

中央社会保険医療協議会 総会（第 646 回）議事次第

令和 8 年 1 月 30 日（金）

10:00～

議 題

- バイオ後続品等の最適使用推進ガイドラインの取扱いについて
- パブリックコメント、公聴会の報告について
- 個別改定項目について（その 3）
- 答申書の附帯意見案について（その 2）
- その他

バイオ後続品等における 最適使用推進ガイドラインの取扱いについて（案）

1 制度の趣旨と背景

医薬品については、添付文書等に基づいた適正な使用が求められている。また、革新的かつ非常に高額な医薬品については、国民負担や医療保険財政に与える影響が懸念されており、革新的医薬品の使用の最適化推進を図ることが重要である。

そのため、2017 年以降、新規作用機序を有する革新的な医薬品については、当該医薬品の最適な使用を推進する観点から必要な患者及び医療機関等の要件、考え方及び留意事項を示す最適使用推進ガイドライン（以下、「最適使用推進 GL」という。）を審査と並行して作成している。また、2022 年以降、再審査期間を終え、有効性及び安全性に関する情報が十分に蓄積された品目／効能・効果に関しては、最適使用推進 GL の簡略化を行っている。

昨今、再審査期間を終えた最適使用推進 GL の対象医薬品が増えてきており、今後は、当該品目に対するバイオ後続品の上市も想定されることから、バイオ後続品における最適使用推進 GL の取扱いを整理することとした。

2 バイオ後続品等における最適使用推進 GL の取扱い(案)

最適使用推進 GL の対象医薬品に対するバイオ後続品については、先行バイオ医薬品の最適使用推進 GL（簡略化した GL を含む）を適用し、対象医薬品を使用する上で必要な医療機関の要件、対象医薬品の使用が適切と考えられる患者の要件等に従った適正使用を求めることとし、この取扱いについては事務連絡において示すこととしたい。

バイオ後続品に対する保険適用上の留意事項については、上記の取扱いも踏まえた上で、先行バイオ医薬品に準じて通知することとしたい。

なお、後発医薬品についても同様の取扱いとしたい。

「令和8年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理」に関する ご意見の募集の結果について

1. 意見の募集方法

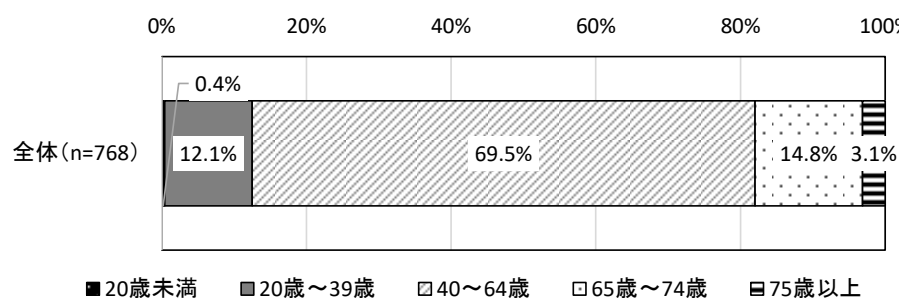
- (1) 意見募集期間：令和8年1月14日（水）～令和8年1月20日（火）
- (2) 告知方法：厚生労働省ホームページ
- (3) 意見提出方法：インターネットによる意見提出フォーム

2. 寄せられた意見

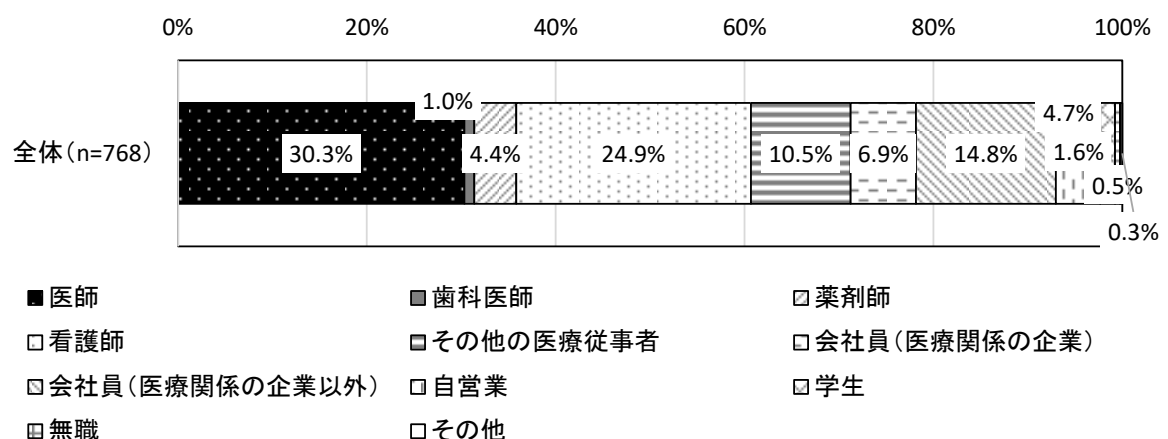
- (1) 意見提出件数 5808 件

- (2) 意見者の属性 (n=768)

① 年齢



② 職業



(3) 項目別の総意見件数 (5,806 件)

I 物価や賃金、人手不足等の医療機関等を取りまく環境の変化への対応 (2,070 件)

項目 番号	内 容	件数
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	587 件
I-2-1	医療従事者の処遇改善	435 件
I-2-2	業務の効率化に資する ICT、AI、IoT 等の利活用の推進	382 件
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	228 件
I-2-4	医師の働き方改革の推進／診療科偏在対策	210 件
I-2-5	診療報酬上求める基準の柔軟化	228 件

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 (1,475 件)

項目 番号	内 容	件数
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	193 件
II-1-2	人口の少ない地域の実情を踏まえた評価	140 件
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	98 件
II-2-2	円滑な入退院の実現	73 件
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	132 件
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	280 件
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	112 件
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	199 件
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	69 件
II-6	人口・医療資源の少ない地域への支援	99 件
II-7-1	業務の効率化に資する ICT、AI、IoT 等の利活用の推進（再掲）	—
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（再掲）	—
II-8	医師の地域偏在対策の推進	80 件

III 安心・安全で質の高い医療の推進 (1,592 件)

項目 番号	内 容	件数
III-1	患者にとって安心・安全に医療を受けられる体制の評価	85 件
III-1-1	身体的拘束の最小化の推進	75 件
III-1-2	医療安全対策の推進	51 件
III-2	アウトカムにも着目した評価の推進	5 件
III-2-1	データを活用した診療実績による評価の推進	81 件
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	24 件
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	113 件
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	110 件
III-4	質の高いリハビリテーション	47 件
III-4-1	発症早期からのリハビリテーション介入の推進	14 件

項目 番号	内 容	件数
Ⅲ－４－２	土日祝日のリハビリテーション実施体制の充実	51 件
Ⅲ－５－１	救急医療の充実	65 件
Ⅲ－５－２	小児・周産期医療の充実	55 件
Ⅲ－５－３	質の高いがん医療及び緩和ケアの評価	124 件
Ⅲ－５－４	質の高い精神医療の評価	60 件
Ⅲ－５－５	難病患者等に対する適切な医療の評価	28 件
Ⅲ－６	感染症対策や薬剤耐性対策の推進	66 件
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	296 件
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	166 件
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	76 件

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（671 件）

項目 番号	内 容	件数
Ⅳ－１	後発医薬品・バイオ後続品の使用促進	156 件
Ⅳ－２	費用対効果評価制度の活用	49 件
Ⅳ－３－１	医薬品、医療機器、検査等に関する、市場実勢価格を踏まえた適正な評価／効率的かつ有効・安全な利用体制の確保	122 件
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	116 件
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	47 件
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	138 件
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（再掲）	－
Ⅳ－５	外来医療の機能分化と連携（再掲）	－
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（再掲）	43 件

(4) 「令和8年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理」についての主な意見

I 物価や賃金、人手不足等の医療機関等を取りまく環境の変化への対応

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 (587 件)

主な意見の内容	件数
○ 賃金について ・ とにかく他業種と同じくらいの賃金をもらえるような体系にしてほしい。(同旨 23 件) ・ 人件費であれば人件費に適切に反映されるような評価の仕方を希望する。(同旨 6 件) ・ ペア評価料により同一法人内、同一職種の賃金に差が生じており、ベースアップではなく、手当としての支給にとどまっている。また多くの医療機関で事業存続のためのボーナスカットがされている状況であり、ペアではなく、引き下げられた年間賞与の回復が先行されることになり、実際の賃上げはされない。(同旨 7 件) ・ 診療報酬が公定価格である以上、物価・賃金上昇を自動的に反映できる仕組みが不可欠であり、少なくとも人件費や医療材料費等に対応した限定的な物価連動の制度化を検討すべき。(同旨 24 件) ・ 医療材料費と人件費(最低賃金も)は著明に高騰しているにも関わらず、医療報酬はそれに見合う増加がないため、減収減益となっている。銀行ローンも貸し渋られ経営が困難となりつつある。(同旨 13 件) ・ 医師はもちろん、新卒・既卒看護師含め人材確保が非常に困難。人材紹介会社に頼らざるを得ず、人件費も増えている。(同旨 20 件) ・ 小規模の薬局においては、中～大規模薬局と比べて、人材確保、医療材料、医薬品購入などで、多くの経費を費やしている。特に人材確保については、処遇を厚くしなくてはならず、薬剤購入についても高い費用で購入し、納入の優先順位も低くなる傾向にある。つまり、経費がかかり、利益が薄いことを理解頂きたい。(同旨 6 件) ・ 人件費が捻出できず、閉院・廃業が相次いでいる。(同旨 2 件) ・ 精神科で配置基準以上の人員が必要。加算拡充が必要。(同旨 2 件) ・ 医師の働き方改革は進むが、人員確保難と報酬据え置きで現場にしわ寄せがくる。	112 件
○ 初・再診料や入院基本料等について ・ 基本診療料は、全医療従事者が患者に必要な医療を不足なく提供するために必要かつ最も基本的な技術評価であり、医療機関・保険医療機関の経営を安定させる十分な原資となるだけの点数設定である必要がある。将来の医療提供体制を、物理・人的双方の面で確保する上でも、初・再診料や入院基本料等の基本診療料を大幅に引き上げるべきである。(同旨 32 件) ・ 歯科初再診料を医科初再診料と同等にしてほしい。物価高や光熱費、人件費は医科も歯科も同等である。感染リスクなどを考慮しても患者に対応する準備や経費などを考慮しても医科より経費がかかっているように感じる。物価スライド制を導入し、毎年度、初再診料に反映して頂きたい。(同旨 22 件) ・ 「物価高騰対策」は別評価ではなく、初診料、再診料、入院基本料など基本報酬の引き上げで行うべきである。前回改定で「賃上げ対応」として新設されたベースアップ評価料は煩雑な事務を要したため、診療所の届出が4割程度に留まり結果的に賃上げが困難となった。「物価高騰対策」も算定要件・施設基準などを設けた場合、算定が困難になる。すべての医療機関に評価が行きわたるよう、初診料、再診料、入院基本料など基本報酬の引き上げで行うべき。(同旨 22 件) ・ 「物価対応分」は、「特別な項目を設定することにより対応」として、「令和8年度診療報酬改定時の見直しから大きく変動し、医療機関等の経営状況に支障が生じた場合には、令和9年度予算編成において加減算を含め更なる必要な調整を行う」とされているが、これによって経済・物価の動向により減算評価にもなり得る。そもそも低すぎる診療報酬の底上げが求められているのであり、物価上昇対応はもとより、すべての医療機関経営の改善に資するよう、基本診療料及び入院基本料の本体点数を引き上げて対応すべき。 ・ 病院だけでなく一般の診療所(特に整形外科などマイナー科)も手厚く傷病に対する管理料などの新設を求める。 ・ 在宅医療を主に行う診療所においては初・再診料の算定頻度は外来診療を主に行う診療所	84 件

と比較して相対的に低く、在宅患者訪問診療料においても同様の見直しを行うこと。 ・ 黒字が多い診療所の初・再診料等の引き上げには反対。診療所の初・再診料等は引き下げるべき。（同旨 1 件）	
○ 物価高騰について ・ 物価高の中、低い公定価格で据え置かれるのは病院としてどうしようもできない。本当に深刻なので何とか物価に追いつくような診療報酬改定にしてほしい。（同旨 116 件） ・ 歯科用貴金属材料の価格高騰への抜本的対応について昨今の歯科用貴金属材料の市場価格高騰に対し、公定価格（診療報酬・材料価格）の改定が追いつかず、長期間にわたり医療機関が持ち出し（逆ザヤ）となっている。物件費高騰への対応として、部分的な材料変更（脱・貴金属）だけでなく、市場価格の変動に柔軟かつ迅速に対応できる価格設定システムの構築など、医療機関の経営を圧迫しない根本的な解決策を講じることを強く要望する。（同旨 56 件） ・ 物価対応分+0.76%でも、病院は 0.49%に対し、医科診療所は 0.1%と落差があり、赤字診療所は救われない。（同旨 32 件）	207 件
○ 入院時の食費及び光熱水費の基準額引き上げについて ・ 本来なら補助金などの個別対応でなく、人件費や、医療材料費、食材料費、光熱水費及び委託費等を全て含んで対応できる保険点数にすべき。（同旨 17 件） ・ 公的病院の 9 割近くが赤字という状況。この 1 年を評価し医療機関等の経営状況に支障が生じた場合に調整するとのことだが、殆どの公的病院ですでに支障が生じているため、改定率について再検討が必要。（同旨 3 件） ・ 建物の老朽化をはじめ医療機器その他への設備投資については、病院とは規模が違うだけで、医業を継続するにあたっては、食材費を除いて必要となる経費は同じ。医療機関の内部留保を問題視する意見もあるが、ある程度の留保も無いと何も身動きが取れない。 ・ 入院時の食費及び光熱水費の基準額をそれぞれ 40 円/食、60 円/日引き上げるとしているが、この程度の引き上げ額では赤字から脱することは困難であり、再考を求める。（同旨 13 件） ・ 高齢の入院患者が増えていることから、必要なエネルギー摂取が難しく、栄養補助食品の追加等も委託給食会社との契約外で対応していることが多く、ほぼすべてが持ち出し。 ・ ONS の急激な適応制限は段階的にすべき。地域一体型 NST・多職種連携の整備と経過措置も必要。（同旨 8 件） ・ 規模によって光熱費、人件費の負担も違う。小規模で 1 人薬剤師の薬局と複数の薬剤師、事務員の店舗とは固定費も違う。一律ではなくメリハリをつけた対応が必要。（同旨 1 件） ・ 診療報酬を一律に引き下げるのではなく、明らかに不適切と考えられる診療行為に対する指導・監査・是正をより強化することこそが、医療費適正化に資するのではないか。 ・ 全く不足している。特に消費税最終納税者としては医療品だけではなく、光熱費の維持が難しくなっている。その分が診療報酬に全く反映されていないと感じる。（同旨 2 件）	53 件
○ 薬局・医薬品等について ・ 土曜日、日曜日に勤務する薬剤師への待遇を更に充実したものになることを望む。（同旨 1 件） ・ 薬を冷所保管するだけでも、かなりの電気代がかかる。地域体制加算 2 を算定出来る薬局は、それ相応の企業努力をしている。地域体制加算 2 が算定出来る薬局に、電気代支援をお願いしたい。（同旨 2 件） ・ 単に損益結果のみを比較し、薬局や開業医の報酬抑制を進めることは、現場の努力や構造的違いを無視した議論であり、地域医療の担い手を疲弊させる恐れがある。（同旨 11 件）	17 件
○ 消費税について ・ せめて消費税の徴収か還付、もしくはゼロ税率の導入が必要。（同旨 15 件） ・ 薬剤費抑制をして薬価の差益はないが、仕入れに消費税がかかり、消費税の値上げと薬価抑制で逆ザヤが発生している。医薬品仕入れの消費税をなくしてほしい。	17 件
○ その他 ・ 今回示された診療報酬 3.08%の改定では、全国の医療機関の経営を改善させるにはほど遠いです。少なくとも 10%以上の改定が必要。（同旨 30 件） ・ 最低限、インフレ率に並行するように診療報酬を上げていただきたい。（同旨 1 件）	97 件

・ 材料費等が高騰している。（同旨 15 件） ・ 施設の補修費や非常電源の更新など毎年では無いにしろ、高額な費用が必要なタイミングがある。今の経営状態ではその費用捻出も難しい。対応を考えて頂きたい。（同旨 10 件） ・ 複雑な制度にならないようお願いしたい。（同旨 24 件） ・ 診療報酬のアップを患者負担増には結び付けないでほしい。（同旨 6 件） ・ パブコメ期間の延長、中医協での検討プロセスの透明化を求める。（同旨 4 件）	

I－2－1 医療従事者の処遇改善（435 件）

主な意見の内容	件数
○ 医療従事者の処遇改善について ・ ベースアップ評価料ではなく、初再診料や技術料の引き上げで対応すべき。（同旨 94 件） ・ ベースアップ加算等は、その事務作業の負担が大きい。（同旨 46 件） ・ ベア評価料により同一法人内、同一職種の賃金に差が生じており、ベースアップではなく、手当としての支給にとどまっている。（同旨 24 件） ・ 医療職の賃上げ率が他産業より低く、人材確保が困難なため 10%程度の抜本的賃上げ財源が必要。（同旨 94 件） ・ 物価高のため処遇改善まで賄えない。（同旨 2 件） ・ 初再診料等で賃上げ原資が配分されても小規模医療機関では補填できず、追加的な評価が必要。（同旨 1 件） ・ 医師・看護師不足で病院運営が困難になり収益も上がらないため、処遇悪化の悪循環が生じている。（同旨 2 件） ・ 看護師の賃上げが進まず夜勤の負担も重いため、処遇改善と人員確保に直結する診療報酬改定が必要。（同旨 13 件） ・ 夜間対応等の評価が低く、労働条件に見合う報酬がなければ誰も対応しなくなる。（同旨 3 件） ・ 繁忙度の高い診療科と低い診療科で同じベースアップ評価は不公平。診療科等別の調整が必要。（同旨 23 件） ・ 歯科衛生士・技工士の給与が低すぎるため、歯科医療の質維持のためにも診療報酬の充実を求める。（同旨 29 件） ・ 病院薬剤師は給与が低く薬局へ流出しているため、基本給が上がる確実な処遇改善策が必要。（同旨 9 件） ・ 病院運営を支える総務・システムなどの職種にも処遇改善を広げるべき。（同旨 32 件） ・ 医療費未払いが経営を圧迫しており、一定回数で警察通報できるなど法律整備を求める。（同旨 3 件） ・ 人材派遣会社の高額な手数料が経営を圧迫している。（同旨 3 件） ・ 無断キャンセルへの対策を講じてほしい。 ・ 看護職員夜間配置は要件より加算額の大幅引き上げで実効性を確保すべき。（同旨 13 件） ・ 人手不足で本来必要な丁寧なケアができず離職につながるため、賃金だけでなく業務負担軽減も不可欠。（同旨 11 件） ・ 賃上げだけでなく、ICT や AI によるワークシェア推進で業務負担軽減が必要。（同旨 5 件） ・ 患者・家族によるハラスメントへの行政啓発と対策強化が必要。（同旨 2 件） ・ 賃上げの確認・指導の仕組みが必要。（同旨 5 件）	435 件

I－2－2 業務の効率化に資する ICT、AI、IoT 等の利活用の推進（382 件）

主な意見の内容	件数
○ 看護業務における ICT 機器等の活用について ・ ICT、AI、IoT 等の利活用の推進は理解するが、導入により、配置の緩和は反対であり、導入による看護職員の負担軽減が生じて、働き続けられる労働環境が実現することが、持続可能は医療提供となる。（同旨 3 件） ・ 看護に限定せずに施設の診療報酬に反映していただきたい。（同旨 6 件） ・ 入院時の持参薬の整理や合併症リスクの有無など可能な限り AI 等を活用すべき。	13 件

・ 病棟で持ち運びできるタブレットのさらなる普及が必要。	
○ 医師事務に係る業務効率化・負担軽減等について ・ 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ことに賛成。 ・ 勤続5年以上の医事課職員が研修期間なしで医師事務作業補助の一部対応することも認める方針にしていきたい。 ・ 医師事務作業体制加算の人員配置基準の柔軟化することでは、医師負担軽減の役にはならない。（同旨2件）	5件
○ 医療DXへの対応、業務簡素化について ・ 施設基準等の届出・報告の簡素化はぜひ進めてほしい。（同旨21件） ・ 複雑怪奇な算定ルールを整理・簡素化が必要。ICTを導入しても改修やチェック負担が増大している。（同旨4件） ・ マイナ保険証を国が義務化すること。普及を医療機関任せにせず、資格確認書のような例外は作らないでほしい。（同旨1件） ・ 小規模医療機関での導入・維持コストやセキュリティ対応が障壁のため、診療報酬上の評価や手続き簡素化をすべき。 ・ 電話前提で煩雑になりがち。電子カルテ情報共有等で簡素化し、国としても促進すべき。（同旨6件）	37件
○ 様式9について ・ 様式9作成のために看護業務が圧迫されている。不要な除算や過度な調査要求は廃止すべき。（同旨2件） ・ 感染対策研修のように義務化されている研修が様式9に計上できないのは不合理で、計上対象にすべき。	4件
○ その他について ・ 初期費用だけでなく、メンテナンス費用やセキュリティ対策にもコストがかかる。もっと財政的支援や評価・報酬がなければ、推進は無理だと感じる。（同旨240件） ・ 各病院が個別に高いセキュリティレベルを担保し、許可を得るには限界がある。国が責任をもって基盤を構築すべき。（同旨18件） ・ オンライン診療は適切に実施すべき。（同旨13件） ・ マイナンバーカードをもっとしっかり広めて欲しい。（同旨10件） ・ オンライン資格確認などDX初期段階のシステムトラブルが多く、むしろ業務負担が増えている。（同旨18件） ・ AIには情報漏洩や誤診（ハルシネーション）などのリスクがあり、責任の所在が不明確。（同旨15件） ・ 購入に補助を出しても使われていない機器が多くみられる。（同旨2件）	323件

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（228件）

主な意見の内容	件数
○ 人材確保について ・ 人件費分の点数をつけると促進が進む。（同旨18件） ・ 特定行為看護師に手当をつけるという条件で特定行為看護師の配置に関する加算を考えるべき。（同旨6件） ・ タスクシェアリングできる人材を雇用したり、教育できる費用がない。米国の病院と日本の病院を比較すると、1床当たりの人員数が一桁違う。（同旨6件） ・ 歯科医院において金属高騰は死活問題。 ・ 臨床工学技士の関与については、制度上の評価や位置づけが必ずしも明確ではない。（同旨8件）	43件
○ タスク・シェアリング／タスク・シフティングについて ・ 責任だけ増えるタスクシフトには反対。（同旨10件） ・ タスク・シェアリング／タスク・シフティングおよびチーム医療の推進にあたっては、業務範囲と責任の明確化、教育・研修体制の整備、ならびに複数職種が連携する体制そのものを評価する診療報酬上の仕組みが不可欠。（同旨76件）	168件

・ 現在医師にしか認められていない権限をある程度看護師などの従事者に移譲出来る法的整備がなされれば、ある程度の効率化は見込めるのではないか。（同旨 5 件） ・ 医療過誤があった際のリスクを負うのはタスク・シフティングをされた看護師・コメディカルであるため丁寧に考える必要がある。（同旨 3 件） ・ 医師自身も業務内容の見直しや効率化に主体的に取り組む姿勢が不可欠であり、単なる業務委任とならないよう、運用の在り方を慎重に検討する必要がある。（同旨 1 件） ・ 歯科の場合、共通認識がまだまだ不足している現状でのチーム医療を推進するファウンデーションが全く不足している。（同旨 3 件） ・ タスクシェア・タスクシフトは主に医師から看護師や薬剤師などへの移管をメインに話をされているが、移管された側は人員に限られる中で業務が増えるだけなので、看護師や薬剤師の人員確保（待遇改善）に向けた対応とセットで進めて欲しい。（同旨 24 件） ・ 看護職以外が病棟業務を行う体制について、理学療法士等が食事ケア等のケア業務を行うことが想定されているが、このような体制は安易な人材不足対応として行われやすく、結果的に患者の ADL 回復や自立支援への対応が疎かになる危険性がある。（同旨 2 件） ・ 歯科衛生士、歯科技工士の業務範囲を拡大してほしい。（同旨 14 件） ・ 居宅、施設在宅で介護を受けている患者においては、安定している患者こそリフィル処方を導入することが必要ではないか。（同旨 12 件） ・ 独居の高齢者の多い昨今、在宅で腹膜透析を行う場合、ヘルパーさんがバッグ交換を出来るように検討して頂きたいと思います。ヘルパーさんへの指導は基幹病院等が行い、一定レベルを満たす場合に許可するなど技術的な面を担保すれば可能ではないか。（同旨 4 件） ・ 医療従事者の働き方改革も必要で、施設内でのチーム体制や、地域での施設間の連携も必要。時間外診療の充実とともに、急患診療所の混雑を防ぐために適正受診を促す仕組みも必要。（同旨 2 件）	
○ その他 ・ 推進すべき。（同旨 7 件） ・ 現場での対応は難しい。（同旨 3 件） ・ 施策内容が現場実態を踏まえていない。（同旨 2 件） ・ 様々な加算や生活習慣病の指導管理料などの書類作成による医療従事者のペーパーワークが重荷となっている。書類等の簡素化を進めるべき。（同旨 1 件）	17 件

I-2-4 医師の働き方改革の推進／診療科偏在対策（210 件）

主な意見の内容	件数
○ 医師の働き方改革の推進、診療科偏在対策について ・ 医師数の抜本的増員が必要。（同旨 10 件） ・ いわゆる直美・直リハ・直在などを選択されないよう、一定の制限を設けるよう早急に検討してほしい。（同旨 43 件） ・ 地域医療体制確保加算は勤改センターから医師労働時間の短縮に関して助言を受けている事を必須とするべき。（同旨 36 件） ・ 消化器外科、小児科、産婦人科を守らないと日本の医療は崩壊する。（同旨 34 件） ・ 薬剤師の上限に比べ医師の負担が過大、完全予約制など見直しが必要。（同旨 10 件） ・ 診療科偏在は医学教育とも関連している。国民も含めた議論が必要。（同旨 7 件） ・ オンライン診療で偏在改善が可能ではないか。（同旨 5 件） ・ 医療機関や集約化や医療連携推進法人の規制緩和が必要。（同旨 5 件） ・ 診療報酬を上げて医師の報酬を増やさなければなければ、自由診療中心の美容や皮膚科に医師は流れていく。（同旨 3 件） ・ 歯科の報酬が先進国比で低すぎる。（同旨 3 件） ・ 診療科偏在対策は憲法違反である。（同旨 1 件） ・ 医師偏在対策として、保険診療外の補助を県行政だけでなく保険者にまで負担を求めることに反対。（同旨 1 件） ・ 女医の増加等により生涯第一線で勤務できる医師が減った。（同旨 1 件） ・ 診療所でひたすら働き続けているのに、経営は不安定で将来を悲観している。（同旨 1 件）	175 件

主な意見の内容	件数
診療科の偏在対策には勤務環境や処遇改善も必要だが、患者の医療リテラシーの向上や不当な医療訴訟リスクを回避できる制度なども必要。	
○ 休日加算、時間外加算、深夜加算の見直しについて - 外科系処置の保険点数を上げる必要がある。（同旨 4 件） - 必要な緊急手術に対する適切な加算をお願いしたい。（同旨 2 件） - 手術の保険点数を上げ、外来診療の保険点数を下げることで外科医を目指す人が増える。 - 地域の小児準日間診療は地域医療インフラとして不可欠である一方、従事医師の本務先とは異なる施設で行われるため現行の診療報酬体系では評価されにくい実態がある。地域医療への時間外従事を制度上どのように評価するか検討すべき。 - 加算の見直しは賛成するが、それを国民負担に強いるのは間違いではないか。 - 夜間休日の救急診療の対応について、選定療養費（生活保護者も例外なし）などで医療機関の収入を増やし対応する医療従事者の処遇改善が望ましい。	12 件
○ その他 - 政策実行の責任体制を明確化し、第三者委員会による検証を行うべき。（同旨 2 件） - 自覚症状の聞き取り等は AI で代替可能ではないか。（同旨 1 件） - 自由診療が規制外なのは問題で、遵守・監査の強化を求める。（同旨 2 件） - 職業選択の自由を侵さない制度設計を求める。（同旨 2 件） - チェーンクリニックや責任不明瞭な体制が見受けられる。かかりつけ医の理念に沿った制度を求める。 - 薬剤師にも診療（調剤）拒否の権利を与え、カスハラから守る制度が必要。（同旨 1 件） - リスクの大きい診療科では業務上過失の刑事責任を免除する等の措置が必要。 - かかりつけ医が講習等で腹膜透析関連の申請を行えるよう要件緩和を求める。 - 患者減少により診療時間が自然に短縮している。（同旨 1 件） - 医療機関や医師に対して、看取りや介護を頑張るインセンティブを作るべき。（同旨 2 件） - 不要な対応や判断に追われることがないよう、OTC で代替できるような処方はやめるべき。 - 取組を推進すべき。	23 件

I－２－５ 診療報酬上求める基準の柔軟化（228 件）

主な意見の内容	件数
○ 看護職員の配置基準について - 人手不足や欠員の際の施設基準等を柔軟化して頂けるのは助かる。（同旨 4 件） - 国際比較の観点からも、看護配置緩和は医療の質低下や離職促進につながるため反対。（同旨 1 件） - 人材確保が困難な急性期病院が医療提供を維持できるよう一定期間の経過措置や段階的要件を設けるなど実態に即した柔軟化を求める。（同旨 4 件） - 看護必要度が複雑すぎる。簡素化すべき。 - 全職種の給与改善も含め抜本改革が必要。（同旨 3 件）	17 件
○ 医療安全、感染症対策、入院栄養管理について - 専従者が 1 名しかいない医療機関で兼務が強いられ、感染対策の質が低下する懸念がある。専従者「数」による一定の線引きは必要であり、複数名の専従配置が確保された場合に限り、例外的に兼務を認めるべき。ただし人数のみで判断するのではなく、安全に感染対策を担保できる体制が維持されることを緩和の絶対条件とすべきである。（同旨 4 件） - 精神科の急性期医療では、入院基本料の最低ラインでは残業も非常に多くなり、医療安全の保証も難しい。（同旨 1 件） - 画一的な基準によって必要な医療が制限されることのないよう、慎重な検討が必要。特に低栄養は、早期に適切な介入を行うことで重症化や要介護化を防ぐことが可能な状態であり、診療報酬上の基準から除外されるべきではない。（同旨 2 件） - 感染対策向上加算 3 を算定中の施設において従事している臨床検査技師もしくは薬剤師も院内感染管理者として配置できないか。	13 件

主な意見の内容	件数
・ 基準の柔軟化は、医療の質・安全を担保するため、代替要件（アウトカムやプロセス指標）を選択できる仕組みとしていただきたい。（同旨 1 件）	
○ 常勤職員の柔軟な配置について ・ 最低額引き上げと賃金を物価上昇に連動させる制度が必要。（同旨 1 件） ・ 常勤職員の定義が病院ごとに異なり不公平が生じているため国が統一基準を明示すべき。 ・ 常勤要件緩和には反対、むしろ配置の厳格化・人員増が必要。 ・ 時間外や急患センター勤務など負担の大きい業務への報酬を手厚くしてほしい。	5 件
○ 摂食嚥下機能回復について ・ 経口摂取可能でも短腸症候群等では経腸栄養が必要であり、要件見直し時に配慮すべき。 ・ 嚥下低下患者の特別食加算は材料費・人件費増で負担が大きくなり見直しを求める。 ・ 専任管理栄養士不在で経腸栄養管理加算が届出困難な病院が多く、加算点数引き上げを求める。 ・ 高齢者救急の受け皿として医療療養型転院を在宅復帰扱いにし急性期との連携円滑化を図るべき。	4 件
○ 柔軟なリハビリテーション提供体制の構築について ・ 精神科でもリハ・ST・歯科口腔管理等に評価が必要で、総合的な医療提供が求められる。 ・ 地方診療所ではリハ等の人員基準が確保できず算定断念が多く、非常勤やタスクシェア前提の緩和が必要。 ・ 内科の管理料が高く整形外科やリハの点数が低すぎるため是正してほしい。	3 件
○ その他 ・ 算定に当たって文書提供を義務付けるものが多数あり、書類作成に労力を奪われます。また、指導の場では詳細なカルテ記載を求められるが、もっと診療に力を注げるように要件を緩和していただきたい。（同旨 28 件） ・ 厳しい環境の中で、機械的な人員基準を強制すべきではない。（同旨 39 件） ・ 消費税すら取れない。せめて物価スライド制で診療報酬も上げるべき。（同旨 20 件） ・ 中小薬局は集中度規制で基本料が減ると経営不能となるため、地域医療維持のため減算はやめるべき。（同旨 3 件） ・ OTC 類似薬の調剤料は減額もしくは廃止すべき。（同旨 2 件） ・ 歯科領域は技術や材料の進歩・現場ニーズに制度が追いついておらず、柔軟で実態に合った見直しが必要。（同旨 28 件） ・ 現場の負担や実際の医療内容に見合った実質的な評価に改め、古い頻度制限や形式的な基準を見直すべき。（同旨 36 件） ・ 人手不足の根本原因は絶対数不足と処遇の悪さであり基準軽減ではなく職種別の処遇改善・最低賃金制が必要。（同旨 5 件） ・ 届出や基準違反が多いため条件順守の定期確認や違反時の処分明確化が不可欠。（同旨 5 件） ・ 2 年に一度の診療報酬改定は廃止し根本的な制度見直しが必要。（同旨 8 件） ・ 情報セキュリティの評価は入院だけでなく外来でも算定すべき。 ・ 高血圧治療補助アプリは初診算定不可で初回受診が無駄になり治療開始が遅れるため、医学管理料併算定不要とすべき。	186 件

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－１－１ 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 (193 件)

主な意見の内容	件数
○ 患者ニーズへの対応について ・ 地域医療構想については、医科・歯科・介護の連携を前提とし、単一機能に固定しない柔軟な運用と、患者アウトカムを重視した検証を行うことで、切れ目のない医療提供体制を確保すべき。(同旨 4 件) ・ マイナ保険証を使わない患者には相応の自己負担を求めるべき。(同旨 1 件) ・ 双方向の患者ニーズ把握のため情報交換システム整備が必要。(同旨 3 件) ・ 選定療養・自由診療化を患者ニーズに応じ導入すべき。 ・ 当事者の意見を直接反映する仕組みにすべき。	13 件
○ 地域医療構想について ・ 病床削減は地域住民の意見を踏まえ慎重に行うべき。 ・ 病床削減補助金ではなく医療体制充実のために使うべき。(同旨 1 件) ・ 地域医療構想は現実的でなく地域で医療を受けられる体制が必要。(同旨 7 件) ・ 医療機関の集約化で効率向上が必要と考える。 ・ 地域格差を踏まえ公平な仕組みにすべき。(同旨 10 件) ・ 病院機能は分化されなければ医療は完結しない。(同旨 13 件)	37 件
○ 人材確保について ・ 地域包括ケアシステムの中核として、診療所医師がケアマネージャー、訪問看護、薬剤師等とリアルタイムで情報提供・連携出来る体制を評価すべき。(同旨 2 件) ・ 患者は経験豊富な医師を選ぶため柔軟な価格体系や情報開示が必要。(同旨 2 件) ・ 災害・感染症に備え余裕ある病床と人員確保が必要。地域の開業医や看護師の活用も十分考えられる。開業制限は逆効果。 ・ 医師会の「面で支える」方針が重要。(同旨 1 件) ・ 病院間の医師確保調整は行政が担わないと難しい。(同旨 1 件)	11 件
○ 病診連携について ・ マイナ保険証と連携した医療連携システムを構築してほしい。かかりつけ医院の情報から直接、簡単に連携をとれるシステムを構築して頂きたい。 ・ 地域全体を一体化する水平連携の司令塔として基幹病院の役割が必要。 ・ 歯科診療所の訪問先病院(医科)のカンファレンス参加を評価すべき。 ・ 病診連携を評価し診療所への加点を求める。	4 件
○ 高齢者への医療について ・ 急性期高齢者の診療リスクを評価すべき。(同旨 2 件) ・ 患者のニーズは高齢化により複合化しており、専門分化が進むほど入院中の「主治医機能(総合的な全身管理と横断調整)」が重要になる。急性期病院内においても総合内科的に診る責任主体を明確化し、必要に応じて専門科と協働する体制が地域医療構想の中で位置づくよう求める。(同旨 1 件) ・ これからは急性期ではなく、慢性期や高齢者医療に関するニーズが高まるため、その部分を手厚くすべき。(同旨 3 件) ・ 制度が分かりにくく高齢者には理解しづらいため改善すべき。 ・ 高齢者の高額抗がん剤は自費にし、最低薬価のみ保険適用とすべき。 ・ 他科受診減算は廃止し高齢者の眼科受診は特例扱いすべき。	12 件
○ 地域包括ケアや退院支援について ・ 退院後フォローや訪問支援の加算を増やすべき。(同旨 1 件) ・ 地域包括医療病棟のリハ・栄養・口腔連携加算について、安易な緩和はせずに、その基準を２段階にする等、現状の取り組みの質低下を招かないようにする必要がある。	18 件

・ 地域包括病棟の基準緩和と B 項目削除反対を求める。 ・ 地域包括病棟基準が厳しく高齢者救急受入を阻害しているため緩和すべき。（同旨 2 件） ・ 病院の機能分化が進み、術後早期の患者や急性期を脱した患者の診療所への移行が加速している。術後のリハビリの継続、内科における複雑な併存疾患を持つ患者など、診療所に求められる役割と責務は増大している。病院から診療所へのスムーズな移行を促すため、紹介・逆紹介の事務負担や移行直後の手厚い診療・指導に対する評価を拡充すべき。 ・ 外来は開業医、入院・看取りは在宅医という機能分担が必要。（同旨 1 件） ・ 病棟から在宅への移行支援会議を簡便化すべき。 ・ 急性期医療に限らず、地域・在宅・ホスピスを含む継続的な医療提供体制が必要。（同旨 3 件） ・ 地域に応じた救急・在宅医療体制の整備を求める。（同旨 1 件） ・ インフル薬なども出来高算定とし在宅医療用材料も別算定を認めるべき。	
○ 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について ・ 在宅療養を行っている患者かどうかの評価も検討いただきたい。 ・ 内科系の重症度・必要度評価を改善し、救急受入等も加算対象とすべき。 ・ 内科重症患者への評価改善と急性期受け入れ体制の両立が必要。 ・ 救急車以外の緊急入院も必要度評価の対象にすべき。 ・ 必要度評価の頻繁な改定は現場負担が大きく安定した基準設定が必要。	5 件
○ 口腔管理等について ・ 歯科の地域医療参画を適切に評価し多職種連携を整備すべき。 ・ 歯科の「かかりつけ機能」を制度化し地域差を是正すべき。（同旨 1 件） ・ 地域包括医療病棟に入院する患者は、高齢者や嚥下機能低下、低栄養等のリスクを有する者が多く、口腔管理は誤嚥性肺炎予防、全身状態の維持、在宅復帰支援において極めて重要。地域包括病棟での口腔管理評価を新設・拡充すべき。（同旨 4 件） ・ 歯科衛生士単独訪問を認め患者負担を軽減すべき。 ・ 地方では歯科衛生士・病院歯科が不足している。 ・ 介護施設での口腔管理義務化が周知されておらず、関係部局が協力し周知すべき。 ・ 高齢者の義歯ニーズは通院困難で在宅側に移っており歯科供給が追いついていない。 ・ 歯科でも禁煙治療を保険適用し医療費削減に寄与すべき。 ・ CAD/CAM 冠の適用を永久歯代行乳歯に拡大すべき。 ・ 削り出しチタン冠を保険収載し技工負担を軽減すべき。	15 件
○ 回復期について ・ 回復期リハビリテーションにおける排泄自立支援の診療報酬評価を簡素化し改善すべき。 ・ 回復期で骨折治療薬を包括外にして早期処方を実現にすべき。 ・ 廃用症候群評価は病態差を踏まえ詳細分析が必要。 ・ 回復期リハ病棟の運用が実態と合わず基準緩和や転換支援が必要。（同旨 4 件）	8 件
○ 各種評価について ・ 内科・総合診療の需要増に合わせ評価を高めるべき。（同旨 1 件） ・ 同日複数手術の評価を現実的にし、効率化を妨げない仕組みにすべき。（同旨 1 件） ・ 急性期での A 項目追加や B 項目評価復活など実態に合う必要度評価を求める。（同旨 2 件） ・ 急性期充実体制加算の薬局賃貸禁止要件は不合理で地域医療を弱体化させるため撤回すべき。 ・ 急性期後の輸血など必要医療が包括で赤字化するため評価見直しが必要。 ・ 廃用症候群評価見直しは対象限定のため妥当である。 ・ 療養病棟で複合的処置や特殊病態の評価を見直し薬剤除外範囲も検討すべき。 ・ 療養病棟の区分割合引上げは実態に合わず慎重な分析が必要。（同旨 2 件） ・ 包括外薬剤を増やし入院できない患者を減らすべき。（同旨 2 件） ・ 出来高下げによる短期滞在誘導に反対。（同旨 1 件） ・ 看護補助加算の 30 日制限は不要で外すべき。 ・ 手術件数偏重は無理な手術誘発につながり、他の指標導入が必要。（同旨 2 件）	37 件

・ 透析の選択肢を患者に公平に説明し在宅透析体制を整備すべき。（同旨 4 件） ・ 遠隔 ICU 支援加算は赤字で持続不能のため実態に合わせ増点すべき。 ・ ハイケアユニット要件の件数基準を厳しくしすぎず、地域急性期機能を確保すべき。 ・ 認知症・精神疾患患者を受け入れる病院の評価を見直すべき。（同旨 2 件） ・ 医療の質や熟練度を診療報酬に反映すべき。（同旨 1 件） ・ 病院機能の 4 類型化を先取りした評価は地域医療を損なうため避けるべき。 ・ 地域の拠点薬局の役割を評価すべき。	
○ 簡素化・診療報酬全体について ・ 点数制度が複雑すぎるため分かりやすくすべき。（同旨 1 件） ・ 地域で疾患構造が異なるため、診療報酬は一律でなく柔軟にすべき。（同旨 3 件） ・ 休日診療加算を診療所でも算定可能にすべき。 ・ 土日・夜間加算を実態に合わせて引き上げるべき。 ・ 現行よりマイナス方向の見直しには反対。（同旨 1 件） ・ 都市部の物価高を反映し地域加算を引き上げるべき。	11 件
○ その他 ・ 必要な人に必要な医療が適切に提供されるべき。（同旨 5 件） ・ 地域医療体制整備は行政の資金投入で支えるべき。（同旨 4 件） ・ 自治体の要望を反映した医療提供体制にすべき。 ・ 制度変更の繰り返しは効果がなく見直すべき。（同旨 1 件） ・ 電子処方箋を必須化し標準化を促進すべき。 ・ 病院は病気、診療所は病人を診るべきであり単科診療所の新規開業は制限すべき。 ・ クリニックより病院だけを優遇しても医療全体はよくなる。 ・ 理想は良いが実現には大きな困難がある。（同旨 1 件） ・ 薬剤師の訪問支援を拡充し薬剤費削減につなげるべき。（同旨 1 件） ・ 医療体制整備は必要だが医薬品不足により現場では実現困難な面が多い。	22 件

Ⅱ－１－２ 人口の少ない地域の実情を踏まえた評価（140 件）

主な意見の内容	件数
○ 医療資源の少ない地域について ・ 診療報酬による差別化ではなく、補助金・支援金等による支援が適当。（同旨 27 件） ・ 資源の少ない地域への配慮に加え、都市部における小児人口急減に伴う医療機関の「機能分化・拠点集約」を適切に評価すべきである。2040 年の患者がどこに住んでいても質の高い医療を受けられるよう、独立独歩のモデルを脱却し、法人が「面」で地域を支える集約化モデルへのインセンティブを確立しておく必要がある。（同旨 17 件） ・ 離島などの過疎地域においては、絶対的な患者数が限られているため、手術件数やリハビリ実施件数と言った「実績」をベースにした施設基準では、医療機関の維持が困難。地域の唯一の整形外科として 24 時間 365 日の急患対応や地域住民の健康を担う継続性そのものをベースとなる基本診療や地域医療確保加算の拡充により評価して頂きたい。（同旨 10 件） ・ 離島では、医薬品医療材料、医療機器、燃料、食料等々輸送コストが本土より高額であり、医療機器の修理、保守など旅費、出張費を請求されることが常態化しており経費を押し上げ、収入を圧迫しています。こうした「離島特有の物件費・人件費の高さ」を考慮し、離島加算の対象範囲の拡大や点数の大幅引き上げを強く要望。 ・ 過疎地や医療資源の少ない地域における「処方箋集中率」による評価の適正化および、地域の実情に応じた評価体系の構築を要望する。（同旨 12 件） ・ 中小病院が職員を配置しても地域のニーズに答えられない。人材が分散して地域の医療資源の効率化が妨げられている。（同旨 4 件） ・ 医科医療が十分に提供されていない地域等においても、医科巡回診療車等での巡回診療を充実すべき。	77 件
○ 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について ・ 人口の少ない地域に医療機関を配置しても、コストパフォーマンスが合わない。それよ	13 件

り、広域での、紹介・運搬方法を充実させた方が、効率的だと考える。（同旨 1 件） ・ 遠隔診療と NP 活用を組み合わせるべき。 ・ 人口の少ない地域での在宅診療は、医療者の移動時間等で余分なコストがかかっている。評価をいただきたい。（同旨 3 件） ・ 患者数が少なくても、救急・入院・周術期等の最低限の急性期機能を 24 時間維持する必要がある、N 数が少ないこと予想されるため、赤字が助長されることも懸念される。出来高や件数中心ではなく、地域のセーフティネットとしての「体制維持（当直・救急受入・病床確保等）」を支える加算・包括的評価を拡充していただきたい。（同旨 3 件） ・ かかりつけ医が腹膜透析申請できるよう制度緩和すべき。 ・ 在宅透析にかかる透析備品の配送には医療機関（またはメーカー側）が負担する費用が発生している。特に在宅透析が有効と思われる人口の少ない地域ではより配送に時間と配送費がかかると想定される。そのため、在宅（血液/腹膜）透析患者のニーズに合った配送が困難となる。在宅透析の支援・普及にはニーズに合わせた配送計画（月に数回に分けて配送）と配送費用に対する補助などが重要であると考えます。	
○ 歯科医療について ・ 歯科巡回診療は、移動時間・人件費、車両・設備維持費、少人数診療による収益性の低さといった構造的な不採算性を抱えているのが、継続できるよう十分な評価が必要。（同旨 15 件） ・ 地方自治体等と連携しない場合の巡回診療についても検討してほしい。（同旨 1 件） ・ 歯科医療が十分に提供されていない地域などに対しては歯科巡回診療などより地域に根ざした歯科医療機関が必要。国・自治体が責任を持って診療所を配置することが必要。 ・ 歯科巡回診療車よりも診療所が訪問診療がしやすいようバックアップがあればいいと思う。（同旨 1 件） ・ 「歯科巡回診療車」をいざ発災時にしっかりと運用するべく平時から整備（使用）すること、加えて人材の育成が求められ、また中山間地域や離島など歯科医療資源が乏しい、いわゆる無歯科医地区において良質な歯科医療を提供するためにも、日ごろから保険診療も含めた歯科医療提供体制が肝。現状その運用は災害時にほぼ限られ、保険診療を行う場合は都度手続きが発生しとても煩雑。この整備事業が奏功し、推進されるためには関連法の改正や規制緩和等が必須。（同旨 1 件） ・ 診療報酬で対応するのではなく、別の財源を用いるべき。	24 件
○ その他 ・ 基本的に賛成。 ・ 人口少ない地域は医療縮小は避けられないが配慮が必要。（同旨 6 件） ・ 国民皆保険の「どこまで医療を担保するか」という本質的な議論が不足している。（同旨 1 件） ・ 都会でも採算悪化が進んでおり、現制度では解決困難。（同旨 14 件） ・ 病院や診療所は社会的インフラであることを踏まえ、経営の公営化が必要。	26 件

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（98 件）

主な意見の内容	件数
○ 後方支援機能・地域包括ケア病棟等への評価について ・ 在宅療養患者や介護保険施設等入所者の後方支援機能は、緊急入院の「件数」だけでなく、24 時間対応や受入体制を維持していること自体を評価すべき。体制整備への基本評価と、実績に応じた加算を組み合わせた制度設計を求める。 ・ 高齢者救急の多くは短期在宅復帰が困難であり、医療療養病棟は医療処置継続や看取りまで担える重要な受け皿。75 歳以上の医療療養型への転院も「在宅復帰扱い」とすることで、高齢者救急と地域連携のミスマッチを減らすべき。 ・ 高齢化が進む地域では、急性期後の受け皿や在宅・施設からの緊急受入れニーズが高いにもかかわらず、許可病床数 400 床以上の病院は地域包括ケア病棟の新規届出ができない。病床数による一律制限を緩和し、地域ニーズに応じた特例・柔軟な要件設定を求める。 ・ 歯科についても、ケアマネジャーや訪問看護師との連携に対する加算、在宅での単独訪問時の点数をもっと引き上げるべき。	29 件

- 施設全体の感染管理や認知症対応に責任を持つ医療機関に点数を設定するなどすれば、医療機関の眼が施設内に届くことになり、営利一辺倒な施設運営に医療面でのサポートが期待できるのではないか。 - 二次医療圏に1つくらいの規模ですすめていただきたい。 - もっと評価すべき。(同旨 22 件)	
○ 施設基準・算定要件・連携要件（カンファレンス等）の簡素化について - 介護保険施設や在宅医療機関との後方支援連携で、協力医療機関に求める情報共有を「カンファレンス開催頻度」だけで評価するのは妥当か疑問。ICT 等を活用した多様な連携手法や必要時の協議も評価対象とすべき。 - 協力対象施設入所者入院加算の要件として月 1 回以上のカンファレンスが求められるが、施設側の事情でカンファレンス体制が整わない場合がある。施設側の事情により医療機関側の算定可否が左右される現行要件は妥当か疑問であり、見直しを要望。(同旨 2 件) - 施設基準は簡素化したものを希望。過度に複雑な基準は現場の負担となる。(同旨 2 件) - 介護保険施設の後方支援病院として毎年協定書の更新を求められているが、実務上そのような更新は不要。後方支援病院が自ら期限を設けない限り、毎年の協定締結を義務づける現行制度は廃止すべき。(同旨 2 件) - 地域包括ケア病棟に関する 2022 年度改定で設けられた各種減算規定（注 9～注 13）および 2024 年度改定の「40 日以内／40 日以上」の区分を廃止し、現場の実態と乖離した複雑な減算・区分を整理すべき。 - 許可病床数 400 床以上の医療機関における「地域包括ケア病棟入院料」の新規届出制限を緩和し、地域の実情に応じた特例的な措置が必要。 - 介護施設併設型の医療機関や地域特性によって算定可能な項目に差が生じる場合、後方支援機能そのものではなく、算定構造の違いによって評価に差が生じることにならないか。 - 有料老人ホームやサ高住における訪問診療の点数が低すぎる。 - かかりつけ医連携薬剤調整加算でのサマリー記載については医師と常勤の薬剤師となっているが、老健施設で常勤の薬剤師を雇用している施設はごく少数であるため、非常勤薬剤師が作成した場合の点数設定を希望。 「救急患者連携搬送料」の算定要件において、車両搬送以外の「連絡通路」等による移動を評価の対象に含めるべき。	16 件
○ 緊急受入の実効性・医療機器対応・人員体制について - 在宅や施設からの緊急受入では、人工呼吸器等の医療機器に即応できる体制が後方支援の質を左右する。在宅用機器と院内機器の違いへの対応や、安全確認に関わる専門職の関与が必須だが、現行の評価は「受入可能性」に偏っているため、機器対応体制を含めた質の評価が必要。(同旨 1 件) - 在宅患者の異変時に後方支援医療機関へ連絡しても、救急受入先がなかなか決まらないことが多い。高齢者・認知症が多く、救急現場に人手が回らないことが背景にあり、辞職増加や処遇の問題も含め、医師・看護師を確保できるよう国として処遇改善と人員増を図るべき。(同旨 8 件) - コロナ罹患など後方支援で入院を行いたい、有床診療所の病棟は 1 名体制で、感染媒介する可能性が高いため受け入れられない。	12 件
○ 在宅・施設側での取組・役割の評価について - 緊急入院の評価に加え、在宅・施設側で体力や栄養状態を維持し急激な悪化を防ぐ「予防的・支援的医療」も評価すべき。在宅や施設での状態維持が、結果として緊急受診・入院の回避につながる観点を後方支援評価に組み込むことを希望。 - 在宅療養患者や施設入所者が急変せず生活続けるには、栄養状態の維持が重要。栄養低下があると感染や転倒を契機に急速な悪化と緊急入院につながるため、緊急受入だけでなく、日常的な栄養・生活支援により「弱らせない医療」を実践している体制も評価してほしい。(同旨 1 件) - 在宅療養患者の緊急搬送が増える背景として、在宅医療側の状態評価や家族への説明（DNAR を含む意思決定支援）が不十分なまま急性期病院に搬送されるケースがある。後方支援の評価は、急性期受入だけでなく、在宅側での説明・意思決定支援・情報共有を標準化する仕組みとするべき。 - DNAR で侵襲的処置を望まない患者が搬送されても、実際に提供できる医療は在宅でも可能な範囲に留まることが多い。不必要な救急搬送を減らし、患者の意思に沿った療養を継続	15 件

できるよう、在宅・施設側で非侵襲的治療や症状緩和を行う体制（在宅緊急対応、訪問看護・薬局連携、24時間相談等）を整備・評価すべき。（同旨3件） ・多職種連携を評価すべき。（同旨4件） ・基幹病院のみが、人工透析導入期加算が算定でき、腎臓専門医の診療所では、透析療法の説明を詳しくしても、何も算定がない。診療所レベルでの丁寧な説明に対する評価が必要。 ・地方において在宅看護を必要とする患者において必要。	
○ 不適切な利用等への対応について ・強化型在宅診療の施設基準を厳格化し、不適切算定を防ぐべき。（同旨1件） ・「連携医療機関からの受け入れ要請であるにも関わらず“断る病院”が生じている。おり要件必須化や罰則が必要。（同旨2件） ・在宅側が病院へ負担を丸投げする実態があり、在宅報酬引き下げを望む。（同旨3件） ・1つの施設に、1つの医院1つの薬局が独占的に入っているところが多いのはおかしい。患者が決めるべき。 ・外国人専門介護施設をなくし他資源へ回すべき。 ・特定病院の独占で開業医が参加できず問題。 ・要介護入所は“社会的終末期”と啓発し不要な搬送を減らすべき。	13件
○ その他 ・カンファレンスを増やす、などでは実際の業務負担が増え、診療日が減る可能性があります。抜本的な診療報酬の増加が最優先。 ・医療従事者における制度趣旨の理解不足が多く、周知と教育が必要。 ・特養・老健が優遇され過ぎで他は経営困難。 ・介護は自己負担を増やし営利参入実態に見合う制度にすべき。 ・歯科による後方支援受入は現実的でない。 ・都心部にフォーカスした改定は地域の流れを崩し、地域住民が安心して暮らせなくなるので、一律に決定することは避けるべき。 ・補聴器の訪問対応が少なくインセンティブ不足。 ・加算アップは患者負担増の恐れがあり代替支援も検討すべき。 ・収益性低い医療は公立病院が担い赤字は税で補填すべき。 ・効率化が安全・安心を損なうなら不要。 ・概ね良いと思う。（同旨2件）	13件

Ⅱ－２－２ 円滑な入退院の実現（73件）

主な意見の内容	件数
○ 入退院支援・連携体制の評価について ・急性期と設定される期間を過ぎても、依然集中的な治療を要する患者や退院できない患者が存在する。退院ありきで治療放棄のような手段を取る医療機関も存在するため、後方支援病院（「後方」でない場合すらある）が受けるメリットも確保されたい。（同旨8件） ・入院治療適応がある患者さんを紹介しても断ろうとする中核病院がある。（同旨1件） ・入退院支援加算は、業務のプロセスが画一的であり、人員配置が多数求められるため、負担が大きい。プロセスの見直し、役割固定制でなく、チーム制による対応など、負担軽減と実効性の両立ができる範囲での見直しが必要。（同旨4件） ・退院後訪問指導料について、医療ニーズが高い患者や認知症患者が退院する際、患者家族の強い希望で病棟看護師や入退院支援看護師が退院した日に自宅訪問し在宅生活に向けてアドバイスや生活指導をするケースが多々ある。円滑な退院のため退院当日の訪問であっても算定可と要件変更していただきたい。（同旨1件） ・入退院をする際には病院スタッフが多大な書類業務や受け入れ作業などを担う必要があり、入退院の回転数が上がるほど過酷な労働となってしまう現状がある。入退院に関わる書類を簡便化し、ICTを活用して負担軽減する方策が必要。（同旨1件） ・DPCに加え、安定している場合は退院後1か月以内に逆紹介、在宅医が入る場合は退院前カンファレンスを行わない場合の減算などの対応によりすすめていくのがよい。（同旨4件） ・地域資源の地域格差を、きちんととらえる必要性あり。経済面から、地域における民間事	43件

業者の撤退は、医療に限らず以前からの課題。 ・ 転院・退院を円滑にするには、受け皿側が安心して受け取れるよう、急性期から地域包括・療養・在宅への移行に関する受入基準と責任分担（何ができる／できない、再搬送の条件）を地域で明確化することが重要である。特に DNAR 等で侵襲的治療を望まない患者では、状態が不安定な間の受入判断が難しく滞留しやすいため、地域として合意したルールのもとで早期移行が進むよう、連携体制を評価・後押ししていただきたい。（同旨 1 件） ・ 正当な理由でない入院、社会的入院を拒否する権限と法的安全性が欲しい。（同旨 2 件） ・ 必要のない長期の入院患者が増えると新規の入院が入れない。医師には退院計画はしっかり行ってもらいたい。（同旨 2 件） ・ 在宅復帰率は「居宅」と「施設」に分けて評価すべき。居宅は調整負荷が高く、同一指標だと施設退院が誘発されやすい。 ・ 精神科病院においても一般病院と同様の加算を導入いただきたい。 ・ 独居老人が増えており、交通アクセスを含め細かい配慮が必要。（同旨 1 件） ・ 認知症対応は施設・精神科病院への過度依存を避け、地域全体で支える仕組みが必要。多機関連携と在宅支援の強化が必要。 ・ 病診連携を密にし、スムーズな紹介・逆紹介を実践。日常的な情報共有の徹底が肝要。 ・ 退院時に必要薬の在庫が地域薬局に不足している。供給体制を面で整備し、地域全体でフォローできる仕組みが必要。 ・ 退院後の生活を具体化するため、紙より「短動画」での手順・注意点の周知を提案する。患者・家族の理解促進に有効。 ・ 円滑な入退院には平時の情報共有が必須。個人情報理由に主治医へ情報を出さない慣行の是正が必要である。	
○ 介護との連携について ・ 介護支援専門員との連携強化に賛成。特定施設・リハ病院へ誘導されがち。公平な調整に「地域目」を入れるべき。 ・ 入退室支援室の設置で相談窓口が明確化される。人員配置への手当が体制維持に有効。 ・ 退院時にも口腔機能アセスメントを実施し、ケアマネ等へ情報共有すれば在宅での機能低下が防げる。 ・ 在院日数短縮ありきでなく、患者状態・生活環境に応じた移行支援を評価すべき。 ・ 介護連携等指導料は入院前からの連携を評価すべき。豪雪等で対面が困難な地域では電話連携も点数化すべき。（同旨 1 件） ・ 入退院サマリー加算はあるが訪問看護に加算がなく不公平。訪看にも算定を求める。 ・ マイナンバーカード等の基盤は整備されつつも活用不足。現場で使いやすい形の ICT 運用を改善すべき。（同旨 3 件） ・ 退院後のフォロー側を評価すべき。訪問や調整の実費・時間を評価すべき。 ・ 救急・紹介時点から退院先を見据え、ADL・介護度・家族支援力・DNAR 等の入院前情報を標準化共有すべき。 ・ 基幹病院から「かかりつけ薬局」への積極的な声掛け・連携促進を要望する。 ・ 自宅療養へ移行時、歯科受診紹介の算定を創設してほしい。 ・ 退院時共同管理指導を多く算定する病院を積極的に評価すべき。 ・ 小児は退院情報が乏しく在宅移行が不安定。医療的ケア児コーディネーター連携の退院支援加算新設を希望する。 ・ 円滑退院には MSW・ケアマネの報酬改善が要。やりがいと生活の安定を両立させるべき。 ・ 優秀なケアマネが増えれば円滑化は進む。人材育成・定着に投資すべき。 ・ 特養など誰もが負担少なく使える介護施設と、個別性に応じた在宅医療・介護の体制・人員整備が必要。	20 件
○ 回復期リハビリテーション入院料等について ・ 回復期リハビリ病棟に高次脳機能障害患者への退院後支援対応を義務化することだが、地域事業に対する支援と同様、回復期リハを縮小する方針と整合性がないように思われる。適切な医療機関に引き継ぐことで良いように思う。	1 件
○ 感染対策について ・ 介護施設への感染対策助言を専従 1 名で担うのは現実的でなく、院内の質低下や安全リスクが懸念される。専従者数に応じた段階的要件・上乘せ評価や、専従 1 名施設には院外支	3 件

援を求めない線引きを要望する。院外拡大は院内体制整備が前提。（同旨 1 件） ・ パンデミック期、病院と「かかりつけ」診療所に負担が偏在している。負荷配分・補助の平準化策が必要。	
○ その他 ・ 施設基準を簡素化すべき。（同旨 3 件） ・ 賛成する。 ・ 医療者が生存価値を裁定すべきではない。倫理的枠組みと社会的合意に基づく意思決定を求める。	6 件

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 (132 件)

主な意見の内容	件数
○ リハビリテーション・栄養・口腔連携体制の推進・評価について ・ 業務量の増加に見合った診療報酬設定など評価を充実すべき。（同旨 9 件） ・ 人員要件や休日要件を緩和し、人員や休日体制も強化しているところについては、評価すべき。（同旨 3 件） ・ リハビリテーションに回数制限や発症後の期間限定の点数設定には無理がある。必要なリハビリに必要な期間でできるような制度設計が必要。（同旨 3 件） ・ 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し、入院医療における多職種連携の取組を適切に評価する制度整備を行うよう要望する。（同旨 5 件） ・ 回復期・包括期医療において、病院薬剤師が多職種と協働しながら薬物療法の見直し・最適化に関与する取組について、診療報酬上で適切に位置づけ、評価すべき。 ・ 歯科医師の指示のもとで管理栄養士による栄養指導、理学療法士・作業療法士等による生活機能支援（嚥下・呼吸・姿勢等）、歯科衛生士による口腔機能訓練を連動させた「包括的口腔・栄養・リハ連携」の保険算定枠を整備すべき。（同旨 1 件） ・ リハビリの定義を見直すべき。腰痛・膝痛に電気をあてるのはリハビリ定義から外してはどうか。 ・ リハビリを謳える職種を明記して頂きたい。 ・ 65 歳以上のターゲットゾーンに加算などを考えても良いのではないか。 ・ 医療者・介護職・一般市民のいずれにおいても栄養管理の重要性をより広く共有するための取り組みが必要。（同旨 1 件） ・ 入院医療だけで支えるのではなく、地域支援を行う事業者にも支える力をつけていただくための支援や教育等を含めた医療連携が必要。（同旨 1 件） ・ 各診療報酬について簡素化して分かりやすい内容にすべき。（同旨 1 件）	36 件
○ 摂食嚥下機能回復の取組・評価について ・ 経腸栄養管理加算により、中心静脈栄養からの早期離脱を図り、入院中の感染や低栄養リスクを防ぐことには賛成だが、算定率がまだまだ低く、算定条件の栄養サポートチーム加算取得などがハードルとなっている。要件の緩和見直し等を求める。 ・ 誤嚥性肺炎の予防等に口腔管理が必要と認識しているが管理の際、医療従事者の手を噛むなど危ないことが多い。ICT や AI など使用された方がよい。 ・ 高齢者では急性期入院中の廃用や低栄養が退院困難・再入院につながるため、急性期病院における早期リハビリテーションと早期栄養介入（入院直後からの評価・開始）をより推進できる評価としていただきたい。 ・ 質の高い摂食嚥下機能回復に係る取組について、月一回の VF・VE の実施という要件のハードルが高い。双方ともに侵襲性の高い検査であり頻回の実施は難しく、また月末に検査を実施した場合、当月の算定が難しいケースが多々ある。	4 件
○ 入院患者の口腔状態への対応・医科歯科連携について ・ 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、新たな評価を行っていただきたい。依頼する保険医療機関側の評価を充実すべき。 ・ 歯科はかかりつけの歯科医がいる患者が多い。連携する歯科医療機関において、病院だけではなくかかりつけ歯科医との連携も十分に行われる仕組みとすべきである。入院患者の口腔管理を充実させる観点から、医科の保険医療機関からの依頼に基づき入院患者に対し	11 件

