合計して年間20回以上算定していること。 （４）～(13)　（略）	［施設基準］ 五　脳卒中ケアユニット入院医療管理料の施設基準 （１）～（２）　（略） （新設） （３）～(12)　（略） 第４　脳卒中ケアユニット入院医療管理料 １　脳卒中ケアユニット入院医療管理料に関する施設基準 （１）～（２）　（略） （新設） （３）～(12)　（略）

［経過措置］

令和８年３月 31 日時点において現に脳卒中ケアユニット入院医療管理料の届出を行っている治療室にあっては、令和８年 12 月 31 日までの間に限り、１の（３）に該当するものとみなす。

【Ⅱ－１－１　患者のニーズ、病院の機能・特性、地域医療構想を踏まえた医療提供体制の整備－⑨】

⑨　地域包括医療病棟の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

改　定　案	現　　行
【地域包括医療病棟入院料】	【地域包括医療病棟入院料】
地域包括医療病棟入院料（１日につき）	地域包括医療病棟入院料（１日につき）　3,050点
１　地域包括医療病棟入院料１	（新設）
イ　入院料１　●●点	
ロ　入院料２　●●点	
ハ　入院料３　●●点	
２　地域包括医療病棟入院料２	（新設）
イ　入院料１　●●点	
ロ　入院料２　●●点	
ハ　入院料３　●●点	
［算定要件］	［算定要件］
注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟を有する保険医療機関におい	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟を有する保険医療機関におい

て、当該基準に係る区分に従って、それぞれ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。	て、当該届出に係る病棟に入院している患者について、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。
２　入院料１については、緊急入院の患者であって、入院時の主傷病に対して入院中に手術（医科点数表の第二章第十部第一節に掲げるものに限る。以下この項において同じ。）を実施しないもの、入院料２については、緊急入院の患者であって入院時の主傷病に対して入院中に手術を実施するもの及び予定された入院の患者であって入院中に手術を実施しないもの、入院料３については予定された入院の患者であって、入院時の主傷病に対して手術を実施するものについて算定する。	（新設）
［施設基準］	［施設基準］
（１）　地域包括医療病棟入院料１の施設基準	（１）　地域包括医療病棟入院料の施設基準
イ～ネ　（略）	イ～ネ　（略）
ナ　当該保険医療機関内に区分番号Ａ１００に掲げる一般病棟入院基本料を算定する病棟を有していないこと。	（新設）
（２）　地域包括医療病棟入院料２の施設基準	（新設）
（１）のイからネまでを満たすものであること。	
（３）～(11)　（略）	（２）～(10)　（略）

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

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

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

改　定　案	現　　行
【地域包括医療病棟入院料】 ［施設基準］ (1)　地域包括医療病棟入院料１の施設基準 イ～ト　（略） チ　次のいずれかに該当すること。 ①　一般病棟用の重症度、医	【地域包括医療病棟入院料】 ［施設基準］ (1)　地域包括医療病棟入院料の施設基準 イ～ト　（略） チ　次のいずれかに該当すること。 ①　一般病棟用の重症度、医

療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上の病棟であること。 ② 診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、当該病棟において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者の割合に係る指数が●割●分以上の病棟であること。 リ 患者の状態に基づき、当該病棟に入院した日に介助を特に実施している患者を五割以上入院させる病棟であること。 ヌ 当該病棟の入院患者の平均在院日数が二十日以内を原則として、八十五歳以上の患者の割合が二割を増すごとに一を加えた日数以内であること。 ル～ナ （略）	療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を一割六分以上入院させる病棟であること。 ② 診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、当該病棟において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を一割五分以上入院させる病棟であること。 リ 患者の状態に基づき、当該病棟に入院した日に介助を特に実施している患者を五割以上入院させる病棟であること。 ヌ 当該病棟の入院患者の平均在院日数が二十一日以内であること。 ル～ネ （略）

⑩　回復期リハビリテーション病棟入院料等の評価体系及び要件の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

１．入院料１を届け出ている病棟を対象に、実績指数、排尿自立支援加算の届出及び退院前訪問指導の実施割合等を要件とする回復期リハビリテーション強化体制加算を新設する。

２．重症の患者の基準を見直すとともに、対象に高次脳機能障害及び脊髄損傷と診断を受けた患者を追加する。また、重症患者のうち退院時に日常生活機能評価又はＦＩＭが改善した患者の割合に係る要件を削除する。

３．回復期リハビリテーション病棟入院料１から４まで、回復期リハビリテーション入院医療管理料及び特定機能病院リハビリテーション病棟入院料について、重症患者の新規受入割合基準及びリハビリテーション実績指数に係る基準を見直す。

４．日常生活機能評価又は機能的自立度評価法（Functional Independence Measure）（以下「ＦＩＭ」という。）の測定を行うこととされているものについて、ＦＩＭによる測定が望ましいこととする。

５．退院前訪問指導料を出来高にて算定できることとする。また、退院前訪問指導料と「Ｈ００３－２」の注３に規定する入院時訪問指導加算との併算定は出来ないこととする。

６．入院料１及び３の施設基準であるＦＩＭの測定に関する研修会を年１回以上開催することについて、回復期リハビリテーション病棟入院

料１から４までの要件とする。

７．入院料１及び２の施設基準である地域支援事業に参加していることが望ましいことについて、回復期リハビリテーション病棟入院料１から４までを対象とする。

８．入院料１及び２の施設基準である口腔管理の体制を整備していることについて、入院料３及び４においても望ましいこととする。

９．回復期リハビリテーション病棟１から４までについて、土曜日、休日を含め全ての日において、リハビリテーションを提供できる体制を備えていることを要件とする。また、土曜日、休日の１日当たりリハビリテーション提供単位数を見直す。

改　定　案	現　　行
【回復期リハビリテーション病棟入院料（１日につき）】	【回復期リハビリテーション病棟入院料（１日につき）】
１　回復期リハビリテーション病棟入院料１　●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	１　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にあっては、2,215点）
２　回復期リハビリテーション病棟入院料２　●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	２　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にあっては、2,151点）
３　回復期リハビリテーション病棟入院料３　●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	３　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にあっては、1,902点）
４　回復期リハビリテーション病棟入院料４　●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	４　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にあっては、1,845点）
５　回復期リハビリテーション病棟入院料５　●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	５　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にあっては、1,682点）
６　回復期リハビリテーション入院医療管理料　●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	６　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にあっては、1,845点）

［算定要件］ 注１　（略） ２　回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（回復期リハビリテーション病棟入院料５又は回復期リハビリテーション入院医療管理料を現に算定している患者に限る。）が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注１のただし書に規定する場合を除く。）は、休日リハビリテーション提供体制加算として、患者１人につき１日につき60点を所定点数に加算する。	［算定要件］ 注１　（略） ２　回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（回復期リハビリテーション病棟入院料３、回復期リハビリテーション病棟入院料４、回復期リハビリテーション病棟入院料５又は回復期リハビリテーション入院医療管理料を現に算定している患者に限る。）が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注１のただし書に規定する場合を除く。）は、休日リハビリテーション提供体制加算として、患者１人につき１日につき60点を所定点数に加算する。
３　診療に係る費用（注２及び注４に規定する加算、当該患者に対して行った第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ００１の10に掲げる入院栄養食事指導料（回復期リハビリテーション病棟入院料１を算定するものに限る。）、区分番号Ｂ００７に掲げる退院前訪問指導料、区分番号Ｂ０１１－６に掲げる栄養情報連携料（回復期リハビリテーション病棟入院料１を算定するものに限る。）及び区分番号Ｂ００１の34に掲げる二次性骨折予防継続管理料（ロに限る。）、第２部在宅医療、第７部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第14部その他、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加	３　診療に係る費用（注２及び注４に規定する加算、当該患者に対して行った第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ００１の10に掲げる入院栄養食事指導料（回復期リハビリテーション病棟入院料１を算定するものに限る。）、区分番号Ｂ０１１－６に掲げる栄養情報連携料（回復期リハビリテーション病棟入院料１を算定するものに限る。）及び区分番号Ｂ００１の34に掲げる二次性骨折予防継続管理料（ロに限る。）、第２部在宅医療、第７部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第14部その他、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、医療安全対策加

算、特定感染症患者療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流及び区分番号Ｊ４００に掲げる特定保険医療材料（区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓又は区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料１、回復期リハビリテーション病棟入院料２、回復期リハビリテーション病棟入院料３、回復期リハビリテーション病棟入院料４、回復期リハビリテーション病棟入院料５及び回復期リハビリテーション入院医療管理料に含まれるものとする。	算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流及び区分番号Ｊ４００に掲げる特定保険医療材料（区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓又は区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料１、回復期リハビリテーション病棟入院料２、回復期リハビリテーション病棟入院料３、回復期リハビリテーション病棟入院料４、回復期リハビリテーション病棟入院料５及び回復期リハビリテーション入院医療管理料に含まれるものとする。
４　回復期リハビリテーション病棟入院料１を算定する病棟について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合は、回復期リハビリテーション強化体制加算として、患者１人につき１日につき●●点を所定点数に加算する。	（新設）
５　５については、算定を開始した日から起算して２年（回復期リハビリテーション病棟入院料１、回復期リハビリテーション病棟入院料２、回復期リハビリテーション病棟入院料３又は回復期リハビリテーション病棟入院料４を算定していた病棟にあ	４　５については、算定を開始した日から起算して２年（回復期リハビリテーション病棟入院料１、回復期リハビリテーション病棟入院料２、回復期リハビリテーション病棟入院料３又は回復期リハビリテーション病棟入院料４を算定していた病棟にあ

っては、１年）を超えて算定する場合、100分の●●に相当する点数を算定する。	っては、１年）を限度として算定する。
Ａ３０８　回復期リハビリテーション病棟入院料 （１）～（６）　（略） （７）　回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定するに当たっては、当該回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定する病棟又は病室への入院時又は転院時及び退院時に日常生活機能評価又は機能的自立度評価法（Functional Independence Measure）（以下「ＦＩＭ」という。）の測定を行い、その結果について診療録等に記載すること。なお、評価にあたってはＦＩＭを用いることが望ましい。また、「Ａ２４６」入退院支援加算の注４に規定する地域連携診療計画加算を算定する患者が当該回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定する病棟に転院してきた場合には、原則として当該患者に対して作成された地域連携診療計画に記載された日常生活機能評価又はＦＩＭの結果を入院時に測定された日常生活機能評価又はＦＩＭとみなす。	Ａ３０８　回復期リハビリテーション病棟入院料 （１）～（６）　（略） （７）　回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定するに当たっては、当該回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定する病棟又は病室への入院時又は転院時及び退院時に日常生活機能評価又は機能的自立度評価法（Functional Independence Measure）（以下「ＦＩＭ」という。）の測定を行い、その結果について診療録等に記載すること。なお、「Ａ２４６」入退院支援加算の注４に規定する地域連携診療計画加算を算定する患者が当該回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定する病棟に転院してきた場合には、原則として当該患者に対して作成された地域連携診療計画に記載された日常生活機能評価又はＦＩＭの結果を入院時に測定された日常生活機能評価又はＦＩＭとみなす。
（８）　回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定するに当たっては、定期的（２週間に１回以上）に日常生活機能評価又は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。なお、評価にあたってはＦＩＭを用いることが望ましい。	（８）　回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定するに当たっては、定期的（２週間に１回以上）に日常生活機能評価又は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。

［施設基準］ 十　回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等 （１）　（略） （２）　回復期リハビリテーション病棟入院料１の施設基準 イ～ホ　（略） ヘ　当該病棟において、新規入院患者のうち●●割以上が重症の患者であること。 ト　（略） （削除） チ　（略） リ　（略） ヌ　（略） ル　（略） ヲ　リハビリテーションの効果に係る実績の指数が●●以上であること。 ワ　（略） （３）　回復期リハビリテーション病棟入院料２の施設基準 イ　（２）のイ、ロ、ニからルまで及びワを満たすものであること。 ロ　リハビリテーションの効果に係る実績の指数が●●以上であること。 （４）　回復期リハビリテーション病棟入院料３の施設基準 イ　（略） ロ　休日を含め、週七日間リハビリテーションを提供できる体制を有していること。 ハ　当該病棟において、新規入院患者のうち●●割以上が重症の患者であること。 ニ　（略） （削除）	［施設基準］ 十　回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等 （１）　（略） （２）　回復期リハビリテーション病棟入院料１の施設基準 イ～ホ　（略） ヘ　当該病棟において、新規入院患者のうち四割以上が重症の患者であること。 ト　（略） チ　重症の患者の三割以上が退院時に日常生活機能又はＦＩＭが改善していること。 リ　（略） ヌ　（略） ル　（略） ヲ　（略） ワ　リハビリテーションの効果に係る実績の指数が四十以上であること。 カ　（略） （３）　回復期リハビリテーション病棟入院料２の施設基準 （２）のイ、ロ及びニからヲまでを満たすものであること。 （新設） （４）　回復期リハビリテーション病棟入院料３の施設基準 イ　（略） （新設） ロ　当該病棟において、新規入院患者のうち三割以上が重症の患者であること。 ハ　（略） ニ　重症の患者の三割以上が退

	院時に日常生活機能又はＦＩＭが改善していること。
ホ・ヘ　（略）	ホ・ヘ　（略）
ト　介護保険法第百十五条の四十五第一項から第三項までに規定する地域支援事業に協力する体制を確保していること。	（新設）
チ　リハビリテーションの効果に係る実績の指数が●●以上であること。	ト　リハビリテーションの効果に係る実績の指数が三十五以上であること。
リ　（２）のワを満たすものであること。	チ　（２）のカを満たすものであること。
（５）　回復期リハビリテーション病棟入院料４の施設基準	（５）　回復期リハビリテーション病棟入院料４の施設基準
イ　（４）のイからトまで及びリを満たすものであること。	（４）のイからへまでを満たすものであること。
ロ　リハビリテーションの効果に係る実績の指数が●●以上であること。	（新設）
（６）　（略）	（６）　（略）
（７）　回復期リハビリテーション入院医療管理料の施設基準	（７）　回復期リハビリテーション入院医療管理料の施設基準
イ　（略）	イ　（略）
ロ　当該病室において、新規入院患者のうち●●割以上が重症の患者であること。	ロ　当該病室において、新規入院患者のうち三割以上が重症の患者であること。
ハ・ニ　（略）	ハ・ニ　（略）
（削除）	ホ　当該病室において、重症の患者の三割以上が退院時に日常生活機能又はＦＩＭが改善していること。
（８）・（９）　（略）	（８）・（９）　（略）
(10)　回復期リハビリテーション強化体制加算の施設基準	（新設）
イ　回復期リハビリテーション病棟入院料１の施設基準を満たしていること。	
ロ　リハビリテーションの効果に係る実績の指数が●●以上であること。	
ハ　退院前訪問指導について、	

十分な実績を有していること。 ニ　排尿自立支援加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。	
２　回復期リハビリテーション病棟入院料１及び２の施設基準 （４）　重症の患者（別添７の別紙21に定める日常生活機能評価で10点以上又は機能的自立度評価法（Functional Independence Measure、以下「ＦＩＭ」という。）得点で●●点以上55点以下の患者（ＦＩＭの測定により適合していることが望ましい。）、高次脳機能障害と診断された患者（基本診療料の施設基準等別表第九第一号に規定する患者に限る。）又は脊髄損傷と診断された患者（基本診療料の施設基準等別表第九第一号に規定する患者に限る。）をいう。以下この項において同じ。）が新規入院患者のうち●●割以上であること。なお、その割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。 ア・イ　（略）	２　回復期リハビリテーション病棟入院料１及び２の施設基準 （４）　当該病棟が回復期リハビリテーション病棟入院料１又は２を算定する場合、重症の患者（別添７の別紙21に定める日常生活機能評価で10点以上又は機能的自立度評価法（Functional Independence Measure、以下「ＦＩＭ」という。）得点で55点以下の患者をいう。以下この項において同じ。）が新規入院患者のうち４割以上であること。なお、その割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。 ア・イ　（略）
（５）　当該保険医療機関において、土曜日、休日を含め全ての日において、リハビリテーションを提供できる体制を備えていること。なお、リハビリテーションの提供体制については、当該保険医療機関のその他の病床におけるリハビリテーションの実施状況を踏まえ、適切な体制をとることとするが、回復期リハビリテ	（６）　当該保険医療機関において、休日を含め全ての日において、リハビリテーションを提供できる体制を備えていること。なお、リハビリテーションの提供体制については、当該保険医療機関のその他の病床におけるリハビリテーションの実施状況を踏まえ、適切な体制をとることとするが、回復期リハビリテーショ

ーションが提供される患者に対し、土曜日、休日の１日当たりリハビリテーション提供単位数も平均●●単位以上であるなど、曜日により著しい提供単位数の差がないような体制とすること。	ンが提供される患者に対し、休日の１日当たりリハビリテーション提供単位数も平均２単位以上であるなど、曜日により著しい提供単位数の差がないような体制とすること。
【特定機能病院リハビリテーション病棟入院料】 ［施設基準］ 二十一　特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の施設基準等 （１）　特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の施設基準 イ～ヌ　（略） ル　当該病棟において、新規入院患者のうち●●割以上が重症の患者であること。 ヲ　（略） ワ　リハビリテーションの効果に係る実績の指数が●●以上であること。	【特定機能病院リハビリテーション病棟入院料】 ［施設基準］ 二十一　特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の施設基準等 （１）　特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の施設基準 イ～ヌ　（略） ル　当該病棟において、新規入院患者のうち五割以上が重症の患者であること。 ヲ　（略） ワ　リハビリテーションの効果に係る実績の指数が四十以上であること。
【退院前訪問指導料】 ［算定要件］ （１）～（４）　（略） （５）　当該指導料を算定する患者について、「Ｈ００３－２」リハビリテーション総合計画評価料の注３に規定する入院時訪問指導加算を併算定することはできない。 （６）・（７）	【退院前訪問指導料】 ［算定要件］ （１）～（４）　（略） （新設） （５）・（６）

［経過措置］

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

・令和８年３月 31 日時点で、回復期リハビリテーション病棟入院料３又は４の届出を行っている病棟については、同年９月

30 日までの間に限り、（４）のロを満たしているものとする。

【Ⅱ－１－１　患者のニーズ、病院の機能・特性、地域医療構想を踏まえた医療提供体制の整備－⑪】

⑪　療養病棟入院基本料の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

また、非がん疾患に対する緩和ケアを実施する観点から、悪性腫瘍以外の病態について、医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合を、疾患・状態に係る医療区分３に追加する。

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

改　定　案	現　　行
【別表】 ［施設基準］ 別表第五の二　療養病棟入院基本料（疾患・状態については、入院料１から入院料９まで及び入院料28から入院料30までに限り、処置等については、入院料１から入院料３まで、入院料10から入院料12まで及び入院料19から入院料21までに限る。）及び有床診療所療養病床入院基本料（入院基本料Ａに限る。）に係る疾患・状態及び処置等 一　対象となる疾患・状態	【別表】 ［施設基準］ 別表第五の二　療養病棟入院基本料（疾患・状態については、入院料１から入院料９まで及び入院料28から入院料30までに限り、処置等については、入院料１から入院料３まで、入院料10から入院料12まで及び入院料19から入院料21までに限る。）及び有床診療所療養病床入院基本料（入院基本料Ａに限る。）に係る疾患・状態及び処置等 一　対象となる疾患・状態

スモン 医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態 区分番号Ａ２１２に掲げる超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算の注１に規定する超重症の状態（15歳未満の小児患者に限る。）	スモン 医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態 （新設）
二　対象となる処置等 中心静脈栄養（療養病棟入院基本料を算定する場合にあっては、広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻若しくは急性膵炎を有する患者を対象とする場合又は中心静脈栄養を開始した日から30日以内の場合に実施するものに限る。） 点滴（二十四時間持続して実施しているものに限る。） 人工呼吸器の使用 ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄 気管切開又は気管内挿管（発熱を伴う状態の患者に対して行うものに限る。） 酸素療法（密度の高い治療を要する状態にある患者に対して実施するものに限る。） 感染症の治療の必要性から実施する隔離室での管理 別表第五の三の二の（１）及び（２）のいずれにも該当するもの	二　対象となる処置等 中心静脈栄養（療養病棟入院基本料を算定する場合にあっては、広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻若しくは急性膵炎を有する患者を対象とする場合又は中心静脈栄養を開始した日から30日以内の場合に実施するものに限る。） 点滴（二十四時間持続して実施しているものに限る。） 人工呼吸器の使用 ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄 気管切開又は気管内挿管（発熱を伴う状態の患者に対して行うものに限る。） 酸素療法（密度の高い治療を要する状態にある患者に対して実施するものに限る。） 感染症の治療の必要性から実施する隔離室での管理 （新設）
別表第五の三　療養病棟入院基本料（疾患・状態については、入院料10から入院料18まで、処置等については、入院料４から入院料６ま	別表第五の三　療養病棟入院基本料（疾患・状態については、入院料10から入院料18まで、処置等については、入院料４から入院料６ま

で、入院料13から入院料15まで及び入院料22から入院料24までに限る。）及び有床診療所療養病床入院基本料（入院基本料Ｂ及び入院基本料Ｃに限る。）に係る疾患・状態及び処置等 一　対象となる疾患・状態 筋ジストロフィー症 多発性硬化症、筋萎縮性側索硬化症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。））その他の指定難病等（スモンを除く。） 脊髄損傷（頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢全てに認められる場合に限る。） 慢性閉塞性肺疾患（ヒュー・ジョーンズの分類がＶ度の状態に該当する場合に限る。） 末期呼吸器疾患（適切な治療が実施されているにもかかわらず、ヒュー・ジョーンズの分類がＶ度の状態に該当し 、呼吸困難に対して医療用麻薬の投与によるコントロールが必要な状態に限る。） 末期心不全（器質的な心機能障害により、適切な治療が実施されているにもかかわらず、慢性的にＮＹＨＡ重症度分類Ⅳ度の症状に該当し、頻回若しくは持続的に医療用麻薬の投与又はその他の点滴薬物療法による苦痛及び症状のコントロールが必要な状態に限る。） 末期腎不全（器質的な腎障害により、適切な治療が実施されているにもかかわらず、慢性的	で、入院料13から入院料15まで及び入院料22から入院料24までに限る。）及び有床診療所療養病床入院基本料（入院基本料Ｂ及び入院基本料Ｃに限る。）に係る疾患・状態及び処置等 一　対象となる疾患・状態 筋ジストロフィー症 多発性硬化症、筋萎縮性側索硬化症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。））その他の指定難病等（スモンを除く。） 脊髄損傷（頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢全てに認められる場合に限る。） 慢性閉塞性肺疾患（ヒュー・ジョーンズの分類がＶ度の状態に該当する場合に限る。） （新設） （新設） （新設）

に日本腎臓学会慢性腎臓病重症度分類Stage G5以上に該当し、腎代替療法を必要とする状態であるが、透析療法の開始又は継続が困難である場合であって、医療用麻薬等の投与による苦痛のコントロールが必要な状態に限る。） 悪性腫瘍（医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。） 消化管等の体内からの出血が反復継続している状態 他者に対する暴行が毎日認められる状態 区分番号Ａ２１２に掲げる超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算の注２に規定する準超重症の状態（15歳未満の小児患者に限る。）	悪性腫瘍（医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。） 消化管等の体内からの出血が反復継続している状態 他者に対する暴行が毎日認められる状態 （新設）
二　対象となる処置等 （削除）	二　対象となる処置等 中心静脈栄養（広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻又は急性膵炎を有する患者以外を対象として、中心静脈栄養を開始した日から三十日を超えて実施するものに限る。） 肺炎に対する治療 尿路感染症に対する治療 傷病等によるリハビリテーション（原因となる傷病等の発症後、三十日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る。） 脱水に対する治療（発熱を伴う状態の患者に対して実施するものに限る。） 頻回の嘔吐に対する治療（発熱

	を伴う状態に限る。） 褥瘡に対する治療（皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が二箇所以上に認められる場合に実施するものに限る。） 末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療 せん妄に対する治療 うつ症状に対する治療 人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養（発熱又は嘔吐を伴う状態の患者に対して行うものに限る。） 一日八回以上の喀痰吸引 気管切開又は気管内挿管（発熱を伴う状態の患者に対して行うものを除く。） 頻回の血糖検査 創傷（手術創や感染創を含む。）、皮膚潰瘍又は下腿若しくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療 酸素療法（密度の高い治療を要する状態にある患者に対して実施するものを除く。）
（１）　感染症の治療に係る処置 肺炎に対する治療 尿路感染症に対する治療 脱水に対する治療（発熱を伴う状態の患者に対して実施するものに限る。） 頻回の嘔吐に対する治療（発熱を伴う状態に限る。） 経鼻胃管及び胃瘻等の経腸栄養（発熱又は嘔吐を伴う状態の患者に対して行うものに限る。）	（新設）
（２）　創傷の治療に係る処置及び器具の管理等を伴う処置 褥瘡に対する治療（皮膚層の部分的喪失が認められる場	（新設）

合又は褥瘡が二箇所以上に認められる場合に実施するものに限る。） 　末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療 　創傷（手術創や感染創を含む。）、皮膚潰瘍又は下腿若しくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療 　中心静脈栄養（広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻又は急性膵炎を有する患者以外を対象として、中心静脈栄養を開始した日から三十日を超えて実施するものに限る。） 　人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法 　気管切開又は気管内挿管（発熱を伴う状態の患者に対して行うものを除く。）	
（３）　その他の処置 　一日八回以上の喀痰吸引 　頻回の血糖検査 　酸素療法（密度の高い治療を要する状態にある患者に対して実施するものを除く。） 　せん妄に対する治療 　うつ症状に対する治療	（新設）
（４）　傷病等によるリハビリテーション（原因となる傷病等の発症後、三十日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る。）	（新設）

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

改　定　案	現　　行
【療養病棟入院基本料】 ［施設基準］ 三　療養病棟入院基本料の施設基準等 （１）　療養病棟入院基本料の注１本文に規定する入院料の施設基準 イ～ロ　略 ハ　療養病棟入院料２の施設基準 当該病棟の入院患者のうち医療区分三の患者と医療区分二の患者との合計が六割以上であること。	【療養病棟入院基本料】 ［施設基準］ 三　療養病棟入院基本料の施設基準等 （１）　療養病棟入院基本料の注１本文に規定する入院料の施設基準 イ～ロ　略 ハ　療養病棟入院料２の施設基準 当該病棟の入院患者のうち医療区分三の患者と医療区分二の患者との合計が五割以上であること。

［経過措置］

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

【Ⅱ－１－１　患者のニーズ、病院の機能・特性、地域医療構想を踏まえた医療提供体制の整備－⑫】

⑫　障害者施設等入院基本料等の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

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

⑬　障害者施設等入院基本料における看護補助者に係る加算の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

改　定　案	現　　行
【看護補助加算】 ［算定要件］ ９　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（７対１入院基本料又は10対１入院基本料を現に算定している患者に限る。）については、看護補助加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。この場合において、注10に規定する看護補助体制充実加算は別に算定できない。 イ　14日以内の期間　●●点 ロ　15日以上30日以内の期間　●●点 ハ　イ及びロ以外　●●点	【看護補助加算】 ［算定要件］ ９　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（７対１入院基本料又は10対１入院基本料を現に算定している患者に限る。）については、看護補助加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。この場合において、注10に規定する看護補助体制充実加算は別に算定できない。 イ　14日以内の期間　146点 ロ　15日以上30日以内の期間　121点 （新設）
10　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地	10　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地

方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（７対１入院基本料又は10対１入院基本料を現に算定している患者に限る。）については、当該基準に係る区分に従い、かつ、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。ただし、当該患者について、身体的拘束を実施した日は、看護補助体制充実加算３の例により所定点数に加算する。 イ　14日以内の期間 （１）　看護補助体制充実加算１ ●●点 （２）　看護補助体制充実加算２ ●●点 （３）　看護補助体制充実加算３ ●●点 ロ　15日以上30日以内の期間 （１）　看護補助体制充実加算１ ●●点 （２）　看護補助体制充実加算２ ●●点 （３）　看護補助体制充実加算３ ●●点 ハ　イ及びロ以外 （１）　看護補助体制充実加算１ ●●点 （２）　看護補助体制充実加算２ ●●点 （３）　看護補助体制充実加算３ ●●点	方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（７対１入院基本料又は10対１入院基本料を現に算定している患者に限る。）については、当該基準に係る区分に従い、かつ、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。ただし、当該患者について、身体的拘束を実施した日は、看護補助体制充実加算３の例により所定点数に加算する。 イ　14日以内の期間 （１）　看護補助体制充実加算１ 176点 （２）　看護補助体制充実加算２ 161点 （３）　看護補助体制充実加算３ 151点 ロ　15日以上30日以内の期間 （１）　看護補助体制充実加算１ 151点 （２）　看護補助体制充実加算２ 136点 （３）　看護補助体制充実加算３ 126点 （新設）

⑭　入院料に包括されない除外薬剤・注射薬の範囲の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

１.別表第５の１の２が適用されていた入院料のうち、特定入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、認知症治療病棟入院料及び特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の除外薬剤・注射薬に、抗悪性腫瘍剤、疼痛コントロールのための医療用麻薬及びエリスロポエチン等の腎性貧血に対して使用する薬剤を追加し、地域包括ケア病棟入院料等と包括範囲を統一する。

２．別表第５の１の４又は別表第５の１の５が適用されていた精神病棟で算定される特定入院料における除外薬剤･注射薬に、抗悪性腫瘍剤、疼痛コントロールのための医療用麻薬及びエリスロポエチン等の腎性貧血に対して使用する薬剤を追加する。

３．各入院料共通の除外薬剤に、生物学的製剤及び JAK 阻害薬（いずれも免疫･アレルギー疾患の維持期の治療に用いられており、他の治療薬で代替不能な場合に限る。）を追加する。

４.除外薬剤のうち、血友病の患者に使用する医薬品について、血友病類縁疾患に使用する場合を含める。

５．除外薬剤を示す別表を整理し、一つにまとめる。

６．特掲診療料の施設基準等第 16 に規定する医療保険で算定する薬剤の範囲を、5で整理した別表第5の1の2と揃える。

改　定　案	現　　行
【療養病棟入院基本料】 ［施設基準］ 三　療養病棟入院基本料の施設基準等 （３）　療養病棟入院基本料に含まれる画像診断及び処置の費用並びに含まれない除外薬剤・注射薬の費用 　療養病棟入院基本料（特別入院基本料を含む。）を算定する患者に対して行った検査、投薬、注射並びに別表第五に掲げる画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含む。）は、当該入院基本料に含まれるものとし、別表第五の一の二に掲げる薬剤及び注射薬の費用は、当該入院基本料に含まれないものとする。 ※　有床診療所療養病床入院基本料、地域包括医療病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料、精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料、特定一般病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料及び短期滞在手術等基本料についても同様	【療養病棟入院基本料】 ［施設基準］ 三　療養病棟入院基本料の施設基準等 （３）　療養病棟入院基本料に含まれる画像診断及び処置の費用並びに含まれない除外薬剤・注射薬の費用 　療養病棟入院基本料（特別入院基本料を含む。）を算定する患者に対して行った検査、投薬、注射並びに別表第五に掲げる画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含む。）は、当該入院基本料に含まれるものとし、別表第五及び別表第五の一の二に掲げる薬剤及び注射薬の費用は、当該入院基本料に含まれないものとする。
【基本診療料の施設基準等　別表】 ［施設基準］ 別表第五　特定入院基本料、療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料の注６、注13及び注14の点数並びに有床診療所療養病床入院基本料に含まれる画像診断及び処置 ー　（略）	【基本診療料の施設基準等　別表】 ［施設基準］ 別表第五　特定入院基本料、療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料の注６、注13及び注14の点数並びに有床診療所療養病床入院基本料に含まれる画像診断及び処置並びにこれらに含まれない除外薬剤・注射薬 ー　（略）

二　（略）	二　（略）
（削除）	三　これらに含まれない除外薬剤（特定入院基本料に係る場合を除く。） 　抗悪性腫瘍剤（悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。）、ＨＩＦ―ＰＨ阻害剤（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）及び疼痛コントロールのための医療用麻薬
（削除）	四　これらに含まれない注射薬（特定入院基本料に係る場合を除く。） 　抗悪性腫瘍剤（悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。）、エリスロポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）、ダルベポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）、エポエチンベータペゴル（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）及び疼痛コントロールのための医療用麻薬
別表第五の一の二　次の一から三までに掲げる入院基本料等に含まれない除外薬剤・注射薬	別表第五の一の二　特定入院基本料、療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料の注６、注13及び注14の点数並びに有床診療所療養病床入院基本料に含まれない除外薬剤・注射薬並びに特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、

	認知症治療病棟入院料及び特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の除外薬剤・注射薬 　インターフェロン製剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能若しくは効果を有するものに限る。） 　抗ウイルス剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はＨＩＶ感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。） 　血友病の患者に使用する医薬品（血友病患者における出血傾向の抑制の効能又は効果を有するものに限る。）
一　緩和ケア病棟入院料に含まれない除外薬剤・注射薬 　インターフェロン製剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能若しくは効果を有するものに限る。） 　抗ウイルス剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はＨＩＶ感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。） 　血友病等の患者に使用する医薬品（血友病等の患者における出血傾向の抑制の効能又は効果を有するものに限る。）	（新設）
二　特定入院基本料、療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料の注６、注13及び注14の点数並びに有床診療所療養病床入院基本料、地域包括医療病棟入院料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料、認知症治療病棟入院料、特定一般病棟入院料及	（新設）

び短期滞在手術等基本料に含まれない除外薬剤・注射薬 　別表第五の一の二の一に定める薬剤 　抗悪性腫瘍剤（悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。） 　疼痛コントロールのための医療用麻薬 　エリスロポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）、ダルベポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）及びエポエチンベータペゴル（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。） 　ＨＩＦ―ＰＨ阻害剤（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。） 　生物学的製剤（免疫・アレルギー疾患の治療のために入院前から投与が継続されており、他の治療薬で代替不能な場合に限る。） 　ＪＡＫ阻害薬（免疫・アレルギー疾患の治療のために入院前から投与が継続されており、他の治療薬で代替不能な場合に限る。）	
三　精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料及び地域移行機能強化病棟入院料に含	（新設）

まれない除外薬剤・注射薬 　別表第五の一の二の一及び二に定める薬剤 　クロザピン（治療抵抗性統合失調症治療指導管理料を算定しているものに対して投与された場合に限る。） 　持続性抗精神病注射薬剤（投与開始日から起算して六十日以内に投与された場合に限る。）	
（削除）	別表第五の一の三　地域包括医療病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料、特定一般病棟入院料及び短期滞在手術等基本料の除外薬剤・注射薬 　抗悪性腫瘍剤（悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。）、疼痛コントロールのための医療用麻薬、エリスロポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）、ダルベポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）、エポエチンベータペゴル（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）、ＨＩＦ―ＰＨ阻害剤（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）、インターフェロン製剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能若しくは効果を有するものに限る。）、抗ウイルス剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はＨＩＶ感染症の効能若しくは効果を有するものに限

	る。）及び血友病の患者に使用する医薬品（血友病患者における出血傾向の抑制の効能又は効果を有するものに限る。）
（削除）	別表第五の一の四　精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料及び精神科地域包括ケア病棟入院料の除外薬剤・注射薬 インターフェロン製剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能若しくは効果を有するものに限る。） 抗ウイルス剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はＨＩＶ感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。） 血友病の患者に使用する医薬品（血友病患者における出血傾向の抑制の効能又は効果を有するものに限る。） クロザピン（治療抵抗性統合失調症治療指導管理料を算定しているものに対して投与された場合に限る。） 持続性抗精神病注射薬剤（投与開始日から起算して六十日以内に投与された場合に限る。）
（削除）	別表第五の一の五　精神療養病棟入院料及び地域移行機能強化病棟入院料の除外薬剤・注射薬 インターフェロン製剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能若しくは効果を有するものに限る。） 抗ウイルス剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はＨＩＶ感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。） 血友病の患者に使用する医薬品（血友病患者における出血傾向の抑制の効能又は効果を有するもの

	に限る。） 　クロザピン（治療抵抗性統合失調症治療指導管理料を算定しているものに対して投与された場合に限る。） 　持続性抗精神病注射薬剤（投与開始日から起算して六十日以内に投与された場合に限る。）
【介護老人保健施設入所者について算定できない検査等】 ［施設基準］ 三　介護老人保健施設入所者について算定できる内服薬及び外用薬の費用 　抗悪性腫瘍剤（悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。）の費用 　ＨＩＦ―ＰＨ阻害剤（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）の費用 　ＪＡＫ阻害薬（免疫・アレルギー疾患の治療のために入院前から投与が継続されており、他の治療薬で代替不能な場合に限る。） 　疼痛コントロールのための医療用麻薬の費用 　抗ウイルス剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はＨＩＶ感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）の費用	【介護老人保健施設入所者について算定できない検査等】 ［施設基準］ 三　介護老人保健施設入所者について算定できる内服薬及び外用薬の費用 　抗悪性腫瘍剤（悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。）の費用 　ＨＩＦ―ＰＨ阻害剤（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）の費用 　疼痛コントロールのための医療用麻薬の費用 　抗ウイルス剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はＨＩＶ感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）の費用
四　介護老人保健施設入所者について算定できる注射及び注射薬等の費用 　医科点数表区分番号Ｂ００１―２―12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料の１のイ、２のイ又は３のイ	四　介護老人保健施設入所者について算定できる注射及び注射薬等の費用 　医科点数表区分番号Ｂ００１―２―12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料の１のイ、２のイ又は３のイ

（略） 疼痛コントロールのための医療用麻薬の費用 生物学的製剤（免疫・アレルギー疾患の治療のために入院前から投与が継続されており、他の治療薬で代替不能な場合に限る。） インターフェロン製剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能又は効果を有するものに限る。）の費用 抗ウイルス剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能又は効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はＨＩＶ感染症の効能又は効果を有するものに限る。）の費用 血友病等の患者に使用する医薬品（血友病等の患者における出血傾向の抑制の効能又は効果を有するものに限る。）	（略） 疼痛コントロールのための医療用麻薬の費用 インターフェロン製剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能又は効果を有するものに限る。）の費用 抗ウイルス剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能又は効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はＨＩＶ感染症の効能又は効果を有するものに限る。）の費用 血友病の患者に使用する医薬品（血友病患者における出血傾向の抑制の効能又は効果を有するものに限る。）

【Ⅱ－１－１　患者のニーズ、病院の機能・特性、地域医療構想を踏まえた医療提供体制の整備－⑮】

⑮　DPC／PDPS の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

１．診療報酬改定に関連した見直し
急性期入院医療の評価の見直しに伴い、必要な見直しを行う。

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

①救急車等による搬送により入院した患者数が年間で700人以上であること。
②救急車等による搬送により入院した患者数が年間で200人以上であり、全身麻酔による手術件数が年間で500件以上であること。
③人口20万人以下の二次医療圏に所在する保険医療機関であって、当該二次医療圏に所在する保険医療機関のうち、救急車等による搬送により入院した患者数が最大であり、かつ、年間で400人以上であること。
④離島のみで構成されている二次医療圏に所在する保険医療機関であって、当該二次医療圏に所在する保険医療機関のうち、救急車等による搬送により入院した患者数が最大であること。

（２）機能評価係数Ⅰ

従前の評価方法を維持し、改定に伴う必要な見直しを行う。

（３）機能評価係数Ⅱ及び救急補正係数

複雑性係数の評価手法について必要な見直しを行う。

地域医療係数のうち定量評価指数について、DPC 標準病院群においては、新たにがん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患及び周産期の４領域にも着目した評価に見直す（別表２参照）。

また、地域医療係数のうち体制評価指数について、「認定ドナーコーディネーターの院内配置」及び「地域の需要変動への応答性」に係る項目を新設する（別表４参照）。

その他の機能評価係数Ⅱ及び救急補正係数については、従前の評価方法を維持し、再設定を行う（別表２～別表４参照）。

（４）激変緩和係数

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

新たに DPC/PDPS に参加する医療機関について、診療報酬改定前の実績と比べて２％を超えて低く変動した場合は、改めて当該医療機関の出来高実績点数に代えて、当該医療機関が所属する医療機関群の平均的な医療機関別係数の値を用いて推計診療報酬変動率（補正診療報酬変動率）を算出し、その結果が２％を超えて低く変動する場合のみ、補正診療報酬変動率がマイナス２％となるように措置を行う。

３．診断群分類の見直し

（１）診断群分類点数表の見直し

医療資源の同等性、臨床的類似性等の観点から、診断群分類及び診断群分類ごとの評価を見直す。

（２）点数設定方式A～Cにおける入院期間Ⅱの見直し

多くの診断群分類において、平均在院日数が在院日数の中央値を上回っている実態を踏まえ､在院日数の変動係数が0.6を下回る診断群分類について、10%を変動率の上限として、入院期間Ⅱを平均在院日数から在院日数の中央値へ見直すとともに、包括点数の再設定を行う。

（３）新型コロナウイルス感染症に係る取扱いの見直し

医療資源を最も投入した傷病名として新型コロナウイルス感染症が選択された患者について出来高算定とする取扱いを見直すとともに、診断群分類の設定等、必要な見直しを行う。

４．算定ルールの見直し

DPC算定対象となる病棟等（以下「DPC算定病棟等」という。）から、DPC算定対象とならない病棟へ転棟した後に、同一傷病等により改めてDPC算定病棟等に再転棟する場合について、転棟後の期間を問わず、原則として一連の入院として扱うこととするよう、要件を見直す。

５．退院患者調査の見直し

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

別表２　＜機能評価係数Ⅱの具体的な評価内容（令和８年度）＞（**下線部太字**が見直し内容）

＜項目＞	評価の考え方	評価指標（指数）
地域医療指数	体制評価指数と定量評価指数で（評価シェアは7：5）構成	体制評価指数：５疾病６事業等を含む医療提供体制における役割や実績を評価（別頁に詳細を記載） 定量評価指数：〔当該医療機関の所属地域における担当患者数〕／〔当該医療機関の所属地域における発生患者数〕を~~1) 小児（15歳未満）と2) それ以外（15歳以上）に分けてそれぞれ~~評価~~（1:1）~~。 **大学病院本院群及びDPC特定病院群にあっては、1）小児（15歳未満）と2）それ以外（15歳以上）に分けてそれぞれ評価（重み付けは等分）** **DPC標準病院群にあっては、1）小児（15歳未満）及び周産期と2）それ以外（15歳以上）に分けてそれぞれ評価（重み付けは等分）し、2）それ以外（15歳以上）については、更に① がん、② 脳卒中及び③ 心筋梗塞等の心血管疾患に分けてそれぞれ評価（重み付けは等分）。** 大学病院本院群及びDPC特定病院群は3次医療圏、DPC標準病院群は2次医療圏のDPC対象病院に入院した患者を計算対象とする。
効率性指数	各医療機関における在院日数短縮の努力を評価	〔全DPC/PDPS対象病院の患者構成が、当該医療機関と同じと仮定した場合の平均在院日数〕／〔当該医療機関の平均在院日数〕 ※　当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※　包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。
複雑性指数	入院初期の医療資源投入の観点から見た患者構成への評価	~~〔当該医療機関の包括範囲出来高点数（一入院当たり）を、包括対象の診断群分類ごとに全病院の平均包括範囲出来高点数に置換えた点数〕／〔全病院の平均一入院あたり包括点数〕~~ **〔当該医療機関の全患者について、診断群分類ごとに全DPC/PDPS対象病院における在院日数の25%tile値までの平均包括範囲出来高点数に置き換えた点数の平均〕／〔全DPC/PDPS対象病院における全診断群分類の25%tile値までの平均包括範囲出来高点数の平均〕** ※　当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※　包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。

評価対象：令和６年 10 月１日～令和７年９月 30 日データ

カバー率指数	様々な疾患に対応できる総合的な体制について評価	〔当該医療機関で一定症例数以上算定しているDPC数〕／〔全DPC数〕 ※　当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※　全て（包括評価の対象・対象外の両方を含む）の支払分類を計算対象とする。

別表３　＜救急補正係数の具体的な評価内容（令和８年度）＞

救急補正係数	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	１症例当たり〔以下の患者について、入院後２日間までの包括範囲出来高点数（出来高診療実績）と診断群分類点数表の設定点数との差額の総和〕※救急医療管理加算２相当の指数値は１／２ 【「A205救急医療管理加算」の施設基準を取得している施設】 「救急医療入院」かつ以下のいずれかを入院初日から算定している患者 「A205救急医療管理加算」、「A300救命救急入院料」、「A301特定集中治療室管理料」、「A301-2ハイケアユニット入院医療管理料」、「A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料」、「A301-4小児特定集中治療室管理料」、「A302新生児特定集中治療室管理料」、「A303総合周産期特定集中治療室管理料」 【「A205救急医療管理加算」の施設基準を取得していない施設】 「救急医療入院」の患者

評価対象：令和６年 10 月１日～令和７年９月 30 日データ

別表４　＜体制評価指数の具体的な評価内容（令和８年度）＞（**下線部太字**が見直し内容）

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

評価対象：令和６年 10 月１日～令和７年９月 30 日データ

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

<table>
<tr><th>評価項目</th><th>概要</th><th>DPC標準病院群</th><th>大学病院本院群</th><th>DPC特定病院群</th></tr>
<tr><td rowspan="2">救急</td><td rowspan="2">医療計画上の体制及び救急医療の実績を評価</td><td>二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設又は救命救急センターを評価(0.1P)</td><td colspan="2">・救命救急センター（0.5P）
・二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設（0.1P）</td></tr>
<tr><td>上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数（最大0.9P）</td><td colspan="2">上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数（救急医療入院に限る）（最大0.5P）</td></tr>
<tr><td>感染症</td><td>新興感染症等に係る医療への体制を評価</td><td colspan="3">・第一種協定指定医療機関に該当（0.5P）
・流行初期医療確保措置の対象となる協定の締結（入院に係るものに限る）（0.5P）</td></tr>
<tr><td>治験等の実施</td><td>治験や臨床研究等の実績を評価</td><td>右記のいずれか1項目を満たした場合1P</td><td colspan="2">治験等の実施
・過去３カ年において、主導的に実施した医師主導治験が８件以上、又は主導的に実施した医師主導治験が４件以上かつ主導的に実施した臨床研究実績が40件以上（1P）
・20例以上の治験（※）の実施、10例以上の先進医療の実施又は10例以上の患者申出療養の実施(0.5P)
（※）協力施設としての治験の実施を含む。</td></tr>
</table>

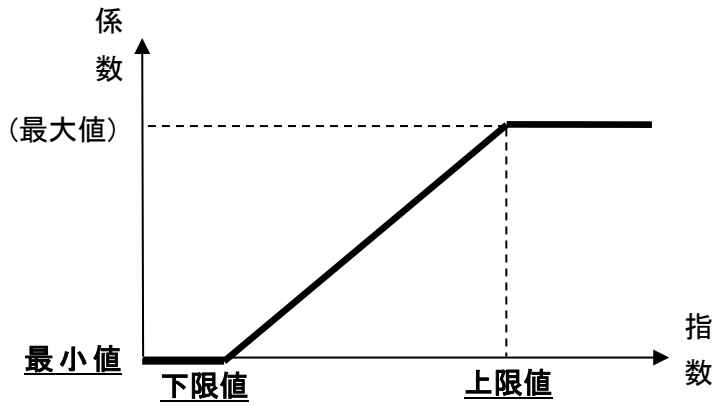
評価項目	概要	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
臓器提供の実施	法的脳死判定後の臓器提供に係る実績を評価	過去３カ年において、法的脳死判定後の臓器提供の実績が１件以上（1P）	・過去３カ年において、法的脳死判定後の臓器提供の実績が２件以上（1P） ・過去３カ年において、法的脳死判定後の臓器提供の実績が１件以上（0.5P）	
		認定ドナーコーディネーターの院内配置（過去３カ年において、法的脳死判定後の臓器提供の実績が０件の医療機関に限る。）（0.5P）（令和９年度以降の評価）		
医療の質向上に向けた取組	医療の質に係るデータの提出や病院情報等の公開を評価	・医療の質指標に係るDPCデータの提出（0.5P） ・病院情報の自院のホームページでの公表（0.25P） ・医療の質指標の自院のホームページでの公表（0.25P）		
医師少数地域への医師派遣機能	医師派遣による地域医療体制維持への貢献を評価	（評価は行わない）	・「医師少数区域」へ常勤医師として半年以上派遣している医師数（当該病院に３年以上在籍しているものに限る。）（1P）	（評価は行わない）
地域の需要変動への応答性	**地域の需要変動へ柔軟に対応できる体制を評価**	**各医療機関のDPC算定病床数に占める各日の入院患者数(DPC算定病床に限る。)の割合のばらつき（-1P）**		

地域医療計画等における一定の役割を13項目（大学病院本院群は14項目）で評価

（1項目最大1P、上限は大学病院本院群：11P、DPC特定病院群：10P、DPC標準病院群：8P。**下限は0P。**）

＜評価定義域の下限値･上限値及び評価値域の最小値＞

具体的な設定	指数		係数	評価の考え方
	上限値	下限値	最小値	
効率性	97.5%tile 値	2.5%tile 値(※1)	0	群ごとに評価
複雑性	97.5%tile 値	2.5%tile 値	0	群ごとに評価
カバー率	1.0	0	0	群ごとに評価
地域医療(定量)	1.0(※2)	0	0	群ごとに評価(※4)
(体制)	1.0	0	0	
救急補正	97.5%tile 値	0(※3)	0	全群共通で評価



※1　在院日数短縮の評価という趣旨から、全群共通の下限値を設定

※2　DPC 標準病院群については、疾患領域毎の地域シェアが相対的に著しく高い医療機関が存在することを踏まえ、上限値（95%tile 値）を設定する。

※3　報酬差額の評価という趣旨から設定

※4　地域医療係数については、DPC 標準病院群のうち、DPC 標準病院群１と DPC 標準病院群２で、それぞれ評価を行う。

＜地域医療指数・体制評価指数のうち実績評価を加味する項目＞

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

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

○ 脳卒中、急性大動脈解離に対する手術実績

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

○ 各医療機関のDPC算定病床数に占める各日の入院患者数（DPC算定病床に限る）の割合のばらつき

・ 97.5%tile 値を満たす場合は 0 ポイント（指数)、97.5%tile 値に満たない場合は-1 ポイント（指数）とする。

【Ⅱ－１－１　患者のニーズ、病院の機能・特性、地域医療構想を踏まえた、医療提供体制の整備－⑯】

⑯　短期滞在手術等基本料の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

１．短期滞在手術等基本料１について、包括範囲内で実施される検査等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、在院日数や医療資源投入量が一定の範囲に収斂している手術を新たに対象に追加するとともに、既存の対象手術等について、実態を踏まえ、評価の見直しを行う。

３．短期滞在手術等基本料３について、ＤＰＣ対象病院においても、短期滞在手術等基本料３を算定するよう、要件を見直す。

４．短期滞在手術等基本料３について、対象手術等のうち外来での実施率が特に高いものについて、評価を見直すとともに、これらの手術等を外来で一定程度実施している医療機関において、医学的に入院での手術等が特に必要な患者に対して、入院でこれらの手術等を実施した場合の評価を行う。

改　定　案	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　主として入院で実施されている手術を行った場合 （１）　麻酔を伴う手術を行った場合 ●●点 （２）　（１）以外の場合 ●●点 ロ　イ以外の場合	【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　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 ロ　イ以外の場合

（１）　麻酔を伴う手術を行った場合 ●●点 （２）　（１）以外の場合 ●●点	（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
２　短期滞在手術等基本料３（４泊５日までの場合） イ　Ｄ２３７　終夜睡眠ポリグラフィー　３　１及び２以外の場合　イ　安全精度管理下で行うもの ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） ロ　Ｄ２３７　終夜睡眠ポリグラフィー　３　１及び２以外の場合　ロ　保険医療機関内又は訪問して実施するもの ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、8,326点） ハ　Ｄ２３７－２　反復睡眠潜時試験（ＭＳＬＴ） ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） ニ　Ｄ２８７　内分泌負荷試験　１　下垂体前葉負荷試験　イ　成長ホルモン（ＧＨ）（一連として） ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） ホ　Ｄ２９１－２　小児食物アレルギー負荷検査 ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） ヘ　Ｄ４１３　前立腺針生検法　２　その他のもの ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） ト　Ｋ００７－２　経皮的放射線	２　短期滞在手術等基本料３（４泊５日までの場合） イ　Ｄ２３７　終夜睡眠ポリグラフィー　３　１及び２以外の場合　イ　安全精度管理下で行うもの 9,537点 （生活療養を受ける場合にあっては、9,463点） ロ　Ｄ２３７　終夜睡眠ポリグラフィー　３　１及び２以外の場合　ロ　その他のもの 8,400点 （生活療養を受ける場合にあっては、8,326点） ハ　Ｄ２３７－２　反復睡眠潜時試験（ＭＳＬＴ） 12,676点 （生活療養を受ける場合にあっては、12,602点） ニ　Ｄ２８７　内分泌負荷試験　１　下垂体前葉負荷試験　イ　成長ホルモン（ＧＨ）（一連として） 9,194点 （生活療養を受ける場合にあっては、9,120点） ホ　Ｄ２９１－２　小児食物アレルギー負荷検査 5,278点 （生活療養を受ける場合にあっては、5,204点） ヘ　Ｄ４１３　前立腺針生検法　２　その他のもの 10,262点 （生活療養を受ける場合にあっては、10,188点） ト　Ｋ００７－２　経皮的放射線

治療用金属マーカー留置術 ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） チ　Ｋ０３０　四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術　８　手軟部腫瘍摘出術 ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） リ　Ｋ０４６　骨折観血的手術　６　手舟状骨骨折観血的手術 ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） ヌ　Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　６　前腕骨骨内異物（挿入物を含む。）除去術 ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） ル　Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　８　鎖骨骨内異物（挿入物を含む。）除去術 ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） ヲ　Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　10　手根骨骨内異物（挿入物を含む。）除去術 ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） ワ　Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　11　中手骨骨内異物（挿入物を含む。）除去術 ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	治療用金属マーカー留置術 30,882点 （生活療養を受ける場合にあっては、30,808点） チ　Ｋ０３０　四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術　２　手、足（手に限る。） 14,667点 （生活療養を受ける場合にあっては、14,593点） リ　Ｋ０４６　骨折観血的手術　２　前腕、下腿、手舟状骨（手舟状骨に限る。） 36,240点 （生活療養を受ける場合にあっては、36,166点） ヌ　Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　３　前腕、下腿（前腕に限る。） 19,082点 （生活療養を受ける場合にあっては、19,008点） ル　Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　４　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（鎖骨に限る。） 20,549点 （生活療養を受ける場合にあっては、20,475点） ヲ　Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　４　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（手に限る。） 14,893点 （生活療養を受ける場合にあっては、14,819点） （新設）

カ　Ｋ０７０　ガングリオン摘出術　１　手部ガングリオン摘出術 ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） ヨ　Ｋ０９３－２　手根管開放手術（内視鏡下） ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） タ　Ｋ１９６－２　胸腔鏡下交感神経節切除術（両側） ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） レ　Ｋ２０２　涙管チューブ挿入術　１　涙道内視鏡を用いるもの（片側） ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） ソ　Ｋ２０２　涙管チューブ挿入術　１　涙道内視鏡を用いるもの（両側） ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） ツ　Ｋ２１７　眼瞼内反症手術　２　皮膚切開法（片側） ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） ネ　Ｋ２１７　眼瞼内反症手術　２　皮膚切開法（両側） ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） ナ　Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　１　眼瞼挙筋前転法（片側） ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） ラ　Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術	ワ　Ｋ０７０　ガングリオン摘出術　１　手、足、指（手、足）（手に限る。） 13,653点 （生活療養を受ける場合にあっては、13,579点） カ　Ｋ０９３－２　関節鏡下手根管開放手術 18,038点 （生活療養を受ける場合にあっては、17,964点） ヨ　Ｋ１９６－２　胸腔鏡下交感神経節切除術（両側） 32,137点 （生活療養を受ける場合にあっては、32,063点） タ　Ｋ２０２　涙管チューブ挿入術　１　涙道内視鏡を用いるもの（片側） 8,663点 （生活療養を受ける場合にあっては、8,589点） レ　Ｋ２０２　涙管チューブ挿入術　１　涙道内視鏡を用いるもの（両側） 13,990点 （生活療養を受ける場合にあっては、13,916点） ソ　Ｋ２１７　眼瞼内反症手術　２　皮膚切開法（片側） 6,524点 （生活療養を受ける場合にあっては、6,450点） ツ　Ｋ２１７　眼瞼内反症手術　２　皮膚切開法（両側） 14,425点 （生活療養を受ける場合にあっては、14,351点） ネ　Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　１　眼瞼挙筋前転法（片側） 11,000点 （生活療養を受ける場合にあっては、10,926点） ナ　Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術

１　眼瞼挙筋前転法（両側） ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） ム　Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術 ３　その他のもの（片側） ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） ウ　Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術 ３　その他のもの（両側） ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） キ　Ｋ２２４　翼状片手術（弁の移植を要するもの）（片側） ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） ノ　Ｋ２２４　翼状片手術（弁の移植を要するもの）（両側） ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） オ　Ｋ２４２　斜視手術　２　後転法（片側） ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） ク　Ｋ２４２　斜視手術　２　後転法（両側） ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） ヤ　Ｋ２４２　斜視手術　３　前転法及び後転法の併施（片側） ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） マ　Ｋ２４２　斜視手術　３　前転法及び後転法の併施（両側） ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	１　眼瞼挙筋前転法（両側） 19,357点 （生活療養を受ける場合にあっては、19,283点） ラ　Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術 ３　その他のもの（片側） 10,493点 （生活療養を受ける場合にあっては、10,419点） ム　Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術 ３　その他のもの（両側） 17,249点 （生活療養を受ける場合にあっては、17,175点） ウ　Ｋ２２４　翼状片手術（弁の移植を要するもの）（片側） 8,437点 （生活療養を受ける場合にあっては、8,363点） キ　Ｋ２２４　翼状片手術（弁の移植を要するもの）（両側） 13,030点 （生活療養を受ける場合にあっては、12,956点） ノ　Ｋ２４２　斜視手術　２　後転法（片側） 13,877点 （生活療養を受ける場合にあっては、13,803点） オ　Ｋ２４２　斜視手術　２　後転法（両側） 19,632点 （生活療養を受ける場合にあっては、19,558点） ク　Ｋ２４２　斜視手術　３　前転法及び後転法の併施（片側） 20,488点 （生活療養を受ける場合にあっては、20,414点） ヤ　Ｋ２４２　斜視手術　３　前転法及び後転法の併施（両側） 33,119点 （生活療養を受ける場合にあっては、33,045点）

ケ　Ｋ２５４　治療的角膜切除術 １　エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）（片側） ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） フ　Ｋ２５４　治療的角膜切除術 １　エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）（両側） ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） コ　Ｋ２６８　緑内障手術　６　水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術（片側） ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） エ　Ｋ２６８　緑内障手術　６　水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術（両側） ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） テ　Ｋ２８２　水晶体再建術　１　眼内レンズを挿入する場合　ロ　その他のもの（片側） ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） ア　Ｋ２８２　水晶体再建術　１　眼内レンズを挿入する場合　ロ　その他のもの（両側） ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） サ　Ｋ２８２　水晶体再建術　２　眼内レンズを挿入しない場合（片側） ●●点	マ　Ｋ２５４　治療的角膜切除術 １　エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）（片側） 16,748点 （生活療養を受ける場合にあっては、16,674点） ケ　Ｋ２５４　治療的角膜切除術 １　エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）（両側） 28,464点 （生活療養を受ける場合にあっては、28,390点） フ　Ｋ２６８　緑内障手術　６　水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術（片側） 34,516点 （生活療養を受ける場合にあっては、34,442点） コ　Ｋ２６８　緑内障手術　６　水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術（両側） 67,946点 （生活療養を受ける場合にあっては、67,872点） エ　Ｋ２８２　水晶体再建術　１　眼内レンズを挿入する場合　ロ　その他のもの（片側） 17,457点 （生活療養を受ける場合にあっては、17,383点） テ　Ｋ２８２　水晶体再建術　１　眼内レンズを挿入する場合　ロ　その他のもの（両側） 31,685点 （生活療養を受ける場合にあっては、31,611点） ア　Ｋ２８２　水晶体再建術　２　眼内レンズを挿入しない場合（片側） 14,901点

（生活療養を受ける場合にあっては、●●点） キ　Ｋ２８２　水晶体再建術　２　眼内レンズを挿入しない場合（両側） ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） ユ　Ｋ３１８　鼓膜形成手術 ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） メ　Ｋ３３３　鼻骨骨折整復固定術 ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） ミ　Ｋ３８９　喉頭・声帯ポリープ切除術　２　直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） シ　Ｋ４７４　乳腺腫瘍摘出術　１　長径５センチメートル未満 ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、16,610点） ヱ　Ｋ４７４　乳腺腫瘍摘出術　２　長径５センチメートル以上 ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） ヒ　Ｋ６１６－４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　１　初回（透析シャント閉塞又は高度狭窄の場合） ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） モ　Ｋ６１６－４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　１　初回（その他の場合） ●●点	（生活療養を受ける場合にあっては、14,827点） サ　Ｋ２８２　水晶体再建術　２　眼内レンズを挿入しない場合（両側） 25,413点 （生活療養を受ける場合にあっては、25,339点） キ　Ｋ３１８　鼓膜形成手術 31,981点 （生活療養を受ける場合にあっては、31,907点） ユ　Ｋ３３３　鼻骨骨折整復固定術 16,988点 （生活療養を受ける場合にあっては、16,914点） メ　Ｋ３８９　喉頭・声帯ポリープ切除術　２　直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの 24,709点 （生活療養を受ける場合にあっては、24,635点） ミ　Ｋ４７４　乳腺腫瘍摘出術　１　長径５センチメートル未満 16,684点 （生活療養を受ける場合にあっては、16,610点） シ　Ｋ４７４　乳腺腫瘍摘出術　２　長径５センチメートル以上 22,904点 （生活療養を受ける場合にあっては、22,830点） ヱ　Ｋ６１６－４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　１　初回 26,013点 （生活療養を受ける場合にあっては、25,939点） （新設）

（生活療養を受ける場合にあっては、●●点） セ　Ｋ６１６－４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　２　１の実施後３月以内に実施する場合 ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） ス　Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術 １　抜去切除術 ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） ン　Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術 ２　硬化療法（一連として） ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） イイ　Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術 ３　高位結紮術 ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） イロ　Ｋ６１７－２　大伏在静脈抜去術 ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） イハ　Ｋ６１７－４　下肢静脈瘤血管内焼灼術 ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） イニ　Ｋ６１７－６　下肢静脈瘤血管内塞栓術 ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） イホ　Ｋ６３３　ヘルニア手術 ５　鼠径ヘルニア（３歳未満に限る。） ●●点 （生活療養を受ける場合にあって	ヒ　Ｋ６１６－４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　２　１の実施後３月以内に実施する場合 26,057点 （生活療養を受ける場合にあっては、25,983点） モ　Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術 １　抜去切除術 20,366点 （生活療養を受ける場合にあっては、20,292点） セ　Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術 ２　硬化療法（一連として） 8,262点 （生活療養を受ける場合にあっては、8,188点） ス　Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術 ３　高位結紮術 9,258点 （生活療養を受ける場合にあっては、9,184点） ン　Ｋ６１７－２　大伏在静脈抜去術 20,829点 （生活療養を受ける場合にあっては、20,755点） イイ　Ｋ６１７－４　下肢静脈瘤血管内焼灼術 19,368点 （生活療養を受ける場合にあっては、19,294点） イロ　Ｋ６１７－６　下肢静脈瘤血管内塞栓術 20,479点 （生活療養を受ける場合にあっては、20,405点） イハ　Ｋ６３３　ヘルニア手術 ５　鼠径ヘルニア（３歳未満に限る。） 31,914点 （生活療養を受ける場合にあって

は、●●点） イヘ　Ｋ６３３　ヘルニア手術 ５　鼠径ヘルニア（３歳以上６歳未満に限る。） ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） イト　Ｋ６３３　ヘルニア手術 ５　鼠径ヘルニア（６歳以上15歳未満に限る。） ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） イチ　Ｋ６３３　ヘルニア手術 ５　鼠径ヘルニア（15歳以上に限る。） ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） イリ　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（３歳未満に限る。） ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） イヌ　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（３歳以上６歳未満に限る。） ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） イル　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（６歳以上15歳未満に限る。） ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） イヲ　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（15歳以上に限る。） ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） イワ　Ｋ７２１　内視鏡的大腸ポ	は、31,840点） イニ　Ｋ６３３　ヘルニア手術 ５　鼠径ヘルニア（３歳以上６歳未満に限る。） 24,786点 （生活療養を受ける場合にあっては、24,712点） イホ　Ｋ６３３　ヘルニア手術 ５　鼠径ヘルニア（６歳以上15歳未満に限る。） 21,023点 （生活療養を受ける場合にあっては、20,949点） イヘ　Ｋ６３３　ヘルニア手術 ５　鼠径ヘルニア（15歳以上に限る。） 24,147点 （生活療養を受ける場合にあっては、24,073点） イト　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（３歳未満に限る。） 63,751点 （生活療養を受ける場合にあっては、63,677点） イチ　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（３歳以上６歳未満に限る。） 50,817点 （生活療養を受ける場合にあっては、50,743点） イリ　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（６歳以上15歳未満に限る。） 37,838点 （生活療養を受ける場合にあっては、37,764点） イヌ　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（15歳以上に限る。） 49,389点 （生活療養を受ける場合にあっては、49,315点） イル　Ｋ７２１　内視鏡的大腸ポ

リープ・粘膜切除術　１　長径２センチメートル未満 ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） イカ　Ｋ７２１　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　２　長径２センチメートル以上 ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） イヨ　Ｋ７４３　痔核手術（脱肛を含む。）　２　硬化療法（四段階注射法によるもの） ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） イタ　Ｋ７４７　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門ポリープ切除術に限る。） ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） イレ　Ｋ７４７　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門尖圭コンジローム切除術に限る。） ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） イソ　Ｋ７６８　体外衝撃波腎・尿管結石破砕術（一連につき） ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） イツ　Ｋ８２３－６　尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの） ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） イネ　Ｋ８３４－３　顕微鏡下精索静脈瘤手術 ●●点	リープ・粘膜切除術　１　長径２センチメートル未満 12,580点 （生活療養を受ける場合にあっては、12,506点） イヲ　Ｋ７２１　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　２　長径２センチメートル以上 16,153点 （生活療養を受ける場合にあっては、16,079点） イワ　Ｋ７４３　痔核手術（脱肛を含む。）　２　硬化療法（四段階注射法によるもの） 10,386点 （生活療養を受ける場合にあっては、10,312点） イカ　Ｋ７４７　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門ポリープ切除術に限る。） 10,017点 （生活療養を受ける場合にあっては、9,943点） イヨ　Ｋ７４７　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門尖圭コンジローム切除術に限る。） 7,617点 （生活療養を受ける場合にあっては、7,543点） イタ　Ｋ７６８　体外衝撃波腎・尿管結石破砕術（一連につき） 25,702点 （生活療養を受ける場合にあっては、25,628点） イレ　Ｋ８２３－６　尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの） 23,829点 （生活療養を受ける場合にあっては、23,755点） イソ　Ｋ８３４－３　顕微鏡下精索静脈瘤手術 21,524点

（生活療養を受ける場合にあっては、●●点） イナ　Ｋ８６７　子宮頸部（膣部）切除術 ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） イラ　Ｋ８７２－３　子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術　１　電解質溶液利用のもの ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） イム　Ｋ８７２－３　子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術　２　組織切除回収システム利用によるもの ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） イウ　Ｋ８７２－３　子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術　３　その他のもの ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） イヰ　Ｋ８７３　子宮鏡下子宮筋腫摘出術　１　電解質溶液利用のもの ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） イノ　Ｋ８７３　子宮鏡下子宮筋腫摘出術　２　その他のもの ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） イオ　Ｋ８９０－３　腹腔鏡下卵管形成術 ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（生活療養を受ける場合にあっては、21,450点） イツ　Ｋ８６７　子宮頸部（膣部）切除術 15,253点 （生活療養を受ける場合にあっては、15,179点） イネ　Ｋ８７２－３　子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術　１　電解質溶液利用のもの 22,099点 （生活療養を受ける場合にあっては、22,025点） （新設） イナ　Ｋ８７２－３　子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術　３　その他のもの 18,115点 （生活療養を受ける場合にあっては、18,041点） イラ　Ｋ８７３　子宮鏡下子宮筋腫摘出術　１　電解質溶液利用のもの 36,674点 （生活療養を受ける場合にあっては、36,600点） イム　Ｋ８７３　子宮鏡下子宮筋腫摘出術　２　その他のもの 32,538点 （生活療養を受ける場合にあっては、32,464点） イウ　Ｋ８９０－３　腹腔鏡下卵管形成術 100,243点 （生活療養を受ける場合にあっては、100,169点）

イク　Ｍ００１－２　ガンマナイフによる定位放射線治療 ●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） ［算定要件］ 注１～２　（略） ３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、以下に掲げる手術を行った場合（入院した日から起算して５日までの期間に限る。）は、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ　Ｋ０３０　四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術　８　手軟部腫瘍摘出術 ●●点 ロ　Ｋ０７０　ガングリオン摘出術　１　手部ガングリオン摘出術 ●●点 ハ　Ｋ０９３－２　手根管開放手術（内視鏡下） ●●点 ニ　Ｋ２０２　涙管チューブ挿入術　１　涙道内視鏡を用いるもの（片側） ●●点 ホ　Ｋ２１７　眼瞼内反症手術　２　皮膚切開法（片側） ●●点 ヘ　Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　１　眼瞼挙筋前転法（片側） ●●点 ト　Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　３　その他のもの（片側） ●●点 チ　Ｋ２２４　翼状片手術（弁の移植を要するもの）（片側） ●●点	イヰ　Ｍ００１－２　ガンマナイフによる定位放射線治療 60,796点 （生活療養を受ける場合にあっては、60,722点） ［算定要件］ 注１～２　（略） （新設）

リ　Ｋ２５４　治療的角膜切除術　１　エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）（片側） ●●点 ヌ　Ｋ２６８　緑内障手術　６　水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術（片側） ●●点 ル　Ｋ２８２　水晶体再建術　１　眼内レンズを挿入する場合　ロ　その他のもの（片側） ●●点 ヲ　Ｋ６１６－４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　１　初回（透析シャント閉塞又は高度狭窄の場合） ●●点 ワ　Ｋ６１６－４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　１　初回（その他の場合） ●●点 カ　Ｋ６１６－４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　２　１の実施後３月以内に実施する場合 ●●点 ヨ　Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　２　硬化療法（一連として） ●●点 タ　Ｋ６１７－４　下肢静脈瘤血管内焼灼術 ●●点 レ　Ｋ６１７－６　下肢静脈瘤血管内塞栓術 ●●点 ソ　Ｋ７２１　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　１　長径２センチメートル未満 ●●点 ツ　Ｋ７４３　痔核手術（脱肛を含む。）　２　硬化療法	

（四段階注射法によるもの） ●●点 ネ　Ｋ７４７　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門ポリープ切除術に限る。） ●●点 ナ　Ｋ７４７　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門尖圭コンジローム切除術に限る。） ●●点 ラ　Ｋ８２３－６　尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの） ●●点	
４・５　（略）	３・４　（略）
［施設基準］ 第十　短期滞在手術等基本料の施設基準等 三　厚生労働大臣が定める保険医療機関 病院であること。	［施設基準］ 第十　短期滞在手術等基本料の施設基準等 三　厚生労働大臣が定める保険医療機関 診療報酬の算定方法第一号ただし書に規定する別に厚生労働大臣が指定する病院の病棟を有する病院又は診療所でないこと。
四　短期滞在手術等基本料の注３に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準 外来での手術に係る実績を一定程度有していること。	（新設）
五　（略）	四　（略）

【Ⅱ－１－１　患者のニーズ、病院の機能・特性、地域医療構想を踏まえた医療提供体制の整備－⑰】

⑰　地域加算の見直し

第１　基本的な考え方

令和６年人事院勧告における国家公務員の地域手当の見直しに伴い、地域加算の対象地域及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

地域加算の地域区分及び評価を見直す。また、著しく点数が変動する地域については経過措置を設ける。

改　定　案	現　　行
【地域加算】	【地域加算】
［算定要件］	［算定要件］
１　１級地　●●点	１　１級地　18点
２　２級地　●●点	２　２級地　15点
３　３級地　●●点	３　３級地　14点
４　４級地　●●点	４　４級地　11点
５　５級地　●●点	５　５級地　９点
（削除）	６　６級地　５点
（削除）	７　７級地　３点
［経過措置］ 別に定める地域に所在する保険医療機関においては、令和９年５月31日までの間に限り、算定する区分の調整を行う。	［経過措置］ （新設）

対象地域は、一般職の職員の給与に関する法律（昭和 25 年法律第 95 号）第 11 条の３第１項に規定する人事院規則で定める地域及び当該地域に準じる地域とする。

当該地域に準じる地域については、「地方公務員の給与改定等に関する取扱いについて」（令和７年 11 月 11 日総務副大臣通知）別紙２にて定める地域手当の支給地域を参考に、設定する。

【Ⅱ－１－１　患者のニーズ、病院の機能・特性、地域医療構想を踏まえた医療提供体制の整備－⑱】

⑱　看護補助者に係る加算の名称の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

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

【Ⅱ－１－２　人口の少ない地域の実情を踏まえた評価－①】

①　医療資源の少ない地域の対象地域の見直し

第１　基本的な考え方

医療資源の少ない地域に配慮した評価を適切に行う観点から、医療資源の少ない地域の対象となる地域及び経過措置を見直す。

第２　具体的な内容

１．医療資源の少ない地域について、令和５年医療施設静態調査等の直近の統計を用いて見直しを行う。

改　定　案	現　　行
［施設基準］	［施設基準］
別表第六の二　厚生労働大臣が定める地域	別表第六の二　厚生労働大臣が定める地域
（削除）	一　北海道江差町、上ノ国町、厚沢部町、乙部町及び奥尻町の地域
一　北海道日高町、平取町、新冠町、浦河町、様似町、えりも町及び新ひだか町の地域	二　北海道日高町、平取町、新冠町、浦河町、様似町、えりも町及び新ひだか町の地域
二　北海道富良野市、上富良野町、中富良野町、南富良野町及び占冠村	（新設）
三　北海道稚内市、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の地域	三　北海道稚内市、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の地域
四　北海道紋別市、佐呂間町、遠軽町、湧別町、滝上町、興部町、西興部村及び雄武町	（新設）
五　北海道根室市、別海町、中標津町、標津町及び羅臼町の地域	四　北海道根室市、別海町、中標津町、標津町及び羅臼町の地域
六　青森県五所川原市、つがる市、鰺ヶ沢町、深浦町、鶴田町及び中泊町の地域	五　青森県五所川原市、つがる市、鰺ヶ沢町、深浦町、鶴田町及び中泊町の地域
七　青森県むつ市、大間町、東通村、風間浦村及び佐井村の地域	六　青森県むつ市、大間町、東通村、風間浦村及び佐井村の地域
八　岩手県花巻市、北上市、遠野市	七　岩手県花巻市、北上市、遠野市

及び西和賀町の地域	及び西和賀町の地域
九　岩手県大船渡市、陸前高田市及び住田町の地域	八　岩手県大船渡市、陸前高田市及び住田町の地域
（削除）	九　岩手県宮古市、山田町、岩泉町及び田野畑村の地域
十　岩手県久慈市、普代村、野田村及び洋野町の地域	十　岩手県久慈市、普代村、野田村及び洋野町の地域
十一　岩手県二戸市、軽米町、九戸村及び一戸町	（新設）
十二　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	十一　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
十三　山形県新庄市、金山町、最上町、舟形町、真室川町、大蔵村、鮭川村及び戸沢村の地域	十二　山形県新庄市、金山町、最上町、舟形町、真室川町、大蔵村、鮭川村及び戸沢村の地域
十四　埼玉県秩父市、横瀬町、皆野町、長瀞町及び小鹿野町	（新設）
十五　東京都大島町、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の地域	十三　東京都大島町、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の地域
十六　新潟県十日町市、魚沼市、南魚沼市、湯沢町及び津南町の地域	十四　新潟県十日町市、魚沼市、南魚沼市、湯沢町及び津南町の地域
十七　新潟県佐渡市の地域	十五　新潟県佐渡市の地域
十八　石川県輪島市、珠洲市、穴水町及び能登町の地域	十六　石川県輪島市、珠洲市、穴水町及び能登町の地域
十九　福井県大野市及び勝山市の地域	十七　福井県大野市及び勝山市の地域
二十　山梨県市川三郷町、早川町、身延町、南部町及び富士川町の地域	十八　山梨県市川三郷町、早川町、身延町、南部町及び富士川町の地域
（削除）	十九　長野県木曽郡の地域
（削除）	二十　長野県大町市及び北安曇野郡の地域
二十一　岐阜県高山市、飛騨市、下呂市及び白川村の地域	二十一　岐阜県高山市、飛騨市、下呂市及び白川村の地域
二十二　愛知県新城市、設楽町、東栄町及び豊根村の地域	二十二　愛知県新城市、設楽町、東栄町及び豊根村の地域
二十三　三重県尾鷲市、熊野市、紀北町、御浜町及び紀宝町	（新設）
（削除）	二十三　滋賀県長浜市及び米原市の地域
二十四　滋賀県高島市の地域	二十四　滋賀県高島市の地域
二十五　兵庫県豊岡市、養父市、朝	二十五　兵庫県豊岡市、養父市、朝

来市、香美町及び新温泉町の地域	来市、香美町及び新温泉町の地域
二十六　奈良県五條市、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、川上村及び東吉野村の地域	二十六　奈良県五條市、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、川上村及び東吉野村の地域
二十七　島根県雲南市、奥出雲町及び飯南町の地域	二十七　島根県雲南市、奥出雲町及び飯南町の地域
二十八　島根県大田市、川本町、美郷町及び邑南町	（新設）
二十九　島根県海士町、西ノ島町、知夫村及び隠岐の島町の地域	二十八　島根県海士町、西ノ島町、知夫村及び隠岐の島町の地域
三十　岡山県真庭市及び新庄村	（新設）
三十一　香川県小豆郡の地域	二十九　香川県小豆郡の地域
三十二　長崎県五島市の地域	三十　長崎県五島市の地域
三十三　長崎県小値賀町及び新上五島町の地域	三十一　長崎県小値賀町及び新上五島町の地域
三十四　長崎県壱岐市の地域	三十二　長崎県壱岐市の地域
三十五　長崎県対馬市の地域	三十三　長崎県対馬市の地域
三十六　鹿児島県西之表市及び熊毛郡の地域	三十四　鹿児島県西之表市及び熊毛郡の地域
三十七　鹿児島県奄美市及び大島郡の地域	三十五　鹿児島県奄美市及び大島郡の地域
三十八　沖縄県宮古島市及び多良間村の地域	三十六　沖縄県宮古島市及び多良間村の地域
三十九　沖縄県石垣市、竹富町及び与那国町の地域	三十七　沖縄県石垣市、竹富町及び与那国町の地域
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	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

２．対象地域の見直し以前に当該地域で入院料等の届出を行っていた医療機関に対する経過措置について、医療資源の少ない地域に配慮した施設基準等による届出を行っている医療機関の運営の安定性を担保する観点から、その期間を延長する。

[経過措置]

（１）令和６年３月 31 日において、現に令和６年度診療報酬改定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 12 年５月 31 日までの間、なお効力を有するものとする。

（２）令和８年３月 31 日において、現に令和８年度診療報酬改定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 14 年５月 31 日までの間、なお効力を有するものとする。

②　人口の少ない地域で医療を提供する機能を連携して確保する評価の新設

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

２．上記医療機関が情報通信機器を用いた医学管理を行った場合の評価を新設する。

（新）　医療提供機能連携確保加算（入院初日）　●●点

［算定告示］

区分番号Ａ２●●に掲げる医療提供機能連携確保加算の注１に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、医療提供機能連携確保加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

（新）　医療提供機能連携確保加算　●●点

[算定告示]

区分番号Ａ２●●に掲げる医療提供機能連携確保加算の注１に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、第２章特掲診療料第１部医学管理等第１節医学管理等に掲げる医学管理を、情報通信機器を用いて行った場合は、医療提供機能連携確保加算として、月１回に限り●●点を更に所定点数に加算する。

[施設基準（告示）]

（１）　一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、地域包括医療病棟入院料又は地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟を有すること。

（２）　別表第●に掲げる地域における外来・在宅診療体制の確保に係る診療（入院中の患者以外の患者に対して行う診療に限る。）について、十分な実績を有していること。

（３）　別表第●に掲げる地域における急性期患者の受入れにつき、十分な実績を有していること。

[施設基準（通知）]

（１）　「基本診療料の施設基準等」別表第●に掲げる地域における、外来・在宅診療体制の確保に係る診療（入院中の患者以外の患者に対して行う診療に限る。）の実績として、次のいずれか二つ以上を満たしていること。なお、当該実績は、同一の二次医療圏において満たす必要がある。

ア　当該地域に所在する他の保険医療機関に対して、常勤の医師を派遣して行う診療を実施した日数の合計が、直近１年間に 40 日以上であること。

イ　当該地域に所在する他の保険医療機関に対して、当該保険医療機関に勤務する医師の休暇時等における代替医師を臨時に派遣して行う診療を実施した日数の合計が、直近１年間に４日以上であること。

ウ　当該地域において、巡回診療を実施した日数の合計が、直近１年間に 20 日以上であること。

エ　当該地域に居住する患者に対して、情報通信機器を用いて行う診療を実施した日数の合計が、直近１年間に 40 日以上であること。

（２）　（１）のア若しくはイに定める他の保険医療機関から紹介を受けた患者又は（１）のウ若しくはエによる診療を受けた日から３か月以内の患者であって、病状の急変等により緊急で入院が必要となったものの受入れを、当該年度において３件以上実施していること。

（３）　「救急医療対策事業実施要綱」に規定する第二次救急医療機関又は第三次救急医療機関であること。

[施設基準（告示）]

別表第●に掲げる地域

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

	遠紋	紋別市、佐呂間町、遠軽町、湧別町、滝上町、興部町、西興部村、雄武町
	根室	根室市、別海町、中標津町、標津町、羅臼町
青森県	西北五地域	五所川原市、つがる市、鰺ヶ沢町、深浦町、鶴田町、中泊町
	上十三地域	十和田市、三沢市、野辺地町、七戸町、六戸町、横浜町、東北町、六ヶ所村
	下北地域	むつ市、大間町、東通村、風間浦村、佐井村
岩手県	胆江	奥州市、金ケ崎町
	両磐	一関市、平泉町
	気仙	大船渡市、陸前高田市、住田町
	釜石	釜石市、大槌町
	宮古	宮古市、山田町、岩泉町、田野畑村
	久慈	久慈市、普代村、野田村、洋野町
	二戸	二戸市、軽米町、九戸村、一戸町
宮城県	仙南	白石市、角田市、蔵王町、七ケ宿町、大河原町、村田町、柴田町、川崎町、丸森町
山形県	最上	新庄市、金山町、最上町、舟形町、真室川町、大蔵村、鮭川村、戸沢村
福島県	県南	白河市、西郷村、泉崎村、中島村、矢吹町、棚倉町、矢祭町、塙町、鮫川村
	相双	相馬市、南相馬市、広野町、楢葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町、葛尾村、新地町、飯舘村
栃木県	県西	鹿沼市、日光市
群馬県	藤岡	藤岡市、上野村、神流町
	富岡	富岡市、下仁田町、南牧村、甘楽町
	吾妻	中之条町、長野原町、嬬恋村、草津町、高山村、東吾妻町
	沼田	沼田市、片品村、川場村、昭和村、みなかみ町
埼玉県	秩父	秩父市、横瀬町、皆野町、長瀞町、小鹿野町
東京都	島しょ	大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ケ島村、小笠原村
新潟県	魚沼	十日町市、魚沼市、南魚沼市、湯沢町、津南町
	佐渡	佐渡市
富山県	新川	魚津市、黒部市、入善町、朝日町

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

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

熊本県	鹿本	山鹿市
	阿蘇	阿蘇市、南小国町、小国町、産山村、高森町、西原村、南阿蘇村
	八代	八代市、氷川町
	芦北	水俣市、芦北町、津奈木町
	球磨	人吉市、錦町、多良木町、湯前町、水上村、相良村、五木村、山江村、球磨村、あさぎり町
	天草	上天草市、天草市、苓北町
大分県	南部	佐伯市
	豊肥	竹田市、豊後大野市
	西部	日田市、九重町、玖珠町
	北部	中津市、豊後高田市、宇佐市
宮崎県	延岡西臼杵	延岡市、高千穂町、日之影町、五ケ瀬町
	日南串間	日南市、串間市
	西諸	小林市、えびの市、高原町
	西都児湯	西都市、高鍋町、新富町、西米良村、木城町、川南町、都農町
	日向入郷	日向市、門川町、諸塚村、椎葉村、美郷町
鹿児島県	南薩	枕崎市、指宿市、南さつま市、南九州市
	川薩	薩摩川内市、さつま町
	出水	阿久根市、出水市、長島町
	曽於	曽於市、志布志市、大崎町
	肝属	鹿屋市、垂水市、東串良町、錦江町、南大隅町、肝付町
	熊毛	西之表市、中種子町、南種子町、屋久島町
	奄美	奄美市、大和村、宇検村、瀬戸内町、龍郷町、喜界町、徳之島町、天城町、伊仙町、和泊町、知名町、与論町
沖縄県	北部	名護市、国頭村、大宜味村、東村、今帰仁村、本部町、伊江村、伊平屋村、伊是名村
	八重山	石垣市、竹富町、与那国町

上記のほか、離島振興法（昭和 28 年法律第 72 号）第2条第1項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法（昭和 29 年法律第 189 号）第1条に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法（昭和 44 年法律第 79 号）第4

条第1項に規定する小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法(平成 14 年法律第 14 号)第3条第三号に規定する離島の地域に該当する地域

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

改　定　案	現　　行
【離島加算】 離島加算　●●点	【離島加算】 離島加算　18点

③　歯科巡回診療に係る適切な推進

第１　基本的な考え方

歯科医療が十分に提供されていない地域等において歯科診療を適切に推進するため、地方自治体等と連携して実施する歯科巡回診療車を用いた巡回診療について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

１.歯科巡回診療車を用いて巡回診療を実施した場合の評価を新設する。

（新）　地域歯科医療加算　●●点

[算定要件（告示）]

歯科医療提供が困難である地域等において、自治体等と連携し、歯科巡回診療車を用いて歯科診療を行った場合は、地域歯科医療加算として、●●点を所定点数に加算する。

※　再診料についても同様。

[算定要件（通知）]

地域歯科医療加算については、巡回診療によらなければ住民の歯科医療の確保が困難である地域又は専門歯科医療機関が身近にない地域の患者に対して、自治体等と連携し、巡回診療実施計画を提出した保険医療機関が、歯科医療の確保を目的として行う巡回診療を評価するものであり、具体的には当該地域に居住する患者に対して、歯科ユニット等を搭載した診療車（以下「歯科巡回診療車」という。）内で歯科診療を実施した場合に加算する。なお、「自治体等と連携」とは、次に掲げるいずれかのことをいい、地域歯科医療加算を算定する場合は、イからハまでのいずれに該当するかを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

イ　自治体等が設置している保険医療機関が歯科巡回診療車を所有している。

ロ　都道府県の定める医療計画等の自治体の計画に基づく巡回診療である。

ハ　その他イ又はロに準ずるものである。

２．巡回診療により処置等を行った場合の加算を新設する。

改　定　案	現　　行
【処置（通則）】 ［算定要件］ 10　区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注９又は区分番号Ａ００２に掲げる再診料の注７に掲げる地域歯科医療加算を算定した患者に対して、巡回診療時に処置を行った場合は、所定点数の100分の●●に相当する点数を、当該処置の所定点数に加算する。ただし、通則第５号に掲げる加算を算定する場合は、この限りでない。 ※　手術の通則、歯冠修復及び欠損補綴の通則についても同様。	【処置（通則）】 ［算定要件］ （新設）

【Ⅱ－２－１　在宅療養患者や介護保険施設等入所者の後方支援（緊急入院等）を担う医療機関の評価－①】

①　協力医療機関が協力対象施設と行うカンファレンス等に係る施設基準の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

改　定　案	現　　行
【協力対象施設入所者入院加算】 ［施設基準］ １　協力対象施設入所者入院加算に関する施設基準 （１）　（略） （２）　次のいずれかの要件を満たすもの。 ア　次のいずれにも該当していること。 （イ）　介護保険施設等において、診療を行う患者の診療情報及び病状急変時の対応方針等をあらかじめ患者の同意を得た上で当該介護保険施設等から協力医療機関である保険医療機関に適切に提供されており、必要に応じて入院受入れを行う保険医療機関に所属する保険	【協力対象施設入所者入院加算】 ［施設基準］ １　協力対象施設入所者入院加算に関する施設基準 （１）　（略） （２）　次のいずれかの要件を満たすもの。 ア　次のいずれにも該当していること。 （イ）　介護保険施設等において、診療を行う患者の診療情報及び病状急変時の対応方針等をあらかじめ患者の同意を得た上で当該介護保険施設等から協力医療機関である保険医療機関に適切に提供されており、必要に応じて入院受入れを行う保険医療機関に所属する保険

医がＩＣＴを活用して当該患者の診療情報及び病状急変時の対応方針を常に確認可能な体制を有していること。	医がＩＣＴを活用して当該患者の診療情報及び病状急変時の対応方針を常に確認可能な体制を有していること。
（ロ）　当該介護保険施設等と協力医療機関である保険医療機関において、介護保険施設等の入所者の病状が急変した場合等における対応方針等の共有を図るため、年１回以上の頻度でカンファレンスを実施していること。	（ロ）　当該介護保険施設等と協力医療機関である保険医療機関において、当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、年３回以上の頻度でカンファレンスを実施していること。なお、当該カンファレンスは、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。
イ　当該介護保険施設等と協力医療機関である保険医療機関において、介護保険施設等の入所者の病状が急変した場合等における対応方針等の共有を図るため、年に３回以上の頻度でカンファレンスを実施していること。ただし、当該介護保険施設等において入院の必要性が認められた入所者の入院を、年に２件以上受け入れた場合には、カンファレンスの実施は年に１回以上の頻度であれば良いこととする。この場合において、入退院に際して当該介護保険施設等の職員と、入所者の急変時の対応方針及び診療又は入院依頼時の連絡方法等に係る適切な情報共有が行われていること。	イ　当該介護保険施設等と協力医療機関である保険医療機関において、当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、１月に１回以上の頻度でカンファレンスを実施していること。なお、当該カンファレンスは、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。
（３）　（２）のアの（ロ）及び（２）のイに規定するカンファレンスは、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。また、当該カンファレンスが別添３の第26の５の１の（４）に規定する入退院支援加	（新設）

算１における連携機関とのカンファレンスを兼ねることは差し支えない。	
（４）・（５）　（略）	（３）・（４）　（略）
【介護保険施設等連携往診加算】	【介護保険施設等連携往診加算】
１　介護保険施設等連携往診加算に関する施設基準	１　介護保険施設等連携往診加算に関する施設基準
（１）　（略）	（１）　（略）
（２）　次のいずれかの要件を満たすもの。	（２）　次のいずれかの要件を満たすもの。
ア　次の（イ）及び（ロ）に該当していること。	ア　次の（イ）及び（ロ）に該当していること。
（イ）　往診を行う患者の診療情報及び急変時の対応方針等をあらかじめ患者の同意を得た上で介護保険施設等の協力医療機関として定められている保険医療機関に適切に提供され、必要に応じて往診を行う医師が所属する保険医療機関がＩＣＴを活用して当該診療情報及び急変時の対応方針等を常に確認可能な体制を有していること。	（イ）　往診を行う患者の診療情報及び急変時の対応方針等をあらかじめ患者の同意を得た上で介護保険施設等の協力医療機関として定められている保険医療機関に適切に提供され、必要に応じて往診を行う医師が所属する保険医療機関がＩＣＴを活用して当該診療情報及び急変時の対応方針等を常に確認可能な体制を有していること。
（ロ）　当該介護保険施設等と協力医療機関である保険医療機関において、介護保険施設等の入所者の病状が急変した場合等における対応方針等の共有を図るため、年１回以上の頻度でカンファレンスを実施していること。	（ロ）　往診を行う患者が入所している介護保険施設等と当該介護保険施設等の協力医療機関として定められている医療機関において、当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、年３回以上の頻度でカンファレンスを実施していること。なお、当該カンファレンスは、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。
イ　当該介護保険施設等と協力医療機関である保険医療機関において、介護保険施設等の入所者の病状が急変した場合等における対応方針等の共有	イ　往診を行う患者が入所している介護保険施設等と当該介護保険施設等の協力医療機関として定められている医療機関において、当該入所者の診

を図るため、年に３回以上の頻度でカンファレンスを実施していること。ただし、当該介護保険施設等において往診の必要性が認められた入所者の往診を、年に２件以上行った場合には、カンファレンスの実施は年に１回以上の頻度であれば良いこととする。この場合において、往診に際して当該介護保険施設等の職員と、入所者の急変時の対応方針及び往診依頼時の連絡方法等に係る適切な情報共有が行われていること。	療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、月１回以上の頻度でカンファレンスを実施していること。なお、当該カンファレンスは、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。
（３）　（２）のアの（ロ）及び（２）のイに規定するカンファレンスは、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。また、当該カンファレンスが基本診療料施設基準通知の別添３の第26の５の１の（４）に規定する入退院支援加算１における連携機関とのカンファレンスを兼ねることは差し支えない。	（新設）
（４）・（５）　（略）	（３）・（４）　（略）

【Ⅱ－２－１　在宅療養患者や介護保険施設等入所者の後方支援機能（緊急入院等）を担う医療機関の評価－②】

②　包括期入院医療における充実した後方支援の評価

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

（新）　包括期充実体制加算（１日につき）　●●点

［対象患者］

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

［算定要件］

注１　在宅医療及び介護保険施設等の後方支援を担うに当たり十分な体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第３節の特定入院料のうち、包括期充実体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院した日から起算して●日を限度として所定点数に加算する。

［施設基準］

（１）　保険医療機関である病院であって、許可病床数が二百床（基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては二百八十床）未満のものであること。

（２）　区分番号Ａ３０４に掲げる地域包括医療病棟入院料又は区分番号Ａ３０８－３に掲げる地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟を有する病院であること。
（３）　区分番号Ａ１００に掲げる急性期病院一般入院料及び急性期一般入院基本料を算定する病棟を有しない病院であること。
（４）　地域において高齢者の救急患者を受け入れ、在宅医療や介護保険施設等の後方支援を担うにつき十分な体制が整備されていること。
（５）　在宅医療や介護保険施設等の後方支援に係る実績を十分有していること。
（６）　入退院支援加算１に係る届出を行っている保険医療機関であること。

【Ⅱ－２－１　在宅療養患者や介護保険施設等入所者の後方支援（緊急入院等）を担う医療機関の評価－③】

③　地域包括ケア病棟における初期加算等の評価の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

１．在宅患者支援病床初期加算について、①の対象を救急搬送された患者から緊急入院した患者に拡大するとともに、それ以外の患者に対する初期加算を急性期患者支援病床初期加算を参考に見直す。

