中央社会保険医療協議会 総会（第 583 回）　議事次第

令和６年２月７日(水) 10：30～

議　題

〇パブリックコメント、公聴会の報告について
〇個別改定項目（その３）について
〇答申書の附帯意見案について（その２）

「令和６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

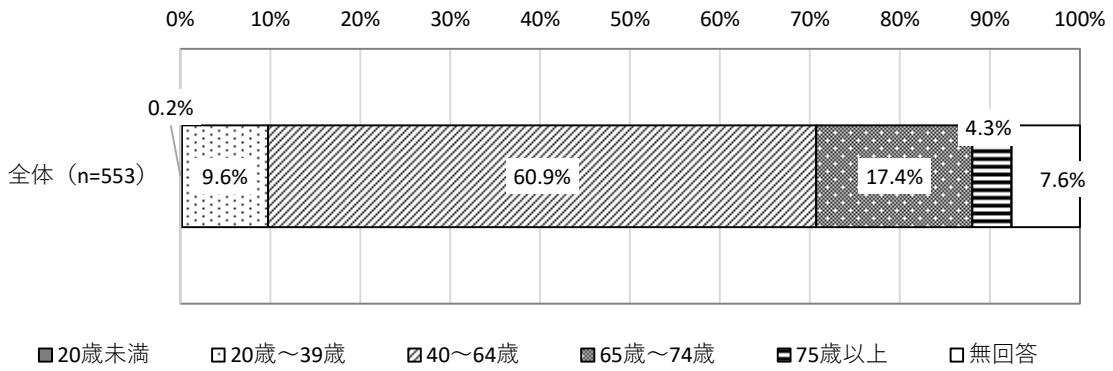
（１）意見募集期間　：令和６年１月 12 日（金）～令和６年１月 19 日（金）
（２）告知方法　：厚生労働省ホームページ
（３）意見提出方法　：電子メール

２．寄せられた意見

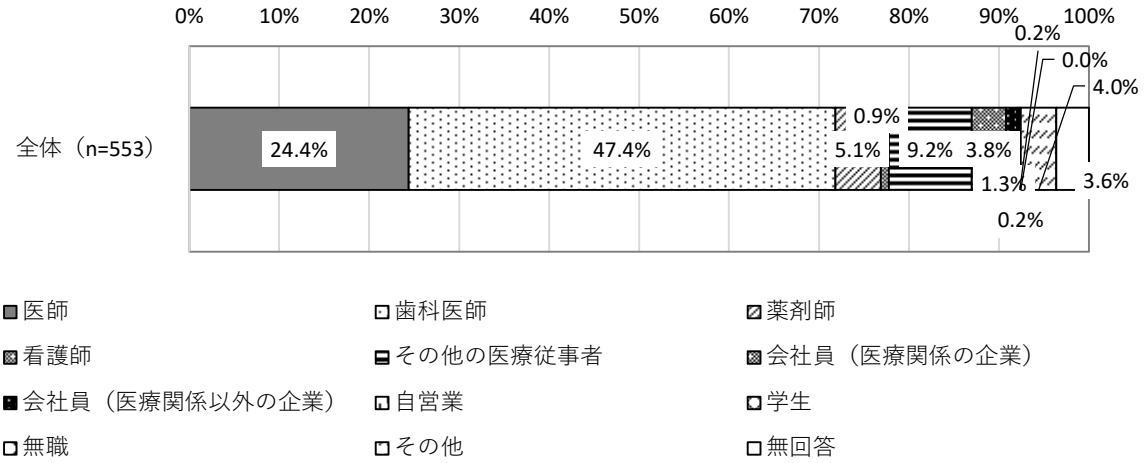
（１）意見提出件数　　553 件

（２）意見者の属性（n=553）

① 年齢



② 職業



（３）項目別の総意見件数（2,084 件）

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（365 件）

項目番号	内　　容	件数
Ⅰ－１	医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組	278 件
Ⅰ－２	各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、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	18 件
Ⅰ－３	業務の効率化に資する ICT の利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価	39 件
Ⅰ－４	地域医療の確保及び機能分化を図る観点から、労働時間短縮の実効性担保に向けた見直しを含め、必要な救急医療体制等の確保	７件
Ⅰ－５	多様な働き方を踏まえた評価の拡充	14 件
Ⅰ－６	医療人材及び医療資源の偏在への対応	９件

Ⅱ ポスト 2025 を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進や医療 DX を含めた医療機能の分化・強化、連携の推進（726 件）

項目番号	内　　容	件数
Ⅱ－１	医療 DX の推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進	208 件
Ⅱ－２	生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組	29 件
Ⅱ－３	リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進	48 件
Ⅱ－４	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	35 件
Ⅱ－５	外来医療の機能分化・強化等	33 件
Ⅱ－６	新興感染症等に対応できる地域における医療提供体制の構築に向けた取組	42 件
Ⅱ－７	かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価	124 件
Ⅱ－８	質の高い在宅医療・訪問看護の確保	207 件

Ⅲ 安心・安全で質の高い医療の推進（847 件）

項目番号	内　　容	件数
Ⅲ－１	食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰を踏まえた対応	35 件
Ⅲ－２	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	133 件
Ⅲ－３	アウトカムにも着目した評価の推進	19 件
Ⅲ－４－１	高齢者の救急医療の充実及び適切な搬送の促進	12 件
Ⅲ－４－２	小児医療、周産期医療の充実	14 件
Ⅲ－４－３	質の高いがん医療及び緩和ケアの評価	6 件
Ⅲ－４－４	認知症の者に対する適切な医療の評価	20 件
Ⅲ－４－５	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	85 件
Ⅲ－４－６	難病患者に対する適切な医療の評価	3 件
Ⅲ－５	生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進	15 件
Ⅲ－６	口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進	420 件
Ⅲ－７	薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病院薬剤師業務の評価	17 件
Ⅲ－８	薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進	38 件

項目番号	内　　容	件数
Ⅲ－９	医薬品産業構造の転換も見据えた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	30 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（133 件）

項目番号	内　　容	件数
Ⅳ－１	後発医薬品やバイオ後続品の使用促進、長期収載品の保険給付の在り方の見直し等	110 件
Ⅳ－２	費用対効果評価制度の活用	4 件
Ⅳ－３	市場実勢価格を踏まえた適正な評価	13 件
Ⅳ－４	医療 DX の推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進（再掲）	－
Ⅳ－５	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（再掲）	－
Ⅳ－６	外来医療の機能分化・強化等（再掲）	－
Ⅳ－７	生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進（再掲）	－
Ⅳ－８	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	6 件
Ⅳ－９	薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進（再掲）	－件

・その他の意見　13 件

（４）「令和６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（適宜集約して記載）

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　医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組（278 件）

主な意見の内容	件数
○　人材確保や賃上げについて ・物価高のなか、従業員の給与増額は、大幅な診察料アップがないとできない。（同旨６件） ・今年は他の職業で 5%以上の賃上げを目指すとされているにも関わらず、医療従事者が 2.5%というのは不足している。（同旨１件） ・今の保険点数では、物価高騰・賃金上昇に追いつけず、人材確保の困難、新たな設備投資が困難になる。 ・人件費，歯科材料費，その他経費も高騰．医療費の総枠を引き上げる必要がある。 ・政府が物価上昇率を上回る賃上げへと旗を振っているのに対し、医療関係者の賃上げ目標は低く、加えて感染症対策等のコスト増があるため、明確な根拠に基づく大幅な点数引き上げを行うべき。 ・歯科の人材確保に向けてはこれからの歯科衛生士学校への入学者増や現在働いている方々の利殖防止、離職者の復職促進が必要であり、それらのために職員の時給アップ向けた点数アップが必須。 ・賃上げが 40 歳未満、業種や業態の制約を講じた限定的なものでは、地域医療そのものが衰えていく懸念がある。 ・震災等の非常時に向け、普段から医療・介護のマンパワーが必要であるため、診療報酬、介護報酬の引き上げ、初診料、再診料の大幅引き上げが必要。 ・公立病院などは人事院勧告をもとに給与決定がなされるため、勧告と診療報酬改定に伴う賃上げの関係の整理が必要で、確実にベースアップが図られるような仕組みの構築と対応を求める。 ・何が何でも医療費を切り下げようと昨年までの医療機関収入が多かったなどと云う訳のわからないデータを見せて根拠とするなど容認できるものではない。 ・診療報酬の見直しも必要だとは思いますが、人材確保や賃上げに対する助成金や補助等のバックアップを求める。 ・同じ診療報酬で工面するなら個人の処遇改善ではなく、医療従事者の質の向上に投資すべきである。 ・初診、再診料の引き上げでは病院勤務者ではなく、開業医に恩恵の比重が大きくなると考える。現状、最初に診察受けるのはクリニックであるためである。処遇改善に向けては診療報酬と別にする方法も考えるべき。 ・診療所の報酬をプラス改定するくらいなら、採算割れしている基礎的医薬品や病院で多くの診療をこなしている医師、低賃金のコメディカル・パラメディカルに振り分けるべきである。	21 件
○　基本診療料・技術料・入院料等の改定について ・同じ歯科業界でも、歯科医院ごとに、歯周病の多い医院や補綴の多い医院と様々であるが、どの医院でも同じようにアップさせるには、初再診料の増が必要。（同旨１件） ・５類になったとはいえ、covid-19 への対応は発熱外来だけでなく、すべての医療機関で引き続き負担が大きいことから、加算だけでなく基本診療料の引き上げによる評価を求める。（同旨２件） ・職員の賃上げを実施するにあたってはＡ５００看護職員処遇改善評価料のような細分化された、非常に分かりにくい方法は用いないでほしい。 ・賃上げを全ての医療機関・全ての医療職種で行えるよう基本診療料の大幅な引き上げは必要で、その場合も加算扱いではなく、基本診療料自体の引き上げとすべき。細かな施設基準や実績報告を求められても対応が困難であるため、一律で初・再診料を引き上げるべき。 ・診料、訪問診療料等に加算することが議論されているが、加算点数は８分類もあり、医療機関によって基本診療料が異なることは、患者にとって理解ができず、医療機関にとっても複雑である。	28 件

・医療の内容が同一なのに、医療機関によって価格が変わるのは「一物二価」であり、公平でない。患者からのクレームを受ける可能性もある。（同旨１件） ・歯科医療機器や材料価格の高騰及び水道光熱費の上昇、歯科医療従事者の人材不足、賃金上昇等への対応により初診料、再診料だけで厳しければ評価料として独立した形を作っていただきたい。 ・円高及び物価高騰に見合った賃金の引上げこそが、医療現場の人手不足解消や労働環境の改善には不可欠であるため、基本診療料の大幅な引き上げと、各種材料等の価格高騰に見合った技術料・材料料の引き上げが必要。（同旨１件） ・入院基本料を引き上げることが必要。 ・40 歳未満の勤務医師や事務職員等の賃上げは、医療機関の人材確保とモチベーションの向上に必要な措置で、入院基本料等の評価を見直すことが医療機関の経営状況の改善と医療サービスの質の向上に寄与する。 ・人生の最終段階における適切な意思決定支援に係る指針の作成については、入院基本料等に要件化するのではなく、必要な患者に対し加算する方式とすることが必要。また 40 歳未満はもとより、40 歳以上の医療従事者・事務職員等の賃上げのためにも、大幅な引き上げを求める。加えて看護職員処遇改善評価料のような、複雑な基準や評価ではなく、簡素な基準点数とすることが必要。 ・「人生の最終段階における適切な意思決定の支援」が必要なことであるが、他の加算（初期加算等）の要件にすべきではないと感じる。 ・地域医療を支える医療機関の評価を適切に行うために、基本的な診療料である初診料、再診料、入院基本料を引き上げるべき。 ・現在、諸外国に比べ技術料の評価が低く設定されているが、このままでは安心した外科治療を国民が享受できなくなってしまうため、診療報酬の中での技術料の見直しが必要。 ・基本診療料とりわけ初再診料、特定疾患療養管理料、外来管理加算はどれも引き下げ余地はなくこれらの据置きや引き下げはありえない。 ・事務職員にとって医療業界はブラックなイメージが定着しており、診療時間や診療日を削る事態になっている診療所も出てきている。これは発熱外来を行っている診療所だけでなくすべての医療機関に起こることであるため賃上げだけでなく安全で十分な医療体制構築が必要であり、そのためには初診、再診料の引き上げを強く希望する。 ・諸物価高騰の中で、人材確保のために賃上げが不可欠で、そのためには精神科診療所で唯一の技術料である精神科通院療法点数の大幅引き上げが必要。 ・発熱外来ではない施設には補助はなく、感染対策費用は持ち出しとなっている。このため診療報酬の本体部分である、初再診料や特定疾患療養管理料、特定疾患処方管理加算の減算見直しは、内視鏡診療の質に関わる重大な問題である。 ・公定価格の中で日々診療を行っている我々にとって、物価高騰と賃上げに幅広く対応するためには初再診料を上げることが最善である。 ・特掲診療料の減算は、発熱外来を行っている地域医療のスタッフの賃金アップを阻害するため、絶対に行ってはならない。 ・スタッフらへのしかるべき賃上げを積極的に行なってゆくためにも、精神科としての生命線である通院精神療法について、このままの点数を維持してほしい。（同旨１件） ・今回の改定率では医療従事者の労働に見合った対価が得られているとは考えられない。この状態が続けば他の職業を選択する医療職離れが強く懸念されるため、基本診療料(初・再診料、外来診療料)の引き上げを要望する。	
○　幅広い職種、チームを対象とした賃上げの仕組みについて ・チーム医療やコデンタルスタッフの手厚い配置やチーム医療への取組を通じた個別医療機関の努力を各種加算で評価してほしい。（同旨１件） ・今回の診療報酬による賃上げが確実に全職種に実施される仕組みを求める。（同旨２件） ・歯科衛生士が、専門家として相応しい給与で雇用されるのはもちろんのこと、無資格の歯科助手に関しては、スーパーやコンビニ、飲食店で働く人よりも若干高めの条件で優秀な人材を確保したいため、考慮された仕組みを求める。 ・看護師の処遇改善について、全看護職への対応と広げてほしい。 ・歯科衛生士、歯科技工士も、処遇改善の対象として欲しい。（同旨２件） ・急性期病院における薬剤師を始めコメディカルの当直体制も評価していただきたい。薬剤師は中毒患者の薬物情報や抗菌薬選択、代替薬提案、妊婦授乳婦への投与可否、腎機能に合わせた投与量調節など、普段とは違い自分の専門外も診療しなければならない当直医師をサポ	21 件

ートしている。これらはコメディカルが当直当日も昼間の通常勤務もこなしつつ、そのまま当直に入り、明けの翌日まで勤務している中、僅かな当直手当で勤務しており病院薬剤師不足の一端となっている。専門知識を持った人間一人を長い時間拘束しておいてこれはない。 ・歯科衛生士や、歯科助手、受付その他レセプト担当者や滅菌担当者等の歯科医院に関わる者の処遇改善も対象に必ず含めていただきたい。前回改定では同様の内容で、看護の処遇改善のための特例的な対応に＋０．２０％ついたが、医科へのみの配分となっており大変不公平を感じた。 ・電子カルテ情報共有サービスの運用を担う IT 人材についても体制の整備を求める観点から、入院基本料等の評価の見直しにあたっては、「IT 人材の確保及び賃上げ」についても言及することとしてはどうか。 ・賃上げの対象については、看護職員処遇改善評価料のように施設基準で対象機関の限定や一部職種を除外することなく、すべての医療現場で働く職員の賃上げが継続的に実現できるよう求めます。（同旨１件） ・診療放射線技師は既に他の医療従事者と比べ厚遇されていることから除外すべき。 ・使用人兼務役員を含む役員を対象として省くことを明示するなど、元々議論の対象であった賃金が低い職種に診療報酬の増分が当たるような仕組みが必要。 ・今回の診療報酬改訂では、病床機能区分に関わらず賃上げできるような取り組みを求めたい。 ・地域包括ケアの推進、在宅ケアの強化も含めすべての看護職への賃上げの改善を求める。 ・特にリハビリ職種は他の医療職と比べ賃金が低く世間の水準から離れているので、民間企業と同程度のベースアップができる改定を求める。（同旨１件）	
○　賃上げに向けた実績報告など賃上げを担保する仕組みについて ・賃上げの加算を複数設定し、その区分から選択する旨の議論が行われているが、医療機関の統制につながるような仕組みの導入はやめてほしい。実績を報告させる事は医療機関の事務負担を増加させるだけである。（同旨１件） ・賃上げ報告書や実績報告についても、複雑な書面作成とならないよう配慮することが必須である。 ・職員の賃上げのための診療報酬の引き上げの際、実績報告の提出などを医療機関に課さないことを求める。実績報告のための事務作業によって医療従事者の負担が増せば本末転倒であり、要件を課すべきではない。（同旨１件） ・どのように賃上げするかは、各施設の人材確保に係る戦略であり、柔軟な対応が施設側でできるようにすべき。賃上げをしない施設には益々人材確保が困難となるわけで、実際の賃上げに用いられるかどうかを疑う余地はない。医療機関側を信頼すべきで、賃上げをするために複雑な事務手続きを課すことは、更なる業務量増加や、余計な人件費を要することとなり、今回の賃上げのための点数引き上げの趣旨から逸脱するのですべきではない。 ・賃金上昇に対応には不公平なく皆が享受できる形での評価を要望する。施設基準等によりハードルを上げる事は避けて頂きたい。 ・厚生局のような第三者からの厳しい目がないと、確実な賃上げは実現しないのではないかと思います。 ・賃金の上乗せ用にと用途を限定してでも医療機関の増収が可能になるようにすべき。 ・賃上げの財源について私立の医療機関では経営陣がそのまま受け取るだけ、と言う事態にならないか懸念がある。明確な賃上げの証拠を提出させる義務など付帯すべきかと思う。（同旨１件） ・歯科医院は無条件に技工所側の料金アップに対応するが、技工所内の実態がわかりにくく、本当に従業技工士の賃上げがなされているかしっかり検証してほしい。（同旨１件） ・改定率増分による賃上げが確実に医療従事者に渡っているのか確実な検証と公開をお願いします。 ・具体的な賃上げの「みえる化」を進め、かつ実質賃金増とするために、ベア 2.5%以上の労使協定書を提出や賃金支給実態及び年休取得状況等の労務管理状況報告書を提出する等の要件を定めることが必要と考える。 ・実績報告について、人事院勧告に準拠してベースアップ等を実施している公的な医療機関の場合、人事院勧告対応ベースアップ分を当該賃上げ実績に計上できるように要望したい。 ・賃上げについては、医療機関経営主体の裁量に任せるべき、利益の使途についてまで介入するのは過剰介入である。（同旨４件） ・初再診療もしくはすべての医療機関で算定可能な加算等での対応が望ましい。（同旨２件）	26 件

・ケア労働者の賃上げ・処遇改善は、診療報酬とは切り離し別建てで議論を求めます。 ・国が特定の職種に一律に手当てすることで事業所の裁量が阻まれ、採用や人事にゆがみをもたらすのではないか。労使間での交渉において給与を定めるべきである。	
○　人材紹介事業の利用について ・賃上げ促成の最大要因の一つは人材紹介会社による紹介料の高さである。医療従事者の転職リテラシーの乏しさも原因としてあるものの、現状は公費が人材紹介業に流れ、そちらの事業会社の成長率が高いというのは、抜本的見直しが必要と考える。 ・紹介業者の手数料等については取り締まるか、行政がマッチングシステムを開発して経済的な医療・介護業界の雇用基盤を整備して頂きたい。 ・民間の紹介サービスに対して何らかの規制が必要、現状の職業紹介ビジネスは色々なところにひずみが出ています。 ・賃上げをして安定した人材確保と教育を行いたいが、実際は１募集あたり年収の２５％程度の募集費用負担が発生し、医療業界以外への資金が流出している。	４件
○　調剤報酬の見直しについて ・いわゆる敷地内薬局などの大規模病院に合わせた業務を行っている薬局は地域の状況に合わせて業務を行っているとは思えないが、その差別化はされるのか。（同旨１件） ・薬局においても『標準的な感染防止対策を日常的に講じることが必要となっていること』という観点があり、薬局における体制に係る調剤基本料等の評価調剤基本料等の評価について、更なる評価を要望する。 ・認定薬剤師が投薬した場合や生涯学習達成度試験合格者が投薬した場合には、調剤基本料などに少しだけ加算してもらいたい。 ・特定の薬剤師が認定資格を持っているからとその領域の仕事をすべて押し付けられ仕事量が増えサービス残業をせざるを得ない状況がある。日病薬および医療薬学会などの資格については有資格者ががん・感染の実務上携わることで診療報酬上加算をつけるなど評価していただきたい。 ・診療所/病院での調剤料と、調剤薬局で算定される調剤料との差はあまりにも大きく、それが病院薬剤師と調剤薬局薬剤師の年収の差となって表れている。 ・調剤薬局の薬剤師の仕事の評価が低い（調剤報酬は簡単・短期なものは安く、複雑化・処方の長期化があるものほど高額にするのが業務の実態に沿うはずである）こと、在宅訪問（特に個人宅）は採算が取れないこと、医薬品価格は小売業として薄利であること、この３点で賃上げできない状況にある。早急に改善させ、賃金を上げるインセンティブを調剤報酬に持たせるべき。 ・病院で患者が入院時持ってくる持参薬をチェックしていると、ポリファーマシーが発生している。残念ながらごくわずかな心あるかかりつけ医、かかりつけ薬局以外は全く機能せず薬剤費をもったいない状況がずっと続いている。 ・人材確保や賃上げのために、医薬品の保険負担分を少なくし、その分を賃上げ部分とする（患者負担は多くなる）ことが有効ではないか。	９件
○　歯科の初診、再診料、技術料等の見直しについて ・初再診料、歯冠修復及び欠損補綴の製作に係る項目の増点をお願いしたい。（同旨２件） ・すべての歯科医療機関が平坦に算定できる初診再診料アップもしくは加算として対応頂きたいのと、歯冠修復及び欠損補綴物が金属から現在、CAD/CAM 対応が増えてきているが、接着、破折等鑑みると補綴物維持管理料について見直し頂きたい。 ・歯科初診料注１の施設基準は、稼働している医療機関のほぼ 100%が届出をしており廃止すべき。 ・チェアサイドの技術料（形成、印象採得、咬合採得、試適、装着などの歯科医師の技術料）の低評価など、歯科技工料の支払いの原資となる診療報酬そのものが低すぎること歯科技工士の低廉な工賃、待遇につながっている。歯科診療報酬の大幅な引き上げが必要である。（同旨１件） ・歯科初診料、歯科再診料を医科と同等とすることが必要。なお、初診料に関しては、歯科医師が１日に取扱い可能な患者は医科に比べ大幅に少ないことを考慮すべき。（同旨７件） ・初診、再診料の大幅アップと窓口負担軽減の対応、助成をしてほしい。施設基準を満たすための設備投資ができないことを考慮してほしい。 ・施設基準の有無とは無関係に診療報酬を増点することにより、標準的な感染予防策の物的・動的コストを下支えしてもらいたい。	157 件

・物価上昇に見合った早急な賃上げと補綴物製作関連の診療報酬の評価が必要であると考える。 ・初再診料に課されている施設基準はただちに廃止すべきである。また、人件費の上昇に見合った引き上げがなされてこなかった現状に鑑みて、初・再診料は大幅に引き上げるべきである。 ・材料の変動に影響されないくらい技術料にしっかりと診療報酬を付けることで、技術向上へのモチベーション・落ち着いた診療を行うことができ、医療の質の向上へつながると考える。 ・「歯科技工所で従事する者の賃上げを実施」となれば、技工士加算では、歯科技工所に従事するものは恩恵を受けることは出来ないので、歯冠修復及び欠損補綴の技術料をアップするしかない。 ・賃上げ対応とは別に、歯科技工士の収入（＝歯科技工料）を抜本的に引き上げるための対応が求められている。診療コストに基づく基礎的技術料の見直し、特に、歯冠形成、印象・咬合採得、試適、装着といった、補綴における歯科医師の技術料（チェアサイドの技術料）の見直しも必要であり、「歯保連試案」や「タイムスタディー」などに示される水準の点数へと大幅に引き上げることが必要。 ・保険点数大幅引き上げありきの点数改定でないと日本の歯科医療が大きく衰退してしまう。 ・初診・再診料を大幅に引き上げ、歯初診注１の施設基準は廃止し、歯科技工所に適正配分できるよう、補綴関連の点数を大幅に引き上げることが必要。（同旨 117 件） ・感染防止対策は細心の注意とディスポーザブル製品の使用や、滅菌消毒を必要とするが、実際の経費が保険点数に反映されているとは思えない。正しく評価していただきたい。 ・歯科はたとえ実際の施術がなくとも一人１セット滅菌した器具を用意し、交叉感染のないよう感染防止に努めている。なぜ医科より初再診料が低く設定されているのか理解に苦しむ。 ・「歯科技工所で従事する者の賃上げ」を目的とした診療報酬の改定が行われたとしても、それをもって歯科技工所で従事する者の賃上げに直結するかは疑問が残る。確実に歯科技工所に原資が渡るような仕組みを、診療報酬改定と同時に作るべきである。 ・歯科において人材確保や賃上げに係る診療報酬の配分を初再診料への増点という形を図ることが、最も公平で、分配効果の流動性の高いと考える。（同旨５件） ・歯科技工士の減少は国民の安全安心な医療体制の崩壊を招く深刻な問題である。歯科技工士の収益を確保するためにも小臼歯２歯分の算定を認めてほしい。 ・賃上げ計画の届出と報告は仕組みの簡素化をして小規模の多い歯科診療所も提出しやすい仕組みになることを希望。 ・国民に安心・安全の歯科医療を安定的に提供していくうえでは、マスクやグローブ、消毒用エタノールなどの医療資材に対する評価をさらに初再診料に含めることが必要。 ・歯科助手(0.61%で対応する仮定)の分は、皆が平たく算定できる初・再診料に入れていただきたいし、歯科衛生士や歯科技工士に関しても、平易に算定できる項目での対応を希望。 ・医療従事者の賃上げが他の産業に追いついておらず、かつ求人倍率も高止まりしている状況において、歯科医療関係職種にも応分の対応が急務である。（同旨１件） ・40 歳未満の歯科勤務医については、勤務先を変える場合が多くあることから、歯科医療機関では継続勤務での賃上げモデルを想定したベースアップを担保できないことが推測される。また、事務職員、歯科技工所等で従事する者は複数施設の勤務も考えられる。歯科診療所における賃上げに当たっては、事務負担を考慮し初再診料の一律引き上げで対応していただきたい。	
○　その他 ・職員の給与を上げるためには、2 ヶ月、3 ヶ月の長期処方の患者に向けてのそれなりの加算が必要と考える。 ・今後の人材確保のためにも職業を幅広く知ってもらえるよう啓発活動を展開したり、外国人労働者の受け入れを積極的に行うなどの改革が必要。 ・政府が賃金アップを推進するのであれば年収 103 万の壁は撤廃してもらわないと、人で不足で困っている歯科医院では 12 月に働く人がなくなることになる。何とか良い方法を見つけてほしい。（同旨１件） ・時間外給与の支払いが発生した場合、支払いの原資がなく医療従事者へのベースアップへの足かせとなることも考えられるため、時間外加算について標榜時間外に受診する患者について診療応需態勢の解除前でも算定できる様に要件の緩和を行ってほしい。（同旨１件） ・診療報酬は医療の質を担保するものなので．マイナス改定とは医療の質を引き下げるという	12 件

ことではないか。 ・人材不足に関しては、准看護師にならい准歯科衛生士などの資格を新設し、業務を限定することで、現在３年就学しなければならない衛生学院を短期化し就労者の絶対数を増やすなどの方法もあるのではないか。当然、衛生士の業務内容拡大を前提としている。（同旨１件） ・身体抑制を防ぐための整備は重要であるが、アウトカムを重視した場合に、認知症患者等の受け入れ拒否につながらないような施策を十分にとることが必要である。 ・終末期医療の環境整備は、医療機関と患者、家族の理解と同意を得た上で対処すべきものであり、国が上から押し付けるものではない。 ・今後も診療報酬改定時の経済情勢や賃金推移を踏まえ、人材確保のためにも適切な賃金となるよう、ぜひ恒常的な検討を希望する。	

Ｉ－２　各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、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（18 件）

主な意見の内容	件数
○　医師事務作業補助体制加算について ・施設基準から年間の救急入院患者等の要件を除き、有床診療所も含めたすべての入院医療機関で医師事務作業補助体制加算を算定できるようにすること。 ・中小病院では算定困難なため、緊急入院患者数の実績要件は廃止すべき。（同旨１件） ・質の確保のためには診療情報管理士の知識が必要なので、要件化するとよいと考える。 ・医師事務作業補助者の業務範囲より具体的に明示してほしい。 ・医師事務作業補助体制加算要件を無床診療所でも算定できるように範囲を拡大してほしい。	６件
○　薬剤総合評価調整加算について ・ポリファーマシー対策の推進に資すると考える。 ・合理化によってコスト削減になったとしても対策の推進も兼ねているため、評価の引き上げを求める。	２件
○　地域医療に係る業務の実践的な修得を含めた病院薬剤師の研修体制が整備された医療機関の病棟薬剤業務の新たな評価について ・研修体制が大学病院とごく一部の医療機関に限られるため評価を充実すべきだ。一方で保険薬局に多くの薬剤師が流れている現状があるため、実効性担保できるよう工夫が必要。	１件
○　外来腫瘍化学療法診療料について ・無床診療所でも化学療法を実施している医療機関があるなか、現行の施設基準に定められる、「専任の医師、看護師、薬剤師等の院内での常時配置」や「診療料算定患者からの電話等による緊急相談等への 24 時間対応可能な連絡体制の整備など」については施設基準の届出の妨げになっている。病院と連携して要件を満たすように、緩和するように求める。 ・外来腫瘍化学療法診療料については通院治療室において薬剤師が常駐または対応することを外来腫瘍化学療法診療料から切り離して加点で評価する（薬剤師の診察前外来だけではなく）／がん関係の資格を持つ薬剤師の配置・対応を加点で評価する／外来腫瘍化学療法診療料とがん患者指導管理料ハを併算定可能にする（入院での薬剤管理指導とも１週間開けず併算定可にする）／がん患者指導管理料ハの回数制限撤廃と点数アップをする／連携充実加算を月４回までに点数アップをする／日本薬剤師会、日本医療薬学会、日本臨床腫瘍薬学会のがん関連資格を持つ薬剤師が算定した場合は点数を加点する、など検討してほしい。	２件
○　リハビリテーション実施計画書について ・医師がリハビリテーション実施計画書の内容を説明の上交付するケースは現場では少なく、理学療法士等のリハビリ専門職が行う場合が多い。また医師が内容を記入、確認するケースも少なく、医師から全面的に委任されることが多いことから医師からタスクシフティングすべき。（同旨２件） ・リハビリテーション実施計画書について、総合実施計画書の場合、多職種で作成を求めている書類であり、リハビリ職種以外の職種（看護師、MSW、栄養士など）も含めた説明しても良いよう明記をお願いしたい。	４件

○　その他 ・「薬だけ」が欲しい患者も多いため、リフィルできる薬剤、疾患等、拡大し、患者に制度を周知すべき。 ・薬剤師による予防接種を推進すべき。また、いわゆる 0402 通知では軽量調剤を認めていないが、調剤機器の普及により薬剤師の監督下・監査があれば何ら問題ない行為であるため薬剤師監督下における薬剤師以外の者による調剤行為を認めてほしい。（しかし個人医院などにおける、薬剤師不在下での非薬剤師による調剤行為は認められるものではない） ・医師の指示のもと、酸素ボンベのデマンドバルブの同調性の確認や、それに合わせた呼吸法指導も理学療法士が実施しているにもかかわらず、酸素ボンベの取り扱いを原則、医師・看護師に制限しているのは矛盾している。	３件

Ｉ－３　業務の効率化に資する ICT の利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価（39 件）

主な意見の内容	件数
○　「夜間看護体制加算」等の夜間における看護業務の負担軽減について ・ICT の活用に当たっては、具体的な ICT の標準仕様の明確化と、導入に伴うコスト試算を踏まえ、評価を見直すべき。	１件
○　施設基準の届出・レセプト請求に係る事務等の見直し、施設基準の届出の電子化について ・これらの事務作業は、医療従事者の時間や労力を消費し、医療サービスの提供に支障をきたす可能性があります。ICT の利活用は、医療機関等における業務の効率化や医療従事者の事務負担軽減に寄与するとともに、医療情報の正確性や迅速性を向上させる効果が期待できる。 ・全ての医療機関が対応できる訳ではないため、オンライン請求やオンライン資格確認のような「電子化しか認めない」といった義務化には反対である。（同旨３件） ・近年は診療報酬や施設基準が複雑化している。またレセプト請求事務においても、レセプトにもカルテ並みの記載が求められている。労働環境を改善するために、施設基準、カルテ記載要件及びレセプトの簡略化を検討するべき。（同旨３件） ・レセプト請求において、算定日情報で分かる情報、例えば前月・同月に往診料がある場合の訪問診療の日、同月に訪問診療がある場合の往診日、在医総管、施医総管算定時の往診・訪問診療日の重複入力－等は廃止してほしい。（同旨２件） ・直近でもシステムにつながりにくい混乱があった。すべてに於いて電子化を義務付けず、医療機関の個別的特性に合った多様な請求・届出手段の確保が寧ろ現場の事務負担を軽減すると考える。（同旨２件） ・地方厚生局に内部のＱ＆Ａとして示しているものについて、疑義解釈のハードルを下げ、より広く公表していただきたい。それにより、多くの医療機関のより適正な保険診療につながる。 ・保険請求後の査定（減点や復活）について、1 次査定、2 次査定についてわかりやすいデータ形式での情報提供を強く要望する。 ・歯科はまず手を動かさなくてはならず診療中に同時にパソコン入力はできない。つまり診療が終わってから診療室に戻りパソコン入力するのである。この時間は診療時間には反映されない。文書ばかりを増やすことには反対である。 ・アプリだけ用意されても、保険点数上でのメリットが無ければ、モチベーションは出ない。 ・「施設基準」の必要性について再検討し、外来環やか強診の大幅見直し簡素化、或いはほとんどが届出済みの歯初診や補管の廃止など思い切って判断してほしい。	20 件
○　システムの導入、メンテナンスに係る評価について ・初期費用やメンテナンス費用に多額の費用がかかるため、その分の診療報酬上の評価を求める。（同旨２件） ・これらの機器の導入時だけでなく、保守、機器のバージョンアップ、セキュリティー対応等に対する評価を希望。（同旨１件）	５件
○　その他 ・消化機能を改善するいわゆる健胃薬の薬局での分包は後の掃除が大変で、長時間労働の原因となり、点数も付かないため、分包品が欲しい。 ・患者から聞き取りをしてから薬をそろえるか、薬をそろえてから聞き取りをした方が速いか、どちらが早いかは受付時の状態で変わる。効率よく早くできるように、 調剤の順番をあ	13 件

る程度選択できるようにしてはどうか。 ・キャッシュレス決済は、業務の効率化、患者のニーズの高まり、現金授受に伴う感染予防、計算ミスの防止につながるため、メリットが多いと考える。現状は手数料を医院で負担している状態なので、キャッシュレス決済における加算点数を検討してほしい。（同旨１件） ・マイナンバーカードと保険証の一体化で便利になると言うが取りに来させるというのがそもそも不便。 ・歯科の様な単科の診療所では電子カルテ導入に対するメリットを感じにくい。地域連携や今後の情報共有には電子カルテ導入は必須のものであるので、ベンダーも医療機関も双方が安定的に運営できる形を検討してほしい。 ・選択式コードの無い摘要記載については、歯科においても 40 弱程存在するが、今回の改定で留意事項通知に入れ込む等して、記載要領の別表Ｉに掲載するようにお願いしたい。 ・訪問看護 ST へのオンライン資格確認等の強制的な導入は強引と感じる。多く手続きや準備にもある程度の IT 知識が必要で、訪問看護 ST は小規模事業所が多く、医療保険分の請求も半分以下のため導入費用を回収できるのか。 ・現状、歯科においては保険医療機関等電子申請・届出等システムは CAD/CAM 冠のみの対応となっているため、全ての施設基準をオンラインで対応できるように早急に改修してほしい。 ・資格職の確保が困難である。経営困難となり倒産や廃業がおこれば、本当に必要な医療が地域に提供できない。 ・診療の効率化のためにも文書提供の廃止、もしくは簡略化を検討していただきたい。（同旨２件）	