て歯科訪問診療を実施した場合の新たな評価については、様々な診療科（疾病）からの依頼に対応できるような柔軟な要件にして頂きたい。 ・ 入院患者に実施している肺炎予防のための口腔衛生処置、口腔機能管理の点数を新設すべき。 ・ 医科からの依頼、情報提供がなければ、算定できない評価が多々あり介入に苦慮する。 ・ 栄養管理はNSTがあるが、口腔ケア管理に関しては管理できていないため必要。 ・ 口腔ケア・嚥下評価（歯科、ST、看護、栄養等の連携）を入院中だけでなく退院後（在宅・施設）へ確実に引き継ぐための評価・仕組み（情報提供や連携の標準化）を整備し、生活を支えるケアが継続するようにしていただきたい。 ・ 口腔機能について施設基準の届出の有無に関わらず、点数を大幅に引き上げるべき。 ・ 抗がん剤治療により口内炎が生じている患者さんに対する口腔管理は、患者さんの精神的な苦痛に配慮した指導をする必要があり、長い時間カウンセリングすることが多いので、がん患者に対する口腔管理に特段の加算を求めたい。 ・ 変性疾患のようなリハは外傷や脳卒中と異なり社会復帰できる可能性が低いく、点数に反映すべき。 ・ 歯科衛生士は施設・病院に常駐させ口腔の管理をするのが望ましい。 ・ 医科歯科連携を推進する上で、糖尿病治療における医科歯科連携を促進するための医科点数上の評価を設けること。	
○ 歯科訪問診療の充実について ・ 医科歯科連携を推進するためには医科・歯科がお互いに連携したくなるような内容を盛り込んで頂きたい。（同旨 3 件） ・ 医療者（医師や歯科医師等）が関与した場合の適正な診療報酬を提示すべき。 ・ 地域包括病棟において歯科訪問診療を実施した場合に、新たな診療報酬上の評価を設け、医科歯科連携による入院中の口腔管理を推進する制度整備を行うべき。（同旨 1 件） ・ 施設基準等を簡素化すべき。（同旨 1 件） ・ 入院患者に対する歯科訪問診療料の新たな評価については、治療の困難さ、準備の煩雑さを考慮したもので、時間要件は不要と考える。（同旨 1 件） ・ 有床義歯製作途中で入院した場合に装着や調整・修理などで患者の必要に応じて歯科訪問診療を可能にすべき。（同旨 1 件） ・ 訪問診療においても、外来と同様 2 人の患者さんをかけ持ちしての診療を認めてほしい。	14 件
○ その他について ・ 評価を充実すべき。（同旨 14 件） ・ いまの基準は厳しすぎる。（同旨 2 件） ・ 人材確保、処遇改善が望ましい。（同旨 7 件） ・ 経口栄養剤が保険適応外は見なおすべき。（同旨 7 件） ・ 栄養に関する啓発や教育を継続的に行う仕組みの再構築が必要。（同旨 3 件） ・ 機能維持、感染症予防、疾病予防のため、リハビリテーション、栄養管理、口腔ケアは重要。（同旨 9 件） ・ 高齢者の口腔健康管理については歯科界の重要な仕事であり、健診データを利活用し、データを見える化することによって国民へデータヘルスの重要性を周知していただきたい。 ・ 入院中に十分なリハビリが行えなかった患者や、廃用症候群のリスクが高い高齢患者こそ、退院後の生活を見据えた専門的な指導が必要不可欠である。（同旨 8 件） ・ 現在、義歯の調整は歯科口腔リハビリテーション科という名称で算定することになっているが、ふさわしい名称の技術料を算定できるようにしてほしい。 ・ 新製有床義歯管理料について、義歯の構造・形態により指導方法が異なることから、議論の整理にある「装置ごとの算定単位」への見直しが行われることに付随して、義歯完成後の疼痛等の対応として複数回の調整が必要となる場合、歯科口腔リハビリテーション料 1 の 1 か月の複数回の算定を可能とする等の要件を検討して頂きたい。 ・ 精神科病院においてもお願いしたい。 ・ 訪問看護ステーションからのリハビリで 3 か月に 1 回以上の訪問を看護師も行うようになっているが、全く看護師が訪問していないケースもある。 ・ 訪問歯科衛生指導料の点数が低く、外来をやっている方が売上が大きい。 ・ 医療費を増やすことになる。（同旨 1 件）	67 件

・ 一刻も早く、国際標準の DRG に切り替えてほしい。 ・ かかりつけ薬剤師の在籍年数を長くする議論がされているが、様々な店舗を経験する機会を薬剤師として損ねるため反対する。	

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（280 件）

主な意見の内容	件数
○ かかりつけ医機能に係る体制整備の推進について ・ かかりつけ機能は必要。（同旨 5 件） ・ 具体的な内容が不明。（同旨 1 件） ・ 複雑な書類作成が必要ないようにしてほしい。（同旨 11 件） ・ 施設基準が高すぎる。ハードルを下げる必要がある。（同旨 6 件） ・ 外来管理加算は現行維持すべき。（同旨 8 件） ・ 小児分野では既に小児かかりつけ診療料として包括的に制度化されていることから、重複する評価を整理し、小児かかりつけ診療料との統合による簡素で分かりやすい制度設計とすべき。 ・ 何をもち「かかりつけ」とするのか、受診者のフリーアクセス権との関係も含めて、再確認をお願いしたい。（同旨 15 件） ・ 「かかりつけ医機能」報告制度が始まる段階にあって、それをいきなり加算要件で縛り「制度化」することは本末転倒。 ・ 診療科や医療機関によらず、住民 1 人につき 1 人設定できるようにするのが良い。 ・ かかりつけ機能が患者にとってよりメリットのあるようにならないと広がらない。 ・ かかりつけを必要とするのであれば、患者から一部負担金を取るのではなく、国から費用を一部負担すれば良い。 ・ かかりつけ機能が十分に発揮されるためには、医師、歯科医師、薬剤師がそれぞれ単独で対応するのではなく、必要に応じて多職種と連携できる体制が重要。かかりつけ機能の評価においては、連携の実績や相談体制の有無なども適切に評価されることを期待。（同旨 21 件） ・ 必要であるが、行政の要求は厳しい。かかりつけ医は小規模であり、従事者は高齢者も多く、24 時間 365 日は対応できない。（同旨 4 件） ・ 総合診療医または家庭医と呼べる医者が少ない。（同旨 6 件） ・ かかりつけ医機能を果たさない強化型の在支診が一定数います。評価から外すべき。（同旨 8 件） ・ 「かかりつけ医機能報告制度」で規定される「かかりつけ医」機能の内容を、機能強化加算など「かかりつけ医」機能を評価した各点数の施設基準等に追加することが提起されているが、医療法改正を先取りした改定は行うべきではない。（同旨 4 件） ・ 当院は精神科だが、他科受診に消極的または拒否している患者に対し、プライマリケアとしての内科薬などの処方することはしばしばある。他科受診が減ることで医療費は削減できていると考えるが、処方薬が 7 種類以上となると処方箋料が削減される。今後かかりつけ医機能を強化する方向性となると、種類数が増えることで処方箋料が削減されることは方向性と逆行するのではないか。 ・ P 重防と SPT は患者病態が異なるが、病態によっては移行をする事もあり、管理離脱や移行がスムーズに行く施策を検討頂きたい。 ・ プライマリケア医への評価：専門医紹介前の段階から適切な腎代替療法の SDM を行う「かかりつけ医」に対し、意思決定支援に関する診療報酬を新設すること。	108 件
○ 生活習慣病管理料や特定疾患療養管理料について ・ 外来管理加算廃止しないでほしい。生活習慣病管理料も最低限月 1 回のままで。生活習慣病管理料も対象疾患を減らさない、月 2 回の算定も減らさないでほしい。 ・ 特定疾患療養管理料、特定疾患処方管理加算の対象疾患として高血圧症、糖尿病、脂質異常症を復活させるべきである。除外とする合理的理由がない。（同旨 19 件） ・ 特定疾患管理料から主要 3 疾患が除外され、減収になった開業医は多い。今改定での生活習慣病管理加算の見直しがさらに拍車をかけるようなものになることは避けていただきたい。（同旨 4 件） ・ 療養計画書の様式を簡素化し、その交付頻度は患者の状態に応じ、医師の裁量で決められ	65 件

るようにすべき。(同旨 17 件) - 生活習慣病管理料 (Ⅰ) (Ⅱ) と同月併算定不可とされている点数の範囲を見直し、外来管理加算や傷病手当金意見書交付料などを算定可能にすべき。(同旨 12 件) - 管理料を算定するにあたり、診療現場において十分な説明や指導がなされているかという、必ずしもそうではないケースもあるかもしれない。(同旨 1 件) - 骨粗鬆症/COPD・CKD/婦人科/全疾患に管理料をつけて欲しい。(同旨 3 件) 「糖尿病」を生活習慣病と規定すること自体が、関係学会のいうトラウマを助長するもので、見直すべき。(同旨 1 件)	
○ 地域包括診療加算等について - 地域包括診療加算は患者にとって名称が理解できず、医療従事者にとっても説明しづらい。再診料に組み込むべき。 - 地域包括診療料・加算について、診療の際、患家での残薬を確認した上で適切な服薬指導を行うことの要件化が挙げられているが、そもそもこの点数は継続的かつ全人的な医療の提供を評価したものであり、当然必要に応じて実施している。これ以上どう要件化するかわからないが、負担増とならないようにするべきである。(同旨 3 件) - 訪問診療や慢性疾患の安定期管理は比較的収益性が高い一方で、救急医療や難病管理は設備投資・人件費がかさみ、診療報酬上のインセンティブが乏しいため赤字化しやすい。「かかりつけ医」政策が、地域包括ケアや外来の効率化を重視する一方で、高度急性期や難病領域のコスト構造を十分に補填できていないことが背景にある。 - 薬局が担う一次スクリーニング(検体検査)そのもの、または検査実施と結果説明・受診勧奨・紹介等を含めた一連の支援を、「対人業務」や「地域医療資源の有効活用」の観点から評価対象として位置づけることを検討いただきたい。	7 件
○ 時間外対応加算について - 休日・夜間等の体制を取る。イコール、誰かが業務として拘束されていることになりま。時間外対応加算の点数が大幅に上がらないと外部委託含めた費用が賄えない。(同旨 2 件) - 書類の作成や講習会の強要は負担が強い。	4 件
○ かかりつけ歯科医について - 口腔機能管理および小児口腔機能管理における病名確定検査機器等について、保険収載の拡充を図るよう要望する。(同旨 6 件) - 口腔機能管理料について、機器を用いずとも口腔機能低下症と診断されれば算定できるように要件緩和をし、口腔機能の改善、重症化予防が推進できるようにすること。 - 口腔機能低下症の検査において、嚥下機能だけは問診式であり数値化されない検査であるため、客観的検査で結果が数値化され、バイアスがかからず一定の統一した評価ができる、且つ簡便で安全な検査を確立して欲しい。また、口腔機能発達不全症の検査項目に咬合圧検査を設けて欲しい。(同旨 3 件) - 口管強の歯科医院を厚遇すべき。口管強の資格を得るための投資はかなりの金額になる。また、歯科衛生士を多数、雇用する必要があるため人件費も高額になる。 - 口管強の施設基準から医療技術と関係ない人員配置要件を外すとともに、エナメル質初期う蝕患者、根面う蝕患者に対する F 局、歯清の算定などでの差別的取り扱いをやめるべき。(同旨 11 件) - 全世代を通じた口腔管理が必要である。(同旨 3 件) - 口腔機能低下を来さないようにするには、成長期において口腔機能を高くすることが重要。筋機能訓練のみでは対応することが困難な場合も多く、歯列、咬合の改善も必要。リハビリのみではなく、歯列咬合の改善を目的とした咬合誘導の要素も含めた管理が必要。 - F 洗口に関して、う蝕多発傾向者だけでなく Ce、根 C も対象にして欲しい。F 局に関して、Ce と根 C で同じ薬剤を使用し効能は同じなのに点数と算定期間に差異があるのは疑問であるため根 C に関しても 100 点、口管強に関しては毎月の算定を認めて欲しい。 - 小児口腔機能管理料に加えて無歯顎の新生児や幼児の継続管理ができる項目も必要。 - かかりつけ歯科医機能を診療報酬上で明確に評価し、定期管理・指導に要する時間と人員配置を支える加算の拡充すべき。(同旨 5 件) - 口腔機能低下症や口腔機能発達不全症における、計画書や管理書類等の簡略化された様式の作成を望む。 - かかりつけという認識は一部の患者さんにしかない。	42 件

・ 開業医の多くは夜間や土日は応答できません。 ・ 患者負担に配慮が必要。	
○ 歯周病治療について ・ 歯周病安定期治療と歯周病重症化予防治療について、診療現場で混乱を招き、複雑な算定となっている歯周病安定期治療と歯周病重症化予防治療の移行などについても、簡素化のために二つの治療を一本化し、「歯周病治療（仮称）」として運用するなど改善すべき。（同旨 7 件） ・ 歯周病安定期治療と歯周病重症化予防治療の評価について、現在歯周ポケットの深さと残存歯数により評価されているが、年齢や歯周炎を「ステージ」と「グレード」で評価する新しい基準も取り入れるなど、治療と評価が対応するような配慮が必要と思われる。 ・ 歯周病安定期治療と歯周病重症化予防治療は病態が異なるため、同一の評価をすることは困難。 ・ SPT および歯周病重症化予防（P 重防）の算定間隔については、現行制度において解釈上の混乱が生じている。SPT および P 重防について、いずれも 1 か月間隔で算定可能とするよう算定ルールの整理・明確化を行うとともに、口腔機能管理強化型の施設基準を満たさない病院歯科においても、SPT および P 重防を 1 か月間隔で算定可能とするよう制度上の配慮を要望する。（同旨 3 件） ・ 改定前から SPT や P 重防を算定している患者における改定後の取り扱いを、疑義解釈等で明記していただきたい。（同旨 1 件） ・ 治療間隔の短縮は口管強の施設基準を届け出られる医療機関のみとされているが、短縮の必要性は患者の状態によって決められるべきである。施設基準と連動させることは不合理であるため、その要件は撤廃すべき。	17 件
○ かかりつけ薬剤師について ・ かかりつけ薬剤師がそうでない薬剤師と比較して本当に機能するものなのか振り返って、機能しないのであれば報酬の見直しも必要。（同旨 3 件） ・ かかりつけ薬剤師の要件と地域支援体制加算の要件で重複する項目が多数ある。整理が必要。 ・ 患者が理解せずに制度を利用している。周知が必要。（同旨 1 件） ・ 服薬フォローアップについては、対面に限定することなく、電話等を活用した継続的な関与も含めて、薬局薬剤師の重要な対人業務として明確に位置付け、その実施内容や実績に基づく適切な評価が行われることを要望する。（同旨 4 件） ・ かかりつけ薬剤師機能に関して 薬剤師個人に対し 24 時間対応ではなく、薬局全体で一人の患者の支援を行う方向に進んでほしい。そもそも 24 時間の対応は必須ではない。 ・ かかりつけ薬剤師ではなく、かかりつけ薬局にすべき。地域に即した対応（皆がその人のことを把握している）がよりできるようになると考える。（同旨 3 件） ・ かかりつけ機能の評価に当たっては、個人の努力に依存するのではなく、安定して機能を発揮できる仕組みづくりを重視すべき。（同旨 3 件） ・ かかりつけ薬剤師の在籍年数について協議されておりますが、多種多様な店舗経験の機会を損ないそして薬剤師の育成の影響の可能性があるため反対。（同旨 6 件） ・ 病院薬剤師に人が集まらない。病院勤務 5 年以上等条件をつけて欲しい。 ・ かかりつけをとっている件数が自分の評価に繋がるからと、風邪で来客する自己負担のない小児ばかりかかりつけでとる薬剤師が多い。（同旨 4 件） ・ 地域フォーミュラリーの推進が必要。（同旨 1 件）	36 件
○ その他 ・ かかりつけ（医師、歯科医師、薬剤師）を選択した場合、患者側に金銭的メリットがあるような仕組みとしてはどうか。	1 件

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（112 件）

主な意見の内容	件数
○ 大病院と地域医療機関・薬局との役割分担・逆紹介の在り方について ・ 取組を推進すべき。（同旨 22 件）	76 件

・ きちんと機能を果たしている診療所を評価すべき。（同旨 21 件） ・ 逆紹介の推進に賛同する。急性期病院は高度急性期・救急・入院医療に資源を集中すべきであり、病状が安定した外来患者は地域のかかりつけ医へ円滑に移行できる仕組みが必要である。そのため、単に「逆紹介件数」を求めるのではなく、地域側で継続診療できることを前提に、紹介状の標準化や検査・処方の役割分担を明確化した上で、逆紹介が成立する評価としていただきたい。 ・ 専門医のインセンティブ上げて、クリニックで難病をみれるようにしてほしい。 ・ 大病院の外来にかかる選定療養費をもっと厳しくすべき。 ・ 紹介状代の点数上げてみてはどうか。 ・ 特定機能病院、3 次救急医療機関については、逆紹介率など開示を義務付けてはどうか。（同旨 1 件） ・ 病院から地域のかかりつけ医へ逆紹介された患者については紹介後も診療の手間がかかったり、訪問診療が必要になる方が多い。連携加算など算定してほしい。 ・ 大学病院などに紹介後、術後にまた逆紹介していただくが、紹介状のやり取りだけ。ぜひ点数での評価をお願いしたい。 ・ 単に「逆紹介件数」を求めるのではなく、地域側で継続診療できることを前提に、紹介状の標準化や検査・処方の役割分担を明確化した上で、逆紹介が成立する評価としていただきたい。 ・ 逆紹介を行う場合、かかりつけを優先することが多いので、ここでもかかりつけ医受診のメリットを強調できるような方策を実践していただきたい。 ・ 大病院の外来患者の逆紹介を推進するにあたっては、患者の状態に応じた医療機関の役割分担を前提に、大病院と地域のかかりつけ医機能を担う医療機関の双方を適切に評価することが重要。逆紹介後の診療継続や情報連携の質を評価し、患者が安心して地域医療に移行できる仕組みを構築すべきである。（同旨 4 件） ・ 外来医療の機能分化と連携を進めるには、医師が限られた外来時間で慢性疾患患者の生活背景や自己管理状況まで十分に聴取することが難しい現状を踏まえ、看護外来等の多職種介入を制度として位置づけ、評価することが有効。慢性疾患の管理には丁寧な聴取・教育・行動支援が必要であるため、認定看護師・専門看護師・診療看護師等が看護外来として継続介入できる体制を評価し、増悪予防・合併症予防につながる外来提供体制を後押ししていただきたい。 ・ 病院歯科から開業歯科へ紹介する時にも、何らかの加算点数があれば歯科－歯科連携もスムーズにはかどると思われる。 ・ 末期腎不全の腹膜透析導入について、非導入施設のかかりつけ医から導入施設への紹介も評価して欲しい。 ・ 口管強を評価するなら、この部分、医療連携での評価をしてほしい。現在のような一物二価は解消すべきである。医療器具の有無や算定頻度、一部の研修でなく、本来あるべき地域で果たしている歯科医療のあり方で評価すべきである。 ・ 患者の大病院志向が強く、上手に対応しないと難しい。（同旨 4 件） ・ 取組は必要であるが受診側の行動の影響を受けるため慎重な判断が必要。 ・ 大学病院が、外来診療の数を減らしているので、そもそも診療所から大学病院に患者を紹介できる機会が減っている。そのしわ寄せが他の大病院に出ている。 ・ 特定機能病院等からの紹介を受けたくとも、すでに患者数が多く受け入れきれない。（同旨 2 件） ・ 推進すべきだが、大病院は患者減で経営に影響がある。 ・ 家族にゆだねているケースがあり家族は困惑している。そのネットワークやフォローは必要。	
○ 情報共有・ICT プラットフォームについて ・ 転院時は処方ミスが多い傾向にあります。それを防止するために電子処方箋などの活用を推進し、薬の規格間違い、用法間違い防止を推進してほしい。 ・ オンラインでの文書やりとりができるよう、国主導でのセキュリティ対策がとられたシステム作成を期待する。 ・ 紹介や逆紹介のため診療情報提供書を作成したが、実際患者が紹介先へ受診したかどうかをシステムで確認するすべがない。電子カルテ情報共有サービスにそのような機能を実装してほしい。 ・ 紹介状については現時点では診療依頼でしか診療情報提供料の算定ができない。他職種と	5 件

の連携ではオンラインシステムの活用も必要だし、綿密な情報交換も必要であると考え る。こうした連携に対する評価も保険点数として勘案してもらいたい。 生活習慣病レベルの病気だったら AI 問診で診断して自動で処方もできる仕組みも良いのではないか。	
○ 施設基準・算定ルールの簡素化について - 施設基準は簡素化したものを希望する。 - 連携強化診療情報提供料の評価体系の見直しに賛成。対象患者を「かかりつけ医機能を有する医療機関」からの紹介患者等に限定する取扱いを改め、当該保険医療機関において診療継続中の患者について、別の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て検査結果や投薬内容等を文書で情報提供を行った場合の評価としてほしい。	2 件
○ 「囲い込み」防止について - 人口が減っている中、大病院も、外来強化や患者囲い込みに走っているのでは、逆紹介はほぼ皆無。（同旨 10 件） - 病院の方が安く高度医療で、逆紹介はナンセンスに見える。 - 大病院でしか診られない患者がいる／外来減は入院減で収益悪化。 - 既に逆紹介が強制的に感じられる／包括的に診る場が必要。（同旨 1 件） - 信頼できる開業医が少ないため病診連携が機能不全。	16 件
○ その他 - 賛成。（同旨 1 件） - 生活習慣病管理料の説明・同意運用に矛盾、自己注射時は必須に。 - 栄養指導と点数の不整合や本質と異なる運用を是正。 - 大病院の長期処方連発への疑義。 - 受け手が本当にかかりつけ医かは疑問。 - 人員規模によって分化の成否が左右。 - 現状に問題なし。（同旨 1 件） - 国民理解が不十分であり、現状困難。（同旨 1 件） - 検査の重複が無駄、特定機能は外来縮小を。 - 医師不足が根本で、逆紹介だけでは解決しない。	13 件

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（199 件）

主な意見の内容	件数
○ 在宅医療・在宅看取り等について - 保険点数の引き上げを望む。（同旨 7 件） - 施設基準は簡素化したものを希望。（同旨 5 件） - 実績と取り組みを正當に評価してほしい。（同旨 3 件） - 在宅医療を担える医師・スタッフがまだ少なく、その体制強化が必要。（同旨 13 件） - 在宅に限らず医師・薬剤師・ケア職など多職種が同時にかかわることが重要。 - 重症訪問診療・在宅看取りを担う医療機関・薬局は 24h 対応や急変時対応を含む体制整備を評価すべき。質と継続性を重視した制度が必要。（同旨 3 件） - 在宅緩和ケア加算の対象は悪性疾患に限らず、心不全・呼吸不全・腎不全などにも拡大すべき。 - 在宅診療は従来より診ているかかりつけ医による診療が安心につながり重要。研修体制整備よりも、かかりつけ医を評価する仕組みが必要。（同旨 1 件） - 在支診・在支病の要件は地域特性に応じ柔軟にすべき。医師 1 人あたりの看取り数・緊急往診数などで評価すべき。（同旨 5 件） - 連携型強化在支診では、一時的に看取り件数が減っても柔軟に判断できる基準を求める。（同旨 1 件） - 一般開業医の在宅推進には複数医師の連携評価と、訪問診療料の要件緩和が必要。（同旨 3 件） 24 時間体制の未整備医療機関の評価引下げは反対。連携で地域を守る必要がある。	89 件

・ 地域によっては訪問診療が最適でない場合もあり、地域の実情に応じて後方支援医療機関が受入を担うべき。 ・ 重症患者は入院が中心となり、在宅看取りは広がりにくい面もある。 ・ 評価は純粋な自宅患者に限定し、集合住宅による過剰算定を防ぐべき。 ・ 個人宅と施設では薬剤管理の負荷に差が大きく、現状を踏まえた評価体系への見直しを求める。 ・ 有料老人ホーム併設の大規模医療機関でも訪問診療料 II を算定できるよう、要件緩和を求める。 ・ グループホームでは末期がん以外のケースで訪看特別指示 2 週間制限が障害となる。緩和が必要。 ・ 腹膜透析は独居高齢者には継続困難で第三者サポートが必須。看護や介護職による交換を認める制度設計を求める。 ・ 重症度による報酬差は必要だが、軽症患者の診療が成り立たなくなる評価引下げには反対する。（同旨 8 件） ・ 生活機能低下を防ぐため、LST(理学療法士等)が医師と同時訪問する仕組みを評価するべき。 ・ 医療的ケア児では同週内の訪問薬剤管理が算定できず不便。制限緩和を望む。 ・ 医療的ケア児の在宅支援を高く評価し、歯科ともつなげる体制が必要。 ・ 介護保険認定まで訪問リハが中断され、3 か月の空白期間が生じる。医療→介護が切れ目なく受けられる制度に見直すべき。 ・ 褥瘡・胃瘻など材料費が医療機関負担となりがちで、加算に反映されていない点の是正を希望。 ・ 臨床工学技士が訪問同行し在宅の治療環境を整える取り組みを評価する新報酬を求める。 ・ 地方は移動効率が悪く、雪などで更に困難。地方の在宅医療を維持する政策が必要。（同旨 1 件） ・ 離島でなくても訪問困難な地域がある。訪看とオンラインでの看取り評価を導入すべき。 ・ 電子死亡診断書で遠隔診断を可能にすべき。 ・ BCP を診療報酬で強制すべきでなく、地域特性を踏まえた柔軟運用が必要。減算での強制は実効性を損なう。（同旨 1 件） ・ 要介護度を指標にした評価引下げに反対。事務負担増で在宅医療推進を妨げる。（同旨 1 件） ・ 在医総管のさらなる細分化には反対。包括的支援加算など既存枠の改善で対応すべき。（同旨 3 件） ・ 包括的支援加算の算定割合で本体減算する案は不合理。 ・ 在宅現場のコミュニケーションルールは国が一定の示唆を示すべき。 ・ 現行制度のままでよいと考える。	
○ 薬局における在宅医療提供体制について ・ 在宅医療で薬局の役割は重要だが、往診医による薬局誘導で地域のかかりつけ薬局が外される事例がある。患者本位の薬局選択を保障すべき。 ・ 在宅医療では薬局への情報共有が極端に少ない。入院・退院情報も不透明で、プラットフォームで一元管理し共有すべき。（同旨 2 件） ・ 医師と薬剤師の同時訪問は有用だが、加算目的でノルマ化される懸念がある。一人薬剤師薬局では物理的に困難で、強制されない制度運用を望む。 ・ 医師と薬剤師の同時訪問は賛成。ICT を併用した連携にも加算がつく制度を望む。 ・ 同時訪問加算は医師側依存で薬局負担が大きくなるため、医科と調剤双方の加算が必要。（同旨 2 件） ・ 重症在宅や在宅看取りを担う医療機関・薬局は費用負担が大きい。軽症訪問は適正化し、重症例を厚く評価すべき。（同旨 4 件） ・ 重症在宅・看取りを担う薬局は設備・麻薬供給・24h 対応など負担が大きく、一律評価は不公平。追加コストを正当に評価する制度が必要。（同旨 7 件） ・ 残薬整理や服薬指導を医師が行っても算定できないのは不合理。医科側の評価導入を求める。 ・ 未使用薬の再利用を認める柔軟な仕組みができれば残薬問題が解決しやすい。	31 件

・ 地域の在宅看取りに積極的に対応する診療所を高く評価してほしい。（同旨 6 件）	
○ 栄養管理について ・ 退院後 1 か月は栄養管理とリハを一体的に実施し、新たな評価を設けるべき（医療・介護保険双方で）。（同旨 1 件） ・ 在宅歯科栄養チーム指導料を居宅患者にも算定可能にし、現場に即した運用へ見直すべきとする。（同旨 2 件） ・ 訪問栄養指導を地域クリニックでも行いやすくするため、事務手続き簡素化や栄養士確保への報酬整備を望む。	6 件
○ 訪問診療・訪問看護について ・ 不適切な訪問診療・訪看の排除が必要。真面目に取り組む医療機関を厚く評価すべき。（同旨 11 件） ・ 不適切訪問看護への対策は必要だが、安易な引下げには反対。地域実情を踏まえるべき。 ・ 同一施設で多数患者を診療する際、個々の時間でなく施設全体の所要時間で算定可能にしてほしい。現行運用は現実的でない。 ・ 同一建物の訪問診療で人数が増えるほど点数が下がる逆転現象は不合理。改善を求める。	15 件
○ 在宅歯科医療の提供等について ・ 歯科訪問診療 1 で予定外患者への急対応も 1 件目相当の労力がかかる。緊急対応を同等評価にすべき。（同旨 2 件） ・ 歯科訪問診療 4・5 の新基準は設備投資が必要で負担が大きい。十分な報酬増が必要。（同旨 12 件） ・ 歯科訪問診療の往診・訪問区分、X 線携行加算、建物区分見直し、距離制限撤廃など実態に即した総合的見直しを求める。（同旨 12 件） ・ 訪問歯科衛生指導の 20 分要件は実態に合わない。短時間でも必要性が高く、要件見直しを望む。（同旨 11 件） ・ 訪問歯科衛生指導料の“単一建物”と“同一建物”の扱いが煩雑。かかりつけ歯科は特に見直すべき。（同旨 4 件） ・ 歯科の看取りは医科以上に難しく、歯科側・医科側双方の意識改革と厚労省主導の支援が必要。 ・ 歯科衛生士の評価を配置基準ではなく診療補助など実際の業務内容で評価し、専門性の拡大を求める。（同旨 1 件） ・ 在宅支援歯科病院は存在しない地域も多く、誘致・評価強化を進めてほしい。（同旨 1 件） ・ ICT 加算で歯科衛生士が単独訪問→当日歯科医師が診療した場合、加算対象外。ICT の効果がむしろ不利にならないよう見直すべき。 ・ 移行加算は全訪問診療を対象にするべき。 ・ 口腔連携強化加算などで歯科医師側に算定がなくボランティア状態。負担に応じた評価が必要。（同旨 1 件） ・ 訪問診療の点数ばかり手厚くするのではなく、一般外来にも配分すべき。訪問専門歯科のみが儲かる状況は望ましくない。 ・ 歯科巡回診療の評価見直しについて、他の在宅支援の議論との整合性を求める。	57 件
○ その他 ・ 「積極的」ではなく「適正な」在宅看取りと表現すべき。実態に合わせた用語を求める。	1 件

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 （69 件）

主な意見の内容	件数
○ 診療報酬全体について ・ 営利事業者による不適切な訪問看護が制度を歪め廃業を招いた。地域事情を反映した公平な評価体系が必要。 ・ 整備が必要な領域であることから評価を引き上げ、施設基準は簡素化すべき。 ・ 報酬を引き上げるべき。（同旨 4 件） ・ しっかり頑張っている訪看ステーションを評価、不適切な訪問看護ステーションは減算となる制度設計をおねがいしたい。（同旨 23 件）	67 件

・ 心疾患に対しても特別訪問看護指示が月 2 回算定可能となることを望む。 ・ 地方において在宅看護を必要とする難病等の患者に対し、ご配慮をお願いしたい。 ・ ASO に代表されるような褥瘡とは異なる皮膚トラブルのある患者へのケアについては特別訪問看護指示が月 2 回算定可能のように変更することを望む。 ・ 適切な記録や指示書にすべき。（同旨 2 件） ・ 介護保険で行われている訪問看護について医師が指示書を作成するが、訪問看護の回数についてはケアマネに決定権がある。これを医師に移してはどうか。 ・ 訪問看護の評価においては、結果としての満足度だけでなく、ACP を含む支援体制や教育環境が整えられているかといったプロセス面も含めた評価が行われることを期待。 ・ 「看護の質」の考え方そのものを改めて、匿名性の高い顧客満足度調査等の結果による仕組みとして欲しい。 ・ 精神科訪問看護で内服確認とバイタルのみのケースがあり、手厚い訪問看護との格差の是正が必要。 ・ 純粋な自宅・個人宅に限って評価すべき。集合住宅で暴利をむさぼる巣窟を支援しないよう条件を厳格化すべき。 ・ 施設での訪問看護と、在宅（個人宅）での訪問看護はわけて評価すべき。 ・ 必要に応じて自宅以外で訪問看護を行った場合も評価して頂けるようになると良い。 ・ 在宅型ホスピスで過剰の訪問看護をしているところが散見される。 ・ 単に訪問人数や回数といった数値のみで一律に判断するのではなく、処置の複雑さや重症度を考慮した評価が必要。頻回な訪問が必要な重症者に対して、サービス供給が抑制されることのない制度設計を求める。 ・ 高齢者の慢性腎不全に対する腹膜透析では、訪問看護師のアシストがなければ腹膜透析を実施できない患者もいるため、頻回な訪問が必要な訪問看護の評価を要望。 ・ 訪問看護ステーションに公認心理師をおき、精神科の支援ニーズの高い利用者への訪問看護を導入してはどうか。（同旨 1 件） ・ 看護だけでなく、薬剤師や理学療法士、作業療法士、言語聴覚士にもタスクを分配していく必要はないか。現場では人が足りない状況もある。（同旨 3 件） ・ 退院時から在宅へ切れ目なく引き継ぐ仕組み（退院前カンファレンス、情報共有、緊急時の再受診ルール等）を評価していただきたい。 ・ 24 時間対応の訪問看護ステーションの存在は、在宅での看取りの責を負う在支診にとっても必須の条件であり、評価すべき。（同旨 1 件） ・ 重症患者は入院すべきと考える。（同旨 5 件） ・ 腹膜透析（PD）患者（介護度 3 以上）を別表 7 に加え支援を拡充すべき。 ・ 緊急時の訪問した翌日の休みが保証できる支援が必要。 ・ スタッフの質向上に見合う評価が必要。（同旨 3 件）	
○ その他 ・ 医療資源が乏しい地域の訪問看護の実情を見てほしい。 ・ 訪問看護が乱立している。	2 件

Ⅱ－6 人口・医療資源の少ない地域への支援（99 件）

主な意見の内容	件数
○ 医療資源の少ない地域について ・ 人口の少ない地域は診療報酬を手厚くして確保すべき。（同旨 10 件） ・ 診療報酬による差別化ではなく、補助金・支援金等による支援が適当。（同旨 12 件） ・ 過疎地域においては医療資源がどんどん減る（閉院・閉局）状況を打開できるだけの保証制度が必要ではないか。（同旨 3 件） ・ 新たな評価を作る場合、簡素化するために既存のものをなくす等わかりやすくすべき。（同旨 3 件） ・ メリハリのついた対応を。特に人を雇用するのが最も難しいので、そこに対する対応が必要。（同旨 14 件） ・ 医療は集約する必要がある。（同旨 5 件） ・ オンライン診療を充実させて対応すべき。（同旨 1 件）	75 件

・ 免許返納や交通機関の縮小により、患者が医院にアクセスできない現状を無料送迎など医院努力で対応している、そういった地域の改善策や支援策の拡充をお願いしたい。（同旨 2 件） ・ 警察や消防署と同じく、社会的インフラをして、個人ではなく、公的運営をすべき。（同旨 16 件）	
○ 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について ・ ドローン・AI・オンライン診療など新技術の活用と法整備が必要。（同旨 3 件） ・ 夜間加算など柔軟な点数設定が必要で負担増もやむなし。 ・ 職員確保困難地域に加算などの支援が必要。	6 件
○ 在宅医療の提供体制の確保について ・ 在宅診療において、人口が少ない地域では移動時間等のロスが大きく、赤字傾向である。逆に、移動時間がほぼない同一建物などには営利企業が入り、患者囲い込みがされている。是正をお願いしたい。 ・ 医師派遣の交通費・宿泊費などの支援制度が必要。 ・ 医師の休み確保や給与補助などサポート制度が必要。	3 件
○ 歯科医療について ・ 人口の少ない地域に歯科訪問診療や巡回制度の強化を求める。（同旨 2 件） ・ 歯科訪問診療評価の強化と多職種連携支援が必要。 ・ 人口や医療資源の少ない地域では低栄養やフレイルといった問題が表面化しやすい一方で、早期に気づき支える体制を整えることが難しい現実がある。地域条件に応じた柔軟な制度設計が必要。 ・ ICT や遠隔支援で地域の負担を補う仕組みが必要。 ・ 都市開業を減算し地方開業を加算する仕組みが必要。	7 件
○ その他 ・ オンライン診療と薬局併設ブース活用のため規制緩和を求める。 ・ 病院・歯科の対策はあるが薬局支援が欠如している。 ・ 今さら制度化されても遅いと感じる。 ・ 効果があるとは思えない。（同旨 1 件） ・ 国が地域を見捨てているように感じる。 ・ その地域に住むのは本人選択なので支援不要。 ・ 過疎地加算はよいが多い地域の減算には反対。	8 件

Ⅱ－７－１ 業務の効率化に資する ICT、AI、IoT 等の利活用の推進（再掲） （Ⅰ－２－２を参照）

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（再掲） （Ⅰ－２－３を参照）

Ⅱ－８ 医師の地域偏在対策の推進（80 件）

主な意見の内容	件数
○ 医師の地域偏在対策について ・ 保険点数に地域差付けてみてはどうか。（同旨 1 件） ・ 医師の地域偏在対策にあたって、医療資源の少ない地域、人口の少ない地域について、住民・医療機関に責任はない。行政が対応すべき課題である。財源は公的医療保険（診療報酬）ではなく、補助金等で対処すべきである。（同旨 6 件） ・ 以前は大学医局からの期間限定の派遣などがその役を担っていたと思うが、現在はそれが難しくなっているので、何らかのインセンティブが必要。（同旨 16 件） ・ 患者のいないところには医師も必要ない、業務効率化の面からも難しい。 ・ 「僻地を支える立派な医師」のようにやりがいには限界がある。（同旨 3 件） ・ 医師の地域偏在は医師不足の根本的解決がないと改まらない。（同旨 5 件）	76 件

・ 医師の地域「偏在」対策を進めるにあたっては、減算等の脅迫的な対応ではなく、医師数全体の底上げや、地域医療に従事することが優位に選択されるような労働環境や研修体制等の整備、支援策の充実を通じて取り組むべきである。診療報酬において、「行政が求める医療を提供できない」とされた医療機関に対する、一律の評価見直しは行わないよう強く求める。（同旨 10 件） ・ 改正医療法に基づき都道府県知事が行う要請に応じず、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は、機能強化型加算、地域包括診療加算の対象としない等、評価を見直すところがあるが、これは明らかに自由開業医制の制限であり、行うべきではないと考える。（同旨 9 件） ・ 医師にも専門があるので、無理に不足している医療機能を提供させることは難しい。（同旨 1 件） ・ 医師の地域偏在対策は、単に「配置数」を増やす施策だけでなく、地域の急性期・在宅を維持するために、広域で医師機能を共有できる仕組みとして推進していただきたい。具体的には、応援医師の派遣や共同当直、専門医の巡回・オンライン診療／遠隔コンサルト、遠隔画像読影等を制度として位置づけ、過疎地でも救急・入院・在宅が破綻しない体制を整える必要がある。あわせて、参加する医師・医療機関が不利にならないよう、移動・待機・連携に要する時間も含めた評価を求める。（同旨 2 件） ・ 開業を「総合診療科」を必須にしてほしい。 ・ 医学部生の頃からへき地などの医療への関りを持てるような機会づくりや、約束された期間限定での勤務、またリカレント教育を受けた中・高年医師の活用等、様々な工夫をもって対処するしかないのではないか。（同旨 3 件） ・ 医師の地域的な偏在は人口減少の影響が強いが、診療科の偏在があるとすれば医学部の医学教育にも関連している。この問題に特化した国民会議を、医学教育関係者や地域現場の医師、医学生、病院研修医、さらには一般国民の代表者で構成して創設し、今後の総合診療医の確保や専門医制度での偏在が起きないよう取り組む必要がある。 ・ 自由開業制を段階的に廃止していく必要がある。（同旨 2 件） ・ 地域貢献をしない医療機関（学校医をやらない、行政の行う休日診療所に出務しないなど）には、何らかの逆インセンティブを検討しても良いのではないかと。 ・ 医師だけでなく、看護師、薬剤師の偏在も喫緊の課題かと思う。（同旨 1 件） ・ 医師の偏在については、地域差だけでなく、診療科別も検討してほしい。	
○ その他 ・ 多くの透析患者が葛藤の中で生きている。治療の開始から人生の最後の時まで、適切な情報提供が行われるような評価体制になる事を望む。 ・ 対策は今後も重要。（同旨 2 件）	4 件

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体制の評価（85 件）

主な意見の内容	件数
○ 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 ・ 学校健診等で保険医療機関以外が健診した場合の取扱いを明確化してほしい。 ・ 健診後の受診時の初再診扱いの明確化が必要。（同旨 7 件） ・ 公費健診・自費予防接種を同時実施する場合は算定扱いを分けるべき。 ・ 再診時の健康診断の取り扱いを明確化すべき。 ・ 初再診料の増額と外来管理加算の継続を求める。	12 件
○ 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の確保について ・ 人工腎臓点数の引下げは経営悪化を招くため引上げを望む。 ・ 腎代替療法選択支援には家族含め複数回の説明が必要で評価見直しが必要。（同旨 4 件） ・ 患者に対するすべての治療説明ができる冊子の活用を導入期加算 1 及び 2 に盛り込むなどして情報提供すべき。（同旨 3 件） ・ CKD 段階でのかかりつけ医による SDM 実施とその評価を求める。（同旨 1 件） ・ 血液透析を継続実施している患者であっても在宅医療である腹膜透析が必要になるシーンが増加している。その際の再療法選択を実施した場合にも腎代替療法指導管理料が算定可能とすべき。（同旨 1 件） ・ 導入期加算 I に腎代替療法専門指導士配置を必須化し偏った HD 誘導を是正すべき。 ・ 療法選択外来の上限撤廃と PD 導入前指導への加算創設を求める。 ・ 保存期患者を導入期加算 3 算定施設へ紹介した場合に加算を付与すべき。	17 件
○ 腹膜透析の管理等について ・ 腹膜透析推進を強く求める。 ・ 血液透析のみでも導入期加算算定できる制度が PD 導入阻害要因であり要件見直しが必要。 ・ 腹膜透析の認知が医療者にも不足しており適切な施設点数引上げで選択肢保障を求める。 ・ 高齢化が進む本邦において、在宅医療である腹膜透析をさらに普及させるためには、長年にわたり患者を診療してきたかかりつけ医（非透析・非腎臓専門医）が、腹膜透析導入後も引き続き管理を担うことが重要。基幹病院との連携体制を前提として、在宅自己腹膜灌流指導管理料の算定要件について見直しを行う必要があると考える。（同旨 7 件） ・ 在宅自己腹膜灌流指導管理料の「頻回指導」を他医療機関でも算定可能にすべき。 ・ 腹膜透析患者をかかりつけ医と連携診療した場合、基幹病院にも加算を付与し逆紹介を促すべき。 ・ 腹膜透析を実施している医療機関が少なく、腹膜透析を選択したくてもできない地域があり、国民に地域による医療格差が生じている。（同旨 2 件） ・ 腹膜透析の専門医がいない地域ではかかりつけ医と訪問看護と連携し、オンライン診療も活用した連携体制を構築することが有効。当該体制による適切な管理に対する評価が必要。（同旨 1 件） ・ 腹膜透析の遠隔モニタリングについて。現在安定した腹膜透析管理には必須な項目であり、十分な評価をしていただきたい。 ・ 在宅医療である腹膜透析を安全に遂行するには患者教育が最も重要である。きめ細かい指導にはマンパワーが必要であり、医師、看護師のみならず多職種の参入が重要。臨床工学技士による機器の取り扱いに関する患者指導に対して診療報酬の新設すべき。 ・ CAPD 認定指導看護師（腹膜透析学会認定）や透析・腎不全看護認定看護師（日本看護協会）を有する専門性の高い看護師が、患者指導や在宅支援、地域連携を行っているがこれら専門的な看護実践が診療報酬上十分に評価されているとはいいがたく、評価の新設を求める。（同旨 1 件） ・ 独居や老々介護のケースでは訪問看護の介入などが必要になるが、制度が複雑で分かりにくく、患者が腹膜透析を選択する妨げとなっている。支援体制強化が必要。（同旨 3 件） ・ 腹膜透析を希望する透析導入患者は多いと考えられるが、必要な療法に到達できない現状がある。腎代替療法に関する情報提供に積極的に取り組む医療機関を特に評価する仕組み（例：人工腎臓の導入期加算 2 の増点等）の導入を要望する。（同旨 4 件）	48 件

・ 今後は、入院中心の導入モデルから、在宅・地域完結型のアシスト PD モデルへと発想を転換し、制度面・運用面の整理と現場への周知を進めることが必要。訪問看護を活用したアシスト PD 体制の評価を求める。（同旨 7 件） ・ 介護職が PD 介助を担えるよう制度整備し看護師管理評価の拡充を求める。（同旨 3 件） ・ 終末期 PD（PD ラスト）や腎不全緩和ケアの診療報酬評価を新設すべき。（同旨 1 件） ・ 透析中に薬局が薬を届ける行為を診療報酬上認め負担軽減を図るべき。 ・ 認知症患者の HD 導入は安全面で困難な例が多い。 ・ 要介護 PD 患者には訪問看護が介護保険では賄えず別表 7 適用で医療保険対応にすべき。	
○ その他 ・ 時間をかけた支援が十分評価されていないため見直しを求める。 ・ 電子処方箋普及のため病院の普及率を指標化し診療報酬評価に反映すべき。 ・ 身体障害手帳の名称が患者を傷つけるため見直しを検討すべき。 ・ 腹膜透析の診療体制充実に向けた実効的な検討会の設置を求める。 ・ 処方せんの 1 回量処方と 1 日量処方が統一されないまま長年放置されている。調剤過誤防止のため 1 回量処方が提案されたが、1 回量処方でも過誤防止効果があったのか調査結果を出すべき。その上で 1 回量処方（1 日量併記）を継続するなら、医師に周知徹底すべき。 ・ 今回、抗がん剤暴露対策として閉鎖式薬剤移転装置の議論を中医協内の個別案件として議論頂いているが、他にも医療従事者を守るための医療機器が多くある中で、それらが診療報酬において適切に評価されているとは言えない。（例：サージカルスモーク対策や術中の放射線被ばく量の低減に貢献する医療機器）医療体制の持続性確保の観点から、患者の安全だけでなく、医療従事者の安全について十分な評価を検討頂きたい。 ・ セキュリティ対策は重要である。保険診療におけるサイバーセキュリティ対策に要する費用が充分まかなえる評価を新設することが必要である。 ・ 患者にとって一番の状況は「医療が必要ない状態」であり、そのために質の高いケアが提供できるように努力すべきである。	8 件

Ⅲ－１－１ 身体的拘束の最小化の推進（75 件）

主な意見の内容	件数
○ 身体的拘束の最小化に向けた取組について ・ 取組の重要性は理解するが、その背景にあるのは現場の慢性的な人手不足と業務負担の増大、省力化のための設備投資に振り向ける資金の不足である。実現には多職種によるきめ細かな対応や監視センサー等のシステム整備が不可欠であり、関係する加算の大幅な引き上げとともに、記録・報告事務の簡素化を強く求める。（同旨 15 件） ・ 身体的拘束に該当するか否か、特にクリップセンサー等は該当しない取扱いとすること。また、拘束により入院料を引き下げないこと。 ・ 適切な身体的拘束への減算は廃止するべき。（同旨 2 件） ・ 身体的拘束は人権の問題であり、身体的拘束最小化の取り組みは、極めて重要である。入院料の施設基準にも明記され、医療機関は前向きに取り組んでいるが、「身体的拘束」の定義が施設基準上不明瞭である。より適切に取り組む、対応できるよう、定義を明確にしていきたい。（同旨 2 件） ・ 医療安全のため拘束が必要な患者が居ることは事実である。拘束を一人で決定せず、チームで決定していく姿勢が必要である。（同旨 16 件） ・ 現場では、低栄養や脱水、体力低下、せん妄などが重なることで、安全確保を目的とした対応が身体的拘束に近づいてしまうことがある。拘束の最小化を実現するためには、行為の抑制だけでなく、栄養管理を含む包括的なケアにより、拘束に至らない状態を支える取組が重要であると考え。（同旨 1 件） ・ 看護の手が足りない。せめて急性期病棟は免除にしてほしい。 ・ 現状では多職種で身体的拘束の必要性についてカンファレンスをしていないのにしていたように記録がなされていたり（看護師のみ、あるいは話し合いをしていないのに他職種の名前が明記されている）、「身体的拘束以外に対応する方法がない」と身体的拘束以外の対策を行わず、長期間にわたり身体的拘束が続いている。 ・ 海外のように不穏の患者に対する話し相手をしてくれるボランティアの活用が望ましい。 ・ 外部の目を入れること、それらの「目」に権限を持たせること、「目」となる立場の方に報酬が必要。	62 件

・ 拘束しない場合の不利益を家族、国が責任を持ち、医療機関に責任を負わせなければ解決する。（同旨 1 件） ・ 身体拘束に対する理解を教育によってもっと広めて欲しい。 ・ 身体的拘束を避けるために、経鼻胃管や食道ろうで経管栄養を行っている患者を受け入れてもらえない状況が生まれている。 ・ 身体的拘束最小化の基準について経過措置が切れてまだ 1 年しか経過していないのに身体的拘束を行った日の入院料の評価を見直すのは時期尚早かもしれないが、アウトカム評価の導入という観点で考えれば避けられないことかもしれない。 ・ 必要な取組である。（同旨 8 件） ・ 薬物的拘束にもなんらかのルールが必要。（同旨 1 件）	
○ 認知症ケア加算について評価について ・ 介護施設の勤務者が減る中、暴力を奮う重度認知症患者がいるので、身体拘束をやめれば介護者に負担がかかり、介護崩壊する。（同旨 2 件） ・ 現場の看護師にきくと、入院主病名に加えて認知症を併せ持つ患者が多く、尊厳を保ちながらケアと安全確保を管理するのが、非常に日々のストレスになっている。現場の努力に委ねず、もっと体制加算等を検討してほしい。（同旨 1 件） ・ 認知症や精神疾患等、より多くの配慮や工夫が必要となる患者を受け入れた場合の評価を新設すること。（同旨 1 件） ・ 精神科医療においても認知症ケア加算を導入したほうがよい。 ・ 認知症患者が危険なことをしないようにするための身体拘束が出来ず、監視するための人手もないのであれば、フィジカル AI を活用するしかない。	9 件
○ その他 ・ 現場の大変さをわかっていない人が机上の理論で作成することは避けてほしい。（同旨 1 件） ・ 在宅医療への移行を進めるか、家人の終日付き添いでしょうか。 ・ 司法関係者には精神病院の 2 年くらいの研修を義務付けてはどうか。	4 件

Ⅲ－１－２ 医療安全対策の推進（51 件）

主な意見の内容	件数
○ 医療安全対策の推進全般について ・ 急性期では患者状態の変化が速く、医療安全は体制と運用で担保されるため、インシデント報告件数など形式的指標だけでなく、再発防止のプロセスが回ることを評価していただきたい。具体的には、カンファレンス・教育訓練・手順書整備、薬剤・検査・手術等の多職種連携、夜間休日を含む急変対応の標準化など、実効性ある安全活動に要する時間と人員が確保できるよう、現場負担の増大にならない形で診療報酬上も後押しする制度設計を求める。（同旨 12 件） ・ 医療安全対策の推進にあたっては、マニュアル整備や研修実施といった形式的対応にとどまらず、現場で実効性を持って機能する体制整備を評価することが重要である。ICT 等の活用により人為的ミスを予防するとともに、医療従事者が安心して報告・改善に取り組める安全文化の醸成を支援すべきである。（同旨 6 件） ・ 人員増につながる診療報酬引き上げが必要。（同旨 3 件） ・ 記録物など施設基準は簡素化したものを希望する。（同旨 3 件） ・ 感染予防対策や医療事故予防対策のための新しい技術の開発を推進するとともに、医療安全対策が充実している医療機関を診療報酬でも手厚く評価してほしい。 ・ 医療安全の対策で病院機能評価機構への報告など行なっているが、対策が十分でない療養病院などについて「機能評価」の医療安全部分だけでも、審査を義務付けてはどうか。 ・ 講習会等での対策を受講している。 ・ 患者やマスコミへの啓もうも必要。 ・ 推進すべき。（同旨 3 件）	36 件
○ 歯科について ・ 感染対策、救急対応（AED・酸素・救急薬剤等）、偶発症対応、薬剤・既往管理、医療事故防止のための研修・マニュアル整備等を実効性ある形で推進できるよう、歯科診療所における医療安全対策の評価（施設基準の整備と加算の拡充）を要望する。（同旨 1 件）	6 件

・ 医科との緊急連携体制や地域連携パスの整備、医療 DX による情報共有（服薬・既往・検査情報等）の推進も医療安全向上に資するため、併せて制度的支援を求める。 ・ 歯科では手間と費用もかかるので、基本診療料を引き上げるなどの対応をして欲しい。（同旨 1 件） ・ 日本医療機能評価機構による「歯科ヒヤリ・ハット事例収集」等により、常時注意喚起を行っているが、事例集の継続発行とその動画版があればより周知しやすいのではないかと考える。	
○ 薬剤について ・ 全ての電子カルテで、アラート機能を充実させてミスを減らすようにしてほしい。 ・ 一般名処方推奨されていることもあり、電子カルテを活用した処方箋では、すべて一般名処方にされているものをみかける。漢方製剤についても一般名で処方しているおのさえあるが、医療安全の観点からそれは馴染まないのではないかと考える。 ・ 薬剤師の活用が必要。薬歴の記録の抽出、電子処方箋のコメント機能活用が必要。 ・ MR 不足で医療安全情報の提供がおろそかになっている。	4 件
○ その他 ・ 完全にはできない、やむを得ない部分もあり、民事訴訟レベルにとどめてほしい。（同旨 1 件） ・ 僻地に医師を増やすところから始めてはどうか。 ・ 現場にまかせるべき。 ・ 性急な医療 DX 推進により医療現場は著しく疲弊しており、本来果たすべき診療に支障を来している事態は、厚生労働行政からしても本末転倒である。	5 件

Ⅲ－２ アウトカムにも着目した評価の推進（5 件）

主な意見の内容	件数
○ 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について ・ リハビリテーションによる状態回復は個人差が大きいことから、アウトカム評価を回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準の要件とするのは不適切である。また回復の見込みがある患者を優先し、そうではない患者を受け入れない等の選別につながる。回復期リハビリテーション病棟入院料についてはこれ以上のアウトカム評価は行わないこと。さらにアウトカム評価そのものを廃止すること。 ・ 回復期リハビリテーション病棟において、実績指数の算出方法及び除外対象患者の基準を見直すとあるが、これからの高齢者救急症例の急増に対して、回復期リハビリテーション病棟数を削減するようなドライブをかけるべきではない。 ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料のアウトカム評価の見直しについては、実績指数の引き上げや除外対象患者の厳格化によって対象患者の受け入れ制限につながらないようにしていただきたい（すでに受け入れ制限が行われている）。 ・ 一面的なデータのみに基づいた「アウトカム評価」による診療報酬の見直しには反対。アウトカム評価は回復見込みの高い患者の選別につながる危険性があるばかりか、医療に対する「成果」を施設基準に持ち込むことは、療養の給付の原則からも逸脱する。 ・ 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病院では重症度が 50%と他の回復期よりも高いにも関わらず、人員配置は同様で、働く医療従事者は重症患者の対応で疲弊している。人員配置の要件の見直しを検討すべき ・ 特定入院料の届出にあたって、施設基準を明確にすべき。	5 件

Ⅲ－２－１ データを活用した診療実績による評価の推進（81 件）

主な意見の内容	件数
○ データに基づくアウトカム評価の推進について ・ データ提出加算は提出できない病院は減算するようにしてはどうか。（同旨 2 件） ・ 療養の給付と関係のないデータ提出加算を診療報酬に位置づけるのは反対。（同旨 3 件） ・ 日常診療で手一杯であり、データ提出のハードルが非常に高いため、反対である。 ・ 施設基準要件や提出の手間を簡素化すべき。（同旨 10 件） ・ レセプト等を活用してほしい。（同旨 4 件） ・ 既存点数について、外来・在宅データ提出加算の届出を要件とすることはやめてほしい。	58 件

また、各年度 5 月～7 月の訪問診療の実施回数が 2,100 回を超える強化型の在宅療養支援診療所・支援病院に対する在宅データ提出加算の届出要件を廃止すべき。データの提出には、通常診療に支障をきたすほどの業務負担が生じており、対応しきれるものではない。また、そもそも患者の治療などに直接関係のないデータ提出を診療報酬として設定すべきではなく、データの収集・活用、といった国の施策のための事務作業への評価は補助金で対応すべき。（同旨 1 件） ・精神科の治療もアウトカムを明確にしていく必要があると思う。 ・歯科医療においても、データを活用した診療実績に基づく評価を推進することは医療の質向上と資源配分の適正化の観点から重要。現行では届出制の施設基準が中心で実際に地域の中核として機能している診療所（小児、障害者、口腔機能管理、在宅等）が十分に評価されにくい課題がある。レセプト等の客観的データから診療所の実績（対象患者の割合、継続管理の実施、医科歯科連携件数等）を抽出し、実績に応じて評価される施設基準（実績認定型施設）を新設し、認定された歯科医院に加算が付与される仕組みを要望する。 ・近年、医科歯科連携も進み、糖尿病と歯周病との関連性から始まって、いろいろな全身疾患と歯周病の関係が解明されてきている。そのため、歯科に関するデータと医科の検査データとの関連性を調べるのが推奨されると考える。 ・診療内容やさまざまな検査費が医療資源を投入していることに DPC ではなっているが、実際には外来で過剰な検査を行なっている医療機関が多い。1 症例あたりの診療費を見える化して、1 症例あたりの平均的な治療日数と医療費を病院の Web ページに開示させてはどうか。それに基づいて評価するべきではないか。 ・国民病ともいえる歯周病の予防のために必要なデータを収集し、活用できるようにしてほしい。 ・アウトカム評価を強引に推進することに反対する。（同旨 2 件） ・海外の医療機関に比較して規模が小さく、データの集積が進まないように感じる。 ・このデータの真偽や正確さを誰か評価するかという問題がある。（同旨 2 件） ・データを統計上ただしく運用できるようにすべき。（同旨 3 件） ・アウトカム評価の基準の明確化と標準化が必要。（同旨 9 件） ・地域の実情に応じた診療実績を評価していただきたい。（同旨 4 件）	
○ 外来医療におけるデータに基づく適切な評価について ・外来医療において予防の観点から意見する。エネルギーの源となる食べ物の入り口となるのが口腔である。その口腔内の状況（歯の本数や噛む力、咬合高径など）が時系列的でどのように変化したかをデータでとらえ、将来的にどのような疾病を引き起こしたかまでみることができれば、後世に役立つ医療がさらに提供できる。また世界で冠たる長寿国日本の健康寿命延伸の取り組みが、国内のみならず世界でも役立てられる国力になり得る。 ・各後期高齢者歯科検診事業により、口腔のどの機能が健全であれば健康長寿に寄与できるのかが明確になりつつあるので、より重症化予防的な部分への評価を期待したい。 ・「かかりつけ医」機能を評価する診療報酬を設計するに当たっては各種データが必要であり、データ提出を推進すべきとの意見がある。しかし、特にスタッフの少ない診療所では、データ提出に係る実務が困難な場合もあるため、義務化は行わず、届出方式を維持すべきである。 ・試行データの提出及び施設基準の届出を簡素化するとともに、事務量に対して評価が低いいため、報酬の引き上げを行うこと。	4 件
○ 質の高い在宅持続陽圧呼吸療法の提供について ・CPAP 装置の短時間使用（4 時間未満）の有効性の乏しさが指摘され、4 時間以上の使用が担保されない場合には減算を求める意見が出されているが、花粉症、アレルギー等の鼻炎をもつ患者では、呼吸の苦しさから CPAP 装置を外してしまう事例などもあり、実際の装着時間を基準に減算規定を導入する見直しには反対する。	1 件
○ その他 ・大きな指針として活用するのはよいがすべてを当てはめて運用するのはどうかと思う。 ・患者さん個人の情報の漏洩、医療機関の更なる分断化を危惧している。（同旨 1 件） ・現状データを活用して診療実績の評価するにはエビデンスが不十分。（同旨 1 件） ・国内サーバーで管理することが絶対条件。（同旨 1 件） ・経年的データは、専門家に分析してもらう必要がある。（同旨 1 件） ・現在でも多種多様な電子カルテが存在している。それが統一できなくてデータ活用も何も	18 件

あったものではない。診療報酬以前にそこを何とかしていただきたい。 ・ AI やマイナ保険証を活用すべき。（同旨 4 件） ・ 高齢の医師やパソコン等が苦手な医師への配慮が必要。 ・ 患者のニーズに任せるべき。 ・ 良いと思う	

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（24 件）

主な意見の内容	件数
○ 診療録管理体制加算、医療情報取得加算、医療 DX 推進体制整備加算の評価について ・ 医療 DX 関連施策には、導入費用、維持管理費用がかかるうえ、国策で推進する以上、国からの費用負担が当然と考え、活用推進するためにはさらなる評価の必要。（同旨 12 件） ・ 医療 DX 推進体制整備加算などの廃止の議論がされているが、廃止するのであれば基本診療料に上乘すべき。（同旨 3 件） ・ 医療 DX に関しては、マイナ保険証利用率での評価は、医療機関の努力では限界があり、地域差や診療内容による患者特性が多分に影響しており下限を撤廃すべき。（同旨 1 件） ・ 医療 DX 推進体制整備加算は、保険証利用率と電子処方箋発行体制につき加算される点数であるが、利用率の違いによって、療養の給付内容に差異はない。 ・ 医療 DX の進捗状況及び実態をしっかりと把握した上で、医療 DX 推進体制整備加算の施設基準の要件を変更すべき。電子処方箋や電子カルテ等の体制など、前回改定後に猶予期間が設けられた他、期中改定で施設基準が 2 本立てになるなど、電子処方箋などの医療 DX が希望的観測による拙速な対応により医療現場が混乱した。国の政策に不安を感じ医療 DX 推進体制整備加算など進むことに躊躇した医療機関もある。信頼し安全に取り組める政策だと実感できるよう実績を示したうえで、診療報酬改定を行っていただきたい。 ・ 電子処方箋の発行を推進するため、医科、歯科の医療 DX 推進体制整備加算は電子処方箋の発行を必須としてはどうか（医療 DX 推進体制整備加算 4～6 を廃止する）。	22 件
○ その他 ・ マイナ保険証の様に強制にしないでほしい。高齢者は分からず、受付事務が手助けをしなければならず、手間が増える事をしないでほしい。 ・ マイナ保険証を持たない人への負のインセンティブを明らかにすべき。実際に持っていない、受付を通さないデメリットが見えるようにして、持っている「高額療養費の支払い」について楽になったことも仕組みとして動いていることをもっと PR してほしい。	2 件

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（113 件）

主な意見の内容	件数
○ 向精神薬を処方する際の電子処方箋管理サービス等による重複投薬等チェックについて ・ 向精神薬の重複投薬に活用するような旨だったが、マイナ保険証利用時の患者同意を強制にしてほしい。向精神薬の重複疑いがあり、過去に実際に重複して貰おうとしていた患者が同意しないので履歴を追えないことがある。 ・ 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は積極的に進めるべき。とくに向精神薬を目的として頻回受診や多重受診を抑制する観点からも必要。 ・ オンライン診療の活用を進めるにあたっては、特に睡眠薬等の適正使用が求められる薬剤について、電子処方箋等を活用した重複投薬チェックや情報共有が併せて機能することが重要。利便性の向上と安全性の確保が両立する制度設計が必要。 ・ （１）は「情報通信機器を用いた診療」に限定する必要性はなく、すべての診療を対象とすべきと考える。（同旨 1 件） ・ 抗精神病薬のみではなく、今は糖尿病治療薬なども、重複処方と転売が問題になっている。 ・ 向精神薬だけでなく全ての薬剤に対してチェックして欲しい。例えば病名に対して保険診療上何日分までですという定められた薬剤も学習して欲しい。 ・ ほとんどの薬局は事務が入力に使用するメーカーと薬剤師が使用する薬歴メーカーが異なり、薬剤師側で重複チェックができず普及が遅れている。	8 件
○ 電子処方箋システムを活用した質の高い処方について ・ 喫緊の課題で早々に推進すべき。無駄が多い。複数の医療機関にかかっている管理が困難	105 件