２．Ｂ００５退院時共同指導料2及びB005－１－2介護支援等連携指導料について、包括範囲から除外する。

改　定　案	現　　行
【地域包括ケア病棟入院料】 ［算定要件］ 注６　当該病棟又は病室に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、急性期患者支援病床初期加算として、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者については、治療方針に関する患者又はその家族の意思決定に対する支援を行った場合に、在宅患者支援病床初期加算として、転棟若しくは転院又は	【地域包括ケア病棟入院料】 ［算定要件］ 注６　当該病棟又は病室に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、急性期患者支援病床初期加算として、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者については、治療方針に関する患者又はその家族の意思決定に対する支援を行った場合に、在宅患者支援病床初期加算として、転棟若しくは転院又は

入院した日から起算して14日を限度として、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。	入院した日から起算して14日を限度として、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。
イ　急性期患者支援病床初期加算 （略）	イ　急性期患者支援病床初期加算 （略）
ロ 在宅患者支援病床初期加算	ロ 在宅患者支援病床初期加算
（１）　介護老人保健施設から入院した患者の場合	（１）　介護老人保健施設から入院した患者の場合
①　緊急入院した患者の場合 ●●点	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 ●●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	（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　緊急入院した患者の場合 ●●点	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 ●●点	②　①の患者以外の患者の場合 380点
７　診療に係る費用（注３から注６まで及び注８に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、医療安全対策加算、	７　診療に係る費用（注３から注６まで及び注８に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、医療安全対策加算、

感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイに限る。）、医療的ケア児（者）入院前支援加算、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び協力対象施設入所者入院加算、区分番号Ｂ００１の34に掲げる二次性骨折予防継続管理料（ロに限る。）、区分番号Ｂ００５に掲げる退院時共同指導料２、区分番号Ｂ００５－１－２に掲げる介護支援等連携指導料、第２章第２部在宅医療、区分番号Ｈ００４に掲げる摂食機能療法、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流及び区分番号Ｊ４００に掲げる特定保険医療材料（区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓又は区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔、第14部その他並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、地域包括ケア病棟入院料１、地域包括ケア入院医療管理料１、地域包括ケア病棟入院料２、地域包括ケア入院医療管理料２、地域包括ケア病棟入院料３、地域包括ケア入院医療管理料３、地域包括ケア病棟入院料４及び地域包括ケア入院医療管理料４に含まれるものとする。	感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイに限る。）、医療的ケア児（者）入院前支援加算、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び協力対象施設入所者入院加算、区分番号Ｂ００１の34に掲げる二次性骨折予防継続管理料（ロに限る。）、第２章第２部在宅医療、区分番号Ｈ００４に掲げる摂食機能療法、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流及び区分番号Ｊ４００に掲げる特定保険医療材料（区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓又は区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔、第14部その他並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、地域包括ケア病棟入院料１、地域包括ケア入院医療管理料１、地域包括ケア病棟入院料２、地域包括ケア入院医療管理料２、地域包括ケア病棟入院料３、地域包括ケア入院医療管理料３、地域包括ケア病棟入院料４及び地域包括ケア入院医療管理料４に含まれるものとする。

【Ⅱ－２－２　円滑な入退院の実現－①】

①　入退院支援加算等の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

改　定　案	現　　行
【入退院支援加算（退院時１回）】 １　入退院支援加算１ イ　一般病棟入院基本料等の場合 700点 ロ　地域包括医療病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料の場合 ●●点 ハ　療養病棟入院基本料等の場合 1,300点 ２・３　（略）	【入退院支援加算（退院時１回）】 １　入退院支援加算１ イ　一般病棟入院基本料等の場合 700点 （新設） ロ　療養病棟入院基本料等の場合 1,300点 ２・３　（略）

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

改　定　案	現　　行
【入退院支援加算（退院時１回）】 ［算定要件］ 注１～４（略） ５　注４の加算を算定する患者について、添付の必要を認め、当該患者の同意を得て、別の保険医療機関、精神障害者施設又は介護老人保健施設若しくは介護	【入退院支援加算（退院時１回）】 ［算定要件］ 注１～４（略） （新設）

医療院に対して、退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付して情報提供を行った場合は更に●●点を所定点数に加算する。	

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

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

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

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

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

改　定　案	現　　行
【入院料等】 ［施設基準］ 第五　病院の入院基本料の施設基準等 一　通則 （１）～（９）（略） (10)　入院中の患者への家族等による面会については、感染対策等の正当な理由なく面会を妨げないよう、面会に係る規定を策定する等の配慮をすることが望ましい。 ※　特定入院料の施設基準等においても同様。	【入院料等】 ［施設基準］ 第五　病院の入院基本料の施設基準等 一　通則 （１）～（９）（略） （新規）
【入退院支援加算】 ［施設基準］ 第26の５　入退院支援加算 １　入退院支援加算１に関する施設基準 （１）（略） （２）　第35の６（１）ホの規定について、入院中の患者とその家族等との面会は、患者の療養生活の質の向上及び尊厳の保持に資するのみならず、円滑な退院支援を行う上でも重要であることから、感染対策等の正当な理由なく、入院中の患者に対する家族等による面会を妨げてはならないこと。また、やむを得ず面会の制限を行う場合であっても、当該制限が必要以上に厳格なものとならないよう配慮すること。 　なお、これらを踏まえ、面会に関する規定を策定すると	【入退院支援加算】 ［施設基準］ 第26の５　入退院支援加算 １　入退院支援加算１に関する施設基準 （１）（略） （新規）

ともに、当該規定について定期的に見直しを行うこと。併せて、患者及びその家族等に対し、当該規定の内容が十分に周知されるよう、病棟等の見やすい場所に掲示すること。 ※　入退院支援加算２及び入退院支援加算３においても同様。	

６．入退院支援加算と精神科入退院支援加算双方を届出するにあたっては、保険医療機関において同一の入退院支援部門である場合、入退院支援部門に配置が求められる専従職員が双方の業務を兼ねられることを明記する。

改　定　案	現　　行
【精神科入退院支援加算】 ［施設基準］ １　精神科入退院支援加算に関する施設基準 （１）（略） （２）　次のア又はイを満たすこと。 ア　（略） イ　当該入退院支援部門に、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。 　当該専従の看護師又は精神保健福祉士（以下この項において「看護師等」という。）については、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専従の非常勤看護師等（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看護師等に限	【精神科入退院支援加算】 ［施設基準］ １　精神科入退院支援加算に関する施設基準 （１）（略） （２）　次のア又はイを満たすこと。 ア　（略） イ　当該入退院支援部門に、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。 　当該専従の看護師又は精神保健福祉士（以下この項において「看護師等」という。）については、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専従の非常勤看護師等（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看護師等に限

る。）を２名以上組み合わせることにより、常勤看護師等と同じ時間帯にこれらの非常勤看護師等が配置されている場合には、当該基準を満たしているとみなすことができる。 　なお、入退院支援部門は、精神保健福祉士配置加算若しくは地域移行機能強化病棟入院料の退院支援部署、精神科地域移行実施加算の地域移行推進室又は入退院支援加算の入退院支援部門と同一でもよい。また、入退院支援部門に専従する従事者が精神保健福祉士の場合には、当該精神保健福祉士は、精神科地域移行実施加算の地域移行推進室と兼務することができる。 　入退院支援加算及び精神科入退院支援加算の入退院支援部門の専従又は専任の看護師は、双方を兼務することができる。入退院支援部門に専従又は専任の精神保健福祉士が併せて社会福祉士の資格を持つ場合は、入退院支援加算に係る入退院支援部門の専従又は専任の社会福祉士を兼務することができる。	る。）を２名以上組み合わせることにより、常勤看護師等と同じ時間帯にこれらの非常勤看護師等が配置されている場合には、当該基準を満たしているとみなすことができる。 　なお、入退院支援部門は、精神保健福祉士配置加算若しくは地域移行機能強化病棟入院料の退院支援部署又は精神科地域移行実施加算の地域移行推進室と同一でもよい。また、入退院支援部門に専従する従事者が精神保健福祉士の場合には、当該精神保健福祉士は、精神科地域移行実施加算の地域移行推進室と兼務することができる。

７．医療保護入院等診療料について、多職種による退院支援を行った場合に対する評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【医療保護入院等診療料】 医療保護入院等診療料 １　医療保護入院等診療料１ ●●点 ２　医療保護入院等診療料２ ●●点 【算定要件】	【医療保護入院等診療料】 医療保護入院等診療料　300点 （新設） （新設） 【算定要件】

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、精神保健福祉法第29条第１項、第29条の２第１項、第33条第１項又は第33条の６第１項の規定による入院に係る患者に対して、精神保健指定医が治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、治療管理を行った場合は、患者１人につき１回に限り算定する。 ２　２については、１を算定した患者に対して、多職種で退院支援を行った場合に、入院日から起算して６月までの間は３月に１回に限り、６月以降は６月に１回に限り算定する。	注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、精神保健福祉法第29条第１項、第29条の２第１項、第33条第１項又は第33条の６第１項の規定による入院に係る患者に対して、精神保健指定医が治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、治療管理を行った場合は、患者１人につき１回に限り算定する。 （新設）

②　介護支援等連携指導料の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

改　定　案	現　　行
【介護支援等連携指導料】 介護支援等連携指導料１　　400点 介護支援等連携指導料２　　●●点 ［算定要件］ 注１　介護支援等連携指導料１については、当該保険医療機関に入院中の患者に対して、当該患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービス又は障害福祉サービス等や退院後に利用可能な介護サービス又は障害福祉サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中２回に限り算定する。この場合において、同一日に、区分番号Ｂ００５の注３に掲げる加算（介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して指導を行った場合に限る。）は、別に算定で	【介護支援等連携指導料】 介護支援等連携指導料　　400点 （新設） ［算定要件］ 注　当該保険医療機関に入院中の患者に対して、当該患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービス又は障害福祉サービス等や退院後に利用可能な介護サービス又は障害福祉サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中２回に限り算定する。この場合において、同一日に、区分番号Ｂ００５の注３に掲げる加算（介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して指導を行った場合に限る。）は、別に算定できない。

きない。また、当該入院中、介護支援等連携指導料１を算定した場合は、注２に掲げる介護支援等連携指導料２は算定できない。 ２　介護支援等連携指導料２については、当該保険医療機関に入院中の患者（ただし、入退院支援加算１の届出を行っている病棟に入院中の患者に限る。）に対して、当該患者の同意を得て、入退院支援及び地域連携業務を担う部門の担当者が、平時から連携体制を構築している介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して必要な患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービス又は障害福祉サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中に２回に限り算定する。なお、同一日に、区分番号Ｂ００５の注３に掲げる加算（介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して指導を行った場合に限る。）は、別に算定できない。	（新設）

【Ⅱ－２－２　円滑な入退院の実現－③】

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

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

改　定　案	現　　行
【回復期リハビリテーション病棟入院料】 ［施設基準］ 十　回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等 イ～ヌ　（略） ル　高次脳機能障害患者が退院後、円滑に障害福祉サービス等を利用できるよう必要な体制が整備されていること。 １　通則 (14)　当該保険医療機関において当該地域の高次脳機能障害者支援法（令和七年法律第九十六号）第十九条第一項に規定する高次脳機能障害者支援センター並びに他の保険医療機関、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成十七年法律第	【回復期リハビリテーション病棟入院料】 ［施設基準］ 十　回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等 イ～ヌ　（略） （新設） １　通則 （新設）

百二十三号）に基づく生活介護、自立訓練、就労継続支援、自立生活援助、共同生活援助、相談支援及び計画相談支援等の障害福祉サービス等を提供する事業所又は施設及び児童福祉法（昭和二十二年法律第百六十四号）に基づく指定障害児通所支援事業者、指定障害児入所施設等及び指定障害児相談支援事業者であって、高次脳機能障害の患者に適したサービスを提供するものの情報（所在地、連絡先及び提供サービス等）を、あらかじめ把握するとともに、当該情報を、当該病棟に入院中の「基本診療料の施設基準等」の別表第九に掲げる「高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合」に該当する患者の退院時に、当該患者又はその家族等退院後に患者の看護に当たる者に対して、説明の上、提供していること。また、退院後に他の保険医療機関又は障害福祉サービスによるリハビリテーションの継続を予定している患者については、当該患者又はその家族等退院後に患者の看護に当たる者の同意が得られた場合は、利用を予定している保険医療機関、当該生活介護等を提供する事業所若しくは施設、指定障害児通所支援事業所又は指定障害児入所施設等に対して、３月以内に作成したリハビリテーション総合実施計画書等を文書により提供できる体制を整備していること。	

※　特定機能病院リハビリテーション病棟入院料についても同様。

④　感染対策向上加算等における専従要件の見直し

「Ⅰ－２－５－②」を参照のこと。

【Ⅱ－２－３　リハビリテーション・栄養管理・口腔管理等の高齢者の生活を支えるケアの推進－①】

①　リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取組の更なる推進

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

改　定　案	現　　行
【リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算】 １　リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算１（１日につき） ●●点 ２　リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算２（１日につき） ●●点	【リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算】 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 （新設）
［算定要件］ （１）　リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算１及び２は、急性期医療において、当該病棟に入院中の患者のＡＤＬの維持、向上等を目的に、早期からの離床や経口摂取が図られるよう、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る多職種による評価と計画に基づき、医師、看護師、当該病	［算定要件］ （１）　リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算は、急性期医療において、当該病棟に入院中の患者のＡＤＬの維持、向上等を目的に、早期からの離床や経口摂取が図られるよう、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る多職種による評価と計画に基づき、医師、看護師、当該病棟に専

棟に専従及び専任理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士（以下この項において「専従の理学療法士等」という。）、当該病棟に専任の管理栄養士及びその他必要に応じた他の職種により、以下のアからエまでに掲げる取組を行った場合に、患者１人につきリハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を作成した日から起算して14日を限度に算定できる。ただし、やむを得ない理由により、入棟後48時間を超えて計画を策定した場合においては、当該計画の策定日にかかわらず、入棟後３日目を起算日とする。 ア～エ　（略）	従及び専任の理学療法士、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その他必要に応じた他の職種により、以下のアからエまでに掲げる取組を行った場合に、患者１人につきリハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を作成した日から起算して14日を限度に算定できる。ただし、やむを得ない理由により、入棟後48時間を超えて計画を策定した場合においては、当該計画の策定日にかかわらず、入棟後３日目を起算日とする。 ア～エ　（略）
［施設基準］ 第18の２　リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算 １　リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算１に関する施設基準 （１）～（５）　（略） （６）　プロセス・アウトカム評価として、以下のア～エの基準を全て満たすこと。 ア～エ（略） （７）～（９）　（略） (10)　当該保険医療機関において、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。なお、当該職員研修会においては、併せて機能的自立度評価法（Functional Independence Measure）（以下「ＦＩＭ」という。）の測定に関する内容も含むことが望ましい。	［施設基準］ 第18の２　リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算 １　リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算に関する施設基準 （１）～（５）　（略） （６）　プロセス・アウトカム評価として、以下のア～エの基準を全て満たすこと。なお、ア～ウについて、新規に届出をする場合は、直近３月間の実績が施設基準を満たす場合、届出することができる。 ア～エ（略） （７）～（９）　（略） (10)　当該保険医療機関において、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。

２　リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算２に関する施設基準 （１）　１の（１）、（３）から（５）まで及び（７）から（10）までの基準を満たしていること。 （２）　当該病棟に、専従の常勤理学療法士等が２名以上配置されている。なお、うち１名は専任の従事者でも差し支えない。複数の病棟において当該加算の届出を行う場合には、病棟ごとにそれぞれ専従の理学療法士等が配置されていること。また、当該理学療法士等（専従のものに限る。）は、「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、「Ｈ００３」呼吸器リハビリテーション料、「Ｈ００４」摂食機能療法、「Ｈ００５」視能訓練、「Ｈ００６」難病患者リハビリテーション料、「Ｈ００７」障害児（者）リハビリテーション料、「Ｈ００７－２」がん患者リハビリテーション料、「Ｈ００７－３」認知症患者リハビリテーション料及び「Ｈ００８」集団コミュニケーション療法料（以下「疾患別リハビリテーション等」という。）を担当する専従者との兼務はできないものであること。 　ただし、当該病棟内に「Ａ３０８」回復期リハビリテーション入院医療管理料又は「Ａ３０８－３」地域包括ケア入院医療管理料１から４までのいずれかを算定する病室がある場合に	（新設）

は、当該病室における理学療法士等の業務について兼務しても差し支えない。また、リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算２における専従の理学療法士等においては、「Ａ２５１」排尿自立支援加算、「Ａ２３０－４」精神科リエゾンチーム加算及び「Ｈ００４」摂食嚥下機能回復体制加算における理学療法士等の業務についても兼務して差し支えない。 （３）　プロセス・アウトカム評価として、以下のアからウまでの基準を全て満たすこと。 ア　１の（６）のア及びエを満たすこと。 イ　直近１年間に、当該病棟の入棟患者に対する土曜日、日曜日又は祝日における１日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数から、当該病棟の入棟患者に対する平日における１日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数を除した割合が●割以上であること。 ウ　直近１年間に、当該病棟を退院又は転棟した患者（死亡退院及び終末期のがん患者等を除く。）のうち、退院又は転棟時におけるＡＤＬが入院時と比較して低下した患者の割合が●%未満であること。	
３　届出に関する事項 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算１及び２の施設基準に係る届出は、別添７の様式５の５を用いること。１の（６）のアからウまで及び２の（３）のアからウまで（１の（６）のエに係るものを除く。）の実績については、新規に届出をする場合は、直近３月間の実績が施設基準を満た	２　届出に関する事項 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式５の５を用いること。１の（６）のア～ウの実績については、新規に届出をする場合は、直近３月間の実績が施設基準を満たす場合、届出することができる。また、施設基準を満たさなくなったため所定点数を加

す場合、届出することができる。また、施設基準を満たさなくなったため所定点数を加算できなくなった後、再度届出を行う場合については、新規に届出をする場合には該当しない。また、届出以降は、前年度１年間の１の（６）のアからエまで又は２の（３）のアからウまでの実績を毎年８月に別添７の様式５の５の２を用いて、地方厚生(支)局長に報告すること。 ※　地域包括医療病棟入院料の注10に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算についても同様	算できなくなった後、再度届出を行う場合については、新規に届出をする場合には該当しない。また、届出以降は、前年度１年間の１の（６）のアからエの実績を毎年８月に別添７の様式５の５の２を用いて、地方厚生(支)局長に報告すること。

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

改　定　案	現　　行
【地域包括ケア病棟入院料】 ［算定要件］ 注１～６　（略） ７　診療に係る費用（注３から注６まで及び注８に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイに限る。）、医療的ケア児（者）入院前支援加算、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排	【地域包括ケア病棟入院料】 ［算定要件］ 注１～６　（略） ７　診療に係る費用（注３から注６まで及び注８に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイに限る。）、医療的ケア児（者）入院前支援加算、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排

尿自立支援加算及び協力対象施設入所者入院加算、区分番号Ｂ００１の10に掲げる入院栄養食事指導料（注14に掲げる加算を算定する患者に限る。）、区分番号Ｂ０１１の６に掲げる栄養情報連携料（注14に掲げる加算を算定する患者に限る。）、区分番号Ｂ００１の34に掲げる二次性骨折予防継続管理料（ロに限る。）、第２章第２部在宅医療、区分番号Ｈ００４に掲げる摂食機能療法、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流及び区分番号Ｊ４００に掲げる特定保険医療材料（区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓又は区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔、第14部その他並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、地域包括ケア病棟入院料１、地域包括ケア入院医療管理料１、地域包括ケア病棟入院料２、地域包括ケア入院医療管理料２、地域包括ケア病棟入院料３、地域包括ケア入院医療管理料３、地域包括ケア病棟入院料４及び地域包括ケア入院医療管理料４に含まれるものとする。	尿自立支援加算及び協力対象施設入所者入院加算、区分番号Ｂ００１の34に掲げる二次性骨折予防継続管理料（ロに限る。）、第２章第２部在宅医療、区分番号Ｈ００４に掲げる摂食機能療法、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流及び区分番号Ｊ４００に掲げる特定保険医療材料（区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓又は区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔、第14部その他並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、地域包括ケア病棟入院料１、地域包括ケア入院医療管理料１、地域包括ケア病棟入院料２、地域包括ケア入院医療管理料２、地域包括ケア病棟入院料３、地域包括ケア入院医療管理料３、地域包括ケア病棟入院料４及び地域包括ケア入院医療管理料４に含まれるものとする。
８～13	８～13
14　リハビリテーション、栄養管理及び口腔 管理を連携・推進する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算として、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画を作成した日から	（新設）

起算して14日を限度として●●点を所定点数に加算する。	
［施設基準］ 十一の二　地域包括ケア病棟入院料の施設基準等 （１）～(24)　（略） (25)　地域包括ケア病棟入院料の注14に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の施設基準 イ　当該病棟に専任の常勤の管理栄養士が一名以上配置されていること。 ロ　当該病棟に入院中の患者に対して、ＡＤＬ等の維持、向上及び栄養管理等に資する十分な体制が整備されていること。 ハ　口腔管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。	［施設基準］ 十一の二　地域包括ケア病棟入院料の施設基準等 （１）～(24)（略） （新設）
１～13　（略） 14　地域包括ケア病棟入院料の「注14」に掲げるリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の施設基準 （１）　当該病棟に専任の常勤の管理栄養士が１名以上配置されていること。なお、当該専任の管理栄養士として配置される病棟は、１名につき１病棟に限る。 （２）　当該保険医療機関において、以下のいずれも満たす常勤医師が１名以上勤務していること。 ア　リハビリテーション医療に関する３年以上の経験を有していること。 イ　適切なリハビリテーション、栄養管理、口腔管理に係る研修を修了していること。 （３）　（２）の要件のうちイにおけ	１～13（略） （新設）

るリハビリテーション、栄養管理、口腔管理に係る研修とは、医療関係団体等が開催する急性期のリハビリテーション医療等に関する理論及び評価法等に関する総合的な内容を含む研修であり、２日以上かつ12時間以上の研修期間で、修了証が交付されるものである。 ア～シ　（略） （４）　プロセス・アウトカム評価として、以下の基準を全て満たすこと。 ア　当該病棟に入棟した患者のうち、当該病棟への入棟後３日（入棟日の翌々日）までに疾患別リハビリテーションを実施した患者の割合が直近１年間で●割以上であること。 イ　直近１年間に、当該病棟の入棟患者に対する土日祝日における１日あたりの疾患別リハビリテーションの提供単位数から、当該病棟の入棟患者に対する平日における１日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数を除した割合が●割以上であること。 ウ　当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡（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。なお、その割合は、次の(イ)に掲げる数を(ロ)に掲げる数で除して算出する。ただし、届出時の直近月の初日（以下この項において「調査日」という。）における当該病棟の入院患者数が80人以下の場合は、本文の規定にかかわらず、当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡を保有している入院	

患者が２人以下であること。 （イ）・（ロ）　（略） （５）　当該病棟の入院患者に対し、適切な口腔ケアを提供するとともに、口腔状態に係る課題（口腔衛生状態の不良や咬合不良等）を認めた場合は、必要に応じて当該保険医療機関の歯科医師等へ連携する又は歯科診療を担う他の保険医療機関への受診を促す体制が整備されていること。 （６）　当該保険医療機関において、基本的日常生活活動度（Barthel Index）（以下「ＢＩ」という。）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。	

②　質の高い摂食嚥下機能回復に係る取組の推進

「Ⅰ－２－５－④」を参照のこと。

【Ⅱ－２－３　リハビリテーション・栄養管理・口腔管理等の高齢者の生活を支えるケアの推進－③】

③　口腔状態に係る課題を抱えた患者についての歯科医療機関との連携の推進

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

（新）　口腔管理連携加算　●●点

［対象患者］

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

［算定要件］

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（歯科診療を併せて行う保険医療機関を除く。）に入院している患者のうち、口腔状態に係る課題のために医科における治療上の課題を生じており、医師等が入院中の歯科受診が必要と判断した者について、連携体制を構築している他の歯科医療機関に対し、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行い、入院中に歯科診療が行われた場合に、歯科診療が行われた日に入院中１回に限り算定する。この場合において、区分番号Ｂ００９診療情報提供料（Ⅰ）は、所定点数に含まれるものとする。

［施設基準］

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

④　入院患者の口腔管理における医科歯科連携の推進

第１　基本的な考え方

医科歯科連携を推進し入院患者の口腔管理を充実させる観点から、医科点数表により診療報酬を算定する保険医療機関からの依頼に基づき入院患者に対して歯科訪問診療を実施した場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

保険医療機関の歯科医師が、連携体制を構築している他の保険医療機関からの依頼に基づき、口腔状態に係る課題を抱える入院患者に対して、歯科訪問診療を行った場合の評価を新設する。

（新）　医科連携訪問加算　●●点

［対象患者］

口腔状態に係る課題により、医科における治療上の課題が生じているとして、連携する歯科診療以外の診療のみを行う他の保険医療機関から依頼のあった入院中の患者

［算定要件］

別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、連携する歯科診療以外の診療のみを行う保険医療機関からの依頼に基づき、当該保険医療機関に入院中の口腔状態に係る課題のために医科における治療上の課題が生じている患者に対して、歯科訪問診療を実施した場合は、医科連携訪問加算として、所定点数に●●点を加算する。ただし、Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料、Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）、Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）、Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）、Ｂ０００－９に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅳ）、Ｂ０００－１０回復期等口腔機能管理計画策定料及びＢ０００－１１に掲げる回復期等口腔機能管理料は別に算定できない。

［施設基準］

（１）　他の保険医療機関に入院中の口腔状態に課題を抱える患者について、当該保険医療機関の依頼に基づく対応に係る連携体制を構築していること。
（２）　連携する保険医療機関の依頼に円滑に対応するために必要な情報を共有していること。

【Ⅱ－３　かかりつけ医機能、かかりつけ歯科医機能、かかりつけ薬剤師機能の評価－①】

①　機能強化加算の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

改　定　案	現　　行
【機能強化加算】 ［算定要件］ 10　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において初診を行った場合は、機能強化加算として、80点を所定点数に加算する。 ［施設基準］ 三の二　医科初診料の機能強化加算の施設基準 （１）～（３）　（略） （４）　健康保険法第六十八条の二第一項の規定により三年以内の期限が付された同法第六十三条第三項第一号の指定を受けた診療所以外の保険医療機関であること。 （５）　以下に掲げる届出を行っていることが望ましい。 イ　区分番号Ａ００１の注13	【機能強化加算】 ［算定要件］ 10　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において初診を行った場合は、機能強化加算として、80点を所定点数に加算する。 ［施設基準］ 三の二　医科初診料の機能強化加算の施設基準 （１）～（３）　（略） （新設） （新設）

に掲げる外来データ提出加算 ロ　区分番号Ｂ００１－２－９の注４に掲げる外来データ提出加算 ハ　区分番号Ｂ００１－３の注４に掲げる外来データ提出加算 ホ　区分番号Ｂ００１－３－３の注４に掲げる外来データ提出加算 ト　区分番号Ｃ００２の注13に掲げる在宅データ提出加算 リ　区分番号Ｃ００２－２の注７に掲げる在宅データ提出加算 ヌ　区分番号Ｃ００３の注７に掲げる在宅データ提出加算	
［施設基準（通知）］ 第１の３　機能強化加算 １　機能強化加算に関する施設基準 次のいずれにも該当すること。 （１）～（５）　（略） （６）「医療機関（災害拠点病院以外）における災害対応のための BCP 作成の手引き」等を参考に、医療機関の実情に応じて、災害等の発生時において、当該保険医療機関において患者に対する医療の提供を継続的に実施することを目指すこと、非常時の体制で早期の業務再開を図ること及び患者と職員の安全を確保すること等を目的とした計画（以下この項において「業務継続計画」という。）を策定し、当該計画に従い必要な措置を講じること。また、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続	［施設基準（通知）］ 第１の３　機能強化加算 １　機能強化加算に関する施設基準 次のいずれにも該当すること。 （１）～（５）　（略） （新設）

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

［経過措置］

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

②　生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

１．生活習慣病管理料(Ⅱ)は、生活習慣に関する総合的な治療管理を行うことを評価したものであることを踏まえ、当該治療管理の範囲を超えて必要な患者に別途行われるべき医学管理や、生活習慣病とは直接的な関係の乏しい疾患に関する医学管理、時間外対応・救急対応に関する医学管理、情報提供等に関連する評価については、その実施を適切に推進する観点から、当該管理料の包括範囲から除く。

２．生活習慣病管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)について、糖尿病を主病とする患者に対して、併存する糖尿病以外の疾患に関する在宅自己注射指導管理を適切に推進する観点から、糖尿病に対する適応のある薬剤以外の薬剤にかかる在宅自己注射指導管理料の算定を可能とする。

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

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。	るときは、算定できない。
【生活習慣病管理料（Ⅱ）】 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月１回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合にあっては、別に厚生労働大臣が定める薬剤を投与している場合であって、区分番号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。	【生活習慣病管理料（Ⅱ）】 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月１回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合にあっては、区分番号Ｃ１０１に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。
２　生活習慣病管理を受けている患者に対して行った区分番号Ａ００１の注８に掲げる医学管理、第２章第１部第１節医学管理料等（区分番号Ｂ００１の２に掲げる特定薬剤治療管理料、区分番号Ｂ００１の３に掲げる悪性腫瘍特異物質治療管理料、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14に掲げる高度難聴指導管理料、区分番号Ｂ００１の16に掲げる喘息治療管理料、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23に掲げるがん患者指導管理料、区分番号Ｂ００１の24に掲げる外	２　生活習慣病管理を受けている患者に対して行った区分番号Ａ００１の注８に掲げる医学管理、第２章第１部第１節医学管理料等（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、区分

来緩和ケア管理料、区分番号Ｂ００１の26に掲げる植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料、区分番号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29に掲げる乳腺炎重症化予防ケア・指導料、区分番号Ｂ００１の34に掲げる二次性骨折予防継続管理料、区分番号Ｂ００１の36に掲げる下肢創傷処置管理料、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Ｂ００１－２－４に掲げる地域連携夜間・休日診療料、区分番号Ｂ００１－２－６に掲げる救急外来医学管理料、区分番号Ｂ００１－２－８に掲げる外来放射線照射診療料、区分番号Ｂ００１－２－12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料、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、区分番号Ｂ００５－６に掲げるがん治療連携計画策定料、区分番号Ｂ００５－６－２に掲げるがん治療連携指導料、区分番号Ｂ００５－７に掲げる認知症専門診断管理料、区分番号Ｂ００５－７－３に掲げる認知症サポート指導料、区分番号Ｂ００５－８に掲げる肝炎インターフェロン治療計画料、区分番号Ｂ００５－14に掲げるプログラム医療機器等指導管理料、区分番号Ｂ００６に掲げる救急救命管理料、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	番号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共有料、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。

療情報連携共有料、区分番号Ｂ０１１に掲げる連携強化診療情報提供料、区分番号Ｂ０１１－３に掲げる薬剤情報提供料、区分番号Ｂ０１２に掲げる傷病手当金意見書交付料及び区分番号Ｂ０１３に掲げる療養費同意書交付料を除く。）の費用は、生活習慣病管理料（Ⅱ）に含まれるものとする。	
［施設基準］ 四の九　生活習慣病管理料（Ⅰ）及び生活習慣病管理料（Ⅱ）の施設基準 （略）	［施設基準］ 四の九　生活習慣病管理料（Ⅰ）及び生活習慣病管理料（Ⅱ）の施設基準 （略）
（●）　生活習慣病管理料（Ⅰ）及び生活習慣病管理料（Ⅱ）の注１に規定する厚生労働大臣が定める薬剤 インスリン製剤 グルカゴン様ペプチド―１受容体アゴニスト インスリン・グルカゴン様ペプチド―１受容体アゴニスト配合剤	（新設）

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

（新）　眼科医療機関連携強化加算　　●●点

［算定要件］

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

（新）　歯科医療機関連携強化加算　　●●点

［算定要件］

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

４．生活習慣病管理料（Ⅰ）について、原則として、必要な血液検査等を少なくとも６月に１回以上は行うことを要件とする。

５．生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の療養計画書について、患者及び医療機関の負担を軽減する観点から、患者の署名を受けることを不要とする。

③　特定疾患療養管理料の見直し

第１　基本的な考え方

特定疾患療養管理料は、プライマリケア機能を担う地域のかかりつけ医師が計画的に療養上の管理を行うことを評価したものであることを踏まえ、当該管理が適切に実施されるようその対象疾患の要件を見直す。

第２　具体的な内容

特定疾患療養管理料の対象となる疾病について、消化性潰瘍のある患者への投与が禁忌である非ステロイド性抗炎症薬の投与を受けている場合には、胃潰瘍及び十二指腸潰瘍の対象から除外する。

改　定　案	現　　行
【特定疾患療養管理料】 ［施設基準］ 別表第一　特定疾患療養管理料並びに処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算に規定する疾患 結核 悪性新生物 甲状腺障害 処置後甲状腺機能低下症 スフィンゴリ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 虚血性心疾患 不整脈 心不全 脳血管疾患 一過性脳虚血発作及び関連症候群	【特定疾患療養管理料】 ［施設基準］ 別表第一　特定疾患療養管理料並びに処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算に規定する疾患 結核 悪性新生物 甲状腺障害 処置後甲状腺機能低下症 スフィンゴリ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 虚血性心疾患 不整脈 心不全 脳血管疾患 一過性脳虚血発作及び関連症候群

単純性慢性気管支炎及び粘液膿性慢性気管支炎	単純性慢性気管支炎及び粘液膿性慢性気管支炎
詳細不明の慢性気管支炎	詳細不明の慢性気管支炎
その他の慢性閉塞性肺疾患	その他の慢性閉塞性肺疾患
肺気腫	肺気腫
喘息	喘息
喘息発作重積状態	喘息発作重積状態
気管支拡張症	気管支拡張症
胃潰瘍及び十二指腸潰瘍（消化性潰瘍のある患者への投与が禁忌である非ステロイド性抗炎症薬の投与を受けている場合を除く。）	胃潰瘍 十二指腸潰瘍
胃炎及び十二指腸炎	胃炎及び十二指腸炎
肝疾患（経過が慢性なものに限る。）	肝疾患（経過が慢性なものに限る。）
慢性ウイルス肝炎	慢性ウイルス肝炎
アルコール性慢性膵炎	アルコール性慢性膵炎
その他の慢性膵炎	その他の慢性膵炎
思春期早発症	思春期早発症
性染色体異常	性染色体異常
アナフィラキシー	アナフィラキシー
ギラン・バレー症候群	ギラン・バレー症候群

④　地域包括診療加算等の見直し

第１　基本的な考え方

地域包括診療加算等について、対象疾患を有する要介護高齢者等への継続的かつ全人的な医療を推進する観点や、適切な服薬指導の実施を推進する観点から、対象患者や要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．地域包括診療加算、認知症地域包括診療加算、地域包括診療料及び認知症地域包括診療料の対象患者に、脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全又は慢性腎臓病のいずれかの疾患を有しており、かつ、介護給付又は予防給付を受けている要介護被保険者等である患者を追加する。また、簡素化の観点から、認知症地域包括診療加算及び認知症地域包括診療料について、地域包括診療加算及び地域包括診療料と統合した評価体系に見直す。

２．地域包括診療加算及び地域包括診療料を算定する保険医療機関の連携薬局について、緊急時に処方が必要となる解熱鎮痛剤等の薬剤の院内処方が可能な体制が整備されている保険医療機関に限り、24 時間対応の体制が整備されていなくてもよいものとする。

３．地域包括診療加算及び地域包括診療料について、担当医が、地域包括支援センター等と連携し、認知症患者の診断後支援に係る取組について、患者又はその家族に対して案内を行うことが望ましい旨を明記する。

改　定　案	現　　行
【地域包括診療加算】 注１～11　（略） 12　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において、入院中の患者以外の患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び	【地域包括診療加算】 注１～11　（略） 12　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行って

診療を行った場合には、地域包括診療加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。	いないものに限る。）又は認知症のうち２以上の疾患を有する患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、地域包括診療加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。
イ　地域包括診療加算１ （１）　認知症を有する患者等の場合　●●点 （２）　その他の慢性疾患等を有する患者の場合　●●点	イ　地域包括診療加算１　28点 （新設） （新設）
ロ　地域包括診療加算２ （１）　認知症を有する患者等の場合　●●点 （２）　その他の慢性疾患等を有する患者の場合　●●点	ロ　地域包括診療加算２　21点 （新設） （新設）
（削除）	13　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）において、認知症の患者（認知症以外に１以上の疾患（疑いのものを除く。）を有するものであって、１処方につき５種類を超える内服薬の投薬を行った場合及び１処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬又は睡眠薬を合わせて３種類を超えて投薬を行った場合のいずれにも該当しないものに限る。）に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、認知症地域包括診療加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ　認知症地域包括診療加算１　38点 ロ　認知症地域包括診療加算２　31点
14～20　（略）	14～20　（略）
［算定要件］ (11)　地域包括診療加算	［算定要件］ (11)　地域包括診療加算

ア　地域包括診療加算は、外来の機能分化の観点から、主治医機能を持った診療所の医師が、慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価したものであり、初診時や訪問診療時（往診を含む。）は算定できない。なお、地域包括診療料と地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出を行うことができる。	ア　地域包括診療加算は、外来の機能分化の観点から、主治医機能を持った診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価したものであり、初診時や訪問診療時（往診を含む。）は算定できない。なお、地域包括診療料と地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出を行うことができる。
イ　認知症を有する患者等とは、以下のすべてを満たすものをいう。	イ　地域包括診療加算の対象患者は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）及び認知症の６疾病のうち、２つ以上（疑いを除く。）を有する者である。なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病（上記６疾病のうち２つ）と重複しない疾病を対象とする場合に限り、他医療機関でも当該加算、認知症地域包括診療加算、地域包括診療料又は認知症地域包括診療料を算定可能とする。
（イ）　認知症を有するもの又は介護給付（介護保険法第十八条に定める介護給付をいう。以下同じ。）若しくは予防給付（介護保険法第十八条に定める予防給付をいう。以下同じ。）を受けている要介護被保険者等（介護保険法第六十二条に定める要介護被保険者等をいう。以下同じ。）であるもの。	（新設）
（ロ）　認知症以外の１以上の疾病（疑いを除く。）を有するもの。	（新設）
（ハ）　同月に、当該保険医療機関において以下のいずれの	（新設）

投薬も受けていないもの。 ① １処方につき５種類を超える内服薬があるもの。 ② １処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬及び睡眠薬を合わせて３種類を超えて含むもの。 なお、①の内服薬数の種類数は錠剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤及び液剤については、１銘柄ごとに１種類として計算する。また、②の抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬及び睡眠薬の種類数は「Ｆ１００」処方料の１における向精神薬の種類と同様の取扱いとする。 また、その他の慢性疾患等を有する患者とは、脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。以下この項において同じ。）若しくは認知症の６疾病（以下この項において単に「６疾病」という。）のうち２以上（疑いを除く。）の疾患を有する患者又は脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全若しくは慢性腎臓病のいずれかの疾患を有しており、かつ介護給付若しくは予防給付を受けている要介護被保険者等である患者をいう。いずれの疾病にも、疑いは含まない。 なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病（６疾病のうちいずれか）と重複しない疾病を対象とする場合に限り、他医療機関でも当該加算又は地域包括診療料を算定可能とする。	
ウ・エ （略）	ウ・エ （略）
オ 当該患者に対し、以下の指	オ 当該患者に対し、以下の指

導、服薬管理等を行うこと。 (イ)～(ハ)　(略) (ニ)　院外処方を行う場合は、以下のとおりとする。 ①　調剤について薬局（以下「連携薬局」という。）と連携していること。連携薬局については、24時間対応できる体制を整えている薬局であること。ただし、当該保険医療機関において緊急時に処方が必要となる解熱鎮痛剤等の薬剤について、院内処方が可能な体制が整備されている場合にあっては、当該連携薬局について、24時間対応できる体制が整備されていなくても差し支えない。 ②～⑤　(略) (ホ)～(ル)　(略) カ～サ　(略) シ　診療を担当する医師は、地域包括支援センター、認知症地域支援推進員又は若年性認知症支援コーディネーターと連携し、ピアサポート活動、本人ミーティング又は一体的支援事業等の認知症患者の診断後支援に係る取組について、必要に応じて、認知症患者又はその家族に対して案内を行うことが望ましい。	導、服薬管理等を行うこと。 (イ)～(ハ)　(略) (ニ)　院外処方を行う場合は、以下のとおりとする。 ①　調剤について24時間対応できる体制を整えている薬局（以下「連携薬局」という。）と連携していること。 ②～⑤　(略) (ホ)～(ル)　(略) カ～サ　(略) （新設）
（削除）	(12)　認知症地域包括診療加算
[施設基準] 七　地域包括診療加算の施設基準 （1）　地域包括診療加算１の施設基準 イ　当該保険医療機関（診療所に限る。）において、慢性疾患を有する患者等に対して、療養上必要な指導等を行うにつき必要な体制が整備されていること。	[施設基準] 七　地域包括診療加算の施設基準 （1）　地域包括診療加算１の施設基準 イ　当該保険医療機関（診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）又は認知症のうち

	二以上の疾患を有する患者に対して、療養上必要な指導等を行うにつき必要な体制が整備されていること。
ロ～ニ　（略）	ロ～ニ　（略）
（２）　（略）	（２）　（略）
【地域包括診療料】	【地域包括診療料】
１　地域包括診療料１	１　地域包括診療料１　1,660点
イ　認知症を有する患者等の場合　●●点	（新設）
ロ　その他の慢性疾患等を有する患者の場合　●●点	（新設）
２　地域包括診療料２	２　地域包括診療料２　1,600点
イ　認知症を有する患者等の場合　●●点	（新設）
ロ　その他の慢性疾患等を有する患者の場合　●●点	（新設）
注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、入院中の患者以外の患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合（初診の日を除く。）に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ患者１人につき月１回に限り算定する。	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）又は認知症のうち２以上の疾患を有する入院中の患者以外の患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合（初診の日を除く。）に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ患者１人につき月１回に限り算定する。
２～３　（略）	２～３　（略）
［算定要件］	［算定要件］
（１）　地域包括診療料は、外来の機能分化の観点から、主治医機能を持った中小病院及び診療所の医師が、慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を	（１）　地域包括診療料は、外来の機能分化の観点から、主治医機能を持った中小病院及び診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医

行うことについて評価したものであり、初診時や訪問診療時（往診を含む。）は算定できない。なお、地域包括診療料と「Ａ００１」再診料の「注12」地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出することができる。	療を行うことについて評価したものであり、初診時や訪問診療時（往診を含む。）は算定できない。なお、地域包括診療料と「Ａ００１」再診料の「注12」地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出することができる。
（２）　「認知症を有する患者等」及び「その他の慢性疾患等を有する患者」は、「Ａ００１」再診料の（11）の「イ」のとおりである。なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病（６疾病のうちいずれか）と重複しない疾病を対象とする場合に限り、他医療機関でも当該診療料又は「Ａ００１」再診料の「注12」地域包括診療加算を算定可能である。	（２）　地域包括診療料の対象患者は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）及び認知症の６疾病のうち、２つ以上（疑いを除く。）を有する者である。なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病（上記６疾病のうち２つ）と重複しない疾病を対象とする場合に限り、他医療機関でも当該診療料、「Ａ００１」再診料の「注12」地域包括診療加算、同「注13」認知症地域包括診療加算又は「Ｂ００１－２－10」認知症地域包括診療料を算定可能である。
（３）・（４）　（略）	（３）・（４）　（略）
（５）　当該患者に対し、以下の指導、服薬管理等を行うこと。	（５）　当該患者に対し、以下の指導、服薬管理等を行うこと。
ア～ウ　（略）	ア～ウ　（略）
エ　病院において、患者の同意が得られた場合は、以下の全てを満たす場合に限り、院外処方を行うことを可能とする。	エ　病院において、患者の同意が得られた場合は、以下の全てを満たす薬局に対して院外処方を行うことを可能とする。
（イ）　以下の全てを満たす薬局に対して行うものであること。	（新設）
①　24時間開局している薬局であること。なお、24時間開局している薬局のリストを患者に説明した上で患者が選定した薬局であること。ただし、当該病院において、緊急時に処方が必要となる解熱鎮痛剤等の薬剤	（イ）　24時間開局している薬局であること。なお、24時間開局している薬局のリストを患者に説明した上で患者が選定した薬局であること。

について、院内処方が可能な体制が整備されている場合にあっては、この限りではない。	
②　（略）	（ロ）　（略）
（ロ）　当該病院において、以下の対応を行うこと。	（ハ）　病院において院外処方を行う場合は、以下の通りとする。
①～③　（略）	①～③　（略）
オ　診療所において、院外処方を行う場合は、以下のとおりとする。	オ　診療所において、院外処方を行う場合は、以下のとおりとする。
（イ）　調剤について薬局（以下「連携薬局」という。）と連携していること。連携薬局については、24時間対応できる体制を整えている薬局であること。ただし、当該保険医療機関において緊急時に処方が必要となる解熱鎮痛剤等の薬剤について、院内処方が可能な体制が整備されている場合にあっては、当該連携薬局について、24時間対応できる体制が整備されていなくても差し支えない。	（イ）　調剤について24時間対応できる体制を整えている薬局（以下「連携薬局」という。）と連携していること。
（ロ）～（ホ）　（略）	（ロ）～（ホ）　（略）
カ～ス　（略）	カ～ス　（略）
（６）～(11)　（略）	（６）～(11)　（略）
(12)　診療を担当する医師は、地域包括支援センター、認知症地域支援推進員又は若年性認知症支援コーディネーターと連携し、ピアサポート活動、本人ミーティング又は一体的支援事業等の認知症患者の診断後支援に係る取組について、必要に応じて、認知症患者又はその家族に対して案内を行うことが望ましい。	（新設）
［施設基準］	［施設基準］
四の八　地域包括診療料の施設基準	四の八　地域包括診療料の施設基準
（１）　地域包括診療料１の施設基準	（１）　地域包括診療料１の施設基準

イ　当該保険医療機関において、慢性疾患を有する患者等に対して、療養上必要な指導等を行うにつき必要な体制が整備されていること。	イ　当該保険医療機関において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）又は認知症のうち二以上の疾患を有する患者に対して、療養上必要な指導等を行うにつき必要な体制が整備されていること。
ロ～ニ　（略）	ロ～ニ　（略）
【認知症地域包括診療料】 （削除） （削除）	【認知症地域包括診療料】 １　認知症地域包括診療料１ 1,681点 ２　認知症地域包括診療料２ 1,613点
[算定要件] （削除）	[算定要件] （略）

４．地域包括診療加算及び地域包括診療料を算定し、他の保険医療機関にも併せて通院する患者について、処方内容、薬歴等に基づく相談・提案を当該他の医療機関に行い、当該患者が使用する薬剤の種類数が減少した場合おいても、薬剤適正使用連携加算の算定を可能とする。

改　定　案	現　　行
【薬剤適正使用連携加算】 注１～13　（略） 14　注12の場合において、他の保険医療機関に入院した患者、介護保険法第８条第28項に規定する介護老人保健施設（以下「介護老人保健施設」という。）に入所した患者又は他の保険医療機関の外来において継続的に診療を受けている患者について、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設に対して、薬剤の服用状況や薬剤服用歴に関する情報提供を行い、適切な連携を実施するとともに、当該他の保	【薬剤適正使用連携加算】 注１～13　（略） 14　注12又は注13の場合において、他の保険医療機関に入院した患者又は介護保険法第８条第28項に規定する介護老人保健施設（以下「介護老人保健施設」という。）に入所した患者について、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設と連携して薬剤の服用状況や薬剤服用歴に関する情報共有等を行うとともに、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設において処方した薬剤の種類数が減少した場

険医療機関又は介護老人保健施設において処方した薬剤の種類数が減少した場合であって、退院後若しくは退所後１月以内又は当該情報提供から３月以内に当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設から処方内容について情報提供を受けた場合には、薬剤適正使用連携加算として、３月に１回に限り、30点を更に所定点数に加算する。	合であって、退院後又は退所後１月以内に当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設から入院中又は入所中の処方内容について情報提供を受けた場合には、薬剤適正使用連携加算として、退院日又は退所日の属する月から起算して２月目までに１回に限り、30点を更に所定点数に加算する。
［算定要件］	［算定要件］
(13)　薬剤適正使用連携加算 「注12」に規定する地域包括診療加算を算定する患者であって、他の保険医療機関に入院若しくは介護老人保健施設に入所していたもの又は他の保険医療機関の外来において継続的に診療を受けている患者について、以下の全てを満たす場合に、３月に１回算定する。なお、他の保険医療機関又は介護老人保健施設（以下(13)において「保険医療機関等」という。）との情報提供又は連携に際し、文書以外を用いた場合には、情報提供内容を診療録等に記載すること。	(13)　薬剤適正使用連携加算 「注12」に規定する地域包括診療加算又は「注13」に規定する認知症地域包括診療加算を算定する患者であって、他の保険医療機関に入院又は介護老人保健施設に入所していたものについて、以下の全てを満たす場合に、退院日又は退所日の属する月の翌月までに１回算定する。なお、他の保険医療機関又は介護老人保健施設（以下(13)において「保険医療機関等」という。）との情報提供又は連携に際し、文書以外を用いた場合には、情報提供内容を診療録等に記載すること。
ア　患者の同意を得て、他の保険医療機関等に対し、処方内容、薬歴等について情報提供していること。その際、他の保険医療機関等に入院又は入所する患者については、当該情報提供を入院又は入所までに行うこと。処方内容には、当該保険医療機関以外の処方内容を含む。	ア　患者の同意を得て、入院又は入所までに、入院又は入所先の他の保険医療機関等に対し、処方内容、薬歴等について情報提供していること。処方内容には、当該保険医療機関以外の処方内容を含む。
イ　他の保険医療機関等から処方内容について照会があった場合には、適切に対応すること。	イ　入院又は入所先の他の保険医療機関等から処方内容について照会があった場合には、適切に対応すること。
ウ　他の保険医療機関に入院又は介護老人保健施設に入所してい	ウ　退院又は退所後１か月以内に、ア又はイを踏まえて調整し

た患者については、退院又は退所後１か月以内に、他の保険医療機関の外来において継続的に診療を受けている患者については、当該情報提供から３月以内に、ア又はイを踏まえて調整した処方内容について、他の保険医療機関等から情報提供を受けていること。	た入院・入所中の処方内容について、入院・入所先の他の保険医療機関等から情報提供を受けていること。
エ　以下の(イ)で算出した内服薬の種類数が、(ロ)で算出した薬剤の種類数よりも少ないこと。いずれも、屯服は含めずに算出すること。	エ　以下の(イ)で算出した内服薬の種類数が、(ロ)で算出した薬剤の種類数よりも少ないこと。いずれも、屯服は含めずに算出すること。
(イ)　ウで他の保険医療機関等から情報提供された処方内容のうち、内服薬の種類数	(イ)　ウで入院・入所先の他の保険医療機関等から情報提供された入院・入所中の処方内容のうち、内服薬の種類数
(ロ)　アで情報提供した処方内容のうち、内服薬の種類数	(ロ)　アで情報提供した処方内容のうち、内服薬の種類数
※　地域包括診療料についても同様。	

５．地域包括診療加算及び地域包括診療料について、保険医療機関が診療報酬の請求状況、治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【地域包括診療料】 ［算定要件］ 注１～３　（略） ４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況及び診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、外来データ提出加算として、月１回に限り●●点を	【地域包括診療料】 ［算定要件］ 注１～３　（略） （新設）

所定点数に加算する。 ［施設基準］ 四の八　地域包括診療料の施設基準 （３）　地域包括診療料の注４に規定する施設基準 外来患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されていること。 ※　地域包括診療加算についても同様。	 ［施設基準］ 四の八　地域包括診療料の施設基準 （新設）

６．医療資源の少ない地域においても、慢性疾患を有する患者に対する継続的かつ全人的な医療に係る評価を更に推進する観点から、当該地域において、地域包括診療加算及び地域包括診療料の医師配置に関する要件を緩和する。

改　定　案	現　　行
【地域包括診療加算】 ［施設基準］ 第２の３　地域包括診療加算 １　地域包括診療加算１に関する施設基準 （１）～（８）　（略） （９）　以下のいずれか１つを満していること。 ア　時間外対応加算１、２、３又は４の届出を行っていること。 イ　常勤換算２名以上（「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域に所在する診療所にあっては1.4人以上）の医師が配置されており、うち１名以上が常勤の医師であること。 ウ　在宅療養支援診療所であること。 (10)～(12)　（略）	【地域包括診療加算】 ［施設基準］ 第２の３　地域包括診療加算 １　地域包括診療加算１に関する施設基準 （１）～（８）　（略） （９）　以下のいずれか１つを満していること。 ア　時間外対応加算１、２、３又は４の届出を行っていること。 イ　常勤換算２名以上の医師が配置されており、うち１名以上が常勤の医師であること。 ウ　在宅療養支援診療所であること。 (10)～(12)　（略）

※　地域包括診療料についても同様。	

⑤　時間外対応体制加算の充実

第１　基本的な考え方

休日・夜間等の問い合わせや受診へ対応する体制整備を更に推進する観点から、時間外対応加算の評価を見直す。

第２　具体的な内容

１.患者からの休日・夜間等の問い合わせや受診に対応することにより、休日・夜間に病院を受診する軽症患者の減少や、病院勤務医の負担軽減に繋がる取組を更に推進するため、時間外対応加算について、評価を引き上げ、名称を時間外対応体制加算に変更する。

改　定　案	現　　行
【時間外対応体制加算】 ［算定要件］ 10　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において再診を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ　時間外対応体制加算１　●●点 ロ　時間外対応体制加算２　●●点 ハ　時間外対応体制加算３　●●点 ニ　時間外対応体制加算４　●●点	【時間外対応加算】 ［算定要件］ 10　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において再診を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 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

⑥　歯科疾患管理料、小児口腔機能管理料及び口腔機能管理料の要件並びに評価の見直し

第１　基本的な考え方

かかりつけ歯科医による歯科疾患・口腔機能の管理等といった生活の質に配慮した歯科医療を推進するため、歯科疾患管理料、小児口腔機能管理料並びに口腔機能管理料の要件及び評価を見直すとともに、小児口腔機能管理料及び口腔機能管理料の対象となる患者の範囲を拡大する。

第２　具体的な内容

１．歯科疾患管理料の初診時及び再診時の評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【歯科疾患管理料】 歯科疾患管理料　　●●点 ［算定要件］ 注１　１回目の歯科疾患管理料は、歯科疾患の管理が必要な患者に対し、当該患者又はその家族等（以下この部において「患者等」という。）の同意を得て管理計画を作成し、その内容について説明を行った場合に算定する。 ２～11　（略）	【歯科疾患管理料】 歯科疾患管理料　　100点 ［算定要件］ 注１　１回目の歯科疾患管理料は、歯科疾患の管理が必要な患者に対し、当該患者又はその家族等（以下この部において「患者等」という。）の同意を得て管理計画を作成し、その内容について説明を行った場合に算定する。なお、初診日の属する月に算定する場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。 ２～11　（略）

２．小児口腔機能管理料及び口腔機能管理料の対象となる患者の範囲を拡大する。

改　定　案	現　　行
【小児口腔機能管理料】 小児口腔機能管理料 １　小児口腔機能管理料１　　●●点	【小児口腔機能管理料】 小児口腔機能管理料　　60点 （新設）

２　小児口腔機能管理料２　●●点	（新設）
［算定要件］	［算定要件］
注１　区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であって、口腔機能発達不全症の18歳未満の患者に対して、口腔機能の獲得を目的として、当該患者等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、当該管理計画に基づき、口腔機能の管理を行った場合に、月１回に限り算定する。	注１　区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であって、口腔機能の発達不全を有する18歳未満の児童に対して、口腔機能の獲得を目的として、当該患者等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、当該管理計画に基づき、口腔機能の管理を行った場合に、月１回に限り算定する。
２　１については、口腔機能の評価項目において３項目以上に該当する者に対して、注１に規定する管理をする場合に当該管理料を算定する。	（新設）
３　２については、口腔機能の評価項目において２項目に該当する者に対して、注１に規定する管理をする場合に当該管理料を算定する。	（新設）
４～７　（略）	２～５　（略）
【口腔機能管理料】	【口腔機能管理料】
口腔機能管理料	口腔機能管理料　60点
１　口腔機能管理料１　●●点	（新設）
２　口腔機能管理料２　●●点	（新設）
注１　区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であって、口腔機能低下症の患者に対して、口腔機能の回復又は維持を目的として、当該患者等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、当該管理計画に基づき、口腔機能の管理を行った場合に、	注１　区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であって、口腔機能の低下を来しているものに対して、口腔機能の回復又は維持を目的として、当該患者等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、当該管理計画に基づき、口腔機能の管理を行っ

月１回に限り算定する。	た場合に、月１回に限り算定する。
２　１については、Ｄ００２－６に掲げる口腔細菌定量検査（２に限る。）、Ｄ０１１－２に掲げる咀嚼能力検査（１に限る。）、Ｄ０１１－３に掲げる咬合圧検査（１に限る。）、Ｄ０１１－５に掲げる口腔粘膜湿潤度検査又はＤ０１２に掲げる舌圧検査のいずれかを実施した口腔機能低下症の患者に対して注１に規定する管理をする場合に当該管理料を算定する。	（新設）
３　２については、口腔機能低下症の患者（注２に規定する患者を除く。）に対して注１に規定する管理をする場合に当該管理料を算定する。	（新設）
４～７　（略）	２～５　（略）

⑦　継続的・効果的な歯周病治療の推進

第１　基本的な考え方

ライフコースを通じた継続的・効果的な歯周病治療を推進する観点から、歯周病安定期治療及び歯周病重症化予防治療について評価体系を見直す。

第２　具体的な内容

１．全身の健康に繋がる歯周病の安定期治療及び重症化予防治療を継続的・効果的に推進する観点から、歯周病安定期治療及び歯周病重症化予防治療について、歯科診療の実態を踏まえ、整理・統合し、評価を見直す。

２．糖尿病患者に対して効果的な歯周病の継続治療を行う観点から、主治医から紹介を受けた患者に対して歯周病治療を実施したことに対する評価である歯周病ハイリスク患者加算について、名称を見直すとともに、主治医に対して歯科診療の情報の提供を行うことを要件に追加する。

改　定　案	現　　行
【歯周病継続支援治療】	【歯周病安定期治療】
歯周病継続支援治療	歯周病安定期治療
１　１歯以上10歯未満　●●点	１　１歯以上10歯未満　200点
２　10歯以上20歯未満　●●点	２　10歯以上20歯未満　250点
３　20歯以上　●●点	３　20歯以上　350点
［算定要件］	［算定要件］
注１　一連の歯周病治療終了後、継続支援が必要な患者に対し、歯周組織の状態維持又は重症化予防を目的として、プラークコントロール、スケーリング、スケーリング・ルートプレーニング、咬合調整、機械的歯面清掃等の継続的な治療（以下この表において「歯周病継続支援治療」という。）を開始した場合	注１　一連の歯周病治療終了後、一時的に病状が安定した状態にある患者に対し、歯周組織の状態を維持するためのプラークコントロール、スケーリング、スケーリング・ルートプレーニング、咬合調整、機械的歯面清掃等の継続的な治療（以下この表において「歯周病安定期治療」という。）を開始した場合は、

は、それぞれの区分に従い月１回に限り算定する。	それぞれの区分に従い月１回に限り算定する。
２　２回目以降の歯周病継続支援治療の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して２月を経過した日以降に行う。ただし、一連の歯周病治療において歯周外科手術を実施した場合等の歯周病継続支援治療の治療間隔の短縮が必要とされる場合又は区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料の注３に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関において歯周病継続支援治療を開始した場合は、この限りでない。	２　２回目以降の歯周病安定期治療の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して２月を経過した日以降に行う。ただし、一連の歯周病治療において歯周外科手術を実施した場合等の歯周病安定期治療の治療間隔の短縮が必要とされる場合又は区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料の注３に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関において歯周病安定期治療を開始した場合は、この限りでない。
３　区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料の注３に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関において歯周病継続支援治療を開始した場合は、口腔管理体制強化加算として、120点を所定点数に加算する。	３　区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料の注３に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関において歯周病安定期治療を開始した場合は、口腔管理体制強化加算として、120点を所定点数に加算する。
４　歯周病の重症化するおそれのある患者に対して他の保険医療機関（歯科診療のみを行う保険医療機関を除く。）からの情報に基づき歯周病継続支援治療を実施し、診療情報を当該他の保険医療機関に提供した場合は、重症化予防連携強化加算として、●●点を所定点数に加算する。	４　歯周病の重症化するおそれのある患者に対して歯周病安定期治療を実施した場合は、歯周病ハイリスク患者加算として、80点を所定点数に加算する。
５　歯周病継続支援治療を開始した後、病状の変化により歯周外科手術を実施した場合は、歯周精密検査により再び病状が安定し継続的な治療が必要であると判断されるまでの間は、歯周病継続支援治療は算定できない。	５　歯周病安定期治療を開始した後、病状の変化により歯周外科手術を実施した場合は、歯周精密検査により再び病状が安定し継続的な治療が必要であると判断されるまでの間は、歯周病安定期治療は算定できない。

６　歯周病継続支援治療を開始した日以降に歯周外科手術を実施した場合は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。 （削除） 【歯周病重症化予防治療】 （削除）	６　歯周病安定期治療を開始した日以降に歯周外科手術を実施した場合は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。 ７　歯周病重症化予防治療を算定した月は算定できない。 【歯周病重症化予防治療】 歯周病重症化予防治療

⑧　かかりつけ薬剤師の推進

第１　基本的な考え方

かかりつけ薬剤師の本来の趣旨に立ち返り、かかりつけ薬剤師の普及及び患者によるかかりつけ薬剤師の選択を促進する観点から、かかりつけ薬剤師指導料及び服薬管理指導料について評価体系を見直す。

第２　具体的な内容

１．かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料を廃止する。

改　定　案	現　　行
【かかりつけ薬剤師指導料】 （削除）	【かかりつけ薬剤師指導料】 13の２　かかりつけ薬剤師指導料　76点
【かかりつけ薬剤師包括管理料】 （削除）	【かかりつけ薬剤師包括管理料】 13の３　かかりつけ薬剤師包括管理料　291点

２．服薬管理指導料に、かかりつけ薬剤師が服薬指導した場合の評価を設定する。

３．服薬管理指導料において、かかりつけ薬剤師が継続的服薬指導や患家を訪問しての残薬対策を実施した場合の評価を新たに設ける。

改　定　案	現　　行
【服薬管理指導料】 １　原則３月以内に再度処方箋を持参した患者に対して行った場合 イ　かかりつけ薬剤師が行った場合　●●点 ロ　イ以外の場合　●●点 ２～４　（略）	【服薬管理指導料】 １　原則３月以内に再度処方箋を持参した患者に対して行った場合　45点 （新設） （新設） ２～４　（略）

［算定要件］ （削除）	［算定要件］ 注１　１及び２については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付１回につき所定点数を算定する。ただし、１の患者であって手帳を提示しないものに対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、２により算定する。なお、区分番号００に掲げる調剤基本料の注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。 イ　患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書又はこれに準ずるもの（以下この表において「薬剤情報提供文書」という。）により患者に提供し、薬剤の服用に関して基本的な説明を行うこと。 ロ　服薬状況等の情報を踏まえた薬学的知見に基づき、処方された薬剤について、薬剤の服用等に関して必要な指導を行うこと。 ハ　手帳を用いる場合は、調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること。 ニ　これまでに投薬された薬剤のうち服薬していないものの有無の確認に基づき、必要な指導を行うこと。 ホ　薬剤情報提供文書により、投薬に係る薬剤に対する後発医薬品に関する情報（後発医薬品の有無及び価格に関する情報を含む。）を患者に提供すること。

	へ　処方された薬剤について、保険薬剤師が必要と認める場合は、患者の薬剤の使用の状況等を継続的かつ的確に把握するとともに、必要な指導等を実施すること。
注１　１のイについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして、あらかじめ当該算定項目に係る服薬管理指導を行う旨を地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、手帳を提示した患者（継続的及び一元的に服薬管理しているものに限る。）に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該保険薬局の特定の保険薬剤師（以下「かかりつけ薬剤師」という。）が必要な指導等を行った場合に、処方箋受付１回につき所定点数を算定する。なお、区分番号００に掲げる調剤基本料の注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。	（新設）
２　１のロ及び２については、かかりつけ薬剤師以外の保険薬剤師が必要な指導等を行った場合に、処方箋受付１回につき所定点数を算定する。なお、区分番号００に掲げる調剤基本料の注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。	（新設）
３　１の患者であって手帳を提示しないものに対して、必要な指導等を行った場合は、２により算定する。	（新設）
４～12　（略）	２～10　（略）
13　１のイを算定している患者であって、区分番号14の２に掲げる外来服薬支援料１、区分番号14の３に掲げる服用薬剤調整支	（新設）

援料１若しくは２又は区分番号10の２に掲げる調剤管理料の調剤時残薬調整加算若しくは薬学的有害事象等防止加算を算定したものに対し、患者又はその家族等の求めに応じて、前回の調剤後、当該患者が再度処方箋を持参するまでの間に、かかりつけ薬剤師が電話等により、服薬状況、残薬状況等の継続的な確認及び必要な指導等を個別に実施していた場合には、再度処方箋を受け付けたときに、かかりつけ薬剤師フォローアップ加算として、３月に１回に限り●●点を所定点数に加算する。ただし、区分番号14の４に掲げる調剤後薬剤管理指導料、区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料又は指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成十二年厚生省告示第十九号）に規定する居宅療養管理指導費のハ若しくは介護予防居宅療養管理指導費のハを算定している患者については、算定しない。	
14　１のイを算定している患者に対し、患者又はその家族等の求めに応じて、患家に訪問して、残薬の整理、服用薬の管理方法の指導等を行い、その結果を保険医療機関に情報提供した場合には、かかりつけ薬剤師訪問加算として、６月に１回に限り●●点を所定点数に加算する。ただし、区分番号14の２に掲げる外来服薬支援料１若しくは施設連携加算、区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料又は区分番号15の５に掲げる服薬情報等提供料を算定している患者については、算定しない。また、区分番号00に掲げる特別調	（新設）

剤基本料Ａを算定する保険薬局において、調剤基本料の注６に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関への情報提供を行った場合は、算定しない。 15　（略） 16　服薬管理指導料の３及びかかりつけ薬剤師訪問加算に係る業務に要した交通費は、患家の負担とする。 17　（略） （削除）	 11　（略） 12　服薬管理指導料の３に係る業務に要した交通費は、患家の負担とする。 13　（略） 14　当該保険薬局における直近の調剤において、区分番号１３の２に掲げるかかりつけ薬剤師指導料又は区分番号１３の３に掲げるかかりつけ薬剤師包括管理料を算定した患者に対して、やむを得ない事情により、当該患者の同意を得て、当該指導料又は管理料の算定に係る保険薬剤師と、当該保険薬剤師の所属する保険薬局の他の保険薬剤師であって別に厚生労働大臣が定めるものが連携して、注１に掲げる指導等の全てを行った場合には、注１の規定にかかわらず、服薬管理指導料の特例として、処方箋受付１回につき、59点を算定する。

４．かかりつけ薬剤師に係る施設基準を見直す。

改　定　案	現　　行
【かかりつけ薬剤師指導料】 [施設基準] （削除）	【かかりつけ薬剤師指導料】 [施設基準] 十一　かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料の施設基準 当該指導等を行うにつき十分な経験等を有する薬剤師が配置されていること。

【服薬管理指導料】 九の六　服薬管理指導料の注１に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局 （１）　当該指導等を行うにつき十分な経験等を有する薬剤師が配置されていること。 （２）　当該指導等を行うにつき十分な体制が整備されていること。	【服薬管理指導料】 （新設）
［施設基準（通知）］ （削除）	［施設基準（通知）］ 第100　かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料 １　かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料に関する施設基準 以下の要件を全て満たす保険薬剤師が配置されていること。 （１）　以下に掲げる勤務経験等を有していること。 ア　施設基準の届出時点において、保険薬剤師として３年以上の保険薬局勤務経験がある。なお、保険医療機関の薬剤師としての勤務経験を１年以上有する場合、１年を上限として保険薬剤師としての勤務経験の期間に含めることができる。 イ　当該保険薬局に週32時間以上（32時間以上勤務する他の保険薬剤師を届け出た保険薬局において、保険薬剤師について育児・介護休業法第23条第１項若しくは第３項又は第24条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあっては週24時間以上かつ週４日以上である場合を含む。）勤務している。 ウ　施設基準の届出時点にお

	いて、当該保険薬局に継続して１年以上在籍している。 （２） 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得していること。 （３） 医療に係る地域活動の取組に参画していること。 （４） 薬学的管理等の内容が他の患者に漏れ聞こえる場合があることを踏まえ、患者との会話のやりとりが他の患者に聞こえないようパーテーション等で区切られた独立したカウンターを有するなど、患者のプライバシーに配慮していること。
【服薬管理指導料】 ［施設基準（通知）］ 第● 服薬管理指導料の注１に規定する保険薬局 次の１及び２に該当する保険薬局であること。 １ 次の要件を全て満たす保険薬剤師（派遣労働者であるものを含み、休職中のものを除く。）を配置していること。 （１） 次に掲げる勤務経験等を有していること。 ア 施設基準の届出時点において、保険薬剤師として３年以上の保険薬局勤務経験がある。なお、保険医療機関の薬剤師としての勤務経験を１年以上有する場合、１年を上限として保険薬剤師としての勤務経験の期間に含めることができる。 イ 当該保険薬局に週31時間以上（31時間以上勤務する他の保険薬剤師を届け出た保険薬局において、保険薬	【服薬管理指導料】 ［施設基準（通知）］ （新設）

剤師について育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成３年法律第76号）第23条第１項若しくは第３項又は第24条の規定による措置が講じられ、当該保険薬剤師（労働者に限る。）の所定労働時間が短縮された場合にあっては週24時間以上かつ週４日以上である場合を含む。）勤務している。 ウ　施設基準の届出時点において、当該保険薬局に継続して６か月以上在籍している。なお、産前産後休業、育児休業又は介護休業から復職する場合（復職後に勤務する保険薬局が休業の直前に勤務していた保険薬局と同一である場合に限る。）は、休業前の在籍期間を合算することができる。 （２）　薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得していること。 （３）　医療に係る地域活動の取組に参画していること。 ２　施設基準の届出時点において、次のいずれの要件も満たしていること。 （１）　次のいずれかに該当すること。 ア　当該保険薬局に勤務する常勤の保険薬剤師（派遣労働者である者を含み、産前産後休業中、育児休業中又は介護休業中の者を除く。）について、当該保険薬局の在籍期間（産前産後休業、育児休業又は介護休業から復職した保険	

薬剤師の休業前の在籍期間を含む。）が平均して１年以上であること。 イ　当該保険薬局の管理薬剤師が当該保険薬局に継続して３年以上在籍していること。 （２）　薬学的管理等の内容が他の患者に漏れ聞こえる場合があることを踏まえ、患者との会話のやりとりが他の患者に聞こえないようパーテーション等で区切られた独立したカウンターを有するなど、患者のプライバシーに配慮していること。	

【Ⅱ－４－１　大病院と地域のかかりつけ医機能を担う医療機関との連携による大病院の外来患者の逆紹介の推進－①】

①　初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し

第１　基本的な考え方

外来機能の明確化及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介患者・逆紹介患者の割合が低い特定機能病院等を紹介状なしで受診した患者等に係る初診料及び外来診療料について、要件及び対象患者を見直す。

第２　具体的な内容

１．紹介患者・逆紹介患者の割合が低い特定機能病院等を紹介状なしで受診した患者等に係る初診料及び外来診療料について、逆紹介割合の基準を引き上げる。

２．紹介患者・逆紹介患者の割合が低い特定機能病院等において初診料及び外来診療料が減算となる対象患者について、直近１年以内に 12 回以上再診を行った患者を加える。

改　定　案	現　　行
【初診料】 （７）　（中略） 　また、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合（以下「紹介割合」という。）等が低い保険医療機関とは、「注２」にあっては、紹介割合の実績が50%未満又は逆紹介割合の実績が●●‰未満の特定機能病院、地域医療支援病院（医療法第４条第１項に規定する地域医療支援病院をいう。以下同じ。）（一般病床の数が200床未満の病院を除く。）及び紹介受診重点医療機関（同法第30条の18の２第１項に規定する外来機能	【初診料】 （７）　（中略） 　また、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合（以下「紹介割合」という。）等が低い保険医療機関とは、「注２」にあっては、紹介割合の実績が50%未満又は逆紹介割合の実績が30‰未満の特定機能病院、地域医療支援病院（医療法第４条第１項に規定する地域医療支援病院をいう。以下同じ。）（一般病床の数が200床未満の病院を除く。）及び紹介受診重点医療機関（同法第30条の18の２第１項に規定する外来機能報

報告対象病院等のうち同法第30条の18の４第１項第２号の規定に基づき、同法第30条の18の２第１項第１号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表されたものをいう。以下同じ。）（一般病床の数が200床未満であるものを除く。）をいい、「注３」にあっては、紹介割合の実績が40%未満又は逆紹介割合の実績が●●‰未満の許可病床の数が400床以上の病院（特定機能病院、許可病床の数が400床以上の地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関並びに一般病床の数が200床未満の病院を除く。）をいう。（中略）	告対象病院等のうち同法第30条の18の４第１項第２号の規定に基づき、同法第30条の18の２第１項第１号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表されたものをいう。以下同じ。）（一般病床の数が200床未満であるものを除く。）をいい、「注３」にあっては、紹介割合の実績が40%未満又は逆紹介割合の実績が20‰未満の許可病床の数が400床以上の病院（特定機能病院、許可病床の数が400床以上の地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関並びに一般病床の数が200床未満の病院を除く。）をいう。（中略）
（８）　（略）	（８）　（略）
（９）　許可病床の数が400床以上の病院（特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関並びに一般病床の数が200床未満の病院を除く。）のうち、前年度１年間の紹介割合の実績が40%未満又は逆紹介割合の実績が●●‰未満の保険医療機関の取扱いについては、（８）と同様であること。	（９）　許可病床の数が400床以上の病院（特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関並びに一般病床の数が200床未満の病院を除く。）のうち、前年度１年間の紹介割合の実績が40%未満又は逆紹介割合の実績が20‰未満の保険医療機関の取扱いについては、（８）と同様であること。
(10)～(31)　（略）	(10)～(31)　（略）
【外来診療料】	【外来診療料】
（３）　「注２」又は「注３」に規定する保険医療機関において、病院と診療所の機能分担の推進を図る観点から、以下のいずれかに該当する患者については、「注１」の規定にかかわらず、「注２」又は「注３」の所定点数を算定する。アに該当する患者については、患者に対し十分な情報提供を行い、患者の自由な選択と同意があった場合には、「注１」との差額に相当する療養部分について、選定療養としてその費用を患者から徴収することができる。イに該当する患	（３）　「注２」又は「注３」に規定する保険医療機関において、病院と診療所の機能分担の推進を図る観点から、他の病院（一般病床の病床数が200床未満のものに限る。）又は診療所に対し文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該病院を受診した患者については、「注１」の規定にかかわらず、「注２」又は「注３」の所定点数を算定する（緊急その他やむを得ない事情がある場合を除く。）。この場合において、患者に対し十分な情報提

者については、（４）のイ又はウに該当しない限り、原則として他の病院（一般病床の病床数が200床未満のものに限る。）又は診療所に対し文書による紹介を行う旨の申出を行うことが望ましい。 　また、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低い保険医療機関とは、「Ａ０００」初診料の（７）と同様である。	供を行い、患者の自由な選択と同意があった場合には、「注１」との差額に相当する療養部分について、選定療養としてその費用を患者から徴収することができる。 　また、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低い保険医療機関とは、「Ａ０００」初診料の（７）と同様である。
ア　他の病院（一般病床の病床数が200床未満のものに限る。）又は診療所に対し文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該病院を受診した患者	（新設）
イ　当該病院において過去１年間に12回以上外来診療料（「注１」から「注４」までに限る。）を算定した患者	（新設）
（４）　（３）のイの患者のうち、以下のいずれかに該当する者については、（３）の本文の規定にかかわらず、「注１」の本文の所定点数を算定する。なお、イ又はウに該当する場合には、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。	（新設）
ア　過去１年間に、紹介を行った医療機関との連携により、「Ｂ００５－11」遠隔連携診療料又は「Ｂ０１１」連携強化診療情報提供料を算定している患者	
イ　緊急その他やむを得ない事情がある患者	
ウ　専門性の高い医学管理を要する等の理由により、当該患者の他の医療機関への紹介が困難であり、自院において継続した通院が必要であると医師が認めた患者	
（５）　特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関の	（４）　特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関の

うち、前年度１年間の紹介割合の実績が50%未満又は逆紹介割合の実績が●●‰未満の保険医療機関においては、紹介割合及び逆紹介割合を別紙様式28により、毎年10月に地方厚生（支）局長へ報告すること。また、報告を行った保険医療機関であって、報告年度の連続する６か月間で実績の基準を満たした保険医療機関については、翌年の４月１日までに地方厚生（支）局長へ報告すること。	うち、前年度１年間の紹介割合の実績が50%未満又は逆紹介割合の実績が30‰未満の保険医療機関においては、紹介割合及び逆紹介割合を別紙様式28により、毎年10月に地方厚生（支）局長へ報告すること。また、報告を行った保険医療機関であって、報告年度の連続する６か月間で実績の基準を満たした保険医療機関については、翌年の４月１日までに地方厚生（支）局長へ報告すること。
（６）　許可病床の数が400床以上の病院（特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関を除く。）のうち、前年度１年間の紹介割合の実績が40%未満又は逆紹介割合の実績が●●‰未満の保険医療機関の取扱いについては、（５）と同様であること。	（５）　許可病床の数が400床以上の病院（特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関を除く。）のうち、前年度１年間の紹介割合の実績が40%未満又は逆紹介割合の実績が30‰未満の保険医療機関の取扱いについては、（４）と同様であること。
［施設基準］ 第三　初・再診料の施設基準等 八　外来診療料に係る厚生労働大臣が定める患者 当該病院が他の病院（許可病床数が二百床未満のものに限る。）又は診療所に対して文書による紹介を行う旨の申出を行っている患者及び当該病院において過去１年間に12回以上外来診療料（注１から注４までに限る。）を算定した患者（過去１年間に区分番号Ｂ００５－11に掲げる遠隔連携診療料又は区分番号Ｂ０１１に掲げる連携強化診療情報提供料を算定している患者、緊急その他やむを得ない事情がある患者及び自院において継続した通院が必要であると医師が認めた患者を除く。）	［施設基準］ 第三　初・再診料の施設基準等 八　外来診療料に係る厚生労働大臣が定める患者 当該病院が他の病院（許可病床数が二百床未満のものに限る。）又は診療所に対して文書による紹介を行う旨の申出を行っている患者（緊急その他やむを得ない事情がある場合を除く。）

［経過措置］

令和８年３月 31 日時点で、現に逆紹介割合の基準を満たしていた病院にあっては、令和９年３月 31 日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

【Ⅱ－４－１　大病院と地域のかかりつけ医機能を担う医療機関との連携による大病院の外来患者の逆紹介の推進－②】

②　特定機能病院等からの紹介を受けて行う初診に対する評価の新設

第１　基本的な考え方

診療所又は許可病床数が 200 床未満の病院において、特定機能病院等からの紹介を受けた患者に対する初診を行った場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

特定機能病院等からの紹介を受けた患者に対する初診を、診療所又は許可病床数が 200 床未満の病院が行った場合の評価を新設する。

（新）　特定機能病院等紹介患者受入加算　　●●点

［算定要件］

保険医療機関（診療所又は許可病床数が 200 床未満である病院に限る。）において、特定機能病院、地域医療支援病院（一般病床の数が 200 床未満の病院を除く。）、紹介受診重点医療機関（一般病床の数が 200 床未満であるものを除く。）又は許可病床の数が 400 床以上の病院（一般病床の数が 200 床未満の病院を除く。）の紹介を受けて初診を行った場合は、特定機能病院等紹介患者受入加算として、●●点を所定点数に加算する。

【Ⅱ－４－１　大病院と地域のかかりつけ医機能を担う医療機関との連携による大病院の外来患者の逆紹介の推進－③】

③　連携強化診療情報提供料の見直し

第１　基本的な考え方

病院の専門医師と地域のかかりつけ医師が連携しながら共同で継続的に治療管理を行う取組を推進する観点から、連携強化診療情報提供料の評価体系を見直す。

第２　具体的な内容

１．算定対象医療機関を、特定機能病院等並びに許可病床数 200 床未満の病院及び診療所等に拡大し、紹介元及び紹介先医療機関のいずれの診療情報提供においても算定可能とする。

２．他の医療機関からの求めに応じた情報提供を行った場合のほか、病院の専門医師と地域のかかりつけ医師が連携をしながら共同で継続的に治療管理を行うことについて、医療機関との間で合意を行い、当該合意に基づいた紹介であることを確認した上で情報提供を行った場合においても算定可能とする。

３．算定可能回数を、患者１人につき３月に１回と見直す。

改　定　案	現　　行
【連携強化診療情報提供料】 ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす他の保険医療機関から紹介され、又は別に厚生労働大臣が定める基準を満たす他の保険医療機関へ紹介した患者について、当該他の保険医療機関からの求めに応じて、又は当該他の保険医療機関と共同して当該患者の治療管理を継続的に行う旨の合意に基づき、患者の同意を得て、診療状況を示	【連携強化診療情報提供料】 ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす他の保険医療機関から紹介された患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限

す文書を提供した場合（区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りでない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者１人につき３月に１回に限り算定する。	りでない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者１人につき月１回に限り算定する。
（削除）	２　注１に該当しない場合であって、注１に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の４第１項第２号の規定に基づき、同法第30条の18の２第１項第１号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院又は診療所として都道府県が公表したものに限る。）である保険医療機関において、他の保険医療機関（許可病床の数が200未満の病院又は診療所に限る。）から紹介された患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者１人につき月１回に限り算定する。
（削除）	３　注１又は注２に該当しない場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号Ａ０００に掲げる初

	診料を算定する日を除く。ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者１人につき月１回に限り算定する。
２　注１に該当しない場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介され、又は他の保険医療機関へ紹介した難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第５条第１項に規定する指定難病の患者（当該疾病が疑われる患者を含む。以下この項において単に「指定難病の患者」という。）又はてんかんの患者（当該疾病が疑われる患者を含む。以下この項において同じ。）について、当該他の保険医療機関からの求めに応じて、又は当該他の保険医療機関と共同して当該患者の治療管理を継続的に行う旨の合意に基づき、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者１人につき３月に１回に限り算定する。	４　注１から注３までのいずれにも該当しない場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第５条第１項に規定する指定難病の患者又はてんかんの患者（当該疾病が疑われる患者を含む。）について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者１人につき月１回に限り算定する。
３　注１及び注２に該当しない場合であって、他の保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に限る。以下この注において同じ。）から紹介され、又は他の保険医療機関へ紹介した指定難病の患者又はてんかんの患者に	（新設）

ついて、当該他の保険医療機関からの求めに応じて、又は当該他の保険医療機関と共同して当該患者の治療管理を継続的に行う旨の合意に基づき、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者１人につき３月に１回に限り算定する。	
４　注１から注３までのいずれにも該当しない場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介され、又は他の保険医療機関へ紹介した妊娠中の患者について、当該他の保険医療機関からの求めに応じて、又は当該他の保険医療機関と共同して当該患者の治療管理を継続的に行う旨の合意に基づき、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りでない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者１人につき３月に１回に限り算定する。	５　注１から注４までのいずれにも該当しない場合であって、注１に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された妊娠中の患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りでない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者１人につき３月に１回（別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、産科若しくは産婦人科を標榜する保険医療機関から紹介された妊娠中の患者又は産科若しくは産婦人科を標榜する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された妊娠中の患者について、診療に基づき、頻回の情報提供の必要を認め、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行っ

	た場合にあっては、月１回）に限り算定する。
５　注１から注４までのいずれにも該当しない場合であって、他の保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に限る。以下この注において同じ。）から紹介され、又は他の保険医療機関へ紹介した妊娠中の患者について、当該他の保険医療機関からの求めに応じて、又は当該他の保険医療機関と共同して当該患者の治療管理を継続的に行う旨の合意に基づき、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りでない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者１人につき３月に１回に限り算定する。	（新設）
６　（略）	６　（略）
［施設基準］ 十の二の四　連携強化診療情報提供料の施設基準等 （１）　連携強化診療情報提供料の注１に規定する施設基準 次のいずれかに該当すること。	［施設基準］ 十の二の四　連携強化診療情報提供料の施設基準等 （１）　連携強化診療情報提供料の注１に規定する施設基準 当該保険医療機関の敷地内において喫煙が禁止されていること。
イ　診療所又は許可病床数が200床未満の病院	（新設）
ロ　特定機能病院、地域医療支援病院（一般病床の数が200床未満であるものを除く。）、外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の４第１項第２号の規定に基づき、同法第30条の18の２第１項第１号の厚生労働省令で定	（新設）

める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限る。）又は許可病床数が400床以上である病院（一般病床の数が200床未満であるものを除く。）	
（２） 連携強化診療情報提供料の注１に規定する他の保険医療機関の基準	（２） 連携強化診療情報提供料の注１に規定する他の保険医療機関の基準 次のいずれかに係る届出を行っていること。
イ 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関が（１）のイに掲げる施設基準を満たす場合にあっては、（１）のロに掲げる施設基準を満たす保険医療機関であること。	イ 区分番号Ａ００１の注12に規定する地域包括診療加算
ロ 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関が（１）のロに掲げる施設基準を満たす場合にあっては、（１）のイに掲げる施設基準を満たす保険医療機関であること。	ロ 区分番号Ｂ００１― ２―９に掲げる地域包括診療料
（削除）	ハ 区分番号Ｂ００１― ２―11に掲げる小児かかりつけ診療料
（削除）	ニ 区分番号Ｃ００２に掲げる在宅時医学総合管理料（在宅療養支援診療所（医科点数表区分番号Ｂ００４に掲げる退院時共同指導料１に規定する在宅療養支援診療所をいう。以下同じ。）又は在宅療養支援病院（区分番号Ｃ０００に掲げる往診料の注１に規定する在宅療養支援病院をいう。以下同じ。）に限る。）
（削除）	ホ 区分番号Ｃ００２― ２に掲げる施設入居時等医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）

（削除）	（３）　連携強化診療情報提供料の注３に規定する施設基準 イ　当該保険医療機関の敷地内において喫煙が禁止されていること。 ロ　次のいずれかに係る届出を行っていること。 ①　区分番号Ａ００１の注12に規定する地域包括診療加算 ②　区分番号Ｂ００１―２―９に掲げる地域包括診療料 ③　区分番号Ｂ００１―２―11に掲げる小児かかりつけ診療料 ④　区分番号Ｃ００２に掲げる在宅時医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。） ⑤　区分番号Ｃ００２― ２に掲げる施設入居時等医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）
（３）　連携強化診療情報提供料の注２及び注３に規定する施設基準 次のいずれかの指定を受けている保険医療機関であること。 イ　難病診療連携拠点病院又は難病診療分野別拠点病院（難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病の患者に係る場合に限る。） ロ　てんかん支援拠点病院（てんかんの患者に係る場合に限る。） （削除）	（４）　連携強化診療情報提供料の注４に規定する施設基準 イ　当該保険医療機関の敷地内において喫煙が禁止されていること。 ロ　次のいずれかの指定を受けている保険医療機関であること。 ①　難病診療連携拠点病院又は難病診療分野別拠点病院（難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病の患

（削除）	者に係る場合に限る。） ② てんかん支援拠点病院（てんかんの患者に係る場合に限る。）
（４） 連携強化診療情報提供料の注４及び注５に規定する施設基準（診療報酬の算定方法別表第二歯科診療報酬点数表（以下「歯科点数表」という。）においては注２） 当該保険医療機関内に妊娠中の患者の診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。	（５） 連携強化診療情報提供料の注５に規定する施設基準（診療報酬の算定方法別表第二歯科診療報酬点数表（以下「歯科点数表」という。）においては注３） 当該保険医療機関内に妊娠中の患者の診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

①　適正な訪問看護の推進

第１　基本的な考え方

利用者の状態を適切に把握し、適正な訪問看護の提供を推進する観点から、訪問看護ステーションに作成を求めている指定訪問看護の実施に係る記録書の記載内容の明確化等を行う。

第２　具体的な内容

１．指定訪問看護の実施にあたって利用者の心身の状況等に応じて妥当適切に行い、漫然かつ画一的なものにならないよう看護目標及び訪問看護計画に沿って行うことを明記する。

２．指定訪問看護の実施に係る記録書等において、指定訪問看護の内容に係る評価の記載を求めるとともに、実際の訪問開始時刻と終了時刻を記載する必要があることを明確化する。

改　定　案	現　　行
【訪問看護基本療養費等】 ［算定要件（通知）］ １　（略） ２　指定訪問看護の実施時間は、１回の訪問につき、訪問看護基本療養費（Ⅰ）及び（Ⅱ）については30分から１時間30分程度を標準とする。標準の時間の訪問計画を作成し、当該計画に基づき訪問したが、訪問時の利用者側のやむを得ない事情により標準の時間を下回る指定訪問看護の実施となった場合等を除き、標準の時間を下回る指定訪問看護の実施が、同一日に、同一の利用者に複数回又は複数の利用者に行われるなど、頻繁に行われている場合には、指定訪問看護を実施したとは認められないことに留意すること。 ３　指定訪問看護の実施にあたっては、「指定訪問看護の事業の人員	【訪問看護基本療養費等】 ［算定要件（通知）］ １　（略） ２　指定訪問看護の実施時間は、１回の訪問につき、訪問看護基本療養費（Ⅰ）及び（Ⅱ）については30分から１時間30分程度を標準とする。 （新設）

及び運営に関する基準」（平成12年厚生省告示第169号）第14条第１項に規定しているように、利用者の心身の状況等に応じて妥当適切に行い、漫然かつ画一的なものとならないよう、看護目標及び訪問看護計画に沿って行うこと。 　利用者の心身の状況等を踏まえずに一律に指定訪問看護の日数、回数、実施時間及び人数（この項において「指定訪問看護の日数等」という。）を定めることや、定期的な指定訪問看護を実施していない者が指定訪問看護の日数等を定めることは認められないことに留意すること。	
４　指定訪問看護の提供に当たっては、目標達成の程度及びその効果等について評価を行うとともに、評価に関する内容を訪問看護記録書に記録すること。また、必要に応じて訪問看護計画書の見直しを行い、指定訪問看護の改善を図る等に努めなければならないものであること。	（新設）
５　（略）	３　（略）
６　毎回の訪問時においては、訪問看護記録書に、訪問年月日、利用者の体温、脈拍等の心身の状態、利用者の病状、家庭等での看護の状況、実施した指定訪問看護の内容、指定訪問看護の実施に要した時間等の概要（精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）又は（Ⅲ）を算定する場合は、第３の５に掲げる内容も加えて記入すること。）及び訪問に要した時間（特別地域訪問看護加算を算定する場合に限る。）を記入すること。また、訪問看護ステーションにおける日々の訪問看護利用者氏名、訪問場所、訪問時間（実際の指定訪問看護の開始時刻及び終了時刻）及び訪問人数等について記録し、保管しておくこ	４　毎回の訪問時においては、訪問看護記録書に、訪問年月日、利用者の体温、脈拍等の心身の状態、利用者の病状、家庭等での看護の状況、実施した指定訪問看護の内容、指定訪問看護に要した時間等の概要（精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）又は（Ⅲ）を算定する場合は、第３の５に掲げる内容も加えて記入すること。）及び訪問に要した時間（特別地域訪問看護加算を算定する場合に限る。）を記入すること。また、訪問看護ステーションにおける日々の訪問看護利用者氏名、訪問場所、訪問時間（開始時刻及び終了時刻）及び訪問人数等について記録し、保管しておくこと。

と。 ７　（略）	 ５　（略）

②　指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準の見直し

第１　基本的な考え方

適切な訪問看護提供体制の構築や、指定訪問看護事業者の適正な手続きの確保等を推進する観点から、指定訪問看護に係る安全管理に関する内容や適正な請求等について、指定訪問看護の運営基準に新たな規定を設ける。

第２　具体的な内容

１．指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準（平成 12 年厚生省令第 80 号）を改正し、指定訪問看護事業者に対し、「適正な手続きの確保」、「健康保険事業の健全な運営の確保」、「特定の主治の医師及び特定の事業者等への誘導の禁止」及び「経済上の利益の提供による誘引や誘導の禁止」について義務付ける。

２．指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準の一部を改正し、事故発生時等の安全管理の体制確保や訪問看護記録書等の記録の整備を義務付ける。

改　定　案	現　　行
【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】 （適正な手続の確保） 第五条の二　指定訪問看護事業者は、その担当する指定訪問看護の提供に関し、厚生労働大臣又は地方厚生局長若しくは地方厚生支局長に対する申請、届出等に係る手続及び訪問看護療養費に関する費用の請求に係る手続を適正に行わなければならない。 （健康保険事業の健全な運営の確保） 第五条の三　指定訪問看護事業者は、その担当する指定訪問看護の	【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】 （新設）

提供に関し、健康保険事業の健全な運営を損なうことのないよう努めなければならない。 （経済上の利益の提供による誘引の禁止） 第五条の四　指定訪問看護事業者は、利用者に対して、第十三条の規定により受領する費用の額に応じて当該指定訪問看護事業者が行う収益業務に係る物品の対価の額の値引きをすることその他の健康保険事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益の提供により、当該利用者が自己の指定訪問看護事業者において指定訪問看護を受けるように誘引してはならない。 ２　指定訪問看護事業者は、他の事業者又はその従業員に対して、利用者を紹介する対価として金品を提供することその他の健康保険事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益を提供することにより、利用者が自己の指定訪問看護事業者において指定訪問看護を受けるように誘引してはならない。 （特定の主治の医師及び特定の事業者等への誘導の禁止） 第五条の五　指定訪問看護事業者は、指定訪問看護の提供に関し、利用者に対して特定の医師を指定訪問看護の指示を行う主治の医師とするべき旨、又は次に掲げるサービスを提供する事業者及び施設（以下この条において「事業者等」という。）を利用するべき旨の指示等を行うことの対償として、主治の医師又は当該事業者等から金品その他の財産上の利益を収受してはならない。 一　指定居宅サービス事業者（介	（新設） （新設）

