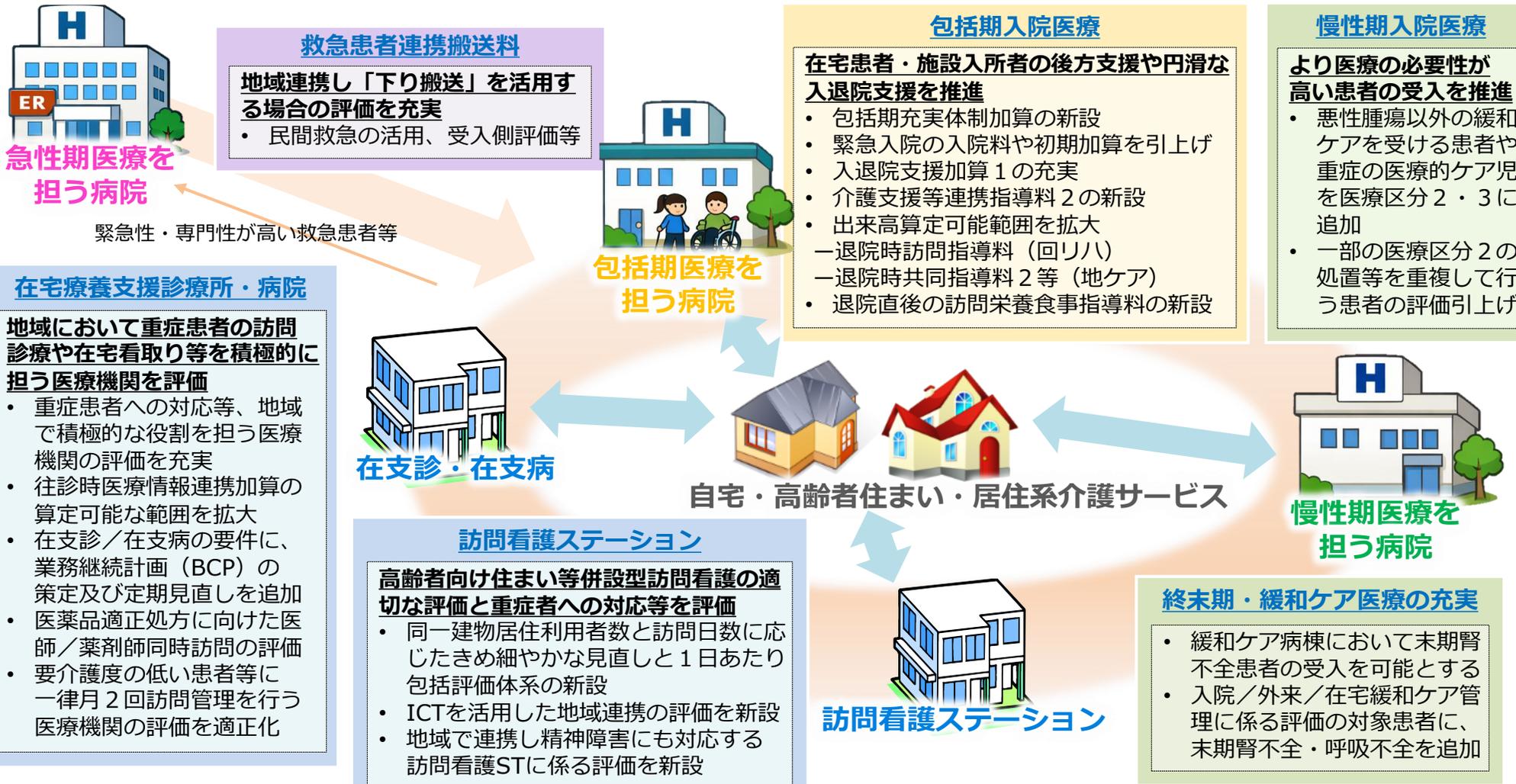


令和8年度診療報酬改定

4. 包括期・慢性期入院医療

2040年とその先を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進

- 入院分野では、在宅・介護施設からの緊急入院の受け入れ、円滑な入退院の実現、高齢者で必要となるリハビリテーション・栄養管理・口腔管理の充実など見直しを実施。
- 在宅医療・訪問看護分野においては、平時からのICTを用いた情報連携に関する評価の見直し等を行うとともに、重症患者や住まいの特性に合わせて評価の見直しを実施。



急性期医療を担う病院

救急患者連携搬送料
 地域連携し「下り搬送」を活用する場合の評価を充実
 ・ 民間救急の活用、受入側評価等

在宅療養支援診療所・病院
 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を評価
 ・ 重症患者への対応等、地域で積極的な役割を担う医療機関の評価を充実
 ・ 往診時医療情報連携加算の算定可能な範囲を拡大
 ・ 在宅診療／在宅療養の要件に、業務継続計画（BCP）の策定及び定期見直しを追加
 ・ 医薬品適正処方に向けた医師／薬剤師同時訪問の評価
 ・ 要介護度の低い患者等に一律月2回訪問管理を行う医療機関の評価を適正化

在宅医療を担う病院

包括期入院医療
 在宅患者・施設入所者の後方支援や円滑な入退院支援を推進
 ・ 包括期充実体制加算の新設
 ・ 緊急入院の入院料や初期加算を引上げ
 ・ 入退院支援加算1の充実
 ・ 介護支援等連携指導料2の新設
 ・ 出来高算定可能範囲を拡大
 ー退院時訪問指導料（回りハ）
 ー退院時共同指導料2等（地ケア）
 ・ 退院直後の訪問栄養食事指導料の新設

慢性期入院医療
 より医療の必要性が高い患者の受入を推進
 ・ 悪性腫瘍以外の緩和ケアを受ける患者や重症の医療的ケア児を医療区分2・3に追加
 ・ 一部の医療区分2の処置等を重複して行う患者の評価引上げ

