

令和8年度診療報酬改定
6.入院（共通事項）

入院基本料等の通則の見直し

入院診療計画、身体的拘束最小化についての基準の変更

- 入院診療計画の基準について、**入院期間が2日以内**であると見込まれる場合等であって、診療や退院後の治療や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、**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**こととする。さらに、**医師や患者等の署名は不要**とし、**説明日及び説明者を診療録に記載**することとする。
- **身体的拘束最小化の基準**は、令和6年度改定で新設された部分を「体制に係る基準」と位置づけたうえで、**実績や取組に係る基準を新設**し、体制のみを満たし実績等を満たさない場合は、入院基本料等を20点減算することとする。

身体的拘束最小化の体制に係る基準（R6改定～）

- ・身体的拘束を行う場合は実施状況や緊急やむを得ない理由を記録
- ・身体的拘束最小化チームの設置
- ・身体的拘束の実施状況把握、指針の作成、定期的な研修実施等

身体的拘束最小化の実績等に係る基準（R8改定で新設）

- いずれかを満たすこと
- ・身体的拘束の実施割合が1割5分以下
 - ・身体的拘束の最小化に向けて、委員会や職員向け研修の開催、巡回等により、解除に向けた具体的な取組を行うこと

○（満たしている）	○（満たしている）	減算なし
○（満たしている）	×	20点減算
×	×	40点減算

入院中の患者への家族等による面会に係る基準の新設

- 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新たに規定を設ける。

【施設基準】

第五 病院の入院基本料の施設基準等 ー 通則

- (10) **入院中の患者への家族等による面会については、感染対策等の正当な理由なく面会を妨げないよう、面会に係る規定を策定する等の配慮をすることが望ましい。**

※特定入院料の施設基準等においても同様。

身体的拘束最小化の取組の更なる推進①

身体的拘束最小化の基準（入院料通則）の充実

- 入院料の通則における身体的拘束最小化の基準に、**組織風土を醸成することの重要性**や、医療機関が定期的に行う**研修において身体的拘束の代替手段や患者の尊厳の保持に関する内容を含むことが望ましい**ことを追加する。
- また、身体的拘束最小化チームが作成する指針に盛り込むことが望ましいとしていた内容について、必ず含めることとする。（経過措置あり）

現行

【入院料通則：身体的拘束最小化の基準】

[施設基準（通知）]

・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。

- ・身体的拘束最小化チームでは、以下の業務を実施すること。
 - ア 身体的拘束の実施状況把握と職員への周知徹底
 - イ 身体的拘束を最小化するための指針の作成（薬物の適正使用等に係る内容を盛り込むことが望ましい。）
 - ウ 身体的拘束の最小化に関する定期的な研修



改定後

【入院料通則：身体的拘束最小化の基準】

[施設基準（通知）]

・**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。**

- ・身体的拘束最小化チームでは、以下の業務を実施すること。
 - ア 身体的拘束の実施状況把握と職員への周知徹底
 - イ 身体的拘束を最小化するための指針の作成（薬物の適正使用等に係る内容を盛り込むこと。）
 - ウ 身体的拘束の最小化に関する定期的な研修（**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。）

身体的拘束最小化の取組の更なる推進②

身体的拘束最小化の実績等に係る基準（入院料通則）を新設

- 令和6年度診療報酬改定で新設された入院料の通則における身体的拘束最小化の基準を、身体的拘束最小化の基準のうち「体制に係る基準」と位置づける。
- 身体的拘束最小化の基準として、新たに「**実績等に係る基準**」を設ける。
- 身体的拘束最小化の基準のうち「**実績等に係る基準**」のみ満たせない場合は、入院料を**1日につき20点減算**する。

身体的拘束最小化の基準（入院料通則）

身体的拘束最小化の体制に係る基準（R6改定～）

⇒ 基準を満たせない場合は、入院料を**40点減算**

- ・身体的拘束を行う場合は、その態様及び時間、患者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録
- ・身体的拘束最小化チームの設置
- ・チームによる身体的拘束の実施状況把握、指針の作成、定期的な研修の実施 等



身体的拘束最小化の実績等に係る基準（R8改定で新設）

⇒ **実績等に係る基準だけを満たせない場合は、40点の減算ではなく、入院料を20点減算**する

以下のいずれかを満たすこと。

- ア 身体的拘束の**実施割合が集計**されており、**1割5分以下**であること。
- イ 身体的拘束の**原則廃止に向けて、以下の全ての取組を継続**して行っていること。
 - (イ) **委員会を3か月に1回以上開催**し、身体的拘束の実施状況を踏まえて最小化に向けた具体的な取組を検討する。
 - (ロ) 身体的拘束が行われている病棟では、以下のいずれかにより、**解除や代替策の導入に向けた具体的な検討**を行う。
 - ① 身体的拘束最小化チームによる巡回を行い、チームの職員と病棟の職員が協働して検討
 - ② 病棟内の複数人の職員が協働して検討
 - (ハ) 入院患者に関わる職員を対象として、**身体的拘束最小化に関する研修（拘束の代替策等を含む）を年に2回以上**実施する。

身体的拘束最小化の取組の更なる推進③

身体的拘束の実施割合の計算方法

- 身体的拘束最小化の基準に係る実施割合の計算方法は、以下のとおり。

$$\text{身体的拘束の実施割合} = \frac{\text{直近3か月間の入院料算定日数のうち、身体的拘束を実施した日数（※1）}}{\text{直近3か月間の入院料算定日数（※2）}}$$

- ※1 以下の場合には身体的拘束を実施した日数に**含めない**。

ア **センサークリップ等のみ**を使用する場合

（患者の動作により容易に外れ、自発的な運動を制限することはない状況に限る）

イ **処置時や移動時に**、患者等の同意を得た上で、**安全確保のために短時間固定ベルト等**を使用する場合

（使用中は**職員が介助等のために常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**している場合のみ）

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、患者等の同意を得た上で、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せず、身体的拘束を実施した日としてカウントする）

- ※2 以下の入院料を算定した日及び精神病床（身体的拘束を精神保健福祉法に基づいて取り扱う場合に限る）は除く。

「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

入院時の食事療養に係る見直し①

嚥下調整食の評価

- 入院時の食事療養の質の向上を図る観点から、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。

現行

特別食加算 1食につき76円 (1日につき3食を限度)

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、脾臓食、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)

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(イメージ)



学会コード(日本摂食嚥下リハビリテーション学会 嚥下調整食分類2021)

嚥下調整食 1 j	嚥下調整食 2-1	嚥下調整食 2-2	嚥下調整食 3	嚥下調整食 4
トマトゼリー トマトジュースをゼリー状に固めたもの	にんじんのグラッセ 600µのメッシュに通し、なめらかにしたもの	カレーライス 全粥とカレールーをそれぞれミキサーにかけて、まとまりやすくしたもの	棒々鶏 食材をミキサーにかけ舌で押しつぶしができるムース状にしたもの	鮭とほうれん草のグラタン 歯茎で押しつぶせる程度のやわらかさにしたもの

(写真) 老年栄養ドットコム <https://geriatrics.jp/>

改定後

特別食加算 1食につき76円 (1日につき3食を限度)

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、脾臓食、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

[主な算定要件]

- 加算の対象となる嚥下調整食は、
 - ・ **安全性と食欲を促す食感とを両立した食形態**であり、
 - ・ 献立として、**常食と同等の盛り付け、味や香り、適切な温度、栄養量に配慮されたものであること。**
- **定期的に多職種によるミールラウンド**を行い、嚥下調整食の必要性等を確認し、**常食が適している場合は、速やかに食事変更**を行うこと。

[主な施設基準]

- 検査が毎日行われるとともに、**定期的に多職種による試食会やカンファレンス**が開催されていること。
- **責任者は、一定の要件を満たした実習を伴う研修を修了した当該保険医療機関の管理栄養士**であること。

入院時の食事療養に係る見直し②

特別料金の支払を受けることができる食事の見直し

- ▶ **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。
- ▶ 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。

<特別料金の支払いを受けることができる食事>

入院患者に提供される食事に関して多様なニーズがあることに対応して、患者から特別の料金の支払を受ける特別メニューの食事（以下「特別メニューの食事」という。）を別に用意し、提供した場合は、下記の要件を満たした場合に妥当な範囲内の患者の負担は差し支えない。

