

令和8年度診療報酬改定

13. 重点的な対応が求められる分野 (医学管理・リハビリテーション)

慢性心不全の再入院予防の評価の新設

心不全再入院予防継続管理料の新設

- 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。

(新) 心不全再入院予防継続管理料

1 心不全再入院予防継続管理料 1	1,000点	(入院中 1 回に限り算定)
2 心不全再入院予防継続管理料 2	6 回目まで 700点 7 回目以降 225点	(1 年を限度として月に 1 回・外来で算定)
3 心不全再入院予防継続管理料 3	6 回目まで 400点 7 回目以降 225点	(1 年を限度として月に 1 回・外来で算定)

	管理料 1 (入院中)	管理料 2 (外来)	管理料 3 (外来)
主な施設基準	<ul style="list-style-type: none"> ○一般病棟入院基本料、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 ○心不全再入院予防チーム（心不全指導の経験を3年（医師は5年）以上有する常勤の医師、看護師又は保健師、管理栄養士）の設置（いずれかは研修を修了した者であることが望ましい） ○常勤の薬剤師及び理学療法士の配置 ○心大血管疾患リハビリテーション料に係る届出 ○院内職員、3を算定する保険医療機関等を対象とした研修会を年に各1回以上実施 		<ul style="list-style-type: none"> ○心不全再入院予防チーム（心不全指導の経験を3年（医師は5年）以上有する医師、看護師又は保健師、うち1名以上は常勤）の設置 ○栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備 ○管理料1又は2の医療機関が主催する研修会への参加
主な算定要件	<ul style="list-style-type: none"> ○心不全を主病とする患者に対し、以下を全て満たす場合に算定 <ul style="list-style-type: none"> ・心不全に対し、ガイドラインに基づいて心機能の評価、原疾患の精査、リスク評価及び必要な治療等を実施されていること。 ・当該入院中に早期離床・リハビリテーション加算又は心大血管疾患リハビリテーション料を算定していること。 ・当該入院中に入院栄養食事指導料又は薬剤管理指導料のうち、いずれか1つを算定していること。 	<ul style="list-style-type: none"> ○初回算定日の6月以内に1を算定していた入院中の患者以外の患者であって、心不全を主病とするものに対し、ガイドラインに基づき、心不全再入院予防チームが治療効果の評価等を実施し、薬物治療に加え、医師の指示のもと、心不全に関する当該患者に必要な療養指導、食事指導又は運動指導のうちいずれかを1つ以上を個別に合計30分以上実施した場合に算定 	<ul style="list-style-type: none"> ○初回算定日の6月以内に1又は2を算定していた入院中の患者以外の患者であって、心不全を主病とするものに対し、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
	<ul style="list-style-type: none"> ○心不全再入院予防チームは、心不全のリスク要因に関する評価を行い、その結果に基づき指導計画を作成する。心不全再入院予防チームは、心不全のリスク要因に関する評価結果、指導計画及び実施した指導内容を診療録、療養指導記録又は栄養指導記録に添付又は記載 		

カルタヘナ法に基づく医学管理の推進

特定薬剤治療環境特別加算の新設

- 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、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) 300点

[算定要件]

- 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（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させた場合に算定する。
- 医薬品等製造販売業者が特に必要と判断した物品については、医薬品等製造販売業者が保険医療機関に給付することとし、保険医療機関が各施設の構造上等の理由により、個別に必要性を判断した環境整備に係る衛生材料及びカルタヘナ法に係る対応に関わらず一般的に使用される衛生材料の費用については、当該加算に含まれる。

特定薬剤治療管理料の対象薬剤の見直し

- 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。

現行

【特定薬剤治療管理料】

[算定要件]

注11 □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に月1回に限り所定点数を算定する。

改定後

【特定薬剤治療管理料】

[算定要件]

注11 □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**又はカルタヘナ法に基づく管理が必要な薬剤を投与している患者について、自宅等における管理に必要な指導等を行った場合に月1回に限り所定点数を算定する。**