在宅療養支援診療所・病院

在宅・高齢者住まい・居住系介護サービス

慢性期医療を担う病院

訪問看護ステーション
 高齢者向け住まい等併設型訪問看護の適切な評価と重症者への対応等を評価
 ・ 同一建物居住利用者数と訪問日数に応じたきめ細やかな見直しと1日あたり包括評価体系の新設
 ・ ICTを活用した地域連携の評価を新設
 ・ 地域で連携し精神障害にも対応する訪問看護STに係る評価を新設

訪問看護ステーション

終末期・緩和ケア医療の充実
 ・ 緩和ケア病棟において末期腎不全患者の受入を可能とする
 ・ 入院／外来／在宅緩和ケア管理に係る評価の対象患者に、末期腎不全・呼吸不全を追加

地域包括医療病棟入院料の見直し

地域包括医療病棟入院料の評価の見直し

- 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、**入院形態（予定入院／緊急入院）や手術の実施状況に応じて患者により異なる入院料を設定**する。
- 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について更に評価**する。

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） 3,050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て、当該届出に係る病棟に入院している患者について、所定点数を算定する。ただし、90日を超えて入院するものについては、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の地域一般入院料3の例により、算定する。



改定後

【地域包括医療病棟入院料】

地域包括医療病棟入院料（1日につき）

- 地域包括医療病棟入院料 1
 - イ 入院料 1 3,367点
 - ロ 入院料 2 3,267点
 - ハ 入院料 3 3,117点
- 地域包括医療病棟入院料 2
 - イ 入院料 1 3,316点
 - ロ 入院料 2 3,216点
 - ハ 入院料 3 3,066点

[算定要件]

- 同一病院内の**A100一般病棟入院基本料算定病棟の有無**に応じて、医療機関ごとに以下のいずれかを届け出る。
地域包括医療病棟入院料1：A100算定病棟**なし**
地域包括医療病棟入院料2：A100算定病棟**あり**
- 入院料1～3については、**患者の入院形態及び治療予定**に応じて、以下のいずれかを算定する。
 入院料1：**緊急入院**で、主傷病に対して**手術を行わないもの**
 入院料2：入院料1にも3にも該当しないもの
 入院料3：**予定入院**で、主傷病に対して**手術を行うもの**

※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。

地域包括医療病棟入院料の見直し

地域包括医療病棟の施設基準の見直し

- **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の特徴を踏まえ、**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。

	改定前 (変更のない項目は記載を省略)	改定後 ★経過措置あり	
看護職員の配置		10対1 (7割以上が看護師)	
多職種の配置		常勤のPT, OT, STが専従で1名、専任で1名 常勤の管理栄養士が専任で1名	
重症度、医療・看護必要度の基準	以下のいずれかを満たす A3点以上、A2点以上かつ B3点以上、C1点以上	以下のいずれかを満たす A2点以上、C1点以上	
重症度、医療・看護必要度	必要度Ⅰ 16% 必要度Ⅱ 15%	基準該当患者割合に係る指数 (※) として 必要度Ⅰ 19% 必要度Ⅱ 18% ※該当患者割合 + 救急搬送応需係数	
初日のB項目が3点以上の患者の割合		5割以上	
平均在院日数	21日	20日を原則として、85歳以上の患者の割合が2割を増すごとに+1日 (85歳以上が2割以上なら21日、4割以上なら22日、6割以上なら23日)	
在宅復帰率		80%以上	
ADLが低下した患者の割合	5%未満	7%未満 (85歳以上の患者の割合が2割未満の場合には5%)	
同一医療機関の一般病棟からの転棟		5%未満	
救急搬送後の患者の割合		15%以上	
届出・併設等不可	急性期充実体制加算1又は2 特定機能病院 専門病院入院基本料	地域包括医療病棟1	地域包括医療病棟2
		急性期総合体制加算★ 一般病棟入院基本料 特定機能病院、専門病院入院基本料	急性期総合体制加算★ 急性期病院A, B入院料★ 特定機能病院、専門病院入院基本料
点数	3,050点	3,117~3,367点	3,066~3,316点

地域包括医療病棟におけるリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の見直し

連携加算1の更なる評価と連携加算2の新設

- 地域包括医療病棟におけるリハビリテーション・栄養・口腔連携加算について、A233リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の見直しと合わせて、**加算1を更に評価する**とともに、**施設基準を緩和した加算2を新設**する。

現行

【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) **80点**

【施設基準】

- プロセス・アウトカム評価
 - ・退院までに疾患別リハビリテーションを実施された患者のうち、入棟後3日までに開始した患者が8割以上
 - ・土曜日・日曜日・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が平日の8割以上
 - ・退院時にADLが低下した患者の割合が3%未満
 - ・院内で発生した褥瘡のある患者の割合が2.5%未満



改定後

【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・口腔連携加算**1**
(1日につき) **110点**
2 リハビリテーション・栄養・口腔連携加算**2**
(1日につき) **50点**

【施設基準】

- **加算2**のプロセス・アウトカム評価 (加算1は不変)
 - ・退院までに疾患別リハビリテーションを実施された患者のうち、入棟後3日までに開始した患者が8割以上
 - ・土曜日・日曜日・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が平日の**7割**以上
 - ・退院時にADLが低下した患者の割合が**5%**未満
 - ・院内で発生した褥瘡のある患者の割合が2.5%未満

地域包括ケア病棟における初期加算等の評価の見直し

初期加算や連携に係る評価の見直し

- ▶ 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、**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、評価を見直す。

現行

【在宅患者支援病床初期加算】

[算定要件]

- (1) 介護老人保健施設から入院した患者の場合
 - ① 救急搬送された患者又は救急患者連携搬送料を算定し
他の保険医療機関から搬送された患者 580点
 - ② ①の患者以外の患者の場合 480点
- (2) 介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者の場合
 - ① 救急搬送された患者又は救急患者連携搬送料を算定し
他の保険医療機関から搬送された患者 480点
 - ② ①の患者以外の患者の場合 380点



改定後

【在宅患者支援病床初期加算】

[算定要件]