Ｉ－４　地域医療の確保及び機能分化を図る観点から、労働時間短縮の実効性担保に向けた見直しを含め、必要な救急医療体制等の確保（７件）

主な意見の内容	件数
○　地域医療体制確保加算について ・入院患者数実績を求めており、中小病院では算定困難なため、緊急入院患者数の実績要件は廃止すべき。 ・全ての医療機関における働き方改革を目的とするならば、「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年間で 2,000 件以上」の要件を外すべき。 ・加算の効果や影響はまだ十分に検証されていないので、見直しは法施行後の状況を踏まえて、適切なタイミングで行うべき。 ・歯科に関しても地域医療の確保という点に関しては、都市部と地方の医療体制の差が今以上に顕在化すると考えられる。社会も高齢社会ですが、歯科医師も高齢社会であり、今後リタイアしていく先生方が多い。地方の住民の方がいる歯科医療の確保についても検討してほしい。	４件
○　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について ・本届出に係る要件を医療機関単位ではなく、診療科単位での届出が可能となるよう検討してほしい。 ・連携 B 水準に該当する医師が、本院での業務を優先するために、派遣先での業務に制限が加わってくることは十分に予想され、混乱が生じることを前提として準備をしておかなければ、救急搬送困難事例が多数・長期にわたり発生する。 ・保険点数において夜間加算や時間外加算などの算定可能な範囲を広げることにより労働時間に見合った賃金の確保につながり、地域医療の確保が図れるのではないか。	３件

Ｉ－５　多様な働き方を踏まえた評価の拡充（14 件）

主な意見の内容	件数
○　看護補助体制充実加算について ・看護業務の効率化や負担軽減につながると考えます。しかし、その際には、看護補助者の資格や能力、業務範囲なども明確にする必要がある。 ・看護補助者の採用促進や正規雇用など雇用の安定化につながるよう看護補助者に関連する診療報酬上の更なる評価を求める。（同旨２件）	４件

主な意見の内容	件数
○　感染対策向上加算等について ・助言を行う者の資格や能力、助言の内容や方法なども明確にする必要がある。 ・感染対策向上加算で行う業務範囲が広がるため、元々少ない評価という前提も踏まえて大幅な引き上げを求める。 ・感染制御チーム（ICT）の専従要件は「医師または看護師」であるが、実情としては研修を終了した看護師（ICN）が専従のことが多い現状がある。	３件
○　訪問看護での看護業務負担軽減の取組を考慮した 24 時間対応体制加算の評価体系について ・看護業務の負担軽減のための取組の内容や効果、評価方法なども明確にする必要がある。 ・担い手の負担軽減・不要な救急搬送を健全に減らすためにも、訪問診療同様に、コールセンターでの一次受けが制度的に NG とならないよう規制緩和を強く求める。	２件
○　特定集中治療室管理料について ・人員配置を評価することは質向上に資するが、医師の専門性や経験、チーム医療の実施状況なども考慮する必要がある。また、重症患者の定義や評価基準、評価方法なども明確にすることが重要。	１件
○　「夜間看護体制加算」等の夜間における看護業務の負担軽減について ・ICT の活用の目的や方法、効果や課題なども明確にする必要がある。	１件
○　その他 ・職員の育児休業・介護休業の取得の促進のために、専従要件の緩和をお願いしたい。同等の業務を行える者がいる場合には、専従者の代理を立てることや、専従者が週の一部の時間帯であれば代理がいる場合には、別の業務を行えるようにして欲しい。（同旨１件） ・専従、専任、医師の経験年数（研修医時代含んでよいのか否か）等について、診療報酬上の定義を明確化してほしい。 ・栄養士として特養で学んだことをもっと多くの国民に還元したいが、正職員だと協力させていただきにくい。栄養ケアステーションを通じて、より多くの国民を健康に導く仕事を栄養士にさせることを要件とした加算を設ける等、検討してほしい。	３件

Ｉ－６　医療人材及び医療資源の偏在への対応（９件）

主な意見の内容	件数
○　時間外対応加算について ・患者からの電話再診はサービスの多様化とは異なるものである。	１件
○　超急性期脳卒中加算等について ・平時からの対面での連携を基本としつつ緊急時にはオンラインも活用して専門医と非専門医の連携推進をしている。連携の基本が超急性期脳卒中加算算定病院での一刻も早い治療にあり、これに対する評価充実を求める。 ・脳梗塞で緊急で患者が搬送された場合、救急医、放射線科医、脳神経内科医、脳神経外科医と複数の医師が治療適応の判断と家族への説明など、刻一刻と変化する病状において対応する必要があり。加えて手技そのものは高度化しており、最低でも医師２名が必要の手術もある。病気の特異性から地方病院においても医療人材を確保し、地域住民に貢献する必要がある。そのため本手技の保険点数の増点、および医療体制確保にかかわる加算が必要。 ・脳卒中患者を受け入れた際に「t-PA」実施とならなかった場合でも現場での当直体制等の負担は大きく、未実施時の体制評価を検討してほしい。	３件
○　歯科医療資源について ・歯科技工士の人数が減少している昨今において歯科技工士の人材確保が困難である。そのため歯科技工士が配置されていなくても院内技工所で CAD/CAM 冠を製作することができ、歯科医院内で治療が完結することを求めたい。 ・歯科医療機器が全般的に高額すぎる。低額化を推奨するべきと考える。	２件

主な意見の内容	件数
○　その他 ・効率性係数の計算について、病院ごとの患者数を用いる計算では延べ患者数の比率の比較になってしまい、在院日数短縮の相対評価にならないと考える。 ・精神科外来は、医療スタッフの人手が足らない。たくさんの患者を少数の医師が捌くために、１人あたりの診察時間を短くせざるを得ない。今の診療報酬で長く診察していたら、普通は経営が成り立たない。 ・脳死判定、臓器提供について評価を行っていただきたい。	３件

Ⅱ ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進や医療DXを含めた医療機能の分化・強化、連携の推進

Ⅱ－１　医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進（208件）

主な意見の内容	件数
○医療DX全体について ・デジタル化によるリスクを負いながら診療を行うことに反対する。 ・サイバーセキュリティ対策をはじめとする導入費用や運用面の負担（人材の育成・採用等を含む）に対する評価または補助金の活用を希望する。（同旨10件） ・医療情報システムの安全管理に関するガイドラインの運用のためには、セキュリティ対策の最新の知識や技術を有する人材が必要であり、その責任者に対しては情報処理技術者等の資格を要件にする等、名ばかりではない本腰を据えた対策とすることを希望する。 ・医療DXに対応できない診療所の廃業を生まないよう配慮を行うべき。（同旨102件） ・我が国におけるデジタル化の遅れの原因を検証せずに推進することに反対する。（同旨１件） ・診療報酬で医療機関や患者への医療DXを進めるだけではなく、システムの安全・安心を国として書面等を用いて十分な説明・広報を行うべきである。（同旨１件） ・一部の国民や医療者の「切り捨て」との批判を恐れて、全ケースを救済する制度設計を行うのではなく、将来世代への負担増からの脱却等、本来の目的を達成するための政策であることを希望する。 ・医療DXの推進は必要であると考えるが、その推進を診療報酬で行うことはあまりにも政策誘導的であり反対する。	122件
○オンライン資格確認システムとマイナ保険証の導入について ・従来の保険証を廃止し、マイナンバー保険証への移行義務化は時期尚早であり導入を遅らせることを希望する。（同旨３件） ・現状でも患者情報の把握は可能であり、情報漏洩等のトラブルにより利用を控える患者もいるため、従来の保険証の廃止に反対する。（同旨４件） ・オンライン資格システムの導入によりトラブルが多発している中、利用を躊躇する患者に対し自己負担を求め、窓口での対応負担が生じている中、利用の判断は患者要因であるにもかかわらず医療機関に利用実績を求め、診療報酬でその導入を義務化することに反対する。（同旨７件） ・オンライン資格システムが発展段階の現状では、その有用性が十分に活用できない中、従来のお薬手帳等との併用や患者への説明、トラブル対応等の対応が必要であり、医療機関に対しての評価を求める。（同旨６件） ・オンライン資格システム等の推進は診療現場で直接役立つものではなく、購入や更新の負担も大きいため補助金で行うことを希望する。（同旨２件） ・オンライン資格システムの利用は有用であり評価できるが、一部確認できない情報があることやデータ反映まで時間を要する等の課題があり、利便性の向上を希望する。（同旨２件） ・オンライン資格確認システムに関するポータルサイトへの十分な説明の掲載を希望する。	31件
○情報通信機器を用いた診療について ・対面での診療を基本とした上で、対面診療を補完するものとしての評価に賛同する。（同旨７件） ・対面での診療と同様、情報通信機器を用いた診療を評価することを希望する。（同旨２件） ・情報通信機器を用いた診療について、（歯科診療や精神科等）対象を広げる評価ことを希望する。（同旨10件） ・遠隔画像診断の施設要件を緩和しその活用を推進することを希望する。 ・医療だけではなく、在宅から介護まで緊急時も医療情報等を確認できるシステムの構築を希望する。（同旨２件） ・マイナンバーカードの利用で、患者の同意があれば情報を閲覧することが可能となるため、カルテへの薬剤情報等の転記の義務等を求めないことを希望する。 ・加算要件として求められるカンファレンスの実施について、オンラインでの実施でも算定可能と明記することを希望する。 ・加算要件として求められている、診療情報提供書のやり取りや書面での検査結果の提供等を電磁的方法による方法でも算定可能と明記することを希望する。（同旨３件）	35件

・訪問診療料の ICT 加算で用いる通信機器について、スマートフォンの活用を可能とすることを希望する。 ・医科・歯科点数表の解釈」の電子化を希望する。 ・医療材料、診療材料の明細書への記載方法について、JAN コードの活用等管理しやすい方法の活用を希望する。	
○電子処方箋の推進について ・医師の処方箋記載の不備を防ぐようなシステム設計を希望する。（同旨１件）	２件
○書面の原則ウェブサイト掲示について ・ウェブサイトを備えていない医療機関もある中での義務化は医療機関への新たな負担を増やすことになり、院内掲示による情報提供も可能であり、書面掲示のウェブサイト掲載義務化に反対する。（同旨６件） ・ウェブサイトへの掲示に賛成する。 ・院内の掲示についてデジタルサイネージを用いた掲示も認めることを希望する。	９件
○施設基準等の届け出の電子化について ・入院診療計画書について、診療報酬上での様式でも押印不要とし、氏名の記載も印字でよいことを明記することを希望する。 ・既出の届け出についても電子的に登録・更新できることを希望する。（同旨１件）	３件
○その他 ・歯科疾患在宅療養管理料とは別にミールラウンドそのものを評価することを希望する。 ・訪問歯科診療料の通信画像情報活用加算の算定において、歯科医師の訪問先においても算定ができるよう要件の変更を希望する。 ・継続的な口腔機能管理のため、オーダーメイドのアプリの処方による生活習慣病対策の評価を希望する。 ・小児特定疾患カウンセリング料について、カウンセリングが２年以上必要なケースもあり、算定期限を緩和すべきである。 ・PCI の適応判断に用いる FFRCT の施設基準に心臓外科医の配置があることから多くの医療機関での活用が進んでいないため、要件の緩和を希望する。 ・医師少数地域の脳卒中センターの運営において、院外から MRI や CT の画像を閲覧し迅速な対応ができる環境を整えており、ICT を活用した医療提供体制への評価を希望する。	６件

Ⅱ－２　生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組（29件）

主な意見の内容	件数
○　高齢患者の適切な入院医療の推進について ・地域包括ケア病棟の入院患者の要件を厳格化することは患者へのデメリットが大きく反対する。（同旨２件） ・地域包括ケア病棟での高齢者の救急受け入れ態勢を多くの病院が持つべきであり、診療報酬での評価に賛成する。（同旨１件） ・地域包括ケア病棟を活用した高齢患者の救急受け入れには限界があり、病態に応じて適切な病棟で対応するべきである。（同旨１件）	７件
○　地域包括ケア病棟の要件変更について ・リハビリテーションを包括対象から外し、減算規定を廃止すること等十分なリハビリテーションを行える評価を希望する。（同旨１件） ・医学管理の項目は包括から外すことを希望する。	３件
○　医療と介護を必要とする患者の施設療養について ・現存する介護療養型医療施設への配慮なく廃止することに反対する。（同旨１件） ・対応困難な医療行為を医療保険で算定可能とする方針に賛成する。（同旨１件） ・医療保険と介護保険の給付調整に反対する。	５件

○　在宅医療について ・心不全患者の密な訪問を可能にする制度への変更と、ケアマネージャーの知識に依存せずに適切な緩和ケアがなされるような国からの働きかけを希望する。 ・在宅への栄養・食事に関する情報提供の評価を希望する。	２件
○　他事業所との連携について ・連携に関して十分な評価を希望する。また算定対象や要件を個別詳細に設定するのではなく診療情報の提供によって算定可能にすることを希望する。 ・地域包括ケア病棟入院料 2 の施設基準の要件を、退院時共同指導料の加算が入院料に含まれ算定できない場合、同等の実績があれば算定回数として認めることを希望する。 ・在宅復帰率の計算に老健との連携を含めることを希望する。 ・リハビリテーション計画書の電子化や、LIFE との連携を考慮した項目の設定、電磁的方法による提供、オンラインでのカンファレンスの開催などを可能とすることを希望する。 ・多職種との連携、情報共有によってリハビリテーションの質は向上するため、退院時共同指導料 2 の要件について、人的要件を厳格化することを希望する。 ・連携強化のため、介護支援専門員は書面による情報提供だけではなく、入院先の担当者との面談を要件化することを希望する。 ・地方は急性期病院が多様な患者に対応しており、医療機能による役割分担は都心でなければ難しいと考える。（同旨１件）	８件
○　その他 ・米国 BPCI のように、急性期から回復期の入院、再入院、外来、在宅医療等を含めたエピソード単位支払制度の導入を希望する。 ・すべての入院診療に一律に指針の作成を要件とするのではなく、人生の最終段階に関わる診療のみとすることを希望する。 ・働き方改革による勤務医の引き上げによって、開業医の負担が増していることへの対応を行うべき。 ・「障害福祉サービス」の定義が不明確であるので明確に定義することを希望する。	４件

Ⅱ－３　リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進（48 件）

主な意見の内容	件数
○　連携の推進について ・連携には、連携の手段や連携先に関する知識、情報共有のためシステムのセキュリティ管理など体制構築に労力が必要であることから診療報酬での評価を希望する。（同旨１件）	２件
○　リハビリテーション料の算定について ・入力項目が多く煩雑で負担な中で、実施者の入力も求められることに反対する。（同旨１件） ・リハビリテーション料の算定において、人員配置の要件緩和を希望する。（同旨３件） ・多職種連携による質の高い医療提供のため、各職種別の配置要件の設定を希望する。 ・土日祝日を含むリハビリテーションの管理の評価を希望する。（同旨３件） ・医療区分の高い患者へのリハビリテーションの評価を希望する。	12 件
○　口腔管理の評価について ・土日祝日の管理を含む口腔管理の評価を希望する。（同旨３件） ・歯科を標榜しない病院へ地域の歯科医師が口腔管理を実施する場合の評価を希望する。（同旨２件） ・病棟のベッドサイドにおける周術期以外の口腔管理の評価を希望する。（同旨３件） ・歯科訪問診療において、診療計画に基づく口腔健康管理を実施するにあたり、歯科医師と管理栄養士の連携の評価を希望する。（同旨１件） ・急性症状を有する患者への情報通信機器を用いた歯科診療のケースの具体的な例示を求める。 ・周術期等口腔管理の算定において、現規定の算定期間では１カ月程度の差が生じる可能性があるため、手術の行った日から算定とする方が良いと考える。	15 件

○　栄養管理の評価について ・土日祝日を含む栄養管理の評価について相応の評価を希望する。（同旨２件） ・管理栄養士の配置基準を緩和することを希望する。 ・退院当日に家族が迎えに来ないこともあり、栄養指導が後日になることもある中で、栄養指導と栄養情報提供書作成が同日でなければ算定できない要件の緩和を求める。	５件
○　療養病棟について ・IVH の日数制限や一律の経腸栄養管理の制限、リハビリテーションの制限につながる要件の設定について慎重な対応を求める。（同旨３件） ・IVH を実施している患者の管理体制について、エコーの利用も認めることを希望する。 ・腸瘻を造設して栄養管理を行う患者についても、胃瘻と同様の評価を希望する。 ・療養病床から患者の転院等フォローが必要であることから混乱がないよう一定期間を設け、要件を複雑化しない等の配慮を求める。（同旨５件）	12 件
○　回復期リハビリテーション病棟について ・重症患者割合の引き上げにより、患者の受け入れに支障が生じており再検討を希望する。	１件
○　その他 ・オンラインの情報共有にはタイムラグがあるため、お薬手帳の活用の継続を希望する。	１件

Ⅱ－４　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（35 件）

主な意見の内容	件数
○　重症度、医療・看護必要度の見直しについて ・継続入院が必要な患者の無理な退院につながる恐れがあることから、B 項目の削除や A 項目の日数短縮など基準の厳格化に反対する。（同旨 10 件） ・高齢者の急性疾患に対し、必要人員及び報酬を下げることは医療提供の制限になる可能性があり反対する。（同旨１件） ・回復期リハビリテーション病棟の重症患者割合の引き下げを希望する。 ・回復期リハビリテーション病棟の要件の見直しにより質の高い医療の提供が求められるため、栄養サポートチーム加算の算定を可能にすることを希望する。 ・回復期リハビリテーション病棟へ特別な関係からの入院も含む算定が可能であることの明確化を希望する。 ・救命救急料には最低基準を設けないことを希望する。 ・手術の有無に重点が置かれているが、術後すぐに動ける患者もいる中で 7 対 1 の看護を必要とする基準として妥当か疑問である。 ・地域包括ケア病棟は急性期と同じ基準での判断ではなく、独自の基準を求めるべきである。 ・HCU の対象患者は ICU より広げるべきであり、全身麻酔後の患者も含めるべきである。	20 件
○　入院基本料の見直しについて ・慢性腎臓病患者の入院に係る障害者施設等入院基本料の見直しに反対する。（同旨１件） ・有床診療所の入院基本料の引き上げを希望する。（同旨２件） ・療養病床の入院基本料の引き上げを希望する。 ・障害者施設等入院基本料の該当患者割合について「対象を直近１ヶ月間の１日平均入院患者数」にするのが適当ではないかと考える。	７件
○　平均在院日数の見直しについて ・医学的必要性を考慮し可能である範囲にとどめるべきであり、早期退院を強要するものではないことを希望する。（同旨１件）	２件
○　短期滞在手術基本料について ・手術当日まで保険請求が確定せず修正作業が生じるケースが多く、手術日以前に行った検査については包括対象から外すことを希望する。 ・短期滞在患者の対象拡大には反対する。	２件

○　医療機能の評価について ・特定機能病院の機能として急性期医療を担うことを前提としているのであれば、急性期充実体制加算の算定を希望する。 ・急性期充実体制加算と総合入院体制加算の要件厳格化に反対する。 ・医療機関別評価係数の医師派遣機能の評価について、二次医療圏ごとの評価となるが、医療圏に複数医師少数地域がある場合、その対象から外れることとなるため、医師少数地域の考え方の見直しを希望する。 ・サブアキュート機能の充実が求められる中、療養病床から地域包括ケア病棟への転換病棟の制限を緩和するべきではないか。	４件

Ⅱ－５　外来医療の機能分化・強化等（33 件）

主な意見の内容	件数
○　特定疾患管理料の算定について ・高血圧等の生活習慣病を算定対象から外すことに反対である。（同旨 12 件） ・診療所と病院の点数差の解消とその算定に必要な指導内容の電子カルテへの記載内容の厳格な算定を希望します。	14 件
○　リフィル処方について ・医師の判断で処方内容を決定し経過観察の必要性を踏まえながら、処方権が阻害されない配慮を求める。（同旨８件） ・同じ処方を数年継続している開業医はリフィル処方で済むはずであり、診療報酬上の評価を下げるべき。	10 件
○　その他 ・個人医院等薬剤師の配置がない医療機関における院内処方は厳格に評価すべきではないか。 ・かかりつけ医としての機能を評価する報酬改定にすることを期待する。（同旨６件） ・歯科医機能強化型診療所を、歯科同士の連携を含む評価にすることを求める。	９件

Ⅱ－６　新興感染症等に対応できる地域における医療提供体制の構築に向けた取組（42 件）

主な意見の内容	件数
○　歯科外来診療環境体制加算について ・加算の見直しには、名称の変更や対象患者の拡大とともに十分な経過措置の設定や継続した医療提供を行うため十分な評価を求める。（同旨 13 件） ・必要な場合の新興感染症に対するスクリーニング検査の歯科医院での請求を認めるべきであると考える。 ・見直しには反対である。 ・施設基準の整理や算定項目の追加により複雑な制度設計を是正することを求める。（同旨１件） ・人員不足を反映し、歯科衛生士の人員要件を廃止した基準から、より高度な対策の評価まで対応状況に応じて複数段階の評価を設定することで感染対策レベルの向上を促せるのではないか。 ・算定要件から歯科衛生士の配置を撤廃することを求める。	20 件
○　感染対策向上加算について ・感染対策を行うにあたり十分な評価を求める。（同旨 10 件） ・複雑な施設基準や複数の届け出が必要なことから前回改定では医療機関が混乱したため、要件を整理し算定できるようにすべき。 ・感染制御チームの専従と抗菌薬適正使用支援チームの専従をはじめ、要件を変更するのであれば別の専従を立てるべきである。 ・抗菌薬の適正使用を推進するためにも、算定の条件に使用する抗菌薬を条件とするべきではないか。	14 件

○　調剤報酬について ・調剤報酬においては「連携強化加算」での評価になるものと思われるが、改定においては実際の調剤実態を踏まえて評価してほしい。具体的にはラゲブリオ、ゾコーバ、パキロビッド等の新型コロナ感染症治療薬の調剤実績をみて連携強化加算の算定可否を決めるようにするべき。	１件
○　その他 ・「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等の一部を改正する法律」では平時の出来高払い、新型感染症等緊急時には前年度実績に基づく支払いが明記され、有事対応できる診療報酬体系と評価できるが３カ月の限定期間では不十分である。 ・個々の医療機関の取り組みだけではなく、地域として(保健と医療の連携を含み)医療提供体制を面で機能させる必要があると考える。（同旨２件） ・ウイルス検査の年齢制限を撤廃することで迅速な対応や投薬の削減、再来の削減につながる。 ・「感染対策強化型診療所」の備える要件「外来環」に加えて　神奈川県での様式を参照し、施設基準の要件としてふさわしい部分を取り入れ適切な評価につなげてほしい。（同旨１件）	７件

Ⅱ－７　かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価（124 件）

主な意見の内容	件数
○　かかりつけ機能に対する評価について ・すべての診療所や病院が地域医療で担っている役割を正当に評価し、初・再診料そのものを引き上げるべき。（同旨１件）	２件
○　かかりつけ歯科医の機能に対する評価について ・ＣｅやＳＰＴなど、どの医療機関でも給付できる処置は等しく評価するべき。（同旨 90 件） ・かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準から訪問歯科診療の実績を外すなど、施設基準の見直しが必要。（同旨２件） ・小児や高齢者に対する歯科医師による指導管理のニーズが高まっている。歯科においてオンライン診療を含む口腔機能管理料の評価して頂きたい。 ・小児口腔機能管理料について、地域によっては小児の患者が極端に少なく実績を満たすことが困難であると思慮される所もある。実績を積むことが困難な場合あっても、受け入れ態勢があれば要件を満たせるといった見直しにするべき。（同旨１件） ・小児口腔機能管理料の新たな評価について、口腔機能不全チェックリスト中の所定の３項目以上に異常を認めないと算定できない取り扱いを改め、２項目でも専門的指導が必要であることから、算定を認めること。また月１回の算定制限を改め、必要に応じ月２回以上の算定を認めること。 ・地域における連携体制を確保し、途切れのない口腔管理による歯科疾患の重症化予防の観点から口腔機能管理料の新たな評価をして頂きたい。 ・国民の継続的な歯科医療管理に対し重要な施設基準の名称・要件を、診療報酬改定の度に変更することは、歯科医療の継続管理に支障を来す。（同旨１件） ・かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の名称は患者・国民視点での名称にすべき。 ・歯科訪問診療の実態を踏まえ、歯科訪問診療１の２０分未満の場合等の歯科訪問診療料の評価を見直すべき。 ・歯科疾患の継続治療をしていく上で、部位病名に対してそれぞれ６ヶ月に１回の算定にしていただきたい。 ・加圧根管充填後のレントゲン確認で加圧の根管数が減る場合があるが、加圧根充をした実態は変わらないため、実態通りの算定ができるようにすべき。 ・歯周外科手術で麻酔料が算定できるが手技料は算定できない。手技料も算定できるようにすべき。	106 件
○　かかりつけ薬剤師の機能に対する評価について ・「調剤後薬剤管理指導加算」の算定要件について、地域支援体制加算を届けていている保険薬局に限定するのではなく、どの保険薬局においても算定できるようにすべき。患者に対して、実施する服薬フォローアップについては、地域支援体制加算の算定の有無にかかわらず	14 件

実施するものであり、実績に応じて評価するべき。（同旨２件） ・患者の薬物治療を一元管理する手段は薬局単位で行われるものであり「かかりつけ薬剤師指導料」をノルマとして掲げるような本末転倒となる行為を抑制すべき。また、かかりつけ薬局を指定して利用する患者へのインセンティブを設けるべき。（同旨３件） ・調剤後のフォローアップについて、薬剤師が行うべき当たり前の業務として定着する必要がある。調剤後のフォローアップは調剤報酬点数にするべきではないと考える。 ・費用を支払う患者が存在する「地域支援体制加算」の範囲は縮小し、「かかりつけ薬剤師包括管理料」を推進していくべきではないか。 ・かかりつけ薬剤師の条件として、週に 20-31 時間勤務しているパートの薬剤師でもかかりつけになれるようにはならないか。 ・かかりつけ薬剤師指導料について、1 年以上その薬局・薬剤師が対応していない場合は自動解約できるようなことも必要と考える。 ・がん患者に対する特定薬剤管理指導加算 2 100 点（月 1 回まで)が実際の業務量に対して評価が低い。特定薬剤管理指導加算 2 に関して内服も評価して頂きたい。 ・第８次医療計画に基づく地域連携として、５疾病６事業に関連する薬剤師による薬学管理について、評価を見直されたい。 ・薬局は本来、個別にその果たしている機能に基づき診療報酬上評価されるべきであり、開設者の属性とりわけ規模により評価に差を設けるべきではない。	
○　その他 ・キャンセルに伴う再診料相当額を保険外併用療養費として徴収することを認めていただきたい。 ・かかりつけ医、薬剤師の評価を厳密にする必要がある。支払い者側にも薬剤師など医療従事者から匿名で通報できるような仕組みが欲しい。	２件

Ⅱ－８　質の高い在宅医療・訪問看護の確保（207 件）

主な意見の内容	件数
○　訪問診療等について ・訪問診療料は 20 分未満の減算を廃止し、訪衛指は 20 分未満も評価するべき。（同旨 87 件） ・往診や訪問診療の内容やタイミング、頻度は、患者・患家からの依頼と医師の医学的判断・患者同意に基づくものであり、算定回数等の一面的な尺度で往診料や在宅患者訪問診療料等の点数設定を行うことには反対。（同旨 13 件） ・他の保険医療機関が訪問診療を行っている患者に対して、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院が往診を行った場合について新たな評価を行うことについて、在宅療養支援診療所等は自院の患者対応で忙殺されていることもあり、この新たな評価は要件や義務化せずに上乗せ評価をするべき。 ・訪問診療 2 の増点が必要。同一建物で 2 名の患者を診察した場合、処置によっては 1 名の場合よりも保険点数が低くなる場合がある。 ・夜間・休日等の 24 時間対応における往診の役割・意義について、医療機関間の連携の促進や必要な医師等の確保も含めた医療提供体制の確保の観点、救急医療に関わる社会的コストの観点からも適切に評価され、往診が更に活用されることにより、医療提供体制の強化が促進されることが最も重要であると考える。	105 件
○　緊急の往診に係る評価の見直しについて ・往診に関する評価が見直されることでこのようなサービスを利用できなくなった場合、地域医療ではさらなる補助金の導入等が求められるところとなり、医療費がむしろ拡大に向かう可能性がある。 ・質が高いとは言えない往診サービスの安易な保険適応を制限すべき。（同旨１件）	３件
○　訪問診療の算定回数等に応じた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評価について ・頻回の訪問診療を必要としている患者に対して適切かつ真摯に在宅医療を提供する医療機関への評価に悪影響が及ばないよう配慮を求める。（同旨１件） ・頻回訪問加については上限を設けるなど、厳格な対応をお願いしたい。	３件

○　ターミナルケア加算の要件について ・ターミナルケア加算の要件の見直しについては、患者の容態により在宅医療へ移行後往診のみで看取りとなるケースもあることから、より早期からの看取り支援を評価するためにも、「在宅ターミナルケア料」として独立した点数とし、算定要件を「死亡日を含め死亡日前 15 日以内に往診又は訪問診療を２回以上行っている」とするとともに、「在宅で死亡した患者」には「往診又は訪問診療の後、48 時間以内に在宅以外で死亡した場合」を含めることを求める。	１件
○　外来在宅共同指導料について ・現行の「外来在宅共同指導料」は、外来において患者さんに対して継続的に診療を行っている医療機関と在宅療養を担う医療機関が「特別の関係」にある場合は算定できない。患者の状態に応じた適切な在宅医療を進めるためには、特別な関係であっても、また同一医療機関内であっても評価されるべき。	１件
○　歯科訪問診療等について ・20 分未満であっても減算なしで診療報酬を請求できるようにするべき。（同旨 21 件） ・地域にある一般の歯科診療所が対応することが難しい症例があるため、病院歯科と歯科診療所との連携に対する評価をしてほしい。 ・病院内に歯科がなかったとしても ST と連携して改善している事例もある。ST と歯科医院の連携に関しても評価をしてほしい。 ・歯科医師が歯科訪問診療を行う際に、歯科衛生士でなくても良いという場合もある。また、義歯の修理や調整など、歯科技工士が同行をした方が診療がスムーズに行える場合もある。 ・歯在管の算定において、「歯科医師が行う場合の居宅療養管理指導費を算定している場合は歯在管を算定したものとみなすことができる」と記載があるが、この場合において、歯在管への加算点数（文書提供加算、在宅総合医療管理加算、栄養サポートチーム等連携加算１又は２）は算定ができない取り扱いとなっている。算定したものとみなすのであれば、歯在管への加算も算定できるように居宅療養管理指導費を算定している場合への新たな加算項目等を新設するべきと考える。（医療保険と介護給付調整を矛盾のないようにしてほしい） ・訪問診療において質の高いチーム医療を目指すのであれば多職種共同の指導等をもっと頻回に行うべきである。 ・歯科訪問診療の後方支援を行う病院や地域の歯科診療所と連携して口腔機能評価等を含む歯科訪問診療を行う病院について、新たな評価を行うことは賛同できる。	28 件
○　訪問歯科衛生指導について ・終末期の悪性腫瘍患者の口腔管理等、難易度による評価、また、歯科衛生士が数名で訪問する場合の評価、医科との連携に関する評価をお願いしたい。（同旨７件） ・時間規定（20 分超）や文書提供を算定要件としないでほしい。（同旨３件） ・人数に関係なく患者の状況に応じた評価をお願いしたい。 ・訪問歯科衛生指導料について、歯科衛生士複数名だけではなく、歯科助手に対しても評価をしてほしい。（同旨３件） ・訪問歯科診療をしてから 2 か月以内の縛りは非効率であり、病状が安定している場合は介護保険と同じく 3 か月間とすべきである。 ・訪問歯科衛生指導料に関する要件の見直しについて、介護保険（居宅療養管理指導費）との給付調整により実質化しないシーンがでないよう留意が必要である。（同旨１件） ・訪問歯科衛生指導料の評価について、引き上げであれば賛同する。	21 件
○　医療的ケア児等をはじめとした小児に対する歯科訪問診療について ・医療的ケア児等の状態は様々であることから、一律の加算ではなく、段階的なものが望ましいと考える。（同旨１件） ・医療ケア児に関しては日常的に管理が必要になってくる。別途の管理に関する評価を検討してほしい。（同旨１件） ・小児に対する歯科訪問診療を推進するのであれば、要件の緩和と評価をお願いしたい。 ・訪問診療の範囲を看護師が配置されている学校や通所施設も含めることも検討していただきたい。 ・歯科診療特別対応加算及び初診時歯科診療導入加算について医療的ケア児童を対象に追加するべき。 ・歯科診療特別対応加算及び初診時歯科診療導入加算の名称及び要件について、小児のみなら	９件

ず、特別な対応が必要な患者は、その対象を制限することのないようにすべき。（同旨１件）	
○　栄養サポートチーム等連携体制加算の見直しについて ・歯科疾患在宅療養管理料または在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料に対する栄養サポートチーム連携加算は歯科医師のみが実施できるが、これを独立評価とし、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が実施した場合も認めることで多職種連携がより進むと考えられる。（同旨１件） ・歯科のない病院、介護施設等での栄養管理において歯科専門職の重要性から NST の連携について評価していただきたい。（同旨２件） ・NST については、現在歯在管の加算、しかも月 1 回の 80 点＝800 円に過ぎない。この加算点以外に対面・オンラインにかかわらず相応の時間と専門的知識を駆使しての観察行為に対する評価もしていただきたい。（同旨１件） ・在宅で療養している患者に対しても管理栄養士や医師などとチームを組んで患者に対して栄養サポートを行う場合があり、評価してほしい。	８件
○　訪問栄養食事指導について ・管理栄養士の単独での訪問のみを想定せず、病院からの訪問看護や、訪問看護ステーションからの訪問看護に同行することを評価する加算も整備された方が実効性は高い。	１件
○　入所者への対応について ・ショートステイ利用者に対する、薬学管理料を新設してほしい。（同旨１件） ・特別養護老人ホームも他の介護施設同様に医療保険が適応可能とするべき。 ・介護保険施設の入所者への往診について新たな評価が検討されているが、医療と介護の給付調整の仕組みがなし崩しになり、請求に於いて医療機関と介護業者の間でのトラブルが予想される。 ・施設に入所している入所者のみならず通所している介護施設においても同様に、利用者の病状が急変した場合に関係医療機関からの往診についても同様の評価を行うべき。 ・無駄な do 処方や polyphamacy であれば保険診療上の評価を下げるべき。	６件
○　訪問看護について ・現在外来で認められている TF-CBT を看護師が行うことで取れている算定を、訪問看護でも看護師もしくは心理師が行うことでも算定が取れるようにしていく必要がある。（同旨１件） ・訪問看護指示書及び精神科訪問看護指示書の記載事項及び様式について、指示書の記載事項は複雑にせず、指示内容が明確であればよい。 ・理学療法及び作業療法を行いつつ住環境調整、必要な動作指導や家族等への介護指導の実施を評価してほしい。（同旨１件） ・緊急時の訪問体制について、業務委託契約を２つのステーション間で締結すればオンコール体制を共有出来る仕組みについて検討いただきたい。	６件
○　ICT の活用について ・ACP 策定の目的は人生の最終段階を希望通りに過ごすためである。患者・家族によっては当然、心情的に受け入れることができない場合があるため、一律の要件化を避けること。（同旨１件） ・ICT を用いて記録した診療情報等を活用する場合、認められた公的なネットは高い割に性能が低く、むしろ MCS 等の無料ネットの方が使いやすく、対策が必要。 ・関係職種が ICT を用いて記録した診療情報等を活用することについては賛同するが、それ以上の利活用の拡大につながる場合には反対する。（同旨１件） ・在宅での医療計画作成や訪衛指について ICT の活用に評価して頂きたい。（同旨１件） ・ICT を活用した結果、当日に歯科訪問診療を実施した場合の評価もお願いしたい。	８件
○　その他 ・在宅療養移行加算が算定できるとされている支援診療所等を届出していない医療機関にまで「24 時間対応」を求めるのではなく、在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の「支援診以外の場合」の点数を引き上げた方が、地域における在宅提供体制の確保につながると考える。 ・歯科医療機関間の情報共有を推進するためにも、診療情報連携共有料の要件の見直しをすること。	７件