護保険法第八条第十一項に規定する特定施設入居者生活介護の事業を行う者に限る。） 二　介護保険法第四十二条の二第一項に規定する指定地域密着型サービス事業者（同法第八条第二十項に規定する認知症対応型共同生活介護、同法第八条第二十一項に規定する地域密着型特定施設入居者生活介護及び同法第八条第二十二項に規定する地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の事業を行う者に限る。） 三　介護保険法第八条第二十五項に規定する介護保険施設 四　指定介護予防サービス事業者（介護保険法第八条の二第九項に規定する介護予防特定施設入居者生活介護の事業を行う者に限る。） 五　介護保険法第五十四条の二第一項に規定する指定地域密着型介護予防サービス事業者（同法第八条の二第十五項に規定する介護予防認知症対応型共同生活介護の事業を行う者に限る。） 六　介護保険法第四十六条第一項に規定する指定居宅介護支援事業者 七　介護保険法第五十八条第一項に規定する指定介護予防支援事業者 八　前各号に掲げる事業者等と併せて利用する事業者であって、当該事業者等と特別の関係にある事業者	
（事故発生時の対応等） 第二十八条　指定訪問看護事業者は、利用者に対する指定訪問看護の提供により事故が発生した場合は、全国健康保険協会、後期高齢者医療広域連合又は健康保険組	（事故発生時の対応） 第二十八条　指定訪問看護事業者は、利用者に対する指定訪問看護の提供により事故が発生した場合は、全国健康保険協会、後期高齢者医療広域連合又は健康保険組合、当該利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じ

合、当該利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。 ２　（略） ３　指定訪問看護事業者は、指定訪問看護に係る安全管理のための体制を確保しなければならない。 （記録の整備） 第三十条　（略） ２　指定訪問看護事業者は、利用者に対する指定訪問看護の提供に関する次に掲げる記録を整備し、その完結の日から二年間保存しなければならない。当該記録については、正確かつ最新の内容を保つよう整備しなければならない。 一　訪問看護記録書 二　訪問看護指示書 三　訪問看護計画書 四　訪問看護報告書 五　市町村等に対する情報提供書 六　市町村等との連絡調整に関する記録	なければならない。 ２　（略） （新設） （記録の整備） 第三十条　（略） ２　指定訪問看護事業者は、利用者に対する指定訪問看護の提供に関する諸記録を整備し、その完結の日から二年間保存しなければならない。

③　保険医療機関及び保険医療養担当規則の見直し

第１　基本的な考え方

健康保険事業の健全な運営を確保する観点から、療養担当規則において、保険医療機関が、特定の訪問看護ステーション等を利用するべき旨の指示等を行うことの対償として、財産上の利益を収受することを禁止する規定を新たに設ける。

第２　具体的な内容

保険医療機関が、次に掲げるサービスを提供する事業者等を利用するべき旨の指示等を行うことの対償として、金品その他財産上の利益を収受することを禁止する規定を新たに設ける。

・指定訪問看護及び指定介護予防訪問看護
・指定特定施設入居者生活介護及び指定介護予防特定施設入居者生活介護
・指定認知症対応型共同生活介護、指定地域密着型特定施設入居者生活介護及び指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護並びに指定介護予防認知症対応型共同生活介護
・指定居宅介護支援及び指定介護予防支援
・介護保険施設
・上記の事業者等と併せて利用する事業者であって、上記の事業者等と特別の関係にある事業者等

改　定　案	現　　行
【保険医療機関及び保険医療養担当規則】 （財産上の利益の収受による特定の事業者等への誘導の禁止） 第二条の五の二　保険医療機関は、患者に対して、次に掲げる事業者及び施設（以下この条において「事業者等」という。）を利用するべき旨の指示等を行うことの対償として、当該事業者等から金品その他の財産上の利益を収受してはならない。 一　指定訪問看護事業者（健康保	【保険医療機関及び保険医療養担当規則】 （新設）

険法（大正十一年法律第七十号。以下「法」という。）第八十八条第一項に規定する指定訪問看護事業者並びに介護保険法（平成九年法律第百二十三号）第四十一条第一項本文に規定する指定居宅サービス事業者（同法第八条第四項に規定する訪問看護の事業を行う者に限る。）及び同法第五十三条第一項に規定する指定介護予防サービス事業者（同法第八条の二第三項に規定する介護予防訪問看護の事業を行う者に限る。）をいう。以下同じ。） 二　指定居宅サービス事業者（介護保険法第八条第十一項に規定する特定施設入居者生活介護の事業を行う者に限る。） 三　介護保険法第四十二条の二第一項に規定する指定地域密着型サービス事業者（同法第八条第二十項に規定する認知症対応型共同生活介護、同法第八条第二十一項に規定する地域密着型特定施設入居者生活介護及び同法第八条第二十二項に規定する地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の事業を行う者に限る。） 四　介護保険法第八条第二十五項に規定する介護保険施設 五　指定介護予防サービス事業者（介護保険法第八条の二第九項に規定する介護予防特定施設入居者生活介護の事業を行う者に限る。） 六　介護保険法第五十四条の二第一項に規定する指定地域密着型介護予防サービス事業者（同法第八条の二第十五項に規定する介護予防認知症対応型共同生活介護の事業を行う者に限る。） 七　介護保険法第四十六条第一項	

に規定する指定居宅介護支援事業者 八　介護保険法第五十八条第一項に規定する指定介護予防支援事業者 九　前各号に掲げる事業者等と併せて利用する事業者であって、当該事業者等と特別の関係にある事業者 ※　高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準についても同様。	

【Ⅱ－５－１　地域において重症患者の訪問診療や在宅看取り等を積極的に担う医療機関・薬局の評価－①】

①　在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の見直し

第１　基本的な考え方

在宅緩和ケア充実診療所・病院加算について、在宅医療において積極的役割を担う医療機関を更に評価する観点から、名称を変更した上で、要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

在宅緩和ケア充実診療所・病院加算について、名称を見直した上で、要件及び評価を見直す。

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

は在宅療養実績加算２として、それぞれ●●点、750点又は500点を、がん患者に対して酸素療法を行っていた場合は酸素療法加算として2,000点を更に所定点数に加算する。 ※　在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び在宅患者訪問診療料（Ⅱ）についても同様。	実績加算１又は在宅療養実績加算２として、それぞれ1,000点、750点又は500点を、がん患者に対して酸素療法を行っていた場合は酸素療法加算として2,000点を更に所定点数に加算する。
注８　注１のイからハまでについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の保険医が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅医療充実体制加算、在宅療養実績加算１又は在宅療養実績加算２として、●●点、75点又は50点を、それぞれ更に所定点数に加算する。	注８　注１のイからハまでについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の保険医が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算１又は在宅療養実績加算２として、100点、75点又は50点を、それぞれ更に所定点数に加算する。
【在宅時医学総合管理料】 ［算定要件］ 注７　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ更に所定点数に加算する。 イ　在宅医療充実体制加算 （１）　単一建物診療患者が１人の場合　●●点 （２）　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　●●点 （３）　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　●●点 （４）　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　●●点 （５）　（１）から（４）まで以外の	【在宅時医学総合管理料】 ［算定要件］ 注７　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ更に所定点数に加算する。 イ　在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 （１）　単一建物診療患者が１人の場合　400点 （２）　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　200点 （３）　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　100点 （４）　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　85点 （５）　（１）から（４）まで以外の

場合　●●点 ロ・ハ　（略）	場合　75点 ロ・ハ　（略）
【施設入居時等医学総合管理料】 ［算定要件］ 注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ更に所定点数に加算する。 イ　在宅医療充実体制加算 （１）　単一建物診療患者が１人の場合　●●点 （２）　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　●●点 （３）　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　●●点 （４）　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　●●点 （５）　（１）から（４）まで以外の場合　●●点 ロ・ハ　（略）	【施設入居時等医学総合管理料】 ［算定要件］ 注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ更に所定点数に加算する。 イ　在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 （１）　単一建物診療患者が１人の場合　300点 （２）　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　150点 （３）　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合　75点 （４）　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合　63点 （５）　（１）から（４）まで以外の場合　56点 ロ・ハ　（略）
【在宅がん医療総合診療料】 ［算定要件］ 注５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅医療充実体制加算、在宅療養実績加算１又は在宅療養実績加算２として、●●点、110点又は75点を、それぞれ更に所定点数に加算する。	【在宅がん医療総合診療料】 ［算定要件］ 注５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算１又は在宅療養実績加算２として、150点、110点又は75点を、それぞれ更に所定点数に加算する。
【在宅医療充実体制加算】 ［施設基準］ 一の四　往診料の注３ただし書及び注８、在宅患者訪問診療料（Ｉ）	【在宅緩和ケア充実診療所・病院加算】 ［施設基準］ 一の四　往診料の注３ただし書及び注８、在宅患者訪問診療料（Ｉ）

及び在宅患者訪問診療料（Ⅱ）の在宅ターミナルケア加算、在宅時医学総合管理料の注７及び注12、施設入居時等医学総合管理料の注３並びに在宅がん医療総合診療料の注５に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準等 （１）　在宅医療充実体制加算の施設基準 地域の重症な在宅患者に対し質の高い診療を行うにつき十分な体制が整備され、相当の実績を有していること。	及び在宅患者訪問診療料（Ⅱ）の在宅ターミナルケア加算、在宅時医学総合管理料の注７及び注12、施設入居時等医学総合管理料の注３並びに在宅がん医療総合診療料の注５に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準等 （１）　在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の施設基準 在宅緩和ケアを行うにつき十分な体制が整備され、相当の実績を有していること。
第14の２　在宅療養支援病院 ２　往診料の加算等の適用 （２）　往診料の加算等に規定する在宅医療充実体制加算の施設基準 １の（１）又は（２）に規定する在宅療養支援病院であって、第９の２の（３）に規定する要件を満たしていること。	第14の２　在宅療養支援病院 ２　往診料の加算等の適用 （２）　往診料の加算等に規定する在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の施設基準 １の（１）又は（２）に規定する在宅療養支援病院であって、第９の２の（３）に規定する要件を満たしていること。

【Ⅱ－５－１　地域において重症患者の訪問診療や在宅看取り等を積極的に担う医療機関・薬局の評価－②】

②　往診時医療情報連携加算の見直し

第１　基本的な考え方

地域における 24 時間の在宅医療提供体制を面として支える取組を更に推進する観点から、往診時医療情報連携加算の要件を見直す。

第２　具体的な内容

往診時医療情報連携加算について、被支援側が機能強化型の在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院以外である場合においても算定可能とする。

改　定　案	現　　行
【往診料】 ［算定要件］ 注９　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるもの以外の保険医療機関に限る。）によって計画的な医学管理の下に主治医として定期的に訪問診療を行っている患者に対して、往診を行った場合、往診時医療情報連携加算として●●点を所定点数に加算する。 ［施設基準］ 一の二の二　往診料の往診時医療情報連携加算に規定する在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるもの 第三の六（１）及び（２）に該当する在宅療養支援診療所並びに第四の一（１）及び（２）に該当す	【往診料】 ［算定要件］ 注９　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院以外の保険医療機関に限る。）によって計画的な医学管理の下に主治医として定期的に訪問診療を行っている患者に対して、往診を行った場合、往診時医療情報連携加算として200点を所定点数に加算する。 ［施設基準］ （新設）

る在宅療養支援病院	

【Ⅱ－５－１　地域において重症患者の訪問診療や在宅看取り等を積極的に担う医療機関・薬局の評価－③】

③　退院直後の訪問栄養食事指導に関する評価の新設

第１　基本的な考え方

入院中に栄養管理の必要性が高い患者が、安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるよう支援する観点から、退院直後の一定期間に入院医療機関が行う訪問栄養食事指導について､新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

退院直後に、入院保険医療機関の管理栄養士が患家等を訪問し、患者又はその家族等退院後に患者の在宅療養支援に当たる者に対して、退院後の在宅における栄養管理や食生活に関する指導を行った場合の評価を新設する。

（新）　退院後訪問栄養食事指導料（１回につき）　●●点

［対象患者］

疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する別表第三に掲げる特別食を必要とする患者、がん患者、摂食機能若しくは嚥下機能が低下した患者又は低栄養状態にある患者

別表第三　退院後訪問栄養食事指導料に規定する特別食

腎臓食、肝臓食、糖尿食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓食、脂質異常症食、痛風食、てんかん食、フェニールケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシスチン尿症食、尿素サイクル異常症食、メチルマロン酸血症食、プロピオン酸血症食、極長鎖アシル―ＣｏＡ脱水素酵素欠損症食、糖原病食、ガラクトース血症食、治療乳、無菌食、小児食物アレルギー食及び特別な場合の検査食（単なる流動食及び軟食を除く。）

［算定要件］

保険医療機関を退院した別に厚生労働大臣が定めるものに対して、円滑な在宅療養への移行及び在宅療養の継続のため、保険医療機関の医師の指示に基づき、当該保険医療機関の管理栄養士が患家等を訪問し、具体的な献立等によって栄養管理に係る指導を行った場合に、当

該保険医療機関を退院した日から起算して１月以内（退院日を除く。）の期間に限り、４回を限度として算定する。この場合において、区分番号Ｂ００１の９に掲げる外来栄養食事指導料及び区分番号Ｃ００９に掲げる在宅患者訪問栄養食事指導料は別に算定できない。

【Ⅱ－５－１　地域において重症患者の訪問診療や在宅看取り等を積極的に担う医療機関・薬局の評価－④】

④　連携型機能強化型在宅療養支援診療所の見直し

第１　基本的な考え方

連携型の機能強化型在宅療養支援診療所において、地域の 24 時間医療提供体制を支える医療機関を更に評価する観点から、自ら実際に医療提供体制を確保している時間に応じて評価を見直す。

第２　具体的な内容

連携型の機能強化型在宅療養支援診療所について、平時から訪問診療を行っている医師により、時間外往診体制を確保している施設と、それ以外の施設に評価を分ける。

改　定　案	現　　行
【在宅療養支援診療所】 ［施設基準］ 一の二　往診料の注１及び往診料の在宅ターミナルケア加算、在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び在宅患者訪問診療料（Ⅱ）の在宅ターミナルケア加算、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料並びに在宅がん医療総合診療料に規定する在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるもの 第三の六（１）及び（２）のイに該当する在宅療養支援診療所及び第四の一（１）及び（２）に該当する在宅療養支援病院 六　在宅療養支援診療所の施設基準 次のいずれかに該当するものであること。 （１）　（略） （２）　他の保険医療機関（診療所又は許可病床数が二百床（基本診療料の施設基準等の別表	【在宅療養支援診療所】 ［施設基準］ 一の二　往診料の注１及び往診料の在宅ターミナルケア加算、在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び在宅患者訪問診療料（Ⅱ）の在宅ターミナルケア加算、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料並びに在宅がん医療総合診療料に規定する在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるもの 第三の六（１）及び（２）に該当する在宅療養支援診療所及び第四の一（１）及び（２）に該当する在宅療養支援病院 六　在宅療養支援診療所の施設基準 次のいずれかに該当するものであること。 （１）　（略） （２）　他の保険医療機関（診療所又は許可病床数が二百床（基本診療料の施設基準等の別表

第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては二百八十床）未満の病院に限る。）と地域における在宅療養の支援に係る連携体制を構築している保険医療機関である診療所であって、次のいずれかの基準に該当するものであること。	第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては二百八十床）未満の病院に限る。）と地域における在宅療養の支援に係る連携体制を構築している保険医療機関である診療所であって、次のいずれの基準にも該当するものであること。
イ　次のいずれの基準にも該当するものであること。	
①・②　（略）	イ・ロ　（略）
③　当該連携体制を構成する他の保険医療機関との連携により、患家の求めに応じて、二十四時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。また、当該保険医療機関において往診が可能な体制を一定時間確保すること。ただし、基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する診療所にあっては、看護師等といる患者に対して情報通信機器を用いた診療を行うことが二十四時間可能な体制を確保し、担当医及び担当看護師等の氏名、担当日等を文書により患家に提供している場合は、この限りでない。	ハ　当該連携体制を構成する他の保険医療機関との連携により、患家の求めに応じて、二十四時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。ただし、基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する診療所にあっては、看護師等といる患者に対して情報通信機器を用いた診療を行うことが二十四時間可能な体制を確保し、担当医及び担当看護師等の氏名、担当日等を文書により患家に提供している場合は、この限りでない。
④～⑫　（略）	ニ～ヨ　（略）
ロ　次のいずれの基準にも該当するものであること。	（新設）
①　イの①、②及び④から⑫までを満たすものであること。	
②　当該連携体制を構成する他の保険医療機関との	

連携により、患家の求めに応じて、二十四時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名及び担当日等を文書により患家に提供していること。ただし、基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する診療所にあっては、看護師等といる患者に対して情報通信機器を用いた診療を行うことが二十四時間可能な体制を確保し、担当医及び担当看護師等の氏名並びに担当日等を文書により患家に提供している場合は、この限りでない。	
（３）　（略）	（３）　（略）
１　在宅療養支援診療所の施設基準 次の（１）から（３）までのいずれかに該当するものを在宅療養支援診療所という。 なお、（１）又は（２）のアのいずれかに該当するものが、「Ｃ０００」往診料の注１に規定する加算、「Ｃ０００」往診料の注３に規定する在宅ターミナルケア加算、「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の注６に規定する在宅ターミナルケア加算、「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）の注５に規定する在宅ターミナルケア加算、「Ｃ００２」在宅時医学総合管理料、「Ｃ００２－２」施設入居時等医学総合管理料及び「Ｃ００３」在宅がん医療総合診療料（以下「往診料の加算等」という。）に規定する「在宅療養支援診療所であって別に厚生労働大臣が定めるもの」である。	１　在宅療養支援診療所の施設基準 次の（１）から（３）までのいずれかに該当するものを在宅療養支援診療所という。 なお、（１）又は（２）のいずれかに該当するものが、「Ｃ０００」往診料の注１に規定する加算、「Ｃ０００」往診料の注３に規定する在宅ターミナルケア加算、「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の注６に規定する在宅ターミナルケア加算、「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）の注５に規定する在宅ターミナルケア加算、「Ｃ００２」在宅時医学総合管理料、「Ｃ００２－２」施設入居時等医学総合管理料及び「Ｃ００３」在宅がん医療総合診療料（以下「往診料の加算等」という。）に規定する「在宅療養支援診療所であって別に厚生労働大臣が定めるもの」である。
（１）　（略）	（１）　（略）

（２） 他の保険医療機関と地域における在宅療養の支援に係る連携体制（診療所又は許可病床数が200床（「基本診療料の施設基準等」別表第６の２に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては280床）未満の病院により構成されたものに限る。以下この項において「在宅支援連携体制」という。）を構築している診療所であって、以下の要件のいずれかに該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。ただし、在宅支援連携体制を構築する複数の保険医療機関の数は、当該診療所を含めて10未満とする。 　なお、当該在宅支援連携体制は、これを構成する診療所及び病院（許可病床数が200床（「基本診療料の施設基準等」別表第６の２に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては280床）未満のものに限る。）が、診療所にあっては以下のいずれかの要件、病院にあっては第14の２の１（２）の要件を全て満たし、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院となることを想定しているものである。 ア　以下の要件のいずれにも該当すること。 ①・②　（略） ③　当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と協力して、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。また、当該保険医療	（２） 他の保険医療機関と地域における在宅療養の支援に係る連携体制（診療所又は許可病床数が200床（「基本診療料の施設基準等」別表第６の２に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては280床）未満の病院により構成されたものに限る。以下この項において「在宅支援連携体制」という。）を構築している診療所であって、以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。 　ただし、在宅支援連携体制を構築する複数の保険医療機関の数は、当該診療所を含めて10未満とする。 　なお、当該在宅支援連携体制は、これを構成する診療所及び病院（許可病床数が200床（「基本診療料の施設基準等」別表第６の２に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては280床）未満のものに限る。）が、診療所にあっては以下の要件、病院にあっては第14の２の１（２）の要件を全て満たし、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院となることを想定しているものである。 ア・イ　（略） ウ　当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と協力して、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。ただし、基本診療料の施設基準等

機関において普段から訪問診療を行う医師による、連続する24時間の往診体制を月に●●回以上確保していること。 ただし、基本診療料の施設基準等の別表第６の２に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行うことが24時間可能な体制を確保し、担当医及び担当看護師等の氏名、担当日等を文書により患家に提供している場合は、この限りでない。 ④～⑱　（略） イ　以下の要件のいずれにも該当すること。 ①　アの①、②及び④から⑱までを満たすものであること。 ②　当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と協力して、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名及び担当日等を文書により患家に提供していること。ただし、基本診療料の施設基準等の別表第６の２に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行うことが24時間可能な体制を確保し、担当医及び担当看護師等の氏名並びに担当日等を文書により患家に提供している場合は、この限りでない。	の別表第６の２に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行うことが24時間可能な体制を確保し、担当医及び担当看護師等の氏名、担当日等を文書により患家に提供している場合は、この限りでない。 エ～ツ　（略） （新設）

（３）・（４）　（略）	（３）・（４）　（略）

【Ⅱ－５－１　地域において重症患者の訪問診療や在宅看取り等を積極的に担う医療機関・薬局の評価－⑤】

⑤　在宅療養支援診療所・病院の見直し

第１　基本的な考え方

在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、災害時における在宅患者への診療体制を確保する観点から、要件を見直す。

第２　具体的な内容

在宅療養支援診療所・病院の要件に、業務継続計画の策定及び定期的な見直しを行うことを追加する。

改　定　案	現　　行
【在宅療養支援診療所】 ［施設基準］ 六　在宅療養支援診療所の施設基準 次のいずれかに該当するものであること。 （１）　次のいずれの基準にも該当するものであること。 イ～タ　（略） レ　業務継続計画の策定及び定期的な見直しを行うこと。 ［経過措置］ 令和８年３月31日において現に在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の届出を行っている保険医療機関については、令和９年５月31日までの間に限り、第三の六の（１）のレに該当するものとする。 ※　機能強化型（連携型）在宅療養支援診療所・病院及び機能強化型ではない在宅療養支援診療所・病院についても同様。	【在宅療養支援診療所】 ［施設基準］ 六　在宅療養支援診療所の施設基準 次のいずれかに該当するものであること。 （１）　次のいずれの基準にも該当するものであること。 イ～タ　（略） （新設） ［経過措置］ （新設）

【Ⅱ－５－１　地域において重症患者の訪問診療や在宅看取り等を積極的に担う医療機関・薬局の評価－⑥】

⑥　在宅時医学総合管理料等及び在宅療養支援診療所等の見直し

第１　基本的な考え方

患者の医療・介護の状態を踏まえた適切な訪問診療の提供を推進する観点及び安心・安全な医療提供体制を確保する観点から、在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料並びに在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の「月２回以上訪問診療を行っている場合(難病等を除く。)」の算定に当たって、「月２回以上の訪問診療を行う患者数」に占める「特掲診療料の施設基準等別表第８の２」と「特掲診療料の施設基準等別表第８の３」のいずれかに該当する患者割合が一定程度以上であることを要件とする。

改　定　案	現　　行
【在宅時医学総合管理料】 [算定要件] 注16　１のイの(2)、１のイの(3)、１のロの(2)、１のロの(3)、２のロ、２のハ、３のロ及び３のハについて、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、それぞれ１のイの(4)、１のイの(4)、１のロの(4)、１のロの(4)、２のニ、２のニ、３のニ及び３のニを算定する。	【在宅時医学総合管理料】 [算定要件] (新設)
【施設入居時等医学総合管理料】 [算定要件] 注５　区分番号Ｃ００２の注２から注５まで、注８から注10まで、注14及び注16までの規定は、施設入居時等医学総合管理料について準用する。この場合におい	【施設入居時等医学総合管理料】 [算定要件] 注５　区分番号Ｃ００２の注２から注５まで、注８から注10まで、注14及び注15までの規定は、施設入居時等医学総合管理料について準用する。この場合におい

て、同注３及び同注５中「在宅時医学総合管理料」とあるのは、「施設入居時等医学総合管理料」と読み替えるものとする。 【在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料】 ［施設基準］ (11)　在宅時医学総合管理料の注16（施設入居時等医学総合管理料の注５の規定により準用する場合を含む。）に規定する別に厚生労働大臣が定める基準 　当該保険医療機関の月二回以上訪問診療を行う患者数が一定数未満であること又は月二回以上訪問診療を行う患者数に占める別表第八の二若しくは別表第八の三に掲げる患者数が一定割合以上であること。	て、同注３及び同注５中「在宅時医学総合管理料」とあるのは、「施設入居時等医学総合管理料」と読み替えるものとする。 【在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料】 ［施設基準］ （新設）

２．在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、第三者（株式会社等）の利用によって 24 時間連絡体制及び往診体制を確保する場合に係る要件を明確化する。

改　定　案	現　　行
【在宅療養支援診療所】 ［施設基準］ 六　在宅療養支援診療所の施設基準 　次のいずれかに該当するものであること。 （１）　次のいずれの基準にも該当するものであること。 イ・ロ　（略） ハ　当該診療所において、二十四時間連絡を受ける保険医又は看護職員等をあらかじめ指定し、その連絡先を文書で患家に提供していること。 ニ　当該診療所において、患家の求めに応じて、二十四時間往診が可能な体制を確保し、	【在宅療養支援診療所】 ［施設基準］ 六　在宅療養支援診療所の施設基準 　次のいずれかに該当するものであること。 （１）　次のいずれの基準にも該当するものであること。 イ・ロ　（略） ハ　当該診療所において、二十四時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ指定し、その連絡先を文書で患家に提供していること。 ニ　当該診療所において、患家の求めに応じて、二十四時間往診が可能な体制を確保し、

往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供する等の対応を行っていること。ただし、基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する診療所にあっては、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行うことが二十四時間可能な体制を確保し、担当医及び担当看護師等の氏名、担当日等を文書により患家に提供する等の対応を行っている場合は、この限りでない。	往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。ただし、基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する診療所にあっては、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行うことが二十四時間可能な体制を確保し、担当医及び担当看護師等の氏名、担当日等を文書により患家に提供している場合は、この限りでない。
ホ～タ　（略）	ホ～タ　（略）
1　在宅療養支援診療所の施設基準 次の（1）から（3）までのいずれかに該当するものを在宅療養支援診療所という。 なお、（1）又は（2）のいずれかに該当するものが、「Ｃ０００」往診料の注１に規定する加算、「Ｃ０００」往診料の注３に規定する在宅ターミナルケア加算、「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の注６に規定する在宅ターミナルケア加算、「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）の注５に規定する在宅ターミナルケア加算、「Ｃ００２」在宅時医学総合管理料、「Ｃ００２－２」施設入居時等医学総合管理料及び「Ｃ００３」在宅がん医療総合診療料（以下「往診料の加算等」という。）に規定する「在宅療養支援診療所であって別に厚生労働大臣が定めるもの」である。 （1）　診療所であって、当該診療所単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。 ア　（略）	1　在宅療養支援診療所の施設基準 次の（1）から（3）までのいずれかに該当するものを在宅療養支援診療所という。 なお、（1）又は（2）のいずれかに該当するものが、「Ｃ０００」往診料の注１に規定する加算、「Ｃ０００」往診料の注３に規定する在宅ターミナルケア加算、「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の注６に規定する在宅ターミナルケア加算、「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）の注５に規定する在宅ターミナルケア加算、「Ｃ００２」在宅時医学総合管理料、「Ｃ００２－２」施設入居時等医学総合管理料及び「Ｃ００３」在宅がん医療総合診療料（以下「往診料の加算等」という。）に規定する「在宅療養支援診療所であって別に厚生労働大臣が定めるもの」である。 （1）　診療所であって、当該診療所単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。 ア　（略）

イ　当該診療所において、24時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ指定するとともに、当該担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供していること。なお、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等を文書上に明示すること。また、患者又はその看護を行う家族に提供する連絡先をコールセンター等が担う場合は、その旨をあらかじめ患者又はその看護を行う家族に説明した上で、当該保険医療機関において当該コールセンター等からの連絡を24時間受ける体制を確保していること。	イ　当該診療所において、24時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ指定するとともに、当該担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供していること。なお、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等を文書上に明示すること。
ウ　当該診療所において、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。ただし、基本診療料の施設基準等の別表第６の２に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては、看護師等といる患者に対して情報通信機器を用いた診療を行うことが24時間可能な体制を確保し、担当医及び担当看護師等の氏名、担当日等を文書により患家に提供している場合は、この限りでない。 　なお、やむを得ない事由により患家に事前に氏名を提供していない往診医が往診をす	ウ　当該診療所において、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。ただし、基本診療料の施設基準等の別表第６の２に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては、看護師等といる患者に対して情報通信機器を用いた診療を行うことが24時間可能な体制を確保し、担当医及び担当看護師等の氏名、担当日等を文書により患家に提供している場合は、この限りでない。

る場合であっても、当該往診医は往診日以前に当該保険医療機関において当該保険医療機関の在宅医療を担当する常勤医師と事前に面談し、診療方針等の共有を行っている者に限られるものであり、それ以外の者が往診をすることは、往診が可能な体制の確保には該当しない。 エ～ツ　（略） （２）・（３）　（略） ※　単独型の機能強化型在宅療養支援病院、連携型の機能強化型在宅療養支援診療所・病院及び従来型の在宅療養支援診療所・病院においても同様。	エ～ツ　（略） （２）・（３）　（略）

【Ⅱ－５－１　地域において重症患者の訪問診療や在宅看取り等を積極的に担う医療機関・薬局の評価－⑦】

⑦　在宅療養指導管理材料加算の算定要件の見直し

第１　基本的な考え方

患者ごとの適切な医療提供を推進する観点から、在宅療養指導管理材料加算の算定要件を見直す。

第２　具体的な内容

全ての在宅療養指導管理材料加算について、算定要件を「３月に３回」に統一する。

改　定　案	現　　行
【在宅療養指導管理材料加算】 ［算定要件］ 通則 １　本款各区分に掲げる在宅療養指導管理材料加算は、第１款各区分に掲げる在宅療養指導管理料のいずれかの所定点数を算定する場合に、特に規定する場合を除き、３月に３回に限り算定する。 【血糖自己測定器加算】 ［算定要件］ 注１　１から４までについては、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため血糖自己測定器を使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。 イ～ニ　（略） ２　５及び６については、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、血糖自己測定器を使用した場合に、第１款の所定点数に加	【在宅療養指導管理材料加算】 ［算定要件］ 通則 １　本款各区分に掲げる在宅療養指導管理材料加算は、第１款各区分に掲げる在宅療養指導管理料のいずれかの所定点数を算定する場合に、特に規定する場合を除き、月１回に限り算定する。 【血糖自己測定器加算】 ［算定要件］ 注１　１から４までについては、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため血糖自己測定器を使用した場合に、３月に３回に限り、第１款の所定点数に加算する。 イ～ニ　（略） ２　５及び６については、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、血糖自己測定器を使用した場合に、３月に３回に限り、第

算する。 イ～ハ　（略） ３　７については、インスリン製剤の自己注射を１日に１回以上行っている入院中の患者以外の患者に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、間歇スキャン式持続血糖測定器を使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。 ４　ＳＧＬＴ２阻害薬を服用している１型糖尿病の患者に対して、血中ケトン体自己測定器を使用した場合は、血中ケトン体自己測定器加算として、40点を更に第１款の所定点数に加算する。 ※　酸素ボンベ加算、酸素濃縮装置加算、液化酸素装置加算、呼吸同調式デマンドバルブ加算、特殊カテーテル加算、在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算、在宅酸素療法材料加算、在宅持続陽圧呼吸療法材料加算、在宅ハイフローセラピー材料加算、在宅経肛門的自己洗腸用材料加算及び在宅ハイフローセラピー装置加算についても同様。 【間歇注入シリンジポンプ加算】 ［算定要件］ 注　別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、間歇注入シリンジポンプを使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。 ※　持続血糖測定器加算、経腸投薬用ポンプ加算、持続皮下注入シリンジポンプ加算及び注入ポンプ加算についても同様。	１款の所定点数に加算する。 イ～ハ　（略） ３　７については、インスリン製剤の自己注射を１日に１回以上行っている入院中の患者以外の患者に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、間歇スキャン式持続血糖測定器を使用した場合に、３月に３回に限り、第１款の所定点数に加算する。 ４　ＳＧＬＴ２阻害薬を服用している１型糖尿病の患者に対して、血中ケトン体自己測定器を使用した場合は、血中ケトン体自己測定器加算として、３月に３回に限り、40点を更に第１款の所定点数に加算する。 【間歇注入シリンジポンプ加算】 ［算定要件］ 注　別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、間歇注入シリンジポンプを使用した場合に、２月に２回に限り第１款の所定点数に加算する。

【Ⅱ－５－１　地域において重症患者の訪問診療や在宅看取り等を積極的に担う医療機関・薬局の評価－⑧】

⑧　医師と薬剤師の同時訪問の推進

第１　基本的な考え方

在宅医療におけるポリファーマシー対策及び残薬対策を推進する観点から、医師及び薬剤師が同時訪問することについて、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

１．訪問診療を行う医師と訪問薬剤管理指導等を行う薬剤師が、在宅患者を同時訪問することについて、新たな評価を行う。

（新）　訪問診療薬剤師同時指導料（６月に１回）　●●点

[対象患者]

当該保険医療機関において在宅時医学総合管理料を算定し、他の保険医療機関又は保険薬局において在宅患者訪問薬剤管理指導料又は居宅療養管理指導費（薬剤師が行う場合）を算定する患者

[算定要件]

（１）　訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている患者（施設入居時等医学総合管理料の対象患者を除く。）であって、通院が困難なものに対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を実施している他の保険医療機関若しくは保険薬局又は居宅療養管理指導を実施している病院、診療所若しくは保険薬局の薬剤師と同時に訪問を行うとともに、療養上必要な指導を行った場合に、６月に１回に限り算定する。

（２）　当該保険医療機関を退院した患者に対して退院の日から起算して１月以内に行った指導の費用は、第１章第２部第１節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。

２．調剤報酬において、訪問薬剤管理指導等を行う薬剤師が、訪問診療を行う医師と同時訪問することについて、新たな評価を行う。

（新）　訪問薬剤管理医師同時指導料（６月に１回）　●●点

［対象患者］

区分番号１５に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者（単一建物診療患者が１人の場合）その他厚生労働大臣が定める患者

［算定要件］

在宅での療養を行っている患者であって、通院が困難なものに対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者に対して在宅患者訪問薬剤管理指導又は居宅療養管理指導を実施している保険薬剤師が、訪問診療を実施している保険医療機関の保険医と同時に訪問を行うとともに、薬学的管理及び指導を行った場合に、６月に１回に限り算定する。ただし、区分番号 15 の３に掲げる在宅患者緊急時等共同指導料、区分番号 15 の４に掲げる退院時共同指導料、区分番号 15 の８に掲げる在宅移行初期管理料又は区分番号●に掲げる複数名薬剤管理指導訪問料を算定している場合については、算定しない。

［施設基準］

訪問薬剤管理医師同時指導料に規定する患者

（１） 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を算定している患者（単一建物診療患者が一人の場合に限る。）

（２） 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成十二年厚生省告示第十九号）に規定する居宅療養管理指導費（薬局の薬剤師が行う場合であって、単一建物居住者が一人の場合に限る。）を算定している患者

（３） 指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成十八年厚生労働省告示第百二十七号）に規定する介護予防居宅療養管理指導費（薬局の薬剤師が行う場合であって、単一建物居住者が一人の場合に限る。）を算定している患者

【Ⅱ－５－１　地域において重症患者の訪問診療や在宅看取り等を積極的に担う医療機関・薬局の評価－⑨】

⑨　残薬対策に係る地域包括診療料等の見直し

第１　基本的な考え方

患家における残薬の整理や適切な服薬指導の実施を推進する観点から、地域包括診療加算等並びに在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の要件を見直すとともに、指定訪問看護の運営基準において残薬対策に係る取組を明確化する。

第２　具体的な内容

１．地域包括診療加算及び地域包括診療料について、診療の際、患家における残薬を確認した上で適切な服薬管理を行うことを要件とする。

２．地域包括診療加算及び地域包括診療料の算定患者への処方薬を把握し管理する手段の一つとして、電子処方箋システムの活用が含まれることを明確化する。

改　定　案	現　　行
【再診料】 ［算定要件］ (11)　地域包括診療加算 ア～エ　（略） オ　当該患者に対し、以下の指導、服薬管理等を行うこと。 （イ）　（略） （ロ）　他の保険医療機関と連携並びにオンライン資格確認及び電子処方箋システム等を活用して、患者が受診している医療機関を全て把握するとともに、当該患者に処方されている医薬品を全て管理し、診療録に記載すること。また、当該情報に基づき、薬物有害事象のリスクの低減、患者の服薬アドヒアランスの向上や服薬負担の軽減のために処方内	【再診料】 ［算定要件］ (11)　地域包括診療加算 ア～エ　（略） オ　当該患者に対し、以下の指導、服薬管理等を行うこと。 （イ）　（略） （ロ）　他の保険医療機関と連携及びオンライン資格確認を活用して、患者が受診している医療機関を全て把握するとともに、当該患者に処方されている医薬品を全て管理し、診療録に記載すること。必要に応じ、担当医の指示を受けた看護職員等が情報の把握を行うことも可能であること。

容の調整を行う必要がある場合には、当該他の保険医療機関へ処方の変更を依頼するなどにより、処方内容の調整を行うこと。併せて、患家における残薬の状況を患者又はその家族から聴取し、その状況に応じて適切な服薬管理及び処方内容の調整を行うこと。また、担当医の指示を受けた看護職員等が情報の把握を行うことも可能であること。 （ハ）～（ル）　（略） カ～サ　（略） ※　地域包括診療料についても同様。	（ハ）～（ル）　（略） カ～サ　（略）

３．在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料において、診療の際、患家における残薬を確認した上で適切な服薬管理を行うことを要件とする。

改　定　案	現　　行
【在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料】 ［算定要件］ (31)　患家における残薬の状況を患者又はその家族から聴取し、その状況に応じて適切な服薬管理及び処方内容の調整を行うこと。また、担当医の指示を受けた看護職員等が情報の把握を行うことも可能であること。	【在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料】 ［算定要件］ （新設）

４．指定訪問看護の提供に当たり、服薬状況（残薬の状況を含む。）の確認も含めて利用状況等の把握を行う必要があることを明確化する。また、服薬状況について、主治医への情報提供とともに、薬局への情報提供を行うことが望ましいことを規定する。

改　定　案	現　　行
【指定訪問看護の事業の人員及び運	【指定訪問看護の事業の人員及び運

営に関する基準】 （心身の状況等の把握） 第九条　指定訪問看護事業者は、指定訪問看護の提供に当たっては、指定訪問看護を受ける者（以下「利用者」という。）の心身の状況、服薬状況、病歴、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めなければならない。 （５）　心身の状況等の把握（基準省令第９条関係） 基準省令第９条は、適切な指定訪問看護が提供されるようにするため、利用者の病歴、病状、服薬状況（残薬の状況を含む。）、介護の状況、家屋の構造等の家庭環境、他の保健、医療又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるべきことを規定したものであり、これらの利用者に関する記録は、訪問看護記録書に記入し、基準省令第30条の規定に基づき保存しておかなければならないものであること。 (10)　主治医との関係（基準省令第16条関係） ①～④　（略） ⑤　訪問看護の実施に当たっては、特に保険医療機関内の場合と異なり、看護師が単独で行うことに十分留意するとともに慎重な状況判断等が要求されることを踏まえ、主治医との密接かつ適切な連携を図ること。また、主治医に対して、指定訪問看護の提供に当たり把握した利用者の心身の状況、服薬状況（残薬の状況を含む。）等に係る必要な情報の提供を行うこと。服薬状況については、必要に応じ、利用者の同意を得て利	営に関する基準】 （心身の状況等の把握） 第九条　指定訪問看護事業者は、指定訪問看護の提供に当たっては、指定訪問看護を受ける者（以下「利用者」という。）の心身の状況、病歴、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めなければならない。 （５）　心身の状況等の把握（基準省令第９条関係） 基準省令第９条は、適切な指定訪問看護が提供されるようにするため、利用者の病歴、病状、介護の状況、家屋の構造等の家庭環境、他の保健、医療又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるべきことを規定したものであり、これらの利用者に関する記録は、訪問看護記録書に記入し、基準省令第30条の規定に基づき保存しておかなければならないものであること。 (10)　主治医との関係（基準省令第16条関係） ①～④　（略） ⑤　訪問看護の実施に当たっては、特に保険医療機関内の場合と異なり、看護師が単独で行うことに十分留意するとともに慎重な状況判断等が要求されることを踏まえ、主治医との密接かつ適切な連携を図ること。

用者に対し調剤を行う保険薬局に情報を提供することが望ましい。	

【Ⅱ－５－１地域において重症患者の訪問診療や在宅看取り等を積極的に担う医療機関・薬局の評価－⑩】

⑩　へき地診療所における在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の見直し

第１　基本的な考え方

へき地における在宅医療の提供体制を確保する観点から、在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の要件を見直す。

第２　具体的な内容

在宅患者の時間外対応体制について、医師の派遣元の保険医療機関が担うことで確保している場合においては、へき地診療所における在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の算定を可能とする。

改　定　案	現　　行
【在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料】 ［施設基準］ １　在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料に関する施設基準 （１）　次の要件のいずれをも満たすものであること。 ア　（略） イ　在宅医療を担当する常勤医師が勤務し、継続的に訪問診療等を行うことができる体制を確保していること。ただし、当該保険医療機関が「へき地保健医療対策事業について」（平成13年５月16日医政発第529号）に規定するへき地診療所であって、在宅医療を担当する医師が、緊急時の連絡体制及び24時間診療体制の確保において当該へき地診療所と連携するへき地医療拠点病院又は医療提供機能連携確	【在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料】 ［施設基準］ １　在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料に関する施設基準 （１）　次の要件のいずれをも満たすものであること。 ア　（略） イ　在宅医療を担当する常勤医師が勤務し、継続的に訪問診療等を行うことができる体制を確保していること。

保加算を算定する別の保険医療機関においても勤務している場合においては、常勤でなくても差し支えない。	

【Ⅱ－５－１　地域において重症患者の訪問診療や在宅看取り等を積極的に担う医療機関・薬局の評価－⑪】

⑪　質の高い在宅歯科医療の提供の推進

第１　基本的な考え方

質の高い在宅歯科医療の提供を推進するため、以下の見直しを行う。

１　在宅で療養する患者に対する歯科訪問診療の内容を充実させる観点から、歯科訪問診療１の評価を見直すとともに、患者又はその家族等の依頼により、診療を予定していなかった患者を急遽診療する必要性が生じた場合の歯科訪問診療１の運用を明確化する。

２　同一建物に居住する多数の患者に対する歯科訪問診療を適切に提供する観点から、歯科訪問診療４及び歯科訪問診療５の施設基準を新たに設ける。

３　在宅療養支援歯科病院について､病院歯科等での診療実態を踏まえ、施設基準を見直し、歯科診療所からの依頼により患者を受け入れた場合の実績を要件に加える。

４　在宅療養支援歯科診療所及び在宅療養支援歯科病院について、今後の在宅歯科医療体制の確保に資するよう、施設基準を見直し、歯科医師臨床研修施設における歯科訪問診療の研修・教育体制を要件に加える。

５　訪問歯科衛生指導料について、指導を実施した人数に応じた評価を見直すとともに、特別の関係の施設等に対する評価を適正化する観点から、歯科訪問診療料を踏まえた運用に見直す。

６　在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料について、効率的な歯科医療を提供する観点から、要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．歯科訪問診療１の評価を見直すとともに、訪問先の依頼により、診療を予定していなかった患者を急遽診療する必要性が生じた場合の歯科訪問診療１の運用を明確化する。

改　定　案	現　　行
【歯科訪問診療料】 ［算定要件］ 注１～13　（略） （削除）	【歯科訪問診療料】 ［算定要件］ 注１～13　（略） 14　１について、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、在宅において療養を行っている患者に対して歯科訪問診療を実施した場合は、在宅歯科医療推進加算として、100点を所定点数に加算する。
14　１について、在宅療養支援歯科診療所１、在宅療養支援歯科診療所２又は在宅療養支援歯科病院に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科訪問診療１を実施した場合は、在宅療養支援歯科診療所加算１、在宅療養支援歯科診療所加算２又は在宅療養支援歯科病院加算として、それぞれ●●点、●●点又は●●点を所定点数に加算する。	（新設）
15～20　（略）	15～20　（略）
［算定留意事項］	［算定留意事項］
（９）　１人の同一建物居住者である患者に対して歯科訪問診療を実施した際に、当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して、患者等の求めに応じて緊急に歯科訪問診療を実施する必要性を認め、結果として２人の同一建物居住者への歯科訪問診療となった場合、いずれの患者も歯科訪問診療１を算定して差し支えない。ただし、緊急に歯科訪問診療を実施する必要があった理由について、診療録に記載する。	（新設）

２．同一建物に居住する多数の患者に対する歯科訪問診療を適切に提供する観点から、歯科訪問診療４及び歯科訪問診療５の施設基準を新設する。

改　定　案	現　　行
【歯科訪問診療料】	【歯科訪問診療料】

［算定要件］ 注１～６　（略） ７　４及び５については、在宅療養支援歯科診療所１、在宅療養支援歯科診療所２又は在宅療養支援歯科病院に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関及び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以外の保険医療機関においては、所定点数及び注６に定める所定点数の100分の●●に相当する点数により算定する。 ８～21　（略）	［算定要件］ 注１～６　（略） （新設） ７～20　（略）

［施設基準］

（１）　次のいずれかに該当すること。

イ　歯科訪問診療料１又は歯科訪問診療料２を行っていること。

ロ　当該地域において、保険医療機関、介護・福祉施設等と連携していること。

（２）　歯科訪問診療が適切に実施できる体制を有すること。

［経過措置］

令和九年五月三十一日までの間に限り、第●に該当するものとみなす。

３．在宅療養支援歯科病院について、歯科診療所からの依頼により患者を受け入れた場合の実績等を施設基準の評価に加える。

改　定　案	現　　行
［施設基準］ 六の四　在宅療養支援歯科病院の施設基準 （１）　保険医療機関である歯科診療を行う病院であって、歯科訪問診療に関する実績又は在宅歯科診療に係る後方支援の機能を有していること。 （２）～（６）　（略）	［施設基準］ 六の四　在宅療養支援歯科病院の施設基準 （１）　保険医療機関である歯科診療を行う病院であって、歯科訪問診療１、歯科訪問診療２又は歯科訪問診療３を算定していること。 （２）～（６）　（略）

[施設基準通知]	[施設基準通知]
１　在宅療養支援歯科病院の施設基準	１　在宅療養支援歯科病院の施設基準
（１）　次のいずれにも該当し、在宅等の療養に関して歯科医療面から支援できる体制等を確保していること。	（１）　次のいずれにも該当し、在宅等の療養に関して歯科医療面から支援できる体制等を確保していること。
ア　以下のいずれかに該当すること。	ア　過去１年間に歯科訪問診療１、歯科訪問診療２又は歯科訪問診療３を合計18回以上算定していること。
（イ）　過去１年間に歯科訪問診療１、歯科訪問診療２又は歯科訪問診療３の算定件数及び他の保険医療機関からの要請により歯科訪問診療による歯科治療が困難な患者の受入れを行った実績が合計18回以上であること。	（新設）
（ロ）　直近１か月に歯科訪問診療２から５までのいずれかを算定した回数が５回以上であり、そのうち20分以上の歯科訪問診療を算定した回数の割合が６割以上であること。	（新設）
（ハ）　直近１か月に在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を合計10回以上算定していること。	（新設）
（ニ）　研修歯科医を受け入れており、当該研修歯科医に対して歯科訪問診療に係る教育を実施している臨床研修施設であること。	（新設）
イ～オ　（略）	イ～オ　（略）
カ　以下のいずれかに該当すること。	カ　以下のいずれかに該当すること。
(イ)～(ハ)　（略）	(イ)～(ハ)　（略）
（ニ）　過去１年間に在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料（１から３までに限	（新設）

る。）、退院時共同指導料１、医科連携訪問加算、在宅歯科医療連携加算１、在宅歯科医療連携加算２、小児在宅歯科医療連携加算１、小児在宅歯科医療連携加算２、在宅歯科医療情報連携加算、退院前在宅療養指導管理料、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料の算定件数が１回以上であること。	
（削除）	キ　過去１年間に、以下のいずれかの算定が１つ以上あること。 （イ）　在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料の算定があること。 （ロ）　在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の算定があること。 （ハ）　退院時共同指導料１、在宅歯科医療連携加算１、在宅歯科医療連携加算２、小児在宅歯科医療連携加算１、小児在宅歯科医療連携加算２、在宅歯科医療情報連携加算、退院前在宅療養指導管理料、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料の算定があること。
ク　（略）	ク　（略）
（２）　（略）	（２）　（略）

４．在宅療養支援歯科診療所について、歯科医師臨床研修施設における歯科訪問診療の研修・教育体制を評価に加える等、施設基準を見直す。

改　定　案	現　　行
［施設基準］ 六の三　在宅療養支援歯科診療所の	［施設基準］ 六の三　在宅療養支援歯科診療所の

施設基準 （１） 在宅療養支援歯科診療所１の施設基準 イ 保険医療機関である歯科診療所であって、歯科訪問診療に関する実績を有すること。 ロ～チ （略） （２） 在宅療養支援歯科診療所２の施設基準 イ～ロ （略） [施設基準通知] １ 在宅療養支援歯科診療所１及び在宅療養支援歯科診療所２の施設基準 （１） 在宅療養支援歯科診療所１の施設基準 次のいずれにも該当し、在宅等の療養に関して歯科医療面から支援できる体制等を確保していること。 ア 以下のいずれかに該当すること。 （イ） 直近１か月に歯科訪問診療１、歯科訪問診療２又は歯科訪問診療料３を合計10回以上算定していること。 （ロ） 直近１か月に歯科訪問診療２から５までのいずれかを算定した回数が５回以上であり、そのうち20分以上の歯科訪問診療を算定した回数の割合が６割以上であること。 （ハ） 直近１か月に在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を合計５回以上算定していること。 （ニ） 研修歯科医を受け入れて	施設基準 （１） 在宅療養支援歯科診療所１の施設基準 イ 保険医療機関である歯科診療所であって、歯科訪問診療１、歯科訪問診療２又は歯科訪問診療３を算定していること。 ロ～チ （略） （２） 在宅療養支援歯科診療所２の施設基準 イ～ロ （略） [施設基準通知] １ 在宅療養支援歯科診療所１及び在宅療養支援歯科診療所２の施設基準 （１） 在宅療養支援歯科診療所１の施設基準 次のいずれにも該当し、在宅等の療養に関して歯科医療面から支援できる体制等を確保していること。 ア 過去１年間に歯科訪問診療１、歯科訪問診療２又は歯科訪問診療料３を合計18回以上算定していること。 （新設） （新設） （新設） （新設）

おり、当該研修歯科医に対して歯科訪問診療に係る教育を実施している臨床研修施設であること。	
イ～カ　（略）	イ～カ　（略）
キ　以下のいずれかに該当すること。	キ　以下のいずれかに該当すること。
（イ）　当該地域において、地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議又は病院・診療所・介護保険施設等が実施する多職種連携に係る会議等に年１回以上出席していること。	（イ）　当該地域において、地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議又は病院・診療所・介護保険施設等が実施する多職種連携に係る会議等に年１回以上出席していること。
（ロ）　過去１年間に、病院・診療所・介護保険施設等の職員への口腔管理に関する技術的助言や研修等の実施又は口腔管理への協力を行っていること。	（ロ）　過去１年間に、病院・診療所・介護保険施設等の職員への口腔管理に関する技術的助言や研修等の実施又は口腔管理への協力を行っていること。
（ハ）　歯科訪問診療に関する他の歯科医療機関との連携実績が年１回以上あること。	（ハ）　歯科訪問診療に関する他の歯科医療機関との連携実績が年１回以上あること。
（ニ）　過去１年間に在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料（１から３までに限る。）、退院時共同指導料１、医科連携訪問加算、在宅歯科医療連携加算１、在宅歯科医療連携加算２、小児在宅歯科医療連携加算１、小児在宅歯科医療連携加算２、在宅歯科医療情報連携加算、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料の算定件数が１回以上であること。	（新設）
（削除）	ク　過去１年間に、以下のいずれかの算定が１つ以上あること。
	（イ）　在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料の算定があること。
	（ロ）　在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、

	小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の算定があること。 （ハ）　退院時共同指導料１、在宅歯科医療連携加算１、在宅歯科医療連携加算２、小児在宅歯科医療連携加算１、小児在宅歯科医療連携加算２、在宅歯科医療情報連携加算、退院前在宅療養指導管理料、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料の算定があること。
ク・ケ　（略）	ケ・コ　（略）
（２）　在宅療養支援歯科診療所２の施設基準 次のいずれにも該当し、在宅等の療養に関して歯科医療面から支援できる体制等を確保していること。	（２）　在宅療養支援歯科診療所２の施設基準 次のいずれにも該当し、在宅等の療養に関して歯科医療面から支援できる体制等を確保していること。
ア　以下のいずれかに該当すること。	ア　過去１年間に歯科訪問診療１、歯科訪問診療２又は歯科訪問診療３を合計４回以上算定していること。
（イ）　過去１年間に歯科訪問診療１、歯科訪問診療２又は歯科訪問診療３を合計４回以上算定していること。	（新設）
（ロ）　研修歯科医を受け入れており、当該研修歯科医に対して歯科訪問診療に係る教育を実施している臨床研修施設であること。	（新設）
イ～エ　（略）	イ～エ　（略）

５．訪問歯科衛生指導料について指導を実施した人数に応じた評価を見直すとともに、特別の関係の施設に対する要件を設定する。

改　定　案	現　　行
【訪問歯科衛生指導料】 １　単一建物診療患者が１人の場合 ●●点	【訪問歯科衛生指導料】 １　単一建物診療患者が１人の場合 362点

２　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　●●点 ３　１及び２以外の場合　●●点 ［算定要件］ 注１～３　（略） ４　１から３までについて、当該保険医療機関と特別の関係にある他の保険医療機関等において療養を行っている患者に対して訪問歯科衛生指導を実施した場合は、●●点を算定する。 ５・６　（略）	２　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　326点 ３　１及び２以外の場合　295点 ［算定要件］ 注１～３　（略） （新設） ４・５　（略）

６．在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料について、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士による指導の実施についても算定を可能とする等、要件を見直す。

改　定　案	現　　行
【在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料】 １～３　（略） ４　在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料４　●●点 ［算定要件］ 注１　１については、当該保険医療機関の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、他の保険医療機関に入院している患者であって、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号Ｃ００１－５に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号Ｃ００１－６に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定しているものに対して、当該患者の入院している他の保険医療機関の栄養サポートチーム等の構成員として診療を行い、その結果を踏まえて口腔機能評価に	【在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料】 １～３　（略） （新設） ［算定要件］ 注１　１については、当該保険医療機関の歯科医師が、他の保険医療機関に入院している患者であって、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号Ｃ００１－５に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号Ｃ００１－６に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定しているものに対して、当該患者の入院している他の保険医療機関の栄養サポートチーム等の構成員として診療を行い、その結果を踏まえて口腔機能評価に基づく管理を行った場合に、月１回に

基づく指導を行った場合に、月１回に限り算定する。	限り算定する。
２　２については、当該保険医療機関の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護保険法第８条第25項に規定する介護保険施設等に入所している患者であって、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料又は区分番号Ｃ００１－５に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定しているものに対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて口腔機能評価に基づく指導を行った場合に、月１回に限り算定する。	２　２については、当該保険医療機関の歯科医師が、介護保険法第８条第25項に規定する介護保険施設等に入所している患者であって、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料又は区分番号Ｃ００１－５に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定しているものに対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて口腔機能評価に基づく管理を行った場合に、月１回に限り算定する。
３　３については、当該保険医療機関の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、児童福祉法第42条に規定する障害児入所施設等に入所している患者であって、区分番号Ｃ００１－６に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定しているものに対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて口腔機能評価に基づく指導を行った場合に、月１回に限り算定する。	３　３については、当該保険医療機関の歯科医師が、児童福祉法第42条に規定する障害児入所施設等に入所している患者であって、区分番号Ｃ００１－６に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定しているものに対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて口腔機能評価に基づく管理を行った場合に、月１回に限り算定する。
４　４については、当該保険医療機関の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、自宅での療養を行っている患者であって、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号Ｃ００１－５に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号Ｃ００１－６に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定してい	（新設）

るものに対して、食事観察等を行いその結果を踏まえて、患者又はその看護に当たっている者に口腔機能評価に基づく指導を行った場合に、月１回に限り算定する。 ５　１から４までについて、区分番号Ｂ００１－２－２に掲げる口腔機能実地指導料を算定している月は算定できない。	（新設）

【Ⅱ－５－１　地域において重症患者の訪問診療や在宅看取り等を積極的に担う医療機関・薬局の評価－⑫】

⑫　在宅薬学総合体制加算の見直し

第１　基本的な考え方

今後、在宅で療養する患者の増加が見込まれることを踏まえ、高度な在宅訪問薬剤管理指導を含め、薬局において必要な在宅医療提供体制を整備する観点から、在宅薬学総合体制加算について、要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．在宅薬学総合体制加算１の要件及び評価を見直す。

２．在宅薬学総合体制加算２の施設基準について、無菌製剤処理設備に関する基準を廃止し、単一建物診療患者が１人の場合の訪問薬剤管理指導の算定回数や、麻薬調剤、無菌製剤処理等の実績、当該保険薬局に勤務する常勤換算薬剤師の人数の基準を追加し、それに伴い評価を見直す。

３．在宅薬学総合体制加算２について、単一建物診療患者（居住者）が１人の場合の訪問薬剤指導時の評価と、それ以外の場合の訪問薬剤指導時の評価を分ける。

改　定　案	現　　行
【在宅薬学総合体制加算】 ［算定要件］ 注12　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局（注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において、厚生労働大臣が定める患者に対する調剤を行った場合は、在宅薬学総合体制加算１として、●●点（特別調剤基本料Ａを算定する保険薬局において調剤した場合には、所定点数の100分の10に相当する	【在宅薬学総合体制加算】 ［算定要件］ 注12　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局（注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において、厚生労働大臣が定める患者に対する調剤を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数 （特別調剤基本料Ａを算定する保険薬局において調剤した場合には、それぞれの点数の100分の

点数）を所定点数に加算する。 （削除） （削除） 注● 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局（注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において、厚生労働大臣が定める患者に対する調剤を行った場合に、在宅薬学総合体制加算２として、次に掲げる区分に従い当該区分に掲げる点数（特別調剤基本料Ａを算定する保険薬局において調剤した場合には、それぞれの点数の100分の10に相当する点数）を所定点数に加算する。 イ 単一建物診療患者が１人又は単一建物居住者が１人の場合 ●●点 ロ イ以外の場合 ●●点 ［施設基準］ 五の三 在宅薬学総合体制加算１の施設基準 次のいずれにも該当する保険薬局であること。 （１） 在宅患者訪問薬剤管理指導料の注１に規定するあらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方厚生局長等に届け出た保険薬局であること。 （２） 在宅患者に対する薬学的管理及び指導を行うにつき必要な体制が整備されていること。 （削除）	10に相当する点数）を所定点数に加算する。 イ 在宅薬学総合体制加算１ 15点 ロ 在宅薬学総合体制加算２ 50点 （新設） ［施設基準］ 五の三 調剤基本料の注12に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局 （１） 在宅薬学総合体制加算１の施設基準 次のいずれにも該当する保険薬局であること。 イ 在宅患者訪問薬剤管理指導料の注１に規定するあらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方厚生局長等に届け出た保険薬局であること。 ロ 在宅患者に対する薬学的管理及び指導を行うにつき必要な体制が整備されていること。 （２） 在宅薬学総合体制加算２の

	施設基準 イ・ロ　（略）
●　在宅薬学総合体制加算２の施設基準 次のいずれにも該当する保険薬局であること。 イ　五の三の（１）に該当すること。 ロ　在宅患者に対する高度な薬学的管理及び指導を行うために必要な体制が整備されていること。 ハ　在宅患者に対する高度な薬学的管理及び指導に係る十分な実績を有していること。	（新設）
五の五　在宅薬学総合体制加算の１及び２に規定する患者 （１）～（５）　（略）	五の五　在宅薬学総合体制加算に規定する患者 （１）～（５）　（略）
［施設基準（通知）］ 第95　在宅薬学総合体制加算 １　在宅薬学総合体制加算１に関する施設基準 （１）　（略） （２）　直近１年間における在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、居宅療養管理指導費（薬局の薬剤師が行うものに限り、情報通信機器を用いて行うものを除く。）及び介護予防居宅療養管理指導費（薬局の薬剤師が行うものに限り、情報通信機器を用いて行うものを除く。）についての算定回数の合計が計●回以上であること（在宅協力薬局として連携した場合（同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く。）及び同等の業務を行った場合を含	［施設基準（通知）］ 第95　在宅薬学総合体制加算 １　在宅薬学総合体制加算１に関する施設基準 （１）　（略） （２）　直近１年間に、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費についての算定回数（ただし、いずれも情報通信機器を用いた場合の算定回数を除く。）の合計が計24回以上であること（在宅協力薬局として連携した場合（同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く。）及び同等の業務を行った場合を含む。）。なお、「同等の業務」とは、在宅患者訪問薬剤管理指導料で規定される患者１人当たりの同一

む。）。なお、「同等の業務」とは、区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料で規定される患者１人当たりの同一月内の算定回数の上限を超えて訪問薬剤管理指導業務を行った場合を含む。	月内の算定回数の上限を超えて訪問薬剤管理指導業務を行った場合を含む。
（３）～（７）　（略）	（３）～（７）　（略）
（８）　地方厚生（支）局長に対して、施設基準に適合するものとして、あらかじめ服薬管理指導料１のイに規定する服薬管理指導を行う旨の届出を行っていること。	（新設）
２　在宅薬学総合体制加算２に関する施設基準 （１）　（略） （２）　次のいずれかを満たすこと。 ア　直近１年間における在宅患者訪問薬剤管理指導料の１、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料並びに単一建物居住者が１人の場合の居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費の算定回数（ただし、いずれも情報通信機器を用いて行った場合の算定回数を除く。また、在宅協力薬局として連携した回数（同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く。）及び同等の業務を行った回数を含む。）の合計が、計●回以上であり、かつ直近１年間における在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費の算定回数（ただし、いずれも情報通信機器を	２　在宅薬学総合体制加算２に関する施設基準 （１）　（略） （新設）

用いて行った場合の算定回数を除く。）の合計に占める割合が●割を超えること。 イ　直近１年間における在宅患者訪問薬剤管理指導料の１、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料並びに単一建物居住者が１人の場合の居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費の算定回数（ただし、いずれも情報通信機器を用いて行った場合の算定回数を除く。また、在宅協力薬局として連携した回数（同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く。）及び同等の業務を行った回数を含む。）の合計が、計●回以上であり、かつ直近１年間における在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費の算定回数（ただし、いずれも情報通信機器を用いて行った場合の算定回数を除く。）の合計に占める割合が●割を超えること。	
（３）　次のアからウまでのいずれかを満たす保険薬局であること。	（２）　次のア又はイを満たす保険薬局であること。
ア　直近１年間における麻薬管理指導加算（在宅患者訪問薬剤管理指導料の注３に規定する加算、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の注２に規定する加算又は在宅患者緊急時等共同指導料の注２に規定する加算）、在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算（在宅患者訪問薬剤管理指導料の注４に規定する加算、在宅患者緊急	ア　以下の①及び②の要件を全て満たすこと。 ①　医療用麻薬について、注射剤１品目以上を含む６品目以上を備蓄し、必要な薬剤交付及び指導を行うことができること。 ②　無菌製剤処理を行うための無菌室、クリーンベンチ又は安全キャビネットを備えていること。

訪問薬剤管理指導料の注３に規定する加算又は在宅患者緊急時等共同指導料の注３に規定する加算）、居宅療養管理指導費（薬剤師が行う場合）の注３に規定する加算及び介護予防居宅療養管理指導費（薬剤師が行う場合）の注３に規定する加算の算定回数の合計が10回以上であること。	
イ　直近１年間における薬剤調製料の注２に規定する無菌製剤処理加算の算定回数が１回以上であること。	（新設）
ウ　直近１年間における乳幼児加算（在宅患者訪問薬剤管理指導料の注５に規定する加算、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の注４に規定する加算又は在宅患者緊急時等共同指導料の注４に規定する加算）及び小児特定加算（在宅患者訪問薬剤管理指導料の注６に規定する加算、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の注５に規定する加算又は在宅患者緊急時等共同指導料の注５に規定する加算）の算定回数の合計が６回以上であること。	イ　直近１年間に、在宅患者訪問薬剤管理指導料の注５若しくは注６に規定する加算、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の注４若しくは注５に規定する加算又は在宅患者緊急時等共同指導料の注４若しくは注５に規定する加算の算定回数の合計が６回以上であること。
（４）　常勤換算で３名以上の保険薬剤師が勤務していること。また、原則として開局時間中は２名以上の保険薬剤師が保険薬局に常駐し、常態として調剤応需及び在宅患者の急変等に対応可能な体制をとっていること。	（３）　２名以上の保険薬剤師が勤務し、開局時間中は、常態として調剤応需の体制をとっていること。
（削除）	（４）　直近１年間に、かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の算定回数の合計が24回以上であること。
（５）　（略）	（５）　（略）

【Ⅱ－５－１　地域において重症患者の訪問診療や在宅看取り等を積極的に担う医療機関・薬局の評価－⑬】

⑬　在宅患者訪問薬剤管理指導料の見直し及び複数名薬剤管理指導訪問料の新設

第１　基本的な考え方

今後在宅で療養する患者の増加が見込まれることを踏まえ、訪問薬剤管理指導の円滑な実施及びその実効性の改善に向けて、在宅患者訪問薬剤管理指導料について、要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．在宅患者訪問薬剤管理指導料について、算定する日の間隔を６日以上とする要件を廃止し、週１回算定可能とする。

２．休日、夜間を含む開局時間外の調剤・訪問薬剤管理指導に対応できるようにするため、在宅協力薬局の情報を含め、夜間の連絡先を患者に知らせることを要件とする。

改　定　案	現　　行
【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 ［算定要件（通知）］ １　在宅患者訪問薬剤管理指導料 （１）～（７）　（略） （８）　在宅患者訪問薬剤管理指導料及び在宅患者オンライン薬剤管理指導料を合わせて月２回以上算定する場合（末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な患者及び中心静脈栄養法の対象患者に対するものを除く。）の算定回数は、週１回を限度とする。末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な患者又は中心静脈栄養法の対象患者については、在宅患者オンライン薬剤管理指導料	【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 ［算定要件（通知）］ １　在宅患者訪問薬剤管理指導料 （１）～（７）　（略） （８）　在宅患者訪問薬剤管理指導料又は在宅患者オンライン薬剤管理指導料を合わせて月２回以上算定する場合（末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な患者及び中心静脈栄養法の対象患者に対するものを除く。）は、算定する日の間隔は６日以上とする。末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、在宅患者オンライン薬剤管理指

と合わせて週２回かつ月８回に限り算定できる。 （９）～(12)　（略） (13)　当該保険薬局又は在宅協力薬局との連携により、休日及び夜間を含む開局時間外であっても調剤及び訪問薬剤管理指導に対応できるよう、原則として初回の訪問薬剤管理指導時に（変更があった場合はその都度）、当該保険薬局の保険薬剤師と連絡がとれる連絡先電話番号及び緊急時の注意事項（在宅協力薬局との連携により、休日及び夜間を含む開局時間外に調剤及び訪問薬剤管理指導に対応できる体制を整備している保険薬局においては、在宅協力薬局の所在地、名称及び連絡先電話番号等を含む。）等について、事前に患者又はその家族等に対して説明の上、文書（これらの事項が記載された薬袋を含む。）により交付すること。また、やむを得ない事由により、患者又はその家族等からの電話等による問い合わせに応じることができなかった場合は、速やかに折り返しの連絡を行うこと。	導料と合わせて週２回かつ月８回に限り算定できる。 （９）～(12)　（略） （新設）

３．行動面での運動興奮等がみられる状態にある患者に対する保険薬局の保険薬剤師による訪問薬剤管理指導において、薬剤師が薬剤管理指導のために他の者（薬剤師以外の者も含む。）と同時に複数名で患者宅に訪問する場合の評価を新設する。

（新）　複数名薬剤管理指導訪問料　●●点

［対象患者］
通院が困難な患者のうち、医師が複数名訪問の必要性があると認めるもの

［算定要件］

当該患者において区分番号 15 に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料の１（単一建物診療患者が１人の場合）を算定している患者その他厚生労働大臣が定める患者に対し、当該患者の訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、患者又はその家族等に同意を得て、当該保険薬局又は在宅協力薬局に勤務する職員とともに複数名で訪問した上で、必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定する。ただし、区分番号 15 の３に掲げる在宅患者緊急時等共同指導料、区分番号 15 の４に掲げる退院時共同指導料、区分番号 15 の８に掲げる在宅移行初期管理料又は区分番号●に掲げる訪問薬剤管理医師同時指導料を算定している場合については、算定しない。

［施設基準］

複数名薬剤管理指導訪問料に規定する患者

（１） 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を算定している患者（在宅患者訪問薬剤管理指導料の１を算定している患者に限る。）

（２） 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成十二年厚生省告示第十九号）に規定する居宅療養管理指導費（薬局の薬剤師が行う場合であって、単一建物居住者が一人の場合に限る。）を算定している患者

（３） 指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成十八年厚生労働省告示第百二十七号）に規定する介護予防居宅療養管理指導費（薬局の薬剤師が行う場合であって、単一建物居住者が一人の場合に限る。）を算定している患者

【Ⅱ－５－２　重症患者等の様々な背景を有する患者への訪問看護の評価－①】

①　過疎地域等に配慮した評価の見直し

第１　基本的な考え方

住み慣れた地域で療養しながら生活を継続することができるよう、過疎地域等における訪問看護について、遠方への移動負担を考慮し、特別地域訪問看護加算の対象となる訪問の要件を見直す。

第２　具体的な内容

特別地域訪問看護加算について、移動時間のみによる評価となっているが、移動及び訪問看護の提供の合計にかかる時間が極めて長い場合も含めて評価する。

改　定　案	現　　行
【特別地域訪問看護加算（訪問看護基本療養費）】 ［算定要件］ 注８　次のいずれかに該当する指定訪問看護を行う場合、特別地域訪問看護加算として、所定額の100分の50に相当する額を加算する。	【特別地域訪問看護加算（訪問看護基本療養費）】 ［算定要件］ 注８　訪問看護ステーションの看護師等が、最も合理的な経路及び方法による当該訪問看護ステーションの所在地から利用者の家庭までの移動にかかる時間が１時間以上である者に対して指定訪問看護を行い、次のいずれかに該当する場合、特別地域訪問看護加算として、所定額の100分の50に相当する額を加算する。
イ　訪問看護ステーションの看護師等が、最も合理的な経路及び方法による当該訪問看護ステーションの所在地から利用者の家庭までの移動にかかる時間が１時間以上である利用者に対して指定訪問看護を行い、次のいずれかに該当する場合	イ　別に厚生労働大臣が定める地域に所在する訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行う場合
（１）　別に厚生労働大臣が定める地域に所在する訪問看護ステーションの看護師等	（新設）

が指定訪問看護を行う場合 （２） 別に厚生労働大臣が定める地域外に所在する訪問看護ステーションの看護師等が、別に厚生労働大臣が定める地域に居住する利用者に対して指定訪問看護を行う場合	（新設）
ロ 別に厚生労働大臣が定める地域に所在する訪問看護ステーションの看護師等が、別に厚生労働大臣が定める地域に居住する利用者に対して指定訪問看護を行う場合であって、次のいずれにも該当する場合	ロ 別に厚生労働大臣が定める地域外に所在する訪問看護ステーションの看護師等が、別に厚生労働大臣が定める地域に居住する利用者に対して指定訪問看護を行う場合
（１） 最も合理的な経路及び方法による当該訪問看護ステーションの所在地から利用者の家庭までの移動にかかる時間が30分以上である利用者に指定訪問看護を行う場合	（新設）
（２） 当該訪問看護ステーションの所在地から利用者の家庭までの往復及び指定訪問看護の実施に要した時間の合計が２時間30分以上である場合	（新設）
※ 在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料及び精神科訪問看護基本療養費についても同様。	

【Ⅱ－５－２　重症患者等の様々な背景を有する患者への訪問看護の評価－②】

②　難治性皮膚疾患を持つ利用者への訪問看護に係る評価の見直し

第１　基本的な考え方

手厚いケアの必要がある、重症な難治性皮膚疾患を持つ利用者に対する訪問看護の充実を図る観点から、在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料を算定する利用者について、訪問看護基本療養費等を算定できる回数を見直す。

第２　具体的な内容

在宅難治性皮膚疾患処置指導管理を受けている利用者について、訪問看護基本療養費等を週４日以上算定できる対象に追加する。

改　定　案	現　　行
［施設基準］ 別表第八　退院時共同指導料１の注２に規定する特別な管理を要する状態等にある患者並びに退院後訪問指導料、在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料に規定する状態等にある患者 一　（略） 二　在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理、在宅肺高血圧症患者指導管理又は在宅難治性皮膚疾患処置指導管理を受けている状態にある者 三～五　（略）	［施設基準］ 別表第八　退院時共同指導料１の注２に規定する特別な管理を要する状態等にある患者並びに退院後訪問指導料、在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料に規定する状態等にある患者 一　（略） 二　在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者 三～五　（略）

③　訪問看護における ICT を用いた医療情報連携の推進

第１　基本的な考え方

在宅での療養を行っている利用者に対して、訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行う際に、当該利用者の医療・ケアに携わる関係職種が ICT を用いて記録した診療情報等を活用した場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

他の保険医療機関等の関係職種が ICT を用いて記録した利用者に係る診療情報等を活用した上で、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合の評価を新設する。

（新）　訪問看護医療情報連携加算　●●円

［対象患者］
訪問看護管理療養費を算定する者

［算定要件］
別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、在宅で療養を行っている利用者であって通院が困難なものの同意を得て、当該訪問看護ステーションと連携する保険医療機関の保険医、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、管理栄養士、介護支援専門員又は相談支援専門員等であって当該利用者に関わる者が、電子情報処理組織を使用する方法その他の情報通信の技術を利用する方法を用いて記録した当該利用者に係る診療情報等を活用した上で、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合は、訪問看護医療情報連携加算として、月１回に限り、●●円を所定額に加算する。ただし、注８に規定する在宅患者連携指導加算を算定している場合は、算定しない。

［施設基準］
（１）　在宅での療養を行っている利用者であって通院が困難なものの

診療情報等について、電子情報処理組織を使用する方法その他の情報通信の技術を利用する方法を用いて常時確認できる体制を有し、関係機関と平時からの連携体制を構築していること。

（２）　診療情報等を活用した上で指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

（３）　（１）に規定する連携体制を構築している訪問看護ステーションであることについて、当該訪問看護ステーションの見やすい場所に掲示していること。

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

※ 在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料についても同様。（ただし、区分番号Ｃ００２に掲げる在宅時医学総合管理料の注 15（区分番号Ｃ００２－２に掲げる施設入居時等医学総合管理料の注５の規定により準用する場合を含む。）又は区分番号Ｃ００３に掲げる在宅がん医療総合診療料の注９にそれぞれ規定する在宅医療情報連携加算を算定した月は、訪問看護医療情報連携加算は算定できない。）

［経過措置］

（１）　令和●年●月●日までの間に限り、（４）に該当するものと見なす。

④　地域と連携して精神科訪問看護を提供する訪問看護ステーションの評価

第１　基本的な考え方

精神科訪問看護の質の向上を推進する観点から、地域の関係者と連携して支援ニーズの高い利用者に対して精神科訪問看護を提供する等の役割を担う訪問看護ステーションについて、機能強化型訪問看護ステーションとして新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

難病等の重症度の高い利用者を受け入れるとともに、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に資する精神科訪問看護に求められる機能を踏まえ、精神科訪問看護における支援ニーズの高い精神科訪問看護利用者等を受け入れ、24 時間の対応を行い、地域の関係機関と連携する体制が整備されている訪問看護ステーションについて、一定の実績等を有する場合の評価を新設する。

（新）　機能強化型訪問看護管理療養費４　●●円

［施設基準］

次のいずれにも該当するものであること。

（１）常勤の保健師、助産師、看護師又は准看護師の数が四以上であること。

（２）（１）のロを満たすものであること。（※）

（３）二十四時間対応体制加算を届け出ていること。

（４）特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の者又は同別表第八に掲げる者に対する指定訪問看護について、及び精神障害を有する者のうち、重点的な支援を要する者に対する指定訪問看護について相当な実績を有すること。

（５）退院時の共同指導及び主治医の指示に係る保険医療機関との連携について相当な実績を有すること。

（６）地域の保険医療機関、訪問看護ステーション又は住民等に対する研修及び相談への対応並びに関係機関との連携について相当な実績を有すること。

（※）機能強化型訪問看護管理療養費１の施設基準（１）のロをいう。

ロ　指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準第二条第一項に規定する看護師等のうち、六割以上が同項第一号に規定する看護職員であること。

⑤　乳幼児加算の評価の見直し

第１　基本的な考え方

乳幼児に対する訪問看護について、状態に応じた質の高い訪問看護が提供されるよう、乳幼児加算の評価を見直す。

第２　具体的な内容

訪問看護基本療養費の乳幼児加算について、超重症児など別に厚生労働大臣が定める者以外の評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【乳幼児加算（訪問看護基本療養費）】 ［算定要件］ 注11　１及び２（いずれもハを除く。）については、６歳未満の乳幼児に対し、訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行った場合には、乳幼児加算として、１日につき●●円（別に厚生労働大臣が定める者に該当する場合にあっては、1,800円）を所定額に加算する。 ※　在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料についても同様。	【乳幼児加算（訪問看護基本療養費）】 ［算定要件］ 注11　１及び２（いずれもハを除く。）については、６歳未満の乳幼児に対し、訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行った場合には、乳幼児加算として、１日につき1,300円（別に厚生労働大臣が定める者に該当する場合にあっては、1,800円）を所定額に加算する。

⑥　訪問看護管理療養費の見直し

第１　基本的な考え方

適切な指定訪問看護に係る管理を推進するとともに、利用者のニーズや療養環境の多様化に適切に対応するために、訪問看護管理療養費の評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．月の初日の訪問看護管理療養費について評価を充実する。

２．月の２日目以降の訪問看護管理療養費について、訪問看護管理療養費１と２を統合し施設基準の届出を不要とするとともに、１月当たりの訪問日数及び単一建物に居住する利用者数によって評価を細分化する。

改　定　案	現　　行
【訪問看護管理療養費】 １　月の初日の訪問の場合 イ　機能強化型訪問看護管理療養費１　●●円 ロ　機能強化型訪問看護管理療養費２　●●円 ハ　機能強化型訪問看護管理療養費３　●●円 ニ　機能強化型訪問看護管理療養費４　●●円 ホ　イからニまで以外の場合　●●円 ※　機能強化型訪問看護管理療養費４については、「Ⅱ－５－２④」を参照のこと。 ２　月の２日目以降の訪問の場合（１日につき） イ　単一建物居住者が20人未満　●●円 ロ　単一建物居住者が20人以上49	【訪問看護管理療養費】 １　月の初日の訪問の場合 イ　機能強化型訪問看護管理療養費１　13,230円 ロ　機能強化型訪問看護管理療養費２　10,030円 ハ　機能強化型訪問看護管理療養費３　8,700円 （新設） ニ　イからハまで以外の場合　7,670円 ２　月の２日目以降の訪問の場合（１日につき） イ　訪問看護管理療養費１　3,000円 ロ　訪問看護管理療養費２

人以下	2,500円
（１）　１月当たり訪問日数が15日以下の場合　●●円	（新設）
（２）　１月当たり訪問日数が16日以上24日以下の場合　●●円	（新設）
（３）　１月当たり訪問日数が25日以上の場合　●●円	（新設）
ハ　単一建物居住者が50人以上	（新設）
（１）　１月当たり訪問日数が15日以下の場合　●●円	
（２）　１月当たり訪問日数が16日以上24日以下の場合　●●円	
（３）　１月当たり訪問日数が25日以上の場合　●●円	
［算定要件］	［算定要件］
注１　指定訪問看護を行うにつき安全な提供体制が整備されている訪問看護ステーション（１のイ、ロ、ハ及び二については、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションに限る。）であって、利用者に対して訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っているものが、当該利用者に係る訪問看護計画書及び訪問看護報告書並びに精神科訪問看護計画書及び精神科訪問看護報告書を当該利用者の主治医（保険医療機関の保険医又は介護老人保健施設若しくは介護医療院の医師に限る。以下同じ。）に対して提出するとともに、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を継続して行った場合（２については、１月当たりの訪問日数及び単一建物居住者の人数に従う。）に、訪問の都度算定する。	注１　指定訪問看護を行うにつき安全な提供体制が整備されている訪問看護ステーション（１のイ、ロ及びハ並びに２のイ及びロについては、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションに限る。）であって、利用者に対して訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っているものが、当該利用者に係る訪問看護計画書及び訪問看護報告書並びに精神科訪問看護計画書及び精神科訪問看護報告書を当該利用者の主治医（保険医療機関の保険医又は介護老人保健施設若しくは介護医療院の医師に限る。以下同じ。）に対して提出するとともに、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を継続して行った場合に、訪問の都度算定する。
２～12　（略）	２～12　（略）
［施設基準］	［施設基準］

六　訪問看護管理療養費の基準 （１）～（３）（略） （削除）	六　訪問看護管理療養費の基準 （１）～（３）（略） （４）　訪問看護管理療養費１の基準 訪問看護ステーションの利用者のうち、同一建物居住者（当該者と同一の建物に居住する他の者に対して当該訪問看護ステーションが同一日に指定訪問看護を行う場合の当該者をいう。以下同じ。）であるものが占める割合が七割未満であって、次のイ又はロに該当するものであること。 イ　特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の者及び特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者に対する訪問看護について相当な実績を有すること。 ロ　精神科訪問看護基本療養費を算定する利用者のうち、GAF尺度による判定が四十以下の利用者の数が月に五人以上であること。
（削除）	（５）　訪問看護管理療養費２の基準 訪問看護ステーションの利用者のうち、同一建物居住者であるものが占める割合が七割以上であること又は当該割合が七割未満であって(4)のイ若しくはロのいずれにも該当しないこと。
（４）　訪問看護管理療養費の注２に規定する24時間対応体制加算の基準 イ・ロ（略）	（６）　訪問看護管理療養費の注２に規定する24時間対応体制加算基準 イ・ロ（略）
（５）・（８）　（略）	（７）・(10)　（略）

⑦　同一建物に居住する利用者への訪問看護の評価の見直し

第１　基本的な考え方

訪問看護基本療養費（Ⅱ）等やその加算について、１月当たりの訪問日数や建物内の訪問看護実施人数等に応じたきめ細かな評価に見直す。

第２　具体的な内容

１．訪問看護基本療養費（Ⅱ）等について、１月当たりの訪問日数や同一建物に居住する利用者の人数に応じたきめ細かな評価に見直す。

２．訪問看護基本療養費（Ⅱ）等を算定する場合に、以下の規定を設ける。

（１）適切な時間の指定訪問看護を実施したうえでその時間を訪問看護記録書に記載すること。

（２）この場合の適切な指定訪問看護の時間とは、30 分以上を標準とし、20 分を下回るものは訪問看護基本療養費（Ⅱ）及びその加算等を算定できないこと。

（３）前回提供した訪問看護の終了から２時間未満の間隔で、提供時間が 20 分以上 30 分未満の指定訪問看護を行う場合（緊急に指定訪問看護を行う場合を除く。）は、それぞれの所要時間を合算して１回とする。

３．訪問看護基本療養費（Ⅱ）等の算定要件における同一建物について、同一敷地内の建物も同一建物とする規定に見直しを行う。

改　定　案	現　　行
【訪問看護基本療養費（Ⅱ）】 ［算定要件］ ２　訪問看護基本療養費（Ⅱ） イ　保健師、助産師又は看護師による場合（ハを除く。） （１）　同一日に２人 ①　週３日目まで　5,550 円 ②　週４日目以降　6,550 円 （２）　同一日に３人以上９人以下	【訪問看護基本療養費（Ⅱ）】 ［算定要件］ ２　訪問看護基本療養費（Ⅱ） イ　保健師、助産師又は看護師による場合（ハを除く。） （１）　同一日に２人 ①　週３日目まで　5,550 円 ②　週４日目以降　6,550 円 （２）　同一日に３人以上

① 週３日目まで ●●円 ② 週４日目以降 ●●円	① 週３日目まで 2,780 円 ② 週４日目以降 3,280 円
（３） 同一日に 10 人以上 19 人以下 ① １月当たり 20 日目まで ●●円 ② １月当たり 21 日目以降 ●●円	（新設）
（４） 同一日に 20 人以上 49 人以下 ① １月当たり 20 日目まで ●●円 ② １月当たり 21 日目以降 ●●円	（新設）
（５） 同一日に 50 人以上 ① １月当たり 20 日目まで ●●円 ② １月当たり 21 日目以降 ●●円	（新設）
ロ 准看護師による場合	ロ 准看護師による場合
（１） 同一日に２人 ① 週３日目まで 5,050 円 ② 週４日目以降 6,050 円	（１） 同一日に２人 ① 週３日目まで 5,050 円 ② 週４日目以降 6,050 円
（２） 同一日に３人以上９人以下 ① 週３日目まで ●●円 ② 週４日目以降 ●●円	（２） 同一日に３人以上 ① 週３日目まで 2,530 円 ② 週４日目以降 3,030 円
（３） 同一日に 10 人以上 19 人以下 ① １月当たり 20 日目まで ●●円 ② １月当たり 21 日目以降 ●●円	（新設）
（４） 同一日に 20 人以上 49 人以下 ① １月当たり 20 日目まで ●●円 ② １月当たり 21 日目以降 ●●円	（新設）
（５） 同一日に 50 人以上 ① １月当たり 20 日目まで ●●円 ② １月当たり 21 日目以降 ●●円	（新設）
ハ （略）	ハ （略）
ニ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による場合 （１） 同一日に２人 5,550 円 （２） 同一日に３人以上９人以下 ●●円	ニ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による場合 （１） 同一日に２人 5,550 円 （２） 同一日に３人以上 2,780 円

（３） 同一日に 10 人以上 19 人以下 ① １月当たり 20 日目まで ●●円 ② １月当たり 21 日目以降 ●●円	（新設）
（４） 同一日に 20 人以上 49 人以下 ① １月当たり 20 日目まで ●●円 ② １月当たり 21 日目以降 ●●円	（新設）
（５） 同一日に 50 人以上 ① １月当たり 20 日目まで ●●円 ② １月当たり 21 日目以降 ●●円	（新設）
注１・２ （略） ３ ２（ハを除く。）については、指定訪問看護を受けようとする者であって、同一建物居住者（当該者と同一の建物又は同一の敷地内の建物に居住する他の者に対して当該訪問看護ステーションが同一日に指定訪問看護を行う場合の当該者をいう。以下同じ。）であるものに対して、その主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行った場合に、利用者１人につき、訪問看護基本療養費（ Ⅰ ）（ハを除く。）並びに区分番号０１－２の精神科訪問看護基本療養費（ Ⅰ ）及び（ Ⅲ ）を算定する日と合わせて週３日を限度（注１に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者に対する場合を除く。）として算定する。なお、２（ハを除く。）については、訪問看護療養費を算定するに適切な時間の指定訪問看護を実施したうえで、それを訪問看護記録書に記載し算定する。この場合の適切な時間の指定訪問看護とは、30 分以上を標準とし、20 分を下回らないものであること。	注１・２（略） ３ ２（ハを除く。）については、指定訪問看護を受けようとする者であって、同一建物居住者（当該者と同一の建物に居住する他の者に対して当該訪問看護ステーションが同一日に指定訪問看護を行う場合の当該者をいう。以下同じ。）であるものに対して、その主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行った場合に、利用者１人につき、訪問看護基本療養費（ Ⅰ ）（ハを除く。）並びに区分番号０１－２の精神科訪問看護基本療養費（ Ⅰ ）及び（ Ⅲ ）を算定する日と合わせて週３日を限度（注１に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者に対する場合を除く。）として算定する。

また、前回提供した指定訪問看護の終了から２時間未満の間隔で、提供時間が 20 分以上 30 分未満の指定訪問看護を行う場合（緊急に指定訪問看護を行う場合を除く。）は、それぞれの所要時間を合算して１回とする。 ４～６　（略） ※　同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護基本療養費（Ⅲ）及び精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）についても同様。	４～６　（略）

４．難病等複数回訪問加算、夜間・早朝訪問看護加算及び深夜訪問看護加算について、頻回の訪問看護を必要とする利用者に、高齢者住まい等に併設・隣接する訪問看護ステーションにおいて 24 時間体制で対応を行う場合については別の評価を設ける（Ⅱ－５－２⑧包括型訪問看護療養費の新設を参照）とともに、その他の場合については、同一建物居住者に同一日に当該加算を算定している人数及び１月当たりの当該加算の算定日数に応じた評価に見直す。

５．複数名訪問看護加算及び複数名精神科訪問看護加算について、同一建物居住者に同一日に当該加算を算定している人数に応じた評価に見直す。

改　定　案	現　　行
【難病等複数回訪問加算】 ［算定要件］ ７　１及び２（いずれもハを除く。）については、注１に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者又は注６に規定する特別訪問看護指示書の交付を受けた利用者に対して、必要に応じて１日に２回又は３回以上指定訪問看護を行った場合は、難病等複数回訪問加算として、次に掲げる区分に従い、１日につき、いずれかを所定額に加算する。同一建物居住者に対し、当該加算又は精神科複数回訪問加算を算定すべき指定訪問看護を行った場合は、これらの加算を同一日に算定する利用者の合計人数に応じて、１日につき、いずれかを所定額に加算す	【難病等複数回訪問加算】 ［算定要件］ ７　１及び２（いずれもハを除く。）については、注１に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者又は注６に規定する特別訪問看護指示書の交付を受けた利用者に対して、必要に応じて１日に２回又は３回以上指定訪問看護を行った場合は、難病等複数回訪問加算として、次に掲げる区分に従い、１日につき、いずれかを所定額に加算する。

る。 イ　１日に２回の場合 （１）　同一建物内１人又は２人 4,500 円 （２）　同一建物内３人以上９人以下 ●●円 （３）　同一建物内 10 人以上 19 人以下 ●●円 （４）　同一建物内 20 人以上 49 人以下 ●●円 （５）　同一建物内 50 人以上 ●●円	イ　１日に２回の場合 （１）　同一建物内１人又は２人 4,500 円 （２）　同一建物内３人以上 4,000 円 （新設） （新設） （新設）
ロ　１日に３回以上の場合 （１）　同一建物内１人又は２人 8,000 円 （２）　同一建物内３人以上９人以下 ①　１月当たり 20 日目まで ●●円 ②　１月当たり 21 日目以降 ●●円 （３）　同一建物内 10 人以上 19 人以下 ①　１月当たり 20 日目まで ●●円 ②　１月当たり 21 日目以降 ●●円 （４）　同一建物内 20 人以上 49 人以下 ①　１月当たり 20 日目まで ●●円 ②　１月当たり 21 日目以降 ●●円 （５）　同一建物内 50 人以上 ①　１月当たり 20 日目まで ●●円 ②　１月当たり 21 日目以降 ●●円	ロ　１日に３回以上の場合 （１）　同一建物内１人又は２人 8,000 円 （２）　同一建物内３人以上 7,200 円 （新設） （新設） （新設） （新設） （新設）
８～11　（略）	８～11　（略）
※　同一建物居住者訪問看護・指導料の難病等複数回訪問加算、精神科訪問看護基本療養費の精神科複数回訪問加算及び精神科訪問看	

護・指導料の精神科複数回訪問加算についても同様。	
【複数名訪問看護加算】 ［算定要件］ 注 12　１及び２（いずれもハを除く。）については、同時に複数の看護師等又は看護補助者による指定訪問看護が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対し、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師又は准看護師（以下「看護職員」という。）が、当該訪問看護ステーションの他の看護師等又は看護補助者（以下「その他職員」という。）と同時に指定訪問看護を行うことについて、利用者又はその家族等の同意を得て、指定訪問看護を行った場合には、複数名訪問看護加算として、次に掲げる区分に従い、１日につき、いずれかを所定額に加算する。ただし、イ又はロの場合にあっては週１日を、ハの場合にあっては週３日を限度として算定する。 イ　所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が他の看護師等（准看護師を除く。）と同時に指定訪問看護を行う場合 （１）　同一建物内１人又は２人　4,500 円 （２）　同一建物内３人以上９人以下　●●円 （３）　同一建物内 10 人以上 19 人以下　●●円 （４）　同一建物内 20 人以上 49 人以下　●●円 （５）　同一建物内 50 人以上　●●円 ロ　所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が他の准看護師と同時に指定訪問看護を行う場合	【複数名訪問看護加算】 ［算定要件］ 注 12　１及び２（いずれもハを除く。）については、同時に複数の看護師等又は看護補助者による指定訪問看護が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対し、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師又は准看護師（以下「看護職員」という。）が、当該訪問看護ステーションの他の看護師等又は看護補助者（以下「その他職員」という。）と同時に指定訪問看護を行うことについて、利用者又はその家族等の同意を得て、指定訪問看護を行った場合には、複数名訪問看護加算として、次に掲げる区分に従い、１日につき、いずれかを所定額に加算する。ただし、イ又はロの場合にあっては週１日を、ハの場合にあっては週３日を限度として算定する。 イ　所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が他の看護師等（准看護師を除く。）と同時に指定訪問看護を行う場合 （１）　同一建物内１人又は２人　4,500 円 （２）　同一建物内３人以上　4,000 円 （新設） （新設） （新設） ロ　所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が他の准看護師と同時に指定訪問看護を行う場合

（１）　同一建物内１人又は２人 3,800 円 （２）　同一建物内３人以上９人以下 ●●円 （３）　同一建物内 10 人以上 19 人以下 ●●円 （４）　同一建物内 20 人以上 49 人以下 ●●円 （５）　同一建物内 50 人以上 ●●円	（１）　同一建物内１人又は２人 3,800 円 （２）　同一建物内３人以上 3,400 円 （新設） （新設） （新設）
ハ　所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員がその他職員と同時に指定訪問看護を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合を除く。） （１）　同一建物内１人又は２人 3,000 円 （２）　同一建物内３人以上９人以下 ●●円 （３）　同一建物内 10 人以上 19 人以下 ●●円 （４）　同一建物内 20 人以上 49 人以下 ●●円 （５）　同一建物内 50 人以上 ●●円	ハ　所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員がその他職員と同時に指定訪問看護を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合を除く。） （１）　同一建物内１人又は２人 3,000 円 （２）　同一建物内３人以上 2,700 円 （新設） （新設） （新設）
ニ　所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員がその他職員と同時に指定訪問看護を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合に限る。） （１）　１日に１回の場合 ①　同一建物内１人又は２人 3,000 円 ②　同一建物内３人以上９人以下 ●●円 ③　同一建物内 10 人以上 19 人以下 ●●円 ④　同一建物内 20 人以上 49 人以下 ●●円 ⑤　同一建物内 50 人以上 ●●円 （２）　１日に２回の場合	ニ　所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員がその他職員と同時に指定訪問看護を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合に限る。） （１）　１日に１回の場合 ①　同一建物内１人又は２人 3,000 円 ②　同一建物内３人以上 2,700 円 （新設） （新設） （新設） （２）　１日に２回の場合