- (1) 介護老人保健施設から入院した患者の場合
 - ① **緊急入院した**患者の場合 590点
 - ② ①の患者以外の患者の場合 410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 **緊急入院した**患者の場合 490点
 - ② ①の患者以外の患者の場合 310点

- ▶ 後方支援における連携を個別に評価する観点から、**「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、包括範囲から除外し、**出来高算定**とする。

地域包括ケア病棟におけるリハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的取組

地域包括ケア病棟入院料におけるリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の新設

- **地域包括ケア病棟**においても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、地域包括ケア病棟の配置等に合わせた**リハビリテーション・栄養・口腔連携加算を新設**する。

(新) リハビリテーション・栄養・口腔連携加算 30点

[算定要件]

注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起算して**14日を限度として30点**を所定点数に加算する。

[施設基準]

- **専任**の常勤の**管理栄養士が1名以上配置**（専任として配置される病棟は、1名につき1病棟まで）
- 経験・件数要件を満たす**常勤医師が1名以上勤務**していること
- 適切な口腔ケアの提供、口腔状態に係る課題を認めた場合に、歯科への受診を促す体制（望ましい要件）
- プロセス・アウトカム評価
 - ア 入棟した患者のうち、**入棟後3日目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6割以上**
 - イ **土曜日・日曜日・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**提供単位数が平日の7割以上**
 - ウ 院内で発生した褥瘡のある患者の割合が2.5%未満

- **当該加算を算定する患者**について、**「B001の10」入院栄養食事指導料及び「B011の6」栄養情報連携料の算定を可能**とする。

リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的取組の全体像 (再掲)

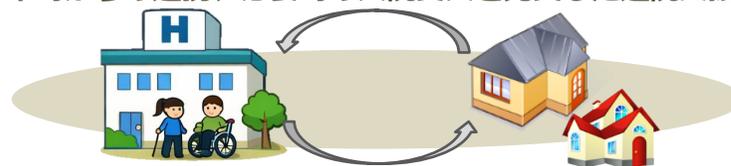
	A233 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算		A304 地域包括医療病棟 リハビリテーション・栄養・ 口腔連携加算		(新) A308-3 地域包括ケア病棟 リハビリテーション・栄養・ 口腔連携加算
	加算1	(新) 加算2	加算1	(新) 加算2	
対象病棟	急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料、 専門病院入院基本料		地域包括医療病棟		地域包括ケア病棟
専従・専任配置	専従の療法士 1名、専任の療法士 1名 専任の管理栄養士 1名		病棟の配置職員のみ (療法士 専従2名、 管理栄養士 専任1名)		専任の管理栄養士 1名 + 病棟の配置職員 (療法士 専従1名)
専従者の 兼務規定	専従者は、他の業務の 専従者との兼務は不可	専従者は、原則他の業務 との専従者との兼務不可 だが、 チームに係る加算 の専従者との兼務は可能	病棟内の入院医療管理料を 算定する病床の専従者との兼務可		病棟内の入院医療管理料を 算定する病床の専従者との兼務可 入院医療管理料の場合、病棟のリ ハ栄養口腔体制加算との兼務可
業務内容	48時間以内の評価、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の評価と計画についての定期的なカンファレンス 口腔管理を提供する体制と歯科診療との連携体制 (望ましい要件)、指導内容を診療録に記録				
3日以内 リハ実施割合	疾患別リハを実施した患者のうち、3日以内に開始した患者が8割以上				入棟患者のうち、3日以内に 開始した患者が6割以上
休日リハ 実施割合	8割以上	7割以上	8割以上	7割以上	7割以上
ADL低下割合	3%未満	5%未満	3%未満	5%未満	二 (要件なし)
褥瘡	2.5%未満				
疾患別リハの 算定制限	専従・専任：9単位まで		専従：6単位まで		× (病棟の専従者のため算定不可)
点数 (14日間)	150点	90点	110点	50点	30点

包括期入院医療における充実した後方支援の評価

包括期充実体制加算の新設

- 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、一定の体制及び実績を有する許可病床数200床未満の**地域包括医療病棟又は地域包括ケア病棟**で算定可能な**包括期充実体制加算を新設**する。

平時からの連携、必要時の入院受入と充実した退院支援



(新) 包括期充実体制加算（1日につき） 80点

[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について、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。

[施設基準]

- **許可病床数が200床未満**（別表第六の二に掲げる人口の少ない地域に所在する場合は280床未満）であること。
- **地域包括医療病棟入院料**又は**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。
- 「A100」のうち**急性期病院一般入院基本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。
- 協力対象施設入所者入院加算（※）、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。
- 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や実績**を有していること。

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や実績

施設後方支援の体制（※）	原則 3以上の施設の協力医療機関 になること ※近隣<半径10km以内>に協力医療機関を定めていない施設がない場合を除く
後方支援の実績	①及び②を満たす ① 自宅等からの 緊急入院 が 直近3か月 で 15件以上 ② 在宅患者緊急入院診療加算1～3 の算定回数が 直近1年 で合わせて 12回以上 又は 協力対象施設入所者入院加算1・2 の算定回数が 直近1年 で合わせて 4回以上
救急医療の実績	救急搬送及び下り搬送からの入院 が全入院患者の 8%以上
入退院支援の実績	退院時共同指導料2 と 介護支援等連携指導料2 の算定回数が 直近3か月 で合わせて 3回以上

※ 在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、地域包括ケア病棟を有する医療機関のいずれでもない場合は除く。

協力医療機関が施設と行うカンファレンス等に係る施設基準の見直し

協力対象施設入所者入院加算等における施設基準の見直し

- **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。

現行

【協力対象施設入所者入院加算】 【介護保険施設等連携往診加算】 【施設基準】

○ ICTによる情報連携の実施状況に応じて、いずれかの要件を満たすこと。

（ICTによる情報連携をしている場合）

- ・ 介護保険施設から協力医療機関に対し、入所者の診療情報及び病状急変時の対応方針等が適切に提供されており、ICTを活用してそれらを常に確認可能な体制を有していること。
- ・ 当該介護保険施設等と協力医療機関である保険医療機関において、当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、**年3回以上**の頻度でカンファレンスを実施していること。