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

離床を伴わずに行うリハビリテーションの区分の新設

- 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。具体的には、ベッド上のみでポジショニングや拘縮の予防を目的としたリハビリテーションのみを行う場合について、減算及び算定単位数の制限を設ける。

【心大血管疾患リハビリテーション料】 ※他の疾患別リハビリテーション料についても同様

[算定要件]

注8 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90に相当する点数により算定する。この場合、通則第4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。

<離床を行わずにリハビリテーションを行った場合に、減算及び2単位までの算定の対象となる患者>

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。

減算等の対象外

- ア 「A300」救命救急入院料等の治療室に係る入院料、疾患別リハビリテーションの注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（=急性期に算定する入院料や加算を算定する患者）
- イ 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。
- ウ 患者の疾患及び状態により、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。

介護保険との連携の要件化と目標設定等支援・管理料の廃止

介護保険によるリハビリテーション等との連携の要件化

- 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介護支援専門員との連携を要件化**する。

【脳血管疾患等リハビリテーション料】 ※ 廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料についても同様
 [算定要件]

- 以後、介護保険によるリハビリテーション等のサービスの利用が必要と思われる場合には、必要に応じて介護支援専門員と協力して、適宜、患者等に介護保険による訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション等を提供する事業所（当該保険医療機関を含む。）を紹介し、見学、体験（入院中の患者以外の患者に限る。）を提案すること。

目標設定等支援・管理料と減算規定の廃止

- 上記に伴い、介護保険によるサービスが必要と思われる患者についての計画を要件としていた目標設定等支援・管理料を廃止し、併せて脳血管疾患等リハビリテーション料等における注7の減算規定を廃止する。

現行

【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 |

【脳血管疾患等リハビリテーション料】

注7 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。

改定後

【目標設定等・支援管理料】

[廃止]

【脳血管疾患等リハビリテーション料】

[廃止]

※ 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についても同様

リハビリテーション総合計画評価料の見直し

リハビリテーション総合計画評価料の見直し

【計画書様式の簡素化】

- リハビリテーション実施計画書と総合実施計画書を統合して、**記載内容を簡素化**する。
 - ・ 総合計画評価料として算定できるのは、従前どおり多職種が共同で評価し計画書を作成した場合。
- 計画書における、患者等の**署名欄を廃止**する。

【算定要件の変更】

- 計画書の説明は、医師だけでなく、**看護師、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士でも可能とする**※。
- リハビリテーション総合計画評価料について、**2回目以降に算定する点数を新設**する。

※ 回復期リハビリテーション病棟においては、引き続き医師による説明が必要。

現行

【リハビリテーション総合計画評価料】	
1 リハビリテーション総合計画評価料 1 (新設)	300点
2 リハビリテーション総合計画評価料 2 (新設)	240点

改定後

【リハビリテーション総合計画評価料】	
1 リハビリテーション総合計画評価料 1	
イ 初回の場合	300点
ロ 2回目以降の場合	240点
2 リハビリテーション総合計画評価料 2	
イ 初回の場合	240点
ロ 2回目以降の場合	196点

【要介護被保険者等の場合】 <算定イメージ>



リンパ浮腫複合的治療料の評価の見直し

リンパ浮腫複合的治療料の評価の見直し

- 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。

現行

【リンパ浮腫複合的治療料】

[算定要件]

- | | |
|------------------|-------------|
| 1 重症の場合
(新設) | <u>200点</u> |
| 2 1以外の場合
(新設) | <u>100点</u> |



改定後

【リンパ浮腫複合的治療料】

- | | |
|--------------|-------------|
| 1 重症の場合 | |
| イ 60分以上 | <u>500点</u> |
| ロ 40分以上60分未満 | <u>350点</u> |
| 2 1以外の場合 | <u>150点</u> |

[算定要件]

- 「1」の「重症の場合」におけるイは1回60分以上、ロは1回40分以上60分未満は1回40分以上、「2」の「1以外の場合」は1回20分以上行った場合に算定する。