① 同一建物内１人又は２人 6,000 円 ② 同一建物内３人以上９人以下 ●●円 ③ 同一建物内 10 人以上 19 人以下 ●●円 ④ 同一建物内 20 人以上 49 人以下 ●●円 ⑤ 同一建物内 50 人以上 ●●円	① 同一建物内１人又は２人 6,000 円 ② 同一建物内３人以上 5,400 円 （新設） （新設） （新設）
（３） １日に３回以上の場合 ① 同一建物内１人又は２人 10,000 円 ② 同一建物内３人以上９人以下 ●●円 ③ 同一建物内 10 人以上 19 人以下 ●●円 ④ 同一建物内 20 人以上 49 人以下 ●●円 ⑤ 同一建物内 50 人以上 ●●円	（３） １日に３回以上の場合 ① 同一建物内１人又は２人 10,000 円 ② 同一建物内３人以上 9,000 円 （新設） （新設） （新設）
※ 同一建物居住者訪問看護・指導料の複数名訪問看護・指導加算、精神科訪問看護基本療養費の複数名精神科訪問看護加算及び精神科訪問看護・指導料の複数名精神科訪問看護・指導加算についても同様。	
【夜間・早朝訪問看護加算、深夜訪問看護加算】 ［算定要件］ 注 13 １（ハを除く。）については、夜間（午後６時から午後 10 時までの時間をいう。以下同じ。）又は早朝（午前６時から午前８時までの時間をいう。以下同じ。）に指定訪問看護を行った場合は、夜間・早朝訪問看護加算として 2,100 円を所定額に加算する。	【夜間・早朝訪問看護加算、深夜訪問看護加算】 ［算定要件］ 注 13 １及び２（いずれもハを除く。）については、夜間（午後６時から午後 10 時までの時間をいう。以下同じ。）又は早朝（午前６時から午前８時までの時間をいう。以下同じ。）に指定訪問看護を行った場合は、夜間・早朝訪問看護加算として 2,100 円を所定額に加算し、深夜

２（ハを除く。）については、同一建物において、当該加算を同一日に算定する利用者の人数及び当該利用者における当該加算の１月当たりの算定日数に応じて、次に掲げる区分に従い、１日につき所定額に加算する。	（午後 10 時から午前６時までの時間をいう。以下同じ。）に指定訪問看護を行った場合は、深夜訪問看護加算として 4,200 円を所定額に加算する。
イ　同一建物内２人 2,100 円	（新設）
ロ　同一建物内３人以上９人以下 （１）　１月当たり 15 日目まで ●●円 （２）　１月当たり 16 日目以降 ●●円	（新設）
ハ　同一建物内 10 人以上 19 人以下 （１）　１月当たり 15 日目まで ●●円 （２）　１月当たり 16 日目以降 ●●円	（新設）
ニ　同一建物内 20 人以上 49 人以下 （１）　１月当たり 15 日目まで ●●円 （２）　１月当たり 16 日目以降 ●●円	（新設）
ホ　同一建物内 50 人以上 （１）　１月当たり 15 日目まで ●●円 （２）　１月当たり 16 日目以降 ●●円	（新設）
14　１（ハを除く。）については、深夜（午後 10 時から午前６時までの時間をいう。以下同じ。）に指定訪問看護を行った場合は、深夜訪問看護加算として 4,200 円を所定額に加算する。 ２（ハを除く。）については、同一建物において、当該加算を同一日に算定する利用者の人数及び当該利用者における当該加算の１月当たり算定日数に応じて、次に掲げる区分に従い、１日につき所定額に加算する。 イ　同一建物内２人	（新設）

4,200円 ロ　同一建物内３人以上９人以下 （１）　１月当たり15日目まで ●●円 （２）　１月当たり16日目以降 ●●円 ハ　同一建物内10人以上19人以下 （１）　１月当たり15日目まで ●●円 （２）　１月当たり16日目以降 ●●円 ニ　同一建物内20人以上49人以下 （１）　１月当たり15日目まで ●●円 （２）　１月当たり16日目以降 ●●円 ホ　同一建物内50人以上 （１）　１月当たり15日目まで ●●円 （２）　１月当たり16日目以降 ●●円	
15（略）	14（略）
※　同一建物居住者訪問看護・指導料の夜間・早朝訪問看護加算及び深夜訪問看護加算、精神科訪問看護基本療養費の夜間・早朝訪問看護加算及び深夜訪問看護加算、精神科訪問看護・指導料の夜間・早朝訪問看護加算及び深夜訪問看護加算についても同様。	

⑧　包括型訪問看護療養費の新設

第１　基本的な考え方

高齢者住まい等に併設・隣接する訪問看護ステーションは、居住者に短時間で頻回の訪問看護を効率的に実施できることを踏まえ、訪問看護療養費に、包括で評価する体系を新設する。

第２　具体的な内容

高齢者住まい等に併設・隣接する訪問看護ステーションが、当該住まいに居住する利用者（特掲診療料の施設基準等別表第７に掲げる疾病等の者、同別表第８に掲げる者に該当する利用者又は特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者に限る。）に対して、24 時間体制で計画的又は随時の対応による頻回の訪問看護を行った場合の１日当たりで算定する包括型訪問看護療養費を新設する。

（新）

０４　包括型訪問看護療養費（１日につき）

１　単一建物居住者が 20 人未満の場合

イ　訪問看護時間が 30 分以上 60 分未満　●●円

ロ　訪問看護時間が 60 分以上 90 分未満　●●円

ハ　（１）　訪問看護時間が 90 分以上　●●円

（２）　訪問看護時間が 90 分以上（別に厚生労働大臣が定める場合に限る。）　●●円

２　単一建物居住者が 20 人以上 50 人未満の場合

イ　訪問看護時間が 30 分以上 60 分未満　●●円

ロ　訪問看護時間が 60 分以上 90 分未満　●●円

ハ　（１）　訪問看護時間が 90 分以上　●●円

（２）　訪問看護時間が 90 分以上（別に厚生労働大臣が定める場合に限る。）　●●円

３　単一建物居住者が 50 人以上の場合

イ　訪問看護時間が 30 分以上 60 分未満　●●円

ロ　訪問看護時間が 60 分以上 90 分未満　●●円

ハ　（１）　訪問看護時間が 90 分以上　●●円

（２）　訪問看護時間が 90 分以上（別に厚生労働大臣が定める場合に限る。）　●●円

[算定要件]

（１）包括型訪問看護療養費については、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの看護師等が、包括型訪問看護療養費を算定する建物として届出を行った建物に居住する、別に厚生労働大臣が定める者に対して、当該利用者の同意を得て、その主治医（保険医療機関の保険医又は介護保険法第８条第 28 項に規定する介護老人保健施設（以下「介護老人保健施設」という。）若しくは同条第 29 項に規定する介護医療院（以下「介護医療院」という。）の医師に限る。以下この区分番号において同じ。）から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、指定訪問看護を行った場合に、利用者１人につき、１日当たりの訪問時間及び同一建物に居住する利用者の人数に従い算定する。ただし、包括型訪問看護療養費の１のハの（２）、２のハの（２）及び３のハの（２）は、別に厚生労働大臣が定める場合に限り算定する。

（２）訪問看護時間は、１日に行った複数回の指定訪問看護において実際に看護を提供した時間を合算して算出する。

（３）算定に当たっては、日中及び夜間（午後６時から午前８時までをいう。）に少なくともそれぞれ１回ずつの指定訪問看護を行う必要があること。また、指定訪問看護の実施時間が１日当たり 60 分以上である場合には、１日当たり３回以上の訪問看護を実施すること。

（４）指定訪問看護の実施においては、１日に１回以上、看護職員によるものが含まれること。また、訪問看護ステーションの管理者又は包括型訪問看護療養費を算定する日の指定訪問看護に関する責任を担う看護職員（准看護師を除く。）が、訪問看護計画書について、１日に１回以上の確認を行い、必要時見直しを行うこと。

（５）包括型訪問看護療養費を算定すると届出を行った建物に居住する、別に厚生労働大臣が定める利用者に対して、１日に２回以上の指定訪問看護を行う場合については、包括型訪問看護療養費以外の訪問看護基本療養費等は算定できない。

（６）届出を行った建物に居住する別に厚生労働大臣が定める者に該当しない利用者に指定訪問看護を行った場合は、訪問看護基本療養費（Ⅱ）等を算定する。

（７）訪問看護計画書及び訪問看護記録書は電子的方法によって記録すること。また、実施した指定訪問看護の内容及び実施時間を訪問看護記録書に記載すること。

（８）当該所定額を算定する場合にあっては、同一日に訪問看護基本療養費（訪問看護基本療養費（Ⅰ）及び（Ⅱ）のハを除く。）、精神科訪問看護基本療養費、難病等複数回訪問加算、複数名訪問看護加算、夜間・早朝訪問看護加算、深夜訪問看護加算、複数名精神科訪問看

護加算、精神科複数回訪問加算、訪問看護管理療養費及び 24 時間対応体制加算は、別に算定できない。

なお、緊急訪問看護加算及び精神科緊急訪問看護加算については、別に厚生労働大臣が定める場合を除き、当該所定額と別に算定することができる。

[訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等告示]

第二　指定訪問看護に係る厚生労働大臣の定める疾病等の利用者等

三　包括型訪問看護療養費の注１、注５及び注６に規定する厚生労働大臣が定める者

次のいずれかに該当する者

（１）特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の者

（２）特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者

（３）特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者

四　包括型訪問看護療養費の１のハの（２）、２のハの（２）及び３のハの（２）に規定する厚生労働大臣が定める場合

包括型訪問看護療養費の注１に規定する厚生労働大臣が定める者に、訪問看護ステーションが緊急時において即時に適切な指定訪問看護が実施できる体制があり、かつ、当該訪問看護ステーションが指定訪問看護を実施し、包括型訪問看護療養費を算定する利用者全員における訪問看護の実施時間の１日当たりの平均が 120 分以上である場合

[施設基準]

（１）高齢者向け住まい等に併設又は隣接する訪問看護ステーションであること。

（２）届出時に、訪問看護ステーションが併設又は隣接する高齢者向け住まい等の建物であって、包括型訪問看護療養費を算定する利用者が居住する建物を訪問看護ステーションにつき１か所指定し、その建物を単位として指定訪問看護を行うものであること。

（３）包括型訪問看護療養費の届出は訪問看護ステーションごとに行う必要があり、建物に訪問看護ステーションのサテライトのみが併設又は隣接している場合には届出を行うことはできない。ただし、包括型訪問看護療養費を届け出た訪問看護ステーションが、当該建物以外の場所にサテライトを設置し、そのサテライトから建物に居住していない他の利用者へ包括型訪問看護療養費を算定しない指定訪問看護を実施することは差し支えない。

（４）医療安全及び衛生管理に関する組織的な取組みを行っていること。

（５）合同の研修及び事例検討会等の地域の保険医療機関又は訪問看護ステーションとの連携について相当な実績を有すること。

（６）厚生労働大臣が実施する次の調査に適切に参加すること。
①包括型訪問看護療養費を算定する利用者の状態や訪問看護の実施状況等について毎年実施される調査
②中央社会保険医療協議会の要請に基づき、①の調査を補完することを目的として随時実施される調査
（７）訪問看護に係る記録は電子的に行うこと。
（８）看護職員等については、包括型訪問看護療養費を算定する利用者及び同一建物に居住する他の利用者であって訪問看護基本療養費Ⅱ等を算定する利用者において、それぞれの算定要件を満たす訪問看護を実施するに十分な配置を行うこと。
（９）24 時間体制で計画的又は随時の訪問看護を行う必要があることから、特に夜間（午後６時から午前８時までをいう。）についても、夜間の対応を行う看護職員の数が常時１名以上（ただし、当該訪問看護ステーションにおいて包括型訪問看護療養費を算定する利用者の数の合計が 31 以上 80 以下の場合は２以上、81 以上の場合 50 又はその端数を増すごとに１を加えて得た数以上）、当該建物において、計画的な訪問看護を実施しているか、随時の訪問看護に対応出来る状況で勤務していること。
（10）夜間の対応を行う看護職員においては、包括型訪問看護療養費を算定する利用者への指定訪問看護の実施に影響を与えない範囲であれば、建物内の包括型訪問看護療養費を算定しない他の利用者への指定訪問看護に従事することも可能であるが、建物外の利用者への指定訪問看護の実施等との兼務はできない。
（11）看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。

[経過措置]
（１）施設基準の（５）に規定する地域の保険医療機関等との連携に関する相当な実績は、令和●年●月●日までの間に限り基準に該当するものとみなす。

①　医療資源の少ない地域の対象地域の見直し

「Ⅱ－１－２－①」を参照のこと。

②　人口の少ない地域で医療を提供する機能を連携して確保する評価の新設

「Ⅱ－１－２－②」を参照のこと。

③　へき地診療所における在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の見直し

「Ⅱ－５－１－⑩」を参照のこと。

④　歯科巡回診療に係る適切な推進

「Ⅱ－１－２－③」を参照のこと。

①　業務の効率化に資するICT、AI、IoT等の利活用の推進

「Ⅰ－２－２」を参照のこと。

【Ⅱ－７－２　タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進－①】

①　多職種が専門性を発揮して病棟において協働する体制に係る評価の新設

「Ⅰ－２－３」を参照のこと。

【Ⅱ－８　医師の地域偏在対策の推進－①】

①　医療資源の少ない地域の対象地域の見直し

「Ⅱ－１－２－①」を参照のこと。

②　人口の少ない地域で医療を提供する機能を連携して確保する評価の新設

「Ⅱ－１－２－②」を参照のこと。

【Ⅱ－８　医師の地域偏在対策の推進－③】

③　外来医師過多区域に関する対応

第１　基本的な考え方

改正医療法に基づき都道府県知事が行う、地域で不足している医療機能等に係る医療提供の要請に応じず、保険医療機関の指定が３年以内とされた医療機関は、地域医療への寄与が不十分との位置付けであることを踏まえ、当該医療機関については機能強化加算、地域包括診療加算及び地域包括診療料の対象としない等、評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．地域で不足している医療機能等にかかる医療提供の要請に応じず、保険医療機関の指定が３年以内とされた医療機関について、機能強化加算、地域包括診療加算、地域包括診療料及び小児かかりつけ診療料の算定並びに在宅療養支援診療所の届出を不可とする。

改　定　案	現　　行
【機能強化加算】 ［施設基準］ 三の二　医科初診料の機能強化加算の施設基準 （１）～（３）　（略） （４）　健康保険法第六十八条の二第一項の規定により三年以内の期限が付された同法第六十三条第三項第一号の指定を受けた診療所以外の保険医療機関であること。 ［施設基準（通知）］ 第１の３　機能強化加算 １　機能強化加算に関する施設基準 次のいずれにも該当すること。 （７）　健康保険法第六十八条の二第一項の規定により三年以内の期限が付された同法第六十三条第三項第一号の指定を受けた診療所以外の保険医療機関であること。	【機能強化加算】 ［施設基準］ 三の二　医科初診料の機能強化加算の施設基準 （１）～（３）　（略） （新設） ［施設基準（通知）］ 第１の３　機能強化加算 １　機能強化加算に関する施設基準 次のいずれにも該当すること。 （新設）

※　地域包括診療加算、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅療養支援診療所についても同様。	

【Ⅲ－１　患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価－①】

①　療養・就労両立支援指導料の見直し

第１　基本的な考え方

治療と仕事の両立を推進する観点から、療養・就労両立支援指導料について、対象患者、算定可能な期間及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．医療機関が受け取る勤務情報について、患者が作成した「治療と仕事の両立支援カード」が、事業者の確認を経て医療機関に提供された場合においても算定可能とする。

２．対象疾患の定めを廃止し、疾患の増悪防止等のための反復継続した治療が必要な患者であって、就業の継続に配慮が必要なものに算定可能とする。

３．２回目以降の指導について、３月以上の期間に渡って継続されている実態を踏まえ、算定可能な期間を見直す。

４．就労の状況を考慮した療養上の指導及び相談支援を更に推進する観点から、その評価を引き上げる。

改　定　案	現　　行
【療養・就労両立支援指導料】 １　初回　●●点 ２　２回目以降　●●点 注１　１については、疾患の増悪防止等のための反復継続した治療が必要な入院中の患者以外の患者であって、就業の継続に配慮が必要なものに対して、当該患者と当該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内容を踏まえ、就労の状況を考慮して療養上の指導を行うとともに、当該患者の同意を得て、当該患者が勤務する事業場において選任されて	【療養・就労両立支援指導料】 １　初回　800点 ２　２回目以降　400点 注１　１については、別に厚生労働大臣が定める疾患に罹患している患者に対して、当該患者と当該患者を使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内容を踏まえ、就労の状況を考慮して療養上の指導を行うとともに、当該患者の同意を得て、当該患者が勤務する事業場において選任されている労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）第13条第１項に規定する

いる労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）第13条第１項に規定する産業医、同法第10条第１項に規定する総括安全衛生管理者、同法第12条に規定する衛生管理者若しくは同法第12条の２に規定する安全衛生推進者若しくは衛生推進者又は同法第13条の２の規定により労働者の健康管理等を行う保健師（以下「産業医等」という。）に対し、病状、治療計画、就労上の措置に関する意見等当該患者の就労と療養の両立に必要な情報を提供した場合に、月１回に限り算定する。	産業医、同法第10条第１項に規定する総括安全衛生管理者、同法第12条に規定する衛生管理者若しくは同法第12条の２に規定する安全衛生推進者若しくは衛生推進者又は同法第13条の２の規定により労働者の健康管理等を行う保健師（以下「産業医等」という。）に対し、病状、治療計画、就労上の措置に関する意見等当該患者の就労と療養の両立に必要な情報を提供した場合に、月１回に限り算定する。
２　２については、当該保険医療機関において１を算定した患者について、就労の状況を考慮して療養上の指導を行った場合に、１を算定した日の属する月又はその翌月から起算して６月を限度として、月１回に限り算定する。	２　２については、当該保険医療機関において１を算定した患者について、就労の状況を考慮して療養上の指導を行った場合に、１を算定した日の属する月又はその翌月から起算して３月を限度として、月１回に限り算定する。
３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該患者に対して、看護師、社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師が相談支援を行った場合に、相談支援加算として、●●点を所定点数に加算する。	３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該患者に対して、看護師、社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師が相談支援を行った場合に、相談支援加算として、50点を所定点数に加算する。
４　（略）	４　（略）
５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、療養・就労両立支援指導料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、１又は２の所定点数に代えて、それぞれ●●点又は●●点を算定する。	５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、療養・就労両立支援指導料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、１又は２の所定点数に代えて、それぞれ696点又は348点を算定する。

［施設基準］ 五の一の二　療養・就労両立支援指導料の施設基準等 （削除） （１）・（２）　（略） （削除）	［施設基準］ 五の一の二　療養・就労両立支援指導料の施設基準等 （１）　療養・就労両立支援指導料の注１に規定する疾患 別表第三の一の二に掲げる疾患 （２）・（３）　（略） 別表第三の一の二　療養・就労両立支援指導料の注１に規定する疾患 悪性新生物 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 肝疾患（経過が慢性なものに限る。） 心疾患 糖尿病 若年性認知症 難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病（同法第七条第四項に規定する医療受給者証を交付されている患者（同条第一項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。）に係るものに限る。）その他これに準ずる疾患

②　健康診断等の受診後における初再診料等の算定方法の明確化

第１　基本的な考え方

健康診断、検診及び予防接種等（健診等）の受診後に、健診等に関する疾病に対して保険診療を実施する場合について、当該保険診療に係る初再診料等の算定方法を明確化する。

第２　具体的な内容

１．健診等の費用は、「療養の給付と直接関係ないサービス等」として別途徴収できることを明確化する。

２．健診等受診後に、健診等に関する疾病について、同日に１回の受診で保険診療を行う場合、現行の初診料の取扱いと同様に、再診料及び外来診療料（再診料等）は算定できないことを明確化する。

３．健診等受診後に、健診等に関する疾病について、別受診で保険診療を行う場合には、現行の保険診療における再診料の取扱いと同様に、再診料等を算定することを明確化する。

改　定　案	現　　行
【通則】 ［算定要件（通知）］ ＜通則＞ １～12　（略） 13　健康診断、検診及び予防接種等（以下この通則において「健診等」という。）の費用は、「療養の給付と直接関係ないサービス等」として別途徴収できる。 14　健診等に関する疾病（特定の疾病を対象としない健診等については、健診等の結果、診断された疾病又は疑いがあると診断された疾病を含む。）に対して、健診等を実施した保険医の属する保険医療	【通則】 ［算定要件（通知）］ ＜通則＞ １～12　（略） （新設） （新設）

機関において、同一日に１回の受診で保険診療を行う場合の初診料及び再診料（外来診療料を含む。）は算定できない。また、当該疾病に対して、当該保険医療機関において、別の受診として保険診療を行う場合には、初診料は算定できないが、「Ａ００１」再診料又は「Ａ００２」外来診療料は、それぞれの規定に従い算定できる。	
15　14に規定する場合においては、14の規定により算定できない費用が含まれる特掲診療料及び当該費用を併せて算定できない特掲診療料についても算定できない。ただし、第３部検査、第４部画像診断、第５部投薬、第６部注射、第７部リハビリテーション、第９部処置、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部病理診断に掲げる診療を保険診療として実施する場合（当該診療の費用が他の特掲診療料に含まれる場合を含む。）には、この限りではない。	（新設）
16　健診等の結果、疾病又はその疑いがあると診断された患者について、治療方針を確立する等のために検査を行う必要がある場合には、当該検査が当該健診等の一環としてあらかじめ計画又は予定されていたものではないことが客観的に明らかである場合に限り、当該検査に係る費用について、医療保険給付対象として診療報酬を算定できる。	（新設）
17　当該健診等の結果、特に治療の必要性を認め治療を開始した場合には、当該治療に係る費用（14及び15の規定により算定できないこととされているものを除く。）について、医療保険給付対象として診療報酬を算定できる。	（新設）

※　歯科においても同様の改定を行う。	

③　手術等の医療技術の適切な評価

第１　基本的な考え方

１．医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、医療技術の評価及び再評価を行い、優先的に保険導入すべきとされた新規技術（先進医療として実施されている技術を含む。)について新たな評価を行うとともに、既存技術の評価を見直す。
２．新規医療材料等として保険適用され、現在準用点数で行われている医療技術について新たな評価を行う。
３．外科的手術等の医療技術について、適正かつ実態に即した評価を行うため、外保連試案の評価等を参考に評価を見直す。
４．医療技術の体系的な分類について、外科系学会社会保険委員会連合の手術基幹コードである STEM７の分類に基づく解析により手術時間の差が明らかになったこと等を踏まえ、整形外科領域のＫコードの分類を見直す。

第２　具体的な内容

１．医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、新規技術（先進医療として実施されている技術を含む。)の保険導入及び既収載技術の再評価（廃止を含む。）を行う。
　また、LDTs（※１）の評価について、LDTs のうち、以下の（１）及び（２）を満たすものについては、令和８年度診療報酬改定の次の改定における、医療技術評価分科会の評価の対象とした上で、臨床上の必要性等も含めて検討することとする。
（１)「LDTs を実臨床で使用する際に望ましい性能評価（妥当性確認等）や精度管理等の要件」（※２）を満たすことが客観的に担保されている施設において実施されていること
（２）国内診療において一定の使用実績があること
※１　単一の検査室又は検査室ネットワーク内で設計・開発・製造（又は変更）された検査で、臨床診断の補助や臨床的管理の意思決定に用いられる検査（Laboratory Developed Tests)。
※２　令和７年度厚生労働行政推進調査事業費補助金 厚生労働省特別研究「LDT の臨床実装に向けた研究」（研究代表者　大西宏明）において示された要件を指す。

【診療報酬改定において対応する優先度が高い技術のうち、学会等から医療技術評価分科会に提案があったものの例】

（１）骨盤内臓全摘術（ロボット支援）
（２）死体移植腎機械灌流保存技術
（３）自己免疫性脳炎に対する血漿交換療法
（４）肝エラストグラフィ撮影加算
（５）細菌培養同定検査　血液又は穿刺液

【診療報酬改定において対応する優先度が高い技術のうち、先進医療として実施されているもの】
（１）陽子線治療（※３）
（２）重粒子線治療（※３）
※３　切除不能の３個以内の大腸癌肺転移に係るもの。なお、原発巣切除後であり局所再発のないものに限る。

【診療報酬改定において対応する優先度が高い技術のうち、保険医療材料等専門組織において審議を行った技術】
（１）「注意欠如多動症治療補助プログラム」の使用に係る医療技術
（２）在宅振戦等刺激装置治療指導管理料、疼痛等管理用送信器加算（遠隔プログラミングも算定の対象とするための再評価）

【廃止を行う技術の例】
（１）ヒッチコック療法

２．Ｃ２区分で保険適用された新規医療材料等について、技術料を新設する。

【技術の例】
（新）植込型除細動器移植術　４ 胸骨下植込型リードを用いるもの
●●点

３．外科系学会社会保険委員会連合「外保連試案 2026」等における、手術等に係る人件費及び材料に係る費用の調査結果等を参考とし、技術料を見直す。

【見直しを行う区分の例】

改　定　案	現　　行
【Ｅ２００　コンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）】 １　ＣＴ撮影 イ　128列以上のマルチスライス型の機器による場合	【Ｅ２００　コンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）】 １　ＣＴ撮影 （新設）

（１）　共同利用施設において行われる場合　●●点 （２）　その他の場合　●●点 ロ　64列以上128列未満のマルチスライス型の機器による場合 （１）　共同利用施設において行われる場合　1,020点 （２）　その他の場合　1,000点 ハ　16列以上64列未満のマルチスライス型の機器による場合　900点 ニ　４列以上16列未満のマルチスライス型の機器による場合　750点 ホ　イ、ロ、ハ又はニ以外の場合　560点	イ　64列以上のマルチスライス型の機器による場合 （１）　共同利用施設において行われる場合　1,020点 （２）　その他の場合　1,000点 ロ　16列以上64列未満のマルチスライス型の機器による場合　900点 ハ　４列以上16列未満のマルチスライス型の機器による場合　750点 ニ　イ、ロ又はハ以外の場合　560点
２　（略） 注１　ＣＴ撮影のイ、ロ、ハ及びニについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。 ２～６　（略） ７　ＣＴ撮影のイ、ロ又はハについて、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、大腸のＣＴ撮影（炭酸ガス等の注入を含む。）を行った場合は、大腸ＣＴ撮影加算として、それぞれ620点又は500点を所定点数に加算する。この場合において、造影剤注入手技料及び麻酔料（区分番号Ｌ００８に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を除く。）は、所定点数に含まれるものとする。 ８　ＣＴ撮影のイ又はロの（１）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に	２　（略） 注１　ＣＴ撮影のイ、ロ及びハについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。 ２～６　（略） ７　ＣＴ撮影のイ又はロについて、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、大腸のＣＴ撮影（炭酸ガス等の注入を含む。）を行った場合は、大腸ＣＴ撮影加算として、それぞれ620点又は500点を所定点数に加算する。この場合において、造影剤注入手技料及び麻酔料（区分番号Ｌ００８に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を除く。）は、所定点数に含まれるものとする。 ８　ＣＴ撮影のイの（１）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において

おいて行われる場合又は診断撮影機器での撮影を目的として別の保険医療機関に依頼し行われる場合に限り算定する。	行われる場合又は診断撮影機器での撮影を目的として別の保険医療機関に依頼し行われる場合に限り算定する。

４．整形外科領域のＫコードについて、部位別を基本として区分を見直す。

【見直しを行う区分の例】

改　定　案	現　　行
【Ｋ０４６　骨折観血的手術】	【Ｋ０４６　骨折観血的手術】
１　肩甲骨骨折観血的手術　●●点	１　肩甲骨、上腕、大腿　21,630点
２　上腕骨骨折観血的手術　●●点	（新設）
３　大腿骨骨折観血的手術　●●点	（新設）
４　前腕骨骨折観血的手術　●●点	２　前腕、下腿、手舟状骨　18,370点
５　下腿骨骨折観血的手術　●●点	（新設）
６　手舟状骨骨折観血的手術　●●点	（新設）
７　鎖骨骨折観血的手術　●●点	３　鎖骨、膝蓋骨、手（舟状骨を除く。）、足、指（手、足）その他　11,370点
８　膝蓋骨骨折観血的手術　●●点	（新設）
９　手根骨（舟状骨を除く。）骨折観血的手術　●●点	（新設）
10　中手骨骨折観血的手術　●●点	（新設）
11　手指骨骨折観血的手術　●●点	（新設）
12　足根骨骨折観血的手術　●●点	（新設）
13　中足骨骨折観血的手術　●●点	（新設）
14　足趾骨骨折観血的手術　●●点	（新設）
15　その他の骨折観血的手術　●●点	（新設）
注　（略）	注　（略）

④　高度急性期病院におけるロボット手術の評価の新設

第１　基本的な考え方

内視鏡手術用支援機器を用いた手術について、多数の手術を実施している保険医療機関における医療機器の効率的な活用及び高額医療機器の集約化を図る観点から、ロボット手術について、年間手術実績に応じた新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

悪性腫瘍手術及びそれに準じた手術のうち、内視鏡手術用支援機器を用いた手術の症例が年間 200 例以上である場合の評価を新設する。

（新）　内視鏡手術用支援機器加算　●●点

［算定要件］

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号Ｋ３７４－２、Ｋ３９４－２、Ｋ５０２－５、Ｋ５０４－２、Ｋ５１４－２の２及び３、Ｋ５２９－２、Ｋ５２９－３、Ｋ５５４－２、Ｋ５５５－３、Ｋ６５５－２の３、Ｋ６５５－５の３、Ｋ６５７－２の４、Ｋ６７４－２、Ｋ６９５－２、Ｋ７０２－２、Ｋ７０３－２、Ｋ７１９－３、Ｋ７４０－２、Ｋ７５５－２、Ｋ７７３－５、Ｋ７７３－６、Ｋ７７８－２、Ｋ８０３－２、Ｋ８６５－２並びにＫ８７９－２（子宮体がんに限る。）に掲げる手術に当たって、内視鏡手術用支援機器を使用した場合に算定する。

［施設基準］

（１）　当該療養を行うにつき十分な体制及び実績を有していること。
（２）　当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき必要な医師が配置されていること。
（３）　当該療養を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。

［施設基準通知］

第●の●　内視鏡手術用支援機器加算

１　内視鏡手術用支援機器加算に関する施設基準

（１）　内視鏡手術用支援機器を用いた手術（区分番号Ｋ３７４－２、Ｋ３９４－２、Ｋ５０２－５、Ｋ５０４－２、Ｋ５１４－２の２及び３、Ｋ５２９－２、Ｋ５２９－３、Ｋ５５４－２、Ｋ５５５－３、Ｋ６５５－２の３、Ｋ６５５－５の３、Ｋ６５７－２の４、Ｋ６７４－２、Ｋ６９５－２、Ｋ７０２－２、Ｋ７０３－２、Ｋ７１９－３、Ｋ７４０－２、Ｋ７５５－２、Ｋ７７３－５、Ｋ７７３－６、Ｋ７７８－２、Ｋ８０３－２、Ｋ８４３－４、Ｋ８６５－２並びにＫ８７９－２（子宮体がんに限る。））を合わせて年間 200 例以上実施していること。
（２）　麻酔科を標榜している保険医療機関であること。
（３）　常勤の麻酔科標榜医が配置されていること。
（４）　緊急手術が可能な体制を有していること。
（５）　常勤の臨床工学技士が１名以上配置されていること。
（６）　当該療養に用いる機器について、保守管理の計画を作成し、適切に保守管理がなされていること。
（７）　内視鏡手術用支援機器を用いた手術について、関連学会が行うレジストリにおける手術患者の長期予後情報の収集に参加していること。
（８）　内視鏡手術用支援機器を用いた手術の前年の実績（症例数及び平均在院日数）について、ウェブサイトに掲載していること。

［経過措置］
令和●年●月●日までの間に限り、（８）に該当するものとみなす。

⑤　全身麻酔の評価の見直し

第１　基本的な考え方

安全で質の高い麻酔管理を評価する観点から、全身麻酔の評価について、麻酔の深度、気道確保デバイスの有無及び麻酔管理体制に応じた評価に見直す。

第２　具体的な内容

区分番号Ｌ０００からＬ００１－２の１まで及びＬ００７を統合し、短時間の鎮静に係る評価として「吸入麻酔又は静脈麻酔による鎮静」を新設する。

また、深鎮静の評価を整理する観点から、区分番号Ｌ００１－２の２及び３について、麻酔管理体制に応じた評価に見直すとともに、区分番号Ｌ００８について、気道確保デバイスを用いた全身麻酔の評価であることを明確化する。

改　定　案	現　　行
【第11部　麻酔】	【第11部　麻酔】
［算定要件］	［算定要件］
第１節　麻酔料	第１節　麻酔料
（削除）	Ｌ０００　迷もう麻酔　31点
Ｌ００１　吸入麻酔又は静脈麻酔による鎮静	Ｌ００１　筋肉注射による全身麻酔、注腸による麻酔　120点
１　10分未満のもの　●●点	（新設）
２　10分以上20分未満のもの　●●点	（新設）
（削除）	Ｌ００１－２　静脈麻酔
Ｌ００７　吸入麻酔又は静脈麻酔による深鎮静（声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴わないもの）	Ｌ００７　開放点滴式全身麻酔　310点
１　麻酔に従事する医師が専従で実施する場合　●●点	（新設）
２　麻酔に従事する医師の指導下で麻酔を専従で実施する場合　●●点	（新設）
３　麻酔を専従で実施する場合　●●点	（新設）
４　１から３まで以外の場合	（新設）

●●点	
注１　１について、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、当該保険医療機関の麻酔に従事する医師（麻酔科につき医療法第６条の６第１項に規定する厚生労働大臣の許可を受けた者に限る。）が行った場合に算定する。	（新設）
２　２について、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行った場合に算定する。	（新設）
３　１及び２について、実施時間が２時間を超えた場合は、麻酔管理時間加算として、30分又はその端数を増すごとに、それぞれ●●点、●●点を所定点数に加算する。	（新設）
４　酸素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数（酸素と併せて窒素を使用した場合は、それぞれの価格を10円で除して得た点数を合算した点数）を加算する。酸素及び窒素の価格は、別に厚生労働大臣が定める。	（新設）
５　３歳以上６歳未満の幼児に対して吸入麻酔又は静脈麻酔による深鎮静を行った場合は、幼児加算として、所定点数にそれぞれ所定点数の100分の10に相当する点数を加算する。	（新設）
Ｌ００８　声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴う閉鎖循環式全身麻酔	Ｌ００８　マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔
１～３　（略）	１～３　（略）
４　腹腔鏡を用いた手術若しくは検査が行われる場合又は側臥位で麻酔が行われる場合（１から３までに掲げる場合を除く。）	４　腹腔鏡を用いた手術若しくは検査が行われる場合又は側臥位で麻酔が行われる場合（１から３までに掲げる場合を除く。）

イ　別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合　●●点 ロ　イ以外の場合　●●点 ５　（略）	イ　別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合　9,130点 ロ　イ以外の場合　6,610点 ５　（略）
注１　（略） ２　全身麻酔の実施時間が２時間を超えた場合は、麻酔管理時間加算として、30分又はその端数を増すごとに、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ～ハ　（略） ニ　４に掲げる項目に係る手術等により実施時間が２時間を超えた場合　●●点 ホ　（略） ３～５　（略） ６　声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴う閉鎖循環式全身麻酔と同一日に行った区分番号Ｄ２２０に掲げる呼吸心拍監視の費用は、所定点数に含まれるものとする。 ７～11　（略）	注１　（略） ２　全身麻酔の実施時間が２時間を超えた場合は、麻酔管理時間加算として、30分又はその端数を増すごとに、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ～ハ　（略） ニ　４に掲げる項目に係る手術等により実施時間が２時間を超えた場合　660点 ホ　（略） ３～５　（略） ６　マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔と同一日に行った区分番号Ｄ２２０に掲げる呼吸心拍監視の費用は、所定点数に含まれるものとする。 ７～11　（略）
［施設基準］ 第十二の二　麻酔 ●　吸入麻酔又は静脈麻酔による深鎮静（声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴わないもの）の施設基準 （１）　麻酔に従事する医師が専従で実施する場合の施設基準 当該治療を行うにつき必要な体制が整備されていること。 （２）　麻酔に従事する医師の指導下で麻酔を専従で実施する場合の施設基準 当該治療を行うにつき必要な体制が整備されていること。	［施設基準］ 第十二の二　麻酔 （新設）

⑥　遺伝性疾患に係る療養指導に対する評価の見直し

第１　基本的な考え方

質の高いゲノム医療を推進する観点から、遺伝学的な検査の実施時等における遺伝学的な情報に基づく療養指導に係る評価について、療養指導を実施できる回数等、要件の見直しを行う。

第２　具体的な内容

遺伝学的検査の実施時等における遺伝学的情報に基づく療養指導等に係る評価について、検査実施前及び検査実施後のライフステージの変化に応じて算定できるよう医学管理料として新設するとともに、遺伝カウンセリング加算及び遺伝性腫瘍カウンセリング加算を廃止する。

改　定　案	現　　行
【検体検査判断料】 ［算定要件］ （削除）	【検体検査判断料】 ［算定要件］ 注６　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、難病に関する検査（区分番号Ｄ００６－４に掲げる遺伝学的検査、区分番号Ｄ００６－20に掲げる角膜ジストロフィー遺伝子検査、区分番号Ｄ００６－26に掲げる染色体構造変異解析及び区分番号Ｄ００６－30に掲げる遺伝性網膜ジストロフィ遺伝子検査をいう。以下同じ。）又は遺伝性腫瘍に関する検査（区分番号Ｄ００６－19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査を除く。）を実施し、その結果について患者又はその家族等に対し遺伝カウンセリングを行った場合には、遺伝カウンセリング加算として、患者１人につき月１回に限り、1,000点を所定点数に加算する。ただし、遠隔連携遺伝

	カウンセリング（情報通信機器を用いて、他の保険医療機関と連携して行う遺伝カウンセリング（難病に関する検査に係るものに限る。）をいう。）を行う場合は、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行う場合に限り算定する。
（削除）	7　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号Ｄ００６－19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査を実施し、その結果について患者又はその家族等に対し遺伝カウンセリングを行った場合には、遺伝性腫瘍カウンセリング加算として、患者１人につき月１回に限り、1,000点を所定点数に加算する。
【ミスマッチ修復タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製】 ［算定要件］ （削除）	【ミスマッチ修復タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製】 ［算定要件］ 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、ミスマッチ修復タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製を実施し、その結果について患者又はその家族等に対し遺伝カウンセリングを行った場合には、遺伝カウンセリング加算として、患者１人につき月１回に限り、1,000点を所定点数に加算する。
【遺伝性疾患療養指導管理料】 イ　医師が遺伝子検査の必要性等について文書により説明を行った場合 ●●点	【遺伝性疾患療養指導管理料】 （新設）
ロ　医師が遺伝子検査の結果に基づき遺伝学的な評価等について文書により説明を行った場合 （１）　初回　●●点 （２）　２回目　●●点	（新設）

［算定要件］	［算定要件］
注１　イについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、難病に関する検査（区分番号Ｄ００６－４に掲げる遺伝学的検査、区分番号Ｄ００６－20に掲げる角膜ジストロフィー遺伝子検査、区分番号Ｄ００６－26に掲げる染色体構造変異解析及び区分番号Ｄ００６－30に掲げる遺伝性網膜ジストロフィ遺伝子検査をいう。以下同じ。）又は遺伝性腫瘍に関する検査（区分番号Ｄ００６－19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査を除く。以下同じ。）若しくは病理診断を実施する前にその必要性及び診療方針等について文書により説明を行った場合に、患者１人につき１回に限り算定する。	（新設）
２　ロの（１）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、難病に関する検査又は遺伝性腫瘍に関する検査若しくは病理診断の結果に基づく遺伝学的な評価等について文書により説明を行った場合に、患者１人につき１回に限り算定する。	（新設）
３　ロの（２）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、過去に難病に関する検査又は遺伝性腫瘍に関する検査若しくは病理診断を実施した患者に対して、当該検査又は病理診断の結果に基づく遺伝学的な評価等について文書により説明を行った場合に、患者１人につき１回に限り算定する。	（新設）
４　遠隔連携遺伝性疾患療養指導管	（新設）

理（注１から注３までに掲げる行為のうち、情報通信機器を用いて、他の保険医療機関と連携して行われるもの（難病に関する検査に係るものに限る。）をいう。）を行う場合は、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行う場合に限り算定する。	
５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号Ｄ００６－19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査について、注１から注３までに掲げる行為を行った場合は、患者１人につき１回に限り、それぞれイ又はロに掲げる所定点数を算定する。	（新設）
［施設基準］	［施設基準］
（１）　遺伝性疾患療養指導管理料の注１から注３までに規定する施設基準	（新設）
イ　当該保険医療機関内に遺伝性疾患の診療につき十分な経験を有する常勤の医師が配置されていること。	
ロ　当該療養指導を行うにつき十分な体制が整備されていること。	
（２）　遺伝性疾患療養指導管理料の注４に規定する施設基準	（新設）
イ　遺伝性疾患療養指導管理料の注１から注３までに規定する施設基準に係る届出を行っている保険医療機関であること。	
ロ　情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。	
（３）　遺伝性疾患療養指導管理料の注５に規定する施設基準 　当該療養指導を行うにつき十分な体制が整備されていること。	（新設）

⑦　遺伝学的検査の見直し

第１　基本的な考え方

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、指定難病の診断に必要な遺伝学的検査について、対象疾患を拡大する。

第２　具体的な内容

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する。

改　定　案	現　　行
【遺伝学的検査】 ［算定要件］ (1)　遺伝学的検査は以下の遺伝子疾患が疑われる場合に行うものとし、原則として患者１人につき１回に限り算定できる。ただし、２回以上実施する場合は、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載する。 ア　ＰＣＲ法、ＤＮＡシーケンス法、ＦＩＳＨ法又はサザンブロット法による場合に算定できるもの ①　デュシェンヌ型筋ジストロフィー、ベッカー型筋ジストロフィー及び全身性アミロイドーシス ②～③　（略） イ　（略） ウ　ア、イ、エ及びオ以外のもの ①～②　（略） ③　メープルシロップ尿症、メチルマロン酸血症、プロピオン酸血症、メチルクロトニルグリシン尿症、ＭＴＰ（ＬＣ	【遺伝学的検査】 ［算定要件］ (1)　遺伝学的検査は以下の遺伝子疾患が疑われる場合に行うものとし、原則として患者１人につき１回に限り算定できる。ただし、２回以上実施する場合は、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載する。 ア　ＰＣＲ法、ＤＮＡシーケンス法、ＦＩＳＨ法又はサザンブロット法による場合に算定できるもの ①　デュシェンヌ型筋ジストロフィー、ベッカー型筋ジストロフィー及び家族性アミロイドーシス ②～③　（略） イ　（略） ウ　ア、イ、エ及びオ以外のもの ①～②　（略） ③　メープルシロップ尿症、メチルマロン酸血症、プロピオン酸血症、メチルクロトニルグリシン尿症、ＭＴＰ（ＬＣ

ＨＡＤ）欠損症、色素性乾皮症及び家族性大動脈瘤・解離	ＨＡＤ）欠損症、色素性乾皮症、ロイスディーツ症候群及び家族性大動脈瘤・解離
エ　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（支）局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの ①　ライソゾーム病（ムコ多糖症Ⅰ型、ムコ多糖症Ⅱ型、ゴーシェ病、ファブリ病及びポンペ病を含む。）、脆弱Ｘ症候群、レット症候群、ロウ症候群、三好型ミオパチー、レシチンコレステロールアシルトランスフェラーゼ欠損症、シトステロール血症及び偽性副甲状腺機能低下症	エ　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（支）局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの ①　ライソゾーム病（ムコ多糖症Ⅰ型、ムコ多糖症Ⅱ型、ゴーシェ病、ファブリ病及びポンペ病を含む。）及び脆弱Ｘ症候群
②　プリオン病、クリオピリン関連周期熱症候群、脳内鉄沈着神経変性症、先天性大脳白質形成不全症（中枢神経白質形成異常症を含む。）、環状20番染色体症候群、ＰＣＤＨ19関連症候群、低ホスファターゼ症、ウィリアムズ症候群、アペール症候群、ロスムンド・トムソン症候群、プラダー・ウィリ症候群、１ｐ36欠失症候群、４ｐ欠失症候群、５ｐ欠失症候群、第14番染色体父親性ダイソミー症候群、アンジェルマン症候群、スミス・マギニス症候群、22ｑ11.2欠失症候群、エマヌエル症候群、脆弱Ｘ症候群関連疾患、ウォルフラム症候群、高ＩｇＤ症候群、化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群、先天異常症候群、副腎皮質刺激ホルモン不応症、根性点状軟骨異形成症１型、家族性部分性脂肪萎縮症、肺胞低換気症候群及び脳	②　プリオン病、クリオピリン関連周期熱症候群、脳内鉄沈着神経変性症、先天性大脳白質形成不全症（中枢神経白質形成異常症を含む。）、環状20番染色体症候群、ＰＣＤＨ19関連症候群、低ホスファターゼ症、ウィリアムズ症候群、アペール症候群、ロスムンド・トムソン症候群、プラダー・ウィリ症候群、１ｐ36欠失症候群、４ｐ欠失症候群、５ｐ欠失症候群、第14番染色体父親性ダイソミー症候群、アンジェルマン症候群、スミス・マギニス症候群、22ｑ11.2欠失症候群、エマヌエル症候群、脆弱Ｘ症候群関連疾患、ウォルフラム症候群、高ＩｇＤ症候群、化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群、先天異常症候群、副腎皮質刺激ホルモン不応症、根性点状軟骨異形成症１型及び家族性部分性脂肪萎縮症

腱黄色腫症 ③　神経有棘赤血球症、先天性筋無力症候群、原発性免疫不全症候群、ペリー病、クルーゾン症候群、ファイファー症候群、アントレー・ビクスラー症候群、タンジール病、先天性赤血球形成異常性貧血、若年発症型両側性感音難聴、尿素サイクル異常症、マルファン症候群／ロイス・ディーツ症候群、血管型エーラスダンロス症候群、遺伝性自己炎症疾患、エプスタイン症候群、遺伝性ジストニア、先天性魚鱗癬、眼皮膚白皮症、乳児発症ＳＴＩＮＧ関連血管炎、進行性白質脳症及びシャルコー・マリー・トゥース病	③　神経有棘赤血球症、先天性筋無力症候群、原発性免疫不全症候群、ペリー症候群、クルーゾン症候群、ファイファー症候群、アントレー・ビクスラー症候群、タンジール病、先天性赤血球形成異常性貧血、若年発症型両側性感音難聴、尿素サイクル異常症、マルファン症候群、血管型エーラスダンロス症候群、遺伝性自己炎症疾患、エプスタイン症候群及び遺伝性ジストニア
オ　臨床症状や他の検査等では診断がつかない場合に、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（支）局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの ①　ＴＮＦ受容体関連周期性症候群、中條－西村症候群、家族性地中海熱、ベスレムミオパチー、過剰自己貪食を伴うＸ連鎖性ミオパチー、非ジストロフィー性ミオトニー症候群、遺伝性周期性四肢麻痺、ＨＴＲＡ１関連脳小血管病、結節性硬化症、肥厚性皮膚骨膜症、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、マリネスコ・シェーグレン症候群、ガラクトース―１―リン酸ウリジルトランスフェラーゼ欠損症、進行性骨化性線維異形成症、無虹彩症、ＰＵＲＡ関連神経発達異常症	オ　臨床症状や他の検査等では診断がつかない場合に、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（支）局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの ①　ＴＮＦ受容体関連周期性症候群、中條－西村症候群、家族性地中海熱、ベスレムミオパチー、過剰自己貪食を伴うＸ連鎖性ミオパチー、非ジストロフィー性ミオトニー症候群、遺伝性周期性四肢麻痺、禿頭と変形性脊椎症を伴う常染色体劣性白質脳症、結節性硬化症、肥厚性皮膚骨膜症、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及びＴＲＰＶ４異常症

及びレーベル遺伝性視神経症 ② ソトス症候群、ＣＰＴ２欠損症、ＣＡＣＴ欠損症、ＯＣＴＮ－２異常症、シトリン欠損症、非ケトーシス型高グリシン血症、β－ケトチオラーゼ欠損症、メチルグルタコン酸尿症、グルタル酸血症２型、先天性副腎低形成症、ＡＴＲ－Ｘ症候群、ハッチンソン・ギルフォード症候群、軟骨無形成症、ウンフェルリヒト・ルンドボルグ病、ラフォラ病、セピアプテリン還元酵素欠損症、芳香族Ｌ－アミノ酸脱炭酸酵素欠損症、オスラー病、ＣＦＣ症候群、コステロ症候群、チャージ症候群、リジン尿性蛋白不耐症、副腎白質ジストロフィー、ブラウ症候群、鰓耳腎症候群、ヤング・シンプソン症候群、先天性腎性尿崩症、ビタミンＤ依存性くる病／骨軟化症、ネイルパテラ症候群（爪膝蓋症候群）／ＬＭＸ１Ｂ関連腎症、グルコーストランスポーター１欠損症、甲状腺ホルモン不応症、ウィーバー症候群、コフィン・ローリー症候群、モワット・ウィルソン症候群、肝型糖原病（糖原病Ⅰ型、Ⅲ型、Ⅵ型、Ⅸa型、Ⅸb型、Ⅸc型、Ⅳ型）、筋型糖原病（糖原病Ⅲ型、Ⅳ型、Ⅸd型）、先天性プロテインＣ欠乏症、先天性プロテインＳ欠乏症、先天性アンチトロンビン欠乏症、筋萎縮性側索硬化症、家族性特発性基底核石灰化症、縁取り空胞を伴う遠位型ミオパチー、シュワルツ・ヤンペル症候群、肥大型心筋症、家族性高コレステロール	② ソトス症候群、ＣＰＴ２欠損症、ＣＡＣＴ欠損症、ＯＣＴＮ－２異常症、シトリン欠損症、非ケトーシス型高グリシン血症、β－ケトチオラーゼ欠損症、メチルグルタコン酸尿症、グルタル酸血症２型、先天性副腎低形成症、ＡＴＲ－Ｘ症候群、ハッチンソン・ギルフォード症候群、軟骨無形成症、ウンフェルリヒト・ルンドボルグ病、ラフォラ病、セピアプテリン還元酵素欠損症、芳香族Ｌ－アミノ酸脱炭酸酵素欠損症、オスラー病、ＣＦＣ症候群、コステロ症候群、チャージ症候群、リジン尿性蛋白不耐症、副腎白質ジストロフィー、ブラウ症候群、鰓耳腎症候群、ヤング・シンプソン症候群、先天性腎性尿崩症、ビタミンＤ依存性くる病／骨軟化症、ネイルパテラ症候群（爪膝蓋症候群）／ＬＭＸ１Ｂ関連腎症、グルコーストランスポーター１欠損症、甲状腺ホルモン不応症、ウィーバー症候群、コフィン・ローリー症候群、モワット・ウィルソン症候群、肝型糖原病（糖原病Ⅰ型、Ⅲ型、Ⅵ型、Ⅸa型、Ⅸb型、Ⅸc型、Ⅳ型）、筋型糖原病（糖原病Ⅲ型、Ⅳ型、Ⅸd型）、先天性プロテインＣ欠乏症、先天性プロテインＳ欠乏症、先天性アンチトロンビン欠乏症、筋萎縮性側索硬化症、家族性特発性基底核石灰化症、縁取り空胞を伴う遠位型ミオパチー、シュワルツ・ヤンペル症候群、肥大型心筋症、家族性高コレステロール

血症（ホモ接合体）、先天性ミオパチー、皮質下梗塞と白質脳症を伴う常染色体優性脳動脈症、神経軸索スフェロイド形成を伴う遺伝性びまん性白質脳症、先天性無痛無汗症、家族性良性慢性天疱瘡、那須・ハコラ病、カーニー複合、ペルオキシソーム形成異常症、ペルオキシソームβ酸化系酵素欠損症、プラスマローゲン合成酵素欠損症、アカタラセミア、原発性高シュウ酸尿症Ⅰ型、レフサム病、先天性葉酸吸収不全症、異型ポルフィリン症、先天性骨髄性ポルフィリン症、急性間欠性ポルフィリン症、赤芽球性プロトポルフィリン症、Ｘ連鎖優性プロトポルフィリン症、遺伝性コプロポルフィリン症、晩発性皮膚ポルフィリン症、肝性骨髄性ポルフィリン症、原発性高カイロミクロン血症、無βリポタンパク血症、タナトフォリック骨異形成症、遺伝性膵炎、嚢胞性線維症、アッシャー症候群（タイプ１、タイプ２、タイプ３）、カナバン病、先天性グリコシルホスファチジルイノシトール欠損症、大理石骨病、脳クレアチン欠乏症候群、ネフロン癆、家族性低βリポタンパク血症１（ホモ接合体）、進行性家族性肝内胆汁うっ滞症、ジュベール症候群関連疾患、ウェルナー症候群、コケイン症候群、弾性線維性仮性黄色腫、ダイアモンド・ブラックファン貧血及びＬＭＮＢ１関連大脳白質脳症	血症、先天性ミオパチー、皮質下梗塞と白質脳症を伴う常染色体優性脳動脈症、神経軸索スフェロイド形成を伴う遺伝性びまん性白質脳症、先天性無痛無汗症、家族性良性慢性天疱瘡、那須・ハコラ病、カーニー複合、ペルオキシソーム形成異常症、ペルオキシソームβ酸化系酵素欠損症、プラスマローゲン合成酵素欠損症、アカタラセミア、原発性高シュウ酸尿症Ⅰ型、レフサム病、先天性葉酸吸収不全症、異型ポルフィリン症、先天性骨髄性ポルフィリン症、急性間欠性ポルフィリン症、赤芽球性プロトポルフィリン症、Ｘ連鎖優性プロトポルフィリン症、遺伝性コプロポルフィリン症、晩発性皮膚ポルフィリン症、肝性骨髄性ポルフィリン症、原発性高カイロミクロン血症、無βリポタンパク血症、タナトフォリック骨異形成症、遺伝性膵炎、嚢胞性線維症、アッシャー症候群（タイプ１、タイプ２、タイプ３）、カナバン病、先天性グリコシルホスファチジルイノシトール欠損症、大理石骨病、脳クレアチン欠乏症候群、ネフロン癆、家族性低βリポタンパク血症１（ホモ接合体）及び進行性家族性肝内胆汁うっ滞症
③　ドラベ症候群、コフィン・シリス症候群、歌舞伎症候	③　ドラベ症候群、コフィン・シリス症候群、歌舞伎症候

群、肺胞蛋白症（自己免疫性又は先天性）、ヌーナン症候群、骨形成不全症、脊髄小脳変性症（多系統萎縮症を除く）、古典型エーラスダンロス症候群、非典型溶血性尿毒症症候群、アルポート症候群、ファンコニ貧血、遺伝性鉄芽球性貧血、アラジール症候群、ルビンシュタイン・テイビ症候群、ミトコンドリア病、線毛機能不全症候群（カルタゲナー症候群を含む。）、先天性副腎皮質酵素欠損症及び出血性線溶異常症	群、肺胞蛋白症（自己免疫性又は先天性）、ヌーナン症候群、骨形成不全症、脊髄小脳変性症（多系統萎縮症を除く）、古典型エーラスダンロス症候群、非典型溶血性尿毒症症候群、アルポート症候群、ファンコニ貧血、遺伝性鉄芽球性貧血、アラジール症候群、ルビンシュタイン・テイビ症候群、ミトコンドリア病及び線毛機能不全症候群（カルタゲナー症候群を含む。）

⑧　迅速なフィブリノゲン測定に係る評価の新設

第１　基本的な考え方

フィブリノゲン製剤の適正使用の観点から、同剤の投与に際し必要となる迅速なフィブリノゲン測定を行う場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

フィブリノゲン半定量及びフィブリノゲン定量について、フィブリノゲン製剤の投与の適応判定を目的として迅速に測定を行った場合の加算を新設する。

改　定　案	現　　行
【出血・凝固検査】 ４　フィブリノゲン半定量、フィブリノゲン定量、クリオフィブリノゲン 注　後天性低フィブリノゲン血症の患者に対して、フィブリノゲン製剤の適応の可否を判断する目的で、手術室等の場所でフィブリノゲン半定量又はフィブリノゲン定量を実施した場合は、迅速フィブリノゲン測定加算として、●●点を所定点数に加算する。	【出血・凝固検査】 ４　フィブリノゲン半定量、フィブリノゲン定量、クリオフィブリノゲン （新設）

⑨　質の高い臨床検査の適切な評価

第１　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、新規臨床検査として保険適用され、現在準用点数で行われている検査について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

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、検査料を新設する。

【検査の例】

（新）　感染症免疫学的検査

アスペルギルスＩｇＧ抗体　●●点

⑩　骨塩定量検査の算定要件の見直し

第１　基本的な考え方

関係学会における骨粗鬆症の治療管理での骨塩定量検査の位置付けを踏まえ、算定回数を見直す。

第２　具体的な内容

骨塩定量検査について、急激な骨減少又は増加をきたす病態や薬剤の投与時を除き、算定回数を４月に１回から１年に１回とする。

改　定　案	現　　行
【Ｄ２１７　骨塩定量検査】 ［算定要件］ 注　検査の種類にかかわらず、患者１人につき１年に１回に限り算定する。ただし、骨粗鬆症の治療を開始した日から起算して１年以内の場合には、患者１人につき４月に１回に限り算定する。 ［留意事項通知］ （１）　骨塩定量検査は、骨粗鬆症の診断又はその経過観察を行った場合であって、以下のアからカのいずれかに該当する患者については４月に１回に限り、その他の患者については１年に１回に限り算定する。 ア　骨粗鬆症の治療を開始した日から起算して１年以内の場合 イ　新たに骨折した場合 ウ　関係学会のガイドラインで示されている骨折危険因子が新規に増えた場合 エ　ビスホスホネート薬治療の中断を検討する場合 オ　グルココルチコイド、アロマターゼ阻害薬、抗アンドロゲン薬、骨形成促進薬等、骨減少又は骨増	【Ｄ２１７　骨塩定量検査】 ［算定要件］ 注　検査の種類にかかわらず、患者１人につき４月に１回に限り算定する。 ［留意事項通知］ （１）　骨塩定量検査は、骨粗鬆症の診断及びその経過観察の際のみ算定できる。ただし、４月に１回を限度とする。

加をきたす薬剤を投与する場合 カ　吸収不良、全身性炎症性疾患、長期不動、人工閉経等、骨減少又は骨増加をきたす疾患等を有する場合 (2)～(6)　（略）	(2)～(6)　（略）

⑪　近視進行抑制薬の処方に係る検査の見直し

第１　基本的な考え方

近視の進行抑制を効能・効果として有する医薬品の処方に係る一連の検査を適切に評価するため、同医薬品の処方に係る検査について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

近視の進行抑制を目的として診療を行い近視の進行抑制を効能・効果として有する医薬品を投与している患者に対する眼科学的検査について、年2回の受診に限り算定できることとするとともに、2種類以上の検査を行った場合は、2種類を限度として算定するよう、要件を設ける。

改　定　案	現　　行
【眼科学的検査】 ［算定要件］ 通則 １　（略） ２　近視の進行抑制を目的として診療を行い当該目的に係る効能又は効果を有する医薬品を投与している患者に対して眼科学的検査を行った場合は、年２回に限り算定する。この場合において、１回の受診において複数の検査を行った場合は、２種類を限度として算定する。	【眼科学的検査】 ［算定要件］ 通則 （略） （新設）

⑫　検体検査管理加算の見直し

第１　基本的な考え方

患者への安心・安全な医療の提供を更に推進する観点から、検体検査管理加算の要件を見直す。

第２　具体的な内容

検体検査管理加算（Ⅱ）、（Ⅲ）及び（Ⅳ）について、パニック値の閾値の設定等を行うことが望ましいことを要件に追加する。

改　定　案	現　　行
【検体検査管理加算】 ［施設基準］ 第19の２　検体検査管理加算（Ⅱ） １　検体検査管理加算（Ⅱ）に関する施設基準 （１）　（略） （２）　検体検査管理加算（Ⅳ）の施設基準のうち（３）から（７）までの全てを満たしていること。 第20　検体検査管理加算（Ⅲ） １　検体検査管理加算（Ⅲ）に関する施設基準 （１）　（略） （２）　検体検査管理加算（Ⅳ）の施設基準のうち（２）から（７）までの全てを満たしていること。 第20の２　検体検査管理加算（Ⅳ） １　検体検査管理加算（Ⅳ）に関する施設基準 （１）～（６）　（略） （７）　当該保険医療機関内で実施された検体検査の結果が、生	【検体検査管理加算】 ［施設基準］ 第19の２　検体検査管理加算（Ⅱ） １　検体検査管理加算（Ⅱ）に関する施設基準 （１）　（略） （２）　検体検査管理加算（Ⅳ）の施設基準のうち（３）から（６）までの全てを満たしていること。 第20　検体検査管理加算（Ⅲ） １　検体検査管理加算（Ⅲ）に関する施設基準 （１）　（略） （２）　検体検査管理加算（Ⅳ）の施設基準のうち（２）から（６）までの全てを満たしていること。 第20の２　検体検査管理加算（Ⅳ） １　検体検査管理加算（Ⅳ）に関する施設基準 （１）～（６）　（略） （新設）

命が危ぶまれるような状態にあることを示唆する異常値（以下「パニック値」という。）であった際に、次の対応を行う体制が整備されていることが望ましい。 ア　当該保険医療機関内で実施した検体検査のうち、少なくともグルコース、カリウム及び血小板について、パニック値の閾値を設定すること。 イ　当該保険医療機関内で実施した検体検査の結果が、パニック値であった際に、速やかに当該患者の診療に当たる医師へ連絡すること。なお、医師への伝達については、看護師等を経由して連絡することでも差し支えない。また、連絡を受けた医師は、当該パニック値に対して行った対応について、遅滞なく診療録に記載するよう努めること。 ウ　検査結果報告書等において、当該検体検査の結果がパニック値であることがわかる表示を行うよう努めること。	

⑬　カルタヘナ法に基づく医学管理の推進

第１　基本的な考え方

カルタヘナ法を遵守した薬剤投与や医学管理を推進する観点から、新たな評価及び特定薬剤治療管理料の対象薬剤の見直しを行う。

第２　具体的な内容

１．カルタヘナ法に基づく医学管理を目的として、入院中の個室管理を行った場合の評価を新設する。

（新）　特定薬剤治療環境特別加算（１日につき）　●●点

［対象患者］

カルタヘナ法に基づく管理が必要な薬剤（再生医療等製品を含む。）を投与する目的で個室に入院する患者

［算定要件］

保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、特定薬剤治療環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、遺伝子組換え生物等の使用等の規制による生物の多様性の確保に関する法律（平成 15 年法律第 97 号。以下「カルタヘナ法」という。）に基づく管理が必要な薬剤（再生医療等製品を含む。）を投与する目的で個室に入院させた場合に、特定薬剤治療環境特別加算として、所定点数に加算する。

２．特定薬剤治療管理料において、カルタヘナ法に基づく管理が必要な薬剤に係る評価を行う。

改　定　案	現　　行
【特定薬剤治療管理料】 ［算定要件］ 注11　ロについては、サリドマイド及びその誘導体を投与している患者について、服薬に係る安全管理の遵守状況を確認し、その結果を所定の機関に報告する等	【特定薬剤治療管理料】 ［算定要件］ 注11　ロについては、サリドマイド及びその誘導体を投与している患者について、服薬に係る安全管理の遵守状況を確認し、その結果を所定の機関に報告する等

により、投与の妥当性を確認した上で、必要な指導等を行った場合又は遺伝子組換え生物等の使用等の規制による生物の多様性の確保に関する法律に基づく管理が必要な薬剤を投与している患者について、自宅等における管理に必要な指導等を行った場合に月１回に限り所定点数を算定する。	により、投与の妥当性を確認した上で、必要な指導等を行った場合に月１回に限り所定点数を算定する。

⑭　慢性心不全の再入院予防の評価の新設

第１　基本的な考え方

心不全治療による再入院予防を推進する観点から、急性心不全で入院した患者に対して、早期から多職種による介入を実施し、退院後も必要な治療を地域で連携して実施した場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

呼吸困難等の症状を伴う急性心不全を発症し入院した患者に対し、地域連携に係る要件を満たした保険医療機関が、多職種により心不全の再入院予防の取組を行う場合の評価を新設する。

（新）　Ｂ００１－●　心不全再入院予防継続管理料（１日につき）

イ　心不全再入院予防継続管理料１	●●点
ロ　心不全再入院予防継続管理料２	
（１）　●回目まで	●●点
（２）　●回目以降	●●点
ハ　心不全再入院予防継続管理料３	
（１）　●回目まで	●●点
（２）　●回目以降	●●点

［対象患者］

（１）　慢性心不全の急性増悪を含む急性心不全を発症し、施設基準を満たす保険医療機関の一般病棟に入院している患者のうち、次のいずれにも該当するもの

①　慢性心不全の急性増悪を含む急性心不全に対し、関連学会のガイドラインに基づいて心機能の評価、原因精査、リスク評価及び必要な治療等が実施されていること

②　入院中に運動療法を実施していること

（２）　イを算定していた入院中の患者以外の患者であって、施設基準を満たす保険医療機関の医師、看護師又は保健師、薬剤師及び管理栄養士等の共同により心不全の計画的な評価並びに治療等が実施されたもの

（３）　イ又はロを算定していた入院中の患者以外の患者であって、施設基準を満たす保険医療機関において継続して心不全の計画的な評価及び治療等が実施されたもの

[算定要件]

（１）　イについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であって、慢性心不全の急性増悪を含む急性心不全で入院したものに対して、心不全による再入院の予防を目的として、心不全の計画的な評価及び治療等を行った場合に、当該入院中●●回に限り算定する。

（２）　ロについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、イを算定したものに対して、継続して心不全の計画的な評価及び治療等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して●●年を限度として、月●●回に限り算定する。

（３）　ハについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、イを算定したものに対して、継続して心不全の計画的な評価及び治療等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して●●年を限度として、月●●回に限り算定する。

（４）　イについては、関係学会より示されている「心不全診療ガイドライン」に基づき、患者の心機能の評価、原因精査及びリスク評価を行い、薬物治療に加え、療養指導、食事指導及び運動指導等を必要に応じて個別に実施した場合に算定する。

（５）　ロについては、関係学会より示されている「心不全診療ガイドライン」に基づき、治療効果の評価等を実施し、薬物治療に加え、療養指導、食事指導及び運動指導等を必要に応じて個別に実施した場合に算定する。

（６）　ハについては、関係学会より示されている「心不全診療ガイドライン」に基づき、治療効果の評価等を実施し、必要な治療を継続して実施した場合に算定する。

[施設基準]

（１）　心不全の診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

（２）　当該体制において、心不全の診療を担当する医師、看護師又は保健師、薬剤師及び管理栄養士が適切に配置されていること。

（３）　イの施設基準に係る病棟については、急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料、７対１入院基本料、10 対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）に係る届出を行っている保険医療機関の病棟であること。

⑮　人工腎臓の評価の見直し

第１　基本的な考え方

血液透析患者に対するより安心・安全で質の高い診療体制を確保する観点から、人工腎臓に関して、腎代替療法に関する情報提供、災害対策及びシャントトラブルに係る医療機関間連携等を実施した場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

人工腎臓について、腎代替療法に関する情報提供、災害対策及びシャントトラブルに係る医療機関間連携を実施した場合を要件とする評価に見直す。

改　定　案	現　　行
【Ｊ０３８　人工腎臓】	【Ｊ０３８　人工腎臓】
［算定要件］	［算定要件］
１　慢性維持透析を行った場合１	１　慢性維持透析を行った場合１
イ　４時間未満の場合　●●点	イ　４時間未満の場合　1,876点
ロ　４時間以上５時間未満の場合　●●点	ロ　４時間以上５時間未満の場合　2,036点
ハ　５時間以上の場合　●●点	ハ　５時間以上の場合　2,171点
２　慢性維持透析を行った場合２	２　慢性維持透析を行った場合２
イ　４時間未満の場合　●●点	イ　４時間未満の場合　1,836点
ロ　４時間以上５時間未満の場合　●●点	ロ　４時間以上５時間未満の場合　1,996点
ハ　５時間以上の場合　●●点	ハ　５時間以上の場合　2,126点
３　慢性維持透析を行った場合３	３　慢性維持透析を行った場合３
イ　４時間未満の場合　●●点	イ　４時間未満の場合　1,796点
ロ　４時間以上５時間未満の場合　●●点	ロ　４時間以上５時間未満の場合　1,951点
ハ　５時間以上の場合　●●点	ハ　５時間以上の場合　2,081点
４　その他の場合　●●点	４　その他の場合　1,580点
注１～14　（略）	注１～14　（略）
15　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合には、腎代替療法診療体制充実加	（新設）

算として、●●点を所定点数に加算する。	
［施設基準］ 二の二　人工腎臓に規定する厚生労働大臣が定める施設基準等 （１）～（７）　（略） （８）　腎代替療法診療体制充実加算の施設基準 イ　当該療法を行うにつき必要な説明を行っていること。 ロ　当該療法を行うにつき必要な実績を有していること。 ハ　当該療法を行うにつき必要な体制が整備されていること。	［施設基準］ 二の二　人工腎臓に規定する厚生労働大臣が定める施設基準等 （１）～（７）　（略） （新設）
［施設基準通知］ 第57の２　人工腎臓 １～４　（略） ５　腎代替療法診療体制充実加算の施設基準 （１）　ア及びイを満たしていること。 ア　ハザードマップにより当該保険医療機関の災害発生時のリスクを把握した上で、災害対応に係るマニュアルを作成していること。 イ　日本透析医会、日本透析医会支部又は都道府県等による災害時の情報伝達訓練に年に１回以上参加していること。 （２）　アを満たしているとともに、イ又はウを満たしていること。 ア　腎代替療法に係る情報提供について、関係学会の作成した資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき、患者ごとの適応に応じて、腎代替療法について、患者に対し必要な説明を行っていること。なお、患者に対	［施設基準通知］ 第57の２　人工腎臓 １～４　（略） （新設）

する説明は、導入期に限らず、患者の病状や患者の求めに応じて繰り返し行うこと。 イ　「Ｃ１０２」在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去１年間で24回以上算定していること。 ウ　腎移植について、患者の求めに応じて適切に相談に応じており、かつ、腎移植に向けた手続を行った患者（日本臓器移植ネットワークに腎臓移植希望者として新規に登録された患者、先行的腎移植が実施された患者又は腎移植が実施され透析を離脱した患者をいう。）が前年に２人以上いること。 （３）　透析シャント閉塞等により経皮的シャント拡張術・血栓除去術等の治療を要する場合には、当該保険医療機関で治療を行う場合を除き、シャント閉塞等の治療を行う他の保険医療機関と事前に連携した上で必要に応じて診療情報の提供を行う体制が整備されていること。 （４）　緩和ケアを必要とする患者に対し、患者の症状に応じた適切な治療及びケアを提供できる体制が整備されていることが望ましい。なお、緩和ケアについては、「腎不全患者のための緩和ケアガイダンス」（日本緩和医療学会、日本腎臓学会、日本透析医学会）を参考にすること。	
６　届出に関する事項 （１）～（３）　（略） （４）　腎代替療法診療体制充実加算の施設基準に係る届出は	５　届出に関する事項 （１）～（３）　（略） （新設）

別紙●の様式●を用いること。 （５） 腎代替療法診療体制充実加算の届出を行っている保険医療機関については、令和９年５月31日までの間に限り、（１）のイの基準に該当するものとみなす。また、令和10年５月31日までの間に限り、（２）のイ及びウの基準に該当するものとみなす。	（新設）

⑯　経皮的シャント拡張術・血栓除去術の適正化

第１　基本的な考え方

経皮的シャント拡張術・血栓除去術について、シャント閉塞及び高度なシャント狭窄とその他の場合の治療効果の違いを踏まえ、算定要件を見直す。

第２　具体的な内容

「Ｋ６１６－４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術」の「１　初回」について、透析シャント閉塞の場合又は超音波検査においてシャント血流量が400ml以下若しくは血管抵抗指数（RI）が0.6以上の場合と、その他の場合で点数差を設ける。

改　定　案	現　　行
【Ｋ６１６－４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術】	【Ｋ６１６－４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術】
［算定要件］	［算定要件］
１　初回	１　初回　12,000点
イ　透析シャント閉塞又は高度狭窄の場合　●●点	（新設）
ロ　その他の場合　●●点	（新設）
２　１の実施後３月以内に実施する場合　12,000点	２　１の実施後３月以内に実施する場合　12,000点
［算定要件（通知）］	［算定要件（通知）］
（１）「１」については、３月に１回に限り算定する。また、次のいずれかに該当するものは「イ」を算定し、その他のものは「ロ」を算定する。なお、「イ」を算定する場合は、次のいずれかの要件を満たす画像所見等の医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。	（１）「１」については、３月に１回に限り算定する。
ア　透析シャント閉塞の場合	（新設）
イ　超音波検査において、シャント血流量が400ml以下又は血管抵抗指数（RI）が0.6以上の場合（アの場合を除く。）	（新設）

（２）　「１」を算定してから３月以内に実施した場合には、（１）のア又はイのいずれかに該当するものに限り、１回を限度として「２」を算定する。また、（１）のア又はイのいずれかの要件を満たす画像所見等の医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 （削除） （削除） （３）　（略）	（２）　「１」を算定してから３月以内に実施した場合には、次のいずれかに該当するものに限り、１回を限度として「２」を算定する。また、次のいずれかの要件を満たす画像所見等の医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ア　透析シャント閉塞の場合 イ　超音波検査において、シャント血流量が400ml以下又は血管抵抗指数（RI）が0.6以上の場合（アの場合を除く。） （３）　（略）

⑰　医療機関間連携による腹膜透析管理の推進

第１　基本的な考え方

腹膜透析の管理を行う医療機関が乏しい二次医療圏が多いことを踏まえ、腹膜透析を導入する基幹病院とかかりつけ医の連携により、そうした地域の患者にとっての医療アクセスを確保しつつ、質の高い管理を提供することが可能となるよう、在宅自己腹膜灌流指導管理料の算定要件を見直す。

第２　具体的な内容

在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者であって、頻回に指導管理を行う必要があるものに対し､他の保険医療機関の求めを受けて、腹膜透析の導入を行う基幹病院が指導管理を行った場合の評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【Ｃ１０２　在宅自己腹膜灌流指導管理料】	【Ｃ１０２　在宅自己腹膜灌流指導管理料】
［算定要件］	［算定要件］
Ｃ１０２　在宅自己腹膜灌流指導管理料	Ｃ１０２　在宅自己腹膜灌流指導管理料　4,000点
１　在宅自己腹膜灌流指導管理料１　●●点	（新設）
２　在宅自己腹膜灌流指導管理料２　●●点	（新設）
注１　在宅自己腹膜灌流指導管理料１については、在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅自己連続携行式腹膜灌流に関する指導管理を行った場合に算定するものとし、頻回に指導管理を行う必要がある場合は、同一月内の２回目以降１回につき2,000点を月２回に限り算定する。	注１　在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅自己連続携行式腹膜灌流に関する指導管理を行った場合に算定するものとし、頻回に指導管理を行う必要がある場合は、同一月内の２回目以降１回につき2,000点を月２回に限り算定する。
２　当該指導管理料１を算定する同一月内に区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓又はＪ０４２に規定する腹膜灌流の１を算定す	２　当該指導管理を算定する同一月内に区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓又はＪ０４２に規定する腹膜灌流の１を算定する場

る場合は、注１に規定する２回目以降の費用は、算定しない。 ３　（略） ４　在宅自己腹膜灌流指導管理料２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている入院中の患者以外の患者に対して、当該指導管理料１を算定している他の保険医療機関の求めに応じて指導管理を行った場合に、一連の治療につき２回に限り算定する。 ［施設基準］ ●の●　在宅自己腹膜灌流指導管理料２の施設基準 腹膜透析患者に対する診療を行うにつき必要な体制が整備されていること。	合は、注１に規定する２回目以降の費用は、算定しない。 ３　（略） （新設） ［施設基準］ （新設）

【Ⅲ－１－１　身体的拘束の最小化の推進－①】

①　身体的拘束最小化の取組の更なる推進

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

改　定　案	現　　行
［算定要件］ 第２部　入院料等 通則 １～６　（略） ７　入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策、栄養管理体制、意思決定支援及び身体的拘束最小化について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第１節（特別入院基本料等を含む。）、第３節及び第４節（短期滞在手術等基本料１を除く。）の各区分に掲げるそれぞれの入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数を算定する。 ８　（略） ９　７に規定する別に厚生労働大臣が定める基準のうち、身体的拘束最小化に関する基準を満たすことができない保険医療機関については、第１節（特別入院基本料等を除く。）、第３節及び第４節（短期滞在手術等基本料１を除く。）の各区分に掲げるそれぞれの入院基	［算定要件］ 第２部　入院料等 通則 １～６　（略） ７　入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡（じょくそう）対策、栄養管理体制、意思決定支援及び身体的拘束最小化について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第１節（特別入院基本料等を含む。）、第３節及び第４節（短期滞在手術等基本料１を除く。）の各区分に掲げるそれぞれの入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数を算定する。 ８　（略） ９　７に規定する別に厚生労働大臣が定める基準のうち、身体的拘束最小化に関する基準を満たすことができない保険医療機関については、第１節（特別入院基本料等を除く。）、第３節及び第４節（短期滞在手術等基本料１を除く。）の各区分に掲げるそれぞれの入院

本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数から１日につき40点を減算する。ただし、７に規定する別に厚生労働大臣が定める基準のうち、身体的拘束最小化に関する基準において、身体的拘束最小化の体制に係る基準を満たす保険医療機関については、当該減算の点数に代えて、所定点数から１日につき●点を減算する。	基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数から１日につき40点を減算する。
［施設基準（告示）］ 八　身体的拘束最小化の基準 （１）　身体的拘束最小化の体制に係る基準 身体的拘束の最小化を行うにつき十分な体制が整備されていること。 （２）　身体的拘束最小化の実績等に係る基準 身体的拘束の最小化につき相当の実績を有していること又は身体的拘束の最小化について適切な取組を行っていること。	［施設基準（告示）］ 八　身体的拘束最小化の基準 （新設） 身体的拘束の最小化を行うにつき十分な体制が整備されていること。 （新設）
［施設基準（通知）］ 第１　入院基本料（特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算、夜勤時間特別入院基本料及び重症患者割合特別入院基本料（以下「特別入院基本料等」という。）及び特定入院基本料を含む。）及び特定入院料に係る入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策、栄養管理体制、意思決定支援及び身体的拘束最小化の基準 １～６　（略） ７　身体的拘束最小化の基準 （１）　身体的拘束最小化の体制に関する基準は（３）から（６）まで、身体的拘束最小化の実績等に関する基準は	［施設基準（通知）］ 第１　入院基本料（特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算、夜勤時間特別入院基本料及び重症患者割合特別入院基本料（以下「特別入院基本料等」という。）及び特定入院基本料を含む。）及び特定入院料に係る入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策、栄養管理体制、意思決定支援及び身体的拘束最小化の基準 １～６　（略） ７　身体的拘束最小化の基準

（７）及び（８）をいうものであること。	
（２） 身体的拘束とは、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいうこと。	（新設）
（３） 患者の尊厳の保持及び療養環境の質の確保の観点から、当該保険医療機関において、患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならないこと。また、こうした組織風土の醸成に努めること。	（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。
（４） （２）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。	（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。
（削除）	（３） 身体的拘束とは、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいうこと。
（５） （略）	（４） （略）
（６） 身体的拘束最小化チームでは、以下の業務を実施すること。 ア （略） イ 身体的拘束を最小化するための指針を作成し、職員に周知し活用すること。なお、アを踏まえ、定期的に当該指針の見直しを行うこと。また、当該指針には、鎮静を目的とした薬物の適正使用や（２）に規定する身体的拘束以外の患者の行動を制限する行為の最小化に	（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 （略） イ 身体的拘束を最小化するための指針を作成し、職員に周知し活用すること。なお、アを踏まえ、定期的に当該指針の見直しを行うこと。また、当該指針には、鎮静を目的とした薬物の適正使用や（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。	係る内容を盛り込むことが望ましい。
ウ　入院患者に係わる職員を対象として、身体的拘束の最小化に関する研修を定期的に行うこと。当該研修には、身体的拘束の代替手段に関する内容のほか、患者の尊厳の保持の重要性に関する内容を含むことが望ましい。	ウ　入院患者に係わる職員を対象として、身体的拘束の最小化に関する研修を定期的に行うこと。
（７）　以下のいずれかを満たすこと。 ア　身体的拘束の実施割合が集計されており、当該保険医療機関内で●割●分以下であること。 イ　身体的拘束の原則廃止に向けて、（イ）から（ハ）までの全ての取組みを継続して行っていること。 （イ）　身体的拘束最小化チームにおいて、身体的拘束の実施状況を踏まえ、身体的拘束の最小化に向けた具体的な取組を検討するための委員会を３か月に１回以上開催していること。 （ロ）　身体的拘束が行われている病棟に対し、次の取組のいずれかが行われていること。 ①　身体的拘束最小化チームによる病棟の巡回が定期的に行われ、病棟の職員とともに身体的拘束が行われている患者の解除や代替策の導入に向けた具体的な検討が積極的に行われていること。 ②　身体的拘束が行わ	（新設）

れている患者が生じる都度、病棟の複数の職員により解除や代替策の導入に向けた具体的な検討が積極的に行われていること。 （ハ）　当該保険医療機関内で、入院患者に関わる職員を対象として、患者の尊厳の保持の重要性及び身体的拘束の最小化に向けた具体的な方策や好事例の紹介を含む内容の研修が年に２回以上実施されていること。 （８）　（７）のアに規定する身体的拘束の実施割合は、直近３か月における当該保険医療機関で入院料（「Ａ３００」救命救急入院料、「Ａ３０１」特定集中治療室管理料、「Ａ３０１－２」ハイケアユニット入院医療管理料、「Ａ３０１－３」脳卒中ケアユニット入院医療管理料、「Ａ３０１－４」小児特定集中治療室管理料、「Ａ３０２」新生児特定集中治療室管理料、「Ａ３０２－２」新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料、「Ａ３０３」総合周産期特定集中治療室管理料、「Ａ３０３－２」新生児治療回復室入院医療管理料を除く。また、精神病床に入院する全ての患者の身体的拘束を精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）の規定に基づいて取り扱う場合には精神病床	（新設）

を除く。）を算定した日数のうち、身体的拘束を実施した日数を、当該入院料を算定した日数で除して得た割合をいう。ただし、実施した身体的拘束が以下のアからウまでのいずれかに該当する場合は、身体的拘束を実施した日数に含めない。なお、アからウまでに該当する場合であっても、常に身体的拘束の解除や代替策の導入について検討し、身体的拘束の最小化に努めること。 ア　衣服に触れるものの、患者の動作により容易に外れ、患者の自発的な運動を制限することはない状況で用いられる、見守りや職員を呼ぶためのセンサー等のみを使用している場合 イ　処置時や移動時に、患者本人又はその家族の同意を得た上で、安全確保のために短時間固定ベルトやミトンを使用する場合であって、職員が介助等のために当該患者の側に付き添っており、処置や移動の終了時に確実に解除している場合 ウ　患者が訓練のために自由に車椅子を操作することのできる状態であって、患者本人又はその家族の同意を得た上で、車椅子操作による訓練の時間中のみ安全確保のために固定ベルトを使用する場合（車椅子の前にオーバーテーブルを設置する、車椅子をロックする等の方法により、患者本人の活動を制限している場合は該当しない。）	

（９）　（３）から（６）まで及び（７）のイの規定に関わらず、精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。）における身体的拘束の取扱いについては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定による。精神病床に入院する全ての患者の身体的拘束を当該法律の規定に基づいて取り扱う場合は、（３）から（６）まで及び（７）のイの規定を満たすものとみなす。	（６）　（１）から（５）までの規定に関わらず、精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。）における身体的拘束の取扱いについては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律25第123号）の規定による。
(10)　令和８年３月31日において現に入院基本料又は特定入院料に係る届出を行っている病棟又は病床については、令和９年５月31日までの間に限り、（６）のイ及び（７）の基準を満たしているものとする。	（７）　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又は病床については、令和７年５月31日までの間に限り、（１）から（５）までの基準を満たしているものとする。
８　（略）	８　（略）

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

（新）　身体的拘束最小化推進体制加算（１日につき）　●●点

［対象患者］

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

［算定要件］

注１　身体的拘束最小化について質の高い取組を行う体制その他の事

項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）及び第３節の特定入院料のうち、身体的拘束最小化推進体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

［施設基準］

（１）　当該保険医療機関において、身体的拘束の最小化に資する十分な体制が整備されていること。

（２）　当該病棟において、身体的拘束の最小化に関する十分な実績を有していること。

（３）　身体的拘束最小化のために病院全体として取組を行っていること、原則として身体的拘束を行わない方針であること及び身体的拘束の実施状況について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

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

②認知症ケア加算の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

改　定　案	現　　行
【認知症ケア加算】	【認知症ケア加算】
１　認知症ケア加算１	１　認知症ケア加算１
イ　14日以内の期間　●●点	イ　14日以内の期間　180点
ロ　15日以上の期間　●●点	ロ　15日以上の期間　34点
２　認知症ケア加算２	２　認知症ケア加算２
イ　14日以内の期間　●●点	イ　14日以内の期間　112点
ロ　15日以上の期間　●●点	ロ　15日以上の期間　28点
３　認知症ケア加算３	３　認知症ケア加算３
イ　14日以内の期間　●●点	イ　14日以内の期間　44点
ロ　15日以上の期間　●●点	ロ　15日以上の期間　10点
［算定要件］	［算定要件］
注２　身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の●●に相当する点数により算定する。	注２　身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。

【Ⅲ－１－２　医療安全対策の推進－①】

①　医療安全対策加算の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

改　定　案	現　　行
【医療安全対策加算】	【医療安全対策加算】
１　医療安全対策加算１　●●点	１　医療安全対策加算１　85点
２　医療安全対策加算２　●●点	２　医療安全対策加算２　30点
［算定要件］	［算定要件］
注１　（略）	注１　（略）
２　医療安全対策に関する医療機関間の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（ロについては、特定機能病院を除く。）に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。	２　医療安全対策に関する医療機関間の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（特定機能病院を除く。）に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。
イ　医療安全対策地域連携加算１　●●点	イ　医療安全対策地域連携加算１　50点
ロ　医療安全対策地域連携加算２　●●点	ロ　医療安全対策地域連携加算２　20点

【Ⅲ－２　アウトカムにも着目した評価の推進－①】

①　リハビリテーション実績指数の算出方法及び除外対象患者等の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

１．リハビリテーション実績指数の算出方法について、ＦＩＭ運動項目のうち「歩行・車椅子」及び「トイレ動作」の得点について、入棟中又は入室中に5点以下から6点以上に上がった場合、分子のＦＩＭ運動項目利得に1点を加えることとする。

２．基本診療料の施設基準等別表第九の三に規定する「効果に係る相当程度の実績が認められない場合」について、リハビリテーション実績指数が２回連続して 27 を下回った場合から、●●を下回った場合に見直す。

３．リハビリテーション実績指数の算出から除外できる要件のうち、「年齢が 80 歳以上のもの」を削除する。

４．リハビリテーション実績指数の算出から除外できる要件のうち、「ＦＩＭ運動項目の得点が 20 点以下のもの」について、疾患別リハビリテーションの実施単位数が１日平均６単位を超えるものは対象から除く。

５．リハビリテーション実績指数の算出から除外できる要件のうち、「ＦＩＭ認知項目の得点が 24 点以下のもの」を「ＦＩＭ認知項目の得点が 14 点以下のもの」に見直す。

６．リハビリテーション実績指数の算出から除外できる患者要件の変更に伴い、リハビリテーション実績指数の算出から除外できる割合について、100 分の 30 を超えない範囲から 100 分の●●を超えない範囲に見直す。

７．当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開することとされている項

目について、院内掲示及びウェブサイトに掲載することと明確化する。

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

「注１」に規定する厚生労働大臣が定める日数の上限のうち当該患者の入棟時又は入室時の状態に応じたもので除したもの [計算例] ① 前月までの６か月間に50人退棟し、入棟時にＦＩＭ運動項目が50点、退棟時に80点だったものが30人、入棟時にＦＩＭ運動項目が40点、退棟時に65点であったものが20人とすると、(80-50)×30＋(65-40)×20 = 1,400 さらに、前記の退棟した患者のうちＦＩＭ運動項目の「歩行・車椅子」が入棟時に５点以下、退棟時に６点以上であったものが20人、「トイレ動作」が入棟時に５点以下、退棟時に６点以上だったものが30人とすると、1,400＋1×20＋1×30 = 1,450 ② 前月までの６か月間に50人退棟し、そのうち30人が大腿骨骨折手術後（回復期リハビリテーション病棟入院料の算定日数上限が90日）で実際には72日で退棟、残り20人が脳卒中（回復期リハビリテーション病棟入院料の算定日数上限が150日）で実際には135日で退棟したとすると、(72/90)×30 + (135/150)×20 = 42 従って、この例ではリハビリテーション実績指数は①／②＝34.5となる。 ウ 在棟中又は在室中に一度も回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定しなかった患者及び在棟中又は在室中に死亡した患者はリハビリテーション実績指数の算出対象から除外する。	「注１」に規定する厚生労働大臣が定める日数の上限のうち当該患者の入棟時又は入室時の状態に応じたもので除したもの [計算例] ① 前月までの６か月間に50人退棟し、入棟時にＦＩＭ運動項目が50点、退棟時に80点だったものが30人、入棟時にＦＩＭ運動項目が40点、退棟時に65点だったものが20人とすると、(80-50)×30＋(65-40)×20 = 1,400 ② 前月までの６か月間に50人退棟し、そのうち30人が大腿骨骨折手術後（回復期リハビリテーション病棟入院料の算定日数上限が90日）で実際には72日で退棟、残り20人が脳卒中（回復期リハビリテーション病棟入院料の算定日数上限が150日）で実際には135日で退棟したとすると、(72/90)×30 + (135/150)×20 = 42 従って、この例ではリハビリテーション実績指数は①／②＝33.3となる。 ウ 在棟中又は在室中に一度も回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定しなかった患者及び在棟中又は在室中に死亡した患者はリハビリテーション実績指数の算出対象から除外する。

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

及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合」に該当し、回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定開始日から起算して180日まで算定できるものに限る。）の数の割合が４割以上である保険医療機関においては、当該月に入棟又は入室した高次脳機能障害の患者をリハビリテーション実績指数の算出から全て除外することができる。除外する場合、ウについては、「当該月の入棟患者数又は入室患者数（入棟時又は入室時に回復期リハビリテーションを要する状態であったものに限る。）の100分の●●」を、「当該月の入棟患者数又は入室患者数（入棟時又は入室時に回復期リハビリテーションを要する状態であったものに限る。）のうち高次脳機能障害の患者を除いた患者数の100分の●●」と読み替えるものとする。	及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合」に該当し、回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定開始日から起算して180日まで算定できるものに限る。）の数の割合が４割以上である保険医療機関においては、当該月に入棟又は入室した高次脳機能障害の患者をリハビリテーション実績指数の算出から全て除外することができる。除外する場合、ウについては、「当該月の入棟患者数又は入室患者数（入棟時又は入室時に回復期リハビリテーションを要する状態であったものに限る。）の100分の30」を、「当該月の入棟患者数又は入室患者数（入棟時又は入室時に回復期リハビリテーションを要する状態であったものに限る。）のうち高次脳機能障害の患者を除いた患者数の100分の30」と読み替えるものとする。
オ　ウ及びエの除外の判断に当たっては、除外した患者の氏名と除外の理由を一覧性のある台帳に順に記入するとともに、当該患者の入棟月又は入室月の診療報酬明細書の摘要欄に、リハビリテーション実績指数の算出から除外する旨とその理由を記載する。ただし、ウにおいて、①のうち入院中に、１日あたり平均実施単位数が６単位を超えたために、除外できる患者でなくなった場合には、一覧性のある台帳に、その経緯が分かるように記載する。	オ　ウ及びエの除外の判断に当たっては、除外した患者の氏名と除外の理由を一覧性のある台帳に順に記入するとともに、当該患者の入棟月又は入室月の診療報酬明細書の摘要欄に、リハビリテーション実績指数の算出から除外する旨とその理由を記載する。
カ　（略）	カ　（略）
キ　ア及びイによって算出した実績等から、「当該保険医療機関における回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定する病	キ　ア及びイによって算出した実績等から、「当該保険医療機関における回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定する病

棟又は病室においてリハビリテーションの提供実績を相当程度有するとともに、効果に係る相当程度の実績が認められない場合」に該当した場合、当該月以降、１日につき６単位を超える疾患別リハビリテーション料（脳血管疾患等の患者であって発症後60日以内のものに対して行ったものを除く。）は回復期リハビリテーション病棟入院料等に包括される。なお、その後、別の月（４月、７月、10月又は１月以外の月を含む。）において、アの①が10名未満、アの②が６単位未満、又はイのリハビリテーション実績指数が●●以上となった場合、当該月以降、再び１日につき６単位を超える疾患別リハビリテーション料を出来高により算定することができる。	棟又は病室においてリハビリテーションの提供実績を相当程度有するとともに、効果に係る相当程度の実績が認められない場合」に該当した場合、当該月以降、１日につき６単位を超える疾患別リハビリテーション料（脳血管疾患等の患者であって発症後60日以内のものに対して行ったものを除く。）は回復期リハビリテーション病棟入院料等に包括される。なお、その後、別の月（４月、７月、10月又は１月以外の月を含む。）において、アの①が10名未満、アの②が６単位未満、又はイのリハビリテーション実績指数が27以上となった場合、当該月以降、再び１日につき６単位を超える疾患別リハビリテーション料を出来高により算定することができる。
［施設基準］ １　通則 （10）　次に掲げるものを少なくとも３か月ごとに当該保険医療機関内に掲示していること。 ア　前月までの３か月間に当該保険医療機関の回復期リハビリテーション病棟又は病室から退棟した患者の数及び当該退棟患者数の基本診療料の施設基準等別表第九の二に掲げる回復期リハビリテーションを要する状態の区分別内訳 イ　回復期リハビリテーション病棟又は病室における直近のリハビリテーション実績指数（「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添１第１章第２部第３節Ａ３０８（12）イ	［施設基準］ １　通則 （10）　次に掲げるものを少なくとも３か月ごとに当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開すること。 ア　前月までの３か月間に当該保険医療機関の回復期リハビリテーション病棟又は病室から退棟した患者の数及び当該退棟患者数の基本診療料の施設基準等別表第九の二に掲げる回復期リハビリテーションを要する状態の区分別内訳 イ　回復期リハビリテーション病棟又は病室における直近のリハビリテーション実績指数（「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添１第１章第２部第３節Ａ３０８（12）イ

に示す方法によって算出したものをいう。以下第11において同じ。）	に示す方法によって算出したものをいう。以下第11において同じ。）
(11)　(10)の掲示事項について、ウェブサイトに掲載していること。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。	（新設）