（ICTによる情報連携をしていない場合）

当該介護保険施設等と協力医療機関である保険医療機関において、当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、**1月に1回以上**の頻度でカンファレンスを実施していること。



改定後

【協力対象施設入所者入院加算】 【介護保険施設等連携往診加算】 【施設基準】

○ ICTによる情報連携の実施状況に応じて、いずれかの要件を満たすこと。

（ICTによる情報連携をしている場合）

- ・ 介護保険施設から協力医療機関に対し、入所者の診療情報及び病状急変時の対応方針等が適切に提供されており、ICTを活用してそれらを常に確認可能な体制を有していること。
- ・ 当該介護保険施設等と協力医療機関である保険医療機関において、当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、**年1回以上**の頻度でカンファレンスを実施していること。

（ICTによる情報連携をしていない場合）

当該介護保険施設等と協力医療機関である保険医療機関において、介護保険施設等の入所者の病状が急変した場合等における対応方針等の共有を図るため、**年に3回以上**の頻度でカンファレンスを実施していること*。

*当該介護保険施設等において、**入所者の入院を年に2件以上**受け入れており、その都度適切な情報共有が行われている場合には、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。

回復期リハビリテーション病棟入院料の評価の見直しの全体像

より質の高い取組への新たな評価

- 回復期リハビリテーション病棟における特に質の高い取組を新たに評価する。
- **回復期リハビリテーション強化体制加算**の新設
 - ・ より高い実績指数、退院前訪問指導や排尿自立支援の実施に関する基準を設定
- **退院前訪問指導料**の出来高算定化

質の高い取組の要件化

- 回復期リハビリテーション病棟に求められる質の高い取組を各入院料において要件化する。
- **土曜・休日を含め全ての日に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入院料3, 4においても要件化
- 患者数や実績指数の**ウェブサイトでの公表**を要件
- **高次脳機能障害に係る退院支援**の強化
- 実施が望ましい取組について、望ましいこととする入院料の範囲を入院料3, 4まで拡大する。
 - ・ **地域支援事業**への参加
 - ・ **口腔管理体制**の整備

アウトカム評価の充実（実績指数に関する見直し）

- リハビリテーションによるアウトカムの改善状況を更に評価に活かすため、**実績指数の算出方法と基準を見直す**。
- 実績指数に関する基準の見直し
 - ・ 実績指数の基準の引上げ（入院料1, 3）
 - ・ 実績指数の基準の導入（入院料2, 4）
 - ・ 1日につき6単位以上の疾患別リハを算定するための実績指数の基準の見直し
- 実績指数の算出方法の見直し
 - ・ 歩行・トイレ動作の自立をより高く評価
 - ・ 実績指数の算出から除外できる患者の範囲を縮小し、その分除外できる割合を低減

重症患者の基準等の実情に沿った見直し

- アウトカム評価の充実を踏まえ、実績指数と重複する観点を整理し、医療機関の入院受入を柔軟化する。
- 重症患者の基準に関する見直し
 - ・ **重症患者の対象の範囲を見直す**とともに、入院が求められる**重症患者の割合の基準を引き下げ**
 - ・ 評価尺度の簡素化の観点から、日常生活機能評価よりもFIMの測定が望ましいこととする
- **重症患者のうち退院時に改善した割合の要件を削除**

回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等（イメージ）

現行

	入院料1 2,229点	入院料2 2,166点	入院料3 1,917点	入院料4 1,859点	入院料5 1,696点
配置基準	・看護配置13対1（看護師7割） ・専従PT3名/OT2名/ST1名		・看護配置15対1（看護師4割） ・専従PT2名/OT1名		
重症患者割合	4割以上		3割以上		
実績指数	40以上		35以上		

改定後

	入院料1 <u>2,346点</u>	入院料2 <u>2,274点</u>	入院料3 <u>2,062点</u>	入院料4 <u>2,000点</u>	入院料5※1 <u>1,794点</u>
配置基準	・看護配置13対1（看護師7割） ・専従PT3名/OT2名/ST1名		・看護配置15対1（看護師4割） ・専従PT2名/OT1名		
重症患者割合	<u>3割5分以上</u>		<u>2割5分以上</u>		
実績指数	<u>42以上</u>	<u>32以上※2</u>	<u>37以上</u>	<u>32以上※2</u>	

重症患者の該当範囲を狭め、重症患者割合の基準を引き下げる。

特に質の高い取組を行っている場合



(新)回復期リハビリテーション強化体制加算 80点
※実績指数48以上 等

- ・入院料1及び3：実績指数の算出方法等を変更するとともに、実績指数の基準を見直す。
- ・入院料2及び4：新たに実績指数の要件を導入する。

※1：算定を開始した日から起算して2年（回復期リハビリテーション病棟入院料1、回復期リハビリテーション病棟入院料2、回復期リハビリテーション病棟入院料3又は回復期リハビリテーション病棟入院料4を算定していた病棟にあっては、1年）を超えて算定する場合、100分の80に相当する点数を算定する。

※2：入院料2及び4について、令和8年9月30日までに限り、リハビリテーション実績指数に係る施設基準を満たすものとする。

回復期リハビリテーション病棟入院料の評価の見直し

入院料の評価の見直し

- 物件費の高騰への対応及び医療関係職種の確実な賃上げ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の評価を見直す。また、休日リハビリテーション提供体制の整備の要件化に伴い、回復期リハビリテーション病棟入院料3及び4の評価を見直す。

現行

【回復期リハビリテーション病棟入院料】

・回復期リハビリテーション病棟入院料1 (生活療養を受ける場合)	<u>2,229点</u> 2,215点
・回復期リハビリテーション病棟入院料2 (生活療養を受ける場合)	<u>2,166点</u> 2,151点
・回復期リハビリテーション病棟入院料3 (生活療養を受ける場合)	<u>1,917点</u> 1,902点
・回復期リハビリテーション病棟入院料4 (生活療養を受ける場合)	<u>1,859点</u> 1,845点
・回復期リハビリテーション病棟入院料5 (生活療養を受ける場合)	<u>1,696点</u> 1,682点