などの問題が日々起きている。（同旨 15 件） ・ チェック結果が過多だと現場の確認負担やアラート疲労が生じ得るため、重大リスクの優先表示、検査値（腎機能等）を踏まえた判定、電子カルテ／薬局システムとの連携による自動反映を前提に、医師・薬剤師が連携して処方見直しにつなげられる運用としていただきたい。導入・運用コストや業務負担が医療機関・薬局の持ち出しにならない評価も求める。（同旨 29 件） ・ 医療用経口栄養剤（ONS）やサプリメント等は、必ずしも十分に把握・共有されていない場合があり、全体像を把握した安全管理が難しい場面もあります。電子処方箋の利活用に当たっては、薬剤だけでなく栄養摂取状況も含めた情報共有が進むことで、より実効性のある医療安全対策につながることを期待する。（同旨 1 件） ・ 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を推進するにあたっては、導入そのものを目的とするのではなく、チェック結果を医師・歯科医師・薬剤師が共有し、実際の処方判断に活かす運用を重視すべきである。とりわけ歯科処方を含めた情報共有を進めるとともに、確認・介入行為そのものを適切に評価し、医療安全の向上につながる制度設計が求められる。（同旨 2 件） ・ 電子処方箋の普及により処方情報の共有は進みつつあるが、他院処方に対する医学的観点からのフィードバックや改善提案を行う仕組みは十分とは言えず、処方の質向上につながる活用の検討が望まれる。（同旨 2 件） ・ 電子処方箋システムの規格統一を実施。UI の使いやすさへ投資してほしい。 ・ 医院からの処方箋の読み取りの整合性について、各レセコン会社で協力して読み取りミスが起きないようにしてほしい。 ・ 医療機関からの電子処方箋の発行率が低い。（同旨 8 件） ・ 機能不全で時期尚早。（同旨 26 件） ・ 今のマイナ保険証はオンラインで「データ」が取れるのは、1-2 か月前のデータである。 ・ 重複投薬等のチェックはお薬手帳で現在できている。 ・ 関連サービスの周知、活用方法の周知を幅広くして頂きたい。（同旨 2 件） ・ まず、用法コードの拡大をすべき。 ・ 現状は電子処方箋のみに報告義務があるが、その他の処方箋の調剤結果についても報告義務とすべきである。（同旨 1 件） ・ 電子処方箋を発行しない場合には、診療報酬の減額をするべき。（同旨 1 件） ・ 従来の処方箋料の引き下げは絶対に認められない。むしろ、院内処方の場合の処方料、調剤料の引き上げを行うべきである。 ・ システム導入に関して、個人薬局とチェーン薬局で補助金等の差別をすべきではない。（同旨 1 件）	

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（110 件）

主な意見の内容	件数
○ オンライン診療について ・ 「オンライン診療」については、医療資源の脆弱な離島・へき地また新興感染症等の有事の際には有用である。しかし利便性を追求するあまり様々な弊害も現実であり、不適正な使用による医療の質と安全が脅かされる懸念は常にある。あくまでも対面診療を原則とし、補完する手段としてのみ使用すべき。（同旨 30 件） ・ オンラインでは、触診や応答時の反応などわからない点が多い。見落とす病気が増えるため、医師や医療職の負担減のためであれば反対。 ・ オンライン診療は医者への責任が増える。 ・ オンライン診療が利便性のみで広がって、ビジネス的な部分だけが広がり質が落ちることを危惧している。対策すべき。（同旨 11 件） ・ 自由診療においてもオンライン診療の広告基準を厳しくするべき。（同旨 2 件） ・ オンラインでできる疾患とできない疾患がある。オンライン診療の対象疾患等をきちんと決めるべき。（同旨 12 件） ・ オンライン診療を専門とする医療機関が増加している中で、診療プロセスの共有を病院やかかりつけクリニック、オンラインクリニックとリアルタイムで共有させる活動への評価も重要。（同旨 1 件） ・ セキュリティ対策に対する国による検討や評価が必要。（同旨 2 件）	109 件

・ 昨今 AI によるフェイク動画が発達してきており、画面内の動画だけ診療を行うことは危険であり、性善説で推進するといずれ大きな問題が発生する。（同旨 3 件） ・ オンライン診療で向精神薬を処方する場合に、電子処方箋管理サービスによる重複投薬等チェックを要件化すべきと考える。（同旨 1 件） ・ 患者にとっても医療機関にとっても使いやすいような制度設計にすべき。 ・ 休日夜間にオンライン診療して（加算を算定）処方箋がでても、週明けしか調剤薬局が開いていない。 ・ 過疎化地域においては、オンライン診療を多用して、ドローンなどでの配送をしていかなないと成り立っていかないと多くなってくると思われる。早急に検討していただきたい。（同旨 5 件） ・ 低価値な在宅医療はオンライン診療におきかえていくべきである。D to P with N 型を育てることが特に重要であろう。（同旨 2 件） ・ 在宅医療や高齢者医療において、オンライン診療は医師の負担軽減や継続的なフォローに有用。しかし食事量の変化や体力低下、栄養状態の悪化といった微細な変化は対面での観察や多職種からの情報があって初めて把握できる場合も少なくない。オンライン診療の推進に当たっては、訪問看護や薬剤師、栄養の専門職等との連携を前提とした運用が重要。 ・ 近隣に薬局が存在しない僻地等の診療所において、院内に「オンライン服薬指導ブース」を設置し、外部の薬局薬剤師による指導を受けられるよう、実施場所の規制緩和を強く要望する。（同旨 1 件） ・ 薬局に隣接するスペースや建物、敷地であれば問題ないという理解でいいのか。 ・ 保険薬局、ドラッグストア内にオンライン診療受診施設は設置できないように、療養担当規則、薬担規則で強い制限をかけていただきたい。 ・ 薬局の場合、自宅に赴き残薬を確認しないのであれば在宅の意味がない。 ・ 外来通院できない患者に対してオンライン診療は非常に有用な手段。オンライン診療の前提条件としての 3 か月に 1 度の外来通院の枠をなくしてほしい。（同旨 3 件） ・ 連携型の機能強化型在宅療養支援診療所・支援病院の施設基準に課せられた月 1 回のカンファレンスについてテレビ電話、web meeting 等を活用する場合も認めていただきたい。 ・ 介護保険サービス利用中（在宅での訪問介護・訪問看護含む）のオンライン診療が可能となれば通所サービス利用中のオンライン診療も可能となるのか。もし可能となるのであれば介護保険の送りの送迎料金の減算についての扱いはどうなるのか。 ・ オンライン診療の点数を上げないとオンライン診療は進まない。（同旨 1 件） ・ 必要と思う。（同旨 8 件） ・ オンライン診療の具体的なノウハウが分かりにくいので具体的に説明していただきたい。 ・ AI 診断も積極的に利用すべき。法整備を進めてほしい。 ・ 海外在住医師の HPKI カードが発行できず、オンライン診療で電子処方箋を発行できない。	
○ その他 ・ 遠隔の心臓リハビリが時期尚早との記載を拝見した。訪問リハが進んで無いのにとの意見だったが、条件を整えると遠隔心リハの方がより安全面に考慮できる可能性がある。心電図管理下で運動を行い、三次救急の病院が救急車が必要な場面を判断できるとリスク管理は可能ではないか。	1 件

Ⅲ－４ 質の高いリハビリテーションの実施（47 件）

主な意見の内容	件数
○ リハビリテーション全般について ・ 賛成する。（同旨 13 件） ・ 退院後の受け入れ先が必要。 ・ 診療報酬で正に評価するとともに、提出様式を統合・簡素化し、現場の負担を最小限に抑えるべきである。（同旨 6 件） ・ 脳血管疾患リハビリ 245 点と呼吸器疾患リハビリ 175 点との間に 70 点もの差がある。リスク管理や状態把握など脳血管と呼吸器で差はないと感じる。同一点数への改定を希望する。 ・ 心大血管疾患リハビリテーションについて、疾患の特性にあわせ、対象疾患を「慢性心不全」から「心不全」に改めていただきたい。 ・ 状態の異なる患者に施行する疾患別リハビリテーションにおいて、対象患者や上限単位	35 件

数、上限日数、訓練内容に応じた評価を一律で見直すことに反対する。（同旨 2 件） ・ 質の高いリハビリテーションを推進するにあたって、急性期での質に対する評価だけでなく、慢性期・生活期での質に対する評価も求める。通所リハビリテーションの中でも個別リハを実施した際には医療保険での疾患別リハビリテーション料を算定できる等、慢性期・生活期においても質の高いリハビリテーションを実施した際にはなんらかの評価をしていただけることで、高齢者の在宅生活を継続的に支えることができる。 ・ 医学的見地から効果を評価すべき。 ・ パーキンソン病における繰り返すリハ入院は自費で良いのではない。難病適応となり進行している症例に効果は低いと思われる。他疾患に点数を振り分けるべき。 ・ COPD・間質性肺炎などの呼吸器疾患では、退院後の安定期リハビリの方が機能改善や費用対効果に優れ、有効性もガイドラインで強く推奨されている。しかし日本では外来呼吸リハの提供施設が極端に少なく（患者の 1%未満）、赤字構造のため医療機関が導入しづらい状況にある。外来呼吸リハの普及には、他の疾患別リハと同等の診療報酬水準に引き上げ、実施しやすい制度設計とすることが不可欠である。 ・ 早期リハビリは非常に重要視されている。しかし疾患別リハビリテーションは 20 分以上 1 単位が基本になっており、短時間のリハビリが十分評価できていない。超急性期において、20 分に満たないリハビリ時間を 1 日当たりで合算して、単位数算定できるようにするだけでも、すぐに早期リハビリを評価できる。今次改定から可能としていただきたい。 ・ リハビリ加算、介護保険取得者にも医療で中長期（3～6 か月）理学療法できるようにしていただきたい。 ・ リハビリスタッフを増やす必要がある。 ・ リハビリテーションを行える職種を明らかにして頂きたい。	
○ 疾患別リハビリテーション料の上限単位数について ・ 「質の高い」リハとは、リハ前と後の FIM 評価が上がっているかないかのことか。回復期リハ病棟だけ算定上限（1 日 6 単位）が低いのは不合理であり、病棟による上限の差は適切ではない。FIM だけを基準に上限設定を判断するのは不十分で、患者によっては 9 単位相当のリハが必要で生活の質向上に直結する場合もある。単位数上限の緩和見直しにあたっては、一律削減ではなく、患者に必要なリハを保障できるよう慎重な制度設計を求める。（同旨 3 件） ・ 医療機関外における疾患別リハ料の算定において、その移動中の従事者の付き添いに関する要件を明確にしていきたい（自動車で移動する場合、患者と同乗している必要があるのか、別の自動車であっても速やかに対応が可能であれば良いのかなど）。	5 件
○ 運動期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について ・ 「適切なリハビリテーション」とは何を指すのか。定義を明確にすべきである。 ・ 切断患者や複数骨折の患者の場合は 9 単位実施できる日数（60 日）を超えてもリハを必要とする患者が多い。ぜひ、対象患者の前向きな見直しをお願いする。	2 件
○ 訓練内容に応じた評価について ・ 「より質の高いリハビリテーション」とはどういうものなのか、定義されないまま訓練内容の評価を行うのは問題である。質の高いリハビリテーションの定義は病期によって異なる。訓練内容に応じた評価に見直すのであれば、病期の違いを考慮する必要があるのではない。 ・ まずは訓練内容の記録を毎日していることについて加算がつくなどができることと訓練内容の入力がより推進できるのではない。その際に 5 分毎に実施した内容を記録するなど明記されると良い。 ・ 訓練内容の報告やレセプトへの記載要件等、医療機関の業務負担に繋がる改定は反対。リハビリテーション実施の職種によって点数に傾斜をつける見直しも反対。 ・ 小児リハビリテーションは、重症心身障害児や発達障害など、成人とは異なる専門性と長期的支援を要し、その介入は回復だけでなく発達支援や生活支援も重要である。訓練内容だけで評価すると、姿勢管理やコミュニケーション支援など“維持的”と見なされやすい介入が不当に低評価となり、必要な子どもほど不利益を受ける懸念がある。よって、小児リハの特性を踏まえ、機能維持・予防・発達支援なども正當に評価できる制度設計が必要である。 ・ 病室でのベッド上の訓練等を平易な療法と判断するには問題があり、疾病発症直後の急性状態では健康状態の管理などを要し、回復期より慎重な対応が求められます。従って、発	5 件

症早期についてのベッド上で行われる療法については適正に評価されることが必要と思われます。	

Ⅲ－４－１ 発症早期からのリハビリテーション介入の推進（14 件）

主な意見の内容	件数
○ 発症早期からのリハビリテーション介入について ・ もっと診療報酬を手厚くするべき。発症早期に医療資源を制限することで、結果的には長期間に渡って医療・介護資源を浪費することになる。（同旨 5 件） ・ 早期退院にもつながるので重要であるが、土日などの勤務が増えることから、人員を増やす必要があるため人件費が高騰してきている。 ・ リハビリを早めに介入してほしい。（同旨 1 件） ・ 発症早期からのリハビリテーション介入の推進に賛同する。急性期では早期離床・早期リハにより廃用を防ぎ、合併症（肺炎、せん妄、褥瘡等）を減らし、在院日数短縮と退院後の生活機能の維持に直結するためである。一方、休日や夕方以降の介入体制の確保、多職種連携（医師・看護・リハ・栄養等）の調整にはコストがかかるため、早期介入を標準化できるよう、体制整備と実施に係る負担（人員配置・連携時間）を含めた評価としていただきたい。（同旨 2 件） ・ 発症早期からのリハビリテーション介入は、高齢者や重症患者において特に重要であると考えます。しかし、食事摂取量の低下や低栄養がある状態では、リハビリへの参加が難しく、期待される効果が得られないことも経験します。リハビリテーションの早期介入を実効性のあるものとするためには、栄養状態の評価と、ONS を含む適切な栄養支援を同時に進める体制が必要。 ・ 毎回リハビリを行う際には医師から指示をもらう仕組みだが、医師の直接指示がなくても入れるようになる仕組みを作ってはどうか。	14 件

Ⅲ－４－２ 土日祝日のリハビリテーション実施体制の充実（51 件）

主な意見の内容	件数
○ 土日祝日のリハビリテーション実施体制の充実について ・ 望ましい。評価すべき。（同旨 5 件） ・ 急性期、亜急性期には必須だと思う。 ・ 年末年始などもリハビリスタッフが出勤してくれている。（同旨 1 件） ・ 土日も実施するのであれば報酬増額が必要である。（同旨 16 件） ・ 土日祝日のリハビリテーション実施体制の充実に賛同する。急性期では週末にリハが止まることで離床が遅れ、廃用やせん妄、誤嚥等のリスクが増え、結果として在院日数延長や転院・退院調整の遅れにつながり得る。一方で週末体制の整備には、リハ職の確保に加え、看護師等との連携、休日手当等のコストが発生するため、単なる実施要件化ではなく、休日実施に伴う追加コストを十分にカバーする評価（加算等）としていただきたい。現実的には、看護師の人数が足りていないため、難しい現状にある。 ・ 土日祝日におけるリハビリテーションの中断は、身体機能の低下や回復の遅れにつながる可能性があり、できる限り連続性が保たれることが望ましいと考えます。ただし、実際には人手不足や勤務体制の制約があり、平日と同様のリハビリを実施することが困難な場合も少なくありません。そのため、土日祝日にはリハビリ専門職による介入に限らず、離床支援や栄養管理（ONS を含む）など、体力低下を防ぐための最低限の支援が継続される体制づくりが重要であると考えます。 ・ 休日であっても平日と同様のリハビリテーションの提供は重要課題であるが、平日と同様の明確な基準が必要である。 ・ 土日 80%以上の介入は基準が厳しすぎる。 ・ 精神科医療においても是非推進してほしい。 ・ 受け入れ先があるのであれば実施可能。 ・ 人材確保が難しい。（同旨 2 件） ・ 働き方改革に逆行している。不要だと思う。（同旨 6 件） ・ リハビリが必要となる場合は慢性的な改善しか望めない場合が多く、土日祝日などの点数	51 件

付加をつけてまでするものではない。（同旨 3 件） ・ 医療従事者の疲弊や医療費の高騰を考慮すべき。（同旨 3 件） ・ オプションは自費にしたら良いと思う。	

Ⅲ－５－１ 救急医療の充実（65 件）

主な意見の内容	件数
○ 救急医療の充実について ・ 推進すべき。（同旨 4 件） ・ 医療費の抑制も考え、全国的な考え方を整理・統一が望ましい。 ・ 夜間休日の医療活動の評価をより高くすることが必要。一方で、夜間休日ではない、例えば平日 9 時～16 時の救急受診について在宅医・施設・医療機関とで連携することを評価すれば、時間外の人的資源の必要量を改善できないか。 ・ 救急医療の充実に賛同する。急性期病院が救急を継続的に担うには、診療行為の評価だけでなく、24 時間の受入を支える当直・オンコール体制、看護体制、検査・放射線・薬剤等のバックアップ、病床確保といった「体制維持」に要するコストを十分に評価することが不可欠である。また、DNAR 等で侵襲的治療を望まない患者の搬送や、在宅・施設側の調整不足による搬送が増えると救急機能が圧迫されるため、地域での意思決定支援と受入基準の整理を進めつつ、急性期側が不利益を被らない評価としていただきたい。（同旨 3 件） ・ 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はぜひ行っていたきたい。（同旨 10 件） ・ 救急は基本的には、診療報酬として処置料が収益になるが物価の高騰を考慮していない。医療機器が高騰、人件費も高騰している、一人にかかるコストが麻酔科のように時間ごとに加算されるシステムも必要。 ・ 救急で使う薬品の薬剤費は全く収益にならないかマイナスになる傾向にあるので改める必要があるのではないか。 ・ 外科専門医の配置、後送体制の確保等、緊急歯科医療体制の確保に対する評価を要望。 ・ 精神科疾患や認知症患者の救急医療の体制を整えられるような診療報酬の仕組みにしてほしい。 ・ 診療所レベルであっても、夜診や土日祝の営業は、一次救急的な業務がたぶんに混ざってくる。メリハリをつけて手厚く評価すべきである。（同旨 3 件） ・ 救急医療、小児・周産期医療、がん・緩和ケア、精神医療などの重点分野は、いずれも高い専門性と手厚い人員配置を要し、不採算となりやすい構造にある。これら政策的意義の高い分野において、複雑な実績要件や報告義務を設定することは、かえって地域医療の崩壊を招きかねない。医療機関が安心して存続できるよう、複雑な実績判定を廃し、基本診療料を含む底上げによる「真水」の財源投入を強く要望する。 ・ 救急医療管理加算に係る状態に脳疾患の状態を追加してほしい。同一傷病で前医から転院してきた場合は救急医療管理加算が算定できないが、高次医療機関の場合は他院で入院中に急性増悪し緊急搬送されてくる場合が多い。状態によっては算定できるようにならないか。（同旨 1 件） ・ 高齢者における救急医療の利用は増加傾向にあるが、その中には低栄養やフレイル、脱水といった予防可能な要因が重なった結果、急変に至るケースも多く見受けられる。救急医療の充実を図る上では、救急体制の整備と同時に、日常的な体力維持や栄養支援を通じた予防的アプローチが不可欠であると考えます。地域での栄養管理や生活支援を強化することが、結果として救急医療の負担軽減につながると考える。 ・ 救急受診した際も例外なくすべての患者に対して選定療養費が徴収できるようにすることで、不要不急の受診を減らし医療機関の負担を減らせるのではないか。（同旨 1 件） ・ 本当に必要な救急搬送にすべき。有料化を図るべき。（同旨 8 件） ・ 受け入れ件数並びに重症度に伴った加算を検討してほしい。（同旨 3 件） ・ ドクターカーや新生児搬送専用車を自院で保有・運用している実態を踏まえ、自院搬送を行った場合の評価や、救急体制充実加算に準じた実績評価の導入を検討されたい。（同旨 1 件） ・ 救急車以外の救急医療の評価も強化することで、救急搬送以外の救急医療の道が開かれるのではないか。 ・ 医師を増やすためにはどうしたら良いか考えて欲しい。（同旨 3 件）	59 件

・ 地方では夜間急病センターの開設が必要。（同旨 1 件） ・ 病院ごとではなく輪番制で消化器外科、脳神経外科、循環器内科のホットラインの整備を希望する。	
○ 救急患者連携搬送料について ・ 救急患者連携搬送料は、今は搬送元の病院にだけ点数が付くこととなっているが、より下り搬送を促進するため、搬送先の病院についても点数が付くよう見直しをお願いしたい。	1 件
○ その他 ・ マイナ保険証を患者、家族の許可なく救急隊員が使用できるように法整備を進めてほしい。救急隊員が働きやすいよう、判断しやすいように法整備を進めるべき。（同旨 1 件） ・ 救急医療が特に評価されるようになってきたことにより、「救急搬送を断らない医師」を紹介する業者が登場してきている。規制を検討してもよいのではないか。 ・ 緊急医療の必要性を診療なしに指導するのは無診投薬、無診療養指導とともに違反行為。法的責任の所在を明らかにしてからにすべき。 ・ 平時からの地域での災害訓練について診療報酬をつけることを要望する。	5 件

Ⅲ－５－２ 小児・周産期医療の充実（55 件）

主な意見の内容	件数
○ 全般について ・ 小児・周産期医療の充実を推進すべき。（同旨 8 件） ・ 医療費の抑制も考え、全国的な考え方を整理・統一が望ましい。 ・ 救急医療、小児・周産期医療、がん・緩和ケア、精神医療などの重点分野は、いずれも高い専門性と手厚い人員配置を要し、不採算となりやすい構造にある。これら政策的意義の高い分野において、複雑な実績要件や報告義務を設定することは、かえって地域医療の崩壊を招きかねない。医療機関が安心して存続できるよう、複雑な実績判定を廃し、基本診療料を含む底上げによる「真水」の財源投入を強く要望する。（同旨 6 件） ・ 医師不足・地域の実情を踏まえ、GCU の単独運営容認と、重症児評価の弾力化を求める。 ・ MFICU や NICU に対し、母体搬送や帝王切開の実績要件を厳格に適用しようとする動きは、地方の周産期医療を崩壊させる危険性が高い。地域によっては、少子化の中で「実績件数」を稼ぐことは困難であっても、その施設が地域の周産期医療の最後の砦として機能している現実がある。「集約化」の名の下に地域の分娩機能を奪うような要件厳格化は撤回すべきである。また、小児科療養指導料についても、患児の成長に伴う継続的な管理の必要性を無視し、内科への移行を強制するような制限は行うべきではない。（同旨 5 件） ・ 地域によっては、小児・周産期医療は余っています。地域ごとに少数個所に統合して、当直などの負担を図る方が良い。（同旨 1 件） ・ 医療的ケア児や神経発達症の患者にかかる診療時間に対する評価を高くし、どの医療機関でも前向きに診療できるような診療報酬体系を望む。	27 件
○ 成人移行期の小児について ・ 小児科から成人への移行について、患者家族だけでなく成人診療科の医療従事者への広報・周知を図っていただきたい。	1 件
○ 小児入院医療管理料等、小児科外来診療料について ・ 小児科外来診療料の点数と比べて高い医学管理、検査、薬剤、処置、手術等を行う場合は、小児科外来診療料と合わせて算定、または、包括ではなく出来高算定できるようにすべきである。必要な医療行為を行ったために、持ち出し分が増えることのないようにしていただきたい。（同旨 4 件） ・ 消費者物価指数の上昇を踏まえた増額が必要。 ・ 5 歳児健診で発達障害が疑われても、6 歳未満では小児特定疾患カウンセリング料が包括化され、診療所側は受け入れが困難になっている。このまま全国的に 5 歳児健診が進むと、受診先不足が生じ、小児科外来の受け皿が機能しなくなる可能性が高い。そのため、小児特定疾患カウンセリング料を小児科外来診療料／小児かかりつけ診療料の包括外として算定できるよう制度改正が必要。 ・ 医療費の負担がないため、風邪の来院に対しアレルギー検査がされていたり、採血、検査が必要以上にされているのではないかと疑問がある。（同旨 1 件） ・ 在宅で療養する小児患者は在宅療養指導管理料の算定の有無に係わらず、訪問診療料など	10 件

の出来高算定を認めるべき。	
○ 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・産後を含む継続的なケアを行う体制について ・ 妊婦への栄養指導や聞き取り・情報提供機会の評価や、その体制を整えている医療機関への評価を診療報酬に反映いただきたい。 ・ 受精から出産後の 1000 日の栄養状態が、その後の成長や疾患リスクと密接にかかわることから、妊娠前～妊娠中、出産後まで、ハイリスク妊婦に限らず全妊婦に対する入院・外来栄養食事指導の新設を提案したい。	2 件
○ 療養病棟入院基本料について ・ 医療区分 2 又は 3 に該当する疾患や状態、処置等の内容の見直しにあたっては、在宅や介護施設では対応が難しく、療養病棟での入院の必要性が高い患者が、医療区分 2 又は 3 に該当しないということで行き場がなくなることをないようにするという観点も含めて検討してほしい。	1 件
○ その他 ・ 充実のためには抜本的な人員増が必要。（同旨 2 件） ・ 現場の「現状」を十分に踏まえるべき。（同旨 1 件） ・ 出産費用の保険請求について、倒産する医療機関が無いように点数設定をお願いしたい。（同旨 1 件） ・ 多くの小児科病院では入院時に家族の付き添いがもとめられます。付き添いが不要となる環境設定を目指した診療報酬体系の提案をお願いしたい。 ・ ロボットや AI など積極的に取り入れてほしい。（同旨 1 件） ・ 小児患者が高熱などの症状で診療と投薬施設の 2 箇所を受診するの負担を減らすために、薬剤師を雇って頑張って院内処方診療所の評価を上げるべき。 ・ ちょっとした風邪でも 500 円で往診対応するチェーン小児科は規制すべき。 ・ 平日日中は診療報酬を高めにし 時間外は患者さんも 3 割負担などするようにすれば、平日日中にかなり解決するようになるかと思う。 ・ 保険点数を上げること、政治事件の免責が必須。	14 件

Ⅲ－５－３ 質の高いがん医療及び緩和ケアの評価（124 件）

主な意見の内容	件数
○ 全体について ・ 救急医療、小児・周産期医療、がん・緩和ケア、精神医療などの重点分野は、いずれも高い専門性と手厚い人員配置を要し、不採算となりやすい構造にある。これら政策的意義の高い分野において、複雑な実績要件や報告義務を設定することは、かえって地域医療の崩壊を招きかねない。医療機関が安心して存続できるよう、複雑な実績判定を廃し、基本診療料を含む底上げによる「真水」の財源投入を強く要望する。（同旨 1 件） ・ 質の高いがん医療および緩和ケアの評価拡充に賛同する。がん医療の質は治療成績だけでなく、治療早期からの緩和ケア介入により、疼痛・症状緩和、意思決定支援（療養場所の希望、DNAR を含む）を行い、不要な救急搬送や入院を減らすことが重要である。そのため、緩和ケアチームの介入や多職種カンファレンス、在宅・薬局・訪問看護との連携、症状緩和薬（麻薬を含む）の適正使用といったチーム医療と地域連携に要する実務が適切に評価され、急性期病院でも持続可能に提供できる仕組みとしていただきたい。 ・ 熱心に取り組んでいる在宅診療所は高く評価すべきである。 ・ 医療費の抑制も考え、全国的な考え方を整理・統一が望ましい。 ・ 推進すべき。（同旨 1 件） ・ 推進するためには人員増が必要。	8 件
○ 外来腫瘍化学療法診療料等について ・ 外来化学療法で皮下注射を評価するなら在宅でも評価を可能にし、さらに腎不全などがん以外の患者にも痛みを和らげる緩和ケアが受けられるよう、誰もが公平に苦痛緩和を受けられる体制を整備すべきである。 ・ 薬物療法の投与法で皮下注射を実施した場合についても評価は当然である。	2 件
○ 遺伝性乳癌卵巣癌症候群について ・ BRCA1/2 の病的バリエーション保有者には、発症前から定期検査や予防的手術が必要だが、未	2 件

発症者には保険適用がなく、経済的負担で適切な医療が受けられない事例が生じている。サーベイランスや予防手術を保険適用にして、発症前から平等に質の高いゲノム医療を受けられる体制整備が必要である。今後多遺伝子パネル検査の普及が進むことも踏まえ、病的バリエーション保有者全体を対象とした公平な遺伝医療の仕組みを構築すべきである。（同旨 1 件）	
○ がん患者指導管理料について がん治療に伴う外見変化への不安に専門的に対応できるよう、アピアランスケアに関するがん患者指導管理料の算定要件を明確化し、適切な支援を正しく評価する制度整備が必要である。	1 件
○ 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について - 緩和ケア病棟へ呼吸器疾患や腎不全患者を追加する前に、体制逼迫や受け入れ困難が生じるため、まずチーム加算などで段階的に導入し、非がん領域の専門性や体制整備を進めつつ関係学会と十分協議して慎重に進めるべきである。（同旨 4 件） - 腎不全患者の緩和ケア対象拡大は評価できるが、CKM へ安易に流れる懸念があるため、まず緩和的腹膜透析の利点を周知し移行支援を強化する体制整備・評価が必要である。（同旨 13 件） - 腎不全患者の緩和ケアについて HD、PD は積極的治療とみなされ治療をやめなければ緩和病棟に入ることができない。 - 血液透析を回す限り報酬がつくため、医療者は透析を維持することばかりを考えがち。終末期の患者の苦痛や家族の意見が顧みられない。QOL を重視した緩和ケアに対応できる体制づくり、医師の研修を充実させてほしい。 - 腎不全患者などががん患者以外の緩和ケア治療の拡大を希望。（同旨 16 件） - 慢性腎不全患者もがん患者と同様に痛み・不安など多面的な苦痛を抱えるため、緩和ケアを診療報酬上で明確に評価し、末期腎不全患者が緩和ケア病棟に入院できる体制を整備すべきである。（同旨 2 件） - 腎不全の緩和ケア（疼痛管理）への要望が強い一方で、その対応を質高く実施できる医師の数は限られている。不十分な知識で腎不全患者への疼痛管理が実施されないように、研修受講や緩和ケア専門医との協同による実施などの要件化が必要ではないか。 - 末期腎不全の緩和ケアでは、腎不全に精通した医師・看護師をチームに含めることを算定要件とするなど専門性の確保が必要である。 - 緩和ケア病棟がない施設でも、一定の研修等を条件に末期腎不全患者への緩和ケアに指導料や加算を認めるべきである。 - 終末期の腎不全患者の定義が必要と考える。腎代替療法を取り入れた患者であるのか、そうではないのか。 - 緩和ケアはもっと評価されるべき。 - 外来早期から薬剤師が面談し疼痛管理や副作用評価を行う体制を評価し、緩和ケア外来で薬剤師の専門的役割を適切に評価する仕組みを整備すべき。 - 緩和ケアに使用される医療機器は QOL 向上を目的とするため、アウトカム中心の現行基準では適切に評価されない。緩和ケア機器の特性を反映した評価項目への見直しが必要。 - 緩和ケア認定看護師や多職種が必要。（同旨 2 件） - がん・緩和ケアを重点分野とするなら、外来化学療法下で患者の苦痛や不安に寄り添う看護実践を適切に評価する仕組みが必要である。 - 緩和ケアに歯科も関わるべき。 - 緩和ケアの質向上のための義務研修会が必要。（同旨 1 件） 『透析を止めた日』を読み、医療の役割は命を延ばすことと、苦しみを和らげることのバランスにあると再認識した。在宅で終活できる腹膜透析という選択肢もあった上で、それぞれの人生を全うできる世の中であって欲しい。（同旨 4 件） - 透析や腎移植などの腎代替療法を選択しない（または認知症や他疾患の影響から選択できない）ため死を迎える末期腎不全患者は今後も急速な増加が見込まれる。このような患者も包括した制度構築が必要。 - 末期腎不全患者に使用可能な保険適応薬が少なく、適応拡大により質の高い緩和ケアを実施できるよう改善してほしい。 - 緩和ケア病棟がない施設でも、一定の研修等を条件に末期腎不全患者への緩和ケアに指導料や加算を認めるべきである。	62 件

○ 在宅での緩和ケアについて ・ 心不全等の慢性疾患による終末期の方に対して包括ケア病棟への入院料を見直すのであれば、在宅でもそれに相当する加算を設定していただけないか。（同旨 1 件） ・ 血液透析離脱後の患者が緩和ケア病棟に入らず在宅看取りも訪問看護の制限で十分な現状を改善するため、末期腎不全患者を別表 7 の対象に加えて医療保険で訪問看護を利用できる制度改正を求める。（同旨 2 件） ・ 高齢・合併症で血液透析継続が困難となる患者に対し、腹膜透析への移行支援と在宅医療・訪問看護と連携した体制を制度的に評価して、治療中止以外の現実的な選択肢として PD 移行を提示できる仕組みを整備すべき。（同旨 7 件） ・ 在宅で緩和ケアを必要とする末期腎不全患者が、訪問看護の制限や麻薬適応の狭さにより十分なケアを受けられない現状を改善するため、CKM 患者も含め医療保険で在宅緩和ケアを提供できる制度整備が求められる。 ・ 末期の呼吸器疾患・腎不全・心不全患者にも在宅で十分な緩和ケアを提供できるよう、在宅麻薬等注射指導管理料の活用による訪問看護指示の緩和や、腎不全でも使用可能な麻薬の在宅算定を認める制度整備を求める。（同旨 3 件） ・ 在宅腫瘍治療電場療法に対し、現在機器自体の加算が無いため、機器加算の評価をつけてほしい。 ・ 在宅でのがん医療・緩和ケアに対する評価についても考慮して頂きたい。	20 件
○ 質の高いがん医療について ・ 質の高いがん医療の評価においては、ACP やいのちの教育の視点を含め、患者が納得して選択できる支援が行われているかどうかとも考慮されることを期待する。（同旨 2 件） ・ がん診療も進歩し複雑化して、多職種がかかわることが多いので、癌治療中はさらなる加算があっても良い。 ・ がん患者はほかのがんのリスクが高まるので、包括的な診療を行う必要があり、医療連携で大きな病院を紹介することもある。評価体制をお願いする。 ・ 圧倒的に、腫瘍内科医や専門薬剤師が不足、外科手術への診療報酬体系も実費を賄えていません。質の高いがん医療のためには、質的な評価とそれに応じた新療法報酬と、外科手術診療報酬の国際標準への引き上げが必要。（同旨 2 件） ・ 癌性腹膜炎によるイレウス症状の緩和を目的とした経管減圧に対しては、ストレスの大きい経鼻イレウス管ではなく、食道ろうを用いた管理にベネフィットがある方策を示していただきたい。 ・ 抗がん剤など、医療費が高額で、治療中断のケースがある。特に薬代の値下げが必要。 ・ 抗がん剤治療により口内炎が生じている患者に対する口腔管理は、患者の精神的な苦痛に配慮した指導をする必要があり、長い時間カウンセリングすることが多いので、がん患者に対する口腔管理に特段の加算を求めたい。 ・ 入院中の化学療法患者に対する高尿酸血症対策薬ラスリテックに診療報酬上の評価をつけてほしい。 ・ 経口抗がん剤の副作用管理を担う薬局薬剤師のフォローアップ業務に対して、診療報酬上の評価を新設すべきである。 ・ 特定薬剤管理指導加算 2 の対象を注射薬だけでなく皮下注射薬・分子標的薬・内服抗がん剤にも拡大し、点数・算定頻度を引き上げてほしい。	14 件
○ その他 ・ どのような評価基準にするか、学会だけではなく現場からの意見も吸い上げてほしい。（同旨 4 件） ・ 質の高いがん医療を実現するためには、国民に 治療成績（症例数、治療死亡率、治療合併症率、生存率 など）を開示すべき。そのためには、医療広告ガイドラインの改定が必要。 ・ ロボットや AI など積極的に取り入れてほしい。法整備を進めてほしい。 ・ 現状困難だと思う。 ・ がん医療では高額な医療費がかかっており、医療費の増加の一因だと思う。保険で対応可能なところと可能でないところを線引きするべきではないか。（同旨 3 件） ・ 高齢者に対する年齢制限を設けるべき。（同旨 2 件）	15 件

Ⅲ－５－４ 質の高い精神医療の評価（60件）

主な意見の内容	件数
○ 精神医療全般について ・ 質の高い精神医療の定義を明確化すべき。（同旨4件） ・ 重症例以外では24時間対応が必ずしも質の高い医療につながらない。 ・ 精神保健指定医と同等キャリアの医師にも診療報酬の引き上げを求める。 ・ 経験の浅いバイト医師のみで運営するクリニックの診療の質が低く、誤診や不適切な診断書の乱発が生じているため、主治医制・指定医・専門医を評価すべき。（同旨4件） ・ 精神科病院が看取りや治安維持医療に積極的に関与すべき。 ・ 精神疾患を認識せず受診しない事例が多く、医療保護入院等の体制維持が必要。 ・ 一般科から精神科への紹介が遅く、つながりやすい仕組みを検討すべき。 ・ 他院からのECT目的の転院で入院基本料が下がる問題があり、救急入院料等を算定できるよう見直すべき。	16件
○ 外来・在宅精神療法について ・ 精神療法の報酬アップが必要。30分以上かけても点数が低く、短時間診療が促進される。（同旨1件） ・ 通院・在宅精神療法の点数が低く、専門医や指定医を高く評価する仕組みが必要。 ・ 通院・在宅精神療法は基準が曖昧であり、行為や対象を明確化すべき。 ・ 30分未満の精神療法一律減点は5分診療を加速させるため、10～15分基準の新設が必要。 ・ 初診の精神療法も30分未満を算定可能にすべき。 ・ 児童精神科は診療時間が長く患者数を多く診られず、現行の点数では採算が合わない。 ・ 時間のかかる診療には応じた報酬が必要。 ・ 薬物療法だけでなく傾聴への適切な対価が必要。	9件
○ 各種加算について ・ 早期診療体制加算は要件が厳しく、満たした数で段階的に加算できる仕組みにすべき。 ・ 療養生活継続支援加算は業務負担が大きく期間も合わないため、要件緩和と時間・回数に応じた加算が必要。 ・ 児童思春期の専門管理加算等は要件が厳しく点数も労力に見合わない。	3件
○ 精神科リエゾンチーム等について ・ 急性期一般病院での精神科リエゾン、多職種連携の実務を診療報酬で評価すべき。 ・ 精神科救急で作業療法が限定的であり、個別OTや薬剤師評価などチーム医療を加算で評価すべき。 ・ 多職種連携が必要であり、職種間の賃金格差なく待遇保証すべき。	3件
○ 身体疾患、身体合併症への対応について ・ 精神疾患を持つがん患者の一般病院入院時に算定可能な診療点数を設けるべき。 ・ 精神科病床入院患者の慢性身体合併症への抗がん剤・麻薬を出来高算定可能にすべき。（同旨1件） ・ 一般病床で身体合併症の継続管理が必要な患者への新たな評価が必要。	4件
○ 臨床心理師による支援について ・ CBTや精神分析療法、トラウマケアなど専門的治療を診療報酬で適切に評価すべき。 ・ 精神保健福祉士・公認心理師の訪問支援の報酬化を強化すべき。（同旨3件）	5件
○ 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムに向けた対応について ・ 入院より外来・在宅の評価を高め、地域包括ケアの視点で報酬体系を見直すべき。（同旨2件） ・ 地域移行のために入院中の教育・体力づくり等を複数回算定できる仕組みが必要。 ・ デイケアの人員配置は柔軟化が必要。	5件
○ 認知症患者への対応について ・ 認知症の精神科救急ニーズが増えており、行動制限を避けた環境整備やケアを重視した評価が必要。 ・ 認知症患者の精神科医療は救急対応・高規格病床での短期入院へ転換する必要がある。 ・ 認知症在宅患者への在宅調剤は特別な配慮が必要で、評価の充実を求める。	4件

・ 認知症増加により精神科医の負担が増えており軽減策が必要。	
○ 薬物療法について ・ 薬局で向精神薬・睡眠薬の重複チェックによる減薬を評価すべき。 ・ 向精神薬の弊害をさらに精査すべき。	2 件
○ その他 ・ 救急医療、小児・周産期医療、がん・緩和ケア、精神医療などの重点分野は、いずれも高い専門性と手厚い人員配置を要し、不採算となりやすい構造にある。これら政策的意義の高い分野において、複雑な実績要件や報告義務を設定することは、かえって地域医療の崩壊を招きかねない。医療機関が安心して存続できるよう、複雑な実績判定を廃し、基本診療料を含む底上げによる「真水」の財源投入を強く要望する。（同旨 1 件） ・ オンライン診療の拡大に反対。特に初診からのオンライン診療における精神療法は患者の病態把握が適切に行えるとは思えない。（同旨 1 件） ・ 精神科医療にロボットや AI を積極的に取り入れるべき。（同旨 2 件） ・ 現状困難だと思う。 ・ 良くわからない。	9 件

Ⅲ－５－５ 難病患者等に対する適切な医療の評価（28 件）

主な意見の内容	件数
○ 診療報酬全般について ・ 歯科口腔外科領域における難治性疾患への医療のさらなる評価を希望する。現在の別表第四に記載の歯科特定疾患以外にも、難治性の疾患や、標準的な療法がなくお困りの患者や医療者は少なくない。 ・ 難病が疑われ診断確定までに集中的な精査を要する症例について、診療報酬上の加算等の拡充または DPC の評価・包括範囲の見直しにより、診断プロセスが不利にならない制度設計を求める。 ・ 難病指定ではないが、関節リウマチは診療と治療に専門性が問われる。検査設備投資や人件費もかかるのでインセンティブを設けるべき。 ・ 難病患者への口腔ケアはかなりのテクニックが要するので、それにふさわしい診療報酬の評価をして欲しい。 ・ 難病指定されている患者に対応しても管理料の発生しない報酬体系は改善すべき。 ・ 複雑な実績判定を廃し、基本診療料を含む底上げによる「真水」の財源投入を強く要望する。	6 件
○ 訪問診療・訪問看護・在宅療養に関する制度見直しについて ・ 在宅療養で医療保険で訪問看護する神経難病と他の難病で扱いが異なる。慢性的に症状がきつい人には医療保険での訪問看護を許可してほしい。（同旨 1 件） ・ 不適切な訪問診療・訪問看護が行われないように監視が必要。	3 件
○ 高額療養費制度・公費負担の在り方について ・ 上限額管理表の管理がしづらい。効率的になるよう、マイナ保険証に統合されるべき。 ・ 常識的な治療は補助金があってもよいが、高額医療は自己負担が必要。（同旨 1 件） ・ 医療費も高騰化しており、年齢などで公金を入れる割合を鑑みてもいいのではないか。 ・ 医療費の抑制も考え、全国的な考え方を整理・統一が望ましい。 ・ 難病と一言で片付けると軽度の症状から重度の症状まで様々であり、全て一律に無料化することは反対。 ・ 窓口負担の無償化など、難病に関わらず経済的な不安にならずに医療にかかれることが必要。（同旨 1 件） ・ 基本看取るべき、延命は自費。	9 件
○ 難病の周知・啓発や社会的支援について ・ 腎不全・透析患者の緩和ケアについて、就労との両立や通院・送迎負担を含め、医療提供体制として診療報酬上の評価を求める。 ・ 就業支援を要すると感じる。 ・ まだまだ周知、診断にいたっていない患者さんが多い。疾患教育、適切な医療機関の受診を推進していただきたい。	3 件

○ その他 ・ 人手不足の解消するためロボットやAI など積極的に取り入れてほしい。 ・ 難病患者への口腔ケアのテクニックを習得する研修会を開催してほしい。 ・ 治らない難病も多々ある。適切などとは何かわかるようにしてほしい。 ・ 十分対応すべき。(同旨 1 件) ・ 医科との連携 ・ 現状困難だと思う。	7 件

Ⅲ－6 感染症対策や薬剤耐性対策の推進 (66 件)

主な意見の内容	件数
○ 診療報酬・加算の評価水準の見直し・簡素化について ・ 外来感染対策向上加算や発熱患者対応加算が月 1 回の算定では、感染対策に係る労力や経費に見合っていない。診察の都度、算定できるようにすべき。(同旨 1 件) ・ 外来感染対策向上加算は届出が複雑で算定ハードルが高いにもかかわらず点数が低い。発熱患者等対応加算も、時間分離、空間分離に手間がかかる。増点を望む。(同旨 2 件) ・ 外来感染対策向上加算について、病院でも算定できるようにしてほしい。 ・ 感染症対策および薬剤耐性対策の推進にあたっては、有事対応にとどまらず、平時からの体制整備や職員教育、抗菌薬の適正使用を支える取組を継続的に評価することが重要。 ・ 発熱患者等対応加算について、外来感染対策向上加算の加算ではなく単独の加算とし、点数を引き上げてほしい。 ・ 小児科外来診療料・小児かかりつけ診療料の小児抗菌薬適正使用支援加算は、新型コロナ疑いやインフルエンザ疑いの患者を診療した場合も算定できるようにしてほしい。 ・ 連携強化加算、サーベイランス強化加算については手間の割に低廉。増額を望む。 ・ 感染対策向上加算を地域の感染対策部分と院内の感染対策部分それぞれ評価すべき。 ・ 健診からの移行再診料の場合、初診料と同様に医療 DX 加算に限らず、歯管、外安全、外感染、ベースアップの加算をつけて欲しい。 ・ 専任配置や会議・介入・監査に要する時間と人員、物品費 (PPE 等) を現場の持ち出しにしないよう、体制整備を診療報酬上も後押しする制度設計を求める。(同旨 1 件) ・ 手指衛生の取組をアルコール消毒薬の使用本数など量的指標のみで評価ではなく、適切な手指衛生行動の実施を促す指標 (観察・監査、教育・フィードバック等) に改めるべき。(同旨 1 件)	16 件
○ 抗菌薬適正使用・薬剤耐性 (AMR) 対策 (処方行動・指導・罰則等) について ・ AST の専従要件は医師か薬剤師として、薬剤師は化学療法学会の抗菌化学療法認定薬剤師を必須としてはどうか。 ・ 全ての医療機関に義務付けるべき。 ・ いまだに漫然と抗生剤を使用するケースが見られる。特別な理由があれば但し書きをするなど処方に意識を持たせる必要があるのではないか。(同旨 5 件) ・ 薬剤耐性に関しては一律化するのは難しい。 ・ 薬剤耐性の感染症対策ルールができて助かっている。 ・ 感染症対策や薬剤耐性対策に後ろ向きな医療機関に対して、ディスインセンティブの設定が必要ではないか。 ・ 抗菌薬が購入出来ないこと自体、大きな問題。	12 件
○ 微生物検査・培養検査・検査室体制の評価・要件について ・ 微生物学的検査要件を厳しくするのであれば、今とは逆に、抗ウィルス等早期投薬の必要なものへの手遅れや重症化を来さない対応を考慮すべき。(同旨 2 件) ・ 薬剤耐性対策を実効性あるものとするためには、適切なタイミングでの検体採取、質の高い培養検査、結果に基づく治療選択が正当に評価される仕組みが必要。(同旨 1 件) ・ 不必要な検査抑制のため、検査適正化に関する指針の周知や、多職種による検査内容の検討体制の構築、ならびに適正な検査実施を促す評価の在り方についても検討すべき。 ・ 日曜日祝日も対応している微生物検査室に対する評価をいれてはどうか。 ・ 検体検査管理加算 (Ⅳ) の鏡検実施やブランチラボではない検査室である事は最低限の基準として、培養同定及び感受性検査が自施設で行われている事とすべき。また検査室があっ	8 件

ても微生物検査を外注することがあるため評価には自施設の微生物検査の内何割以上を実施する事等の基準を設けるではどうか。加えて、精度管理の受検を義務付けるべき。研修や人材要件も検討すべき。	
○ 感染対策・診療体制（待合分離・個室隔離・面会制限等）とその評価について ・ 個室隔離した場合、個室料金を貰えないため加算をつけて欲しい。 ・ マルチプレックス PCR 検査等の有用な診断ツールに対し、スクリーニング目的での実施を厳しく制限する提案は、早期診断・早期治療の妨げとなり、院内感染や地域での感染拡大リスクを高めるものである。また、抗菌薬適正使用体制加算において、地域性や患者構成（重症度）を無視して一律に Access 抗菌薬の使用比率等で評価にメリハリをつけることは、必要な患者への適切な抗菌薬投与を躊躇させ、患者の生命を危険に晒すことになりかねない。現場の臨床判断を尊重した制度設計とすべき。 ・ 病院だけでなく、薬局が感染症対策を目的とした待合分離などを設置していれば評価する仕組みがあってもよいのではないか。 ・ 面会制限等について科学的な根拠はあるのか。	4 件
○ 制度設計・運用（データ活用・ディスインセンティブ・ルールの妥当性）について ・ NDB（ナショナルデータベース）等を活用し、ガイドラインから著しく乖離した処方傾向を持つ医療機関を特定・可視化し、個別指導の重点対象とする、あるいは診療報酬上の減算対象とするなど、データに基づく適正化指導を徹底すべき。 ・ 感染症学会や環境感染症学会のガイドラインに疑義があり、これだけを重用するのやめていただきたい。	2 件
○ ワクチン・特定薬剤（タミフル等）に関する評価・規制・調査について ・ コロナワクチンの有効性、健康被害の実態を調査するべき。インフルエンザワクチン、老人の肺炎球菌ワクチンの有効性も調査し公表するべき。 ・ タミフル等市販化の話があるが、言語道断 ・ 濫用の元となり耐性ウィルスが増える懸念もありタミフルの OTC 化は反対。（同旨 1 件）	4 件
○ 人材・教育・啓発（国民・学校教育・医療者・専門医）について ・ 学校教育などで広く感染の知識を周知すべき。 ・ 過剰な副作用情報を広める医師については指導すべき。 ・ 感染症専門医の増加も必要。	3 件
○ 医薬品・医療資源（薬価・供給・国内開発・備蓄）の確保について ・ IHEAT、GMIS の平時からの活用が必要。 ・ 日本での薬の開発をもっと国が援助すべき。（同旨 2 件） ・ 後発医薬品の見直しが必要。 ・ パンデミックが起きたときの、余剰を各医療施設が持てることが重要。	6 件
○ その他について ・ しっかり取り組むべき。（同旨 2 件） ・ 現場の負担が大きい。（同旨 1 件） ・ 費用を負担してほしい。 ・ 医療費の抑制も考え、全国的な考え方を整理・統一が望ましい。 ・ 歯科は先の感染症で感染者を出さなかった。 ・ 感染対策のために滅菌などをきちんと行っている診療所は公表しても良いのではないか。 ・ 感染対策に協力いただけない場合の法整備を進めてほしい。 ・ ワクチンの効果について過剰な広報が避けるべき。	11 件

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（296 件）

主な意見の内容	件数
○ 障害者の歯科治療について ・ 障害者診療の歯科医学的管理を拡充し、継続管理の評価を新設すべき。（同旨 1 件） ・ 障害者歯科治療への紹介時にも評価を新設すべき。 ・ 障害者の歯科受診は負担が大きく、一般歯科でも算定可能な包括加算が必要。（同旨 1	6 件

件) ・ 障害者歯科治療の専門対応を早期に評価新設すべき。	
○ 金属材料の高騰やデジタル技術の普及状況等について ・ 金パラ告示価格が市場価格に追いつかず逆ザヤが拡大しており、抜本的な制度改善を求める。(同旨 51 件) ・ CAD/CAM の咬合支持要件が複雑なので撤廃してほしい。(同旨 8 件) ・ CAD/CAM 冠の補管(クラウンブリッジ維持管理料)を撤廃してほしい。(同旨 5 件) ・ CAD/CAM 材料によるブリッジを部位にかかわらず保険算定できるようにすべき。(同旨 9 件) ・ 光学印象の精度向上を踏まえ適応範囲を拡大してほしい。(同旨 6 件) ・ PEEK 冠は大白歯インレー・ブリッジへも適応拡大すべき。(同旨 1 件) ・ 3D プリント義歯はコスト面から準用点数では不十分で、適正な点数設定を望む。(同旨 1 件) ・ CAD/CAM 補綴は咬耗や咬合異常リスクもあり、金属予算の拡充と装置投資を回収できる点数設計が必要。(同旨 2 件) ・ CAD/CAM 冠・インレーの全適用条件を撤廃し医師裁量とするべき。(同旨 5 件)	97 件
○ 歯科診療の実態を踏まえた対応について ・ 歯科治療の麻酔薬剤料は包括せずすべての診療行為で算定可能にすべき。(同旨 12 件) ・ SRP で浸潤麻酔を行っても麻酔算定ができず患者不信につながるため改善が必要。	14 件
○ 口腔機能管理料等について ・ 口腔機能管理料は低すぎるため大幅引き上げが必要。(同旨 4 件) ・ 口腔機能管理料は診断基準と算定要件の乖離が大きく、設備要件に依存しない設計へ見直すべき。(同旨 8 件) ・ 口腔機能発達不全症の算定要件は厳しすぎるため緩和すべき。(同旨 6 件) ・ 口腔機能発達不全・低下への多職種連携評価を整備すべき。(同旨 2 件) ・ 口腔機能発達不全症から口腔機能低下症への年齢制限なくシームレスな移行を可能にしてほしい。 ・ 咀嚼能力・咬合圧・舌圧検査は同月併算定を認めるべき。(同旨 7 件) ・ 口腔機能検査機器は高額でメーカーに偏った利益となっており、患者本位になっていない。(同旨 2 件) ・ 口腔機能低下症の口腔乾燥検査(口腔水分計・サクソテスト)に診療報酬点数を新設してほしい。 ・ 小児への咬合圧検査を口腔機能発達不全症の診断に用いられるよう算定を認めるべき。 ・ 口腔機能精密検査のみを他院に依頼し、結果をもとに自院で管理する連携スキームを算定可能にすべき。 ・ 訪問診療での口腔機能訓練は 20 分未満でも評価し、居宅療養管理指導との併算定も認めるべき。 ・ 口腔機能関連データを経時的に扱える検査ツールとそのデジタル化が必要。 ・ 口腔疾患の重症化予防と口腔機能管理、歯科デジタル化を一体的に評価し、医科医療費抑制にもつなげるべき。(同旨 1 件) ・ 0 歳からの口腔機能予防(抱き方・授乳など)の評価を強化し、真の予防に点数を付けるべき。 ・ フレイル予防に口腔機能管理は必須であり早期発見を評価すべき。 ・ 歯科衛生士実地指導料の口腔機能指導加算は煩雑なので改善を望む。(同旨 2 件) ・ 歯科衛生士実地指導料の口腔機能指導加算は標準指導内容を明示すべき。 ・ 歯科衛生士人材不足が算定障壁になっており、歯科医師管理も含めた制度にすべき。(同旨 2 件) ・ 歯科衛生士実地指導料は 15 分以上要件が実態に合わず、短時間指導も評価すべき。(同旨 1 件) ・ 小児・障害者の摂食嚥下対応は時間がかかり採算が取れないため、評価引き上げが必要。 ・ 口腔と栄養を連動させた栄養指導・食支援を点数化し、重症化予防に結びつけるべき。(同旨 2 件)	58 件

○ 歯周病治療について ・ SPT と P 重防は目的が異なるので個別の評価体系にすべき。（同旨 9 件） ・ 歯周病の重症化予防のため細菌検査（顕微鏡）を評価すべき。 ・ 認知症患者の SPT は月 1 回では不十分で、月 2 回算定できるようにしてほしい。 ・ リグロス使用の歯周組織再生療法には再生療法加算などの評価を求める。 ・ 歯周治療用装置（床型）の調整料を新設すべき。 ・ 歯周外科前後の歯周精密検査は歯周基本検査でも算定可能にすべき。 ・ 歯周病ハイリスク患者加算は糖尿病以外の全身疾患にも対象拡大すべき。	16 件
○ 新製義歯管理料について ・ 新製義歯指導料は歯数区分では不適切で構造・難易度に沿う評価にすべき。（同旨 8 件） ・ 新製義歯管理料の算定単位見直し（装置単位など）は重要である。（同旨 8 件） ・ 患者への文書提供は必要に応じてよく、義歯の説明は口頭が中心で文書の効果が薄い。	19 件
○ 歯科矯正について ・ 歯科矯正治療は健康維持に重要であり保険適用すべき。 ・ ムーシールド・プレオルソなど既成装置の保険適用拡大を求める。 ・ 欠損歯数による矯正適用制限は国際比較でも不平等で撤廃すべき。 ・ 小児矯正治療を保険導入すべきであり、不採算点数にしてはならない。 ・ 学校健診を介さず保護者からの矯正相談でも「歯科矯正相談料」を算定できるようにすべき。	5 件
○ 医科歯科連携について ・ 歯科技工士連携加算の設備条件（ICT 対応など）は柔軟にしてほしい。（同旨 1 件） ・ 院外技工士連携加算は技工士への還元方法が不明瞭で実態に合わない。	3 件
○ 歯科医師と歯科技工士の連携について ・ 歯科は紹介・返書文化が乏しいため、医科歯科連携を積極的に促進すべき。 ・ 周術期口腔管理中でもエナメル質初期う蝕管理料の算定を認めるべき。 ・ 医科入院中からの口腔ケア・嚥下評価を多職種で連携し、継続管理を評価すべき。（同旨 1 件） ・ 周術期口腔管理の計画に歯科疾患管理料を含む場合、歯管算定とみなす運用を求める。	5 件
○ 歯科固有の技術について ・ 難治性根管等の長期治療では貼薬や根管充填時加算を新設すべき。 ・ 他院の CT 画像を用いた診断は初診日に限らず CT 診断料を算定できるようにすべき。 ・ Ni-Ti ファイル加算は全歯種で使えるようにし、根管治療全体の点数も実態に見合う水準にすべき。（同旨 1 件） ・ 加圧根管充填後の確認撮影は全医院が保有しやすいパノラマ撮影も算定可能とすべき。 ・ 歯科固有技術（形成・根管治療）の点数を大幅に引き上げるべき。 ・ SAS 用口腔内装置の調整は月 1 回以上必要なことも多く、算定回数を増やすべき。 ・ 歯管・小児口腔管理・口腔管理の医学管理対象拡大が必要。（同旨 1 件） ・ 大臼歯単冠への 5/4 冠の保険算定も認めるべきである。（同旨 2 件） ・ 歯の暫間固定の際に人工歯を使用した場合は人工歯料の算定を認めるべき。 ・ 前歯だけでなく臼歯の Tec（暫間被覆冠）も算定可能にすべき。 ・ 術中の暫間固定は手術料に包括せず別算定を認めるべき。 ・ レジンコア・接着剤普及で除去が困難になっているため、除去料の増点が必要。 ・ 歯髄保護処置は 1 歯 1 回のルールでは臨床実態に合わず、再算定を認めてほしい。 ・ 臼歯部の生 PZ 後は TeC 仮封が必要で算定を認めるべき。（同旨 1 件） ・ 先天性欠損歯は歯数に関係なく咀嚼機能回復が必要で、1 歯でも保険適用すべき。（同旨 2 件） ・ ST 中止は妥当であるとする。 ・ 歯科衛生実地指導料は増点と算定制限撤廃が必要。顎関節症など対象疾患も拡大すべき。 ・ 歯科でも漢方薬を処方できるようにしてほしい（上顎洞炎など症例あり）。	25 件
○ その他	48 件

・ 基本点数引上げで経営を安定させるべき。(同旨 9 件) ・ 各種診療報酬の算定要件が複雑であり、簡素化が必要。(同旨 11 件) ・ 機材・時間に対する評価が低く、十分な診療時間を確保できない。 ・ 歯科点数改定の根拠資料を作成・公開し、実態に即した透明な説明を行うべき。(同旨 1 件) ・ 保険導入のハードルをできるだけ低くしてほしい。 ・ 医療 DX を推進すべき。(同旨 2 件) ・ デジタル化は負担が大きく、現場の実態に合わせ慎重に進めるべき。(同旨 9 件) ・ 歯科衛生士の復職促進と業務効率化に伴う評価推進を望む。 ・ 歯科衛生士依存の評価体系は実効性が低く、歯科医師介入も含め柔軟な評価へ見直すべき。 ・ 高齢者では歯科受診率が低下するため、医科も含めた口腔機能低下の啓発が必要。 ・ 薬局でも歯科受診促進事業の取り組み実績を示すべき。 ・ 新病名の教育・研修充実が必要で診療報酬算定にも影響する。 ・ 歯科同士の連携(診療所⇄病院)にも情報提供料などの評価を新設すべき。 ・ 歯科を病院必須科にして、歯科医が自由診療(インプラント等)に偏らなくて済む制度にすべき。 ・ 現状の制度では改善困難と感じる。 ・ 良いと思う。	

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(166 件)

主な意見の内容	件数
○ 地域支援体制加算について ・ 地域支援体制加算の 1200 品目要件は廃棄が多く供給不安とも矛盾するため廃止すべき。(同旨 1 件) ・ 地域支援体制加算は地域医療への貢献で評価すべきで、調剤基本料によって算定難易度が変わるのは不適切である。(同旨 22 件) ・ 地域連携薬局・健康サポート薬局・専門薬局の認定が実効的評価に結びついておらず事務負担軽減と機能評価への組み込みが必要。 ・ OTC を扱わず処方箋依存の薬局を医薬品供給拠点と評価するのはおかしい。 ・ アクションリストへの協力度に応じた点数を配分し、協力しない・自社利益優先の薬局には減算などペナルティを課すべきである。 ・ 高齢者の多剤併用に対する服薬整理や再入院予防に直結するフォロー、多職種連携と夜間休日供給など薬局の対人・供給機能を適切に評価すべきである。 ・ 出荷規制が多い現状では小規模薬局が地域の医薬品供給拠点として十分に機能するのは難しい。(同旨 10 件)	40 件
○ 調剤基本料、特別調剤基本料 A について ・ 調剤基本料 3-ハで集中度 50%以下の薬局の在庫負担が大きく、集中度要件を「50%超 85%以下」に改めるべきである。(同旨 5 件) ・ 調剤基本料 3 は店舗数減点が不合理で廃止・見直しを要望する。(同旨 6 件) ・ 大手チェーンの調剤基本料 3 は個人薬局の基本料 1 より低すぎ不公平であり、過疎地を除き同じルール・同一点数にすべきである。(同旨 1 件) ・ 集中度だけで基本料区分を決める現行制度は中小薬局に不公平で地域貢献実績に基づき評価すべき。(同旨 28 件) ・ 集中度の高い薬局や医療モール型薬局がかかりつけ薬局ビジョンを阻害しており、調剤基本料を含めより厳格な見直しが必要である。 ・ 調剤基本料見直しでは高集中薬局を基本料 2 としつつ、医療資源の乏しい地域薬局には一定の配慮が必要。 ・ 医療機関と薬局の不動産関係のみで分業違反とみなす現行は不合理で独立性の再定義が必要。 ・ 供給不安と逆ザヤ増加の現状では長期処方ほど薬局負担が重く、投薬日数による調剤管理	77 件

料増加の見直しは中止すべきである。 ・ 調剤報酬が増えない中で時間と労力のかかるフォローアップ拡大を求められるのは過重負担である。 ・ 現状の薬局は付加価値が乏しく調剤料が高いため院内調剤を優遇すべき。 ・ 禁忌薬処方のまま調剤し加算まで査定されるケースがあり、調剤薬局が機能しているか疑問がある。 ・ 大型商業施設内薬局を同一建物内と一律扱いするのではなく、医療機関・薬局以外テナント数や資本関係の有無を基準に除外条件を設けるべきである。（同旨 2 件） ・ 同一建物除外規定を利用して特別調剤基本料から基本料 1 へ移行した隠れ敷地内薬局があり、定義の厳格化と遡及適用を求める。（同旨 6 件） ・ 特別調剤基本料 A の遡及適用には反対である。（同旨 15 件）	
○ 重複投薬・相互作用等防止加算等について ・ システム上の重複チェックがあっても薬局での意味づけと疑義照会は必要であり、それを理由に評価を下げるべきではない。 ・ 重複投薬防止や相互作用確認など本来の基本業務の過度な点数化が業務の形式化と書類負担増大を招いており見直すべきである。	2 件
○ かかりつけ薬剤師について ・ 対人業務充実には医薬品の適正使用への貢献評価が必要。 ・ 長期収載品や OTC 類似薬の説明が増えるため、その対人業務を適切に評価してほしい。 ・ 対人業務を服薬指導だけと誤認する薬剤師もあり、その役割の根拠を明確化すべき。（同旨 2 件） ・ かかりつけ薬剤師普及には患者負担軽減と実施していない薬局への減算など双方のインセンティブが必要。 ・ かかりつけ薬剤師指導料の評価について、かかりつけ薬剤師業務は本来的に薬剤師が果たすべき機能であることや、従前のかかりつけ薬剤師指導の取組みによって患者の服用薬に関する理解の増進等に寄与していない実態等を踏まえ、適正化すべきと考える。（同旨 6 件） ・ 調剤補助員が調剤を行っているのに日数に応じ対人業務点数が増えるのは不合理であり、対人業務は服薬指導加算で評価すべきである。 ・ 対人業務に注力できるよう、調剤補助員が行える調剤の範囲を拡大してほしい。 ・ 規制や要件の縛りが多すぎて薬局現場が働きにくくなっている。 ・ 薬剤師も不足しており十分な医療従事者がいるという前提は誤りである。（同旨 1 件）	18 件
○ 服用薬剤調整支援料等について ・ 服用薬剤調製支援料は残薬対策ではなく副作用回避や腎機能に応じた減量、ガイドライン準拠など薬物療法適正化全般を評価対象とすべき。 ・ 服用薬剤調製支援料は、用量の減少、服用時点の減少でも算定可能として欲しい。 ・ 調剤管理料の見直しについて、内服薬の処方日数別に区分された調剤管理料は、投与期間による患者情報の収集、薬学的分析、調剤設計、使用期間中の記録管理等、多岐にわたる業務を評価するものである。見直しに際しては、業務の実態を踏まえ適切に評価すべき。（同旨 3 件） ・ 処方日数等を薬局都合で医師に調整させる行為にはペナルティを課すべき。	7 件
○ 調剤報酬の簡素化について ・ 調剤報酬の簡素化の観点から、服薬管理指導料における、お薬手帳の有無による区分は廃止し、「3 月以内に再度処方箋を持参」したかどうかのみで区分すべきと考える。 ・ 調剤報酬は国民に分かりやすく納得できる簡素な体制とすべき。 ・ 基本業務の細かな点数化は業務の形骸化につながるため評価方法を簡素化すべきである。 ・ 調剤報酬や薬歴・書類要件が複雑すぎ、本来の対人業務に集中できるよう算定項目と薬歴・介護契約類を簡素化すべきである。	4 件
○ その他 ・ OD 錠と普通錠など軽微な剤型差による疑義照会是非効率であり、一定範囲で先発品も薬局判断による剤型変更を認めるべき。 ・ 薬局の数が多すぎるため数を減らし質を上げるべき。（同旨 1 件） ・ 院外調剤は患者負担が増え医療費増大につながっており、院内処方との負担差を是正すべ	18 件