【Ⅲ－２　アウトカムにも着目した評価の推進－②】

②　入院基本料等における各種基準の計算方法の明確化

第１　基本的な考え方

入院基本料並びに特定入院料における平均在院日数及び在宅復帰率の計算対象を明確化する。あわせて、短期滞在手術等基本料３を算定する患者について、特定入院料における患者割合等の計算から除外する。また、病棟が１看護単位として機能するに当たり、患者割合等の要件が過度に複雑となることを避ける観点から、１病棟において届け出ることのできる特定入院料の種類数を明確化する。

第２　具体的な内容

１．急性期一般入院料等における自宅等に退院するものの割合の計算において、当該病棟において他の入院料（病床単位で算定可能な特定入院料や短期滞在手術等基本料）を算定する患者は計算の対象外とする。療養病棟入院基本料の注 10 に規定する在宅復帰機能強化加算についても同様の対応を行う。

２．特定入院料における各種基準の計算方法において、当該病棟内の他の入院料（病床単位で算定可能な特定入院料や短期滞在手術等基本料）を算定する患者は計算の対象外であることを通則に規定する。

３．１病棟において届け出ることのできる特定入院料の種類数を２までとする。

改　定　案	現　　行
【特定入院料の施設基準等】 ［施設基準］ 一　通則 （１）～（３）　（略） （４）　一病棟において届け出ることのできる特定入院料の種別は、二までとする。 （５）　（略） 十九　特定一般病棟入院料の施設基	【特定入院料の施設基準等】 ［施設基準］ 一　通則 （１）～（３）　（略） （新設） （４）　（略） 十九　特定一般病棟入院料の施設基

準等 （１）～（４）　（略） （５）　特定一般病棟入院料の注７に規定する施設基準 イ～チ　（略） リ　当該病室において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が七割以上であること。 【病院の入院基本料等に関する施設基準】 ４の４　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の割合について （１）　（略） （２）　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。ただし、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、「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、退院時に他の入院料を届け出ている病床又は病室に入院していた患者、「Ａ４００」短期滞在手術等基本料を算定する患者及び死亡退院した患者は計算対象から除外する。 ア　直近６か月間において、当該病棟から退院した患者数のうち、自宅等に退院するものの数	準等 （１）～（４）　（略） （５）　特定一般病棟入院料の注７に規定する施設基準 イ～チ　（略） リ　当該病室において、退院患者に占める、自宅等に退院するものの割合が七割以上であること。 【病院の入院基本料等に関する施設基準】 ４の４　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の割合について （１）　（略） （２）　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。 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、「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	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、「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。）
（３）　令和８年３月31日時点で現に急性期一般入院料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）に係る届出を行っている病棟については、令和９年５月31日までの間、（１）及び（２）の規定に限り、なお従前の例によることができる。	（新設）
９　療養病棟入院基本料の注10に規定する在宅復帰機能強化加算について （２）　次のいずれにも適合すること。 ア　当該病棟から退院した患者（当該保険医療機関の他病棟（療養病棟入院基本料を算定していない病棟に限る。）から当該病棟に転棟した患者については、当該病棟に入院した期間が１月以上のものに限る。以下この項において同じ。）に占める在宅に退院した患者の割合が５割以上であり、その割合は、次の(イ)に掲げる数を(ロ)に掲げる数で除して算出するものであること。なお在宅に退院した患者とは、同一の保険医療機関の	９　療養病棟入院基本料の注10に規定する在宅復帰機能強化加算について （２）　次のいずれにも適合すること。 ア　当該病棟から退院した患者（当該保険医療機関の他病棟（療養病棟入院基本料を算定していない病棟に限る。）から当該病棟に転棟した患者については、当該病棟に入院した期間が１月以上のものに限る。以下この項において同じ。）に占める在宅に退院した患者の割合が５割以上であり、その割合は、次の(イ)に掲げる数を(ロ)に掲げる数で除して算出するものであること。なお在宅に退院した患者とは、同一の保険医療機関の

当該加算に係る病棟以外の病棟へ転棟した患者、他の保険医療機関へ転院した患者及び介護老人保健施設に入所する患者を除く患者をいい、退院した患者の在宅での生活が１月以上（医療区分３の患者については14日以上）継続する見込みであることを確認できた患者をいう。	当該加算に係る病棟以外の病棟へ転棟した患者、他の保険医療機関へ転院した患者及び介護老人保健施設に入所する患者を除く患者をいい、退院した患者の在宅での生活が１月以上（医療区分３の患者については14日以上）継続する見込みであることを確認できた患者をいう。
（イ） 直近６月間に退院した患者（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、退院時に他の入院料を届け出ている病床又は病室に入院していた患者、「Ａ４００」短期滞在手術等基本料を算定する患者及び死亡退院した患者を除く。）のうち、在宅に退院した患者数	（イ） 直近６月間に退院した患者（第２部「通則５」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く。）のうち、在宅に退院した患者数
（ロ） 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、退院時に他の入院料を届け出ている病床又は病室に入院していた患者、「Ａ４００」短期滞在手術等基本料を算定する患者及び死亡退院した患者を除き、他の保険医療機関へ転院した者等を含む。ただし、病状の急性増悪等により、他の保険医療機関（当該保険医療機関と特別の関係にあるものを除く。）での治療が必要になり転院した患者を除く。なお、当該患者の数及び各患者の症状詳記の一覧を、届出の際に添付の上提出する。）	（ロ） 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及び死亡退院した患者を除き、他の保険医療機関へ転院した者等を含む。ただし、病状の急性増悪等により、他の保険医療機関（当該保険医療機関と特別の関係にあるものを除く。）での治療が必要になり転院した患者を除く。なお、当該患者の数及び各患者の症状詳記の一覧を、届出の際に添付の上提出する。）
イ （略）	イ （略）
（３）（略）	（３）（略）

（４）　令和８年３月31日時点で現に療養病棟入院基本料の注10に規定する在宅復帰機能強化加算に係る届出を行っている病棟については、令和９年５月31日までの間、（２）の規定に限り、なお従前の例によることができる。	（新設）
【特定入院料の施設基準等　通則】 特定入院料に関する施設基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、下記のとおりとする。 １～３　（略） ４　一病棟において届け出ることができる特定入院料の種別は２までに限るものであること。 ５　在宅等に退院するものの割合その他の患者の割合の計算は、特に規定する場合を除き、特定入院料を算定する病棟内に他の特定入院料を算定する病床若しくは病室がある場合の当該病床又は病室に入院する患者及び「Ａ４００」に規定する短期滞在手術等基本料を算定する患者を除いて行うこと。	【特定入院料の施設基準等　通則】 特定入院料に関する施設基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、下記のとおりとする。 １～３　（略） （新設） （新設）

［経過措置］

令和8年3月 31 日において現に特定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、当分の間、第9の1の（4）に定める基準に該当するものとみなす。

【Ⅲ－２－１　アウトカムにも着目した評価の推進－①】

①　データ提出加算の届出を要件とする入院料の見直し

第１　基本的な考え方

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。

第２　具体的な内容

データ提出加算に係る届出を行っていることを要件とする入院料の範囲について、精神病棟入院基本料（15 対１入院基本料、18 対１入院基本料及び 20 対１入院基本料）に拡大する。

改　定　案	現　　行
【精神病棟入院基本料】 ［施設基準］ 四の二　精神病棟入院基本料の施設基準等 (1)　精神病棟入院基本料の注１に規定する入院基本料の施設基準 イ～ロ　略 ハ　十五対一入院基本料の施設基準 ③　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。ただし、新規に保険医療機関を開設する場合であって十五対一入院基本料に係る届出を行う場合その他やむを得ない事情があるときを除く。 ニ　十八対一入院基本料の施設基準 ③　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。ただし、新規に保険医療機関を開設する場合で	【精神病棟入院基本料】 ［施設基準］ 四の二　精神病棟入院基本料の施設基準等 (1)　精神病棟入院基本料の注１に規定する入院基本料の施設基準 イ～ロ　略 ハ　十五対一入院基本料の施設基準 （新設） ニ　十八対一入院基本料の施設基準 （新設）

あって十八対一入院基本料に係る届出を行う場合その他やむを得ない事情があるときを除く。 ホ　二十対一入院基本料の施設基準 ③　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。ただし、新規に保険医療機関を開設する場合であって二十対一入院基本料に係る届出を行う場合その他やむを得ない事情があるときを除く。	ホ　二十対一入院基本料の施設基準 （新設）

[経過措置]

令和8年3月 31 日時点において現に精神病棟入院基本料（15 対 1 入院基本料、18 対 1 入院基本料又は 20 対 1 入院基本料に限る。）に係る届出を行っている保険医療機関については、令和 10 年5月 31 日までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなす。

令和8年3月 31 日において、急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料（13 対 1 入院基本料を除く。）、回復期リハビリテーション病棟入院料1から4まで、地域包括医療病棟入院料、地域包括ケア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棟若しくは地域包括ケア入院医療管理料を算定する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、データ提出加算の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、当該基準を満たしているものとみなす。

ア　地域一般入院基本料、療養病棟入院料1若しくは2、療養病棟入院基本料の注 11、専門病院入院基本料（13 対1入院基本料に限る。）、障害者施設等入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料5、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料若しくは精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟又は特殊疾患入院医療管理料を算定する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当該保険医療機関において 200 床未満のもの

イ　精神病棟入院基本料、精神科急性期治療病棟入院料若しくは児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟又は児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病室のいずれかを有するもの

【Ⅲ－２－１　データを活用した診療実績による評価の推進－②】

②　診療実績データの提出に係る評価の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

改　定　案	現　　行
【生活習慣病管理料（Ⅰ）】 ［算定要件］ 注１～３　（略） ４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関においては、当該基準に係る区分及び患者の主病に応じて、以下に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ　充実管理加算（脂質異常症を主病とする場合） （１）　充実管理加算１（脂質異常症を主病とする場合）　●●点 （２）　充実管理加算２（脂質異常症を主病とする場合）　●●点 （３）　充実管理加算３（脂質	【生活習慣病管理料（Ⅰ）】 ［算定要件］ 注１～３　（略） ４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、生活習慣病の治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、外来データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。 （新設）

異常症を主病とする場合）　●●点 ロ　充実管理加算（高血圧症を主病とする場合） （１）　充実管理加算１（高血圧症を主病とする場合）　●●点 （２）　充実管理加算２（高血圧症を主病とする場合）　●●点 （３）　充実管理加算３（高血圧症を主病とする場合）　●●点 ハ　充実管理加算（糖尿病を主病とする場合） （１）　充実管理加算１（糖尿病を主病とする場合）　●●点 （２）　充実管理加算２（糖尿病を主病とする場合）　●●点 （３）　充実管理加算３（糖尿病を主病とする場合）　●●点 ※　生活習慣病管理料（Ⅱ）についても同様。	（新設） （新設） （新設）
［施設基準］ 四の九　生活習慣病管理料（Ⅰ）及び生活習慣病管理料（Ⅱ）の施設基準 （１）　（略） （２）　生活習慣病管理料（Ⅰ）及び生活習慣病管理料（Ⅱ）の注４に規定する充実管理加算（脂質異常症を主病とする場合）の施設基準 イ　充実管理加算１（脂質異常症を主病とする場合）の施設基準 ①　脂質異常症の管理につき、十分な実績を有してい	［施設基準］ 四の九　生活習慣病管理料（Ⅰ）及び生活習慣病管理料（Ⅱ）の施設基準 （１）　（略） （２）　生活習慣病管理料（Ⅰ）及び生活習慣病管理料（Ⅱ）の注４に規定する施設基準 外来患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されていること。 （新設）

ること。 ② 外来患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されていること。	
ロ 充実管理加算２（脂質異常症を主病とする場合）の施設基準 ① 脂質異常症の管理につき、相当の実績を有していること。 ② イの②を満たすものであること。	（新設）
ハ 充実管理加算３（脂質異常症を主病とする場合）の施設基準 イの②を満たすものであること。	（新設）
（３） 生活習慣病管理料（Ⅰ）及び生活習慣病管理料（Ⅱ）の注５に規定する充実管理加算（高血圧症を主病とする場合）の施設基準 イ 充実管理加算１（高血圧症を主病とする場合）の施設基準 ① 高血圧症の管理につき、十分な実績を有していること。 ② 外来患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されていること。 ロ 充実管理加算２（高血圧症を主病とする場合）の施設基準 ① 高血圧症の管理につき、相当の実績を有していること。 ② イの②を満たすものであること。 ハ 充実管理加算３（高血圧症	（新設）

を主病とする場合）の施設基準 イの②を満たすものであること。	
（４） 生活習慣病管理料（Ⅰ）及び生活習慣病管理料（Ⅱ）の注５に規定する充実管理加算（糖尿病を主病とする場合）の施設基準 イ 充実管理加算１（糖尿病を主病とする場合）の施設基準 ① 糖尿病の管理につき、十分な実績を有していること。 ② 外来患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されていること。 ロ 充実管理加算２（糖尿病を主病とする場合）の施設基準 ① 糖尿病の管理につき、相当の実績を有していること。 ② イの②を満たすものであること。 ハ 充実管理加算３（糖尿病を主病とする場合）の施設基準 イの②を満たすものであること。	（新設）
［経過措置］ 令和８年３月31日において現に生活習慣病管理料（Ⅰ）又は生活習慣病管理料（Ⅱ）の注４に係る届出を行っている保険医療機関については、令和９年３月31日までの間に限り、第三の四の九の⑵のイの①、⑶のイの①又は⑷のイの①に該当するものとみなす。	［経過措置］ （新設）

③　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料及び終夜睡眠ポリグラフィーの見直し

第１　基本的な考え方

質の高い在宅持続陽圧呼吸療法の提供を推進する観点から、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料並びに終夜睡眠ポリグラフィーの要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料２について、使用時間等をモニタリング可能な体制を有し、適切な指導管理を行っている場合の加算を設ける。

改　定　案	現　　行
【在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料】	【在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料】
［算定要件］	［算定要件］
１　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料１　2,250点	１　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料１　2,250点
２　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料２　●●点	２　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料２　250点
注１　（略）	注１　（略）
２　２について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合は、持続陽圧呼吸療法充実管理体制加算として●●点を所定点数に加算する。	（新設）
３・４　（略）	２・３　（略）
［施設基準］	［施設基準］
六の四の三　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の施設基準	六の四の三　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の施設基準
（１）　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の持続陽圧呼吸療法充実管理体制加算の施設基準 持続陽圧呼吸療法機器の使用時間等をモニタリング可能な体	（新設）

制を有し、適切な指導管理を行っていること。 （２）・（３）　（略）	 （１）・（２）　（略）

２．終夜睡眠ポリグラフィーについて、患者の自宅に医療従事者が訪問して検査装置の装着を行う場合と、その他の場合に係る評価を分ける。

改　定　案	現　　行
【終夜睡眠ポリグラフィー】 ［算定要件］ １　携帯用装置を使用した場合　720点 ２　多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合　250点 ３　１及び２以外の場合 イ　安全精度管理下で行うもの　4,760点 ロ　保険医療機関内又は訪問して実施するもの　●●点 ハ　その他のもの　●●点 注１　（略） 注２　検査に要した交通費は、患家の負担とする。	【終夜睡眠ポリグラフィー】 ［算定要件］ １　携帯用装置を使用した場合　720点 ２　多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合　250点 ３　１及び２以外の場合 イ　安全精度管理下で行うもの　4,760点 ロ　その他のもの　3,570点 （新設） 注　（略） （新設）

【Ⅲ－３　医療 DX や ICT 連携を活用する医療機関・薬局の体制の評価－①】

①　医療 DX 推進体制整備加算等の見直し

第１　基本的な考え方

医療 DX 関連施策の進捗状況を踏まえ、普及した関連サービスの活用を基本としつつ、更なる関連サービスの活用による質の高い医療の提供を評価する観点から、診療録管理体制加算、医療情報取得加算及び医療 DX 推進体制整備加算の評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．医療情報取得加算及び医療 DX 推進体制整備加算を廃止し、診療録管理体制加算におけるサイバーセキュリティ対策に係る要件を見直した上で、初診料、再診料及び入院料加算として、電子的診療情報連携体制整備加算を新設する。

改　定　案	現　　行
医科診療報酬点数表 【Ａ０００　初診料】 ［算定要件］ 注１～14　（略） 15　医療ＤＸ推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、電子的診療情報連携体制整備加算として、月１回に限り、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注11に規定する明細書発行体制等加算は別に算定できない。 イ　電子的診療情報連携体制整備加算１　●●点 ロ　電子的診療情報連携体制整備加算２　●●点 ハ　電子的診療情報連携体制整	医科診療報酬点数表 【Ａ０００　初診料】 ［算定要件］ 注１～14　（略） 15　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で初診を行った場合は、医療情報取得加算として、月１回に限り１点を所定点数に加算する。 （新設） （新設） （新設）

備加算３　●●点	
（削除）	16　医療ＤＸ推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療ＤＸ推進体制整備加算として、月１回に限り、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ～ヘ　（略）
【Ａ００１　再診料】	【Ａ００１　再診料】
［算定要件］	［算定要件］
注１～10　（略）	注１～10　（略）
11　個別の費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の発行等につき別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）を受診した患者については、明細書発行体制等加算として、１点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注15及び区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注18に規定する電子的診療情報連携体制整備加算は別に算定できない。	11　個別の費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の発行等につき別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）を受診した患者については、明細書発行体制等加算として、１点を所定点数に加算する。
12～18　（略）	12～18　（略）
19　医療ＤＸ推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を受診した患者に対して再診を行った場合は、電子的診療情報連携体制整備加算として、月に１回に限り●●点を所定点数に加算する。この場合において、注11に規定する明細書発行体制等加算は別に算定できない。	19　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で再診を行った場合は、医療情報取得加算として、３月に１回に限り１点を所定点数に加算する。
20　（略）	20　（略）
【Ａ００２　外来診療料】	【Ａ００２　外来診療料】

［算定要件］ 注１～９　（略） 10　医療ＤＸ推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を受診した患者に対して再診を行った場合は、電子的診療情報連携体制整備加算として、月に１回に限り●●点を所定点数に加算する。 11　（略）	［算定要件］ 注１～９　（略） 10　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で再診を行った場合は、医療情報取得加算として、３月に１回に限り１点を所定点数に加算する。 11　（略）
歯科診療報酬点数表 【Ａ０００　初診料】 ［算定要件］ 注１～13　（略） 14　医療ＤＸ推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た歯科診療を実施する保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、電子的歯科診療情報連携体制整備加算として、月１回に限り、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注10に規定する明細書発行体制等加算は別に算定できない。 イ　電子的歯科診療情報連携体制整備加算１　●●点 ロ　電子的歯科診療情報連携体制整備加算２　●●点 （削除）	歯科診療報酬点数表 【Ａ０００　初診料】 ［算定要件］ 注１～13　（略） 14　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす歯科診療を実施している保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で初診を行った場合は、医療情報取得加算として、月１回に限り１点を所定点数に加算する。 （新設） （新設） 15　医療ＤＸ推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た歯科診療を実施している保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療ＤＸ推進体制整備加算として、月１回に限

	り、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ～ヘ　（略）
15　（略）	16　（略）
【Ａ００２　再診料】 注１～９　（略） 10　個別の費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の発行等につき別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）を受診した患者については、明細書発行体制等加算として、１点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注14及び区分番号Ａ００２に掲げる再診料の注11に規定する電子的歯科診療情報連携体制整備加算は別に算定できない。	【Ａ００２　再診料】 注１～９　（略） 10　個別の費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の発行等につき別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）を受診した患者については、明細書発行体制等加算として、１点を所定点数に加算する。
11　医療ＤＸ推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た歯科診療を実施する保険医療機関を受診した患者に対して再診を行った場合は、電子的歯科診療情報連携体制整備加算として、月に１回に限り●●点を所定点数に加算する。この場合において、注10に規定する明細書発行体制等加算は別に算定できない。	11　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす歯科診療を実施している保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で再診を行った場合は、医療情報取得加算として、３月に１回に限り１点を所定点数に加算する。
12　（略）	12　（略）
[施設基準] （削除）	[施設基準] 三の七　医療情報取得加算の施設基準
三の七　医科初診料、再診料及び外来診療料の電子的診療情報連携体制整備加算並びに歯科初診料及び再	（新設）

診料の電子的歯科診療情報連携体制整備加算の施設基準 （１）　電子的診療情報連携体制整備加算１の施設基準 イ　療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令第一条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。 ロ　保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十五号。以下「療担規則」という。）第五条の二第二項及び第五条の二の二第一項に規定する明細書並びに高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和五十八年厚生省告示第十四号。以下「療担基準」という。）第五条の二第二項及び第五条の二の二第一項に規定する明細書を患者に無償で交付していること。ただし、保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部を改正する省令（平成二十八年厚生労働省令第二十七号）附則第三条又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準の一部を改正する件（平成二十八年厚生労働省告示第五十号）附則第二条に規定する正当な理由に該当する場合は、療担規則第五条の二の二第一項及び療担基準第五条の二の二第一項に規定する明細書を無償で交付することを要しない。 ハ　健康保険法第三条第十三項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。 ニ　医師又は歯科医師が、健康保	

険法第三条第十三項に規定する電子資格確認を利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。 ホ　健康保険法第三条第十三項に規定する電子資格確認に係る十分な実績を有していること。 ヘ　ロの体制に関する事項、医療ＤＸ推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。 ト　への掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。 チ　マイナポータルの医療情報等に基づき、患者からの健康管理に係る相談に応じる体制を有していること。 リ　電磁的記録をもって作成された処方箋を発行する体制又は調剤した薬剤に関する情報を電磁的記録として登録する体制を有していること。 ヌ　電磁的方法により診療情報を共有し、活用する体制を有していること。 （２）　電子的診療情報連携体制整備加算２及び電子的歯科診療情報連携体制整備加算１の施設基準 （１）のイからチまで及びリ又はヌのいずれかを満たすものであること。 （３）　医科初診料の電子的診療情報連携体制整備加算３、医科再診料及び外来診療料の電子的診療情報連携体制整備加算並びに歯	

科初診料の電子的歯科診療情報連携体制整備加算２及び歯科再診料の電子的歯科診療情報連携体制整備加算の施設基準 （１）のイからチまでを満たすものであること。	
（削除）	三の八　医療ＤＸ推進体制整備加算の施設基準
【Ａ２０７　診療録管理体制加算】 ［算定要件］ 医科診療報酬点数表 １　診療録管理体制加算１　●●点 ２　診療録管理体制加算２　●●点	【Ａ２０７　診療録管理体制加算】 ［算定要件］ 医科診療報酬点数表 １　診療録管理体制加算１　140点 ２　診療録管理体制加算２　100点 ３　診療録管理体制加算３　30点
（削除）	
［施設基準］ 七　診療録管理体制加算の施設基準 （１）　診療録管理体制加算１ イ　患者に対し診療情報の提供が現に行われていること。 ロ　診療記録の全てが保管及び管理されていること。 ハ　診療記録管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。 ニ　中央病歴管理室等、診療記録管理を行うにつき適切な施設及び設備を有していること。 ホ　入院患者について疾病統計及び退院時要約が適切に作成されていること。	［施設基準］ 七　診療録管理体制加算の施設基準 （１）　診療録管理体制加算１ イ　患者に対し診療情報の提供が現に行われていること。 ロ　診療記録の全てが保管及び管理されていること。 ハ　診療記録管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。 ニ　中央病歴管理室等、診療記録管理を行うにつき適切な施設及び設備を有していること。 ホ　入院患者について疾病統計及び退院時要約が適切に作成されていること。 ヘ　非常時における対応につき十分な体制が整備されていること。
（削除）	（２）　診療録管理体制加算２ （１）のイからホまでを満たすものであること。
（２）　診療録管理体制加算２ イ　（１）のイ、ロ及びニを満たすものであること。 ロ　診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。 ハ　入院患者について疾病統計及び退院時要約が作成されて	（新設） （新設）

いること。	（３） 診療録管理体制加算３
（削除）	
【Ａ２０７－５ 電子的診療情報連携体制整備加算】	【Ａ２０７－５ 電子的診療情報連携体制整備加算】
［算定要件］	［算定要件］
１ 電子的診療情報連携体制整備加算１ ●●点	（新設）
２ 電子的診療情報連携体制整備加算２ ●●点	（新設）
注 電子的診療情報連携体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、電子的診療情報連携体制整備加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。	（新設）
［施設基準］	［施設基準］
七の五 電子的診療情報連携体制整備加算	（新設）
（１） 電子的診療情報連携体制整備加算１の施設基準	
イ 第三の三の七の（１）のイからチまでを満たすものであること。	
ロ 非常時における対応につき十分な体制が整備されていること。	
（２） 電子的診療情報連携体制整備加算２の施設基準	
イ 第三の三の七の（１）のイからチまでを満たすものであること。	
ロ 非常時における対応につき必要な体制が整備されていること。	

２．在宅医療ＤＸ情報活用加算の電子カルテ情報共有サービスに係る要件の経過措置を延長する。

改　定　案	現　　行
【在宅医療ＤＸ情報活用加算】 ［施設基準（通知）］ 第14の５　在宅医療ＤＸ情報活用加算 １・２　（略） ３　届出に関する事項 （１）　（略） （２）　１の（５）については令和９年５月31日までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなす。 （３）　令和９年５月31日までの間に限り、１の(６)のウの事項について、掲示を行っているものとみなす。	【在宅医療ＤＸ情報活用加算】 ［施設基準（通知）］ 第14の５　在宅医療ＤＸ情報活用加算 １・２　（略） ３　届出に関する事項 （１）　（略） （２）　１の(５)については令和８年５月31日までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなす。 （３）　令和８年５月31日までの間に限り、１の(６)のウの事項について、掲示を行っているものとみなす。

３．調剤報酬における医療情報取得加算を廃止する。

改　定　案	現　　行
【調剤管理料】 ［算定要件］ 注１～５　（略） （削除）	【調剤管理料】 ［算定要件］ 注１～５　（略） ６　調剤に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局（注３に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において調剤を行った場合は、医療情報取得加算として、１年に１回に限り１点を所定点数に加算する。

４．調剤報酬における医療ＤＸ推進体制整備加算を電子的調剤情報連携体制整備加算に改称し、評価区分を１つにするとともに、電子処方箋システムによる重複投薬等チェックを行う体制を有することを要件に追加する。

改　定　案	現　　行

【調剤基本料】 ［算定要件］ 注１～12　（略） 13　医療ＤＸ推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局（注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において調剤を行った場合は、電子的調剤情報連携体制整備加算として、月１回に限り、●●点を所定点数に加算する。 （削除） （削除） （削除） ［施設基準］ 五の四　電子的調剤情報連携体制整備加算の施設基準 （１）　電子的調剤情報連携体制整備加算の施設基準 イ～ハ　（略） ニ　電磁的記録をもって作成された処方箋を受け付ける体制、調剤した薬剤に関する情報を電磁的記録として登録する体制及び患者の服用する薬剤における有効成分の重複その他薬学的知見の観点から不適切な組合せの有無を電磁的記録に基づいて確認する体制を有していること。 ホ～ヌ　（略） （削除） （削除）	【調剤基本料】 ［算定要件］ 注１～12　（略） 13　医療ＤＸ推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局（注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において調剤を行った場合は、医療ＤＸ推進体制整備加算として、月１回に限り、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ　医療ＤＸ推進体制整備加算１　10点 ロ　医療ＤＸ推進体制整備加算２　８点 ハ　医療ＤＸ推進体制整備加算３　６点 ［施設基準］ 五の四　医療ＤＸ推進体制整備加算の施設基準 （１）　医療ＤＸ推進体制整備加算１の施設基準 イ～ハ　（略） ニ　電磁的記録をもって作成された処方箋を受け付ける体制及び調剤した薬剤に関する情報を電磁的記録として登録する体制を有していること。 ホ～ヌ　（略） （２）　医療ＤＸ推進体制整備加算２の施設基準 （３）　医療ＤＸ推進体制整備加算３の施設基準

５．調剤報酬の電子的調剤情報連携体制整備加算（現在の医療ＤＸ推進体制整備加算）の電子カルテ情報共有サービスに係る要件の経過措置を延長する。

改　定　案	現　　行
【電子的調剤情報連携体制整備加算】 ［施設基準（通知）］ 第95の２　電子的調剤情報連携体制整備加算 １　電子的調剤情報連携体制整備加算に関する施設基準 （１）～(13)　（略） （削除） （削除） ２　届出に関する事項 （１）　（略） （２）　１の（６）については令和９年５月31日までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなす。 （３）　（略） （４）　令和９年５月31日までの間に限り、１の(10)の（ハ）の事項について、掲示を行っているものとみなす。	【医療ＤＸ推進体制整備加算】 ［施設基準（通知）］ 第95の２　医療ＤＸ推進体制整備加算 １　医療ＤＸ推進体制整備加算１に関する施設基準 （１）～(13)　（略） ２　医療ＤＸ推進体制整備加算２に関する施設基準 ３　医療ＤＸ推進体制整備加算３に関する施設基準 ４　届出に関する事項 （１）　（略） （２）　１の（６）については令和８年５月31日までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなす。 （３）　（略） （４）　令和８年５月31日までの間に限り、１の(10)の（ハ）の事項について、掲示を行っているものとみなす。

【Ⅲ－３－１　電子処方箋システムによる重複投薬等チェックの利活用の推進－①】

①　オンライン診療の適正な推進に係る評価の見直し

第１　基本的な考え方

１．「オンライン診療の適切な実施に関する指針」及び情報通信機器を用いた診療の実態を踏まえ、情報通信機器を用いた診療の施設基準に、チェックリストのウェブサイト等への掲示及び医療広告ガイドラインの遵守等を追加する。
２．向精神薬の処方実態を踏まえ、情報通信機器を用いた診療に当たって、向精神薬を処方する場合には、電子処方箋管理サービスによる重複投薬等チェックを行うことを要件とする。

第２　具体的な内容

情報通信機器を用いた診療の施設基準に、チェックリストのウェブサイト等への掲示、医療広告ガイドラインの遵守及び向精神薬処方時の電子処方箋管理サービスによる重複投薬等チェック等による薬剤情報の把握を追加する。

改　定　案	現　　行
【医科初診料、医科再診料及び外来診療料】 ［施設基準］ 一の三　医科初診料、医科再診料及び外来診療料の情報通信機器を用いた診療に係る施設基準 （１）　情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。 （２）　向精神薬を適正に使用するために必要な体制が整備されていること。 ［施設基準（通知）］ 第１　情報通信機器を用いた診療 １　情報通信機器を用いた診療に係る施設基準 （１）　情報通信機器を用いた	【医科初診料、医科再診料及び外来診療料】 ［施設基準］ 一の三　医科初診料、医科再診料及び外来診療料の情報通信機器を用いた診療に係る施設基準 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。 （新設） ［施設基準（通知）］ 第１　情報通信機器を用いた診療 １　情報通信機器を用いた診療に係る施設基準 （１）　情報通信機器を用いた

診療を行うにつき十分な体制が整備されているものとして、以下のアからカを満たすこと。	診療を行うにつき十分な体制が整備されているものとして、以下のア～エを満たすこと。
ア～ウ　（略）	ア～ウ　（略）
エ　以下について、当該保険医療機関のウェブサイトに掲示していること。	エ　情報通信機器を用いた診療の初診において向精神薬の処方は行わないことを当該保険医療機関のホームページ等に掲示していること。
（イ）　情報通信機器を用いた診療の初診において向精神薬の処方は行わないこと	（新設）
（ロ）　当該保険医療機関での対応状況を記入した「オンライン診療指針」の遵守の確認をするためのチェックリスト	（新設）
オ　医業若しくは歯科医業又は病院若しくは診療所に関する広告等に関する指針（医療広告ガイドライン）を遵守していること。また、当該保険医療機関のウェブサイトを作成する際には、「医療広告規制におけるウェブサイト等の事例解説書」を参考にすること。	（新設）
カ　向精神薬を処方するに当たり、電子処方箋管理サービスによる重複投薬等チェックを行うこと。ただし、電子処方箋システムを有していない場合には、令和10年５月31日までの間に限り、オンライン資格確認等システム又は医療機関間で電子的に医療情報を共有するネットワークのいずれかを用いて薬剤情報を確認することとしても差し支えない。	（新設）

【Ⅲ－３－１　電子処方箋システムによる重複投薬等チェックの利活用の推進－②】

②　オンライン診療における電子処方箋の活用の推進

第１　基本的な考え方

情報通信機器を用いた診療の更なる利便性の向上と、電子処方箋システムを活用した質の高い処方を評価する観点から、情報通信機器を用いた医学管理において重複投薬等チェックを行い、電子処方箋を発行する場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

情報通信機器を用いた医学管理等を算定した患者に対し、電子処方箋システムにより最新の薬剤情報を確認した上で重複投薬等チェックを実施した場合であって、患者が調剤を希望する保険薬局と連携し、電子処方箋を発行した場合の評価を新設する。

（新）　遠隔電子処方箋活用加算　●●点

［対象患者］
情報通信機器を用いた医学管理等を算定する患者

［算定要件］
別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、情報通信機器を用いた診療の際に電子処方箋を発行した場合、遠隔電子処方箋活用加算として、月に●回に限り、●●点を所定点数に加算する。

［算定要件（通知）］
遠隔電子処方箋活用加算は、情報通信機器を用いた医学管理を実施した場合であって、以下のアからウまでの全てを満たした場合に月に●回に限り算定できる。
ア　電子処方箋システムにより薬剤情報を確認し、重複投薬等チェックを実施すること
イ　患者に対し事前に調剤する保険薬局を聴取し、当該保険薬局の電子処方箋の対応状況を確認すること
ウ　電子処方箋（引換番号が印字された紙の処方箋を除く。）を発行

すること。

[施設基準]
電磁的記録をもって作成された処方箋を発行する体制を有していること。

【Ⅲ－３－２　外来、在宅医療等、様々な場面におけるオンライン診療の推進－①】

①　オンライン診療の適正な推進に係る評価の見直し

「Ⅲ－３－１－①」を参照のこと。

②　D to P with N のオンライン診療の評価の明確化

第１　基本的な考え方

D to P with N によるオンライン診療の適正な推進の観点から、診療時の看護職員の訪問に関する評価、訪問看護療養費等との併算定方法や、検査及び処置等の算定方法を明確化する。

第２　具体的な内容

１．D to P with N によるオンライン診療について、在宅患者訪問看護・指導料等との併算定ルールを明確化する。

改　定　案	現　　行
【Ｃ００５　在宅患者訪問看護・指導料、Ｃ００５－１－２　同一建物居住者訪問看護・指導料】 ［算定要件（通知）］ （１）～(35)　（略） (36)　訪問看護・指導の実施時に当該保険医療機関の保険医が情報通信機器を用いた診療を実施した場合に、Ｃ００５及びＣ００５－１－２は算定できる。なお、この場合においても、訪問看護・指導の実施時間は十分に確保すること。	【Ｃ００５　在宅患者訪問看護・指導料、Ｃ００５－１－２　同一建物居住者訪問看護・指導料】 ［算定要件（通知）］ （１）～(35)　（略） （新設）

２．訪問看護を同時に実施しない場合であって、保健師、助産師、看護師又は准看護師（以下「看護師等」という。）が患家に訪問する場合の訪問及び診療の補助に係る評価を新設する。

（新）Ｃ００５－１－３　訪問看護遠隔診療補助料（１日につき）　●●点

［算定要件］

（１）　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の医師が、在宅で療養を行っている又は緊急に診療を要する患者であって通院が困難なものに、情報通信機器を用いた診療を行う際に、看護師等が患者と同席

の下で診療を行う必要があると判断した場合に、患者の同意を得て、当該保険医療機関の看護師等が行う訪問看護・指導又は別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの看護師等が、訪問看護計画書に基づき定期的に行う指定訪問看護以外の場合に、患家を訪問し、情報通信機器を用いた診療の補助を行った場合は、月に●回に限り算定する。

（２）　訪問看護遠隔診療補助に要した交通費は、患家の負担とする。

[算定要件（通知）]

（１）　訪問看護遠隔診療補助料は、保険医療機関の医師が、情報通信機器を用いた診療に際し、当該保険医療機関の看護師等が行う指定訪問看護・指導又は訪問看護ステーションの看護師等が訪問看護計画書に基づいて行う指定訪問看護以外の場面で、在宅で療養を行っている又は緊急に診療を要する患者であって通院が困難なものに、看護師等が同席の下で診療を行う必要があると判断した場合に、患者の同意を得て、患家を訪問し、情報通信機器を用いた診療の補助を行った場合は、月に●回に限り算定する。ただし、医師又は看護師の配置が義務付けられている施設に入所している患者（給付調整告示等により規定する場合を除く。）については、算定の対象としない。

（２）　訪問看護遠隔診療補助料は、看護師等が患者と同席の下で行う診療のうち以下のア又はイの場合における看護師等による訪問について評価するものである。

ア　医療保険又は介護保険の訪問看護と一体的に実施されない場合に、情報通信機器を用いた診療を行う保険医療機関自身が当該診療時に看護師等を患家に訪問させる場合

イ　医療保険又は介護保険の訪問看護と一体的に実施されない場合に、当該保険医療機関と連携する訪問看護ステーションによる訪問を併用して行われる場合（ただし、医療保険の訪問看護の対象の患者であって、訪問看護ステーションに対して訪問看護指示書を交付したものについて、訪問看護指示書の有効期間内に行う場合は、訪問看護ステーションによる訪問に要する費用は、訪問看護療養費として訪問看護ステーションに直接支払われるため、当該点数の対象とならない。）

（３）　算定に際しては、当該保険医はその指示内容を診療録に記載すること。また、当該看護師等は、医師の指示及び当該指示に基づき行った診療の補助の日時、内容の要点並びに対応状況を看護記録等に記録すること。

（４）　当該点数を算定する場合、「Ｃ００５」在宅患者訪問看護・指導料、「Ｃ００５－１－２」同一建物居住者訪問看護・指導料、「Ｃ０

０７」訪問看護指示料、「Ｉ０１２」精神科訪問看護・指導料及び訪問看護療養費は別に算定できないが、「Ｃ００５－２」在宅患者訪問点滴注射管理指導料は算定できる。

（５）　当該点数については、オンライン指針に沿って診療及び診療の補助を行った場合に算定する。また、オンライン指針において、「初診からのオンライン診療を行おうとするときは、診療前相談を行う。」とされていることを踏まえ、診療前相談を実施し、情報通信機器を用いた診療を行う保険医が、看護師等による患家への訪問の必要性を認めた場合に限り算定できることとし、その必要性について診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（６）　緊急に診療を要する患者であって通院が困難なものに対して行う場合については、患者又は家族等の患者の看護等に当たる者が、当該保険医療機関に対し緊急に直接診療を求め、当該保険医療機関の医師が、看護師等が同席の下で診療を行う必要があると判断し、可及的速やかに患家に看護師等を訪問させて診療の補助を行った場合に算定できるものであり、定期的ないし計画的に情報通信機器を用いた診療を行った場合には算定できない。

（７）　注１に規定する訪問看護ステーションの看護師等が訪問し診療の補助を行う場合、次の点に留意すること。

ア　患家への訪問は当該保険医療機関の依頼と患者の同意に基づき行われるものであることから、訪問にあたって訪問看護指示書を交付する必要はない。

イ　患家において行う情報通信機器を用いて行う診療の補助については、診療時に医師が情報通信機器を用いて指示を行う等の方法により、医師の指示に基づいて行うものであること。

ウ　当該点数は訪問看護ステーションからの訪問を評価したものであることから、当該診療報酬については、保険医療機関と訪問看護ステーションの間で合議の上、費用の精算を行うものとする。

エ　第３部検査等を含む当該診療の補助に伴う診療報酬の請求については、情報通信機器を用いた診療を行う保険医療機関が行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

（８）　注２に規定する交通費は実費とする。

（９）　同一の患家又は有料老人ホーム等であって、その形態から当該ホーム全体を同一の患家とみなすことが適当であるものにおいて、看護師等が２人以上の患者の診療の補助を行った場合は、２人目以降の患者については訪問看護遠隔診療補助料を算定せず、「Ａ０００」初診料又は「Ａ００１」再診料若しくは「Ａ００２」外来診療料及び第２章特掲診療料のみを算定する。この場合において、２人目以降のそれぞれの患者の診療に要した時間が１時間を超えた場合は、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載し、訪問看護遠隔診療補助料を算定する。

［施設基準］
　情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

（新）０７　訪問看護遠隔診療補助料（１日につき）　●●円

［算定要件］
　主治医（医科点数表の区分番号Ｃ００５－１－３の注１に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の保険医に限る。）から交付を受けた訪問看護指示書の有効期間内の利用者について、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの看護職員が、訪問看護計画に基づき定期的に行う指定訪問看護以外であって、緊急に診療を要すると判断した主治医の指示を受けて訪問し、情報通信機器を用いた診療の補助を行った場合は、月に●回に限り算定する。

［算定要件（通知）］
（１）　訪問看護遠隔診療補助料は、主治医から訪問看護指示書を受けた利用者の訪問看護計画に基づき定期的に行う指定訪問看護以外であって、主治医が情報通信機器を用いた診療に際し、看護職員が利用者と同席の下で緊急に診療を受ける必要があると判断した場合に、利用者の同意を得て、看護職員が訪問し、診療の補助を行うことについて評価するものであること。
（２）　当該所定額は、訪問看護ステーションの利用者に対して、看護職員が訪問看護計画書に基づき定期的に行う指定訪問看護以外の場合に訪問し、情報通信機器を用いた診療の補助を行った場合は、月に●回に限り算定する。
（３）　当該所定額を算定する場合にあっては、同一日に訪問看護基本療養費、精神科訪問看護基本療養費、訪問看護管理療養費、訪問看護情報提供療養費、訪問看護ターミナルケア療養費及び訪問看護ベースアップ評価料は算定できない。
（４）　当該所定額は、１人の利用者に対し、１つの訪問看護ステーションにおいてのみ算定できるものであること。また、同一の利用者について、保険医療機関において医科点数表の区分番号Ｃ００５－１－３に掲げる訪問看護遠隔診療補助料を算定した場合には、算定できないこと。
（５）　当該所定額は、主治医の求めに応じて、主治医の指示により、訪問看護計画書に基づき定期的に行う指定訪問看護以外の場合における情報通信機器を用いた診療に際し、診療の補助を行った場合

に算定するものであり、主治医から交付を受けた訪問看護指示書の有効期間内にある者のみが算定できる。有効な訪問看護指示書の交付を受けていない利用者については、当該所定額を算定できず、保険医療機関において医科点数表の区分番号Ｃ００５－１－３に掲げる訪問看護遠隔診療補助料を算定するものであること。

（６）　診療の補助を実施した日時、内容及び対応状況を訪問看護記録書に記録すること。なお、指示を行った主治医は、指示内容を診療録に記録すること。

（７）　必要な場合は訪問看護指示の変更を受け、訪問看護計画について見直しを行うこと。

（８）　当該補助料については、オンライン指針に沿って診療及び診療の補助を行った場合に算定する。

[施設基準]

情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されている保険医療機関と連携しながら診療の補助を行う体制が整備されていること。

３．D to P with Nによるオンライン診療について、検査及び処置等の算定方法を明確化し、D to P with Nによる検査及び処置の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【第３部　検査】 [算定要件] 通則 １～６　（略） ７　看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行った場合であって、第１節、第３節又は第４節の検査を実施した場合は、看護師等遠隔診療検査実施料として、次に掲げる区分に従い、１日につき、いずれかを算定する。 イ　１種類の場合　●●点 ロ　２種類以上の場合　●●点 【第９部　処置】 [算定要件] 通則 １～８　（略） ９　看護師等という患者に対して情	【第３部　検査】 [算定要件] 通則 １～６　（略） （新設） 【第９部　処置】 [算定要件] 通則 １～８　（略） （新設）

報通信機器を用いた診療を行った場合であって、第６部の第１節第１款の注射又は第１節の処置を実施した場合は、看護師等遠隔診療処置等実施料として、次に掲げる区分に従い、１日につき、いずれかを算定する。 イ　１種類の場合　●●点 ロ　２種類以上の場合　●●点	

【Ⅲ－３－２　外来、在宅医療等、様々な場面におけるオンライン診療の推進－③】

③　遠隔連携診療料の評価の拡大

第１　基本的な考え方

D to P with Dによるオンライン診療について、期待される役割や調査結果を踏まえ、遠隔連携診療料の対象疾患を見直すとともに、入院及び訪問診療における活用について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

１.遠隔連携診療料の対象疾患について､希少がん及び医療的ケア児(者)を追加し、人口の少ない地域に所在する医療機関に限り、悪性腫瘍、膠原病及び透析を追加するとともに、評価を見直す。

２．遠隔連携診療料について、在宅医療において主治医の求めを受けて情報通信機器を用いた診療を実施する場合の評価を新設する。

３．遠隔連携診療料について、入院患者に対する情報通信機器を用いた対診に係る評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【Ｂ００５－11　遠隔連携診療料】	【Ｂ００５－11　遠隔連携診療料】
１　外来診療の場合　●●点	１　診断を目的とする場合　750点
２　訪問診療の場合　●●点	２　その他の場合　500点
３　入院診療の場合　●●点	（新設）
［算定要件］	［算定要件］
注１　１については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診断又は治療管理を行うことを目的として、患者の同意を得て、当該施設基準を満たす別に厚生労働大臣が定めるものに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当	注１　１については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診断を目的として、患者の同意を得て、当該施設基準を満たす難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して

該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、当該診断の確定までの間に３月に１回に限り算定する。	診療を行った場合に、当該診断の確定までの間に３月に１回に限り算定する。
２　２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難な患者のうち、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、治療管理を行うことを目的として、患者の同意を得て、別に厚生労働大臣が定める患者に関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、●月に●回に限り算定する。	２　２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、治療を行うことを目的として、患者の同意を得て、当該施設基準を満たす難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、３月に１回に限り算定する。
３　３については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、治療管理を行うことを目的として、患者の同意を得て、別に厚生労働大臣が定める患者に関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の入院中に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、●月に●回に限り算定する。	（新設）
［算定要件（通知）］ （１）　注１については、以下のアからオのいずれかに該当する患者の診断及び治療管理を行うことを目的として、患者の同意を得て、以下のアからオまでのいずれかに該当する患者に関する専門的	［算定要件（通知）］ （１）　注１については、難病の患者に対する医療等に関する法律第５条第１項に規定する指定難病又はてんかん（外傷性のてんかん及び知的障害を有する者に係るものを含む。）の診断を行うことを

な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、ビデオ通話が可能な情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、３月に１回に限り算定する。	目的として、患者の同意を得て、難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、ビデオ通話が可能な情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、患者の診断の確定までの間に３月に１回に限り算定する。
ア　難病の患者に対する医療等に関する法律第５条第１項に規定する指定難病の患者（診断を目的とした場合には、疑い患者を含む。）	（新設）
イ　てんかん（外傷性のてんかん（診断を目的とした場合に限る。）及び知的障害を有する者に係るものを含む。）の患者（診断を目的とした場合には、疑い患者を含む。）	（新設）
ウ　希少がんの患者（診断を目的とした場合には、疑い患者を含む。）	（新設）
エ　医療的ケア児（者）	（新設）
オ　「基本診療料の施設基準等」別表第●に掲げる地域に所在する保険医療機関を受診した悪性腫瘍（治療中のものに限る。）の患者、膠原病（治療中のものに限る。）の患者及び慢性維持透析の患者	（新設）
（２）　注２については、以下のアからウのいずれかに該当する患者の治療管理を行うことを目的として、患者の同意を得て、以下のアからウまでのいずれかに該当する患者の治療に関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った時に、ビデオ通話が可能な情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を	（２）　注２については、指定難病又はてんかん（知的障害を有する者に係るものに限る。）の治療を行うことを目的として、患者の同意を得て、指定難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、ビデオ通話が可能な情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、３月に１回に限り算定する。

行った場合に、●月に●回に限り算定する。	
ア　主治医として定期的に訪問診療を行っている保険医が属する保険医療機関が診療を求めた傷病	（新設）
イ　医療的ケア児（者）	（新設）
ウ　「Ｂ００１」の「24」外来緩和ケア管理料の対象患者	（新設）
（３）　注３については、以下のアからエまでのいずれかに該当する患者の治療管理を行うことを目的として、患者の同意を得て、以下のアからエまでのいずれかに該当する患者に関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の入院中に、ビデオ通話が可能な情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、●月に●回に限り算定する。 ア　指定難病の患者 イ　希少がんの患者 ウ　日本臓器移植ネットワークに臓器移植希望者として登録された患者 エ　当該保険医療機関が標榜していない診療科であって、その診療科の医師でなければ困難な診療を要する者	（新設）
（４）～（５）　（略）	（３）～（４）　（略）
（６）　当該他の保険医療機関は、以下のアからオまでのいずれかに該当すること。	（５）　当該他の保険医療機関は、「都道府県における地域の実情に応じた難病の医療提供体制の構築について」（平成29年４月14日健難発0414第３号厚生労働省健康局難病対策課長通知）に規定する難病診療連携拠点病院、難病診療分野別拠点病院及び難病医療協力病院又は「てんかん地域診療連携体制整備事業の実施について」（平成27年５月28日障発0528第1号）に定めるてんか

	ん診療拠点機関であること。
ア　（１）ア及び（３）アの患者を診療する場合は、「都道府県における地域の実情に応じた難病の医療提供体制の構築について」（平成29年４月14日付け健難発0414第３号厚生労働省健康局難病対策課長通知）に規定する難病診療連携拠点病院、難病診療分野別拠点病院又は難病医療協力病院であること。	（新設）
イ　（１）イの患者を診療する場合は、「てんかん地域診療連携体制整備事業の実施について」（平成27年５月28日障発0528第1号）に定めるてんかん診療拠点機関であること。	（新設）
ウ　（１）ウ、（３）イ及びウの患者を診療する場合は、特定機能病院又は都道府県がん診療連携拠点病院であること。	（新設）
エ　（２）ウの患者を診療する場合は、「Ｂ００１」の「24」外来緩和ケア管理料の施設基準を届け出ていること。	（新設）
オ　（１）オ、（２）ア及び（３）エの患者を診療する場合は、当該保険医療機関と同一の都道府県内に所在する保険医療機関であること。	（新設）
（７）～（９）　（略）	（６）～（８）　（略）
(10)　情報通信機器を用いた診療を行う際は、予約に基づく診察による特別の料金の徴収はできない。	（新設）
(11)　情報通信機器を用いた診療を行う際の情報通信機器の運用に要する費用については、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収できる。	（新設）
［施設基準］ 九の七の三　遠隔連携診療料の施設基準等 （１）　遠隔連携診療料の施設基準	［施設基準］ 九の七の三　遠隔連携診療料の施設基準等 （１）　遠隔連携診療料の施設基準

	情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
イ　情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。	（新設）
ロ　（３）のホからトまで及び（５）の二に該当する患者を診療する場合は、基本診療料の施設基準等別表第●の●に掲げる地域に所在する保険医療機関であること。	（新設）
（２）　遠隔連携診療料の注１に規定する対象患者	（２）　遠隔連携診療料の注１に規定する対象患者
イ　難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病の患者（疑いのものを含む。）	イ　難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病の疑いがある患者
ロ　てんかん（外傷性のてんかん（診断を目的とする場合に限る。）及び知的障害を有する者に係るものを含む。）の患者（疑いのものを含む。）	ロ　てんかん（外傷性のてんかん及び知的障害を有する者に係るものを含む。）の疑いがある患者
ハ　希少がんの患者（疑いのものを含む。）	（新設）
ニ　医療的ケア児（者）	（新設）
ホ　悪性腫瘍（治療中のものに限る。）の患者	（新設）
ヘ　膠原病（治療中のものに限る。）の患者	（新設）
ト　慢性維持透析の患者	（新設）
（３）　遠隔連携診療料の注２に規定する対象患者	（３）　遠隔連携診療料の注２に規定する対象患者
イ　主治医として定期的に訪問診療を行っている保険医が属する保険医療機関が診療を求めた傷病	イ　てんかんの患者（知的障害を有するものに限る。）
ロ　医療的ケア児（者）	ロ　難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病の患者
ハ　区分番号Ｂ００１―２４に掲げる外来緩和ケア管理料の対象患者	（新設）
（４）　遠隔連携診療料の注３に規定する対象患者	（新設）

イ　指定難病の患者 ロ　希少がんの患者 ハ　日本臓器移植ネットワークに臓器移植希望者として登録された患者 ニ　当該保険医療機関が標榜していない診療科であって、その診療科の医師でなければ困難な診療を要する者	

④　オンライン診療の適正な推進に係る評価の見直し

「Ⅲ－３－１－①」を参照のこと。

⑤　オンライン診療における電子処方箋の活用の推進

「Ⅲ－３－１－②」を参照のこと。

⑥　情報通信機器等を用いた外来栄養食事指導料の見直し

第１　基本的な考え方

情報通信機器等を用いた外来栄養食事指導を推進する観点から、外来栄養食事指導料について、情報通信機器又は電話による指導の評価を見直すとともに、情報通信機器による指導のみでも算定を可能とする要件の明確化を図る。

第２　具体的な内容

１．情報通信機器等を用いた外来栄養食事指導料について、２回目以降に情報通信機器又は電話により追加的な指導を行った場合の区分を新設する。

２．情報通信機器による指導の実施に当たって、事前に対面による指導と情報通信機器による指導を組み合わせた指導計画を作成し、当該計画に基づいて指導を実施する場合に加えて、対面又は情報通信機器のいずれかによる指導計画を作成した場合も算定可能であることを明確化する。

改　定　案	現　　行
【外来栄養食事指導料】 ［算定要件］ ９　外来栄養食事指導料 イ　外来栄養食事指導料１ （１）　初回 ①　対面で行った場合　260点 ②　情報通信機器を用いた場合　235点 （２）　２回目以降 ①　対面で行った場合　200点 ②　情報通信機器を用いた場合　180点 ③　（１）の①又は②の追加的な指導を行った場合　●●点 ロ　外来栄養食事指導料２ （１）　初回	【外来栄養食事指導料】 ［算定要件］ ９　外来栄養食事指導料 イ　外来栄養食事指導料１ （１）　初回 ①　対面で行った場合　260点 ②　情報通信機器等を用いた場合　235点 （２）　２回目以降 ①　対面で行った場合　200点 ②　情報通信機器等を用いた場合　180点 （新設） ロ　外来栄養食事指導料２ （１）　初回

① 対面で行った場合　250点 ② 情報通信機器を用いた場合　225点 （２） ２回目以降 ① 対面で行った場合　190点 ② 情報通信機器を用いた場合　170点 ③ （１）の①又は②の追加的な指導を行った場合　●●点	① 対面で行った場合　250点 ② 情報通信機器等を用いた場合　225点 （２） ２回目以降 ① 対面で行った場合　190点 ② 情報通信機器等を用いた場合　170点 （新設）
注１～３ （略） ４ イの（１）の②及び（２）の②については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が情報通信機器によって必要な指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月２回に限り、その他の月にあっては月１回に限り算定する。 ５ （略） ６ ロの（１）の②及び（２）の②については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関（診療所に限る。）の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が情報通信機器によって必要な指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月２回に限り、その他の月にあっては月１回に限り算定する。 ７ イの（２）の③については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が情報通信機器又は電話によってイの（１）の①又は②に追加して必要な指導を行った場合	注１～３ （略） ４ イの（１）の②及び（２）の②については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が電話又は情報通信機器によって必要な指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月２回に限り、その他の月にあっては月１回に限り算定する。 ５ （略） ６ ロの（１）の②及び（２）の②については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関（診療所に限る。）の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が電話又は情報通信機器によって必要な指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月２回に限り、その他の月にあっては月１回に限り算定する。 （新設）

に、月１回に限り算定する。ただし、イの（２）の①又は②を算定した同一月は算定できない。	
８　ロの（２）の③については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関（診療所に限る。）の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が情報通信機器又は電話によってロの（１）の①又は②に追加して必要な指導を行った場合に、月１回に限り算定する。ただし、ロの（２）の①又は②を算定した同一月は算定できない。	（新設）
［算定要件（通知）］	［算定要件（通知）］
(12)　「注４」及び「注６」については、以下の要件を満たすこと。	(12)　「注４」及び「注６」については、以下の要件を満たすこと。
ア　（略）	ア　（略）
イ　外来受診と同日に外来栄養食事指導を実施する場合は必ず対面にて指導を行うこと。	イ　外来受診した場合は必ず対面にて指導を行うこと。
ウ　情報通信機器等による指導の実施に当たっては、事前に対面若しくは情報通信機器のいずれかによる指導計画又は対面による指導と情報通信機器による指導を組み合わせた指導計画を作成し、当該計画に基づいて指導を実施する。また、外来受診時等に受診結果等を基に、必要に応じて指導計画を見直すこと。なお、当該保険医療機関を退院した患者に対して、初回から情報通信機器による指導を実施する場合は、当該指導までの間に指導計画を作成すること。	ウ　情報通信機器等による指導の実施に当たっては、事前に対面による指導と情報通信機器等による指導を組み合わせた指導計画を作成し、当該計画に基づいて指導を実施する。また、外来受診時等に受診結果等を基に、必要に応じて指導計画を見直すこと。なお、当該保険医療機関を退院した患者に対して、初回から情報通信機器等による指導を実施する場合は、当該指導までの間に指導計画を作成すること。
エ・オ　（略）	エ・オ　（略）
(13)　「注７」及び「注８」については、管理栄養士が（１）の患者に対し、対面又は情報通信機器による指導を実施した上で、２回目以降、情報通信機器又は電話を活用した追加的な指導を行う。必要な	（新設）

指導が行われれば、指導時間については問わない。	

【Ⅲ－３－２　外来、在宅医療など、様々な場面におけるオンライン診療の推進－⑦】

⑦　情報通信機器を用いた医学管理等の評価の新設

第１　基本的な考え方

１．情報通信機器を用いた診療における不随意運動症に対する脳深部刺激療法の有用性や、「脳深部刺激療法（DBS）における遠隔プログラミングの手引き」を踏まえ、情報通信機器を用いた場合の在宅振戦等刺激装置治療指導管理料について、新たな評価を行う。

２．プログラム医療機器等指導管理料が併算定できるニコチン依存症管理料や生活習慣病管理料（Ⅱ）に情報通信機器を用いた場合の規定があることを踏まえ、プログラム医療機器等指導管理料に情報通信機器を用いた場合の規定を設ける。

第２　具体的な内容

在宅振戦等刺激装置治療指導管理料及びプログラム医療機器等指導管理料について、情報通信機器を用いた場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【在宅振戦等刺激装置治療指導管理料】	【在宅振戦等刺激装置治療指導管理料】
［算定要件］	［算定要件］
注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅振戦等刺激装置治療指導管理料を算定すべき指導管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、●●点を算定する。	（新設）
［施設基準］	［施設基準］
●の●　在宅振戦等刺激装置治療指導管理料の施設基準	（新設）
（１）　在宅振戦等刺激装置治療指導管理料の注３の施設基準	
情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。	

【プログラム医療機器等指導管理料】 ［算定要件］ 注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、プログラム医療機器等指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、●●点を算定する。 ［施設基準］ 九の七の六　プログラム医療機器等指導管理料の施設基準 （１）　プログラム医療機器等指導管理料の注１の施設基準 プログラム医療機器等の指導管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。 （２）　プログラム医療機器等指導管理料の注３の施設基準 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。	【プログラム医療機器等指導管理料】 ［算定要件］ （新設） ［施設基準］ 九の七の六　プログラム医療機器等指導管理料の施設基準 プログラム医療機器等の指導管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

⑧　情報通信機器を用いた療養指導の見直し

第１　基本的な考え方

情報通信機器を用いた療養指導について、対面と組み合わせた実施を適切に推進することにより、患者のセルフケア支援の充実や負担軽減を図る観点から、在宅療養指導料の算定対象者のうち、在宅自己注射指導管理料を算定している患者及び慢性心不全の患者に係る要件を見直す。

第２　具体的な内容

在宅療養指導料における算定対象者のうち、在宅自己注射指導管理料を算定している者及び慢性心不全の患者について、2回目以降の指導に情報通信機器を用いて行う指導を新たに評価する。

改　定　案	現　　行
【在宅療養指導料】 13　在宅療養指導料 イ　初回 対面で行った場合　●●点 ロ　２回目以降 （１）　対面で行った場合 ●●点 （２）　情報通信機器を用いた場合　●●点 ［算定要件］ 注１　第２部第２節第１款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者、器具を装着しておりその管理に配慮を必要とする患者又は退院後１月以内の慢性心不全の患者（ロの（２）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、第２部第２節第１款在宅療養指導管理料のうちＣ１０１在宅自己注射指導管理料を算定している患者又は退院後１月以内の慢性心	【在宅療養指導料】 13　在宅療養指導料　170点 ［算定要件］ 注１　第２部第２節第１款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者、器具を装着しておりその管理に配慮を必要とする患者又は退院後１月以内の慢性心不全の患者に対して、医師の指示に基づき保健師、助産師又は看護師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に、患者１人につき月１回（初回の指導を行った月にあっては、月２回）に限り算定する。

不全の患者に限る。）に対して、医師の指示に基づき保健師、助産師又は看護師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に、ロについては月１回（イを算定する月にあっては、イとロを合算して月２回）に限り算定する。 ２　（略） ［施設基準（告示）］ 二　特定疾患治療管理料に規定する施設基準等 （６）の６　在宅療養指導料の注１のロの（２）に規定する施設基準 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。	２　（略） ［施設基準（告示）］ （新設）

⑨　情報通信機器を用いた医学管理等の評価の新設

「Ⅲ－３－２－⑦」を参照のこと。

【Ⅲ－４　質の高いリハビリテーションの推進－①】

①　退院時リハビリテーション指導料の算定要件の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

改　定　案	現　　行
【退院時リハビリテーション指導料】 ［算定要件］ 注　患者の退院時に当該患者（当該保険医療機関での入院中に、区分番号Ａ２３３に掲げるリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、区分番号Ａ３０１の注４に掲げる早期離床・リハビリテーション加算、区分番号Ａ３０１−２の注３に掲げる早期離床・リハビリテーション加算、区分番号Ａ３０１−３の注３に掲げる早期離床・リハビリテーション加算、区分番号Ａ３０１−４の注３に掲げる早期離床・リハビリテーション加算、区分番号Ａ３０４の注10に掲げるリハビリテーション・栄養・口腔連携加算又は第７部リハビリテーションの第１節の各区分のいずれかを算定したものに限る。）又はその家族等に対して、退院後の在宅での基本的動作能力若しくは応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るための訓練等について	【退院時リハビリテーション指導料】 ［算定要件］ 注　患者の退院時に当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での基本的動作能力若しくは応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るための訓練等について必要な指導を行った場合に算定する。この場合において、同一日に、区分番号Ｂ００５に掲げる退院時共同指導料２（注１の規定により、入院中の保険医療機関の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指導等を行った場合に限る。）は、別に算定できない。

必要な指導を行った場合に算定する。この場合において、同一日に、区分番号Ｂ００５に掲げる退院時共同指導料２（注１の規定により、入院中の保険医療機関の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指導等を行った場合に限る。）は、別に算定できない。	

②　医療機関外における疾患別リハビリテーション料の上限単位数の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

改　定　案	現　　行
【第７部　リハビリテーション（通則）】 ［算定要件］ ６　届出施設である保険医療機関内において、治療又は訓練の専門施設外で訓練を実施した場合においても、疾患別リハビリテーションとみなすことができる。 　また、当該保険医療機関外であっても、以下の（１）から（４）までを全て満たす場合は、１日に３単位に限り疾患別リハビリテーションとみなすことができ、１日に３単位を超えて当該保険医療機関外で疾患別リハビリテーションを実施する必要がある場合、一連の入院において、合計３単位（別に厚生労働大臣が定める患者については６単位）に限り、別に疾患別リハビリテーションとみなすことができる。なお、訓練の前後において、訓練場所との往復に要した時間は、当該リハビリテーションの	【第７部　リハビリテーション（通則）】 ［算定要件］ ６　届出施設である保険医療機関内において、治療又は訓練の専門施設外で訓練を実施した場合においても、疾患別リハビリテーションとみなすことができる。 　また、当該保険医療機関外であっても、以下の（１）から（４）までを全て満たす場合は、１日に３単位に限り疾患別リハビリテーションとみなすことができる。なお、訓練の前後において、訓練場所との往復に要した時間は、当該リハビリテーションの実施時間に含まない。また、保険医療機関外でリハビリテーションを実施する際には、訓練場所との往復を含め、常時従事者が付き添い、必要に応じて速やかに当該保険医療機関に連絡、搬送できる体制を確保する等、安全性に十分配慮すること。

実施時間に含まない。また、保険医療機関外でリハビリテーションを実施する際には、訓練場所との往復を含め、常時従事者が付き添い、必要に応じて速やかに当該保険医療機関に連絡、搬送できる体制を確保する等、安全性に十分配慮すること。	

【Ⅲ－４　質の高いリハビリテーションの推進－③】

③　疾患別リハビリテーション料の算定単位数上限緩和対象患者の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

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

④　疾患別リハビリテーション料の訓練内容に応じた評価の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

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

号にかかわらず、患者１人につき１日２単位まで算定する。 ※　脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器疾患リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料についても同様。	

⑤　リハビリテーション総合実施計画評価料の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

改　定　案	現　　行
【リハビリテーション総合計画評価料】 ［算定要件］ １　リハビリテーション総合計画評価料１ イ　初回の場合　●●点 ロ　２回目以降の場合　●●点 ２　リハビリテーション総合計画評価料２ イ　初回の場合　●●点 ロ　２回目以降の場合　●●点	【リハビリテーション総合計画評価料】 ［算定要件］ １　リハビリテーション総合計画評価料１　300点 （新設） （新設） ２　リハビリテーション総合計画評価料２　240点 （新設） （新設）

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

改　定　案	現　　行
【目標設定等・支援管理料】 ［算定要件］ （削除）	【目標設定等・支援管理料】 ［算定要件］ Ｈ００３－４　目標設定等支援・管理料 １　初回の場合　250点 ２　２回目以降の場合　100点

	注　区分番号Ｈ００１に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号Ｈ００１－２に掲げる廃用症候群リハビリテーション料又は区分番号Ｈ００２に掲げる運動器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを実施している要介護被保険者等である患者に対し、必要な指導等を行った場合に、３月に１回に限り算定する。

３．目標設定等支援・管理料を算定していない者に対する減算規定を廃止する。

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

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

⑥　リンパ浮腫複合的治療料の評価の見直し

第１　基本的な考え方

リンパ浮腫複合的治療料について、より実態に即した評価を行う観点から、リンパ浮腫複合的治療料の評価を見直す。

第２　具体的な内容

リンパ浮腫複合的治療料の点数を見直す。

改　定　案		現　　行	
【リンパ浮腫複合的治療料】		【リンパ浮腫複合的治療料】	
［算定要件］		［算定要件］	
１　重症の場合		１　重症の場合	200点
イ　60分以上	●●点	（新設）	
ロ　40分以上60分未満	●●点	（新設）	
２　１以外の場合	●●点	２　１以外の場合	100点

【Ⅲ－４－１　発症早期からのリハビリテーション介入の推進－①】

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

第１　基本的な考え方

入院直後における早期リハビリテーション介入の推進及び効果的なリハビリテーションを推進する観点から、より早期に開始するリハビリテーションを評価する。

休日であっても平日と同様のリハビリテーションを推進する観点から、休日におけるリハビリテーションについて、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

早期リハビリテーション加算の評価を見直し、入院した日から起算して３日目以内は増点し、４日目以降は減点する。また、加算可能な期間を入院した日から起算して 14 日目までとする。

土日祝のリハビリ実施を評価する観点から、休日リハビリテーション加算を新設する。

改　定　案	現　　行
【心大血管疾患リハビリテーション料】 ［算定要件］ ２　注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、入院した日から起算して14日を限度として、早期リハビリテーション加算として、１単位につき●●点（入院した日から起算して４日目以降は１単位につき●●点）を所定点数に加算する。ただし、他の保険医療機関から転院してきた患者については、転院前の保険医療機関に入院した日を起算日とする。 ３・４（略） ５　注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院	【心大血管疾患リハビリテーション料】 ［算定要件］ ２　注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、発症、手術若しくは急性増悪から７日目又は治療開始日のいずれか早いものから起算して30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、１単位につき25点を所定点数に加算する。 ３・４（略） （新設）

中のものに対して、休日にリハビリテーションを行った場合は、発症、手術若しくは急性増悪から７日目又は治療開始日のいずれか早いものから起算して30日目までを限度として、休日リハビリテーション加算として、１単位につき●●点を所定点数に加算する。 ※　廃用症候群リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料についても同様。	
【脳血管疾患等リハビリテーション料】 ［算定要件］ ２　注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のもの又は入院中の患者以外の患者（脳卒中の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号Ａ２４６の注４に掲げる地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。）に限る。）に対してリハビリテーションを行った場合は、入院した日から起算して14日を限度として、早期リハビリテーション加算として、１単位につき●●点（起算日から４日目以降は１単位につき●●点）を所定点数に加算する。ただし、他の保険医療機関から転院してきた患者については、転院前の保険医療機関に入院した日を起算日とする。また、入院中の患者以外の患者については、退院前の入院日を起算日とする。	【脳血管疾患等リハビリテーション料】 ［算定要件］ ２　注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のもの又は入院中の患者以外の患者（脳卒中の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号Ａ２４６の注４に掲げる地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。）に限る。）に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、１単位につき25点を所定点数に加算する。
３・４（略）	３・４（略）
５　注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のもの又は入院中の患者以外の患者（脳卒中の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又	（新設）

は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号Ａ２４６の注４に掲げる地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。）に限る。）に対して、休日にリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日目までを限度として、休日リハビリテーション加算として、１単位につき●●点を所定点数に加算する。 ※　運動器リハビリテーション料についても同様。	

【Ⅲ－４－２　土日祝日のリハビリテーション実施体制の充実－①】

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

「Ⅲ－４－１－①」を参照のこと。

【Ⅲ－５－１　救急医療の充実－①】

①　救急外来医療に係る評価の再編

第１　基本的な考え方

救急医療機関における、夜間休日を含めた応需体制の構築及び地域の救急医療に関する取組等の現状を踏まえ、院内トリアージ実施料及び夜間休日救急搬送医学管理料等を見直し、救急外来医療を 24 時間提供するための人員や設備、検査体制等に応じた新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

１．救急医療機関における、夜間休日を含めた医師・看護師等の配置、検査・処方等が可能な体制の構築、地域の救急医療に関する取組等の現状を踏まえ、夜間休日救急搬送医学管理料を見直し、救急診療の実施にあたり十分な人員配置及び設備等を備え、救急外来医療を 24 時間提供できる体制を有する保険医療機関による救急外来診療に係る評価を新設する。

２．救急外来医学管理料を算定する意識障害の患者に対し、救急時医療情報閲覧機能及び電子処方箋システムを活用し当該患者の診療情報を取得した場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【救急外来医学管理料】 救急外来医学管理料 １　救急搬送医学管理料 イ　救急搬送医学管理料１ ●●点 ロ　救急搬送医学管理料２ ●●点 ハ　救急搬送医学管理料３ ●●点 ２　夜間休日救急医学管理料 イ　夜間休日救急医学管理料１ ●●点 ロ　夜間休日救急医学管理料２ ●●点 ハ　夜間休日救急医学管理料３ ●●点	【夜間休日救急搬送医学管理料】 夜間休日救急搬送医学管理料　600点 （新設） （新設）

注１　１については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者に対して必要な医学管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ算定する。	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間（土曜日以外の日（休日を除く。）にあっては、夜間に限る。）、休日又は深夜において、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者に対して必要な医学管理を行った場合に、区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日に限り算定する。
２　２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間（土曜日以外の日（休日を除く。）にあっては、夜間に限る。以下この項において同じ。）、休日又は深夜において救急外来を受診した患者（救急用の自動車等により緊急に搬送された患者を除く。）に対して必要な医学管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ算定する。	（新設）
３　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、当該患者に対して、診療に基づき検査、画像診断、処置又は注射を実施する必要性を認め、区分番号Ｄ００６に掲げる出血・凝固検査、区分番号Ｄ００７に掲げる血液化学検査、区分番号Ｄ０１１に掲げる免疫血液学的検査、区分番号Ｄ０１８に掲げる細菌培養同定検査、区分番号Ｅ２００に掲げるコンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）、区分番号Ｅ２０２に掲げる磁気共鳴コンピューター断層撮影（ＭＲＩ撮影）並びに第６	（新設）

部第１節第１款注射実施料（区分番号Ｇ００１に掲げる皮内、皮下及び筋肉内注射並びに区分番号Ｇ００２に掲げる静脈内注射を除く。）を算定する場合は、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　救急外来緊急検査対応加算１　●●点 ロ　救急外来緊急検査対応加算２　●●点	
４　急性薬毒物中毒（アルコール中毒を除く。）と診断された患者又は過去６月以内に精神科受診の既往がある患者に対して必要な医学管理を行った場合には、精神科疾患患者等受入加算として、400点を所定点数に加算する。	２　急性薬毒物中毒（アルコール中毒を除く。）と診断された患者又は過去６月以内に精神科受診の既往がある患者に対して必要な医学管理を行った場合には、精神科疾患患者等受入加算として、400点を所定点数に加算する。
（削除）	３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要な医学管理を行った場合は、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　救急搬送看護体制加算１　400点 ロ　救急搬送看護体制加算２　200点
５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注１又は注２に規定する患者であって、意識障害の患者に対し、救急時医療情報閲覧機能及び電子処方箋システムを用いて診療情報を取得した場合に、救急時医療情報取得加算として、月に１回に限り、●●点を所定点数に加算する。	（新設）

６　１について、土曜日、日曜日若しくは祝日又は夜間において、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者に対して必要な医学管理を行った場合には、当該患者が受診した時間の区分に従い、時間外救急搬送加算として、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ　土曜日、日曜日又は祝日における夜間の場合　●●点 ロ　土曜日、日曜日又は祝日以外の日における夜間の場合　●●点 ハ　土曜日、日曜日又は祝日における夜間以外の時間の場合　●●点	（新設）
［施設基準］ 【救急外来医学管理料】 四の五　救急外来医学管理料の施設基準等 （１）　救急搬送医学管理料１、夜間休日救急医学管理料１及び救急外来医学管理料の注３に規定する救急外来緊急検査対応加算１の施設基準 イ　休日及び夜間における入院治療を必要とする重症救急患者の救急医療の確保のための診療を行っていること。 ロ　救急医療に係る実績を十分有していること。 ハ　救急外来診療を行うにつき十分な専用施設を有していること。 ニ　救急外来診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。 （２）　救急搬送医学管理料２、夜間休日救急医学管理料２及び救急外来医学管理料の注３に規定する救急外来緊急検査対応加算２の施設基準	［施設基準］ 【夜間休日救急搬送医学管理料】 四の五　夜間休日救急搬送医学管理料の施設基準等 （１）　夜間休日救急搬送医学管理料の施設基準 休日及び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。 （新設） （新設） （新設） （新設）

イ　休日及び夜間における入院治療を必要とする重症救急患者の救急医療の確保のための診療を行っていること。 ロ　救急医療に係る相当の実績を有していること。 ハ　救急外来診療を行うにつき十分な専用施設を有していること。 ニ　救急外来診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。	
（３）　救急搬送医学管理料３及び夜間休日救急医学管理料３の施設基準 休日及び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。	（新設）
（削除）	（２）　夜間休日救急搬送医学管理料の注３に規定する救急搬送看護体制加算１の施設基準 イ　救急搬送について、十分な実績を有していること。 ロ　救急患者の受入れを担当する専任の看護師が複数名配置されていること。
（削除）	（３）　夜間休日救急搬送医学管理料の注３に規定する救急搬送看護体制加算２の施設基準 イ　救急搬送について、相当の実績を有していること。 ロ　救急患者の受入れを担当する専任の看護師が配置されていること。
（４）　救急外来医学管理料の注５に規定する厚生労働大臣が定める施設基準 イ　電磁的記録をもって作成された処方箋を発行する体制を有していること。 ロ　救急時医療情報閲覧機能を有していること。	（新設）
［施設基準（通知）］	［施設基準（通知）］

第６の５　救急外来医学管理料 １　救急搬送医学管理料１、夜間休日救急医学管理料１及び救急外来医学管理料の注３に掲げる救急外来緊急検査対応加算１に関する施設基準 （１）　休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っていると認められる第三次救急医療機関若しくは第二次救急医療機関（医療法（昭和23年法律第205号）第30条の４の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている救急医療機関をいう。）又は都道府県知事若しくは指定都市市長の指定する精神科救急医療施設であること。 なお、精神科救急医療施設の運営については、「精神科救急医療体制整備事業の実施について」に従い実施されたい。 （削除）	第６の５　夜間休日救急搬送医学管理料 １　夜間休日救急搬送医学管理料に関する施設基準 （１）　休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っていると認められる次に掲げる保険医療機関であって、医療法（昭和23年法律第205号）第30条の４の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関であること又は都道府県知事の指定する精神科救急医療施設であること。 ア　地域医療支援病院（医療法第４条第１項に規定する地域医療支援病院） イ　救急病院等を定める省令（昭和39年厚生省令第８号）に基づき認定された救急病院又は救急診療所 ウ　「救急医療対策の整備事業について」に規定された病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院 なお、精神科救急医療施設の運営については、平成７年10月27日健医発第1321号厚生省保健医療局長通知に従い実施されたい。 （２）　第二次救急医療施設として必要な診療機能及び専用病床を確保するとともに、診療体制として通常の当直体制のほかに重症救急患者の受入れに対応できる医師等を始めとする医療従事者を確保していること。

（２） 夜間又は休日において入院治療を必要とする重症患者に対して救急医療を提供する日を地域の行政部門、医師会等の医療関係者及び救急搬送機関等にあらかじめ周知していること。	（３） 夜間又は休日において入院治療を必要とする重症患者に対して救急医療を提供する日を地域の行政部門、医師会等の医療関係者及び救急搬送機関等にあらかじめ周知していること。
（３） 救急用の自動車（消防法（昭和23年法律第186号）及び消防法施行令（昭和36年政令第37号）に規定する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並びに道路交通法（昭和35年法律第105号）及び道路交通法施行令（昭和35年政令第270号）に規定する緊急自動車（傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。））又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数（以下この区分において「救急搬送件数」という。）が、年間で1,500件以上であること。ただし、「基本診療料の施設基準等」別表第●に掲げる地域に所在する病院にあっては、当該件数が年間で1,200件以上であること。	（新設）
（４） 救急外来診療を実施するための専用の診察室及びベッドを有する区画を設けていること。	（新設）
（５） 救急外来診療を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を当該区画内に常時備えていること。ただし、当該区画が救命救急治療室、特定集中治療室、ハイケアユニット、脳卒中ケアユニット、小児特定集中治療室、新生児特定集中治療室、母体・胎児集中治療室	（新設）

又は新生児治療回復室（以下「救命救急治療室等」という。）と隣接しており、これらの装置及び器具を当該救命救急治療室等と共有しても緊急の事態に十分対応できる場合においては、この限りではない。 ア　救急蘇生装置（気管内挿管セット及び人工呼吸装置等） イ　除細動器 ウ　心電計 エ　呼吸循環監視装置	
（６）　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、保険医療機関内の速やかに救急外来診療を開始できる場所に勤務していること。当該専任の医師に、救急外来診療の経験を５年以上有する医師を２名以上含むこと。	（新設）
（７）　専任の看護師が常時、当該区画内に勤務していること。また、専任の看護師について、時間帯及び救急外来の業務状況に応じ、複数名の配置を行うことが望ましいこと。	（新設）
（８）　地域及び医療機関の実情に応じて、専任の救急救命士が救急外来において適切な業務を担うことが考えられ、その際には当該救急救命士に対して、院内研修を実施していることが望ましいこと。	（新設）
（９）　手術に必要な麻酔科医及び手術室の看護師が緊急呼出し当番により、緊急手術を開始できる体制が常時確保されていること。	（新設）
(10)　救急外来を受診した患者	（新設）

に対して、血液検査、コンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）又は磁気共鳴コンピューター断層撮影（ＭＲＩ撮影）を実施できる体制が常時確保されていること。	
(11)　救急外来を受診した患者に対して、調剤及び検査等を行うにつき必要な薬剤師、臨床検査技師及び診療放射線技師が常時、当該保険医療機関内に配置されていること。	（新設）
(12)　院内の職員に対して、救急に関する教育コース（心肺蘇生に関する教育コース又は外傷対応に関する教育等をいう。）の提供を年１回以上実施していること。	（新設）
(13)　業務継続計画（BCP）を策定し、当該BCPに基づいた災害訓練を年１回以上実施していること。	（新設）
(14)　地域の救急医療に関する取組として、次のいずれか二つ以上を満たしていること。 ア　メディカルコントロール協議会、救急医療対策協議会又は救急患者受入コーディネーター確保事業に関わる会議に参加していること。 イ　消防機関の実施するウツタイン様式調査に協力していること。 ウ　当該保険医療機関に勤務する医師（当該保険医療機関から消防機関等に派遣されている医師を含む。）が、消防機関に属する救急救命士からの特定行為の実施に係る指示要請に対応しているこ	（新設）

と。 エ　地域の関係機関（都道府県、医師会、救急医療機関及び消防機関等）との間で、定期的に連携体制の構築及びその向上等を目的とした検討会を開催していること。 オ　救急救命士の病院実習（救急救命士の養成課程中に行われるもの、就業前に行うもの又は再教育（生涯教育）として行うものを指す。）を受け入れていること。 カ　在宅医療関係者と救急医療関係者の協議の場に参加し、在宅療養等に関する救急搬送についての情報共有ルールの策定等を行っていること。	
２　救急搬送医学管理料２、夜間休日救急医学管理料２及び救急外来医学管理料の注３に掲げる救急外来緊急検査対応加算２に関する施設基準 （１）　救急外来医学管理料１の（１）、（２）、（４）、（５）及び(13)を満たすこと。 （２）　救急搬送件数が、年間で800件以上であること。ただし、「基本診療料の施設基準等」別表第●に掲げる地域に所在する病院にあっては、当該件数が年間で640件以上であること。 （３）　当該保険医療機関が救急外来診療を応需する時間帯において常に、専任の医師（宿日直を行っている専任の医師を含む。）が、保険医療機関内の速やかに救急外来診療を開始できる場所に勤務していること。	（新設）

（４） 当該保険医療機関が救急外来診療を応需する時間帯において常に、専任の看護師が当該区画内に勤務していること。 （５） 当該保険医療機関が救急外来診療を応需する時間帯において常に、救急外来を受診した患者に対して、血液検査及びコンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）を実施できる体制が確保されていること。なお、コンピューター断層撮影については、当該検査を実施する医療従事者を、緊急呼出し当番により確保する体制であっても差し支えない。 （６） 院内の職員に対して、救急に関する教育コース（心肺蘇生に関する教育コース又は外傷対応に関する教育等をいう。）の提供を年１回以上実施していること、又は当該コースの受講を推奨することを院内の職員に向けて周知し、その受講状況を年１回以上把握していること。 （７） 地域の救急医療に関する取組として、次のいずれかを満たしていること。 ア メディカルコントロール協議会、救急医療対策協議会又は救急患者受入コーディネーター確保事業に関わる会議に参加していること。 イ 消防機関の実施するウツタイン様式調査に協力していること。 ウ 当該保険医療機関に勤務する医師（当該保険医療機関から消防機関等に派遣さ	

れている医師を含む。）が、消防機関に属する救急救命士からの特定行為の実施に係る指示要請に対応していること。 エ　地域の関係機関（都道府県、医師会、救急医療機関及び消防機関等）との間で、定期的に連携体制の構築及びその向上等を目的とした検討会を開催していること。 オ　救急救命士の病院実習（救急救命士の養成課程中に行われるもの、就業前に行うもの又は再教育（生涯教育）として行うものを指す。）を受け入れていること。 カ　在宅医療関係者と救急医療関係者の協議の場に参加し、在宅療養等に関する救急搬送についての情報共有ルールの策定等を行っていること。	
３　救急搬送医学管理料３及び夜間休日救急医学管理料３に関する施設基準 救急病院等を定める省令（昭和39年厚生省令第８号）に基づき認定された救急病院又は救急診療所であること。	（新設）
（削除）	２　救急搬送看護体制加算１に関する施設基準 （１）　救急用の自動車（消防法（昭和23年法律第186号）及び消防法施行令（昭和36年政令第37号）に規定する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並びに道路交通法（昭和35年法律第105号）及び道路交通法施行令（昭和35年政令第270号）に規定す

	る緊急自動車（傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。）をいう。）又は救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法（平成19年法律第103号）第２条に規定する救急医療用ヘリコプターによる搬送件数（以下この区分において「救急搬送件数」という。）が、年間で1,000件以上であること。 （２） 救急患者の受入への対応に係る専任の看護師が複数名配置されていること。当該専任の看護師は、「Ｂ００１－２－５」院内トリアージ実施料に係る専任の看護師を兼ねることができる。
（削除）	３ 救急搬送看護体制加算２に関する施設基準 （１） 救急搬送件数が年間で200件以上であること。 （２） 救急患者の受入への対応に係る専任の看護師が配置されていること。当該専任の看護師は、「Ｂ００１－２－５」院内トリアージ実施料に係る専任の看護師を兼ねることができる。
４ 救急外来医学管理料の「注５」に掲げる救急時医療情報取得加算に関する施設基準 （１） 電子処方箋を発行する体制又は調剤情報を電子処方箋管理サービスに登録する体制として、以下のアからウまでの全てを満たしていること。 ア 院外処方を行う場合には、原則として、電子処方箋を発行し、又は引換番号が印字された紙の処方箋を	（新設）

発行し処方情報の登録を行っていること。 イ　院内処方を行う場合には、原則として、医療機関内で調剤した薬剤の情報を電子処方箋管理サービスに登録を行っていること ウ　電子処方箋対応医療機関であることをウェブサイトで掲示していること （２）　救急時医療情報閲覧機能を有していること。	

［経過措置］

救急外来医学管理料に係る届出を行う保険医療機関については、令和８年 12 月 31 日までの間に限り、１の(14)又は２の(７)に該当するものとみなす。

３．院内トリアージ実施料を見直し、救急外来医学管理料、地域連携小児夜間・休日診療料及び地域連携夜間・休日診療料について、時間外等、休日又は深夜に受診した患者に対して院内トリアージを実施する体制が整備されている保険医療機関において、当該患者（救急用の自動車等により緊急に搬送された患者を除く。)に対して算定する新たな加算を設ける。

改　定　案	現　　行
（削除）	【院内トリアージ実施料】 院内トリアージ実施料　　300点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜において、入院中の患者以外の患者（救急用の自動車等により緊急に搬送された者を除く。）であって、区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する患者に対し、当該患者の来院後速やかに院内トリアージが実施された場

	合に算定する。
【救急外来医学管理料】 7　２について、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は、院内トリアージ実施体制加算として、●●点を所定点数に加算する。	【夜間休日救急搬送医学管理料】 （新設）
［施設基準（告示）］ （削除）	［施設基準（告示）］ 【院内トリアージ実施料】 四の四　院内トリアージ実施料の施設基準等 （１）　院内トリアージ実施料の施設基準 イ　院内トリアージを行うにつき十分な体制が整備されていること。 ロ　院内トリアージの実施基準を定め、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。 ハ　ロの掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。 （２）　院内トリアージ実施料に規定する時間 当該地域において一般の保険医療機関がおおむね診療応需の態勢を解除した後、翌日に診療応需の態勢を再開するまでの時間（深夜及び休日を除く。）
【救急外来医学管理料】 （１）～（４）　（略） （５）　救急外来医学管理料の注７に規定する厚生労働大臣が定める施設基準 イ　院内トリアージを行うにつき十分な体制が整備されていること。 ロ　院内トリアージの実施基準を定め、当該保険医療機関の見や	【夜間休日救急搬送医学管理料】 （１）～（４）　（略） （新設）

すい場所に掲示していること。 ハ　ロ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（通知）］ （削除）	［施設基準（通知）］ 【院内トリアージ実施料】 第６の４　院内トリアージ実施料 １　院内トリアージ実施料に関する施設基準 （１）　以下の項目を含む院内トリアージの実施基準を定め、定期的に見直しを行っていること。 ア　トリアージ目標開始時間及び再評価時間 イ　トリアージ分類 ウ　トリアージの流れ なお、トリアージの流れの中で初回の評価から一定時間後に再評価すること。 （２）　患者に対して、院内トリアージの実施について説明を行い、院内の見やすい場所への掲示等により周知を行っていること。 （３）　（２）の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。 （４）　専任の医師又は救急医療に関する３年以上の経験を有する専任の看護師が配置されていること。
【救急外来医学管理料】 第６の５　救急外来医学管理料 １～４　（略） ５　救急外来医学管理料の注７に掲げる院内トリアージ実施体制加算に関する施設基準	【夜間休日救急搬送医学管理料】 第６の５　夜間休日救急搬送医学管理料 １～４　（略） （新設）

（１） 以下の項目を含む院内トリアージの実施基準を定め、定期的に見直しを行っていること。 ア トリアージ目標開始時間及び再評価時間 イ トリアージ分類 ウ トリアージの流れ なお、トリアージの流れの中で初回の評価から一定時間後に再評価すること。 （２） 患者に対して、院内トリアージの実施について説明を行い、院内の見やすい場所への掲示等により周知を行っていること。 （３） （２）の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。 （４） 専任の医師又は救急医療に関する３年以上の経験を有する専任の看護師が配置されていること。なお、当該専任の医師又は看護師は、１（６）及び（７）並びに２の（３）及び（４）に係る専任の医師又は看護師を兼ねることができる。 ※ 地域連携小児夜間・休日診療料及び地域連携夜間・休日診療料についても同様。	

②　救急患者連携搬送料の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

１．救急患者の適切な転院搬送の実施を更に推進する観点から、救急外来での初期診療後に連携する他の医療機関で入院医療を提供することが適当と判断された救急患者について、入院前に搬送を行う場合の評価を引き上げるとともに、自院等の救急自動車以外を活用して搬送する場合についても評価の対象とする。

２．搬送先医療機関においても連携体制の確保や患者の受入れを更に推進する観点から、搬送先医療機関において入院医療を行うことについての評価を新設する。

３．搬送先医療機関への搬送時間が長期間となる場合においても円滑な転院搬送を推進する観点から、医師、看護師又は救急救命士が同乗して長時間（30 分以上）搬送を行う場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【救急患者連携搬送料】	【救急患者連携搬送料】
１　救急患者連携搬送料１	（新設）
イ　医師、看護師又は救急救命士が同乗して搬送する場合	（新設）
（１）　入院中の患者以外の患者の場合　●●点	１　入院中の患者以外の患者の場合　1,800点
（２）　入院初日の患者の場合　1,200点	２　入院初日の患者の場合　1,200点
（３）　入院２日目の患者の場合　800点	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	４　入院３日目の患者の場合　600点
ロ　その他の場合	（新設）
（１）　入院中の患者以外の患者	

の場合　●●点 （２）　入院初日の患者の場合 ●●点 （３）　入院２日目の患者の場合 ●●点 （４）　入院３日目の患者の場合 ●●点	
２　救急患者連携搬送料２ イ　医師、看護師又は救急救命士が同乗して搬送する場合 ●●点 ロ　その他の場合　●●点	（新設）
［算定要件］ 注１　１のイについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、救急外来を受診した患者に対する初期診療を実施し、連携する他の保険医療機関において入院医療を提供することが適当と判断した上で、当該他の保険医療機関において入院医療を提供する目的で、自院の医師、看護師又は救急救命士が同乗の上、搬送を行った場合に算定する。この場合において、区分番号Ｃ００４に掲げる救急搬送診療料及び１のロについては別に算定できない。	［算定要件］ 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、救急外来を受診した患者に対する初期診療を実施し、連携する他の保険医療機関において入院医療を提供することが適当と判断した上で、当該他の保険医療機関において入院医療を提供する目的で医師、看護師又は救急救命士が同乗の上、搬送を行った場合に算定する。この場合において、区分番号Ｃ００４に掲げる救急搬送診療料は別に算定できない。
２　１のロについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、救急外来を受診した患者に対する初期診療を実施し、連携する他の保険医療機関において入院医療を提供することが適当と判断した上で、当該他の保険医療機関において入院医療を提供する目的で、当該患	（新設）

者の搬送手段について調整を行い、当該患者の搬送を行った場合に算定する。	
３　２のイについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、他の保険医療機関で区分番号Ｃ００４－２に掲げる救急患者連携搬送料１のロを算定した患者に対して、自院の医師、看護師又は救急救命士が同乗の上、自院へ搬送を行い、入院させた場合に、入院初日に限り算定する。この場合において、区分番号Ｃ００４に掲げる救急搬送診療料及び２のロについては別に算定できない。	（新設）
４　２のロについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、他の保険医療機関で区分番号Ｃ００４－２に掲げる救急患者連携搬送料１のイ又はロを算定した患者を入院させた場合に、入院初日に限り算定する。	（新設）
５　１のイ又は２のイに規定する場合であって、当該搬送に要した時間が30分を超えた場合には、長時間加算として、●●点を所定点数に加算する。	（新設）
［施設基準］ 二の三　救急患者連携搬送料に規定する施設基準	［施設基準］ 二の三　救急患者連携搬送料に規定する施設基準
（１）　救急患者連携搬送料１の施設基準	（新設）
イ　救急搬送について、相当の実績を有していること。	（１）　救急搬送について、相当の実績を有していること。
ロ　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	（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

を行っていること。 ハ　連携する他の保険医療機関へ搬送を行った患者の状態について、転院搬送先の保険医療機関から診療情報の提供が可能な体制が整備されていること。 ニ　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。 （２）　救急患者連携搬送料２の施設基準 イ　特定機能病院、都道府県が定める救急医療に関する計画に基づいて運営される救命救急センターを有している保険医療機関又は区分番号Ａ２００に掲げる総合入院体制加算若しくは区分番号Ａ２００－２に掲げる急性期充実体制加算の届出を行っている保険医療機関以外の保険医療機関であること。 ロ　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。	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状態について、転院搬送先の保険医療機関から診療情報の提供が可能な体制が整備されていること。 （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。 （新設）

【Ⅲ－５－２　小児・周産期医療の充実－①】

①　母体・胎児集中治療室管理料の見直し

第１　基本的な考え方

周産期医療の体制構築に係る評価を適切に推進する観点から、母体・胎児集中治療室管理料について、要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．母体・胎児集中治療室においてオンコールでの対応により速やかに診察を開始できる現状等を踏まえ、母体・胎児集中治療室の医師配置に係る要件を緩和する。

２．周産期医療の体制構築における、地域周産期医療関連施設等からの母体救急搬送受入や､緊急帝王切開術等への対応等の重要性を踏まえ、母体・胎児集中治療室管理料について、母体搬送受入件数や帝王切開実施件数等に関する実績を要件とする。

３．産科異常出血は分娩前のリスク因子にかかわらず生じうるものであり、その状態に応じて産後からの母体・胎児集中治療室での管理が必要となること等を踏まえ､「母体・胎児集中治療室管理を要する状態」に「産科異常出血」を追加する。