改定後

【回復期リハビリテーション病棟入院料】

・回復期リハビリテーション病棟入院料1 (生活療養を受ける場合)	<u>2,346点</u> 2,326点
・回復期リハビリテーション病棟入院料2 (生活療養を受ける場合)	<u>2,274点</u> 2,253点
・回復期リハビリテーション病棟入院料3 (生活療養を受ける場合)	<u>2,062点</u> 2,041点
・回復期リハビリテーション病棟入院料4 (生活療養を受ける場合)	<u>2,000点</u> 1,980点
・回復期リハビリテーション病棟入院料5 (生活療養を受ける場合)	<u>1,794点</u> 1,774点

回復期リハビリテーション強化体制加算の新設

回復期リハビリテーション強化体制加算の新設

- 回復期リハビリテーション病棟入院料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。

(新) 回復期リハビリテーション強化体制加算 **80点**

[算定要件]

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80点を所定点数に加算する。

[施設基準]

- (1) 回復期リハビリテーション病棟入院料1の届出を行っていること。
- (2) 届出を行う月及び各年度4月、7月、10月及び1月に算出したリハビリテーション実績指数が48以上であること。
- (3) A251に掲げる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。また、H004摂食機能療法の注3に規定する摂食嚥下機能回復体制加算1に係る届出を行っている保険医療機関であることが望ましいこと。
- (4) 直近6か月間に自宅へ退院した患者のうち、1割以上に退院前訪問指導を実施していること。

リハビリテーション実績指数の基準等の見直し

リハビリテーション実績指数の基準の見直し

- リハビリテーション実績指数の計算方法や除外対象を見直すとともに、回復期リハビリテーション病棟入院料1及び3について、リハビリテーション実績指数の基準を見直す。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料2及び4について、新たに実績指数の要件を導入する。

	現行	改定後
回復期リハビリテーション病棟入院料1	40以上	<u>42以上</u>
回復期リハビリテーション病棟入院料2	—	<u>32以上</u>
回復期リハビリテーション病棟入院料3	35以上	<u>37以上</u>
回復期リハビリテーション病棟入院料4	—	<u>32以上</u>

※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については、次頁及び次々頁を参照。

FIMの測定に関する研修会開催に係る要件の見直し

- 実績指数の導入に伴い、回復期リハビリテーション病棟入院料1及び3の施設基準である F I M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、入院料2及び4においても要件とする。

リハビリテーション実績指数の算出方法等の見直し①

リハビリテーション実績指数の算出方法の見直し

- 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。

<実績指数の算出方法（改定後）>

$$\begin{aligned}
 & \left(\begin{array}{l} \text{① FIM得点[運動項目の退棟時と入棟時の差]} \\ \text{「歩行・車椅子」及び「トイレ動作」が入棟中又は入室中に5点以下から} \\ \text{6点以上に上がった場合、それぞれ1点を加点する。} \end{array} \right) \text{の全患者の合計} \\
 & \div \\
 & \left(\begin{array}{l} \text{② 入棟から退棟までの在棟日数} \\ \text{状態ごとの回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数} \end{array} \right) \text{の全患者の合計}
 \end{aligned}$$

[改定後のリハビリテーション実績指数の算出方法に基づく、計算例]

前月までの 6か月間に 退棟した患者	FIM得点(運動項目)の 退棟時と入棟時の差	「歩行・車椅子」が入棟時5点以下、 かつ退棟時6点以上の場合	「トイレ動作」が入棟時5点以下、 かつ退棟時6点以上の場合	①	②
患者A	20	○ (+1)	○ (+1)	22	0.6
患者B	25	○ (+1)	—	26	0.7
患者C	20	—	○ (+1)	21	0.4
患者D	25	—	—	25	0.5
計				94	2.2

➡ 上記の例におけるリハビリテーション実績指数は、 $94 \div 2.2 = 42.7$ となる。

リハビリテーション実績指数の算出方法等の見直し②

リハビリテーション実績指数の除外対象患者・除外できる割合の見直し

- 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除外対象患者の基準及び除外できる割合を見直す。

現行

【実績指数の除外対象患者】

- ① F I M運動項目の得点が20点以下のもの
- ② F I M運動項目の得点が76点以上のもの
- ③ F I M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

【実績指数の算出から除外できる患者割合】

100分の30を超えない範囲



改定後

【実績指数の除外対象患者】

- ① F I M運動項目の得点が20点以下のもの
※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。
- ② F I M運動項目の得点が76点以上のもの
- ③ F I M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

【実績指数の算出から除外できる患者割合】

100分の20を超えない範囲

「効果に係る相当程度の実績が認められない場合」の基準の見直し

- 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、**30を下回った場合**に見直す。

※「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、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。

回復期リハビリテーション病棟における重症患者基準に係る見直し

重症患者の対象範囲及び受入割合基準の見直し

- 回復期リハビリテーション病棟入院料1から4までについて、重症患者の対象をF I M 21点以上55点以下に見直すとともに、高次脳機能障害と診断を受けた患者及び脊髄損傷と診断を受けた患者を追加する。

現行

【重症患者の対象範囲】

- ・ 日常生活機能評価で10点以上又はF I M得点で55点以下の患者

改定後

【重症患者の対象範囲】

- ・ 日常生活機能評価で10点以上又はF I M得点で21点以上55点以下の患者
- ・ 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。）
- ・ 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。）

- 重症患者の対象の見直しとともに、重症患者の新規受入割合の基準を見直す。

	現行	改定後
回復期リハビリテーション病棟入院料1	4割以上	<u>3割5分以上</u>
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	3割以上	<u>2割5分以上</u>
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での休日リハビリテーションの見直し

休日リハビリテーション体制の見直し

- 回復期リハビリテーション病棟1及び2に加え、3及び4についても、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。