きである。(同旨 5 件) ・ 薬局への診療報酬(点数)は全体として高すぎると感じる。 ・ 自動調剤ロボットや自動計数ロボットを導入して対人業務時間を確保する薬局の取り組みを診療報酬で評価してほしい。 ・ 自立支援医療の対応薬局を複数利用可能にして薬剤師不足地域でも受療しやすくすべき。 ・ 調剤薬局でも OTC を扱うことをもっと周知すべき。 ・ 現在の報酬は数字・実績だけが評価され中身が見えにくく、適正な評価とは言い難い。 ・ 地域の医薬品供給拠点としての機能評価の充実は現状では困難だと思う。 ・ 今後の見直しで実質がどこまで改善されるか不透明であり、現時点では評価しづらいと感じる。 ・ 特段の意見はないが、国への要求事項が多く大変だと感じる。 ・ 薬局機能に応じた適材適所の評価が必要だと感じる。	

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 (76 件)

主な意見の内容	件数
○ 医薬品の安定供給について ・ 物価・人件費上昇を反映できず実勢価格基準の薬価制度が限界であり制度再設計が必要。(同旨 11 件) ・ ジェネリックが販売中止・再開未定となり不安定で、供給継続のルールを整備すべき。(同旨 4 件) ・ 多くの医薬品が未だ安定供給できず困っている。(同旨 9 件) ・ 民間が集めている供給不足情報を国がしっかり共有すべき。 ・ 抗生物質の入手困難が患者不利益となっており安定供給を求める。(同旨 2 件) ・ 麻酔薬が不足することがあり、増産支援を求める。(同旨 2 件) ・ 医薬品・医療材料は生命に直結するため安定供給を徹底してほしい。 ・ 原薬の海外依存は重大リスクであり、国内製造を促す薬価水準の見直しが必要。(同旨 3 件) ・ イノベーション偏重で古い有効薬の薬価が下げられ供給が滞っている。(同旨 4 件) ・ 高額薬の費用対効果評価を厳密化すべき。(同旨 6 件) ・ 医療 DX を活用し地域内の在庫トレーサビリティを整備し、融通時にも報酬評価をすべき。(同旨 2 件)	54 件
○ 腹膜透析について ・ 腹膜透析を血液透析と同等の選択肢として安定継続できる報酬体系を望む。(同旨 1 件) ・ 腹膜透析液の安定供給と自宅配送への特段の配慮が必要。(同旨 5 件)	8 件
○ 各診療報酬について ・ 地域支援体制加算や調剤管理料を実態に合わせて見直すべき。(同旨 2 件) ・ 薬価改定で薬価差が縮小し、在庫リスクや廃棄コストが評価されていない。 ・ かかりつけ薬剤師指導料は実効性が乏しく適正化すべき。服薬管理指導料の区分は簡素化すべき。 ・ デジタル歯科治療に必要な機器投資・通信環境整備を点数に反映すべき。 ・ リグロスを用いた歯周組織再生療法に加算を設けてほしい。	7 件
○ その他について ・ 選定療養制度は分かりにくく計算方法を簡素化すべき。 ・ 薬剤費を一律 3 割負担にすれば無駄な投薬が減ると考える。 ・ PMDA を FDA 並みに強化し相互承認体制を整備すべき。 ・ 重要な視点である。(同旨 2 件) ・ 施設基準の必要性を疑問視している。	7 件

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（156 件）

意見の内容	件数
○ 後発医薬品の更なる使用促進について ・ 医療費削減の観点から促進を進めるべき。（同旨 1 件） ・ 後発品供給不安の中で医療機関の負担も増している中で、処方等に係る評価体系の見直しや評価引下げ等を行うべきではない。（同旨 9 件） ・ 後発医薬品の使用促進の観点から、一般名処方加算、外来後発医薬品使用体制加算の減算、削除については不合理で行うべきではない。 ・ 後発品を中心とした医薬品供給不安が継続しており、加算による評価継続は必要不可欠である。（同旨 5 件） ・ 急性期病院では供給不安や銘柄変更が生じると、代替薬選定・用量換算・オーダー変更・患者説明等の負担が増え、治療の遅延や医療安全上のリスクにつながり得るため、使用促進は安定供給の確保と一体で進めるべき。 ・ 後発医薬品への適正変更や疑義照会、服薬情報共有など薬局との連携に要する説明・調整負担を診療報酬上で評価し、電子処方箋等を活用した連携実績（重複投薬回避等）を評価指標に組み込むことで、医療安全と患者利便性を両立した医科・歯科・薬局連携の推進につながる制度設計を要望する。（同旨 1 件） ・ 後発医薬品・バイオ後続品を使うことによる経済的なインセンティブを患者側も支払い（再診料以外に入院基本料など）で減免の形で受けられるようにしてみてもどうか。 ・ 後発医薬品が進まない理由の一つとして、学会のガイドラインに後発を推奨しないとしている場合もある。 ・ 後発医薬品の使用促進を目的とした後発医薬品調剤体制加算は一定の役割を終えた。そのため、当該加算に係る評価は、大幅に適正化すべき。（同旨 10 件） ・ 後発医薬品の使用促進を強権的に行った結果を充分検証してほしい。（同旨 3 件） ・ 後発医薬品の推進はやめてもらいたい。差額の徴収はもってのほか。 ・ 後発品の中でオーソライズドジェネリックが明確にわかるように区別し、そのみを処方できるような仕組みにしてほしい。 ・ 後発医薬品がシェアをとることで先発品メーカーの開発力技術力の低下を招いている。AG 薬で少しでも利益を捻出できるよう支援していただきたい。 ・ 同種同効薬が多く現場の混乱が大きい。処方箋の記載はすべて一般名でよい。	43 件
○ バイオ後続品使用体制加算について要件及び評価を見直しについて ・ バイオシミラーについては 公立病院において 100%を義務付けるべき。 ・ バイオ後続品の促進については、同じ有効成分であっても濃度の異なるもの、デバイス形態が異なるものがあるため、疑義照会の必要性を踏まえて慎重な判断を希望する。 ・ 在宅自己注射指導管理料におけるバイオ後続品導入初期加算について、転院の場合も、通算して算定可能にしてほしい。	3 件
○ 医薬品の安定供給に資する体制について ・ 今現在も医薬品の供給不安は続いており、出荷停止・調整品目はむしろ増加している。安定した供給網・製薬企業の経営が成り立つための薬価維持など、必要な医薬品を患者に使用しうる方策は喫緊の課題である。（同旨 28 件） ・ まずは医薬品の供給体制の充実が先である。（同旨 12 件） ・ 後発医薬品と安定供給後発医薬品の供給不安に伴う追加業務を点数で評価するのではなく、安定供給そのものを実現するために財源を使うべき。在宅移行時に必要な医薬品が、出荷調整を理由に新規薬局には供給されないといった事態は、患者本位の医療提供体制とは言えない。 ・ そもそも基本医薬品がない歯科領域で第一選択である「アモキシシリン」に関して基本は問屋は病院優先で歯科医院に売らない、また売ったとしても薬価の 150%と異常であるこれでは後発も先発もない状況である。 ・ 昨年は歯科麻酔薬の供給不足が長期化し、患者の治療計画に支障を来す事例も発生した。処方薬だけでなく、歯科診療に不可欠な歯科麻酔薬についても、安定供給を確保するための実効性ある対策が必要。	46 件

・ 僻地等では、薬の在庫状況等の確保が困難な状況が続いているため、摘要欄記載コードの選択肢を継続して、項目も増やしていただきたい。	
○ バイオ後続品の調剤体制、患者への説明について ・ 後発医薬品・バイオ後続品は、供給体制が脆弱すぎる。この点を評価（報酬の差をつける）する体制が望ましい。（同旨 1 件） ・ 日本はバイオに対する投資が遅れ、バイオ後続品は海外メーカーが強い状況。現状でバイオ後続品の使用を促進することはますます日本の国富が海外に流れることになる。	3 件
○ 長期収載品の選定療養についてについて ・ 長期収載品の選定療養については撤回を求める。医師・歯科医師は診断の結果、患者の状態や治療上の効果・効能の違いなどを判断し、処方する薬剤を選択するのであって、「医療上の必要性がない」あるいは「患者の希望」などとして選定療養とする方法が不適切である。（同旨 3 件） ・ 保険診療においては、保険により患者に必要な十分な医療を提供するために、混合診療は原則として禁止されている。保険外併用療養費は、混合診療を限定的に解禁するものであり、その範囲・運用は必要最小限となることが求められる。保険診療で処方する薬剤費用の「一部」のみに対し患者負担を設けることは制度理念と整合していない。 ・ 患者負担を増やすのではなく、選定療養を見直すべき。（同旨 8 件） ・ 後発医薬品に変えたくても変えられない実態がある。長期収載品の選定療養についても、この実態を踏まえた対応を願う。（同旨 3 件） ・ 診療上説明が大変であり、実態を踏まえた評価が必要。（同旨 3 件） ・ 生活保護・公費負担の方に後発品使用を原則必須とするべき。 ・ 長期収載品の選定療養について、将来的には後発品との価格差の 10 割を患者負担とすべく、引き続き見直しを進めるべき。（同旨 9 件） ・ 安定供給はもとより、その安全性・安定性にはまだまだ問題も多い。 ・ 創薬イノベーションの推進するためには、薬価の下げすぎによる企業体力の低下の懸念がある。（同旨 2 件） ・ 歯科医院は院内処方が多く在庫管理も困難な為、歯科で頻繁に使用する薬剤に関しては適用を見送っていただきたいです。	38 件
○ その他 ・ 推進すべき。（同旨 3 件） ・ 現状でよい。 ・ 安かろう、悪かろうの政策は限界であり、安心安全が必須である。（同旨 9 件） ・ 後発品のメーカー指定で処方を出してくるクリニックが多々ある。 ・ 市販で売ってる薬は医薬品として必要ない。 ・ サリベートが口腔乾燥症の症状があっても出すことができない点に関して放射線の照射を受けている、シェーグレン症候群の診断を受けていないと出せないなど制限がありますので、もうすこし簡易的に処方できると助かる。 ・ 精神疾患のある患者は、感覚過敏などの影響で、後発医薬品が使えないことが多々あることも理解しておいていただきたい。 ・ 要件緩和を希望する。 ・ 先発品希望の患者はほとんどが医学的に理由があるわけではなく、こだわりが強いだけ。 ・ 前回改定後、コードが変更になったために電子カルテ内の薬剤設定をすることになった。このために多大な労力が使われた。 ・ 薬剤費のみ年齢、負担割合に関係なく一律 3 割負担にしてコスト意識を高めれば社会保障費もへり、OTC 促進より安全性も担保されて優れている。	23 件

IV－2 費用対効果評価制度の活用（49 件）

主な意見の内容	件数
○ 費用対効果評価制度への意見について ・ ぜひ評価して choosing wisely を進めるべき。行ったことだけではなく、不要な検査をしないことへの評価もしていただきたい。（同旨 3 件）	37 件

・ 医療に費用対効果の概念を持ち込むのは反対。（同旨 7 件） ・ 現行制度では、臨床症状や病状の改善度合いの評価基準が明確ではなく、少しでも有効性があれば保険収載される仕組みを今後見直していく必要がある。（同旨 1 件） ・ 費用対効果評価制度が単なる診療報酬単価の引き下げのツールとしてのみ利用され、治療の制限に繋がることを強く懸念する。質の高いエビデンスを大前提とした透明性の高い議論を求める。（同旨 2 件） ・ 国としては、市場実勢価格のみに依存して薬価が不当に引き下げられ続けることのないよう、制度の在り方を見直す必要があると考えます。製薬産業の持続性と国民医療の将来を見据え、より適正かつバランスの取れた薬価評価制度への改善をすべき。 ・ 「費用増加」となる品目については、価格引き下げ幅を最大 15% よりも深掘りすることが必要である。（同旨 1 件） ・ 「効果」の測定方式・内容については国民的議論が必要ではないか。（同旨 4 件） ・ 費用対効果で考えるならば、システムを複雑にし続ける行政にも責任がある。もう少し単純にしてから費用対効果を検討して欲しい。 ・ ①介護費用の取り扱いについては、介護費用の評価結果が価格算定に及ぼす影響が大きくなる（事実上、介護費用対効果評価になりかねない）一方、推計は、データの不備・曖昧な定性性などから仮定に仮定を重ねる結果になりやすい。患者負担増となる薬価等の調整ではなく、補助金、税制などによる創薬支援が検討されるべきである。②費用対効果評価制度については、現在の薬価制度の補完的運用とすべきである。とりわけ、薬事承認から保険収載に至る迅速な運用（原則 60 日以内）を堅持するとともに、保険償還の判断の可否には使用せず、高額医薬品等の価格調整（原則、価格引き下げ）に留める運用とすべき。（同旨 3 件） ・ 費用対効果評価制度の活用自体には賛同するが、評価が「薬価・材料価格の抑制」だけに偏ると、臨床現場で真に価値のある医療（重症患者への適応、合併症予防、QOL 向上等）の導入が遅れる懸念がある。したがって、費用対効果は医療費だけでなく、再入院・合併症・介護負担の軽減なども含めた総合的な価値で評価し、急性期の患者背景や重症度を踏まえた適切な使用が継続できる制度設計としていただきたい。併せて、現場に過度なデータ提出や事務負担を求めず、既存データの活用を基本とする運用を求める。 ・ 英国はじめ先進国にならい、費用対効果評価制度を「精緻化」していくのであれば、専門人材と予算の抜本的投入、政策決定過程の透明化、評価・分析等に係る情報公開の徹底などが必要。（同旨 2 件） ・ 急性期のリハビリ介入においても、基本的に改善を必須とするアウトカムを求めているかどうか。ただベッド上介入が全く無意味というわけではないため、そのような患者には 1 日の最大単位数を制限するような仕組みにしてはどうか。 ・ 高額医薬品についてはどんどん再評価して欲しい。 ・ 予防や進行抑制に診療報酬をつけるとなると基準が複雑になりかねない。そういった医療は公立病院が積極的に、赤字については公金で補填すべき。	
○ その他について ・ DPC が制約が多く、非効率の第一原因です。DRG に改めるべき。 ・ マイナンバーカードの義務化等費用対効果ははっきりしない政策に大金を投入することはばかげている。 ・ 外人に保険を適応させないで欲しい。 ・ 開業医でできることは積極的に開業医に任せるべきである。開業医が受け皿になるように訪問診療や慢性疾患の安定期管理だけでなく、専門医を増やすべく方策が必要と考える。 ・ 疾病予防や疾患進行抑制などに尽力をつくしている医療機関は現行の制度ではあまり評価もされず、収益もあがらない。CKD 予防につとめ進行抑制に尽力するよりも、はやめに血液透析を開始したほうが病院にとって収益があがるような制度は問題が多い。 ・ 訴訟額に合わせた診療報酬が必要。 ・ 地域支援体制加算は全ての患者から費用を徴収するにもかかわらず、利益を得る患者に限られる。是正が必要である。 ・ 超高齢者に対する高額医療は自費にすべき。 ・ 費用対効果評価制度の活用し、認知症の抗体薬を保険診療から除外することを望む。 ・ 薬局の施設在宅も評価してほしい。今後在宅で見切れなくなった方は、施設にまとめられる。そのまとめた薬を作るのは薬局の仕事。せめて集中率にカウントさせてほしい。 ・ 薬剤、医療機器の導入は、費用対効果で保険適応とするかどうかを決めるべき。	12 件

・ 歯周治療における歯周病の改善の状況を調査するなどして、保険診療の内容の見直しを随時行う。	

Ⅳ－３－１ 医薬品、医療機器、検査等に関する、市場実勢価格を踏まえた適正な評価／効率的かつ有効・安全な利用体制の確保（122 件）

主な意見の内容	件数
○ 薬価専門部会の議論を踏まえて取りまとめられた「令和８年度薬価制度改革の骨子」及び保険医療材料専門部会の議論を踏まえて取りまとめられた「令和８年度保険医療材料制度改革の骨子」に基づいた対応について <薬価> ・ 市場実勢価による適正化は当然だが、そもそも実勢価をゆがめる購買代行・価格交渉代行が横行し、明らかに立場の弱い医薬品卸が悪者にされている現状を認識するべき。流通改善ガイドラインについてもペナルティが無いため、医療機関や購買代行側は順守する意識が低い。非常に歪んだ制度になっていることを鑑みて、逆に卸に対して価格交渉権を認めず、薬価差自体を無くすのも一つの方策と考える。 ・ 薬価が「前回の薬価を上限とする改定」となっている以上、値上げが反映できない状態では、市場実勢価格は自由市場の適正価格からダンピングされている状況にあり、下方側に乖離しています。インフレでは成り立たない仕組みのため、そもそも市場実勢価格をベースとした考え方を変えるべき。（同旨 7 件） ・ 医薬品、医療機器、検査等については、市場実勢価格との乖離を踏まえた適正な評価を行い、公定価格制度の整合性と医療提供の持続性を確保すべき。その際、価格是正は一律ではなく、変動の大きい領域に対しては機動的な改定や調査の精緻化を行うとともに、有効・安全な利用体制（適正使用、品質管理、保守点検、精度管理）を一体として整備し、医療の質を損なわずに効率化を進めるべき。（同旨 1 件） ・ 安定供給確保に鑑みて、長期収載品の薬価引き下げの前倒しに係る激変緩和措置については、2026 年度薬価改定に限る経過措置にとどめず、以降の適用も柔軟に考慮すべきである。（同旨 2 件） ・ 在庫している医薬品の値段が 4 月 1 日から急に値段が下がることに関しては緩和措置を講じていただきたい。 ・ 保険薬局が医薬品の安定供給を行うにあたって、医療ニーズに応じた医薬品在庫の確保が必要であるが、薬価と実勢仕入価格の差額を限りなくゼロに近づける薬価改定は、薬価改定に伴う、医薬品在庫評価額の目減りや期限切れ、破損による雑損分が考慮されていない。 ・ 今後の価格決定においては、廃棄医薬品の発生実態も踏まえた検証と制度上の配慮を求める。 ・ 市場実勢価格を踏まえた評価を行うのであれば、その前提として、安定供給を支えるために必要なコストとリスクを制度的に認識し、持続可能な医薬品供給体制を損なわない評価の在り方を再構築すべき。 ・ 薬剤・特定保険医療材料が逆ざやにならない価格設定にすべき。（同旨 4 件） ・ 薬製造会社が撤退しない程度にすべき。（同旨 9 件） ・ 小児医療では、医薬品や検査の選択肢が限られ、市場規模も小さいことから、市場実勢価格のみを基準とした評価や一律の効率化は、診療の質や安全性を損なうおそれがあり、小児特性を踏まえた慎重な制度設計が必要である。 ・ 医薬品の安定供給の観点から中間年改訂の廃止を含めた見直しを求める。（同旨 1 件） ・ 診療報酬がない年の薬価改定について、改定を続けるのであれば、薬価の高止まりを引き起こしやすい「乖離率」ではなく、国民負担の軽減にも留意して「乖離金額」に着目して実施すべき。（同旨 1 件） ・ 再生産もままならない国内の製品に比して、異様な高額薬価輸入品の問題がそれとして提起されず、機械的に薬価収載され続けている。 ・ 公的医療保険制度は患者負担と公金・保険料で構成される以上、原価構成の開示度が低い新薬については、補正加算の減算に加えて、市場拡大再算定でもペナルティ（例えば、引き下げ率の拡大）を課すなど踏み込んだ対応を検討すべき。（同旨 3 件） ・ バイオ医薬品は慢性疾患・重篤疾患などでの使用が多く、使用用途での後続品へ切り替えには大きな困難が伴う。高い薬剤費（患者負担）に鑑みて、品質保証されたバイオ A G に	94 件

については、これまで同様、算定薬価は後続品と同額とすべき。（同旨 1 件） ・ 医薬品卸が中小企業の薬局との価格交渉を拒み、大手と中小で大きな価格差をつけた結果、中小企業はボランタリーチェーンを利用することになった。多くのボランタリーチェーンは大手調剤チェーンが運営しており、本来は医薬品卸や中小薬局が受け取るはずだった利益を中抜きしている形になっている。価格交渉を代行するボランタリーチェーンを運営する大手調剤の評価を見直さない限り、医薬品卸や中小薬局は疲弊して医薬品供給が滞るようになる。（同旨 1 件） ・ 薬は安ければよいというものではない。費用対効果もしっかり見て適正な評価をして欲しい。（同旨 2 件） ・ 市場調査が本当になされているのか疑問がある。公表してわかるように見えるかすべき。 ・ そもそも、薬価制度（公定価）を廃止すればよい。（同旨 1 件） ・ 医薬品においては毎年行う薬価改正は製薬会社にとっては大きな打撃を与えることとなり、創業のみならず現状の数量を確保するための設備投資さえできないことを踏まえ製薬会社にも何らかのインセンティブが必要と考える。 <歯科> ・ 歯科用貴金属材料について、市場価格の急激な変動に対し、告示価格（材料価格）の改定が追いつかず、いわゆる「逆ザヤ」が常態化している。「市場実勢価格を踏まえた適正な評価」を行うためにも、現行の随時改定の仕組みを見直し、市場価格の変動を遅滞なく、かつ正確に反映できる価格決定システムへの抜本的な改革を求める。（同旨 13 件） ・ 急激な市場環境の変化に対応するため、臨時的・特例的な価格調整の仕組みについても検討すべき。（同旨 3 件） <医療材料> ・ 医療機関の購入時における材料価格の逆ザヤ解消対応について、同一機能区分内の全ての品目について逆ザヤが確実に解消されるように償還価格の水準を設定すべきである。（同旨 4 件） ・ 医療材料に関して、実勢価格による価格調整の対象外とされた 1 社または 2 社がその機能区分におけるシェアの大半を占めるケースについて、企業側が価格コントロールをしやすい状況のため除外とされたが、それは事実であるのか検証頂きたい。実際にはその製品が 1 社独占であっても病院から他の製品の取引中止等を材料に価格交渉できないケースもあり、事実と必ずしも整合していないと考えられる。 ・ 免疫グロブリンなどの製造に必要な国内の献血による原料血漿の価格が不当に低いと感じる。現状は、採血すればするほど赤字が拡大。黒字を求まるわけではないが、コストの算定方法の見直しをすべき。 <その他> ・ 市場実勢価格を踏まえた適正な評価の方向性に賛同するが、急性期病院では医薬品・医療機器・検査の選定や切替えに伴い、標準化・教育・在庫管理・安全確認（用量換算、手順変更等）の実務が発生するため、価格調整のみが先行すると現場負担と医療安全リスクが高まる懸念がある。したがって、実勢価格の反映にあたっては、必要な医療資源が確実に確保できるよう安定供給と安全運用を前提とし、効率的かつ有効・安全な利用（標準化、適正使用、切替え支援）が進む仕組みが必要。 ・ 診療報酬が上がらない中、物価高騰により医療機器や検査費などが上昇を続けており、機器の入れ替えや検査をすればするほど赤字となる。（同旨 7 件） ・ 医療材料、医療機器、保守など全て消費税がかかっているにも関わらず、診療報酬には消費税がかからない。消費税の取扱いについて抜本的な見直しを求める。（同旨 3 件） ・ 優れた新薬は、原価計算方式（高い営業利益率を保障）で算定し、補正加算でも評価された上、（高額療養費を通じて）広く使用されることで利益は回収される。患者負担増につながる新薬創出等加算は屋上屋であり、即時廃止すべきである。（同旨 2 件）	
○ 医療機器について ・ 医療機器の適正評価においては、購入価格の引下げのみならず、保守・点検体制の不備による稼働停止や事故対応等の間接的コストにも着目する必要がある。適切な運用体制が確保されない場合、結果として医療機関全体のコスト増や医療安全リスクの増大につながる可能性がある。このため、医療機器を効率的かつ安全に利用する体制を評価する視点を導入することは、医療費の適正化と医療安全の両立に資するものと考えられる。 ・ 中古医療機器の流通を認めていただきたいです。開業費用がうなぎのぼりの状況ですので、品質が担保された医療機器は中古市場があるべきだと思います。	3 件

・ 小児保険装置について、装着後の調整・修理に対する評価を新設すべきである。	
○ 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 ・ 外注検体検査の料金設定は検査会社との個別の契約によるもので、医療機関によりかなりばらつきがある。こうした現状を無視した一律の検査料引き下げの結果として、近年地域の医療機関が検査会社より一方的に契約を解除される事例も数多く報告されている。医療上不可欠な検査のための人件費や安全管理のコストも考慮されるべきであり、実態を無視した検査料引き下げは地域医療の質を低下させる。（同旨 6 件） ・ 入院中の検査等について、望ましい標準的な項目や検査間隔も提示してもらえると医療費削減に貢献する。 ・ コロナ、インフルエンザの検査キットが販売できるならもっといろんなキットを薬局でも取り扱えるようにするべき。	9 件
○ その他について ・ 診療報酬の財源を薬価から出すのは限界。外資が撤退を始めることに危機感がある。 ・ 外資での誘導に適切な判断をお願いしたい。 ・ 金属アレルギー診断時の前歯の HRB r の適用 ・ 大臼歯単冠における 4/5 冠の適用 ・ 接骨院から保険診療を外して欲しい。 ・ 保険診療について、安易な受診が多い適正利用となるよう、セルフメディケーションでの対応を促すよう、保険診療の制限をもっと制限すべき。 ・ 元々保険処方薬を OTC 類似薬と称して一部負担金に上乗せする方針が出ているが、これでは 3 割を超える一部負担金となり、健康保険法に抵触する。再考をお願いしたい。（同旨 3 件） ・ 基幹病院と地域の医療機関、訪問看護、介護サービスが連携し、どこに住んでいても腹膜透析を安全に選べる体制を評価の対象に含めることが望ましい。 ・ 耳鼻科の処置点数は低く、苦勞して処置するよりも処置せずに外来管理加算を算定した方が多い場合が多い。そのため、薬に頼る診療が主流となっている。耳鼻科特定疾患管理料も初診料より低く、算定しづらい。 ・ 調剤報酬の評価を上げる・かかりつけ薬剤師・薬局評価・対人業務評価の強化・後発品調剤体制加算・地域連携薬局・服薬フォロー・在宅・多職種連携モノ（薬価）から、ヒト（技術・薬学）へ。 ・ 栄養剤の値段が高くなれば、特に在宅であれば、患者は市販で買って使うことはできなくなる。高齢者を支えるために栄養剤を保険適用から外すというのは現実的に難しい。 ・ 漢方薬は本来なら抗生剤がなければ治らないようなものも漢方薬で治ったり、慢性炎症等で手術が必要な場合も手術回避できたりと、現在の医療にも欠かせない。 ・ どこかで誰かが損をしないようにしてほしいです。	16 件

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（116 件）

主な意見の内容	件数
○ 薬剤総合評価調整加算の要件及び評価について ・ ポリファーマシー対策は「適正化」だけでなく、それを現場で再現・維持するための薬剤師による調整業務を含めて評価されるべき。 ・ ポリファーマシーについて、服用回数を減らす評価だけでなく、嚥下困難患者に対して簡易懸濁法を提案して服薬支援した場合も評価していただきたい。 ・ 介護施設、在宅の患者は非常に多くのお薬を服用している。薬剤師による確実なポリファーマシー対策をお願いしたい。（同旨 4 件） ・ 薬薬連携に関する加算について、即時反応する必要がある場合が少なからずあるため、電話での連携も算定要件に含めてほしい。 ・ 在宅医療において、重症化したり施設入居などで在宅医療を担当する薬局に担当が変わる場合の情報提供や連携に関する加算も導入してほしい。 ・ 医療用経口栄養剤（ONS）についても、他の薬剤と同様に、患者の状態や摂取状況を踏まえた管理と見直しが必要。ONS を含めた処方全体を多職種で共有し、適切に調整できる体制を整えることが、残薬削減と医療の質向上の両立につながる。	33 件

・ OTC 類似薬によるポリファーマシーを薬剤師判断での中止を可能にしてはどうか。 ・ 年齢を重ねていくにつれ、併存疾患は多くなる。それぞれの疾患のガイドラインを遵守したうえで、7 剤以上となるのは、致し方ない。7 剤以上処方の減算の撤廃を求める。 ・ ポリファーマシー対策を医療機関の実績に応じた評価にするのはやめるべき。（同旨 1 件） ・ ポリファーマシーの医科に対する評価、減算での意識づけが必要。 ・ ポリファーマシーについては現状の設計では限界がある。患者負担増にすることで医師の対応を促してはどうか。（同旨 2 件） ・ 支払基金側が、不当な処方に関しては査定をしてほしい。 ・ 米国や英国と同等の他医療機関での診療実態を診療現場で確認できる仕組みが必要。国の責任と費用で行うべき。 ・ OTC も含めて薬剤情報は今後マイナ保険証などで継続的に管理されるべき。過去に飲んでいた薬、施された治療を正確に覚えている人はいない。（同旨 2 件） ・ かかりつけ医、お薬手帳を有効に活用すべき。（同旨 2 件） ・ マイナカードによる確認ができない患者の服薬状況を確認するためには労力が必要となる。マイナカードを利用しない患者からは点数を加算すべきである。（同旨 3 件） ・ 医師により処方内容が変更された際に、その理由等がカルテに記載されていないケースが見受けられる。処方変更の根拠が明確でない場合、医療従事者間での情報共有が困難となり、医療安全や適切な服薬指導に支障を来す恐れがある。処方変更時には、その理由をカルテに適切に記載することを徹底し、医療の質と安全性を確保する体制整備を求める。（同旨 1 件） ・ 薬局側から重複投薬の疑義照会を行うと「患者さんが納得してくれるのなら中止で良い」との返答もあり、減薬の責任を薬局に押し付けるようなことは無しにしていきたい。	
○ 情報通信機器を用いた診療における向精神薬の処方について ・ オンライン診療に限らず向精神薬を処方する場合は電子処方箋サービスを利用して重複投与がないか必ず確認するべき。精神科の専門の医師でないと処方できないようにすべき。 ・ 向精神薬の重複処方チェックを情報通信機器を用いた場合に限っているが、いずれの患者に対してもチェックし診療にあたることは必要。資格確認書の利用でもチェック可能な体制を作る必要がある。	2 件
○ 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う際に電子処方箋を発行する場合について ・ 医学管理において重複投薬等チェックは重要である。電子処方箋を発行する場合に評価を行うとされているが、電子処方箋を利用しない場合でもチェック・指導可能なシステムの構築を望む。（同旨 2 件）	3 件
○ 保険薬局による残薬の確認及び処方内容の調整について ・ 処方箋様式を見直しても実効性が伴わなければ意味がない。残薬調整、リフィル指示の割合が一定以下の場合、初診料、再診料に減算規定を設ける等の対応が必要ではないか。 ・ 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として、薬剤レビューの取り組みを医師と薬剤師が共同して実施すべきであり、それを医師、薬剤師ともに評価すべき。 ・ DPC で疾病に関わる持参薬を使えないが、残薬処理しても評価されない。薬局も残薬処理してくれない場合があり、大量に廃棄されるのが勿体ない。 ・ 外来で患者が持参した残薬を時間をかけて数えて処方しても医科では点数にならない。算定できるよう正当に報酬をつけていただきたい。（同旨 1 件） ・ そもそも処方を出しすぎている医者に対するペナルティと、残薬や重複受診には患者自己負担増加が必要。（同旨 1 件） ・ ジェネリックへの変更調剤のように、重複、残薬は薬剤師の権限で問い合わせなく、許可してほしい。（同旨 2 件） ・ 薬剤師に全員とはいわないが残薬確認に自宅に訪問してほしい。 ・ 家族受診による処方ができないことを今一度徹底のうえオンライン診療を推進していただきたい。残薬を使って対応している薬局への評価も必要。 ・ 在宅医療や看取りの現場では、ポリファーマシーや残薬が問題となる一方で、医療用経口栄養剤（ONS）が患者の状態や家族の不安から、多めに処方される場面も見受けられる。しかし、食事量や体調が日々変化する患者に対して長期処方を行うことは、結果として残薬	18 件

や無駄を生む要因にもなり得る。ONS を含めた適正使用を進めるためには、短期間処方やお試し使用、定期的な見直しが行いやすい制度設計が必要。（同旨 1 件） ・ 残薬は毎回確認しているが、患者自身が来れなくなった場合に薬をキープする傾向があり、ある程度は仕方ないことだと思う。 ・ 一度の受診で処方期間が長いほど残薬が増えることが多いのに、長期処方を推進しようとするのは筋が通らない。 ・ 長期処方管理できない高齢者はそれこそ無駄な薬を処方することになる。 ・ 医療のみの対応では不十分と考える。認知症や性格的なこだわりは民生委員などの活用も必要。	
○ 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ことについて ・ 長期処方およびリフィル処方箋の活用は、医学的妥当性に基づき慎重に行われるべきものであり、診療報酬削減の手段として進められるべきではない。分割調剤に伴う医学的管理、ポリファーマシー対策などの薬局との連携業務は、医療機関の事務作業を増大させる。治療効果や安全性を担保するため、十分な点数上の評価を行った上で事務負担を増加させない簡素なルール設計を求める。（同旨 14 件） ・ リフィル処方は、薬剤師が患者の服薬状況、状態の変化、副作用の発現等を確認し調剤の可否を判断することになるもので、容認できない。薬剤師の役割や責任を超えた行為を一方的に課すことなどにより、医師の処方権の侵害にもつながり、無診察投薬を認めることとなる。また、多くの薬局では患者のプライバシーが守られる個室等の設備が整っていない点も問題である。そもそも、リフィル処方箋は中医協等での安全性の検証もなく、2021 年末の大臣折衝で突如導入され、医療費削減のために提案がされており、医療の質の向上の観点での導入ではなく、廃止すべきである。（同旨 4 件） ・ リフィル処方箋が普及しない理由は、最低でも月に 1 度は診療を行わなければ、十分な健康管理を行うことができないからである。また、リフィル処方箋発行後の患者の健康管理の判断等を薬剤師が行うことは、明らかに医師法第 17 条に抵触しており、生活習慣病管理料等における要件の見直しではなく、リフィル処方の仕組みそのものの廃止を求める。（同旨 1 件） ・ 長期処方及びリフィル処方箋を実質義務化することを目的とした医学管理料の要件変更と処方箋様式の見直しはやめるべきである。現在でも投薬日数は医師の裁量とされており、安定している患者に対し 30 日を超える処方箋は認められている。しかし日数制限がないからといっても、医師は安心・安全の観点から無制限な処方を行わない。これを医療費削減のために「いかに受診期間を間引くか」という観点のみで、長期処方・リフィル処方箋を義務化することは、医療の安心・安全を大きく脅かすことになる。（同旨 2 件） ・ 長期処方及びリフィル処方箋を発行しない場合の評価の見直しにおいて、減算とならないよう求める。またここで言う医学管理は生活習慣病管理料や（認知症）地域包括診療料、再診料の（認知症）地域包括診療加算を想定していると思われるが、28 日以上長期処方又はリフィル処方箋の交付が可能なことを院内掲示にとどめて、これらの処方又は処方箋交付の実施を算定要件化しないこと。 ・ 長期処方の削減がオーバードーズの抑制や病状の変化を見逃さないために必要。 ・ 「リフィル処方箋のさらなる普及」という点が薬局側で議論されていたように感じるが、もともとは医科側の意識である。長期で同じ脂質異常症治療薬 1 剤のみの方にリフィルの存在を案内し、本人が CL に打診したところ「うちではやっていない」と断られた事例を経験した。このような現状で薬局側に推進を求めるのは無理があるのではないかと感じる。 ・ 現実的に飲みきれないほどの処方や、昼間しっかり寝ている患者への睡眠導入剤など処方のあり方をもっと厳しくしてほしい。薬剤を変更した際は副作用も考慮して 3 か月処方は禁止にして欲しい。副作用が出た場合すべて無駄になる。逆に安定している患者には長期処方を年齢も考え認めて欲しい。 ・ リフィル処方について、麻薬については 1 か月処方が妥当と考えるが、眠剤や精神安定剤などの 30 日制限の薬剤については、リフィル処方を解禁してほしい。リフィルにすれば、薬剤師が 1 か月毎に乱用の確認をすることが可能。長期処方にしたいのに、眠剤や安定剤を処方しているせいで毎月通院していただかないといけない患者がいる。 ・ リフィル処方箋が進まない理由として、医師は 30 日で 3 回リフィルするならば、最初から日処方する。いずれにしても医師の責任は変わらないし、そのほうが患者も利便性がある。 ・ リフィル処方箋を普及させたいのであれば、患者の症状が安定している患者に対して医師の判断で 90 日×3 回の計 270 日処方が可能であることを明確化した方がいいのではない	43 件

か。 ・ リフィル処方を活用して、薬剤師による長期処方中の状況チェック、服薬チェックがもっとできるようになるとなお良い。 ・ 重複投薬・ポリファーマシー対策として、長期処方は利便性がある一方、定期的な検査（採血等）と処方見直しが伴わない漫然継続が起こると、腎機能低下時の用量調整不足など医療安全上のリスクが高まる。そのため、長期処方は「一定期間ごとの検査・評価に基づく見直し」を前提とし、腎機能等に応じた減量・中止や、データ改善時の整理が確実に行われるよう、かかりつけ医と薬局・薬剤師の対人業務（検査値確認、処方提案、減薬）を含む運用を評価・促進していただきたい。（同旨 5 件） ・ 長期処方は 60 日が限界と考える。 ・ 長期処方はやめて 30 日程度の処方に制限すべき。 ・ 慢性的な処方については長期に渡ると評価がより低下するようにすべき。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として分割調剤、リフィル処方の積極的評価が必要。 ・ 診察せず、料金だけ徴収して処方箋が出る仕組みがあるなら長期処方をして、薬剤師に服薬、副作用確認をさせてほしい。	
○ その他について ・ いずれも重要な見直しである。（同旨 3 件） ・ まじめにやっている病院ほど患者から苦情をうける。国の方針を一般市民に浸透させるような動きがほしい。 ・ こうならないよう漢方をもっと評価すべき。 ・ 診療報酬を大幅にあげることが必要。（同旨 2 件） ・ 患者調査も必要。 ・ 喫緊の課題です。それこそ AI を駆使すべき。 ・ 近隣の医療機関や薬局などで抱えている在庫を照会できるシステムが欲しい。 ・ 処方側の問題が大きい。 ・ 低価値・無価値医療に関しては患者の要望を優先せず、医療従事者のアセスメントを評価してほしい。 ・ 病棟薬剤業務実施加算の算定には、現状日々の病棟薬剤業務に関して内容や所要時間を日誌のように記録することが必要となっているが、これはなんとでも記録できてしまうこともあり、病棟薬剤業務を実施していた証拠に全くなっていない。そのため、現場ではこの業務日誌を記録することが不毛な業務であると感じており、実際業務圧迫の一因にもなっている。 ・ 服薬管理加算は、薬剤師の仕事である。 ・ 薬剤師に医師よりも強い権限を与えて、変な処方箋だしてきたら疑義なしで薬剤師の権限で修正できるようにすると、医師側も負担軽減になるのではないか。	17 件

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 (47 件)

主な意見の内容	件数
○ 薬剤総合評価調整加算の要件及び評価について（再掲） ・ マイナカード利用促進に尽きるさらなる誘導を期待したい。 ・ 医師、歯科医師と薬剤師の間の情報提供をより簡易に行えるようにし、医薬品についての理解を深めるようにする。（同旨 3 件） ・ 薬剤レビューの取り組みを医師と薬剤師が共同して実施すべきであり、それを医師、薬剤師ともに評価すべき。 ・ 転院時の処方記載ミスが多いので電子処方箋などを積極的に活用すべき。また電子処方箋の規格統一、UI の見やすさ向上へ国は積極的に投資をしてほしい。	7 件
○ 病棟薬剤業務実施加算における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ついて ・ プロトコールに基づく薬物治療管理（PBPM）に対する評価を新設すべき。薬剤師による PBPM は医師の業務負担軽減と治療の質向上への寄与が学術的に証明されており、「医師の働き方改革」におけるタスク・シェアリングを代表する取り組みの一つ。医師の指示範囲内で、処方にかかる負担を薬学的知見から分担する高度な連携業務として、正当な対価を	3 件

設定すべき。 ・ 病棟薬剤業務実施加算の算定には、現状日々の病棟薬剤業務に関して内容や所要時間を日誌のように記録することが必要となっているが、これはなんとでも記録できてしまうこともあり、病棟薬剤業務を実施していた証拠に全くなっていない。そのため、現場ではこの業務日誌を記録することが不毛な業務であると感じており、実際業務圧迫の一因にもなっている。 ・ 現在薬剤管理指導料が週一回を限度に算定可能となっているが、現場では週一回の算定がノルマ化しており、多職種連携や処方最適化の業務が圧迫されている。入院患者に対する必要な服薬指導は病棟薬剤業務の要件に含めるべきではないか。現場のノルマが質につながるような診療報酬の形が良い。	
○ 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、医師と薬剤師が同時訪問することについて（再掲） ・ 在宅において、薬剤師の往診動向を実施することで、処方に対するアドバイス、ポリファーマシーにもつながることから、評価いただきたい。 ・ 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は、ポリファーマシー対策や医療安全の観点から重要である。特に在宅医療や高齢者医療においては、患者の状態変化や服薬実態を医師のみで把握することが難しい場面も多く、薬剤師の関与が不可欠。医師と薬剤師が治療意図や患者の生活状況を共有しながら処方内容を調整できる体制の整備を期待する。（同旨 2 件） ・ 医師と薬剤師の適切な連携による医薬品の安全かつ有効な使用促進に賛同する。特に長期処方や多剤併用では、薬局・薬剤師が検査値（腎機能等）や服薬状況、重複・相互作用、残薬を踏まえて処方提案・疑義照会を行い、医師が処方を見直す連携が医療安全に直結する。そのため、連携は形式的な照会に留めず、電子処方箋等を活用した情報共有の下で、薬剤師の対人業務（減薬提案、用量調整提案、服薬アドヒアランス支援）が実効的に機能するよう評価し、現場でのやり取りが過度な負担にならない運用（標準化・簡素化）としていただきたい。 ・ 一包化や剤型変更、ジェネリックの変更などは薬剤師に権限を持たせるべき。（同旨 4 件） ・ 地域フォーミュラリーを推進すべき。 ・ 米国や英国と同等の他医療機関での診療実態を薬局現場で確認できる仕組みが必要。国の責任と費用で行うべき。（同旨 1 件） ・ 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として分割調剤、リフィル処方の積極的評価をすべき。 ・ 連携のできる調剤薬局とそうでないところがある。	15 件
○ その他について ・ 医療の質と安全を担保するために医療機関と薬局との連携は当然必要であるが、複雑な算定要件や記録・報告の義務付けは現場の事務作業を増大させ、「医薬品の効率的かつ安全で有効な使用」をむしろ阻害する。負担に見合った十分な点数上の評価を求める。（同旨 5 件） ・ お薬手帳、かかりつけ医を有効に活用すべき。 ・ 処方内容についてしっかりと審査すべき。 ・ 連携に協力しない医療機関に対する減算すべき。（同旨 1 件） ・ 今の医薬分業は機能していない。（同旨 4 件） ・ 現状のままで良い。（同旨 3 件） ・ 「栄養剤の経口摂取」を必要としている療養者がおり、考慮すべき。（同旨 2 件）	22 件

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（138 件）

主な意見の内容	件数
○ 栄養保持を目的とした医薬品の保険給付の要件の見直しについて ・ 「栄養保持を目的とした医薬品（経腸栄養剤）」の経口摂取における保険給付除外に対し、強く反対、あるいは慎重な対応と十分な経過措置・除外規定の設置を求める。経管栄養から経口摂取への移行が進み（＝経管での使用量が減り）、経口補助として経腸栄養剤を使用する段階になると、保険適応外（査定対象）となるリスクが生じる。これは、患者の回復意欲を削ぐだけでなく、医療現場が「保険適応を維持するためにあえて経管栄養を	85 件

継続する」といった本末転倒な判断を招きかねず、医療の適正化および患者の QOL 向上に逆行する。また、「食品で代替可能」との理由で保険から外し、患者の自己負担（食品購入）とした場合、経済的な理由から購入を断念する患者が増加することが懸念される。医師の管理下で適切な栄養療法が行われない結果、低栄養状態が悪化し、感染症や合併症の併発、再入院、あるいは不必要な点滴管理への逆戻りを招けば、結果として医療費は増大する。薬剤による早期介入と維持こそが、重症化予防と医療費抑制に寄与するという視点を持つべき。（同旨 63 件） - 短腸症候群を始めとする腸管不全の患者は消化吸収機能に障害があるため、中心静脈栄養や経管栄養から離脱して経口摂取に移行していても経腸栄養剤を長期的に必要とすること（生涯必要な場合も）がある。このため、この「適正化」が行われれば患者や家族（その多くは健常者に比べて就労に制約があるために収入が少ない）は高額な負担を追うことになり、耐えきれなくなった患者や家族から栄養状態を悪化させて経管栄養や中心静脈栄養に逆戻りすることになり、かえって医療費を増加させる。また、そうなれば患者や家族の QOL は低下し、健康保険料を納める労働力も低下し、患者が未成年の場合は経腸栄養剤の費用が多額であることが自立の際に大きな壁となって将来に希望を持ちにくくなり、勤労者として健康保険料を納めることが難しくなる。腸管不全の患者の中には「腹腔内や骨盤腔内のがん治療の後遺症」などであると考えられて「短腸症候群（短腸症を含む）」などと診断、告知されていない場合もあるため、病名で限定することも避けて現在の保険適用の継続を強くお願いしたい。 「OTC 類似薬の保険給付の見直し」では、「こども、がん患者や難病患者など配慮が必要な慢性疾患を抱えている方、低所得者、入院患者、医師が対象医薬品の長期使用等が医療上必要と考える方等」に対して十分に配慮することが明記されている一方で、「食品類似薬の保険給付の見直し」では一切配慮の記載がない。同様の配慮が必要であるとともに、配慮については関連学会の意見を求めるべき。（同旨 3 件） - クローンや潰瘍性大腸炎など、消化管栄養吸収に障害のある人は吸収しやすい組成の栄養剤（消化態栄養剤：エレンタール）は治療の一環となる経口栄養剤となるため、これが保険適応外となると患者にかかる負担が増大する。 - 経腸栄養剤の中には、補助ではなく治療を目的としたものがあり、保険適用されるべきである。例えば、クローン病の方にエレンタール（成分栄養剤）、非代償性肝硬変（肝不全）の方にアミノレバン EN（肝不全用成分栄養剤）など。 「適正化」を目的とする場合であっても、医薬品 ONS 等の給付を一律に縮小するのではなく、低栄養の評価・再評価、治療目標の設定、継続基準等を含む医学的妥当性に基づく処方要件を明確化する方向での検討が望まれる。患者の状態に応じた医療者の判断が、制度上も適切に担保される設計が重要。 - 医薬品である経腸栄養剤は、特定の疾患管理を目的とした「治療の手段」であり、安易な市販食品への置き換えは、安全性と治療効果を損なう恐れがある。仮に食品を適用する場合であっても、医薬品に準じた一定のエビデンスと適切な審査ならびに製造・品質基準が必須です。単純な「OTC 類似薬」の議論と同列に扱うべきではない。 - 令和 6 年度改定で回復期リハ病棟入院料等に GLIM 基準による栄養評価が位置づけられており、低栄養は医療として評価・介入すべき対象である。評価を医療として求めつつ治療手段を自己負担化するのとは制度不整合である。漫然処方の適正化には賛成であり、一律除外ではなく、①GLIM 等による客観的診断、②嚥下障害・サルコペニア・フレイルを有するリハ実施患者、③カヘキシア等の代替困難例を給付対象として明文化し、期間・再評価で運用適正化する制度設計を要望する。 「栄養保持を目的とした医薬品（経腸栄養剤）」の経口摂取における保険給付除外に対し、慎重な対応と十分な経過措置・除外規定の設置を求める。（同旨 7 件） - 胃瘻・経鼻等の経腸栄養についても、食事代を保険でまかなっている現状はおかしい。胃瘻・経鼻等の経腸栄養についても自費としていただきたい。 - 特に治療上意味もない栄養保持が行われているのを見ることがあり、そのようなケースは自費で良いと思う。（同旨 1 件）	
○ 医薬品の処方について 医学的妥当性と経済性を踏まえた処方の推進に賛同する。推進にあたっては、単なる薬剤費の削減ではなく、定期的な検査・評価に基づく見直し（減量・中止を含む）や、重複投薬・相互作用・腎機能低下時の用量調整など医療安全を前提に、最適な薬物療法を実現することが重要である。そのため、医師と薬剤師の連携による処方最適化（ポリファーマシー是正、後発品の適切な活用、残薬調整等）が継続的に行えるよう、対人業務と情報共有	26 件

を後押しする評価としていただきたい。（同旨 7 件） ・ フォーミュラをもっと浸透させて、よほどのことがない限り薬価が安く効果が高い薬を使うべき。そうすれば、薬局も過剰な薬品を置かずすぐに患者に薬を渡すことが可能となる。（同旨 2 件） ・ 医学的に必要な処方 は当然必要であるが、その判断は医師が担うべきであり、制度による制限はすべきではない。（同旨 1 件） ・ 院内処方を推進すべき。（同旨 1 件） ・ 薬局での零売を認めるべき。医師のタスクシェアに繋がる。 ・ 薬剤師が、医学的妥当性が確認されたプロトコルや診療ガイドラインに基づき、一定の条件下で薬物療法を選択・提供することは、診断行為には該当せず、医師の処方権を侵害するものではない。医師と薬剤師の役割分担を明確にした上で、薬剤師が適切に関与できる制度的枠組みを検討することが重要。 ・ 1～2 社で独占・寡占する品目（同一機能区分）について、逆ザヤが確実に解消される制度的措置を導入すべきである。市場を独占・寡占するメーカーが言い値で医療機関に販売している中、不採算品再算定を申請してくるとは考えがたい。医療現場への逆ザヤ状況の詳細な実態調査を行いつつ、きめ細かい解消対応策を講じることが必要である。 ・ 高額医薬品をどこまで許容するのか基準がないがしろになっているまま、この議論を進めても意味がない。 ・ 抗がん剤などは年齢制限をつけてもよいのではないか。 ・ やたらと骨粗鬆症の投薬する傾向を感じる。 ・ 最近は OTC で類似薬が沢山出ているが、よく見かける、痛み止めのロキソニンは、常用していると、大腸の憩室出血する副作用があるが、ほとんどの人はきかけずに使っている。そのような薬を野放し状態になっているのが、恐ろしい事態に思う。OTC 類似薬を処方された患者の自己負担増に反対する。（同旨 2 件） ・ お薬手帳やかかりつけ医を有効に活用すべき。 ・ OTC 類似医薬品で括るのではなく、医薬品として確実な効果がある物か否かで薬価削除を決めていただきたい。	
○ その他 ・ 厚生労働省から独立した第三者機関で検討すべき。 ・ 医学的妥当性や経済性を踏まえた処方を推進するためには、他院処方に明らかな非合理性が疑われる場合でも現状では是正や共有が困難であり、処方の質向上を目的とした医師間の建設的なフィードバックの仕組みを制度として検討すべき。 ・ 支払い基金の対応に地域差があるのは問題である。（同旨 1 件） ・ 経済性が優先されている。医学的な妥当性を優先すべき。（同旨 1 件） ・ 「医学的妥当性」や「経済性」というもっともらしい言葉が単なる医療費引き下げのツールとして利用され、治療の制限と医療水準低下を招くことを懸念する。質の高いエビデンスを大前提とした透明性の高い議論を求める。 ・ 「経済性の視点」重要だと思う。ルールを決めるべき。（同旨 9 件） ・ 腹膜透析において透析量の評価と腹膜平衡試験は適正透析の処方を判断するには必須な検査である。これらの検査に対して診療報酬の新設が必要。 ・ 状態の異なる患者に施行する疾患別リハビリテーションにおいて、対象患者や上限単位数、訓練内容に応じた評価を一律で見直すことに反対。（同旨 1 件） ・ 診断病名と処方の関係性について、国が統計データを作成して公表してはどうか。また、降圧薬等は、検査値との相関関係の統計データも合わせて作成して公表してはどうか。 ・ 経済的な視点は大切であるが、国民全体での経済的負担を減らすようにすべき。患者だけに負担が押しつけられないようにすべき。（同旨 1 件） ・ 術前の栄養療法も術後合併症を減少させるので、周術期の使用を検討して欲しい。 ・ 超高額医療は若者や生産年齢層に限るべき。 ・ 救急で、自己判断で受診して、入院不要であれば自己負担 5 割とすべき。（同旨 1 件）	27 件

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（再掲）
（Ⅲ－３－１を参照）

Ⅳ－５ 外来医療の機能分化と連携（再掲）
（Ⅱ－４－１を参照）

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（再掲）（43 件）

主な意見の内容	件数
○ 医療 DX 推進体制整備加算等について - 患者が任意に利用するマイナ保険証の医療機関での利用率を点数評価に関連づけることはやめるべきであり、オンライン資格確認に要するコスト増分を初再診料に反映すべき。（同旨 1 件） - 医療 DX を行うための費用（導入費、保守料、維持費）は、医療機関にとっては大きな負担。医療 DX 推進体制整備加算を初診だけでなく、再診においても算定できるように見直すべき。（同旨 1 件） - 医療 DX 関連施策の進捗状況を踏まえて、電子カルテ共有システムや電子処方箋導入には、かなりのコストを要し、導入後の維持管理費用も必要なうえ、オンライン資格確認についてもマイナ保険証の対応等、未だ完成形には程遠いことから、現行の算定水準をこれ以上下げることなく、今後必要かつ十分な財源を確保できうる見直しを求める。（同旨 1 件） - 医療情報取得加算、医療 DX 推進体制整備加算は廃止し、基本診療料を大幅に引き上げることを求める。マイナ保険証によるオンライン資格確認をめぐるのは、医療現場でトラブルが後を絶たない。「健康保険証」が確実に必要であり、「健康保険証での資格確認を認める」旨の内容を療養担当規則に記載する（元に戻す）ことも求める。 - ある程度普及してきたので、減算して良い。 - 医療 DX について、医科と歯科と薬局とで、設備投資等に大きな違いがないにもかかわらず、算定点数に差が生じていることは遺憾。 - 例外規定をなくす。	10 件
○ 医療 DX 推進に向けた支援について - 医療 DX を持続的に推進するためには、導入初期だけでなく、システム更新やベンダー撤退時のセーフティネットも含めた制度設計や、医療機関の規模・経営体力に応じた支援の在り方について、改めて検討が必要。（同旨 7 件） - 基金や行政が DX 化対応できていないことで医療機関が都度の仕様変更に振り回されている。基金サーバーや行政の DX 化を完了してから医療機関に対応を求めるべき。 - 医療 DX や ICT 連携を活用する医療機関・薬局の体制評価に賛同する。医療 DX は導入そのものが目的ではなく、重複入力の削減、入退院・転院時の情報共有、薬剤情報・検査値の連携などにより、医療安全と業務効率化を同時に実現することが重要である。そのため評価は「システム導入」の有無ではなく、電子カルテと地域連携（薬局を含む）が実際に機能し、現場の負担が減っていることを重視し、導入・保守・運用（教育、データ整備等）のコストが医療機関・薬局の持ち出しにならない形で後押ししていただきたい。（同旨 9 件） - 自費メインの診療所でも、スタッフが足りてない場合には補助金を出してほしい。 - 医療 DX を積極的に進めていない医療機関において、経営陣が医療 DX や ICT 連携を推進する場合部門システムと電子カルテ等の HIS を連携するだけで医療 DX とならないよう、何らかの必須要件が必要なのではないか。 - 在庫照会システムは開発できるか。 - システム導入に関して、個人薬局とチェーン薬局で補助金等の差別をすべきではない。 - 医療 DX 自体はいいが、患者側にとって「利用しやすい形での提供」が望ましい。 - DX は必要ない。（同旨 2 件）	27 件
○ オンライン診療について 訪問診療においてオンライン診療を活用する場合、タブレット端末の準備、アプリ導入、利用料、通信費用等のすべてを医療機関が負担している状況であり、オンライン診療の普及に向けた大きな障壁となっている。また、介護施設側においても、オンライン診療ツールの導入や設定が煩雑な場合には活用が進まないという現実的な課題があります。そのた	1 件

め、医療機関単独の努力に依存するのではなく、介護施設等に対して制度としてオンライン診療ツールの整備を促す仕組みが必要であると考える。	
○ その他 ・ 現状困難だと思う。 ・ 政府指導の義務化ではなく、費用対効果が認められる優れた DX があれば推進される。 ・ 上流（医療機関）が進んでないが、下流では準備が整っている。 ・ 誰がどのように評価するかが定まっていない。 ・ なぜ柔道整復、鍼灸についての検討がないのか、疑心暗鬼になる。	5 件

中央社会保険医療協議会総会（公聴会）の概要

令和８年度診療報酬改定に当たり、医療の現場や患者等国民の声を反映させるため、中医協委員が国民の声を聴く機会を設定することを目的として公聴会を開催した。

1. 開催日時

令和８年１月21日（水）10時00分～12時00分

2. 開催場所

ハイブリッド開催（石川県を中心とした北陸の意見発表者が、オンラインで参加）。
公聴会の様子はYouTube（中医協動画チャンネル）のライブ配信により公開。

3. 出席者

- ・中医協委員（総会委員）、保険局長、大臣官房審議官
- ・公募による意見発表希望者の中から公益委員が選定した意見発表者１０名

4. 意見発表の主な内容

意見発表者①（男性・健康保険組合常務理事）

- 今回の診療報酬改定で本体部分が大幅に引き上げられることにより、費用を負担する被保険者や事業主にとって納得のできる対応を要望する。また、加入者が安心・納得して必要な医療を受けることができる体制の実現に期待する。
- ICT等の活用で効率化を図りつつ、限られた医療資源を有効活用することで、地域に必要な医療体制を整備することは喫緊の課題。スピード感を持った対応を期待する。
- 入院医療については、今後の人口構造と医療ニーズの変化に合わせて、機能分化、連携、集約化を進め、最適な医療を実現することが必要。病棟だけでなく医療機関の機能に着目する議論があると聞いており、ぜひそのような方向での議論をお願いしたい。外来については、かかりつけ医機能のうち特に時間外診療への対応が、特に現役世代にとって重要な要素となるので、患者負担に配慮しつつ、現役世代が安心して働き続けることができる質の高い医療の提供を期待する。
- 賃上げへの対応について、医療機関に勤務する方の賃金が確実に上がることと、その実態を検証できるように御検討いただきたい。
- 後発医薬品とバイオ後続品の使用促進について、後発医薬品の使用が後退することのないよう、引き続き品質と安定供給の確保に向けた取組の推進をお願いしたい。
- バイオ後続品について、医療機関や薬局の協力がなければ使用促進は難しいので、保険者も一体となって普及していくことで、加入者が安心して使用できる環境が整うことを期待する。
- 長期処方やリフィル処方の積極的な活用により、継続的に受診している患者の通院負担の軽減につながることも期待する。

意見発表者②（男性・医療法人社団理事長）

- 地域の診療所は、日々の外来診療に加え、慢性疾患の継続的な管理や、在宅医療、医療・介護の連携の中心として地域医療を支えており、高齢化が進む中で通院が難しい患者さんへの対応や、自宅で療養される方を支える役割は年々大きくなっている。
- こうした役割を果たすためには、24時間対応の体制を維持したり、多職種との連携を調整したり、医療DXやICTを導入して情報共有を進めたりすることが、医療の質や安全を保つために欠かせないが、現場では負担として積み重なっているのが実情。
- 例えば、説明や入力、連携調整などの具体的な実務が増加しており、特に小規模診療所になればなるほど、その負担が顕在化する。
- かかりつけ医について、小規模な診療所では人手にも資金にも限りがあり、地域医療を支え続けること自体が年々難しくなっているため、かかりつけ医としての役割を十分に果たすためには、診療行為そのものだけでなく、地域で医療を続けるための体制づくりも評価していただきたい。
- 医療DXの効果を最大化するためにも、導入や運用段階の負担を適切に評価していただくことが重要。
- 今後の診療報酬改定について、診療所は、災害時であっても平時であっても、地域住民の健康を支える地域の最後の砦なので、慢性疾患管理や在宅医療、医療・介護連携、24時間対応といった取組を現場の実情に即して評価していただきたい。
- 地域医療を将来にわたって守っていくために、現場の声に寄り添った制度設計と診療報酬体系を御検討いただきたい。

意見発表者③（男性・労働組合事務局長）

- 地域で医療を担う人材確保や定着のための取組を着実に進めていくためには、医療現場で働く全ての労働者の処遇改善を図ることが必要。看護職員をはじめ、医療現場で働く全ての労働者が賃上げを実現できるよう、一人一人の手元に確実に行き届く仕組みとして、実績報告を求め、検証できるようにすることが必要。
- また、働きやすい職場環境であることも重要であり、ICTの活用などにより、業務負担の軽減と効率化を御検討いただきたい。ただし、ICT機器等を組織的に活用した場合に看護職員の配置基準を柔軟化することについては、安易に配置基準を柔軟化すると現場の負担増となるのではないかと不安がある。高齢患者が増加する中で、人が対応せざるを得ない業務も増えていき、ICT機器を活用したからといって人を少なくしていいわけではない。安全と質の担保を前提に、現場の実態を踏まえた慎重な検討が必要。
- 加えて、医療職一人一人が専門性を十分に発揮できる環境は、患者にとって質の高い医療供給につながる。それぞれの専門性を生かす形で、タスクシフト・タスクシェア、多職種連携を進めていただきたい。
- 機能分化と連携強化の推進について、高齢者の救急搬送の受入れや早期のリハビリなどを提供する機能へ転換していくとともに、在宅医療、介護サービスとの連携強化などを図っていただ

きたい。また、仕事と治療の両立という観点から、質の高い外来医療の提供とともに、就労中の患者が医師や専門職などから適切に両立支援を得られるよう対応していただきたい。

- 小児周産期医療の提供体制の確保について、高度医療を担う医療機関と、その後方支援を担う医療機関、地域の保健福祉サービス等との連携強化に向けて、適切な対応をお願いしたい。
- 患者本位で効率的な医療の推進について、被用者保険の被保険者は、自らの医療費だけでなく高齢者の医療費も負担しており、毎年医療費が増加する中で保険料の負担感は非常に重くなっている。そのため、医療提供体制の効率化を通じて医療費の増加を抑えていくことが必要であり、医療DXを推進し、医療の効率化や適正化を推進するとともに、薬剤の多剤重複投与の是正、データ分析の強化などにより、医療の質の向上にもつなげていただきたい。
- 被保険者、患者の納得と安心につながる医療提供を実現するような、診療報酬の改定を要望する。

意見発表者④（男性・病院院長）

- 医療機関の機能分担について、能登半島地震の際に、被災地だけでなく、被災地からの傷病者等の受皿となった金沢以南の地域においても医療機関が逼迫状態となった。これらの事象は、南海トラフ巨大地震が発生した場合にも起こり得るほか、平時に置き換えた場合でも問題になり得る。地域全体でのサージキャパシティ、どこかにバッファ機能を持たせておく必要があり、急性期医療機関が病床に少しゆとりがあっても、経営的に成り立つような制度設計が望ましい。
- 医療関係者の機能と場所と人がインフラそのものであり、今後、医療機関の集約化が必須になる中で、高齢患者の医療機関へのアクセスの問題自体も大きいことから、ICTの利活用と外部からの支援体制の構築は非常に重要。これを維持するための維持費・人件費等のコストへの対応や、安全を担保した上での柔軟な人員配置の容認と事務負担を最小限にする簡素な制度設計が必要である。
- 人口や医療資源が少ない地域の実情を踏まえた対応について、医療機関が多い地域からのスタッフ派遣がこれまで以上に重要となるため、派遣する側・受ける側双方が不利益を被らないようなみなし在籍等の制度を構築して、効率よく地域を支えられる・面で地域を支えるという体制が進むよう要望する。
- 地域の医療体制を守っていくために、例えば不採算部門である救急について、オンコールを含めた医療スタッフを待機させることによる24時間の待機コスト等が、症例数に依存する現行の出来高評価では十分に補填されない状況があるため、十分に評価していただきたい。
- また、社会のインフラ領域といえる周産期領域や小児部門、あるいは身体合併症を有する患者をはじめとする精神疾患患者への対応について、症例数や手術件数に依存する手技に関する基準を緩和していただきたい。
- 医療機能の集約化について、地方での患者のアクセスや治療行為の質の担保が維持されないこととならないよう、地域のネットワークや面として医療の質が担保できることを条件に、症例数や実績についての基準緩和を要望する。
- ベースアップ評価料について、収益自体が症例数・出来高に依存する構造では、特に地方で赤