改　定　案	現　　行
【総合周産期特定集中治療室管理料】 （１）　（略） （２）　「１」の母体・胎児集中治療室管理料の算定対象となる妊産婦（産褥婦を含む。）は、次に掲げる疾患若しくは状態のため母体若しくは胎児に対するリスクの高い妊娠と認められる者又は分娩時若しくは分娩後に重篤な合併症を来した者であって、医師が、常時十分な監視のもとに適時適切な治療を行うために母体・胎児集中治療室管理が必要であると認めたものであること。	【総合周産期特定集中治療室管理料】 （１）　（略） （２）　「１」の母体・胎児集中治療室管理料の算定対象となる妊産婦は、次に掲げる疾患等のため母体又は胎児に対するリスクの高い妊娠と認められる妊産婦であって、医師が、常時十分な監視のもとに適時適切な治療を行うために母体・胎児集中治療室管理が必要であると認めたものであること。なお、妊産婦とは、産褥婦を含むものであること。

ア　合併症妊娠 イ　妊娠高血圧症候群 ウ　多胎妊娠 エ　胎盤位置異常 オ　切迫流早産 カ　胎児発育遅延や胎児奇形などの胎児異常を伴うもの キ　産科異常出血 （３）～（７）　（略）	ア　合併症妊娠 イ　妊娠高血圧症候群 ウ　多胎妊娠 エ　胎盤位置異常 オ　切迫流早産 カ　胎児発育遅延や胎児奇形などの胎児異常を伴うもの （新設） （３）～（７）　（略）
［施設基準］ 六の二　総合周産期特定集中治療室管理料の施設基準等 （１）　総合周産期特定集中治療室管理料１の施設基準 イ～ニ ホ　妊産婦の診療を行うにつき十分な実績を有していること。 ヘ　（略） １　総合周産期特定集中治療室管理料に関する施設基準 （１）　母体・胎児集中治療室管理料に関する施設基準 ア　（略） イ　以下のいずれかを満たすこと ①　専任の医師が常時、母体・胎児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。ただし、患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない。なお、当該治療室勤務の医師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での勤務及び宿日直を併せて行わないものとする。 ②　専ら産婦人科又は産科に従	［施設基準］ 六の二　総合周産期特定集中治療室管理料の施設基準等 （１）　総合周産期特定集中治療室管理料１の施設基準 イ～ニ （新設） ホ　（略） １　総合周産期特定集中治療室管理料に関する施設基準 （１）　母体・胎児集中治療室管理料に関する施設基準 ア　（略） イ　以下のいずれかを満たすこと ①　専任の医師が常時、母体・胎児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。ただし、患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない。なお、当該治療室勤務の医師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外

事する医師（宿日直を行う医師を含む。）が常時２名以上（ただし、母体・胎児集中治療室の届出病床数が６床以下である保険医療機関であって、当該医師とは別に、専ら産婦人科又は産科に従事する医師が緊急呼出し当番により、30分以内に当該治療室での診療を開始できる体制が確保されている場合にあっては１名以上）当該保険医療機関内に勤務し、母体・胎児集中治療室で診療が必要な際に速やかに対応できる体制をとること。	での勤務及び宿日直を併せて行わないものとする。 ② 専ら産婦人科又は産科に従事する医師（宿日直を行う医師を含む。）が常時２名以上当該保険医療機関内に勤務していること。そのうち１名は専任の医師とし、当該治療室で診療が必要な際に速やかに対応できる体制をとること。なお、当該医師は当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での勤務及び宿日直を併せて行わないものとすること
ウ 以下の①から④までのうち、いずれか３つ以上を満たすこと。 ① 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる妊産婦（「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和８年●月●日保医発●第●号）の別添１第１章第２部第３節「Ａ３０３」総合周産期特定集中治療室管理料の（２）に規定する「妊産婦」をいう。）の搬送受入件数が、年間で10件以上であること。 ② 多胎妊娠の分娩件数が、年間で10件以上であること。 ③ 帝王切開術による分娩件数が、年間で50件以上であること。 ④ 分娩時の妊娠週数が22週以上34週未満である分娩件数が、年間で10件以上であること。	（新設）
エ～コ （略）	ウ～ケ （略）

［経過措置］

令和８年３月 31 日の時点で、現に総合周産期特定集中治療室管理料の届出を行っている治療室にあっては、令和９年５月 31 日までの間に限り、１の（１）のウを満たしているものとみなす。

【Ⅲ－５－２　小児・周産期医療の充実－②】

②　新生児特定集中治療室管理料の見直し

第１　基本的な考え方

新生児集中治療室を有する病院における低出生体重児の入院数が減少傾向であることを踏まえ、周産期医療体制を適切に維持する観点から、新生児特定集中治療室管理料２について、低出生体重児の新規入院患者数に関する実績の基準を見直す。

第２　具体的な内容

都道府県により総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターとして整備されている医療機関を対象に、新生児特定集中治療室管理料２について、低出生体重児の新規入院患者数に関する実績の基準を緩和する。

改　定　案	現　　行
【新生児特定集中治療室管理料】 ［施設基準］ ２　新生児特定集中治療室管理料２に関する施設基準 （４）　次のいずれかの基準を満たしていること。 ア　直近１年間の出生体重2,500グラム未満の新生児の新規入院患者数が30件以上であること。 イ　「疾病・事業及び在宅医療に係る医療提供体制について」（令和５年３月31日付け医政地発0331第14号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）に規定する総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターのいずれかであって、直近１年間の出生体重2,500グラム未満の新生児の新規入院患者数が25件以上であること。	【新生児特定集中治療室管理料】 ［施設基準］ ２　新生児特定集中治療室管理料２に関する施設基準 （４）　直近１年間の出生体重2,500グラム未満の新生児の新規入院患者数が30件以上であること。 （新設） （新設）

【Ⅲ－５－２　小児・周産期医療の充実－③】

③　小児の成人移行期医療に係る受入の推進

第１　基本的な考え方

成人移行期の小児について、良質な医療の継続を推進する観点から、難病外来指導管理料の要件を見直す。

第２　具体的な内容

小児科療養指導料の対象となる疾患及び状態である患者について、小児科を標榜する保険医療機関からの紹介を受け、小児科以外の診療科を標榜する保険医療機関を受診する場合に、紹介を受けてから５年以内に限り、難病外来指導管理料を算定可能とする。

改　定　案	現　　行
【難病外来指導管理料】 ７　難病外来指導管理料 １　難病外来指導管理料１　270点 ２　難病外来指導管理料２　270点 ［算定要件］ 注１　１については、入院中の患者以外の患者であって別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、治療計画に基づき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。 ２　２については、小児科を標榜する保険医療機関以外の保険医療機関において、慢性疾患であって生活指導が特に必要なものを主病とする入院中以外の患者（小児科を標榜する他の保険医療機関から紹介を受けた患者であって、当該紹介を受けて初診を行った日から起算して５年以内の患者に限る。）に対して、	【難病外来指導管理料】 ７　難病外来指導管理料　270点 （新設） （新設） ［算定要件］ 注１　入院中の患者以外の患者であって別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、治療計画に基づき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。 （新設）

必要な生活指導を継続して行った場合に、月１回に限り算定する。 ３～７　（略）	 ２～６　（略）

④　小児医療に係る高額な検査・薬剤への対応

第１　基本的な考え方

小児医療に係る高額な検査・薬剤の必要性等の実態を踏まえ、小児入院医療管理料等、小児科外来診療料について必要な見直しを行う。

第２　具体的な内容

１．がんゲノムプロファイリング検査のうち、造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とする場合は、その検査料が高額である一方で、入院中に実施すべき必要性が特に高いこと等を踏まえ、小児入院医療管理料、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並びに小児特定集中治療室管理料を算定する病棟について、当該検査に係る検査料及び評価提供料を算定可能とする。

改　定　案	現　　行
【救命救急入院料】 ［算定要件］ 注７　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、救命救急入院料に含まれるものとする。 イ・ロ　（略） ハ　第２章第３部の各区分の検査（区分番号Ｄ００６－19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査（造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とする場合に限る。）及び同部第１節第２款の検体検査判断料を除く。） ニ～チ　（略） ※　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、小児特定集中治療室管理料及び小児入院医療管理料についても同様。	【救命救急入院料】 ［算定要件］ 注７　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、救命救急入院料に含まれるものとする。 イ・ロ　（略） ハ　第２章第３部の各区分の検査（同部第１節第２款の検体検査判断料を除く。） ニ～チ　（略）

２.「抗 RS ウイルスヒトモノクローナル抗体製剤」である「ニルセビマブ」が令和６年５月に薬価収載されたことを踏まえ、同剤の注射当日の診療は、従来の「パリビズマブ」における取扱いと同様に、小児科外来診療料の算定対象から除外する。

改　定　案	現　　行
【小児科外来診療料】 （２）　小児科外来診療料は、小児科を標榜する保険医療機関において算定する。ただし、「Ｂ００１－２－11」小児かかりつけ診療料を算定している患者、第２部第２節第１款の各区分に掲げる在宅療養指導管理料を算定している患者（他の保険医療機関で算定している患者を含む。）及びパリビズマブ又はニルセビマブを投与している患者(投与当日に限る。)については、小児科外来診療料の算定対象とはならない。 ［施設基準］ 三　小児科外来診療料の注２に規定する厚生労働大臣が定める薬剤 抗ＲＳウイルスヒトモノクローナル抗体製剤	【小児科外来診療料】 （２）　小児科外来診療料は、小児科を標榜する保険医療機関において算定する。ただし、「Ｂ００１－２－11」小児かかりつけ診療料を算定している患者、第２部第２節第１款の各区分に掲げる在宅療養指導管理料を算定している患者（他の保険医療機関で算定している患者を含む。）及びパリビズマブを投与している患者(投与当日に限る。)については、小児科外来診療料の算定対象とはならない。 ［施設基準］ 三　小児科外来診療料の注２に規定する厚生労働大臣が定める薬剤 パリビズマブ

⑤　産科管理加算の新設

第１　基本的な考え方

分娩件数の減少に伴い、分娩を取り扱う産科病棟の混合病棟化や他科患者の増加に配慮した対応が必要となっていることを踏まえ、母子の心身の安定・安全に配慮した産科における管理や、妊娠・産後を含む継続ケアを行う体制について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

分娩を取り扱う保険医療機関において、母子の心身の安定・安全の確保を図るとともに、分娩に係る診療を、院内助産・助産師外来や産後ケア事業等の母子保健事業等と連携して提供する体制の評価を新設する。

（新）　産科管理加算（１日につき）

１	病院の場合	●●点
２	有床診療所の場合	●●点

［対象患者］

分娩を伴う入院中の患者

［算定要件］

母子の心身の安定・安全の確保を図ることができる環境の整備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するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、分娩を伴う入院中の患者（分娩が開始した日以降に限る。）について、必要な産科管理を行った場合に、産科管理加算として所定点数に加算する。

［施設基準］

（１）　産科又は産婦人科を標榜し分娩を取扱う保険医療機関であること。
（２）　母子の心身の安定・安全の確保を図ることができる十分な療養環境が整備されていること。
（３）　当該保険医療機関に母子保健及び福祉に関する事業等との地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専任の助産師が配置されていること。
（４）　産科管理加算の１については、産前産後の妊産婦及び新生児を管理する病棟であるとともに、当該病棟に助産師が常時１人以上配置されていること。

⑥　療養病棟入院基本料の見直し

「Ⅱ－１－１－⑪」を参照のこと。

⑦　無菌製剤処理加算の見直し

第１　基本的な考え方

６歳以上の小児の薬剤調製において体重による投与量調整が発生すること等を踏まえ、無菌製剤処理加算の評価対象を見直す。

第２　具体的な内容

１．無菌製剤処理加算を算定する患者の対象年齢について、６歳未満の乳幼児から 15 歳未満の小児に拡大する。

２．15 歳未満の小児患者に対して、中心静脈栄養法用輸液の無菌製剤処理を行った場合の点数を引き上げる。

改　定　案	現　　行
【無菌製剤処理加算】 ［算定要件］ 注２　５の注射薬について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、中心静脈栄養法用輸液、抗悪性腫瘍剤又は麻薬につき無菌製剤処理を行った場合は、無菌製剤処理加算として、１日につきそれぞれ69点、79点又は69点（15歳未満の小児の場合にあっては、１日につきそれぞれ●●点、147点又は137点）をそれぞれ所定点数に加算する。	【無菌製剤処理加算】 ［算定要件］ 注２　５の注射薬について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、中心静脈栄養法用輸液、抗悪性腫瘍剤又は麻薬につき無菌製剤処理を行った場合は、無菌製剤処理加算として、１日につきそれぞれ69点、79点又は69点（６歳未満の乳幼児の場合にあっては、１日につきそれぞれ137点、147点又は137点）を所定点数に加算する。

【Ⅲ－５－３　質の高いがん医療及び緩和ケアの評価－①】

①　外来腫瘍化学療法診療料の見直し

第１　基本的な考え方

悪性腫瘍の患者に対する外来における安心・安全な化学療法の実施を推進する観点から、外来腫瘍化学療法診療料について、要件を見直すとともに、皮下注射を実施した場合についても評価を行う。

第２　具体的な内容

１．外来腫瘍化学療法診療料について、必要な診療体制を整備した上で皮下注射により外来化学療法を実施した場合の評価を新設する。

２．外来腫瘍化学療法診療料１について、患者の急変時等の緊急事態等に対応するための指針等の整備を要件とする。

改　定　案	現　　行
【外来腫瘍化学療法診療料】	【外来腫瘍化学療法診療料】
１　外来腫瘍化学療法診療料１	１　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	イ　抗悪性腫瘍剤を投与した場合
（１）　初回から３回目まで（静注製剤等の場合） 800点	（１）　初回から３回目まで 800点
（２）　初回から３回目まで（その他の場合） ●●点	（新設）
（３）　４回目以降（静注製剤等の場合） 450点	（２）　４回目以降 450点
（４）　４回目以降（その他の場合） ●●点	（新設）
ロ　イ以外の必要な治療管理を行った場合 350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	イ　抗悪性腫瘍剤を投与した場合
（１）　初回から３回目まで（静注製剤等の場合） 600点	（１）　初回から３回目まで 600点

（２）　初回から３回目まで（その他の場合） ●●点 （３）　４回目以降（静注製剤等の場合） 320点 （４）　４回目以降（その他の場合） ●●点	（新設） （２）　４回目以降 320点 （新設）
ロ　イ以外の必要な治療管理を行った場合 220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（静注製剤等の場合） 540点 （２）　初回から３回目まで（その他の場合） ●●点 （３）　４回目以降（静注製剤等の場合） 280点 （４）　４回目以降（その他の場合） ●●点	３　外来腫瘍化学療法診療料３ イ　抗悪性腫瘍剤を投与した場合 （１）　初回から３回目まで 540点 （新設） （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	ロ　イ以外の必要な治療管理を行った場合 180点
［算定要件］ 注１　（略） ２　１のイの（１）、２のイの（１）及び３のイの（１）については、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤を投与した場合（区分番号Ｇ０００に掲げる皮内、皮下及び筋肉内注射のうち皮下注射による場合を除く。）に、１のイの（２）、２のイの（２）及び３のイの（２）については、当該患者に対して、区分番号Ｇ０００に掲げる皮内、皮下及び筋肉内注射のうち皮下	［算定要件］ 注１　（略） ２　１のイの（１）、２のイの（１）及び３のイの（１）については、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、月３回に限り算定する。

注射により、抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、月３回に限り算定する。	
３　１のイの（３）、２のイの（３）及び３のイの（３）については、１のイの（１）若しくは（２）、２のイの（１）若しくは（２）又は３のイの（１）若しくは（２）を算定する日以外の日において、当該患者に対して、区分番号Ｇ０００に掲げる皮内、皮下及び筋肉内注射のうち皮下注射以外の方法により抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、１のイの（４）、２のイの（４）及び３のイの（４）については、１のイの（１）若しくは（２）、２のイの（１）若しくは（２）又は３のイの（１）若しくは（２）を算定する日以外の日において、当該患者に対して、区分番号Ｇ０００に掲げる皮内、皮下及び筋肉内注射のうち皮下注射により抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、週１回に限り算定する。	３　１のイの（２）、２のイの（２）及び３のイの（２）については、１のイの（１）、２のイの（１）又は３のイの（１）を算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、週１回に限り算定する。
４　１のロについては、次に掲げるいずれかの治療管理を行った場合に、週１回に限り算定する。 イ　１のイの（１）から（４）までのいずれかを算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合	４　１のロについては、次に掲げるいずれかの治療管理を行った場合に、週１回に限り算定する。 イ　１のイの（１）又は（２）を算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合
ロ　（略）	ロ　（略）
５　２のロ及び３のロについては、２のイの（１）から（４）までのいずれか又は３のイの（１）から（４）までのいずれかを算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療	５　２のロ及び３のロについては、２のイの（１）若しくは（２）又は３のイの（１）若しくは（２）を算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合

管理を行った場合に、週１回に限り算定する。	に、週１回に限り算定する。
６・７　（略）	６・７　（略）
８　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のイの（１）又は（２）を算定した患者に対して、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、副作用の発現状況、治療計画等を文書により提供した上で、当該患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合は、連携充実加算として、月１回に限り150点を所定点数に加算する。	８　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のイの（１）を算定した患者に対して、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、副作用の発現状況、治療計画等を文書により提供した上で、当該患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合は、連携充実加算として、月１回に限り150点を所定点数に加算する。
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のイの（１）又は（２）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。	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。
［施設基準］ 四の八の四　外来腫瘍化学療法診療料の施設基準等 （４）　外来腫瘍化学療法診療料の注１に規定する厚生労働大臣が定める外来化学療法 診療報酬の算定方法別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）第二章第六部注射に掲げる診療に係る費用のうち次に掲げるものについて、入院中の患者以外の患者に	［施設基準］ 四の八の四　外来腫瘍化学療法診療料の施設基準等 （４）　外来腫瘍化学療法診療料の注１に規定する厚生労働大臣が定める外来化学療法 診療報酬の算定方法別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）第二章第六部注射に掲げる診療に係る費用のうち次に掲げるものについて、入院中の患者以外の患者に

対して、抗悪性腫瘍剤の投与を行う化学療法 イ　区分番号Ｇ０００に掲げる皮内、皮下及び筋肉内注射のうち、皮下注射 ロ～チ　（略） 1　外来腫瘍化学療法診療料１ (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。	対して、抗悪性腫瘍剤の投与を行う化学療法 （新設） イ～ト　（略） 1　外来腫瘍化学療法診療料１ (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。

【Ⅲ－５－３　質の高いがん医療及び緩和ケアの評価－②】

②　がんゲノムプロファイリング検査及びがんゲノムプロファイリング評価提供料に係る評価の見直し

第１　基本的な考え方

質の高いがんゲノム医療の効率的な提供を推進する観点から、がんゲノムプロファイリング評価提供料及びがんゲノムプロファイリング検査について、エキスパートパネルを省略可能な症例に係る知見が集積されたことを踏まえ、要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

がんゲノムプロファイリング検査について、検査により得られた遺伝子変異に基づいて投与可能な医薬品が、臨床試験又は治験等も含め存在しない場合等においては、エキスパートパネルでの検討を実施しない場合であっても、がんゲノムプロファイリング検査及びがんゲノムプロファイリング評価提供料が算定できるよう、要件及び評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【がんゲノムプロファイリング検査】 １　固形腫瘍を対象とする場合　●●点 ２　造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とする場合　●●点	【がんゲノムプロファイリング検査】 がんゲノムプロファイリング検査　44,000点 （新設）
【がんゲノムプロファイリング評価提供料】 ［算定要件］ （１）　がんゲノムプロファイリング評価提供料は、「Ｄ００６－19」がんゲノムプロファイリング検査の「１」固形腫瘍を対象とする場合を行った場合であって、得られた包括的なゲノムプロファイルの結果を医学的に解釈するための多職種（がん薬物療法に関する専門	【がんゲノムプロファイリング評価提供料】 ［算定要件］ （１）　がんゲノムプロファイリング評価提供料は、固形がん患者について、「Ｄ００６－19」がんゲノムプロファイリング検査を行った場合であって、得られた包括的なゲノムプロファイルの結果を医学的に解釈するための多職種（がん薬物療法に関する専門的な知識及

的な知識及び技能を有する医師、遺伝医学に関する専門的な知識及び技能を有する医師、遺伝カウンセリング技術を有する者等。以下同じ。）による検討会（エキスパートパネル。以下同じ。）で検討を行った上で、治療方針等について文書を用いて患者に説明した場合に患者１人につき１回に限り算定する。（中略）ただし、以下のア、イ及びウを満たす場合については、エキスパートパネルを省略しても差し支えない。この場合、イ及びウの判断に当たっては、がんゲノム情報管理センター（Ｃ－ＣＡＴ）調査結果を参照すること。	び技能を有する医師、遺伝医学に関する専門的な知識及び技能を有する医師、遺伝カウンセリング技術を有する者等。以下同じ。）による検討会（エキスパートパネル。以下同じ。）で検討を行った上で、治療方針等について文書を用いて患者に説明した場合に患者１人につき１回に限り算定する。（中略）
ア　「Ｄ００６－19」がんゲノムプロファイリング検査の「１」固形腫瘍を対象とする場合を行った場合	（新設）
イ　Ｃ－ＣＡＴ調査結果において、二次的所見を疑う病的変異が検出されない場合	（新設）
ウ　以下のいずれかを満たす場合 ①　検査により得られた遺伝子変異に基づいて投与可能な医薬品が存在する場合（検査に用いた体外診断用医薬品若しくは医療機器の薬事承認若しくは認証された使用目的又は関連学会の定める指針に従う場合に限る。） ②　Ｃ－ＣＡＴ調査結果において、検査により得られた遺伝子変異に基づいて投与可能な医薬品が、臨床試験又は治験等も含め存在しない場合	（新設）

【Ⅲ－５－３　質の高いがん医療及び緩和ケアの評価－③】

③　人口減少地域におけるＩＭＲＴの施設基準の見直し

第１　基本的な考え方

地域における強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）の提供体制を確保する観点から、がん診療連携拠点病院等におけるＩＭＲＴについて、遠隔の医師と共同で放射線治療計画を作成できるよう医師配置に係る要件を見直す。

第２　具体的な内容

強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）の施設基準のうち、放射線治療を専ら担当する常勤の医師２名以上の要件について、当該がん医療圏内にＩＭＲＴが実施可能な施設が存在しない地域がん診療連携拠点病院又は地域がん診療病院に対し、特定機能病院、都道府県がん診療連携拠点病院又は地域がん診療連携拠点病院に所属する医師が非常勤又は遠隔で共同して策定した場合に限り、放射線治療を専ら担当する常勤の医師を１名の配置により、要件を満たすこととする。

改　定　案	現　　行
【強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）】 ［施設基準］ 第83の３　強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ） １　強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）に関する施設基準 （１）　（略） （２）　放射線治療を専ら担当する常勤の医師が２名以上配置されており、このうち１名は放射線治療の経験を５年以上有する者であること。なお、当該常勤の医師は、医療機器安全管理料２、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、一回線量増加加算、画像誘導放射	【強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）】 ［施設基準］ 第83の３　強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ） １　強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）に関する施設基準 （１）　（略） （２）　放射線治療を専ら担当する常勤の医師が２名以上配置されており、このうち１名は放射線治療の経験を５年以上有する者であること。なお、当該常勤の医師は、医療機器安全管理料２、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、一回線量増加加算、画像誘導放射

線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療適応判定加算、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の医師を兼任することができる。 　また、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を２名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該医師の実労働時間を常勤換算し常勤医師数に算入することができる。ただし、常勤換算し常勤医師数に算入することができるのは、常勤配置のうち１名（放射線治療の経験を５年以上有する者１名を除く。）に限る。また、この場合には強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）は年間50例を限度として実施できる。	線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療適応判定加算、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の医師を兼任することができる。 　また、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を２名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該医師の実労働時間を常勤換算し常勤医師数に算入することができる。ただし、常勤換算し常勤医師数に算入することができるのは、常勤配置のうち１名（放射線治療の経験を５年以上有する者１名を除く。）に限る。また、この場合には強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）は年間50例を限度として実施できる。
（３）　（２）の放射線治療を専ら担当する常勤の医師の配置について、当該保険医療機関が、放射線治療における業務の一部（照射計画の立案等）を、情報通信技術を用いたシステムを利用し、当該保険医療機関と連携した放射線治療を支援する施設の医師による支援を受けて実施する場合には、放射線治療を専ら担当する常勤の医師は１名（放射線治療の経験を５年以上有する者に限る。）の配置とすることができる。この場合について、放射線治療を行う施設は、次のアからカまでの全てを	（新設）

満たしていること。 ア　地域がん診療連携拠点病院又は体外照射を年間200症例以上実施している地域がん診療病院であること。 イ　当該保険医療機関が所在するがん医療圏に強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）の施設基準に係る届出を行っている他の保険医療機関がないこと。 ウ　当該治療を行うために必要な次に掲げる機器及び施設を備えていること。 ①　直線加速器 ②　治療計画用ＣＴ装置及び三次元放射線治療計画システム ③　セキュリティ対策を講じた遠隔放射線治療システム ④　第三者機関による直線加速器の出力線量の評価 エ　放射線治療を支援する施設の放射線治療を専ら担当する医師と、常時連絡がとれる体制にあること。 オ　遠隔放射線治療及び医療情報のセキュリティ対策に関する指針が策定されていること。 カ　関係学会の定めるガイドラインに基づき、当該治療を適切に実施していること。 （４）（３）に規定する当該保険医療機関と連携した放射線治療を支援する施設は、次のアからカまでの全てを満たしていること。 ア　特定機能病院、都道府県がん診療連携拠点病院又は地域がん診療連携拠点病院であること イ　放射線治療を専ら担当する常勤の医師が３名以上配置されており、そのうち２名は５年以上の放射線治療の経験を	

有すること。なお、当該常勤の医師は、医療機器安全管理料２、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、一回線量増加加算、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の医師を兼任することができるが、粒子線治療、粒子線治療適応判定加算、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算及びホウ素中性子捕捉療法医学管理加算に係る常勤の医師を兼任することはできない。 ウ　放射線治療を行う施設の支援をする医師は、放射線治療を専ら担当する常勤医師であって５年以上の放射線治療の経験を有すること。複数名の医師が支援する場合は、届出に医師名を記載すること。なお、複数の施設を支援する場合、放射線治療を専ら担当する常勤医師（放射線治療の経験を５年以上有する者に限る。）１名につき、２施設までとする。 エ　セキュリティ対策を講じた遠隔放射線治療システムを備えていること。 オ　遠隔放射線治療及び医療情報のセキュリティ対策に関する指針が策定されており、実際の放射線治療の遠隔支援が当該指針に沿って行われているとともに、公開可能な遠隔放射線治療の実施に係る記録	

が保存されていること。 カ　関係学会の定めるガイドラインに基づき、当該支援を適切に実施していること。 （５）～（９）　（略）	（３）～（７）　（略）

④　がん患者指導管理料の見直し

第１　基本的な考え方

悪性腫瘍の患者に対する診療方針等に関する患者の意思決定支援や、患者の心理的不安を軽減するための指導の実施を推進する観点から、がん患者指導管理料について、算定要件を見直す。

第２　具体的な内容

診療方針を大きく変更する必要がある場合等においても重要な意思決定が必要であることから、がん患者指導管理料イの算定回数を見直す。

改　定　案	現　　行
【がん患者指導管理料】 ［算定要件］ 注１　イについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合又は末期の悪性腫瘍の患者に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合った上で、当該診療方針等に関する当該患者の意思決定に対する支援を行い、その内容を文書等により提供した場合に、患者１人につき１回（当該患者について区分番号Ｂ００５－６に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号Ｂ	【がん患者指導管理料】 ［算定要件］ 注１　イについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合又は入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合った上で、当該診療方針等に関する当該患者の意思決定に対する支援を行い、その内容を文書等により提供した場合に、患者１人につき１回（当該患者について区分番号Ｂ００５－６に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医

００５－６－２に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該指導管理を実施した場合には、それぞれの保険医療機関において、患者１人につき１回）に限り算定する。 　ただし、病状の変化に伴って診療方針の変更等について話し合いが必要となった場合は、更に１回に限り算定できる。	療機関及び区分番号Ｂ００５－６－２に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該指導管理を実施した場合には、それぞれの保険医療機関において、患者１人につき１回）に限り算定する。

⑤　遺伝性乳癌卵巣癌症候群に係る評価の見直し

第１　基本的な考え方

遺伝性乳癌卵巣癌症候群の患者のうち、乳癌及び卵巣癌を発症していない患者に対する両側乳房切除及び卵管・卵巣切除の有効性に関するエビデンスを踏まえ、診断に必要な BRCA１/２遺伝子検査及びがん患者指導管理料の要件を見直す。

第２　具体的な内容

遺伝性乳癌卵巣癌症候群の症状である乳癌又は卵巣癌を発症していない患者であって､遺伝性乳癌卵巣癌症候群の家族歴がある患者について、BRCA１/２遺伝子検査及びがん患者指導管理料の対象患者に追加する。

改　定　案	現　　行
【ＢＲＣＡ１／２遺伝子検査】 ［算定要件］ （２）　「２」血液を検体とするものについては、転移性、再発若しくはＨＥＲ２陰性の術後薬物療法の適応となる乳癌患者、初発の進行卵巣癌患者、治癒切除不能な膵癌患者、転移性去勢抵抗性前立腺癌患者又は遺伝性乳癌卵巣癌症候群が疑われる者（乳癌若しくは卵巣癌患者である場合又は「Ｄ００６―１８」の「２」に掲げるＢＲＣＡ１／２遺伝子検査の血液を検体とするものにより遺伝性乳癌卵巣癌症候群と診断された者の父母、子若しくは兄弟姉妹である場合に限る。）の血液を検体とし、ＰＣＲ法等により、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択又は遺伝性乳癌卵巣癌症候群の診断を目的として、ＢＲＣＡ１遺伝子及びＢＲＣＡ２遺伝子の変異の評価	【ＢＲＣＡ１／２遺伝子検査】 ［算定要件］ （２）　「２」血液を検体とするものについては、転移性、再発若しくはＨＥＲ２陰性の術後薬物療法の適応となる乳癌患者、初発の進行卵巣癌患者、治癒切除不能な膵癌患者、転移性去勢抵抗性前立腺癌患者又は遺伝性乳癌卵巣癌症候群が疑われる乳癌若しくは卵巣癌患者の血液を検体とし、ＰＣＲ法等により、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択又は遺伝性乳癌卵巣癌症候群の診断を目的として、ＢＲＣＡ１遺伝子及びＢＲＣＡ２遺伝子の変異の評価を行った場合に限り算定する。

を行った場合に限り算定する。	
【がん患者指導管理料】 ［算定要件］ （４）　がん患者指導管理料ニ ア　遺伝性乳癌卵巣癌症候群が疑われる者（乳癌若しくは卵巣癌患者である場合又は「Ｄ００６―１８」の「２」に掲げるＢＲＣＡ１／２遺伝子検査の血液を検体とするものにより遺伝性乳癌卵巣癌症候群と診断された者の父母、子若しくは兄弟姉妹である場合に限る。）に対して、臨床遺伝学に関する十分な知識を有する医師及びがん診療の経験を有する医師が共同で、診療方針、診療計画及び遺伝子検査の必要性等について患者が十分に理解し、納得した上で診療方針を選択できるように説明及び相談を行った場合に算定する。	【がん患者指導管理料】 ［算定要件］ （４）　がん患者指導管理料ニ ア　乳癌、卵巣癌又は卵管癌と診断された患者のうち遺伝性乳癌卵巣癌症候群が疑われる患者に対して、臨床遺伝学に関する十分な知識を有する医師及びがん診療の経験を有する医師が共同で、診療方針、診療計画及び遺伝子検査の必要性等について患者が十分に理解し、納得した上で診療方針を選択できるように説明及び相談を行った場合に算定する。
［施設基準］ (12)　がん患者指導管理料の施設基準等 ハ　がん患者指導管理料の注４に規定する患者 遺伝性乳癌卵巣癌症候群が疑われる者（乳癌若しくは卵巣癌患者である場合又は「Ｄ００６―１８」の「２」に掲げるＢＲＣＡ１／２遺伝子検査の血液を検体とするものにより遺伝性乳癌卵巣癌症候群と診断された者の父母、子若しくは兄弟姉妹である場合に限る。）	［施設基準］ (12)　がん患者指導管理料の施設基準等 ハ　がん患者指導管理料の注４に規定する患者 乳癌、卵巣癌又は卵管癌と診断された患者のうち、遺伝性乳癌卵巣癌症候群が疑われる患者

⑥　閉鎖式接続器具を用いた抗がん剤投与時の評価の新設

第１　基本的な考え方

抗がん剤のばく露リスクに関する国内の疫学調査や、閉鎖式接続器具を用いた場合の抗がん剤による環境汚染の低減に関する報告を踏まえ、無菌製剤処理料について、抗がん剤投与時に閉鎖式接続器具を使用した場合について新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

無菌製剤処理料１の対象患者に対して、バイアル内外の差圧を調節する機構を有することにより、薬剤の飛散等を防止する閉鎖式接続器具を用いて無菌製剤処理を行い、かつ、患者への投与時にも閉鎖式接続器具を用いた場合の加算を新設する。

（新）　投与時閉鎖式接続器具使用加算　●●点

［対象患者］
無菌製剤処理料１の「イ」の対象患者

［算定要件］
閉鎖式接続器具を用いて無菌製剤処理を行い、かつ患者への投与時にも閉鎖式接続器具を用いた場合に算定する。

［施設基準］
（１）外来腫瘍化学療法診療料１に係る届出を行っている保険医療機関であること。

【Ⅲ－５－３　質の高いがん医療及び緩和ケアの評価－⑦】

⑦　非がん患者に対する緩和ケアの評価の見直し

第１　基本的な考え方

末期呼吸器疾患患者及び終末期の腎不全患者等に対する質の高い緩和ケアを評価する観点から、緩和ケアに係る評価の対象に末期呼吸器疾患患者及び終末期の腎不全患者を加えた上で、緩和ケア病棟入院料の包括範囲を見直す。

第２　具体的な内容

１．緩和ケア診療加算、外来緩和ケア管理料及び在宅麻薬等注射指導管理料の対象に、末期呼吸器疾患患者並びに末期腎不全患者を加える。

改　定　案	現　　行
【Ａ２２６－２　緩和ケア診療加算】 ［算定要件（通知）］ （１）　緩和ケア診療加算は、一般病床に入院する悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群、末期心不全、末期呼吸器疾患又は末期腎不全の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者に対して、当該患者の同意に基づき、症状緩和に係るチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）による診療が行われた場合に算定する。 （２）　（略） （３）　末期呼吸器疾患の患者とは、以下のアからウまでのいずれにも該当するものをいう。 ア　呼吸器疾患に対して適切な治療が実施されている。 イ　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。 ウ　過去半年以内に10%以上の体重減少を認める。	【Ａ２２６－２　緩和ケア診療加算】 ［算定要件（通知）］ （１）　緩和ケア診療加算は、一般病床に入院する悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群又は末期心不全の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者に対して、当該患者の同意に基づき、症状緩和に係るチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）による診療が行われた場合に算定する。 （２）　（略） （新設）

（４） 末期腎不全の患者とは、以下のアからエまでのいずれにも該当するもの又はア、イ及びオに該当するものをいう。 ア 腎不全に対して適切な治療が実施されている。 イ 器質的な腎障害により、適切な治療にかかわらず、慢性的に日本腎臓学会慢性腎臓病重症度分類Stage G5以上に該当し、腎代替療法を必要とする状態である。 ウ 血液透析療法又は腹膜透析療法を実施している。 エ Palliative Performance Scale（PPS）が40%以下である。 オ 腎代替療法を必要とする状態であるが、透析療法の開始又は継続が困難である。	（新設）
（５）～(12) （略）	（３）～(10) （略）
※ 外来緩和ケア管理料についても同様。	
［施設基準］ 二十三 緩和ケア診療加算の施設基準等 （１） 緩和ケア診療加算の施設基準 イ （略） ロ 当該体制において、緩和ケアに関する研修を受けた医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、医師又は歯科医師）が配置されていること（当該保険医療機関において緩和ケア診療加算を算定する悪性腫瘍、末期心不全、末期呼吸器疾患又は末期腎不全の患者に対して緩和ケアを行う場合に限る。）。 ハ （略） （２） （略） （３） 緩和ケア診療加算の注２に	［施設基準］ 二十三 緩和ケア診療加算の施設基準等 （１） 緩和ケア診療加算の施設基準 イ （略） ロ 当該体制において、緩和ケアに関する研修を受けた医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、医師又は歯科医師）が配置されていること（当該保険医療機関において緩和ケア診療加算を算定する悪性腫瘍又は末期心不全の患者に対して緩和ケアを行う場合に限る。）。 ハ （略） （２） （略）

規定する施設基準 イ・ロ　（略） ハ　当該体制において、緩和ケアに関する研修を受けた医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、医師又は歯科医師）が配置されていること（当該保険医療機関において緩和ケア診療加算を算定する悪性腫瘍、末期心不全、末期呼吸器疾患又は末期腎不全の患者に対して緩和ケアを行う場合に限る。）。 ニ　（略） （４）　（略） 【Ｃ１０８　在宅麻薬等注射指導管理料】 ［算定要件］ １　悪性腫瘍の場合　1,500点 ２　筋萎縮性側索硬化症又は筋ジストロフィーの場合　1,500点 ３　心不全、呼吸器疾患又は腎不全の場合　1,500点 注１～２　（略） ３　３については、１又は２に該当しない場合であって、緩和ケアを要する心不全、呼吸器疾患又は腎不全の患者であって、入院中の患者以外の末期の患者に対して、在宅における麻薬の注射に関する指導管理を行った場合に算定する。	（３）　緩和ケア診療加算の注２に規定する施設基準 イ・ロ　（略） ハ　当該体制において、緩和ケアに関する研修を受けた医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、医師又は歯科医師）が配置されていること（当該保険医療機関において緩和ケア診療加算を算定する悪性腫瘍又は末期心不全の患者に対して緩和ケアを行う場合に限る。）。 ニ　（略） （４）　（略） 【Ｃ１０８　在宅麻薬等注射指導管理料】 ［算定要件］ １　悪性腫瘍の場合　1,500点 ２　筋萎縮性側索硬化症又は筋ジストロフィーの場合　1,500点 ３　心不全又は呼吸器疾患の場合　1,500点 注１～２　（略） ３　３については、１又は２に該当しない場合であって、緩和ケアを要する心不全又は呼吸器疾患の患者であって、入院中の患者以外の末期の患者に対して、在宅における麻薬の注射に関する指導管理を行った場合に算定する。

２．緩和ケア病棟入院料の対象患者に、透析の差し控えや中断を選択した終末期の末期腎不全患者を追加する。

改　定　案	現　　行
【Ａ３１０　緩和ケア病棟入院料】 ［算定要件］ １　緩和ケア病棟入院料１	【Ａ３１０　緩和ケア病棟入院料】 ［算定要件］ １　緩和ケア病棟入院料１

イ　30日以内の期間　●●点 ロ　31日以上60日以内の期間 ●●点 ハ　61日以上の期間　●●点 ２　緩和ケア病棟入院料２ イ　30日以内の期間　●●点 ロ　31日以上60日以内の期間 ●●点 ハ　61日以上の期間　●●点 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た緩和ケアを行う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緩和ケアを要する患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ算定する。ただし、悪性腫瘍の患者、後天性免疫不全症候群の患者及び終末期の末期腎不全の患者以外の患者が当該病棟に入院した場合は、区分番号Ａ１００に掲げる一般病棟入院基本料の注２に規定する特別入院基本料の例により算定する。 ２　（略） ３　診療に係る費用（注２及び注４に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、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、がん拠点病院加算、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、データ提出加算、入退院支援加算（１のイに限る。）及び排尿自立支援加算、第２章第２部第２節在宅療養管理指導料、第３節薬剤料、第４節特定保険医療材料料、第11部第２節神経ブロック料、第２節	イ　30日以内の期間　5,135点 ロ　31日以上60日以内の期間 4,582点 ハ　61日以上の期間　3,373点 ２　緩和ケア病棟入院料２ イ　30日以内の期間　4,897点 ロ　31日以上60日以内の期間 4,427点 ハ　61日以上の期間　3,321点 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た緩和ケアを行う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緩和ケアを要する患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ算定する。ただし、悪性腫瘍の患者及び後天性免疫不全症候群の患者以外の患者が当該病棟に入院した場合は、区分番号Ａ１００に掲げる一般病棟入院基本料の注２に規定する特別入院基本料の例により算定する。 ２　（略） ３　診療に係る費用（注２及び注４に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、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、がん拠点病院加算、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、データ提出加算、入退院支援加算（１のイに限る。）及び排尿自立支援加算、第２章第２部第２節在宅療養管理指導料、第３節薬剤料、第４節特定保険医療材料料、第12部放射線治療及び第14部その他、退院時に当該指

神経ブロックに係る第３節薬剤料、第２節神経ブロックに係る第４節特定保険医療材料料、第12部放射線治療及び第14部その他、退院時に当該指導管理を行ったことにより算定できる区分番号Ｃ１０８に掲げる在宅麻薬等注射指導管理料、区分番号Ｃ１０８－２に掲げる在宅腫瘍化学療法注射指導管理料、区分番号Ｃ１０８－３に掲げる在宅強心剤持続投与指導管理料、区分番号Ｃ１０８－４に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料及び区分番号Ｃ１０９に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。	導管理を行ったことにより算定できる区分番号Ｃ１０８に掲げる在宅麻薬等注射指導管理料、区分番号Ｃ１０８－２に掲げる在宅腫瘍化学療法注射指導管理料、区分番号Ｃ１０８－３に掲げる在宅強心剤持続投与指導管理料、区分番号Ｃ１０８－４に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料及び区分番号Ｃ１０９に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。
４　（略）	４　（略）
［施設基準］	［施設基準］
十三　緩和ケア病棟入院料の施設基準等	十三　緩和ケア病棟入院料の施設基準等
（１）　緩和ケア病棟入院料１の施設基準	（１）　緩和ケア病棟入院料１の施設基準
イ　主として悪性腫瘍の患者、後天性免疫不全症候群又は終末期の末期腎不全に罹患している患者を入院させ、緩和ケアを一般病棟の病棟単位で行うものであること。	イ　主として悪性腫瘍の患者又は後天性免疫不全症候群に罹患している患者を入院させ、緩和ケアを一般病棟の病棟単位で行うものであること。
ロ、ハ　（略）	ロ、ハ　（略）
ニ　当該体制において、緩和ケアに関する研修を受けた医師が配置されていること（当該病棟において緩和ケア病棟入院料を算定する悪性腫瘍又は終末期の末期腎不全の患者に対して緩和ケアを行う場合に限る。）。	ニ　当該体制において、緩和ケアに関する研修を受けた医師が配置されていること（当該病棟において緩和ケア病棟入院料を算定する悪性腫瘍の患者に対して緩和ケアを行う場合に限る。）。
ホ～ヲ　（略）	ホ～ヲ　（略）
（２）～（３）　（略）	（２）～（３）　（略）

３．緩和ケア病棟入院料について、神経ブロックを包括範囲から除外する。

改　定　案	現　　行
【Ａ３１０　緩和ケア病棟入院料】 ［算定要件］ １　緩和ケア病棟入院料１ イ　30日以内の期間　●●点 ロ　31日以上60日以内の期間　●●点 ハ　61日以上の期間　●●点 ２　緩和ケア病棟入院料２ イ　30日以内の期間　●●点 ロ　31日以上60日以内の期間　●●点 ハ　61日以上の期間　●●点 注１～２　（略） ３　診療に係る費用（注２及び注４に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、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、がん拠点病院加算、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、データ提出加算、入退院支援加算（１のイに限る。）及び排尿自立支援加算、第２章第２部第２節在宅療養管理指導料、第３節薬剤料、第４節特定保険医療材料料、第11部第２節神経ブロック料、第２節神経ブロックに係る第３節薬剤料、第２節神経ブロックに係る第４節特定保険医療材料料、第12部放射線治療及び第14部その他、退院時に当該指導管理を行ったことにより算定できる区分番号Ｃ１０８に掲げる在宅麻薬	【Ａ３１０　緩和ケア病棟入院料】 ［算定要件］ １　緩和ケア病棟入院料１ イ　30日以内の期間　5,135点 ロ　31日以上60日以内の期間　4,582点 ハ　61日以上の期間　3,373点 ２　緩和ケア病棟入院料２ イ　30日以内の期間　4,897点 ロ　31日以上60日以内の期間　4,427点 ハ　61日以上の期間　3,321点 注１～２　（略） ３　診療に係る費用（注２及び注４に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、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、がん拠点病院加算、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、データ提出加算、入退院支援加算（１のイに限る。）及び排尿自立支援加算、第２章第２部第２節在宅療養管理指導料、第３節薬剤料、第４節特定保険医療材料料、第12部放射線治療及び第14部その他、退院時に当該指導管理を行ったことにより算定できる区分番号Ｃ１０８に掲げる在宅麻薬等注射指導管理料、区分番号Ｃ１０８－２に掲げる在宅腫瘍化学療法注射指導管理料、区分番号Ｃ１０８－３に掲げる在宅強心剤

等注射指導管理料、区分番号Ｃ１０８－２に掲げる在宅腫瘍化学療法注射指導管理料、区分番号Ｃ１０８－３に掲げる在宅強心剤持続投与指導管理料、区分番号Ｃ１０８－４に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料及び区分番号Ｃ１０９に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。 ４　（略）	持続投与指導管理料、区分番号Ｃ１０８－４に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料及び区分番号Ｃ１０９に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。 ４　（略）

⑧　療養病棟入院基本料の見直し

「Ⅱ－１－１－⑪」を参照のこと。

【Ⅲ－５－４　質の高い精神医療の評価－①】

①　精神病床における多職種協働の推進

第１　基本的な考え方

多職種の配置による質の高い精神医療の提供を推進する観点から、急性期等の入院料における精神保健福祉士、作業療法士又は公認心理師の病棟配置について新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

精神病棟入院基本料及び特定機能病院精神病棟の 13 対１入院基本料並びに 15 対１入院基本料並びに精神科急性期治療病棟入院料２において、精神保健福祉士、作業療法士又は公認心理師を配置した際の評価として、「精神病棟看護・多職種協働加算」を新設する。

改　定　案	現　　行
【精神病棟入院基本料】 ［算定要件］ 注１～６　（略） ７　２又は３において、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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 イ　精神病棟看護・多職種協働加算（13対１入院基本料の場合）　●●点 ロ　精神病棟看護・多職種協働加算（15対１入院基本料の場合）　●●点 【特定機能病院入院基本料】 ［算定要件］ 注１～10　（略） 11　３のハ又はニおいて、別に厚生労働大臣が定める施設基準に	【精神病棟入院基本料】 ［算定要件］ 注１～６　（略） （新設）

適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 イ　精神病棟看護・多職種協働加算（特定機能病院13対１入院基本料の場合）　●●点 ロ　精神病棟看護・多職種協働加算（特定機能病院15対１入院基本料の場合）　●●点	（新設）
【精神科急性期治療病棟入院料】 ［算定要件］ 注１～３　（略） ４　精神科急性期治療病棟入院料２において、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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 イ　精神病棟看護・多職種協働加算（精神科急性期治療病棟入院料２の場合）30日以内の期間　●●点 ロ　精神病棟看護・多職種協働加算（精神科急性期治療病棟入院料２の場合）31日以上60日以内の期間　●●点 ハ　精神病棟看護・多職種協働加算（精神科急性期治療病棟入院料２の場合）61日以上90日以内の期間　●●点	【精神科急性期治療病棟入院料】 ［算定要件］ 注１～３　（略） （新設）
【精神病棟入院基本料】 ［施設基準］ 四の二　精神病棟入院基本料の施設基準等 （１）～（８）　（略） （９）　精神病棟入院基本料の注７に規定する厚生労働大臣が定め	【精神病棟入院基本料】 ［施設基準］ 四の二　精神病棟入院基本料の施設基準等 （１）～（８）　（略）

る施設基準 イ　精神病棟看護・多職種協働（13対１入院基本料の場合）の施設基準 ①　当該病棟において、一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十又はその端数を増すごとに一以上であること。 ②　①の規定にかかわらず、当該病棟において、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師の数は、一以上であること。 ③　当該病棟の入院患者の平均在院日数が●●日以内であること。 ロ　精神病棟看護・多職種協働（15対１入院基本料の場合）の施設基準 ①　当該病棟において、一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十三又はその端数を増すごとに一以上であること。 ②　①の規定にかかわらず、当該病棟において、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師の数は、一以上であること。 ③　当該病棟の入院患者の平均在院日数が●●日以内であること。	（新設）
【特定機能病院入院基本料】 ［施設基準］ 五　特定機能病院入院基本料の施設基準等 （１）～（９）　（略）	【特定機能病院入院基本料】 ［施設基準］ 五　特定機能病院入院基本料の施設基準等 （１）～（９）　（略）

（10） 特定機能病院入院基本料の注11に規定する厚生労働大臣が定める施設基準 イ 精神病棟看護・多職種協働（特定機能病院13対１入院基本料の場合）の施設基準 四の二の（９）のイを満たすものであること。 ロ 精神病棟多職種配置加算（特定機能病院15対１入院基本料の場合）の施設基準 四の二の（９）のロを満たすものであること。	（新設）
【精神科急性期治療病棟入院料】 ［施設基準］ 十五 精神科急性期治療病棟入院料の施設基準等 （１）～（５） （略） （６） 精神科急性期治療病棟入院料の注４に規定する精神病棟看護・多職種協働加算の施設基準 四の二の（９）のロの①及び②を満たすものであること。	【精神科急性期治療病棟入院料】 ［施設基準］ 十五 精神科急性期治療病棟入院料の施設基準等 （１）～（５） （略） （新設）

②　精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に貢献する小規模多機能病院に係る評価の新設

第１　基本的な考え方

精神病床に入院する患者数が減少する中で、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に貢献する医療機関を将来にわたって確保する必要があること等を踏まえ、小規模医療機関又は病床数を削減する取組を行っている医療機関が、多職種の配置等による質の高い入院医療、地域定着に係る外来医療や障害福祉サービス等の提供等を一体的に行うことについて、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

１.小規模医療機関又は病床数を削減する取組を行っている医療機関が、多職種の配置等による質の高い入院医療、地域定着に係る外来医療や障害福祉サービス等の提供等を一体的に行うことについて、評価を新設する。

（新）　精神科地域密着多機能体制加算（１日につき）

１	精神科地域密着多機能体制加算１	●●点
２	精神科地域密着多機能体制加算２	●●点
３	精神科地域密着多機能体制加算３	●●点

［対象患者］

精神病棟入院料（10 対１入院基本料、13 対１入院基本料又は 15 対１入院基本料を算定するものに限る。）又は精神科急性期治療病棟入院料を算定している患者

［算定要件］

精神科を標榜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入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、精神科地域密着多機能体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数に加算する。

[施設基準]

（１）通則

イ　当該保険医療機関において、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に貢献するにつき十分な体制が整備されていること。

ロ　当該保険医療機関における許可病床数が●●床以下であること。

ハ　当該保険医療機関における許可病床数に占める精神病床の割合が、●●以上であること。

ニ　当該保険医療機関に、常勤の精神保健指定医が●●名以上配置されていること。

ホ　当該地域における精神科救急医療体制の確保に協力するにつき必要な体制及び実績を有している保険医療機関であること。

ヘ　当該保険医療機関において、入院患者の退院に係る支援に関する部門が設置されていること。

（２）精神科地域密着多機能体制加算１の施設基準

イ　当該保険医療機関における精神病床の許可病床数が●●床以下であること。

ロ　当該保険医療機関における精神病床の入院患者の平均在院日数が●●日以内であること。

ハ　当該保険医療機関の精神病床の許可病床数に占める、「Ａ３１２」精神療養病棟入院料又は「Ａ３１４」認知症治療病棟入院料を算定する病床数の割合が●●割以下であること。

ニ　精神障害者の地域生活に向けた重点的な支援を行うにつき十分な体制及び実績を有していること。

ホ　当該保険医療機関に常勤の精神保健福祉士が●●名以上配置されていること。

ヘ　当該保険医療機関に常勤の作業療法士が●●名以上配置されていること。

ト　当該保険医療機関に常勤の公認心理師が●●名以上配置されていること。

チ　入院患者の退院が着実に進められている保険医療機関であること

（３）精神科地域密着多機能体制加算２の施設基準

イ　当該保険医療機関における精神病床の入院患者の平均在院日数が●●日以内であること。

ロ　次のいずれかに該当すること。

①　当該保険医療機関における精神病床の許可病床数が●●床以

上●●床以下であること。

② 当該保険医療機関における精神病床の許可病床数が●●床以上●●床以下であり、以下のいずれも満たすこと。

(a) 以下で算出される値が●●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/届出前月から●年前の日の属する年度の１日当たりの精神病床における入院料算定患者数

(b) 届出から１年が経過するごとに以下で算出される数値が●●以下であること。

当該月の末日時点での精神病床の許可病床数/当該月の末日から●年前の日の属する年度の１日あたりの精神病床における入院料算定患者数

ハ 当該保険医療機関の精神病床の許可病床数に占める、「Ａ３１２」精神療養病棟入院料又は「Ａ３１４」認知症治療病棟入院料を算定する病床数の割合が●●割以下であること。

ニ 精神障害者の地域生活に向けた重点的な支援を行うにつき十分な体制及び実績を有していること。

ホ 当該保険医療機関に常勤の精神保健福祉士が●●名以上配置されていること。

ヘ 当該保険医療機関に常勤の作業療法士が●●名以上配置されていること。

ト 当該保険医療機関に常勤の公認心理師が●●名以上配置されていること。

チ 入院患者の退院が着実に進められている保険医療機関であること

（４）精神科地域密着多機能体制加算３の施設基準

イ 当該保険医療機関における精神病床の入院患者の平均在院日数が●●日以内であること。

ロ 当該保険医療機関における精神病床の許可病床数が●●床以下であり、以下のいずれも満たすこと。

(a) 以下で算出される値が●●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/届出前月から●年前の日の属する年度の１日当たりの精神病床における入院料算定患者数

(b) 届出時の精神病床の許可病床数を上回っていないこと。また、届出から１年が経過するごとに以下で算出される数値が●●以下であること。

当該月の末日時点での精神病床の許可病床数/当該月の末日から●年前精神病床の許可病床数

ハ 精神障害者の地域生活に向けた重点的な支援を行うにつき適

切な体制及び実績を有していること。

ニ　当該保険医療機関の精神病床の許可病床数に占める、「Ａ３１２」精神療養病棟入院料を算定する病床数の割合が●●割以下であること。

ホ　当該保険医療機関に常勤の精神保健福祉士、作業療法士又は公認心理師が合計●●名以上配置されていること。

２．精神科地域包括ケア病棟入院料を廃止する。

改　定　案	現　　行
【精神科地域包括ケア病棟入院料】 （削除）	【精神科地域包括ケア病棟入院料】 精神科地域包括ケア病棟入院料（１日につき） 1,535点
［経過措置］ （算定要件） 第１章の規定にかかわらず令和８年３月31日において現に精神科地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っていた病棟が、令和８年６月１日までに精神科急性期治療病棟入院料２に係る届出を行った場合は、精神科地域包括ケア病棟入院料を算定した期間と通算して●●日を限度としてＡ３１１－２に掲げる精神科急性期治療病棟入院料２のハを算定できるものとする。	（新設）
（施設基準） 令和８年３月31日において現に精神科地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟については、令和●●年●●月●●日までの間に限り、基本診療料の施設基準等の第九の十五の（１）並びに（３）のイ及びニからへまでを満たすこととする。	（新設）

③　精神科リエゾンチーム加算の見直し

第１　基本的な考え方

様々な精神疾患に対応できる精神科リエゾンチームの専門性を評価する観点から、精神科リエゾンチーム加算の要件及び評価を見直す

第２　具体的な内容

認知症並びにせん妄以外の患者に対する診療について、要件及び評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【精神科リエゾンチーム加算】 精神科リエゾンチーム加算 １　認知症又はせん妄の場合　●●点 ２　それ以外の場合　●●点 ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、抑うつ若しくはせん妄を有する患者、精神疾患を有する患者又は自殺企図により入院した患者に対して、当該保険医療機関の精神科の医師、看護師、精神保健福祉士等が共同して、当該患者の精神症状の評価等の必要な診療を行った場合に、当該患者（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、精神科リエゾンチーム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、週１回に限り所定点数に加算する。ただし、区分番号Ａ２４７に掲げる認知	【精神科リエゾンチーム加算】 精神科リエゾンチーム加算（週１回）　300点 （新設） （新設） ［算定要件］ 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、抑うつ若しくはせん妄を有する患者、精神疾患を有する患者又は自殺企図により入院した患者に対して、当該保険医療機関の精神科の医師、看護師、精神保健福祉士等が共同して、当該患者の精神症状の評価等の必要な診療を行った場合に、当該患者（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、精神科リエゾンチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。ただし、区分番号Ａ２４７に掲げる認知症ケア加算１は別に算定できない。

症ケア加算１は別に算定できない。 ２　２について、週●回以上精神科リエゾンチームによる診療を行った場合は、複数回診療加算として、週１回に限り●●点を加算する。	（新設）

④　精神科慢性身体合併症管理加算の新設

第１　基本的な考え方

精神病床に入院する患者の高齢化が進む中で、慢性的に身体合併症への対応を要する患者への精神科以外の医師による診療の体制を確保し、適切な対応を推進する観点から、継続的な管理が必要な身体合併症に対応した場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

精神病床に入院する慢性的に身体合併症への対応を要する患者に対して、精神科以外の医師による診察が行われた場合の評価を新設する。

（新）　精神科慢性身体合併症管理加算　●●点

［対象患者］
糖尿病の患者
特定疾患療養管理料の対象疾患（胃炎及び十二指腸炎を除く。）の患者

［算定要件］
（１）精神科を標榜する病院であって別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める疾患を有する精神障害者である患者に対して必要な治療を行った場合に、当該患者（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、精神科慢性身体合併症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、●月に１回に限り、所定点数に加算する。当該加算を算定した日においては、区分番号Ａ２３０－３に掲げる精神科身体合併症管理加算は別に算定できない。
（２）当該保険医療機関において、「Ｉ００１」入院精神療法又は「Ｉ００２」通院・在宅精神療法を行った医師が診察をした場合は、当該加算は別に算定できない。

［施設基準］
（１）精神科を標榜する保険医療機関である病院であること。
（２）当該病棟に内科の医師が配置されていること。
（３）精神障害者であって身体合併症を有する患者の治療を行うにつき十分な体制を有していること。

【Ⅲ－５－４　質の高い精神医療の評価－⑤】

⑤　精神疾患の特定入院料における包括範囲の見直し

第１　基本的な考え方

維持透析を必要としながら精神病床へ入院する必要のある患者への対応を推進する観点から、精神病床において算定可能な入院料における包括範囲を見直す。

第２　具体的な内容

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、児童・思春期精神科入院医療管理料、精神療養病棟入院料並びに認知症治療病棟入院料の包括範囲から、人工腎臓及び腹膜灌流に係る評価を除外する。

改　定　案	現　　行
【精神科救急急性期医療入院料】 ［算定要件］ 注２　診療に係る費用（注３から注５までに規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、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、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、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、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、精神科入退院支援加算、精神科急性期医師配置加算（精神科救急急性期医療入院料を算定するものに限る。）、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算、第２章第１部医学	【精神科救急急性期医療入院料】 ［算定要件］ 注２　診療に係る費用（注３から注５までに規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、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、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、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、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、精神科入退院支援加算、精神科急性期医師配置加算（精神科救急急性期医療入院料を算定するものに限る。）、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算、第２章第１部医学

管理等の区分番号Ｂ０１５に掲げる精神科退院時共同指導料２、第８部精神科専門療法、第９部処置の区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流及び区分番号Ｊ４００に掲げる特定保険医療材料（区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓又は区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）、第 10 部手術、第 11 部麻酔、第 12 部放射線治療及び第 14 部その他並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科救急急性期医療入院料に含まれるものとする。 ※　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、精神療養病棟入院料及び認知症治療病棟入院料についても同様。	管理等の区分番号Ｂ０１５に掲げる精神科退院時共同指導料２、第８部精神科専門療法、第 10 部手術、第 11 部麻酔、第 12 部放射線治療及び第 14 部その他並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科救急急性期医療入院料に含まれるものとする。

⑥　精神科救急医療体制加算の見直し

第１　基本的な考え方

精神科救急医療体制加算について、充実した精神科救急医療体制の構築を更に推進する観点から、要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．精神科救急医療体制整備事業の類型に応じた評価体系から、救急受入実績に基づく評価に見直す。

２．120 床を超えて届出を行う場合の特例的な規定を廃止する。

改　定　案	現　　行
【精神科救急急性期医療入院料】 ［算定要件］ 注１～４　（略） ５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、入院した日から起算して90日を限度として、精神科救急医療体制加算として、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 イ　精神科救急医療体制加算１ ●●点 ロ　精神科救急医療体制加算２ ●●点 （削除） (18)　「注５」に規定する精神科救急医療体制加算を算定する病棟	【精神科救急急性期医療入院料】 ［算定要件］ 注１～４　（略） ５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、入院した日から起算して90日を限度として、精神科救急医療体制加算として、次に掲げる点数（別に厚生労働大臣が定める場合にあっては、それぞれの点数の100分の60に相当する点数）をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 イ　精神科救急医療体制加算１ 600点 ロ　精神科救急医療体制加算２ 590点 ハ　精神科救急医療体制加算３ 500点 (18)　「注５」に規定する精神科救急医療体制加算を算定する病棟

の病床数（精神病床に限る。）は120床までとする。	の病床数（精神病床に限る。）は120床までとする。ただし、令和４年３月31日時点で、現に旧医科点数表の精神科救急入院料を算定している病棟において、都道府県等から当該病棟を有する保険医療機関に対し、地域における医療提供体制や医療計画上の必要性等に係る文書が提出されていることが確認できる場合に限り、同時点で精神科救急入院料を算定する病棟の病床数を上限として算定することができる。ただし、この場合にあっては、120床を超えていない病床数も含め、それぞれの所定点数の100分の60に相当する点数により算定する。
［施設基準］ 十四 精神科救急急性期医療入院料の施設基準等 （６） 精神科救急急性期医療入院料の注５に規定する精神科救急医療体制加算の施設基準 イ 精神科救急医療体制加算１の施設基準 ① 当該病棟における病床数が百二十床以下であること。 ② （略） ③ 精神科救急医療に係る十分な実績を有していること。 ④ 精神科救急医療を行う体制が整備されていること。 ロ 精神科救急医療体制加算２の施設基準 ① イの①、②及び④を満たすものであること。 ② 精神科救急医療に係る実	［施設基準］ 十四 精神科救急急性期医療入院料の施設基準等 （６） 精神科救急急性期医療入院料の注５に規定する精神科救急医療体制加算の施設基準 イ 精神科救急医療体制加算１の施設基準 ① 当該病棟における病床数が百二十床以下であること。ただし、（７）に該当する場合においては、この限りでない。 ② （略） ③ 精神科救急医療に係る実績を相当程度有していること。 ④ 精神科救急医療を行うにつき十分な体制が整備されていること。 ロ 精神科救急医療体制加算２の施設基準 ① イの①から③までを満たすものであること。 （新設）

績を相当程度有していること。	
（削除）	② 精神科救急医療を行うにつき必要な体制が整備されていること。
（削除）	ハ 精神科救急医療体制加算３の施設基準 ① イの①から③までを満たすものであること。 ② 精神科救急医療を行う体制が整備されていること。
（削除）	（７） 精神科救急急性期医療入院料の注５に規定する厚生労働大臣が定める場合 当該病棟が、令和四年三月三十一日時点で診療報酬の算定方法の一部を改正する件（令和四年厚生労働省告示第五十四号）による改正前の診療報酬の算定方法の医科点数表の精神科救急入院料に係る届出を行っている場合であって、当該病棟における病床数が百二十床を超えることにつき診療の実施上やむを得ない事情があると認められるとき

【Ⅲ－５－４　質の高い精神医療の評価－⑦】

⑦　精神科救急急性期医療入院料等の新規入院患者割合要件の見直し

第１　基本的な考え方

非自発的入院を促進しないよう配慮を行う観点から、精神科救急急性期医療入院料等について、医療保護入院等の割合に係る要件を、緊急的な入院医療の必要性等に関する指標に見直す。

第２　具体的な内容

精神科救急急性期医療入院料等の施設基準である、措置入院等による新規入院患者割合に係る要件を、緊急的な入院医療の必要性等に関する指標に見直す。

改　定　案	現　　行
【精神科救急急性期医療入院料】 ［施設基準］ (11)　当該病棟の年間の新規患者のうち６割以上が「精神科救急等病棟必要性チェックリスト」において、３点以上のものであること。 ［経過措置］ 令和８年５月31日までの間に新規に入院した患者については、措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院、鑑定入院又は医療観察法入院のいずれかに係るものであった場合、「精神科救急等病棟必要性チェックリスト」において、３点以上であることとする。 ※　精神科救急・合併症入院料についても同様。	【精神科救急急性期医療入院料】 ［施設基準］ (11)　当該病棟の年間の新規患者のうち６割以上が措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院、鑑定入院及び医療観察法入院のいずれかに係るものであること。

【Ⅲ－５－４　質の高い精神医療の評価－⑧】

⑧　精神科救急急性期医療入院料等の見直し

第１　基本的な考え方

精神疾患と身体疾患を併せ持つ患者の医療提供体制の普及を更に推進する観点から、精神科救急急性期医療入院料等の要件を見直す。

第２　具体的な内容

精神科救急急性期医療入院料及び精神科救急・合併症入院料の算定対象となる患者について、ＩＣＵ等の高度急性期病床を有する病院における精神病床に入院後、当該保険医療機関に転院した患者を追加する。

改　定　案	現　　行
別表第十　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・合併症入院料の対象患者 一　精神科救急急性期医療入院料の対象患者 （１）・（２）　（略） （３）　（１）及び（２）以外の患者であって、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若しくは総合周産期特定集中治療室管理料（母体・胎児集中治療室管理料を算定するものに限る。）を算定する病棟若しくは病室を有する他の保険医療機関において、精神病棟入院基本料（10対１入院基本料、13対１入院基本料及び15対１入院基本料に限る。）、特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）、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、精神科救急・合併症入院料又は	別表第十　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・合併症入院料の対象患者 一　精神科救急急性期医療入院料の対象患者 （１）・（２）　（略） （新設）

児童・思春期精神科入院医療管理料を算定した後、当該病棟に転院した患者	
（４） 精神科救急急性期医療入院料の届出を行っている病棟を有する保険医療機関に入院している患者のうち、（１）から（３）まで以外の患者であって、治療抵抗性統合失調症治療薬による治療を行うために当該病棟に転棟するもの	（３） 精神科救急急性期医療入院料の届出を行っている病棟を有する保険医療機関に入院している患者のうち、（１）又は（２）以外の患者であって、治療抵抗性統合失調症治療薬による治療を行うために当該病棟に転棟するもの
二 （略）	二 （略）
三 精神科救急・合併症入院料の対象患者	三 精神科救急・合併症入院料の対象患者
（１）～（３） （略）	（１）～（３）（略）
（４） （１）から（３）まで以外の患者であって、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又は総合周産期特定集中治療室管理料（母体・胎児集中治療室管理料を算定するものに限る。）を算定する病棟又は病室を有する他の保険医療機関において、精神病棟入院基本料（10対１入院基本料、13対１入院基本料及び15対１入院基本料に限る。）、特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）、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、精神科救急・合併症入院料又は児童・思春期精神科入院医療管理料を算定した後、当該病棟に転院した患者	（新設）
（５） 精神科救急・合併症入院料の届出を行っている病棟を有する保険医療機関に入院している患者のうち、（１）から（４）まで以外の患者であって、治療抵抗性統合失調症治療薬による治療を行うために当該病棟に転棟するもの	（４） 精神科救急・合併症入院料の届出を行っている病棟を有する保険医療機関に入院している患者のうち、（１）、（２）又は（３）以外の患者であって、治療抵抗性統合失調症治療薬による治療を行うために当該病棟に転棟するもの

⑨　精神病棟入院基本料の見直し

第１　基本的な考え方

長期入院患者に対する地域移行に係る取組を更に推進する必要があること等を踏まえ、人員配置基準の低い精神病棟入院基本料について、長期入院患者に対する評価を見直す。

第２　具体的な内容

精神病棟入院基本料の 18 対１入院基本料及び 20 対 1 入院基本料について、１年以上入院している患者の評価を見直す。

改　定　案		現　　行	
【精神病棟入院基本料】		【精神病棟入院基本料】	
１～３　（略）		１～３　（略）	
４　18対１入院基本料		４　18対１入院基本料	753点
イ　１年未満の場合	753点	（新設）	
ロ　１年以上の場合	●●点	（新設）	
５　20対１入院基本料		５　20対１入院基本料	697点
イ　１年未満の場合	697点	（新設）	
ロ　１年以上の場合	●●点	（新設）	

⑩　精神科急性期医師配置加算の見直し

第１　基本的な考え方

精神疾患と身体疾患を併せ持つ患者、急性期の精神疾患患者及び治療抵抗性統合失調症患者の医療提供体制の普及を更に推進する観点から、精神科急性期医師配置の要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．精神科急性期医師配置加算１及び３について、クロザピンの新規導入件数を、当該加算を算定する病棟における実績から、医療機関全体における実績に見直す。

改　定　案	現　　行
【精神科急性期医師配置加算】 ［施設基準］ 三十五の九　精神科急性期医師配置加算の施設基準 （１）　（略） （２）　精神科急性期医師配置加算１の施設基準 イ　（略） ロ　当該保険医療機関において治療抵抗性統合失調症患者に対する治療に係る実績を相当程度有していること。 ハ　（略） ニ　（略） （３）・（４）　（略） （５）　精神科急性期医師配置加算３の施設基準 イ　（略） ロ　当該保険医療機関において治療抵抗性統合失調症患者に対する治療に係る実績を一定程度有していること。 ハ　（略）	【精神科急性期医師配置加算】 ［施設基準］ 三十五の九　精神科急性期医師配置加算の施設基準 （１）　（略） （２）　精神科急性期医師配置加算１の施設基準 イ　（略） ロ　治療抵抗性統合失調症患者に対する入院医療に係る実績を相当程度有していること。 ハ　（略） ニ　（略） （３）・（４）　（略） （５）　精神科急性期医師配置加算３の施設基準 イ　（略） ロ　治療抵抗性統合失調症患者に対する入院医療に係る実績を一定程度有していること。 ハ　（略）

２．精神科急性期医師配置加算２のイの算定対象となる入院料に、精神

病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料の精神病棟の15：1入院基本料を追加する。

改　定　案	現　　行
【精神病棟入院基本料】 ［算定要件］ 注１～５　（略） ６　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～ヱ　（略） ヒ　精神科急性期医師配置加算（10対１入院基本料、13対１入院基本料又は15対１入院基本料を算定するものに限る。） モ～ン　（略） ７～10　（略） 【特定機能病院入院基本料】 ［算定要件］ 注１～７　（略） ８　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～イリ　（略） イヌ　精神科急性期医師配置加算（精神病棟に限る。） イル～イカ　（略） 【精神科急性期医師配置加算】 ［施設基準］ 三十五の九　精神科急性期医師配置加算の施設基準 （１）・（２）　（略） （３）　精神科急性期医師配置加算	【精神病棟入院基本料】 ［算定要件］ 注１～５　（略） ６　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～ヱ　（略） ヒ　精神科急性期医師配置加算（10対１入院基本料又は13対１入院基本料を算定するものに限る。） モ～ン　（略） ７～10　（略） 【特定機能病院入院基本料】 ［算定要件］ 注１～７　（略） ８　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～イリ　（略） イヌ　精神科急性期医師配置加算（精神病棟の７対１入院基本料、10対１入院基本料又は13対１入院基本料を算定するものに限る。） イル～イカ　（略） 【精神科急性期医師配置加算】 ［施設基準］ 三十五の九　精神科急性期医師配置加算の施設基準 （１）・（２）　（略） （３）　精神科急性期医師配置加算

２のイの施設基準 イ　精神病棟入院基本料（十対一入院基本料、十三対一入院基本料又は十五対一入院基本料に限る。）又は特定機能病院入院基本料を算定する精神病棟であること。 ロ・ハ　（略） （４）・（５）　（略）	２のイの施設基準 イ　精神病棟入院基本料（十対一入院基本料又は十三対一入院基本料に限る。）又は特定機能病院入院基本料を算定する精神病棟（七対一入院基本料、十対一入院基本料又は十三対一入院基本料に限る。）であること。 ロ・ハ　（略） （４）・（５）　（略）

⑪　通院・在宅精神療法の見直し

第１　基本的な考え方

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要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．精神保健指定医が実施する、初診における 30 分以上の通院・在宅精神療法について、新たに評価を行うとともに、初診における 60 分以上の通院・在宅精神療法について、評価を見直す。

２．非精神保健指定医による通院・在宅精神療法について、評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【通院・在宅精神療法】 １　通院精神療法 イ　（略） ロ　区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日に行った場合 （１）　60分以上の場合 ①　精神保健指定医による場合　●●点 ②　（略） （２）　精神保健指定医による30分以上60分未満の場合　●●点 ハ　（略） ２　在宅精神療法 イ　（略） ロ　区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日に行った場合 （１）　60分以上行った場合 ①　精神保健指定医による場合　●●点 ②　（略）	【通院・在宅精神療法】 １　通院精神療法 イ　（略） ロ　区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合 （新設） （１）　精神保健指定医による場合　600点 （２）　（略） （新設） ハ　（略） ２　在宅精神療法 イ　（略） ロ　区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合 （新設） （１）　精神保健指定医による場合　640点 （２）　（略）

（２） 精神保健指定医による30分以上60分未満の場合 ●●点	（新設）
ハ （略）	ハ （略）
［算定要件］ 注１～12 （略） 13 １のロの（１）の②、１のハの（１）の②、１のハの（２）の②、２のロの（１）の②、２のハの（１）の②、２のハの（２）の②及び２のハの（３）の②において、別に厚生労働大臣が定める要件を満たさない場合、所定点数の100分の●●に相当する点数を算定する。ただし、当該患者に対して、１回の処方において、３種類以上の抗うつ薬又は３種類以上の抗精神病薬を投与した場合には、算定できない。また、注９に規定する「心理支援加算」は別に算定できない。	［算定要件］ 注１～12 （略） （新設）
［施設基準］ 一の一の九 通院・在宅精神療法の注13に規定する施設基準 別表第●●に掲げる要件	［施設基準］ （新設）
別表第●● 通院・在宅精神療法の注13に規定する別に厚生労働大臣が定める要件 次に掲げる要件のいずれかを満たすこと。 一 精神科救急医療を行う体制が整備されている医療機関で実施されていること。 二 精神医療に十分な経験をもつ医師により行われていること。	（新設）

⑫　精神保健福祉士の病棟の専従要件の見直し

第１　基本的な考え方

同一の精神保健福祉士による継続的な伴走支援を推進する観点から、病棟に専従配置されている精神保健福祉士に係る要件を見直す。

第２　具体的な内容

病棟に専従の配置が求められている精神保健福祉士について、当該病棟の患者の支援を目的とする場合、当該保険医療機関外に付き添う等、当該病棟外で業務を行うことは差し支えないこととする。また、その業務に影響のない範囲において、当該病棟に入棟予定又は当該病棟から退棟若しくは退院した患者への支援に係るものであれば、当該病棟以外の場所で業務を行うことは差し支えないこととする。

改　定　案	現　　行
【精神保健福祉士配置加算（精神病棟入院基本料）】 ［施設基準］ （１）　当該病棟に、専従の常勤精神保健福祉士が１名以上配置されていること。当該専従の常勤精神保健福祉士は、病棟を担当する者として当該病棟の患者に関する業務に主として従事するものであり、当該病棟の患者の支援を目的とする場合、当該保険医療機関外に付き添う等、当該病棟外で業務を行うことは差し支えない。また、その業務に影響のない範囲において、当該病棟に入棟予定又は当該病棟から退棟若しくは退院した患者への支援に係るものであれば、当該病棟以外の場所で業務を行うことは差し支えない。 ※　精神療養病棟入院料の「注５」に掲げる精神保健福祉士配置加	【精神保健福祉士配置加算（精神病棟入院基本料）】 ［施設基準］ （１）　当該病棟に、専従の常勤精神保健福祉士が１名以上配置されていること。

算、児童・思春期精神科入院医療管理料、認知症治療病棟入院料、及び地域移行機能強化病棟入院料についても同様。	

⑬　心理支援加算の見直し

第１　基本的な考え方

神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害に対する公認心理師による心理支援を推進する観点から、心理支援加算の要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

対象疾患を神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害に拡大するとともに、実施者に係る要件及び施設基準を新たに設ける。

改　定　案	現　　行
【通院・在宅精神療法】 ［算定要件］ 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、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必要な支援を行った場合に、心理支援加算として、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●●点を所定点数に加算する。	【通院・在宅精神療法】 ［算定要件］ 注９　心理に関する支援を要する患者として別に厚生労働大臣が定める患者に対して、精神科を担当する医師の指示を受けた公認心理師が必要な支援を行った場合に、心理支援加算として、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250点を所定点数に加算する。
(24)　「注９」に規定する心理支援加算は、心理に関する支援を要する神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害の患者に対して、精神科を担当する医師の指示を受けた精神科を標榜する保険医療機関（他の精神科を標榜する保険医療機関においても勤務する場合は、それらの勤務を合算する。）において、週●●日以上常態として勤	(24)　「注９」に規定する心理支援加算は、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。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

務しており、かつ、所定労働時間が週●●時間以上の勤務を●●年以上行った経験のある公認心理師が、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。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においても算定できる。実施に当たっては、医師は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こと。	該支援を実施した場合においても算定できる。実施に当たっては、以下の要件をいずれも満たすこと。
（削除）	ア　対象となる患者は、外傷体験（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をいう。以下この項において同じ。）を有し、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。以下この項において同じ。）を有する者として、精神科を担当する医師が心理支援を必要と判断したものに限る。
（削除）	イ　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。
［施設基準］ 一の一の六　通院・在宅精神療法の注９に規定する施設基準 当該保険医療機関内に専任の常勤の精神保健指定医が●名以上配置されていること。	［施設基準］ 一の一の六　通院・在宅精神療法の注９に規定する別に厚生労働大臣が定める患者 心的外傷に起因する症状を有する患者

⑭　認知療法・認知行動療法の見直し

第１　基本的な考え方

精神疾患を有する患者に対する質の高い医療の提供を推進する観点から、認知療法・認知行動療法の要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．医師及び看護師が共同して認知療法・認知行動療法を行う場合について、面接後に毎回医師が患者と５分以上面接する要件を廃止する。その他施設基準について見直しを行う。

２．公認心理師による認知行動療法的アプローチに基づく心理支援に対して新たに評価を行う。

改　定　案	現　　行
【認知療法・認知行動療法】 １　医師による場合　●●点 ２　医師及び看護師が共同して行う場合　●●点 ３　公認心理師による心理支援を伴う場合　●●点 ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者について、認知療法・認知行動療法に習熟した医師が、一連の治療に関する計画を作成し、患者に説明を行った上で、医師若しくは看護師が認知療法・認知行動療法を行った場合又は公認心理師が認知行動療法的アプローチに基づく心理支援を行った場合に、一連の治療について16回に限り算定する。	【認知療法・認知行動療法】 １　医師による場合　480点 ２　医師及び看護師が共同して行う場合　350点 （新設） ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者について、認知療法・認知行動療法に習熟した医師が、一連の治療に関する計画を作成し、患者に説明を行った上で、認知療法・認知行動療法を行った場合に、一連の治療について16回に限り算定する。

（１）　（略）	（１）　（略）
（２）　認知療法・認知行動療法は、一連の治療計画を策定し、患者に対して詳細な説明を行った上で、当該療法に関する研修を受講するなど当該療法に習熟した医師によって30分を超えて治療が行われた場合（「２」において、看護師により30分を超える面接が行われた場合を含む。）及び「３」において公認心理師により心理支援に係る30分を超える面接が行われた場合に算定する。	（２）　認知療法・認知行動療法は、一連の治療計画を策定し、患者に対して詳細な説明を行った上で、当該療法に関する研修を受講するなど当該療法に習熟した医師によって30分を超えて治療が行われた場合（「２」において、看護師により30分を超える面接が行われ、その後当該療法に習熟した医師により５分以上の面接が行われた場合を含む。）に算定する。
（３）～(11)　（略）	（３）～(11)　（略）
(12)　認知療法・認知行動療法の「２」は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外のうつ病等の気分障害の患者に対して、医師が治療を行うに当たり、治療に係る面接の一部を専任の看護師が実施した場合に算定する。	(12)　認知療法・認知行動療法の「２」は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外のうつ病等の気分障害の患者に対して、医師が治療を行うに当たり、治療に係る面接の一部を専任の看護師が実施した場合に算定する。ただし、この場合にあっては、次の全てを満たすこと。
（削除）	ア　初回時又は治療終了時を予定する回の治療に係る面接は専任の医師が実施し、専任の看護師が同席すること。
（削除）	イ　初回から治療を終了するまでの間の治療は、初回時に同席した看護師が実施し、当該看護師による面接後に、専任の医師が患者と５分以上面接すること。
（削除）	ウ　看護師が面接を実施する場合は、患者の同意を得た上で当該面接の内容を録音し、専任の医師はその内容を、指示又は指導の参考とすること。
(13)　認知療法・認知行動療法の「３」は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生（支）局長に届け出た	（新設）

保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して、医師が治療を行うに当たり必要と判断した場合に、一連の治療に関する計画に基づき、認知行動療法的アプローチに基づく心理支援に係る面接を、認知療法・認知行動療法を実施している保険医療機関（他の認知療法・認知行動療法を実施している保険医療機関においても勤務する場合は、それらの勤務を合算する。）において、週●●日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週●●時間以上の勤務を●●年以上行った経験のある専任の公認心理師が実施した場合に算定する。	
(14)　認知療法・認知行動療法の「２」及び「３」を算定する場合にあっては、次の全てを満たすこと。 ア　初回時又は治療終了時を予定する回の治療に係る面接は専任の医師が実施し、専任の看護師又は公認心理師が同席すること。 イ　初回から治療を終了するまでの間の治療若しくは心理支援に係る面接は、初回時に同席した看護師又は公認心理師が実施すること。	（新設）
(15)　認知療法・認知行動療法の「１」、「２」及び「３」は、一連の治療において同一の点数を算定する。ただし、「２」又は「３」の要件を満たす場合のうち、医師と看護師又は公認心理師が同席して30分以上の面接を行った日に限り、「１」の点数を算定できる。	(13)　認知療法・認知行動療法の「１」及び「２」は、一連の治療において同一の点数を算定する。ただし、「２」の要件を満たす場合のうち、医師と看護師が同席して30分以上の面接を行った日に限り、「１」の点数を算定できる。
［施設基準］ 一の四　認知療法・認知行動療法の施設基準	［施設基準］ 一の四　認知療法・認知行動療法の施設基準

（１）・（２）　（略） （３）　認知療法・認知行動療法３にあっては、（１）の基準に加え、当該保険医療機関内に認知行動療法的アプローチに基づく心理支援に係る経験等を有する専任の常勤公認心理師が一名以上配置されていること。	（１）・（２）　（略） （新設）
２　認知療法・認知行動療法２に関する施設基準 （１）　（略） （２）　当該保険医療機関内に、以下の全てを満たす専任の常勤看護師が１名以上勤務していること。 ア　認知療法・認知行動療法１の届出医療機関における外来に２年以上勤務し、治療に係る面接に●●回以上同席した経験があること。 イ　うつ病等の気分障害の患者に対して、当該看護師が認知療法・認知行動療法の手法を取り入れた面接を過去に●●症例●●回以上実施していること。	２　認知療法・認知行動療法２に関する施設基準 （１）　（略） （２）　当該保険医療機関内に、以下の全てを満たす専任の看護師が１名以上勤務していること。 ア　認知療法・認知行動療法１の届出医療機関における外来に２年以上勤務し、治療に係る面接に120回以上同席した経験があること。 イ　うつ病等の気分障害の患者に対して、当該看護師が認知療法・認知行動療法の手法を取り入れた面接を過去に10症例120回以上実施し、その内容のうち５症例60回以上のものについて、患者の同意を得て、面接を録画、録音等の方法により記録して、１の専任の医師又はウの研修の講師が確認し、必要な指導を受けていること。
３　認知療法・認知行動療法３に関する施設基準 （１）　１を満たしていること。 （２）　当該保険医療機関内に、以下の全てを満たす専任の常勤公認心理師が１名以上勤務していること。 ア　認知療法・認知行動療法１の届出医療機関における外来に●●年以上勤務し、治療に	（新設）

係る面接に●●回以上同席した経験があること。 イ　うつ病等の気分障害、強迫性障害、社交不安障害、パニック障害、心的外傷後ストレス障害又は神経性過食症の患者に対して、当該公認心理師が認知行動療法的アプローチに基づく心理支援に係る面接を過去に●●症例●●回以上実施していること。	

３.心的外傷後ストレス障害に対する認知療法･認知行動療法において、認知処理療法を行った場合について新たに評価を行う。

改　定　案	現　　行
【認知療法・認知行動療法】 ［算定要件］ （９）　心的外傷後ストレス障害に対する認知療法・認知行動療法の実施に当たっては、厚生労働科学研究班作成の「ＰＴＳＤ(心的外傷後ストレス障害)の認知行動療法マニュアル〔持続エクスポージャー療法／ＰＥ療法〕（平成27年度厚生労働省障害者対策総合研究事業「認知行動療法等の精神療法の科学的エビデンスに基づいた標準治療の開発と普及に関する研究」）又は国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター研究班作成の「認知処理療法実施マニュアル」に従って行った場合に限り、算定できる。	【認知療法・認知行動療法】 ［算定要件］ （９）　心的外傷後ストレス障害に対する認知療法・認知行動療法の実施に当たっては、厚生労働科学研究班作成の「ＰＴＳＤ(心的外傷後ストレス障害)の認知行動療法マニュアル〔持続エクスポージャー療法／ＰＥ療法〕（平成27年度厚生労働省障害者対策総合研究事業「認知行動療法等の精神療法の科学的エビデンスに基づいた標準治療の開発と普及に関する研究」）に従って行った場合に限り、算定できる。

⑮　臨床心理技術者に係る経過措置の見直し

第１　基本的な考え方

公認心理師の養成状況を踏まえ、臨床心理技術者に係る経過措置を見直す。

第２　具体的な内容

臨床心理技術者等を公認心理師とみなす経過措置について、令和 10 年５月 31 日をもって終了する。

改　定　案	現　　行
［算定要件］ 第１章第２部　入院料等　通則 17　令和10年５月31日までの間、以下のいずれかの要件に該当する者は、公認心理師とみなす。 ア　平成31年３月31日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者 イ　公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者 ※　Ｄ２８５に掲げる認知機能検査その他の心理検査及び第８部第３節経過措置においても同様。	［算定要件］ 第１章第２部　入院料等　通則 17　平成31年４月１日から当分の間、以下のいずれかの要件に該当する者は、公認心理師とみなす。 ア　平成31年３月31日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者 イ　公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者
［施設基準］ 第１　基本診療料の施設基準等 10　令和10年５月31日までの間、以下のいずれかの要件に該当する者を公認心理師とみなす。 ア　平成31年３月31日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者 イ　公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者	［施設基準］ 第１　基本診療料の施設基準等 10　平成31年４月１日から当分の間、以下のいずれかの要件に該当する者を公認心理師とみなす。 ア　平成31年３月31日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者 イ　公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

※　特掲診療料の施設基準等においても同様。	

⑯　児童思春期支援指導加算の見直し

第１　基本的な考え方

児童思春期の精神疾患患者の受入体制を更に確保する観点から、児童思春期支援指導加算の要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

児童思春期支援指導加算について、初診を実施した 20 歳未満の患者数を見直した評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【児童思春期支援指導加算１及び２】 ［算定要件］ 注10　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、１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、精神保健福祉士又は公認心理師等が共同して必要な支援を行った場合は、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。ただし、イの（１）及びロの（１）については、１回に限り算定する。また、注３又は注４に規定する加算を算定した場合は、算定しない。 イ　児童思春期支援指導加算１ （１）　60分以上の通院・在宅精神療法を行った場合（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。） ●●点	【児童思春期支援指導加算】 ［算定要件］ 注10　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、１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、精神保健福祉士又は公認心理師等が共同して必要な支援を行った場合は、児童思春期支援指導加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。ただし、イについては、１回に限り算定する。また、注３又は注４に規定する加算を算定した場合は、算定しない。 イ　60分以上の通院・在宅精神療法を行った場合（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。） 1,000点

（２）　（１）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　●●点 ②　①以外の場合　●●点 ロ　児童思春期支援指導加算２ （１）　60分以上の通院・在宅精神療法を行った場合（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。）　●●点 （２）　（１）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１年以内の期間に行った場合　●●点 ②　①以外の場合　●●点	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 （新設）
［施設基準］ 一の一の七　通院・在宅精神療法の注10に規定する施設基準 二十歳未満の精神疾患を有する患者の支援を行うにつき必要な体制及び十分又は必要な実績を有していること。	［施設基準］ 一の一の七　通院・在宅精神療法の注10に規定する施設基準 二十歳未満の精神疾患を有する患者の支援を行うにつき必要な体制及び実績を有していること。
３　通院・在宅精神療法の児童思春期支援指導加算１及び２の施設基準 （１）　児童思春期支援指導加算１の施設基準 ア　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。ただし、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を２名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯	３　通院・在宅精神療法の児童思春期支援指導加算の施設基準 （１）　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。ただし、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を２名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医

にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。 イ　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。 ウ　ア及びイにおける適切な研修とは以下のものをいうこと。 （イ）　国又は医療関係団体等が主催する研修であること（15時間以上の研修期間であるものに限る。）。 （ロ）　講義及び演習により次の内容を含むものであること。 (a)　児童・思春期の精神医療における診察 (b)　児童・思春期の精神医療における治療 (c)　家族面接 (d)　発達障害の支援 (e)　児童・思春期の精神医療における多職種の業務及び連携 （ハ）　研修には、複数職種によるグループワークやディスカッション等を含むこと。 エ　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人以上であること。 （２）　児童思春期支援指導加算２ ア　（１）のアからウを満たすこと イ　当該保険医療機関が過去●●●か月間に初診を実施した20	師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。 （２）　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。 （３）　（１）及び（２）における適切な研修とは以下のものをいうこと。 ア　国又は医療関係団体等が主催する研修であること（15時間以上の研修期間であるものに限る。）。 イ　講義及び演習により次の内容を含むものであること。 （イ）　児童・思春期の精神医療における診察 （ロ）　児童・思春期の精神医療における治療 （ハ）　家族面接 （ニ）　発達障害の支援 （ホ）　児童・思春期の精神医療における多職種の業務及び連携 ウ　研修には、複数職種によるグループワークやディスカッション等を含むこと。 （４）　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人以上であること。 （新設）

歳未満の患者の数が、月平均 ●●人以上であること。	

⑰　早期診療体制充実加算の見直し

第１　基本的な考え方

精神疾患の早期発見及び早期からの重点的な診療を更に推進する観点から、早期診療体制充実加算の要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

早期診療体制充実加算について、評価を３つに分け、それぞれ要件を新たに設定する。

改　定　案	現　　行
【早期診療体制充実加算】 ［算定要件］ 注11　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、通院・在宅精神療法を行った場合は、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。 イ　早期診療体制充実加算１ （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　●●点 （２）（１）以外の場合　●●点 ロ　早期診療体制充実加算２ （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　●●点 （２）（１）以外の場合　●●点 ハ　早期診療体制充実加算３ （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　●●点	【早期診療体制充実加算】 ［算定要件］ 注11　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、通院・在宅精神療法を行った場合は、早期診療体制充実加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。 イ　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 ロ　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 （新設）

（２）　（１）以外の場合　●●点 ［施設基準］ 一の一の八　通院・在宅精神療法の注11に規定する施設基準 （１）　精神疾患の早期発見及び症状の評価等の必要な診療を行うにつき十分又は必要な体制が確保されていること。 （２）　当該保険医療機関又は連携体制を有する病院において、休日及び保険医療機関の表示する診療時間以外の時間の対応等が可能な体制が整備されていること。	［施設基準］ 一の一の八　通院・在宅精神療法の注11に規定する施設基準 精神疾患の早期発見及び症状の評価等の必要な診療を行うにつき十分な体制が確保されていること。 （新設）

⑱　情報通信機器を用いた精神療法の見直し

第１　基本的な考え方

「情報通信機器を用いた精神療法の適切な実施に関する指針」の策定を踏まえ、情報通信機器を用いた精神療法の要件を見直す。

第２　具体的な内容

「情報通信機器を用いた精神療法の適切な実施に関する指針」の策定を踏まえ、指針に沿った形で行われている初診精神療法について新たに評価を行うとともに、要件を見直す。

改　定　案	現　　行
【通院・在宅精神療法】 ［算定要件］ 注12　１のロの（１）若しくはハの（１）の①又は（２）の①については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、情報通信機器を用いた精神療法を行うことが適当と認められる患者に対し、情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、それぞれ●●点、357点又は274点を算定する。ただし、当該患者に対して、１回の処方において、３種類以上の抗うつ薬又は３種類以上の抗精神病薬を投与した場合には、算定できない。また、注３から注５まで及び注７から注11までに規定する加算は別に算定できない。 ［施設基準］ 一の一の九　通院・在宅精神療法の注12に規定する施設基準 （１）　情報通信機器を用いた精神	【通院・在宅精神療法】 ［算定要件］ 注12　１のハの（１）の①又は（２）の①については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、情報通信機器を用いた精神療法を行うことが適当と認められる患者に対し、情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、それぞれ357点又は274点を算定する。ただし、当該患者に対して、１回の処方において、３種類以上の抗うつ薬又は３種類以上の抗精神病薬を投与した場合には、算定できない。また、注３から注５まで及び注７から注11までに規定する加算は別に算定できない。 ［施設基準］ 一の一の九　通院・在宅精神療法の注12に規定する施設基準 情報通信機器を用いた精神療法を

療法を行うにつき十分な体制が整備されていること。 （２） 休日及び保険医療機関の表示する診療時間以外の時間の対応等が可能な体制が整備されていること。	行うにつき十分な体制が整備されていること。 （新設）

【Ⅲ－５－５　難病患者等に対する適切な医療の評価－①】

①　脳死臓器提供管理料の見直し

第１　基本的な考え方

認定ドナーコーディネーターを保険医療機関に配置することにより、臓器提供を希望する国民の意思がより尊重され、脳死臓器提供機会の確保等に繋がることが期待されること、脳死判定基準に係る関係省令の改正により、法的脳死判定に当たって脳血流消失判定検査等を実施することや、法的脳死判定後にも継続して補助循環装置等を使用しながら脳死患者の管理を実施することが可能となったこと等を踏まえ、脳死臓器提供管理料の評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．認定ドナーコーディネーターにより、臓器提供に係る同意取得が行われた場合について、脳死臓器提供管理料に加算を設ける。

２．法的脳死判定に当たって実施される脳血流を判定する画像診断及び法的脳死判定後にも継続して用いられる補助循環装置に係る費用について、脳死臓器提供管理料に加算を設ける。