現行

【回復期リハビリテーション病棟入院料】

[施設基準]

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

- (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、休日の1日当たりリハビリテーション提供単位数も平均2単位以上であるなど、曜日により著しい提供単位数の差がないような体制とすること。



改定後

【回復期リハビリテーション病棟入院料】

[施設基準]

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

- (6) 当該保険医療機関において、土曜日、休日を含め全ての日において、リハビリテーションを提供できる体制を備えていること。なお、リハビリテーションの提供体制については、当該保険医療機関のその他の病床におけるリハビリテーションの実施状況を踏まえ、適切な体制をとることとするが、回復期リハビリテーションが提供される患者に対し、土曜日、休日の1日当たりリハビリテーション提供単位数も平均3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。

- これに伴い、休日リハビリテーション提供体制加算を算定することのできる対象から回復期リハビリテーション病棟入院料3及び4を算定している患者を除外し、対象範囲を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を算定している患者のみに変更する。

回復期リハビリテーション病棟での高次脳機能障害者への退院支援

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

- 回復期リハビリテーション病棟入院料等において、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、必要に応じて利用予定の機関に患者情報の提供を行うことを要件とする。

改定後

【回復期リハビリテーション病棟入院料】

[算定要件]

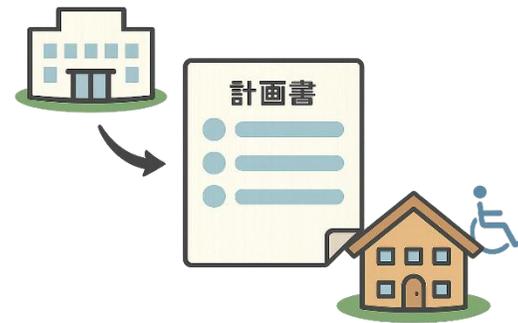
- 当該保険医療機関において、次のうち高次脳機能障害の患者に適したサービスを提供するものの情報（所在地、連絡先及び提供サービス等）を、あらかじめ把握する。
 - ・ 高次脳機能障害者支援センター
 - ・ 他の保険医療機関
 - ・ 障害者総合的支援法に基づく障害福祉サービス等を提供する事業所・施設（生活介護、自立訓練、就労継続支援、自立生活援助、共同生活援助、相談支援及び計画相談支援等）
 - ・ 児童福祉法に基づく指定障害児通所支援事業者、指定障害児入所施設等及び指定障害児相談支援事業者
- 上記の情報を「高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合」に該当する患者（入院期間の上限が180日の患者）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、提供する。
- 退院後に他の保険医療機関でのリハビリテーション、介護保険によるリハビリテーション又は障害福祉サービスによるリハビリテーションへの移行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・事業所・施設に対して、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すること。



高次脳機能障害の患者に適したサービスを提供する事業所等の情報を把握



高次脳機能障害の患者の退院時に情報提供



必要に応じて、利用予定先に実施計画書等を提供

回復期リハビリテーション病棟入院料に係る見直し

退院前訪問指導料の取扱いの見直し

- 回復期リハビリテーション病棟入院料等について、**退院前訪問指導料を出来高にて算定できることとする**。ただし、入院後早期に退院前訪問指導の必要があると認められる、退院前訪問指導料を2回算定する場合には、退院前訪問指導料と「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との併算定は出来ないこととする。

地域支援事業への参加に係る要件の見直し

- 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、入院料3及び4においても望ましいこととする**。

口腔管理に係る体制の要件の見直し

- 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**。

日常生活機能の評価に係る測定方法の見直し

- 回復期リハビリテーション病棟入院料1から4までについて、日常生活機能評価又はFIM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**。

リハビリテーション実績指数等の公開方法の見直し

リハビリテーション実績指数等の公開方法の見直し

- リハビリテーション実績指数等について、院内掲示及びウェブサイトに掲載することを要件とする。

現行

【回復期リハビリテーション病棟】

[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。）

(新設)



改定後

【回復期リハビリテーション病棟】

[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）イに示す方法によって算出したものをいう。以下第11において同じ。）

(11) (10)の掲示事項について、ウェブサイトに掲載していること。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。

回復期リハビリテーション病棟入院料（主な施設基準）

		入院料 1	入院料 2	入院料 3	入院料 4	入院料 5 ※	
職員の配置に関する施設基準	医師	専任常勤 1 名以上					
	看護職員	1.3 対 1 以上（7 割以上が看護師）	1.5 対 1 以上（4 割以上が看護師）				
	看護補助者	3.0 対 1 以上					
	リハビリ専門職	専従常勤の P T 3 名以上、O T 2 名以上、S T 1 名以上	専従常勤の P T 2 名以上、O T 1 名以上				
	社会福祉士	専従常勤 1 名以上	専従常勤 1 名以上が望ましい			—	
	管理栄養士	専任常勤 1 名	専任常勤 1 名以上の配置が望ましい				
リハビリテーションの提供体制等に関する施設基準	休日のリハビリテーション	○	○			—	
	FIMの測定に関する院内研修会	年 1 回以上開催	年 1 回以上開催	年 1 回以上開催	年 1 回以上開催	—	
	リハビリ計画書への栄養項目記載／GLIM基準による評価	○	GLIM基準を用いることが望ましい				
	口腔管理	○	体制整備が望ましい			—	
	第三者評価	受けていることが望ましい	—	受けていることが望ましい	—	—	
	地域貢献活動	参加することが望ましい		参加することが望ましい			—
	高次脳機能障害の退院支援	○					
アウトカムに関する施設基準	新規入院患者のうちの、重症の患者の割合	3割5分以上		2割5分以上		—	
	自宅等に退院する割合	7割以上					
	リハビリテーション実績指数	42以上	32以上	37以上	32以上	—	
点数 () 内は生活療養を受ける場合		2,346点 (2,326点)	2,274点 (2,253点)	2,062点 (2,041点)	2,000点 (1,980点)	1,794点 (1,774点)	