字要因となるため、地域の実情に即して、機能と維持を評価する診療報酬体系への抜本的見直しを要望する。

意見発表者⑤（男性・中小企業代表取締役会長）

- 物価の高騰、燃料費やエネルギー価格の上昇、人件費の増加など、中小企業を取り巻く環境はとても厳しい状況が続いている中、賃金とセットで上がっていく社会保険の負担も増加している。現役世代の負担感の強い高齢者医療への拠出金を減らせるよう、高齢者の医療費の見直しなど、少子高齢化社会における負担の在り方について見直しを図っていくべき。
- 病院の経営状況の悪化や、人材確保のための賃上げが必要とよく聞き、経営者として、そうした状況は想像できる。ただし、事業主も従業員の負担も非常に厳しいという中で、限られた資源を効率的に配分して、必要な医療をどのように守るかという視点で検討いただきたい。
- 診療報酬における賃上げや物価高騰への対応は、保険料や自己負担の増加に直結するため、事業主や被保険者、患者が納得できる受入れ可能な対応をしていただきたい。また、診療報酬の引上げを行うのであれば、増えた収入を着実に医療従事者の方の賃上げに使っていただきたい。
- ICTやAIの発展や医療DXが進んでいるので、生産性向上の取組を併せて検討していただきたい。
- 効率的な医療提供体制の構築にしっかりと取り組んでいただきたい。
- 協会けんぽの保険料率は、都道府県別の加入者一人一人の医療費の違いが反映されて、都道府県支部ごとに異なっているが、その医療費の違いは、住民1人当たりの病床数などの地域の医療提供体制が大きく影響している。将来を見据えて、医療機関や病床数が不足しているなら適切な整備を、過剰な地域があるなら適正化を、地域の状況を踏まえた対応をお願いしたい。
- かかりつけ医について、自分の健康を把握し、何でも相談できる身近なかかりつけ医が増えていくようにお願いしたい。
- 医療DXの推進について、保険証がマイナ保険証に切り替わり、薬の処方状況や他の病院の診療状況などの情報提供ができるようになったので、そうしたメリットを患者がさらに実感できるようにしていただきたい。

意見発表者⑥（男性・歯科医院院長）

- 歯科医における感染対策については、選択的な対応ではなく歯科診療を行うための前提条件となっており、歯科診療に不可欠な基盤的行為であることから、施設基準による加算ではなく、初診料・再診料において、恒久的に評価される仕組みを要望する。
- 歯科訪問診療の評価について、地域の歯科診療所では、これまで通院されていた患者さんが高齢化して全身疾患が進行することで通院困難となり、訪問診療を希望されるケースが年々増加しており、このようなこれまで継続して診療を行ってきた患者さんへの対応として、訪問診療を行っているのが実情。しかし、現行の施設基準では、一定数以上の実績や複数機関との連携体制が求められ、地域に根差した小規模診療所では、必ずしも基準を満たせない場合がある。外来歯科医療を基盤とし、患者の生活環境の変化に応じ、訪問診療を担う地域の歯科診療所の役割につ

いても、地域包括ケアの観点から適切に評価される制度設計をお願いしたい。

- 麻酔薬剤料の算定について、現行制度では、処置内容によって、麻酔薬が薬剤料として評価されていない場合があり、算定ルールも分かりにくい状況。また、明細書において、歯科麻酔の使用が記載されたり、されなかったりする現状は、患者との信頼関係の観点からも課題がある。使用した薬剤については、実態に即した形で薬剤料として評価するとともに、処置間で異なる算定ルールの整理、是正をお願いしたい。
- 歯科パノラマ断層撮影、通称パノラマレントゲンと光学印象について、歯科パノラマレントゲンは、口腔内全体を1枚で把握できる基本かつ重要な画像検査であり、正確に記録された画像は、災害時等の身元確認においても非常に有効な資料となる。また、現在、一部適用されている光学印象による口腔内のデジタル記録は、ICTによる保存性や情報共有の観点からも優れているほか、光学印象による全顎撮影では、パノラマレントゲンと同じく、身元確認の資料となり得る。これら歯科パノラマレントゲン光学印象による口腔内全顎撮影が身元確認の資料として、社会的役割を担うことをぜひ評価していただきたい。

意見発表者⑦（男性・行政課長）

- 国民健康保険は、従来から年金受給者の方々の割合が高いなどの構造的な課題を抱えているほか、近年では、団塊の世代の方々が後期高齢者医療へ移行し、また被用者保険の適用拡大などにより、国保全般にわたって被保険者数が減少を続けている。一方で、医療の高度化等により1人当たりの医療費負担は増大し、財政的な課題を抱えている市町村が多いのが現状である。
- 被保険者から見た保険料負担は、年々増加の一途をたどっており、被保険者の方々に御理解、御納得いただくためには、一層の医療費適正化に向けた取組が不可欠である。
- 地域医療については、人口減少に伴う医療機関提供体制の縮減や撤退といったことはあってはならない。今回の医療法等の改正において、地域で効率的な医療提供体制を構築するため、医師偏在是正に向けた対策等が柱となっており、重点的に医師確保が必要な区域に勤務する医師への手当の支給や、知事が重点的に医師確保をすべき区域を指定できるようになったことなどは、地方医療の声が届きやすくなると期待する。
- 医療資源が地方では不足するため、今後、一層のICTを活用した効率的な連携活用や、医療DXによるオンライン診療等の推進に期待する。
- 患者の方々の通院負担を軽減する点からも、オンライン診療・遠隔医療について、平時より活用の幅を広げていただきたい。デジタル技術の災害時での活用も非常に有効。能登半島地震の際に電子処方箋などの取組が有効だったので、そういった医療DX、電子カルテによる情報共有の普及等にも期待する。
- 災害発生について、医療機関自体が機能を維持していくという点も重要であり、BCP計画等の普及も必要である。
- 高額な医薬品について、費用対効果の検証等を踏まえて、引き続き慎重な議論をお願いしたい。
- 長期処方、リフィル処方等について、残薬対策等も踏まえた推進に期待する。

- 物価、賃金の上昇、人手不足等の医療機関を取り巻く環境の変化に対して、確実に経営や従事者の処遇改善につながることを期待する。
- 地域医療は、大学病院からの医師派遣など、医療人材の確保で頼っている。大学病院と地域医療機関の連携により、地域医療が確立するといった視点で、地域住民にとって安全・安心で質の高い医療が提供できる診療報酬改定をお願いしたい。

意見発表者⑧（女性・薬剤師）

- 薬の供給不足はいまだに多く、各種説明などの業務負担や在庫管理などにかかるコストなど、現場での薬剤師の疲弊は相当なもの。地域医療を支えている薬剤師薬局に対して、かかりつけ薬剤師、薬局の機能強化や医療の質向上に関する評価とともに、地方における薬局機能の維持や従事者への十分な賃上げを行えるような評価をお願いしたい。
- 病院薬剤師不足の問題を含む、薬局薬剤師の偏在対策についても検討が必要である。
- 後発医薬品について、安定供給に関する評価や、供給不足解消に向けた対応をお願いしたい。
- かかりつけ薬剤師について、これまでの経過や生活、療養状況等を踏まえたよりきめ細かい服薬管理、指導が実施できることから、患者さんとの信頼関係が構築しやすくなる見直しをお願いしたい。
- 薬局の集約化・大規模化について、石川県は中小の薬局が多く、こうした人口減少が続いている地方では大規模化しても採算が取れず、雪が積もる地域では集約化で却ってアクセスの阻害にもつながる。立地・規模だけによらず、薬局の機能を評価するなど、地方の薬局も維持できるような配慮をお願いしたい。
- 在宅医療について、医師と薬剤師の同時訪問や、在宅医療の提供体制整備、実効性の改善に向けた見直しをお願いしたい。在宅で使用する医療材料の逆ざやや、使い切れない包装単位などが問題になっている。現場が在宅医療に積極的に取り組めるよう改善をお願いしたい。
- 調剤管理料について、今回の見直しが薬局の存在自体を左右することのないよう、激変緩和など、配慮した形の内容にしていきたい。
- 医療DXについて、薬局で扱える情報は日々増えており、その前向きな評価をお願いしたい。
- 病院薬剤師について、薬剤業務向上加算に関して、石川県では金沢の基幹病院から薬剤師を研修・出向させており、こうした取組を進めていくことが必要。
- ポリファーマシー対策や入退院時の連携、また、施設間の情報連携などがより進むよう評価の検討をお願いしたい。
- 残薬対策について、現場ではその原因と対策を患者さんの話を伺いながら探っており、患者さんの背景や薬学的知見を踏まえた継続的できめ細かいフォローアップが重要となる。

意見発表者⑨（女性・患者代表）

- 1つ目の要望は、かかりつけ医と専門医が連携するオンライン診療の普及である。地方では、近隣に医療機関や専門医がおらず、遠方の病院に通って治療を受けている患者さんもいる。時に

は、適切な治療を受けるための専門医がいる地域に引っ越す方や、治療と生活を両立するために就職や就学場所が制限されてしまう方もいる。

- オンライン診療を活用することによって、身近なかかりつけ医とオンラインによる専門医の連携ができる環境であれば、どの地域に住んでいても適切な診療を受けることができ、また患者さんの人生の選択肢を広げることもつながる。
- 2つ目の要望は、医療への患者参加を進めるための医療DXの推進。患者が、どの医療機関を受診しても適切な治療を受けられるように、適切な治療への標準化や質の向上に向けて医療DXを進めることはとても重要である。一方で、患者自身が自分の受ける治療をきちんと理解して納得した上で決断できるように、自己の医療情報へのアクセスを担保することも重要である。医療DXによって医療機関同士の情報共有を進めるだけでなく、患者との情報共有という点も併せて進めてほしい。これは、医師がインフォームド・コンセントにかかる時間や労力を減らし、働き方改革にもつながる。
- 特に、医療DXによって患者への情報提供を進める議論の中で、患者への診療情報の共有だけが置き去りにされている。かかりつけ医と専門医の両方が、必要な患者への適切なインフォームド・コンセントを行うためには、紹介状の内容を患者に共有することも不可欠である。
- 医薬品や予防接種の副作用・副反応被害の救済制度や、障害年金等の各種公的申請・手続きには、多数の書類が必要で複雑。医療DXが活用できれば、こうした手続やカルテ開示等の費用負担も軽減できるのではないかと。また、患者と情報共有を進めていくために、患者にとって分かりやすい項目名にしていいただきたい。

意見発表者⑩（女性・病院看護局長）

- 看護職員の負担軽減は非常に重要。県内でもICT機器等の活用により、業務効率化や超過勤務の削減を進めるための取組が報告されているが、導入はしたものの、思ったような成果を得ることが難しいという声もある。
- 実効的な業務効率化や負担軽減につなげるためには、ただICT機器を導入するだけでは難しく、専任の看護職員がシステム設計や病棟での使用方法の支援に当たるなどして、効果や影響を検証しつつ、システムや運用を改善し続けるような体制が必要である。
- 地域全体を見渡して、医療、看護機能や人的資源を分配し、各病院や診療所が役割を果たすために必要な病院運営、病棟運営を円滑に進める必要があり、その際、看護管理者のマネジメントは極めて重要。2040年を見据えた医療機関の機能分化、連携の推進に不可欠であるため、看護管理者がより力を発揮できる体制整備のために、診療報酬上の評価を推進していただきたい。
- 限られた人員の中で24時間対応を担う看護師や病棟の夜勤業務は、身体的、精神的負担が大きく、責任が重いため、職責に見合った確実な賃上げが不可欠である。加えて、夜勤手当が2010年以降ほとんど引き上げられていない現状を踏まえ、夜勤者の確保のためにも、夜勤手当の引上げを強く要望する。経験豊富な人材を確保し、地域で活躍してもらうためにも、適切な処遇の確保が必要である。

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	34
I－2－2	業務の効率化に資する ICT、AI、IoT 等の利活用の推進	36
①	ICT 等の活用による看護業務効率化の推進	36
②	医師事務作業補助体制加算の見直し	42
③	医療機関等における事務等の簡素化・効率化	48
④	様式 9 の見直し	53
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	55
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	55
I－2－4	医師の働き方改革の推進／診療科偏在対策	57
①	医師の働き方改革及び診療科偏在対策の推進	57
②	処置及び手術の休日・時間外・深夜加算 1 の見直し	66
I－2－5	診療報酬上求める基準の柔軟化	69
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	69
②	感染対策向上加算等における専従要件の見直し	72
③	常勤職員の常勤要件に係る勤務時間数の見直し	78
④	質の高い摂食嚥下機能回復に係る取組の推進	82

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	85

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

① 急性期病院一般入院基本料等の新設	96
② 重症度、医療・看護必要度の見直し	112
③ 急性期総合体制加算の新設	120
④ 特定機能病院入院基本料の見直し	129
⑤ 特定集中治療室管理料の見直し	134
⑥ ハイケアユニット入院医療管理料の見直し	146
⑦ 救命救急入院料の見直し	151
⑧ 脳卒中ケアユニット入院医療管理料の見直し	161
⑨ 地域包括医療病棟の見直し	163
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.....	167
⑪ 療養病棟入院基本料の見直し	177
⑫ 障害者施設等入院基本料等の見直し	184
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	185
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	187
⑮ DPC／PDPS の見直し	196
⑯ 短期滞在手術等基本料の見直し	206
⑰ 地域加算の見直し	220
⑱ 看護補助者に係る加算の名称の見直し	221
Ⅱ－１－２ 人口の少ない地域の実情を踏まえた評価	222
① 医療資源の少ない地域の対象地域の見直し	222

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.....	226
③ 歯科巡回診療に係る適切な推進	234
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	236
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	236
② 包括期入院医療における充実した後方支援の評価	240
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	242
Ⅱ－２－２ 円滑な入退院の実現	245
① 入退院支援加算等の見直し	245
② 介護支援等連携指導料の見直し	252
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	254
④ 感染対策向上加算等における専従要件の見直し	257
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	258
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.....	258
② 質の高い摂食嚥下機能回復に係る取組の推進	267
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.....	268
④ 入院患者の口腔管理における医科歯科連携の推進	270
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.....	272
① 機能強化加算の見直し	272
② 生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の見直し	275
③ 特定疾患療養管理料の見直し	280
④ 地域包括診療加算等の見直し	282
⑤ 時間外対応体制加算の充実	295

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	296
⑦ 継続的・効果的な歯周病治療の推進	300
⑧ かかりつけ薬剤師の推進	303
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	312
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	312
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	317
③ 連携強化診療情報提供料の見直し	318
Ⅱ－５ 質の高い在宅医療・訪問看護の確保	326
① 適正な訪問看護の推進	326
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 ...	329
③ 保険医療機関及び保険医療費担当規則の見直し	333
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	336
① 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の見直し	336
② 往診時医療情報連携加算の見直し	340
③ 退院直後の 訪問栄養食事指導に関する評価の新設	342
④ 連携型機能強化型在宅療養支援診療所の見直し	344
⑤ 在宅療養支援診療所・病院の見直し	350
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 .	351
⑦ 在宅療養指導管理材料加算の算定要件の見直し	356
⑧ 医師と薬剤師の同時訪問の推進	358
⑨ 残薬対策に係る地域包括診療料等の見直し	360
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	364
⑪ 質の高い在宅歯科医療の提供の推進	366
⑫ 在宅薬学総合体制加算の見直し	377

⑬ 在宅患者訪問薬剤管理指導料の見直し	383
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	386
① 過疎地域等に配慮した評価の見直し	386
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	388
③ 訪問看護における ICT を用いた医療情報連携の推進	389
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.....	391
⑤ 乳幼児加算の評価の見直し	393
⑥ 訪問看護管理療養費の見直し	394
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	397
⑧ 包括型訪問看護療養費の新設	407
Ⅱ－６ 人口・医療資源の少ない地域への支援	411
① 医療資源の少ない地域の対象地域の見直し	411
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.....	412
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	413
④ 歯科巡回診療に係る適切な推進	414
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	415
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.....	416
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.....	416
Ⅱ－８ 医師の地域偏在対策の推進	417
① 医療資源の少ない地域の対象地域の見直し	417
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.....	418

③ 外来医師過多区域に関する対応	419

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	421
① 療養・就労両立支援指導料の見直し	421
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 ..	424
③ 手術等の医療技術の適切な評価	427
④ 高度急性期病院におけるロボット手術の評価の新設	431
⑤ 全身麻酔の評価の見直し	433
⑥ 遺伝性疾患に係る療養指導に対する評価の見直し	436
⑦ 遺伝学的検査の見直し	440
⑧ 迅速なフィブリノゲン測定に係る評価の新設	446
⑨ 質の高い臨床検査の適切な評価	447
⑩ 骨塩定量検査の算定要件の見直し	448
⑪ 近視進行抑制薬の処方に係る検査の見直し	450
⑫ 検体検査管理加算の見直し	451
⑬ カルタヘナ法に基づく医学管理の推進	453
⑭ 慢性心不全の再入院予防の評価の新設	455
⑮ 人工腎臓の評価の見直し	457
⑯ 経皮的シャント拡張術・血栓除去術の適正化	461
⑰ 医療機関間連携による腹膜透析管理の推進	463
Ⅲ－１－１ 身体的拘束の最小化の推進	465
① 身体的拘束最小化の取組の更なる推進	465
② 認知症ケア加算の見直し	473
Ⅲ－１－２ 医療安全対策の推進	474
① 医療安全対策加算の見直し	474
Ⅲ－２ アウトカムにも着目した評価の推進	475
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.....	475
② 入院基本料等における各種基準の計算方法の明確化	482

Ⅲ－２－１	アウトカムにも着目した評価の推進	487
①	データ提出加算の届出を要件とする入院料の見直し	487
②	診療実績データの提出に係る評価の見直し	490
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	494
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	496
①	医療 DX 推進体制整備加算等の見直し	496
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	506
①	オンライン診療の適正な推進に係る評価の見直し	507
②	オンライン診療における電子処方箋の活用の推進	509
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	511
①	オンライン診療の適正な推進に係る評価の見直し	511
②	D to P with N のオンライン診療の評価の明確化	512
③	遠隔連携診療料の評価の拡大	518
④	オンライン診療の適正な推進に係る評価の見直し	525
⑤	オンライン診療における電子処方箋の活用の推進	526
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	527
⑦	情報通信機器を用いた医学管理等の評価の新設	531
⑧	情報通信機器を用いた療養指導の見直し	533
⑨	情報通信機器を用いた医学管理等の評価の新設	535
Ⅲ－４	質の高いリハビリテーションの推進	536
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	536
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	538
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	540
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	541
⑤	リハビリテーション総合実施計画評価料の見直し	544

⑥ リンパ浮腫複合的治療料の評価の見直し	546
Ⅲ－４－１ 発症早期からのリハビリテーション介入の推進	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－４－２ 土日祝日のリハビリテーション実施体制の充実	550
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	550
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	551
① 救急外来医療に係る評価の再編	551
② 救急患者連携搬送料の見直し	568
Ⅲ－５－２ 小児・周産期医療の充実	572
① 母体・胎児集中治療室管理料の見直し	572
② 新生児特定集中治療室管理料の見直し	576
③ 小児の成人移行期医療に係る受入の推進	577
④ 小児医療に係る高額な検査・薬剤への対応	579
⑤ 産科管理加算の新設	581
⑥ 療養病棟入院基本料の見直し	582
⑦ 無菌製剤処理加算の見直し	583
Ⅲ－５－３ 質の高いがん医療及び緩和ケアの評価	584
① 外来腫瘍化学療法診療料の見直し	584
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要件の見直し	589
③ 人口減少地域における I M R T の施設基準の見直し	591
④ がん患者指導管理料の見直し	596
⑤ 遺伝性乳癌卵巣癌症候群に係る評価の見直し	598
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	600
⑦ 非がん患者に対する緩和ケアの評価の見直し	601
⑧ 療養病棟入院基本料の見直し	608
Ⅲ－５－４ 質の高い精神医療の評価	609
① 精神病床における多職種協働の推進	609

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	613
③ 精神科リエゾンチーム加算の見直し	617
④ 精神科慢性身体合併症管理加算の新設	619
⑤ 精神疾患の特定入院料における包括範囲の見直し	620
⑥ 精神科救急医療体制加算の見直し	622
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	625
⑧ 精神科救急急性期医療入院料等の見直し	626
⑨ 精神科棟入院基本料の見直し	628
⑩ 精神科急性期医師配置加算の見直し	629
⑪ 通院・在宅精神療法の見直し	632
⑫ 精神保健福祉士の病棟の専従要件の見直し	634
⑬ 心理支援加算の見直し	636
⑭ 認知療法・認知行動療法の見直し	638
⑮ 臨床心理技術者に係る経過措置の見直し	643
⑯ 児童思春期支援指導加算の見直し	645
⑰ 早期診療体制充実加算の見直し	649
⑱ 情報通信機器を用いた精神療法の見直し	651
Ⅲ－５－５ 難病患者等に対する適切な医療の評価	653
① 脳死臓器提供管理料の見直し	653
② 臓器移植手術に係る評価の新設	655
③ 臍帯血移植の見直し	656
④ 抗HLA抗体検査の算定要件の見直し	657
Ⅲ－６ 感染症対策や薬剤耐性対策の推進	658
① 感染症に係る検査の見直し	658
② 感染対策向上加算の見直し	662
③ 結核に係る入院医療提供体制の確保	664
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	668
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	672
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	672
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	674
③ 有床義歯管理の評価体系の見直し	675
④ 継続的・効果的な歯周病治療の推進	677
⑤ 小児の咬合機能獲得に向けた対応の充実	678
⑥ 歯科矯正に係る患者の対象等の見直し	681
⑦ 周術期及び回復期等の口腔機能管理の推進	685
⑧ 歯科衛生士による口腔機能に関する実地指導の推進	688
⑨ 歯科医師と歯科技工士の連携の推進	690
⑩ 歯科治療のデジタル化等の推進	698
⑪ 有床義歯の新たな製法に係る評価の新設	705
⑫ 歯科診療の実態に応じた評価の見直し・明確化	706
⑬ 歯科固有の技術の評価の見直し	719
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	724
① 調剤基本料の見直し	724
② 特別調剤基本料Ａの見直し	733
③ 地域支援体制加算の見直し	736
④ 調剤管理料の見直し	739
⑤ 重複投薬・相互作用等防止加算等の見直し	741
⑥ かかりつけ薬剤師の推進	745
⑦ 吸入薬管理指導加算の見直し	746
⑧ 服用薬剤調整支援料の見直し	747
⑨ 調剤報酬体系の簡素化に向けた見直し	749
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	758

① 処方箋料の見直し	758
② バイオ後続品使用体制加算の見直し	761
③ 医薬品の安定供給に資する体制に係る評価の新設	766
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	773
⑤ バイオ後続品使用促進に係る薬局体制整備の推進	776
⑥ 長期収載品の選定療養の更なる活用	783
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	785
① 実勢価格等を踏まえた検体検査等の評価の適正化	785
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	786
① 薬剤総合評価調整加算の見直し	786
② オンライン診療の適正な推進に係る評価の見直し	788
③ オンライン診療における電子処方箋の活用の推進	789
④ 残薬対策の推進に向けた処方箋様式の見直し	790
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	791
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	793
① 薬剤総合評価調整加算の見直し	793
② 病棟薬剤業務実施加算の評価の見直し	794
③ 医師と薬剤師の同時訪問の推進	797
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 ...	798
① 栄養保持を目的とした医薬品の保険給付の適正化	798
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.....	800
IV-5 外来医療の機能分化と連携	801

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

1	小児入院医療管理料 1	<u>●●点</u>	1	小児入院医療管理料 1	<u>4,807点</u>

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	<u>●●点</u>	<u>45 点</u>
2 調剤基本料 2	<u>●●点</u>	<u>29 点</u>
3 調剤基本料 3		
イ	<u>●●点</u>	<u>24 点</u>
ロ	<u>●●点</u>	<u>19 点</u>
ハ	<u>●●点</u>	<u>35 点</u>

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)

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)	<u>物価対応料（1日につき）</u>	
	<u>1 外来・在宅物価対応料</u>	
	イ 初診時	●●点
	ロ 再診時等	●●点
	ハ 訪問診療時	●●点
	<u>2 入院物価対応料</u>	
	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及び2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

- 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。
- 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 <u>●●円</u> ロ 流動食のみを提供する場合 <u>●●円</u> (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） <u>●●円</u> 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） <u>●●円</u> (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） <u>●●円</u> 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 <u>604円</u> ロ 流動食のみを提供する場合 <u>550円</u> (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） <u>398円</u> 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） <u>470円</u> (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） <u>398円</u> 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）

<u>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</u>	

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。

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実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

- 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実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。
- 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）】 １ 初診時 ●●点 ２ 再診時等 ●●点 ３ 訪問診療時 イ 同一建物居住者等以外の場合 ●●点 ロ イ以外の場合 ●●点 [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	【外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）】 １ 初診時 ６点 ２ 再診時等 ２点 ３ 訪問診療時 イ 同一建物居住者等以外の場合 28点 ロ イ以外の場合 ７点 [算定要件] 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。 2 2については、<u>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</u>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、<u>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</u>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、<u>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</u>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 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとし</u>	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、<u>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</u>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、<u>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</u>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、<u>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</u>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) (新設)

<u>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の口の所定点数に代えて、それぞれ●●点、●●点、●●点及び●●点を算定する。</u> <u>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。</u> <u>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の口の所定点数に代えて、それぞれ●●点、●●点、●●点及び●●点を算定する。</u> [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） （2）<u>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。</u> （3）（略） <u>二の二 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の注5に規定する施設基準</u> <u>継続的に賃上げを行っている保険医療機関であること。</u> 【歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）】 <table> <tr> <td>1 初診時</td> <td>●●点</td> </tr> <tr> <td>2 再診時等</td> <td>●●点</td> </tr> <tr> <td>3 歯科訪問診療時</td> <td></td> </tr> <tr> <td>イ 同一建物居住者以外の場合</td> <td>●●点</td> </tr> </table>	1 初診時	●●点	2 再診時等	●●点	3 歯科訪問診療時		イ 同一建物居住者以外の場合	●●点	（新設） （新設） [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） （2）<u>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。</u> （3）（略） （新設） 【歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）】 <table> <tr> <td>1 初診時</td> <td>10点</td> </tr> <tr> <td>2 再診時等</td> <td>2点</td> </tr> <tr> <td>3 歯科訪問診療時</td> <td></td> </tr> <tr> <td>イ 同一建物居住者以外の場合</td> <td>41点</td> </tr> </table>	1 初診時	10点	2 再診時等	2点	3 歯科訪問診療時		イ 同一建物居住者以外の場合	41点
1 初診時	●●点																
2 再診時等	●●点																
3 歯科訪問診療時																	
イ 同一建物居住者以外の場合	●●点																
1 初診時	10点																
2 再診時等	2点																
3 歯科訪問診療時																	
イ 同一建物居住者以外の場合	41点																

□ 同一建物居住者の場合 ●●点 [算定要件] 注 1 1については、<u>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。</u> 2 2については、<u>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。</u> 3 3のイについては、<u>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</u>	□ 同一建物居住者の場合 10点 [算定要件] 注 1 1については、<u>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。</u> 2 2については、<u>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。</u> 3 3のイについては、<u>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</u>

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、<u>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。</u> イ・ロ (略) 5 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準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の口の所定点数に代えて、それぞれ●●点、●●点、●●点及び●●点を算定する。</u> 6 <u>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。</u> 7 <u>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の口の所定点数に代えて、それぞれ●●点、●●点、●●点及び●●点を算定する。</u> [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、<u>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。</u> イ・ロ (略) (新設) (新設) (新設) [施設基準] 三 歯科外来・在宅ベースアップ評

<u>価料（Ⅰ）の施設基準</u> （１）（略） （２）<u>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。</u> （３）（略） <u>三の二 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の注５に規定する施設基準</u> <u>継続的に賃上げを行っている保険医療機関であること。</u> 【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 <u>●●点</u> ロ 再診時等 <u>●●点</u> ２～<u>23</u> （略） <u>24 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）24</u> イ 初診又は訪問診療を行った場合 <u>●●点</u> ロ 再診時等 <u>●●点</u> [算定要件] 注 １ <u>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。</u> ２ <u>各区分のイについては、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</u>	<u>価料（Ⅰ）の施設基準</u> （１）（略） （２）<u>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。</u> （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 <u>８点</u> ロ 再診時等 <u>１点</u> ２～<u>7</u> （略） <u>8 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）8</u> イ 初診又は訪問診療を行った場合 <u>64点</u> ロ 再診時等 <u>８点</u> [算定要件] 注 １ <u>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。</u> ２ <u>１のイ、２のイ、３のイ、４のイ、５のイ、６のイ、７のイ又は８のイについては、外来・</u>

者に対して診療を行った場合に算定する。 3 <u>各区分の口については、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。</u> 4 <u>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。</u> 5 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準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。</u> [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。 (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、<u>当該保険医療機関に勤務する職員</u>（この号において「対象	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 <u>1の口、2の口、3の口、4の口、5の口、6の口、7の口又は8の口については、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。</u> （新設） （新設） [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。）を算定していない保険医療機関であること。 (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、<u>主として医療に従事する職員</u>（<u>医師及び歯科医師を除く。</u>

職員」という。)の適切な賃金改善に必要な額の百分の五十未満であること。 (4)～(6) (略) <u>四の二 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の注5に規定する施設基準</u> <u>継続的に賃上げを行っている保険医療機関であること。</u> ※ <u>歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)についても同様。</u> 【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 2～499 (略) 500 入院ベースアップ評価料500 ●●点 [算定要件] <u>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。</u> 2 <u>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。</u>	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) (新設) 【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 2～164 (略) 165 入院ベースアップ評価料165 165点 [算定要件] <u>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。</u> (新設)

[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、<u>当該保険医療機関に勤務する職員</u>(この号において「対象職員」という。)の<u>適切な賃金改善に必要な額未滿</u>であること。 (4) <u>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。</u> (5)・(6) (略)	[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、<u>主として医療又は歯科医療に従事する職員</u>(<u>医師及び歯科医師を除く。</u>この号において「対象職員」という。)の<u>給与総額の二分三厘未滿</u>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。 <u>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。</u> (6)～(10) (略) ※ <u>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。</u>	【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。 <u>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。</u> (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 <u>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つて、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。</u> 歯科診療報酬点数表第1章第2部 入院料等 通則 9 <u>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つて、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。</u> [施設基準]	【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 （新設）

<u>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 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</u> <u>以下のいずれかを満たす保険医 療機関であること。</u> 一 <u>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。</u> 二 <u>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。</u> 三 <u>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。</u>	[施設基準] (新設)

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

A 3 1 1 - 4	●●点
A 3 1 2、A 3 1 4	●●点
A 3 1 8	●●点
A 4 0 0	●●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又は区分番号04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	【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

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。 3 <u>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。</u> 4 <u>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。</u> 5 <u>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。</u> 6 <u>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。</u> 7 <u>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。</u> 〔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。	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。 (新設) (新設) (新設) (新設) 〔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 <u>当該訪問看護ステーションに勤務する職員</u>（以下「<u>対象職員</u>」という。）がいること。 ロ （略） (2) <u>訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）</u> 次のいずれにも該当するものであること。 イ （略） ロ <u>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。</u> ハ～ホ （略） (3) <u>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</u> <u>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。</u>	イ <u>主として医療に従事する職員</u>（以下「<u>対象職員</u>」という。）が<u>勤務していること。</u> ロ （略） (2) <u>訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）</u> 次のいずれにも該当するものであること。 イ （略） ロ <u>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。</u> 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	<u>●●円</u>		区分コ	<u>●●円</u>
区分タ	<u>●●円</u>		区分エ	<u>●●円</u>
区分レ	<u>●●円</u>		区分テ	<u>●●円</u>
区分ソ	<u>●●円</u>		区分ア	<u>●●円</u>

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) 【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、<u>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。</u> 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) ※ <u>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。</u>	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、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)

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 <u>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。</u> [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） <u>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</u> 一 <u>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。</u> 二 <u>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。</u> 三 <u>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。</u> 四 <u>別表●●に定める入院料を算定する病棟であること。</u> 第十二 （略） <u>別表●●</u> 一 <u>急性期一般入院料 1</u> 二 <u>急性期一般入院料 2</u> 三 <u>急性期一般入院料 3</u> 四 <u>急性期一般入院料 4</u> 五 <u>急性期一般入院料 5</u> 六 <u>急性期一般入院料 6</u> 七 <u>急性期病院 A 一般入院料</u> 八 <u>急性期病院 B 一般入院料</u> 九 <u>7 対 1 入院基本料</u> 十 <u>10 対 1 入院基本料</u> 十一 <u>地域包括医療病棟入院料 1</u> 十二 <u>地域包括医療病棟入院料 2</u> 十三 <u>小児入院医療管理料 1</u> 十四 <u>小児入院医療管理料 2</u> 十五 <u>小児入院医療管理料 3</u> 十六 <u>小児入院医療管理料 4</u> 十七 <u>特殊疾患病棟入院料 1</u>	基本診療料の施設基準等 第一～第十 （略） （新設） 第十一 （略） （新設）

<u>十八 特殊疾患病棟入院料 2</u> <u>十九 緩和ケア病棟入院料 1</u> <u>二十 緩和ケア病棟入院料 2</u> [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） <u>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</u> <u>（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。</u> <u>ア 見守りにおける業務の効率化に資するICT機器等</u> <u>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、</u>	[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。

<u>と。</u> (6) <u>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。</u> (7) <u>毎年8月において、(1)及び(3)について、様式●により届け出ること。</u> (8) <u>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。</u>	

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、<u>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</u>、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、<u>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</u>（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。

[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

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

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。

(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入方法

(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入することができる。

ア 医師事務作業補助者が行う

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)

(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

<u>上回る配置区分について、引き続き算定していること。</u> <u>(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。</u> <u>3～5</u> (略)	<u>2～4</u> (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) <u>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。</u> <u>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。</u> (4)・(5) (略) (6) <u>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。</u> <u>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。</u> (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) (3)・(4) (略) (5) <u>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）に交付するとともに、その写しを診療録に添付するものとする。</u> (6) (略) 別添6の別紙2・別紙2の3 (本人・家族)の署名欄 ○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

知)] 20 次の場合において、ブリッジを適応する場合は、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<u>適用の可否</u>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<u>ハ</u>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) <u>イ～ハ</u> (略) (削除) [クラウン・ブリッジ維持管理料 (1装置につき)] (1)～(9) (略) (10) 「注1」の「<u>歯冠補綴物又はブリッジ</u>」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	知)] 20 次の場合において、ブリッジ又は<u>小児義歯</u>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<u>適用の有無</u>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<u>ホ</u>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。 イ M O O O－2に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料の(10)により、「<u>歯冠補綴物又はブリッジ</u>」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「<u>歯冠補綴物又はブリッジ</u>」の支台歯、隣在歯又は隣在歯及び当該「<u>歯冠補綴物又はブリッジ</u>」の支台歯を抜歯しブリッジを装着する場合 <u>ロ～ニ</u> (略) ホ M O 1 8に掲げる有床義歯の(10)により、<u>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</u> [クラウン・ブリッジ維持管理料 (1装置につき)] (1)～(9) (略) (10) 「注1」の「<u>歯冠補綴物又はブリッジ</u>」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

等（<u>う蝕、歯周病又は根尖性歯周炎が原因である場合を除く。</u>）によりやむを得ず当該「<u>歯冠補綴物又はブリッジ</u>」の支台歯、隣在歯又は隣在歯及び当該「<u>歯冠補綴物又はブリッジ</u>」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。 (11) (略) [有床義歯] (1)～(9) (略) (10) 小児義歯は<u>MO16-2に掲げる小児保険装置（「2 可撤式保険装置」に限る。</u>）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・回復が困難な小児に対する小児義歯の場合は	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「<u>歯冠補綴物又はブリッジ</u>」の支台歯、隣在歯又は隣在歯及び当該「<u>歯冠補綴物又はブリッジ</u>」の支台歯を抜歯し、ブリッジを製作する場合は、<u>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。</u>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<u>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。</u>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) [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

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。 (11)～(13) (略)	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)

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 <u>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。</u>	【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)

<u>ク</u> 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。 <u>ケ・コ</u> (略)	(新設) <u>キ・ク</u> (略)

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、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) 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。
- (8) 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。
- (9) 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] A 2 5 2 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] A 2 5 2 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。 □ <u>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。</u> (2) <u>地域医療体制確保加算 2 の施設基準</u> イ <u>(1) を満たしていること。</u> □ <u>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。</u> [施設基準（通知）] 1 地域医療体制確保加算<u>1</u>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、「<u>特定対象医師</u>」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<u>特定対象医師</u>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<u>8</u>年度においては、<u>1635 時間以下</u> イ 令和<u>9</u>年度においては、	程度有していること。 (2) <u>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。</u> (新設) [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、「<u>対象医師</u>」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<u>対象医師</u>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<u>6</u>年度においては、<u>1785 時間以下</u> イ 令和<u>7</u>年度においては、

<u>1560 時間以下</u> (5) (略) <u>2 地域医療体制確保加算 2 の施設基準</u> (1) <u>1 の (1) から (5) までを満たしていること。</u> (2) <u>「A 1 0 4」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「A 2 0 0」急性期総合体制加算を届け出ていること。</u> (3) <u>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。</u> <u>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</u> <u>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</u>	<u>1710 時間以下</u> (5) (略) (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

<u>ても良い。</u> <u>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。</u> <u>（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。</u> <u>（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。）。</u> <u>（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。</u> <u>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</u>	

等に配置されていること。	
エ 各特定診療科の術前術後の管理等に携わる看護職員について、集中治療、術後疼痛管理、呼吸ケア等、特定診療科に係る適切な研修を修了した者がいること。	

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、対象診療科の医師が、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>

● 外科医療確保特別加算

- (1) 「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」、「K526」の「3」、「K527」から「K528-3」まで、「K529」から「K529-5」

まで、「K530-2」、「K531」、「K532」の「2」から「K532-3」まで、「K640」の「2」、「K643」、「K643-2」、「K643-3」、「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」までに掲げる手術をいう。

- (2) 「通則●●」に規定する対象診療科と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をいう。
- (3) 外科医療確保特別加算は、対象診療科の医師が長時間かつ高難度な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「K528-

3」まで、「K529」から「K529-5」まで、「K530-2」、「K531」、「K532」の「2」から「K532-3」まで、「K640」の「2」、「K643」、「K643-2」、「K643-3」、「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つては、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に配慮していること。

(5) 他の保険医療機関との連携体制について、次のいずれにも該当していること。

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、当該支給額の●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、<u>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。</u> ア 休日、時間外又は深夜（以下「休日等」という。）において、<u>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。</u> 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、<u>以下のアからカまでのいずれも実施していること。</u> ア 休日、時間外又は深夜（以下「休日等」という。）において、<u>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。</u> 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。 <u>エ 夜勤時間帯に緊急呼出し当番を行う者については、医療法第二百二十三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二百二十三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。</u> <u>オ～キ （略）</u> (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、<u>（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。</u>	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。 (新設) <u>エ～カ （略）</u> (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。<u>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</u>

ア・イ （略）	<u>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。</u> 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。

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 <u>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</u>	【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

<u>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。</u>	

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。

(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。

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

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)

(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。

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)

【緩和ケア診療加算】

[施設基準（通知）]

第14 緩和ケア診療加算

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

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<u>16時間</u>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、<u>(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。</u>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<u>10時間</u>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。<u>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。</u> (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)

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。<u>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。</u> 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<u>31時間</u>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。<u>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。</u> 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	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<u>32時間</u>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

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<u>31時間</u>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。<u>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</u>	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<u>32時間</u>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<u>専任の常勤言語聴覚士</u> ウ (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、<u>ア及びイの前年の実績の合計数が2名以上であること</u>。 <u>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</u> <u>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</u>	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<u>専従の常勤言語聴覚士</u> ウ (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<u>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</u>。 (新設) (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 <u>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</u> イ <u>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</u>	【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。<u>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。</u> 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

より柔軟なり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 <u>実施単位数として18単位を標準と</u>	【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。

【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

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。この場合にあつて、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つて、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 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。

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、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

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。<u>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。</u> 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。<u>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。</u>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。	<u>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。</u> 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。<u>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。</u> 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。<u>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。</u>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

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)

※ 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

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)

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] A 3 0 4 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A D L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、A D Lの維持、向上等を目的とした評価・指導を行うこと。<u>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</u>	【地域包括医療病棟入院料】 [算定要件] A 3 0 4 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A D L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、A D Lの維持、向上等を目的とした指導を行うこと。<u>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。</u>

<u>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。</u> (削除) (削除) (削除) (削除) (削除) (削除) (削除) (削除) (削除) (削除) 【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) <u>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</u>	ア <u>「H000」心大血管疾患リハビリテーション料</u> イ <u>「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料</u> ウ <u>「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料</u> エ <u>「H002」運動器リハビリテーション料</u> オ <u>「H003」呼吸器リハビリテーション料</u> カ <u>「H004」摂食機能療法</u> キ <u>「H005」視能訓練</u> ク <u>「H007」障害児(者)リハビリテーション料</u> ケ <u>「H007-2」がん患者リハビリテーション料</u> コ <u>「H007-3」認知症患者リハビリテーション料</u> サ <u>「H008」集団コミュニケーション療法料</u> 【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) <u>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</u>

が行われることとする。 <u>(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</u> <u>(以下この項において「専従の療法士等」という。)</u>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A D L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。 [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、<u>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</u>	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。

【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。

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)

(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、<u>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。</u> ※ <u>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。</u>	(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、常時、当該病棟の入院患者の数が十（急性期病院A一般入院料にあつては七）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、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、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一般入院料にあつては十六日）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つて、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つて急性期病院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つては、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つて、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。）にあつては、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。 <u>イ 急性期総合体制加算</u>	【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、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、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、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 G A F 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、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、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、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。

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 「A 3 0 4」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) 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。
- (3) 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に関しては、(1)及び(2)の搬送件数に算入しない。ただし、以下のいずれかに該当する場合には、算入することができる。
- ア 介護保険施設が協力医療機関に連絡した結果、当該協力医療機関において受入が困難（連絡が取れなかった場合を含む。）であり救急要請した場合
 - イ 「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」に基づく救急搬送の受入れの場合
 - ウ 急性期病院A又はBで救急搬送受入後3日以内に当該協力医療機関に転院した場合
- (4) 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。
- (5) 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。
- (6) (2)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、(2)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、(2)エに該当する保険医療機関につ

いては、(2) 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 万人未満の地域（急性期病院一般入院基本料及び急性期総合体制加算の施設基準に規定するもの）

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、鱒ヶ沢町、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、金ヶ崎町
	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、七ヶ宿町、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、楡葉町、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、嬭恋村、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、長瀬町、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、青ヶ島村、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、駒ヶ根市、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、西栗倉村、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、五ヶ瀬町
	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

	曾於	曾於市、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、青ヶ島村、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(3)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)及び(2)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つては、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つては、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つて、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。 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。）にあつては、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。 〔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	た保険医療機関であつて、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。）にあつては、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

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における直近 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における直近 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) <u>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。</u> <u>ア 「救急搬送受入件数」</u> は、<u>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。</u> <u>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（救急患者応需係数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。</u> <u>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、救急患者応需係数の上限は１割とする。</u>	(新設)

(4) <u>B項目の測定日及び測定日以外の評価の取扱い</u> <u>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。</u> <u>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。</u> <u>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。</u>	(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	割合①: ●割	割合①: ●割	(新設)	(新設)

院料	●分 割合②: ●割 ●分	●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 ●分 割合②: ●割 ●分	割合①: ●割 ●分 割合②: ●割 ●分	(新設)	(新設)

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(1)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
- (10) 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
- (11) 専門病院入院基本料の七対一入院基本料 第五の六の(2)のイの④
- (12) 専門病院入院基本料の注3のイ 第五の六の(3)のイの②
- (13) 専門病院入院基本料の注3のロ 第五の六の(3)のロの②
- (14) 専門病院入院基本料の注3のハ 第五の六の(3)のハの②
- (15) 地域包括医療病棟 第九の六の四の(1)のチ
- (16) 地域包括ケア病棟入院料 第九の十一の二の(1)のハ
- (17) 特定一般病棟入院料の注7 第九の十九の(5)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）】 1 急性期総合体制加算 1 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 2 急性期総合体制加算 2 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 3 急性期総合体制加算 3 イ 7日以内の期間 ●●点 ロ 8日以上11日以内の期間 ●●点	【総合入院体制加算（１日につき）】 1 総合入院体制加算 1 260点 （新設） （新設） （新設） 2 総合入院体制加算 2 200点 （新設） （新設） （新設） 3 総合入院体制加算 3 120点 （新設） （新設）

ハ 12日以上14日以内の期間 ●●点 4 急性期総合体制加算 4 ●●点 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 ●●点 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	(新設) (新設) (新設)
注 <u>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。</u> (削除) [施設基準] 一 <u>急性期総合体制加算の施設基準</u> (1) <u>急性期総合体制加算 1 の施設基準</u> イ <u>一般病棟入院基本料（急性</u>	注 <u>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。</u> <u>A200-2 急性期充実体制加算（1日につき）</u> [施設基準] 一 <u>総合入院体制加算の施設基準</u> (1) <u>総合入院体制加算 1 の施設基準</u> イ <u>特定機能病院及び専門病院</u>

<u>期病院A一般入院料に限る。)</u>を算定する病棟を有する病院であること。 ロ <u>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。</u> ハ <u>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が十分であること。</u> ニ <u>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。</u> ホ <u>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。</u> ヘ <u>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。</u> ト <u>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。</u> (削除) チ <u>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。</u> リ <u>次のいずれにも該当すること。</u> ① <u>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。</u> ② <u>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が</u>	<u>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。</u> ロ <u>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。</u> (新設) (新設) ハ <u>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。</u> (新設) (新設) ニ <u>急性期医療に係る実績を十分有していること。</u> ホ <u>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。</u> ヘ <u>次のいずれにも該当すること。</u> ① <u>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。</u> (新設)

<u>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。</u> ③ (略) (削除) 又 <u>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。</u> ① <u>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。</u> ② <u>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。</u> ル <u>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。</u> (2) <u>急性期総合体制加算2の施設基準</u>	② (略) ト <u>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。</u> チ 次のいずれかに該当すること。 ① <u>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。</u> ② <u>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。</u> リ <u>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。</u> (2) <u>総合入院体制加算2の施設基準</u>

<u>イ</u> (1)のイ、ロ、ニからリまで及びルを満たすものであること。 (削除) <u>ロ</u> 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が<u>一定程度高い水準であること</u>。 (削除) <u>ハ</u> 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。 (3) <u>急性期総合体制加算3の施設基準</u> <u>イ</u> (1)のイ、ホからリまで及びルを満たすものであること。 <u>ロ</u> 地域において総合的かつ専	<u>イ</u> (1)のイ、ハ、ヘ及びリを満たすものであること。 <u>ロ</u> 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。 <u>ハ</u> 急性期医療に係る実績を<u>相当程度有していること</u>。 <u>ニ</u> 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。 <u>ホ</u> 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を<u>三割一分以上入院させる病棟であること</u>。 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<u>三割以上入院させる病棟であること</u>。 (3) <u>総合入院体制加算3の施設基準</u> <u>イ</u> (1)のイ、ハ及びヘを満たすものであること。 <u>ロ</u> (2)のロを満たすもので

<u>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。</u> ハ <u>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が高い水準であること。</u> ニ <u>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。</u> ホ <u>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。</u> ① <u>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。</u> ② <u>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。</u> (4) <u>急性期総合体制加算4の施設基準</u> イ <u>(1)のイ、ホからリまで及びルを満たすものであること。</u> ロ <u>(3)のロ及びニを満たすものであること。</u> ハ <u>総合的かつ専門的な急性期</u>	<u>あること。</u> ハ <u>急性期医療に係る実績を一定程度有していること。</u> ニ <u>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。</u> ホ <u>次のいずれかに該当すること。</u> ① <u>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。</u> ② <u>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。</u> (新設)

医療及び高度かつ専門的な医療に係る実績が相当程度あること。

二 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あること。

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、チ並びにリの

(新設)

①（人口20万人未満の地域で救急搬送を最も多く受け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） 【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）	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）

ナ <u>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。</u>	(新設)
(2) <u>地域包括医療病棟入院料2の施設基準</u> <u>(1)のイからネまでを満たすものであること。</u>	(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)のりの①の地域包括医療病棟に係る基準、(2)のイのうち(1)のりの①の地域包括医療病棟に係る基準、(3)のイのうち(1)のりの①の地域包括医療病棟に係る基準、(4)のイのうち(1)のりの①の地域包括医療病棟に係る基準及び(5)のホのうち(1)のりの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)のりの②に係る基準及び(4)のイのうち(1)のりの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】 [算定要件] 1 特定機能病院A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 2 特定機能病院B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	【特定機能病院入院基本料】 [算定要件] (新設) 1 一般病棟の場合 イ 7対1入院基本料 1,822点 ロ 10対1入院基本料 1,458点 2 結核病棟の場合 イ 7対1入院基本料 1,822点 ロ 10対1入院基本料 1,458点 ハ 13対1入院基本料 1,228点 ニ 15対1入院基本料 1,053点 3 精神病棟の場合 イ 7対1入院基本料 1,551点 ロ 10対1入院基本料 1,393点 ハ 13対1入院基本料 1,038点 ニ 15対1入院基本料 948点 (新設)

(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 [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	(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 (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) <u>2 十対一入院基本料の施設基準</u> (1)～(3) (略) <u>3 十三対一入院基本料の施設基準</u> (1)～(3) (略) <u>4 十五対一入院基本料の施設基準</u> (1)～(3) (略) ④ 精神病棟 <u>1 七対一入院基本料の施設基準</u> (1)～(4) (略) <u>2 十対一入院基本料の施設基準</u> (1)～(4) (略) <u>3 十三対一入院基本料の施設基準</u> (1)～(5) (略) <u>4 十五対一入院基本料の施設基準</u> (1)・(2) (略) □ <u>特定機能病院B入院基本料の施設基準</u> ① <u>通則</u> 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 <u>一般病棟</u> <u>1 七対一入院基本料の施設基準</u> イの②の1の(1)から(6)までを満たすこと。 <u>2 十対一入院基本料の施設基準</u> イの②の2の(1)から(5)までを満たすこと。 ③ <u>結核病棟</u> <u>1 七対一入院基本料の施設基準</u> イの③の1の(1)から	<u>1～4</u> (略) ② <u>十対一入院基本料の施設基準</u> <u>1～3</u> (略) ③ <u>十三対一入院基本料の施設基準</u> <u>1～3</u> (略) ④ <u>十五対一入院基本料の施設基準</u> <u>1～3</u> (略) ハ <u>精神病棟</u> ① <u>七対一入院基本料の施設基準</u> <u>1～4</u> (略) ② <u>十対一入院基本料の施設基準</u> <u>1～4</u> (略) ③ <u>十三対一入院基本料の施設基準</u> <u>1～5</u> (略) ④ <u>十五対一入院基本料の施設基準</u> <u>1・2</u> (略) (新設)

<u>(4) までを満たすこと。</u> <u>2 十対一入院基本料の施設基準</u> <u>イの③の2の(1)から(3)までを満たすこと。</u> <u>3 十三対一入院基本料の施設基準</u> <u>イの③の3の(1)から(3)までを満たすこと。</u> <u>4 十五対一入院基本料の施設基準</u> <u>イの③の4の(1)から(3)までを満たすこと。</u> <u>④ 精神病棟</u> <u>1 七対一入院基本料の施設基準</u> <u>イの④の1の(1)から(4)までを満たすこと。</u> <u>2 十対一入院基本料の施設基準</u> <u>イの④の2の(1)から(4)までを満たすこと。</u> <u>3 十三対一入院基本料の施設基準</u> <u>イの④の3の(1)から(5)までを満たすこと。</u> <u>4 十五対一入院基本料の施設基準</u> <u>イの④の4の(1)及び(4)を満たすこと。</u> <u>ハ 特定機能病院C入院基本料の施設基準</u> <u>① 通則</u> <u>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。</u> <u>② 一般病棟</u> <u>1 七対一入院基本料の施設基準</u> <u>イの②の1の(1)から(6)までを満たすこと。</u> <u>2 十対一入院基本料の施設</u>	(新設)

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

※ 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

- 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。
- 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。
- 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 of 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 of 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 of 期間 12,828点 ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理

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60日以内の期間 ●●点 (削除) 3 特定集中治療室管理料 3 イ 7日以内の期間 ●●点 ロ 8日以上60日以内の期間 ●●点 (削除) 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、必要があつ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（<u>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。）</u>）にあつては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	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 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60日以内の期間 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60日以内の期間 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 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60日以内の期間 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60日以内の期間 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、必要があつ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つては25日、臓器移植を行ったものにあつては30日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。 2～7 （略） 8 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準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。</u> [施設基準] 三 特定集中治療室管理料の施設基準等 （1） 特定集中治療室管理料の注1に規定する入院基本料の施設基準 イ 特定集中治療室管理料1の施設基準 ①～⑧ （略） ⑨ <u>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。</u> （削除）	<u>った保険医療機関に入院した患者に限る。）にあつては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つては25日、臓器移植を行ったものにあつては30日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。</u> 2～7 （略） （新設） [施設基準] 三 特定集中治療室管理料の施設基準等 （1） 特定集中治療室管理料の注1に規定する入院基本料の施設基準 イ 特定集中治療室管理料1の施設基準 ①～⑧ （略） （新設） ロ <u>特定集中治療室管理料2の施設基準</u> <u>次のいずれにも該当するものであること。</u>

(削除) (削除) (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 <u>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。</u> 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、	<u>施設基準</u> <u>次のいずれにも該当するものであること。</u> ① <u>ホを満たすものであること。</u> ② <u>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。</u> (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 <u>広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な患者以外の患者</u> ロ <u>広範囲熱傷特定集中治療管理料</u> <u>広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な患者</u> (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 <u>広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な状態</u> (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) <u>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。</u> <u>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。</u> <u>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。</u> <u>ウ 許可病床数のうち、「A 3 0 1－4」小児特定集中治療室管理料、「A 3 0 3」新生児特定集中治療室管理料、「A 3 0 2－2」新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料、「A 3 0 3」の「2」新生児集中治療室管理料、「A 3 0 3－2」新生児治療回復室入院医療管理料及び「A 3 0 7」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</u>	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)

<u>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つては、当該件数が年間で400件以上であること。</u> (削除) <u>2 特定集中治療室管理料2に関する施設基準</u> (1) <u>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。</u> (2) (略) (3) <u>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。</u> (4) <u>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</u>	<u>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</u> (1) <u>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。</u> (2) <u>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。</u> <u>3 特定集中治療室管理料3に関する施設基準</u> (1) <u>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。</u> (2) (略) (3) <u>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。</u> (新設)

(削除) <u>4～9</u> (略) <u>10</u> 特定集中治療室管理料「<u>注8</u>」に掲げる<u>広範囲熱傷管理加算の施設基準</u> (1) <u>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。</u> (2) <u>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。</u>	<u>6</u> 特定集中治療室管理料6に関する施設基準 (1) <u>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。</u> (2) <u>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。</u> <u>7～12</u> (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」の規定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つては、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〕 <u>8</u> 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) 「A 2 3 4－2」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、<u>以下のいずれかを満たしていること。</u> <u>ア 特定機能病院であること。</u> <u>イ 「A 2 0 0」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。</u> ※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〕 <u>11</u> 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) 「A 2 0 0－2」急性期充実体制加算及び「A 2 3 4－2」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。 (削除) イ～カ (略)	ア 特定集中治療室管理料 1 <u>又は特定集中治療室管理料 2</u> の届出を行っていること。 <u>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。</u> <u>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。</u> 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

- 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 A 3 0 1 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、必要があつ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)

<u>日を限度として●●点を算定する。</u> [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 イ～リ (略) <u>又 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。</u> (2) ハイケアユニット入院医療管理料2の施設基準 イ (1)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。 ロ・ハ (略) (3)・(4) (略) (5) <u>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</u> (1)のヌ又は(2)のイ((1)のヌに限る。)に掲げる基準 (6) <u>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</u> 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 <u>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。</u> 第3 ハイケアユニット入院医療管	[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 イ～リ (略) (新設) (2) ハイケアユニット入院医療管理料2の施設基準 イ (1)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) (3)・(4) (略) (新設) (新設) 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) <u>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。</u> <u>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。</u> <u>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。</u> <u>ウ 許可病床数のうち、「A 3 0 1－4」小児特定集中治療室管理料、「A 3 0 3」新生児特定集中治療室管理料、「A 3 0 2－2」新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料、「A 3 0 3」の「2」新生児集中治療室管理料、「A 3 0 3－2」新生児治療回復室入院医療管理料及び「A 3 0 7」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</u>	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つては、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】 １ 救命救急入院料 １ イ ３日以内の期間 ●●点 ロ ４日以上７日以内の期間 ●●点 ハ ８日以上 ●●点 ２ 救命救急入院料 ２ イ ３日以内の期間 ●●点 ロ ４日以上７日以内の期間 ●●点 ハ ８日以上 ●●点 (削除)	【救命救急入院料】 １ 救命救急入院料 １ イ ３日以内の期間 10,268点 ロ ４日以上７日以内の期間 9,292点 ハ ８日以上 7,934点 ２ 救命救急入院料 ２ イ ３日以内の期間 11,847点 ロ ４日以上７日以内の期間 10,731点 ハ ８日以上 9,413点 ３ 救命救急入院料 ３ イ 救命救急入院料 (１) ３日以内の期間 10,268点 (２) ４日以上７日以内の期間 9,292点 (３) ８日以上 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

(削除) 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（<u>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。）</u>）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	(2) <u>4日以上7日以内の期間</u> 9,292点 (3) <u>8日以上60日以内の期間</u> 8,356点 4 <u>救命救急入院料 4</u> イ <u>救命救急入院料</u> (1) <u>3日以内の期間</u> 11,847点 (2) <u>4日以上7日以内の期間</u> 10,731点 (3) <u>8日以上14日以内の期間</u> 9,413点 ロ <u>広範囲熱傷特定集中治療管理料</u> (1) <u>3日以内の期間</u> 11,847点 (2) <u>4日以上7日以内の期間</u> 10,731点 (3) <u>8日以上14日以内の期間</u> 9,413点 (4) <u>15日以上60日以内の期間</u> 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（<u>救命救急入院料 3 及び救命救急入院料 4 に限る。</u>）に従い、14日（別に厚生労働大臣が定める状態の患者（<u>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。</u>））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。 2～11 （略） <u>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。</u> [施設基準] 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 イ 救命救急入院料1の施設基準 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。 ④ （略） ⑤ <u>三の（1）の口の④を満たすものであること。</u> ⑥ （略） 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	（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つては25日、臓器移植を行ったものにあつては30日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。 2～11 （略） （新設） [施設基準] 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 イ 救命救急入院料1の施設基準 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四又はその端数を増すごとに一以上であること。 ④ （略） ⑤ <u>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。</u> ⑥ （略） ロ 救命救急入院料2の施設基準 次のいずれにも該当するも

のであること。 ① <u>イの①、②、④及び⑥を満たすものであること。</u> ② <u>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。</u> (削除) (削除) ③ <u>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。</u> (削除) (削除) (削除)	のであること。 ① <u>イの①から④までを満たすものであること。</u> ② <u>次のいずれかに該当すること。</u> 1 <u>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。</u> 2 <u>三の(1)のハの①から④までを満たすものであること。</u> (新設) ハ <u>救命救急入院料 3 の施設基準</u> <u>次のいずれにも該当するものであること。</u> ① <u>イを満たすものであること。</u> ② <u>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。</u> ニ <u>救命救急入院料 4 の施設基準</u> <u>次のいずれにも該当するものであること。</u> ① <u>ロを満たすものであること。</u> ② <u>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。</u> (2) <u>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</u> <u>イ 救命救急入院料</u>

(削除) (2)～(9) (略) (10) <u>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</u> <u>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。</u> 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<u>専任</u>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 (削除)	<u>広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な患者以外の患者</u> <u>□ 広範囲熱傷特定集中治療管理料</u> <u>広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な患者</u> (3) <u>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</u> <u>広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な状態</u> (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<u>勤務</u>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 (6) <u>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</u>

(削除) (6)・(7) (略)	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り。）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。 (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。 (8)・(9) (略)

<u>(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。</u> 2 救命救急入院料 2 に関する施設基準 <u>(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。</u> <u>(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</u>	(新設) 2 救命救急入院料 2 に関する施設基準 救命救急入院料 1 の (1) から (5) まで及び (8) ならびに (9) の施設基準を満たすほか、<u>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。</u> (新設)

<u>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。</u> (3) <u>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。</u> (削除)	(新設) 3 <u>救命救急入院料3に関する施設基準</u> (1) <u>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。</u> (2) <u>当該保険医療機関に広範</u>

(削除) 3～10 (略) 11 <u>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</u> (1) <u>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。</u> (2) <u>当該保険医療機関に広範囲熱傷特定集中治療を担当す</u>	<u>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。</u> 4 <u>救命救急入院料4に関する施設基準</u> (1) <u>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。</u> (2) <u>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。</u> 5～12 (略) (新設)

<u>る常勤の医師が勤務している</u> <u>こと。</u>	

【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) <u>脳卒中の治療について、相当の実績を有していること。</u> (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) <u>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。</u> (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つては、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（１日につき） 1 地域包括医療病棟入院料 1 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 イ 入院料 1 ●●点 ロ 入院料 2 ●●点 ハ 入院料 3 ●●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病棟を有する保険医療機関におい	【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） 3,050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。 <u>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。</u> [施設基準] (1) 地域包括医療病棟入院料<u>1</u>の施設基準 イ～ネ (略) ナ <u>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。</u> (2) 地域包括医療病棟入院料<u>2</u>の施設基準 <u>(1)のイからネまでを満たすものであること。</u> (3)～(11) (略)	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。 (新設) [施設基準] (1) 地域包括医療病棟入院料の施設基準 イ～ネ (略) (新設) (新設) (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、<u>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。</u>この場合において、区分番号 A 2 3 3 - 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 <u>リハビリテーション・栄養・口腔連携加算 1</u> ●●点 ロ <u>リハビリテーション・栄養・口腔連携加算 2</u> ●●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、<u>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。</u>この場合において、区分番号 A 2 3 3 - 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 A D L 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<u>1</u>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。 又 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。 又 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)

【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－⑩】

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つては、●●点）	1 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 <u>2,229 点</u> （生活療養を受ける場合にあつては、 <u>2,215 点</u> ）
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つては、●●点）	2 回復期リハビリテーション病棟入院料 2 <u>2,166 点</u> （生活療養を受ける場合にあつては、 <u>2,151 点</u> ）
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つては、●●点）	3 回復期リハビリテーション病棟入院料 3 <u>1,917 点</u> （生活療養を受ける場合にあつては、 <u>1,902 点</u> ）
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つては、●●点）	4 回復期リハビリテーション病棟入院料 4 <u>1,859 点</u> （生活療養を受ける場合にあつては、 <u>1,845 点</u> ）
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つては、●●点）	5 回復期リハビリテーション病棟入院料 5 <u>1,696 点</u> （生活療養を受ける場合にあつては、 <u>1,682 点</u> ）
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つては、●●点）	6 回復期リハビリテーション入院医療管理料 <u>1,859 点</u> （生活療養を受ける場合にあつては、 <u>1,845 点</u> ）

[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。 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 B 0 0 1 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。）、<u>区分番号 B 0 0 7 に掲げる退院前訪問指導料</u>、区分番号 B 0 1 1－6 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 B 0 0 1 の 34 に掲げる二次性骨折予防継続管理料（口に限る。）、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（<u>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</u> 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 B 0 0 1 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。）、<u>区分番号 B 0 1 1－6 に掲げる栄養情報連携料</u>（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 B 0 0 1 の 34 に掲げる二次性骨折予防継続管理料（口に限る。）、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。 <u>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。</u> <u>５</u> 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	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。 （新設） <u>４</u> 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<u>超えて算定する場合、100分の●●に相当する点数を算定する。</u> 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、<u>評価にあたってはFIMを用いることが望ましい。</u>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。 (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。<u>なお、評価にあたってはFIMを用いることが望ましい。</u>	っては、1年)を<u>限度として算定する。</u> 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。

[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。 三 (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 <u>重症の患者の三割以上が退院時に日常生活機能又は F I M が改善していること。</u> 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) 三 <u>重症の患者の三割以上が退</u>