・在宅医療は、それぞれの点数算定が患者の状態・居住場所によって区分され、施設基準や算定制限も細かく設けられているなど、改定の度に複雑さを増している。簡素化が必要。 ・在宅医療や介護保険施設など、感染症に対する対応がまるでなってない。質の高いに感染症対応がきちんとできることを含めるべき。 ・調剤薬局が薬を配達する際には居宅療養管理指導料を（565 点～341 点）を算定している。施設に薬を持って行く場合は施設職員が薬の管理をしているので、調剤薬局は薬を配達するだけになっている。単なる配達で 5650 円～3410 円は通常の配達料金から逸脱した高額であり、施設に配達する場合の点数の引き下げを望む。（同旨１件） ・訪問看護ステーションの開設基準が容易過ぎ、小規模事業者の参入が減らない一方、年々休廃止も増えている状況。在宅医療/療養を支えるインフラ・公器が不安定となることを助長しており、大規模化を求める政策との矛盾を生じさせているため、開設基準の再考を願う。	

Ⅲ 安心・安全で質の高い医療の推進

Ⅲ－１　食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰を踏まえた対応（35 件）

主な意見の内容	件数
○　入院時食事療養費について ・患者負担となる標準負担額の引き上げではなく、国費による入院時食事療養費のさらなる引き上げを求める。（同旨 12 件） ・30 円の値上げでは不十分であり、継続的な議論が必要。（同旨９件） ・医療費が払えない方の医療控えがない対応を検討してほしいと思います。 ・光熱水費や物価の高騰は、公定価格である診療報酬を主な収入源とする医療機関にとって大きな負担であり、経営を圧迫している。 ・請求方法等の手続きの簡便化へのご配慮を願いたい。 ・補足的に投与した高カロリー薬については、別途、特別に算定を認めてはどうか。	27 件
○　不採算品算定について ・開業医・薬局へ診療報酬プラスするくらいなら不採算品算定だけでなくジェネリック医薬品全般に補填するべき。 ・保険薬局において特定保険医療材料を交付する際に不採算とならない制度設計が必要。	２件
○　その他 ・MRI 撮影料の診療報酬に、電気代上昇分の転嫁をすることについて検討いただきたい。 ・ディスポ製品、医療材料費も値上がりをしており、手術料に見合う増点が必要。 ・医科と同等の初診料、再診料の引き上げを検討していただきたい。（同旨２件） ・安心・安全で質の高い医療の推進の具体例おいて、食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰を踏まえた対応とあるが、具体的ではない。	６件

Ⅲ－２　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（133 件）

主な意見の内容	件数
○　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について ・診察前だけでなく診察後に情報提供、処方提案等した場合も評価してほしい。	１件
○　手術等の医療技術について ・デジタル機器を用いた歯科補綴 物の製作等を含めた技術の応用や ICT を活用した新たな技術、唾液検査等の効果的な検査の導入は喫緊の課題として検討して頂きたい。 ・見直しの方向に賛成。 ・加圧根管充填時の手術用顕微鏡加算、Ni-Ti ロータリーファイル加算について、現状では歯科用３次元エックス線断層撮影を行う必要があるが、手術用顕微鏡を使用した根管治療を行うにあたり、必ずしも歯科用３次元エックス線断層撮影は必要ないと考えられる。患者の費用負担、放射線被曝を鑑み、手術用顕微鏡加算における歯科用３次元エックス線断層撮影の条件を除外することを検討いただきたい。（同旨３件） ・外来放射線治療診療料の算定要件の見直し（医師の要件（放射線治療経験 5 年以上）の緩和を求める。 ・患者が納得いくような治療を当然行うべきであり、例えば、P 重防、SPT（かかりつけ歯科医以外）は、３か月に１回の算定であり、毎月来院されている患者は、毎回同じ処置であるのに、窓口負担が月ごとに異なる。よって説明に苦慮することがある。 ・近年超高齢化により、歯科外科手術において高リスクの患者が増えているが、手術料はほとんど変化がない。歯科の手術の再評価をお願いしたい。 ・経皮的内視鏡下胃瘻造設術を実施する際に予め胃壁と腹壁を固定する胃壁腹壁固定法を実施した場合には、加算点数を付けるべき。 ・根管治療をする際、残髄や感染根管においても患者が疼痛を訴えた場合、麻酔が必要な場合が多々あるため、実態に応じて浸潤麻酔の算定ができるようにご検討いただきたい。 ・根管貼薬処置について、歯科治療の根幹となるべき処置の点数が、実態とかけ離れている。一番丁寧に行うべき根管貼薬処置の点数がここまで低い点数であることが、結果的に雑な根	13 件

管治療を行わせる原因であり、歯牙保存不可→抜歯→欠損補綴という負の連鎖を生み出している要因と考えられる。根管治療全体の点数の引き上げを期待する。 ・日々更新される医療技術、材料、機器については適切に迅速に保険収載を行い、それに見合った評価がされるべき。	
○　明細書の無料発行について ・現在、明細書無料発行の義務の免除規定に該当する診療所に対し、発行が可能な体制かどうかを丁寧に聴取し、強制的に免除規定を廃止することのないよう求める。（同旨４件） ・明細書は患者の求めに応じた発行とし、義務化しないこと。（同旨 98 件）	104 件
○　歯科外来診療環境体制加算について ・コロナを経て、歯科外来診療環境体制加算（外来環）の施設基準を届出ている医療機関と、そうでない医療機関との間で、院内感染、医療連携について特段の差があったという報告はない。外来環を届出ていない歯科診療所も、外来環の施設基準の目指すところは実現できている。外来環の施設基準を廃止して相当の点数を全て歯科医療機関が算定できるようにするか、または、外来環の設備投資を要する要件を廃止するかの措置を望む。 ・見直しの方向に賛成。 ・ラバーダム防湿は、基本診療料に含まれ算定できないが、治療中の誤嚥防止や、感染対策上、重要な処置と考えられるので、独立して算定できるようにしてはどうか。（同旨１件） ・感染対策を行う上で必要なすべての材料等が値上がりしている状況から、適正な評価をお願いしたい。（同旨１件） ・観血的処置が多い歯科治療の特性から再診の都度算定できる外来環の算定単位を医科点数表の「外来感染対策向上加算」のように月単位に変更するための要件変更であれば賛同できない。新興感染症に罹患し、歯科治療が必要な患者への配慮として新たな評価を設けることには賛同できる。	７件
○　その他 ・ガイドライン遵守率や治療成績など、医療の質向上活動と実績（成果）を診療報酬で報いてほしい。 ・現行の休日加算　深夜加算等は、昭和４９年頃と同じ点数のまま 50 年が経過している。増点すべき。 ・自宅看取りの現場に数多くある一般診療所において、24 時間往診体制をとること・連絡を受けることなどは非現実的であり、早期に見直しを求める。 ・実質マイナス改定に反対。医療費の総枠を引き上げるべき。（同旨１件） ・大学病院本院群や DPC 特定病院群などは術式別に死亡率が高い内容は幹部がその状況を把握することを強制化すべき。 ・通院精神療法の減点は、経営（高騰する人件費などの固定・変動費）の維持を考慮すると質の担保を非常に困難にする。 ・保険診療の初再診料について、医科歯科が同じでないのはおかしい。	８件

Ⅲ－３　アウトカムにも着目した評価の推進（19 件）

主な意見の内容	件数
○　アウトカム評価の推進について ・アウトカム評価は、回復の見込みが高い患者の選別に繋がりかねず、診療報酬は出来高払いを原則として評価すべき。	１件
○　データ提出加算について ・データ提出加算の届出は、特に小規模の病院には大きな負担である。（同旨１件） ・データ提出加算を算定するにはシステムの導入・構築、管理が必要であり、人件費の確保も必要である。要件化するのであれば、コストに見合う報酬の設定が必要。（同旨３件）	６件
○　回復期リハビリテーション病棟の要件・評価の見直しについて ・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。 ・在棟日数の差を考慮すれば、加算算定をしている医療機関の方が FIM 改善効果があるとのデータも提示されている。安易な体制強化加算２の廃止議論は慎むべきである。 ・特にリハ職種と看護師の評価で評価点数に差が出ることが多く、FIM 評価を複数名で行い評価点数の精度を上げて行く必要がある。FIM の評価を行う上で、研修会の参加要件を求めること	５件

を検討すべき。（同旨２件）	
○　運動器リハビリテーション料について ・ADL の向上がないということは、結果がでていないのではなく、上手く維持させることができていると評価すべき。 ・個々の患者の状況やFIM の変化の分析も必要であり、一律に平均で切ることには反対。（同旨２件）	４件
○　その他 ・中核病院や介護事業所とのやり取りはいまだにFAX が多く、日本の紙文化を象徴している。「評価の推進」に、環境的負荷、社会的負荷の軽減を考慮した項目を入れてほしい。 ・米国では社会的責任（CSR）病院指標と関連づけるトレンドがある。日本でも診療報酬等で関連づけるなど検討できないか。 ・EPT(電気歯髄検査)、の点数を設定していただきたい。外傷時の歯髄の状態の判断や、根管治療おいて、歯髄壊死しているかどうかの確認がとても需要なため、レントゲン画像では判断がつかないのでとても重要と考えられるため。	３件

Ⅲ－４－１　　高齢者の救急医療の充実及び適切な搬送の促進（12 件）

主な意見の内容	件数
○　高齢者の救急医療について ・高齢者で分類せず、病状にて適切に対応できる急性期病床の使い方が良いのではないか。 ・急性期医療にふさわしい患者増の受け入れを目的とした提案という意味で認識しているが、高齢者の差別的な扱いとならないかを危惧する。自院内に目的に沿う病棟があれば良いが、無いならすぐに転送する事に対し、病態の関係で問題がないと言い切れるのか疑問である。 ・地域包括ケア病棟への転棟イコール悪とされているが、地域包括ケア病棟の役割として、急性期後の退院調整の役割として利用することは悪いことではない。（同旨１件） ・救急医療の中核を担っている病院（市立病院）に敷地内薬局があるため、急性期充実体制加算が算定できない。そのため大幅な収入減となり、結局、救急医療体制を維持するのが困難である。見直しを検討していただきたい。（同旨１件） ・高齢者が多い地域では、全ての救急病院が分担、協力して内科系高齢者救急(誤嚥性肺炎、尿路感染症、心不全等)を診療しており、地域医療構想が目指す「病院単位」での機能分化は困難。各病院が「病棟単位」で機能分化できるよう「一般病棟入院基本料の病棟群単位の届出」と「400 床以上の病院の地域包括ケア病棟の新規(および追加)届出」を可能としていただきたい。 ・高齢者の救急疾患は 65 歳以下と同様超重症から軽症まで幅広く含まれており、重症が少ないわけではない。下り搬送先と同様搬送元にも高齢者の医療、ケアの充実が必要。また、上り搬送についても充実させる必要がある。	８件
○　看護師等が同乗の上で転院搬送する場合の評価について ・看護師等の中に病院雇用の救急救命士を含めていただきたい。	１件
○　救急医療管理加算について ・1 と 2 の基準を明確にしていただきたい。また、救急医療管理加算 1 の分類にない重篤な状態も存在することから、1 の項目でも「その他重篤な状態」を評価していただきたい。	１件
○　その他 ・入院栄養管理体制加算は特定機能病院に限られているが、急性期一般病棟にも対象を拡大するよう要件緩和を求めたい。管理栄養士が病棟に配置されている方が、入院後、患者を訪問するまでの日数が短く、入院期間体重減少及び体重減少率の抑制につながったという報告から、管理栄養士の病棟配置を推進する必要がある。 ・主治医と ACP を決めていたのにも関わらず、救急搬送先で不本意な延命をされてしまった例がある。ACP の作成を 20 歳～何度となく行う制度と、どこでも共有できるシステムを構築してはどうか。	２件

Ⅲ－４－２　小児医療、周産期医療の充実（14 件）

主な意見の内容	件数
○　小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料等について ・小児の外来診療は小児科外来診療料または小児かかりつけ診療料で包括されている。もし検査を行う場合には医療機関の費用負担が生じている。感染症に対する備えを十分に行うという観点からは、感染症の検査をこの制限で行うことは限界である。（同旨２件） ・小児科外来診療料について、諸物価高騰及び人件費引き上げを鑑み、大幅に引き上げていただきたい。	４件
○　発達障害等、児童思春期の精神疾患の支援について ・長期的なフォローアップが必要であり、継続的で安定した診療を提供するためにも、小児特定疾患カウンセリングの要件としての「2 年」の撤廃を求める。（同旨４件）	５件
○　１病棟を維持できない小児科病棟について ・病棟の大規模改修以外には同一フロア内での弾力的な運用しか方法がないため、是非お願いしたい。	１件
○　保育士や看護補助者の配置について ・入院中であっても子どもの成長・発達に対する支援が行われ、かつ付き添う場合に家族等に過度な負担がかからない医療機関の体制を確保する観点から当事者（付き添い家族）支援団体として強く要望する。	１件
○　その他 ・感染対策も含めた対応を考えたときに、通常の小児の有熱外来や予防接種に十分な対応をすることを考えると、通常に行われている以上の人員が必要になる。（同旨１件） ・小児調剤への評価が低すぎる。増点等のほか、公費で負担金が発生しない小児患者には先発品との差額全額を自己負担にするべきである。	３件

Ⅲ－４－３　質の高いがん医療及び緩和ケアの評価（６件）

主な意見の内容	件数
・無菌製剤処理料の点数を増やすべき。また、膀胱注入用薬剤、エンドキサンパルスなどの調製も算定を認めるべき。 ・医療用麻薬の残数についてはきちんと毎回確認するよう算定要件に含めるべき。 ・IMRT の適応（「限局性固形悪性腫瘍に限る」の解釈）の明確化を検討すべき。 ・乳癌と前立腺癌に対する寡分割照射は確立されており、世界的な標準治療となっているが、その適応が減収となる診療報酬体系では導入の足かせとなっている。寡分割照射法の加算の増点について検討すべき。 ・主にがん医療を行う大学病院、急性期病院が DPC 対象病院であり、がんの治療方針を決定する病理標本作成が必要不可欠であるにもかかわらず、包括点数に含まれ評価されていない。質の高いがん医療を提供するためにも、DPC 制度における病理に関する個別評価を検討いただきたい。 ・質の高いがん医療を提供すべき病院・薬局が、何ら臨床的エビデンスが確立していない検査を行うべきではない。	６件

Ⅲ－４－４　認知症の者に対する適切な医療の評価（20 件）

主な意見の内容	件数
○　身体的拘束を最小化する取組について ・身体的拘束を最小化するためには十分なケアの体制やさまざまな機器の使用等が必要であり、それら費用を賄えるような点数評価が必要。	１件
○　かかりつけ歯科医と医師を始めとした情報共有・連携による歯科医療の推進について ・歯科疾患管理料総合医療管理加算の対象患者に認知症患者を追加するべき。（同旨５件） ・治療行為の意味や必要性を理解されていない状況で治療行為を行うことは不可能。歯科においては多くのケースで処置を行うことが必須であり我々はかなりの苦労を伴いながらそれを行う。そのような歯科治療の特異性を十分に考慮した評価を切に要望する。（同旨５件）	15 件

・認知症については一般的な治療よりも治療が困難なケースも多々あり、その部分を評価していただけるのはありがたい。一方で、歯科診療特別対応加算の「ニ」での評価が妥当であるケースもあり、この部分で臨床の現場で混乱が生じないよう配慮を望む。 ・歯科疾患管理料総合医療管理加算の対象患者は留意事項通知で個別に明示する方式であるため、診療の幅を狭めている側面がある。柔軟に対応できる体系に改めるべきである。その際、歯科疾患管理料総合医療管理加算は独立評価とし、歯管の算定日以外でも算定できるように再編すべき。（同旨１件）	
○　その他 ・特定疾患療養管理料および生活習慣病管理料などと同様に一般の診療所でも認知症が管理しやすい環境に導くことが必要。 ・カリエスの進行を防ぐため、歯を磨けない在宅の患者へのサホライド塗布を毎月できるようにしていただきたい。 ・高度認知症等に対する手術は全身麻酔が必要なことが多々ある。麻酔科医が常勤している大学病院など高度医療機関など限られた医療施設での手術が必要になることから、術後の認知症患者ケアやリハビリテーションについて手厚い評価を求める。 ・認知症の新薬に対し国民の期待が高まっているが、適応症（重症度）や経済的負担から多くの患者から治療対象となれない不安が高まると予想される。対策が必要ではないか。	４件

Ⅲ－４－５　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（85 件）

主な意見の内容	件数
○　地域移行・地域定着に向けた重点的な支援を提供する精神病棟の評価について ・精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築の向けての地域移行・地域定着に向けた重点的な支援は精神科病院においてではなく地域の診療所において推進することがより有益である。 ・新たな精神病棟の評価の新設は急務であり、病棟多職種を算定要件とすることに加え、クロザピン、LAI といった既存の有効な手段について積極的に評価が必要である。	２件
○　地域移行機能強化病棟入院料について ・地域移行機能強化病棟入院料の算定については、病棟削減の際には病棟運営のコストが倍増することを踏まえ、要件の緩和を含む見直し、延長等に賛成である。	１件
○　療養生活環境整備指導加算及び療養生活継続支援加算について ・療養生活継続支援加算の対象患者は、大胆に拡充すべきと考える。生活のしにくさや支援期間に応じて、加算や算定患者数等を工夫することが支援の適正化の観点からは重要である。慢性長期患者へのクロザピンの使用もあわせ評価すること、薬物療法については、眠剤として使用する場合のベンゾジアゼピンの長期使用の制限について議論が中断したままになっていることや多剤大量についての評価の検討が必要である。 ・地域の資源と連携するために MHSW との連携は必須であり、在宅精神療法の加算である療養生活環境整備指導加算及び療養生活継続支援加算、療養生活環境整備支援加算の適切な評価をすべき。 ・生活療養加算の長期での算定を可能にして欲しい。	３件
○　通院・在宅精神療法について ・診療を行う上で精神科診療のトレーニングをうけてきたことが評価されることが望ましい。また、精神療法について、単に時間の長短のみでの評価するのではなく、その内容が、より評価されることが望ましい。 ・通院・在宅精神療法の点数の引き下げには反対である。（同旨５件） ・通院精神療法の点数を引き上げるべきである。 ・通院精神療法を引き下げるべきではない。（同旨９件） ・精神療法の評価について、現状のさほど細分化されていない時間区分の中で症例ごと・状況ごとに応じて現場で時間を調整する方が、本質的かつ合理的である。（同旨４件） ・5 分以上の精神療法を減額するとなると、診察できる患者数がさらに減って地域医療が崩壊することを危惧している。 ・通院精神療法が減額に反対である。また、専門医ではなくても児童精神の診察に積極的になれるような診療報酬改定をすべき。 ・再診患者を抱えながら、初診患者を多数受け入れるのは困難である。初診時の通院精神療法	40 件

の診察時間設定に30分未満も追加してはどうか。通院精神療法（30分未満）では、診察できる人数が限られてしまうため、診察時間の設定の延長は避けるべき。 ・外来精神医療の質を診療時間と結びつけているが、診療時間は、患者や病状によって決まるものであり、画一的にどれだけの時間をかけなければ治療の質が上がらないというものではない。 ・精神療法の時間設定の細かい段階設定に賛成。専門医が短時間で多数診ることも重要で精神保健指定医等の診察は時間に関わらず加算し、精神療法の点数の引き下げや時間に応じた加算にしてはどうか。 ・30分超の通院精神療法の評価の見直し、訪問看護指示書の様式の見直し、児童思春期の治療の適正な評価が必要である。 ・精神保健指定医や精神科専門医が通院精神療法を取れるようにすべきであり、内科医等他科の医者は算定不可能にするべき。 ・短時間の精神療法の評価の引き下げをするべきではない。 ・専門医の通院精神療法の評価を上げることが望ましい。 ・精神科診療所において医師が30分以上の認知行動療法を行うことは現実的ではない。 ・短時間の精神療法の点数を引き下げるべきではない。（同旨４件） ・通院精神療法の減額を検討するのであれば非精神科専門医指定医の行った行為に対して減額すべき。 ・診療時間に応じた評価のメリハリをつけるというのにも限度がある。	
○　多職種が連携して患者の外来診療を実施した場合について ・児童思春期の多職種評価の新設について賛成である。（同旨１件） ・多職種連携して患者の外来診療はすでに多くの施設で行っているため、診療報酬として新たな評価をお願いしたい。 ・地域包括ケアを推進するためには、MHSWとの協働した外来医療の拡充が不可欠であり、算定要件、点数設定をすべき。（同旨１件） ・児童思春期に対する加算について賛成であるが、児童思春期診療以外の精神科外来全般について、同伴者が同席した場合の加算を検討して欲しい。	６件
○　公認心理師が必要な支援を行った場合について ・公認心理師の評価については、心的外傷関係のみならず、多面的に充実すべき（同旨１件） ・早期介入の拡充に賛成。一般の精神科医が公認心理を含む多職種連携で良質な医療を子どもに提供できる要件にすべき。早期介入の視点からより広い年齢へ拡充も検討すべき。多職種の人材確保等ができる適正な点数設定をすべき。 ・心的外傷関連での公認心理士の支援の点数化に賛成。要件として医師と心理士が一定の研修を受けるなど教育の普及も重要。有能な公認心理士の人材確保等も考慮した点数設定にすべき。 ・公認心理士が行う認知行動療法は公的保険で担保されていない。心的外傷に伴う危機的状況に公認心理士が認知行動療法を行った場合のみでは不十分である。 ・公認心理師が訪問して支援を行う事にも点数をつけて欲しい。	６件
○　その他 ・精神科受診しているにも関わらず、他の内科から睡眠剤が出ている場合もありうる。精神科の医師が主導的に薬を整理するための方策が必要ではないか。 ・ピア活動や多剤身体拘束ゼロに向けた取り組みの検討が必要である。 ・障害支援区分医師意見書、障害年金申請、特別障害児等手当診断書など主治医としての対応も診療報酬において評価すべき。 ・在宅時医学総合管理料と精神科在宅患者支援管理料の併算定を認めるべき。 ・ショートケアの疾患別等専門プログラムの加算の対象を、うつ病、不安症、強迫症、ADHD、不眠などにも広げて欲しい。 ・精神科の医療機関は、地域に信頼されている医療機関ほど、多くの再診患者が訪れ、新たに新患を受けることができない。新患率が高いことを評価する点数制度にすることは、患者に選ばれない医療機関を優遇することになるのではないか。また、地域包括ケアシステムへの参画について、時間外診療、在宅医療、精神科救急医療への協力といった内容は、少人数の医師で運営している多くの精神科診療所には難しい内容ではないか。（同旨４件） ・精神科診療所の公的役割や救急への貢献を高く評価すべき。	27件

・精神科医療に係る診療報酬を下げるべきではない。（同旨１件） ・外来精神科医療への資源の投入が必要である。（同旨１件） ・心理検査の診療報酬を引き上げて欲しい。 ・入院・外来とも精神科医療に係る診療報酬を引き上げるべきである。 ・精神科医療費について、外来精神科医療に医療費をシフトすべき。（同旨３件） ・診療報酬改定で、「精神保健福祉士」になっているところを、「社会福祉士もしくは精神保健福祉士」に変え、精神医療領域にとってより専門性が高い部分の業務を、「社会福祉士および精神保健福祉士の両資格取得者」とする。加えて、一般科の病院で「社会福祉士」となっているところもを、「社会福祉士もしくは精神保健福祉士」に変え、専門性の高い部分の業務を認定医療福祉士にするなどの検討をして欲しい。 ・時間外診療・在宅医療・政策医療・精神科救急医療への協力での精神療法の加点について、「政策医療への協力」の範囲に、指定医診察の業務に限らず自治体への協力業務を広く対象として欲しい。（同旨４件）	

Ⅲ－４－６　難病患者に対する適切な医療の評価（３件）

主な意見の内容	件数
・パーキンソン病患者のリハビリテーションの算定要件の見直し、加算の検討をすべき。 ・歯科診療特別対応加算の要件の緩和および適用範囲の拡大をすべき。 ・難病外来指導管理料、難病患者等入院診療加算の算定要件の見直しをすべき。	３件

Ⅲ－５　生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進（15 件）

主な意見の内容	件数
○　生活習慣病管理料、特定疾患療養管理料について ・高血圧や脂質異常症など多くの該当患者のいる疾患を特定疾患療養管理料から外し、計画書の作成など算定要件の厳しい生活習慣病管理料に移行させることに反対である。 ・高血圧や糖尿病、高脂血症をはじめ、生活習慣に関しての疾病は、来院の都度、患者の生活習慣や食事内容、自宅血圧の評価や、HbA1c や腎機能、non HDL-C などの採血結果を評価し、治療方針を決めるために必要な管理料である。減算することなく、また、算定要件も現状からの変更や改悪のないようにすべき。 ・歯周疾患管理は糖尿病重症化予防、発症予防にも寄与している。歯科疾患と医科疾患をシームレスに意識することの重要性を診療報酬の中でも示して欲しい。 ・特定疾患管理料は現状維持で十分であり、内服薬が正しく継続して出来る事が重要である。リフィル処方箋は患者の飲み忘れや過剰内服等のコンプライアンス低下を招く要因となる可能性があり、多用する事に反対である。 ・生活習慣病の増加等に対する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防には、生活習慣を徹底的に見直すことと、どうすれば予防できるかの重点的な教育が必要である。また、生活習慣病・慢性疾患に対して再生医療等の最先端の医療の活用を考慮に入れるべき。 ・「特定疾患療養管理料」月 2 回をやめ、「特定疾患療養管理料」月 1 回と「特定疾患増悪時対応加算（仮称）（算定時算定理由コメント要）」月 1 回とし、算定要件を厳しくした方が良いのではないか。	６件
○　特定疾患処方管理加算について ・処方期間は、医師が診察で患者の状態等を見極めながら医学的に判断するものであり、リフィル処方や長期処方への診療報酬による誘導に反対である。	１件
○　その他 ・P 処（糖）の算定要件について、マイナ保険証情報、服薬状況、糖尿病連携手帳等で情報が確認できれば算定可としてはどうか。 ・同一初診中１回のみの算定制限などを見直し、補管の廃止、金パラの迅速な改定、処置・手術・補綴治療時の麻酔薬剤料の算定要件、歯周基本治療の点数を引き上げ及び SPT、P 重防の算定要件の簡素化、小機能や口機能の評価の引き上げ等を行うべき。 ・C101 在宅自己注射指導管理料の導入初期加算の算定要件について、別表 9 の処方内容に変更があった場合、更に 1 回、算定出来るが、一般名の違う GLP-1 受容体作動薬同士、インスリ	８件

ン製剤同士の変更があった場合、算定不可の但書が無いにも関わらず査定されており、別表 9 の一般名処方内容が変更になった場合と表記を改めて頂きたい。 ・漢方薬は歯科においては、現在では 11 種類が保険適応となっているが、漢方薬の保険適応範囲の見直しを行うべき。 ・金属アレルギー患者に対する非金属材料での補綴が適用拡大はしてきているものの、義歯や前歯部のブリッジに関しては適用外となっている。前歯部のブリッジに高強度硬質レジンブリッジおよび義歯の保持装置としてはチタンを認めていただきたい。 ・心内膜炎などの既往のない患者において、水平埋伏智歯の抜歯時等における抗生剤の術前投与を行う場合の診療報酬上の位置づけを明確にして欲しい。 ・医療 DX を通して PHR の実装が始まっている。患者の希望を基本として、地域医療、薬局、介護、行政との PHR を介する診療情報の交換に経済的な裏付けが必要である。 ・歯周病患者に対する SPT の算定について、歯周外科等をおこなっていなくても口腔内の状況によっては１ヶ月もしくは２ヶ月おきに管理する必要があり、実態通り算定できるよう期間の制限を無くして欲しい。SPT で管理中に SRP が必要な部位が出てくることがあるため、SRP は別で算定できるよう SPT の内容から外すよう枠組みの変更をすべき。	

Ⅲ－６　口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進（420 件）

主な意見の内容	件数
○　周術期等口腔機能管理について ・周術期等口腔機能管理料の対象患者の追加、周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)及び周術期等専門的口腔衛生処置の要件の見直しをすべき。 ・周術期等口腔機能管理料の算定要件を緩和して欲しい。 ・歯科疾患に基づく手術に対する、周術期口腔機能管理料の適応拡大に賛同する。 ・周術期口腔機能管理料の対象疾患の見直し、算定要件の緩和、点数の引上げ等を行うべき。（同旨７件） ・周術期等専門的口腔衛生処置２および口腔粘膜保護材の算定要件の見直しをして欲しい。 ・外来診療で長期にわたり管理してきた患者が周術期で在宅ケアになった場合に点数が減少しないようにして欲しい。	13 件
○　回復期医療・慢性期医療を担う病院における歯科の機能を評価について ・回復期口腔機能管理を踏まえ、既存の医学管理料の評価体系の整理をすべき。 ・回復期リハビリテーション病棟等に入院する患者に対する歯科医師、歯科衛生士による口腔機能管理、口腔衛生管理の評価をして欲しい。	２件
○　診療情報連携共有料について ・医科歯科連携の強化のためにも、診療情報連携共有料の要件の緩和、名称変更を行うべき。（同旨 13 件） ・診療情報連携共有料の調剤薬局との連携を評価することに賛同する。 ・糖尿病手帳で持って、医科歯科連携をしている場合も点数算定ができるようにして欲しい。	16 件
○　口腔機能管理料及び小児口腔機能管理料について ・小児口腔機能管理料、口腔機能管理料の訓練に対する評価、口腔内装置などリハビリテーションに新たな項目を新設するべき。 ・口腔機能発達不全に関して、機能訓練だけではなく、機能訓練装置も保険収載して欲しい。 ・口腔機能管理料及び小児口腔機能管理料に関する指導訓練に係る評価を歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術料として新設するのであれば賛同する。 ・口腔機能管理料及び小児口腔機能管理料に関する指導訓練に係る評価は、歯科衛生実地指導料とは別途評価をすべき。 ・口腔機能管理料、小児口腔機能管理料の要件の緩和、点数の引き上げを行うべき。（同旨 11 件） ・口腔機能管理料及び小児口腔機能管理料に関する指導訓練を評価して欲しい。	17 件
○　口腔機能の評価に関する検査について ・咀嚼能力検査、咬合圧検査の算定間隔、算定要件の緩和をすべき。 ・口腔機能管理において舌圧検査、咀嚼機能検査、咬合機能検査以外のムーカス等の他の検査	６件

の評価をして欲しい。 ・口腔細菌定量検査について、周術期患者、高齢者や「口腔機能低下症」の患者についても、対象を拡大すべき。 ・口腔細菌定量検査の要件を緩和すべき。 ・口腔機能低下に対する検査を適切に評価して欲しい。 ・咀嚼能力検査、咬合圧検査の検査期間を緩和して欲しい。	
○　歯科疾患管理料総合医療管理加算について ・認知症等患者は、医科との連携による口腔衛生管理が重要であり、更なる評価をして欲しい。 ・歯科疾患管理料総合医療管理加算の対象患者の見直しについて、柔軟に対応すべき。また、歯科疾患管理料総合医療管理加算は独立評価とし、歯管の算定日以外でも算定できるようにすべき。 ・歯科疾患管理料総合医療管理加算の対象患者の見直しについて、施設からの診療情報においても加算が算定できるよう要件を見直すべき。	３件
○　診療情報提供料（Ⅰ）について ・診療情報提供料（Ⅰ）の情報提供先を学校関係者に加え、他の情報提供先も認めて欲しい。（同旨２件） ・診療情報提供料（Ⅰ）の情報提供先の拡大に賛同する。	４件
○　初診時歯科診療導入加算及び歯科診療特別対応加算について ・初診時歯科診療導入加算及び歯科診療特別対応加算の要件緩和をするべき。 ・歯科診療特別対応加算の適用の拡大を行うべき。 ・歯科診療特別対応加算の名称を適切なものにして欲しい。 ・歯科診療特別対応加算の引上げ、算定要件の緩和をして欲しい。（同旨１件）	５件
○　う蝕の重症化予防について ・フッ化物歯面塗布処置について、う蝕多発傾向者に、歯科訪問診療を行う医療的ケア児等を追加し、初期の根面う蝕に罹患している 65 歳以上の患者とエナメル質初期う蝕に罹患している患者に、歯科特定疾患療養管理料を算定している患者を追加するべき。 ・エナメル質初期う蝕管理加算とフッ化物歯面塗布処置等の評価で、か強診とそれ以外で差をつけるべきではない。（同旨４件） ・初期の根面う蝕については、別途指導管理の評価を設けるべきである。 ・フッ素塗布についても同一処置同一点数にして欲しい。 ・エナメル質初期う蝕管理加算は医学管理であり、フッ化物歯面塗布処置は処置である。同じフッ化物塗布において３ヶ月に１回の処置を見直して欲しい。 ・初診時にう蝕を有している場合は、その時点から管理を行うことを可能とするべき。（同旨１件） ・初期の根面う蝕に対する非切削に対する指導管理について 65 歳以上の年齢制限を撤廃して欲しい。 ・エナメル質初期う蝕管理加算（初期う蝕）歯管の加算項目から処置へ変更をして欲しい。 ・エナメル質初期う蝕管理加算（初期う蝕）を算定した場合、同一初診内はフッ化物歯面塗布処置（F 局）の初期の根面う蝕に罹患している患者の場合の算定制限を緩和して欲しい。 ・初期の根面う蝕に罹患している 65 歳以上の患者に対するフッ化物歯面塗布処置について、年齢制限の緩和をして欲しい。	15 件
○　歯周病の重症化予防について ・糖尿病患者の SPT の見直しについて、同一医療機関内においては同一処置同一点数が望ましい。 ・糖尿病患者に対する歯周病安定期治療（SPT）、歯周病重症化予防（P 重防）の算定要件の緩和をして欲しい。 ・糖尿病患者の歯周安定期治療をより評価して欲しい。 ・歯周病安定期治療（SPT）、歯周病重症化予防（P 重防）の算定要件の緩和、簡素化をして欲しい。（同旨 15 件） ・歯周病検査について、2 回目以降も初回と同様の点数として欲しい。 ・歯周病安定期治療（SPT）の重要性に関する調査を行うべき。	26 件