<リンパ浮腫複合的治療料の算定にあたって実施される治療・指導等のイメージ>



スキンケア



弾性包帯による圧迫



用手的ドレナージ

発症早期のリハビリテーションの更なる推進

早期リハビリテーション加算の改定

- ▶ 入院直後における早期リハビリテーション介入を推進する観点から、早期リハビリテーション加算の評価及び算定要件を見直し、入院後、3日以内の早期リハビリテーションを更に評価する。

現行

(例) 【心大血管リハビリテーション料】
早期リハビリテーション加算
25点 (30日目まで)

[算定要件]

入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、発症、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早いものから起算して30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、所定点数に加算する。

改定後

(例) 【心大血管リハビリテーション料】
早期リハビリテーション加算
60点 / 1単位 (入院初日から3日目まで)
25点 / 1単位 (入院4日目から14日目まで)

[算定要件]

入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、入院した日から起算して14日を限度として、早期リハビリテーション加算として、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。

※ 他の疾患別リハビリテーション料についても同様

[算定イメージ]



※ 早期リハビリテーション加算、急性期リハビリテーション加算、初期加算及び休日リハビリテーション加算は、それぞれ算定要件を満たせば併算定できる。

休日のリハビリテーションの適切な評価

休日リハビリテーション加算の新設

- ▶ 休日においても平日と同様にリハビリテーションを実施し、切れ目のないリハビリテーションを推進する観点から、休日リハビリテーション加算を新設する。

(新) 休日リハビリテーション加算 (1単位につき) 25点 (30日目まで)

【疾患別リハビリテーション料】

[算定要件]

- 各疾患別リハビリテーション料に定める対象者（下表参照）に対して、土曜日、休日にリハビリテーションを行った場合は、加算の起算日（下表参照）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25点を所定点数に加算する。

疾患別リハビリテーション料	休日リハ加算の対象者	休日リハ加算の起算日
心大血管疾患リハビリテーション料 呼吸器リハビリテーション料	<ul style="list-style-type: none"> • 入院中のもの 	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
脳血管疾患等リハビリテーション料	<ul style="list-style-type: none"> • 入院中のもの • 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地域連携診療計画加算を算定して退院したものに限る。） 	発症、手術又は急性増悪
廃用症候群リハビリテーション料	<ul style="list-style-type: none"> • 入院中のもの 	発症、手術若しくは急性増悪又は当該患者の廃用症候群の急性増悪
運動器リハビリテーション料	<ul style="list-style-type: none"> • 入院中のもの • 入院中の患者以外の患者（大腿骨頸部骨折の患者であって、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地域連携診療計画加算を算定して退院したものに限る。） 	発症、手術又は急性増悪

退院時リハビリテーション指導料の算定要件の見直し

退院時リハビリテーション指導料の見直し

- 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のみを対象とするよう規定を設ける。

現行

【退院時リハビリテーション指導料】
 [対象患者]
 当該保険医療機関に入院していた患者



改定後

【退院時リハビリテーション指導料】
 [対象患者]
当該保険医療機関での入院中に、以下のいずれかを算定した
もの

- ・ 第7部リハビリテーションの第1節の各区分
- ・ 「A233」リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算
- ・ 以下の注に掲げる早期離床・リハビリテーション加算
「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
- ・ 「A304」地域包括医療病棟入院料の注11に掲げるリハビリテーション・栄養・口腔連携加算

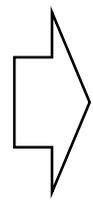
医療機関外における疾患別リハビリテーションの上限単位数の見直し

医療機関外における疾患別リハビリテーションの上限単位数

- 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、生活場面を想定した訓練等の際に、より多くの時間をかけて実施する場合があることを鑑みて、一連の入院において、更に合計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）までに限り、別に疾患別リハビリテーションとみなすことができることとする。

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る。なお、訓練の前後において、訓練場所との往復に要した時間は、当該リハビリテーションの実施時間に含まない。