ホ・ヘ (略) <u>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。</u> <u>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。</u> <u>リ (2) のワを満たすものであること。</u> (5) 回復期リハビリテーション病棟入院料4の施設基準 <u>イ (4) のイからトまで及びリを満たすものであること。</u> <u>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。</u> (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 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。 ハ・ニ (略) (削除) (8)・(9) (略) <u>(10) 回復期リハビリテーション強化体制加算の施設基準</u> <u>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。</u> <u>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。</u> <u>ハ 退院前訪問指導について、</u>	<u>院時に日常生活機能又はFIMが改善していること。</u> ホ・ヘ (略) (新設) <u>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。</u> <u>チ (2) のカを満たすものであること。</u> (5) 回復期リハビリテーション病棟入院料4の施設基準 <u>(4) のイからヘまでを満たすものであること。</u> (新設) (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 イ (略) 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) <u>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。</u> (8)・(9) (略) (新設)

<u>十分な実績を有していること。</u> <u>二 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。</u> 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 <u>●●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。）</u>、<u>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。）</u>又は<u>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。）</u>をいう。以下この項において同じ。）が新規入院患者のうち <u>●●割以上</u>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、<u>土曜日、休日</u>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	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) <u>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</u>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） (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

ーションが提供される患者に対し、<u>土曜日、休日</u>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。 【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。 【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)	ンが提供される患者に対し、<u>休日</u>の1日当たりリハビリテーション提供単位数も平均<u>2</u>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<u>五割</u>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<u>四十</u>以上であること。 【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）の口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２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 <u>区分番号A 2 1 2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。）</u> 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脾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 <u>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</u> 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	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脾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

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。) <u>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。)</u> <u>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。)</u> <u>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</u>	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。）

二 対象となる処置等 （削除）

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

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

(1) <u>感染症の治療に係る処置</u> <u>肺炎に対する治療</u> <u>尿路感染症に対する治療</u> <u>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。）</u> <u>頻回の嘔吐に対する治療（発熱を伴う状態に限る。）</u> <u>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。）</u> (2) <u>創傷の治療に係る処置及び器具の管理等を伴う処置</u> <u>褥瘡に対する治療（皮膚層の部分的喪失が認められる場</u>	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。) （新設） （新設）

<u>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。)</u> <u>末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療</u> <u>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</u> <u>中心静脈栄養（広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻又は急性膵炎を有する患者以外を対象として、中心静脈栄養を開始した日から三十日を超えて実施するものに限る。)</u> <u>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</u> <u>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。)</u> (3) <u>その他の処置</u> <u>一日八回以上の喀痰吸引</u> <u>頻回の血糖検査</u> <u>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。)</u> <u>せん妄に対する治療</u> <u>うつ症状に対する治療</u> (4) <u>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。)</u>	(新設) (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<u>六割</u>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<u>五割</u>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。

【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－⑬

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 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	【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

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）

【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－⑭】

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。

- 7.「令和6年度診療報酬改定による恒常的な感染症対応への見直しを踏まえた新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の取扱い等について」(令和6年3月5日厚生労働省保険局医療課事務連絡)に示された、抗ウイルス剤（新型コロナウイルス感染症の効能又は効果を有するものに限る。）に係る取扱いについて、令和8年5月31日をもって終了する。

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。 ※ <u>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</u> 【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	【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、<u>別表第五及び別表第五の一の二</u>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 一 (略) 二 (略) (削除) (削除) 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	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 一 (略) 二 (略) 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。）、H I F—P H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 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 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

一 <u>緩和ケア病棟入院料に含まれない除外薬剤・注射薬</u> <u>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。）</u> <u>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。）</u> <u>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。）</u> 二 <u>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</u>	<u>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</u> <u>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。）</u> <u>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。）</u> <u>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。）</u> （新設） （新設）

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
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。）

H I F—P H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。）

J A K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 <u>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まれない除外薬剤・注射薬</u> <u>別表第五の一の二の一及び二に定める薬剤</u> <u>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。）</u> <u>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。）</u> （削除）	（新設） <u>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</u> <u>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</u>

(削除)	<u>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。）</u> <u>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</u> <u>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。）</u> <u>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。）</u> <u>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。）</u> <u>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。）</u> <u>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。）</u>
(削除)	<u>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</u> <u>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。）</u> <u>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に限る。）</u>

【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 <u>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。）</u> 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	<u>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。）</u> <u>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。）</u> <u>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。）</u> <u>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。）</u> 【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

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 <u>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。）</u> 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（<u>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。</u>）	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 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（<u>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。</u>）

【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A一般入院料又は急性期病院B一般入院料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：〔当該医療機関の所屬地域における担当患者数〕／〔当該医療機関の所屬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）~~。 <u>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）</u> <u>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）。</u> 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〕~~ <u>〔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〕</u> ※ 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）

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
がん	がんの地域連携体制への評価 (0. 5P)	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〕		
	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)	「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)	・「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)	
脳卒中	脳卒中の急性期の診療実績への評価	・ 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		

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 のいずれかが算定されている症例の診療実績により評価		
精神疾患	精神科入院医療への評価	・ A230-3精神科身体合併症管理加算の算定実績 (0.5P) ・ A311-3精神科救急・合併症入院料の1件以上の算定実績 (1P)		
災害	災害時における医療への体制を評価	・ 災害拠点病院の指定 (0.5P) ・ DMATの指定 (0.25P) ・ EMISへの参加 (0.25P) ・ BCPの策定（災害拠点病院に指定されている場合を除く） (0.25P)		
周産期	周産期医療への体制を評価	「総合周産期母子医療センターの指定」、「地域周産期母子医療センターの指定」を評価（いずれかで1P）	・ 「総合周産期母子医療センターの指定」を重点的に評価（1P） ・ 「地域周産期母子医療センターの指定」は0.5P	
へき地	へき地の医療への体制を評価	・ 「へき地医療拠点病院の指定かつ巡回診療、医師派遣、代診医派遣を合算で年12回以上実施していること」又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていることを評価（いずれかで1P） ・ 「へき地医療拠点病院の指定（巡回診療、医師派遣、代診医派遣を合算で年12回以上実施している場合を除く）」を評価（0.5P）		

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

評価項目	概要	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
臓器提供の実施	法的脳死判定後の臓器提供に係る実績を評価	過去3カ年において、法的脳死判定後の臓器提供の実績が1件以上（1P）	・過去3カ年において、法的脳死判定後の臓器提供の実績が2件以上（1P） ・過去3カ年において、法的脳死判定後の臓器提供の実績が1件以上（0.5P）	
		<u>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）</u>		
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）
<u>地域の需要変動への応答性</u>	<u>地域の需要変動へ柔軟に対応できる体制を評価</u>	<u>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）</u>		

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>

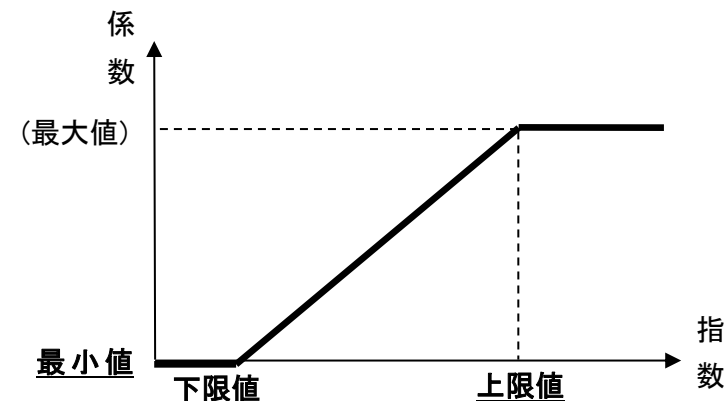
具体的な設定	指数		係数	評価の考え方
	上限値	下限値	最小値	
効率性	97.5%tile 値	2.5%tile 値(※1)	0	群ごとに評価
複雑性	97.5%tile 値	2.5%tile 値	0	群ごとに評価
カバー率	1.0	0	0	群ごとに評価
地域医療(定量)	1.0(※2)	0	0	群ごとに評価(※4)
(体制)	1.0	0	0	
救急補正	97.5%tile 値	0(※3)	0	全群共通で評価

※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 2 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、異なる上限値を設定する。

※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 特定病院群にあつては 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 特定病院群にあつては 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 特定病院群にあつては 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 2 短期滞在手術等基本料 3 (4泊5日までの場合) イ D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合 イ 安全精度管理下で行うもの ●●点 (生活療養を受ける場合にあっては、●●点) ロ D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合 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 D 2 3 7-2 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 D 2 8 7 内分泌負荷試験 1 下垂体前葉負荷試験 イ 成長ホルモン (GH) (一連として) ●●点 (生活療養を受ける場合にあっては、●●点) ホ D 2 9 1-2 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 D 4 1 3 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 K 0 0 7-2 経皮的放射線	(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 D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合 イ 安全精度管理下で行うもの 9,537点 (生活療養を受ける場合にあっては、9,463点) ロ D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合 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 D 2 3 7-2 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 D 2 8 7 内分泌負荷試験 1 下垂体前葉負荷試験 イ 成長ホルモン (GH) (一連として) 9,194点 (生活療養を受ける場合にあっては、9,120点) ホ D 2 9 1-2 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 D 4 1 3 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 K 0 0 7-2 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 K O 3 0 四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術 7 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 K O 4 6 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 K O 4 8 骨内異物(挿入物を含む。)除去術 6 前腕骨内異物(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 K O 4 8 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 K O 4 8 骨内異物(挿入物を含む。)除去術 10 手根骨内異物(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 K O 4 8 骨内異物(挿入物を含む。)除去術 11 中手骨内異物(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 K O 3 0 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 K O 4 6 骨折観血的手術 2 前腕、下腿、手舟状骨(手舟状骨に限る。) 36,240点 (生活療養を受ける場合にあっては、36,166点) ヌ K O 4 8 骨内異物(挿入物を含む。)除去術 3 前腕、下腿(前腕に限る。) 19,082点 (生活療養を受ける場合にあっては、19,008点) ル K O 4 8 骨内異物(挿入物を含む。)除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他(鎖骨に限る。) 20,549点 (生活療養を受ける場合にあっては、20,475点) ヲ K O 4 8 骨内異物(挿入物を含む。)除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他(手に限る。) 14,893点 (生活療養を受ける場合にあっては、14,819点) (新設)

<u>カ</u> 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つては、●●点) <u>コ</u> 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つては、●●点) <u>ク</u> 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つては、●●点) <u>ケ</u> 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つては、●●点) <u>セ</u> 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つては、●●点) <u>ソ</u> 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つては、●●点) <u>ネ</u> 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つては、●●点) <u>ナ</u> 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つては、●●点) <u>ル</u> K219 眼瞼下垂症手術	<u>ワ</u> 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つては、13,579点) <u>カ</u> 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つては、17,964点) <u>コ</u> 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つては、32,063点) <u>ケ</u> 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つては、8,589点) <u>セ</u> 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つては、13,916点) <u>ソ</u> 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つては、6,450点) <u>ツ</u> 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つては、14,351点) <u>ネ</u> 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つては、10,926点) <u>ナ</u> 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 K 2 1 9 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 K 2 1 9 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） ヅ K 2 2 4 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 K 2 2 4 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 K 2 4 2 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 K 2 4 2 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 K 2 4 2 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 K 2 4 2 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 K 2 1 9 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 K 2 1 9 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 K 2 2 4 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） ヅ K 2 2 4 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 K 2 4 2 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 K 2 4 2 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 K 2 4 2 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 K 2 4 2 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 K 2 5 4 治療的角膜切除術 1 エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は带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つては、●●点） フ K 2 5 4 治療的角膜切除術 1 エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は带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つては、●●点） コ K 2 6 8 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術（片側） ●●点 （生活療養を受ける場合にあつては、●●点） エ K 2 6 8 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術（両側） ●●点 （生活療養を受ける場合にあつては、●●点） テ K 2 8 2 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 □ その他のもの（片側） ●●点 （生活療養を受ける場合にあつては、●●点） ア K 2 8 2 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 □ その他のもの（両側） ●●点 （生活療養を受ける場合にあつては、●●点） サ K 2 8 2 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合（片側） ●●点	マ K 2 5 4 治療的角膜切除術 1 エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は带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つては、16,674点） ケ K 2 5 4 治療的角膜切除術 1 エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は带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つては、28,390点） フ K 2 6 8 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術（片側） 34,516点 （生活療養を受ける場合にあつては、34,442点） コ K 2 6 8 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術（両側） 67,946点 （生活療養を受ける場合にあつては、67,872点） エ K 2 8 2 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 □ その他のもの（片側） 17,457点 （生活療養を受ける場合にあつては、17,383点） テ K 2 8 2 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 □ その他のもの（両側） 31,685点 （生活療養を受ける場合にあつては、31,611点） ア K 2 8 2 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つては、●●点) <u>キ</u> K 2 8 2 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つては、●●点) <u>ユ</u> K 3 1 8 鼓膜形成手術 ●●点 (生活療養を受ける場合にあつては、●●点) <u>メ</u> K 3 3 3 鼻骨骨折整復固定術 ●●点 (生活療養を受ける場合にあつては、●●点) <u>ミ</u> K 3 8 9 喉頭・声帯ポリープ切除術 2 直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの ●●点 (生活療養を受ける場合にあつては、●●点) <u>シ</u> K 4 7 4 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つては、16,610点) <u>エ</u> K 4 7 4 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つては、●●点) <u>ヒ</u> K 6 1 6 - 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つては、●●点) <u>モ</u> K 6 1 6 - 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つては、14,827点) <u>サ</u> K 2 8 2 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つては、25,339点) <u>キ</u> K 3 1 8 鼓膜形成手術 31,981点 (生活療養を受ける場合にあつては、31,907点) <u>ユ</u> K 3 3 3 鼻骨骨折整復固定術 16,988点 (生活療養を受ける場合にあつては、16,914点) <u>メ</u> K 3 8 9 喉頭・声帯ポリープ切除術 2 直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの 24,709点 (生活療養を受ける場合にあつては、24,635点) <u>ミ</u> K 4 7 4 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つては、16,610点) <u>シ</u> K 4 7 4 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つては、22,830点) <u>エ</u> K 6 1 6 - 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つては、25,939点) (新設)

(生活療養を受ける場合にあつては、●●点) セ K 6 1 6 - 4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 2 1 の実施後3月以内に実施する場合 ●●点 (生活療養を受ける場合にあつては、●●点) ス K 6 1 7 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つては、●●点) ン K 6 1 7 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つては、●●点) イイ K 6 1 7 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つては、●●点) イロ K 6 1 7 - 2 大伏在静脈抜去術 ●●点 (生活療養を受ける場合にあつては、●●点) イハ K 6 1 7 - 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つては、●●点) イニ K 6 1 7 - 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つては、●●点) イホ K 6 3 3 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つては、●●点)	ヒ K 6 1 6 - 4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 2 1 の実施後3月以内に実施する場合 26,057点 (生活療養を受ける場合にあつては、25,983点) モ K 6 1 7 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つては、20,292点) セ K 6 1 7 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つては、8,188点) ス K 6 1 7 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つては、9,184点) ン K 6 1 7 - 2 大伏在静脈抜去術 20,829点 (生活療養を受ける場合にあつては、20,755点) イイ K 6 1 7 - 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つては、19,294点) イロ K 6 1 7 - 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つては、20,405点) イハ K 6 3 3 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つては、31,840点)

は、<u>●●点</u>) <u>イヘ</u> K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア (3歳以上6歳未満に限る。) <u>●●点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、<u>●●点</u>) <u>イト</u> K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア (6歳以上15歳未満に限る。) <u>●●点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、<u>●●点</u>) <u>イチ</u> K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア (15歳以上に限る。) <u>●●点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、<u>●●点</u>) <u>イリ</u> K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側) (3歳未満に限る。) <u>●●点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、<u>●●点</u>) <u>イヌ</u> K 6 3 4 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。) <u>●●点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、<u>●●点</u>) <u>イル</u> K 6 3 4 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。) <u>●●点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、<u>●●点</u>) <u>イロ</u> K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側) (15歳以上に限る。) <u>●●点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、<u>●●点</u>) <u>イワ</u> K 7 2 1 内視鏡的大腸ポ	は、<u>31,840点</u>) <u>イニ</u> K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア (3歳以上6歳未満に限る。) <u>24,786点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、<u>24,712点</u>) <u>イホ</u> K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア (6歳以上15歳未満に限る。) <u>21,023点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、<u>20,949点</u>) <u>イヘ</u> K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア (15歳以上に限る。) <u>24,147点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、<u>24,073点</u>) <u>イト</u> K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側) (3歳未満に限る。) <u>63,751点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、<u>63,677点</u>) <u>イチ</u> K 6 3 4 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。) <u>50,817点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、<u>50,743点</u>) <u>イリ</u> K 6 3 4 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。) <u>37,838点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、<u>37,764点</u>) <u>イヌ</u> K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側) (15歳以上に限る。) <u>49,389点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、<u>49,315点</u>) <u>イル</u> K 7 2 1 内視鏡的大腸ポ

リープ・粘膜切除術 1 長径 2センチメートル未満 ●●点 (生活療養を受ける場合にあつては、●●点) イカ K 7 2 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 2 長径 2センチメートル以上 ●●点 (生活療養を受ける場合にあつては、●●点) イヨ K 7 4 3 痔核手術(脱肛を含む。) 2 硬化療法(四段階注射法によるもの) ●●点 (生活療養を受ける場合にあつては、●●点) イタ K 7 4 7 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術(肛門ポリープ切除術に限る。) ●●点 (生活療養を受ける場合にあつては、●●点) イレ K 7 4 7 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術(肛門尖圭コンジローム切除術に限る。) ●●点 (生活療養を受ける場合にあつては、●●点) イソ K 7 6 8 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つては、●●点) イツ K 8 2 3-6 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つては、●●点) イネ K 8 3 4-3 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つては、12,506点) イカ K 7 2 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 2 長径 2センチメートル以上 16,153点 (生活療養を受ける場合にあつては、16,079点) イワ K 7 4 3 痔核手術(脱肛を含む。) 2 硬化療法(四段階注射法によるもの) 10,386点 (生活療養を受ける場合にあつては、10,312点) イカ K 7 4 7 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術(肛門ポリープ切除術に限る。) 10,017点 (生活療養を受ける場合にあつては、9,943点) イヨ K 7 4 7 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術(肛門尖圭コンジローム切除術に限る。) 7,617点 (生活療養を受ける場合にあつては、7,543点) イタ K 7 6 8 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つては、25,628点) イレ K 8 2 3-6 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つては、23,755点) イソ K 8 3 4-3 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つては、●●点) <u>イナ</u> K 8 6 7 子宮頸部(腔部)切除術 ●●点 (生活療養を受ける場合にあつては、●●点) <u>イラ</u> K 8 7 2-3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術 1 電解質溶液利用のもの ●●点 (生活療養を受ける場合にあつては、●●点) <u>イム</u> K 8 7 2-3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術 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つては、●●点) <u>イウ</u> K 8 7 2-3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術 3 その他のもの ●●点 (生活療養を受ける場合にあつては、●●点) <u>イヰ</u> K 8 7 3 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 1 電解質溶液利用のもの ●●点 (生活療養を受ける場合にあつては、●●点) <u>イノ</u> K 8 7 3 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つては、●●点) <u>イオ</u> K 8 9 0-3 腹腔鏡下卵管形成術 ●●点 (生活療養を受ける場合にあつては、●●点)	(生活療養を受ける場合にあつては、21,450点) <u>イツ</u> K 8 6 7 子宮頸部(腔部)切除術 15,253点 (生活療養を受ける場合にあつては、15,179点) <u>イネ</u> K 8 7 2-3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術 1 電解質溶液利用のもの 22,099点 (生活療養を受ける場合にあつては、22,025点) (新設) <u>イナ</u> K 8 7 2-3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術 3 その他のもの 18,115点 (生活療養を受ける場合にあつては、18,041点) <u>イラ</u> K 8 7 3 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 1 電解質溶液利用のもの 36,674点 (生活療養を受ける場合にあつては、36,600点) <u>イム</u> K 8 7 3 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つては、32,464点) <u>イウ</u> K 8 9 0-3 腹腔鏡下卵管形成術 100,243点 (生活療養を受ける場合にあつては、100,169点)

イク MOO1-2 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 7 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

イキ MOO1-2 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 K 2 5 4 治療的角膜切除術 1 エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィ一又は帯状角膜変性に係るものに限る。）（片側）
 ●●点

ヌ K 2 6 8 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術（片側）
 ●●点

ル K 2 8 2 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 □ その他のもの（片側）
 ●●点

ヲ K 6 1 6－4 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 K 6 1 6－4 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 K 6 1 6－4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 2 1の実施後3月以内に実施する場合
 ●●点

ヨ K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法（一連として）
 ●●点

タ K 6 1 7－4 下肢静脈瘤 血管内焼灼術
 ●●点

レ K 6 1 7－6 下肢静脈瘤 血管内塞栓術
 ●●点

ソ K 7 2 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径2センチメートル未満
 ●●点

ツ K 7 4 3 痔核手術（脱肛を含む。） 2 硬化療法

(<u>四段階注射法によるもの</u>) ●●点 ネ <u>K 7 4 7 肛門良性腫瘍、 肛門ポリープ、肛門尖圭コン ジローム切除術（肛門ポリー プ切除術に限る。）</u> ●●点 ナ <u>K 7 4 7 肛門良性腫瘍、 肛門ポリープ、肛門尖圭コン ジローム切除術（肛門尖圭コ ンジローム切除術に限る。）</u> ●●点 ラ <u>K 8 2 3－6 尿失禁手術 （ボツリヌス毒素によるも の）</u> ●●点 <u>4・5</u> （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。 四 <u>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。</u> <u>五</u> （略）	<u>3・4</u> （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 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。 （新設） <u>四</u> （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]		[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。		(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・患者ケア体制充実加算（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、<u>看護補助・患者ケア体制充実加算３</u>の例により所定点数に加算する。 イ <u>看護補助・患者ケア体制充実加算１</u> 80点 ロ <u>看護補助・患者ケア体制充実加算２</u> 65点 ハ <u>看護補助・患者ケア体制充実加算３</u> 55点 ※ <u>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。</u>	【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、<u>看護補助体制充実加算３</u>の例により所定点数に加算する。 イ <u>看護補助体制充実加算１</u> 80点 ロ <u>看護補助体制充実加算２</u> 65点 ハ <u>看護補助体制充実加算３</u> 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

- 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] 別表第六の二 厚生労働大臣が定める地域 (削除) 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 <u>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</u> 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 <u>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</u> 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 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 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 八 岩手県花巻市、北上市、遠野市	[施設基準] 別表第六の二 厚生労働大臣が定める地域 一 <u>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</u> 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 (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 (新設) 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 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 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 七 岩手県花巻市、北上市、遠野市

及び西和賀町の地域 <u>九 岩手県大船渡市、陸前高田市及び住田町の地域</u> (削除) 十 岩手県久慈市、普代村、野田村及び洋野町の地域 <u>十一 岩手県二戸市、軽米町、九戸村及び一戸町</u> <u>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</u> <u>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</u> <u>十四 埼玉県秩父市、横瀬町、皆野町、長瀬町及び小鹿野町</u> <u>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</u> <u>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</u> <u>十七 新潟県佐渡市の地域</u> <u>十八 石川県輪島市、珠洲市、穴水町及び能登町の地域</u> <u>十九 福井県大野市及び勝山市の地域</u> <u>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</u> (削除) (削除) 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 <u>二十三 三重県尾鷲市、熊野市、紀北町、御浜町及び紀宝町</u> (削除) 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	及び西和賀町の地域 <u>八 岩手県大船渡市、陸前高田市及び住田町の地域</u> <u>九 岩手県宮古市、山田町、岩泉町及び田野畑村の地域</u> 十 岩手県久慈市、普代村、野田村及び洋野町の地域 (新設) <u>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</u> <u>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</u> (新設) <u>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</u> <u>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</u> <u>十五 新潟県佐渡市の地域</u> <u>十六 石川県輪島市、珠洲市、穴水町及び能登町の地域</u> <u>十七 福井県大野市及び勝山市の地域</u> <u>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</u> <u>十九 長野県木曽郡の地域</u> <u>二十 長野県大町市及び北安曇野郡の地域</u> 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 (新設) <u>二十三 滋賀県長浜市及び米原市の地域</u> 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

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

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 A 2 ●●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 A 2 ●●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、美瑛市、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、鱒ヶ沢町、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、金ヶ崎町
	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、七ヶ宿町、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、楡葉町、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、長瀬町、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、青ヶ島村、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、駒ヶ根市、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、五ヶ瀬町
	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
	曾於	曾於市、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 <u>●●点</u>	【離島加算】 離島加算 <u>18点</u>

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 <u>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。</u> ※ <u>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。</u>	【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。 (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、<u>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。</u> 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、<u>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。</u> (3) <u>(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</u>	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、<u>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。</u> 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、<u>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。</u> (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)

【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) (略)

(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。

(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。

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

(3)・(4) (略)

【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) (略)

(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。

(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) 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 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。<u>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。</u> <u>(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。</u> <u>(4)・(5) (略)</u>	<u>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。</u> (新設) <u>(3)・(4) (略)</u>

【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 A 3 0 4 に掲げる地域包括医療病棟入院料又は区分番号 A 3 0 8 - 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 A 1 0 0 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。 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 （1）介護老人保健施設から入院した患者の場合 ① <u>緊急入院した患者の場合</u> ●●点 ② ①の患者以外の患者の場合 ●●点 （2）介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者の場合 ① <u>緊急入院した患者の場合</u> ●●点 ② ①の患者以外の患者の場合 ●●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、	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） 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 <u>救急搬送された患者又は他の保険医療機関で区分番号C004-2に掲げる救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者であって、入院初日から当該病棟に入院した患者の場合</u> 580点 ② ①の患者以外の患者の場合 480点 （2）介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者の場合 ① <u>救急搬送された患者又は他の保険医療機関で区分番号C004-2に掲げる救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者であって、入院初日から当該病棟に入院した患者の場合</u> 480点 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、

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。）、<u>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、</u>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

- 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 <u>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</u> ●●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）

- 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 <u>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</u>	【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收受し、誘引その他の財産上の利益を收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～二 (略) <u>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收受していないこと。</u> ヘ (略) (2) 入退院支援加算 2 に関する施設基準 イ～ハ (略) <u>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收受していないこと。</u> ホ (略) (3) 入退院支援加算 3 に関する施設基準 イ・ロ (略) <u>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收受していないこと。</u>	【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～二 (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 <u>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</u>	【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) <u>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。</u> ※ <u>特定入院料の施設基準等においても同様。</u> 【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) <u>第35の6 (1) 木の規定について、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。</u> <u>なお、これらを踏まえ、面会に関する規定を策定すると</u>	【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) (新規)

<u>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。</u> ※ <u>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。</u>	

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<u>入退院支援部門</u>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。 <u>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。</u>	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】

<u>注 1</u> 別に厚生労働大臣が定める施設基準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。 <u>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。</u>	<u>注</u> 別に厚生労働大臣が定める施設基準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 B 0 0 5 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 B 0 0 5 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。 <u>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 B 0 0 5 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。</u>	(新設)

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） <u>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。</u> 1 通則 <u>(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</u>	【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。

【Ⅱ－２－２ 円滑な入退院の実現－④】

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

- 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】 <u>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）</u> ●●点 <u>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）</u> ●●点 〔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	【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） <u>120点</u> （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）

〔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。

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。

<u>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</u> <u>(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。</u> <u>(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。</u> <u>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</u>	(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<u>アからエまで又は2の(3)の<u>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。</u></u> ※ <u>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</u>	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<u>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。</u>

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、入院退院支援加算(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、入院退院支援加算(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（口に限る。）、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

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

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（口に限る。）、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

（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。

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

[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)

(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

<u>患者が2人以下であること。</u> <u>(イ)・(ロ) (略)</u> <u>(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。</u> <u>(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。</u>	

【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－②】

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。

【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－④】

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の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） <u>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。</u> （５） <u>以下に掲げる届出を行っていることが望ましい。</u> イ <u>区分番号A001の注13</u>	【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）

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

- 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。
- 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、<u>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</u>	【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。 【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、<u>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。</u> 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（<u>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</u>	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、<u>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。</u> 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（<u>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</u>

来緩和ケア管理料、<u>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</u>、<u>区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料</u>、<u>区分番号B001の29に掲げる乳腺炎重症化予防ケア・指導料</u>、<u>区分番号B001の34に掲げる二次性骨折予防継続管理料</u>、<u>区分番号B001の36に掲げる下肢創傷処置管理料</u>、<u>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</u>、<u>区分番号B001-2-4に掲げる地域連携夜間・休日診療料</u>、<u>区分番号B001-2-6に掲げる救急外来医学管理料</u>、<u>区分番号B001-2-8に掲げる外来放射線照射診療料</u>、<u>区分番号B001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料</u>、<u>区分番号B001-3-2に掲げるニコチン依存症管理料</u>、<u>区分番号B001-9に掲げる療養・就労両立支援指導料</u>、<u>区分番号B005-6に掲げるがん治療連携計画策定料</u>、<u>区分番号B005-6-2に掲げるがん治療連携指導料</u>、<u>区分番号B005-7に掲げる認知症専門診断管理料</u>、<u>区分番号B005-7-3に掲げる認知症サポート指導料</u>、<u>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</u>、<u>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</u>、<u>区分番号B006に掲げる救急救命管理料</u>、<u>区分番号B009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）</u>、<u>区分番号B009-2に掲げる電子的診療情報評価料</u>、<u>区分番号B010に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）</u>、<u>区分番号B010-2に掲げる診</u>	番号B005の14に掲げるプログラム医療機器等指導管理料、<u>区分番号B009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）</u>、<u>区分番号B009-2に掲げる電子的診療情報評価料</u>、<u>区分番号B010に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）</u>、<u>区分番号B010-2に掲げる診療情報連携共有料</u>、<u>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。</u>

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、<u>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。</u>）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） <u>（●）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</u> <u>インスリン製剤</u> <u>グルカゴン様ペプチド-1受容体アゴニスト</u> <u>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</u>	[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） （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 詳細不明の慢性気管支炎 その他の慢性閉塞性肺疾患 肺気腫 喘息 喘息発作重積状態 気管支拡張症 <u>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。）</u> 胃炎及び十二指腸炎 肝疾患（経過が慢性なものに限る。） 慢性ウイルス肝炎 アルコール性慢性膵炎 その他の慢性膵炎 思春期早発症 性染色体異常 アナフィラキシー ギラン・バレー症候群	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 その他の慢性閉塞性肺疾患 肺気腫 喘息 喘息発作重積状態 気管支拡張症 <u>胃潰瘍</u> <u>十二指腸潰瘍</u> 胃炎及び十二指腸炎 肝疾患（経過が慢性なものに限る。） 慢性ウイルス肝炎 アルコール性慢性膵炎 その他の慢性膵炎 思春期早発症 性染色体異常 アナフィラキシー 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、適切な服薬管理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、<u>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</u>	【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、<u>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</u>

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) <u>認知症を有する患者等の場合</u> ●●点 (2) <u>その他の慢性疾患等を有する患者の場合</u> ●●点 ロ 地域包括診療加算 2 (1) <u>認知症を有する患者等の場合</u> ●●点 (2) <u>その他の慢性疾患等を有する患者の場合</u> ●●点 (削除) 14～20 (略) [算定要件] (11) 地域包括診療加算	<u>いないものに限る。)</u>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 28点 (新設) (新設) ロ 地域包括診療加算 2 21点 (新設) (新設) 13 <u>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。)</u>において、<u>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。)</u>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、<u>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。</u> イ <u>認知症地域包括診療加算 1</u> 38点 ロ <u>認知症地域包括診療加算 2</u> 31点 14～20 (略) [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。 イ <u>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。</u> （イ） <u>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。</u> （ロ） <u>認知症以外の1以上の疾病（疑いを除く。）を有するもの。</u> （ハ） <u>同月に、当該保険医療機関において以下のいずれの</u>	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、<u>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。</u> イ <u>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。</u> （新設） （新設） （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）

オ 当該患者に対し、以下の指

ウ・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)～(ハ) (略) (二) 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「<u>連携薬局</u>」という。）と連携していること。<u>連携薬局</u>については、<u>24時間対応できる体制を整えている薬局</u>であること。ただし、<u>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いことも差し支えない。</u> ②～⑤ (略) (ホ)～(ル) (略) カ～サ (略) シ <u>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。</u> (削除) 〔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、<u>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。</u>	導、服薬管理等を行うこと。 (イ)～(ハ) (略) (二) 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<u>24時間対応できる体制を整えている薬局</u>（以下「<u>連携薬局</u>」という。）と連携していること。 ②～⑤ (略) (ホ)～(ル) (略) カ～サ (略) (新設) (12) <u>認知症地域包括診療加算</u> 〔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、<u>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</u>

ロ～二 （略） （２） （略） 【地域包括診療料】 1 地域包括診療料 1 イ <u>認知症を有する患者等の場合</u> ●●点 ロ <u>その他の慢性疾患等を有する患者の場合</u> ●●点 2 地域包括診療料 2 イ <u>認知症を有する患者等の場合</u> ●●点 ロ <u>その他の慢性疾患等を有する患者の場合</u> ●●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（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。 2～3 （略） [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	<u>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。</u> ロ～二 （略） （２） （略） 【地域包括診療料】 1 地域包括診療料 1 <u>1,660点</u> （新設） （新設） 2 地域包括診療料 2 <u>1,600点</u> （新設） （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、<u>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</u>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） [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、<u>複数の慢性疾患を有する患者</u>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。 (2) <u>「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。</u>なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病（6疾病のうち<u>いずれか</u>）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。 (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。 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<u>場合に限り、院外処方</u>を行うことを可能とする。 <u>(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。</u> 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。<u>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</u>	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) <u>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。</u>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<u>2つ</u>）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、<u>「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。</u> (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。 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<u>薬局に対して院外処方</u>を行うことを可能とする。 (新設) <u>(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。</u>

<u>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。</u> ② (略) (ロ) <u>当該病院において、以下の対応を行うこと。</u> 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。 (イ) <u>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。</u> (ロ)～(ホ) (略) カ～ス (略) (6)～(11) (略) (12) <u>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。</u> [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	(ロ) (略) (ハ) <u>病院において院外処方を行う場合は、以下の通りとする。</u> 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。 (イ) <u>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。</u> (ロ)～(ホ) (略) カ～ス (略) (6)～(11) (略) (新設) [施設基準] 四の八 地域包括診療料の施設基準 (1) 地域包括診療料1の施設基準

イ 当該保険医療機関において、<u>慢性疾患</u>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。 ロ～ニ （略） 【認知症地域包括診療料】 (削除) (削除) [算定要件] (削除)	イ 当該保険医療機関において、<u>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</u>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） 【認知症地域包括診療料】 1 <u>認知症地域包括診療料 1</u> 1,681点 2 <u>認知症地域包括診療料 2</u> 1,613点 [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においても、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、<u>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</u>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、<u>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</u>	【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

陰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。

[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。

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。

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。

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

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]

(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、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 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 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、<u>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。</u> 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 (ロ) アで情報提供した処方内容のうち、内服薬の種類数 ※ <u>地域包括診療料についても同様。</u>	た<u>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。</u> 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<u>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</u> (ロ) アで情報提供した処方内容のうち、内服薬の種類数

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 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準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</u>	【地域包括診療料】 [算定要件] 注1～3 (略) (新設)

<u>所定点数に加算する。</u> [施設基準] 四の八 地域包括診療料の施設基準 (3) <u>地域包括診療料の注4に規定する施設基準</u> 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。 ※ <u>地域包括診療加算についても同様。</u>	[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つては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)

※ <u>地域包括診療料についても同 様。</u>	

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

- 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。	【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 時間外対応体制加算 1 <u>●●点</u>	イ 時間外対応加算 1 <u>5点</u>
ロ 時間外対応体制加算 2 <u>●●点</u>	ロ 時間外対応加算 2 <u>4点</u>
ハ 時間外対応体制加算 3 <u>●●点</u>	ハ 時間外対応加算 3 <u>3点</u>
ニ 時間外対応体制加算 4 <u>●●点</u>	ニ 時間外対応加算 4 <u>1点</u>

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 <u>●●点</u> [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 <u>100点</u> [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。<u>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。</u> 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 <u>１ 小児口腔機能管理料 1</u> <u>●●点</u>	【小児口腔機能管理料】 小児口腔機能管理料 <u>60点</u> （新設）

<u>2 小児口腔機能管理料 2 ●●点</u> 〔算定要件〕 注 1 区分番号 B 0 0 0 - 4 に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号 B 0 0 2 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、<u>口腔機能発達不全症の 18 歳未満の患者</u>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。 <u>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。</u> <u>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。</u> <u>4 ～ 6 (略)</u> <u>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、特に情報通信機器を用いた歯科診療を行うことが必要と認められるもの（過去に小児口腔機能管理料を算定した患者に限る。）に対して、小児口腔機能管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、<u>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。</u></u> 【口腔機能管理料】 口腔機能管理料	(新設) 〔算定要件〕 注 1 区分番号 B 0 0 0 - 4 に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号 B 0 0 2 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、<u>口腔機能の発達不全を有する 18 歳未満の児童</u>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。 (新設) (新設) <u>2 ～ 4 (略)</u> <u>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、特に情報通信機器を用いた歯科診療を行うことが必要と認められるもの（過去に小児口腔機能管理料を算定した患者に限る。）に対して、小児口腔機能管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、<u>53 点を算定する。</u></u> 【口腔機能管理料】 口腔機能管理料 60 点

1 <u>口腔機能管理料 1</u> ●●点 2 <u>口腔機能管理料 2</u> ●●点 注 1 区分番号 B 0 0 0 - 4 に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号 B 0 0 2 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、<u>口腔機能低下症の患者</u>に対して、<u>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、月 1 回に限り算定する。</u> 2 <u>1 については、D 0 0 2 - 6 に掲げる口腔細菌定量検査（2 に限る。）、D 0 1 1 - 2 に掲げる咀嚼能力検査（1 に限る。）、D 0 1 1 - 3 に掲げる咬合圧検査（1 に限る。）、D 0 1 1 - 5 に掲げる口腔粘膜湿润度検査又は D 0 1 2 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。</u> 3 <u>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。</u> 4 ~ 6 （略） 7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、特に情報通信機器を用いた歯科診療を行うことが必要と認められるもの（過去に口腔機能管理料を算定した患者に限る。）に対して、口腔機能管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて	（新設） （新設） 注 1 区分番号 B 0 0 0 - 4 に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号 B 0 0 2 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、<u>口腔機能の低下を来しているもの</u>に対して、<u>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、月 1 回に限り算定する。</u> （新設） （新設） 2 ~ 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、特に情報通信機器を用いた歯科診療を行うことが必要と認められるもの（過去に口腔機能管理料を算定した患者に限る。）に対して、口腔機能管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて

行った場合は、<u>1又は2の所定</u> <u>点数に代えて、それぞれ●●点</u> <u>又は●●点を算定する。</u>	行った場合は、所定点数に代え て、<u>53点</u>を算定する。

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																		
【<u>歯周病継続支援治療</u>】 歯周病<u>継続支援治療</u> <table><tr><td>1</td><td>1 歯以上10歯未満</td><td>●●点</td></tr><tr><td>2</td><td>10歯以上20歯未満</td><td>●●点</td></tr><tr><td>3</td><td>20歯以上</td><td>●●点</td></tr></table> 〔算定要件〕 注1 一連の歯周病治療終了後、<u>継続支援が必要な患者</u>に対し、<u>歯周組織の状態維持又は重症化予防を目的として、</u>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「<u>歯周病継続支援治療</u>」という。）を開始した場合	1	1 歯以上10歯未満	●●点	2	10歯以上20歯未満	●●点	3	20歯以上	●●点	【<u>歯周病安定期治療</u>】 歯周病<u>安定期治療</u> <table><tr><td>1</td><td>1 歯以上10歯未満</td><td><u>200点</u></td></tr><tr><td>2</td><td>10歯以上20歯未満</td><td><u>250点</u></td></tr><tr><td>3</td><td>20歯以上</td><td><u>350点</u></td></tr></table> 〔算定要件〕 注1 一連の歯周病治療終了後、<u>一時的に病状が安定した状態にある患者</u>に対し、<u>歯周組織の状態を維持するための</u>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「<u>歯周病安定期治療</u>」という。）を開始した場合は、	1	1 歯以上10歯未満	<u>200点</u>	2	10歯以上20歯未満	<u>250点</u>	3	20歯以上	<u>350点</u>
1	1 歯以上10歯未満	●●点																	
2	10歯以上20歯未満	●●点																	
3	20歯以上	●●点																	
1	1 歯以上10歯未満	<u>200点</u>																	
2	10歯以上20歯未満	<u>250点</u>																	
3	20歯以上	<u>350点</u>																	

は、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<u>歯周病継続支援治療</u>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<u>継続支援治療</u>の治療間隔の短縮が必要とされる場合又は区分番号 B 0 0 0 - 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<u>継続支援治療</u>を開始した場合は、この限りでない。 3 区分番号 B 0 0 0 - 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<u>継続支援治療</u>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<u>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。</u> 5 歯周病<u>継続支援治療</u>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<u>継続支援治療</u>は算定できない。	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<u>安定期治療</u>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<u>安定期治療</u>の治療間隔の短縮が必要とされる場合又は区分番号 B 0 0 0 - 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<u>安定期治療</u>を開始した場合は、この限りでない。 3 区分番号 B 0 0 0 - 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<u>安定期治療</u>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歯周病<u>安定期治療</u>を実施した場合は、<u>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。</u> 5 歯周病<u>安定期治療</u>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<u>安定期治療</u>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。 <u>7 歯周病重症化予防治療を算定した月は算定できない。</u> 【歯周病重症化予防治療】 <u>歯周病重症化予防治療</u>

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 <u>かかりつけ薬剤師指導料</u> 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 <u>かかりつけ薬剤師包括管理料</u> 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者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 <u>イ かかりつけ薬剤師が行った場合</u> ●●点 <u>ロ イ以外の場合</u> ●●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] <u>注 1</u> 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。

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對し、患者又はその家族等の求めに應じて、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對し、患者又はその家族等の求めに應じて、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）

<u>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。</u> 15 (略) 16 <u>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。</u> 17 (略) (削除)	11 (略) 12 <u>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。</u> 13 (略) 14 <u>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。</u>

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 <u>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</u> <u>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。</u>

【服薬管理指導料】 <u>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</u> (1) <u>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。</u> (2) <u>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。</u> [施設基準（通知）] (削除)	【服薬管理指導料】 (新設) [施設基準（通知）] <u>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</u> <u>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</u> <u>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。</u> (1) <u>以下に掲げる勤務経験を有していること。</u> <u>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。</u> <u>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。</u> <u>ウ 施設基準の届出時点にお</u>

【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 <u>次の１及び２に該当する保険薬局であること。</u> １ 以下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） 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	<u>いて、当該保険薬局に継続して１年以上在籍している。</u> （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ィ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）] （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

<u>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。</u> <u>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。</u> <u>（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ィ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。</u>	

【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」にあつては、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」にあつては、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)

(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。

(10)～(31) (略)

【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

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)

(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)

【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、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

<u>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。</u> 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。 <u>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</u> <u>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</u> <u>（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。</u> <u>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</u> <u>イ 緊急その他やむを得ない事情がある患者</u> <u>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</u> <u>（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</u>	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。 （新設） （新設） （新設） （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。

- （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。

〔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。）

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。

- （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（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 A 〇 〇 〇 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<u>3月に1回に限り算定する。</u> (削除) (削除)	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<u>月1回に限り算定する。</u> <u>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。</u> <u>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</u>

2 <u>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<u>3月に1回</u>に限り算定する。</u> 3 <u>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</u>	<u>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。</u> 4 <u>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。</u> （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

5 <u>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 A 0 0 0 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。</u> 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。 イ <u>診療所又は許可病床数が 200 床未満の病院</u> ロ <u>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。）</u>、<u>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</u>	<u>た場合にあっては、月 1 回）に限り算定する。</u> （新設） 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 <u>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。</u> （新設） （新設）

<u>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。)</u>又は<u>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。)</u> (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 イ <u>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。</u> ロ <u>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。</u> (削除) (削除) (削除)	(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 <u>次のいずれかに係る届出を行っていること。</u> イ <u>区分番号A001の注12に規定する地域包括診療加算</u> ロ <u>区分番号B001—2—9に掲げる地域包括診療料</u> ハ <u>区分番号B001—2—11に掲げる小児かかりつけ診療料</u> ニ <u>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。)</u> ホ <u>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。)</u>

(削除) (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)	(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。） (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) (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。	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。) (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。<u>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。</u> 3 <u>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</u>	【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）

<u>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。</u> <u>利用者の心身の状況等を踏まえ、</u> <u>ずに一律に指定訪問看護の日数、</u> <u>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。)</u><u>を定めることや、</u> <u>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。</u> <u>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。</u> <u>5 (略)</u> <u>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</u>	(新設) <u>3 (略)</u> <u>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。</u>

と。 <u>7</u> (略)	<u>5</u> (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】 （適正な手続きの確保） <u>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。</u> （健康保険事業の健全な運営の確保） <u>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</u>	【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】 （新設） （新設）

<u>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。</u> <u>（経済上の利益の提供による誘引の禁止）</u> 第五条の四 指定訪問看護事業者 <u>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。</u> 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。 <u>（特定の主治の医師及び特定の事業者等への誘導の禁止）</u> 第五条の五 指定訪問看護事業者 <u>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收受してはならない。</u> 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 <u>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。</u> (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。<u>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。</u> 一 <u>訪問看護記録書</u> 二 <u>訪問看護指示書</u> 三 <u>訪問看護計画書</u> 四 <u>訪問看護報告書</u> 五 <u>市町村等に対する情報提供書</u> 六 <u>市町村等との連絡調整に関する記録</u>	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】 <u>（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）</u> <u>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。</u> 二 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

<u>に規定する指定居宅介護支援事業者</u> <u>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</u> <u>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</u> <u>※ 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。</u>	

【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、<u>在宅医療充実体制加算</u>、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、<u>在宅緩和ケア充実診療所・病院加算</u>、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。

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。

【在宅時医学総管理料】

[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

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 □・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 <u>在宅医療充実体制加算</u> (1) 単一建物診療患者が1人の場合 ●●点 (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 ●●点 (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 ●●点 (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 ●●点 (5) (1)から(4)まで以外の場合 ●●点 □・ハ (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、<u>在宅医療充実体制加算</u>、<u>在宅療養実績加算1</u>又は<u>在宅療養実績加算2</u>として、<u>●●点</u>、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）	場合 75点 □・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 <u>在宅緩和ケア充実診療所・病院加算</u> (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 □・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、<u>在宅緩和ケア充実診療所・病院加算</u>、<u>在宅療養実績加算1</u>又は<u>在宅療養実績加算2</u>として、<u>150点</u>、110点又は75点を、それぞれ更に所定点数に加算する。 【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）<u>在宅医療充実体制加算の施設基準</u> 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。 第14の2 在宅療養支援病院 2 往診料の加算等の適用 （2）<u>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</u> 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。	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）<u>在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の施設基準</u> <u>在宅緩和ケア</u>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）<u>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</u> 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）

【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－C₂₆ A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、在宅時医学総管理料、施設入居時等医学総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、在宅時医学総管理料、施設入居時等医学総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。

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）

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つては、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。

④～⑫ （略）

ロ 次のいずれの基準にも該当するものであること。

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

第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては二百八十床）未満の病院に限る。）と地域における在宅療養の支援に係る連携体制を構築している保険医療機関である診療所であって、次のいずれの基準にも該当するものであること。

イ・ロ （略）

ハ 当該連携体制を構成する他の保険医療機関との連携により、患家の求めに応じて、二十四時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。ただし、基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する診療所にあつては、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。

二～ヨ （略）
(新設)

<u>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つては、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。</u> (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<u>ア</u>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つて別に厚生労働大臣が定めるもの」である。 (1) (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つて別に厚生労働大臣が定めるもの」である。 (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、診療所にあつては以下のいずれかの要件、病院にあつては第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、診療所にあつては以下の要件、病院にあつては第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 <u>業務継続計画の策定及び定期的な見直しを行うこと。</u> 〔経過措置〕 <u>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。</u> ※ <u>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。</u>	【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 <u>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。</u> 【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	【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〕 <u>(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</u> <u>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。</u>	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者に提供していること。 ニ 当該診療所において、患者の求めに応じて、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等をあらかじめ指定し、その連絡先を文書で患者に提供していること。 ニ 当該診療所において、患者の求めに応じて、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つては、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。

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つて別に厚生労働大臣が定めるもの」である。

- （１）診療所であつて、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）

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つては、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）

- 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つて別に厚生労働大臣が定めるもの」である。

- （１）診療所であつて、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の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の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。

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。

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

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の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の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。

<u>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。</u> エ～ツ （略） （２）・（３） （略） ※ <u>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。</u>	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、<u>３月に３回</u>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、<u>月１回</u>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、<u>３月に３回に限り</u>、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、<u>３月に３回に限り</u>、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。 ※ <u>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。</u> 【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。 ※ <u>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。</u>	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、<u>3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。</u> 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、<u>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。</u> 【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、<u>2月に2回に限り第1款の所定点数に加算する。</u>

【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

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管理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 <u>並びにオンライン資格確認及び電子処方箋システム等</u> 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。<u>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</u>	【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 <u>及びオンライン資格確認</u>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。<u>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。</u>

<u>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。</u> (ハ)～(ル) (略) カ～サ (略) ※ <u>地域包括診療料についても同様。</u>	(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) <u>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。</u>	【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、<u>服薬状況</u>、<u>病歴</u>、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、<u>服薬状況（残薬の状況を含む。）</u>、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。<u>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</u>	【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、<u>病歴</u>、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、<u>介護の状況</u>、<u>家屋の構造等の家庭環境</u>、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。

<u>用者に対し調剤を行う保険薬局</u> <u>に情報を提供することが望まし</u> <u>い。</u>	

【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。 <u>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</u>	【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。

<u>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、常勤でなくとも差し支えない。</u>	

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

14 <u>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。</u> 15～20 （略） [算定留意事項] (9) <u>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。</u>	<u>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。</u> (新設) 15～20 （略） [算定留意事項] (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】

[施設基準通知] 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。 ア <u>以下のいずれかに該当すること。</u> (イ) <u>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。</u> (ロ) <u>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。</u> (ハ) <u>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。</u> (ニ) <u>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。</u> イ～オ (略) カ 以下のいずれかに該当すること。 (イ)～(ハ) (略) (二) <u>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</u>	[施設基準通知] 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。 ア <u>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。</u> (新設) (新設) (新設) (新設) イ～オ (略) カ 以下のいずれかに該当すること。 (イ)～(ハ) (略) (新設)

る。）、退院時共同指導料 <u>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。</u> (削除) ク (略) (2) (略)	キ <u>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。</u> (イ) <u>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。</u> (ロ) <u>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。</u> (ハ) <u>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。</u> ク (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、<u>歯科訪問診療に関する実績を有すること。</u> 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 <u>以下のいずれかに該当すること。</u> (イ) <u>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。</u> (ロ) <u>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。</u> (ハ) <u>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。</u> (ニ) <u>研修歯科医を受け入れて</u>	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、<u>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。</u> 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 <u>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。</u> (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)

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。

(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。

(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。

(削除)

イ～カ (略)

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。

(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。

(新設)

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、

ク・ケ (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。 ア <u>以下のいずれかに該当すること。</u> (イ) <u>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。</u> (ロ) <u>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。</u> イ～エ (略)	<u>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。</u> (ハ) <u>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。</u> 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。 ア <u>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。</u> (新設) (新設) 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	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 ●●点	3 1及び2以外の場合 295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。	4・5 (略)
5・6 (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 <u>在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料4</u> ●●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。 2 2については、当該保険医療機関の<u>歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が</u>、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。 3 3については、当該保険医療機関の<u>歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が</u>、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。 4 4については、当該保険医療機関の<u>歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が</u>、<u>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</u>	限り算定する。 2 2については、当該保険医療機関の<u>歯科医師が</u>、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<u>歯科医師が</u>、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。 (新設)

<u>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。</u> <u>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。</u>	(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、 <u>在宅薬学総合体制加算１として、●●点</u> （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、 <u>当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数</u> （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● <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準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。)</u>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 <u>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</u> ●●点 ロ <u>イ以外の場合</u> ●●点 [施設基準] 五の三 <u>在宅薬学総合体制加算1の施設基準</u> 次のいずれにも該当する保険薬局であること。 (1) <u>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。</u> (2) <u>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。</u> (削除)	10に相当する点数) を所定点数に加算する。 イ <u>在宅薬学総合体制加算1</u> 15点 ロ <u>在宅薬学総合体制加算2</u> 50点 (新設) [施設基準] 五の三 <u>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</u> (1) <u>在宅薬学総合体制加算1の施設基準</u> 次のいずれにも該当する保険薬局であること。 イ <u>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。</u> ロ <u>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。</u> (2) <u>在宅薬学総合体制加算2の</u>

● <u>在宅薬学総合体制加算 2 の施設基準</u> <u>次のいずれにも該当する保険薬局であること。</u> イ <u>五の三の（１）に該当すること。</u> ロ <u>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。</u> ハ <u>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。</u> 五の五 <u>在宅薬学総合体制加算の 1 及び 2 に規定する患者</u> （１）～（５） （略） [施設基準（通知）] 第95 <u>在宅薬学総合体制加算</u> 1 <u>在宅薬学総合体制加算 1 に関する施設基準</u> （１） （略） （２） <u>直近 1 年間に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。）</u>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む）	<u>施設基準</u> <u>イ・ロ</u> （略） （新設） 五の五 <u>在宅薬学総合体制加算に規定する患者</u> （１）～（５） （略） [施設基準（通知）] 第95 <u>在宅薬学総合体制加算</u> 1 <u>在宅薬学総合体制加算 1 に関する施設基準</u> （１） （略） （２） <u>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。）</u>。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、<u>区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料</u>で規定される患者1人当たりの同一月内の算定回数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) (8) <u>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。</u> 2 在宅薬学総合体制加算2に関する施設基準 (1) (略) (2) <u>次のいずれかを満たすこと。</u> ア <u>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</u>	月内の算定回数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) (新設) 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。

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

(2) 次のア又はイを満たす保険薬局であること。

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。

<u>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。</u> <u>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。</u> <u>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。</u> <u>（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。</u> （削除） （5） （略）	（新設） <u>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。</u> （3） <u>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。</u> （4） <u>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。</u> （5） （略）

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) <u>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。</u>	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

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 <u>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。</u> イ <u>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</u> （１） <u>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</u>	【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 <u>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。</u> イ <u>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</u> （新設）

が指定訪問看護を行う場合 <u>(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</u> □ <u>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</u> <u>(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</u> <u>(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</u> ※ <u>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。</u>	(新設) □ 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) (新設)

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) の口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) の口をいう。

- 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。 ※ <u>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。</u>	【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 (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 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 (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] 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。 2～12 （略） [施設基準]	2,500円 （新設） （新設） （新設） （新設） [算定要件] 注1 指定訪問看護を行うにつき安全な提供体制が整備されている訪問看護ステーション（1のイ、ロ及びハ並びに2のイ及びロについては、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションに限る。）であって、利用者に対して訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っているものが、当該利用者に係る訪問看護計画書及び訪問看護報告書並びに精神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） [施設基準]

六 訪問看護管理療養費の基準 (1)～(3) (略) (削除) (削除) (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) (5)・(8) (略)	六 訪問看護管理療養費の基準 (1)～(3) (略) (4) <u>訪問看護管理療養費1の基準</u> <u>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。</u> <u>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。</u> <u>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。</u> (5) <u>訪問看護管理療養費2の基準</u> <u>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。</u> (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) (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 <u>9 人以下</u>	【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 (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 (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 (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 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 (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 (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 (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 (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 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	① 週3日目まで 2,780円 ② 週4日目以降 3,280円 (新設) (新設) (新設) 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 (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 (新設) (新設) (新設) 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 2,780円

(3) <u>同一日に 10 人以上 19 人以下</u> ① <u>1 月当たり 20 日目まで</u> ●●円 ② <u>1 月当たり 21 日目以降</u> ●●円 (4) <u>同一日に 20 人以上 49 人以下</u> ① <u>1 月当たり 20 日目まで</u> ●●円 ② <u>1 月当たり 21 日目以降</u> ●●円 (5) <u>同一日に 50 人以上</u> ① <u>1 月当たり 20 日目まで</u> ●●円 ② <u>1 月当たり 21 日目以降</u> ●●円	(新設) (新設) (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。

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。<u>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る。</u> 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<u>9人以下</u>	【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。 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 <u>4,000円</u>

(3) 同一建物内 10 人以上 19 人以下 <u>●●円</u> (4) 同一建物内 20 人以上 49 人以下 <u>●●円</u> (5) 同一建物内 50 人以上 <u>●●円</u> □ 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 <u>●●円</u> ② 1 月当たり 21 日目以降 <u>●●円</u> (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 <u>●●円</u> ② 1 月当たり 21 日目以降 <u>●●円</u> (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 <u>●●円</u> ② 1 月当たり 21 日目以降 <u>●●円</u> (5) 同一建物内 50 人以上 ① 1 月当たり 20 日目まで <u>●●円</u> ② 1 月当たり 21 日目以降 <u>●●円</u> 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	(新設) (新設) (新設) □ 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 <u>7,200 円</u> (新設) (新設) (新設) (新設) (新設) (新設) 8～11 (略) 【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

- (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

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
3,400円

(新設)

(4) <u>同一建物内 20 人以上 49 人以下</u> ●●円 (5) <u>同一建物内 50 人以上</u> ●●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の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 <u>9 人以下</u> ●●円 (3) <u>同一建物内 10 人以上 19 人以下</u> ●●円 (4) <u>同一建物内 20 人以上 49 人以下</u> ●●円 (5) <u>同一建物内 50 人以上</u> ●●円 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の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 <u>9 人以下</u> ●●円 ③ <u>同一建物内 10 人以上 19 人以下</u> ●●円 ④ <u>同一建物内 20 人以上 49 人以下</u> ●●円 ⑤ <u>同一建物内 50 人以上</u> ●●円 (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 <u>9 人以下</u> ●●円 ③ <u>同一建物内 10 人以上</u> ●●円	(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の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 <u>2,700 円</u> (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の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 <u>2,700 円</u> (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 <u>5,400 円</u> (新設)

<u>19 人以下</u> ●●●円 ④ <u>同一建物内 20 人以上</u> <u>49 人以下</u> ●●●円 ⑤ <u>同一建物内 50 人以上</u> ●●●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 <u>9 人以下</u> ●●●円 ③ <u>同一建物内 10 人以上</u> <u>19 人以下</u> ●●●円 ④ <u>同一建物内 20 人以上</u> <u>49 人以下</u> ●●●円 ⑤ <u>同一建物内 50 人以上</u> ●●●円	(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 9,000 円 (新設) (新設) (新設)
※ <u>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。</u> 【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。 2 (ハを除く。)については、<u>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</u>	【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 <u>及び 2</u> (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、<u>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。</u>

る。	
イ 同一建物内 2 人	(新設)
2,100 円	
ロ 同一建物内 3 人以上 9 人以下	(新設)
(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	(新設)
(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	(新設)
(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	(新設)
(1) 1 月当たり 15 日目まで	
●●円	
(2) 1 月当たり 16 日目以降	
●●円	
14 1 (ハを除く。)について	(新設)
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	
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 <u>同一建物内 10 人以上 19 人</u> <u>以下</u> (1) <u>1 月当たり 15 日目まで</u> ●●円 (2) <u>1 月当たり 16 日目以降</u> ●●円 ニ <u>同一建物内 20 人以上 49 人</u> <u>以下</u> (1) <u>1 月当たり 15 日目まで</u> ●●円 (2) <u>1 月当たり 16 日目以降</u> ●●円 ホ <u>同一建物内 50 人以上</u> (1) <u>1 月当たり 15 日目まで</u> ●●円 (2) <u>1 月当たり 16 日目以降</u> ●●円 15 (略) ※ <u>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。</u>	14 (略)

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)	0 4 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 訪問看護時間が 90 分以上	●●円
	ニ 訪問看護時間が 90 分以上で別に厚生労働	
	大臣が定める場合	●●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 訪問看護時間が 90 分以上	●●円
	ニ 訪問看護時間が 90 分以上で別に厚生労働	
	大臣が定める場合	●●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 訪問看護時間が 90 分以上	●●円
	ニ 訪問看護時間が 90 分以上で別に厚生労働	
	大臣が定める場合	●●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、24時間の対応体制で、計画的又は随時の対応による頻回の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単一建物に居住する利用者の人数に従い、いずれかを算定する。
- (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、日中及び夜間帯（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、2 及び 3 のハ又はニ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り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指定訪問看護

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) 指定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) 包括型訪問看護療養費の１、２及び３のハ又はニを算定する利用者に対しては、当該訪問看護ステーションにおいて、夜間帯（午後６時から午前８時までをいう。）の対応を行う看護職員の数は、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１、２及び３のハ又はニを算定する利用者の数の合計が３１以上８０以下の場合には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、計画的な指定訪問看護を実施しているか、随時の指定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。

【Ⅱ－６ 人口・医療資源の少ない地域への支援－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。

【Ⅱ－６ 人口・医療資源の少ない地域への支援－②】

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－６ 人口・医療資源の少ない地域への支援－③】

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。

【Ⅱ－６ 人口・医療資源の少ない地域への支援－④】

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。

【Ⅱ－７－１ 業務の効率化に資する ICT、AI、IoT 等の利活用の推進－①】

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。

【Ⅱ－８ 医師の地域偏在対策の推進－②】

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 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) <u>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。</u> [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) <u>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。</u>	【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)

※ <u>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。</u>	

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、<u>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</u>	【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、<u>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</u>

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。 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<u>6月</u>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、<u>●●点</u>を所定点数に加算する。 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<u>●●点</u>又は<u>●●点</u>を算定する。	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<u>3月</u>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、<u>50点</u>を所定点数に加算する。 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<u>696点</u>又は<u>348点</u>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 <u>健康診断、検診及び予防接種等</u> （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 <u>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</u>	【通則】 〔算定要件（通知）〕 ＜通則＞ １～１２ （略） （新設） （新設）

<u>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。</u>	
<u>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。</u>	（新設）
<u>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。</u>	（新設）
<u>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。</u>	（新設）

※ <u>歯科においても同様の改定を行う。</u>	

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 STEM 7 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 <u>128列以上のマルチスライス型の機器による場合</u>	【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 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おいて	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

に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
【K O 4 6 骨折観血的手術】 1 肩甲骨骨折観血的手術 ●●●点 2 上腕骨骨折観血的手術 ●●●点 3 大腿骨骨折観血的手術 ●●●点 4 前腕骨骨折観血的手術 ●●●点 5 下腿骨骨折観血的手術 ●●●点 6 手舟状骨骨折観血的手術 ●●●点 7 鎖骨骨折観血的手術 ●●●点 8 膝蓋骨骨折観血的手術 ●●●点 9 手根骨（舟状骨を除く。）骨折観血的手術 ●●●点 10 中手骨骨折観血的手術 ●●●点 11 手指骨骨折観血的手術 ●●●点 12 足根骨骨折観血的手術 ●●●点 13 中足骨骨折観血的手術 ●●●点 14 足趾骨骨折観血的手術 ●●●点 15 その他の骨折観血的手術 ●●●点 注 （略）	【K O 4 6 骨折観血的手術】 1 肩甲骨、上腕、大腿 21,630点 （新設） （新設） 2 前腕、下腿、手舟状骨 18,370点 （新設） （新設） 3 鎖骨、膝蓋骨、手（舟状骨を除く。）、足、指（手、足）その他 11,370点 （新設） （新設） （新設） （新設） （新設） （新設） （新設） （新設） （新設） （新設） （新設） （新設） （新設） （新設） （新設） 注 （略）

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。

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。

別に厚生労働大臣が定める施設基準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、K
 655-2の3、K655-5の3、K657-2の4、K674-
 2、K695-2、K702-2、K703-2、K719-3、K
 740-2、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。

- (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。

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】 [算定要件] 第１節 麻酔料 (削除) Ｌ００１ 吸入麻酔又は静脈麻酔による鎮静 1 10分未満のもの ●●点 2 10分以上20分未満のもの ●●点 (削除) 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） 1 麻酔に従事する医師が専従で実施する場合 ●●点 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 3 麻酔を専従で実施する場合 ●●点 4 1から3まで以外の場合	【第11部 麻酔】 [算定要件] 第１節 麻酔料 Ｌ０００ 迷もう麻酔 31点 Ｌ００１ 筋肉注射による全身麻酔、注腸による麻酔 120点 (新設) (新設) Ｌ００１－２ 静脈麻酔 Ｌ００７ 開放点滴式全身麻酔 310点 (新設) (新設) (新設) (新設)

●●点 注 1 <u>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。</u> 2 <u>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。</u> 3 <u>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。</u> 4 <u>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。</u> 5 <u>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。</u> L O O 8 <u>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</u> 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。）	（新設） （新設） （新設） （新設） （新設） L O O 8 <u>マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔</u> 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。）

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) 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) [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。	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 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 (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〕 <u>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ー遺伝子検査をいう。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</u>

(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〕 (削除) 【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 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	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。 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〕 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】 (新設) (新設)