・糖尿病患者の歯周病治療をより効率的に行うために、手術等以外においても、専門的口腔清掃処置を算定できるようにして欲しい。 ・糖尿病だけでなく、アルツハイマー型認知症等の歯周病関連疾病を有する患者への新たな評価をして欲しい。 ・歯周病のレントゲン診査について、2 回目以降も初回と同様の点数として欲しい。 ・歯周検査について、2 回目以降も初回と同様の点数として欲しい。 ・SPT での歯周病検査について、妥当と考える期間を示して欲しい。	
○　歯科衛生士による実地指導について ・歯科衛生士による指導の見直しについて、文書の提供は歯管と同様として欲しい。 ・歯科衛生実地指導料の引き上げが不可欠である。 ・歯科衛生実地指導料の評価の引き上げや要件の緩和をすべき。（同旨 14 件） ・歯科衛生士が口腔機能に関する指導を行った場合の新たな評価をすることに賛同する。（同旨２件） ・歯科衛生士による口腔機能に関する指導を実施した場合の評価をして欲しい。 ・介護施設での口腔機能管理において、歯科衛生士を歯科医療機関から派遣する評価を検討すべき。	22 件
○　情報通信機器を用いた歯科診療について ・情報通信機器を用いた歯科診療に賛同するが、無原則な拡大にすべきではない。 ・口腔がんの経過観察等について、近隣の歯科医療機関の歯科医師との連携強化に賛同する。ただし、へき地等に限定せず、より実効性のある連携評価にすべき。 ・口腔がんの経過観察等の新たな評価に関して、口腔がんの診断を求めた場合も評価の対象として欲しい。また、エックス線の画像も対象とすべき。	３件
○　歯科固有の技術について ・クラウン・ブリッジ維持管理料の要件を緩和すべき。（同旨１件） ・クラウン・ブリッジ維持管理料はもはや不要であり、他の診療への評価を行ってほしい。 ・クラウン・ブリッジ維持管理料を廃止すべき。（同旨 13 件） ・学校歯科健診で不正咬合を指摘された場合の検査・診断の保険請求を可能にすることに賛同する。他院を紹介する場合の診療情報提供書も保険請求可能として欲しい。 ・処置・手術・補綴治療時の麻酔薬剤料の算定を可能にすること。（同旨 27 件） ・クラウン・ブリッジ維持管理料の対象となる歯冠補綴物、要件、期間の見直しを行うこと。（同旨 11 件） ・CAD/CAM 冠等の適用範囲のさらなる拡大、要件の見直し等を行うべき。（同旨 16 件） ・歯科固有の技術料の引き上げを行うべき。（同旨３件） ・口腔バイオフィルム感染症の管理と歯周疾患の管理を並行して行えるにすべき。 ・非経口摂取患者口腔粘膜処置の算定要件を緩和し、周術期等専門的口腔衛生処置、在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、機械的歯面清掃処置、歯周病治療との併算定を可能とすべき。 ・歯冠補綴物の製作に係る技術料の大幅な引き上げが必要。（同旨１件） ・剥離上皮が出来ている患者に対しても非経口処を算定できるようにして欲しい。 ・非経口摂取患者口腔粘膜処置の要件緩和をして欲しい。（同旨１件） ・歯冠修復に関する点数の引き上げを行うこと。 ・学校歯科健診で不正咬合の疑いがあると判断された患者に対する検査・診断等を保険で認めることに賛同する。（同旨５件） ・ICT による色調採得は機器の性能がまちまちのため大変困難なものであると考える。 ・歯内療法の点数を抜本的に引き上げるべき。 ・歯科補綴の評価を引き上げて欲しい。 ・歯科医師と歯科技工士が色調見本を見比べ確認する以外トラブルを避けることが出来ないと思われる。 ・4/5 冠を認めて欲しい。（同旨１件） ・テンポラリークラウンの算定要件の緩和をして欲しい。（同旨３件） ・咀嚼能力検査・咬合圧検査・舌圧検査について算定要件を緩和して欲しい。咬合圧検査の評価を引き上げて欲しい。	143 件

・歯冠補綴時色調採得検査の算定要件を緩和して欲しい。 ・根管数から、実態に応じたファイバーポストが使用できるよう算定要件を緩和して欲しい。 ・複雑な根管や病巣等により根管治療の期間が長期になる場合の加算等を新設して欲しい。 ・歯髄保護処置は１歯につき１回限りの算定であるが、実態に応じた算定を認めて欲しい。 ・義歯の調整料を点数化し、２回目以降も算定可能にして欲しい。 ・麻酔の薬剤料は、全ての治療に対して算定可能にして欲しい。 ・咬合調整について、実態に応じて適切な評価をすべき。 ・歯科技工士の臨床への関わりの推進を評価して欲しい。（同旨１件） ・ICT の活用を含め歯科医師と歯科技工士が連携して色調採得等を行った場合の評価に賛同する。 ・唇顎口蓋裂等においては歯科矯正管理料と歯科特定疾患療養管理料が算定できるため、歯科疾患に罹患している場合は機械的歯面清掃が算定できるが、顎変形症においては歯科特定疾患療養管理料が算定できないため、同じ処置を行っているにもかかわらず機械的歯面清掃の算定が出来ないことを見直して欲しい。 ・歯科矯正治療の保険適用の可否を判断するために必要な検査・診断を行う医療機関について、特別な施設基準を設けないで欲しい。 ・歯科矯正治療の保険適用範囲の拡大を推進していくべき。 ・複数の支台装置を用いた場合、主たるもの以外も算定できるべき。 ・機械的歯面清掃加算の算定要件を緩和して欲しい。 ・歯周基本治療、SPT、P 重防、術口衛、在口衛、歯清と、非経口摂取患者口腔粘膜処置（非経口処）の同時処置、同月算定を認めて欲しい。 ・口腔バイオフィルム感染症と判断するための口腔細菌定量検査の要件の緩和をして欲しい。 ・歯の外傷の暫間固定の治療後、経過を観るための点数を認めて欲しい。 ・加圧根管充填処置に必須とされている歯科エックス線撮影の見直しをして欲しい。 ・口腔内装置治療の適応拡大に賛同する。また、点数を引き上げるべき。 ・舌接触補助床の適応拡大には賛同する。ただし、口腔機能低下症の機能訓練に対する評価や義歯に対する歯リハと舌接触補助床の歯リハの体系を簡素化すべき。 ・無歯顎患者に対する処置や粘膜面の口腔バイオフィルムの除去に対して点数上の評価をすることに賛同する。 ・歯科口腔外科領域の処置について歯科点数表で評価することに賛同する。手術と処置の関係は、歯科治療の特性に応じて通則を見直すことが必要である。 ・色調採得を臼歯部、義歯にも適応すべき。 ・長期管理加算に関しては歯科疾患管理料のみならず、歯科特定疾患療養管理料等を含めて更なる評価をして欲しい。 ・口腔バイオフィルム感染症の検査処置の要件を緩和して欲しい。 ・歯科医師と歯科技工士の連携推進のため、ICT を含め連携して色調採得等を行なった場合の評価をして欲しい。 ・Ni-Ti ロータリーファイルを用い治療の要件を緩和すべき。（同旨１件） ・義歯の調整について、実態に応じて適切な評価をすべき。（同旨３件） ・前装 MC の適用拡大をして欲しい。 ・咬傷防止装置の調整・修理は頻回に必要であり、実態に応じて算定できるようにすべき。 ・舌接触補助床について、口腔機能低下症の患者を対象患者に追加すべき。 ・チタン冠の適用を拡大して欲しい。（同旨１件） ・歯管の加算である F 洗、初期う蝕、長期管理について、歯在管にも認めて欲しい。	
○　その他 ・日常診療に関する保険点数を引き下げないで欲しい。 ・歯科疾患管理料等を算定要件とする処置の算定要件の見直し、他の管理料との併算定制限の見直しをすべき。（同旨２件） ・地域歯科診療支援病院歯科初診料について要件の見直しに賛同する。 ・医学管理料と処置の関連を簡素化すべき。 ・か強診とそれ以外の医療機関とで差をつけるべきではない。 ・歯科矯正治療と口腔機能発達不全症を併発している場合など、混合診療とならないよう診療	145 件

行為の整理をすべき。 ・医療技術面だけでなく、医療提供体制の維持・継続の観点も加味し、新規技術の導入の適否を判断すべき。また、導入は期中も含めて対応すべき。 ・歯科補綴材料を保険給付外にすべきではない。 ・小児の定義を、明確な年齢として示すべき。 ・「歯列不正」「不正咬合」で一般の歯科医療機関に来院した患者のう蝕や歯周病治療を評価して欲しい。 ・口腔疾患の重症化予防について終了の定義を明らかにして欲しい。 ・暫間固定の算定期間の緩和をして欲しい。 ・かかりつけ医の基準は往診ありとなしなどの段階を作るべき。 ・同一初診中１回のみの算定制限などを見直し、実態に則した評価とするべき。 ・金パラにかかる随時改定は実勢価格をもとに迅速に改定すべき。 ・特別な関係にある施設への歯科訪問診療の評価をすべき。 ・初再診料の加算、内容の見直しをすべき。（同旨１件） ・同一初診中１回のみの算定制限などを見直し、補管の廃止、金パラの迅速な改定、処置・手術・補綴治療時の麻酔薬剤料の算定を可能にすること、歯周基本治療の点数を引き上げ及びSPTP 重防の算定要件の簡素化、小機能や口機能の評価の引き上げ等を行うべき。（同旨 114 件） ・初再診料の引き上げを行うべき。（同旨３件） ・ノンクラスプデンチャーを保険適用して欲しい。 ・歯科領域での漢方薬の拡大を行って欲しい。 ・訪問歯科衛生実地指導料の評価の引き上げや要件の緩和をすべき。（同旨１件） ・市区町村によって妊産婦の歯科健診の実施に差があるので統一して欲しい。 ・医科歯科連携推進に関して、NST での歯科参画に対する評価をして欲しい。	

Ⅲ－７　薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病院薬剤師業務の評価（17 件）

主な意見の内容	件数
○　薬局の地域におけるかかりつけ機能について ・「地域支援体制加算」の算定項目に在宅医療への実績が増やされていく傾向があるが増やさないか外すべき。地域の診療所、クリニックでの在宅患者は増えておらず、その患者も提携薬局に移行する。 ・在宅医療強化の方向性における「薬剤師」の介入とその業務量を評価する「在宅管理料」のようなものが必要。 ・未だにかかりつけ薬局(面分業)としての薬局が運営できていないところは、大きく減額する等の対応が必要ではないか。 ・薬局の地域におけるかかりつけ機能を評価するには実際に調剤をしている医療機関件数を指標とすべき。	４件
○　病棟薬剤業務について ・回復期リハビリテーション病棟での病棟薬剤業務を適正に評価、点数化してほしい。薬剤師が関与していないため、回復期リハ病棟での薬歴、服用薬剤数は不透明となっていることがある。 ・持参薬のチェックには相当の時間を要するため、別途評価が必要。（同旨１件） ・病棟薬剤師業務の評価のひとつとして、使用ガイド付き院内医薬品リスト(フォーミュラリ)の作成について、病棟薬剤業務実施加算等で入院時の診療報酬で評価すべき。	４件
○　患者の処方状況に応じた服薬指導の推進について ・服薬管理指導料と調剤管理料は算定要件が重複している。調剤管理料を廃し服薬管理指導料に移行していくべきではないか。 ・服薬管理指導料の算定要件である薬歴の記載内容が定型文にならないよう、改定で見直しが必要ではないか。	２件
○　その他 ・処方箋ありきではく、薬剤師が食事指導・運動指導等をフォローし、一定の結果がでた場合	７件

には一定の評価をしてはどうか。 ・調剤薬局と院内処方とで薬剤調製料等の差が大きい。（同旨１件） ・新設および追加の要件について算定実績が伸びておらず、現場への課題が議論されているが、要件の公表のみならず、その具体的行動指針・行動例を示すことで、算定の増加すなわち期待する医療貢献の効果につながるのではないか。 ・地域包括ケアシステム構築のための地域連携、在宅医療の推進に向け、次の事項について現状に即した適切な評価が必要。（連携強化加算の要件の継続及び加算額の引上げ、認知症患者に対する服薬指導の適切な評価の導入（加算）、処方箋応需に左右される麻薬管理指導実績の地域支援体制加算要件からの削除、無菌調剤室設置の適正な評価、高度な薬学管理が必要なリフィル処方箋応需に対する適正な評価） ・薬価のさらなる引き下げは処方の選択肢を狭め、結果的に患者の不利益を被るのではないか。 ・薬局は本来、個別にその果たしている機能に基づき診療報酬上評価されるべきであり、開設者の属性とりわけ規模により評価に差を設けるべきではない。	

Ⅲ－８　薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進（38 件）

主な意見の内容	件数
○　調剤基本料について ・「ボランタリーチェーンに加入した場合は大規模チェーンと同じ調剤基本料の評価にすること」が妥当と考える。 ・集中率によって基本料を下げる仕組みを継続するのであれば「聖域なき改革」により対人業務への財源確保を望む。 ・処方箋集中率の考え方について、単一医療機関と１：１の関係であれば特定の医療機関から応需するケースが多いため、医薬品の備蓄品目数も少なく（調剤その 3P8 参照）在庫管理の面で効率化出来るが、医療機関が近隣に複数ある場合でも、診療科が異なり、医薬品の備蓄品目数が増えて、在庫管理のコストがかかることから、近隣の複数の医療機関の受付回数を合算して（集中率をまとめて）調剤基本料の区分分けの考えに反映することは反対します。（同旨１件） ・特別調剤基本料の適応する期間が病院の敷地内薬局と診療所の敷地内薬局では大きく異なっている ・薬剤師の「病院-調剤薬局間」の偏在について、調剤薬局に対する報酬が高すぎるのが主因であることは間違いない。	６件
○　地域におけるかかりつけ機能に応じて薬局の評価について ・2024 年の調剤報酬改定で地域支援体制加算のお盆と年末年始の開局についての解釈にばらつきが出ないよう、また個別指導で指摘しやすいように明確に義務付ける文言を入れるべきかと考える。 ・現行の地域支援体制加算は調剤基本料と紐づけされており、実施した機能に対する評価、という点において、実施した機能（要件）と点数が比例されていない。国策である在宅調剤をさらに推進していくためには、調剤基本料と切り分け、地域支援体制加算の要件を満たした数に比例した点数体制にすることにより、各項目の実施件数が増加し、在宅医療の推進に寄与するのではないかと考える。 ・現状では、国が目指す医療の姿に逆行した敷地内薬局であっても保険指定がなされ、敷地内薬局及び当該薬局と連携する保険医療機関がともに採算が取れる診療報酬であること自体の評価を見直されたい。 ・今回の改定でも大型チェーン薬局の基準及び点数が厳しい改定になるのではないかと懸念する。地域におけるかかりつけ機能に応じた薬局の評価の観点の中に企業規模は関係ないのではないか。 ・集中率が高い（例：70%以上など）一定以上ある薬局には、地域支援体制加算が算定できない仕組みづくりが必要（へき地の薬局は除く）。 ・地域支援体制加算について、時間外の対応も要件に明記すべきではないのか。 ・服薬指導をせず、服薬管理指導料を算定しない調剤薬局は薬を渡すだけなので、対人業務が出来ていない。今後、調剤薬局には対人業務が求められています。服薬管理指導料を算定していない場合は薬剤料だけの請求で良い。 ・流通不足になっている医薬品の供給を早急に改善してほしい。必要な医薬品を手配するため	９件

の、対物業務が増えすぎている現状。（同旨１件）	
○　同一敷地内薬局への対応について ・「いわゆる同一敷地内薬局」の意味する薬局に一般的に医療モールと呼ばれている薬局に対して、特別調剤基本料を算定していない場合には、評価の見直しの対象外にすべきである。 ・同一敷地内薬局は、いわゆる面薬局と比べて効率性が高いとは言えない。 ・特別調剤基本料を算定する薬局を有するというだけで開設者（グループ）の薬局全体の調剤基本料を下げるというのは暴論であり、大学病院や公立病院、公的医療機関など収益事業として薬局に不動産を賃貸できるなどの特別な医療法人に限定して議論すべき。（同旨１件） ・比較的大きい病院の敷地内にあり、処方可能な医薬品種類を多く持ち利便性の高い敷地内薬局を排除しようとする方向は、少し立ち止まって根本から見直しを考えたほうが良い。 ・病院との同一敷地内薬局をもつグループ薬局全体への減算を適用する案について検討の必要はあると考える。地域に根差した薬局を推進していく観点からこれらのような対策は必要と感じる。（同旨３件） ・敷地内薬局だけでなく、個人医院の院内処方も見直すべきではないか。 ・敷地内薬局を誘致した医療機関への対応が必要ではないか。 ・敷地内薬局をもつ同一グループ薬局の基本料等の一律引き下げ案について反対する。（同旨６件） ・敷地内薬局を中心に大手調剤チェーンは出荷調整品目でも中小チェーンよりも多くの在庫を確保することができる。出荷調整は後発医薬品で多く生じていることから、大手調剤チェーンと中小チェーンでは後発医薬品調剤体制加算の算定難易度が異なる。点数や要件で調整すべきではないか。 ・敷地内薬局を有する法人の税務調査を毎年行い、一括値引きやリベートが確認された時点で基本料をさらに削減するなど薬価差益をより一層縮小させるべき ・薬局が医薬品の供給拠点としての役割を果たすためには、医薬品卸の協力が必要不可欠であり、特に昨今の度重なる出荷調整とその供給について、現場 MS の貢献度は計り知れないものである。しかし、主たる医薬品卸の医療用医薬品の供給に係る利益率は各社の決算状況を見るにあまりにも低い。 ・立地や集中率に応じて調剤基本料を一律に減点することに反対する。特に、法人内の薬局の集中率が高いことや、特定の立地に開局することのみを理由に基本料を減点することは、評価上の合理性がないものと考えられ、併せて反対する。	22 件
○　その他 ・医療経済実態調査の対象店舗が無作為抽出中でなく、専門医療機関連携薬局全数が調査対象となっていたにも関わらず、集計分析においては補正されずに調査報告が作成され、そのデータをもとに議論されたことは恣意性を強く感じざるを得ない。	１件

Ⅲ－９　医薬品産業構造の転換も見据えた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（30 件）

主な意見の内容	件数
○　医薬品、医療機器等の安定供給の確保について ・高薬価維持制度である「新薬創出･適応外薬解消等促進加算」を撤廃することが必要。 ・汎用の後発医薬品について、メーカーが安定的に供給できるようにしてほしい。 ・後発品メーカーの不正による業務停止がきっかけとなって、先発品を含めて多くの医薬品が品薄になるなど医薬品の供給が不安定となっている。そもそも、薬価の引き下げすぎによりメーカーによる品質不正や製造終了等を招いているのではないか。 ・小ロットで購入する医療機関の購入価格が赤字にならないように配慮してほしい。 ・不適切なプロモーションをした製薬企業に対してはその製薬企業が発売した医薬品すべての薬価をマイナスするなどしないと健全化しないと感じる。 ・昨今の医薬品の供給状況は、悪化の一途を辿るばかり。 ・製薬会社が従業員一人当たり利益を１億も出している中、健康保険を収めている国民が咳止めすら手にすることができない現状は早急に正していただきたい。 ・不安定供給の原因となったメーカーの不祥事は、医療費抑制策を目的とした国の施策によっ	12 件

て引き起こされた。評価体系の見直しによって解決されるものではなく、抜本的に後発医薬品使用促進施策を見直す必要がある。（同旨２件） ・メーカーも安心して医薬品を提供できるような価格設定を望む。 ・処方したいのに、品薄状態で必要な薬が処方出来ないという事態が続いている。薬価の抜本的な見直しなどを含めて、この異様な状況を一刻も早く改善して頂きたい。	
○　長期収載品への選定療養の仕組みについて ・導入されれば、患者は実質４割負担を超える額を窓口で支払うこととなる。患者負担は「３割」を限度とする健保法の附則を蔑ろにするだけでなく、この手法での今後の更なる選定療養化（スイッチ OTC 化された医療用医薬品等）も危惧される。長期収載品の選定療養化には強く反対する。 ・準先発品を長期収載品と見なして選定療養の対象とするべきではない。 ・長期収載品への選定療養の仕組みの導入は止めてほしい。特に外来で院内調剤を行っている医療機関へは絶対に導入しないでほしい。 ・長期収載品の保険給付範囲を縮小し、選定療養として患者負担を増やすことによってその財源を確保しようとすることに反対である。 ・イノベーション推進の財源を長期収載品の患者負担増によって捻出することは問題である。（同旨１件） ・導入されたとしても、医師が必要と判断した上で、長期収載品を処方した場合選定療養の対象外とすべきだ。また、後発品の供給が不安定な場合（出荷停止、出荷調整など）も、選定療養の対象外とすべきだ。（同旨１件） ・大病院の紹介状なし受診時の定額負担なども含め、「選定療養」の範囲のこれ以上の拡大に反対し、むしろ「定額負担」等の「選定療養の義務化」を廃止することを求める。 ・長期収載薬品の保険給付外しを推進するならば、その場合、今まで保険給付された多くの薬を、スイッチ OTC 薬剤として薬局で購入することにもつながりかねない。 ・患者が経済的理由から処方内容に同意できない事態が起こることは安心・安全な医療を脅かすものであり許されない。即時撤廃すべき。（同旨１件） ・必ずしも先発医薬品と後発医薬品は全く同じではなく、患者によっても効果が異なるため、医師が患者の状態や効果を把握、確認しながら処方しているのが現状。後発医薬品の供給不足の現状からみても患者負担を増やして後発医薬品に誘導するやり方は最悪だと感じる。 ・高額な薬剤においては、選定負担率４分の１としても、患者支払額が高額になるケースもあり、また選定療養負担は高額療養費制度の対象外であるため、選定負担部分に上限を設けるべき。 ・イノベーションを適切に評価し、創薬力強化に繋げること自体は必要と考える一方で毎年薬価改定に伴う薬価引き下げは、指摘されている通り限界に達している。 ・正当な理由なく長期収載品を選択する患者に対する後発医薬品との差額自己負担については、差額の 25%では生ぬるいと思う。最低 50%は自己負担とすべき。 ・小規模診療所における院内処方においては薬剤師が介入しておらず医者が処方権の乱用ともいうべき状態になっているので、小規模診療所における院内処方において、長期収載品の使用は例外なく選定療養にすべき。	17 件
○　その他 ・医薬品卸が災害時の緊急車両・給油が認められないなど扱いが散々なのはどういうことか。卸もなり手がおらず医薬品供給拠点のもとが崩壊の危機に瀕している。	１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　後発医薬品やバイオ後続品の使用促進、長期収載品の保険給付の在り方の見直し等（110 件）

主な意見の内容	件数
○　医療 DX、医薬品の安定供給等に資する取組の推進について ・「後発医薬品への変更不可」の記載が多い（例えば 50%以上）医療機関の初診料や再診料等は、大幅に減額すべき。 ・さらなる使用促進のために、置き換え率の低い診療所は、薬局と同様に減額措置を講じていただきたい。 ・スイッチ OTC 化を促進してほしい。（同旨１件） ・一部後発品メーカーによる後発医薬品(ニフェジピン CR20)の供給停止の余波で困っている。 ・基礎的医薬品と局方品を速やかに後発品へと変更できるようにしてほしい。 ・後発医薬品が入手できない。 ・後発医薬品の使用を促進する観点からも、普通錠と口腔内崩壊錠の違いがあっても、一般名処方加算２が算定できるようにしていただきたい。 ・後発医薬品の使用促進とありますが、先発品に比べて効果が弱い、且つ薬剤によっては、安定的に供給できていない。 ・後発医薬品の薬価をもう少し上げ、不正をしなくても利益が出るような薬価まで上げるべき。 ・先発変更不可の場合にも理由を記載させることを義務化するべき。	11 件
○　長期収載品について ・賛成する。（同旨１件） ・医薬品の選択は医師の医学的判断に基づくものであり、選定療養という本来の趣旨とは異なる制度を用いて後発医薬品処方へ強引に誘導することは、到底認められない。 ・一般用医薬品で代替可能な、長期収載品は薬価削除すべき。 ・供給状況が改善されるまで長期収載品の保険給付の見直しは延期していただくことを強く要望する。（同旨３件） ・先発医薬品と後発医薬品の差額はないようにしてほしい。 ・先発医薬品と後発医薬品の差額を患者に負担させない。（同旨 87 件）	97 件
○　その他 ・病理診断の補助のための「免疫染色」や「遺伝子検査」は、「体外診断用医薬品の範囲に含まれておらず、「使用する医薬品・医療機器等の承認が確認できない」の根拠は「第 13 部病理診断」においては該当しないと考えられる。 ・薬価で、金額が先発品より高い後発品を廃止し、先発品の薬価以下にしてはどうか。	２件

Ⅳ－２　費用対効果評価制度の活用（４件）

主な意見の内容	件数
・そもそも費用対効果があまりない、あるいは既存のものと同等と思われる新薬を承認したり薬価を高めにつけないでほしい。 ・最近、高額な薬剤が次々と保険適応になっている。一部の薬剤では費用対効果の検討が必要と思われる。 ・歯科の技術に対しての過小評価。 ・気候変動による健康への悪影響を考慮した、持続可能な医療システムの構築に向けた検討が必要。（デスフルランは温室効果が他の麻酔薬に比べて極めて高いことから、可能な限り代替薬を使う等）	４件

Ⅳ－３　市場実勢価格を踏まえた適正な評価等（13 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６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６年度保険医療材料制度	６件

改革の骨子」に基づいた対応について ・薬価改定が毎年行われるようになってから、ジェネリック薬品、長期収載薬品の価格が下がりすぎて、製造してもメーカーが赤字になるような薬品が増えており、欠品が続いている。 ・調剤薬局は薬の説明で診療報酬をもらうのが本来の姿だが、調剤薬局同士で協力して問屋に圧力をかけて値下げ交渉をし、薬価差益で稼いでいる調剤薬局組合がある。 ・TeC は現在ラボへの外注料金が 1000 円から 2000 円となっているが保険点数では 34 点でしかない。 ・歯科の方が医科と比較して滅菌消毒や材料に係る費用が高い。なぜ初再診料が医科より低いのか。 ・金銀パラジウム合金の価格は高騰しており、市場価格も安定していない。市場が安定する材料の保険導入を検討していただきたい。（同旨１件）	
○　効率的な検査、処置及び麻酔の実施について ・「効率的な」検査、処置が、所謂「丸め算定」につながらないよう配慮が必要である。「効率性」より現場の「労働実態に見合う」評価が必要。 ・手術以外の 120 点以上の処置に対する浸潤麻酔の点数算定を認めるべき。 ・笑気および酸素の購入価格が継続的に値上げされているが、保険点数においても実勢価格をもとに見直すようお願いしたい。 ・「体外照射料」は有用であるものの、放射線治療装置費用、保守費用に係るコストが現行の診療報酬体系で考慮されていない。	４件
○　その他 ・「市場実勢価格を踏まえた適正な評価」とあるが、何をもって適正に評価されているのかが分からない。 ・オンライン請求について、毎月のメンテナンス料やそれにかかる光熱費、破損した場合は修繕費、電子証明書の負担は医療機関である。 ・購入に 10%消費税を支払い、医療費収入には 0%。やっていけない。	３件

Ⅳ－４　医療 DX の推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進（再掲）

（Ⅱ－１を参照）

Ⅳ－５　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（再掲）

（Ⅱ－４を参照）

Ⅳ－６　外来医療の機能分化・強化等（再掲）

（Ⅱ－５を参照）

Ⅳ－７　生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進（再掲）

（Ⅲ－５を参照）

Ⅳ－８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（６件）

主な意見の内容	件数
・開業医の処方を見ていると不適切な処方みかける。医科レセプトの審査に薬剤師も加えてはどうか。 ・せっかく polyphamacy を解消して退院させてもまた以前の処方を安易に do する医療機関がある。このように機能していないかかりつけ医・薬局については保険診療上の評価で対応できないか。 ・歯科の観点でも医科も含めて服薬のコントロールを適切に行っていくことが、患者の QOL の向上にも繋がっていくと考える。歯科と保険薬局の情報連携における新たな体系を検討してほしい。 ・OD 患者を多くだしている polyphamacy 精神科があるが、何らペナルティを受けていない。不適切な医療行為を行う病院・診療所などを厚生局や支払基金に通報できる制度が必要。 ・投薬時における薬剤の容器に関する規定を見直すのであれば、処方せんの有効期限も 7 日に延長してほしい。 ・院内処方で最近はお年寄りに分包することが多くなり、時間も人手もかかる。院内処方でもいくらか点数の加算があればと思う。	６件

Ⅳ－９　薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進（再掲）

（Ⅲ－８を参照）

○　その他（13 件）

主な意見の内容	件数
・現状は、薬局店舗対地方厚生局の届出の仕組みになっているが、チェーン薬局については、本部から厚生局へ届け出が可能な仕組みがあればよい。 ・一定の期間を設け、パブコメで寄せられた意見を改定の審議に反映させるべき。 ・診療報酬をめぐる報道のなかで「開業医はもうけすぎ」と書かれてあったのには、大変残念な気持ちになった。 ・民間は現状では新たな投資をすることは困難であり、今後公的医療資源への追加的な莫大な国費投入を懸念する。 ・雇用均等による本来想定される年間報酬は 1200 万円、人手不足による労働時間延長か行われた期間は令和元年１２月から令和 5 年 4 月、当該期間における事業所での労働による収入源は 300 万円。 ・これ以上現役世代に負担を求めるのは無理かと思う。少なくとも歯科のような混合診療をやはり導入せざるを得ないのではないか。 ・小児科の開業医であるが、診療所については、医療経済実態調査で経営が好調であるというのは本当か。 ・制度の簡素化、簡略化が最重要。 ・事務職員の確実な賃上げを推し進めるために、報告様式を作成するなどの賃上げが見える仕組み作り、委託・派遣職員においても同様に、賃上げの透明化を図る仕組み作りが必要ではないか。 ・全体の改定率は実質 0.12%の引き下げであり、６回連続のマイナス改定であることに抗議する。 ・点数のシミュレーションについて詳細を開示して欲しい。 ・短冊の段階で、医科・歯科・調剤・訪問看護どの分野を対象とした改定なのか明確にしていただきたい。 ・医療介護の改定情報を別々に発信するのでなく、病院・診療所・薬局・訪問看護 ST とその施設体系ごとにとりまとめて発信することはできないのか。	13 件

中央社会保険医療協議会総会（公聴会）の概要

令和６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６年１月19日（金）10時00分～12時00分

２．開催場所

東京会場と広島会場をオンラインにより接続。
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（朝倉進・マツダ健康保険組合常務理事）

○　今回の改定は、団塊世代が全て後期高齢者となる2025年直前の重要な節目で、保険料の上昇は、被保険者と事業主の負担増に直結するので、加入者の安全・安心と効率的・効果的な医療の両立には、メリハリの効いた医療費の配分が必要である。

○　医療機関の賃上げについては、政府方針に沿って診療報酬で対応することになるが、医療機関に勤務する方々の賃金が確実に上がることと、その実態を検証できる仕組みの実現をお願いしたい。

○　医療機能の分化・強化と連携の着実な推進について、入院では地域医療構想に基づく病床再編。人口構造や医療ニーズの変化を踏まえて検討されたものが確実に実現されるよう、診療報酬上の対応を御検討いただきたい。外来では、かかりつけ医機能に関する議論に注目している。生活習慣病では、患者が治療の必要性をよく理解した上で、計画書に基づいて質の高い管理が効率的に行われること、特に現役世代では、働きながら治療を継続するので、リフィル処方を活用することにも期待している。

○　医療DXの推進については、電子処方箋や電子カルテ情報の共有が進むと、医療の質を高めつつ、重複投薬や重複検査を抑制できると期待している。同時に、医療機関における業務の軽減にもつながるので、確実な早期普及に向けた対応を患者の負担増に配慮した上で御検討いただきたい。

○　後発品の使用促進に関する要望として、保険者としても加入者への働きかけを行ってきた結果、後発品の使用が一般化してきたので、長期収載品の選定療養は可能と考えるが、

その前提として、加入者に不安や混乱を生じさせないよう、安定供給の確保など、後発品の信頼回復と選定療養の制度に関する丁寧な周知が必要。政府には、保険者から加入者への広報等に必要な支援をお願いしたい。

意見発表者②（檜谷義美・社会医療法人社団沼南会沼隈病院会長）

○　現在、コロナ以前の状況と比べて、外来患者数や病床稼働率は、決して元の状態には戻っていない。

○　今回、診療報酬のアップが予定されているおり、どう配分されるか注目しているところ。その中でいろいろな加算に配分されることもあるが、中小の病院にとって加算の要件を満たすということがなかなか難しいので、加算要件の簡略化、さらに、加算要件の研修要件に対するｅラーニング等を含めた進め方、研修の在り方についての御協力をいただきたい。

○　高齢者救急については、二次救急を対応している在宅医療支援病院であっても、地方の病院で高齢者救急の対応は難しい点がある。10対１では、夜間の救急や休日診療、休日の救急には対応しきれないので、実質７対１の看護配置と職員配置をしている。

○　医療DXについては、導入とセキュリティにかなりの原資を必要とする。電子カルテの入替えをしようと思うと２億円かかり、毎年300万円程度の保守料が必要になるなど、医療DXに対応をしていくのには困難が伴う。

○　薬剤師の問題として、病院薬剤師と調剤薬局薬剤師の給料の格差ということが言われているが、病院の院内の処方箋料、あるいは病院薬剤師の指導管理料等について、さらなる配慮をお願いしたい。他にも、病棟への歯科衛生士の配置の評価、さらに、病棟のSTへの評価ということも、さらに評価をしていただきたい。

○　地域で高齢者救急や在宅支援に取り組んでいる民間の中小病院の立場においては、民間での救急医療、特に地域での救急医療、二次救急を担うという点で、かなりシビアな状態であるということを理解いただきたい。

意見発表者③（藤井則正・日本労働組合総連合会広島県連合会（連合広島）事務局長）

○　地域で医療を担う人材確保について、医療現場で働く全ての労働者の処遇改善を図ることが重要。継続的に医療現場で働く全ての労働者の賃上げを実現させるためには、医療職一人一人の手元に確実に行き届く仕組みとなるよう、看護職員、病院薬剤師、その他の医療関係職種だけでなく、40歳未満の勤務医師などについても、別立てとし、実績報告を求めて検証できるようにすることが必要。実際の処遇改善にあたっては、労使でしっかり協議して決めていただきたい。また、賃上げだけでなく、働きやすい職場環境であることも重要。勤務間インターバル制度の確実な導入などにより、夜勤負担をはじめとする業務負担の軽減を実感できる働き方改革の推進が求められる。人材確保と働き方改革の推進は、基本方針の重点課題でもあるので、ぜひ実効性を伴う診療報酬改定を実行していただくよう要望する。

○　地域包括ケアシステムの深化に向けた機能分化と連携強化について、地域で切れ目のない医療提供体制を構築する地域医療構想の理念を念頭に、設置主体にかかわらず、医療機関の機能分化と連携強化につなげていくことが必要。また、医療だけでなく、介護、障害福祉など複合的なニーズを併せ持つ患者の増加が見込まれる中、介護サービスや多様な社会資源との連携強化を図り、支援の充実をはじめ、地域で安心して暮らすことができる改定となるように要望する。周産期においては、メンタルヘルスの不調などを抱える妊産婦への支援はもちろんのこと、妊娠を希望する方が安心して治療を受けられるよう、適切な情報開示とともに、仕事の両立という観点も含めて、今後の検討をお願いしたい。仕事と治療の両立という観点からは、がん医療や先進医療など、質の高い外来医療の促進についても、専門職の人材育成や多種職連携などの方策も含め要望する。

○　患者本位で効率的な医療の推進について、医療費が増加をする中で、被保険者にとって、保険料の負担感は決して無視できるものではない。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、医療の質の向上につなげていくことが必要。また、患者、被保険者の納得と安心につながる医療のために、全ての病院、診療所で例外なく明細書を無料発行できるよう、今回の改定で、ぜひ期限を明確にしていただくよう要望する。