改定後

【第7部 リハビリテーション<通則>】
 [算定要件]
 6 届出施設である保険医療機関内において、治療又は訓練の専門施設外で訓練を実施した場合においても、疾患別リハビリテーションとみなすことができる。
 また、当該保険医療機関外であっても、以下の(1)から(4)までを全て満たす場合は、1日に3単位に限り疾患別リハビリテーションとみなすことができ、1日に3単位を超えて当該保険医療機関外で疾患別リハビリテーションを実施する必要がある場合、一連の入院期間において、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。なお、訓練の前後において、訓練場所との往復に要した時間は、当該リハビリテーションの実施時間に含まない。

<屋外でリハビリテーションを実施し算定できる最大の単位数の例>

入院○日目	入院○日目	入院○日目	入院○日目	入院○日目	...
3単位	3単位	3単位	3単位	3単位	...

屋外等で訓練して算定できるのは、1日3単位まで



入院○日目	入院○日目	入院○日目	入院○日目	入院○日目	...
3単位	<u>4単位</u> (3+1単位)	3単位	<u>5単位</u> (3+2単位)	3単位	...

1日3単位に加え、一連の入院期間中に計3単位（6単位）まで算定可能

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

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

- ▶ 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、令和6年度改定で回復期リハビリテーション病棟における運動器リハビリテーションの算定上限が6単位となった趣旨を踏まえ、上限単位数の緩和対象を明確化する。

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後六十日以内のもの
- 入院中の患者であって、その入院する病棟等において早期歩行、ADLの自立等を目的として心大血管疾患リハビリテーション料（I）、脳血管疾患等リハビリテーション料（I）、廃用症候群リハビリテーション料（I）、運動器リハビリテーション料（I）又は呼吸器リハビリテーション料（I）を算定するもの



改定後

【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

疾患別リハビリテーション料の療法士による指導等の更なる推進

疾患別リハビリテーション料における専従療法士が実施可能な業務の明確化

- ▶ 疾患別リハビリテーション料に規定する専従の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士について、疾患別リハビリテーション以外に従事することのできる業務を明確化する。

【疾患別リハビリテーション料】

[施設基準]

<疾患別リハビリテーション料の専従者が従事できる業務>

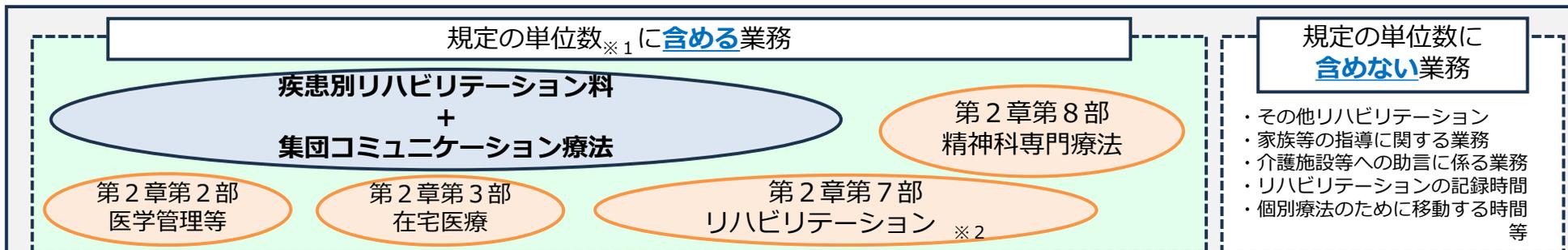
- ・ 第2章第1部医学管理
- ・ 第2部在宅医療
- ・ 第7部リハビリテーション
- ・ 第8部精神科専門療法
- ・ その他リハビリテーション、患者・家族等の指導に係る業務
- ・ 介護施設等への助言業務

(疾患別リハビリテーションに専従の職員であっても、担当している患者の退院時指導等、職務に照らして必要なその他の業務に積極的に関わることが可能であることを明確化)

<疾患別リハビリテーション料の専従者と他の専従者との兼任>

- 兼任可能
第7部リハビリテーション第1節各区分*の専従の理学療法士等
*ただし、心大血管疾患リハビリテーション料については、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・時間が異なる場合のみ可
- 兼任不可能
第1章第2部入院料等（入院料や入院基本料等加算）の専従の理学療法士等（専任は兼任可。）