主な要件

- ◆ 特別メニューの食事の提供に際しては、患者への十分な情報提供を行い、患者の自由な選択と同意に基づいて行われる必要があり、患者の意に反して特別メニューの食事が提供されることのないようにしなければならないものであり、患者の同意がない場合は通常の食費の支払を受けることによる食事（以下「標準食」という。）を提供しなければならない。
- ◆ 特別メニューの食事は、通常の食費では提供が困難な高価な材料を使用し特別な調理を行う場合や標準食の材料と同程度の価格であるが、異なる材料を用いるため別途費用が掛かる場合などであって、その内容が通常の食費の額を超える特別の料金の支払を受けるのにふさわしいものでなければならない。なお、**患者のニーズに応じて、行事食やハラール等の宗教に対応した食事を提供した場合も含まれる**。また、特別メニューの食事を提供する場合は、当該患者の療養上支障がないことについて、当該患者の診療を担う保険医の確認を得る必要がある。なお、複数メニューの選択については、あらかじめ決められた基本となるメニューと患者の選択により代替可能なメニューのうち、患者が後者を選択した場合に限り、基本メニュー以外のメニューを準備するためにかかる**追加的な費用として、保険医療機関が設定した社会的に妥当な額の支払を受けることができる**こと。この場合においても、入院時食事療養又は入院時生活療養の食事の提供たる療養に当たる部分については、入院時食事療養費及び入院時生活療養費が支給されること。
- ◆ 当該保険医療機関は、特別メニューの食事を提供することにより、それ以外の食事の内容及び質を損なうことがないように配慮する。
- ◆ 栄養補給量については、当該保険医療機関においては、患者ごとに栄養記録を作成し、医師との連携の下に管理栄養士又は栄養士により個別的な医学的・栄養学的管理が行われることが望ましい。

入院基本料等における各種基準の計算方法の明確化

各入院料における施設基準の要件の計算対象の明確化

- **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入手術等基本料）**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も、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入手術等基本料**）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し明確化する。

現行

【病院の入院基本料等に関する施設基準】

4の4 急性期一般入院料等に係る自宅等に退院するものの割合について

- (2) 当該病棟から退院した患者数に占める自宅等に退院するものの割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出する。ただし、
- ・第2部「通則5」に規定する入院期間が通算される再入院患者
 - ・同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟への転棟患者
 - ・「C004-2」救急患者連携搬送料を算定し他の保険医療機関に転院した患者

・死亡退院した患者はア及びイの数から除く。

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

イ 直近6か月間に退院した患者数



改定後

【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等に係る自宅等に退院するものの割合について

- (2) 当該病棟から退院した患者数に占める自宅等に退院するものの割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出する。ただし、
- ・第2部「通則5」に規定する入院期間が通算される再入院患者
 - ・同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟への転棟患者
 - ・「C004-2」救急患者連携搬送料を算定し他の保険医療機関に転院した患者

・**退院時に他の入院料を届け出ている病床又は病室に入院していた患者**

・**「A400」短期滞入手術等基本料を算定する患者**

・死亡退院した患者は**計算対象から除外する**。

ア 直近6か月間において、当該病棟から退院した患者数のうち、自宅等に退院するものの数

イ 直近6か月間に退院した患者数

1つの病棟において算定可能な特定入院料の種類数の明確化

特定入院料の施設基準等の通則の追加

- 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2までと規定**し、通則に明記する。

【特定入院料の施設基準等】

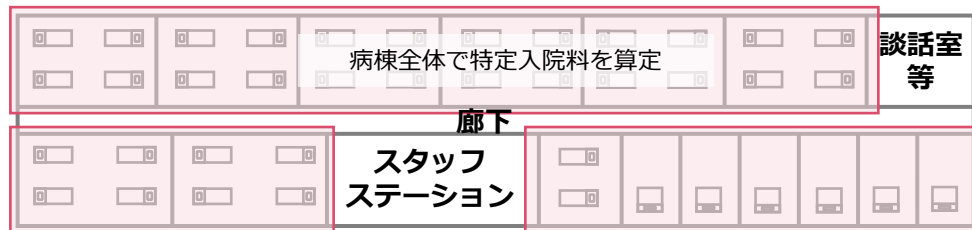
[施設基準]

一 通則

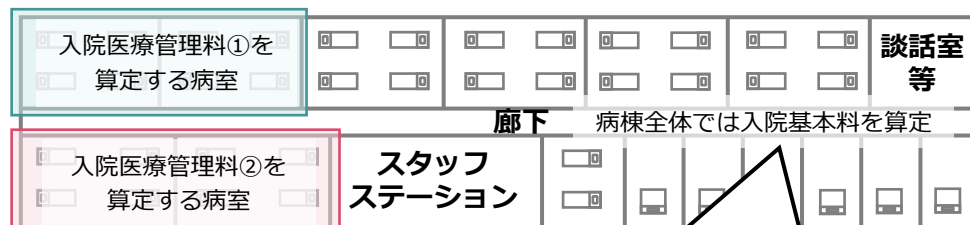
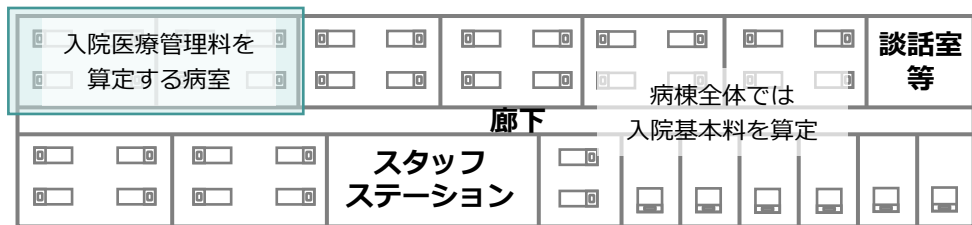
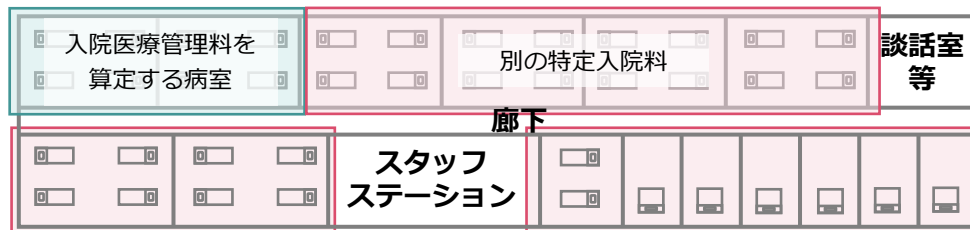
- (4) **一病棟において届け出ることのできる特定入院料の種別は、二までとする。**（経過措置あり）

<届出可能な病棟構成のイメージ>

1種類の特定入院料を算定するパターン



2種類の特定入院料を算定するパターン



残りの病室で3種類目の特定入院料を算定することはできない

入院料に包括されない除外薬剤・注射薬の範囲の見直し

入院料ごとの役割に応じた出来高算定可能な見直し

- 入院料ごとに医療機能を適切に評価し、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、以下の見直しを行い、介護保険との給付調整についても同様の対応を行う。
1. 別表第5の1の2、4及び5が適用されていた入院料（除外薬剤の種類が限られていた入院料）のうち、**回復期リハビリテーション病棟入院料や精神病棟で算定される特定入院料等**（緩和ケア病棟入院料以外）において、
 - ① 抗悪性腫瘍剤
 - ② 疼痛コントロールのための医療用麻薬
 - ③ 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出来高算定可能な薬剤に追加し、**地域包括ケア病棟入院料等と薬剤の包括範囲を統一**する。これに伴い、除外薬剤・注射薬の別表を1つにまとめる。
 2. 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も出来高算定可能**とする。
 3. 出来高算定可能な薬剤として、新たに**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. 「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**し、以降は包括対象とする。
 5. 介護保険との給付調整において医療保険で算定する薬剤の範囲について、上記1～4と同様に整理する。

入院料に包括されない除外薬剤・注射薬の範囲

青字が変更点

改定前の別表番号 (改定後は別表第5の1の2)	第5 + 第5の1の2	第5の1の2		第5の1の 3	第5の1の4又は5	特掲診療料 第16
入院料等	療養病棟 障害者施設等の注6、 13、14 有床診療所療養病床	緩和ケア	特定入院 基本料 回リハ 特殊疾患	地域包括医療 地域包括ケア 短期滞在手術	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 地域移行機能強化病棟入院料	介護老人保健施設・介護医療 院等に入所中の患者、入院中 の患者であって短期入所療養 介護を受けている患者
抗悪性腫瘍剤	○	(包括)	(包括) →○	○	(包括) →○	○※ ※入院中の患者であって短期入所療 養介護を受けている患者を除く
疼痛コントロールのための 医療用麻薬	○	(包括)	(包括) →○	○	(包括) →○	○
エリスロポエチン、ダルベポエ チン、エポエチンベータペゴル、 HIF-PH阻害薬	○	(包括)	(包括) →○	○	(包括) →○	○
インターフェロン製剤	○	○	○	○	○	○
抗ウイルス剤	○	○	○	○	○	○
抗ウイルス剤 (新型コロナウイルス治療薬)	○ → (包括)	○ → (包括)	○ → (包括)	○ → (包括)	○ → (包括)	○ → (包括)
血友病の患者に使用する医薬品	○	○	○	○	○	○
血液凝固因子障害等（血友病以 外）の患者に使用する医薬品	(包括) →○	(包括) →○	(包括) →○	(包括) →○	(包括) →○	(包括) →○
生物学的製剤、J A K阻害剤 (免疫・アレルギー疾患の維持 期の治療のために使用され、他 剤で代替不能な場合に限る。)	(包括) →○	(包括)	(包括) →○	(包括) →○	(包括) →○	(包括) →○
クロザピン 持続性抗精神病注射薬剤	—	—	—	—	○	—