意見発表者④（檜山桂子・医療法人社団福原医院理事長・院長）

○　かかりつけ医について、医療機関は営業活動ができないため、患者さんが個々の判断で、医療機関を受診する。医師は患者さんの訴えに耳を傾け、その経験をもとに必要と思われる検査等を行い、診断の結果により病名を確定させ、医師自身の専門であれば、そのまま治療を継続するが、病名が確定できず、自身の専門外と診断される蓋然性が高い場合は、他の診療科や病院を紹介することになる。これは、我が国で確立されてきた皆保険制度の最も優れた仕組みの１つであり、かかりつけ医を制度化しなくても、十分にその機能が発揮されてきた証拠と言える。その評価が初診料・再診料であり、機能強化加算や地域包括診療加算である。

○　特定疾患療養管理料は、コモンディジーズを中心に構成されており、より早期に医師が管理することで、重症化予防に寄与しているもの。症状が安定していれば、２、３か月に１回の診療を行い、不安定な場合には、診療の間隔を短縮し、２週間ごとに月２回まで算定できるなど、患者さんにとってもメリットがあるもの。一方、今回改定の中医協における議論の中で比較されてきた生活習慣病管理料は、その評価の過程は全く異なるものであり、疾患が同じという理由で評価を統一するのは暴論である。同じ病名であっても患者さんの年齢や進行具合、合併症の有無などにより治療方法はまちまちであり、１つの病名に対して複数の診療報酬項目、点数が存在することは問題視するような話ではない。

意見発表者⑤（佐藤典子・猫本商事株式会社代表取締役）

○ 社会保険料を負担する中小企業の事業主や加入者の負担は限界に達しており、今般の診療報酬改定だけではなく、高齢者医療の在り方や制度間・世代間・保険者間公平の実現、国庫補助の在り方も含め、国民皆保険制度をどのように持続可能なものとしていくかという議論をしていくことが重要と考えている。

○　令和６年度診療報酬改定については、介護報酬、障害福祉サービス等報酬とのトリプル改定であり、新型コロナウイルス感染症の５類移行後初の改定でもあることに加え、団塊世代が全て75歳に達するという節目を１年後に控えた時期となる。第８次医療計画や第４期医療適費正化計画、医師の時間外労働規制等の大きな制度変更も同時施行であることや、令和７年度に施行予定であるかかりつけ医機能報告制度や物価高騰に対する賃金上昇への対応が求められている。広島では近くに医療機関のない「無医地区」が令和４年10月時点で53地区ある状況で、コロナ禍の経験も踏まえ、地域医療構想の理念を実現していくため、令和４年11月に策定された「高度医療・人材育成拠点基本構想」に基づき、医療機能の分化・連携を進めている。併せて、在宅医療と介護の連携体制の構築など、医療・介護連携を推進し、地域完結型医療の構築を推進している

○　増大していく医療ニーズに対応するため、限られた財源の中で、医療DXを本格的に活用して、患者にとって安全・安心で効果的・効率的な医療が受けられるよう、真にメリハリの効いた大胆な配分の見直しが必要と考えている。特にかかりつけ医機能の強化と医療DXの推進について取り組んで頂きたい。かかりつけ医をより多くの人が持つことができるよう、令和７年度から導入されるかかりつけ医機能報告制度に先立ち、令和６年度診療報酬改定において、計画的な療養管理に関する重複評価の是正等、かかりつけ医を持つことのメリットを患者自身が感じられるような仕組みを整えていただきたい。また、マイナ保険証でスムーズな医療を受けられる体制や電子処方箋等の早期拡大、オンライン診療のさらなる活用など、質の高い医療を実現することが急務である。一方でオンライン診療については初診から向精神薬の処方を行うなど不適切な事例もみられ、安全性・有効性を確保しつつ、患者のニーズに対応した普及促進を進めていただきたい。

○　診療報酬改定を行うに当たっては、その目的や趣旨、内容が国民に十分に理解されるよう、患者の視点に立った検討を進めていただくこと、できるだけ分かりやすい仕組みとすること、診療報酬の内容を国民に分かりやすく説明いただくことをお願いしたい。患者本位の医療を推進することが、保険料や窓口負担を支払っている国民の納得感を醸成することとなり、我が国の国民皆保険制度を持続可能なものとしていくと考える。

意見発表者⑥（森本進・森本歯科クリニック院長）

○　歯や口の健康は全身の健康に大きく影響するため、歯周病などの重症化予防、口腔機能の維持・向上のみならず、生活の質を高める歯科医療をかかりつけ歯科医が地域において切れ目なく提供することが重要であると考えている。回復期医療や慢性期医療を担う病院における口腔管理は、まだまだ不十分であり、今回の同時改定では、リハビリテーション、

栄養管理、口腔管理の一体的な取組が推進されるよう要望する。それにはかかりつけ歯科医を含めた医療連携、多職種連携、地域連携がより強化される体制整備が必要である。

○　かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所について、施設基準を届け出ている診療所は、全体の２割にも届かず、歯科診療所は小規模なところが多いため、施設基準の人員要件を満たせない診療所では対応できず、外来を閉じて診療所をたびたび離れることも困難である。より多くの診療所がこの役割を果たすために、施設基準は訪問診療に対応できる体制や、連携体制を備えていることにとどめ、算定実績による縛りを見直して頂きたい。

○　院内感染防止対策について、歯科診療所はその診療環境から特に感染リスクが高いと言われていたが、新型コロナウイルス感染症の大きな感染事例が報告されていないのは、以前より肝炎やHIVなど､様々な感染症を念頭に行ってきた標準予防策が大きく貢献していると考えている。前回の改定で、初再診料の評価が見直されたが、コロナ禍以降は従来の標準予防策をさらに強化しており、その費用はより増加し、物価高騰も相まって全く足りないと感じている。患者さんの感染予防に対する意識に応え、より安心・安全に医療を提供できるよう、施設基準の要件も含めて評価の見直しを要望する。

○　歯科衛生士による実地指導の評価は多岐にわたっており、指導後の文書や業務記録の作成にもかなりの時間を費やしているが、この評価は約30年にわたり見直されておらず、極めて低いものと認識している。実態に合った評価の見直しとともに、歯科衛生士の業務の効率化の観点からも、実施時間や文書提供の要件撤廃などを御検討いただきたい。

○　歯科における基本的技術料については、低い評価のまま据え置かれているものや、実際に行っても点数としての評価がない項目がある。治療に伴う麻酔の技術料や薬剤料は、処置料等に含まれるとされており、発行する明細書には麻酔を行ったことが記載されない。これは医療機関がオンライン資格確認システムを利用した診療情報でも確認できないほか、患者さんがマイナポータルで確認することもできず、信頼関係に問題が生じるのではないかと懸念している。

○　感染防止対策、物価高騰による材料等の価格上昇、医療DX推進のための整備、スタッフの人材不足､賃上げ等への対応により､歯科診療所の経営はさらに厳しくなる状況にあり、今後も安心・安全で良質な歯科医療を継続して提供できるように、評価の見直しをお願いしたい。

意見発表者⑦（藤本大一郎・広島県坂町役場民生部部長）

○　国民健康保険は厚生労働省の国保実態調査の結果にもあるように、被用者保険に比べて前期高齢者が多く、年金生活者や無職の方など、保険料の負担能力が弱い方々の加入割合が高い構造であることに加え、団塊世代の後期高齢者医療制度への移行や、被用者保険の適用拡大の動きにより、被保険者は減少の一途である。その一方で、１人当たりの医療費は増大し続け、保険財政運営はより一層厳しい状況にある中、令和６年度からの第２期国保運営方針策定の考え方においては、全市町村で負担を分かち合い、都道府県全体で制度

を支え合う仕組みづくりについて、取り組む姿勢が打ち出されている。令和６年度からは新たな地域医療計画が始まるため、2040年に向けて増加する医療・介護ニーズに対応していくため、基礎自治体としても、医療・介護従事者を確保しつつ、地域の実情を踏まえた医療提供体制や地域包括ケアシステムの推進がさらに求められている。

○　病床機能の分化・連携のさらなる推進はもとより、24時間体制の地域医療体制の確保に向けては、普段からかかりつけ医、かかりつけ薬局などを中心とし、多様な主体が関わり、補完し合う医療体制の実現が大きな課題となっている。医療資源が不足する地方においては、ICTを活用した効率的な連携、さらに、適正な報酬算定のもとに展開される多様な主体による緊急往診、救急往診は軽度搬送などの救急抑制や在宅医の負担軽減、働き方改革など、かかりつけ医機能強化につながることも期待されている。医療に関わる様々な点がつながり、面として地域医療を支えていくことが必要と考えている。

○　少子化対策の推進に向けては、子供を産み、育てやすい環境整備として、小児救急を含む小児医療体制の強化も喫緊の課題となる。不足する小児診療所と、それを支える大病院との円滑な連携が必要であるとともに、令和４年度報酬改定で保険適用となった不妊治療においても、医学的なエビデンスを踏まえた上で、可能性を信じ、出産を望む人々の背中を押し、夢を持てる制度への充実が求められている。

○　令和６年度診療報酬改定では、医療従事者などの処遇改善も大きな論点となっている。多職種の医療人材によって支えられている地域医療の発展のためにも、確実に処遇改善につながる制度構築を望むとともに、昨今の物価高騰など、厳しい生活背景も十分配慮し、制度の充実に当たっては、診療報酬だけでなく、補助金等の活用も視野に入れ、患者、国民の経済的負担を抑え、安心して医療を受けることができる環境整備につながる診療報酬の改定であっていただきたい。

意見発表者⑧（青野拓郎・相田薬局薬剤師）

○　薬局経営は、新型コロナウイルスや薬価改定、物価高騰による影響が続いているため、大変厳しい状況にあり、小さな薬局はさらに厳しい状況となっている。そのような中で、薬局機能を維持する観点から、そこで働く薬剤師、事務職員の生活をしっかり支えるために、十分な賃上げが必要である。それには経営側も責任を持って対応していく必要があると思っている。地域の医療体制、医薬品提供体制の維持・確保のためにも、今回の改定において必要な対応をお願いしたい。

○　医療DXについて、広島市安佐地区では電子処方箋のモデル事業として、地域を挙げて取組を進めてきた。電子処方箋の仕組みによる調剤情報の活用は、医療安全のためにも重要な取組で、多剤投与や重複投薬の解消や医療費の適正化などが見込めるが、システム導入の費用負担は大きく、現状様々な追加的な改修による費用負担も発生している。推進していくためにも、体制整備や情報活用に関する報酬上の後押しは必要と考えている。

○　病院と薬局の連携について、広島県では地域連携・心臓いきいき推進事業という事業を

実施しており、薬局は心臓いきいき在宅支援施設として、医療機関や訪問看護ステーションと一緒に、心不全の増悪の早期発見と介入による重症化予防に取り組んでいる。医師との連携を前提とした適切な服薬指導が重要であり、薬剤師の役割も大きい。こうした取組が進むような評価をお願いしたい。

○　薬剤師の在宅訪問について、休日・夜間対応が求める声は様々な場所で耳にするが、実際に対応するのはかなりの負担となっている。休日・夜間の訪問対応についても適切な評価が必要とである。

○　後発医薬品への対応について、現場では後発医薬品にかかわらず、医薬品全般の供給問題に日々悩まされている。その都度、患者さんに薬の変更をお願いする必要があり、供給問題の対応に現場は疲弊している。報酬上の配慮や、運用上のルールの見直しや明確化などをお願いしたい。

○　敷地内薬局については、かかりつけ機能の推進や地域包括ケアシステム構築の阻害要因となっていることを現場の声として申し上げる。そのような薬局は、地域との関わりがないことが多く、これまで様々な対応が行われてきたが、現在も敷地内薬局は増え続けており、広島県内においても誘致が止まらない状況である。規制緩和で医療機関の敷地内に開設できるようになったからといって、このような現状を許容するのはおかしい。敷地内薬局を有する薬局グループへの対応も必要であり、厚生局が保険指定や更新の際に、医療機関と薬局の関係をきちんと確認し、その上で地方の協議会で指定しない、また更新しないなどの審議もできるよう、薬担規則や関連する通知等の見直しも必要と考える。

○　病院薬剤師の評価について、外来腫瘍化学療法前の情報提供の評価は非常に重要で医師や患者の評価も高い。

○　薬剤師の不足や偏在も言われており、処遇改善も含め、取組が進むような評価が必要と考える。

意見発表者⑨（高原和幸・薬害ヤコブ病被害者・弁護団全国連絡協議会）

○　中央社会保険医療協議会では、医療DXを進める議論がされており、これを機に薬害の再発防止と医療の質の向上のために欠かすことのできない、療養担当規則等で定められている電子カルテの保存義務期間の延長、永久的な保存を要望する。

○　薬害ヤコブ病の潜伏期間は最大32年、平均して12年となっており、カルテが長期保存されていないと、その原因が昔の手術の際に使用された乾燥硬膜だったということが分からず、原因が過去に受けた手術の際に使用された乾燥硬膜だと分かった場合でも、多くの原告はカルテがなく、薬害の認定を受けるのに支障をきたした。非常に苦労して当時の状況などから、硬膜移植がされていたことが分かり薬害と認定されたが、カルテが残っていればもっと簡単に認定されるはずだが、被害者は大変な苦労を強いられた。

○　また、現在の医療の仕組みを考えると、大きな病院である程度治療が終わると、地域の病院に治療が引き継がれるため、どこかの医療機関で過去のカルテが処分されてしまうと、

病気に関連性があっても原因が分からない状態となる。薬と薬の組み合わせによる薬害にしても、そうしたときにカルテが残っていることで、多くの人を救うことができる。

○　医療DXを進めると言いながら、電子カルテの保存期間を５年に制限することは、一体誰のための医療DXなのか、誰のための医療なのか、そして、本当に厚生労働省は薬害の被害者の苦しみを再発防止しようと思っているのかと疑いたくなる。

意見発表者⑩（浜崎忍・医療法人社団八千代会メリィホスピタル副院長・看護部長）

○　高齢患者の円滑な入院受入れと早期退院に向けた、多職種や看護補助者との連携協働の重要性について、当院においても高齢の救急患者などを昼夜問わず受け入れている。認知症、単身世帯、老老介護などが増えており、救急外来においては、こうした多様な背景を持つ高齢者の既往歴や、生活状況の把握、家族への説明や対応などに非常に多くの時間を必要とする。また、地域包括ケア病棟は治療と同時に、退院に向けた生活リハビリや生活動作への援助等が必要となり、看護職員配置基準は13対１であるが、ほぼ10対１の看護職員を配置し、夜間も看護職員４人体制でケアに当たっている。

○　高齢救急患者を受け入れる上では、安全な医療看護を提供し、早期退院に向け、看護を行えるように、機能に見合う看護体制の整備が必要であり、看護職のさらなる専門性発揮に向けた、タスク・シフト/シェア推進のためには、多職種との連携強化に加え、看護補助者の確保、協働の推進が不可欠である。高齢入院患者が増加している現状において、看護師の指導のもと、直接患者に対するケアを行える看護補助者と協働しながら看護を展開することが必要である。このため、当院では看護補助者対象の教育・研修を充実させることで、直接ケアに対する看護補助者の不安の軽減、安全にケアを担える状況を整備し、看護補助者の定着につなげている。同時に看護補助者確保のためには処遇改善を図ることも非常に重要である。看護補助者の賃金は、他の職種の賃金を下回っており、人材確保が厳しい状況のため、適切な処遇改善が行えるように、診療報酬上の対策が必要である。

○　重症化予防の取組や医療・介護の連携を推進し、安心・安全で質の高い看護を切れ目なく提供することについては、医療・介護の複合ニーズを持つ高齢患者が増えていく中で、入院医療から外来・在宅医療まで患者、家族の意思を尊重し、切れ目なく質の高い看護を効率的に提供し、地域での療養生活を支えることが重要となる。患者がセルフケア行動を理解し、住み慣れた場所で継続して生活するために、外来では看護師が患者、家族への指導を非常に丁寧に行っている。専門性の高い看護師が地域の介護施設などと感染対策や、摂食嚥下などに関わる連携強化を密にすることも有効である。

○　入院から在宅療養への円滑な移行のために、退院日における訪問看護の評価拡充、訪問看護事業所における24時間対応の強化も重要であり、在宅で生活する人工呼吸器装着患者、難病指定患者なども増えていることから、医療依存度の高い方への認定看護師、専門看護師、特定行為研修修了者と訪問看護師が連携しながら、地域の在宅療養患者を支えることが、ますます必要になっていくと考える。

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　医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組 1
①　賃上げに向けた評価の新設 1
②　入院基本料等の見直し 18
③　初再診料等の評価の見直し 45
④　歯科医療における初再診料等の評価の見直し 47
⑤　地域医療に貢献する薬局の体制確保に係る調剤基本料等の見直し 49
Ⅰ－２　各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、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..... 51
①　医師事務作業補助体制加算の見直し 51
②　特定集中治療室管理料等の見直し 53
③　入院中の薬物療法の適正化に対する取組の推進 66
④　薬剤師の養成強化による病棟薬剤業務の向上 69
⑤　外来腫瘍化学療法診療料の見直し 70
Ⅰ－３　業務の効率化に資する ICT の利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価 78
①　ICT、AI、IoT 等の活用による業務負担軽減の取組の推進 78
②　医療機関・薬局における事務等の簡素化・効率化 80
Ⅰ－４　地域医療の確保及び機能分化を図る観点から、労働時間短縮の実効性担保に向けた見直しを含め、必要な救急医療体制等の確保 81
①　地域医療体制確保加算の見直し 81
②　勤務医の働き方改革の取組の推進 83
Ⅰ－５　多様な働き方を踏まえた評価の拡充 85
①　特定集中治療室管理料等の見直し 85
②　看護補助体制充実加算に係る評価の見直し 86
③　感染対策向上加算等における専従要件の明確化 90

④　ICT、AI、IoT 等の活用による業務負担軽減の取組の推進 94
⑤　訪問看護ステーションにおける持続可能な 24 時間対応体制確保の推進 95
Ⅰ－６　医療人材及び医療資源の偏在への対応 99
①　時間外対応加算の見直し 99
②　特定集中治療室管理料等の見直し 103
③　超急性期脳卒中加算の見直し 104
④　脳梗塞の患者に対する血栓回収療法における 遠隔連携の評価 106
⑤　DPC／PDPS の見直し 109
⑥　医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し 110
⑦　医療資源の少ない地域の対象地域の見直し 119

Ⅱ　ポスト 2025 を見据えた地域包括ケアシステムの深化･推進や医療 DX を含めた医療機能の分化・強化、連携の推進
Ⅱ－１　医療 DX の推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進 121
①　医療情報・システム基盤整備体制充実加算の見直し 121
②　医療 DX 推進体制整備加算の新設 124
③　在宅医療における医療 DX の推進 128
④　訪問看護医療 DX 情報活用加算の新設 133
⑤　救急時医療情報閲覧機能の導入の推進 135
⑥　へき地診療所等が実施する D to P with N の推進 137
⑦　難病患者の治療に係る遠隔連携診療料の見直し 138
⑧　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料における情報通信機器を用いた診療に係る評価の新設 140
⑨　小児特定疾患カウンセリング料の見直し 142
⑩　情報通信機器を用いた通院精神療法に係る評価の新設 145
⑪　情報通信機器を用いた歯科診療に係る評価の新設 147
⑫　歯科遠隔連携診療料の新設 149
⑬　超急性期脳卒中加算の見直し 151
⑭　脳梗塞の患者に対する血栓回収療法における遠隔連携の評価 . 152
⑮　診療録管理体制加算の見直し 153

⑯　プログラム医療機器の使用に係る指導管理の評価 157
⑰　診療報酬における書面要件の見直し 158
⑱　書面掲示事項のウェブサイトへの掲載 161
⑲　医療機関・薬局における事務等の簡素化・効率化 167
Ⅱ－２　生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化･推進のための取組 168
①　地域で救急患者等を受け入れる病棟の評価 168
②　介護保険施設入所者の病状の急変時の適切な入院受入れの推進 175
③　医療機関と介護保険施設の連携の推進 177
④　介護保険施設及び障害者支援施設における医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し 179
⑤　リハビリテーションに係る医療・介護情報連携の推進 194
⑥　退院時におけるリハビリテーションに係る医療・介護連携の推進 199
⑦　就労支援に係る医療機関と障害福祉サービスの連携の推進 ... 201
⑧　入退院支援加算１・２の見直しについて 203
⑨　在宅療養指導料の見直し 208
⑩　認知症ケア加算の見直し 210
⑪　入院基本料等の見直し 214
⑫　地域包括ケア病棟入院料の評価の見直し 215
⑬　地域包括ケア病棟の施設基準の見直し 221
⑭　有床診療所における医療・介護・障害連携の推進 229
⑮　リハビリテーションに係る医療・介護・障害福祉サービス連携の推進..... 232
Ⅱ－３　リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進 . 235
①　急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進..... 235
②　病態に応じた早期からの疾患別リハビリテーションの推進 ... 237
③　疾患別リハビリテーション料の実施者別区分の創設 240
④　呼吸器リハビリテーション料の見直し 247

⑤　療養病棟入院基本料の見直し 248
⑥　入院基本料等の見直し 266
⑦　医療と介護における栄養情報連携の推進 267
⑧　回復期等の患者に対する口腔機能管理の推進 269
Ⅱ－４　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..... 272
①　急性期充実体制加算の見直し 272
②　総合入院体制加算の見直し 281
③　急性期一般入院料１における平均在院日数の基準の見直し ... 283
④　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目及び施設基準の見直し..... 284
⑤　特定集中治療室管理料等の見直し 288
⑥　ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の見直し ... 289
⑦　重症度、医療・看護必要度Ⅱの要件化 291
⑧　重症患者対応体制強化加算の要件の見直し 296
⑨　短期滞在手術等基本料の評価の見直し 298
⑩　地域で救急患者等を受け入れる病棟の評価 309
⑪　主としてケアを担う看護補助者の評価の新設 310
⑫　地域包括ケア病棟の在宅患者支援病床初期加算の見直し 318
⑬　回復期リハビリテーション病棟入院料の評価及び要件の見直し 320
⑭　療養病棟入院基本料の見直し 325
⑮　有床診療所療養病床入院基本料の施設基準の見直し 326
⑯　児童・思春期精神科入院医療管理料における不適切な養育等が疑われる小児患者に対する支援体制の評価の新設 331
⑰　障害者施設等入院基本料等の患者割合に係る要件の見直し ... 333
⑱　障害者施設等入院基本料等の見直し 335
⑲　緩和ケア病棟における在宅療養支援の充実 338
⑳　医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し 340
㉑　医療資源の少ない地域の対象地域の見直し 341
㉒　DPC／PDPS の見直し 342

㉓　血友病患者の治療の評価の見直し 358
Ⅱ－５　外来医療の機能分化・強化等 360
①　生活習慣病に係る医学管理料の見直し 360
②　特定疾患処方管理加算の見直し 369
③　地域包括診療料等の見直し 372
Ⅱ－６　新興感染症等に対応できる地域における医療提供体制の構築に向けた取組 378
①　感染対策向上加算の見直し 378
②　外来感染対策向上加算の見直し 382
③　感染症の入院患者に対する感染対策及び個室管理の評価 386
④　サーベイランス強化加算等の見直し 392
⑤　新興感染症等に対応可能な歯科医療提供体制の構築 395
⑥　連携強化加算（調剤基本料）の見直し 405
⑦　新興感染症等に対応した在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の見直し..... 408
Ⅱ－７　かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価..... 410
①　地域包括診療料等の見直し 410
②　時間外対応加算の見直し 411
③　小児かかりつけ診療料の見直し 412
④　継続的・定期的な口腔管理による歯科疾患の重症化予防の取組の推進..... 414
⑤　かかりつけ薬剤師指導料の見直し 419
⑥　服薬管理指導料の特例（かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合）の見直し 421
⑦　薬学的なフォローアップに関する評価の見直し 423
Ⅱ－８　質の高い在宅医療・訪問看護の確保 425
①　介護保険施設入所者の病状の急変時の適切な往診の推進 425
②　地域における 24 時間の在宅医療提供体制の構築の推進 427
③　往診に関する評価の見直し 428
④　在宅医療における ICT を用いた 医療情報連携の推進 431

⑤　在宅療養移行加算の見直し 434
⑥　在宅における注射による麻薬の投与に係る評価の新設 437
⑦　在宅における質の高い緩和ケアの提供の推進 441
⑧　在宅ターミナルケア加算等の見直し 443
⑨　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見直し 447
⑩　在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院における訪問栄養食事指導の推進 468
⑪　包括的支援加算の見直し 471
⑫　訪問診療の頻度が高い医療機関の在宅患者訪問診療料の見直し 473
⑬　頻回訪問加算の見直し 476
⑭　訪問看護ステーションにおける管理者の責務の明確化 477
⑮　虐待防止措置及び身体的拘束等の適正化の推進 480
⑯　訪問看護ステーションの機能に応じた訪問看護管理療養費の見直し..... 482
⑰　訪問看護ステーションにおける持続可能な 24 時間対応体制確保の推進..... 486
⑱　緊急訪問看護加算の評価の見直し 487
⑲　医療ニーズの高い利用者の退院支援の見直し 489
⑳　母子に対する適切な訪問看護の推進 490
㉑　訪問看護療養費明細書の電子化に伴う訪問看護指示書の記載事項及び様式見直し 492
㉒　訪問看護医療ＤＸ情報活用加算の新設 494
㉓　ICT を活用した遠隔死亡診断の補助に対する評価の新設 495
㉔　質の高い在宅歯科医療の提供の推進 497
㉕　訪問歯科衛生指導の推進 506
㉖　小児に対する歯科訪問診療の推進 508
㉗　入院患者の栄養管理等における歯科専門職の 連携の推進 509
㉘　多様な在宅ニーズに対応した薬局の高度な薬学的管理に係る体制評価の見直し 513

㉙　在宅医療における薬学的管理に係る評価の新設 520
㉚　医療用麻薬における無菌製剤処理加算の要件の見直し 524
㉛　高齢者施設における薬学的管理に係る評価の見直し 526

Ⅲ　安心・安全で質の高い医療の推進
Ⅲ－１　食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰を踏まえた対応 .529
①　入院時の食費の基準の見直し 529
Ⅲ－２　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 531
①　一般不妊治療管理料及び胚凍結保存管理料の見直し 531
②　外来腫瘍化学療法診療料の見直し 533
③　遺伝学的検査の見直し 534
④　抗 HLA 抗体検査の算定要件の見直し 539
⑤　人工腎臓に係る導入期加算の見直し 541
⑥　入院基本料等の見直し 543
⑦　看護補助体制充実加算に係る評価の見直し 544
⑧　医療安全対策の推進 545
⑨　手術等の医療技術の適切な評価 549
⑩　質の高い臨床検査の適切な評価 552
⑪　医療機関・訪問看護ステーションにおける明細書発行の推進 .553
⑫　新興感染症等に対応可能な歯科医療提供体制の構築 555
Ⅲ－３　アウトカムにも着目した評価の推進 556
①　データ提出加算及び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 556
②　回復期リハビリテーション病棟入院料の評価及び要件の見直し 561
③　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料の算定単位数の見直し 562
Ⅲ－４　重点的な対応が求められる分野への適切な評価（小児医療、周産期医療、救急医療等）
Ⅲ－４－１　高齢者の救急医療の充実及び適切な搬送の促進 564

①　初期診療後の救急患者の転院搬送に対する評価 564
②　救急医療管理加算の見直し 567
Ⅲ－４－２　小児医療、周産期医療の充実 572
①　新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料の新設 572
②　小児特定疾患カウンセリング料の見直し 574
③　小児緩和ケア診療加算の新設 575
④　小児かかりつけ診療料の見直し 577
⑤　小児特定集中治療室管理料における算定上限日数の見直し ... 578
⑥　小児抗菌薬適正使用支援加算及び小児科外来診療料の見直し . 579
⑦　医療的ケア児（者）に対する入院前支援の評価の新設 581
⑧　入退院支援加算３の見直し 583
⑨　一般病棟と一体的に運用する小児入院医療管理料３の見直し . 586
⑩　小児入院医療管理料における保育士・看護補助者の評価の新設
..... 588
⑪　母体・胎児集中治療室管理料の見直し 592
⑫　ハイリスク妊娠管理加算の見直し 594
Ⅲ－４－３　質の高いがん医療及び緩和ケアの評価 595
①　がん性疼痛緩和指導管理料の見直し 595
②　緩和ケア病棟における在宅療養支援の充実 597
③　在宅における注射による麻薬の投与に係る評価の新設 598
④　在宅における質の高い緩和ケアの提供の推進 599
⑤　小児緩和ケア診療加算の新設 600
⑥　外来腫瘍化学療法診療料の見直し 601
⑦　がん拠点病院加算の見直し 602
Ⅲ－４－４　認知症の者に対する適切な医療の評価 604
①　入院基本料等の見直し 604
②　認知症ケア加算の見直し 605
③　地域包括診療料等の見直し 606
④　認知症患者に対するかかりつけ歯科医と医師等との連携による歯
科医療の推進 607
Ⅲ－４－５　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.....608
①　精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に向けた重点的な支援を提供する病棟の評価の新設 608
②　地域移行機能強化病棟入院料の継続と要件の見直し 611
③　精神科入退院支援加算の新設 616
④　療養生活環境整備指導加算及び療養生活継続支援加算の見直し 619
⑤　通院・在宅精神療法の見直し及び早期診療体制充実加算の新設 621
⑥　児童思春期支援指導加算の新設 624
⑦　心理支援加算の新設 627
⑧　精神科在宅患者支援管理料の見直し 628
Ⅲ－４－６　難病患者に対する適切な医療の評価 630
①　難病患者の治療に係る遠隔連携診療料の見直し 630
②　遺伝学的検査の見直し 631
Ⅲ－５　生活習慣病の増加等に対応する効果的･効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進 632
①　生活習慣病に係る医学管理料の見直し 632
②　特定疾患処方管理加算の見直し 633
③　地域包括診療料等の見直し 634
④　慢性腎臓病の透析予防指導管理の評価の新設 635
⑤　薬学的なフォローアップに関する評価の見直し 637
Ⅲ－６　口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進 638
①　医科歯科連携の推進 638
②　回復期等の患者に対する口腔機能管理の推進 643
③　歯科疾患に対する周術期等口腔機能管理の見直し 644
④　医歯薬連携の推進 647
⑤　ライフステージに応じた口腔機能管理の推進 649
⑥　客観的な評価に基づく歯科医療や口腔機能管理の推進 651
⑦　認知症患者に対するかかりつけ歯科医と医師等との連携による歯

科医療の推進 653
⑧　かかりつけ歯科医と学校関係者等の連携の促進 654
⑨　歯科治療環境への適応が困難な患者に対する評価の見直し ... 655
⑩　う蝕の重症化予防の推進 656
⑪　歯周病の重症化予防の推進 660
⑫　歯科衛生士による実地指導の推進 662
⑬　情報通信機器を用いた歯科診療に係る評価の新設 663
⑭　歯科遠隔連携診療料の新設 664
⑮　歯科固有の技術の評価の見直し 665
Ⅲ－７　薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病院薬剤師業務の評価..... 678
①　薬局薬剤師の業務実態及び多職種連携のニーズに応じた薬学管理料の見直し 678
②　薬学的なフォローアップに関する評価の見直し 687
③　薬局における嚥下困難者用製剤加算及び自家製剤加算の薬剤調製に係る評価の見直し 688
④　外来腫瘍化学療法診療料の見直し 690
⑤　入院中の薬物療法の適正化に対する取組の推進 691
⑥　薬剤師の養成強化による病棟薬剤業務の向上 692
Ⅲ－８　薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進 693
①　調剤基本料の見直し 693
②　地域支援体制加算の見直し 694
③　休日・深夜加算の見直し 715
④　いわゆる同一敷地内薬局に関する評価の見直し 717
⑤　連携強化加算（調剤基本料）の見直し 724
Ⅲ－９　医薬品産業構造の転換も見据えた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 725
①　長期収載品の保険給付の在り方の見直し 725
②　医薬品取引状況に係る報告の見直し 726

③　プログラム医療機器についての評価療養の新設 730
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　後発医薬品やバイオ後続品の使用促進、長期収載品の保険給付の在り方の見直し等 731
①　医療 DX 及び医薬品の安定供給に資する取組の推進に伴う処方等に係る評価の再編 731
②　バイオ後続品の使用促進 738
③　長期収載品の保険給付の在り方の見直し 741
④　再製造単回使用医療機器の使用に対する評価 742
⑤　プログラム医療機器の使用に係る指導管理の評価 743
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 744
①　実勢価格等を踏まえた検体検査等の評価の適正化 744
②　人工腎臓の評価の見直し 746
③　検査、処置及び麻酔の見直し 747
Ⅳ－４　医療 DX の推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進 748
医療 DX の推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進 748
Ⅳ－５　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..... 749
Ⅳ－６　外来医療の機能分化・強化等 750
外来医療の機能分化・強化等 750
Ⅳ－７　生活習慣病の増加等に対応する効果的･効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進 751
Ⅳ－８　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 752
①　入院中の薬物療法の適正化に対する取組の推進 752
②　医療 DX 及び医薬品の安定供給に資する取組の推進に伴う処方等に係る評価の再編 753
③　投薬用の容器に関する取扱いの見直し 754
Ⅳ－９　薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進 756

【Ｉ－１　医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組－①】

①　賃上げに向けた評価の新設

第１　基本的な考え方

看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種について、賃上げを実施していくため、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

１．外来医療又は在宅医療を実施している医療機関（医科）において、勤務する看護職員、薬剤師その他の医療関係職種の賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

（新）　外来・在宅ベースアップ評価料（Ｉ）（１日につき）

１	初診時	●●点
２	再診時	●●点
３	訪問診療時	
イ	同一建物居住者以外の場合	●●点
ロ	同一建物居住者の場合	●●点

［算定要件］

（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。以下同じ。）の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して初診を行った場合に、所定点数を算定する。

（２）２については、主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して再診又は短期滞在手術等基本料１を算定すべき手術を行った場合に、所定点数を算定する。

（３）３のイについては、主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、次のいずれかに該当する訪問診療を行った場合に算定する。

イ　当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問

して診療を行った場合（区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合及び有料老人ホームその他これに準ずる施設（以下この区分番号において「有料老人ホーム等」という。）に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。）であって、当該患者が同一建物居住者（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訪問診療を行う場合の当該患者をいう。以下この区分番号において同じ。）以外である場合

ロ　区分番号Ｃ００２に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号Ｃ００２－２に掲げる施設入居時等医学総合管理料又は区分番号Ｃ００３に掲げる在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす他の保険医療機関の求めに応じ、当該他の保険医療機関から紹介された患者に対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った場合（有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。）に、当該患者が同一建物居住者以外である場合

ハ　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）において、在宅での療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者であって通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に総合的な医療を提供した場合（訪問診療を行った場合に限る。）

（４）３のロについては、主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、次のいずれかに該当する訪問診療を行った場合に算定する。

イ　当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合及び有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。）であって、当該患者が同一建物居住者である場合

ロ　区分番号Ｃ００２に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号Ｃ００２―２に掲げる施設入居時等医学総合管理料又は区分番号Ｃ００３に掲げる在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす他の保険医療機関の求めに応じ、当該他の保険医療機関から紹介された患者に対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下

に訪問して診療を行った場合（有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。）に、当該患者が同一建物居住者である場合

ハ　有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等入居している患者に対して訪問診療を行った場合

［施設基準］

（１）外来医療又は在宅医療を実施している保険医療機関であること。

（２）主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下「対象職員」という。）が勤務していること。対象職員は別表１に示す職員であり、専ら事務作業（医師事務作業補助者、看護補助者等が医療を専門とする職員の補助として行う事務作業を除く。）を行うものは含まれない。

（３）当該評価料を算定する場合は、令和６年度及び令和７年度において対象職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるもの除く。）を実施しなければならない。ただし、令和６年度において、翌年度の賃金の改善のために繰り越しを行う場合においてはこの限りではない。

（４）（３）について、基本給、手当、賞与等のうち対象とする賃金項目を特定した上で行い、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。）の引上げにより改善を図ることを原則とする。