- ▶ 従事することのできる業務の拡大に伴って、単純な労働時間の増加に繋がらないよう、専従の従事者1人の1日当たりの実施単位数の算出にあたっては、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特掲診療料に係る業務に従事した場合、従事した時間を全て合算して20分以上であれば、20分につき1単位とみなし、当該実施単位数に含めることとする。



※1 1日当たり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、1日当たりの実施単位数として24単位までが上限。

※2 「H003-2」リハビリテーション総合計画評価料に係る計画書の作成及び説明時間は除く。

病棟（入院料）において配置される療法士の業務の明確化

入院料において配置される療法士の業務範囲や兼任規定の明確化

- ▶ 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、**当該病棟の患者に対して必要がある場合、その他の区分番号に掲げる業務（退院時リハビリテーション指導料等）に従事できる**ことを追記する。また、生活動作の指導等において必要な場合等を考慮し、病棟の患者に対して、屋外など、**病棟外で業務にあたることも可能**であることを明確化する。

現行

【地域包括医療病棟入院料】 [算定要件]

(5) 当該病棟に専従の理学療法士等は、当該病棟の患者に対し、以下に掲げる疾患別リハビリテーション等の提供等により、全ての入院患者に対するADLの維持、向上等を目的とした指導を行うこととし、疾患別リハビリテーション料等の対象とならない患者についても、ADLの維持、向上等を目的とした指導を行うこと。このため、専従の理学療法士等は1日につき6単位を超えた疾患別リハビリテーション料等の算定はできないものとする。



改定後

【地域包括医療病棟入院料】 [算定要件]

(5) 当該病棟に専従の理学療法士等は、当該病棟の患者に対し、以下に掲げる疾患別リハビリテーション等の提供等により、全ての入院患者に対するADLの維持、向上等を目的とした評価・指導を行うこととし、疾患別リハビリテーション料等の対象とならない患者についても、ADLの維持、向上等を目的とした評価・指導を行うこと。**当該評価・指導において必要な場合、医科点数表第1章第2部第2節入院基本料等加算、第2章第1部医学管理等、第3部第3節生体検査料及び第7部第1節リハビリテーション料に掲げる各項目のうち、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行うこととして認められている業務を、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。

- ▶ 療法士の配置が要件となっている入院料を算定する病棟内に、療法士の配置が要件となっている**入院医療管理料を算定する病室がある場合、両者の専従の療法士は兼任可能**であることを明確化する。

質の高い摂食嚥下機能回復に係る取組の推進①

摂食嚥下機能回復体制加算の施設基準の見直し

- 摂食嚥下機能回復体制加算 1 及び 2 の施設基準のうち、**摂食嚥下支援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。

現行

【摂食嚥下機能回復体制加算】

[施設基準]

- 1 摂食嚥下機能回復体制加算 1 に関する施設基準
 - (1) (摂食嚥下支援チームの構成員)
 - ア及びウ (略)
 - イ 摂食嚥下機能障害を有する患者の看護に従事した経験を5年以上有する看護師であって、摂食嚥下障害看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師又は専従の常勤言語聴覚士



改定後

【摂食嚥下機能回復体制加算】

[施設基準]

- 1 摂食嚥下機能回復体制加算 1 に関する施設基準
 - (1) (摂食嚥下支援チームの構成員)
 - ア及びウ (略)
 - イ 摂食嚥下機能障害を有する患者の看護に従事した経験を5年以上有する看護師であって、摂食嚥下障害看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師又は**専任の常勤言語聴覚士**

- 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。

現行

- 3 摂食嚥下機能回復体制加算 3 に関する施設基準
 - (3) 当該保険医療機関において中心静脈栄養を実施していた患者（療養病棟入院料 1 又は 2 を算定する病棟の入院患者に限る。）のうち、嚥下機能評価を実施した上で嚥下リハビリテーション等を行い、嚥下機能が回復し、中心静脈栄養を終了した者の数の前年の実績が、2 名以上であること。