<u>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。</u>	
<u>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。</u>	（新設）
〔施設基準〕 <u>（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</u> <u>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。</u> <u>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。</u> <u>（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</u> <u>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。</u> <u>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。</u> <u>（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</u> <u>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。</u>	〔施設基準〕 （新設） （新設） （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

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

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、ロスマンド・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

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。）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、ロスマンド・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、眼皮皮膚白皮症、乳児発症 S T I N G 関連血管炎、進行性白質脳症及びシャルコー・マリー・トウース病

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 T N F 受容体関連周期性症候群、中條一西村症候群、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、H T R A 1 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、T R P V 4 異常症、マリネスコ・シェーグレン症候群、ガラクトースー１ー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、P U R A 関連神経発達異常症

- 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 T N F 受容体関連周期性症候群、中條一西村症候群、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 T R P V 4 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、ATRX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、コストロ症候群、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、ATRX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、コストロ症候群、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、遺伝性腓炎、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、ダイヤモンド・ブラックファン貧血及びLMNB1関連大脳白質脳症

③ ドラベ症候群、コフィン・シリス症候群、歌舞伎症候

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、遺伝性腓炎、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

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coni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、<u>線毛機能不全症候群（カルタゲナー症候群を含む。）</u>、<u>先天性副腎皮質酵素欠損症及び出血性線溶異常症</u>	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coni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<u>及び線毛機能不全症候群（カルタゲナー症候群を含む。）</u>

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 <u>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。</u>	【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

E 3 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	
	<u>アスペルギルス I g G 抗体</u>	<u>●●点</u>

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、<u>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。</u> [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なった場合であって、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 <u>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</u> イ <u>新たに骨折した場合</u> ウ <u>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</u> エ <u>ビスホスホネート薬治療の中断を検討する場合</u> オ <u>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</u>	【Ｄ２１７ 骨塩定量検査】 [算定要件] 注 検査の種類にかかわらず、<u>患者１人につき４月に１回に限り算定する。</u> [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。<u>ただし、４月に１回を限度とする。</u>

<u>加をきたす薬剤を投与する場合</u> <u>力 吸収不良、全身性炎症性疾患、</u> <u>長期不動、人工閉経等、骨減少又</u> <u>は骨増加をきたす疾患等を有す</u> <u>る場合</u> (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 <u>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。</u>	【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（<u>７</u>）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（<u>７</u>）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） （<u>７</u>） <u>当該保険医療機関内で実施された検体検査の結果が、生</u>	【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（<u>６</u>）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（<u>６</u>）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

- 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。

- 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<u>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</u>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)	<u>B 0 0 1－● 心不全再入院予防継続管理料（１日につき）</u>	
	<u>イ 心不全再入院予防継続管理料 1</u>	<u>●●点</u>
	<u>ロ 心不全再入院予防継続管理料 2</u>	
	<u>（１） ●回目まで</u>	<u>●●点</u>
	<u>（２） ●回目以降</u>	<u>●●点</u>
	<u>ハ 心不全再入院予防継続管理料 3</u>	
	<u>（１） ●回目まで</u>	<u>●●点</u>
	<u>（２） ●回目以降</u>	<u>●●点</u>

[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】 [算定要件] １ 慢性維持透析を行った場合 １ イ ４時間未満の場合 ●●点 ロ ４時間以上５時間未満の場合 ●●点 ハ ５時間以上の場合 ●●点 ２ 慢性維持透析を行った場合 ２ イ ４時間未満の場合 ●●点 ロ ４時間以上５時間未満の場合 ●●点 ハ ５時間以上の場合 ●●点 ３ 慢性維持透析を行った場合 ３ イ ４時間未満の場合 ●●点 ロ ４時間以上５時間未満の場合 ●●点 ハ ５時間以上の場合 ●●点 ４ その他の場合 ●●点 注１～１４ (略) 15 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準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</u>	【Ｊ０３８ 人工腎臓】 [算定要件] １ 慢性維持透析を行った場合 １ 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 2,036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 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 1,996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 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 1,951点 ハ ５時間以上の場合 2,081点 ４ その他の場合 1,580点 注１～１４ (略) (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) <u>腎代替療法診療体制充実加算の施設基準</u> イ <u>当該療法を行うにつき必要な説明を行っていること。</u> ロ <u>当該療法を行うにつき必要な実績を有していること。</u> ハ <u>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。</u> [施設基準通知] 第57の2 人工腎臓 1～4 (略) 5 <u>腎代替療法診療体制充実加算の施設基準</u> (1) <u>ア及びイを満たしていること。</u> ア <u>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。</u> イ <u>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。</u> (2) <u>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。</u> ア <u>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</u>	[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) (新設)

<u>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。</u> <u>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。</u> <u>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。</u> <u>（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。</u> <u>（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ドンス」（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。</u> <u>6 届出に関する事項</u> <u>（1）～（3） （略）</u> <u>（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</u>	<u>5 届出に関する事項</u> <u>（1）～（3） （略）</u> <u>（新設）</u>

<u>別紙●の様式●を用いること。</u> <u>(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、</u> <u>(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、</u> <u>(2)のイ及びウの基準に該当するものとみなす。</u>	(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】 [算定要件] １ 初回 イ 透析シャント閉塞又は高度狭窄の場合 ●●点 ロ その他の場合 ●●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）] （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。 <u>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。</u> 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。）	【Ｋ６１６－４ 経皮的シャント拡張術・血栓除去術】 [算定要件] １ 初回 <u>12,000点</u> （新設） （新設） 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）] （１） 「１」については、３月に１回に限り算定する。 （新設） （新設）

(2) 「1」を算定してから3月以内に実施した場合には、<u>(1)のア又はイ</u>のいずれかに該当するもの限り、1回を限度として「2」を算定する。また、<u>(1)のア又はイ</u>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。 <u>ア 透析シャント閉塞の場合</u> <u>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。)</u> (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】 [算定要件] Ｃ１０２ 在宅自己腹膜灌流指導管理料 １ 在宅自己腹膜灌流指導管理料 １ ●●点 ２ 在宅自己腹膜灌流指導管理料 ２ ●●点 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。 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	【Ｃ１０２ 在宅自己腹膜灌流指導管理料】 [算定要件] Ｃ１０２ 在宅自己腹膜灌流指導管理料 ４,０００点 (新設) (新設) 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) <u>4 在宅自己腹膜灌流指導管理料 2</u>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● <u>在宅自己腹膜灌流指導管理料 2 の施設基準</u> <u>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。</u>	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)

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。

[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（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

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。

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

<u>(7) 及び (8) をいうものであること。</u> <u>(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。</u> <u>(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。</u> <u>(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。</u> (削除) <u>(5) (略)</u> <u>(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。</u> 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	(新設) <u>(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。</u> <u>(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。</u> <u>(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。</u> <u>(4) (略)</u> <u>(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。</u> 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。 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。<u>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。</u> <u>(7) 以下のいずれかを満たすこと。</u> ア <u>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。</u> イ <u>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。</u> <u>(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。</u> <u>(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。</u> ① <u>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。</u> ② <u>身体的拘束が行わ</u>	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。 (新設)

<u>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。</u> <u>(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。</u> <u>(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</u>	(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。）

<u>(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。</u> <u>(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。</u> 8 (略)	<u>(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。</u> <u>(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。</u> 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】 1 認知症ケア加算 1 イ 14日以内の期間 ●●点 ロ 15日以上 of 期間 ●●点 2 認知症ケア加算 2 イ 14日以内の期間 ●●点 ロ 15日以上 of 期間 ●●点 3 認知症ケア加算 3 イ 14日以内の期間 ●●点 ロ 15日以上 of 期間 ●●点 [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。	【認知症ケア加算】 1 認知症ケア加算 1 イ 14日以内の期間 180点 ロ 15日以上 of 期間 34点 2 認知症ケア加算 2 イ 14日以内の期間 112点 ロ 15日以上 of 期間 28点 3 認知症ケア加算 3 イ 14日以内の期間 44点 ロ 15日以上 of 期間 10点 [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】 １ 医療安全対策加算 １ <u>●●点</u> ２ 医療安全対策加算 ２ <u>●●点</u> 〔算定要件〕 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（<u>ロについては、</u>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 <u>●●点</u> ロ 医療安全対策地域連携加算 ２ <u>●●点</u>	【医療安全対策加算】 １ 医療安全対策加算 １ <u>85点</u> ２ 医療安全対策加算 ２ <u>30点</u> 〔算定要件〕 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（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 <u>50点</u> ロ 医療安全対策地域連携加算 ２ <u>20点</u>

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。<u>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。</u> 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、 $(80-50) \times 30 + (65-40) \times 20 = 1,400$

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、 $1,400 + 1 \times 20 + 1 \times 30 = 1,450$

- 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、 $(72/90) \times 30 + (135/150) \times 20 = 42$

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、 $(80-50) \times 30 + (65-40) \times 20 = 1,400$

- 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、 $(72/90) \times 30 + (135/150) \times 20 = 42$

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。

- 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

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

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

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。

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。

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

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。

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

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。

〔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

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。) (11) <u>(10)の揭示事項について、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。</u>	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。) (新設)

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

- 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。
- 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。
- 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) <u>(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。</u> <u>(5) (略)</u> 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) <u>(4) (略)</u> 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。<u>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。</u> 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（<u>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</u>

イ 直近 6 か月間に退院した患者数 (3) <u>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。</u> 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	<u>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</u> 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、「C O O 4 - 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。） (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

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

（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。）

イ （略）

（3）（略）

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）

（3）（略）

(4) <u>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。</u> 【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 <u>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。</u> 5 <u>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。</u>	(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) (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。

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)

<u>あつ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。</u> ホ 二十対一入院基本料の施設基準 ③ <u>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つ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。</u>	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つて、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

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、<u>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。</u> イ <u>充実管理加算（脂質異常症を主病とする場合）</u> （１） <u>充実管理加算１（脂質異常症を主病とする場合）</u> ●●点 （２） <u>充実管理加算２（脂質異常症を主病とする場合）</u> ●●点 （３） <u>充実管理加算３（脂質</u>	【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、<u>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。</u> (新設)

<u>を主病とする場合）の施設基準</u> <u>イの②を満たすものであること。</u> <u>(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</u> <u>イ 充実管理加算1（糖尿病を主病とする場合）の施設基準</u> <u>① 糖尿病の管理につき、十分な実績を有していること。</u> <u>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。</u> <u>ロ 充実管理加算2（糖尿病を主病とする場合）の施設基準</u> <u>① 糖尿病の管理につき、相当の実績を有していること。</u> <u>② イの②を満たすものであること。</u> <u>ハ 充実管理加算3（糖尿病を主病とする場合）の施設基準</u> <u>イの②を満たすものであること。</u> <u>[経過措置]</u> <u>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(2)のイの①、(3)のイの①又は(4)のイの①に該当するものとみなす。</u>	(新設) [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】 [算定要件] 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 注 1 (略) <u>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。</u> <u>3・4</u> (略) [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 <u>(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</u> <u>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</u>	【在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料】 [算定要件] 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 2 250点 注 1 (略) (新設) <u>2・3</u> (略) [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 (新設)

<u>制を有し、適切な指導管理を行 っていること。</u> <u>(2) ・ (3)</u> (略)	<u>(1) ・ (2)</u> (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 <u>保険医療機関内又は訪問して 実施するもの</u> ●●点 ハ <u>その他のもの</u> ●●点 <u>注1</u> (略) <u>注2</u> <u>検査に要した交通費は、患家 の負担とする。</u>	【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 <u>その他のもの</u> 3,570点 (新設) <u>注</u> (略) (新設)

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、外来診療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 <u>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。</u> イ <u>電子的診療情報連携体制整備加算1</u> ●●点 ロ <u>電子的診療情報連携体制整備加算2</u> ●●点 ハ <u>電子的診療情報連携体制整備</u>	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、<u>医療情報取得加算</u>として、月1回に限り<u>1点</u>を所定点数に加算する。 (新設) (新設) (新設)

[算定要件] 注 1 ～ 9 (略) 10 <u>医療 D X 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。</u> 11 (略) 歯科診療報酬点数表 【A 0 0 0 初診料】 [算定要件] 注 1 ～ 13 (略) 14 <u>医療 D X 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 A 0 0 2 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。</u> イ <u>電子的歯科診療情報連携体制整備加算 1</u> ●●点 ロ <u>電子的歯科診療情報連携体制整備加算 2</u> ●●点 (削除)	[算定要件] 注 1 ～ 9 (略) 10 <u>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。</u> 11 (略) 歯科診療報酬点数表 【A 0 0 0 初診料】 [算定要件] 注 1 ～ 13 (略) 14 <u>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。</u> (新設) (新設) 15 <u>医療 D X 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 D X 推進体制整備加算として、月 1 回に限</u>

15 (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。<u>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。</u> 11 <u>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。</u><u>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。</u> 12 (略) [施設基準] (削除) <u>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</u>	<u>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。</u> <u>イ～ハ</u> (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。 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<u>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。</u> 12 (略) [施設基準] <u>三の七 医療情報取得加算の施設基準</u> (新設)

診療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(昭和三十八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 ヘ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) のイからホまでを満た
すものであること。

(削除)

【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

(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。

(削除)

(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

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	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

[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。

(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。

(新設)

(新設)

<u>いること。</u> (削除) 【A207-5 電子的診療情報連携体制整備加算】 [算定要件] 1 <u>電子的診療情報連携体制整備加算1</u> ●●点 2 <u>電子的診療情報連携体制整備加算2</u> ●●点 注 <u>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。</u> [施設基準] <u>七の五 電子的診療情報連携体制整備加算</u> (1) <u>電子的診療情報連携体制整備加算1の施設基準</u> イ <u>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。</u> ロ <u>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。</u> (2) <u>電子的診療情報連携体制整備加算2の施設基準</u> イ <u>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。</u> ロ <u>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。</u>	(3) <u>診療録管理体制加算3</u> 【A207-5 電子的診療情報連携体制整備加算】 [算定要件] (新設) (新設) (新設) [施設基準] (新設)

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、<u>当面の間、当該基準を満たしているものとみなす。ただし、保険医療機関は、国等が全国で電子カルテ情報共有サービスの運用を開始した場合には、速やかに導入するように努めること。</u> （削除）	【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<u>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。</u> （3） <u>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。</u>

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 <u>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。</u>

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、<u>電子的調剤情報連携体制整備加算</u>として、月 1 回に限り、<u>●●点</u>を所定点数に加算する。 （削除） （削除） （削除） 〔施設基準〕 五の四 <u>電子的調剤情報連携体制整備加算の施設基準</u> （１）<u>電子的調剤情報連携体制整備加算の施設基準</u> 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、<u>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</u>を有していること。 ホ～ヌ （略）	【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、<u>医療ＤＸ推進体制整備加算</u>として、月 1 回に限り、<u>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。</u> イ <u>医療ＤＸ推進体制整備加算</u> 1 10点 ロ <u>医療ＤＸ推進体制整備加算</u> 2 8点 ハ <u>医療ＤＸ推進体制整備加算</u> 3 6点 〔施設基準〕 五の四 <u>医療ＤＸ推進体制整備加算の施設基準</u> （１）<u>医療ＤＸ推進体制整備加算 1 の施設基準</u> 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）

(削除)	(2) <u>医療DX推進体制整備加算</u> <u>2の施設基準</u>
(削除)	(3) <u>医療DX推進体制整備加算</u> <u>3の施設基準</u>

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 <u>電子的調剤情報連携体制整備加算</u> 1 <u>電子的調剤情報連携体制整備加算に関する施設基準</u> (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、<u>当面の間、当該基準を満たしているものとみなす。ただし、保険薬局は、国等が全国で電子カルテ情報共有サービスの運用を開始した場合には、速やかに導入するよう努めること。</u> (3) (略) (削除)	【医療DX推進体制整備加算】 [施設基準（通知）] 第95の2 <u>医療DX推進体制整備加算</u> 1 <u>医療DX推進体制整備加算 1</u> に関する施設基準 (1)～(13) (略) 2 <u>医療DX推進体制整備加算 2</u> に関する施設基準 3 <u>医療DX推進体制整備加算 3</u> 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<u>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。</u> (3) (略) (4) <u>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。</u>

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。 ア～ウ （略） エ <u>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。</u> （イ） <u>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を行わないこと</u> （ロ） <u>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</u> オ <u>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。</u> カ <u>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。</u>	診療を行うにつき十分な体制が整備されているものとして、以下のア～エを満たすこと。 ア～ウ （略） エ <u>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を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。</u> （新設） （新設） （新設） （新設）

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薬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。

【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－②】

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) <u>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。</u>	【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合で、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) 〇 7 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 <u>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3節又は第4節に掲げる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、第3節又は第4節の各区分の所定点数に代えて、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを算定する。</u> イ 1種類の場合 ●●点 ロ 2種類以上の場合 ●●点 【第6部 注射】 [算定要件] 通則	【第3部 検査】 [算定要件] 通則 1～6 (略) (新設) 【第6部 注射】 [算定要件] 通則

1～9 (略) <u>10 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節に掲げる注射を実施した場合は、看護師等遠隔診療注射実施料として、第1節の各区分の所定点数に代えて、1日につき、●●点を算定する。ただし、第9部通則第9号に規定する看護師等遠隔診療処置実施料の口を算定する場合は算定しない。</u> 【第9部 処置】 [算定要件] 通則 1～8 (略) <u>9 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節に掲げる処置を実施した場合は、看護師等遠隔診療処置実施料として、第1節の各区分の所定点数に代えて、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを算定する。</u> <u>イ 1種類の場合</u> ●●点 <u>ロ 2種類以上の場合</u> ●●点	1～9 (略) (新設) 【第9部 処置】 [算定要件] 通則 1～8 (略) (新設)

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】 1 外来診療の場合 ●●点 2 訪問診療の場合 ●●点 3 入院診療の場合 ●●点 [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、<u>診断又は治療管理を行うこと</u>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	【B005-11 遠隔連携診療料】 1 <u>診断を目的とする場合</u> 750点 2 <u>その他の場合</u> 500点 (新設) [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、<u>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</u>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、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。

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。

[算定要件（通知）]

(1) 注1については、以下のアから力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、以下のアから力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

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、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。

(新設)

[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目的として、患者の同意を得て、

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。	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。
<u>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。）</u>	（新設）
<u>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。）</u>	（新設）
<u>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。）</u>	（新設）
<u>エ 児童福祉法第6条の2第1項に規定する小児慢性特定疾病（同条第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象に相当する状態のものに限る。）の患者（診断を目的とした場合には、疑い患者を含む。）</u>	（新設）
<u>オ 医療的ケア児（者）</u>	（新設）
<u>カ 「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</u>	（新設）
（2） <u>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</u>	（2） <u>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</u>

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、<u>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行った場合に、●月に●回に限り算定する。</u>	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、<u>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。</u>
<u>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</u>	(新設)
<u>イ 医療的ケア児(者)</u>	(新設)
<u>ウ 「B001」の「24」外来緩和ケア管理料の対象患者</u>	(新設)
<u>(3) 注3については、以下のアからオ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、以下のアからオ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。</u>	(新設)
<u>ア 指定難病の患者</u>	
<u>イ 希少がんの患者</u>	
<u>ウ 小児慢性特定疾病医療支援の対象患者</u>	
<u>エ 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</u>	
<u>オ 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</u>	
<u>(4)～(5) (略)</u>	(3)～(4) (略)
<u>(6) 当該他の保険医療機関は、以下のアからカまでのいずれかに該</u>	<u>(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</u>

<u>当すること。</u> <u>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。</u> <u>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。</u> <u>ウ (1) ウ、(3) イ及びエ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。</u> <u>エ (1) エ及び(3) ウの患者を診療する場合は、特定機能病院又は「A307」の「1」小児入院医療管理料1を届け出た保険医療機関であること。</u> <u>オ (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。</u> <u>カ (1) カ、(2) ア及び(3) オ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。</u>	<u>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。</u> (新設) (新設) (新設) (新設) (新設) (新設)

(7)～(9) (略) (10) <u>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。</u> (11) <u>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。</u> [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 イ <u>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。</u> ロ <u>(2)のへからちまで及び(4)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。</u> (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<u>(疑いのものを含む。)</u> ロ てんかん(外傷性のてんかん<u>(診断を目的とする場合に限る。)</u>及び知的障害を有する者に係るものを含む。)の患者<u>(疑いのものを含む。)</u> ハ <u>希少がんの患者(疑いのものを含む。)</u> ニ <u>児童福祉法第6条の2第1項に規定する小児慢性特定疾病(同条第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象に相当する状態のものに限る。)の患者(疑いのものを含む。)</u>	(6)～(8) (略) (新設) (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 <u>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。</u> (新設) (新設) (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<u>疑いがある患者</u> 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<u>疑いがある患者</u> (新設) (新設)

<u>ホ 医療的ケア児（者）</u>	（新設）
<u>ヘ 悪性腫瘍（治療中のものに限る。）の患者</u>	（新設）
<u>ト 膠原病（治療中のものに限る。）の患者</u>	（新設）
<u>チ 慢性維持透析の患者</u>	（新設）
（３） <u>遠隔連携診療料の注２に規定する対象患者</u>	（３） <u>遠隔連携診療料の注２に規定する対象患者</u>
<u>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</u>	<u>イ てんかんの患者（知的障害を有するものに限る。）</u>
<u>ロ 医療的ケア児（者）</u>	<u>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</u>
<u>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</u>	（新設）
（４） <u>遠隔連携診療料の注３に規定する対象患者</u>	（新設）
<u>イ 指定難病の患者</u>	
<u>ロ 希少がんの患者</u>	
<u>ハ 小児慢性特定疾病医療支援の対象患者</u>	
<u>ニ 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</u>	
<u>ホ 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</u>	

【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－④】

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。

【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－⑤】

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 <u>(1)の①又は②の追加的な指導を行った場合</u> ●●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 <u>(1)の①又は②の追加的な指導を行った場合</u> ●●点 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つては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。 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つては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。 7 <u>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</u>	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<u>電話又は情報通信機器</u>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つては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。 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<u>電話又は情報通信機器</u>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つては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。 (新設)

<u>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。</u> <u>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</u> <u>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。</u> [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。 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。 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。 エ・オ （略） (13) 「注7」及び「注8」については、<u>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</u>	（新設） [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。 ア （略） 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） （新設）

指導が行われれば、指導時間について は問わない。	

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】 [算定要件] <u>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。</u> [施設基準] <u>●の● 在宅振戦等刺激装置治療指導管理料の施設基準</u> <u>(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</u> <u>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。</u>	【在宅振戦等刺激装置治療指導管理料】 [算定要件] (新設) [施設基準] (新設)

【プログラム医療機器等指導管理料】 [算定要件] <u>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。</u> [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) <u>プログラム医療機器等指導管理料の注 1 の施設基準</u> 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) <u>プログラム医療機器等指導管理料の注 3 の施設基準</u> <u>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。</u>	【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つては、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、<u>口については月 1 回</u> <u>(イを算定する月にあっては、</u> <u>イと口を合算して月 2 回)</u> <u>に限り</u> <u>算定する。</u> 2 (略) [施設基準 (告示)] <u>二 特定疾患治療管理料に規定する</u> <u>施設基準等</u> <u>(6) の 6 在宅療養指導料の注</u> <u>1 の口の (2) に規定する施設</u> <u>基準</u> <u>情報通信機器を用いた診療を</u> <u>行うにつき十分な体制が整備さ</u> <u>れていること。</u>	2 (略) [施設基準 (告示)] (新設)

【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－⑨】

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、<u>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。</u>）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、<u>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。）</u>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、<u>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（特掲診療料の施設基準等別表第九の三に掲げる患者については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。</u>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	【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。<u>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れない。</u>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。

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。	

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）、<u>運動器リハビリテーション料（Ⅰ）</u>又は呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）を算定するもの

【Ⅲ－４ 質の高いリハビリテーションの推進－④】

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）

<u>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。</u> (１)～(16) (略) (17) <u>「注７」に規定する特定の患者とは、個別療法を実施する日に、ベッド上から移動せずにポジショニング又は拘縮の予防等を主たる目的とした他動的な訓練のみを行う入院中の患者のうち、以下のいずれにも該当しないものをいう。</u> ア <u>「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及び「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並びに「Ｈ００３」呼吸器リハビリテーション料の「注２」、「注３」及び「注４」に規定する早期リハビリテーション加算、初期加算及び急性期リハビリテーション加算のいずれかを算定している患者。</u> イ <u>患者の疾患及び状態により、ベッド上からの移動が困難である15歳未満の小児患者。</u> ウ <u>患者の疾患及び状態により、</u>	(１)～(16) (略) (新設)

ベッド上からの移動が困難な患者であって、当該個別療法を3単位以上行うことが医学的に必要であると医師が特に認めたもの。この場合においては、当該患者がベッド上からの移動が困難な医学的理由、長時間のリハビリテーションが必要な理由及び訓練内容について、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

- (18) (17) に該当する患者に対して、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。なお、患者1人につき1日2単位までに限る。

※ 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実施計画評価料の評価等を見直す。

第２ 具体的な内容

- 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実施計画評価料】 [算定要件] 1 リハビリテーション総合実施計画評価料 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実施計画評価料 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実施計画評価料】 [算定要件] 1 リハビリテーション総合実施計画評価料 1 300点 (新設) (新設) 2 リハビリテーション総合実施計画評価料 2 240点 (新設) (新設)

- 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

	<u>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。</u>

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] <u>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。</u>

※ 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 <u>200点</u>
	イ 60分以上		(新設)
	ロ 40分以上60分未満		(新設)
2	1 以外の場合	2	1 以外の場合 <u>100点</u>

【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、 <u>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。</u> 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、 <u>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。</u> 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。

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は

【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）
（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。

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】 <u>救急外来医学管理料</u> <u>1 救急搬送医学管理料</u> <u>イ 救急搬送医学管理料 1</u> ●●点 <u>ロ 救急搬送医学管理料 2</u> ●●点 <u>ハ 救急搬送医学管理料 3</u> ●●点 <u>2 夜間休日救急医学管理料</u> <u>イ 夜間休日救急医学管理料 1</u> ●●点 <u>ロ 夜間休日救急医学管理料 2</u> ●●点 <u>ハ 夜間休日救急医学管理料 3</u> ●●点	【夜間休日救急搬送医学管理料】 <u>夜間休日救急搬送医学管理料 600点</u> (新設) (新設)

注 1 <u>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、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。</u> <u>2 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、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。）にあつては、夜間に限る。以下この項において同じ。）</u>、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。 3 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準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、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E</u>	注 1 <u>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。）にあつては、夜間に限る。）</u>、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、<u>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。</u> （新設） （新設）

202に掲げる磁気共鳴コンピュータ断層撮影（MRI撮影）又は第6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 1 ●●点

ロ 救急外来緊急検査対応加算

2 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。

（削除）

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

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。

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

（新設）

限り、●●点を所定点数に加算する。 6 <u>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。</u> イ <u>土曜日、日曜日又は祝日における夜間の場合</u> ●●点 ロ <u>土曜日、日曜日又は祝日以外の日における夜間の場合</u> ●●点 ハ <u>土曜日、日曜日又は祝日における夜間以外の時間の場合</u> ●●点 〔施設基準〕 【救急外来医学管理料】 四の五 <u>救急外来医学管理料の施設基準等</u> (1) <u>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</u> イ <u>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。</u> ロ <u>救急医療に係る実績を十分有していること。</u> ハ <u>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。</u> ニ <u>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。</u> (2) <u>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</u>	(新設) 〔施設基準〕 【夜間休日救急搬送医学管理料】 四の五 <u>夜間休日救急搬送医学管理料の施設基準等</u> (1) <u>夜間休日救急搬送医学管理料の施設基準</u> 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)

<u>規定する救急外来緊急検査対応加算 2 の施設基準</u> <u>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。</u> <u>ロ 救急医療に係る相当の実績を有していること。</u> <u>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。</u> <u>ニ 救急外来診療を行うにつき必要な体制が整備されていること。</u> <u>(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</u> <u>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。</u> (削除) (削除) <u>(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</u> <u>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。</u> <u>ロ 救急時医療情報閲覧機能を有していること。</u>	(新設) <u>(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</u> <u>イ 救急搬送について、十分な実績を有していること。</u> <u>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。</u> <u>(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</u> <u>イ 救急搬送について、相当の実績を有していること。</u> <u>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。</u> (新設)

[施設基準（通知）] 第6の5 <u>救急外来医学管理料</u> 1 <u>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</u>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<u>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。</u> なお、精神科救急医療施設の運営については、「<u>精神科救急医療体制整備事業の実施について</u>」に従い実施されたい。 (削除)	[施設基準（通知）] 第6の5 <u>夜間休日救急搬送医学管理料</u> 1 <u>夜間休日救急搬送医学管理料</u>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<u>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。</u> <u>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）</u> <u>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</u> <u>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</u> 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) <u>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</u>

(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) 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。 (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。 (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	等を始めとする医療従事者を確保していること。 (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。 (新設) (新設) (新設)

<u>療室、新生児特定集中治療室、母体・胎児集中治療室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。</u> <u>ア 救急蘇生装置（気管内挿管セット及び人工呼吸装置等）</u> <u>イ 除細動器</u> <u>ウ 心電計</u> <u>エ 呼吸循環監視装置</u> <u>（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。</u> <u>（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。</u> <u>（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。</u> <u>（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</u>	（新設） （新設） （新設） （新設）

<u>保されていること。</u> (10) <u>救急外来を受診した患者に対して、血液検査、コンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）及び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。</u> (11) <u>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。</u> (12) <u>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コース等をいう。）の提供を年１回以上実施していること。</u> (13) <u>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。</u> (14) <u>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。</u> <u>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。</u> <u>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。</u> <u>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</u>	（新設） （新設） （新設） （新設） （新設）

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。 <u>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。</u> <u>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。</u> <u>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。</u> <u>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</u> <u>（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。</u> <u>（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。</u> <u>（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</u>	（新設）

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。

(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
コース等をいう。）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。

<u>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。</u> <u>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。</u> <u>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。</u> <u>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。</u> <u>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</u> <u>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。</u> （削除）	（新設） <u>2 救急搬送看護体制加算1に関する施設基準</u> <u>（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</u>

(削除) 4 <u>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</u> (1) <u>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。</u> <u>ア 院外処方を行う場合に</u>	<u>(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。)</u>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) <u>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」院内トリージ実施料に係る専任の看護師を兼ねることができる。</u> 3 <u>救急搬送看護体制加算2に関する施設基準</u> (1) <u>救急搬送件数が年間で200件以上であること。</u> (2) <u>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」院内トリージ実施料に係る専任の看護師を兼ねることができる。</u> (新設)

<u>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発行し処方情報の登録を行っていること。</u> <u>イ 院内処方を行う場合に</u> <u>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</u> <u>ウ 電子処方箋対応医療機関であることをウェブサイト</u> <u>で掲示していること</u> <u>(2) 救急時医療情報閲覧機能を有していること。</u>	

[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)	【院内トリージ実施料】 <u>院内トリージ実施料 300点</u> <u>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A00</u>

【救急外来医学管理料】 7 <u>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。</u> [施設基準（告示）] （削除） 【救急外来医学管理料】 <u>(1)～(4) （略）</u> <u>(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</u> <u>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</u>	<u>0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。</u> 【夜間休日救急搬送医学管理料】 （新設） [施設基準（告示）] 【院内トリアージ実施料】 <u>四の四 院内トリアージ実施料の施設基準等</u> <u>(1) 院内トリアージ実施料の施設基準</u> <u>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。</u> <u>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。</u> <u>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。</u> <u>(2) 院内トリアージ実施料に規定する時間</u> <u>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。）</u> 【夜間休日救急搬送医学管理料】 <u>(1)～(4) （略）</u> （新設）

と。 <u>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。</u> <u>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。</u> 〔施設基準（通知）〕 （削除） 【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）	〔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） <u>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。</u> 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 <u>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。</u> （2） <u>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。</u> （3） <u>（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。</u> （4） <u>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。</u> 【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）

5 <u>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</u> (1) <u>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。</u> ア <u>トリアージ目標開始時間及び再評価時間</u> イ <u>トリアージ分類</u> ウ <u>トリアージの流れ</u> <u>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。</u> (2) <u>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。</u> (3) <u>(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。</u> (4) <u>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。</u> ※ <u>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。</u>	(新設)

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

- 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。
- 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。
- 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分超）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】 <u>1 救急患者連携搬送料 1</u> <u>イ 医師、看護師又は救急救命士が同乗して搬送する場合</u> <u>（１） 入院中の患者以外の患者の場合</u> ●●点 <u>（２） 入院初日の患者の場合</u> 1,200点 <u>（３） 入院２日目の患者の場合</u> 800点 <u>（４） 入院３日目の患者の場合</u> 600点 <u>ロ その他の場合</u> <u>（１） 入院中の患者以外の患者</u>	【救急患者連携搬送料】 （新設） （新設） <u>1 入院中の患者以外の患者の場合</u> 1,800点 <u>2 入院初日の患者の場合</u> 1,200点 <u>3 入院２日目の患者の場合</u> 800点 <u>4 入院３日目の患者の場合</u> 600点 （新設）

<u>の場合</u> ●●点 <u>(2) 入院初日の患者の場合</u> ●●点 <u>(3) 入院2日目の患者の場合</u> ●●点 <u>(4) 入院3日目の患者の場合</u> ●●点 <u>2 救急患者連携搬送料 2</u> <u>イ 医師、看護師又は救急救命士が同乗して搬送する場合</u> ●●点 <u>ロ その他の場合</u> ●●点 [算定要件] <u>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、<u>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。</u></u> <u>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</u>	(新設) [算定要件] <u>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。</u> (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 <u>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の口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の口については別に算定できない。</u> 4 <u>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。</u> 5 <u>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。</u> [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 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	(新設) (新設) (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 (新設) (1) 救急搬送について、相当の実績を有していること。 (2) 救急患者の転院体制について、連携する他の保険医療機関等との間であらかじめ協議を行

を行っていること。 <u>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。</u> <u>二 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。</u> <u>(2) 救急患者連携搬送料2の施設基準</u> <u>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及び区分番号A200に掲げる急性期総合体制加算の届出を行っている保険医療機関のいずれにも該当しない保険医療機関であること。</u> <u>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。</u>	っていること。 <u>(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。</u> <u>(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。</u> (新設)

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。 <u>なお、妊産婦とは、産褥婦を含むものであること。</u>

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 <u>キ 産科異常出血</u> (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 <u>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。</u> 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	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 (新設) <u>ホ (略)</u> 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。

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。

エ～コ （略）

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。

（新設）

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つては、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。

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） <u>次のいずれかの基準を満たしていること。</u> ア <u>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。</u> イ <u>「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。</u>	【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） <u>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。</u> （新設） （新設）

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 <u>１ 難病外来指導管理料 １ 270点</u> <u>２ 難病外来指導管理料 ２ 270点</u> [算定要件] 注１ <u>１については、入院中の患者以外</u>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。 <u>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。）</u>に対して、	【難病外来指導管理料】 ７ 難病外来指導管理料 <u>270点</u> （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）

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（<u>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。）</u>）及び同部第１節第２款の検体検査判断料を除く。） ニ～チ （略） ※ <u>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。</u>	【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（<u>同部第１節第２款の検体検査判断料を除く。</u>） 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 <u>抗RSウイルスヒトモノクローナル抗体製剤</u>	【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 <u>パリビズマブ</u>

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
- ２ 有床診療所の場合

●●点
●●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。

【Ⅲ－５－２ 小児・周産期医療の充実－⑥】

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

保険薬局での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．調剤報酬の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（<u>15歳未満の小児</u>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（<u>6歳未満の乳幼児</u>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。

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】 1 外来腫瘍化学療法診療料 1 イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 (1) 初回から３回目まで（<u>静注製剤等の場合</u>） 800点 (2) 初回から３回目まで（<u>その他の場合</u>） ●●点 (3) ４回目以降（<u>静注製剤等の場合</u>） 450点 (4) ４回目以降（<u>その他の場合</u>） ●●点 ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合 350点 2 外来腫瘍化学療法診療料 2 イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 (1) 初回から３回目まで（<u>静注製剤等の場合</u>） 600点	【外来腫瘍化学療法診療料】 1 外来腫瘍化学療法診療料 1 イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 (1) 初回から３回目まで 800点 (新設) (2) ４回目以降 450点 (新設) ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合 350点 2 外来腫瘍化学療法診療料 2 イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 (1) 初回から３回目まで 600点

(2) <u>初回から3回目まで（その他の場合）</u> ●●点 (3) <u>4回目以降（静注製剤等の場合）</u> 320点 (4) <u>4回目以降（その他の場合）</u> ●●点 □ 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) <u>初回から3回目まで（静注製剤等の場合）</u> 540点 (2) <u>初回から3回目まで（その他の場合）</u> ●●点 (3) <u>4回目以降（静注製剤等の場合）</u> 280点 (4) <u>4回目以降（その他の場合）</u> ●●点 □ 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、<u>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</u>	(新設) (2) 4回目以降 320点 (新設) □ イ以外の必要な治療管理を行った場合 220点 3 外来腫瘍化学療法診療料 3 イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 (1) 初回から3回目まで 540点 (新設) (2) 4回目以降 280点 □ 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。

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

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

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)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)

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。 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。 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。 [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	に、週 1 回に限り算定する。 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)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)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

対して、抗悪性腫瘍剤の投与を行う化学療法 <u>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</u> <u>ロ～チ</u> （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） <u>イ～ト</u> （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。

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要件の見直し

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、<u>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</u>

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）<u>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。</u> <u>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</u> <u>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</u> <u>ウ 以下のいずれかを満たす場合</u> ① <u>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。）</u> ② <u>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</u>	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） （新設） （新設） （新設）

③ 人口減少地域における I M R T 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（I M R T）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 I M R T 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（I M R T）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 I M R T 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（I M R T）】 [施設基準] 第83の3 強度変調放射線治療（I M R T） 1 強度変調放射線治療（I M R T）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（I M R T）】 [施設基準] 第83の3 強度変調放射線治療（I M R T） 1 強度変調放射線治療（I M R T）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。

（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

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。

（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

<u>が保存されていること。</u> <u>カ 関係学会の定めるガイドラ</u> <u>インに基づき、当該支援を適</u> <u>切に実施していること。</u> <u>(5)～(9)</u> (略)	<u>(3)～(7)</u> (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。 <u>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。</u>	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 BRCA 1 / 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、BRCA 1 / 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
【BRCA 1 / 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BRCA 1 / 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、BRCA 1 遺伝子及びBRCA 2 遺伝子の変異の評価	【BRCA 1 / 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、BRCA 1 遺伝子及びBRCA 2 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 <u>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「D O O 6—1 8」の「2」に掲げるB R C A 1／2 遺伝子検査の血液を</u> <u>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。）</u>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 <u>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「D O O 6—1 8」の「2」に掲げるB R C A 1／2 遺伝子検査の血液を</u> <u>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。）</u>	【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 <u>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。</u> [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 <u>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</u>

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。

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

- 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、<u>末期心不全、末期呼吸器疾患又は末期腎不全</u>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) <u>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。</u> ア <u>呼吸器疾患に対して適切な治療が実施されている。</u> イ <u>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。</u> ウ <u>過去半年以内に10%以上の体重減少を認める。</u>	【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) <u>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。</u> <u>ア 腎不全に対して適切な治療が 実施されている。</u> <u>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。</u> <u>ウ 血液透析療法又は腹膜透析療 法を実施している。</u> <u>エ Palliative Performance Scale (PPS) が40%以下である。</u> <u>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。</u> (5)～(12) (略) ※ <u>外来緩和ケア管理料についても 同様。</u> [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	(新設) (3)～(10) (略) [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。）。 二 (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。）。 二 (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90日以内の期間 ●●●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90日以内の期間 ●●●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、<u>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</u>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、<u>第11部第2節神経ブロック料、第2節</u>	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90日以内の期間 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90日以内の期間 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<u>及び後天性免疫不全症候群の患者</u>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] 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 イ 主として悪性腫瘍の患者、<u>後天性免疫不全症候群又は終末期の末期腎不全</u>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) 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<u>又は終末期の末期腎不全</u>の患者に対して緩和ケアを行う場合に限る。))。 ホ～ヲ (略) (2)～(3) (略)	[施設基準] 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 イ 主として悪性腫瘍の患者<u>又は後天性免疫不全症候群</u>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) 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) (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
【A 3 1 0 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90日以内の期間 ●●●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90日以内の期間 ●●●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、<u>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C 1 0 8に掲げる在宅麻薬</u>	【A 3 1 0 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90日以内の期間 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90日以内の期間 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、<u>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C 1 0 8に掲げる在宅麻薬等注射指導管理料、区分番号C 1 0 8－2に掲げる在宅腫瘍化学療法注射指導管理料、区分番号C 1 0 8－3に掲げる在宅強心剤</u>

等注射指導管理料、区分番号 C 1 0 8 - 2 に掲げる在宅腫瘍化学療法注射指導管理料、区分番号 C 1 0 8 - 3 に掲げる在宅強心剤持続投与指導管理料、区分番号 C 1 0 8 - 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 C 1 0 9 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 C 1 0 8 - 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 C 1 0 9 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)

【Ⅲ－５－３ 質の高いがん医療及び緩和ケアの評価－⑧】

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 <u>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。</u> イ <u>精神病棟看護・多職種協働加算（13 対 1 入院基本料の場合）</u> ●●点 ロ <u>精神病棟看護・多職種協働加算（15 対 1 入院基本料の場合）</u> ●●点 【特定機能病院入院基本料】 [算定要件] 注 1～10 （略） 11 <u>3 のハ又はニにおいて、別に厚生労働大臣が定める施設基準に</u>	【精神病棟入院基本料】 [算定要件] 注 1～6 （略） （新設） 【特定機能病院入院基本料】 [算定要件] 注 1～10 （略）

<u>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。</u> <u>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</u> <u>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</u> 【精神科急性期治療病棟入院料】 [算定要件] 注1～3 （略） <u>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。</u> <u>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</u> <u>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</u> <u>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</u> 【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） <u>（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</u>	（新設） 【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）

る施設基準 イ <u>精神病棟看護・多職種協働</u> (13対1入院基本料の場合) <u>の施設基準</u> ① <u>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。</u> ② <u>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。</u> ③ <u>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。</u> ロ <u>精神病棟看護・多職種協働</u> (15対1入院基本料の場合) <u>の施設基準</u> ① <u>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。</u> ② <u>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。</u> ③ <u>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。</u> 【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)	(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)

(10) <u>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</u> イ <u>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</u> <u>四の二の（9）のイを満たすものであること。</u> ロ <u>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</u> <u>四の二の（9）のロを満たすものであること。</u> 【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） <u>（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</u> <u>四の二の（9）のロの①及び②を満たすものであること。</u>	（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） （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）	
	<u>１ 精神科地域密着多機能体制加算 1</u>	●●点
	<u>２ 精神科地域密着多機能体制加算 2</u>	●●点
	<u>３ 精神科地域密着多機能体制加算 3</u>	●●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、「A 3 1 2」精神療養病棟入院料又は「A 3 1 4」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、「A 3 1 2」精神療養病棟入院料又は「A 3 1 4」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、「A 3 1 2」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) [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 A 3 1 1 - 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。 (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。	【精神科地域包括ケア病棟入院料】 <u>精神科地域包括ケア病棟入院料 (1 日につき)</u> <u>1,535 点</u> (新設) (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 <u>認知症又はせん妄の場合</u> ●●点 2 <u>それ以外の場合</u> ●●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。 <u>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。</u>	(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、「１００１」入院精神療法又は「１００２」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。

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が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、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	【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。 ※ <u>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、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。</u>	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

- 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。
- 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 <u>●●点</u> ロ 精神科救急医療体制加算２ <u>●●点</u> (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 <u>600点</u> ロ 精神科救急医療体制加算２ <u>590点</u> ハ 精神科救急医療体制加算３ <u>500点</u> (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。 [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<u>十分な実績</u>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 <u>イの①、②及び④</u>を満たすものであること。 ② 精神科救急医療に係る実	の病床数（精神病床に限る。） は120床までとする。<u>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。</u> [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。<u>ただし、（７）に該当する場合においては、この限りでない。</u> ② （略） ③ 精神科救急医療に係る実績を<u>相当程度</u>有していること。 ④ 精神科救急医療を行うに<u>つき十分な体制</u>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 <u>イの①から③まで</u>を満たすものであること。 （新設）

<u>績を相当程度有していること。</u> (削除) (削除) (削除)	<u>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。</u> <u>ハ 精神科救急医療体制加算 3 の施設基準</u> <u>① イの①から③までを満たすものであること。</u> <u>② 精神科救急医療を行う体制が整備されていること。</u> <u>(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</u> <u>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</u>

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。

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) <u>(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</u>	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)

<u>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</u> (4) <u>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</u> 二 (略) 三 <u>精神科救急・合併症入院料の対象患者</u> (1)～(3) (略) (4) <u>(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</u> (5) <u>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</u>	(3) <u>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</u> 二 (略) 三 <u>精神科救急・合併症入院料の対象患者</u> (1)～(3) (略) (新設) (4) <u>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</u>

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 <u>753点</u>
イ	１年未満の場合 <u>753点</u>		（新設）
ロ	１年以上の場合 <u>●●点</u>		（新設）
５	20対１入院基本料	５	20対１入院基本料 <u>697点</u>
イ	１年未満の場合 <u>697点</u>		（新設）
ロ	１年以上の場合 <u>●●点</u>		（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

- 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) □ <u>当該保険医療機関において</u>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) □ <u>当該保険医療機関において</u>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) □ 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) □ 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)

- 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～エ （略） ヒ 精神科急性期医師配置加算（10対 1 入院基本料、<u>13対 1 入院基本料又は15対 1 入院基本料</u>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～エ （略） ヒ 精神科急性期医師配置加算（10対 1 入院基本料<u>又は13対 1 入院基本料</u>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、<u>10対 1 入院基本料又は13対 1 入院基本料</u>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、<u>十三対一入院基本料又は十五対一入院基本料</u>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<u>又は十三対一入院基本料</u>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（<u>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</u>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

- 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。
- 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 A O O O に掲げる初診料を算定する初診の日に行った場合 (1) <u>60分以上の場合</u> ① 精神保健指定医による場合 ●●点 ② (略) (2) <u>精神保健指定医による30分以上60分未満の場合</u> ●●点 ハ (略) 2 在宅精神療法 イ (略) ロ 区分番号 A O O O に掲げる初診料を算定する初診の日に行った場合 (1) <u>60分以上行った場合</u> 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 A O O O に掲げる初診料を算定する初診の日に<u>おいて、60分以上行った場合</u> (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 A O O O に掲げる初診料を算定する初診の日に<u>おいて、60分以上行った場合</u> (新設) (1) 精神保健指定医による場合 640点 (2) (略)

(2) <u>精神保健指定医による30分以上60分未満の場合</u> <u>●●点</u> ハ (略) [算定要件] 注1～12 (略) 13 <u>1の口の(1)の②、1のハの(1)の②、1のハの(2)の②、2の口の(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。</u> [施設基準] <u>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</u> <u>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</u> <u>次に掲げる要件のいずれかを満たすこと。</u> 一 <u>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。</u> 二 <u>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。</u>	(新設) ハ (略) [算定要件] 注1～12 (略) (新設) [施設基準] (新設) (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。<u>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。</u> ※ <u>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</u>	【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。

<u>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。</u>	

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 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準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。</u> (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<u>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</u>	【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<u>250点</u>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。

(削除)

(削除)

[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。

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。

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。

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 <u>公認心理師による心理支援を伴う場合</u> ●●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、<u>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。</u>	【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) (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。 (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。 (削除) (削除) (削除) (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	(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、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) (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。<u>ただし、この場合にあっては、次の全てを満たすこと。</u> 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。 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。 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。 (新設)

<u>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。</u> (14) <u>認知療法・認知行動療法の「2」及び「3」を算定する場合にあつては、次の全てを満たすこと。</u> <u>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。</u> <u>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。</u> (15) <u>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。</u> [施設基準] 一の四 認知療法・認知行動療法の施設基準	(新設) (13) <u>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。</u> [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) <u>(3) 認知療法・認知行動療法 3</u> <u>にあつては、(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。</u> 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。 3 <u>認知療法・認知行動療法 3 に関する施設基準</u> <u>(1) 1 を満たしていること。</u> <u>(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。</u> 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	(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<u>120 回以上同席した経験があること。</u> 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<u>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。</u> (新設)

<u>係る面接に●●回以上同席した経験があること。</u> イ <u>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。</u>	

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」) <u>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」</u>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 <u>令和10年5月31日までの間、</u> 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 ※ <u>D 2 8 5 に掲げる認知機能検査</u> <u>その他の心理検査及び第 8 部第 3</u> <u>節経過措置においても同様。</u> [施設基準] 第 1 基本診療料の施設基準等 10 <u>令和10年5月31日までの間、</u> 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	[算定要件] 第 1 章第 2 部 入院料等 通則 17 <u>平成31年4月1日から当分の間、</u> 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 <u>平成31年4月1日から当分の間、</u> 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

※ <u>特掲診療料の施設基準等においても同様。</u>	

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、<u>イの（１）及びロの（１）</u>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。 <u>イ 児童思春期支援指導加算 1</u> <u>（１）</u> 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、<u>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。</u>ただし、<u>イ</u>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。 <u>イ</u> 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 [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。 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	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)

<u>歳未満の患者の数が、月平均</u> <u>●●人以上であること。</u>	

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 <u>早期診療体制充実加算 1</u> (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 <u>早期診療体制充実加算 2</u> (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 <u>早期診療体制充実加算 3</u> (1) <u>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</u> ●●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、<u>早期診療体制充実加算として</u>、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 <u>病院の場合</u> (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 <u>診療所の場合</u> (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) <u>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。</u>	[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の口の（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。 <u>(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。</u>	行うにつき十分な体制が整備されていること。 (新設)

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] <u>注 1</u> 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。 <u>2</u> 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。 <u>3</u> 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] <u>注</u> 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断層撮影	●●点	
ハ	コンピュータ断層撮影 (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。		(新設)
イ	大動脈内バルーンパンピング法 (I A B P 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	

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。<u>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。</u>	【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。

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<u>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</u>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) <u>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。</u> (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<u>インフルエンザウイルス感染症</u>が疑われる患者に対して、COVID-19及び<u>インフルエンザウイルス感染症</u>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<u>インフルエンザウイルス感染症</u>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<u>RSウイルス感染症</u>が疑われる患者に対して、COVID-19及び<u>RSウイルス感染症</u>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<u>RSウイルス感染症</u>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、<u>インフルエンザウイルス感染症</u>及び<u>RSウイルス感染症</u>が疑われる患者に対して、COVID-19、<u>インフルエンザウイルス感染症</u>及び<u>RSウイルス感染症</u>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。	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回に限り算定する。

る。ただし、本検査の結果が陰性であったものの、<u>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</u>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） 【微生物核酸同定・定量検査】 23 <u>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</u> 963点 （削除） 24 <u>ウイルス・細菌核酸多項目同時検出</u> イ <u>SARS-COV-2 核酸検出を含むもの</u> 1,350点 ロ <u>SARS-COV-2 核酸検出を含まないもの</u> 963点 注 <u>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。</u> 〔施設基準〕 三の二の二 <u>ウイルス・細菌核酸多項目同時検出の施設基準等</u>	できる。（中略） 【微生物核酸同定・定量検査】 22 <u>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</u> 963点 注 <u>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。</u> 23 <u>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。）</u> 1,350点 （新設） （新設） （新設） 〔施設基準〕 三の二の二 <u>ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（SARS-COV-</u>

(1) ウイルス・細菌核酸多項目同時検出の施設基準 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。 (削除) (2) ウイルス・細菌核酸多項目同時検出の対象患者 次のいずれかに該当する患者 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 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	<u>2核酸検出を含まないもの</u>の施設基準等 (1) ウイルス・細菌核酸多項目同時検出(<u>SARS-CoV-2核酸検出を含まないもの</u>)の施設基準 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。 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(<u>SARS-CoV-2核酸検出を含まないもの</u>)の対象患者 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 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） <u>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。</u> <u>４～６</u> （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） <u>（５） 微生物学的検査体制加算の施設基準</u> <u>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。</u> （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） <u>３～５</u> （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） <u>（５）～（７）</u>（略） [施設基準（通知）]

第21 感染対策向上加算 1～4 (略) <u>5</u> <u>微生物学的検査体制加算の施設</u> <u>基準</u> (1) <u>感染対策向上加算1の届出を</u> <u>行っている保険医療機関であるこ</u> <u>と。</u> (2) <u>当該保険医療機関内に微生物</u> <u>学的検査室を有しており、1の</u> <u>(10)、(14)及び(21)に係る</u> <u>業務等に活用していること。</u> <u>6～9</u> (略)	第21 感染対策向上加算 1～4 (略) (新設) <u>5～8</u> (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 <u>●●点</u> (特別入院基本料等については、<u>●●点</u>) ロ 15日以上30日以内の期間 <u>●●点</u> (特別入院基本料等については、<u>●●点</u>) ハ 31日以上60日以内の期間 <u>●●点</u> (特別入院基本料等については、<u>●●点</u>)	【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 <u>400点</u> (特別入院基本料等については、<u>320点</u>) ロ 15日以上30日以内の期間 <u>300点</u> (特別入院基本料等については、<u>240点</u>) ハ 31日以上60日以内の期間 <u>200点</u> (特別入院基本料等については、<u>200点</u>)

は、●●点) ニ 61日以上90日以内の期間 ●●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) <u>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</u> (1) <u>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</u> (2) <u>合併症が結核の進展を促進しやすい病状にある患者</u> (3) <u>入院を要する精神障害者である患者</u> <u>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</u> [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	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) (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

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。

ア 産科患者

イ 15歳未満の小児患者

ウ 結核患者（次のいずれかに該当する場合に限る。）

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、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。

（新設）

（新設）

（新設）

<u>(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</u> <u>(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</u> <u>(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</u>	

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<u>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。</u>	【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 <u>クロストリジオイデス・ディフィシル感染症</u> ミ <u>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</u> (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。

イ～ヘ (略)

ト その他個室管理が必要な感染症

[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。

ア～フ (略)

ヘ クロストリジオイデス・ディフィシル感染症

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

マ～ム (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

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)

(新設)

[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。

ア～フ (略)

(新設)

(新設)

ヘ～マ (略)

- (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、<u>当該有床義歯の取扱いについて必要な説明</u>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、<u>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</u>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、<u>区分番号H001－2に掲げる歯科口腔リ</u>

【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 <u>●●●点</u> (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 (<u>B 0 1 3 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。)</u> をいい、<u>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。</u> (削除) (2) <u>B 0 1 3 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。</u>	<u>ハビリテーション料 1 (1 に限 る。) は算定できない。</u> 【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 <u>イ 口以外の場合 104点</u> <u>ロ 困難な場合 124点</u> 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、<u>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。</u> (2) 「1 のロ 困難な場合」とは、 <u>B 0 1 3 に掲げる新製有床義歯 管理料の (3) に掲げる場合を いう。</u> (3) <u>B 0 1 3 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。</u>

【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

- 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）】 1・2 （略） <u>3</u> 小児保隙装置の場合 ●●点 <u>4</u> （略） 〔算定要件〕 注 1・2 （略） <u>3</u> <u>3</u>については、区分番号 M O 1 6－2 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。 <u>4</u> <u>4</u>については、区分番号 M O 2 5 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。 <u>5</u> <u>2</u> 及び <u>4</u> について、区分番号 H O O 1 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。 <u>6</u> <u>2</u> 及び <u>4</u> について、区分番号 H O O 1 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	【歯科口腔リハビリテーション料 1（1口腔につき）】 1・2 （略） （新設） <u>3</u> （略） 〔算定要件〕 注 1・2 （略） （新設） <u>3</u> <u>3</u>については、区分番号 M O 2 5 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。 <u>4</u> <u>2</u> 及び <u>3</u> について、区分番号 H O O 1 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。 <u>5</u> <u>2</u> 及び <u>3</u> について、区分番号 H O O 1 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。 (7) 「3 小児保隙装置の場合」 <u>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。</u>	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。 (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、<u>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。</u> 2 (略) (3) 「2 可撤式保隙装置」は、 <u>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。</u> イ <u>両側性の乳臼歯を早期喪失した症例</u> ロ <u>片側性の 2 歯以上の乳臼歯を早期喪失した症例</u> ハ <u>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</u> ニ <u>乳前歯を早期喪失した症例</u>	【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) (新設)

<u>ホ 永久歯を早期喪失し、将来の補綴処置に備えて保険を行う必要がある症例</u>	

【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揭示事項等】 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・ウィーデマン症候群、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揭示事項等】 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・ウィーデマン症候群、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نفelter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نفelter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)、<u>原発性低リン血症性くる病、ロイス・デイツ症候群</u>若しくはその他顎・口腔の先天異常に起因した咬合異常、<u>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</u>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<u>又は三歯以上の永久歯萌出不全に起因した咬合異常</u>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、<u>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。)</u>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、<u>E000に掲げる写真診断の「1 単純撮影」</u>若しくは「<u>2 特殊撮影</u>」又は<u>E100に掲げる歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織の「1 単純撮影」</u>若しくは「<u>2 特殊撮影</u>」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<u>必要に応じ</u>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、<u>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</u>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。<u>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。</u> (4) (略) (削除) (6) (略)	(4) (略) (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)

【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

- 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。 <u>2</u> <u>2</u>については、<u>注1</u>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。 <u>3・4</u> (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 <u>1</u> <u>回復期等口腔機能管理計画策定料1</u> 300点 <u>2</u> <u>回復期等口腔機能管理計画策定料2</u> ●●点 [算定要件] 注1 <u>1</u>については、<u>医科点数表</u>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。 <u>2</u> <u>2</u>については、<u>注1</u>に規定す	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。 (新設) <u>2・3</u> (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 300点 (新設) (新設) [算定要件] 注1 <u>医科点数表</u>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。 (新設)

<u>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。</u> <u>3</u> (略)	<u>2</u> (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) <u>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。</u>	【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） <u>３</u> <u>１</u> 及び <u>２</u> について、口腔機能

<u>3</u>・<u>4</u>（略）	<u>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。</u> <u>4</u>・<u>5</u>（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） <u>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nbr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Ｍ０１８－２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。</u> <u>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</u>	【補綴時診断料】 [算定要件] 注１・２ （略） (新設) (新設)

<u>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M O 1 7 - 2に掲げる高強度硬質レジnbrリッジ、区分番号M O 1 7 - 3に掲げるチタンブリッジ又は区分番号M O 1 8 - 2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。</u> <u>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M O 0 3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。</u> <u>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。</u> <u>7・8</u> (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	(新設) (新設) <u>3・4</u> (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、<u>区分番号M O 1 1に掲げるレジ前装金属冠、区分番号M O 1 1 - 2に掲げるレジ前装</u>

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、<u>前歯部の歯冠補綴物又はブリッジ</u>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)	<u>チタン冠又は区分番号M015-2に掲げるCAD/CAM冠</u>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、<u>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</u>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。 3 <u>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</u>

3 <u>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 M 0 0 0 に掲げる補綴時診断料の注 3 及び注 4 並びに区分番号 M 0 0 6 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。</u> (削除) 4 <u>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。</u> 【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、<u>区分番号 M 0 1 5－2 に掲げる C A D／C A M 冠又は区分番号 M 0 1 5－3 に掲げる C A D／C A M 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</u>	<u>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。</u> (新設) 4 <u>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 M 0 0 6 に掲げる咬合採得の注 1 及び注 2 並びに区分番号 M 0 0 7 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。</u> (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、<u>区分番号 M 0 1 5－3 に掲げる C A D／C A M 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</u>

い、当該修復物又は補綴物の製作に活用した場合には、<u>歯科技工士連携加算 1</u>として、<u>●●点</u>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、<u>歯科技工士連携加算 1</u>は 1 回として算定する。 <u>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 M O 1 5－2 に掲げる C A D／C A M 冠又は区分番号 M O 1 5－3 に掲げる C A D／C A M 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、<u>●●点</u>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、<u>歯科技工士連携加算 2</u>は 1 回として算定する。</u> <u>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。</u> 【咬合採得】 [算定要件] 注 1・2 (略) (削除)	<u>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、<u>光学印象歯科技工士連携加算</u>は 1 回として算定する。</u> (新設) (新設) 【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、<u>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 M O 0 3 に掲げる印象採得の注 1 及び注 2 並びに区分番号 M O 0 7 に掲げる仮床試適</u>

<u>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 M O O 3 に掲げる印象採得の注 1 及び注 2 並びに区分番号 M O O 7 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。</u> (削除) <u>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。</u> 【仮床試適】 [算定要件] 注 1 ・ 2 (略) (削除)	<u>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。</u> (新設) <u>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 M O O 3 に掲げる印象採得の注 1 及び注 2 並びに区分番号 M O O 7 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。</u> (新設) 【仮床試適】 [算定要件] 注 1 ・ 2 (略) <u>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 M O O 3 に掲げる印象採得の注 1 及び注 2 並びに区分番号 M O O 6 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。</u>

<u>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 M O O 6 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。</u> (削除) <u>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。</u> [施設基準] <u>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</u> (1) 歯科技工士連携加算 1 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。 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。 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) <u>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 M O O 3 に掲げる印象採得の注 1 及び注 2 並びに区分番号 M O O 6 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。</u> (新設) [施設基準] <u>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</u> (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 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。 (新設) (新設)

<u>いること。</u> ニ <u>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。</u> (2) 歯科技工士連携加算2の施設基準 イ <u>(1)のイからニまでの全てを満たしていること。</u> 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 <u>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。</u> 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） <u>5～8（略）</u> <u>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。</u> 10～21（略）	【歯冠修復及び欠損補綴（通則）】 [算定留意事項] 1～4（略） <u>5（略）</u> <u>6～9（略）</u> （新設） 10～21（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－⑩】

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、口及びハは、その他の歯冠補綴物との選択について、<u>「ＣＡＤ／ＣＡＭ冠に関する基本的な考え方」</u>（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 <u>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</u> （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

(削除) ハ <u>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</u> (削除) (3)～(6) (略) (7) 特定保険医療材料料は別に算定する。なお、<u>(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。</u> 【CAD/CAMインレー】 CAD/CAMインレー（1歯につき） ●●点 [算定要件] (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	<u>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</u> ② <u>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</u> ハ <u>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歯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。）</u> 三 <u>大臼歯にCAD/CAM冠用材料(Ⅴ)を使用する場合</u> (3)～(6) (略) (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（1歯につき） 750点 [算定要件] (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

算定する。また、口及びハは、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。

イ 小臼歯に使用する場合
ロ 大臼歯に使用する場合

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

(4) (略)

(5) 特定保険医療材料料は別に算

算定する。

イ 小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 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)

(5) 特定保険医療材料料は別に算

定する。<u>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。</u> 【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、MO17-2に掲げる高強度硬質レジンブリッジ及びMO17-3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MO10の2に掲げる4分の3冠（前歯）、MO10の3に掲げる5分の4冠（小臼歯）、MO10の4に掲げる全部金属冠（小臼歯及び大臼歯）及びMO11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MO17-2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）	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、MO17-2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MO10の2に掲げる4分の3冠（前歯）、MO10の3に掲げる5分の4冠（小臼歯）、MO10の4に掲げる全部金属冠（小臼歯及び大臼歯）及びMO11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MO15に掲げる非金属歯冠修復（（６）のイに規定する場合を含む。）、MO15-2に掲げるCAD／CAM冠（（２）のイ、ロ及びニ並びに（３）に規定する場合を含む。）及びMO17-2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
【鑄造鉤】 [算定要件] (削除) (1) (略) (2) <u>鑄造鉤を算定する場合の特定保険医療材料は、基本的に鑄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。</u> 【線鉤】 [算定要件] (1) <u>保険医療材料は、別に定める線鉤の使用材料により算定する。</u> (2) <u>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。</u> (3) (略) (削除) (4)・(5) (略) 【コンビネーション鉤】 [算定要件] (1)・(2) (略) (3) <u>保険医療材料は、別に定めるコンビネーション鉤の使用材料により算定する。</u> (4) <u>コンビネーション鉤を算定する場合に、鑄造鉤又はレストに用いる保険医療材料は、基本的</u>	【鑄造鉤】 [算定要件] (1) 14カラット金合金による鑄造鉤は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] (新設) (新設) (1) (略) (2) <u>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。</u> (3)・(4) (略) 【コンビネーション鉤】 [算定要件] (1)・(2) (略) (新設) (新設)

<u>に鑄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。</u> 【大連結子】 大連結子（１個につき） １・２ （略） 〔算定要件〕 （１） <u>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鑄造バー又は屈曲バーをいう。</u> （２） <u>「１ 鑄造バー」を算定する場合の特定保険医療材料は、基本的に鑄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。</u> （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、<u>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。</u> 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、<u>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。</u> 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、<u>CAD/CAM冠又はCAD/CAMインレー</u>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、MOO3に掲げる印象採得、MOO3-3に掲げる咬合印象及びMOO6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、MOO3に掲げる印象採得、MOO3-3に掲げる咬合印象及びMOO6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、ＭＯ１８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。