○：包括範囲からの除外薬剤として基本診療料の施設基準等の別表第5等に記載されており、出来高算定されるもの

ICT等の活用による看護業務効率化の推進

ICT等の活用による看護業務の更なる効率化や負担軽減を推進

- **ICT機器等の活用により看護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に、病棟の看護職員・看護補助者の数等について1割以内の範囲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。**
- 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、**①見守り、②記録、③医療従事者間の情報共有に関して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。**




[対象となる入院料を算定する病棟] 急性期一般入院料1～6、急性期病院一般入院料AB、7対1入院基本料、10対1入院基本料、地域包括医療病棟入院料1・2、小児入院医療管理料1～4
特殊疾患病棟入院料1・2、緩和ケア病棟入院料1・2

[算定要件（概要）]

- ・ 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、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、入院料の所定点数を算定する。

[施設基準（概要）]

- ・ 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**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。

見守り	記録	医療従事者間の情報共有
<ul style="list-style-type: none"> ・ 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の機器 ・ 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る <p>(例) 見守りカメラ、スマートグラス</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 <p>(例) スマートフォン、音声入力システム</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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、多人数の職員間で情報共有を効率的に実施できる機器 <p>(例) インターコミュニケーションシステム (例) モバイル端末のチャット機能</p> 

- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 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。

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

- 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。**

現行

[施設基準(告示)]第一 届出の通則

二 届出に係るの内容と異なる事情が生じた場合には、速やかに届出の内容の変更を行わなければならない。

[施設基準(通知)](概要)

・ 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、暦月で1か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動の場合は変更の届出を行わなくてもよい。

改定後

[施設基準(告示)]第一 届出の通則

二 届出に係るの内容と異なる事情が生じた場合には、速やかに届出の内容の変更を行わなければならない。

[施設基準(通知)](概要)

- ・ 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、暦月で1か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動の場合は変更の届出を行わなくてもよい。
- ・ **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、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(1年に1回に限る。)**
 - (1) 公共職業安定所又は都道府県ナースセンター等の無料職業紹介事業者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。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者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) 民間職業紹介事業者を利用する場合には、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) 当該医療機関が自ら採用情報をウェブサイトで公表する等、看護職員確保に係る取組を積極的に行っていることが望ましい。**
 - (4) やむを得ない事情が生じた場合であって、一時的に看護職員の確保ができない場合においては、一部の看護要員へ過度な業務負担とならないよう、保険医療機関は看護要員の適正な労働時間管理を行い、体制の整備を図るよう努めること。**

例) 8~10月の3か月、1日当たり勤務する看護要員の数について1割以内の変動が生じた場合

看護職員の確保に係る取組

- ① ハローワーク又は都道府県ナースセンター等の無料職業紹介事業者を活用(民間職業紹介事業者を利用する場合は、適正認定事業者を活用)
- ② 医療機関が自ら採用情報をウェブサイトで公表する等の看護職員確保に係る取組を行うことが望ましい

5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月
----	----	----	----	----	-----	-----	-----	----	----

8~10月の3か月、1日当たり勤務する看護要員の数について1割以内の減少

11月に一時的な変動から回復
引き続き、元の入院料を算定

報告(9月) ※有効な求人票を添付

元の入院料が算定できる期間

5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月
----	----	----	----	----	-----	-----	-----	----	----

8~10月の3か月、1日当たり勤務する看護要員の数について1割以内の減少

11月も変動が継続
12月中に届出内容の変更
1月から変更後の入院料を算定

報告(9月) ※有効な求人票を添付

届出(12月)

変更後の入院料を算定する期間

元の入院料が算定できる期間

医療機関等における事務等の簡素化・効率化

事務等の簡素化・効率化

- ▶ 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。
 - 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。
 - 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。

【廃止】 院内で使用したり、院内で直接患者に手渡されるものは、署名又は記名・押印を廃止（記名のみ）	入院診療計画書、リハビリテーション実施計画書、生活習慣病療養計画書 等
【一部簡素化】 他機関に交付される書類であっても、2回目以降や直接手渡すなど作成した医療機関から送付されたものであることが明らかな場合は、署名又は記名・押印を省略可	診療情報提供書、保険医療機関間の病理診断に係る情報提供様式 等

- 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。
- 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に限定するとともに、添付書類の省略等の簡素化を図る。
- 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。

様式9の見直し

病棟における勤務時間に算入できる内容の見直し

- ▶ 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、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。

【施設基準】

(2) 看護要員の数については、次の点に留意する。

- キ **保険医療機関内で生じた緊急対応等の不測の事象に対応するため、病棟内の看護要員が当該病棟に入院中の患者以外の患者に対して日常の診療の延長として必要な対応を短時間行った場合は**、病棟内として勤務時間数に算入してよい。
- ク **病棟内の看護要員が、当該病棟に入院中の患者に付き添い、病棟外において一時的に看護を行った場合は**、勤務時間数に算入してよい。

【別紙5】病棟の勤務時間数に算入できるもの（一部抜粋）

- ・ 当該保険医療機関から、業務の質向上に資するとして受講を指示された研修について、主として当該病棟において従事する職員1名につき月1時間までの、当該保険医療機関内で実施される研修（当該病棟内で受講するオンライン研修及び病棟外で行われる集合研修を含む。）へ参加する時間
- ・ 患者の状態変化に対して緊急の対応が必要と判断し、当該病棟を一時的に離れて患者の状態変化に短時間（30分程度）対応した時間

小数点以下の処理方法の見直し

- ▶ 小数点以下の処理方法を含む注意事項の記載を整理し、可能な限り統一する。

現行

様式9 入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類（一部抜粋）

- 1日平均入院患者数〔A〕 $\frac{\quad}{\quad}$ 人
 （算出期間 年 月 日 ~ 年 月 日）
 ※小数点以下切り上げ
- 月平均1日当たり看護職員配置数 $\frac{\quad}{\quad}$ 人
 〔月延べ勤務時間数 / (日数 × 8)〕 ※小数点以下第2位以下切り捨て
 （参考）
 1日看護職員配置数(必要数) : $\frac{\quad}{\quad} = \{ (A / \text{配置区分の数}) \times 3 \}$
 ※小数点以下切り上げ
- 夜間看護補助者配置数(必要数) = A / 配置区分の数
 ※小数点以下切り上げ

改定後

- 1日平均入院患者数〔A〕 $\frac{\quad}{\quad}$ 人
 （算出期間 年 月 日 ~ 年 月 日）
 ※**小数第1位を切り上げ**（小数第1位までの数、例：12.34 → 12.4）
- 月平均1日当たり看護職員配置数 $\frac{\quad}{\quad}$ 人
 〔月延べ勤務時間数 / (日数 × 8)〕 ※小数点以下第2位以下切り捨て
 （参考）
 1日看護職員配置数(必要数) : $\frac{\quad}{\quad} = \{ (A / \text{配置区分の数}) \times 3 \}$
 ※**小数第1位を切り上げ**
- 夜間看護補助者配置数(必要数) = A / 配置区分の数
 ※**小数第1位を切り上げ**

看護補助者に係る加算の名称の見直し

直接患者に対するケアを担う看護補助者の配置の評価

- 看護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、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。

現行

看護補助体制充実加算（療養病棟入院基本料）

〔算定要件〕

13 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。ただし、当該患者について、身体的拘束を実施した日は、看護補助体制充実加算3の例により所定点数に加算する。

- イ 看護補助体制充実加算1 80点
- ロ 看護補助体制充実加算2 65点
- ハ 看護補助体制充実加算3 55点



改定後

看護補助・患者ケア体制充実加算実加算（療養病棟入院基本料）

〔算定要件〕

13 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。ただし、当該患者について、身体的拘束を実施した日は、**看護補助・患者ケア体制充実加算3**の例により所定点数に加算する。

- イ **看護補助・患者ケア体制充実加算1** 80点
- ロ **看護補助・患者ケア体制充実加算2** 65点
- ハ **看護補助・患者ケア体制充実加算3** 55点

※ A106 障害者施設等入院基本料の注10

A304 地域包括医療病棟入院料の注8

A308-3 地域包括ケア病棟入院料の注5 においても同様。

医師事務作業補助体制加算の見直し

ICT機器を活用した場合の配置人数の算入方法

- 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。

改定後

【医師事務作業補助体制加算】

【施設基準】

- 「ア(①のみ)」+「イ～エの全て」に該当する場合には、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できる。
- 「ア(①は必須 + ②③④のうち少なくとも1種類以上を広く活用)」+「イ～エの全て」に該当する場合は、1人を1.3人として配置人数に算入できる。