改定後

- 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、療養病棟入院料 1 又は 2 を算定する病棟の入院患者における、**ア及びイの前年の実績の合計数が 2 名以上**であること。
 - ア 中心静脈栄養を実施していた患者のうち、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
 - 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**

質の高い摂食嚥下機能回復に係る取組の推進②

療養病棟における経腸栄養管理加算の見直し

- 療養病棟で、栄養摂取に係る適切なプロセスを経て経腸栄養を実施する場合に算定可能な経腸栄養管理加算について、**当該病院へ入院前から中心静脈栄養で管理されていた患者は、その期間を問わず加算の算定を可能**とする。また、経口摂取が不可となった場合に、栄養摂取方法の決定に係る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。

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。ただし、入棟前の1か月間に経腸栄養が実施されていた患者については算定できない。

ア 長期間、中心静脈栄養による栄養管理を実施している患者

イ 経口摂取が不可能となった又は経口摂取のみでは必要な栄養補給ができなくなった患者



改定後

【経腸栄養管理加算】

[算定要件]

(20) 「注11」に規定する経腸栄養管理加算の算定対象となる患者は、次のア又はイに該当し、医師が適切な経腸栄養の管理と支援が必要と判断した者である。経腸栄養を行っている場合は、経口栄養又は中心静脈栄養を併用する場合においても算定できる。

ア 入院前から又は入院後2週間以上、中心静脈栄養による栄養管理を実施しており、経腸栄養への移行を目的とする場合

イ 経口摂取が不可能となった又は経口摂取のみでは必要な栄養補給ができなくなり、入棟後に経腸栄養を開始した場合

保険医療機関等電子申請・届出等システム 施設基準等届出のオンライン申請

- 各厚生(支)局あての申請・届出の一部については、オンライン申請が可能となっています。オンライン申請のメリットをご確認いただき、ぜひご利用をお願いします。

オンライン申請の特徴

- **いつでも申請可能で、即時受付されます。**
サービス時間内（月曜日～土曜日（8時～21時））であれば、いつでも提出可能です。
また、オンライン申請した内容は即時に受付され、審査状況の確認が可能です。
- **時間・費用が効率化できます。**
紙の申請様式を作成する時間や郵送にかかる時間が削減できます。
郵送費用が節約でき、ペーパーレス化を図ることができます。
- **再提出のリスクを軽減できます。**
システムが入力漏れや入力誤り等の最低限の入力チェック機能を備えているため、申請を行う前の点検が容易になり、差戻し等のリスクを軽減できます。

保険医療機関等の指定に係る各種届出、324施設基準の届出がオンライン申請可能です

※R8.1.26時点

➤ 実際の画面イメージ（ログイン→届出選択）

➤ 専用画面からログインし、申請したい届出等を検索後、作成する様式等を選択をします。
➤ 様式によっては添付にて申請を行っていただくものもございます。

ログイン

ログイン情報を入力してください。

ユーザID

パスワード

ログイン

[※ パスワードを忘れた方はこちら](#)

トップ > 施設基準の届出等

施設基準の届出等

届出・申請書を選択する

- 種類
 - 保険医療機関・保険薬局の指定等に関する申請・届出
 - 施設基準等の届出
 - 施設基準に係る辞退届
 - 酸素の購入価格の届出
- 対象
 - 1. 種別
 - 医科
 - 歯科
 - 薬局
 - 2. 届出名称 **必須**
「施設基準名を入力」または「プルダウンで選択する」

戻る

保存されたデータ

情報通信機器を用いた診療に係る基準機能強化加算

外来感染対策向上加算

連携強化加算

サーベイランス強化加算

抗菌薬適正使用体制加算

トップ > 施設基準の届出等 > 時間外対応加算1

時間外対応加算 1

届出状況
作成中

様式を選択する

順番	届出書類	提出する	状態	操作
1	別添7 基本診療料の施設基準等に係る届出書	<input checked="" type="checkbox"/>	未入力	入力 ▶
2	様式2 時間外対応加算の施設基準に係る届出書添付書類	<input type="checkbox"/>	未入力	入力 ▶