※ 入院料 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つては、1 年）を超えて算定する場合、100 分の 80 に相当する点数を算定する。

療養病棟入院基本料の見直し

医療区分の見直し

- 処置等の医療区分2に複数該当する場合の医療資源投入量を踏まえ、**感染症にかかる処置が、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。
- **非がん疾患に対する緩和ケアを評価**する観点から、悪性腫瘍以外にも、心不全、呼吸不全、腎不全で医療用麻薬等の薬剤投与による苦痛のコントロールが必要な状態について、疾患・状態に係る医療区分2に追加する。
- **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・準超重症児に該当する小児について、超重症児は疾患・状態に係る医療区分3に、準超重症児は医療区分2に追加する。

求める医療区分2・3割合の見直し

- 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割に引き上げる**。

現行

【療養病棟入院料2】

[施設基準]

- ・当該病棟の入院患者のうち医療区分三の患者と医療区分二の患者との合計が**五割以上**であること。



改定後

【療養病棟入院料2】

[施設基準]

- ・当該病棟の入院患者のうち医療区分三の患者と医療区分二の患者との合計が**六割以上**であること。

[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8年9月30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)の八に該当するものとみなす。

療養病棟入院基本料に係る医療区分について

	疾患・状態	処置等
<p>医療区分3</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・スモン ・医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態 ・区分番号A212に掲げる超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算の注1に規定する超重症の状態(15歳未満の小児患者に限る。) 	<ul style="list-style-type: none"> ・中心静脈栄養(療養病棟入院基本料を算定する場合にあっては、広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻若しくは急性膵炎を有する患者を対象とする場合又は中心静脈栄養を開始した日から30日以内の場合に実施するものに限る) ・二十四時間持続点滴 ・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するものに限る) ・酸素療法(密度の高い治療を要する状態の患者に対するものに限る) ・感染症の治療の必要性から実施する隔離室での管理 ・医療区分2の処置等のうち、(1)及び(2)のいずれにも該当するもの
<p>医療区分2</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・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・ジョーンズ分類がⅤ度の状態に該当する場合に限る。) ・悪性腫瘍(医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。) ・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・ジョーンズ分類がⅤ度の状態に該当し、医療用麻薬等の投与によるコントロールが必要な状態に限る。) ・末期心不全(器質的な心機能障害により、適切な治療が実施されているにもかかわらず、慢性的にNYHA重症度分類Ⅳ度の症状に該当し、頻回若しくは持続的に医療用麻薬の投与又はその他の点滴薬物療法による苦痛及び症状のコントロールが必要な状態に限る。) ・末期腎不全(器質的な腎障害により、適切な治療が実施されているにもかかわらず、慢性的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。) ・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。) 	<p>(1)感染症の治療に係る処置</p> <ul style="list-style-type: none"> ・肺炎に対する治療 ・尿路感染症に対する治療 ・脱水に対する治療(発熱を伴う状態の患者に対するものに限る) ・頻回の嘔吐に対する治療(発熱を伴う状態の患者に対するものに限る) ・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するものに限る) <p>(2)創傷の治療に係る処置及び器具の管理等を伴う処置</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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限る。) ・末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療 ・創傷(手術創や感染創を含む。)、皮膚潰瘍又は下腿(たい)若しくは足部の蜂巣炎、膿(のう)等の感染症に対する治療 ・中心静脈栄養(広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻又は急性膵炎を有する患者以外を対象として、中心静脈栄養を開始した日から30日を超えて実施するものに限る) ・人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法 ・気管切開又は気管内挿管が行われている状態(発熱を伴う状態を除く) <p>(3)その他の処置</p> <ul style="list-style-type: none"> ・一日八回以上の喀痰(かくたん)吸引 ・頻回の血糖検査 ・酸素療法(密度の高い治療を要する状態を除く) ・せん妄に対する治療 ・うつ症状に対する治療 <p>(4)傷病等によるリハビリテーション(原因となる傷病等の発症後、三十日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る)</p>
<p>医療区分1</p>	<p>医療区分2・3に該当しない者</p>	

障害者施設等入院基本料等の見直し

廃用症候群を主病名とする患者の評価の見直し

- **主傷病名が廃用症候群の患者のうち医療区分1又は2に相当する患者**について、**新たに療養病棟に準じた評価**とする。（特殊疾患病棟入院料、特殊疾患入院医療管理料についても同様）
- 脳卒中、脳卒中の後遺症及び廃用症候群の患者のうち、注13により算定する患者は、これら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含まないことを明確化する。

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。



改定後

【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等の評価体系

患者像	90日以内	90日を超える期間
<ul style="list-style-type: none"> ● 重度の肢体不自由児（者） （脳卒中の後遺症及び認知症を除く） ● 脊髄損傷等の重度障害者（同上） ● 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 	障害者施設等入院基本料（出来高） ※90日以降も特定患者*に該当しない（＝特定除外）	
重度の意識障害者（脳卒中の後遺症）のうち医療区分1，2（注6）	療養病棟入院基本料に準じた体系（包括） 医療区分と配置基準に応じた点数（注6）	
<ul style="list-style-type: none"> ● 脳卒中、脳卒中の後遺症 ● 廃用症候群 （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）のうち医療区分1，2（注13） 	療養病棟に準じた体系（包括） 医療区分と配置基準に応じた点数（注13）	特定患者： 特定入院基本料（包括） 特定除外： 左の算定を継続（包括）
人工腎臓等を継続的に行っている慢性腎臓病の患者のうち医療区分2（注6及び注13を除く）（注14）	療養病棟に準じた体系（包括） 配置基準に応じた点数（注14）	左の算定を継続（包括） ※人工腎臓の頻度が少ない等により特定除外の項番10に該当しない場合は、特定入院基本料（包括）
上記いずれにも該当しない患者	障害者施設等入院基本料（出来高）	特定患者： 特定入院基本料（包括） 特定除外： 左の算定を継続（出来高）