【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－⑫】

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（<u>11の規定により医科点数表の例による場合を含む。</u>）における第１節の診断料（区分番号E 0 0 0に掲げる写真診断（<u>2のイ及びハ並びに3に係るものに限る。</u>）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（<u>11の規定により医科点数表の例による場合を含む。</u>）における第２節の撮影料（区分番号E 1 0 0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	【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E 0 0 0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、撮影を行った場合における第２節の撮影料（区分番号E 1 0 0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。 4～11 （略） 【写真診断】 (削除) 注1 （略） [算定留意事項] 第4部 画像診断 1 「<u>通則2</u>」又は「<u>通則3</u>」の「<u>同一の部位</u>」とは、<u>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。</u> 2 「<u>通則2</u>」又は「<u>通則3</u>」の「<u>同時に</u>」とは、<u>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。</u> 3 「<u>通則2</u>」の「<u>2枚以上</u>」とは、<u>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。</u> 4 「<u>通則3</u>」の「<u>同一の方法</u>」による撮影とは、<u>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。</u>	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） 【写真診断】 注1 <u>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。</u> 2 （略） [算定留意事項] 第4部 画像診断 (新設) (新設) (新設) (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N000からN002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。
 ○「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、汚染歯根面のスクレーピング・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 J 1 0 9 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 M 0 2 5 - 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 J 1 0 9 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 M 0 2 5 - 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、<u>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。</u> 【暫間固定装置修理】 (削除)	【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<u>レジン連続冠固定法、線結紮法（帯冠使用を含む。）</u>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】 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) <u>ル 歯周治療用装置（床義歯形態）</u> 【口腔内装置調整・修理】 [算定要件] 注1 (略) 2 1の口については、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、<u>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。</u> 3～5 (略) 【歯周治療用装置】 (削除) 【暫間固定装置の除去】 (削除) 【テンポラリークラウン】 (削除) 【リテーナー】 (削除)	【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の口については、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<u>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。</u> 3～5 (略) 【歯周治療用装置】 <u>歯周治療用装置</u> <u>1・2</u> (略) 【暫間固定装置の除去】 <u>暫間固定装置の除去（1装置につき）</u> 30点 【テンポラリークラウン】 <u>テンポラリークラウン（1歯につき）</u> 34点 【リテーナー】 <u>リテーナー</u> <u>1～3</u> (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】 <u>救急搬送診療料</u> 1,300点

【退院前在宅療養指導管理料】 (削除) 【在宅麻薬等注射指導管理料】 (削除) 【在宅腫瘍化学療法注射指導管理料】 (削除) 【在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料】 (削除) 【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)	【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】 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】 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】 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料 1,500点 【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。 <u>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。</u>	上必要な指導を行った場合に算定する。<u>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。</u> (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	【<u>う蝕処置</u>】 <u>う蝕処置</u>（1歯1回につき） 18点 【<u>う蝕歯</u>即時充填形成】 <u>う蝕歯</u>即時充填形成（1歯につき） 128点 【<u>う蝕歯</u>インレー修復形成】 <u>う蝕歯</u>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) ディスクング（1歯につき） ●●点

[算定要件]

ディスクングとは、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、ディスク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、リカントウアリング等により、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) (削除)	【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 ニ レスト製作の場合 ホ 第13部 歯科矯正に伴うディスクキングの場合 (8) (1)の「ニ レスト製作の場合」とは、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、鉤歯と鉤歯の対合歯をレスト製作のために削除した場合をいい、新たな義歯の製作又は義歯修理の実施1回につき、「1 1歯以上10歯未満」又は「2 10歯以上」のうち、いずれか1回に限り算定する。ただし、修理を行った有床義歯に対して、再度、義歯修理を行う場合については、前回算定した日から起算して3月以内は算定できない。 (9) (1)の「ホ 第13部 歯科矯正に伴うディスクキングの場合」とは、本通知の第13部通則3に規定する顎変形症又は通則7に規定する別に厚生労働大臣が定める疾患に起因した咬合異常の歯科矯正を行う際に歯の隣

	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、<u>Ｉ０２１－１</u>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。 【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。	【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、<u>Ｊ０７３</u>に掲げる口腔内軟組織異物（人工物）除去術「<u>１ 簡単なもの</u>」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。<u>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</u>

	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、<u>K 0 0 1 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。</u>

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、<u>区分番号 I 0 0 1 に掲げる歯髄保護処置（1又は2に限る）、区分番号 I 0 0 4 の1に掲げる生活歯髄切断又は区分番号 I 0 0 5 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。</u> 8・9（略） 【歯冠修復及び欠損補綴の部（通則）】 1～10 （略） 11 <u>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 M 0 0 1 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。</u> 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 I 0 0 4 の1に掲げる生活歯髄切断又は区分番号 I 0 0 5 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) 【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、	【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] <u>十五の三 口腔細菌定量検査の施設基準</u> 【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。 3～5 (略) [施設基準] 十七 削除 【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。 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。 3～5 (略) [施設基準] 十八 削除	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) [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、別に厚生労働大臣が定める施設基準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、別に厚生労働大臣が定める施設基準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) [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。<u>ただし、C O O 7 に掲げる在宅患者連携指導料は別に算定できない。</u> 8 （略） ※ <u>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。</u>	[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）

【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－⑬】

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) N i ー T i ローターファイル加算
- (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） <u>●●点</u> 【装着】 〔算定要件〕 注１ 区分番号M O 1 5－2に掲げるC A D／C A M冠、区分番号M O 1 5－3に掲げるC A D／C A Mインレー又は区分番号M O 1 7－2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<u>●●点</u>、<u>●●点</u>又は<u>●●点</u>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） <u>●●点</u> 【大連結子】 <u>大連結子</u>（１個につき） １ 鋳造バー <u>●●点</u> 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 <u>●●点</u> （２） 小臼歯及び前歯 <u>●●点</u> ２ （略） 【根面被覆】 根面被覆（１歯につき）	【光学印象】 光学印象（１歯につき） <u>100点</u> 【装着】 〔算定要件〕 注１ 区分番号M O 1 5－2に掲げるC A D／C A M冠、区分番号M O 1 5－3に掲げるC A D／C A Mインレー又は区分番号M O 1 7－2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<u>45点</u>、<u>45点</u>又は<u>90点</u>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） <u>2,420点</u> 【バー】 <u>バー</u>（１個につき） １ 鋳造バー <u>458点</u> 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 <u>211点</u> （２） 小臼歯及び前歯 <u>180点</u> ２ （略） 【根面被覆】 根面被覆（１歯につき）

1 根面板によるもの ●●点	1 根面板によるもの 195 点
2 (略)	2 (略)
【非金属歯冠修復】 非金属歯冠修復（1 個につき）	【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	1 レジンインレー
イ 単純なもの ●●点	イ 単純なもの 128 点
ロ 複雑なもの ●●点	ロ 複雑なもの 180 点
2 (略)	2 (略)
【高強度硬質レジnbrリッジ】 高強度硬質レジnbrリッジ（1 装置につき） ●●点	【高強度硬質レジnbrリッジ】 高強度硬質レジnbr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）	【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)	1 (略)
2 キーパー付き根面板を用いる場合 ●●点	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nc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。	【象牙質レジnc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）	【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	1 単根管 139点
2 2 根管 ●●点	2 2 根管 168点
3 3 根管以上 ●●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)	【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、<u>●●点</u>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 <u>●●点</u> 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 <u>●●点</u> ロ 片側の3分の1以上の範囲のもの <u>●●点</u> [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、<u>●●点</u>を所定点数に加算する。 【がま腫切開術】 がま腫切開術 <u>●●点</u> 【唾石摘出術】 唾石摘出術（一連につき） 1 表在性のもの <u>●●点</u> 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 <u>●●点</u> ロ 手術範囲が全顎にわたる場合	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、<u>130点</u>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 <u>2,820点</u> 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 <u>1,300点</u> ロ 片側の3分の1以上の範囲のもの <u>3,420点</u> [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、<u>1,000点</u>を所定点数に加算する。 【がま腫切開術】 がま腫切開術 <u>820点</u> 【唾石摘出術】 唾石摘出術（一連につき） 1 表在性のもの <u>720点</u> 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 <u>850点</u> ロ 手術範囲が全顎にわたる場合

●●点 2 困難なもの イ 手術範囲が顎骨の3分の2程度未満の場合 ●●点 ロ 手術範囲が全顎にわたる場合 ●●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 ●●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（1顎一連につき） 1 1回法によるもの ●●点 2 2回法によるもの イ 1次手術 ●●点 ロ 2次手術 ●●点 【広範囲顎骨支持型装置搔爬術】 広範囲顎骨支持型装置搔爬術（1顎につき） ●●点	1,680点 2 困難なもの イ 手術範囲が顎骨の3分の2程度未満の場合 2,900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 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（1顎一連につき） 1 1回法によるもの 14,500点 2 2回法によるもの イ 1次手術 11,500点 ロ 2次手術 4,500点 【広範囲顎骨支持型装置搔爬術】 広範囲顎骨支持型装置搔爬術（1顎につき） 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） <table> <tr> <td>1 調剤基本料 1</td><td>●●点</td></tr> <tr> <td>2 （略）</td><td></td></tr> <tr> <td>3 調剤基本料 3</td><td></td></tr> <tr> <td>イ・ロ （略）</td><td></td></tr> <tr> <td>ハ</td><td>●●点</td></tr> <tr> <td>4 （略）</td><td></td></tr> </table>	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） <table> <tr> <td>1 調剤基本料 1</td><td>45点</td></tr> <tr> <td>2 （略）</td><td></td></tr> <tr> <td>3 調剤基本料 3</td><td></td></tr> <tr> <td>イ・ロ （略）</td><td></td></tr> <tr> <td>ハ</td><td>35点</td></tr> <tr> <td>4 （略）</td><td></td></tr> </table>	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）	
1 調剤基本料 1	●●点																								
2 （略）																									
3 調剤基本料 3																									
イ・ロ （略）																									
ハ	●●点																								
4 （略）																									
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<u>千八百回</u>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<u>六百回</u>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<u>八割五分</u>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。）。 二・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<u>二千回</u>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<u>千八百回</u>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<u>九割五分</u>を超える場合に限る。）。 二・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● <u>厚生労働大臣が定める地域</u> 一 <u>北海道札幌市</u> 二 <u>宮城県仙台市</u> 三 <u>埼玉県さいたま市</u> 四 <u>千葉県千葉市</u> 五 <u>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、</u>	[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 (削除) 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<u>三万五千回</u>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	【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。 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<u>三万五千回</u>を超え、<u>四万回以下</u>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<u>九割五分</u>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。 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<u>四万回</u>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<u>同一グループの保険薬局の数が三百以上のグループ</u>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<u>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</u>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● <u>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。</u> [施設基準] ● <u>調剤基本料の注●に規定する保険薬局</u> <u>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。</u> <u>（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。</u> <u>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。</u> <u>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。</u> <u>ハ 次のいずれかに該当すること。</u> <u>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。</u> <u>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。</u> <u>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。</u> <u>（２） 次のイ及びロに該当する保</u>	【調剤基本料】 [算定要件] (新設) [施設基準] (新設)

<u>陰薬局であること。</u> <u>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。</u> <u>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。</u>	

[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、<u>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。</u>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、<u>受付回数に数えない処方箋は以下のとおりとする。</u>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（<u>以下のアからウまでの本文に該当する場合を除く。</u>）。

調剤実施ごとに受付回数の計算に含める。 (削除) (削除) (削除) (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	<u>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</u> <u>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。</u> <u>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。</u> (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

て得た値とする。ただし、<u>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、</u> 1のアの（イ）の「<u>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</u>」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。 ア <u>情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合の処方箋</u> イ <u>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</u> ウ <u>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</u> エ <u>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</u>	て得た値とする。ただし、<u>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</u>」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、<u>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。</u> (新設) (新設) (新設) (新設)

<u>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。）</u>	

【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. ヘキ地等において、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 <u>次のいずれかに該当する保険薬局であること。</u> (1) <u>次のいずれにも該当すること。</u> 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。

<u>ハ 処方箋受付回数が一月に二千五百回を超えないこと。</u> <u>(2) 次のいずれにも該当すること。</u> <u>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。</u> <u>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。</u> <u>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。</u>	<u>(3) 処方箋受付回数が一月に二千五百回を超えないこと。</u> (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 <u>次のいずれかの要件を満たす保険薬局であること。</u> <u>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。</u> <u>ロ 当該保険薬局と同一の敷地内</u>	【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（<u>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。</u>）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。<u>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揭示事項等（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。</u>	

[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 <u>地域支援・医薬品供給対応体制加算１</u> ●●点 ロ <u>地域支援・医薬品供給対応体制加算２</u> ●●点 ハ <u>地域支援・医薬品供給対応体制加算３</u> ●●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 <u>地域支援体制加算１</u> 32点 ロ <u>地域支援体制加算２</u> 40点 ハ <u>地域支援体制加算３</u> 10点

二 <u>地域支援・医薬品供給対応体制加算 4</u> ●●点 ホ <u>地域支援・医薬品供給対応体制加算 5</u> ●●点 【地域支援・医薬品供給対応体制加算】 [施設基準] 四 <u>地域支援・医薬品供給対応体制加算の施設基準</u> (1) <u>地域支援・医薬品供給対応体制加算 1 の施設基準</u> 次のいずれにも該当する保険薬局であること。 イ <u>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。</u> ロ <u>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。</u> (2) <u>地域支援・医薬品供給対応体制加算 2 の施設基準</u> 次のいずれにも該当する保険薬局であること。 イ <u>(1) に掲げる施設基準を満たすこと。</u> ロ <u>調剤基本料 1 を算定していること。</u> ハ <u>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。</u> ニ <u>地域医療への貢献に係る十分な実績を有していること。</u> (3) <u>地域支援・医薬品供給対応体制加算 3 の施設基準</u> 次のいずれにも該当する保険薬局であること。 イ <u>(2) のイからハまでに該当すること。</u> ロ <u>地域医療への貢献に係る相当の実績を有していること。</u>	二 <u>地域支援体制加算 4</u> 32点 (新設) 【地域支援体制加算】 [施設基準] 四 <u>地域支援体制加算の施設基準</u> (新設) (1) <u>地域支援体制加算 1 の施設基準</u> 次のいずれにも該当する保険薬局であること。 (新設) イ <u>調剤基本料 1 を算定している保険薬局であること。</u> ロ <u>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。</u> ハ <u>地域医療への貢献に係る十分な実績を有していること。</u> (2) <u>地域支援体制加算 2 の施設基準</u> 次のいずれにも該当する保険薬局であること。 イ <u>(1) のイ及びロに該当する保険薬局であること。</u> ロ <u>地域医療への貢献に係る相当の実績を有していること。</u>

(4) <u>地域支援・医薬品供給対応体制加算4の施設基準</u> 次のいずれにも該当する保険薬局であること。 イ <u>(1)に掲げる施設基準を満たすこと。</u> 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 <u>(2)のニに該当する保険薬局であること。</u> (5) <u>地域支援・医薬品供給対応体制加算5の施設基準</u> <u>(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。</u>	(3) <u>地域支援体制加算3の施設基準</u> 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 <u>(1)のハに該当する保険薬局であること。</u> (4) <u>地域支援体制加算4の施設基準</u> <u>(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。</u>

[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

- 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。
- 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] <u>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。</u> <u>イ 残薬調整に係るもの以外の場合</u> 40点 <u>ロ 残薬調整に係るものの場合</u> 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 <u>在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料</u> 1 <u>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</u> イ <u>残薬調整に係るもの以外の場合</u> 40点 ロ <u>残薬調整に係るものの場合</u> 20点 2 <u>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</u> イ <u>残薬調整に係るもの以外の場合</u> 40点 ロ <u>残薬調整に係るものの場合</u> 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、<u>6</u>月に1回に限り<u>●●</u>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 <u>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</u>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、<u>3</u>月に1回に限り<u>30</u>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 〔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、	【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。 [施設基準] (削除)	においては、算定できない。 [施設基準] <u>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</u> <u>重複投薬等の解消に係る実績を有していること。</u>

※ 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

※ 服用薬剤調整支援料2は、相当程度の保険薬局勤務年数及び極めて高度な水準の専門性を有する薬剤師であって、ポリファーマシー対策に関し、十分な時間の研修を受講したものに限り実施可能とする旨を、留意事項通知において規定する予定。

[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〕 <u>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。</u>
<u>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、</u>	<u>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、</u>

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。 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を確認し、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 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 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い。	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。 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を確認し、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。 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。 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。 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。	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。 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、<u>情報通信機器を用いて必要な薬</u>

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。 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を確認し、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。 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。	<u>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。</u> 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（<u>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</u>）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を確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合（<u>注1のただし書に規定する場合を除く。</u>）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（<u>注1のただし書に規定する在宅患者緊急</u>

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。 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。 7～9 (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	<u>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)</u>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<u>(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)</u>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<u>(注1のただし書に規定する場合を除く。)</u>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) 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。<u>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。</u>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、<u>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</u>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 <u>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</u> ●●点 ハ <u>ロのうち、患者の状態の急変等に伴い行った場合</u> ●●点 ニ <u>イからハまで以外の場合</u> 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

の口については、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つては、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つては、週2回かつ月8回）に限り、所定点数を算定する。ただし、4のイの患者であつ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。

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つて、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。

イの患者であつ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）

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つて、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)

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。

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。

イ・ロ (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

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。

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)

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

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。<u>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。</u> 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、<u>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。</u>	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、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病<u>又は</u>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） （１）～（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	【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）～（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。<u>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。</u> 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) (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	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。 (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

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<u>先行バイオ医薬品若しくはバイオ後続品</u>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。 （１３）～（１６）（略）	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<u>か</u>後発医薬品<u>か</u>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。 （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 <u>先行</u> 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 <u>先行</u> 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、 <u>退院の日</u> 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 <u>先発</u> 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 <u>先発</u> 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、 <u>入院初日</u> 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) <u>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。</u> (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) <u>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。</u> (3) <u>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。</u> イ <u>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。</u> ① <u>エポエチン</u> ② <u>リツキシマブ</u> ③ <u>トラスツズマブ</u> ④ <u>テリパラチド</u> ロ <u>次に掲げる成分について、</u>

(3)・(4) (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) (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（<u>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。</u>）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	<u>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。</u> ① <u>ソマトロピン</u> ② <u>インフリキシマブ</u> ③ <u>エタネルセプト</u> ④ <u>アガルシダーゼベータ</u> ⑤ <u>ベバシズマブ</u> ⑥ <u>インスリンリスプロ</u> ⑦ <u>インスリンアスパルト</u> ⑧ <u>アダリムマブ</u> ⑨ <u>ラニビズマブ</u> (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) (2) <u>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。</u> (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。

(イ)～(ニ) (略)

(ホ) ラニビズマブ

(ヘ) インスリングルルギン

(ト) ダルベポエチン

(チ) フィルグラスチム

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)～(チ) (略)

(リ) アフリベルセプト

(ヌ) ウステキヌマブ

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)

(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) ラニビズマブ

(新設)

(ル) <u>ペグフィルグラスチム</u> (ヲ) <u>トシリズマブ</u> (3) <u>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。</u> (4) (略)	(新設) (新設) (4) <u>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。</u> (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)のハからへ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)のハからへ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 にあつては●●%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] <u>注 7 保険薬局及び保険薬剤師療養</u> <u>担当規則（昭和32年厚生省令第</u> <u>16号）第 7 条の 2 に規定する後</u> <u>発医薬品（以下「後発医薬品」</u> <u>という。）の調剤に関して別に</u> <u>厚生労働大臣が定める施設基準</u> <u>に適合しているものとして地方</u> <u>厚生局長等に届け出た保険薬局</u> <u>（注 2 に規定する別に厚生労働</u> <u>大臣が定める保険薬局を除</u> <u>く。）において調剤した場合に</u> <u>は、当該基準に係る区分に従</u> <u>い、次に掲げる点数（特別調剤</u> <u>基本料 A を算定する保険薬局に</u> <u>おいて調剤した場合には、それ</u> <u>ぞれの点数の100分の10に相当す</u> <u>る点数）を所定点数に加算す</u> <u>る。</u> <u>イ 後発医薬品調剤体制加算 1</u> <u>21点</u> <u>ロ 後発医薬品調剤体制加算 2</u> <u>28点</u>

	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の口に追加する。

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) 「口」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 ・ <u>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</u>	【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) 「口」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

３．「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」に、バイオ後続品の使用促進に係る規定を追加する。

改 定 案	現 行
【保険医療機関及び保険医療養担当規則】 （診療の具体的方針） 第二十条 （略） 二 投薬 イ～ハ （略） ニ 投薬を行うに当たっては、次に掲げる医薬品の使用を考慮するとともに、患者に当該<u>医薬品</u>を選択する機会を提供すること等患者が<u>当該医薬品</u>を選択しやすくするための対応に努めなければならない。 （1） <u>医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第十四条の四第一項各号に掲げる医薬品（以下「新</u>	【保険医療機関及び保険医療養担当規則】 （診療の具体的方針） 第二十条 （略） 二 投薬 イ～ハ （略） ニ 投薬を行うに当たっては、<u>医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第十四条の四第一項各号に掲げる医薬品（以下「新医薬品等」という。）とその有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一性を有する医薬品として、同法第十四条又は第十九条の二の規定による製造販売の承認（以下「承認」という。）がなされたもの（ただし、同法第十四条の四第一項第二号に掲げる医薬品並びに新医薬品等に係る承認を受けている者が、当該承認に係る医薬品と有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一であつてその形状、有効成分の含量又は有効成分以外の成分若しくはその含量が異なる医薬品に係る承認を受けている場合における当該医薬品を除く。）（以下「後発医薬品」という。）の使用を考慮するとともに、患者に後発医薬品を選択する機会を提供すること等患者が<u>後発医薬品</u>を選択しやすくするための対応に努めなければならない。</u> （新設）

<u>医薬品等」という。）とその有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一性を有する医薬品として、同法第十四条又は第十九条の二の規定による製造販売の承認（以下「承認」という。）がなされたもの（新医薬品等に係る承認を受けている者が、当該承認に係る医薬品と有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一であつてその形状、有効成分の含量又は有効成分以外の成分若しくはその含量が異なる医薬品に係る承認を受けている場合における当該医薬品を除く。以下「後発医薬品」という。）</u> （２） <u>遺伝子組換え技術を用いて製造される新医薬品等と同等の品質、有効性及び安全性を有する医薬品として承認がなされたもの（以下「バイオ後続品」という。）</u> ホ～ト （略） 三 （略） 四 注射 イ （略） ロ 注射を行うに当たっては、<u>後発医薬品又はバイオ後続品の使用を考慮するよう努めなければならない。</u> （歯科診療の具体的方針） 第二十一条 （略） 二 投薬 イ～ハ （略） ニ 投薬を行うに当たっては、<u>次に掲げる医薬品の使用を考</u>	（新設） ホ～ト （略） 三 （略） 四 注射 イ （略） ロ 注射を行うに当たっては、<u>後発医薬品の使用を考慮するよう努めなければならない。</u> （歯科診療の具体的方針） 第二十一条 （略） 二 投薬 イ～ハ （略） ニ 投薬を行うに当たっては、<u>後発医薬品の使用を考慮する</u>

慮するとともに、患者に<u>当該医薬品</u>を選択する機会を提供すること等患者が<u>当該医薬品</u>を選択しやすくするための対応に努めなければならない。 (1) <u>後発医薬品</u> (2) <u>バイオ後続品</u> ホ～ト (略) 三 (略) 四 注射 イ (略) ロ 注射を行うに当たっては、<u>後発医薬品又はバイオ後続品</u>の使用を考慮するよう努めなければならない。 【保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則】 (<u>後発医薬品及びバイオ後続品の調剤</u>) 第七条の二 保険薬局は、<u>次の各号に掲げる医薬品の備蓄に関する体制その他の当該医薬品の調剤に必要な体制の確保に努めなければならない。</u>	とともに、患者に<u>後発医薬品</u>を選択する機会を提供すること等患者が<u>後発医薬品</u>を選択しやすくするための対応に努めなければならない。 (新設) (新設) ホ～ト (略) 三 (略) 四 注射 イ (略) ロ 注射を行うに当たっては、<u>後発医薬品の使用を考慮する</u>よう努めなければならない。 【保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則】 (<u>後発医薬品の調剤</u>) 第七条の二 保険薬局は、<u>医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第十四条の四第一項各号に掲げる医薬品</u>（以下「<u>新医薬品等</u>」という。）<u>とその有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一性を有する医薬品として、同法第十四条又は第十九条の二の規定による製造販売の承認（以下「承認」という。）がなされたもの（ただし、同法第十四条の四第一項第二号に掲げる医薬品並びに新医薬品等に係る承認を受けている者が、当該承認に係る医薬品と有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一であつてその形状、有効成分の含量又は有効成分以外の成分若しくはその含量が異なる医薬品に係る承認を受けている場合における当該医薬品を除く。）（以下「後発医薬品」という。）の備蓄に関する体制その他の後発医薬品の調剤に必要な体制の確保に努め</u>

て、保険薬剤師は、後発医薬品又はバイオ後続品を調剤するよう努めなければならない。	

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。

改 定 案		現 行	
【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		【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	
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	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	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	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</u> <u>分の一</u> を乗じて得た価格を控除

	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		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揭示事項等】 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<u>二分の一</u>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		【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揭示事項等】 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<u>四分の一</u>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	

【Ⅳ－３－１ 市場実勢価格を踏まえた適正な評価－①】

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】 A 2 5 0 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】 A 2 5 0 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への在り方への対応－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への在り方への対応－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。
 - 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への在り方への対応－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 <u>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。</u> ２～５ （略） 〔算定要件（通知）〕 （１）～（１１） （略） （１２） <u>患者の状態に応じ、２８日以上</u> <u>の長期の投薬を行うこと又はリ</u> <u>フィル処方箋を交付すること</u> <u>について、当該対応が可能である</u> <u>ことを当該保険医療機関の見や</u> <u>すい場所に掲示するとともに、</u> <u>患者から求められた場合に、患</u> <u>者の状態を踏まえて適切に対応</u> <u>を行うこと。</u>	【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) [施設基準] <u>一の● 特定疾患療養管理料の注 1</u> <u>に規定する施設基準</u> <u>特定疾患療養管理を行うにつき</u> <u>必要な体制が整備されているこ</u> <u>と。</u> [施設基準（通知）] 第 1 特定疾患療養管理料 <u>1 特定疾患療養管理料に関する</u> <u>施設基準</u> <u>患者の状態に応じ、28日以上</u> <u>の長期の投薬を行うこと又はリ</u> <u>フィル処方箋を交付すること</u> <u>について、当該対応が可能である</u> <u>ことを当該保険医療機関の見や</u> <u>すい場所に掲示すること。</u> <u>2～3 (略)</u> ※ <u>皮膚科特定疾患指導管理料、婦</u> <u>人科特定疾患治療管理料、耳鼻咽</u> <u>喉科特定疾患指導管理料、二次性</u> <u>骨折予防継続管理料及び小児科外</u> <u>来診療料についても同様。</u>	(12) (略) [施設基準] (新設) [施設基準（通知）] 第 1 特定疾患療養管理料 (新設) <u>1～2 (略)</u>

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】 <u>１ 病棟薬剤業務実施加算 １</u>（週 １回） ●●点 <u>２ 病棟薬剤業務実施加算 ２</u>（週 １回） 120点 <u>３ 病棟薬剤業務実施加算 ３</u>（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） <u>１ 病棟薬剤業務実施加算 １</u>（週 １回） 120点 <u>２ 病棟薬剤業務実施加算 ２</u>（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 にあつては週 1 回に限り、病棟薬剤業務実施加算 3 にあつては 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つて、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。

[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

実施加算 1 にあつては週 1 回に限り、病棟薬剤業務実施加算 2 にあつては 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つて、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

(新設)

<u>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。</u> <u>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。</u> <u>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。</u> <u>(2) 病棟薬剤業務実施加算 2 の施設基準</u> <u>(1) のイからホまでに該当する保険医療機関であること。</u> (削除) <u>(3) 病棟薬剤業務実施加算 3 の施設基準</u> イ～ホ (略) <u>(4) (略)</u>	<u>(1) 病棟薬剤業務実施加算 1 の施設基準</u> (新設) <u>イ～ホ (略)</u> <u>(2) 病棟薬剤業務実施加算 2 の施設基準</u> イ～ホ (略) <u>(3) (略)</u>

【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。

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 <u>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</u>	【第５部 投薬】 通則 (新設)

<u>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。</u>	

【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】

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。

【Ⅳ－５ 外来医療の機能分化と連携】

外来医療の機能分化と連携

「Ⅱ－４」を参照のこと。

【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】

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。

参考資料

(物価対応(その2)における修正点について)

入院における物価上昇対応について（案） ②

中医協 総－6
8．1．14改

- 入院診療に関する物価上昇への対応にあたり、まず、入院料毎の、収入に占める物件費率を見積もる必要があることから、次のように見積もってはどうか。
 - ・医療機能によって物件費率に差異があることから、入院料を特定機能病院、急性期、回復期、慢性期、精神にグループ化し、「入院料グループ」毎に異なる物件費（委託費を含まない）率及び委託費率を求める。
 - ・しかし、入院料毎の物件費のデータは存在しないことから、急性期、回復期、慢性期、精神の各々の機能グループの病棟が病院の大半（例えば80%以上）を占める病院のデータを用いて病院の物件費率・委託費率を算出することとし、これをもって、当該「入院料グループ」の物件費率＜P＞・委託費率＜Q＞として用いる。

入院料グループ	対象となる入院料
特定機能病院	特定機能病院入院基本料、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料
急性期	一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、専門病院入院基本料、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、地域包括医療病棟入院料、小児入院医療管理料、特定一般病棟入院料
地域包括ケア	地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）
回復期リハビリテーション	回復期リハビリテーション病棟入院料（入院医療管理料）
慢性期	療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料（入院医療管理料） 緩和ケア病棟入院料
精神	精神病棟入院基本料、精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料、精神科地域包括ケア病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料

※物件費率を入院料グループごとに算出する考え方は、令和元年の消費税補填の際の考え方と同様。

※物件費率の算出に用いる範囲としては、特定保険医療材料以外の診療材料費、食費等を除く委託費、減価償却費、光熱費等のその他の経費が含まれる。

令和7年度補正予算による支援の考え方を踏まえた入院料への配分

中医協 総－1
8. 1. 9 改

- 令和6年度改定以降の経営状況の悪化に対する対応については、大臣折衝において維持するとされた、令和7年度補正予算の考え方を踏まえ、回復期、精神、慢性期については、入院1日当たり定額を配分する。
- 回復期と精神については、上記に加え、救急加算分を、入院1日あたり定額に上乗せする。
- 急性期については、財源を一体化した上で、補正予算の配分額に応じて特定機能病院、急性期病院、その他の急性期の3類型へ配分したうえで、①の配分の考え方と同様に、1人1日あたり入院費に応じて配分額を算出する。

【大臣折衝における記載】

②③ **令和6年度診療報酬改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応分 +0.44%。**

配分に当たっては、**令和7年度補正予算の効果を減じることのないよう、施設類型ごとのメリハリを維持することとする。**

急性期

回復期

精神

慢性期

【補正予算における対応の考え方】

③救急加算
(救急搬送件数に応じた支援)

③救急加算

③救急加算

② 1床あたりでの支援

機能により入院料を3区分した上で、それぞれに財源を配分し、更に入院料ごとの物件費等の額に応じて配分※1

【診療報酬における考え方】

1) 特定機能病院
の急性期病床

2) 急性期病院
の急性期病床

3) その他の病院の
急性期病床

救急加算
相当分※2

救急加算
相当分※2

②入院1日当たり定額を配分

※1 配分に当たっては、回復期、精神、慢性期の1日あたり定額を下回らないように設定

※2 回復期では地域包括ケア病棟入院料、

精神では精神病棟入院基本料10対1～15対1、精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料に救急加算分を上乗せすることを想定

答申書附帯意見(案)

(全般的事項)

- 1 近年、診療報酬体系が複雑化していることを踏まえ、患者をはじめとする関係者にとって分かりやすい診療報酬体系となるよう検討すること。また、施設基準届出のオンライン化や共通算定モジュールの活用を進めるなど、診療報酬の請求手続きの負担軽減を図ること。

(物価対応)

- 2 物価対応に係る評価について、医療機関等の経営状況等を把握した上で、実際の経済・物価の動向を踏まえて必要な場合には、令和9年度における更なる対応について検討すること。また、物価対応に関する基本料・技術料を含めた今後の評価のあり方について検討すること。

(賃上げ)

- 3 賃上げに係る評価について、40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工士等を含む幅広い医療関係職種において賃上げが適切に実施されているか、実態を迅速かつ詳細に把握した上で、医療機関等の経営状況及び実際の経済・物価の動向を踏まえて必要な場合には、令和9年度における更なる対応について検討すること。

(病棟業務等の向上・効率化・タスクシフト/シェア)

- 4 看護業務や医師の事務作業等の更なる向上や業務効率化・負担軽減を推進する観点から導入した、看護職員と他の医療職種が協働して病棟業務を行う体制、ICT、AI、IoT等の活用による看護職員等の配置基準の柔軟化、専従業務の柔軟化等について、職員の業務負担、医療の質、医療安全への影響、生産性向上、医療従事者の確保等の観点から、病棟の種別ごとに今回改定による影響を幅広く調査・検証するとともに、適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

(入院医療)

- 5 急性期病院一般入院基本料や急性期総合体制加算を新設したことによる影響の調査・検証を行うとともに、病院や病床の機能に応じた急性期入院医療の適切な評価について、10対1急性期病棟の在り方も含め、引き続き検討すること。
- 6 特定集中治療室管理料等、高度急性期入院医療に係る今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、重症度、医療・看護必要度の項目、SOFAスコア等、入院患者のより適切な評価指標や測定方法等、病院や病室の機能に応じた入院料の評価の在り方等について、引き続き検討すること。
- 7 救急外来応需体制の評価、下り搬送の評価、在宅療養を行う高齢者・介護保険施設等入所者

の後方支援機能の評価等、救急搬送に係る今回改定による影響について、在宅療養を行う高齢者や介護保険施設入所者の救急搬送・緊急入院の受入れや高次医療機関への転院搬送の実態を把握する等、幅広く調査・検証を行うとともに、病院や病床の機能に応じた高齢者救急受入れや三次救急医療機関の評価の在り方について、介護保険施設等の協力医療機関が果たす役割の観点も含め、引き続き検討を行うこと。

- 8 地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟の評価の見直し等、包括期入院医療に係る今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理、円滑な入退院や早期の在宅復帰等、質の高い入院医療の実現に向けて、これらの病棟の適切な評価の在り方について、引き続き検討すること。また、療養病棟等の慢性期入院医療について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、在宅医療や介護保険施設等との役割分担や連携等の観点も踏まえ、評価の在り方を引き続き検討すること。

- 9 DPC/PDPS 及び短期滞在手術等基本料について、今回改定による影響等について調査・検証を行うとともに、医療の質の向上と標準化に向け、診療実態を踏まえた更なる包括払いの在り方について引き続き検討すること。

(人口少数地域の医療・医師偏在対策)

- 10 人口の少ない地域の外来・在宅医療提供体制の確保のための支援に対する評価や、外科医療確保特別加算の新設等、医師の地域偏在・診療科偏在対策等に係る今回改定による影響等について調査・検証を行うとともに、人口構成の地域差や病院薬剤師を含む医療従事者の偏在等を踏まえた適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

(外来医療)

- 11 初診料・外来診療料における逆紹介割合に基づく減算規定の見直しや連携強化診療情報提供料の見直し等、外来機能分化に係る今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、評価の在り方について引き続き検討すること。

- 12 生活習慣病管理料(Ⅰ)(Ⅱ)や特定疾患療養管理料等について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、診療ガイドラインに沿った質の高い計画的な医学管理が推進されるよう、提供される医療の実態に基づく評価の在り方について引き続き検討すること。

- 13 かかりつけ医機能を有する医療機関について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、かかりつけ医機能報告制度の施行状況等を踏まえ、評価の在り方を検討すること。

(在宅医療・訪問看護)

- 14 在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の質の向上に向け、今回改定に

よる影響の調査・検証を行うとともに、地域における医療提供体制の実態等も踏まえつつ、往診、訪問診療、歯科訪問診療、訪問薬剤管理指導、訪問看護等における適切な評価の在り方を引き続き検討すること。

- 15 訪問看護について、同一建物居住者への訪問看護の評価の見直しや、一連の訪問看護を1日あたりで包括的に評価する仕組みが新設されたこと等を踏まえ、指定訪問看護事業所の経営状況等の把握や今回改定の検証を行った上で、評価の在り方について引き続き検討すること。また、精神科訪問看護の利用者が増加傾向にある状況を踏まえ、利用者の状態や訪問看護の提供内容等も含め、実態を踏まえた適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

（精神医療）

- 16 今回新設された精神科地域密着多機能体制加算の効果・影響等を検証する等、診療に当たって精神保健福祉法に基づく判断や手続きを伴う等の精神医療の特性を踏まえ、引き続き地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価について検討すること。また、地域の重度な精神身体合併症患者を診療する役割を担う総合病院精神科に係る評価の在り方について、今回改定の効果検証を行った上で、引き続き検討すること。

（医療 DX・オンライン診療）

- 17 医療 DX（電子処方箋、電子カルテ共有サービス等）、オンライン診療（D to P with D、D to P with N など）、改正医療法に基づくオンライン診療受診施設の活用状況等について調査・検証を行うとともに、適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

（医療技術の評価）

- 18 リアルワールドデータの解析結果、臨床的位置付け、効果の有無に係るエビデンス等を踏まえ、体系的な分類に基づいて見直しを行った医療技術を含め、医療技術の適切な再評価を継続的に行うこと。また、今回実施した特定保険医療材料の不採算品再算定やシェアが分散している場合の対応を踏まえ、なお市場実勢価格が償還価格を上回る機能区分が生じる要因の把握等を行うとともに、迅速かつ安定的に患者へ供給・提供させる観点も踏まえた革新的な医療機器や検査等のイノベーションを含む先進的な医療技術についての適切な評価の在り方を、引き続き検討すること。

（歯科診療報酬）

- 19 かかりつけ歯科医による歯科疾患・口腔機能の管理等の評価の見直しや歯科治療のデジタル化の実施状況、入院患者等に対する医科歯科連携の評価の影響等を調査・検証し、口腔管理や治療の在り方や多職種連携の評価の在り方について引き続き検討すること。

（調剤報酬）

20 敷地内薬局の開設状況の変化等に加え、いわゆる門前薬局や医療モール薬局等に関して今回の改定による影響の調査・検証を行うとともに、適切な医薬品提供拠点の在り方も含め、薬局ビジョンを踏まえた薬局・薬剤師の在り方について引き続き検討すること。

21 薬局の都市部偏在に関して今回の改定による影響の調査・検証を行うとともに、地域支援体制加算・在宅薬学総合体制加算における実績要件や人員要件の在り方も含め、都市部における小規模乱立を解消するための評価の在り方、また、医療資源の少ない地域へ配慮した評価の在り方について引き続き検討すること。

（長期処方やリフィル処方等）

22 長期処方やリフィル処方に係る取組について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、積極的な活用策について引き続き検討すること。また、医薬分業の現状やポリファーマシー対策の観点を踏まえた処方の評価について引き続き検討すること。

（後発医薬品の使用促進）

23 バイオ後続品を含む後発医薬品の使用促進について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、後発医薬品の供給状況や医療機関や薬局における使用状況等も踏まえ、診療報酬における後発医薬品の使用に係る評価について引き続き検討すること。

（医薬品の保険給付）

24 長期収載品や食品類似薬について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、医薬品の保険給付の在り方について、供給状況や患者の負担増に配慮しつつ、引き続き検討すること。

（薬価制度、保険医療材料制度、費用対効果評価制度）

25 イノベーションの推進、安定供給の確保、現役世代の保険料負担を含む国民負担の軽減の観点から、諸外国の動向も踏まえつつ、各制度の在り方について引き続き検討すること。

（施策の検証）

26 施策の効果や医療の質を含む患者への影響等について、データやエビデンスに基づいて迅速・正確に把握・検証できるようにするための方策について、引き続き検討すること。

報道関係者 各位

令和8年1月29日

【照会先】

保険局医療課医療指導監査室

室長補佐 半間 渉

室長補佐 平瀬 瑞枝

(代表電話) 03 (5253) 1111

(直通電話) 03 (3595) 2578

令和6年度における保険医療機関等の 指導・監査等の実施状況について(概況)

1 指導・監査等の実施件数

個別指導	2,494件	(対前年度比	1030件増)
新規個別指導	5,989件	(対前年度比	587件減)
適時調査	2,729件	(対前年度比	19件減)
監査	34件	(対前年度比	12件減)

2 取消等の状況

保険医療機関等	23件	(対前年度比	2件増)
(内訳) 指定取消	: 9件	(対前年度比	1件増)
指定取消相当	: 14件	(対前年度比	1件増)
保険医等	18人	(対前年度比	4人増)
(内訳) 登録取消	: 17人	(対前年度比	4人増)
登録取消相当	: 1人	(対前年度比	増減なし)

特徴等

- ・ 保険医療機関等の指定取消処分（指定取消相当を含む）の原因（不正内容）を見ると、架空請求、付増請求、振替請求、二重請求、その他の請求など不正の内容は多岐にわたっている。
- ・ 指定取消処分（指定取消相当を含む）に係る端緒としては、保険者、医療機関従事者、医療費通知に基づく被保険者等からの情報提供が20件と指定取消処分（指定取消相当を含む）の件数の大半を占めている。

3 返還金額

保険医療機関等から返還を求めた額は、約48億5千万円（対前年度比約2億3千万円増）
（内訳）

- ・ 指導による返還分 : 約17億3千万円（対前年度比 約 3億7千万円増）
- ・ 適時調査による返還分 : 約23億0千万円（対前年度比 約 9億0千万円減）
- ・ 監査による返還分 : 約 8億3千万円（対前年度比 約 7億5千万円増）

※ 返還金額は、指導・監査等の実施年度に関わらず、令和6年度に返還金額が確定したものを計上したものであるため、指導・監査等の実施年度と返還金額の確定年度は必ずしも一致するものではない。

<保険診療における指導・監査 HP>

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryau/iryauhoken/shidou_kansa.html

令和6年度における保険医療機関等の指導・監査等の実施状況

1. 指導の実施状況

(1) 個別指導

区 分	医 科	歯 科	薬 局	合 計
保険医療機関等	894件	791件	809件	2,494件
保 険 医 等	3,193人	1,682人	1,277人	6,152人

(2) 新規個別指導

区 分	医 科	歯 科	薬 局	合 計
保険医療機関等	2,599件	1,292件	2,098件	5,989件
保 険 医 等	3,557人	1,576人	3,201人	8,334人

(3) 集団的個別指導

区 分	医 科	歯 科	薬 局	合 計
保険医療機関等	5,838件	5,029件	4,639件	15,506件

2. 適時調査の実施状況

区 分	医 科	歯 科	薬 局	合 計
保険医療機関等	2,722件	1件	6件	2,729件

3. 監査の実施状況

区 分	医 科	歯 科	薬 局	合 計
保険医療機関等	20件	14件	0件	34件
保 険 医 等	67人	16人	0人	83人

4. 保険医療機関等の指定取消等及び保険医等の登録取消等の状況

区 分		医 科	歯 科	薬 局	合 計
保険医療機関等	指 定 取 消	3件	6件	0件	9件
	指定取消相当	6件	8件	0件	14件
	計	9件	14件	0件	23件
保 険 医 等	登 録 取 消	5人	12人	0人	17人
	登録取消相当	0人	1人	0人	1人
	計	5人	13人	0人	18人

5. 保険医療機関等の指定取消等に係る端緒

- (1) 保険者等からの情報提供 20件 ※保険者、医療機関従事者、医療費通知に基づく被保険者等
 (2) その他 3件 ※警察の摘発、個別指導等

6. 返還金額の状況

返還金額は、48億5,333万円であった。

- ・ 指導による返還分 17億2,536万円
- ・ 適時調査による返還分 22億9,921万円
- ・ 監査による返還分 8億2,876万円

7. 指導・監査等の実施状況等の年度推移

区分	保 険 医 療 機 関 等 (単位:件)						保 険 医 等 (単位:人)					
	年度	2	3	4	5	6	年度	2	3	4	5	6
個別指導	医科	530	307	545	525	894	医科	688	439	1,584	2,774	3,193
	歯科	525	372	533	512	791	歯科	621	521	1,525	990	1,682
	薬局	742	371	427	427	809	薬局	1,101	586	892	661	1,277
	計	1,797	1,050	1,505	1,464	2,494	計	2,410	1,546	4,001	4,425	6,152
新規個別指導	医科	982	1,524	2,490	2,709	2,599	医科	1,120	1,807	3,437	3,887	3,557
	歯科	781	1,084	1,663	1,517	1,292	歯科	918	1,303	2,074	1,835	1,576
	薬局	1,152	1,845	2,589	2,350	2,098	薬局	1,720	3,030	4,366	3,772	3,201
	計	2,915	4,453	6,742	6,576	5,989	計	3,758	6,140	9,877	9,494	8,334
集団指導	医科	0	6,579	5,626	3,421	5,838						
	歯科	0	5,235	5,168	3,775	5,029						
	薬局	0	4,476	4,504	3,372	4,639						
	計	0	16,290	15,298	10,568	15,506						
適時調査	医科	3	18	2,289	2,736	2,722						
	歯科	0	1	9	7	1						
	薬局	2	14	5	5	6						
	計	5	33	2,303	2,748	2,729						
監査	医科	16	20	20	22	20	医師	25	51	31	41	67
	歯科	23	24	29	22	14	歯科医師	36	36	44	35	16
	薬局	7	7	3	2	0	薬剤師	21	17	15	12	0
	計	46	51	52	46	34	計	82	104	90	88	83
取消 (取消相当含む)	医科	4	8	7	11	9	医師	4	3	5	5	5
	歯科	15	14	9	9	14	歯科医師	14	13	8	9	13
	薬局	0	4	2	1	0	薬剤師	0	0	1	0	0
	計	19	26	18	21	23	計	18	16	14	14	18

年度 取消の端緒	取消保険医療機関等数 (単位:件)				
	2	3	4	5	6
保険者等からの情報提供	12	19	12	18	20
その他	7	7	6	3	3
合計	19	26	18	21	23

年度	返 還 金 額 (単位:万円)				対前年度比増▲減
	指導によるもの	適時調査によるもの	監査によるもの	合 計	
2	286,594	260,872	48,459	595,925	▲491,430
3	147,010	207,423	129,617	484,051	▲111,874
4	101,632	80,345	15,283	197,261	▲286,790
5	135,390	319,557	7,391	462,338	265,077
6	172,536	229,921	82,876	485,333	22,995

【参考】訪問看護ステーションの指導実施状況の推移(単位:件)

年度	2	3	4	5	6
個別指導	7	15	18	20	24

8. 保険医療機関等の指導・監査等の実施状況（都道府県別）

（単位：件）

都道府県	個 別 指 導				新 規 個 別 指 導				集 団 的 個 別 指 導				適 時 調 査				監 査			
	医科	歯科	薬局	合計	医科	歯科	薬局	合計	医科	歯科	薬局	合計	医科	歯科	薬局	合計	医科	歯科	薬局	合計
01 北海道	40	21	16	77	63	45	33	141	158	219	182	559	152	0	0	152	1	1	0	2
02 青 森	10	12	14	36	12	9	10	31	43	41	48	132	43	0	0	43	0	0	0	0
03 岩 手	7	13	10	30	14	7	27	48	51	43	48	142	45	0	0	45	0	0	0	0
04 宮 城	32	25	20	77	29	20	47	96	106	79	95	280	68	0	0	68	0	0	0	0
05 秋 田	11	9	18	38	5	4	13	22	39	35	41	115	38	0	0	38	0	0	0	0
06 山 形	11	11	10	32	9	9	25	43	43	32	48	123	34	0	0	34	0	0	0	0
07 福 島	6	14	19	39	18	17	34	69	64	68	69	201	36	1	0	37	1	0	0	1
08 茨 城	25	9	26	60	36	25	54	115	88	104	98	290	55	0	3	58	1	1	0	2
09 栃 木	21	17	18	56	22	23	28	73	67	75	70	212	41	0	0	41	0	0	0	0
10 群 馬	16	19	21	56	18	10	28	56	81	76	73	230	61	0	0	61	0	0	0	0
11 埼 玉	38	71	54	163	140	75	104	319	271	266	235	772	86	0	1	87	0	1	0	1
12 千 葉	53	59	15	127	113	69	99	281	204	239	196	639	98	0	0	98	0	1	0	1
13 東 京	111	100	88	299	583	213	247	1,043	704	774	513	1,991	184	0	0	184	8	0	0	8
14 神奈川	63	51	59	173	244	114	154	512	370	365	303	1,038	53	0	1	54	1	2	0	3
15 新 潟	11	18	14	43	23	16	35	74	66	83	82	231	47	0	0	47	0	2	0	2
16 山 梨	5	9	7	21	16	5	14	35	39	32	35	106	32	0	0	32	0	0	0	0
17 長 野	20	13	20	53	28	14	27	69	84	77	72	233	70	0	1	71	0	0	0	0
18 富 山	5	5	13	23	15	4	21	40	30	35	37	102	42	0	0	42	0	0	0	0
19 石 川	10	3	6	19	12	10	17	39	38	38	41	117	51	0	0	51	0	0	0	0
20 岐 阜	16	8	18	42	28	21	37	86	88	59	76	223	34	0	0	34	1	0	0	1
21 静 岡	9	8	13	30	49	31	64	144	162	123	144	429	45	0	0	45	0	0	0	0
22 愛 知	30	45	30	105	175	81	124	380	301	272	261	834	19	0	0	19	1	0	0	1
23 三 重	7	14	12	33	33	11	32	76	82	57	65	204	39	0	0	39	0	0	0	0
24 福 井	5	6	5	16	7	2	13	22	33	24	25	82	35	0	0	35	0	0	0	0
25 滋 賀	15	5	5	25	31	9	29	69	53	38	51	142	27	0	0	27	0	0	0	0
26 京 都	8	6	18	32	71	18	56	145	171	100	88	359	56	0	0	56	0	2	0	2
27 大 阪	25	13	4	42	279	115	245	639	603	423	344	1,370	66	0	0	66	2	1	0	3
28 兵 庫	21	10	13	44	158	72	106	336	319	234	210	763	80	0	0	80	0	0	0	0
29 奈 良	11	11	10	32	17	20	20	57	76	40	43	159	34	0	0	34	0	0	0	0
30 和歌山	17	7	5	29	15	9	5	29	62	41	36	139	39	0	0	39	0	0	0	0
31 鳥 取	6	5	2	13	7	3	5	15	21	18	21	60	43	0	0	43	0	0	0	0
32 島 根	10	4	9	23	14	6	9	29	23	20	22	65	46	0	0	46	0	0	0	0
33 岡 山	22	2	11	35	24	10	19	53	87	0	61	148	51	0	0	51	0	0	0	0
34 広 島	11	19	20	50	42	24	60	126	150	117	115	382	55	0	0	55	2	0	0	2
35 山 口	13	7	15	35	14	12	19	45	58	52	57	167	60	0	0	60	0	0	0	0
36 徳 島	9	5	7	21	5	5	5	15	47	35	30	112	56	0	0	56	0	0	0	0
37 香 川	9	1	8	18	5	4	9	18	54	28	41	123	43	0	0	43	0	0	0	0
38 愛 媛	15	12	15	42	8	8	11	27	73	53	50	176	55	0	0	55	0	0	0	0
39 高 知	6	4	5	15	6	1	8	15	34	28	31	93	60	0	0	60	0	1	0	1
40 福 岡	24	53	59	136	99	69	84	252	323	241	224	788	118	0	0	118	0	2	0	2
41 佐 賀	5	8	11	24	11	8	13	32	38	31	39	108	50	0	0	50	1	0	0	1
42 長 崎	23	11	10	44	11	8	3	22	85	57	54	196	67	0	0	67	0	0	0	0
43 熊 本	15	7	15	37	22	15	22	59	84	64	67	215	68	0	0	68	0	0	0	0
44 大 分	15	9	8	32	8	5	11	24	63	42	44	149	58	0	0	58	0	0	0	0
45 宮 崎	14	8	11	33	14	13	12	39	56	38	46	140	68	0	0	68	0	0	0	0
46 鹿児島	19	15	14	48	13	8	30	51	84	64	68	216	79	0	0	79	0	0	0	0
47 沖 縄	19	9	8	36	33	15	30	78	62	49	40	151	35	0	0	35	1	0	0	1
合 計	894	791	809	2,494	2,599	1,292	2,098	5,989	5,838	5,029	4,639	15,506	2,722	1	6	2,729	20	14	0	34

9. 保険医療機関等取消等状況

都道府県名		保 険 医 療 機 関 等					保 険 医 等	
		名 称	区分	指定取消年月日 () は取消相当	返還額	主な事故内容	氏 名	登録取消年月日 () は取消相当
1	北海道	なかがわ歯科	歯	R7. 3. 31	2,533千円	架空請求、付増請求、 振替請求、二重請求、 その他の請求	中川 哲郎	R7. 3. 31
2	群馬	トミザワ歯科クリニック	歯	R6. 10. 18	1,209千円	架空請求、付増請求	富澤 憲吾	R6. 10. 18
3	千葉	医療法人社団 主春会 小張総合病院	医	(R7. 2. 8)	680,030千円	虚偽の届出	-	-
4	東京	医療法人社団甲神会 羽村在宅クリニック	医	(R7. 3. 22)	2,621千円	架空請求、付増請求	廣戸 孝行	R7. 3. 22
5	東京	羽村在宅クリニック	医	(R7. 3. 22)	10,815千円	架空請求、付増請求	廣戸 孝行	R7. 3. 22
6	東京	つなぐハートクリニック	医	(R6. 9. 25)	-	監査拒否	小西 悠太郎	R6. 9. 25
7	東京	銀座みゆき通りクリニック	医	R7. 2. 21	-	監査拒否	梶原 寛子	R7. 2. 21
8	東京	医療法人社団デンタルスマイル会 デンタルオフィス21	歯	R6. 12. 24	1,594千円	架空請求、付増請求、 振替請求、二重請求	安江 悟	R6. 12. 24
9	東京	セントラル歯科	歯	(R6. 6. 27)	-	監査拒否	伊東 祐博	R6. 6. 27
10	石川	美里医院	医	R6. 7. 19	精査中	付増請求、その他の請求	前田 俊彦	R6. 7. 19
11	岐阜	磯野歯科医院	歯	(R6. 8. 8)	8,723千円	架空請求、付増請求、 振替請求、その他の請求	磯野 和男	(R6. 8. 8)
12	愛知	はった歯科	歯	(R6. 8. 8)	4,336千円	二重請求	徳光 伸二	R6. 8. 8
13	愛知	稲垣歯科医院	歯	(R6. 10. 11)	763千円	架空請求	稲垣 康彦	R6. 10. 11
14	滋賀	オレンジ歯科	歯	(R6. 9. 24)	精査中	付増請求、振替請求、 二重請求、その他の請求	寺西 武史	R6. 9. 24 【執行停止中】
15	兵庫	のせ歯科医院	歯	R6. 9. 24	12,315千円	架空請求、付増請求、 振替請求、二重請求、 その他の請求	能勢 喜久次	R6. 9. 24
16	広島	片山医院	医	R7. 3. 31	20,692千円	付増請求	-	-
17	広島	平松整形外科	医	(R7. 3. 24)	精査中	架空請求、その他の請求	-	-
18	広島	すみれ歯科クリニック	歯	(R6. 8. 26)	14,113千円	架空請求、付増請求、 振替請求	岸本 亮義	R6. 8. 26
19	福岡	医療法人 幸神クリニック	医	(R6. 5. 30)	精査中	架空請求、付増請求、 その他の請求	中村 外士雄	R6. 5. 30
20	福岡	こんどう歯科医院	歯	(R7. 3. 21)	1,148千円	付増請求、二重請求、 その他の請求	近藤 明	R7. 3. 21
21	宮崎	佐藤歯科医院	歯	R6. 7. 30	1,713千円	付増請求、振替請求、 二重請求、その他の請求	佐藤 むつ枝	R6. 7. 30
22	沖縄	医療法人社団健耕会 麻布デンタルクリニック	歯	R6. 8. 1	951千円	架空請求、付増請求、 その他の請求	仲筋 耕作	R6. 8. 1
23	沖縄	医療法人社団健耕会 ゆいまーる歯科	歯	(R6. 8. 1)	1,373千円	架空請求、付増請求、 その他の請求	-	-
		○保険医療機関等	指定取消	指定取消相当		○保険医等	登録取消	登録取消相当
		医科	3件	6件		医 師	5人	0人
		歯科	6件	8件		歯科医師	12人	1人
		薬局	0件	0件		薬 剤 師	0人	0人
		計	9件	14件		計	17人	1人
※ 返還額は、令和7年10月末現在のものである。								

10. 保険医療機関等の取消等に係る主な事例

【医科】

保険医療機関等名	(千葉県) 医療法人社団 圭春会 小張総合病院	【令和7年2月8日指定取消相当】
不正の区分	虚偽の届出	(返還金額 680,030 千円)
不正の内容等	1. 監査に至った経緯 医療法人社団 圭春会 小張総合病院が行った一般病棟入院基本料7対1の施設基準の届出について、病棟に勤務していない看護職員が病棟に勤務しているとして届出を行っているとの情報提供が関東信越厚生局千葉事務所あった。 個別指導及び適時調査を実施したところ、一般病棟入院基本料の施設基準の届出に添付されている看護職員の勤務実績に、病棟に勤務していない看護職員が病棟に勤務したとして記載されていることが確認され、事実と異なる届出を行って診療報酬を不正に請求していたことが強く疑われたため、個別指導及び適時調査を中止し、監査要綱第3の2に該当するものとして令和元年6月12日から令和5年7月19日まで計21日間の監査を実施した。 2. 監査結果 ・請求できない一般病棟入院基本料7対1の診療報酬を不正に請求していた。 3. 処分等 令和7年2月8日 保険医療機関の指定取消相当	

【歯科】

保険医療機関等名	(広島県) すみれ歯科クリニック	【令和6年8月26日指定取消相当】
不正の区分	架空請求、付増請求、振替請求	(返還金額 14,113 千円)
不正の内容等	1. 監査に至った経緯 中国四国厚生局指導監査課に対し、すみれ歯科クリニックに通院していない月であるにもかかわらず複数月にわたって医療費通知に計上されている旨の情報提供があった。また、同様の情報が複数寄せられた。 個別指導を実施したところ、複数の患者で診療録には日付を含め一切の記載がないにもかかわらず、診療報酬が請求されていることが確認された。このことについて、すみれ歯科クリニックの開設者・管理者である岸本歯科医師に質問したところ明確な回答を得ることができなかったため、個別指導を中断した。 患者調査を実施したところ、診療内容及び診療報酬の請求に関して不正又は著しい不当が強く疑われたため個別指導を再開することなく中止し監査要綱の第3の1及び2に該当するものとして、令和4年11月15日から令和5年9月8日まで計9回の監査を実施した。 2. 監査結果 ・実際には行っていない保険診療を行ったものとして診療報酬を不正に請求していた。 ・実際に行った保険診療に行っていない保険診療を付け増して、診療報酬を不正に請求していた。 ・実際に行った保険診療を保険点数の高い別の診療に振り替えて、診療報酬を不正に請求していた。 3. 処分等 令和6年8月26日 保険医療機関の指定取消相当、保険医の登録取消	

※ 指定取消処分（指定取消相当を含む）を行った保険医療機関等については、各地方厚生（支）局のホームページにおいて公表している。

(用 語 解 説)

I 全般的事項

1 保険医療機関等

保険医療機関及び保険薬局の総称。医療機関又は薬局からの申請に基づき、地方厚生(支)局長が指定する。医療機関又は薬局は、保険医療機関等として指定を受けることにより、いわゆる保険診療(保険調剤を含む。以下同じ。)を提供できることとなる。

2 保険医等

保険医及び保険薬剤師の総称。医師、歯科医師又は薬剤師からの申請に基づき、地方厚生(支)局長が登録する。医師、歯科医師又は薬剤師は、保険医等として登録を受けることにより、いわゆる保険診療に従事できることとなる。

3 不正請求

診療報酬(調剤報酬を含む。以下同じ。)の請求のうち、詐欺や不法行為に当たるもの。架空請求、付増請求、振替請求、二重請求、その他の請求に区分される。

① 架空請求

実際に診療(調剤を含む。以下同じ。)を行っていない者につき診療をしたごとく請求すること。診療が継続している者であっても当該診療月に診療行為がないにもかかわらず請求を行った場合、当該診療月分については架空請求となる。

② 付増請求

診療行為の回数(日数)、数量、内容等を実際に行ったものより多く請求すること。

③ 振替請求

実際に行った診療内容を保険点数の高い他の診療内容に振り替えて請求すること。

④ 二重請求

自費診療を行って患者から費用を受領しているにもかかわらず、保険でも診療報酬を請求すること。

⑤ その他の請求

- a 医師数、看護師数等が医療法の標準数を満たしていないにもかかわらず、入院基本料を減額せずに請求した場合
- b 入院患者数の平均が基準以上であるにもかかわらず、入院基本料を減額せずに請求した場合
- c 施設基準の要件を満たしていないにもかかわらず、虚偽の届出を行った場合
- d 保険診療と認められないものを請求した場合(患者の依頼のない往診、健康診断、無診察投薬、自己診療等) 等。

4 不当請求

診療報酬の請求のうち、算定要件を満たしていない等、その妥当性を欠くもの。

例:「指導の要点」を診療録(カルテ)に記載することを条件に算定が認められている診療報酬について、カルテに指導の要点を記載していない。

5 返還金額

個別指導、新規個別指導、適時調査又は監査の結果、不正又は不当な請求が確認された場合に、同様の請求の有無について保険医療機関等において全患者等を自主点検のうえ、返還金関係書類として地方厚生(支)局に提出した金額。

本資料における返還金額は、指導に関するものであれば、令和6年度及び令和5年度以前に個別指導又は新規個別指導を行ったもののうち、保険医療機関等が実施した自主点検結果について、令和6年度中に地方厚生(支)局において返還金関係書類を保険者に通知したもの。

II 指導関係

1 指導

保険医療機関等、保険医等に対して、保険診療・保険調剤の質的向上及び適正化を図ることを目的として、療養担当規則等に定められている診療方針、診療報酬・調剤報酬の請求方法、保険医療の事務取扱等について周知徹底する。（健康保険法第73条等）

実施対象や方法等により集団指導、集団的個別指導、個別指導に分類される。

2 個別指導

指導の一類型であり、地方厚生(支)局及び都道府県が共同で指導対象となる保険医療機関等を一定の場所に集めて又は当該保険医療機関等において個別に面接懇談方式により行う。なお、個別指導にはこのほか、厚生労働省が主体となって実施する（特定）共同指導がある。

なお、指導完了後、その内容に応じ、必要な措置（概ね妥当・経過観察・再指導・要監査）が採られる。

3 新規個別指導

個別指導のうち、新たに指定された保険医療機関等を対象として行われるもの。

4 集団的個別指導

指導の一類型であり、地方厚生(支)局及び都道府県が共同で指導対象となる保険医療機関等を一定の場所に集めて個別に簡便な面接懇談方式により行う。

III 適時調査関係

1 施設基準

一定の人員要件や設備要件を充足している場合に、地方厚生(支)局長へ所定の届出を行うことにより、診療報酬の算定において通常よりも高い点数が算定可能となるもの。具体的には、看護師の配置を手厚くすることにより算定が認められる入院基本料等、約720種類の施設基準がある。

2 適時調査

施設基準を届け出ている保険医療機関等について、地方厚生(支)局が当該保険医療機関等に直接赴いて、届け出られている施設基準の充足状況を確認するために行う調査。

IV 監査関係

1 監査

保険医療機関等の診療内容又は診療報酬の請求について、不正又は著しい不当が疑われる場合等において、的確に事実関係を把握するために行う（健康保険法第78条等）

なお、監査完了後、確認された事実に応じ、必要な措置（取消処分・戒告・注意）が採られる。

本資料における監査件数（人数）は、令和6年度中に1回以上、監査を実施した保険医療機関等（保険医等）の件数（人数）を計上している。

2 取消

監査後に採られる行政上の措置の一つ。保険医療機関等の指定取消処分及び保険医等の登録取消処分のことであり、次のいずれかに該当する場合に取消処分の対象となる。

- ① 故意に不正又は不当な診療を行った場合
- ② 故意に不正又は不当な診療報酬の請求を行った場合
- ③ 重大な過失により、不正又は不当な診療をしばしば行った場合
- ④ 重大な過失により、不正又は不当な診療報酬の請求をしばしば行った場合

取消処分を受けると、その旨が公表されるほか、原則として5年間、保険医療機関等の再指定及び保険医等の再登録を受けることができないこととなる。

3 取消相当

本来、取消処分（保険医療機関等の指定取消、保険医等の登録取消）を行うべき事案について、保険医療機関等が既に廃止され、又は保険医等が既にその登録を抹消している等のため、これら行政処分を行えない場合に行われる取扱いであり、取消処分の場合と同様、取消相当である旨が公表されるほか、原則として5年間、再指定(再登録)を受けることができないこととなる。

（参考）厚生労働省ホームページ：保険診療における指導・監査

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryouhoken/shidou_kansa.html