添付書類を選択する

順番	届出書類	操作	ファイル名
1	添付書類	ファイル選択 ▶	-----
2	添付書類	ファイル選択 ▶	-----

➤ 実際の画面イメージ（時間外対応加算の届出） ※令和8年6月から名称が「時間外対応体制加算」に変わります。

様式 2

時間外対応加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出 ※該当するものに○	・時間外対応加算 1 ・時間外対応加算 2 ・時間外対応加算 3 ・時間外対応加算 4
2 標榜診療科	
3 当該診療所の対応医師の氏名	
4 対応する常勤の職員数	() 名
5 当該診療所の標榜診療時間	
6 あらかじめ患者に伝えてある電話に 応答できない場合の体制 ※該当するものに○ (複数可)	医師の携帯・自宅電話へ転送
	留守録による応答後、速やかにコールバック
	その他 {
7 他の医療機関との連携 ※3	連携医療機関名
8 患者への周知方法 (電話番号、連携医療機関等)	
8 備考	

The screenshot shows the online application interface. It includes a breadcrumb trail at the top: トップページ > 施設基準の届出等 > 時間外対応加算 > 様式2 時間外対応加算の施設基準に係る届出書添付書類. The main title is '様式2 時間外対応加算の施設基準に係る届出書添付書類'. Below the title is a '戻る' button and a note: '※このボタンを押下すると、以前にオンライン上で申請して受理された同一施設基準の届出情報を入力欄に自動表示します。なお、診療報酬改定等により様式が変更された場合、届出情報を自動表示することはできません。様式変更後にオンライン上で申請を行い受理されていれば、それ以降のオンライン申請時は届出情報を自動表示が可能です。'. The form fields are: 2 標榜診療科 (5 dropdown menus labeled 'お選びください'), 3 当該診療所の対応医師の氏名 (5 text input fields labeled '氏名1' to '氏名5'), 4 対応する常勤の職員数 (text input field followed by '名'), 5 当該診療所の標榜診療時間 (2 text input fields labeled '標榜診療時間1' and '標榜診療時間2'), 6 あらかじめ患者に伝えてある電話に... (checkboxes for '医師の携帯・自宅電話へ転送' and '留守録による応答後、速やかにコールバック'), and 7 他の医療機関との連携 (checkbox for '連携医療機関名').

➤ 紙の届出様式と同じものをオンライン申請画面にて作成いただき、そのまま各厚生（支）局へ届出を行うことが可能なため、郵送等のご負担が解消されます。

➤ 申請内容が電子で保管されるため、申請書の控えを紙で保存する必要はなくなります。

保険医療機関等電子申請・届出等システム 施設基準等届出のオンライン申請

- ▶ オンライン申請を行う「保険医療機関等電子申請・届出等システム」の利用方法は、各厚生（支）局のホームページに詳細を示しておりますので、ご参照ください。

オンライン申請の利用方法

- 「保険医療機関等電子申請・届出等システム」の利用にあたっては、オンライン請求ネットワークへ接続された端末と、専用のID・パスワードが必要です。ID・パスワードが分からない場合、再発行が可能ですので各厚生（支）局のホームページのチャットボットからお問い合わせください。

↓ ↓詳しくは、管轄の各厚生（支）局のホームページをご参照ください↓ ↓



システム解説動画

- 厚生労働省のYoutube公式チャンネル内の再生リスト「保険医療機関等電子申請・届出等システムについて」では、システム利用のためのセットアップ手順を動画形式で確認できます。また、よく使われる手続きを例に、オンライン申請の詳細な手順を、実際の操作画面と併せて解説しております。

↓ ↓下記のURLからぜひ動画をご覧ください↓ ↓

<https://www.youtube.com/playlist?list=PLMG33RKISnWgSb6dLP4zmNropige5BoOp>