ア 医師の事務作業に関して、①を含むものを組織的に導入し、医師・医師事務作業補助者が日常的に活用することで、業務効率化が図られていること。

- ① 生成AIを活用した医療文書等の文書作成補助システム
- ② 医療文書等への入力を行う医療文書の音声入力システム（汎用音声入力機能を除く。）
- ③ 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、電子カルテ等と連動して医療情報を取り扱うものについては、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等（いわゆる3省2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、AI技術を用いる製品・サービスについては、「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、導入・活用しているとして届け出たものについて、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。

- 上記算入方法により新たに届け出る場合には、直近3月以上の期間、当該算入方法を用いず、当該配置区分以上の配置区分を引き続き算定していること。
- 上記算入方法により届け出る保険医療機関は、医師事務・医師の事務作業時間・負担感等について年1回程度評価・確認し、適宜、適切な対策を講じること。

医師事務業務の明確化

- 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。

現行

【施設基準】

○医師事務作業補助者の業務は、医師（歯科医師を含む。）の指示の下に、診断書等の文書作成補助、診療記録への代行入力、医療の質の向上に資する事務作業（診療に関するデータ整理、院内がん登録等の統計・調査、教育や研修・カンファレンスのための準備作業等）、入院時の案内等の病棟における患者対応業務及び行政上の業務（救急医療情報システムへの入力、感染症サーベイランス事業に係る入力等）への対応に限定するものであること。

改定後

【施設基準】

○医師事務作業補助者の業務は、医師（歯科医師を含む。）の指示の下に、診断書・**診療情報提供書・返信・診療サマリー・診療計画書**等の文書作成補助、診療記録・**検査オーダー・食事オーダー・クリニカルパス・地域連携パス**の代行入力、**患者・家族への説明文書の準備・作成、診療録・画像検査結果等の整理**、医療の質の向上に資する事務作業（診療に関するデータ整理、院内がん登録等の統計・調査・**入力作業**、教育や研修・カンファレンスのための準備作業等）、入院時の案内等の病棟における患者対応業務及び行政上の業務（救急医療情報システムへの入力、感染症サーベイラン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。

常勤職員の常勤要件に係る勤務時間数の見直し

常勤職員の常勤要件に係る勤務時間数の見直し

- 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。

現行

【病院の入院基本料等に関する施設基準】

【施設基準】

○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。

イ～ウ（略）

【診療所の入院基本料等に関する施設基準】

【施設基準】

○施設基準に係る当該有床診療所における医師数は、常勤の医師（週4日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週32時間以上である者をいう。）の他、非常勤医師の実労働時間数を常勤換算し算入することができる。

【医師事務作業補助体制加算】

【施設基準】

○医師事務作業補助者は、雇用形態を問わない（派遣職員を含むが、指揮命令権が当該保険医療機関にない請負方式などを除く。）が、当該保険医療機関の常勤職員（週4日以上常態として勤務し、かつ所定労働時間が週32時間以上である者をいう。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。

改定後

【病院の入院基本料等に関する施設基準】

【施設基準】

○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。）の医師の他、非常勤医師の実労働時間数を常勤換算し算入することができる。この場合においては、当該保険医療機関における常勤職員の所定労働時間（32時間未満の場合は、32時間）の勤務をもって常勤1名として換算する。

イ～ウ（略）

【診療所の入院基本料等に関する施設基準】

【施設基準】

○施設基準に係る当該有床診療所における医師数は、常勤の医師（週4日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週31時間以上である者をいう。）の他、非常勤医師の実労働時間数を常勤換算し算入することができる。この場合においては、当該保険医療機関における常勤職員の所定労働時間（32時間未満の場合は、32時間）の勤務をもって常勤1名として換算する。

【医師事務作業補助体制加算】

【施設基準】

○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。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。



短期滞在手術等基本料3の見直し

短期滞在手術等基本料3の見直し

- ▶ **DPC対象病院であっ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。

区分		現行
DPC対象病院	DPC病床	DPC算定
	非DPC病床	出来高算定
出来高算定病院		短期滞在手術等基本料3



改定後
短期滞在手術等基本料3

- ▶ 対象手術等を追加するとともに、実態を踏まえ、物件費の高騰及び賃上げへの措置も考慮し、評価を見直す。

現行

[対象手術の追加・評価の見直しの例]

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
(新設)

改定後

[対象手術の追加・評価の見直しの例]

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) 18,001点
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 16,876点



- ▶ 外来での実施率が特に高い手術等について、評価を見直すとともに、これら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。

(新) 入院手術対応加算 (K721内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径2センチメートル未満) 366点 ※手術毎に異なる加算を設定

[施設基準] (概要)

- 当該保険医療機関における、対象手術の外来実施率を、対象手術毎の全病院における外来実施率に、当該保険医療機関の対象手術毎の患者構成割合を乗じたものの総和で除した値が、1.3以上であること。

計算の例

	症例数	外来実施件数	当該病院での外来実施率	全病院での平均的な外来実施率
A手術	100	90	90%	60%
B手術	20	10	50%	80%
計	120	80	67%	-



当該医療機関の外来実施率
想定される外来実施率

$$\frac{\frac{90+10}{100+20}}{\frac{100 \times 60\% + 20 \times 80\%}{100+20}} \approx 1.32$$

(参考) 短期滞在手術等基本料の対象手術等

短期滞在手術等基本料3の対象手術等

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
 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 □ 保険医療機関内で又は訪問して実施するもの
 D 2 3 7-2 反復睡眠潜時試験 (MSLT)
 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)
 D 2 9 1-2 小児食物アレルギー負荷検査
 D 4 1 3 前立腺針生検法 2 その他のもの
 K 0 0 7-2 経皮的放射線治療用金属マーカ―留置術
 K 0 3 0 四肢・軀幹部腫瘍摘出術 7 手幹部腫瘍摘出術
 K 0 4 6 骨折観血の手術 6 手舟状骨骨折観血の手術
 K 0 4 8 骨内異物 (挿入物を含む。) 除去術 6 前腕骨骨内異物除去術
 K 0 4 8 骨内異物 (挿入物を含む。) 除去術 8 鎖骨骨内異物除去術
 K 0 4 8 骨内異物 (挿入物を含む。) 除去術 10 手根骨骨内異物除去術
 K 0 4 8 骨内異物 (挿入物を含む。) 除去術 11 中手骨骨内異物除去術
 K 0 7 0 ガングリオン摘出術 1 手部ガングリオン摘出術
 K 0 9 3-2 手根管開放手術 (内視鏡下)
 K 1 9 6-2 胸腔鏡下交感神経節切除術 (両側)
 K 2 0 2 涙管チューブ挿入術 1 涙道内視鏡を用いるもの
 K 2 1 7 眼瞼 (内反症手術 2 皮膚切開法
 K 2 1 9 眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前転法
 K 2 1 9 眼瞼下垂症手術 3 その他のもの
 K 2 2 4 翼状片手術 (弁の移植を要するもの)
 K 2 4 2 斜視手術 2 後転法
 K 2 4 2 斜視手術 3 前転法及び後転法の併施
 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帯状角膜変性に係るものに限る。)
 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
 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
 K 2 8 2 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合
 K 3 1 8 鼓膜形成手術
 K 3 3 3 鼻骨骨折整復固定術
 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
 K 4 7 4 乳腺腫瘍摘出術 1 長径5センチメートル未満

K 4 7 4 乳腺腫瘍摘出術 2 長径5センチメートル以上
 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)
 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)
 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
 K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術
 K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法 (一連として)
 K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術
 K 6 1 7-2 大伏在静脈抜去術
 K 6 1 7-4 下肢静脈瘤血管内焼灼術
 K 6 1 7-6 下肢静脈瘤血管内塞栓術
 K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア
 K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側)
 K 7 2 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径二センチメートル未満
 K 7 2 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 2 長径二センチメートル以上
 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)
 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。)
 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。)
 K 7 6 8 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術 (一連につき)
 K 8 2 3-6 尿失禁手術 (ボツリヌス毒素によるもの)
 K 8 3 4-3 顕微鏡下精索静脈瘤手術
 K 8 6 7 子宮頸部 (腔部) 切除術
 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
 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
 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
 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
 K 8 7 3 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 2 その他のもの
 K 8 9 0-3 腹腔鏡下卵管形成術
 M 0 0 1-2 ガンマナイフによる定位放射線治療

データ提出加算に係る届出を要件とする入院料の見直し

- 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。

入院料		データ提出要件	
A	急性期病院一般入院基本料、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）、専門病院入院基本料（7対1、10対1）、地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料1～4	データの提出が必須	
B	地域一般入院基本料、療養病棟入院基本料、専門病院入院基本料（13対1）、障害者施設等入院基本料、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5、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、精神科救急急性期医療入院料	データの提出が必須（経過措置②ア）	
C	C-1	精神病棟入院基本料（10対1、13対1）、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	データの提出が必須（経過措置②イ）
	C-2	<u>精神病棟入院基本料（15対1、18対1、20対1）</u>	<u>新たにデータの提出が必須</u> （経過措置①、②イ）