* 特定患者：90日を超える期間、同一の保険医療機関の障害者施設等入院基本料を算定する病棟に入院している患者のうち、留意事項通知(6)の表に特に規定される状態に該当しないものをいい、90日を超える期間は特定入院基本料を算定する。当該表で特に規定される患者については、特定除外として90日より前の算定方法が継続される。

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

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なる推進

- 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、算定可能期間を見直す。

現行

【看護補助加算】

イ	14日以内の期間	146点
ロ	15日以上30日以内の期間	121点

【看護補助体制充実加算】

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

改定後

【看護補助加算】

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) ハ	イ及びロ以外	50点

【看護補助・患者ケア体制充実加算】

イ	14日以内の期間	
(1)	看護補助・患者ケア体制充実加算 1	176点
(2)	看護補助・患者ケア体制充実加算 2	161点
(3)	看護補助・患者ケア体制充実加算 3	151点
ロ	15日以上30日以内の期間	
(1)	看護補助・患者ケア体制充実加算 1	151点
(2)	看護補助・患者ケア体制充実加算 2	136点
(3)	看護補助・患者ケア体制充実加算 3	126点
(新) ハ	イ及びロ以外	
(1)	看護補助・患者ケア体制充実加算 1	60点
(2)	看護補助・患者ケア体制充実加算 2	55点
(3)	看護補助・患者ケア体制充実加算 3	51点

※ 加算の名称の見直しは、「II - 1 - 1 ⑬看護補助者に係る加算の名称の見直し」を参照。

障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料等の主な施設基準等

		障害者施設等入院基本料1	障害者施設等入院基本料2～4	特殊疾患病棟入院料1	特殊疾患病棟入院料2	特殊疾患入院医療管理料	療養病棟入院料1	療養病棟入院料2
看護配置		7対1以上	10対1以上～ 15対1以上	20対1以上	-	20対1以上	20対1以上	
どちらか一方を満たす	施設	医療型障害児入所施設又は指定医療機関(児童福祉法)		-	医療型障害児入所施設又は指定医療機関(児童福祉法)	-	-	
	両方を満たす	患者像	重度の肢体不自由児(者)、脊髄損傷等の重傷障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等が7割以上	脊椎損傷等の重度障害者、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が8割以上	重度の肢体不自由児(者)、重度の障害者(脊髄損傷等を除く)が8割以上	脊椎損傷等の重度障害者、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が8割以上	医療区分2、3の患者が8割以上	医療区分2、3の患者が6割以上
	看護要員	-	10対1以上		10対1以上(うち、看護職員5割以上)	10対1以上	看護補助者 20対1以上	
その他		一般病棟			一般又は精神病棟	一般病棟の病室	療養病棟	
		超重症、準超重症児(者)3割以上	-			褥瘡の評価		
点数	通常	<u>1,749点</u>	<u>1,083～1,475点</u>	<u>2,172点</u>	<u>1,776点</u>	<u>2,172点</u>	<u>881～2,035点</u>	<u>813～1,967点</u>
	重度の意識障害者(脳卒中患者)	<u>1,477点</u> <u>1,617点</u>	<u>1,197～1,617点</u>	<u>1,845点</u> <u>2,010点</u>	<u>1,590点</u> <u>1,757点</u>	<u>1,843点</u> <u>2,009点</u>		
	上記以外の脳卒中患者	<u>1,339点</u> <u>1,464点</u>	<u>1,083～1,464点</u>	<u>1,668点</u> <u>1,817点</u>	<u>1,439点</u> <u>1,589点</u>	<u>1,670点</u> <u>1,816点</u>		
	透析患者	<u>1,681点</u>	<u>1,388～1,681点</u>	<u>2,092点</u>	<u>1,697点</u>	<u>2,093点</u>		
包括範囲	通常	出来高		一部の入院基本料等加算・薬剤等を除き包括			検査・投薬・注射(一部を除く)・病理診断・X線写真等・一部の処置等は包括	
	脳卒中患者・透析患者	療養病棟入院基本料と同様の取扱						

身体的拘束最小化に係る特に高い取組の評価

身体的拘束最小化推進体制加算の新設

- **身体的拘束の最小化**に向け、**管理者等を中心として身体的拘束を原則として行わないという組織風土を醸成し、組織的に特に質の高い取組を行う体制**について、新たな評価を設ける。

(新) **身体的拘束最小化推進体制加算（1日につき）** **40点**

[対象病棟]

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、
 特殊疾患入院医療管理料、地域包括ケア病棟入院料、特殊疾患病棟入院料を算定している病棟
 (※ 同じ入院料を算定する病棟全体で届け出る)



[施設基準（抜粋）]

- **病院長や看護部長**が、**身体的拘束の最小化に向けて病院全体で取り組むことについて表明**し、職員に周知していること。
- 院内で身体的拘束の最小化に関する**講習が年2回以上**実施されており、入院患者に関わる全ての職員が受講していること。
- 身体的拘束最小化チームにより、**身体的拘束に使用する用具が病棟外の1か所で管理**され、使用状況、解除に向けた検討状況を把握するとともに、必要に応じて解除に向けた提案が行われていること。
- 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**実施していること。
- 身体的拘束を行われている患者がいる場合、**最小化チームによる巡回**が定期的に行われ、病棟の職員と共に解除に向けた具体的な検討が行われていること。
- **身体的拘束を行わずにケアするための用具の導入**について職員が提案することができ、積極的に導入するような仕組みを有すること。
- 身体的拘束を検討する可能性のある患者の入棟を制限していないこと。
- 身体的拘束が実施される可能性のある全ての患者に対し、病院として身体的拘束を原則行わない方針であることや、身体的拘束を行うリスクと行わないリスク等について**説明し、患者及び家族の意向を十分に聴取**していること。
- 加算を算定することのできる入院料を算定した日数に占める**身体的拘束を実施した日数の割合が3%以下**（届出から1年間には5%以下）であること。
- 身体的拘束を原則として行わない方針であること、取組の内容、**身体的拘束の実施状況（実施割合等）について院内掲示及びウェブサイトに掲載**していること。