（５）対象職員の基本給等を令和５年度と比較して一定水準以上引き上げた場合は、40 歳未満の勤務医及び勤務歯科医並びに事務職員等の当該保険医療機関に勤務する職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるもの除く。）を行うことができること。

（６）令和６年度及び令和７年度における当該保険医療機関に勤務する職員の賃金の改善に係る計画を作成していること。

（７）前号の計画に基づく職員の賃金の改善に係る状況について、定期的に地方厚生局長等に報告すること。

２．外来医療又は在宅医療を実施している医療機関（歯科）において、勤務する歯科衛生士、歯科技工士その他の医療関係職種の賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

（新）　歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）（１日につき）

１　初診時　●●点

２　再診時　●●点

３　歯科訪問診療時

イ　同一建物居住者以外の場合　●●点

ロ　同一建物居住者の場合　　●●点

［算定要件］

（１）１については、主として歯科医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下同じ。）の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して初診を行った場合に、所定点数を算定する。

（２）２については、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、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る歯科訪問診療を行った場合に算定する。

イ　患者の求めに応じた歯科訪問診療

ロ　歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する当該患者の同意を得た歯科訪問診療

（４）３のロについては、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、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を行った場合に算定する。

イ　患者の求めに応じた歯科訪問診療

ロ　歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する当該患者の同意を得た歯科訪問診療

［施設基準］

（１）外来医療又は在宅医療を実施している保険医療機関であること。

（２）主として歯科医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下「対象職員」という。）が勤務していること。対象職員は別表１に示す職員であり、専ら事務作業（歯科業務補助者等が医療を専門とする職員の補助として行う事務作業を除く。）を行うものは含まれない。

（３）当該評価料を算定する場合は、令和６年度及び令和７年度において対象職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実施しなければならない。ただし、令和６年度において、翌年度の賃金の改善のために繰り越しを行う場合においてはこの限りではない。

（４）（３）について、基本給、手当、賞与等のうち対象とする賃金項目を特定した上で行い、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。）の引上げにより改善を図ることを原則とする。

（５）対象職員の基本給等を令和５年度と比較して一定水準以上引き上げた場合は、40 歳未満の勤務歯科医及び勤務医並びに事務職員等の当該保険医療機関に勤務する職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を行うことができること。

（６）令和６年度及び令和７年度における当該保険医療機関に勤務する職員の賃金の改善に係る計画を作成していること。

（７）前号の計画に基づく職員の賃金の改善に係る状況について、定期的に地方厚生局長等に報告すること。

３．外来医療又は在宅医療を実施し、入院医療を実施していない診療所であって、勤務する看護職員、薬剤師その他の医療関係職種の賃金の改善を強化する必要がある医療機関において、賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

（新）　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）（１日につき）

１	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）１	
	イ　初診又は訪問診療を行った場合	●●点
	ロ　再診時	●●点
２	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）２	
	イ　初診又は訪問診療を行った場合	●●点
	ロ　再診時	●●点
↓		
●	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）●	
	イ　初診又は訪問診療を行った場合	●●点
	ロ　再診時	●●点

［算定要件］

（１）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「対象職員」という。）の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届

け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して診療を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

（２）各区分のイについては、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の１又は３を算定している患者について、各区分のロについては、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の２を算定している患者について、それぞれの所定点数を算定する。

［施設基準］

（１）入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料１を除く。）の届出を行っていない保険医療機関であること。

（２）外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の届出を行っている保険医療機関であること。

（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）により算定される点数の見込みの 10 倍の数が、対象職員の給与総額の●分●厘未満であること。

（４）外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の保険医療機関ごとの区分については、当該保険医療機関における対象職員の給与総額、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）により算定される点数の見込み並びに外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定回数の見込みを用いて算出した数【Ａ】に基づき、別表２に従い該当する区分のいずれかを届け出ること。ただし、歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の施設基準の届出を行う保険医療機関については、同一の区分により届け出ること。

$$【A】= \frac{\left(\text{対象職員の給与総額}\times●\text{分}●\text{厘} - \left(\text{外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される点数の見込み}\right)\times 10\text{円}\right)}{\left(\begin{array}{l}\text{外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）イの算定回数の見込み}\times● \\ +\ \text{外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）ロの算定回数の見込み} \\ +\ \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）イの算定回数の見込み}\times● \\ +\ \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）ロの算定回数の見込み}\end{array}\right)\times 10\text{円}}$$

（５）（４）について、「対象職員の給与総額」は、直近●か月の１月あたりの平均の数値を用いること。外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定回数の見込みは、初診料等の算定回数を用いて計算し、直近●か月の１月あたりの平均の数値を用いること。また、毎年●、●、●、●月に上記の

算定式により新たに算出を行い、区分に変更がある場合は地方厚生局長等に届け出ること。

ただし、前回届け出た時点と比較して、直近●か月の【Ａ】、対象職員の給与総額、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）により算定される点数の見込み並びに外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定回数の見込みのいずれの変化も●割以内である場合においては、区分の変更を行わないものとすること。

（６）当該評価料を算定する場合は、令和６年度及び令和７年度において対象職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実施しなければならない。ただし、令和６年度において、翌年度の賃金の改善のために繰り越しを行う場合においてはこの限りではない。

（７）（６）について、基本給、手当、賞与等のうち対象とする賃金項目を特定した上で行い、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げにより改善を図ることを原則とする。

（８）令和６年度及び令和７年度における当該保険医療機関に勤務する職員の賃金の改善に係る計画を作成していること。

（９）前号の計画に基づく職員の賃金の改善に係る状況について、定期的に地方厚生局長等に報告すること。

（10）対象職員が常勤換算で２人以上勤務していること。ただし、特定地域に所在する保険医療機関にあっては、当該規定を満たしているものとする。

（11）主として保険診療等から収入を得る保険医療機関であること。

４．外来医療又は在宅医療を実施し、入院医療を実施していない歯科診療所であって、勤務する歯科衛生士、歯科技工士その他の医療関係職種の賃金の改善を強化する必要がある医療機関において、賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

（新）　歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）（１日につき）

１　歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）１

イ　初診又は歯科訪問診療を行った場合　●●点

ロ　再診時　●●点

２　歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）２

イ　初診又は歯科訪問診療を行った場合　●●点

ロ　再診時　●●点

↓

●　歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）●

イ　初診又は歯科訪問診療を行った場合　●●点

ロ　再診時　　●●点

［算定要件］

（１）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「対象職員」という。）の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して診療を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

（２）各区分のイについては、歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の１又は３を算定している患者について、各区分のロについては、歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の２を算定している患者について、それぞれの所定点数を算定する。

［施設基準］

（１）入院基本料又は特定入院料の届出を行っていない保険医療機関であること。

（２）歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の届出を行っている保険医療機関であること。

（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）により算定される点数の見込みの 10 倍の数が、対象職員の給与総額の●分●厘未満であること。

（４）歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の保険医療機関ごとの区分については、当該保険医療機関における対象職員の給与総額、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）により算定される点数の見込み並びに外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定回数の見込みを用いて算出した数【Ａ】に基づき、別表２に従い該当する区分のいずれかを届け出ること。ただし、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の施設基準の届出を行う保険医療機関については、同一の区分を届け出ること。

$$【A】＝\frac{\left(\text{対象職員の給与総額}\times●\text{分}●\text{厘} - \left(\text{外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される点数の見込み}\right)\right)}{\left(\begin{array}{l}\text{外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）イの算定回数の見込み}\times●\\ +\ \text{外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）ロの算定回数の見込み}\\ +\ \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）イの算定回数の見込み}\times●\\ +\ \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）ロの算定回数の見込み}\end{array}\right)\times 10\text{円}}$$

（５）（４）について、「対象職員の給与総額」は、直近●か月の１月あたりの平均の数値を用いること。外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定回数の見込みは、初診料等の算定回数を用いて計算し、直近●か月の１月あたりの平均の数値を用いること。また、毎年●、●、●、●月に上記の算定式により新たに算出を行い、区分に変更がある場合は地方厚生局長等に届け出ること。

ただし、前回届け出た時点と比較して、直近●か月の【Ａ】、対象職員の給与総額、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）により算定される点数の見込み並びに外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定回数の見込みのいずれの変化も●割以内である場合においては、区分の変更を行わないものとすること。

（６）当該評価料を算定する場合は、令和６年度及び令和７年度において対象職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実施しなければならない。ただし、令和６年度において、翌年度の賃金の改善のために繰り越しを行う場合においてはこの限りではない。

（７）（６）について、基本給、手当、賞与等のうち対象とする賃金項目を特定した上で行い、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げにより改善を図ることを原則とする。

（８）令和６年度及び令和７年度における当該保険医療機関に勤務する職員の賃金の改善に係る計画を作成していること。

（９）前号の計画に基づく職員の賃金の改善に係る状況について、定期的に地方厚生局長等に報告すること。

（10）対象職員が常勤換算で２人以上勤務していること。ただし、特定地域に所在する保険医療機関にあっては、当該規定を満たしているものとする。

（11）主として保険診療等から収入を得る保険医療機関であること。

５．病院又は有床診療所において、勤務する看護職員、薬剤師その他の医療関係職種の賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

（新）　入院ベースアップ評価料（１日につき）

１	入院ベースアップ評価料１	●●点
２	入院ベースアップ評価料２	●●点
↓		
●	入院ベースアップ評価料●	●●点

［算定要件］

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「対象職員」という。）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。

［施設基準］

（１）入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料１を除く。）の届出を行っている保険医療機関であること。

（２）主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下「対象職員」という。）が勤務していること。

（３）外来・在宅ベースアップ評価料（Ｉ）又は歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ｉ）の届出を行っている保険医療機関であること。

（４）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）により算定される点数の見込みの 10 倍の数が、対象職員の給与総額の●分●厘未満であること。

（５）入院ベースアップ評価料の保険医療機関ごとの点数については、当該保険医療機関における対象職員の給与総額、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）により算定される点数の見込み並びに延べ入院患者数（入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料を算定している患者の延べ人数をいう。以下同じ。）の見込みを用いて次の式により算出した数【Ｂ】に基づき、別表３に従い該当する区分を届け出ること。

$$【B】＝\frac{\left(\text{対象職員の給与総額}\times●\text{分}●\text{厘} - \left(\text{外来・在宅ベースアップ評価料（Ｉ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ｉ）により算定される点数の見込み}\right)\times 10\text{円}\right)}{\text{当該保険医療機関の延べ入院患者数}\times 10\text{円}}$$

（６）（５）について、「対象職員の給与総額」は、直近●か月の１月あたりの平均の数値を用いること。延べ入院患者数、直近●か月の１月あたりの平均の数値を用いること。また、毎年●、●、●、●月に上記の算定式により新たに算出を行い、区分に変更がある場合は地方厚生局長等に届け出ること。

ただし、前回届け出た時点と比較して、直近●か月の【Ｂ】、対象職員の給与総額、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）により算定される点数の見込み並びに延べ入院患者数のいずれの変化も●割以内である場合においては、区分の変更を行わないものとすること。

（７）当該評価料を算定する場合は、令和６年度及び令和７年度において対象職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実施しなければならない。ただし、令和６年度において、翌年度の賃金の改善のために繰り越しを行う場合においてはこの限りではない。

（８）（７）について、基本給、手当、賞与等のうち対象とする賃金項目を特定した上で行い、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げにより改善を図ることを原則とする。

（９）令和６年度及び令和７年度における当該保険医療機関に勤務する職員の賃金の改善に係る計画を作成していること。

（10）前号の計画に基づく職員の賃金の改善に係る状況について、定期的に地方厚生局長等に報告すること。

（11）主として保険診療等から収入を得る保険医療機関であること。

６．訪問看護ステーションにおいて、勤務する看護職員その他の医療関係職種の賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

（新）　訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）　●●円

［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回を限度として算定する。

［施設基準］

（１）主として医療に従事する職員（以下「対象職員」という。）が勤務していること。対象職員は別表１に示す職員であり、専ら事務作業（看護補助者等が医療を専門とする職員の補助として行う事務作業を除く。）を行うものは含まれない。

（２）当該評価料を算定する場合は、令和６年度及び令和７年度において対象職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実施しなければならない。ただし、令和６年度において、翌年度の賃金の改善のために繰り越しを行う場合においてはこの限りではない。

（３）（２）について、基本給、手当、賞与等のうち対象とする賃金項目を特定した上で行い、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。）の引上げにより改善を図ることを原則とする。
（４）対象職員の基本給等を令和５年度と比較して一定水準以上引き上げた場合は、事務職員等の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行うことができること。
（５）令和６年度及び令和７年度における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に係る計画を作成していること。
（６）前号の計画に基づく職員の賃金の改善に係る状況について、定期的に地方厚生局長等に報告すること。

７．訪問看護ステーションであって、勤務する看護職員その他の医療関係職種の賃金の改善を強化する必要がある訪問看護ステーションにおいて、賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

（新）　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	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）２	●●円
↓		
●	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）●	●●円

［算定要件］
（１）別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションが、主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制にある場合には、訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）を算定している利用者１人につき、訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）として、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。

［施設基準］
（１）訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）の届出を行っている訪問看護ステーションであること。
（２）訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される金額の見込みの数が、対象職員の給与総額から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（以下「医療保険の利用者割合」とする。）を乗じた数の●分●厘未満であること。
　ただし、同一月に医療保険制度と介護保険制度の給付の対象となる訪問看護を受けた者については、医療保険制度の給付による場合

として取り扱うこと。

$$\text{医療保険の利用者割合} = \frac{\text{直近●か月の１月あたりの区分番号０２の１の算定回数の平均}}{\text{直近●か月の１月あたりの医療保険制度の給付の対象となる訪問看護を受けた者＋介護保険制度の給付の対象となる訪問看護を受けた者}}$$

（３）訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の訪問看護ステーションごとの区分については、当該訪問看護ステーションにおける対象職員の給与総額、訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される金額の見込み並びに訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定回数の見込みを用いて算出した数【Ｃ】に基づき、別表４に従い該当する区分のいずれかを届け出ること。

$$【C】= \frac{\left(\text{対象職員の給与総額}\times\text{医療保険の利用者割合}\times●\text{分}●\text{厘} - \text{訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される金額の見込み}\right)}{\text{訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定回数の見込み}}$$

（４）（３）について、「対象職員の給与総額」は、直近●か月の１月あたりの平均の数値を用いること。訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定回数の見込みは、訪問看護管理療養費（月の初日の訪問の場合）の算定回数を用いて計算し、直近●か月の１月あたりの平均の数値を用いること。また、毎年●、●、●、●月に上記の算定式により新たに算出を行い、区分に変更がある場合は地方厚生局長等に届け出ること。

ただし、前回届け出た時点と比較して、直近●か月の【Ｃ】、対象職員の給与総額、訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される金額の見込み並びに訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定回数の見込みのいずれの変化も●割以内である場合においては、区分の変更を行わないものとすること。

（５）当該評価料を算定する場合は、令和６年度及び令和７年度において対象職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実施しなければならない。ただし、令和６年度において、翌年度の賃金の改善のために繰り越しを行う場合においてはこの限りではない。

（６）（５）について、基本給、手当、賞与等のうち対象とする賃金項目を特定した上で行い、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げにより改善を図ることを原則とする。

（７）令和６年度及び令和７年度における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に係る計画を作成していること。
（８）前号の計画に基づく職員の賃金の改善に係る状況について、定期的に地方厚生局長等に報告すること。
（９）対象職員が常勤換算で２人以上勤務していること。ただし、特定地域に所在する訪問看護ステーションにあっては、当該規定を満たしているものとする。
(10) 主として保険診療等から収入を得る訪問看護ステーションであること。

８．令和６年度及び令和７年度に賃金の改善を確実に実施するために、看護職員処遇改善評価料の施設基準を見直す。

改　定　案	現　　行
【看護職員処遇改善評価料】 ［施設基準］ １　看護職員処遇改善評価料に関する施設基準 (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の引上げ（以下「ベア等」という。）により改善を図ること。 　ただし、令和６年度及び令和７年度に、翌年度以降のベア等の改善のために繰り越しを行った場合においては、当該評価料の算定額から当該繰り越しを行った額を控除した額のうち３分の２以上をベア等により改善を図ることで足りるものとする。 (6)　(5)について、原則として、賃金改善実施期間内に賃金の改善措置を行う必要があること。ただし、届出時点の計画を上回る収入が生じた場合又は看護職員が減った場合であって、当該計	【看護職員処遇改善評価料】 ［施設基準］ １　看護職員処遇改善評価料に関する施設基準 (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の引上げ（以下「ベア等」という。）により改善を図ること。 　ただし、「令和４年度（令和３年度からの繰越分）看護職員等処遇改善事業補助金」が交付された保険医療機関については、令和４年度中においては、同補助金に基づくベア等水準を維持することで足りるものとする。 （新設）

画に基づく収入の３分の２以上を賃金の改善措置を行っている場合に限り、当該差分については、翌年度の12月までに賃金の改善措置を行えばよいものとする。 (7)～(10)　（略）	(6)～(9)　（略）

別表１

ア　薬剤師
イ　保健師
ウ　助産師
エ　看護師
オ　准看護師
カ　看護補助者
キ　理学療法士
ク　作業療法士
ケ　視能訓練士
コ　言語聴覚士
サ　義肢装具士
シ　歯科衛生士
ス　歯科技工士
セ　歯科業務補助者
ソ　診療放射線技師
タ　診療エックス線技師
チ　臨床検査技師
ツ　衛生検査技師
テ　臨床工学技士
ト　管理栄養士
ナ　栄養士
ニ　精神保健福祉士
ヌ　社会福祉士
ネ　介護福祉士
ノ　保育士
ハ　救急救命士
ヒ　あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師
フ　柔道整復師
ヘ　公認心理師
ホ　診療情報管理士
マ　医師事務作業補助者

ミ　その他医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。）

別表２

【Ａ】	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の区分	点数（イ）	点数（ロ）
０を超える	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）１及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）１	●●点	●●点
●以上	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）２及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）２	●●点	●●点
↓			
●以上	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）●及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）●	●●点	●●点

別表３

【Ｂ】	入院ベースアップ評価料の区分	点数
０を超え●未満	入院ベースアップ評価料１	●●点
●以上●未満	入院ベースアップ評価料２	●●点
↓		
●以上	入院ベースアップ評価料●	●●点

別表４

【Ｃ】	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の区分	金額
０を超える	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）１	●●円
●以上	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）２	●●円
↓		
●以上	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）●	●●円

【Ⅰ－１　医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組－②】

②　入院基本料等の見直し

第１　基本的な考え方

40 歳未満の勤務医師、事務職員等の賃上げに資する措置として、入院基本料等の評価を見直す。

あわせて、退院後の生活を見据え、入院患者の栄養管理体制の充実を図る観点から、栄養管理体制の基準を明確化する。

また、人生の最終段階における適切な意思決定支援を推進する観点から、当該支援に係る指針の作成を要件とする。

さらに、医療機関における身体的拘束を最小化する取組を強化するため、医療機関において組織的に身体的拘束を最小化する体制の整備を求める。

第２　具体的な内容

１．入院基本料等の評価を見直す。

	改定後 点数	現行 点数
【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	1,650 点
ロ　急性期一般入院料２	●●点	1,619 点
ハ　急性期一般入院料３	●●点	1,545 点

	改定後 点数	現行 点数
ニ　急性期一般入院料４	●●点	1,440 点
ホ　急性期一般入院料５	●●点	1,429 点
ヘ　急性期一般入院料６	●●点	1,382 点
２　地域一般入院基本料		
イ　地域一般入院料１	●●点	1,159 点
ロ　地域一般入院料２	●●点	1,153 点
ハ　地域一般入院料３	●●点	988 点
特別入院基本料	●●点	607 点
【結核病棟入院基本料】		
１　７対１入院基本料	●●点	1,654 点
２　10 対１入院基本料	●●点	1,385 点
３　13 対１入院基本料	●●点	1,165 点
４　15 対１入院基本料	●●点	998 点
５　18 対１入院基本料	●●点	854 点
６　20 対１入院基本料	●●点	806 点

	改定後 点数	現行 点数
特別入院基本料	●●点	581 点
【精神病棟入院基本料】		
１　10 対１入院基本料	●●点	1,287 点
２　13 対１入院基本料	●●点	958 点
３　15 対１入院基本料	●●点	830 点
４　18 対１入院基本料	●●点	740 点
５　20 対１入院基本料	●●点	685 点
特別入院基本料	●●点	561 点
【特定機能病院入院基本料】		
１　一般病棟の場合		
イ　７対１入院基本料	●●点	1,718 点
ロ　10 対１入院基本料	●●点	1,438 点
２　結核病棟の場合		
イ　７対１入院基本料	●●点	1,718 点

	改定後 点数	現行 点数
ロ　10 対１入院基本料	●●点	1,438 点
ハ　13 対１入院基本料	●●点	1,210 点
ニ　15 対１入院基本料	●●点	1,037 点
３　精神病棟の場合		
イ　７対１入院基本料	●●点	1,450 点
ロ　10 対１入院基本料	●●点	1,373 点
ハ　13 対１入院基本料	●●点	1,022 点
ニ　15 対１入院基本料	●●点	933 点
【専門病院入院基本料】		
１　７対１入院基本料	●●点	1,667 点
２　10 対１入院基本料	●●点	1,396 点
３　13 対１入院基本料	●●点	1,174 点
【障害者施設等入院基本料】		
１　７対１入院基本料	●●点	1,615 点
２　10 対１入院基本料	●●点	1,356 点

	改定後 点数	現行 点数
３　13 対１入院基本料	●●点	1,138 点
４　15 対１入院基本料	●●点	995 点
特定入院基本料	●●点	969 点
注６　当該病棟に入院する重度の意識障害（脳卒中の後遺症であるものに限る。）の患者であって、医療区分２の患者又は医療区分１の患者に相当するものについて		
イ　７対１入院基本料又は 10 対１入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合		
(1)　医療区分２の患者に相当するもの	●●点	1,496 点
(2)　医療区分１の患者に相当するもの	●●点	1,358 点
ロ　13 対１入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合		
(1)　医療区分２の患者に相当するもの	●●点	1,343 点
(2)　医療区分１の患者に相当するもの	●●点	1,206 点
ハ　15 対１入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合		

	改定後 点数	現行 点数
(1)　医療区分２の患者に相当するもの	●●点	1,244 点
(2)　医療区分１の患者に相当するもの	●●点	1,107 点
注 12　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、医療区分２の患者又は医療区分１の患者に相当するものについて		
イ　７対１入院基本料又は 10 対１入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合		
(1)　医療区分２の患者に相当するもの	●●点	1,345 点
(2)　医療区分１の患者に相当するもの	●●点	1,221 点
ロ　13 対１入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合		
(1)　医療区分２の患者に相当するもの	●●点	1,207 点
(2)　医療区分１の患者に相当するもの	●●点	1,084 点
ハ　15 対１入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合		
(1)　医療区分２の患者に相当するもの	●●点	1,118 点

	改定後 点数	現行 点数
(2)　医療区分１の患者に相当するもの	●●点	995 点
【有床診療所入院基本料】		
１　有床診療所入院基本料１		
イ　14 日以内の期間	●●点	917 点
ロ　15 日以上 30 日以内の期間	●●点	712 点
ハ　31 日以上の期間	●●点	604 点
２　有床診療所入院基本料２		
イ　14 日以内の期間	●●点	821 点
ロ　15 日以上 30 日以内の期間	●●点	616 点
ハ　31 日以上の期間	●●点	555 点
３　有床診療所入院基本料３		
イ　14 日以内の期間	●●点	605 点
ロ　15 日以上 30 日以内の期間	●●点	567 点

	改定後 点数	現行 点数
ハ　31 日以上の期間	●●点	534 点
４　有床診療所入院基本料４		
イ　14 日以内の期間	●●点	824 点
ロ　15 日以上 30 日以内の期間	●●点	640 点
ハ　31 日以上の期間	●●点	542 点
５　有床診療所入院基本料５		
イ　14 日以内の期間	●●点	737 点
ロ　15 日以上 30 日以内の期間	●●点	553 点
ハ　31 日以上の期間	●●点	499 点
６　有床診療所入院基本料６		
イ　14 日以内の期間	●●点	543 点
ロ　15 日以上 30 日以内の期間	●●点	509 点
ハ　31 日以上の期間	●●点	480 点
【有床診療所療養病床入院基本料】		

	改定後 点数	現行 点数
１　入院基本料Ａ	●●点	1,057 点
（生活療養を受ける場合）	●●点	1,042 点
２　入院基本料Ｂ	●●点	945 点
（生活療養を受ける場合）	●●点	929 点
３　入院基本料Ｃ	●●点	827 点
（生活療養を受ける場合）	●●点	813 点
４　入院基本料Ｄ	●●点	653 点
（生活療養を受ける場合）	●●点	638 点
５　入院基本料Ｅ	●●点	564 点
（生活療養を受ける場合）	●●点	549 点
特別入院基本料	●●点	488 点
（生活療養を受ける場合）	●●点	473 点
【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	10,223 点

	改定後 点数	現行 点数
ロ　４日以上７日以内の期間	●●点	9,250 点
ハ　８日以上 14 日以内の期間	●●点	7,897 点
２　救命救急入院料２		
イ　３日以内の期間	●●点	11,802 点
ロ　４日以上７日以内の期間	●●点	10,686 点
ハ　８日以上 14 日以内の期間	●●点	9,371 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	●●点	10,223 点
(2)　４日以上７日以内の期間	●●点	9,250 点
(3)　８日以上 14 日以内の期間	●●点	7,897 点
ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料		
(1)　３日以内の期間	●●点	10,223 点
(2)　４日以上７日以内の期間	●●点	9,250 点

	改定後 点数	現行 点数
(3)　８日以上 60 日以内の期間	●●点	8,318 点
４　救命救急入院料４		
イ　救命救急入院料		
(1)　３日以内の期間	●●点	11,802 点
(2)　４日以上７日以内の期間	●●点	10,686 点
(3)　８日以上 14 日以内の期間	●●点	9,371 点
ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料		
(1)　３日以内の期間	●●点	11,802 点
(2)　４日以上７日以内の期間	●●点	10,686 点
(3)　８日以上 14 日以内の期間	●●点	9,371 点
(4)　15 日以上 60 日以内の期間	●●点	8,318 点
【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	6,855 点
２　ハイケアユニット入院医療管理料２	●●点	4,224 点

	改定後 点数	現行 点数
【脳卒中ケアユニット入院医療管理料】	●●点	6,013 点
【小児特定集中治療室管理料】		
1　７日以内の期間	●●点	16,317 点
2　８日以上 14 日以内の期間	●●点	14,211 点
【新生児特定集中治療室管理料】		
1　新生児特定集中治療室管理料１	●●点	10,539 点
2　新生児特定集中治療室管理料２	●●点	8,434 点
【総合周産期特定集中治療室管理料】		
1　母体・胎児集中治療室管理料	●●点	7,381 点
2　新生児集中治療室管理料	●●点	10,539 点
【新生児治療回復室入院医療管理料】	●●点	5,697 点
【一類感染症患者入院管理料】		
1　14 日以内の期間	●●点	9,371 点
2　15 日以上の期間	●●点	8,108 点

	改定後 点数	現行 点数
【特殊疾患入院医療管理料】		
特殊疾患入院医療管理料	●●点	2,070 点
注４　当該病室に入院する重度の意識障害（脳卒中の後遺症であるものに限る。）の患者であって、医療区分２の患者又は医療区分１の患者に相当するものについて		
イ　医療区分２の患者に相当するもの	●●点	1,909 点
ロ　医療区分１の患者に相当するもの	●●点	1,743 点
注６　当該病室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、医療区分２の患者又は医療区分１の患者に相当するものについて		
イ　医療区分２の患者に相当するもの	●●点	1,717 点
ロ　医療区分１の患者に相当するもの	●●点	1,569 点
【小児入院医療管理料】		
１　小児入院医療管理料１	●●点	4,750 点

	改定後 点数	現行 点数
２　小児入院医療管理料２	●●点	4,224 点
３　小児入院医療管理料３	●●点	3,803 点
４　小児入院医療管理料４	●●点	3,171 点
５　小児入院医療管理料５	●●点	2,206 点
【特殊疾患病棟入院料】		
１　特殊疾患病棟入院料１	●●点	2,070 点
２　特殊疾患病棟入院料２	●●点	1,675 点
注４　当該病棟に入院する重度の意識障害（脳卒中の後遺症であるものに限る。）の患者であって、医療区分２の患者又は医療区分１の患者に相当するものについて		
イ　特殊疾患病棟入院料１の施設基準を届け出た病棟に入院している場合		
(1)　医療区分２の患者に相当するもの	●●点	1,910 点
(2)　医療区分１の患者に相当するもの	●●点	1,745 点
ロ　特殊疾患病棟入院料２の施設基準を届け出た病棟に入院している場合		

	改定後 点数	現行 点数
(1)　医療区分２の患者に相当するもの	●●点	1,657 点
(2)　医療区分１の患者に相当するもの	●●点	1,491 点
注６　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、医療区分２の患者又は医療区分１の患者に相当するものについて		
イ　特殊疾患病棟入院料１の施設基準を届け出た病棟に入院している場合		
(1)　医療区分２の患者に相当するもの	●●点	1,717 点
(2)　医療区分１の患者に相当するもの	●●点	1,569 点
ロ　特殊疾患病棟入院料２の施設基準を届け出た病棟に入院している場合		
(1)　医療区分２の患者に相当するもの	●●点	1,490 点
(2)　医療区分１の患者に相当するもの	●●点	1,341 点
【緩和ケア病棟入院料】		
１　緩和ケア病棟入院料１		
イ　30 日以内の期間	●●点	5,107 点

	改定後 点数	現行 点数
ロ　31 日以上 60 日以内の期間	●●点	4,554 点
ハ　61 日以上の期間	●●点	3,350 点
２　緩和ケア病棟入院料２		
イ　30 日以内の期間	●●点	4,870 点
ロ　31 日以上 60 日以内の期間	●●点	4,401 点
ハ　61 日以上の期間	●●点	3,298 点
【精神科救急急性期医療入院料】		
１　30 日以内の期間	●●点	2,400 点
２　31 日以上 60 日以内の期間	●●点	2,100 点
３　61 日以上 90 日以内の期間	●●点	1,900 点
【精神科急性期治療病棟入院料】		
１　精神科急性期治療病棟入院料１		
イ　30 日以内の期間	●●点	2,000 点
ロ　31 日以上 60 日以内の期間	●●点	1,700 点

	改定後 点数	現行 点数
ハ　61 日以上 90 日以内の期間	●●点	1,500 点
2　精神科急性期治療病棟入院料２		
イ　30 日以内の期間	●●点	1,885 点
ロ　31 日以上 60 日以内の期間	●●点	1,600 点
ハ　61 日以上 90 日以内の期間	●●点	1,450 点
【精神科救急・合併症入院料】		
1　30 日以内の期間	●●点	3,600 点
2　31 日以上 60 日以内の期間	●●点	3,300 点
3　61 日以上 90 日以内の期間	●●点	3,100 点
【児童・思春期精神科入院医療管理料】	●●点	2,995 点
【精神療養病棟入院料】	●●点	1,091 点
【認知症病棟入院料】		
1　認知症治療病棟入院料１		

	改定後 点数	現行 点数
イ　30 日以内の期間	●●点	1,811 点
ロ　31 日以上 60 日以内の期間	●●点	1,503 点
ハ　61 日以上の期間	●●点	1,204 点
２　認知症治療病棟入院料２		
イ　30 日以内の期間	●●点	1,318 点
ロ　31 日以上 60 日以内の期間	●●点	1,112 点
ハ　61 日以上の期間	●●点	988 点
【特定一般病棟入院料】		
１　特定一般病棟入院料１	●●点	1,152 点
２　特定一般病棟入院料２	●●点	987 点
【地域移行機能強化病棟入院料】	●●点	1,539 点
【特定機能病院リハビリテーション病棟入院料】	●●点	2,129 点
（生活療養を受ける場合）	●●点	2,115 点

※　療養病棟入院基本料、特定集中治療室管理料、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、特定一般入院料（注７の点数を算定する場合に限る。）及び短期滞在手術等基本料については各短冊を参照。

２．入院料の施設基準における栄養管理体制の基準に、標準的な栄養評価手法の活用及び退院時も含めた定期的な栄養状態の評価を栄養管理手順に位置づけることを明確化する。

３．小児入院医療管理料等を算定する病棟のみを有する保険医療機関以外の入院基本料及び特定入院料を算定している医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた適切な意思決定支援に係る指針を作成していることを要件とする。また、既に当該指針の作成が要件となっている入院料等の施設基準については廃止する。

４．入院料の施設基準に、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を規定するとともに、身体的拘束の最小化の実施体制を整備することを規定する。なお、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 年法律第 123 号）の規定によるものとする。

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 　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	【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 　７　入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制につい

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。）の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。	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。）及び第３節の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。
８　（略）	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●●点を減算する。	（新設）
歯科診療報酬点数表第１章第２部　入院料等 通則	歯科診療報酬点数表第１章第２部　入院料等 通則
６　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。）の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。ただし、歯科診療のみを行う保険医療機関にあっては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、当該入院料の所定点数を算定する。	６　入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制について、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。）及び第３節の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。ただし、歯科診療のみを行う保険医療機関にあっては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、当該入院料の所定点数を算定する。
７　（略）	７　（略）

８　第６号本文に規定する別に厚生労働大臣が定める基準（歯科診療のみを行う保険医療機関にあっては、同号ただし書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●●点を減算する。	（新設）
［施設基準］ 第四　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 一～六　（略） 七　意思決定支援の基準 当該保険医療機関において、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。（小児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、小児入院医療管理料又は児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟のみを有するものを除く。） 八　身体的拘束最小化の基準 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。	［施設基準］ 第四　入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制の基準 一～六　（略） （新設） （新設）
第四の二　歯科点数表第一章第二部入院料等通則第６号ただし書に規	第四の二　歯科点数表第一章第二部入院料等通則第６号ただし書に規

定する基準 一　第四の一から四まで及び八のいずれにも該当するものであること。 二　（略）	定する基準 一　第四の一から四までのいずれにも該当するものであること。 二　（略）
別添２　入院基本料等の施設基準等 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	別添２　入院基本料等の施設基準等 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、褥瘡対策及び栄養管理体制の基準
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は、「基本診療料の施設基準等」の他、次のとおりとする。 １～４　（略） ５　栄養管理体制の基準 (1)　（略） (2) 管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順（標準的な栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、退院時を含む定期的な評価等）を作成すること。 (3)～(9)　（略）	入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制の基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、次のとおりとする。 １～４　（略） ５　栄養管理体制の基準 (1)　（略） (2) 管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順（栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、定期的な評価等）を作成すること。 (3)～(9)　（略）
６　意思決定支援の基準 当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階におけ	（新設）

る医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。 7　身体的拘束最小化の基準 (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。 (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。 (3)　身体的拘束は、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。 (4)　当該保険医療機関において、身体的拘束最小化対策に係る専任の医師及び専任の看護職員から構成される身体的拘束最小化チームが設置されていること。なお、必要に応じて、薬剤師等、入院医療に携わる多職種が参加していることが望ましい。 (5)　身体的拘束最小化チームでは、以下の業務を実施すること。 ア　身体的拘束の実施状況を把握し、管理者を含む職員に定期的に周知徹底すること。 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	（新設）

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。 (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年法律第123号）の規定による。	
８　（略）	６　（略）
【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　通則 ①～⑤　（略） （削除） ⑥・⑦　（略）	【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　通則 ①～⑤　（略） ⑥　当該保険医療機関において、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。 ⑦・⑧　（略）
第２　病院の入院基本料等に関する施設基準 ４～４の10　（略） （削除）	第２　病院の入院基本料等に関する施設基準 ４～４の10　（略） ４の11　「基本診療料の施設基準等」の第五の三の（１）のイの⑥に規定する「適切な意思決定支援に関する指針」について 「適切な意思決定支援に関する