【経過措置】（概要）

- ① 令和8年3月31日時点において、「C-2」の入院料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、データ提出加算に係る要件を満たしているものとみなす。
- ② 令和8年3月31日時点において、「A」の入院料を算定する病棟又は病室のいずれも有しない保険医療機関であって、以下のいずれかに該当するもの、かつ、データ提出加算に係る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、データ提出加算に係る要件を満たしているものとみなす。
 - ア 「B」の入院料を算定する病棟又は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200床未満のもの
 - イ 「C」の入院料を算定する病棟又は病室のいずれかを有するもの

- 精神病棟入院基本料（15対1、18対1、20対1）のデータ提出加算に係る要件について、新規に保険医療機関を開設する場合等において1年間に限り満たしているものとみなす措置を新たに講ずる。

医療安全対策加算の見直し

医療安全対策加算の見直し

- 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、医療安全対策加算について要件及び評価を充実する。

現行

【医療安全対策加算】

- 1 医療安全対策加算 1 85点
- 2 医療安全対策加算 2 30点

【施設基準】

- (1) 医療安全管理体制に関する基準
(追加)
- (2) 医療安全管理者の行う業務に関する事項
(追加)
- (3) 医療安全管理部門が行う業務に関する基準
(追加)



改定後

【医療安全対策加算】

- 1 医療安全対策加算 1 **160点**
- 2 医療安全対策加算 2 **70点**

【施設基準】

- (1) 医療安全管理体制に関する基準
 - 当該保険医療機関の管理者が、医療事故調査制度に係る適切な研修を修了していることが望ましい。
- (2) 医療安全管理者の行う業務に関する事項
 - 医療安全対策上の必要に応じて他の部門で開催される会議への参加その他医療安全対策の推進に関する業務を行うこと。
- (3) 医療安全管理部門が行う業務に関する基準
 - (加算1のみ)「病院等において把握すべき重大事象の類型化について」(医政局地域医療計画課長通知)に示す、患者への影響度が大きい回避可能性は必ずしも高くない事象について、医療安全管理部門に情報を集積して発生傾向を把握し、必要に応じて検証の実施、検証結果の記録、医療安全管理委員会への検証結果の報告、及び必要な対策を実施する体制を整備すること。

- 医療安全対策加算2について、医療安全管理者として医療有資格者以外の者を配置する場合の要件を新設する。

【医療安全対策加算2】

【施設基準】

- (1) 医療安全管理体制に関する基準
 - ア 以下のいずれかの体制を有していること。
 - (イ) ※現行と同様
 - (ロ) 医療安全管理者であって、医療安全対策に係る適切な研修を修了し、医療安全管理部門での1年以上の業務経験を有する専任の職員が配置されていること。この場合、医療安全管理者とは別に、看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理部門に配置されていること。

医療安全対策加算の見直し

医療安全対策地域連携加算の見直し

- 多様な規模・機能の医療機関同士が連携し、医療安全に関する取組を互いに評価し改善に繋げる体制の構築を推進する観点から、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。
- また、医療安全に関する課題等の情報共有や対応困難事例に関する相談体制の整備等を行う取組を推進する観点から、施設基準を追加する。

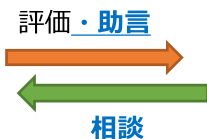
現行

【医療安全対策地域連携加算】

[算定要件]

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、それぞれ更に所定点数に加算する。

[施設基準]
(追加)



改定後

【医療安全対策地域連携加算】

[算定要件]

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保険医療機関（医療安全対策地域連携加算2については、特定機能病院を除く。）に入院している患者については、それぞれ更に所定点数に加算する。

[施設基準]

(加算1)

○ 連携を行っている他の医療安全対策加算1及び2に係る届出を行っている保険医療機関に対し、必要時に医療安全対策に関する助言を行う体制を有すること。

※ 特定機能病院においては、特定機能病院間相互のピアレビューで行う技術的助言を当該連携に含めないこと。

(加算2)

○ 連携を行っている他の医療安全対策地域連携加算1に係る届出を行っている保険医療機関に対し、必要に応じて医療安全対策に関する相談を行う体制を有すること。

感染対策向上加算等における専従要件の見直し

感染対策向上加算等における専従要件の見直し

- 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。
- 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。

現行

【感染対策向上加算】

[施設基準]

- 1 感染対策向上加算 1 の施設基準
- (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。



改定後

【感染対策向上加算】

[施設基準]

- 1 感染対策向上加算 1 の施設基準
- (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。

その他の専従要件の柔軟化

医療安全対策加算等における専従業務に従事する時間の柔軟化

- 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、専従業務に従事する時間が当該保険医療機関の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。

現行

【医療安全対策加算】

【施設基準】

- 医療安全対策加算1に関する施設基準
 - 医療安全管理体制に関する基準
 - 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。



改定後

【医療安全対策加算】

【施設基準】

- 医療安全対策加算1に関する施設基準
 - 医療安全管理体制に関する基準
 - 当該保険医療機関内に、医療安全対策に係る適切な研修を修了した専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理者として配置されていること。**なお、(2)に掲げる医療安全管理者の行う業務に従事する時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、月16時間までに限り、当該業務の実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。また、ここでいう適切な研修とは、次に掲げる全ての事項に該当するものをいう。**

入院栄養管理体制加算における管理栄養士の専従要件の柔軟化

- 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。

現行

【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】

【施設基準】

- 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。



改定後

【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】

【施設基準】

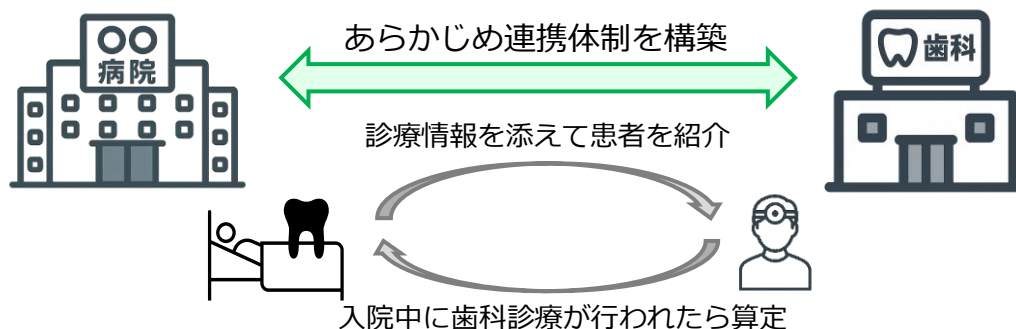
- 当該病棟に、専従の常勤管理栄養士が1名以上配置されていること。**ただし、当該病棟での栄養管理業務に影響のない範囲において、当該病棟から退院した患者の外来栄養食事指導等の継続的な支援を行うことは差し支えない。**

歯科医療機関との連携の推進

口腔管理連携加算の新設

- ▶ 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**の評価として、**口腔管理連携加算を新設**する。

(新) 口腔管理連携加算 600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]

- **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。歯科訪問診療を依頼する方法等について文書により提供を受けていること。
- 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**掲示及びウェブサイトに掲載**していること。
- 過去1年間に以下の実績を有すること。
 - ア 入院中の患者に対し、連携歯科医療機関から**歯科訪問診療を受けた実績が3件以上**
 - イ 退院時に「B009」の注14に規定する**歯科医療機関連携加算1を算定した実績が3件以上**
- 入院後速やかに口腔状態に係る課題を評価する体制や、口腔状態に問題があれば、入院中の受診を必要としない場合であっても、退院後に歯科への受診を促す体制が整備されていることが望ましい。

認知症ケア加算の見直し

認知症ケア加算の見直し

- 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。

現行

[算定要件 (告示)]

【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 / □ | 15日以上 | の期間 | 34点 |
| 2 | 認知症ケア加算 2 | | | | |
| イ | 14日以内の期間 | 112点 / □ | 15日以上 | の期間 | 28点 |
| 3 | 認知症ケア加算 3 | | | | |
| イ | 14日以内の期間 | 44点 / □ | 15日以上 | の期間 | 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。



改定後

[算定要件 (告示)]

【認知症ケア加算】

- | | | | | | |
|---|-----------|-----------------|-------|-----|------------|
| 1 | 認知症ケア加算 1 | | | | |
| イ | 14日以内の期間 | <u>186点</u> / □ | 15日以上 | の期間 | <u>39点</u> |
| 2 | 認知症ケア加算 2 | | | | |
| イ | 14日以内の期間 | <u>115点</u> / □ | 15日以上 | の期間 | <u>31点</u> |
| 3 | 認知症ケア加算 3 | | | | |
| イ | 14日以内の期間 | <u>47点</u> / □ | 15日以上 | の期間 | <u>13点</u> |