改　定　案	現　　行
【脳死臓器提供管理料】 ［算定要件］ 注１　臓器提供者の脳死後に、臓器提供者の身体に対して行われる処置の費用は、所定点数に含まれる。 ２　臓器提供に関する専門の知識を有する者が臓器提供に係る説明等を行った場合は、脳死臓器提供体制向上加算として、●●点を所定点数に加算する。 ３　臓器の移植に関する法律第６条第２項に規定する判定（以下「法的脳死判定」という。）に当たって、次に掲げる画像診断を実施した場合は、各区分に掲げる点数を合算した点数を、所定点数に加算する。	【脳死臓器提供管理料】 ［算定要件］ 注　臓器提供者の脳死後に、臓器提供者の身体に対して行われる処置の費用は、所定点数に含まれる。 （新設） （新設）

イ　動脈造影カテーテル法 ●●点 ロ　シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影 ●●点 ハ　コンピューター断層撮影（造影剤を使用した場合） ●●点 ４　臓器提供者に法的脳死判定日以後も継続して次に掲げる手術を実施した場合は、各区分に掲げる点数を合算した点数を、所定点数に加算する。 イ　大動脈内バルーンパンピング法（ＩＡＢＰ法）　●●点 ロ　人工心肺　●●点 ハ　体外式膜型人工肺　●●点 ニ　経皮的心肺補助法　●●点 ホ　経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの） ●●点 ヘ　補助人工心臓　●●点 ト　小児補助人工心臓　●●点 チ　植込型補助人工心臓 ●●点	（新設）

②　臓器移植手術に係る評価の新設

第１　基本的な考え方

臓器移植を実施する体制の確保を推進する観点から、臓器採取術及び臓器移植術について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

臓器提供施設、臓器あっせん機関若しくは他の保険医療機関と連携して、臓器採取術又は臓器移植術を行った場合について、加算を設ける。

（新）　臓器移植実施体制確保加算

［対象患者］

臓器採取術又は臓器移植術を算定する患者

［算定要件］

区分番号Ｋ５１４－３、Ｋ５１４－４、Ｋ６０５からＫ６０５－４まで、Ｋ６９７－６、Ｋ６９７－７、Ｋ７０９－２からＫ７０９－６まで、Ｋ７１６－５、Ｋ７１６－６、Ｋ７７９－２及びＫ７８０に掲げる手術について、臓器提供施設、臓器あっせん機関及び他の保険医療機関と連携して、当該手術を行った場合は、臓器移植実施体制確保加算として、それぞれ当該手術の所定点数の 100 分の●●に相当する点数を加算する。

③　臍帯血移植の見直し

第１　基本的な考え方

質の高い造血幹細胞移植を推進する観点から、臍帯血移植の評価を見直す。

第２　具体的な内容

組織適合性試験にＮＧＳ－ＳＢＴ法を用いた場合について、臍帯血移植に加算を設ける。

改　定　案	現　　行
【造血幹細胞移植】 ［算定要件］ 注６　臍帯血移植に用いられた臍帯血に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれるものとする。ただし、組織適合性試験に当たってＮＧＳ－ＳＢＴ法を用いた場合においては、ＮＧＳ－ＳＢＴ法実施加算として、●●●点を所定点数に加算する。	【造血幹細胞移植】 ［算定要件］ 注６　臍帯血移植に用いられた臍帯血に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれるものとする。

【Ⅲ－５－５　難病患者等に対する適切な医療の評価－④】

④　抗 HLA 抗体検査の算定要件の見直し

第１　基本的な考え方

病歴から抗 HLA 抗体陽性が疑われる患者以外の移植待機患者においても、抗 HLA 抗体陽性患者が一定程度存在することを踏まえ、臓器生着率の向上に資する観点から、抗 HLA 抗体スクリーニング検査の対象患者を見直す。

第２　具体的な内容

抗 HLA 抗体スクリーニング検査について、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については、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かにかかわらず、算定可能とする。

改　定　案	現　　行
【自己抗体検査】 ［算定要件］ (29)　「48」の抗ＨＬＡ抗体（スクリーニング検査）は、肺移植、心移植、肝移植、膵移植、小腸移植若しくは腎移植後の患者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。ただし、抗体関連拒絶反応を強く疑う場合等、医学的必要性がある場合には、１年に１回に限り更に算定できる。なお、この場合においては、その理由及び医学的な必要性を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。	【自己抗体検査】 ［算定要件］ (29)　「48」の抗ＨＬＡ抗体（スクリーニング検査）は、肺移植、心移植、肝移植、膵移植、小腸移植若しくは腎移植後の患者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、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。ただし、抗体関連拒絶反応を強く疑う場合等、医学的必要性がある場合には、１年に１回に限り更に算定できる。なお、この場合においては、その理由及び医学的な必要性を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

【Ⅲ－６　感染症対策や薬剤耐性対策の推進－①】

①　感染症に係る検査の見直し

第１　基本的な考え方

抗菌薬の適正使用を推進する観点から、薬剤感受性検査の要件を見直すとともに、関係学会による提言も踏まえ、一部の感染症に係る検査の要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．薬剤感受性検査について、厳格な抗菌薬適正使用が必要とされている抗菌薬の投与に際して、追加的に薬剤感受性検査を実施した場合には、改めて所定点数を算定できることを明確化する。

改　定　案	現　　行
【細菌薬剤感受性検査】 ［算定要件］ （１）　細菌薬剤感受性検査は、原則として、細菌感染症に対する一連の治療につき１回に限り算定できる。ただし、細菌薬剤感受性検査の結果、カルバペネム系抗菌薬を含む通常の治療で用いられる抗菌薬に対する非感受性又は耐性が確認された場合であって、カルバペネム耐性腸内細菌目細菌等、多剤耐性を有する細菌に対して有効な抗菌薬の適応判定を行う必要があるため、本検査を再度実施した場合にも算定できる。 （２）～（４）　（略）	【細菌薬剤感受性検査】 ［算定要件］ （新設） （１）～（３）　（略）

２．新型コロナウイルス感染症を含む感染症を同時に対象とする検査について、関係学会による提言も踏まえ、評価体系及び要件を見直す。

改　定　案	現　　行
【感染症免疫学的検査】 (46)　ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２・インフルエンザウイルス抗原同時検	【感染症免疫学的検査】 (46)　ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２・インフルエンザウイルス抗原同時検

出定性 ア　「50」のＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２・インフルエンザウイルス抗原同時検出定性は、COVID-19及びインフルエンザウイルス感染症が疑われる患者に対して、COVID-19及びインフルエンザウイルス感染症の診断を目的として実施した場合に１回に限り算定する。ただし、本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19又はインフルエンザウイルス感染症以外の診断がつかない場合は、さらに１回に限り算定できる。（中略）	出定性 ア　「50」のＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２・インフルエンザウイルス抗原同時検出定性は、COVID-19が疑われる患者に対して、COVID-19の診断を目的として実施した場合に１回に限り算定する。ただし、本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断がつかない場合は、さらに１回に限り算定できる。（中略）
(51)　ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２・ＲＳウイルス抗原同時検出定性 ア　「59」のＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２・ＲＳウイルス抗原同時検出定性は、COVID-19及びＲＳウイルス感染症が疑われる患者に対して、COVID-19及びＲＳウイルス感染症の診断を目的として実施した場合に１回に限り算定する。ただし、本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19又はＲＳウイルス感染症以外の診断がつかない場合は、さらに１回に限り算定できる。（中略）	(51)　ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２・ＲＳウイルス抗原同時検出定性 ア　「59」のＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２・ＲＳウイルス抗原同時検出定性は、COVID-19が疑われる患者に対して、COVID-19の診断を目的として実施した場合に１回に限り算定する。ただし、本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19又はＲＳウイルス感染以外の診断がつかない場合は、さらに１回に限り算定できる。（中略）
(52)　ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２・インフルエンザウイルス・ＲＳウイルス抗原同時検出定性 ア　「59」のＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２・インフルエンザウイルス・ＲＳウイルス抗原同時検出定性は、COVID-19、インフルエンザウイルス感染症及びＲＳウイルス感染症が疑われる患者に対して、COVID-19、インフルエンザウイルス感染症及びＲＳウイルス感染症の診断を目的として実施した場合に１回に限り算定す	(52)　ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２・インフルエンザウイルス・ＲＳウイルス抗原同時検出定性 ア　「59」のＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２・インフルエンザウイルス・ＲＳウイルス抗原同時検出定性は、COVID-19が疑われる患者に対して、COVID-19の診断を目的として実施した場合に１回に限り算定する。ただし、本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断がつかない場合は、さらに１回に限り算定

る。ただし、本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19、インフルエンザウイルス感染症又はＲＳウイルス感染症以外の診断がつかない場合は、さらに１回に限り算定できる。（中略）	できる。（中略）
【微生物核酸同定・定量検査】 23　結核菌群リファンピシン耐性遺伝子及びイソニアジド耐性遺伝子同時検出　963点	【微生物核酸同定・定量検査】 22　ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２核酸検出を含まないもの）、結核菌群リファンピシン耐性遺伝子及びイソニアジド耐性遺伝子同時検出　963点
（削除）	注　ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２核酸検出を含まないもの）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して実施した場合に限り算定する。
24　ウイルス・細菌核酸多項目同時検出 イ　ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２核酸検出を含むもの　1,350点 ロ　ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２核酸検出を含まないもの　963点 注　ウイルス・細菌核酸多項目同時検出については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して実施した場合に限り算定する。	23　ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２核酸検出を含む。）　1,350点 （新設） （新設） （新設）
［施設基準］ 三のニのニ　ウイルス・細菌核酸多項目同時検出の施設基準等	［施設基準］ 三のニのニ　ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（ＳＡＲＳ-ＣｏＶ-

	２核酸検出を含まないもの）の施設基準等
（１） ウイルス・細菌核酸多項目同時検出の施設基準	（１） ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２核酸検出を含まないもの）の施設基準
当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。	イ 当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。
（削除）	ロ 当該検査の対象患者の治療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
（２） ウイルス・細菌核酸多項目同時検出の対象患者	（２） ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２核酸検出を含まないもの）の対象患者
次のいずれかに該当する患者	次のいずれにも該当する患者
イ 重症の呼吸器感染症と診断された、又は疑われる患者であって、集中治療を要する患者	イ 重症の呼吸器感染症と診断された、又は疑われる患者
ロ 新型コロナウイルス感染症又はインフルエンザウイルス感染症等が疑われ、重症化のおそれが高い患者	ロ 集中治療を要する患者

②　感染対策向上加算の見直し

第１　基本的な考え方

感染対策向上加算１について、微生物学的検査室が果たす役割を踏まえ、抗菌薬適正使用を推進する観点から、微生物学的検査室を有する医療機関について新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

感染対策向上加算１について、当該保険医療機関内に微生物学的検査室を有する場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【感染対策向上加算】 ［算定要件］ 注１・２　（略） ３　感染対策向上加算１を算定する場合について、院内感染防止対策及び抗菌薬の適正使用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、微生物学的検査体制加算として、●●点を更に所定点数に加算する。 ４～６（略） ［施設基準（告示）］ 二十九の二　感染対策向上加算の施設基準等 （１）～（４）　（略） （５）　微生物学的検査体制加算の施設基準 当該保険医療機関内に微生物学的検査室を有していること。 （６）～（８）（略） ［施設基準（通知）］	【感染対策向上加算】 ［算定要件］ 注１・２　（略） （新設） ３～５（略） ［施設基準（告示）］ 二十九の二　感染対策向上加算の施設基準等 （１）～（４）　（略） （新設） （５）～（７）（略） ［施設基準（通知）］

第21　感染対策向上加算 １～４（略） ５　微生物学的検査体制加算の施設基準 （１）　感染対策向上加算１の届出を行っている保険医療機関であること。 （２）　当該保険医療機関内に微生物学的検査室を有しており、１の（10）、（14）及び（21）に係る業務等に活用していること。 ６～９（略）	第21　感染対策向上加算 １～４（略） （新設） ５～８（略）

③　結核に係る入院医療提供体制の確保

第１　基本的な考え方

入院患者数の減少により、医療機関が結核病棟を維持することが難しくなっている中で、結核患者受入体制の確保の観点から、結核病棟と一般病棟を併せて１看護単位とするいわゆる「ユニット化病床」やモデル病床等における重症度、医療・看護必要度等の対象となる患者の範囲等を見直す。

第２　具体的な内容

１．一般病棟と結核病棟を併せて１看護単位とした場合の、重症度、医療・看護必要度の評価対象患者から、結核患者を除外する

２．結核患者収容モデル事業によって指定された一般病床または精神病床（モデル病床）等における、重症度、医療・看護必要度の評価と平均在院日数の算出の対象から、結核患者を除外する。

３．結核患者の入院患者数が減少する中、結核医療の提供を持続的に確保するため、入院期間に応じた加算を増点する。

改　定　案	現　　行
【結核病棟入院基本料】 ［算定告示］ 注１～３　（略） ４　当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 イ　14日以内の期間　●●点 （特別入院基本料等については、●●点） ロ　15日以上30日以内の期間　●●点 （特別入院基本料等については、●●点） ハ　31日以上60日以内の期間　●●点 （特別入院基本料等について	【結核病棟入院基本料】 ［算定告示］ 注１～３　（略） ４　当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 イ　14日以内の期間　400点 （特別入院基本料等については、320点） ロ　15日以上30日以内の期間　300点 （特別入院基本料等については、240点） ハ　31日以上60日以内の期間　200点 （特別入院基本料等について

は、●●点） ニ　61日以上90日以内の期間 ●●点	は、160点） ニ　61日以上90日以内の期間 100点
［施設基準］ 別表第二　平均在院日数の計算対象としない患者 一～二十四（略） 二十五　結核の治療が必要な者のうち、一般病床又は精神病床に入院する、次のいずれかに該当する結核を主病とする患者 （１）　合併症が重症又は専門的高度医療若しくは特殊医療を必要とする患者 （２）　合併症が結核の進展を促進しやすい病状にある患者 （３）　入院を要する精神障害者である患者 二十五の二　医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）第10条第５号の規定により、感染症病床に入院する、結核を主病とする患者	［施設基準］ 別表第二　平均在院日数の計算対象としない患者 一～二十四（略） （新設） （新設）
［施設基準（通知）］ 第２　病院の入院基本料等に関する施設基準 １～４（略） ４の２　急性期一般入院基本料、７対１入院基本料、10対１入院基本料及び地域一般入院基本料（地域一般入院料１に限る。）に係る重症度、医療・看護必要度については、次の点に留意する。 （１）～（４）（略） （５）　平均入院患者数が概ね30名程度以下の小規模な結核病棟を有する保険医療機関については、一般病棟（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料	［施設基準（通知）］ 第２　病院の入院基本料等に関する施設基準 １～４（略） ４の２　急性期一般入院基本料、７対１入院基本料、10対１入院基本料及び地域一般入院基本料（地域一般入院料１に限る。）に係る重症度、医療・看護必要度については、次の点に留意する。 （１）～（４）　（略） （５）　平均入院患者数が概ね30名程度以下の小規模な結核病棟を有する保険医療機関については、一般病棟（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料

又は障害者施設等入院基本料を算定する病棟）と結核病棟を併せて１看護単位とすることはできるが、看護配置基準が同じ入院基本料を算定する場合に限る。ただし、結核病床を構造上区分すること等医療法で規定する構造設備の基準は遵守するものとし、平均在院日数の計算に当たっては、一般病棟のみにより計算するものとし、一般病棟が急性期一般入院基本料、７対１入院基本料又は10対１入院基本料の届出を行う病棟である場合及び結核病棟が７対１入院基本料又は10対１入院基本料の届出を行う病棟である場合には、原則として一般病棟及び結核病棟で別々に重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡの評価を行うものとするが、７対１入院基本料の結核病棟のみで重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡの基準を満たせない場合に限り、両病棟全体で重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡの評価を行い、重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡの基準を満たすことで差し支えないものとする	又は障害者施設等入院基本料を算定する病棟）と結核病棟を併せて１看護単位とすることはできるが、看護配置基準が同じ入院基本料を算定する場合に限る。ただし、結核病床を構造上区分すること等医療法で規定する構造設備の基準は遵守するものとし、平均在院日数の計算に当たっては、一般病棟のみにより計算するものとし、一般病棟が急性期一般入院基本料、７対１入院基本料又は10対１入院基本料の届出を行う病棟である場合及び結核病棟が７対１入院基本料又は10対１入院基本料の届出を行う病棟である場合には、原則として一般病棟及び結核病棟で別々に重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡの評価を行うものとするが、７対１入院基本料の結核病棟のみで重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡの基準を満たせない場合に限り、両病棟全体で重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡの評価を行い、重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡの基準を満たすことで差し支えないものとする
（６） 評価に当たっては、以下に掲げる患者は対象から除外すること。また、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては、歯科の入院患者（同一入院中に医科の診療も行う期間については除く。）は、対象から除外すること。	（６） 評価に当たっては、産科患者及び15歳未満の小児患者は、対象から除外すること。また、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては、歯科の入院患者（同一入院中に医科の診療も行う期間については除く。）は、対象から除外すること。
ア 産科患者	（新設）
イ 15歳未満の小児患者	（新設）
ウ 結核患者（次のいずれかに該当する場合に限る。）	（新設）

（イ）　（５）において一般病棟及び結核病棟の両病棟全体で評価を行う場合 （ロ）　「結核患者収容モデル事業の実施について」（平成４年12月10日付け健医発1415号厚生省保健医療局長通知）の別添「結核患者収容モデル事業実施要領」に規定する「結核患者収容モデル事業」を行う一般病床又は精神病床に入院する場合 （ハ）　医療法施行規則第10条第４号により感染症病床に入院する場合	

④　特定感染症入院医療管理加算及び特定感染症患者療養環境特別加算の見直し

第１　基本的な考え方

院内感染対策において感染対策が特に必要となる感染症の入院患者について、標準予防策に加えて適切な感染対策を推進する観点から、特定感染症入院医療管理加算及び特定感染症患者療養環境特別加算の対象疾病の範囲を見直す。

第２　具体的な内容

特定感染症入院医療管理加算及び特定感染症患者療養環境特別加算の対象疾病に、クロストリジオイデス・ディフィシル感染症と ESBL 産生腸内細菌目細菌感染症を追加する。

改　定　案	現　　行
【特定感染症入院医療管理加算】 ［算定要件（告示）］ 注　感染症法第６条第４項に規定する三類感染症の患者、同条第５項に規定する四類感染症の患者、同条第６項に規定する五類感染症の患者、同条第８項に規定する指定感染症の患者及び他者に感染させた場合に重症になるおそれがあるその他感染症の患者並びにこ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。	【特定感染症入院医療管理加算】 ［算定要件（告示）］ 注　感染症法第６条第４項に規定する三類感染症の患者、同条第５項に規定する四類感染症の患者、同条第６項に規定する五類感染症の患者及び同条第８項に規定する指定感染症の患者並びにこ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。

［算定要件（通知）］ （１）　特定感染症入院医療管理加算は、院内感染対策において感染管理の必要性が特に高い次に掲げる感染症の患者及び疑似症患者であって、他者に感染させるおそれがあると医学的に認められる患者について、標準予防策に加えて、空気感染対策、飛沫感染対策、接触感染対策など当該感染症の感染経路等の性質に応じて必要な感染対策を講じた上で入院医療を提供した場合に、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。）を限度として加算する。ただし、疑似症患者については、初日に限り加算する。なお、当該患者に係る感染症について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ア～ホ（略） マ　クロストリジオイデス・ディフィシル感染症 ミ　基質特異性拡張型βラクタマーゼ産生腸内細菌目細菌感染症 （２）　（１）のシ、セ、ナ、ニ、ノ、ヒ、フ、マ及びミについては、症状や所見から当該感染症が疑われ、分離・同定による当該細菌の検出及び薬剤耐性の確認を行い当該感染症と診断した場合に対象となり、単なる保菌者は対象とならない。 【特定感染症患者療養環境特別加算】 ［算定要件（告示）］ 注　保険医療機関に入院している次に掲げる感染症の患者及びそれらの疑似症患者であって個室又は陰圧室に入院させる必要性が特に高い患者（第１節の入院基本料（特	［算定要件（通知）］ （１）　特定感染症入院医療管理加算は、院内感染対策において感染管理の必要性が特に高い次に掲げる感染症の患者及び疑似症患者であって、他者に感染させるおそれがあると医学的に認められる患者について、標準予防策に加えて、空気感染対策、飛沫感染対策、接触感染対策など当該感染症の感染経路等の性質に応じて必要な感染対策を講じた上で入院医療を提供した場合に、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。）を限度として加算する。ただし、疑似症患者については、初日に限り加算する。なお、当該患者に係る感染症について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ア～ホ（略） （新設） （新設） （２）　（１）のシ、セ、ナ、ニ、ノ、ヒ及びフについては、症状や所見から当該感染症が疑われ、分離・同定による当該細菌の検出及び薬剤耐性の確認を行い当該感染症と診断した場合に対象となり、単なる保菌者は対象とならない。 【特定感染症患者療養環境特別加算】 ［算定要件（告示）］ 注　保険医療機関に入院している次に掲げる感染症の患者及びそれらの疑似症患者であって個室又は陰圧室に入院させる必要性が特に高い患者（第１節の入院基本料（特

別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、特定感染症患者療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、必要を認めて個室又は陰圧室に入院させた場合に、個室加算又は陰圧室加算として、それぞれ所定点数に加算する。ただし、疑似症患者については、初日に限り所定点数に加算する。	別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、特定感染症患者療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、必要を認めて個室又は陰圧室に入院させた場合に、個室加算又は陰圧室加算として、それぞれ所定点数に加算する。ただし、疑似症患者については、初日に限り所定点数に加算する。
イ～ヘ（略）	イ～ヘ　（略）
ト　その他個室管理が必要な感染症	（新設）
［算定要件（通知）］	［算定要件（通知）］
（１）　特定感染症患者療養環境特別加算の個室加算の対象となる者は、次に掲げる感染症の患者及びそれらの疑似症患者であって、医学的に他者へ感染させるおそれがあると医師が認め、状態に応じて、個室に入院した者である。ただし、疑似症患者については、初日に限り加算する。なお、個室管理を必要とする原因となった感染症について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、当該加算を算定する場合、当該患者の管理に係る個室が特別の療養環境の提供に係る病室であっても差し支えないが、患者から特別の料金の徴収を行うことはできない。	（１）　特定感染症患者療養環境特別加算の個室加算の対象となる者は、次に掲げる感染症の患者及びそれらの疑似症患者であって、医学的に他者へ感染させるおそれがあると医師が認め、状態に応じて、個室に入院した者である。ただし、疑似症患者については、初日に限り加算する。なお、個室管理を必要とする原因となった感染症について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、当該加算を算定する場合、当該患者の管理に係る個室が特別の療養環境の提供に係る病室であっても差し支えないが、患者から特別の料金の徴収を行うことはできない。
ア～フ（略）	ア～フ（略）
ヘ　クロストリジオイデス・ディフィシル感染症	（新設）
ホ　基質特異性拡張型βラクタマーゼ産生腸内細菌目細菌感染症	（新設）
マ～ム（略）	ヘ～マ（略）
（２）　（１）のサ、ス、ト、ナ、ネ、ハ、ヒ、ヘ及びホについては、症状や所見から当該感染症が疑われ、分離・同定による当該細菌の検出及び薬剤耐性の確認を行い当	（２）　（１）のサ、ス、ト、ナ、ネ、ハ及びヒについては、症状や所見から当該感染症が疑われ、分離・同定による当該細菌の検出及び薬剤耐性の確認を行い当該感染

該感染症と診断した場合に対象となり、単なる保菌者は対象とならない。	症と診断した場合に対象となり、単なる保菌者は対象とならない。

【Ⅲ－７　口腔疾患の重症化予防等の生活の質に配慮した歯科医療の推進、口腔機能発達不全及び口腔機能低下への対応の充実、歯科治療のデジタル化の推進－①】

①　障害者歯科治療における歯科医学的管理の新たな評価

第１　基本的な考え方

障害者の歯科治療を推進する観点から、障害者歯科治療を専門に担う歯科医療機関が歯科医学的管理を行った場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

歯科疾患管理料について、障害者の歯科治療を専門に担う歯科医療機関における特別な歯科医学的管理を行った場合の加算を新設する。

（新）　特別管理加算　●●点

［対象患者］

次に掲げる状態又はこれらに準ずる状態にある患者

イ　脳性麻痺等で身体の不随意運動や緊張が強く体幹の安定が得られない状態

ロ　知的発達障害等により開口保持ができない状態又は治療の目的が理解できず治療に協力が得られない状態

ハ　重症の呼吸器疾患等で頻繁に治療の中断が必要な状態

ニ　人工呼吸器を使用している状態又は気管切開等を行っており歯科治療に際して管理が必要な状態

ホ　強度行動障害の状態であって、日常生活に支障を来すような症状・行動が頻繁に見られ、歯科治療に協力が得られない状態

［算定要件］

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注１又は注２に規定する管理に加えて、特別な歯科医学的管理を行った場合は、特別管理加算として、●●点を所定点数に加算する。

［施設基準］

（１）　障害者歯科治療に従事する歯科医師が配置されていること。
（２）　障害者歯科治療を行うにつき十分な設備及び体制が整備されていること。

【Ⅲ－７　口腔疾患の重症化予防等の生活の質に配慮した歯科医療の推進、口腔機能発達不全及び口腔機能低下への対応の充実、歯科治療のデジタル化の推進－②】

②　歯科疾患管理料、小児口腔機能管理料及び口腔機能管理料の要件並びに評価の見直し

「Ⅱ－３－⑥」を参照のこと。

【Ⅲ－７　口腔疾患の重症化予防等の生活の質に配慮した歯科医療の推進、口腔機能発達不全及び口腔機能低下への対応の充実、歯科治療のデジタル化の推進－③】

③　有床義歯管理の評価体系の見直し

第１　基本的な考え方

新製有床義歯管理料について、有床義歯の構造や形態によって指導方法が異なることを踏まえ、装置ごとに管理が実施できるよう、算定単位を見直すとともに、義歯の指導及び調整について要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．新製有床義歯管理料の算定単位を、１口腔単位から１装置単位に見直し、評価を見直すともに、歯科口腔リハビリテーション料１の算定要件を見直す。

２．歯科口腔リハビリテーション料１における義歯の指導及び調整について、新製有床義歯管理料における義歯の指導との違いを明確化し、歯科口腔リハビリテーション料１との併算定を可能とする等の運用を見直す。

改　定　案	現　　行
【新製有床義歯管理料（１装置につき）】 １　局部義歯の場合　●●点 ２　総義歯の場合　●●点 ［算定要件］ 注　新製有床義歯管理料は、新たに製作した有床義歯を装着した日の属する月に、当該有床義歯を製作した保険医療機関において、患者又はその家族等に対して、当該有床義歯の取扱いについて必要な説明を行った上で、その内容を文書により提供した場合に、１回に限り算定する。 （削除）	【新製有床義歯管理料（１口腔につき）】 １　２以外の場合　190点 ２　困難な場合　230点 ［算定要件］ 注１　新製有床義歯管理料は、新たに製作した有床義歯を装着した日の属する月に、当該有床義歯を製作した保険医療機関において、有床義歯の適合性等について検査を行い、併せて患者又はその家族等に対して取扱い、保存、清掃方法等について必要な指導を行った上で、その内容を文書により提供した場合に、１回に限り算定する。 ２　新製有床義歯管理料を算定した日の属する月は、区分番号Ｈ００１－２に掲げる歯科口腔リ

	ハビリテーション料１（１に限る。）は算定できない。
【歯科口腔リハビリテーション料１（１口腔につき）】 １　有床義歯の場合　●●点 （削除） （削除） ２・３　（略） ［算定要件］ （１）「１　有床義歯の場合」とは、有床義歯による口腔機能の回復又は維持を主眼とした調整又は指導（Ｂ０１３に掲げる新製有床義歯管理料における、新製した有床義歯の着脱や保管の方法等の取扱いについての説明を除く。）をいい、１口腔単位で義歯に係る調整又は指導を行った場合に、月１回に限り算定する。この場合において、調整又は指導内容等の要点を診療録に記載する。 （削除） （２）　Ｂ０１３に掲げる新製有床義歯管理料を算定した月と同月に、当該義歯の調整又は指導を行った場合は、同日であっても本区分を算定して差し支えない。	【歯科口腔リハビリテーション料１（１口腔につき）】 １　有床義歯の場合 イ　ロ以外の場合　104点 ロ　困難な場合　124点 ２・３　（略） ［算定要件］ （１）「１　有床義歯の場合」とは、有床義歯による口腔機能の回復又は維持を主眼とした調整又は指導をいい、具体的には、有床義歯を装着している患者に対して、有床義歯の適合性や咬合関係等の検査を行い、患者に対して義歯の状態を説明した上で、義歯に係る調整又は指導を行った場合に、月１回に限り算定する。この場合において、調整部位又は指導内容等の要点を診療録に記載する。 （２）「１のロ 困難な場合」とは、Ｂ０１３に掲げる新製有床義歯管理料の（３）に掲げる場合をいう。 （３）　Ｂ０１３に掲げる新製有床義歯管理料を算定した患者について、当該有床義歯の装着日の属する月の翌月以降の期間において、当該義歯を含めた有床義歯の調整又は指導は、「１ 有床義歯の場合」により算定する。

【Ⅲ－７　口腔疾患の重症化予防等の生活の質に配慮した歯科医療の推進、口腔機能発達不全及び口腔機能低下への対応の充実、歯科治療のデジタル化の推進－④】

④　継続的・効果的な歯周病治療の推進

「Ⅱ－３－⑦」を参照のこと。

【Ⅲ－７　口腔疾患の重症化予防等の生活の質に配慮した歯科医療の推進、口腔機能発達不全及び口腔機能低下への対応の充実、歯科治療のデジタル化の推進－⑤】

⑤　小児の咬合機能獲得に向けた対応の充実

第１　基本的な考え方

小児の咬合機能の獲得の観点から、診療実態を踏まえ、小児保隙装置に対する調整及び修理並びに可撤式保隙装置の製作について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

１．小児保隙装置に対する調整や修理の評価を新設するとともに、小児保隙装置の評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【歯科口腔リハビリテーション料１（１口腔につき）】	【歯科口腔リハビリテーション料１（１口腔につき）】
１・２　（略）	１・２　（略）
３　小児保隙装置の場合　●●点	（新設）
４　（略）	３　（略）
［算定要件］	［算定要件］
注１・２　（略）	注１・２　（略）
３　３については、区分番号Ｍ０１６－２に掲げる小児保隙装置を装着している患者に対して、月１回に限り算定する。	（新設）
４　４については、区分番号Ｍ０２５に掲げる口蓋補綴、顎補綴により算定した装置を装着している患者に対して、月４回に限り算定する。	３　３については、区分番号Ｍ０２５に掲げる口蓋補綴、顎補綴により算定した装置を装着している患者に対して、月４回に限り算定する。
５　２及び４について、区分番号Ｈ００１に掲げる摂食機能療法を算定した日は、歯科口腔リハビリテーション料１は算定できない。	４　２及び３について、区分番号Ｈ００１に掲げる摂食機能療法を算定した日は、歯科口腔リハビリテーション料１は算定できない。
６　２及び４について、区分番号Ｈ００１に掲げる摂食機能療法の治療開始日から起算して３月を超えた場合においては、当該	５　２及び３について、区分番号Ｈ００１に掲げる摂食機能療法の治療開始日から起算して３月を超えた場合においては、当該

摂食機能療法と歯科口腔リハビリテーション料１を合わせて月６回に限り算定する。	摂食機能療法と歯科口腔リハビリテーション料１を合わせて月６回に限り算定する。
（７）　「３　小児保隙装置の場合」は、小児保隙装置を装着している患者に対して、正常な咬合関係の獲得を目的として、当該装置の調整又は修理を行った場合に月１回に限り算定する。この場合において、調整又は修理内容等の要点を診療録に記載すること。	（新設）

２．小児義歯による可撤式保隙装置を小児保隙装置に位置づける。

改　定　案	現　　行
【小児保隙装置】 小児保隙装置 １　固定式保隙装置　●●点 ２　可撤式保隙装置　●●点 ［算定要件］ 注１　１については、クラウンループ又はバンドループを装着した場合に限り算定する。 ２　（略）	【小児保隙装置】 小児保隙装置　600点 ［算定要件］ 注１　クラウンループ又はバンドループを装着した場合に限り算定する。 ２　（略）
（３）　「２　可撤式保隙装置」は、以下のいずれかに該当する症例に対して、床義歯形態の装置を装着した場合に算定する。なお、算定に当たっては、以下のいずれに該当するかを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 イ　両側性の乳臼歯を早期喪失した症例 ロ　片側性の２歯以上の乳臼歯を早期喪失した症例 ハ　片側性乳臼歯１歯欠損であっても、支台歯に加重負担をきたす可能性がある症例 ニ　乳前歯を早期喪失した症例	（新設）

ホ　永久歯を早期喪失し、将来の補綴処置に備えて保隙を行う必要がある症例	

【Ⅲ－７　口腔疾患の重症化予防等の生活の質に配慮した歯科医療の推進、口腔機能発達不全及び口腔機能低下への対応の充実、歯科治療のデジタル化の推進－⑥】

⑥　歯科矯正に係る患者の対象等の見直し

第１　基本的な考え方

保険診療における歯科矯正を適切に推進する観点から、歯科矯正治療の対象患者について、連続する３歯以上の先天性欠損歯を有する者を追加するとともに、歯科矯正相談料に係る説明書の標準様式を示す。

第２　具体的な内容

１．連続する３歯以上の先天性欠損歯を有する患者を歯科矯正に係る保険給付の対象に追加する。

改　定　案	現　　行
【療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等】 第十一　療担規則第二十一条第九号ただし書の矯正に係る厚生労働大臣が定める場合 一　（略） 二　歯科点数表の第２章第13部区分番号N000に掲げる歯科矯正診断料の規定により別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行うゴールデンハー症候群（鰓弓異常症を含む。）、鎖骨頭蓋骨異形成、トリーチャ・コリンズ症候群、ピエール・ロバン症候群、ダウン症候群、ラッセル・シルバー症候群、ターナー症候群、ベックウィズ・ウイーデマン症候群、顔面半側萎縮症、先天性ミオパチー、筋ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、顔面半側肥大症、エリス・ヴァ	【療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等】 第十一　療担規則第二十一条第九号ただし書の矯正に係る厚生労働大臣が定める場合 一　（略） 二　歯科点数表の第２章第13部区分番号N000に掲げる歯科矯正診断料の規定により別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行うゴールデンハー症候群（鰓弓異常症を含む。）、鎖骨頭蓋骨異形成、トリーチャ・コリンズ症候群、ピエール・ロバン症候群、ダウン症候群、ラッセル・シルバー症候群、ターナー症候群、ベックウィズ・ウイーデマン症候群、顔面半側萎縮症、先天性ミオパチー、筋ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、顔面半側肥大症、エリス・ヴァ

ンクレベルド症候群、軟骨形成不全症、外胚葉異形成症、神経線維症、基底細胞母斑症候群、ヌーナン症候群、マルファン症候群、プラダー・ウィリー症候群、顔面裂（横顔裂、斜顔裂及び正中顔裂を含む。）、大理石骨病、色素失調症、口腔・顔面・指趾症候群、メビウス症候群、歌舞伎症候群、クリッペル・トレノネー・ウェーバー症候群、ウイリアムズ症候群、ビンダー症候群、スティックラー症候群、小舌症、頭蓋骨癒合症（クルーゾン症候群及び尖頭合指症を含む。）、骨形成不全症、フリーマン・シェルドン症候群、ルビンスタイン・ティビ症候群、染色体欠失症候群、ラーセン症候群、濃化異骨症、六歯以上の先天性部分無歯症、CHARGE症候群、マーシャル症候群、成長ホルモン分泌不全性低身長症、ポリエックス症候群（XXX症候群、XXXX症候群及びXXXXX症候群を含む。）、リング18症候群、リンパ管腫、全前脳胞症、クラインフェルター症候群、偽性低アルドステロン症、ソトス症候群、線維性骨異形成症、スタージ・ウェーバ症候群、ケルビズム、偽性副甲状腺機能低下症、Ekman—Westborg—Julin症候群、常染色体重複症候群、グリコサミノグリカン代謝障害（ムコ多糖症）、巨大静脈奇形（頸部口腔咽頭びまん性病変）、毛髪・鼻・指節症候群（Tricho—Rhino—Phalangeal症候群）、クリッペル・ファイル症候群（先天性頸椎癒合症）、アラジール症候群、高IgE症候群、エーラス・ダンロス症候群、ガードナー症候群（家族性	ンクレベルド症候群、軟骨形成不全症、外胚葉異形成症、神経線維症、基底細胞母斑症候群、ヌーナン症候群、マルファン症候群、プラダー・ウィリー症候群、顔面裂（横顔裂、斜顔裂及び正中顔裂を含む。）、大理石骨病、色素失調症、口腔・顔面・指趾症候群、メビウス症候群、歌舞伎症候群、クリッペル・トレノネー・ウェーバー症候群、ウイリアムズ症候群、ビンダー症候群、スティックラー症候群、小舌症、頭蓋骨癒合症（クルーゾン症候群及び尖頭合指症を含む。）、骨形成不全症、フリーマン・シェルドン症候群、ルビンスタイン・ティビ症候群、染色体欠失症候群、ラーセン症候群、濃化異骨症、六歯以上の先天性部分無歯症、CHARGE症候群、マーシャル症候群、成長ホルモン分泌不全性低身長症、ポリエックス症候群（XXX症候群、XXXX症候群及びXXXXX症候群を含む。）、リング18症候群、リンパ管腫、全前脳胞症、クラインフェルター症候群、偽性低アルドステロン症、ソトス症候群、線維性骨異形成症、スタージ・ウェーバ症候群、ケルビズム、偽性副甲状腺機能低下症、Ekman—Westborg—Julin症候群、常染色体重複症候群、グリコサミノグリカン代謝障害（ムコ多糖症）、巨大静脈奇形（頸部口腔咽頭びまん性病変）、毛髪・鼻・指節症候群（Tricho—Rhino—Phalangeal症候群）、クリッペル・ファイル症候群（先天性頸椎癒合症）、アラジール症候群、高IgE症候群、エーラス・ダンロス症候群若しくはガードナー症候群（家

大腸ポリポージス）、原発性低リン血症性くる病、ロイス・ディーツ症候群若しくはその他顎・口腔の先天異常に起因した咬合異常、三歯以上の永久歯萌出不全に起因した咬合異常又は十八歳未満の患者であって、連続した三歯以上の先天性欠如歯に起因した咬合異常における療養であって歯科矯正の必要が認められる場合 三　（略）	族性大腸ポリポージス）若しくはその他顎・口腔の先天異常に起因した咬合異常又は三歯以上の永久歯萌出不全に起因した咬合異常における療養であって歯科矯正の必要が認められる場合 三　（略）

２．歯科矯正相談料について、対象を見直すとともに、説明に用いる標準様式を定める。

改　定　案	現　　行
【歯科矯正相談料】 ［留意事項通知］ （１）～（２）　略 （３）　歯科矯正相談料は、学校保健安全法第13条第１項に規定する健康診断の結果より、別に厚生労働大臣が定める疾患に起因した咬合異常、３歯以上の永久歯萌出不全に起因した咬合異常、連続した３歯以上の先天性欠損歯に起因した咬合異常（18歳未満に限る。）又は顎離断等の手術を必要とする顎変形症が疑われる患者の口腔状態、顎骨の形態等について、Ｅ０００に掲げる写真診断の「１　単純撮影」若しくは「２　特殊撮影」又はＥ１００に掲げる歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織の「１　単純撮影」若しくは「２　特殊撮影」による画像、口腔内写真、顔面写真等の撮影、スタディモデルの製作等を必要に応じて行い、これらの分析や評価を行った上で、患者又はその家族	【歯科矯正相談料】 ［留意事項通知］ （１）～（２）　略 （３）　歯科矯正相談料は、学校保健安全法第13条第１項に規定する健康診断の結果より、別に厚生労働大臣が定める疾患に起因した咬合異常、３歯以上の永久歯萌出不全に起因した咬合異常又は顎離断等の手術を必要とする顎変形症が疑われる患者の口腔状態、顎骨の形態等について、歯科エックス線画像、口腔内写真、顔面写真等の撮影、スタディモデルの製作等を行い、これらの分析や評価を行った上で、患者又はその家族等に対して、その内容について説明し、文書により提供した場合に算定する。

等に対して、その内容について説明し、文書により提供した場合に算定する。なお、患者等に提供する文書の様式は、「別紙様式●」又はこれに準じた様式とし、その写しを診療録に添付する。	
（４）（略）	（４）（略）
（削除）	（５） 歯科矯正相談料を算定した場合は、診療録に、健康診断の実施日、結果、学校名及び患者又はその家族等に説明した診断結果等の要点を記載する。
（６）（略）	（６）（略）

【Ⅲ－７　口腔疾患の重症化予防等の生活の質に配慮した歯科医療の推進、口腔機能発達不全及び口腔機能低下への対応の充実、歯科治療のデジタル化の推進－⑦】

⑦　周術期及び回復期等の口腔機能管理の推進

第１　基本的な考え方

医科歯科連携を推進する観点から、周術期等口腔機能管理計画策定料等について、評価を見直すとともに、歯周病安定期治療の算定要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．周術期等口腔機能管理計画策定料及び回復期等口腔機能管理計画策定料について、管理計画の修正を行った場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【周術期等口腔機能管理計画策定料】 周術期等口腔機能管理計画策定料 １　周術期等口腔機能管理計画策定料１　300点 ２　周術期等口腔機能管理計画策定料２　●●点 ［算定要件］ 注１　１については、がん等に係る手術（歯科疾患に係る手術については、入院期間が２日を超えるものに限る。）又は放射線治療、化学療法、集中治療室における治療若しくは緩和ケア（以下「手術等」という。）を実施する患者に対して、歯科診療を実施している保険医療機関において、手術等を実施する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、周術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	【周術期等口腔機能管理計画策定料】 周術期等口腔機能管理計画策定料　300点 （新設） （新設） ［算定要件］ 注１　がん等に係る手術（歯科疾患に係る手術については、入院期間が２日を超えるものに限る。）又は放射線治療、化学療法、集中治療室における治療若しくは緩和ケア（以下「手術等」という。）を実施する患者に対して、歯科診療を実施している保険医療機関において、手術等を実施する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、周術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

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、当該手術等に係る一連の治療を通じて１回に限り算定する。	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、当該手術等に係る一連の治療を通じて１回に限り算定する。
２　２については、注１に規定する管理計画を策定した患者の状態の変化等により、当該患者の治療計画を変更した場合に、患者１人につき１回に限り算定する。	（新設）
３・４　（略）	２・３　（略）
【回復期等口腔機能管理計画策定料】	【回復期等口腔機能管理計画策定料】
回復期等口腔機能管理計画策定料	回復期等口腔機能管理計画策定料 300点
１　回復期等口腔機能管理計画策定料１　300点	（新設）
２　回復期等口腔機能管理計画策定料２　●●点	（新設）
［算定要件］	［算定要件］
注１　１については、医科点数表の区分番号Ａ１０１に掲げる療養病棟入院基本料、区分番号Ａ３０８に掲げる回復期リハビリテーション病棟入院料又は区分番号Ａ３０８－３に掲げる地域包括ケア病棟入院料を算定する患者に対して、歯科診療を実施している保険医療機関において、リハビリテーション等を行う保険医療機関からの文書による依頼に基づき、当該患者又はその家族の同意を得た上で、回復期等の口腔機能の評価及び一連の管理計画を策定するとともに、その内容について説明を行い、当該管理計画を文書により提供した場合に、当該リハビリテーション等に係る一連の治療を通じて１回に限り算定する。	注１　医科点数表の区分番号Ａ１０１に掲げる療養病棟入院基本料、区分番号Ａ３０８に掲げる回復期リハビリテーション病棟入院料又は区分番号Ａ３０８－３に掲げる地域包括ケア病棟入院料を算定する患者に対して、歯科診療を実施している保険医療機関において、リハビリテーション等を行う保険医療機関からの文書による依頼に基づき、当該患者又はその家族の同意を得た上で、回復期等の口腔機能の評価及び一連の管理計画を策定するとともに、その内容について説明を行い、当該管理計画を文書により提供した場合に、当該リハビリテーション等に係る一連の治療を通じて１回に限り算定する。
２　２については、注１に規定す	（新設）

る管理計画を策定した患者の状態の変化等により、当該患者の治療計画を変更した場合に、患者１人につき１回に限り算定する。 ３　（略）	 ２　（略）

２．歯周病継続支援治療の算定要件に、周術期等口腔機能管理料又は回復期等口腔機能管理料を算定した場合を追加する。

改　定　案	現　　行
【歯周病継続支援治療】 ［留意事項通知］ （２）　Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）、Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）、Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）、Ｂ０００－９に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅳ）、Ｂ０００－１１に掲げる回復期等口腔機能管理料又はＢ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定している患者であって、各区分に規定する治療計画に歯周病に関する管理計画が含まれ、（１）と同様の状態にある患者については、歯周病継続支援治療を算定できる。	【歯周病安定期治療】 ［留意事項通知］ （２）　Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定している患者であって、当該管理料の「注１」に規定する治療計画に歯周病に関する管理計画が含まれ、（１）と同様の状態にある患者については、歯周病安定期治療を算定できる。

【Ⅲ－７　口腔疾患の重症化予防等の生活の質に配慮した歯科医療の推進、口腔機能発達不全及び口腔機能低下への対応の充実、歯科治療のデジタル化の推進－⑧】

⑧　歯科衛生士による口腔機能に関する実地指導の推進

第１　基本的な考え方

歯科衛生士による実地指導を更に推進する観点から、口腔機能指導加算について、患者の口腔内の状況に応じて指導を行うとともに、口腔機能低下症等に対する指導を効果的に行うために、評価体系や要件を見直す。

第２　具体的な内容

歯科衛生士による口腔機能に関する実地指導を行った場合の評価を新設する。

（新）　口腔機能実地指導料　●●点

［算定要件］

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関であって、口腔機能の発達不全を有する患者又は口腔機能の低下を来している患者に対して、口腔機能発達不全症及び口腔機能低下症の実地指導に係る研修を受講した歯科衛生士が、主治の歯科医師の指示を受けて口腔機能に係る指導を行い、かつ、当該指導内容に係る情報を文書により提供した場合に、月１回に限り算定する。

［施設基準］

（１）口腔機能の指導等に係る適切な研修を受けた歯科衛生士が一名以上配置されていること。

（２）歯科衛生士が口腔機能の指導を行うための設備及び体制を有していること。

改　定　案	現　　行
【歯科衛生実地指導料】 ［算定要件］ 注１・２（略） （削除）	【歯科衛生実地指導料】 ［算定要件］ 注１・２（略） ３　１及び２について、口腔機能

	の発達不全を有する患者又は口腔機能の低下を来している患者に対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、注１又は注２に規定する実地指導と併せて口腔機能に係る指導を行った場合は、口腔機能指導加算として、12点を所定点数に加算する。
３・４（略）	４・５（略）

【Ⅲ－７　口腔疾患の重症化予防等の生活の質に配慮した歯科医療の推進、口腔機能発達不全及び口腔機能低下への対応の充実、歯科治療のデジタル化の推進－⑨】

⑨　歯科医師と歯科技工士の連携の推進

第１　基本的な考え方

歯科医師と歯科技工士の連携を更に推進する観点から、歯科技工士連携加算の評価の範囲や施設基準を見直すとともに、補綴物が円滑に製作・委託できるよう、歯冠修復及び欠損補綴の評価や取扱いを見直し、明確化する。

第２　具体的な内容

１．歯科技工士連携加算の評価の範囲や施設基準を見直す。

改　定　案	現　　行
【補綴時診断料】 ［算定要件］ 注１・２　（略） ３　１について、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、区分番号Ｍ０１７－２に掲げる高強度硬質レジンブリッジ、区分番号Ｍ０１７－３に掲げるチタンブリッジ又は区分番号Ｍ０１８－３に掲げる３次元プリント有床義歯を製作することを目的として、歯科医師が歯科技工士に対面で意見を求め、その内容を踏まえて、補綴時診断を行った場合には、歯科技工士連携加算１として、●●点を所定点数に加算する。ただし、同時に２以上の新たな欠損補綴について説明を行った場合であっても、歯科技工士連携加算１は１回として算定する。 ４　１について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合して	【補綴時診断料】 ［算定要件］ 注１・２　（略） （新設） （新設）

いるものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号Ｍ０１７－２に掲げる高強度硬質レジンブリッジ、区分番号Ｍ０１７－３に掲げるチタンブリッジ又は区分番号Ｍ０１８－３に掲げる３次元プリント有床義歯を製作することを目的として、歯科医師が歯科技工士に情報通信機器を用いて意見を求め、その内容を踏まえて、補綴時診断を行った場合には、歯科技工士連携加算２として、●●点を所定点数に加算する。ただし、同時に２以上の新たな欠損補綴について説明を行った場合であっても、歯科技工士連携加算２は１回として算定する。	
５　注３及び注４に規定する歯科技工士連携加算１及び歯科技工士連携加算２について、同一の補綴物の製作に当たって、区分番号Ｍ００３に掲げる印象採得の注１及び注２に規定する歯科技工士連携加算１及び歯科技工士連携加算２は、同日に行った場合を除き、別に算定する。	（新設）
６　注３及び注４に規定する歯科技工士連携加算１及び歯科技工士連携加算２は、１装置につき、いずれか１つのみ算定する。	（新設）
７・８　（略）	３・４　（略）
【印象採得】 ［算定要件］ 注１　１について、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、前歯部の歯冠補綴物又はブリッジを製作することを目的として、前歯部の印象採得を行う	【印象採得】 ［算定要件］ 注１　１について、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、区分番号Ｍ０１１に掲げるレジン前装金属冠、区分番号Ｍ０１１－２に掲げるレジン前装

に当たって、歯科医師が歯科技工士とともに対面で色調採得及び口腔内の確認等を行い、当該補綴物の製作に活用した場合には、歯科技工士連携加算１として、60点を所定点数に加算する。ただし、同時に２以上の補綴物の製作を目的とした印象採得を行った場合であっても、歯科技工士連携加算１は１回として算定する。	チタン冠又は区分番号Ｍ０１５－２に掲げるＣＡＤ／ＣＡＭ冠を製作することを目的として、前歯部の印象採得を行うに当たって、歯科医師が歯科技工士とともに対面で色調採得及び口腔内の確認等を行い、当該補綴物の製作に活用した場合には、歯科技工士連携加算１として、60点を所定点数に加算する。ただし、同時に２以上の補綴物の製作を目的とした印象採得を行った場合であっても、歯科技工士連携加算１は１回として算定する。
２　１について、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、前歯部の歯冠補綴物又はブリッジを製作することを目的として、前歯部の印象採得を行うに当たって、歯科医師が歯科技工士とともに情報通信機器を用いて色調採得及び口腔内の確認等を行い、当該補綴物の製作に活用した場合には、歯科技工士連携加算２として、80点を所定点数に加算する。ただし、同時に２以上の補綴物の製作を目的とした印象採得を行った場合であっても、歯科技工士連携加算２は１回として算定する。	２　１について、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、区分番号Ｍ０１１に掲げるレジン前装金属冠、区分番号Ｍ０１１－２に掲げるレジン前装チタン冠又は区分番号Ｍ０１５－２に掲げるＣＡＤ／ＣＡＭ冠を製作することを目的として、前歯部の印象採得を行うに当たって、歯科医師が歯科技工士とともに情報通信機器を用いて色調採得及び口腔内の確認等を行い、当該補綴物の製作に活用した場合には、歯科技工士連携加算２として、80点を所定点数に加算する。ただし、同時に２以上の補綴物の製作を目的とした印象採得を行った場合であっても、歯科技工士連携加算２は１回として算定する。
（削除）	３　注１に規定する加算を算定した場合には、当該補綴物について、注２に規定する加算並びに区分番号Ｍ００６に掲げる咬合採得の注１及び注２並びに区分番号Ｍ００７に掲げる仮床試適の注１及び注２に規定する歯科

	技工士連携加算１及び歯科技工士連携加算２は別に算定できない。
３　注１及び注２に規定する歯科技工士連携加算１及び歯科技工士連携加算２について、同一の補綴物の製作に当たって、区分番号Ｍ０００に掲げる補綴時診断料の注３及び注４並びに区分番号Ｍ００６に掲げる咬合採得の注１並びに注２に規定する歯科技工士連携加算１及び歯科技工士連携加算２は、同日に行った場合を除き、別に算定する。	（新設）
（削除）	４　注２に規定する加算を算定した場合には、当該補綴物について、注１に規定する加算並びに区分番号Ｍ００６に掲げる咬合採得の注１及び注２並びに区分番号Ｍ００７に掲げる仮床試適の注１及び注２に規定する歯科技工士連携加算１及び歯科技工士連携加算２は別に算定できない。
４　注１及び注２に規定する歯科技工士連携加算１及び歯科技工士連携加算２は、１装置につき、いずれか１つのみ算定する。	（新設）
【光学印象】 ［算定要件］ 注１・２　（略） ３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号Ｍ０１５－２に掲げるＣＡＤ／ＣＡＭ冠又は区分番号Ｍ０１５－３に掲げるＣＡＤ／ＣＡＭインレーを製作することを目的として、光学印象を行うに当たって、歯科医師が歯科技工士とともに対面で口腔内の確認等を行	【光学印象】 ［算定要件］ 注１・２　（略） ３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号Ｍ０１５－３に掲げるＣＡＤ／ＣＡＭインレーを製作することを目的として、光学印象を行うに当たって、歯科医師が歯科技工士とともに対面で口腔内の確認等を行い、当該修復物の製作に活用した場合には、光学印象

い、当該修復物又は補綴物の製作に活用した場合には、歯科技工士連携加算１として、●●点を所定点数に加算する。ただし、同時に２以上の修復物又は補綴物の製作を目的とした光学印象を行った場合であっても、歯科技工士連携加算１は１回として算定する。	歯科技工士連携加算として、50点を所定点数に加算する。ただし、同時に２以上の修復物の製作を目的とした光学印象を行った場合であっても、光学印象歯科技工士連携加算は１回として算定する。
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、区分番号Ｍ０１５－２に掲げるＣＡＤ／ＣＡＭ冠又は区分番号Ｍ０１５－３に掲げるＣＡＤ／ＣＡＭインレーを製作することを目的として、光学印象を行うに当たって、歯科医師が歯科技工士とともに情報通信機器を用いて口腔内の確認等を行い、当該修復物又は補綴物の製作に活用した場合には、歯科技工士連携加算２として、●●点を所定点数に加算する。ただし、同時に２以上の修復物又は補綴物の製作を目的とした光学印象を行った場合であっても、歯科技工士連携加算２は１回として算定する。	（新設）
５　注１及び注２に規定する歯科技工士連携加算１及び歯科技工士連携加算２は、１装置につき、いずれか１つのみ算定する。	（新設）
【咬合採得】 ［算定要件］ 注１・２　（略） （削除）	【咬合採得】 ［算定要件］ 注１・２　（略） ３　注１に規定する加算を算定した場合には、当該補綴物について、注２に規定する加算並びに区分番号Ｍ００３に掲げる印象採得の注１及び注２並びに区分番号Ｍ００７に掲げる仮床試適

	の注１及び注２に規定する歯科技工士連携加算１及び歯科技工士連携加算２は別に算定できない。
３　注１及び注２に規定する歯科技工士連携加算１及び歯科技工士連携加算２について、同一の補綴物の製作に当たって、区分番号Ｍ００３に掲げる印象採得の注１及び注２並びに区分番号Ｍ００７に掲げる仮床試適の注１並びに注２に規定する歯科技工士連携加算１及び歯科技工士連携加算２は、同日に行った場合を除き、別に算定する。	（新設）
（削除）	４　注２に規定する加算を算定した場合には、当該補綴物について、注１に規定する加算並びに区分番号Ｍ００３に掲げる印象採得の注１及び注２並びに区分番号Ｍ００７に掲げる仮床試適の注１及び注２に規定する歯科技工士連携加算１及び歯科技工士連携加算２は別に算定できない。
４　注１並びに注２に規定する歯科技工士連携加算１及び歯科技工士連携加算２は、１装置につき、いずれか１つのみ算定する。	（新設）
【仮床試適】 ［算定要件］ 注１・２　（略） （削除）	【仮床試適】 ［算定要件］ 注１・２　（略） ３　注１に規定する加算を算定した場合には、当該補綴物について、注２に規定する加算並びに区分番号Ｍ００３に掲げる印象採得の注１及び注２並びに区分番号Ｍ００６に掲げる咬合採得の注１及び注２に規定する歯科技工士連携加算１及び歯科技工士連携加算２は別に算定できない。

３　注１並びに注２に規定する歯科技工士連携加算１及び歯科技工士連携加算２について、同一の補綴物の製作に当たって、区分番号Ｍ００６に掲げる咬合採得の注１並びに注２に規定する歯科技工士連携加算１及び歯科技工士連携加算２は、同日に行った場合を除き、別に算定する。	（新設）
（削除）	４　注２に規定する加算を算定した場合には、当該補綴物について、注１に規定する加算並びに区分番号Ｍ００３に掲げる印象採得の注１及び注２並びに区分番号Ｍ００６に掲げる咬合採得の注１及び注２に規定する歯科技工士連携加算１及び歯科技工士連携加算２は別に算定できない。
４　注１並びに注２に規定する歯科技工士連携加算１及び歯科技工士連携加算２は、１装置につき、いずれか１つのみ算定する。	（新設）
［施設基準］	［施設基準］
三の二　補綴時診断料、印象採得、光学印象、咬合採得及び仮床試適の歯科技工士連携加算１及び歯科技工士連携加算２の施設基準	二の二　印象採得、咬合採得及び仮床試適の歯科技工士連携加算１及び歯科技工士連携加算２の施設基準
（１）　歯科技工士連携加算１の施設基準	（１）　歯科技工士連携加算１及び光学印象歯科技工士連携加算の施設基準
イ　歯科技工士を配置していること又は他の歯科技工所との連携体制が確保されていること。	歯科技工士を配置していること又は他の歯科技工所との連携が確保されていること。
ロ　歯科技工士の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。	（新設）
ハ　イの連携体制に関する事項等について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示して	（新設）

いること。 ニ　ハの掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。 （２）　歯科技工士連携加算２の施設基準 イ　（１）のイからニまでの全てを満たしていること。 ロ　情報通信機器を用いた歯科診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。	（新設） （２）　歯科技工士連携加算２の施設基準 イ　歯科技工士を配置していること又は他の歯科技工所との連携が確保されていること。 ロ　情報通信機器を用いた歯科診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

２．補綴物が円滑に製作・委託できるように、歯冠修復及び欠損補綴の通則５について、保険医療機関と歯科技工所の相互の連携に基づき行う旨を明確化する。

改　定　案	現　　行
【歯冠修復及び欠損補綴（通則）】 ［算定留意事項］ １～４（略） （削除） ５～８（略） ９　「通則５」について、保険医療機関においては、その趣旨を踏まえ、歯科技工の委託に当たって、製作技工に要する費用及び製作管理に要する費用の決定については、保険医療機関と歯科技工所の相互の連携に基づき行うこと。 10～21　（略）	【歯冠修復及び欠損補綴（通則）】 ［算定留意事項］ １～４（略） ５　（略） ６～９（略） （新設） 10～21　（略）

⑩　歯科治療のデジタル化等の推進

第１　基本的な考え方

昨今における歯科用貴金属材料の価格状況やデジタル技術の普及状況等を踏まえ、患者にとって安心・安全な補綴治療を進めるため、以下の見直しを行う。

第２　具体的な内容

１．ＣＡＤ／ＣＡＭ冠及びＣＡＤ／ＣＡＭインレーの活用が更に進むよう、評価及び大臼歯の咬合支持等の要件を見直すとともに、当該対象患者を含め、クラウン・ブリッジ維持管理料の対象範囲を見直す。

改　定　案	現　　行
【ＣＡＤ／ＣＡＭ冠】 ［算定要件］ （１）（略） （２）「１　２以外の場合」は以下のいずれかに該当する場合に算定する。また、ロ及びハは、その他の歯冠補綴物との選択について、「ＣＡＤ／ＣＡＭ冠に関する基本的な考え方」（令和８年●月日本歯科医学会）を参考とすること。 イ　前歯又は小臼歯に使用する場合 ロ　大臼歯にＣＡＤ／ＣＡＭ冠用材料（Ⅲ）又はＣＡＤ／ＣＡＭ冠用材料（Ⅴ）を使用する場合 （削除）	【ＣＡＤ／ＣＡＭ冠】 ［算定要件］ （１）（略） （２）「１　２以外の場合」は以下のいずれかに該当する場合に算定する。 イ　前歯又は小臼歯に使用する場合 ロ　第一大臼歯又は第二大臼歯にＣＡＤ／ＣＡＭ冠用材料（Ⅲ）を使用する場合 （当該ＣＡＤ／ＣＡＭ冠を装着する部位の対側に大臼歯による咬合支持（固定性ブリッジによる咬合支持を含む。以下、大臼歯による咬合支持という。）がある患者であって、以下のいずれかに該当する場合に限る。） ①　当該ＣＡＤ／ＣＡＭ冠を装

	着する部位と同側に大臼歯による咬合支持があり、当該補綴部位に過度な咬合圧が加わらない場合等
（削除）	② 当該ＣＡＤ／ＣＡＭ冠を装着する部位の同側に大臼歯による咬合支持がない場合は、当該補綴部位の対合歯が欠損（部分床義歯を装着している場合を含む。）であり、当該補綴部位の近心側隣在歯までの咬合支持（固定性ブリッジ又は乳歯（後継永久歯が先天性に欠如している乳歯を含む。）による咬合支持を含む。）がある場合
ハ 後継永久歯が先天的に欠如している乳歯に使用する場合	ハ 歯科用金属を原因とする金属アレルギーを有する患者において、ＣＡＤ／ＣＡＭ冠用材料（Ⅲ）を大臼歯に使用する場合（医科の保険医療機関又は医科歯科併設の保険医療機関の医師との連携の上で、診療情報提供（診療情報提供料の様式に準ずるもの）に基づく場合に限る。）
（削除）	二 大臼歯にＣＡＤ／ＣＡＭ冠用材料（Ⅴ）を使用する場合
（３）～（６） （略）	（３）～（６） （略）
（７） 特定保険医療材料料は別に算定する。なお、（２）のハについて、ＣＡＤ／ＣＡＭ冠用材料は永久歯に準じて算定し、（５）及び（６）については、ＣＡＤ／ＣＡＭ冠用材料（Ⅲ）１歯分として算定する。	（７） 特定保険医療材料料は別に算定する。なお、（５）及び（６）については、ＣＡＤ／ＣＡＭ冠用材料（Ⅲ）１歯分として算定する。
【ＣＡＤ／ＣＡＭインレー】	【ＣＡＤ／ＣＡＭインレー】
ＣＡＤ／ＣＡＭインレー（１歯につき） ●●点	ＣＡＤ／ＣＡＭインレー（１歯につき） 750点
［算定要件］	［算定要件］
（１）～（２） （略）	（１）～（２） （略）
（３） ＣＡＤ／ＣＡＭインレーは以下のいずれかに該当する場合に	（３） ＣＡＤ／ＣＡＭインレーは以下のいずれかに該当する場合に

算定する。また、ロ及びハは、その他の歯冠修復物との選択について、「ＣＡＤ／ＣＡＭインレーに関する基本的な考え方」（令和８年●月日本歯科医学会）を参考とすること。	算定する。
イ　小臼歯に使用する場合	イ　小臼歯に使用する場合
ロ　大臼歯に使用する場合	ロ　第一大臼歯又は第二大臼歯に使用する場合 （当該ＣＡＤ／ＣＡＭインレーを装着する部位の対側に大臼歯による咬合支持（固定性ブリッジによる咬合支持を含む。以下、大臼歯による咬合支持という。）がある患者であって、以下のいずれかに該当する場合に限る。） ①　当該ＣＡＤ／ＣＡＭインレーを装着する部位と同側に大臼歯による咬合支持があり、当該補綴部位に過度な咬合圧が加わらない場合等 ②　当該ＣＡＤ／ＣＡＭインレーを装着する部位の同側に大臼歯による咬合支持がない場合は、当該補綴部位の対合歯が欠損（部分床義歯を装着している場合を含む。）であり、当該補綴部位の近心側隣在歯までの咬合支持（固定性ブリッジ又は乳歯（後継永久歯が先天性に欠如している乳歯を含む。）による咬合支持を含む。）がある場合
ハ　後継永久歯が先天性に欠如している乳歯に使用する場合	ハ　歯科用金属を原因とする金属アレルギーを有する患者において、大臼歯に使用する場合（医科の保険医療機関又は医科歯科併設の保険医療機関の医師との連携の上で、診療情報提供（診療情報提供料の様式に準ずるもの）に基づく場合に限る。）
（４）　（略）	（４）　（略）
（５）　特定保険医療材料料は別に算	（５）　特定保険医療材料料は別に算

定する。なお、（２）のハについて、ＣＡＤ／ＣＡＭ冠用材料は永久歯に準じて算定する。	定する。
【クラウン・ブリッジ維持管理料】 ［算定要件］ （１）・（２）　（略） （３）　「２ 支台歯とポンティックの数の合計が５歯以下の場合」には、Ｍ０１７－２に掲げる高強度硬質レジンブリッジ及びＭ０１７－３に掲げるチタンブリッジが含まれる。 （４）　永久歯（ブリッジの支台歯の場合を除く。）に対するＭ０１０の２に掲げる４分の３冠（前歯）、Ｍ０１０の３に掲げる５分の４冠（小臼歯）、Ｍ０１０の４に掲げる全部金属冠（小臼歯及び大臼歯）及びＭ０１１に掲げるレジン前装金属冠による歯冠修復のほか、次に掲げるものはクラウン・ブリッジ維持管理の対象としない。 イ　乳歯（後継永久歯が先天性に欠如している乳歯を除く。）に対する歯冠修復 ロ　歯科用金属を原因とする金属アレルギーを有する患者に対するＭ０１７－２に掲げる高強度硬質レジンブリッジ（(２)のイに規定する場合を含む。） ハ・ニ　（略）	【クラウン・ブリッジ維持管理料】 ［算定要件］ （１）・（２）　（略） （３）　「２ 支台歯とポンティックの数の合計が５歯以下の場合」には、Ｍ０１７－２に掲げる高強度硬質レジンブリッジが含まれる。 （４）　永久歯（ブリッジの支台歯の場合を除く。）に対するＭ０１０の２に掲げる４分の３冠（前歯）、Ｍ０１０の３に掲げる５分の４冠（小臼歯）、Ｍ０１０の４に掲げる全部金属冠（小臼歯及び大臼歯）及びＭ０１１に掲げるレジン前装金属冠による歯冠修復のほか、次に掲げるものはクラウン・ブリッジ維持管理の対象としない。 イ　乳歯（後継永久歯が先天性に欠如している乳歯を除く。）に対する歯冠修復 ロ　歯科用金属を原因とする金属アレルギーを有する患者に対するＭ０１５に掲げる非金属歯冠修復（(６)のイに規定する場合を含む。）、Ｍ０１５－２に掲げるＣＡＤ／ＣＡＭ冠（(２)のイ、ロ及び二並びに（３）に規定する場合を含む。）及びＭ０１７－２に掲げる高強度硬質レジンブリッジ（(２)のイに規定する場合を含む。） ハ・ニ　（略）

２．局部義歯に附属されるクラスプやバーについては、製作の実態に即して、原則、歯科用貴金属材料以外の材料を使用する運用に見直す。

改　定　案	現　　行
【鋳造鉤】 ［算定要件］ （削除） （１）　（略） （２）　鋳造鉤を算定する場合の特定保険医療材料は、基本的に鋳造用コバルトクロム合金を使用することとする。ただし、14カラット金合金及び金銀パラジウム合金を使用する特段の理由がある場合は、使用した理由を診療録に記載すること。	【鋳造鉤】 ［算定要件］ （１）　14カラット金合金による鋳造鉤は２歯欠損までの有床義歯の場合に限り算定する。 （２）　（略） （新設）
【線鉤】 ［算定要件］ （１）　保険医療材料料は、別に定める線鉤の使用材料料により算定する。 （２）　線鉤を算定する場合の保険医療材料は、基本的に不銹鋼及び特殊鋼を使用することとする。ただし、14カラット金合金を使用する特段の理由がある場合は、使用した理由を診療録に記載すること。 （３）　（略） （削除） （４）・（５）　（略）	【線鉤】 ［算定要件］ （新設） （新設） （１）　（略） （２）　14 カラット金合金による線鉤は２歯欠損までの有床義歯の場合に限り算定する。 （３）・（４）　（略）
【コンビネーション鉤】 ［算定要件］ （１）・（２）　（略） （３）　保険医療材料料は、別に定めるコンビネーション鉤の使用材料料により算定する。 （４）　コンビネーション鉤を算定する場合に、鋳造鉤又はレストに用いる保険医療材料は、基本的	【コンビネーション鉤】 ［算定要件］ （１）・（２）　（略） （新設） （新設）

に鋳造用コバルトクロム合金を使用することとする。ただし、金銀パラジウム合金を使用する特段の理由がある場合は、使用した理由を診療録に記載すること。	
【大連結子】 大連結子（１個につき） １・２　（略） ［算定要件］ （１）　大連結子とは、離れた位置にある義歯床同士若しくは義歯床と間接支台装置を連結する際に用いる鋳造バー又は屈曲バーをいう。 （２）　「１　鋳造バー」を算定する場合の特定保険医療材料は、基本的に鋳造用コバルトクロム合金を使用することとする。ただし、金銀パラジウム合金を使用する特段の理由がある場合は、使用した理由を診療録に記載すること。 （３）～（７）　（略）	【バー】 バー（１個につき） １・２　（略） ［算定要件］ （新設） （新設） （１）～（６）　（略）

３．光学印象の対象について、ＣＡＤ／ＣＡＭ冠に拡充する。

改　定　案	現　　行
【光学印象】 ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号Ｍ０１５－２に掲げるＣＡＤ／ＣＡＭ冠又は区分番号Ｍ０１５－３に掲げるＣＡＤ／ＣＡＭインレーを製作する場合であって、デジタル印象採得装置を用いて、印象採得及び咬合採得を行った場合に算定する。 ２・３　（略）	【光学印象】 ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号Ｍ０１５－３に掲げるＣＡＤ／ＣＡＭインレーを製作する場合であって、デジタル印象採得装置を用いて、印象採得及び咬合採得を行った場合に算定する。 ２・３　（略）

（３） 光学印象は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において、ＣＡＤ／ＣＡＭ冠又はＣＡＤ／ＣＡＭインレーを製作するに当たって、デジタル印象採得装置を用いて、直接法により印象採得及び咬合採得を行った場合に、製作物ごとに算定する。なお、Ｍ００３に掲げる印象採得、Ｍ００３−３に掲げる咬合印象及びＭ００６に掲げる咬合採得は別に算定できない。	（３） 光学印象は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において、ＣＡＤ／ＣＡＭインレーを製作するに当たって、デジタル印象採得装置を用いて、直接法により印象採得及び咬合採得を行った場合に、製作物ごとに算定する。なお、Ｍ００３に掲げる印象採得、Ｍ００３−３に掲げる咬合印象及びＭ００６に掲げる咬合採得は別に算定できない。

【Ⅲ－７　口腔疾患の重症化予防等の生活の質に配慮した歯科医療の推進、口腔機能発達不全及び口腔機能低下への対応の充実、歯科治療のデジタル化の推進－⑪】

⑪　有床義歯の新たな製作法に係る評価の新設

第１　基本的な考え方

歯科治療のデジタル化を推進する観点から、新規医療機器等として保険適用され、現在準用点数で行われている３次元プリント有床義歯について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

（新）　３次元プリント有床義歯（１顎につき）　●●点

［算定要件］

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、有床義歯の設計・製作に要する歯科技工室設置型コンピュータ支援設計・製造ユニット及び歯科技工用重合装置（液槽光重合方式３次元プリント有床義歯製作装置）を用いて、有床義歯を設計・製作し、装着した場合に限り算定する。

（１）　３次元プリント有床義歯とは、コンピュータ支援設計・製造ユニット及び歯科技工用重合装置（液槽光重合方式３次元プリント有床義歯製作装置）を用いて、作業模型で間接法により造形製作された有床義歯をいう。
（２）　本区分を算定する場合は、１顎単位で算定する。
（３）　３次元プリント有床義歯の製作時に実施した印象採得、咬合採得、仮床試適及び装着等の基本的な技術料は、所定点数に含まれ別に算定できない。
（４）　製作後に義歯修理や再製作等を実施する場合は、Ｍ０１８に掲げる有床義歯の例により算定する。

［施設基準］

（１）　当該療養を行うにつき十分な体制が整備されていること。
（２）　当該療養を行うにつき十分な機器及び設備を有していること又は十分な機器及び設備を有している歯科技工所との連携が確保されていること。

⑫　歯科診療の実態に応じた評価の見直し・明確化

第１　基本的な考え方

歯科点数表において、歯科診療の実態を踏まえつつ、以下の項目について整理する。

第２　具体的な内容

１．歯科点数表で解釈が示されていない項目を明確化する。

①　画像診断における診断料及び撮影料の２枚目以降の算定方法を明確化する。

改　定　案	現　　行
【画像診断（通則）】 １　（略） ２　同一の部位につき、同時に２枚以上のエックス線撮影を行った場合（11の規定により医科点数表の例による場合を含む。）における第１節の診断料（区分番号Ｅ０００に掲げる写真診断（２のイ及びハ並びに３に係るものに限る。）を除く。）は、第１の診断については第１節の各区分の所定点数により、第２の診断以後の診断については、同節の各区分の所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。	【画像診断（通則）】 １　（略） ２　同一の部位につき、同時に２以上のエックス線撮影を行った場合における第１節の診断料（区分番号Ｅ０００に掲げる写真診断（３に係るものに限る。）を除く。）は、第１の診断については第１節の各区分の所定点数により、第２の診断以後の診断については、同節の各区分の所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。
３　同一の部位につき、同時に２枚以上同一の方法により、撮影を行った場合（11の規定により医科点数表の例による場合を含む。）における第２節の撮影料（区分番号Ｅ１００に掲げる歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織（３に係るものに限る。）を除く。）は、特に規定する場合を除き、第１枚目の撮	３　同一の部位につき、同時に２枚以上同一の方法により、撮影を行った場合における第２節の撮影料（区分番号Ｅ１００に掲げる歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織（３に係るものに限る。）を除く。）は、特に規定する場合を除き、第１枚目の撮影については第２節の各区分の所定点数により、第２枚

影については第２節の各区分の所定点数により、第２枚目から第５枚目までの撮影については同節の各区分の所定点数の100分の50に相当する点数により算定し、第６枚目以後の撮影については算定できない。	目から第５枚目までの撮影については同節の各区分の所定点数の100分の50に相当する点数により算定し、第６枚目以後の撮影については算定できない。
４～11　（略）	４～11　（略）
【写真診断】	【写真診断】
（削除）	注１　一連の症状を確認するため、同一部位に対して撮影を行った場合における２枚目以降の撮影に係る写真診断（２のイ及びハ並びに３に係るものを除く。）の費用については、各区分の所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。
注１　（略）	２　（略）
［算定留意事項］	［算定留意事項］
第４部　画像診断	第４部　画像診断
１　「通則２」又は「通則３」の「同一の部位」とは、部位的な一致に加え、通常同一フィルム面に撮影し得る範囲をいう。	（新設）
２　「通則２」又は「通則３」の「同時に」とは、診断するため予定されるものをいう。ただし、処置又は手術後の評価を目的として撮影した場合は「同時」に該当しない。	（新設）
３　「通則２」の「２枚以上」とは、特に規定する場合を除き、撮影方法の別によらず２枚以上のエックス線写真を撮影した場合をいう。	（新設）
４　「通則３」の「同一の方法」による撮影とは、単純撮影、特殊撮影、歯科用３次元エックス線断層撮影又は造影剤使用撮影のそれぞれの撮影方法をいい、デジタル撮影及びアナログ撮影については「同一の方法」として扱う。	（新設）

５　「通則２」及び「通則３」において、第１枚目の撮影では診断困難な異なる疾患に対する診断を目的に撮影した場合においては、各区分の所定点数により算定する。 ６～19　（略）	（新設） １～14　（略）

② 病理診断において、口腔を１臓器とする取扱いを明確にする。

※ 留意事項通知の第 14 部病理診断の通則１において以下のような内容を規定する予定。

１ 第 14 部に規定する病理診断以外の病理診断の算定は、医科点数表の例による。なお、医科点数表のＮＯＯＯＯからＮＯＯ２までについては、口腔を１臓器として算定する。ただし、別の原因で病変が独立して生じており、組織学的形態が異なる場合は、２回を限度として算定する。

③ 歯肉剥離掻爬手術における術式の明確化を行う。

※ 歯肉剥離掻爬手術における術式における具体的内容等については、留意事項通知において以下のような内容を規定する予定。

〇「４　歯肉剥離掻爬手術」とは、歯肉弁を歯槽骨から剥離して明視下で不良肉芽を除去し、汚染歯根面のスケーリング・ルートプレーニングを行い、歯肉弁を適切な位置に復位縫合し、歯周ポケットの除去又は減少を目的として行った場合に算定する 。

２．内容が類似する項目や複数年にわたり算定実績がない項目を整理する。

① テンポラリークラウン、歯周治療用装置（冠形態）、リテーナー等を暫間歯冠補綴装置に統一し、評価を新設する。

（新）　暫間歯冠補綴装置（１歯につき）　●●点

［算定要件］

（１） 暫間歯冠補綴装置は、次に掲げるいずれかの場合に算定する。

イ 歯冠補綴物又はブリッジ（接着ブリッジを含む。）の製作過程において、支台歯の保護等のために、テンポラリークラウン又はリテーナーを暫間的に装着した場合

ロ 歯周治療用装置として、重度の歯周病で長期の治療期間が予測される歯周病の患者に対して、治療中の咀嚼機能の回復及び残存歯への咬合の負担の軽減等を目的として、冠形態の装置を装着し

た場合

ハ　暫間固定として、歯の支持組織の負担を軽減し、歯槽骨の吸収を防止して、その再生治癒を促進させるため、暫間的に歯冠をレジン連続冠固定法により連結固定した場合

ニ　抜歯や外傷等による前歯部１歯欠損症例に対して、歯科用暫間被覆冠成形品を暫間的に隣在歯（天然歯に限る。）にエナメルボンドシステムにより連結固定した場合

（２）　暫間歯冠補綴装置の歯数の数え方は、歯数及び欠損歯数により、装置数や部位にかかわらず、１歯につき算定する。ただし、（１）の二の場合は、隣在歯は歯数に含めない。

（３）　印象採得、咬合採得、仮着、調整指導、修理、除去等の基本的な技術料及び保険医療材料料は所定点数に含まれ別に算定できない。

（４）　「注１」の規定に関わらず、区分番号Ｊ１０９に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術を行った場合であって、区分番号Ｍ０２５－２に掲げる広範囲顎骨支持型補綴の「１　ブリッジ形態のもの（３分の１顎につき）」を行う患者に対して、リテーナーを製作し使用した場合に、当該部位に係る手術を行った日（区分番号Ｊ１０９に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術の「２のイ　１次手術」を除く。）から区分番号Ｍ０２５－２に掲げる広範囲顎骨支持型補綴の「１ブリッジ形態のもの（３分の１顎につき）」を装着するまでの期間において、１回に限り算定し、特定保険医療材料料はスクリュー、アバットメント及びシリンダーに限り、別に算定する。

※　上記の改正に伴い、下記の事項を改正する。

改　定　案	現　　行
【暫間固定】 ［算定留意事項］ （１）　暫間固定とは、歯周病や外傷等によって動揺した歯に対して、当該歯の支持組織の負担を軽減し、歯槽骨の吸収を防止して、その再生治癒を促進させるため、暫間的に歯冠を線結紮法（帯冠使用を含む。）又はエナメルボンドシステムにより連結固定することをいう。	【暫間固定】 ［算定留意事項］ （１）　暫間固定とは、歯の支持組織の負担を軽減し、歯槽骨の吸収を防止して、その再生治癒を促進させるため、暫間的に歯冠をレジン連続冠固定法、線結紮法（帯冠使用を含む。）又はエナメルボンドシステムにより連結固定することをいう。
【暫間固定装置修理】 （削除）	【暫間固定装置修理】 暫間固定装置修理　　70点

【口腔内装置】 ［算定留意事項］ （１）　「注」に規定する口腔内装置は、次に掲げるいずれかの装置をいう。 イ～ヌ　（略） ル　歯周治療用装置（床義歯形態）	【口腔内装置】 ［算定留意事項］ （１）　「注」に規定する口腔内装置は、次に掲げるいずれかの装置をいう。 イ～ヌ　（略） （新設）
【口腔内装置調整・修理】 ［算定要件］ 注１　（略） ２　１のロについては、区分番号Ｉ０１７に掲げる口腔内装置の注に規定する歯ぎしりに対する口腔内装置、口腔粘膜等の保護のための口腔内装置、外傷歯の保護のための口腔内装置又はその他口腔内装置の調整を行った場合に算定する。 ３～５　（略）	【口腔内装置調整・修理】 ［算定要件］ 注１　（略） ２　１のロについては、区分番号Ｉ０１７に掲げる口腔内装置の注に規定する歯ぎしりに対する口腔内装置、口腔粘膜等の保護のための口腔内装置又は外傷歯の保護のための口腔内装置の調整を行った場合に算定する。 ３～５　（略）
【歯周治療用装置】 （削除）	【歯周治療用装置】 歯周治療用装置 １・２　（略）
【暫間固定装置の除去】 （削除）	【暫間固定装置の除去】 暫間固定装置の除去（１装置につき）　30点
【テンポラリークラウン】 （削除）	【テンポラリークラウン】 テンポラリークラウン（１歯につき）　34点
【リテーナー】 （削除）	【リテーナー】 リテーナー １～３　（略）

② 算定実績がない項目を廃止する。

改　定　案	現　　行
【救急搬送診療料】 （削除）	【救急搬送診療料】 救急搬送診療料　1,300点

【退院前在宅療養指導管理料】 （削除）	【退院前在宅療養指導管理料】 退院前在宅療養指導管理料　120点
【在宅麻薬等注射指導管理料】 （削除）	【在宅麻薬等注射指導管理料】 在宅麻薬等注射指導管理料　1,500点
【在宅腫瘍化学療法注射指導管理料】 （削除）	【在宅腫瘍化学療法注射指導管理料】 在宅腫瘍化学療法注射指導管理料　1,500点
【在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料】 （削除）	【在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料】 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料　1,500点
【生活歯髄切断】 生活歯髄切断　233点 （削除） （削除） 注１　永久歯の歯根完成期以前及び乳歯の歯髄につき、生活歯髄切断を行った場合は、42点を所定点数に加算する。 ２　（略）	【歯髄切断】 歯髄切断 １　生活歯髄切断　233点 ２　失活歯髄切断　72点 注１　永久歯の歯根完成期以前及び乳歯の歯髄につき、１の生活歯髄切断を行った場合は、42点を所定点数に加算する。 ２　（略）

３．算定告示と算定要件が一致していない項目を整理する。

①　歯周病患者画像活用指導料について、口腔内写真の枚数に応じた評価ではなく、歯周病患者に対する画像活用による指導の評価に見直す。

改　定　案	現　　行
【歯周病患者画像活用指導料】 歯周病患者画像活用指導料 １　口腔内画像　●●点 ２　顕微鏡画像　●●点 注１　１については、歯周病に罹患している患者に対して区分番号Ｄ００２に掲げる歯周病検査を実施する場合において、継続的な管理を行うに当たって必要な口腔内写真を撮影し、当該患者	【歯周病患者画像活用指導料】 歯周病患者画像活用指導料　10点 （新設） （新設） 注　歯周病に罹患している患者に対して区分番号Ｄ００２に掲げる歯周病検査を実施する場合において、継続的な管理を行うに当たって必要な口腔内写真を撮影し、当該患者又はその家族等に対し療養

又はその家族等に対し療養上必要な指導を行った場合に算定する。 ２　２については、歯周病に罹患している患者に対して区分番号Ｄ００２に掲げる歯周病検査を実施する場合において、動機付けを目的として位相差顕微鏡により描写された画像を用いて指導を行った場合は、患者１人につき１回に限り算定する。	上必要な指導を行った場合に算定する。なお、２枚以上撮影した場合は、２枚目から１枚につき10点を所定点数に加算し、１回につき５枚に限り算定する。 （新設）

② う蝕処置、う蝕歯即時充填形成及びう蝕歯インレー修復形成について、現行でう蝕以外も対象となっていることから、名称を見直す。

改　定　案	現　　行
【単純処置】 単純処置（１歯１回につき）　18点 【即時充填形成】 即時充填形成（１歯につき） 128点 【インレー修復形成】 インレー修復形成（１歯につき） 120点	【う蝕処置】 う蝕処置（１歯１回につき）　18点 【う蝕歯即時充填形成】 う蝕歯即時充填形成（１歯につき） 128点 【う蝕歯インレー修復形成】 う蝕歯インレー修復形成（１歯につき） 120点

③ 咬合調整の対象となる診療行為の一部について、新たな評価に位置付ける。

（新）　ディスキング（１歯につき）　●●点

[算定要件]
　ディスキングとは、歯の隣接面を削除することをいい、叢生（クラウディング）について、ディスキングを行った場合は、歯数に応じて算定する。

（新）　補綴前処置（１装置につき）　●●点

[算定要件]

（１）　補綴前処置は、新たな義歯の製作又は義歯修理（鉤等の追加）を行うに当たり、レストシートやガイドプレーンの付与、リカントゥアリング等により、鉤歯や鉤歯の対合歯を削除した場合に算定する。
（２）　本区分は、新たな義歯の製作又は義歯修理に当たって、補綴前処置を行った日に、１装置につき１回に限り算定する。
（３）　補綴前処置算定に当たっては、前処置の内容の要点を診療録に記載すること。

※　　上記の改正に伴い、下記の事項を改正する。

改　定　案	現　　行
【咬合調整】 [算定留意事項] （１）　次に掲げる場合に算定する。 イ　一次性咬合性外傷の場合 ロ　二次性咬合性外傷の場合 ハ　歯冠形態修正の場合 （削除） （削除） （削除）

	接面の削除を行う場合をいい、歯数に応じ各区分により算定する。

④　口腔内軟組織異物（人工物）除去術の準用となっている歯の破折片除去を新設する。

（新）　歯の破折片除去（１歯につき）　●●点

［算定要件］
（１）　歯の破折片除去とは、一部残存した歯の破折片を非観血的あるいは簡単な切開で除去を行った場合（う蝕除去に伴うものを除く。）に歯数に応じて算定する。
（２）　浸潤麻酔の下に破折片を除去した場合は、Ｋ００１に掲げる浸潤麻酔料及び使用麻酔薬剤料のそれぞれを算定する。

※　上記の改正に伴い、下記の事項を改正する。

改　定　案	現　　行
【抜歯手術】 ［算定留意事項］ （２）　歯の破折片の除去に要する費用は、Ｉ０２１－１に掲げる歯の破折片除去の所定点数により算定する。この場合において、浸潤麻酔の下に破折片を除去した場合は、Ｋ００１に掲げる浸潤麻酔料及び使用麻酔薬剤料のそれぞれを算定する。	【抜歯手術】 ［算定留意事項］ （２）　歯の破折片の除去に要する費用は、Ｊ０７３に掲げる口腔内軟組織異物（人工物）除去術「１　簡単なもの」の所定点数により算定する。この場合において、浸潤麻酔のもとに破折片を除去した場合は、Ｋ００１に掲げる浸潤麻酔料及び使用麻酔薬剤料のそれぞれを算定する。
【口腔内軟組織異物（人工物）除去術】 ［算定留意事項］ （１）　「簡単なもの」とは、異物（人工物）が比較的浅い組織内にあり、非観血的あるいは簡単な切開で除去できるものをいう。この場合において、浸潤麻酔の下に除去した場合は、Ｋ００１に掲げる浸潤麻酔料及び使用麻酔薬剤料のそれぞれを算定	【口腔内軟組織異物（人工物）除去術】 ［算定留意事項］ （１）　「簡単なもの」とは、異物（人工物）が比較的浅い組織内にあり、非観血的あるいは簡単な切開で除去できるものをいう。なお、歯の破折片の除去（う蝕除去に伴うものを除く。）に係る費用は、「１　簡単なもの」により算定する。こ

する。	の場合において、浸潤麻酔の下に破折片を除去した場合は、Ｋ００１に掲げる浸潤麻酔料及び使用麻酔薬剤料のそれぞれを算定する。

４．歯科治療に伴い麻酔を行った場合に、麻酔薬剤料が算定できない項目の一部を整理する。

改　定　案	現　　行
【処置の部（通則）】 １～６　（略） ７　120点以上の処置又は特に規定する処置の所定点数は、当該処置に当たって、表面麻酔、浸潤麻酔又は簡単な伝達麻酔を行った場合の費用を含む。ただし、区分番号Ｉ００１に掲げる歯髄保護処置（１又は２に限る）、区分番号Ｉ００４の１に掲げる生活歯髄切断又は区分番号Ｉ００５に掲げる抜髄、を行う場合の当該麻酔に当たって使用した薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣の定めるところにより算定できる。 ８・９（略） 【歯冠修復及び欠損補綴の部（通則）】 １～10　（略） 11　歯冠修復及び欠損補綴の所定点数は、当該歯冠修復及び欠損補綴に当たって、表面麻酔、浸潤麻酔又は簡単な伝達麻酔を行った場合の費用を含む。ただし、区分番号Ｍ００１に掲げる歯冠形成（１に限る。）を行う場合の当該麻酔に当たって使用した薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣の定めるところにより算定できる。 12　（略）	【処置の部（通則）】 １～６　（略） ７　120点以上の処置又は特に規定する処置の所定点数は、当該処置に当たって、表面麻酔、浸潤麻酔又は簡単な伝達麻酔を行った場合の費用を含む。ただし、区分番号Ｉ００４の１に掲げる生活歯髄切断又は区分番号Ｉ００５に掲げる抜髄を行う場合の当該麻酔に当たって使用した薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣の定めるところにより算定できる。 ８・９（略） 【歯冠修復及び欠損補綴の部（通則）】 １～10　（略） （新設） （新設）

５．歯科診療で一般的に行われている口腔機能に係る検査の施設基準を

撤廃する。

改　定　案	現　　行
【口腔細菌定量検査】 ［算定要件］ 注１　１について、口腔細菌定量検査を行った場合に、月２回に限り算定する。 ２　（略） ３　２について、歯の喪失や加齢等により口腔機能の低下を来している患者に対して口腔細菌定量検査を行った場合（口腔細菌定量検査１を算定する場合を除く。）に、３月に１回に限り算定する。 ４　（略） ［施設基準］ （削除）	【口腔細菌定量検査】 ［算定要件］ 注１　１について、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、口腔細菌定量検査を行った場合に、月２回に限り算定する。 ２　（略） ３　２について、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、歯の喪失や加齢等により口腔機能の低下を来している患者に対して口腔細菌定量検査を行った場合（口腔細菌定量検査１を算定する場合を除く。）に、３月に１回に限り算定する。 ４　（略） ［施設基準］ 十五の三　口腔細菌定量検査の施設基準
【咀嚼能力検査】 ［算定要件］ 注１　１について、歯の喪失や加齢等により口腔機能の低下を来している患者に対して、咀嚼能力測定を行った場合は、３月に１回に限り算定する。 ２　２について、顎変形症に係る手術を実施する患者に対して、咀嚼能力測定を行った場合は、	【咀嚼能力検査】 ［算定要件］ 注１　１について、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、歯の喪失や加齢等により口腔機能の低下を来している患者に対して、咀嚼能力測定を行った場合は、３月に１回に限り算定する。 ２　２について、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

手術前は１回に限り、手術後は６月に１回に限り算定する。	に届け出た保険医療機関において、顎変形症に係る手術を実施する患者に対して、咀嚼能力測定を行った場合は、手術前は１回に限り、手術後は６月に１回に限り算定する。
３～５　（略）	３～５　（略）
［施設基準］ 十七　削除	［施設基準］ 十七　咀嚼能力検査の施設基準
【咬合圧検査】 ［算定要件］ 注１　１について、歯の喪失や加齢等により口腔機能の低下を来している患者に対して、咬合圧測定を行った場合は、３月に１回に限り算定する。口腔機能の低下を来している患者に対して、咬合圧測定を行った場合は、３月に１回に限り算定する。	【咬合圧検査】 ［算定要件］ 注１　１について、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、歯の喪失や加齢等により口腔機能の低下を来している患者に対して、咬合圧測定を行った場合は、３月に１回に限り算定する。口腔機能の低下を来している患者に対して、咬合圧測定を行った場合は、３月に１回に限り算定する。
２　２について、顎変形症に係る手術を実施する患者に対して、咬合圧測定を行った場合は、手術前は１回に限り、手術後は６月に１回に限り算定する。	２　２について、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、顎変形症に係る手術を実施する患者に対して、咬合圧測定を行った場合は、手術前は１回に限り、手術後は６月に１回に限り算定する。
３～５　（略）	３～５　（略）
［施設基準］ 十八　削除	［施設基準］ 十八　咬合圧検査の施設基準

６．情報連携に係る評価について、併算定できる項目の見直しを行う。

改　定　案	現　　行
【歯科疾患在宅療養管理料】	【歯科疾患在宅療養管理料】

［算定要件］ 注１～６　（略） ７　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た歯科訪問診療を実施している保険医療機関の歯科医師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの同意を得て、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医、他の保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、管理栄養士、介護支援専門員又は相談支援専門員等であって当該患者に関わる者が、電子情報処理組織を使用する方法その他の情報通信の技術を利用する方法を用いて記録した当該患者に係る診療情報等を活用した上で、計画的な歯科医学的管理を行った場合に、在宅歯科医療情報連携加算として、月１回に限り、100点を所定点数に加算する。ただし、Ｃ００７に掲げる在宅患者連携指導料は別に算定できない。 ８　（略） ※　在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の注８及び小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の注８に規定する在宅歯科医療情報連携加算についても同様。	［算定要件］ 注１～６　（略） ７　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た歯科訪問診療を実施している保険医療機関の歯科医師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの同意を得て、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医、他の保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、管理栄養士、介護支援専門員又は相談支援専門員等であって当該患者に関わる者が、電子情報処理組織を使用する方法その他の情報通信の技術を利用する方法を用いて記録した当該患者に係る診療情報等を活用した上で、計画的な歯科医学的管理を行った場合に、在宅歯科医療情報連携加算として、月１回に限り、100点を所定点数に加算する。 ８　（略）