４の11　（略） ※　有床診療所在宅患者支援病床初期加算、地域包括ケア病棟入院料及び特定一般病棟入院料の注７に規定する施設基準についても同様。	指針を定めていること」とは、当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、意思決定支援に関する指針を定めていることをいう。 ４の12　（略）

［経過措置］

（１）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（同日において、療養病棟入院基本料、有床診療所在宅患者支援病床初期加算、地域包括ケア病棟入院料及び特定一般入院料の注７に規定する施設基準の届出を行っている病棟を除く。）については、令和●●年●●月●●日までの間に限り、第四の七に該当するものとみなす。

（２）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については、令和●●年●●月●●日までの間に限り、第四の八に該当するものとみなす。

５．特定入院料について、一時的に施設基準を満たさなくなった場合に算定する点数が示されておらず、入院料そのものが算定できなくなっていることを踏まえ、特定入院料における施設基準を満たさなくなった場合の取扱いを明確化する。

［算定要件］

各特定入院料について、別に厚生労働大臣の定める施設基準に適合していると地方厚生（支）局長に届出を行った保険医療機関の病棟又は病室において、一時的に施設基準を満たさなかった場合、当該病棟又は病室の病床区分に応じて、次に掲げる入院基本料の例により算定する。

（１）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、Ａ３０３－２新生児治療回復室入院医療管理料、Ａ３０５一類感染症患者入院医療管理料の場合

●●

（２）Ａ３０７小児入院医療管理料（５の精神病棟を除く。）の場合

●●

（３）Ａ３０６特殊疾患入院医療管理料、Ａ３０８回復期リハビリテーション病棟入院料（一般病棟に限る。）、Ａ３０８－３地域包括ケア病棟入院料（一般病棟に限る。）、Ａ３０９特殊疾患病棟入院料、Ａ３１０緩和ケア病棟入院料（一般病棟に限る。）、Ａ３１７特定一般病棟入院料、Ａ３１９特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の場合

●●

（４）Ａ３０８回復期リハビリテーション病棟入院料（療養病棟に限る。）、Ａ３０８－３地域包括ケア病棟入院料（療養病棟に限る。）の場合

●●

（５）Ａ３０７小児入院医療管理料（５の精神病棟に限る）Ａ３１１精神科救急急性期医療入院料、Ａ３１１－２精神科急性期治療病棟入院料、Ａ３１１－３精神科救急・合併症入院料、Ａ３１８地域移行機能強化病棟入院料

●●

（６）Ａ３１１－４児童・思春期精神科入院医療管理料、Ａ３１２精神療養病棟入院料 、Ａ３１４認知症治療病棟入院料の場合

●●

※　新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料は（１）、地域包括医療病棟入院料は（２）、精神科地域包括ケア病棟入院料は（６）

と同様。

③　初再診料等の評価の見直し

第１　基本的な考え方

外来診療において標準的な感染防止対策を日常的に講じることが必要となっていること、職員の賃上げを実施すること等の観点から、初再診料等の評価を見直す。

第２　具体的な内容

外来診療における標準的な感染防止対策を日常的に講じることが必要となったこと、職員の賃上げを実施すること等の観点から、初診料を●●点、再診料と外来診療料をそれぞれ●●点引き上げる。

	改定後 点数	現行 点数
【初診料】		
初診料	●●点	288 点
（情報通信機器を用いた場合）	●●点	251 点
（紹介のない場合）	●●点	214 点
（紹介のない場合・情報通信機器を用いた場合）	●●点	186 点
（妥結率が低い場合）	●●点	214 点
（妥結率が低い場合・情報通信機器を用いた場合）	●●点	186 点
（同一日２科目）	●●点	144 点
（同一日２科目・情報通信機器を用いた場合）	●●点	125 点
（同一日２科目・紹介のない場合）	●●点	107 点
（同一日２科目・紹介のない場合・情報通信機器を用いた場合）	●●点	93 点
（同一日２科目・妥結率が低い場合）	●●点	107 点

	改定後 点数	現行 点数
（同一日２科目・妥結率が低い場合・情報通信機器を用いた場合）	●●点	93 点
【再診料】		
再診料	●●点	73 点
（情報通信機器を用いた場合）	●●点	73 点
（妥結率が低い場合）	●●点	54 点
（同一日２科目）	●●点	37 点
（同一日２科目・妥結率が低い場合）	●●点	27 点
【外来診療料】		
外来診療料	●●点	74 点
（情報通信機器を用いた場合）	●●点	73 点
（紹介がない場合）	●●点	55 点
（妥結率が低い場合）	●●点	55 点
（同一日２科目）	●●点	37 点
（同一日２科目・紹介がない場合）	●●点	27 点
（同一日２科目・妥結率が低い場合）	●●点	27 点

④　歯科医療における初再診料等の評価の見直し

第１　基本的な考え方

歯科診療にかかる評価について、標準的な感染防止対策を日常的に講じることが必要となっていること、医療機関の職員や歯科技工所で従事する者の賃上げを実施すること等の観点から、初再診料や歯冠修復及び欠損補綴物の製作に係る項目について評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．初診料及び再診料を引き上げる。

改　定　案	現　　行
【初診料】 １　歯科初診料　●●点 ２　地域歯科診療支援病院歯科初診料　●●点 【再診料】 １　歯科再診料　●●点 ２　地域歯科診療支援病院歯科再診料　●●点	【初診料】 １　歯科初診料　264点 ２　地域歯科診療支援病院歯科初診料　288点 【再診料】 １　歯科再診料　56点 ２　地域歯科診療支援病院歯科再診料　73点

２．歯冠修復及び欠損補綴物の製作に係る項目の評価を引き上げる。

改　定　案	現　　行
【支台築造（１歯につき）】 １　間接法 イ　メタルコアを用いた場合 (1)　大臼歯　●●点 (2)　小臼歯及び前歯　●●点 ロ　ファイバーポストを用いた場合 (1)　大臼歯　●●点 (2)　小臼歯及び前歯　●●点 【金属歯冠修復（１個につき）】 １　インレー	【支台築造（１歯につき）】 １　間接法 イ　メタルコアを用いた場合 (1)　大臼歯　176点 (2)　小臼歯及び前歯　150点 ロ　ファイバーポストを用いた場合 (1)　大臼歯　196点 (2)　小臼歯及び前歯　170点 【金属歯冠修復（１個につき）】 １　インレー

イ　単純なもの　●●点 ロ　複雑なもの　●●点 ２　４分の３冠（前歯）　●●点 ３　５分の４冠（小臼歯）　●●点 ４　全部金属冠（小臼歯及び大臼歯）　●●点 【根面被覆（１歯につき）】 １　根面板によるもの　●●点 【高強度硬質レジンブリッジ（１装置につき）】 ●●点 【有床義歯】 １　局部義歯（１床につき） イ　１歯から４歯まで　●●点 ロ　５歯から８歯まで　●●点 ハ　９歯から11歯まで　●●点 ニ　12歯から14歯まで　●●点 ２　総義歯（１顎につき）　●●点 【鋳造鉤（１個につき）】 １　双子鉤　●●点 ２　二腕鉤　●●点 【線鉤（１個につき）】 １　双子鉤　●●点 ２　二腕鉤（レストつき）　●●点 ３　レストのないもの　●●点 【コンビネーション鉤（１個につき）】 ●●点 【磁性アタッチメント（１個につき）】 ２　キーパー付き根面板を用いる場合　●●点	イ　単純なもの　190点 ロ　複雑なもの　284点 ２　４分の３冠（前歯）　370点 ３　５分の４冠（小臼歯）　310点 ４　全部金属冠（小臼歯及び大臼歯）　454点 【根面被覆（１歯につき）】 １　根面板によるもの　190点 【高強度硬質レジンブリッジ（１装置につき）】 2,600点 【有床義歯】 １　局部義歯（１床につき） イ　１歯から４歯まで　594点 ロ　５歯から８歯まで　732点 ハ　９歯から11歯まで　972点 ニ　12歯から14歯まで　1,402点 ２　総義歯（１顎につき）　2,184点 【鋳造鉤（１個につき）】 １　双子鉤　255点 ２　二腕鉤　235点 【線鉤（１個につき）】 １　双子鉤　224点 ２　二腕鉤（レストつき）　156点 ３　レストのないもの　132点 【コンビネーション鉤（１個につき）】 236点 【磁性アタッチメント（１個につき）】 ２　キーパー付き根面板を用いる場合　350点

⑤　地域医療に貢献する薬局の体制確保に係る調剤基本料等の見直し

第１　基本的な考え方

地域の医薬品供給拠点としての役割を担い、地域医療に貢献する薬局の整備を進めていくこと、職員の賃上げを実施すること等の観点から、夜間・休日対応を含めた、薬局における体制に係る調剤基本料等の評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．地域の医薬品供給拠点としての役割を担い、地域医療に貢献する薬局の整備を進めていくこと、職員の賃上げを実施すること等の観点から、調剤基本料の評価を見直す。

２．薬局の地域におけるかかりつけ機能を適切に評価する観点から、薬局の体制に係る評価体系の在り方を見直し、地域支援体制加算の要件を強化する。

３．連携強化加算について、改正感染症法の第二種協定指定医療機関の指定要件を踏まえて要件及び評価を見直すとともに、当該加算の地域支援体制加算の届出にかかる要件については求めないこととする。

４．オンライン資格確認により取得した診療情報・薬剤情報を実際に診療に活用可能な体制を整備し、また、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスを導入し、質の高い医療を提供するため医療DXに対応する体制を確保している場合の評価を新設する。

改　定　案		現　　行	
【調剤基本料】		【調剤基本料】	
１　調剤基本料１	●●点	１　調剤基本料１	42点
２　調剤基本料２	●●点	２　調剤基本料２	26点
３　調剤基本料３		３　調剤基本料３	
イ	●●点	イ	21点
ロ	●●点	ロ	16点
ハ	●●点	ハ	32点
４　特別調剤基本料Ａ	●●点	（新設）	

［算定要件］ 注１　（略） ２　別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、注１本文の規定にかかわらず、特別調剤基本料Ｂとして、処方箋の受付１回につき●●点を算定する。 ３・４　（略） ５　（略） ※　地域支援体制加算については「Ⅲ－８－②」を参照のこと。 ６　（略） ※　連携強化加算については「Ⅱ－６－⑥」を参照のこと。 ７～11　（略） 12　（略） ※　在宅薬学総合体制加算については「Ⅱ－８－㉘」を参照のこと。 13　（略） ※　医療DX推進体制整備加算については「Ⅱ－１－①」を参照のこと。	［算定要件］ 注１　（略） ２　別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、注１本文の規定にかかわらず、特別調剤基本料として、処方箋の受付１回につき７点を算定する。 ３・４　（略） ５　（略） ※　地域支援体制加算については「Ⅲ－８－②」を参照のこと。 ６　（略） ※　連携強化加算については「Ⅱ－６－⑥」を参照のこと。 ７～11　（略） （新設） （新設）

５．閉局時間のうち休日及び深夜における薬局での対応について、コロナ禍における自治体からの要請を受けて対応した実態も踏まえ、薬局の休日・深夜の業務に係る評価の明確化を行う。
「Ⅲ－８－③」を参照のこと。

※　特別調剤基本料の評価の見直しについては、「Ⅲ－８－④」を参照のこと。

①　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

医師事務作業補助者による医師の業務への適切な支援を推進する観点から、医師事務作業補助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

医師事務作業補助体制加算の評価を見直すとともに、医師事務作業補助体制加算１の要件に、医師事務作業補助者の勤務状況及び補助が可能な業務内容を定期的に評価することが望ましいことを追加する。

改　定　案	現　　行
【医師事務作業補助体制加算】	【医師事務作業補助体制加算】
１　医師事務作業補助体制加算１	１　医師事務作業補助体制加算１
イ　15対１補助体制加算　●●点	イ　15対１補助体制加算　1,050点
ロ　20対１補助体制加算　●●点	ロ　20対１補助体制加算　835点
ハ　25対１補助体制加算　●●点	ハ　25対１補助体制加算　705点
ニ　30対１補助体制加算　●●点	ニ　30対１補助体制加算　610点
ホ　40対１補助体制加算　●●点	ホ　40対１補助体制加算　510点
ヘ　50対１補助体制加算　●●点	ヘ　50対１補助体制加算　430点
ト　75対１補助体制加算　●●点	ト　75対１補助体制加算　350点
チ　100対１補助体制加算　●●点	チ　100対１補助体制加算　300点
２　医師事務作業補助体制加算２	２　医師事務作業補助体制加算２
イ　15対１補助体制加算　●●点	イ　15対１補助体制加算　975点
ロ　20対１補助体制加算　●●点	ロ　20対１補助体制加算　770点
ハ　25対１補助体制加算　●●点	ハ　25対１補助体制加算　645点
ニ　30対１補助体制加算　●●点	ニ　30対１補助体制加算　560点
ホ　40対１補助体制加算　●●点	ホ　40対１補助体制加算　475点
ヘ　50対１補助体制加算　●●点	ヘ　50対１補助体制加算　395点
ト　75対１補助体制加算　●●点	ト　75対１補助体制加算　315点
チ　100対１補助体制加算　●●点	チ　100対１補助体制加算　260点
［施設基準］	［施設基準］
第４の２　医師事務作業補助体制加算	第４の２　医師事務作業補助体制加算
２　医師事務作業補助体制加算１の施設基準	２　医師事務作業補助体制加算１の施設基準

当該保険医療機関において、３年以上の医師事務作業補助者としての勤務経験を有する医師事務作業補助者が、それぞれの配置区分ごとに５割以上配置されていること。また、医師事務作業補助者の勤務状況及び補助が可能な業務の内容を定期的に評価することが望ましい。	当該保険医療機関において、３年以上の医師事務作業補助者としての勤務経験を有する医師事務作業補助者が、それぞれの配置区分ごとに５割以上配置されていること。

【Ｉ－２　各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、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－②】

②　特定集中治療室管理料等の見直し

第１　基本的な考え方

特定集中治療室管理料等について、以下の見直しを行う。

① 適切な集中治療を推進する観点から、重症患者の受入れ及び多様な医師の人員配置を考慮した評価体系に見直す。

② 特定集中治療室管理料について、高度急性期の入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度を見直し、また、入室時にSOFAスコアが一定以上である患者の割合を評価する観点から要件を見直すとともに、評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．ＳＯＦＡスコアが一定以上の患者の割合を特定集中治療室の患者指標に導入し、評価を見直す。また、この患者指標及び専従の常勤医師の治療室内の勤務を要件としない区分を新設する。

２．重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いた評価を要件化については、Ⅱ－４－⑦を参照。

３．特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の項目及び該当基準について以下のとおり見直し、それに伴い施設基準における該当患者割合の基準についても見直す。

○　「輸液ポンプの管理」の項目を削除する。

○　重症度、医療・看護必要度の基準に該当する要件について、Ａ得点が３点以上であることからＡ得点が２点以上であることに変更する。

改　定　案		現　　行	
【特定集中治療室管理料】		【特定集中治療室管理料】	
１　特定集中治療室管理料１		１　特定集中治療室管理料１	
イ　７日以内の期間	●●点	イ　７日以内の期間	14,211点
ロ　８日以上の期間	●●点	ロ　８日以上の期間	12,633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　●●点 (2)　８日以上の期間　●●点 ロ　広範囲熱傷特定集中治療室管理料 (1)　７日以内の期間　●●点 (2)　８日以上60日以内の期間　●●点 ３　特定集中治療室管理料３ イ　７日以内の期間　●●点 ロ　８日以上の期間　●●点 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　●●点 (2)　８日以上の期間　●●点 ロ　広範囲熱傷特定集中治療室管理料 (1)　７日以内の期間　●●点 (2)　８日以上60日以内の期間　●●点 ５　特定集中治療室管理料５ イ　７日以内の期間　●●点 ロ　８日以上の期間　●●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　●●点 (2)　８日以上の期間　●●点 ロ　広範囲熱傷特定集中治療室管理料 (1)　７日以内の期間　●●点 (2)　８日以上60日以内の期間　●●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、必要があって特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分	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　14,211点 (2)　８日以上の期間　12,633点 ロ　広範囲熱傷特定集中治療室管理料 (1)　７日以内の期間　14,211点 (2)　８日以上60日以内の期間　12,833点 ３　特定集中治療室管理料３ イ　７日以内の期間　9,697点 ロ　８日以上の期間　8,118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　9,697点 (2)　８日以上の期間　8,118点 ロ　広範囲熱傷特定集中治療室管理料 (1)　７日以内の期間　9,697点 (2)　８日以上60日以内の期間　8,318点 （新設） （新設） ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があって特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分

（特定集中治療室管理料２、４及び６に限る。）に従い、14日（別に厚生労働大臣が定める状態の患者（特定集中治療室管理料２、４及び６に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。）にあっては60日、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、急性血液浄化（腹膜透析を除く。）又は体外式心肺補助（ECMO）を必要とするものにあっては25日、臓器移植を行ったものにあっては30日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。	（特定集中治療室管理料２及び４に限る。）に従い、14日（別に厚生労働大臣が定める状態の患者（特定集中治療室管理料２及び４に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。）にあっては60日、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、急性血液浄化（腹膜透析を除く。）又は体外式心肺補助（ECMO）を必要とするものにあっては25日、臓器移植を行ったものにあっては30日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。
［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 ⑥　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、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を●割以上入院させる治療室であること。	［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 ⑥　次のいずれかに該当すること。 （一）　特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を八割以上入院させる治療室であること。 （二）　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、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を七割以上入院させる治療室であること。
⑦　入室時に重症な患者の受入	（新設）

れにつき、十分な実績を有していること。	
ロ　（略）	ロ　（略）
ハ　特定集中治療室管理料３の施設基準	ハ　特定集中治療室管理料３の施設基準
⑤　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、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を●割以上入院させる治療室であること。	⑤　次のいずれかに該当すること。 （一）　特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を七割以上入院させる治療室であること。 （二）　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、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を八割以上入院させる治療室であること。
⑥　入室時に重症の患者の受入れにつき、相当の実績を有していること。	（新設）
ニ　（略）	ニ　（略）
ホ　特定集中治療室管理料５の施設基準	（新設）
①　イの①及び④を満たすものであること。	
②　当該保険医療機関内に集中治療を行うにつき必要な医師が常時配置されていること。	
③　ハの③を満たすものであること。	
④　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、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を●以上入院させる治療室であること。	
⑤　届出時点で、継続して●月以上、特定集中治療室管理料	

１、２、３若しくは４又は救命救急入院料を算定していること。 へ　特定集中治療室管理料６の施設基準 次のいずれにも該当するものであること。 ①　ホを満たすものであること。 ②　広範囲熱傷特定集中治療を行うにつき十分な体制が整備されていること。	（新設）
１　特定集中治療室管理料１に関する施設基準 (1)～(9)（略） (10) 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 17 の「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて測定及び評価し、その結果、基準を満たす患者が、重症度、医療・看護必要度Ⅱによる評価で●●以上いること。 （中略） (11)　（略） （削除） (12) 直近●か月の間に新たに治療	１　特定集中治療室管理料１に関する施設基準 (1)～(9)（略） (10) 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 17 の「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて測定及び評価し、その結果、基準を満たす患者が、重症度、医療・看護必要度Ⅰの場合は８割以上、重症度、医療・看護必要度Ⅱの場合は７割以上いること。 （中略） (11)　（略） (12) 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡのいずれを用いて評価を行うかは、特定入院料の届出時に併せて届け出ること。なお、評価方法のみの変更を行う場合については、別添７の様式 43 を用いて届け出る必要があること。ただし、評価方法のみの変更による新たな評価方法への切り替えは４月又は 10 月までに届け出ること。 （新設）

室に入室する患者のうち、入室日のＳＯＦＡスコア●以上の患者が●%以上であること。ただし、15歳未満の小児は対象から除くものであること。	
２　（略）	２　（略）
３　特定集中治療室管理料３に関する施設基準 (1)～(3)（略） (4) 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 17 の「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて測定及び評価し、その結果、基準を満たす患者が、重症度、医療・看護必要度Ⅱによる評価で●●以上いること。 （中略）	３　特定集中治療室管理料３に関する施設基準 (1)～(3)（略） (4) 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 17 の「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて測定及び評価し、その結果、基準を満たす患者が、重症度、医療・看護必要度Ⅰの場合は７割以上、重症度、医療・看護必要度Ⅱの場合は６割以上いること。 （中略）
(5) 直近●か月の間に新たに治療室に入室する患者のうち、入室日のＳＯＦＡスコア●以上の患者が●%以上であること。ただし、15歳未満の小児は対象から除くものであること。	（新設）
４　（略）	４　（略）
５　特定集中治療室管理料５に関する施設基準 (1) 専任の医師（宿日直を行っている専任の医師を含む）が常時、保険医療機関内に勤務していること。 (2) 集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を５年以上有し、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を当該治療室内に週●●時間以上配置すること。なお、専任の常勤看護師を２名組み合わせることに	（新設）

より、当該治療室内に週●●時間以上配置しても差し支えないが、当該２名の勤務が重複する時間帯については１名についてのみ計上すること。また、ここでいう「適切な研修」とは、国又は医療関係団体等が主催する●●時間以上の研修（修了証が交付されるものに限る。）であり、講義及び演習により集中治療を必要とする患者の看護に必要な専門的な知識及び技術を有する看護師の養成を目的とした研修又は保健師助産師看護師法第37条の２第２項第５号に規定する指定研修機関において行われる集中治療を必要とする患者の看護に係る研修であること。 (3) 特定集中治療室管理を行うにふさわしい専用の特定集中治療室を有しており、当該特定集中治療室の広さは、内法による測定で、１床当たり●●平方メートル以上であること。ただし、新生児用の特定集中治療室にあっては、１床当たり●●平方メートル以上であること。 (4) 特定集中治療室管理料１の(5)から(9)まで、(11)及び(12)を満たすこと。 (5) 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17の「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて測定及び評価し、その結果、重症度、医療・看護必要度Ⅱによる評価で●以上いること。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。なお、別添６の別紙17の「特定集中治療室用の重症度、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、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る基準に用いないが、当該評価票を用いて評価を行っていること。 ６　特定集中治療室管理料６に関する施設基準 (1) 特定集中治療室管理料５の施設基準を満たすほか、広範囲熱傷特定集中治療管理を行うにふさわしい治療室を有しており、当該治療室の広さは、内法による測定で、１床当たり●●平方メートル以上であること。 (2) 当該保険医療機関に広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師が勤務していること。	（新設）

［経過措置］

(1) 令和６年３月 31 日において現に特定集中治療室管理料１、特定集中治療室管理料２、特定集中治療室管理料３若しくは特定集中治療室管理料４又は救命救急入院料２若しくは４に係る届出を行っている治療室（特定集中治療室管理料５又は特定集中治療室６に係る届出を行う治療室を含む。）については、令和●●年●●月●●日までの間に限り、第九の三の(1)のイの⑥、ロの①（イの⑥に限る。）、ハの⑤、ニの①（ハの⑤に限る。）、ホの④又はへの①（ホの④に限る）に該当するものとみなす。

(2) 令和６年３月 31 日において現に救命救急入院料１又は救命救急入院料３に係る届出を行っている治療室については、令和●●年●●月●●日までの間に限り、第九の三の(1)のホの④又はへの①（ホの④に限る）に該当するものとみなす。

(3) 令和６年３月 31 日において現に特定集中治療室管理料１、特定集

中治療室管理料２、特定集中治療室管理料３又は特定集中治療室管理料４に係る届出を行っている治療室については、令和●●年●●月●●日までの間に限り、第九の三の⑴のイの⑦、ロの①（イの⑦に限る。）、ハの⑥又はニの①（ハの⑥に限る。）に該当するものとみなす。

⑷　特定集中治療室管理料５又は６に係る届出を行う治療室については、令和●●年●●月●●日までの間に限り、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を５年以上有し、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を当該治療室内に週●●時間以上配置する要件について、該当するものとみなす。

４．治療室内に配置される専任の常勤医師は宿日直を行ってない医師であること及び保険医療機関内に配置される医師は宿日直を行っている医師を含むことを明確化する。

改　定　案	現　　行
【特定集中治療室管理料】 ［施設基準］ １　特定集中治療室管理料１に関する施設基準 ⑴　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。当該専任の医師に、特定集中治療の経験を５年以上有する医師を２名以上含むこと。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。 ⑵～⑻（略） ⑼　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	【特定集中治療室管理料】 ［施設基準］ １　特定集中治療室管理料１に関する施設基準 ⑴　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。当該専任の医師に、特定集中治療の経験を５年以上有する医師を２名以上含むこと。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。 ⑵～⑻（略） ⑼　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当直勤務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

夜勤を併せて行わないものとすること。 (10)～(13)（略） ２　（略） ３　特定集中治療室管理料３に関する施設基準 (1) 専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること。当該専任の医師は、宿日直を行う医師でないこと。ただし、患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない。 (2)～(5)（略） ４　（略） ５　特定集中治療室管理料５に関する施設基準 (1) 専任の医師（宿日直を行っている専任の医師を含む）が常時、保険医療機関内に勤務していること。 (2)～(6)　（略） ※　救命救急入院料、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及び新生児治療回復室入院医療管理料についても同様	併せて行わないものとすること。 (10)～(12)（略） ２　（略） ３　特定集中治療室管理料３に関する施設基準 (1) 専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること。ただし、患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない。 (2)～(4)（略） ４　（略） （新設）

５．治療室内に専任の常勤医師が配置されない区分において、遠隔 ICU モニタリングにより特定集中治療室管理料１及び２の届出を行う施設から支援を受けることを評価する。

改　定　案	現　　行
【特定集中治療室管理料】 ［算定要件］	【特定集中治療室管理料】 ［算定要件］

注１～６（略） ７　特定集中治療室管理料５又は特定集中治療室管理料６を算定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を満たすものにおいて、特定集中治療室管理に係る専門的な医療機関として別に厚生労働大臣が定める保険医療機関と情報通信機器を用いて連携して特定集中治療室管理がおこなわれた場合に、特定集中治療室遠隔支援加算として、●●点を所定点数に加算する。	注１～６（略） （新設）
［施設基準］ 三　特定集中治療室管理料の施設基準等 (9) 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施設基準 他の保険医療機関（(10)の基準を満たす保険医療機関に限る。）と情報通信機器を用いて連携して特定集中治療室管理を実施するための必要な体制が整備されていること。	［施設基準］ 三　特定集中治療室管理料の施設基準等 （新設）
(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。	（新設）
12　特定集中治療室管理料の「注７」に掲げる特定集中治療室遠隔	（新設）

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、支援側医療機関の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　支援側医療機関から定期的に重症患者の治療に関する研修を受けていること。 ウ　情報セキュリティに必要な体制を整備した上で、支援側による電子カルテの確認及びモニタリングに必要な機器等を有している等関係学会の定める指針に従って支援を受ける体制を有していること。 (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又は特定集中治療室管理料２の届出を行っていること。 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。 ウ　特定集中治療の経験を５年以上有する医師又は集中治療を必要とする患者の看	

護に従事した経験を５年以上有し、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看護師が、被支援側医療機関の特定集中治療室における患者のモニタリングを常時行うこと。 エ　特定集中治療の経験を５年以上有する医師が、特定集中治療室内に勤務する専任の医師と別に配置されていること。 オ　ウの職員数は、被支援側の治療室における入院患者数が●●又はその端数を増すごとに１以上であること。 カ　被支援側の医療機関に対して定期的に重症患者の治療に関する研修を行うこと。 キ　情報セキュリティに必要な体制を整備した上で、被支援側医療機関の電子カルテの確認及びモニタリングに必要な機器等を有する等関係学会の定める指針に従って支援を行う体制を有していること。 13～14　（略） ［経過措置］ 　特定集中治療室遠隔支援加算における支援側医療機関については、令和●●年●●月●●日までの間に限り、施設基準のうち(2)イに該当するものとみなす。	10～11　（略） ［経過措置］

【Ｉ－２　各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、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－③】

③　入院中の薬物療法の適正化に対する取組の推進

第１　基本的な考え方

病棟における多職種連携によるポリファーマシー対策をさらに推進する観点から、業務の合理化がなされるよう、薬剤総合評価調整加算について、要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．薬剤総合評価調整加算について、カンファレンスの実施に限らず、多職種による薬物療法の総合的評価及び情報共有・連携ができる機会を活用して必要な薬剤調整等が実施できるよう要件を見直す。

２．必要な薬剤調整等の実効性を担保するため、医療機関内のポリファーマシー対策に係る評価方法についてあらかじめ手順書を作成等することとする。

改　定　案	現　　行
【薬剤総合評価調整加算】 ［算定要件］ (1)「注１」に規定する薬剤総合評価調整加算は、複数の内服薬が処方されている患者であって、薬物有害事象の存在や服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等のおそれのあるものに対して、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、当該患者に対して療養上必要な指導を行う取組を評価したものであり、次に掲げる指導等を全て実施している場合に算定する。 ア　（略） イ　アを踏まえ、患者の病状、副作用、療養上の問題点の有無を評価するために、医師、薬剤師及び看護師等の多職種による連	【薬剤総合評価調整加算】 ［算定要件］ (1)「注１」に規定する薬剤総合評価調整加算は、複数の内服薬が処方されている患者であって、薬物有害事象の存在や服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等のおそれのあるものに対して、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、当該患者に対して療養上必要な指導を行う取組を評価したものであり、次に掲げる指導等を全て実施している場合に算定する。 ア　（略） イ　アを踏まえ、患者の病状、副作用、療養上の問題点の有無を評価するために、医師、薬剤師及び看護師等の多職種によるカ

携の下で、薬剤の総合的な評価を行い、適切な用量への変更、副作用の被疑薬の中止及びより有効性・安全性の高い代替薬への変更等の処方内容の変更を行う。また、評価した内容や変更の要点を診療録等に記載し、多職種で共有すること。	ンファレンスを実施し、薬剤の総合的な評価を行い、適切な用量への変更、副作用の被疑薬の中止及びより有効性・安全性の高い代替薬への変更等の処方内容の変更を行う。また、評価した内容や変更の要点を診療録等に記載する。
ウ　処方の内容を変更する際の留意事項を多職種で共有した上で、患者に対して処方変更に伴う注意点を説明する。また、併せて当該患者に対し、ポリファーマシーに関する一般的な注意の啓発を行う。なお、ここでいうポリファーマシーとは、「単に服用する薬剤数が多いことではなく、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態」をいう。	ウ　当該カンファレンスにおいて、処方の内容を変更する際の留意事項を多職種で共有した上で、患者に対して処方変更に伴う注意点を説明する。また、併せて当該患者に対し、ポリファーマシーに関する一般的な注意の啓発を行う。なお、ここでいうポリファーマシーとは、「単に服用する薬剤数が多いことではなく、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態」をいう。
エ　処方変更による病状の悪化や新たな副作用の有無について、多職種で確認し、必要に応じて、再評価を行う。	エ　処方変更による病状の悪化や新たな副作用の有無について、多職種で確認し、必要に応じて、再度カンファレンスにおいて総合的に評価を行う。
オ　イ、ウ、エを実施するに当たっては、ポリファーマシー対策に係るカンファレンスを実施する他、病棟等における日常的な薬物療法の総合的評価及び情報共有ができる機会を活用して、多職種が連携して実施すること。	（新設）
カ　(7)に規定するガイドライン等を参考にして、ポリファーマシー対策に関する手順書を作成し、保険医療機関内に周知し活用すること。	（新設）
(2) ～(6)　（略）	(2) ～(6)　（略）
(7) 持参薬の確認及び内服薬の総合的な評価及び変更に当たっては、	(7) 持参薬の確認及び内服薬の総合的な評価及び変更に当たっては、

「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）」（厚生労働省）、「高齢者の医薬品適正使用の指針（各論編（療養環境別））」（厚生労働省）、日本老年医学会の関連ガイドライン（高齢者の安全な薬物療法ガイドライン）、「病院における高齢者のポリファーマシー対策の始め方と進め方」（厚生労働省）、「ポリファーマシー対策の進め方」（日本病院薬剤師会）等を参考にすること。	「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）」（厚生労働省）、「高齢者の医薬品適正使用の指針（各論編（療養環境別））」（厚生労働省）、日本老年医学会の関連ガイドライン（高齢者の安全な薬物療法ガイドライン）等を参考にすること。

④　薬剤師の養成強化による病棟薬剤業務の向上

第１　基本的な考え方

病棟薬剤業務に関して、チーム医療の推進と薬物治療の質の向上を図る観点から、地域医療に係る業務の実践的な修得を含めた病院薬剤師の研修体制が整備された医療機関の病棟薬剤業務について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

病棟薬剤業務実施加算１について、免許取得直後の薬剤師を対象とした病棟業務等に係る総合的な研修体制を有するとともに、都道府県との協力の下で薬剤師が別の医療機関において地域医療に係る業務等を実践的に修得する体制を整備している医療機関が、病棟薬剤業務を実施する場合の加算を新設する。

（新）　薬剤業務向上加算　●●点

［算定要件］

病棟薬剤業務の質の向上を図るための薬剤師の研修体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、病棟薬剤業務実施加算１を算定しているものについて、薬剤業務向上加算として、週●回に限り所定点数に加算する。

［施設基準］

（１）免許取得直後の薬剤師を対象とした病棟業務等に係る総合的な研修が実施されていること。

（２）都道府県との協力の下で、当該保険医療機関の薬剤師が、一定期間、別の保険医療機関に勤務して地域医療に係る業務を実践的に修得する体制を整備していること。

⑤　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、要件及び評価を見直すとともに、診察前に薬剤師が服薬状況等の確認・評価を行い、医師に情報提供、処方提案等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

１．外来腫瘍化学療法診療料について、実施医療機関における更なる体制整備等の観点から、次のとおり要件及び評価を見直す。

（１）やむを得ない理由等により専任の医師、看護師又は薬剤師を院内に常時●●人以上配置することが困難であって、電話等による緊急の相談等に 24 時間対応できる連絡体制を整備している医療機関の評価を新たに設ける。

（２）（１）の医療機関からの患者について、当該医療機関と連携する外来腫瘍化学療法診療料１の届出医療機関において副作用等による有害事象等への対応を行った場合の評価を新たに設ける。

（３）「抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合」について、抗悪性腫瘍剤を投与した場合と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の評価に細分化する。

（４）外来腫瘍化学療法診療料１の施設基準に「がん性疼痛緩和指導管理料」の届出を行っていることを追加する。

（５）外来腫瘍化学療法診療料１の施設基準に「がん患者指導管理料のロ」の届出を行っていることが望ましいとする要件を追加する。

（６）外来腫瘍化学療法診療料１の施設基準に医師の研修要件を追加する。

（７）患者が事業者と共同して作成した勤務情報を記載した文書を、医療機関に提出した場合の療養上の必要な指導の実施について、ウェブサイトに掲載していることが望ましいとする要件を追加する。

（８）患者の急変時等の対応に関する指針を作成することが望ましいとする要件を設ける。

（９）外来化学療法の体制（24 時間対応できる体制があること等）について、ウェブサイトに掲載していることを施設基準に追加する。

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　●●点 (2) ４回目以降　●●点 ロ　イ以外の必要な治療管理を行った場合 ●●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　●●点 (2) ４回目以降　●●点 ロ　イ以外の必要な治療管理を行った場合 ●●点 ３　外来腫瘍化学療法診療料３ イ　抗悪性腫瘍剤を投与した場合 (1) 初回から３回目まで　●●点 (2) ４回目以降　●●点 ロ　イ以外の必要な治療管理を行った場合 ●●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 700点 ロ　抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合 400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 570点 ロ　抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合 270点 （新設）
［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。 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	［算定要件］ 注１　（略） ２　１のイ及び２のイについては、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。 ３　１のロ及び２のロについては、１のイ又は２のイ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その他の必要な治療管理を行った場合に、週１回に限り算定する。 （新設）