[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20に相当する点数により算定する。

- 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、認知症ケアチームと病院管理者等の責任者が協働のもと組織内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取り組みが推進されるよう、見直す。

現行

[算定要件 (通知)]

- A 2 4 7 認知症ケア加算
(6) 認知症ケア加算 1
ア・イ (略)
(新設)

ウ (略)



改定後

[算定要件 (通知)]

- A 2 4 7 認知症ケア加算
(6) 認知症ケア加算 1
ア・イ (略)
ウ 組織内で統一した取組を図るため、認知症ケアチームと病院管理者等の責任者が協働のもと、身体的拘束の最小化を目指した適切な取り組みを推進することとする。
エ (略)

入退院支援加算の見直し①

入退院支援加算1の評価の見直し

- 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。

現行		改定後	
1 入退院支援加算1		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	イ 一般病棟入院基本料等の場合	700点
ロ 療養病棟入院基本料等の場合	1,300点	(新) ロ 地域包括医療病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料の場合	1,000点
		ハ 療養病棟入院基本料等の場合	1,300点

入院中の患者に対する家族等による面会に係る基準（入退院支援加算）の新設

- 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に、入退院支援加算に規定を設ける。

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 ※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。
- (2) 第35の6(1)ホの規定について、入院中の患者とその家族等との面会は、患者の療養生活の質の向上及び尊厳の保持に資するのみならず、円滑な退院支援を行う上でも重要であることから、感染対策等の正当な理由なく、入院中の患者に対する家族等による面会を妨げてはならないこと。また、やむを得ず面会の制限を行う場合であっても、当該制限が必要以上に厳格なものとならないよう配慮すること。なお、これらを踏まえ、面会に関する規定を策定するとともに、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。

退院先となる介護保険施設等への誘導に係る基準の新設

- 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。

- (1) 入退院支援加算1に関する施設基準 ※入退院支援加算2～3も同様。
- 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。

入退院支援加算の見直し②

入退院支援加算の算定対象の見直し

- 算定対象となる患者における退院困難な要因について、**家族や親族との連絡が困難であること等を追加**する。

現行

【入退院支援加算 1 及び 2】
 【算定要件】退院困難な要因

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（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 その他患者の状況から判断してアからソまでに準ずると認められる場合

改定後

【入退院支援加算 1 及び 2】
 【算定要件】退院困難な要因

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要介護状態区分若しくは要支援状態区分以外の区分に該当する疑いがあるが変更の申請がされていないこと**（介護保険法施行令第2条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満の者及び65歳以上の者に限る。）

エ～ソ (略)

タ **患者の意思決定支援及び退院後の生活に向けた調整を行うに当たって、家族及び親族との連絡が困難であること**

チ その他患者の状況から判断してアからソまでに準ずると認められる場合

患者の検査・画像情報の提供を行った場合の加算の新設

- 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。

注5 注4の加算を算定する患者について、添付の必要を認め、当該患者の同意を得て、別の保険医療機関、精神障害者施設又は介護老人保健施設若しくは介護医療院に対して、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200点を所定点数に加算する。

介護支援等連携指導料の見直し

入院前からの支援の強化

- 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。

現行	
介護支援等連携指導料	400点



改定後	
介護支援等連携指導料	
介護支援等連携指導料 1	400点
(新) 介護支援等連携指導料 2	500点

[算定要件]

介護支援等連携指導料 2 は、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対して、患者の同意を得て、**平時から以下のアの体制を確保した上で、イ及びウに掲げる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、患者の心身の状況等を踏まえ導入が望ましいと考えられる介護等サービスや、当該地域において提供可能な介護等サービス等に関する説明及び指導を行った場合に、当該入院中 2 回に限り算定できる。

ア	<p>当該保険医療機関の入退院支援及び地域連携業務を担う部門において、退院後に介護保険の給付が行われる患者の取扱いに係る以下の（ア）及び（イ）が含まれる規程を作成し、院内に周知すること。</p> <p>（ア）入院前に当該患者を担当する介護支援専門員等が決まっている場合は、原則として患者の入院日から 7 日以内に当該介護支援専門員等へ、入院の事実その他必要な情報を情報提供すること。また、患者の退院が見込まれる 7 日前までに、当該介護支援専門員等に連絡し、退院後のケアプランの作成に必要な情報提供等を行うこと。</p> <p>（イ）要介護及び要支援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場合は、入院中に担当の介護支援専門員等を決めることができるよう、患者・家族等に居宅介護支援事業所・地域包括支援センターに相談するよう促すとともに、担当の介護支援専門員等が決まり次第、連絡をとり、必要な情報提供を行うこと。</p>
イ	<p>当該保険医療機関の入退院支援及び地域連携業務を担う部門の担当者が、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若しくは介護保険施設等で実施される多職種連携に係る会議に出席し、医療関係職種及び介護関係職種等の連絡先や担当者をあらかじめ共有し、平時から連携体制を構築している。</p>
ウ	<p>医療法（昭和 23 年法律第 205 号）第 30 条の 18 の 4 第 2 項のロに規定する、病状が急変した場合その他入院が必要な場合に入院させるため、又は病院若しくは診療所を退院する者が引き続き療養を必要とする場合に当該者を他の病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院若しくは居宅等における療養生活に円滑に移行させるために必要な支援を提供するかかりつけ医機能に基づく支援を、都道府県や市町村等が策定する規定に基づき、入退院支援及び地域連携業務を担う部門の担当者と介護支援専門員等とが事前に取り決めを行うことが望ましい。</p>

地域加算の見直し

地域加算の見直し

- 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。

現行

【地域加算】（1日につき）

1	1級地	18点
2	2級地	15点
3	3級地	14点
4	4級地	11点
5	5級地	9点
6	6級地	5点
7	7級地	3点



改定後

【地域加算】（1日につき）

1	1級地	18点
2	2級地	<u>14点</u>
3	3級地	<u>11点</u>
4	4級地	<u>7点</u>
5	5級地	<u>4点</u>
	(削除)	
	(削除)	

[対象地域]

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](#)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。

(参考) 地域加算の対象地域

級地区分	都道府県	地域
1級地	東京都	特別区
2級地	茨城県	つくば市
	東京都	特別区以外の地域
	神奈川県	横浜市、川崎市、藤沢市、厚木市
3級地	大阪府	大阪市、吹田市
	茨城県	取手市、守谷市
	埼玉県	さいたま市、志木市、和光市、蕨市
	千葉県	千葉市、成田市、袖ヶ浦市、印西市、習志野市、我孫子市
	神奈川県	横浜市、川崎市、藤沢市、厚木市以外の地域
	静岡県	裾野市
	愛知県	名古屋市、刈谷市、豊田市、豊明市、日進市
	大阪府	大阪市、吹田市以外の地域
	京都府	長岡京市
	兵庫県	西宮市、芦屋市、宝塚市
4級地	宮城県	仙台市、多賀城市
	茨城県	水戸市、日立市、土浦市、龍ヶ崎市、牛久市
	埼玉県	川越市、東松山市、上尾市、朝霞市、坂戸市、狭山市、新座市、桶川市、富士見市、鶴ヶ島市、ふじみ野市
	千葉県	市川市、船橋市、松戸市、佐倉市、柏市、市原市、富津市、浦安市、八千代市、四街道市
	静岡県	静岡市
	愛知県	名古屋市、刈谷市、豊田市、豊明市、日進市以外の地域
	三重県	四日市市、鈴鹿市
	滋賀県	大津市、草津市、栗東市
	京都府	長岡京市以外の地域
	兵庫県	神戸市、尼崎市、明石市、伊丹市、川西市、三田市、高砂市
	奈良県	奈良市、大和郡山市、天理市
	広島県	広島市
	福岡県	福岡市、春日市、福津市

級地区分	都道府県	地域
5級地	北海道	札幌市
	宮城県	富谷市
	茨城県	つくば市、取手市、守谷市、水戸市、日立市、土浦市、龍ヶ崎市、牛久市以外の地域
	栃木県	全域
	群馬県	前橋市、高崎市、太田市
	埼玉県	さいたま市、志木市、和光市、川越市、東松山市、上尾市、朝霞市、坂戸市、狭山市、新座市、桶川市、富士見市、鶴ヶ島市、ふじみ野市以外の地域
	千葉県	千葉市、成田市、袖ヶ浦市、印西市、市川市、船橋市、松戸市、佐倉市、柏市、市原市、富津市、浦安市以外の地域
	富山県	富山市
	石川県	金沢市
	山梨県	甲府市
	長野県	長野市、松本市、塩尻市
	岐阜県	岐阜市
	静岡県	裾野市、静岡市以外の地域
	三重県	四日市市、鈴鹿市以外の地域
	滋賀県	大津市、草津市、栗東市以外の地域
	兵庫県	西宮市、芦屋市、宝塚市、神戸市、尼崎市、明石市、伊丹市、川西市、三田市、高砂市以外の地域
	奈良県	奈良市、大和郡山市、天理市以外の地域
	和歌山県	和歌山市、橋本市
岡山県	岡山市、倉敷市	
広島県	広島市以外の地域	
香川県	高松市	
福岡県	福岡市、春日市、福津市以外の地域	