⑬　歯科固有の技術の評価の見直し

第１　基本的な考え方

歯科固有の技術について、以下の見直しを行う。

第２　具体的な内容

１．歯科医療の推進に資する技術について、医療技術評価分科会等における検討結果を踏まえて、評価や運用を見直す。

［診療報酬改定において対応する優先度が高い技術のうち、学会等から医療技術評価分科会に提案があったものの例］

（１）　歯科口腔リハビリテーション料２
（２）　口蓋補綴及び顎補綴の咬合採得
（３）　模型調製における光学印象及びデジタル模型
（４）　歯科遠隔連携診療
（５）　厚生労働大臣が定める疾患に起因した咬合異常に係る適応症の拡大
（６）　歯科矯正管理料
（７）　上顎骨悪性腫瘍手術及び下顎骨悪性腫瘍手術における超音波切削機器加算
（８）　Ｎｉ－Ｔｉロータリーファイル加算
（９）　歯科麻酔管理料
(10)　静脈麻酔
(11)　チタン及びチタン合金によるブリッジ
(12)　歯科用暫間被覆冠成形品を用いた暫間的ダイレクトボンディングブリッジ
(13)　床補強のための接着芯
(14)　後継永久歯の無い乳臼歯へのＣＡＤ／ＣＡＭ冠
(15)　位相差顕微鏡による歯周病患者画像活用指導
(16)　口腔粘膜湿潤度検査

※(10)静脈麻酔については、医科点数表の見直しも踏まえ、歯科点数表において、「歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔」を新設する。

２．歯冠修復及び欠損補綴等の評価について、歯科技工料調査の結果等を踏まえて、評価や運用を見直す。

改　定　案	現　　行
【光学印象】 光学印象（１歯につき）　●●点	【光学印象】 光学印象（１歯につき）　100 点
【装着】 ［算定要件］ 注１　区分番号Ｍ０１５－２に掲げるＣＡＤ／ＣＡＭ冠、区分番号Ｍ０１５－３に掲げるＣＡＤ／ＣＡＭインレー又は区分番号Ｍ０１７－２に掲げる高強度硬質レジンブリッジを装着する際に、歯質に対する接着性を向上させることを目的に内面処理を行った場合は、内面処理加算１として、それぞれについて●●点、●●点又は●●点を所定点数に加算する。 ２～３　（略）	【装着】 ［算定要件］ 注１　区分番号Ｍ０１５－２に掲げるＣＡＤ／ＣＡＭ冠、区分番号Ｍ０１５－３に掲げるＣＡＤ／ＣＡＭインレー又は区分番号Ｍ０１７－２に掲げる高強度硬質レジンブリッジを装着する際に、歯質に対する接着性を向上させることを目的に内面処理を行った場合は、内面処理加算１として、それぞれについて 45 点、45 点又は 90 点を所定点数に加算する。 ２～３　（略）
【有床義歯】 １　（略） ２　総義歯（１顎につき）　●●点	【有床義歯】 １　（略） ２　総義歯（１顎につき）　2,420 点
【大連結子】 大連結子（１個につき） １　鋳造バー　●●点 ２　（略）	【バー】 バー（１個につき） １　鋳造バー　458 点 ２　（略）
【支台築造】 支台築造（１歯につき） １　間接法 イ　（略） ロ　ファイバーポストを用いた場合 （１）　大臼歯　●●点 （２）　小臼歯及び前歯　●●点 ２　（略）	【支台築造】 支台築造（１歯につき） １　間接法 イ　（略） ロ　ファイバーポストを用いた場合 （１）　大臼歯　211 点 （２）　小臼歯及び前歯　180 点 ２　（略）
【根面被覆】 根面被覆（１歯につき）	【根面被覆】 根面被覆（１歯につき）

１　根面板によるもの　●●点 ２（略） 【非金属歯冠修復】 非金属歯冠修復（１個につき） １　レジンインレー 　イ　単純なもの　●●点 　ロ　複雑なもの　●●点 ２（略） 【高強度硬質レジンブリッジ】 高強度硬質レジンブリッジ（１装置につき）　●●点 【磁性アタッチメント】 磁性アタッチメント（１個につき） １　（略） ２　キーパー付き根面板を用いる場合　●●点	１　根面板によるもの　195 点 ２（略） 【非金属歯冠修復】 非金属歯冠修復（１個につき） １　レジンインレー 　イ　単純なもの　128 点 　ロ　複雑なもの　180 点 ２（略） 【高強度硬質レジンブリッジ】 高強度硬質レジンブリッジ（１装置につき）　2800 点 【磁性アタッチメント】 磁性アタッチメント（１個につき） １　（略） ２　キーパー付き根面板を用いる場合　550 点

３．その他、個別の評価について臨床現場の実態等を踏まえつつ、評価や運用を見直す。

改　定　案	現　　行
【象牙質レジンコーティング】 ［算定要件］ 注　区分番号Ｍ００１の１に掲げる生活歯歯冠形成を行った場合、当該補綴に係る補綴物の歯冠形成から印象採得までの一連の行為につき１回に限り算定する。 【加圧根管充填処置】 加圧根管充填処置（１歯につき） １　単根管　●●点 ２　２根管　●●点 ３　３根管以上　●●点 【抜歯手術】 抜歯手術（１歯につき） ［算定要件］ 注１・２　（略）	【象牙質レジンコーティング】 ［算定要件］ 注　区分番号Ｍ００１の１に掲げる生活歯歯冠形成を行った場合、当該補綴に係る補綴物の歯冠形成から装着までの一連の行為につき１回に限り算定する。 【加圧根管充填処置】 加圧根管充填処置（１歯につき） １　単根管　139点 ２　２根管　168点 ３　３根管以上　213点 【抜歯手術】 抜歯手術（１歯につき） ［算定要件］ 注１・２　（略）

３　４については、下顎完全埋伏智歯（骨性）又は下顎水平埋伏智歯の場合は、●●点を所定点数に加算する。 ４　（略）	３　４については、下顎完全埋伏智歯（骨性）又は下顎水平埋伏智歯の場合は、130点を所定点数に加算する。 ４　（略）
【顎骨腫瘍摘出術】 顎骨腫瘍摘出術（歯根嚢胞を除く。） １　長径３センチメートル未満　●●点 ２　（略）	【顎骨腫瘍摘出術】 顎骨腫瘍摘出術（歯根嚢胞を除く。） １　長径３センチメートル未満　2,820点 ２　（略）
【腐骨除去手術】 腐骨除去手術 １　（略） ２　顎骨に及ぶもの イ　片側の３分の１未満の範囲のもの　●●点 ロ　片側の３分の１以上の範囲のもの　●●点 ［算定要件］ 注　２のイについて、骨吸収抑制薬関連顎骨壊死又は放射線性顎骨壊死に対して当該手術を行った場合は、●●点を所定点数に加算する。	【腐骨除去手術】 腐骨除去手術 １　（略） ２　顎骨に及ぶもの イ　片側の３分の１未満の範囲のもの　1,300点 ロ　片側の３分の１以上の範囲のもの　3,420点 ［算定要件］ 注　２のイについて、骨吸収抑制薬関連顎骨壊死又は放射線性顎骨壊死に対して当該手術を行った場合は、1,000点を所定点数に加算する。
【がま腫切開術】 がま腫切開術　●●点	【がま腫切開術】 がま腫切開術　820点
【唾石摘出術】 唾石摘出術（一連につき） １　表在性のもの　●●点 ２・３　（略）	【唾石摘出術】 唾石摘出術（一連につき） １　表在性のもの　720点 ２・３　（略）
【顎骨内異物（挿入物を含む。）除去術】 顎骨内異物（挿入物を含む。）除去術 １　簡単なもの イ　手術範囲が顎骨の２分の１顎程度未満の場合　●●点 ロ　手術範囲が全顎にわたる場合	【顎骨内異物（挿入物を含む。）除去術】 顎骨内異物（挿入物を含む。）除去術 １　簡単なもの イ　手術範囲が顎骨の２分の１顎程度未満の場合　850点 ロ　手術範囲が全顎にわたる場合

●●点	1,680点
２　困難なもの	２　困難なもの
イ　手術範囲が顎骨の３分の２顎程度未満の場合　●●点	イ　手術範囲が顎骨の３分の２顎程度未満の場合　2,900点
ロ　手術範囲が全顎にわたる場合　●●点	ロ　手術範囲が全顎にわたる場合　4,180点
【顎関節脱臼非観血的整復術】	【顎関節脱臼非観血的整復術】
顎関節脱臼非観血的整復術　●●点	顎関節脱臼非観血的整復術　410点
【広範囲顎骨支持型装置埋入手術】	【広範囲顎骨支持型装置埋入手術】
広範囲顎骨支持型装置埋入手術（１顎一連につき）	広範囲顎骨支持型装置埋入手術（１顎一連につき）
１　１回法によるもの　●●点	１　１回法によるもの　14,500点
２　２回法によるもの	２　２回法によるもの
イ　１次手術　●●点	イ　１次手術　11,500点
ロ　２次手術　●●点	ロ　２次手術　4,500点
【広範囲顎骨支持型装置掻爬掻爬術】	【広範囲顎骨支持型装置掻爬掻爬術】
広範囲顎骨支持型装置掻爬掻爬術（１顎につき）	広範囲顎骨支持型装置掻爬掻爬術（１顎につき）
●●点	1,800点

【Ⅲ－８地域の医薬品供給拠点としての薬局に求められる機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対人業務の充実化－①】

①　調剤基本料の見直し

第１　基本的な考え方

「患者のための薬局ビジョン」の策定から 10 年が経過した現在の保険薬局の実態及び損益率の状況を踏まえ、保険薬局が立地に依存する構造から脱却し、薬剤師の職能発揮を促進する観点から、調剤基本料を見直す。

第２　具体的な内容

１．保険薬局の面分業を推進する観点から、調剤基本料１及び３のハの点数を引き上げる。

改　定　案	現　　行
【調剤基本料】 調剤基本料（処方箋の受付１回につき） １　調剤基本料１　●●点 ２　（略） ３　調剤基本料３ イ・ロ　（略） ハ　●●点 ４　（略）	【調剤基本料】 調剤基本料（処方箋の受付１回につき） １　調剤基本料１　45点 ２　（略） ３　調剤基本料３ イ・ロ　（略） ハ　35点 ４　（略）

２．特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が 85%を超え、95%以下である保険薬局であって、処方箋の受付回数が１月に 1,800 回を超え、2,000 回以下のものは、調剤基本料２を算定することとする。

３．都市部に新規開設する保険薬局のうち、特定の保険医療機関からの処方箋受付割合が 85%を超え、処方箋の受付回数が１月に 600 回を超えるものは、調剤基本料２を算定することとする。

改　定　案	現　　行
【調剤基本料】 ［施設基準］ （２）　調剤基本料２の施設基準	【調剤基本料】 ［施設基準］ （２）　調剤基本料２の施設基準

次のいずれかに該当する保険薬局（（３）、（４）及び（６）に該当するものを除く。）であること。 イ　（略） ロ　処方箋の受付回数が一月に千八百回を超えること（イに該当する場合を除き、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が八割五分を超える場合に限る。）。 ハ　処方箋の受付回数が一月に六百回を超えること（イ又はロに該当する場合を除き、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が八割五分を超える場合（当該保険薬局が別表第●に掲げる地域に所在し、かつ、水平距離五百メートル以内に他の保険薬局がある場合に限る。）に限る。）。 ニ・ホ　（略）	次のいずれかに該当する保険薬局（（３）、（４）及び（６）に該当するものを除く。）であること。 イ　（略） ロ　処方箋の受付回数が一月に二千回を超えること（イに該当する場合を除き、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が八割五分を超える場合に限る。）。 ハ　処方箋の受付回数が一月に千八百回を超えること（イ又はロに該当する場合を除き、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が九割五分を超える場合に限る。）。 ニ・ホ　（略）

[経過措置]

令和八年五月三十一日において、現に処方箋の受付回数が一月当たり千八百枚以下であるとして届け出ている保険薬局であって、その後も一月当たりの処方箋の受付回数が継続的に千八百枚以下であるものについては、当面の間、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合を八割五分以下とみなす。

４．施設基準の別表において、都市部を設定する。

改　定　案	現　　行
[施設基準] 別表第●　厚生労働大臣が定める地域 一　北海道札幌市 二　宮城県仙台市 三　埼玉県さいたま市 四　千葉県千葉市 五　東京都千代田区、中央区、港区、新宿区、文京区、台東区、墨田区、江東区、品川区、目黒区、大田区、世田谷区、渋谷区、中野区、杉並区、豊島区、	[施設基準] （新設）

北区、荒川区、板橋区、練馬区、足立区、葛飾区及び江戸川区 六　神奈川県横浜市、川崎市及び相模原市 七　新潟県新潟市 八　静岡県静岡市及び浜松市 九　愛知県名古屋市 十　京都府京都市 十一　大阪府大阪市及び堺市 十二　兵庫県神戸市 十三　岡山県岡山市 十四　広島県広島市 十五　福岡県北九州市及び福岡市 十六　熊本県熊本市	

５．特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が 85%を超え、95%以下である保険薬局であって、同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が１月に３万５千回を超え、４万回以下のものは調剤基本料３のイを算定することとする。

改　定　案	現　　行
【調剤基本料】 ［施設基準］ （３）　調剤基本料３のイの施設基準	【調剤基本料】 ［施設基準］ （３）　調剤基本料３のイの施設基準 次のいずれかに該当する保険薬局であること。
（削除）	イ　同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が一月に三万五千回を超え、四万回以下のグループに属する保険薬局（（６）に該当するものを除く。）のうち、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が九割五分を超える又は特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引があること。
同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が一月に三万五千回を超え、四十万回以下のグループに属する保険薬局（（６）に該当するもの	ロ　同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が一月に四万回を超え、四十万回以下のグループに属する保険薬局（（６）に該当す

を除く。）のうち、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が八割五分を超える又は特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引があること。	るものを除く。）のうち、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が八割五分を超える又は特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引があること。

６．調剤基本料３のロ及びハの施設基準から、同一グループの店舗数が300以上であることを削除する。

改　定　案	現　　行
【調剤基本料】 ［施設基準］ （４）　調剤基本料３のロの施設基準 同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が一月に四十万回を超えるグループに属する保険薬局（（６）に該当するものを除く。）のうち、次のいずれかに該当する保険薬局であること。 イ・ロ　（略） （５）　調剤基本料３のハの施設基準 同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が一月に四十万回を超えるグループに属する保険薬局（（２）、（４）のロ又は（６）に該当するものを除く。）のうち、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が八割五分以下であること。	【調剤基本料】 ［施設基準］ （４）　調剤基本料３のロの施設基準 同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が一月に四十万回を超える又は同一グループの保険薬局の数が三百以上のグループに属する保険薬局（（６）に該当するものを除く。）のうち、次のいずれかに該当する保険薬局であること。 イ・ロ　（略） （５）　調剤基本料３のハの施設基準 同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が一月に四十万回を超える又は同一グループの保険薬局の数が三百以上のグループに属する保険薬局（（２）、（４）のロ又は（６）に該当するものを除く。）のうち、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が八割五分以下であること。

７．新規開設する保険薬局について、既に多数の保険薬局が開局している地域（特に、病院の近隣）又は医療モール内に立地する場合は減算とする。

改　定　案	現　　行

【調剤基本料】 ［算定要件］ 注●　別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤をした場合には、門前薬局等立地依存減算として、所定点数から●●点を減算する。	【調剤基本料】 ［算定要件］ （新設）
［施設基準］ ●　調剤基本料の注●に規定する保険薬局 次のいずれかに該当する保険薬局（特別調剤基本料Ａを算定しているものを除く。）であること。 （１）　次のイからハまでのいずれにも該当する保険薬局であること。 イ　別表第●に掲げる地域に所在し、かつ、水平距離五百メートル以内に他の保険薬局があること。 ロ　特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が●割を超えること。 ハ　次のいずれかに該当すること。 ①　保険医療機関（許可病床数が二百床以上のものに限る。）の敷地の境界線からの水平距離が百メートル以内の区域内に所在し、当該区域内及び当該保険医療機関の敷地内に他の保険薬局が二以上所在すること。 ②　当該保険薬局の周囲五十メートルの区域内に、他の保険薬局が二以上所在すること。 ③　当該保険薬局の周囲五十メートルの区域内に所在する他の保険薬局が②に該当すること。 （２）　次のイ及びロに該当する保	［施設基準］ （新設）

険薬局であること。 イ　特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が●割を超えること。 ロ　保険医療機関が所在する建物又は敷地と同一の建物内又は敷地内に所在すること。	

[経過措置]

令和八年五月三十一日において現に健康保険法第六十三条第三項第一号の指定を受けている保険薬局については、当面の間、第十五の●に該当しないものとする。

８．特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合の計算に当たっては、同一建物内又は同一敷地内に複数の保険医療機関が所在している場合、当該複数の保険医療機関を１つの保険医療機関と見なすこととする（医療モールに所在する複数の保険医療機関を１つの保険医療機関とみなす。）。

９．介護保険施設や高齢者向け居住施設に居住する患者に対して交付された処方箋について、処方箋の受付回数には算入し、処方箋集中率の計算からは除外する。

改　定　案	現　　行
【調剤基本料】 ［施設基準（通知）］ 第88の２　調剤基本料２ ２　調剤基本料２の施設基準に関する留意点 （１）　処方箋の受付回数 処方箋の受付回数の計算に当たり、薬剤調製料の時間外加算、休日加算、深夜加算又は夜間・休日等加算を算定した患者に係る処方箋（以下「時間外等処方箋」という。）は、受付回数に数えない。なお、療担規則第20条第３号ロ及び療担基準第20条第４号ロに規定するリフィル処方箋（時間外等処方箋を除く。）の受付回数については、	【調剤基本料】 ［施設基準（通知）］ 第88の２　調剤基本料２ ２　調剤基本料２の施設基準に関する留意点 （１）　処方箋の受付回数 処方箋の受付回数の計算に当たり、受付回数に数えない処方箋は以下のとおりとする。なお、療担規則第20条第３号ロ及び療担基準第20条第４号ロに規定するリフィル処方箋については、調剤実施ごとに受付回数の計算に含める（以下のアからウまでの本文に該当する場合を除く。）。

調剤実施ごとに受付回数の計算に含める。	
（削除）	ア　薬剤調製料の時間外加算、休日加算、深夜加算又は夜間・休日等加算を算定した処方箋
（削除）	イ　在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料又は在宅患者緊急時等共同指導料の基となる調剤に係る処方箋。ただし、在宅患者訪問薬剤管理指導料（在宅患者オンライン薬剤管理指導料を除く。）の処方箋については、単一建物診療患者が１人の場合は受付回数の計算に含める。
（削除）	ウ　介護保険法に基づく指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第19号）別表の「５」の居宅療養管理指導費のハの（２）又は指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成18年厚生労働省告示第127号）別表の「４」の介護予防居宅療養管理指導費のハの（２）の基となる調剤に係る処方箋。ただし、単一建物居住者が１人の場合の処方箋については受付回数の計算に含める。
（２）　（略）	（２）　（略）
（３）　処方箋集中率は、特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数（同一保険医療機関から、歯科と歯科以外の処方箋を受け付けた場合は、それらを合計した回数とする。）を、当該期間に受け付けた全ての処方箋の受付回数で除し	（３）　処方箋集中率は、特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数（同一保険医療機関から、歯科と歯科以外の処方箋を受け付けた場合は、それらを合計した回数とする。）を、当該期間に受け付けた全ての処方箋の受付回数で除し

て得た値とする。ただし、一つの建物内又は一つの敷地内に複数の保険医療機関がある場合においては、当該複数の保険医療機関に係る処方箋の受付回数を全て合算し、特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数とみなして、処方箋集中率を算出する。また、１のアの（イ）の「処方箋受付回数が多い上位３の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合」は、上位３の保険医療機関それぞれの処方箋集中率を合計して得た値とする。	て得た値とする。ただし、処方箋集中率を算出する際に、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合の処方箋の受付回数は、特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数及び同一期間内に受け付けた全ての処方箋の受付回数に含めない。１のアの（イ）の「処方箋受付回数が多い上位３の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合」は、上位３の保険医療機関それぞれの処方箋集中率を合計して得た値とする。
（４）　（３）の計算に当たり、次のいずれかに該当する処方箋は、特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数及び当該期間に受け付けた全ての処方箋の受付回数のいずれからも除く。	（４）　（３）の計算に当たり、同一グループの保険薬局の勤務者（常勤及び非常勤を含めた全ての職員をいう。）及びその家族（同一グループの保険薬局の勤務者と同居又は生計を一にする者をいう。）の処方箋は、特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数及び当該期間に受け付けた全ての処方箋の受付回数のいずれからも除いて計算する。
ア　情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合の処方箋	（新設）
イ　同一グループの保険薬局の勤務者（非常勤を含めた全ての職員をいう。）の処方箋	（新設）
ウ　同一グループの保険薬局の勤務者の家族（同一グループの保険薬局の勤務者と同居又は生計を一にする者をいう。）の処方箋	（新設）
エ　介護保険法で定める介護老人福祉施設、介護老人保健施設若しくは介護医療院、高齢者の居住の安定確	（新設）

	保に関する法律で定めるサービス付き高齢者向け住宅又は老人福祉法で定める有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム若しくは認知症高齢者グループホームに入居する患者に係る処方箋（ただし、単一建物診療患者又は単一建物居住者が１人の場合の処方箋は除く。）	

【Ⅲ－８　地域の医薬品供給拠点としての薬局に求められる機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対人業務の充実化－②】

②　特別調剤基本料Ａの見直し

第１　基本的な考え方

健康保険事業の健全な運営の確保の観点から、特別調剤基本料Ａの対象薬局について要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．へき地等において、地方自治体の所有する土地に所在する診療所の敷地内に所在する保険薬局であり、周囲に他の保険薬局がない場合は、特別調剤基本料Ａを算定せず、調剤基本料１を算定する旨の規定を設ける。

改　定　案	現　　行
【調剤基本料】 ［施設基準］ 二　調剤基本料の注１ただし書に規定する施設基準 次のいずれかに該当する保険薬局であること。 （１）次のいずれにも該当すること。 イ　基本診療料の施設基準等別表第六の二に規定する地域に所在すること。 ロ　当該保険薬局が所在する特定の区域内における保険医療機関（歯科医療のみを担当するものを除く。）について、許可病床数が二百床未満であり、その数が十以下であること。ただし、当該保険薬局において、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が七割を超える場合については、当該保険医療機関は、当該特定の区域内に所在するものとみなす。	【調剤基本料】 ［施設基準］ 二　調剤基本料の注１ただし書に規定する施設基準 （新設） （１）基本診療料の施設基準等別表第六の二に規定する地域に所在すること。 （２）当該保険薬局が所在する特定の区域内における保険医療機関（歯科医療のみを担当するものを除く。）について、許可病床数が二百床未満であり、その数が十以下であること。ただし、当該保険薬局において、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が七割を超える場合については、当該保険医療機関は、当該特定の区域内に所在するものとみなす。

ハ　処方箋受付回数が一月に二千五百回を超えないこと。 （２）　次のいずれにも該当すること。 イ　当該保険薬局が地方公共団体の所有する土地に所在する保険医療機関（診療所に限る。以下このイにおいて同じ。）又は地方公共団体の開設する保険医療機関と同一の土地又は建物に所在すること。 ロ　イに規定する保険医療機関がへき地の医療の提供のために必要な診療所として都道府県知事に認められたものであること。 ハ　当該保険薬局から水平距離四キロメートル以内に他の保険薬局がないこと。	（３）　処方箋受付回数が一月に二千五百回を超えないこと。 （新設）

２．特別調剤基本料Ａの施設基準について、当該保険薬局の所在する建物内に診療所が所在する場合には特別調剤基本料Ａを算定しない旨の規定を削除する。

３．保険薬局と同一敷地内においてオンライン診療受診施設を設置する場合、当該保険薬局は特別調剤基本料Ａを算定する旨の規定を設ける。

改　定　案	現　　行
【調剤基本料】 ［施設基準］ （６）　特別調剤基本料Ａの施設基準 次のいずれかの要件を満たす保険薬局であること。 イ　保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険薬局であって、当該保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が五割を超えること。 ロ　当該保険薬局と同一の敷地内	【調剤基本料】 ［施設基準］ （６）　特別調剤基本料Ａの施設基準 保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険薬局（当該保険薬局の所在する建物内に保険医療機関（診療所に限る。）が所在している場合を除く。）であって、当該保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が五割を超えること。 （新設）

において医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第二条の二第二項に規定するオンライン診療受診施設を設置していること。ただし、療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等（平成十八年三月六日厚生労働省告示第百七号）第十二条の二に定める要件に該当する場合を除く。	

[経過措置]

告示日において当該保険薬局の所在する建物内に保険医療機関（診療所に限る。）が所在している保険薬局については、告示日以降、新たに他の保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有しない場合に限り、当面の間、第十五の一の（６）のイに該当しないものとする。

【Ⅲ－８　地域の医薬品供給拠点としての薬局に求められる機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対人業務の充実化－③】

③　地域支援体制加算の見直し

第１　基本的な考え方

地域での医薬品供給を通じた適切な医療提供体制の構築を促進する観点から、地域支援体制加算の要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．地域支援体制加算の名称について、地域支援・医薬品供給対応体制加算に改める。（地域支援・医薬品供給対応体制加算１については、Ⅳ－１－（③）「医薬品の安定供給に資する体制に係る評価の新設及び後発医薬品調剤体制加算の廃止」に記載。）

２．地域への貢献を行っている薬局を適切に評価するため、地域支援体制加算の各種算定要件を見直す。

改　定　案	現　　行
【調剤基本料】 ［算定要件］ 注５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局（注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数（特別調剤基本料Ａを算定する保険薬局において調剤した場合には、それぞれの点数の100分の10に相当する点数）を所定点数に加算する。 イ　地域支援・医薬品供給対応体制加算１　●●点 ロ　地域支援・医薬品供給対応体制加算２　●●点 ハ　地域支援・医薬品供給対応体制加算３　●●点	【調剤基本料】 ［算定要件］ 注５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局（注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数（特別調剤基本料Ａを算定する保険薬局において調剤した場合には、それぞれの点数の100分の10に相当する点数）を所定点数に加算する。 イ　地域支援体制加算１　32点 ロ　地域支援体制加算２　40点 ハ　地域支援体制加算３　10点

ニ　地域支援・医薬品供給対応体制加算４　●●点	ニ　地域支援体制加算４　32点
ホ　地域支援・医薬品供給対応体制加算５　●●点	（新設）
【地域支援・医薬品供給対応体制加算】	【地域支援体制加算】
［施設基準］	［施設基準］
四　地域支援・医薬品供給対応体制加算の施設基準	四　地域支援体制加算の施設基準
（１）　地域支援・医薬品供給対応体制加算１の施設基準 次のいずれにも該当する保険薬局であること。	（新設）
イ　地域における医薬品の安定供給を確保するために必要な体制を有していること。	
ロ　当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が●割以上であること。	
（２）　地域支援・医薬品供給対応体制加算２の施設基準 次のいずれにも該当する保険薬局であること。	（１）　地域支援体制加算１の施設基準 次のいずれにも該当する保険薬局であること。
イ　（１）に掲げる施設基準を満たすこと。	（新設）
ロ　調剤基本料１を算定していること。	イ　調剤基本料１を算定している保険薬局であること。
ハ　地域医療への貢献に係る十分な体制を整備していること。	ロ　地域医療への貢献に係る十分な体制が整備されていること。
ニ　地域医療への貢献に係る十分な実績を有していること。	ハ　地域医療への貢献に係る十分な実績を有していること。
（３）　地域支援・医薬品供給対応体制加算３の施設基準 次のいずれにも該当する保険薬局であること。	（２）　地域支援体制加算２の施設基準 次のいずれにも該当する保険薬局であること。
イ　（２）のイからハまでに該当すること。	イ　（１）のイ及びロに該当する保険薬局であること。
ロ　地域医療への貢献に係る相当の実績を有していること。	ロ　地域医療への貢献に係る相当の実績を有していること。

（４）　地域支援・医薬品供給対応体制加算４の施設基準 次のいずれにも該当する保険薬局であること。 イ　（１）に掲げる施設基準を満たすこと。 ロ　調剤基本料１又は調剤基本料の注２に規定する特別調剤基本料Ｂ以外を算定していること。 ハ　地域医療への貢献に係る十分な体制が整備されていること。 ニ　（２）のニに該当する保険薬局であること。	（３）　地域支援体制加算３の施設基準 次のいずれにも該当する保険薬局であること。 （新設） イ　調剤基本料１又は調剤基本料の注２に規定する特別調剤基本料Ｂ以外を算定している保険薬局であること。 ロ　地域医療への貢献に係る十分な体制が整備されていること。 ハ　（１）のハに該当する保険薬局であること。
（５）　地域支援・医薬品供給対応体制加算５の施設基準 （３）のロ及び（４）のイからハまでに該当する保険薬局であること。	（４）　地域支援体制加算４の施設基準 （２）のロ並びに（３）のイ及びロに該当する保険薬局であること。

[経過措置]

令和８年３月 31 日において現に後発医薬品調剤体制加算１、２又は３に係る届出を行っている保険薬局については、令和９年５月 31 日までの間に限り、第十五の四の（１）のロに該当するものとみなす。

※　地域医療への貢献に係る体制及び実績については、施設基準通知において以下の内容等を規定する予定。

（体制について）

○　令和８年６月以降に開設する保険薬局又は改築若しくは増築する保険薬局においては、面積が 16 平方メートル以上の調剤室を有すること。

○　セルフメディケーション関連機器を設置していること。

○　薬事未承認の研究用試薬・検査サービスを販売又は提供していないこと。

（実績について）

○　調剤時の薬剤一元管理による疑義照会や残薬調整に係る評価項目を一定程度算定していること。

○　かかりつけ薬剤師による服薬指導を一定程度実施していること（服薬管理指導料１のイを算定していること。）。

○　服用薬剤調整支援料２の見直しに伴い、実績要件の項目から服用薬剤調整支援料を削除すること。

【Ⅲ－８　地域の医薬品供給拠点としての薬局に求められる機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対人業務の充実化－④】

④　調剤管理料の見直し

第１　基本的な考え方

対人業務である薬学的管理の質を適切に評価する観点から、内服薬の調剤日数によって４つに区分されている調剤管理料を見直す。

第２　具体的な内容

１．内服薬（内服用滴剤、浸煎薬、湯薬又は屯服薬であるものを除く。）を調剤した場合の調剤管理料を、長期処方（28 日分以上）とそれ以外（27 日分以下）との２区分とし、これに伴い、調剤管理料全体の点数も見直す。

２．調剤管理加算を廃止する。

改　定　案	現　　行
【調剤管理料】 １　内服薬（内服用滴剤、浸煎薬、湯薬又は屯服薬であるものを除く。）を調剤した場合（１剤につき） イ　長期処方（28日分以上）の場合　●●点 ロ　イ以外（27日分以下）の場合　●●点 （削除） （削除） ２　１以外の場合　●●点 ［算定要件］ （削除）	【調剤管理料】 １　内服薬（内服用滴剤、浸煎薬、湯薬及び屯服薬であるものを除く。）を調剤した場合（１剤につき） イ　７日分以下の場合　４点 ロ　８日分以上14日分以下の場合　28点 ハ　15日分以上28日分以下の場合　50点 ニ　29日分以上の場合　60点 ２　１以外の場合　４点 ［算定要件］ 注４　別に厚生労働大臣が定める保険薬局（注３に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において、複数の保険医療機関から６種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されている患者又

	はその家族等に対して、当該患者が服用中の薬剤について、服薬状況等の情報を一元的に把握し、必要な薬学的管理を行った場合は、調剤管理加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ　初めて処方箋を持参した場合　３点 ロ　２回目以降に処方箋を持参した場合であって処方内容の変更により薬剤の変更又は追加があった場合　３点

【Ⅲ－８　地域の医薬品供給拠点としての薬局に求められる機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対人業務の充実化－⑤】

⑤　重複投薬・相互作用等防止加算等の見直し

第１　基本的な考え方

かかりつけ薬剤師の推進並びに服用薬剤の継続的・一元的把握に基づく薬剤調整及び実効性の高い残薬対策を評価する観点から、重複投薬・相互作用等防止加算等の見直しを行う。

第２　具体的な内容

１．調剤管理料の重複投薬・相互作用等防止加算を廃止する。

改　定　案	現　　行
【調剤管理料】 ［算定要件］ （削除）	【調剤管理料】 ［算定要件］ 注３　薬剤服用歴等に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合（別に厚生労働大臣が定める保険薬局において行われた場合を除く。）は、重複投薬・相互作用等防止加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、区分番号１５に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料、区分番号１５の２に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料又は区分番号１５の３に掲げる在宅患者緊急時等共同指導料を算定している患者については、算定しない。 イ　残薬調整に係るもの以外の場合　40点 ロ　残薬調整に係るものの場合　20点

２．在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料を廃止する。

改　定　案	現　　行
【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】 （削除）	【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】 １５の６　在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料 １　処方箋に基づき処方医に処方内容を照会し、処方内容が変更された場合 イ　残薬調整に係るもの以外の場合　40点 ロ　残薬調整に係るものの場合　20点 ２　患者へ処方箋を交付する前に処方医と処方内容を相談し、処方に係る提案が反映された処方箋を受け付けた場合 イ　残薬調整に係るもの以外の場合　40点 ロ　残薬調整に係るものの場合　20点

３．患者又はその家族等から残薬の聞き取りを行い、残薬調整を実施した場合の評価を新設する。

（新）　　調剤時残薬調整加算

［対象患者］

調剤管理料を算定する患者であって、飲み残した医薬品や飲み忘れた医薬品（残薬）が確認された患者

［算定要件］

患者又はその家族等から収集した情報等に基づいて残薬が確認された患者において、処方医の指示の下に、残薬の調整のために７日分以上相当の処方日数の変更を行った場合（別に厚生労働大臣が定める保険薬局において行われた場合を除く。）は、調剤時残薬調整加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、薬剤師が患者の服薬状況等により必要性があると判断し、６日分以下相当の処方日数の変更を行う場合には、その理由を調剤報酬明細書に記載することで算定可能とする。

イ　区分番号１５に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する患者その他厚生労働大臣が定める患者（以下「在宅患者」という。）へ処方箋が交付される前に処方内容を処方医に相談し、処方に係る提案が反映された処方箋を受け付けた場合　●●点

ロ　在宅患者に対して処方日数の変更を行った場合（イの場合を除く。）　●●点

ハ　服薬管理指導料の注１に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局において、患者から同意を得た特定の保険薬剤師（以下「かかりつけ薬剤師」という。）が、当該患者に対して行った場合（イ又はロの場合を除く。）　●●点

ニ　イからハまで以外の場合　●●点

[施設基準]

調剤時残薬調整加算に規定する保険薬局

適切な手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局であること。

調剤時残薬調整加算のイに規定する患者

（１）　在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を算定している患者

（２）　在宅患者緊急時等共同指導料を算定している患者

（３）　指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準に規定する居宅療養管理指導費（薬局の薬剤師が行う場合に限る。）を算定している患者

（４）　指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準に規定する介護予防居宅療養管理指導費（薬局の薬剤師が行う場合に限る。）を算定している患者

４．服用薬剤の一元管理に基づく薬剤調整を実施した場合の評価を新設する。

（新）　　薬学的有害事象等防止加算

[対象患者]

調剤管理料を算定する患者であって、処方医に確認すべき点（残薬に係るものを除く。）がある処方箋が交付された患者

[算定要件]

薬剤服用歴、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（平成元年法律第六十四号）に基づく電磁的記録をもって作成された処方箋の仕組みを用いた重複投薬の確認等に基づき、処方医に対する照会（残薬調整に係るものを除く。）の結果、処方に変更が行われた場合（別に厚生労働大臣が定める保険薬局において行った場合

を除く。）は、薬学的有害事象等防止加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ　在宅患者へ処方箋を交付する前に処方内容を処方医に相談し、処方に係る提案が反映された処方箋を受け付けた場合　●●点

ロ　在宅患者に対して行った場合（イの場合を除く。）　●●点

ハ　かかりつけ薬剤師が、同意を得た患者に対して行った場合（イ又はロの場合を除く。）　●●点

ニ　イからハまで以外の場合　●●点

[施設基準]

薬学的有害事象等防止加算に規定する保険薬局

適切な手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局であること。

薬学的有害事象等防止加算のイに規定する患者に規定する患者

（１）　在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を算定している患者

（２）　在宅患者緊急時等共同指導料を算定している患者

（３）　指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準に規定する居宅療養管理指導費（薬局の薬剤師が行う場合に限る。）を算定している患者

（４）　指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準に規定する介護予防居宅療養管理指導費（薬局の薬剤師が行う場合に限る。）を算定している患者

【Ⅲ－８　地域の医薬品供給拠点としての薬局に求められる機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対人業務の充実化－⑥】

⑥　かかりつけ薬剤師の推進

「Ⅱ－３－⑧」を参照のこと。

【Ⅲ－８　地域の医薬品供給拠点としての薬局に求められる機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対人業務の充実化－⑦】

⑦　吸入薬管理指導加算の見直し

第１　基本的な考え方

保険薬局におけるインフルエンザ吸入薬指導について、慢性疾患と同様の服薬指導や曝露対策を実施している現状を踏まえ、吸入薬管理指導加算の要件と評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．吸入薬管理指導加算について、算定対象となる患者にインフルエンザウイルス感染症患者を含める。このとき、患者が自ら吸入を行う吸入薬の適応症は、喘息、慢性閉塞性肺疾患及びインフルエンザウイルス感染症のみであることを踏まえ、患者の範囲を整理する。

２．算定可能な間隔及び評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【吸入薬管理指導加算】 ［算定要件］ 注10　吸入薬の投薬が行われている患者に対して、当該患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者の同意を得た上で、文書及び練習用吸入器等を用いて、必要な薬学的管理及び指導を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合には、吸入薬指導加算として、６月に１回に限り●●点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号１５の５に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。	【吸入薬管理指導加算】 ［算定要件］ 注10　喘息又は慢性閉塞性肺疾患の患者であって、吸入薬の投薬が行われているものに対して、当該患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者の同意を得た上で、文書及び練習用吸入器等を用いて、必要な薬学的管理及び指導を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合には、吸入薬指導加算として、３月に１回に限り30点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号１５の５に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。

【Ⅲ－８　地域の医薬品供給拠点としての薬局に求められる機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対人業務の充実化－⑧】

⑧　服用薬剤調整支援料の見直し

第１　基本的な考え方

必ずしも服用薬剤数の削減によらない服用薬剤調整支援の手法が策定されている状況を踏まえ、服用薬剤調整支援料について、要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

服用薬剤調整支援料２について、かかりつけ薬剤師が患者に対し薬物療法の適正化支援を実施することを算定要件とするとともに、その評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【服用薬剤調整支援料】 服用薬剤調整支援料２　　●●点	【服用薬剤調整支援料】 服用薬剤調整支援料２ イ　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局において行った場合　　110点 ロ　イ以外の場合　　90点
［算定要件］ 注２　２については、複数の保険医療機関から６種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されている患者について、患者又はその家族等の求めに応じ、かかりつけ薬剤師（患者の服薬状況等に係る総合的な管理及び評価を行うために必要な研修を受けたものに限る。）が、当該患者の服用中の薬剤を継続的及び一元的に把握した結果、服用中の薬剤の調整を必要と認める場合であって、必要な評価等を実施した上で、処方医に対して、当該調整について文書を用いて提案した場合には、	［算定要件］ 注２　２については、複数の保険医療機関から６種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されているたものについて、患者又はその家族等の求めに応じ、当該患者が服用中の薬剤について、一元的に把握した結果、重複投薬等が確認された場合であって、処方医に対して、保険薬剤師が当該重複投薬等の解消に係る提案を文書を用いて行った場合に、３月に１回に限り所定点数を算定する。ただし、区分番号００に掲げる調剤基本料の注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局

同一の患者に対して６月に１回に限り、かかりつけ薬剤師１人につき月４回まで所定点数を算定できる。ただし、区分番号００に掲げる調剤基本料の注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。	においては、算定できない。
［施設基準］ （削除）	［施設基準］ 十一の二　服用薬剤調整支援料２のイに規定する施設基準 重複投薬等の解消に係る実績を有していること。

※　服用薬剤調整支援料２における具体的に必要な実施事項については、留意事項通知において以下のような内容を規定する予定。

ア　薬物治療に関する患者又はその家族等からの主観的情報の聴取

イ　検査値等の薬物治療に必要な客観的情報の収集

ウ　服薬支援に必要な患者の生活状況及び意向に関する情報の聴取

エ　各服用薬剤がもたらす治療効果及び有害事象の評価

オ　解決すべき薬剤関連問題の特定及び整理

カ　服用薬剤調整後の観察計画及び対応案の立案

［適用日］

令和９年６月１日から適用する。

【Ⅲ－８　地域の医薬品供給拠点としての薬局に求められる機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対人業務の充実化－⑨】

⑨　調剤報酬体系の簡素化に向けた見直し

第１　基本的な考え方

調剤報酬の簡素化の観点から、類似する算定項目を統合する。

第２　具体的な内容

１．在宅患者訪問薬剤管理指導料の注２に規定する在宅患者オンライン薬剤管理指導料を廃止する。

改　定　案	現　　行
【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 ［算定要件］ （削除）	【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 ［算定要件］ 注２　在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、情報通信機器を用いた薬学的管理及び指導（訪問薬剤管理指導と同日に行う場合を除く。）を行った場合に、注１の規定にかかわらず、在宅患者オンライン薬剤管理指導料として、患者１人につき、１から３までと合わせて月４回（末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な患者及び中心静脈栄養法の対象患者にあっては、週２回かつ月８回）に限り59点を算定する。また、保険薬剤師１人につき、１から３までと合わせて週40回に限り算定できる。ただし、区分番号００に掲げる調剤基本料の注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。
２　麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、	３　麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、

副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、麻薬管理指導加算として、１回につき100点を所定点数に加算する。	副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、麻薬管理指導加算として、１回につき100点（注２本文に規定する在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付１回につき22点）を所定点数に加算する。
３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、在宅で医療用麻薬持続注射療法を行っている患者に対して、その投与及び保管の状況、副作用の有無等について患者又はその家族等に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算として、１回につき250点を所定点数に加算する。この場合において、注３に規定する加算は算定できない。	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薬局において、在宅で医療用麻薬持続注射療法を行っている患者に対して、その投与及び保管の状況、副作用の有無等について患者又はその家族等に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合（注２に規定する場合を除く。）は、在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算として、１回につき250点を所定点数に加算する。この場合において、注３に規定する加算は算定できない。
４　在宅で療養を行っている６歳未満の乳幼児であって、通院が困難なものに対して、患家を訪問して、直接患者又はその家族等に対して薬学的管理及び指導を行った場合は、乳幼児加算として、１回につき100点を所定点数に加算する。	５　在宅で療養を行っている６歳未満の乳幼児であって、通院が困難なものに対して、患家を訪問して、直接患者又はその家族等に対して薬学的管理及び指導を行った場合は、乳幼児加算として、１回につき100点（注２本文に規定する在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付１回につき12点）を所定点数に加算する。
５　児童福祉法第56条の６第２項に規定する障害児である患者又はその家族等に対して、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、小児特定加算として、１回につき450点を所定点数に加算する。この場合において、注５に規定する加算は算定できな	６　児童福祉法第56条の６第２項に規定する障害児である患者又はその家族等に対して、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、小児特定加算として、１回につき450点（注２本文に規定する在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処

い。	方箋受付１回につき350点）を所定点数に加算する。この場合において、注５に規定する加算は算定できない。
６　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、在宅中心静脈栄養法を行っている患者に対して、その投与及び保管の状況、配合変化の有無について確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、在宅中心静脈栄養法加算として、１回につき150点を所定点数に加算する。	７　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、在宅中心静脈栄養法を行っている患者に対して、その投与及び保管の状況、配合変化の有無について確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合（注２に規定する場合を除く。）は、在宅中心静脈栄養法加算として、１回につき150点を所定点数に加算する。

２．在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の注１に規定する在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料を廃止する。

改　定　案	現　　行
【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】 ［算定要件］ 注１　１及び２について、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、１と２を合わせて月４回（末期の悪性腫瘍の患者又は注射による麻薬の投与が必要な患者にあっては、原則として月８回）に限り算定する。なお、区分番号００に掲げる調剤基本料	【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】 ［算定要件］ 注１　１及び２について、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、１と２を合わせて月４回（末期の悪性腫瘍の患者又は注射による麻薬の投与が必要な患者にあっては、原則として月８回）に限り算定する。ただし、情報通信機器を用いて必要な薬

の注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。	学的管理及び指導を行った場合には、在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料として、59点を算定する。なお、区分番号００に掲げる調剤基本料の注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。
２　麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、麻薬管理指導加算として、１回につき100点を所定点数に加算する。	２　麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、麻薬管理指導加算として、１回につき100点（注１のただし書に規定する在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付１回につき22点）を所定点数に加算する。
３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、在宅で医療用麻薬持続注射療法を行っている患者に対して、その投与及び保管の状況、副作用の有無等について患者又はその家族等に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算として、１回につき250点を所定点数に加算する。この場合において、注２に規定する加算は算定できない。	３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、在宅で医療用麻薬持続注射療法を行っている患者に対して、その投与及び保管の状況、副作用の有無等について患者又はその家族等に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合（注１のただし書に規定する場合を除く。）は、在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算として、１回につき250点を所定点数に加算する。この場合において、注２に規定する加算は算定できない。
４　在宅で療養を行っている６歳未満の乳幼児であって、通院が困難なものに対して、患家を訪問して、直接患者又はその家族等に対して薬学的管理及び指導を行った場合は、乳幼児加算として、１回につき100点を所定点数に加算する。	４　在宅で療養を行っている６歳未満の乳幼児であって、通院が困難なものに対して、患家を訪問して、直接患者又はその家族等に対して薬学的管理及び指導を行った場合は、乳幼児加算として、１回につき100点（注１のただし書に規定する在宅患者緊

	急オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付１回につき12点）を所定点数に加算する。
５　児童福祉法第56条の６第２項に規定する障害児である患者又はその家族等に対して、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、小児特定加算として、１回につき450点を所定点数に加算する。この場合において、注４に規定する加算は算定できない。	５　児童福祉法第56条の６第２項に規定する障害児である患者又はその家族等に対して、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、小児特定加算として、１回につき450点（注１のただし書に規定する在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付１回につき350点）を所定点数に加算する。この場合において、注４に規定する加算は算定できない。
６　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、在宅中心静脈栄養法を行っている患者に対して、その投与及び保管の状況、配合変化の有無について確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、在宅中心静脈栄養法加算として、１回につき150点を所定点数に加算する。	６　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、在宅中心静脈栄養法を行っている患者に対して、その投与及び保管の状況、配合変化の有無について確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合（注１のただし書に規定する場合を除く。）は、在宅中心静脈栄養法加算として、１回につき150点を所定点数に加算する。
７～９　（略）	７～９　（略）
10　注１の規定にかかわらず、感染症法第６条第７項に規定する新型インフルエンザ等感染症、同条第８項に規定する指定感染症、同条第９項に規定する新感染症の患者であって、患家又は宿泊施設で療養する者、介護老人保健施設、介護医療院、地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設に入所する者に対して交付された処方箋を受け付けた場合において、処方箋を発行した医師の指示により、当該保険薬局の薬剤師が患家又は	10　注１の規定にかかわらず、感染症法第６条第７項に規定する新型インフルエンザ等感染症、同条第８項に規定する指定感染症、同条第９項に規定する新感染症の患者であって、患家又は宿泊施設で療養する者、介護老人保健施設、介護医療院、地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設に入所する者に対して交付された処方箋を受け付けた場合において、処方箋を発行した医師の指示により、当該保険薬局の薬剤師が患家又は

当該施設を緊急に訪問し、当該患者又はその家族等に対して対面による服薬指導その他の必要な薬学的管理及び指導を実施し、薬剤を交付した場合には、１を算定する。この場合において、注10については、区分番号１０の３に掲げる服薬管理指導料は、別に算定できない。	当該施設を緊急に訪問し、当該患者又はその家族等に対して対面による服薬指導その他の必要な薬学的管理及び指導を実施し、薬剤を交付した場合には、１を算定する。ただし、情報通信機器を用いて必要な薬学的管理及び指導を行った場合には、在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料として、59点を算定する。この場合において、注10については、区分番号１０の３に掲げる服薬管理指導料、区分番号１３の２に掲げるかかりつけ薬剤師指導料、区分番号１３の３に掲げるかかりつけ薬剤師包括管理料は、別に算定できない。

３．在宅で療養を行っている患者であって、通院が困難な者に対して情報通信機器を用いて服薬指導を行った場合、服薬管理指導料４を算定可能にするとともに、所要の改正を行う。

改　定　案	現　　行
【服薬管理指導料】 １～３　（略） ４　情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合 イ　原則３月以内に再度処方箋を提出した患者に対して行った場合　45点 ロ　在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して行った場合　●●点 ハ　ロのうち、患者の状態の急変等に伴い行った場合　●●点 ニ　イからハまで以外の場合　59点 ［算定要件］ 注３　４のイ及びニについては、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合に、処方箋受付１回につき所定点数を算定する。４	【服薬管理指導料】 １～３　（略） ４　情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合 イ　原則３月以内に再度処方箋を提出した患者に対して行った場合　45点 （新設） （新設） ロ　イの患者以外の患者に対して行った場合　59点 ［算定要件］ 注３　４については、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合に、処方箋受付１回につき所定点数を算定する。ただし、４の

のロについては、訪問薬剤管理指導と同日に行う場合を除き、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合に、患者１人につき、区分番号１５に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料と合わせて、月４回（末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な患者又は中心静脈栄養法の対象患者にあっては、週２回かつ月８回）に限り、所定点数を算定する。４のハについては、患者１人につき、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合に、区分番号１５の２に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料と合わせて、月４回（末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な患者又は中心静脈栄養法の対象患者にあっては、週２回かつ月８回）に限り、所定点数を算定する。ただし、４のイの患者であって手帳を提示しないものに対して、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合は、４のニにより算定する。なお、区分番号００に掲げる調剤基本料の注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。	イの患者であって手帳を提示しないものに対して、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合は、４のロにより算定する。なお、区分番号００に掲げる調剤基本料の注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。
４　（略）	４　（略）
５　特に安全管理が必要な医薬品として別に厚生労働大臣が定めるものを調剤した場合であって、当該医薬品の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときには、特定薬剤管理指導加算１として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、４のロ又はハを算定する場合においては加算しない。	５　特に安全管理が必要な医薬品として別に厚生労働大臣が定めるものを調剤した場合であって、当該医薬品の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときには、特定薬剤管理指導加算１として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ・ロ　（略）	イ・ロ　（略）
６　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該患者の副作用の発現状況、治療計画等を文書により確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った上で、当該患者の同意を得て、悪性腫瘍の治療に係る薬剤の投薬又は注射に関し、電話等により、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合には、特定薬剤管理指導加算２として、月１回に限り100点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号１５の５に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。また、４のロ又はハを算定する場合においては加算しない。	６　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該患者の副作用の発現状況、治療計画等を文書により確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った上で、当該患者の同意を得て、悪性腫瘍の治療に係る薬剤の投薬又は注射に関し、電話等により、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合には、特定薬剤管理指導加算２として、月１回に限り100点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号１５の５に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。
７　調剤を行う医薬品を患者が選択するために必要な説明及び指導を行ったイ又はロに掲げる場合には、特定薬剤管理指導加算３として、患者１人につき当該品目に関して最初に処方された１回に限り、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、４のロ又はハを算定する場合においては加算しない。	７　調剤を行う医薬品を患者が選択するために必要な説明及び指導を行ったイ又はロに掲げる場合には、特定薬剤管理指導加算３として、患者１人につき当該品目に関して最初に処方された１回に限り、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。
イ・ロ　（略）	イ・ロ　（略）
８・９　（略）	８・９　（略）
10　喘息又は慢性閉塞性肺疾患の患者であって、吸入薬の投薬が行われているものに対して、当該患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者の同意を得た上で、文書及び練習用吸入器等を用いて、必要な薬学的管理及び指導	10　喘息又は慢性閉塞性肺疾患の患者であって、吸入薬の投薬が行われているものに対して、当該患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者の同意を得た上で、文書及び練習用吸入器等を用いて、必要な薬学的管理及び指導

を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合には、吸入薬指導加算として、３月に１回に限り30点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号１５の５に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。また、４のロ又はハを算定する場合においては加算しない。	を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合には、吸入薬指導加算として、３月に１回に限り30点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号１５の５に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。
11　区分番号１５に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、４のロ若しくはハを算定する場合又は当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病若しくは負傷に係る臨時の投薬が行われた場合を除き、算定しない。	11　区分番号１５に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合を除き、算定しない。

①　処方箋料の見直し

第１　基本的な考え方

後発医薬品の使用促進等の観点から、処方等に係る評価体系を見直す。

第２　具体的な内容

１．後発医薬品の置き換えの進展等を踏まえ、一般名処方加算の評価を見直す。

２．バイオ後続品の使用促進の観点から、一般名処方加算について、バイオ後続品のあるバイオ医薬品の一般名処方を行う場合も評価の対象とする。

３．同一の患者に対して、同一診療日に、一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を院外処方箋により投薬することは原則として認められていないが、緊急やむを得ずこのような投薬を行った場合の取扱いについて、明確化する。

改　定　案	現　　行
【処方箋料】 注１～５　（略） ６　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付１回につきそれぞれ所定点数に加算する。 イ　一般名処方加算１　●●点 ロ　一般名処方加算２　●●点 ７・８　（略）	【処方箋料】 注１～５　（略） ６　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付１回につきそれぞれ所定点数に加算する。 イ　一般名処方加算１　10点 ロ　一般名処方加算２　８点 ７・８　（略）
（１）　医師が処方する投薬量については、予見することができる必要期間に従ったものでなければならず、30日を超える長期の投	（１）　医師が処方する投薬量については、予見することができる必要期間に従ったものでなければならず、30日を超える長期の投

薬を行うに当たっては、長期の投薬が可能な程度に病状が安定し、服薬管理が可能である旨を医師が確認するとともに、病状が変化した際の対応方法及び当該保険医療機関の連絡先を患者に周知する。 　なお、上記の要件を満たさない場合は、原則として次に掲げるいずれかの対応を行うこと。 ア　30日以内に再診を行う。 （削除）	薬を行うに当たっては、長期の投薬が可能な程度に病状が安定し、服薬管理が可能である旨を医師が確認するとともに、病状が変化した際の対応方法及び当該保険医療機関の連絡先を患者に周知する。 　なお、上記の要件を満たさない場合は、原則として次に掲げるいずれかの対応を行うこと。 ア　30日以内に再診を行う。 イ　許可病床数が200床以上の保険医療機関にあっては、患者に対して他の保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）に文書による紹介を行う旨の申出を行う。
イ　患者の病状は安定しているものの服薬管理が難しい場合には、分割指示に係る処方箋を交付する。	ウ　患者の病状は安定しているものの服薬管理が難しい場合には、分割指示に係る処方箋を交付する。
（２）～（８）　（略）	（２）～（８）　（略）
（９）　同一の患者に対して、同一診療日に、一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を院外処方箋により投薬することは、原則として認められない。ただし、緊急やむを得ない事態が生じ、このような方法による投薬を行った場合は、「Ｆ０００」調剤料及び「Ｆ１００」処方料は算定せず、院内投薬に係る「Ｆ２００」薬剤及び処方箋料を算定し、当該診療報酬明細書の「摘要欄」に、その日付並びに理由を記載すること。ここでいう「緊急やむを得ない事態」とは、常時院外処方箋による投薬を行っている患者に対して、患者の症状等から緊急に投薬の必要性を認めて臨時的に院内投薬を行った場合又は常時院内投薬を行っている患者に対して、当該保険医療機関で常用してい	（９）　同一の患者に対して、同一診療日に、一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を院外処方箋により投薬することは、原則として認められない。 　また、注射器、注射針又はその両者のみを処方箋により投与することは認められない。

ない薬剤を緊急かつ臨時的に院外処方箋により投薬した場合をいう。 　また、注射器、注射針又はその両者のみを処方箋により投与することは認められない。	
(10)・(11)　（略）	(10)・(11)　（略）
(12)　「注６」に規定する一般名処方加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関が、後発医薬品のある医薬品及びバイオ後続品のあるバイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先行バイオ医薬品は除く。以下この項において同じ。）について、薬価基準に収載されている品名に代えて、一般的名称に剤形及び含量を付加した記載（以下「一般名処方」という。）による処方箋を交付した場合に限り算定できるものである。交付した処方箋に含まれる医薬品のうち、後発医薬品のある全ての医薬品及びバイオ後続品のあるバイオ医薬品（２品目以上の場合に限る。）が一般名処方されている場合には一般名処方加算１を、１品目でも一般名処方されたものが含まれている場合には一般名処方加算２を、処方箋の交付１回につきそれぞれ加算する。品目数については、一般的名称で計算する。ただし、投与経路が異なる場合は、一般的名称が同一であっても、別品目として計算する。 　なお、一般名処方とは、単に医師が先発医薬品若しくは後発医薬品又は先行バイオ医薬品若しくはバイオ後続品といった個別の銘柄にこだわらずに処方を行っているものである。 　また、一般名処方を行った場	(12)　「注６」に規定する一般名処方加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関が、後発医薬品のある医薬品について、薬価基準に収載されている品名に代えて、一般的名称に剤形及び含量を付加した記載（以下「一般名処方」という。）による処方箋を交付した場合に限り算定できるものである。交付した処方箋に含まれる医薬品のうち、後発医薬品のある全ての医薬品（２品目以上の場合に限る。）が一般名処方されている場合には一般名処方加算１を、１品目でも一般名処方されたものが含まれている場合には一般名処方加算２を、処方箋の交付１回につきそれぞれ加算する。品目数については、一般的名称で計算する。ただし、投与経路が異なる場合は、一般的名称が同一であっても、別品目として計算する。 　なお、一般名処方とは、単に医師が先発医薬品か後発医薬品かといった個別の銘柄にこだわらずに処方を行っているものである。 　また、一般名処方を行った場合の（６）の取扱いにおいて、「種類」の計算に当たっては、該当する医薬品の薬価のうち最も低いものの薬価とみなすものとする。

合の（６）の取扱いにおいて、「種類」の計算に当たっては、該当する医薬品の薬価のうち最も低いものの薬価とみなすものとする。 (13)～(16)（略）	 (13)～(16)（略）

②　バイオ後続品使用体制加算の見直し

第１　基本的な考え方

バイオ後続品の使用を促進するための体制が整備されている医療機関をより適切に評価する観点から、バイオ後続品使用体制加算の要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．バイオ後続品使用体制加算は、バイオ医薬品を使用する患者について、入院初日に算定するとされているところ、入院初日以降にバイオ医薬品を患者に使用する場合の算定方法を明確化する観点から、その算定日を退院日に変更する。

改　定　案	現　　行
【バイオ後続品使用体制加算】 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、バイオ後続品使用体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって、バイオ後続品のある先行バイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先行バイオ医薬品は除く。）及びバイオ後続品を使用する患者について、バイオ後続品使用体制加算として、退院の日に１回に限り所定点数に加算する。	【バイオ後続品使用体制加算】 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、バイオ後続品使用体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって、バイオ後続品のある先発バイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く。）及びバイオ後続品を使用する患者について、バイオ後続品使用体制加算として、入院初日に限り所定点数に加算する。

２．バイオ後続品のある先行バイオ医薬品及びバイオ後続品の使用回数の合計に係る要件を廃止し、バイオ後続品のあるバイオ医薬品のうち少なくとも１つ以上の成分で、直近１年間に調剤した規格単位数量の合計が 50 以上であることを要件とする。

３．バイオ後続品のある先行バイオ医薬品として新たに収載された医薬品等について、その使用状況に応じて、バイオ後続品使用体制加算の要件の対象となる成分に追加する。

改　定　案	現　　行
【バイオ後続品使用体制加算】 ［施設基準］ 三十五の三の二　バイオ後続品使用体制加算 （１）　バイオ後続品の使用を促進するための体制が整備されていること。 （２）　バイオ後続品のある先行バイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先行バイオ医薬品は除く。以下同じ。）及びバイオ後続品の使用について、十分な実績を有すること。 （削除）	【バイオ後続品使用体制加算】 ［施設基準］ 三十五の三の二　バイオ後続品使用体制加算 （１）　バイオ後続品の使用を促進するための体制が整備されていること。 （２）　直近一年間にバイオ後続品のある先発バイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く。「先発バイオ医薬品」という。）及びバイオ後続品の使用回数の合計が百回を超えること。 （３）　当該保険医療機関において調剤した先発バイオ医薬品及びバイオ後続品について、当該薬剤を合算した規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合について、次のいずれにも該当すること。 イ　次に掲げる成分について、当該保険医療機関において調剤した先発バイオ医薬品及びバイオ後続品について、当該成分全体の規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合が八割以上であること。ただし、直近一年間における当該成分の規格単位数量が五十未満の場合を除く。 ①　エポエチン ②　リツキシマブ ③　トラスツズマブ ④　テリパラチド ロ　次に掲げる成分について、

	当該保険医療機関において調剤した先発バイオ医薬品及びバイオ後続品について、当該成分全体の規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合が五割以上であること。ただし、直近一年間における当該成分の規格単位数量が五十未満の場合を除く。 ① ソマトロピン ② インフリキシマブ ③ エタネルセプト ④ アガルシダーゼベータ ⑤ ベバシズマブ ⑥ インスリンリスプロ ⑦ インスリンアスパルト ⑧ アダリムマブ ⑨ ラニビズマブ
（３）・（４）　（略）	（４）・（５）　（略）
第26の２の３　バイオ後続品使用体制加算 １　バイオ後続品使用体制加算の施設基準 （１）　（略） （削除）	第26の２の３　バイオ後続品使用体制加算 １　バイオ後続品使用体制加算の施設基準 （１）　（略） （２）　直近１年間におけるバイオ後続品のある先発バイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く。以下「先発バイオ医薬品」という。）及びバイオ後続品の使用回数の合計が100回を超えること。
（２）　当該保険医療機関において調剤した先行バイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先行バイオ医薬品は除く。以下同じ。）及びバイオ後続品について、当該薬剤を合算した規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合について、ア及びイを満たすこ	（３）　当該保険医療機関において調剤した先発バイオ医薬品及びバイオ後続品について、当該薬剤を合算した規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合について、ア及びイを満たすこと。

と。なお、ア又はイに掲げるそれぞれの成分について、直近１年間に当該保険医療機関において調剤した先行バイオ医薬品及びバイオ後続品の規格単位数量の合計が50未満の場合においては、当該成分に限り、ア又はイに定める基準未満であっても差し支えないが、ア又はイに掲げる成分のうち少なくとも１つ以上の成分については、規格単位数量の合計が50以上であること。	
ア　次に掲げる成分について、当該保険医療機関において調剤した先行バイオ医薬品及びバイオ後続品について、当該成分全体の規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合がそれぞれ80%以上であること。	ア　次に掲げる成分について、当該保険医療機関において調剤した先発バイオ医薬品及びバイオ後続品について、当該成分全体の規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合が80%以上であること。ただし、直近１年間における当該成分の規格単位数量の合計が50未満の場合を除く。
（イ）～（ニ）　（略） （ホ）　ラニビズマブ （ヘ）　インスリングラルギン （ト）　ダルベポエチン （チ）　フィルグラスチム	（イ）～（ニ）　（略） （新設） （新設） （新設） （新設）
イ　次に掲げる成分について、当該保険医療機関において調剤した先行バイオ医薬品及びバイオ後続品について、当該成分全体の規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合がそれぞれ50%以上であること。	イ　次に掲げる成分について、当該保険医療機関において調剤した先発バイオ医薬品及びバイオ後続品について、当該成分全体の規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合が50%以上であること。ただし、直近１年間における当該成分の規格単位数量の合計が50未満の場合を除く。
（イ）～（チ）　（略） （リ）　アフリベルセプト （ヌ）　ウステキヌマブ	（イ）～（チ）　（略） （リ）　ラニビズマブ （新設）

（ル）　ペグフィルグラスチム （ヲ）　トシリズマブ （３）　入院及び外来においてバイオ後続品の使用に積極的に取り組んでいる旨及びバイオ後続品の導入に関する説明を積極的に行っている旨を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。 （４）　（略）	（新設） （新設） （４）　入院及び外来においてバイオ後続品の使用に積極的に取り組んでいる旨を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。 （５）　（略）

［経過措置］

令和８年３月 31 日時点で、現にバイオ後続品使用体制加算の届出を行っている保険医療機関にあっては、令和９年５月 31 日までの間に限り、１の（２）のアの（ホ）から（チ）まで及びイの（リ）から（ヲ）までに掲げる成分について、１の（２）のア又はイに定める割合の基準を満たしているものとみなす。ただし、本文の規定により基準を満たす保険医療機関にあっては、アの（イ）から（ニ）まで及びイの（イ）から（チ）までのうち少なくとも１つ以上の成分について、直近１年間に当該保険医療機関において調剤した先行バイオ医薬品及びバイオ後続品の規格単位数量の合計が 50 以上である必要がある。

③　医薬品の安定供給に資する体制に係る評価の新設

第１　基本的な考え方

後発医薬品の使用が定着しつつある一方、主に後発医薬品において不安定な供給が発生することが課題となっており、これにより医療機関及び薬局において追加的な業務が生じている状況を踏まえ、医薬品の安定供給に資する体制について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

「医療用医薬品の流通改善に向けて流通関係者が遵守すべきガイドライン」等の内容を踏まえ、医薬品の安定供給に資する体制を有している医療機関に対する評価を新設するとともに、後発医薬品使用体制加算及び外来後発医薬品使用体制加算を廃止する。

（新）　地域支援・医薬品供給対応体制加算

地域支援・医薬品供給対応体制加算１　　●●点
地域支援・医薬品供給対応体制加算２　　●●点
地域支援・医薬品供給対応体制加算３　　●●点

［算定要件］

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、地域支援・医薬品供給対応体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ入院初日に限り所定点数に加算する。

［施設基準］

（１）　地域支援・医薬品供給対応体制加算１の施設基準

イ　後発医薬品の使用を促進するための体制が整備されていること。

ロ　当該保険医療機関において調剤した保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十六号。以下「薬担規則」という。）第七条の二に規定する後発医薬品（以下単に「後

発医薬品」という。）のある薬担規則第七条の二に規定する新医薬品（以下「先発医薬品」という。）及び後発医薬品を合算した薬剤の使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成二十年厚生労働省告示第六十号）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が●●以上であること。

ハ　医薬品の供給が不足等した場合に当該保険医療機関における治療計画等の見直しを行う等、適切に対応する体制を有していること。

ニ　後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨、ハの体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤を変更する可能性があること及び変更する場合には入院患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

ホ　ニの掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。

ヘ　地域における医薬品の安定供給を確保するために必要な体制を有していること。

（２）　地域支援・医薬品供給対応体制加算２の施設基準

イ　後発医薬品の使用を促進するための体制が整備されていること。

ロ　当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が●●以上であること。

ハ　（１）のハからヘまでの要件を満たしていること。

（３）　地域支援・医薬品供給対応体制加算３の施設基準

イ　後発医薬品の使用を促進するための体制が整備されていること。

ロ　当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が●●以上であること。

ハ　（１）のハからヘまでの要件を満たしていること。

［施設基準（通知）］

（１）　病院では、薬剤部門において後発医薬品の品質、安全性及び安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ薬事委員

会等で後発医薬品の採用を決定する体制が整備されていること。
　有床診療所では、薬剤部門又は薬剤師が後発医薬品の品質、安全性及び安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定する体制が整備されていること。

（２）　当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成 20 年厚生労働省告示第 60 号）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、地域支援・医薬品供給対応体制加算１にあっては●●%以上、地域支援・医薬品供給対応体制加算２にあっては●●%以上●●%未満、地域支援・医薬品供給対応体制加算３にあっては●●%以上●●%未満であること。

（３）　後発医薬品の規格単位数量の割合を算出する際に除外する医薬品

ア　経腸成分栄養剤

　エレンタール配合内用剤、エレンタール P 乳幼児用配合内用剤、エンシュア・リキッド、エンシュア・H、ツインライン NF 配合経腸用液、ラコール NF 配合経腸用液、エネーボ配合経腸用液、ラコール NF 配合経腸用半固形剤及びイノラス配合経腸用液

イ　特殊ミルク製剤

　フェニルアラニン除去ミルク配合散「雪印」及びロイシン・イソロイシン・バリン除去ミルク配合散「雪印」

ウ　生薬（薬効分類番号 510）

エ　漢方製剤（薬効分類番号 520）

オ　その他の生薬及び漢方処方に基づく医薬品（薬効分類番号 590）

（４）　入院及び外来において後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用に積極的に取り組んでいる旨を当該保険医療機関の入院受付、外来受付及び支払窓口の見やすい場所に掲示していること。

（５）　医薬品の供給が不足した場合に、医薬品の処方等の変更等に関して適切な対応ができる体制が整備されていること。

（６）　（５）の体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤が変更となる可能性があること及び変更する場合には患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

（７）　（４）及び（６）の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。自ら管理するホームページ等を有しな

い場合については、この限りではないこと。

（８） 個々の医薬品の価値及び流通コストを無視した値引き交渉を慎むこと。また、原則として全ての品目について単品単価交渉とすること。

（９） 医薬品の流通の効率化及び安定供給の確保のため、常に適正な在庫量を維持し、卸売販売業者への頻回配送、休日夜間配送及び急配に係る過度な依頼を慎むこと。

(10) 厳格な温度管理を要する医薬品及び在庫調整を目的とした医薬品等については卸売販売業者への返品を慎むこと。

(11) 医薬品の流通改善及び安定供給の観点から、地域の保険医療機関、保険薬局及び医療関係団体と連携し、取り扱う医薬品の品目について、あらかじめ取決めを行っておくことが望ましい。

（新） 地域支援・外来医薬品供給対応体制加算

地域支援・外来医薬品供給対応体制加算１ ●●点
地域支援・外来医薬品供給対応体制加算２ ●●点
地域支援・外来医薬品供給対応体制加算３ ●●点

［算定要件］

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において投薬を行った場合には、地域支援・外来医薬品供給対応体制加算として、当該基準に係る区分に従い、１処方につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

［施設基準］

（１） 地域支援・外来医薬品供給対応体制加算１の施設基準

イ 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十六号。以下「薬担規則」という。）第七条の二に規定する後発医薬品（以下単に「後発医薬品」という。）の使用を促進するための体制が整備されている診療所であること。

ロ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある薬担規則第七条の二に規定する新医薬品（以下「先発医薬品」という。）及び後発医薬品を合算した薬剤の使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成二十年厚生労働省告示第六十号）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が●●以上であること。

ハ 医薬品の供給が不足した場合に、医薬品の処方等の変更等に

関して適切な対応ができる体制が整備されていること。

ニ　後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨、ハの体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤を変更する可能性があること及び変更する場合には患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

ホ　ニの掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。

ヘ　地域における医薬品の安定供給を確保するために必要な体制を有していること。

（２）　地域支援・外来医薬品供給対応体制加算２の施設基準

イ　後発医薬品の使用を促進するための体制が整備されている診療所であること。

ロ　当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が●●以上であること。

ハ　（１）のハからヘまでの要件を満たしていること。

（３）　地域支援・外来医薬品供給対応体制加算３の施設基準

イ　後発医薬品の使用を促進するための体制が整備されている診療所であること。

ロ　当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が●●以上であること。

ハ　（１）のハからヘまでの要件を満たしていること。

［施設基準（通知）］

（１）　診療所であって、薬剤部門又は薬剤師が後発医薬品の品質、安全性及び安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定する体制が整備されていること。

（２）　当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成 20 年厚生労働省告示第 60 号）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、地域支援・外来医薬品供給対応体制加算１にあっては●●％以上、地域支援・外来医薬品供給対応体制加算２にあっては●●％以上●●％未満、地域支

援・外来医薬品供給対応体制加算３にあっては●●%以上●●%未満であること。

（３） 後発医薬品の規格単位数量の割合を算出する際に除外する医薬品

① 経腸成分栄養剤

エレンタール配合内用剤、エレンタールＰ乳幼児用配合内用剤、エンシュア・リキッド、エンシュア・H、ツインライン NF 配合経腸用液、ラコール NF 配合経腸用液、エネーボ配合経腸用液、ラコール NF 配合経腸用半固形剤、イノラス配合経腸用液及びイノソリッド配合経腸用半固形剤

② 特殊ミルク製剤

フェニルアラニン除去ミルク配合散「雪印」及びロイシン・イソロイシン・バリン除去ミルク配合散「雪印」

③ 生薬（薬効分類番号 510）

④ 漢方製剤（薬効分類番号 520）

⑤ その他の生薬及び漢方処方に基づく医薬品（薬効分類番号 590）

（４） 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用に積極的に取り組んでいる旨を当該保険医療機関の受付及び支払窓口の見やすい場所に掲示していること。

（５） 医薬品の供給が不足した場合に、医薬品の処方等の変更等に関して適切な対応ができる体制が整備されていること。

（６） （５）の体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤が変更となる可能性があること及び変更する場合には患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

（７） （４）及び（６）の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。

（８） 個々の医薬品の価値及び流通コストを無視した値引き交渉を慎むこと。また、原則として全ての品目について単品単価交渉とすること。

（９） 医薬品の流通の効率化及び安定供給の確保のため、常に適正な在庫量を維持し、卸売販売業者への頻回配送、休日夜間配送及び急配に係る過度な依頼を慎むこと。

(10) 厳格な温度管理を要する医薬品及び在庫調整を目的とした医薬品等については卸売販売業者への返品を慎むこと。

(11) 医薬品の流通改善及び安定供給の観点から、地域の保険医療機関、保険薬局及び医療関係団体と連携し、取り扱う医薬品の品目

について、あらかじめ取決めを行っておくことが望ましい。

④　医薬品の安定供給に資する体制に係る評価の新設及び後発医薬品調剤体制加算の廃止

第１　基本的な考え方

後発医薬品の使用が定着しつつある一方、主に後発医薬品において不安定な供給が発生することが課題となっており、これにより医療機関及び薬局において追加的な業務が生じている状況を踏まえ、医薬品の安定供給に資する体制について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

１．後発医薬品調剤体制加算を廃止する。

改　定　案	現　　行
【調剤基本料】 ［算定要件］ （削除）	【調剤基本料】 ［算定要件］ 注７　保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）第７条の２に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局（注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数（特別調剤基本料Ａを算定する保険薬局において調剤した場合には、それぞれの点数の100分の10に相当する点数）を所定点数に加算する。 イ　後発医薬品調剤体制加算１　21点 ロ　後発医薬品調剤体制加算２　28点

	ハ　後発医薬品調剤体制加算３ 30点

２．地域支援体制加算において、医薬品の安定供給に資する体制を有している薬局に対する評価を設けるとともに、その名称を医薬品の安定供給を踏まえたものに変更する。

（新）　地域支援・医薬品供給対応体制加算

１　地域支援・医薬品供給対応体制加算１　●●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薬局（注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において調剤した場合には、地域支援・医薬品供給対応体制加算として、●●点（特別調剤基本料Ａを算定する保険薬局において調剤した場合には、100 分の 10 に相当する点数）を所定点数に加算する。

［施設基準］

（１）　地域支援・医薬品供給対応体制加算１の施設基準

イ　地域における医薬品の安定供給を確保するために必要な体制を有していること。

ロ　当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品の規格単位数量を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が●割以上であること。

［施設基準（通知）］

（１）　地域における医薬品の安定供給を確保するため、医薬品の安定供給に向けた計画的な調達や在庫管理を行うこと。

（２）　他の保険薬局に医薬品を分譲した実績があること。ただし、同一グループの保険薬局への医薬品の分譲は、当該実績に含めない。

（３）　医薬品の供給不安等により、患者が持参した処方箋に記載された医薬品が入手困難な場合は、当該医薬品の在庫を持つ保険薬局を探し、当該薬局にあらかじめ連絡して在庫を確認した上で、別紙様式●を用いて当該患者に当該薬局を案内する、処方医に処方内容の変更可否を照会する等、適切に対応すること。

（４）　重要供給確保医薬品のうち内用薬及び外用薬であるものについて、１か月程度分は備蓄するよう努めること。なお、ここでいう備蓄とは、当該保険薬局に現に医薬品の在庫を保有していることを指し、卸売販売業者が代わりに在庫を確保していること又は卸売販売業

者に在庫を確保させていることのみでは、備蓄には該当しない。
（５） 個々の医薬品の価値や流通コストを無視した値引き交渉を慎むこと。また、原則として全ての品目について単品単価交渉とすること。
（６） 流通の効率化と安定供給の確保のため、常に適正な在庫量を維持し、卸売販売業者への頻回配送・休日夜間配送・急配に係る過度な依頼を慎むこと。
（７） 厳格な温度管理を要する医薬品や、在庫調整を目的とした医薬品等については卸売販売業者への返品を慎むこと。
（８） 医薬品の流通改善及び安定供給の観点から、地域の保険医療機関や保険薬局、医療関係団体と連携し、取り扱う医薬品の品目についての情報共有や、事前の取決めを行っておくことが望ましい。
（９） 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が●%以上であること。
(10) 後発医薬品の調剤を積極的に行っている旨を当該保険薬局の内側及び外側の見えやすい場所に掲示すること。

⑤　バイオ後続品使用促進に係る薬局体制整備の推進

第１　基本的な考え方

バイオ後続品の使用を促進する観点から、薬局におけるバイオ後続品の調剤体制の整備及び患者への説明について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

１．バイオ後続品の使用促進に資する体制を有している薬局に対する評価を新設する。

（新）　バイオ後続品調剤体制加算　●●点

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局（注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）においてバイオ後続品（インスリン製剤を除く。）を調剤した場合には、バイオ後続品調剤体制加算として、●●点（特別調剤基本料Ａを算定する保険薬局において調剤した場合には、100 分の 10 に相当する点数）を所定点数に加算する。

[施設基準]

バイオ医薬品の適切な保管及び患者への適切な説明が可能であり、バイオ後続品の調剤を行うにつき必要な体制が整備されていること。

[施設基準（通知）]

（１）　当該保険薬局において調剤したバイオ医薬品（バイオ後続品のあるものに限る。以下本項において同じ。）の規格単位数量及び当該バイオ後続品の規格単位数量を合算した数量に占める当該バイオ後続品の規格単位数量の割合が 80%以上となるバイオ医薬品の成分の数が、当該保険薬局において調剤実績のあるバイオ医薬品の成分数の 60%以上であることが望ましい。

（２）　バイオ後続品の調剤を積極的に行っている旨を当該保険薬局の内側及び外側の見えやすい場所に掲示すること。

２．一般名処方による処方箋の交付を受けた患者又はバイオ後続品が処

方された患者に対して、バイオ後続品の品質や有効性、安全性について説明を行うことに対する評価を、特定薬剤管理指導加算３のロに追加する。

改　定　案	現　　行
【特定薬剤管理指導加算３】 ［算定要件］ ８　特定薬剤管理指導加算３ （３）　「ロ」に示す「調剤前に医薬品の選択に係る情報が特に必要な患者に説明及び指導を行った場合」とは、以下のいずれかの場合をいう。 ・後発医薬品が存在する先発医薬品であって、一般名処方又は銘柄名処方された医薬品について、選定療養の対象となる先発医薬品を選択しようとする患者に対して説明を行った場合 ・医薬品の供給の状況が安定していないため、調剤時に前回調剤された銘柄の必要な数量が確保できず、前回調剤された銘柄から別の銘柄の医薬品に変更して調剤された薬剤の交付が必要となる患者に対して説明を行った場合 ・バイオ医薬品の一般名処方による処方箋の交付を受けた患者又はバイオ後続品が処方された患者に対して、バイオ後続品の品質、有効性、安全性等について説明を行った場合	【特定薬剤管理指導加算３】 ［算定要件］ ８　特定薬剤管理指導加算３ （３）　「ロ」に示す「調剤前に医薬品の選択に係る情報が特に必要な患者に説明及び指導を行った場合」とは、以下のいずれかの場合をいう。 ・後発医薬品が存在する先発医薬品であって、一般名処方又は銘柄名処方された医薬品について、選定療養の対象となる先発医薬品を選択しようとする患者に対して説明を行った場合 ・医薬品の供給の状況が安定していないため、調剤時に前回調剤された銘柄の必要な数量が確保できず、前回調剤された銘柄から別の銘柄の医薬品に変更して調剤された薬剤の交付が必要となる患者に対して説明を行った場合

⑥　長期収載品の選定療養の更なる活用

第１　基本的な考え方

長期収載品の選定療養について、後発医薬品の供給状況や患者負担の変化にも配慮しつつ、創薬イノベーションの推進や後発医薬品の更なる使用促進に向けて、患者負担の見直しを行う。

第２　具体的な内容

患者の希望により長期収載品を使用する場合、長期収載品と後発医薬品の価格差の４分の１相当を患者負担としているが、これを価格差の２分の１相当に引き上げる。

<table>
<tr><th colspan="2">改　定　案</th><th colspan="2">現　　行</th></tr>
<tr><td colspan="2">【保険外併用療養費に係る療養についての費用の額の算定方法】
別表第二</td><td colspan="2">【保険外併用療養費に係る療養についての費用の額の算定方法】
別表第二</td></tr>
<tr><td>厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養（平成十八年厚生労働省告示第四百九十五号）第二条第十五号に規定する後発医薬品（下欄において単に「後発医薬品」という。）のある同号に規定する新医薬品等（下欄において単に「先発医薬品」という。）の処方等又は調剤に係る療養</td><td>上欄の療養に係る所定点数から当該療養に係る診療報酬の算定方法別表第一区分番号Ｆ200に掲げる薬剤その他の診療報酬の算定方法に掲げる別に厚生労働大臣が定める点数を控除した点数に、当該療養に係る医薬品の薬価から、先発医薬品の薬価から当該先発医薬品の後発医薬品の薬価を控除して得た価格に<u>二分の一</u>を乗じて得た価格を控除</td><td>厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養（平成十八年厚生労働省告示第四百九十五号）第二条第十五号に規定する後発医薬品（下欄において単に「後発医薬品」という。）のある同号に規定する新医薬品等（下欄において単に「先発医薬品」という。）の処方等又は調剤に係る療養</td><td>上欄の療養に係る所定点数から当該療養に係る診療報酬の算定方法別表第一区分番号Ｆ200に掲げる薬剤その他の診療報酬の算定方法に掲げる別に厚生労働大臣が定める点数を控除した点数に、当該療養に係る医薬品の薬価から、先発医薬品の薬価から当該先発医薬品の後発医薬品の薬価を控除して得た価格に<u>四分の一</u>を乗じて得た価格を控除</td></tr>
</table>

	して得た価格を用いて当該各区分の例により算定した点数を加えた点数

【療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等】

第一の一の三　療担規則第五条第二項、薬担規則第四条第二項並びに療担基準第五条第二項及び第二十六条の四第二項の厚生労働大臣が定める額

　第一の一の二に規定する療養に係る厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第二条第十五号に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）のある同号に規定する新医薬品等（以下「先発医薬品」という。）の薬価から当該先発医薬品の後発医薬品の薬価を控除して得た価格に二分の一を乗じて得た価格を用いて診療報酬の算定方法の例により算定した点数に十円を乗じて得た額

	して得た価格を用いて当該各区分の例により算定した点数を加えた点数

【療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等】

第一の一の三　療担規則第五条第二項、薬担規則第四条第二項並びに療担基準第五条第二項及び第二十六条の四第二項の厚生労働大臣が定める額

　第一の一の二に規定する療養に係る厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第二条第十五号に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）のある同号に規定する新医薬品等（以下「先発医薬品」という。）の薬価から当該先発医薬品の後発医薬品の薬価を控除して得た価格に四分の一を乗じて得た価格を用いて診療報酬の算定方法の例により算定した点数に十円を乗じて得た額

①　実勢価格等を踏まえた検体検査等の評価の適正化

第１　基本的な考え方

衛生検査所検査料金調査による実勢価格等を踏まえ、検体検査の実施料等について評価を見直す。

第２　具体的な内容

衛生検査所検査料金調査により得られた実勢価格等に基づき、保険償還価格と実勢価格の乖離が大きい検査について、評価を見直す。

【評価を見直す検査の例】

改　定　案	現　　行
【アデノウイルス抗原定性（糞便を除く。）】 ●●点	【アデノウイルス抗原定性（糞便を除く。）】 179点
【ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２核酸検出】 ●●点	【ＳＡＲＳ－ＣｏＶ－２核酸検出】 700点

【Ⅳ－４－１重複投薬、ポリファーマシー、残薬、適正使用のための長期処方の在り方への対応－①】

①　薬剤総合評価調整加算の見直し

第１　基本的な考え方

処方変更理由や服薬状況等の薬剤情報が適切に共有されないことにより、ポリファーマシー対策が途切れてしまうことを防止する観点（転院・退院等があっても継続的な薬物治療を行う観点）から、病院薬剤師による施設間の薬剤情報連携が促進されるよう、薬剤総合評価調整加算の要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．薬剤総合評価調整加算について、転院時又は退院時における施設間での文書による薬剤情報連携を要件に追加するとともに、評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【薬剤総合評価調整加算】 Ａ２５０　薬剤総合評価調整加算 （退院時１回）　●●点 注１　入院中の患者について、次のいずれかに該当する場合に、退院時１回に限り所定点数に加算する。 イ　入院前に６種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていた患者について、当該処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、かつ、療養上必要な指導及び情報連携を行った場合 ロ　精神病棟に入院中の患者であって、入院直前又は退院１年前のいずれか遅い時点で抗精神病薬を４種類以上内服していたものについて、当該抗精神病薬の処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更	【薬剤総合評価調整加算】 Ａ２５０　薬剤総合評価調整加算 （退院時１回）　100点 ［算定要件］ 注１　入院中の患者について、次のいずれかに該当する場合に、退院時１回に限り所定点数に加算する。 イ　入院前に６種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていた患者について、当該処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、かつ、療養上必要な指導を行った場合 ロ　精神病棟に入院中の患者であって、入院直前又は退院１年前のいずれか遅い時点で抗精神病薬を４種類以上内服していたものについて、当該抗精神病薬の処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更

し、かつ、療養上必要な指導及び情報連携を行った場合	し、かつ、療養上必要指導を行った場合

２．１に伴い、退院時薬剤情報連携加算を廃止する。

改　定　案	現　　行
【退院時薬剤情報連携加算】 （削除）	【退院時薬剤情報連携加算】 注２　保険医療機関が、入院前の内服薬の変更をした患者又は服用を中止した患者について、保険薬局に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、その理由や変更又は中止後の当該患者の状況を文書により提供した場合に、退院時薬剤情報連携加算として、60点を所定点数に加算する。

【Ⅳ－４－１　重複投薬、ポリファーマシー、残薬、適正使用のための長期処方の在り方への対応－②】

②　オンライン診療の適正な推進に係る評価の見直し

「Ⅲ－３－１－①」を参照のこと。

【Ⅳ－４－１　重複投薬、ポリファーマシー、残薬、適正使用のための長期処方の在り方への対応－③】

③　オンライン診療における電子処方箋の活用の推進

「Ⅲ－３－１－②」を参照のこと。

【Ⅳ－４－１　重複投薬、ポリファーマシー、残薬、適正使用のための長期処方の在り方への対応－④】

④　残薬対策の推進に向けた処方箋様式の見直し

第１　基本的な考え方

保険薬局において、患家に残薬があることを確認した場合に、保険医療機関と保険薬局が連携して円滑に処方内容を調整することができるよう、処方箋様式を見直す。

第２　具体的な内容

１．処方箋様式の備考欄のうち、保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応の欄について､｢調剤する薬剤を減量した上で保険医療機関に情報提供する」ことも保険医療機関が指示できるよう見直す。

２．残薬対策に係る保険医療機関と保険薬局との連携を強化する観点から、留意事項通知の調剤報酬点数表に関する事項において、以下の内容を規定する。

〇薬局において薬剤を減量して調剤した場合は、

・患者の残薬の状況、その理由及び実際に患者へ交付した薬剤の数量並びに患者への説明内容等について、原則、翌営業日までに保険医療機関に情報提供すること。

・数量を減じて調剤した旨を、手帳に記載すること。

【Ⅳ－４－１　重複投薬、ポリファーマシー、残薬、適正使用のための長期処方の在り方への対応－⑤】

⑤　長期処方・リフィル処方箋の活用に係る医学管理料等の見直し

第１　基本的な考え方

長期処方及びリフィル処方箋による処方を適切に推進する観点から、計画的な医学管理を継続して行うこと等を評価する医学管理料の要件を見直すとともに、処方箋様式を見直す。

第２　具体的な内容

１．長期処方及びリフィル処方箋による処方の活用を適切に推進する観点から、患者の状況等に合わせて医師の判断により、長期処方やリフィル処方箋による処方に対応可能であることを患者に周知することについて、特定疾患療養管理料等の要件に追加する。

改　定　案	現　　行
【特定疾患療養管理料】 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に対して、治療計画に基づき療養上必要な管理を行った場合に、月２回に限り算定する。 ２～５　（略） ［算定要件（通知）］ （１）～(11)　（略） (12)　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、患者の状態を踏まえて適切に対応を行うこと。	【特定疾患療養管理料】 注１　別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に対して、治療計画に基づき療養上必要な管理を行った場合に、月２回に限り算定する。 ２～５　（略） ［算定要件（通知）］ （１）～(11)　（略） （新設）

(13)　（略）	(12)　（略）
［施設基準］ 一の●　特定疾患療養管理料の注１に規定する施設基準 　特定疾患療養管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。	［施設基準］ （新設）
［施設基準（通知）］ 第１　特定疾患療養管理料 １　特定疾患療養管理料に関する施設基準 　患者の状態に応じ、28日以上の長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示すること。 ２～３　（略）	［施設基準（通知）］ 第１　特定疾患療養管理料 （新設） １～２　（略）
※　皮膚科特定疾患指導管理料、婦人科特定疾患治療管理料、耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料、二次性骨折予防継続管理料及び小児科外来診療料についても同様。	

２．リフィル処方箋の患者認知度を向上する観点から、処方箋様式を見直す。

【Ⅳ－４－２　医師及び薬剤師の適切な連携による医薬品の効率的かつ安全で有効な使用の促進－①】

①　薬剤総合評価調整加算の見直し

「Ⅳ－４－１－①」を参照のこと。

【Ⅳ－４－２　医師及び薬剤師の適切な連携による医薬品の効率的かつ安全で有効な使用の促進－②】

②　病棟薬剤業務実施加算の評価の見直し

第１　基本的な考え方

ポリファーマシー対策や施設間の薬剤情報連携、転院・退院時の服薬指導等に資する薬学的介入の実績を適切に評価する観点から、病棟薬剤業務実施加算について、薬剤総合評価調整や退院時薬剤情報管理指導の実績に応じた評価に見直す。

第２　具体的な内容

病棟薬剤業務実施加算について、薬剤総合評価調整加算及び退院時薬剤情報管理指導料の算定回数が多い場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【病棟薬剤業務実施加算】 １　病棟薬剤業務実施加算１（週１回）　●●点 ２　病棟薬剤業務実施加算２（週１回）　120点 ３　病棟薬剤業務実施加算３（１日につき）　100点 ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者について、薬剤師が病棟等において病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務を実施している場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）及び第３節の特定入院料のうち、病棟薬剤業務実施加算１から病棟薬剤業務実施加算３までのいずれか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	【病棟薬剤業務実施加算】 （新設） １　病棟薬剤業務実施加算１（週１回）　120点 ２　病棟薬剤業務実施加算２（１日につき）　100点 ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者について、薬剤師が病棟等において病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務を実施している場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）及び第３節の特定入院料のうち、病棟薬剤業務実施加算１又は病棟薬剤業務実施加算２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、病棟薬剤業務

て、病棟薬剤業務実施加算１及び病棟薬剤業務実施加算２にあっては週１回に限り、病棟薬剤業務実施加算３にあっては１日につき所定点数に加算する。この場合において、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）を算定している患者については、入院した日から起算して８週間を限度とする。	実施加算１にあっては週１回に限り、病棟薬剤業務実施加算２にあっては１日につき所定点数に加算する。この場合において、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）を算定している患者については、入院した日から起算して８週間を限度とする。
２　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又は病棟薬剤業務実施加算２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100点を所定点数に加算する。	２　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100点を所定点数に加算する。
［施設基準］ 三十五の四　病棟薬剤業務実施加算の施設基準 （１）　病棟薬剤業務実施加算１の施設基準 イ　病棟ごとに専任の薬剤師が配置されていること。 ロ　薬剤師が実施する病棟における薬剤関連業務につき、病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性並びに安全性に資するために十分な時間が確保されていること。 ハ　医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設を有すること。 ニ　当該保険医療機関における医薬品の使用に係る状況を把握するとともに、医薬品の安	［施設基準］ 三十五の四　病棟薬剤業務実施加算の施設基準 （新設）

全性に係る重要な情報を把握した際に、速やかに必要な措置を講じる体制を有していること。 ホ　薬剤管理指導料の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関であること。 ヘ　薬剤総合評価調整業務及び退院時薬剤情報管理指導につき十分な実績を有していること。	
（２）　病棟薬剤業務実施加算２の施設基準 （１）のイからホまでに該当する保険医療機関であること。	（１）　病棟薬剤業務実施加算１の施設基準 （新設）
（削除）	イ～ホ　（略）
（３）　病棟薬剤業務実施加算３の施設基準 イ～ホ　（略）	（２）　病棟薬剤業務実施加算２の施設基準 イ～ホ　（略）
（４）　（略）	（３）　（略）

【Ⅳ－４－２　医師及び薬剤師の適切な連携による医薬品の効率的かつ安全で有効な使用の促進－③】

③　医師と薬剤師の同時訪問の推進

「Ⅱ－５－１－⑧」を参照のこと。

【Ⅳ－４－３　医学的妥当性や経済性の視点も踏まえた処方の推進－①】

①　栄養保持を目的とした医薬品の保険給付の適正化

第１　基本的な考え方

保険給付の適正化の観点から、栄養保持を目的とした医薬品の保険給付の要件を見直す。

第２　具体的な内容

薬効分類が「たん白アミノ酸製剤」に分類される医薬品のうち、効能又は効果が「一般に、手術後患者の栄養保持」であり、用法及び用量に「経口投与」が含まれる栄養保持を目的とした医薬品を処方する場合については、以下の患者に対する使用に限り、その理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで保険給付の対象とすることを明確化する。

・手術後の患者
・経管により栄養補給を行っている患者
・疾病の治療のために必要であり、他の食事では代替できないなど、医師が特に医療上、栄養保持を目的とした医薬品の使用の必要があると判断した患者

改　定　案	現　　行
【第５部　投薬】 通則 ６　入院中の患者以外の患者に対して、栄養保持を目的とした医薬品を投薬した場合は、区分番号Ｆ０００に掲げる調剤料、区分番号Ｆ１００に掲げる処方料、区分番号Ｆ２００に掲げる薬剤、区分番号Ｆ４００に掲げる処方箋料及び区分番号Ｆ５００に掲げる調剤技術基本料は算定しない。ただし、当該患者が、手術後の患者である場合又は経管により栄養補給を行っている患者である場合はその旨を、必要な栄養を食事により摂取することが困難な患者である	【第５部　投薬】 通則 （新設）

場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該栄養保持を目的とした医薬品の投与が必要であると判断した患者に投薬する場合はその理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。	

電子処方箋システムによる重複投薬等チェックの利活用の推進

「Ⅲ－３－１」を参照のこと。

外来医療の機能分化と連携

「Ⅱ－４」を参照のこと。

医療 DX や ICT 連携を活用する医療機関・薬局の体制の評価

「Ⅲ－３」を参照のこと。