【経過措置】令和9年5月までの間に限り、級地の調整を行う地域

- 改定前と比較して5点以上点数が変動する以下の地域については、激変緩和措置として、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。

令和9年5月31日 までの級地区分 (激変緩和措置)	令和9年6月1日 以降の級地区分	都道府県	地域
3級地	2級地	東京都	三鷹市、小金井市、東大和市、武蔵村山市、羽村市、あきる野市、瑞穂町、日ノ出町、檜原村、奥多摩町、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
	4級地	愛知県	大府市
4級地	3級地	埼玉県	蕨市
		千葉県	我孫子市
		神奈川県	逗子市、三浦市、南足柄市、葉山町、大磯町、二宮町、中井町、大井町、松田町、山北町、開成町、箱根町、真鶴町、湯河原町
		静岡県	裾野市
		京都府	長岡京市
		大阪府	岸和田市、泉大津市、貝塚市、泉佐野市、富田林市、河内長野市、松原市、和泉市、高石市、藤井寺市、泉南市、大阪狭山市、阪南市、豊能町、能勢町、忠岡町、熊取町、田尻町、岬町、太子町、河南町、千早赤阪村
	5級地	茨城県	稲敷市、つくばみらい市、阿見町
		兵庫県	猪名川町
		奈良県	生駒市、平群町、川西町
		広島県	府中町
5級地	4級地	埼玉県	ふじみ野市
		愛知県	大治町、南知多町、美浜町、設楽町、東栄町、豊根村
		京都府	福知山市、舞鶴市、綾部市、宮津市、京丹後市、大山崎町、京丹波町、伊根町、与謝野町
	対象外地域	宮城県	七ヶ浜町、利府町
		群馬県	明和町
		和歌山県	紀の川市、岩出市、かつらぎ町
		佐賀県	佐賀市

人口の少ない地域・医師偏在対策に係る全体像

- 人口・医療資源の少ない地域での医療提供の確保を図る。
- 外科等の若手医師の減少する診療科の医師の勤務環境・処遇改善を行い、高度な医療提供を行う取り組みを支援する。



人口の少ない地域等での医療提供機能の確保

人口の少ない地域での医療提供機能の確保

- 人口の少ない地域の外来・在宅医療の確保に係る支援と病状の急変等で緊急入院が必要な患者を受け入れる体制のある病院を評価する「**医療提供機能連携確保加算**」を新設。
- 当該病院が情報通信機器を用いて医学管理を行った場合を評価する「**医療提供機能連携確保加算**」を新設。
- 離島での入院医療の応需体制の確保のため、離島加算の評価を引き上げる。

へき地診療所における在宅時医学総合管理料等の見直し

- 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。

急性期病院B一般入院料・急性期総合体制加算の要件緩和

- 人口20万人未満の地域での救急搬送受入状況等を踏まえ、**急性期病院B一般入院料において、地域の特性に配慮した病院機能に関する施設基準を設定**する。
- 人口20万人未満の地域において、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「**急性期総合体制加算5**」を新設。

医療資源の少ない地域における対応

- 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。
- 医療資源の少ない地域について、直近の統計を用いて、37医療圏から39医療圏へと見直す。

働き方改革・診療科偏在対策の推進

若手医師が減少する診療科の評価

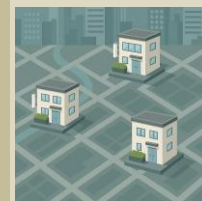
- 若手医師が減少し、医療提供体制の確保が必要とされている診療科について、勤務環境・処遇改善等を行う取組を評価する「**地域医療体制確保加算2**」を新設。

長時間高難度手術の実施体制の評価

- 長時間高難度手術を実施する体制を整備し、外科医の勤務環境・処遇の改善を図った上で手術を行う場合を評価する「**外科医療確保特別加算**」を新設。

機能強化加算等の届出に係る対応

- 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。

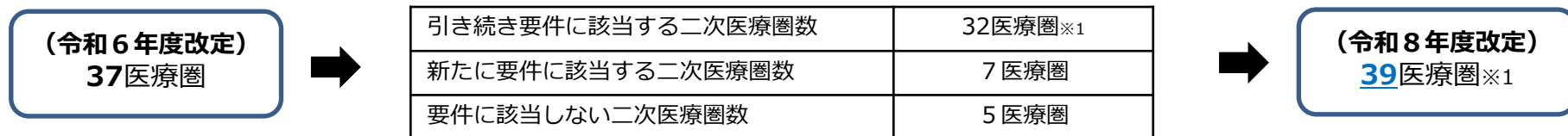


外来医師過多区域に関する対応

医療資源の少ない地域の対象地域の見直し

医療資源の少ない地域の対象地域の見直し

- 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。



参考：医療資源の少ない地域の基準：①かつ②を満たすこと

- ① **医療従事者の確保が困難な地域**
「人口当たり医師数※2が下位1/2」かつ「人口当たり看護師数※2が下位1/2」
- ② **医療機関が少ない地域**
「病院密度※3が下位15%」または「病床密度※3が下位15%」

※1 上記参考の基準を満たす場合のほか、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が対象に含まれる。
 ※2 人口については、令和2年国勢調査（令和2年10月1日時点）、医療従事者数については、令和5年医療施設（静態・動態）調査（令和5年10月1日時点。病院従事者数の医師総数並びに保健師、助産師、看護師、准看護師及び看護業務補助者数）を用いて算出。
 ※3 面積については、全国都道府県市区町村別面積調（令和2年10月1日時点）、医療従事者数については、令和5年医療施設（静態・動態）調査（病院施設数及び病院病床数）を用いて算出。

経過措置の見直し

- 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**。

- 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**。

該当地域：北海道十勝医療圏、秋田県旧北秋田医療圏

- 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**。

該当地域：北海道南檜山医療圏、岩手県宮古医療圏、長野県木曽医療圏、長野県大北医療圏、滋賀県湖北医療圏

(参考) 医療資源の少ない地域の対象地域

都道府県	二次医療圏	市町村
北海道	日高	日高町、平取町、新冠町、浦河町、様似町、えりも町及び新ひだか町
	富良野	富良野市、上富良野町、中富良野町、南富良野町及び占冠村
	宗谷	稚内市、猿払村、浜頓別町、中頓別町、枝幸町、豊富町、礼文町、利尻町、利尻富士町及び幌延町
	遠紋	紋別市、佐呂間町、遠軽町、湧別町、滝上町、興部町、西興部村及び雄武町
青森県	根室	根室市、別海町、中標津町、標津町及び羅臼町
	西北五地域	五所川原市、つがる市、鱒ヶ沢町、深浦町、鶴田町及び中泊町
岩手県	下北地域	むつ市、大間町、東通村、風間浦村及び佐井村
	岩手中部	花巻市、北上市、遠野市及び西和賀町
	気仙	大船渡市、陸前高田市及び住田町
	久慈	久慈市、普代村、野田村及び洋野町
秋田県	二戸	二戸市、軽米町、九戸村及び一戸町
山形県	県南	大仙市、仙北市、美郷町、横手市、湯沢市、羽後町及び東成瀬村
山形県	最上	新庄市、金山町、最上町、舟形町、真室川町、大蔵村、鮭川村及び戸沢村
埼玉県	秩父	秩父市、横瀬町、皆野町、長瀬町及び小鹿野町
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、青ヶ島村及び小笠原村
新潟県	魚沼	十日町市、魚沼市、南魚沼市、湯沢町及び津南町
	佐渡	佐渡市
石川県	能登北部	輪島市、珠洲市、穴水町及び能登町
福井県	奥越	大野市及び勝山市
山梨県	峡南	市川三郷町、早川町、身延町、南部町及び富士川町
岐阜県	飛騨	高山市、飛騨市、下呂市及び白川村
愛知県	東三河北部	新城市、設楽町、東栄町及び豊根村
三重県	東紀州	尾鷲市、熊野市、紀北町、御浜町及び紀宝町
滋賀県	湖西	高島市
兵庫県	但馬	豊岡市、養父市、朝来市、香美町及び新温泉町
奈良県	南和	五条市、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
島根県	雲南	雲南市、奥出雲町及び飯南町
	大田	大田市、川本町、美郷町及び邑南町
	隠岐	島根県海士町、西ノ島町、知夫村及び隠岐の島町
岡山県	真庭	真庭市及び新庄村
香川県	小豆	小豆郡
長崎県	五島	五島市
	上五島	小値賀町及び新上五島町
	壱岐	壱岐市
	対馬	対馬市
鹿児島県	熊本	西之表市及び熊本郡
	奄美	奄美市及び大島郡
沖縄県	宮古	宮古島市及び多良間村
	八重山	石垣市、竹富町及び与那国町

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

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取組の推進

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取組の推進

- 人口20万人未満かつ人口密度が200人/km²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。

(新) **医療提供機能連携確保加算（入院初日）** **600点**

[算定要件]

- 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（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。

[施設基準]

- 別表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。
- 上記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**又は上記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、前年度において3件以上実施**していること。
- 「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。
- 国等が提供する電子カルテ情報共有サービスにより取得される診療情報等を活用する体制又は地域の複数の医療機関間で検査結果や画像情報等を含む診療情報を共有若しくは閲覧できるネットワークを活用する体制を有することが望ましい。

- 上記医療機関が、第2章第1部第1節医学管理料等に掲げる**医学管理を、情報通信機器を用いて行った場合の評価を新設**する。

(新) **医療提供機能連携確保加算（月1回）** **50点**

離島加算の充実

- 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。

	現行
離島加算	18点



	改定後
離島加算	25点

(参考) 別表に掲げる人口の少ない地域

人口の少ない地域（人口20万人未満かつ人口密度が200人/km²未満である二次医療圏及び離島等の地域）

都道府県	二次医療圏
北海道	南檜山
	北渡島檜山
	後志
	南空知
	中空知
	北空知
	西胆振
	日高
	上川北部
	富良野
	留萌
	宗谷
	遠紋
	根室
青森県	西北五地域
	上十三地域
	下北地域
岩手県	胆江
	両磐
	気仙
	釜石
	宮古
	久慈
	二戸
宮城県	仙南
山形県	最上
福島県	県南
栃木県	相双
	県西
群馬県	藤岡
	富岡
	吾妻
	沼田
埼玉県	秩父
東京都	島しょ
新潟県	魚沼
	佐渡
富山県	新川
石川県	砺波
	能登中部 能登北部

都道府県	二次医療圏
福井県	奥越
	丹南
	嶺南
山梨県	峡東
	峡南
	富士・東部
長野県	上伊那
	飯伊
	木曾
	大北
	北信
岐阜県	飛騨
静岡県	賀茂
愛知県	東三河北部
三重県	東紀州
滋賀県	湖北
	湖西
	丹後
京都府	中丹
	南丹
	但馬
兵庫県	丹波
奈良県	南和
	橋本
和歌山県	有田
	御坊
	田辺
	新宮
	中部
鳥取県	雲南
	大田
島根県	浜田
	益田
	隠岐
	高梁・新見
岡山県	真庭
	津山・英田
広島県	備北
	岩国
山口県	柳井
	長門
	萩
	秋

都道府県	二次医療圏
徳島県	南部
	西部
香川県	小豆
愛媛県	宇摩
	八幡浜・大洲
	宇和島
高知県	安芸
	高幡
	幡多
長崎県	五島
	上五島
	壱岐
	対馬
熊本県	鹿本
	阿蘇
	八代
	芦北
	球磨
	天草
大分県	南部
	豊肥
	西部 北部
宮崎県	延岡西臼杵
	日南串間
	西諸
	西都児湯
鹿児島県	日向入郷
	南薩
	川薩
	出水
	曾於
	肝属
	熊毛
沖縄県	奄美
	北部 八重山

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

(参考) 医療資源の少ない地域・人口の少ない地域に配慮した診療報酬上の評価

- 医療資源の少ない地域については、医療従事者が少ないことや、医療機関が少ないため機能分化が困難である観点から、算定要件・施設基準の緩和や混合病棟を認める等、その特性に配慮した評価を行っている。
- 人口の少ない地域については、救急搬送件数や全身麻酔件数等の病院実績要件を満たすことが困難である観点から、当該要件の緩和等の配慮を行っている。

<医療資源の少ない地域>

項目名	医療資源の少ない地域に配慮した主な要件緩和等	緩和の対象
地域包括診療加算・地域包括診療料	診療所の常勤換算医師数基準を2名以上から、1.4名以上に緩和	施設基準の緩和
A100 一般病棟入院基本料*	病棟ごとに違う区分の入院基本料の算定が可能	入院料の算定
A108 有床診療所入院基本料	入院基本料1～3の施設基準の一つとして、医療資源の少ない地域（特定地域）に所在する有床診療所であること	（入院料の要件）
A205-2 超急性期脳卒中加算	情報通信機器を用いて他の保険医療機関と連携し、診療を行う場合にも届出可能	施設基準の緩和
A207 医師事務補助体制加算	20対1から100対1までについて、医療資源の少ない地域に所在する医療機関であれば、要件を満たす（※）こととする	施設基準の緩和
A226-2 緩和ケア診療加算*	医師・看護師・薬剤師の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師の専従要件等の緩和	人員配置
B001 24 外来緩和ケア管理料*	医師・看護師・薬剤師の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師の専従要件等の緩和	人員配置
A233-2 栄養サポートチーム加算*	看護師・薬剤師・管理栄養士の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師・管理栄養士の専従要件等の緩和	人員配置
A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算*	看護師等の専従要件の緩和	人員配置
A246 入退院支援加算*	看護師・社会福祉士の要件の緩和	人員配置
A308 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に相当する機能を有する病室について、病室単位で届出が可能	施設基準の緩和
A308-3 地域包括ケア病棟入院料	看護職員配置が15対1以上 ^{※1} 看護職員の最小必要数の4割以上 ^{※2} が看護師、理学療法士等の専従要件の緩和 ※1 特定地域以外では13対1以上 ※2 特定地域以外では7割以上 許可病床数200床未満に限るとされている基準について、280床未満とする （地域包括ケア病棟入院医療管理料1、2、3及び4、地域包括ケア病棟入院料1及び3） 「自院の一般病棟からの転棟患者の割合」に関する要件の緩和（地域包括ケア病棟入院料2及び4）	人員配置 病床数
A317 特定一般病棟入院料	一般病棟が1病棟のみ（DPC対象病院を除く） 看護職員配置が13対1以上又は15対1以上 看護要員1人当たりの月平均夜勤72時間要件なし	人員配置 夜勤の要件
A248 精神疾患診療体制加算	許可病床数80床以上（特定地域以外は許可病床数100床以上）	病床数
A249 精神科急性期医師配置加算	許可病床数80床以上（特定地域以外は許可病床数100床以上）	病床数
在宅療養支援病院	許可病床数280床未満（特定地域以外は許可病床数200床未満） 24時間の往診体制について、D to P with Nを実施できる体制でも可能とする（在宅支所同様）	病床数 施設基準の緩和
在宅療養後方支援病院	許可病床数160床以上（特定地域以外は許可病床数200床以上）	病床数
B001 27 糖尿病透析予防指導管理料*	医師・看護師又は保健師・管理栄養士の専任要件・常勤要件の緩和	人員配置
O002 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）	賃上げ対象職員数の要件の緩和	人員配置
O003 入院ベースアップ評価料	賃上げ対象職員数の要件の緩和	人員配置
24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）	複数の訪問看護ステーションが連携して体制を確保した場合の対象地域を、医療資源の少ない地域にも拡大	施設基準の要件

*医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び急性期一般入院料1を算定している病院を除く）の一般病棟が対象。

（※）遠隔画像診断、処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1、手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1、保険医療機関間の連携による病理診断（受診側）、保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製（受信側）、保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診（受信側）についても同様。

<人口の少ない地域>

項目名	人口の少ない地域に配慮した主な要件緩和等	緩和の対象
A300 特定集中治療室管理料	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要件を8割に緩和	施設基準の緩和
A300-2 ハイケアユニット入院医療管理料	救急搬送件数に関する病院の実績要件を8割に緩和	施設基準の緩和
B001-2-6 救急外来医学管理料	救急搬送件数に関する病院の実績要件を8割に緩和	施設基準の緩和
B005-11 遠隔連携診療料	外来の場合の対象疾患に、悪性腫瘍（治療中のものに限る。）、膠原病（治療中のものに限る。）及び慢性維持透析を追加	対象疾患の拡大

- 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

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

➤ 実際の画面イメージ（ログイン→届出選択）

ログイン

ログイン情報を入力してください。

ユーザID

45M00002X

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

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

戻る

- 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。

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 <input type="button" value="D"/>
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 <input type="button" value="D"/>

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 <input type="button" value="D"/>	-----
2	添付書類	ファイル選択 <input type="button" value="D"/>	-----

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

➤ 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		

トップ > 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

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

前回の届出情報をコピーする ※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。

2 標榜診療科

標榜診療科 1 ▼

標榜診療科 2 ▼

標榜診療科 3 ▼

標榜診療科 4 ▼

標榜診療科 5 ▼

3 当該診療所の対応医師の氏名

氏名 1

氏名 2

氏名 3

氏名 4

氏名 5

4 対応する常勤の職員数

職員数 名

5 当該診療所の標榜診療時間

標榜診療時間 1

標榜診療時間 2

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
該当する場合「✓」をする

留守録による応答後、速やかにコールバック

➤ 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>