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。 ア　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 イ　連携する他の保険医療機関が外来化学療法を実施している患者に対し、緊急に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 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に、週１回に限り算定する。	（新設）
６～９　（略）	４～７　（略）
(1)（略） (2)「１」の「ロ」、「２」の「ロ」及び「３」の「ロ」に規定する点数は、注射による外来化学療法の実施その他必要な治療管理を実施中の期間に、当該外来化学療法を実施している保険医療機関において、治療に伴う副作用等で来院した患者に対し、診察（視診、聴診、打診及び触診等の身体診察を含む）の上、必要に応じて速やかに検査、投薬等を行う体制を評価したものである。 また、外来腫瘍化学療法診療料３の届出を行っている医療機関において外来化学療法を実施している患者が、連携する外来腫瘍化学療法診療料１の届出を行っている医療機関を緊急的な副作用等で受	(1)（略） (2)「１」の「ロ」及び「２」の「ロ」に規定する点数は、注射による外来化学療法の実施その他必要な治療管理を実施中の期間に、当該外来化学療法を実施している保険医療機関において、当該外来化学療法又は治療に伴う副作用等で来院した患者に対し、診察（視診、聴診、打診及び触診等の身体診察を含む）の上、必要に応じて速やかに検査、投薬等を行う体制を評価したものである。 なお、「外来化学療法の実施その他必要な治療管理を実施中の期間」とは、当該化学療法のレジメンの期間内とする。

診した場合には、「１」の「ロ」を算定できる。ただし、あらかじめ治療等に必要な情報を文書により当該外来腫瘍診療料３の届出を行っている医療機関から受理している場合に限る。 　なお、「外来化学療法の実施その他必要な治療管理を実施中の期間」とは、当該化学療法のレジメンの期間内とする。	
(3)～(6)（略）	(3)～(6)（略）
(7)　「注８」に規定する連携充実加算については、外来腫瘍化学療法診療料１を届け出た保険医療機関において、外来腫瘍化学療法診療料１を算定する日に、次に掲げる全ての業務を実施した場合に月１回に限り算定する。 　ア～オ　（略）	(7)　「注６」に規定する連携充実加算については、外来腫瘍化学療法診療料１を届け出た保険医療機関において、外来腫瘍化学療法診療料１を算定する日に、次に掲げる全ての業務を実施した場合に月１回に限り算定する。 　ア～オ　（略）
(8)　（略）	(8)　（略）
［施設基準］	［施設基準］
(1)外来腫瘍化学療法診療料１の施設基準	(1)外来腫瘍化学療法診療料１の施設基準
イ～ハ　（略）	イ～ハ　（略）
ニ　当該保険医療機関内に外来化学療法を担当する医師であって、緩和ケアに関する適切な研修を受けたものが配置されていること。	（新設）
ホ　がん患者に対して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。	（新設）
(2)（略）	(2)（略）
(3)　外来腫瘍化学療法診療料３の施設基準	（新設）
イ　外来化学療法及び当該外来化学療法に伴う副作用等に係る検査又は投薬等を行う体制が整備されていること。	
ロ　外来化学療法及び当該外来化学療法に伴う副作用等に係る検査又は投薬等を行うにつき十分	

な体制が整備されている別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。 ハ　(1)のロを満たすものであること。	
(4)～(5)（略）	(3)～(4)（略）
第６の８の４　外来腫瘍化学療法診療料	第６の８の４　外来腫瘍化学療法診療料
１　外来腫瘍化学療法診療料１	１　外来腫瘍化学療法診療料１
(1)～(7)（略）	(1)～(7)（略）
(8) 区分番号「B001・22」に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料の届出を行っていること。	（新設）
(9) 区分番号「B001・23」に掲げるがん患者指導管理料のロの届出を行っていることが望ましい。	（新設）
(10) (2)に掲げる医師は、次に掲げるいずれかの研修を修了した者であること。 ア　がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会 イ　緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立研究開発法人国立がん研究センター主催）等	（新設）
(11) 患者と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提出があった場合に、就労と療養の両立に必要な情報を提供すること並びに診療情報を提供した後の勤務環境の変化を踏まえ療養上必要な指導を行うことが可能である旨をウェブサイトに掲載していることが望ましい。	（新設）
(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。	（新設）
(13) 外来腫瘍化学療法診療料３の	（新設）

届出を行っている他の保険医療機関において外来化学療法を実施している患者が、緊急時に当該保険医療機関に受診できる体制を確保している場合については、連携する医療機関の名称等をあらかじめ地方厚生(支)局長に届け出ていること。また、連携する医療機関の名称等については、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。	
(14) (5)、(6)及び(7)に係る対応を行っ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。	(新設)
(15) (5)、(6)、(7)及び(13)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。	(新設)
2 外来腫瘍化学療法診療料2 (1) 1の(1)、(5)、(6)、(11) 及び(12) を満たしていること。 (2)～(3) (略)	2 外来腫瘍化学療法診療料2 (1) 1の(1)、(5)及び(6)を満たしていること。 (2)～(3) (略)
3 外来腫瘍化学療法診療料3 (1) 1の(1)、(6)、(11) 及び(12) を満たしていること。 (2) 2の(2)及び(3)を満たしていること。 (3) 当該保険医療機関において化学療法を実施する患者に対して、外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っている他の保険医療機関との連携により、緊急時に有害事象等の診療ができる連携体制を確保していること。また、当該他の連携する医療機関の名称等については、あらかじめ地方厚生(支)局長に届出を行い、かつ、その情報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。	(新設)

(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。 (5) 当該保険医療機関から、他の連携する保険医療機関に対して、緊急時に当該他の連携する保険医療機関に受診を希望する患者について、あらかじめ治療等に必要な情報を文書により、少なくとも治療開始時に１回は提供し、以降は適宜必要に応じて提供していること。 (6) 標榜時間外において、当該保険医療機関で外来化学療法を実施している患者に関する電話等の問合せに応じる体制を整備すること。また、やむを得ない事由により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であっても、速やかにコールバックすることができる体制がとられていること。 ［経過措置］ 令和●年●月●日までの間に限り、１の(15)又は３の(4)を満たすものとする。	

２．医師が患者に対して診察を行う前に、薬剤師が服薬状況や副作用の発現状況等について確認・評価を行い、医師に情報提供、処方に関する提案等を行った場合の評価を新たに設ける。

（新）　がん薬物療法体制充実加算　●●点

［算定要件］

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、１のイ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●●点を所定点数に加算する。

［施設基準］
　化学療法を実施している患者の薬学的管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

①　ICT、AI、IoT 等の活用による業務負担軽減の取組の推進

第１　基本的な考え方

ICT の活用等による看護職員の更なる業務負担軽減の観点から、「夜間看護体制加算」等の夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等の項目を見直す。

第２　具体的な内容

ICT の活用等による看護職員の更なる業務負担軽減の観点から、「夜間看護体制加算」等の夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等のうち、「ICT、AI、IoT 等の活用による業務負担軽減」に取り組むことが望ましいこととする。

改　定　案	現　　行
【夜間看護体制加算】 ［施設基準］ 17 障害者施設等入院基本料の注10に規定する夜間看護体制加算について (1) 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、ア又はウを含む４項目以上を満たしていること。ただし、当該加算を算定する病棟が２交代制勤務又は変則２交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、ア及びウからコまでのうち、ア又はウを含む４項目以上を満たしていること。また、当該４項目以上	【夜間看護体制加算】 ［施設基準］ 17 障害者施設等入院基本料の注10に規定する夜間看護体制加算について (1) 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、ア又はウを含む４項目以上を満たしていること。ただし、当該加算を算定する病棟が２交代制勤務又は変則２交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、ア及びウからコまでのうち、ア又はウを含む４項目以上を満たしていること。なお、各項目の留意点

にコが含まれることが望ましいこと。なお、各項目の留意点については、別添３の第４の３の９の（３）と同様であること。 ア～ケ　（略） コ　当該病棟において、ＩＣＴ、ＡＩ、ＩｏＴ等の活用によって、看護要員の業務負担軽減を行っていること。 ※　夜間看護体制加算（急性期看護補助体制加算）、看護職員夜間12対１配置加算１、看護職員16対１配置加算１、夜間看護体制加算（看護補助加算）、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）、時間外受入体制強化加算（小児入院医療管理料）も同様。	については、別添３の第４の３の９の（３）と同様であること。 ア～ケ　（略） コ　当該病棟において、ＩＣＴ、ＡＩ、ＩｏＴ等の活用によって、看護要員の業務負担軽減を行っていること。

②　医療機関・薬局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業務の効率化及び医療従事者の事務負担軽減を推進する観点から、施設基準の届出及びレセプト請求に係る事務等を見直すとともに、施設基準の届出の電子化を推進する。

第２　具体的な内容

１．施設基準の届出について、１つの施設基準につき複数の届出様式の提出を求めているものの様式の統廃合及び必要以上に添付書類を求めている施設基準の添付書類の省略化などを行う。

２．レセプトの摘要欄に記載を求めている事項のうち、レセプトに記載されている情報等から確認できるもの、必要以上の記載項目と考えられるものについて、見直しを行い、医療機関・薬局のレセプト作成に係る事務負担軽減を図る。

３．施設基準の届出について、現在紙で届け出ることとされている施設基準について電子的な届出を可能にすることで、医療機関・薬局の届出業務の効率化を行う。

①　地域医療体制確保加算の見直し

第１　基本的な考え方

より実効性を持った医師の働き方改革を推進する観点から、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

地域医療体制確保加算の施設基準に、医師の時間外・休日労働時間に係る基準を追加する。

改　定　案	現　　行
【地域医療体制確保加算】 ［施設基準］ １　地域医療体制確保加算に関する施設基準 (4) 医師の労働時間について、原則として、タイムカード、ＩＣカード、パソコンの使用時間の記録等の客観的な記録を基礎として確認し、適正に記録すること。また、当該保険医療機関に勤務する医療法施行規則第63条に定める特定地域医療提供医師及び連携型特定地域医療提供医師（以下、この項において、「対象医師」という。）の１年間の時間外・休日労働時間が、原則として、次のとおりであること。ただし、１年間の時間外・休日労働時間が次のとおりでない対象医師がいる場合において、その理由、改善のための計画を当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示する等の方法で公開した場合は、その限りでないこと。 ア　令和６年度においては、●	【地域医療体制確保加算】 ［施設基準］ １　地域医療体制確保加算に関する施設基準 （新設）

●時間以下 イ　令和７年度においては、● ●時間以下 (5)　（略）	(4)　（略）

②　勤務医の働き方改革の取組の推進

第１　基本的な考え方

勤務医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について要件を見直す。

第２　具体的な内容

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について、交代勤務制又はチーム制のいずれか及び手当に関する要件を満たす必要があることとする。

改　定　案	現　　行
【時間外加算１（処置・手術通則）】 ［施設基準］ 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) 交代勤務制を導入しており、以下のアからキまでのいずれも実施していること。 ア～キ　（略） (2) チーム制を導入しており以下のアからカまでのいずれも実施していること。 ア～カ　（略） (3) 医師が時間外、休日又は深夜の手術等を行った場合の手当等を支給しており、以下のア又はイのいずれかを実施するとともに実施内容について就業規則に記載を行い、その写しを地方厚生（支）局長に届け出ていること。また、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。 （中略）	【時間外加算１（処置・手術通則）】 ［施設基準］ ７　当該加算を算定する全ての診療科において、次のいずれかを実施していること。 (1) 交代勤務制を導入しており、以下のアからキまでのいずれも実施していること。 ア～キ　（略） (2) チーム制を導入しており以下のアからカまでのいずれも実施していること。 ア～カ　（略） (3) 医師が時間外、休日又は深夜の手術等を行った場合の手当等を支給しており、以下のア又はイのいずれかを実施するとともに実施内容について就業規則に記載を行い、その写しを地方厚生（支）局長に届け出ていること。また、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。 （中略）

ア・イ　（略） ［経過措置］ 　令和６年３月31日時点で休日加算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、７に係る規定は令和●●年●●月●●日までの間に限り、なお従前の例による。 ※　休日加算１及び深夜加算１についても同様。	ア・イ　（略） ［経過措置］ （新設）

【Ⅰ－５　多様な働き方を踏まえた評価の拡充－①】

①　特定集中治療室管理料等の見直し

「Ⅰ－２－②」を参照のこと。

【Ｉ－５　多様な働き方を踏まえた評価の拡充－②】

②　看護補助体制充実加算に係る評価の見直し

第１　基本的な考え方

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並びに身体的拘束の予防・最小化の取組を促進する観点から、看護補助体制充実加算の要件及び評価並びに夜間看護体制加算の評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．看護補助体制充実加算について、看護補助者の定着に向けた取組及び看護補助者の経験年数に着目した評価を新設する。

２．看護補助体制充実加算について、身体的拘束の実施に着目した評価に見直す。

改　定　案	現　　行
【急性期看護補助体制加算】 ［算定要件］ 注４　看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助に係る十分な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、１日につき次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。ただし、本文の規定にかかわらず、身体的拘束を実施した日は、看護補助体制充実加算２の例により算定する。 イ　看護補助体制充実加算１　●●点	【急性期看護補助体制加算】 ［算定要件］ 注４　看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助に係る十分な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病棟に入院している患者については、看護補助体制充実加算として、１日につき５点を更に所定点数に加算する。

ロ　看護補助体制充実加算２ ●●点	
(7)　「注４」に規定する看護補助体制充実加算１又は看護補助体制充実加算２は、看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制及び身体的拘束の最小化の取組を評価するものである。	(7)　「注４」に規定する看護補助体制充実加算は、看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する十分な体制を評価するものである。
(8)　「注４」については、身体的拘束を実施した場合は、理由によらず、看護補助体制充実加算２の例により算定すること。	（新設）
［施設基準］ 七の三　急性期看護補助体制加算の施設基準 (9) 看護補助体制充実加算１の施設基準 看護職員及び看護補助者の業務分担及び協働に資する十分な体制が整備されていること。	［施設基準］ 七の三　急性期看護補助体制加算の施設基準 （新設）
(10) 看護補助体制充実加算２の施設基準 看護職員及び看護補助者の業務分担及び協働に資する必要な体制が整備されていること。	(9) 看護補助体制充実加算の施設基準 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する十分な体制が整備されていること。
10　看護補助体制充実加算の施設基準 (1) 看護補助体制充実加算１の施設基準 イ　当該保険医療機関において３年以上の看護補助者としての勤務経験を有する看護補助者が●●以上配置されていること。	10　看護補助体制充実加算の施設基準 （新設）
ロ・ハ　（略）	(1)・(2)　（略）
ニ　当該保険医療機関における看護補助者の業務に必要な能力を段階的に示し、看護補助者の育成や評価に活用してい	（新設）

ること。 (2) 看護補助体制充実加算２の施設基準 (1)のロ及びハを満たすものであること。 ［経過措置］ 令和６年３月31日時点で看護補助体制充実加算に係る届出を行っ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、10の(1)のイ及びニの基準を満たしているものとみなす。 ※　看護補助加算の看護補助体制充実加算も同様。	（新設） ［経過措置］ （新規）

３．看護補助者の配置に係る評価における夜間看護体制加算の評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【急性期看護補助体制加算】 注３　夜間における看護業務の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病棟に入院している患者については、夜間看護体制加算として、●●点を更に所定点数に加算する。 【看護補助加算】 注３　夜間における看護業務の体制につき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病棟に入院している患者については、夜間看護体制加算として、入院初日に限り●●点を更に所定点数に加算する。	【急性期看護補助体制加算】 注３　夜間における看護業務の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病棟に入院している患者については、夜間看護体制加算として、60点を更に所定点数に加算する。 【看護補助加算】 注３　夜間における看護業務の体制につき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病棟に入院している患者については、夜間看護体制加算として、入院初日に限り165点を更に所定点数に加算する。

【障害者施設等入院基本料】 注10　夜間における看護業務の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、夜間看護体制加算として、入院初日に限り●●点を所定点数に加算する。	【障害者施設等入院基本料】 注10　夜間における看護業務の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、夜間看護体制加算として、入院初日に限り150点を所定点数に加算する。

③　感染対策向上加算等における専従要件の明確化

第１　基本的な考え方

感染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えるようにする観点から、感染対策向上加算等のチームの構成員の専従業務に当該助言が含まれることを明確化する。

第２　具体的な内容

感染対策向上加算、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に専従の者は、各加算等で求めるチーム構成員としての業務に影響のない範囲において、介護保険施設等からの求めに応じて当該構成員の専門性に基づく助言を行っても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］ 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、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	【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

介護保険施設等又は指定障害者支援施設等（以下この区分において「介護保険施設等」という。）からの求めに応じ、当該介護保険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、介護保険施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として月●●時間以下であること。また、介護保険施設等は次に掲げるものをいう。 イ　指定介護老人福祉施設 ロ　指定地域密着型介護老人福祉施設 ハ　介護老人保健施設 ニ　介護医療院 ホ　指定特定施設入居者生活介護事業所 ヘ　指定地域密着型特定施設入居者生活介護事業所 ト　指定介護予防特定施設入居者生活介護事業所 チ　指定認知症対応型共同生活介護事業所 リ　指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所 ヌ　指定障害者支援施設 ル　指定共同生活援助事業所 ヲ　指定福祉型障害児入所施設 （中略）	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。 （中略）
【緩和ケア診療加算】 ［施設基準］ 1　緩和ケア診療加算に関する施設基準 (1)　当該保険医療機関内に、以下の４名から構成される緩和ケアに係るチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）が設置されていること。 ア 身体症状の緩和を担当する	【緩和ケア診療加算】 ［施設基準］ 1　緩和ケア診療加算に関する施設基準 (1)　当該保険医療機関内に、以下の４名から構成される緩和ケアに係るチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）が設置されていること。 ア 身体症状の緩和を担当する

専任の常勤医師 イ 精神症状の緩和を担当する専任の常勤医師 ウ 緩和ケアの経験を有する専任の常勤看護師 エ 緩和ケアの経験を有する専任の薬剤師 なお、アからエまでのうちいずれか１人は専従であること。ただし、緩和ケアチームが診察する患者数が１日に 15 人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない。 (2)　（略） (3)　(1)の緩和ケアチームの専従の職員について、介護保険施設等からの求めに応じ、当該介護保険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、介護保険施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として月●●時間以下であること。 (4)～(14)　（略） ※　外来緩和ケア管理料も同様。	専任の常勤医師 イ 精神症状の緩和を担当する専任の常勤医師 ウ 緩和ケアの経験を有する専任の常勤看護師 エ 緩和ケアの経験を有する専任の薬剤師 なお、アからエまでのうちいずれか１人は専従であること。ただし、緩和ケアチームが診察する患者数が１日に 15 人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない。 (2)　（略） （新設） (3)～(13)　（略）
【褥瘡ハイリスク患者ケア加算】 ［施設基準］ 1　褥瘡ハイリスク患者ケア加算に関する施設基準 (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又は介護保険施設等からの求めに応じ、当該介護保険施設等において褥瘡管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	【褥瘡ハイリスク患者ケア加算】 ［施設基準］ 1　褥瘡ハイリスク患者ケア加算に関する施設基準 (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には、専従の褥瘡管理者とみなすことができる。

し、介護保険施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として月●●時間以下であること。	

④　ICT、AI、IoT 等の活用による業務負担軽減の取組の推進

「Ⅰ－３－①」を参照のこと。

⑤　訪問看護ステーションにおける持続可能な 24 時間対応体制確保の推進

第１　基本的な考え方

訪問看護ステーションにおける看護師等の働き方改革及び持続可能な 24 時間対応体制の確保を推進する観点から、24 時間対応体制加算について、看護業務の負担軽減のための取組を行った場合を考慮した評価体系に見直す。また、24 時間対応に係る連絡体制の取扱いを見直す。

第２　具体的な内容

１．24 時間対応体制加算について、看護業務の負担軽減のための取組を行った場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】 ［算定要件］ 注２　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、利用者又はその家族等に対して当該基準に規定する 24 時間の対応体制にある場合（指定訪問看護を受けようとする者の同意を得た場合に限る。）には、24 時間対応体制加算として、次に掲げる区分に従い、月１回に限り、いずれかを所定額に加算する。ただし、当該月において、当該利用者について他の訪問看護ステーションが 24 時間対応体制加算を算定している場合は、算定しない。 イ　24 時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組を行っている場合　●●円 ロ　イ以外の場合　●●円 ［施設基準］	【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】 ［算定要件］ 注２　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、利用者又はその家族等に対して当該基準に規定する 24 時間の対応体制にある場合（指定訪問看護を受けようとする者の同意を得た場合に限る。）には、24 時間対応体制加算として、月１回に限り、6,400 円を所定額に加算する。ただし、当該月において、当該利用者について他の訪問看護ステーションが 24 時間対応体制加算を算定している場合は、算定しない。 ［施設基準］

六　訪問看護管理療養費の基準 (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 利用者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に、常時対応できる体制にある場合であって、計画的に訪問することとなっていない緊急時訪問を必要に応じて行うことができる体制にあること。 訪問看護管理療養費の注２のイを算定する場合には、24時間対応体制における看護業務の負担の軽減に資する十分な業務管理等の体制が整備されていること。	六　訪問看護管理療養費の基準 (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 利用者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に、常時対応できる体制にある場合であって、計画的に訪問することとなっていない緊急時訪問を必要に応じて行うことができる体制にあること。 （新設）
[届出基準通知] ２　24時間対応体制加算 (3) 訪問看護管理療養費の注２のイを算定する場合、次に掲げる24時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組に関する内容のうち、ア又はイを含む２項目以上を満たしていること。 ア　夜間対応した翌日の勤務間隔の確保 イ　夜間対応に係る勤務の連続回数が２連続（２回）まで ウ　夜間対応後の暦日の休日確保 エ　夜間勤務のニーズを踏まえた勤務体制の工夫 オ　ＩＣＴ、ＡＩ、ＩｏＴ等の活用による業務負担軽減 カ　電話等による連絡及び相談を担当する者に対する支援体制の確保	[届出基準通知] ２　24時間対応体制加算 （新設）

２．24 時間対応体制加算について、24 時間対応に係る連絡体制の取扱いを見直す。

改　定　案	現　　行
【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】	【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】

[届出基準通知] ２　24時間対応体制加算 (1) 24時間対応体制加算を算定する訪問看護ステーションにあっては、その定める営業日以外の日及び営業時間以外の時間において、利用者又はその家族等からの電話等による連絡及び相談が直接受けられる体制が整備されていること。 なお、当該訪問看護ステーション以外の施設又は従業者を経由するような連絡体制に係る連絡相談体制及び訪問看護ステーション以外の者が所有する電話を連絡先とすることは認められないこと。 機能強化型訪問看護管理療養費３の届出を行っている訪問看護ステーションにおいて、併設する保険医療機関の看護師が営業時間外の利用者又はその家族等からの電話等に対応する場合を除き、24時間対応体制に係る連絡相談を担当する者は、原則として、当該訪問看護ステーションの保健師又は看護師とし、勤務体制等を明確にすること。 なお、次のいずれにも該当し、24時間対応体制に係る連絡相談に支障がない体制を構築している場合には、24時間対応体制に係る連絡相談を担当する者について、当該訪問看護ステーションの保健師又は看護師以外の職員（以下この項において「看護師等以外の職員」とする。）でも差し支えない。 ア　看護師等以外の職員が利用者又はその家族等からの電話等による連絡及び相談に対応する際のマニュアルが整備されていること。 イ　緊急の訪問看護の必要性の判断を保健師又は看護師が速やかに行える連絡体制及び緊急の訪問看護が可能な体制が整備されていること。 ウ　当該訪問看護ステーション	[届出基準通知] ２　24時間対応体制加算 (1) 24時間対応体制加算を算定する訪問看護ステーションにあっては、その定める営業日以外の日及び営業時間以外の時間において、利用者又はその家族等からの電話等による連絡及び相談が直接受けられる体制が整備されていること。 なお、当該訪問看護ステーション以外の施設又は従業者を経由するような連絡体制に係る連絡相談体制及び訪問看護ステーション以外の者が所有する電話を連絡先とすることは認められないこと。 機能強化型訪問看護管理療養費３の届出を行っている訪問看護ステーションにおいて、併設する保険医療機関の看護師が営業時間外の利用者又はその家族等からの電話等に対応する場合を除き、24時間対応体制に係る連絡相談を担当する者は、原則として、当該訪問看護ステーションの保健師又は看護師とし、勤務体制等を明確にすること。 （新設）

の管理者は、連絡相談を担当する看護師等以外の職員の勤務体制及び勤務状況を明らかにすること。 エ　看護師等以外の職員は、電話等により連絡及び相談を受けた際に保健師又は看護師へ報告すること。報告を受けた保健師又は看護師は、当該報告内容等を訪問看護記録書に記録すること。 オ　アからエについて、利用者及び家族等に説明し、同意を得ること。 カ　指定訪問看護事業者は、連絡相談を担当する看護師等以外の職員に関して別紙様式２を用いて地方厚生（支）局長に届け出ること。	

①　時間外対応加算の見直し

第１　基本的な考え方

近年の情報化社会の進展に伴うサービスの多様化に対応する観点から、時間外対応加算について、時間外の電話対応等の多様な在り方を考慮した評価体系に見直す。

第２　具体的な内容

１．時間外対応加算について、多様な在り方を考慮した評価体系に見直す観点から、時間外の電話対応等に常時対応できる体制として、非常勤職員等が対応し、医師に連絡した上で、当該医師が電話等を受けて対応できる体制の評価を新設する。

２．時間外対応加算の評価体系の見直しの趣旨を踏まえ、小児かかりつけ診療料について、要件を見直す。

改　定　案	現　　行
【時間外対応加算】 ［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（診療所に限る。）において再診を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ　時間外対応加算１　５点 ロ　時間外対応加算２　●点 ハ　時間外対応加算３　３点 ニ　時間外対応加算４　１点 ［施設基準］ 五　時間外対応加算の施設基準 (1) 時間外対応加算１の施設基準 当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等	【時間外対応加算】 ［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（診療所に限る。）において再診を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ　時間外対応加算１　５点 （新設） ロ　時間外対応加算２　３点 ハ　時間外対応加算３　１点 ［施設基準］ 五　時間外対応加算の施設基準 (1) 時間外対応加算１の施設基準 当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等

により療養に関する意見を求められた場合に、原則として当該保険医療機関の常勤の医師又は看護職員等により、常時対応できる体制にあること。	により療養に関する意見を求められた場合に、原則として当該保険医療機関において、常時対応できる体制にあること。
(2) 時間外対応加算２の施設基準 当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、原則として当該保険医療機関の非常勤の医師又は看護職員等により、常時対応できる体制にあること。	（新設）
(3) 時間外対応加算３の施設基準 当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、原則として当該保険医療機関の常勤の医師又は看護職員等により対応できる体制にあること。	(2) 時間外対応加算２の施設基準 当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、原則として当該保険医療機関において対応できる体制にあること。
(4) （略）	(3) （略）
第２ 時間外対応加算 ２ 時間外対応加算１に関する施設基準 診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、原則として当該診療所において、当該診療所の常勤の医師、看護職員又は事務職員等により、常時対応できる体制がとられていること。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非常勤の医師、看護職員又は事務職員等により、常時対応できる体制がとられている場合には、当該基準を満たしているとみなすことができる。また、やむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じ	第２ 時間外対応加算 ２ 時間外対応加算１に関する施設基準 診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、原則として当該診療所において、常時対応できる体制がとられていること。また、やむを得ない事由により、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であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。

ることができなかった場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。 ３　時間外対応加算２に関する施設基準 　診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、診療所の非常勤の医師、看護職員又は事務職員等が、常時、電話等により対応できる体制がとられていること。また、必要に応じて診療録を閲覧することができる体制及びやむを得ない事由により、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であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。	（新設）
４ 時間外対応加算３に関する施設基準 (1) 診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において、当該診療所の常勤の医師、看護職員又は事務職員等により、対応できる体制がとられていること。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非常勤の医師、看護職員又は事務職員等により、標榜時間外の夜間の数時間において対応できる体制がとられている場合には、当該基準を満たしていると見なすことができる。また、標榜時間内や標榜時間外の夜間の数時間に、やむを得ない事由により、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であ	３ 時間外対応加算２に関する施設基準 (1) 診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において対応できる体制がとられていること。また、標榜時間内や標榜時間外の夜間の数時間に、やむを得ない事由により、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であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。

ってもも、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。 (2)　（略）	(2)　（略）
５・６　（略）	４・５　（略）
【小児かかりつけ診療料】 [施設基準] １　小児かかりつけ診療料１に関する施設基準 (2) 区分番号「Ａ００１」の注 10 に規定する時間外対応加算１又は時間外対応加算３に係る届出を行っていること。 ２　小児かかりつけ診療料２に関する施設基準 (2) 次のいずれかの基準を満たしていること。 ア 区分番号「Ａ００１」の注 10 に規定する時間外対応加算２又は時間外対応加算４に係る届出を行っていること。 イ　（略）	【小児かかりつけ診療料】 [施設基準] １　小児かかりつけ診療料１に関する施設基準 (2) 区分番号「Ａ００１」の注 10 に規定する時間外対応加算１又は時間外対応加算２に係る届出を行っていること。 ２　小児かかりつけ診療料２に関する施設基準 (2) 次のいずれかの基準を満たしていること。 ア 区分番号「Ａ００１」の注 10 に規定する時間外対応加算３に係る届出を行っていること。 イ　（略）

②　特定集中治療室管理料等の見直し

「Ⅰ－２－②」を参照のこと。

③　超急性期脳卒中加算の見直し

第１　基本的な考え方

医師少数区域の医療機関において、専門的な医師が不在である場合に、基幹施設との適切な連携により急性期脳梗塞の患者に対する t-PA 療法を実施することを推進する観点から、超急性期脳卒中加算について要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．医師少数区域に所在する医療機関について、専門的な施設との連携の下で、脳梗塞発症後に t-PA 療法を迅速に実施した場合に、超急性期脳卒中加算を算定可能とする。
２．超急性期脳卒中加算の施設基準のうち、専門的な施設との連携の下で脳卒中の診療を行う医療機関について、専用の治療室及び脳外科的処置が迅速に行える体制の整備に係る要件を緩和する。

改　定　案	現　　行
【超急性期脳卒中加算】 ［施設基準］ 六の三　超急性期脳卒中加算の施設基準等 (1)　超急性期脳卒中加算の施設基準 イ　次のいずれかに該当すること。 ①　（略） ②　次のいずれにも該当すること。 １　当該保険医療機関（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に限る。）内に、脳卒中の診療に関する研修を受けた専任の常勤医	【超急性期脳卒中加算】 ［施設基準］ 六の三　超急性期脳卒中加算の施設基準等 (1)　超急性期脳卒中加算の施設基準 イ　次のいずれかに該当すること。 ①　（略） ②　次のいずれにも該当すること。 １　当該保険医療機関（別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関に限る。）内に、脳卒中の診療に関する研修を受けた専任の常勤医師が一名以上配置されていること。

師が一名以上配置されていること。 ２　（略） ロ・ハ　（略） １　超急性期脳卒中加算に関する施設基準 (1) 次のいずれかを満たしていること。 ア　（略） イ　次のいずれも満たしていること。 (ｲ) 「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であって、超急性期脳卒中加算に係る届出を行っている他の保険医療機関との連携体制が構築されていること。 (ﾛ)・(ﾊ)　（略） (2)　脳外科的処置が迅速に行える体制が整備されていること。ただし、(1)のイに該当する保険医療機関であって、連携する保険医療機関において脳外科的処置を迅速に行える体制が整備されている場合においては、この限りではない。 (3)　(1)のアに該当する保険医療機関においては、脳卒中治療を行うにふさわしい専用の治療室を有していること。ただし、ICU や SCU と兼用であっても構わないものとする。 (4)・(5)　（略）	２　（略） ロ・ハ　（略） １　超急性期脳卒中加算に関する施設基準 (1) 次のいずれかを満たしていること。 ア　（略） イ　次のいずれも満たしていること。 (ｲ) 「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であって、超急性期脳卒中加算に係る届出を行っている他の保険医療機関との連携体制が構築されていること。 (ﾛ)・(ﾊ)　（略） (2)　脳外科的処置が迅速に行える体制が整備されていること。 (3)　脳卒中治療を行うにふさわしい専用の治療室を有していること。ただし、ICU や SCU と兼用であっても構わないものとする。 (4)・(5)　（略）

④　脳梗塞の患者に対する血栓回収療法における遠隔連携の評価

第１　基本的な考え方

脳梗塞の患者に対して血栓回収療法が実施される割合が医師少数区域において低いことを踏まえ、医師少数区域又は医療資源の少ない地域に所在する医療機関が専門的な施設と連携して血栓回収療法の適応判断を行った上で専門的な施設に搬送し当該療法を実施した場合について新たな評価を行うとともに、超急性期脳卒中加算について、要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．医師少数区域又は医療資源の少ない地域に所在する一次搬送施設が基幹施設との連携により、脳梗塞の患者に対する血栓回収療法の適応を判断した上で、必要に応じて患者を基幹施設に転院搬送し、基幹施設で血栓回収療法が実施された場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【経皮的脳血栓回収術】 ［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、当該保険医療機関との連携体制の確保により超急性期脳卒中加算の届出を行っている他の保険医療機関の救急患者について、経皮的脳血栓回収術の適応判定について助言を行った上で、当該他の保険医療機関から搬送された当該患者に対して、経皮的脳血栓回収術を実施した場合は、脳血栓回収療法連携加算として、●●点を所定点数に加算する。ただし、脳血栓回収療法連携加算を算定する場合は、区分番号Ａ２０５－２に掲げる超急性期脳卒中加算は算定できない。	【経皮的脳血栓回収術】 ［算定要件］ （新設）

【手術通則】 ［算定要件］ 通則 ４　区分番号Ｋ００７（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ０１４－２、（中略）Ｋ１６９－３、Ｋ１７８－４（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、（中略）Ｋ９１０－２からＫ９１０－６まで並びにＫ９１６からＫ９１７－３までに掲げる手術等については、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。 （中略） ［施設基準］ 第十二　手術 一　医科点数表第二章第十部手術通則第４号に掲げる手術等の施設基準等 (1)　（略） (2)　皮膚悪性腫瘍切除術（センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。）、（中略）内視鏡下脳腫瘍摘出術、経皮的脳血栓回収術（脳血栓回収療法連携加算を算定する場合に限る。）、（中略）体外受精・顕微授精管理料、受精卵・胚培養管理料及び胚凍結保存管理料の施設基準 イ・ロ　（略）	【手術通則】 ［算定要件］ 通則 ４　区分番号Ｋ００７（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ０１４－２、（中略）Ｋ１６９－３、（中略）Ｋ９１０－２からＫ９１０－６まで並びにＫ９１６からＫ９１７－３までに掲げる手術等については、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。 （中略） ［施設基準］ 第十二　手術 一　医科点数表第二章第十部手術通則第４号に掲げる手術等の施設基準等 (1)　（略） (2)　皮膚悪性腫瘍切除術（センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。）、（中略）内視鏡下脳腫瘍摘出術、（中略）体外受精・顕微授精管理料、受精卵・胚培養管理料及び胚凍結保存管理料の施設基準 イ・ロ　（略）

２．基幹施設との連携により超急性期脳卒中加算の届出を行う場合において、基幹施設に助言を求めた上で血栓回収療法の適応の判断を行うことを要件に追加する。

改　定　案	現　　行

【超急性期脳卒中加算】 ［施設基準］ 第３　超急性期脳卒中加算 １　超急性期脳卒中加算に関する施設基準 (1)　次のいずれかを満たしていること。 ア　（略） イ　次のいずれも満たしていること。 （イ）～（ハ） （ニ）　関係学会の定める指針に基づき、連携する超急性期脳卒中加算に係る届出を行っている他の保険医療機関と間で、脳梗塞患者に対する経皮的脳血栓回収術の適応の可否の判断における連携について協議し、手順書を整備した上で、対象となる患者について当該他の保険医療機関から助言を受けていること。 (2)～(5)　（略） (6)　令和６年３月31日時点で超急性期脳卒中加算に係る届出を行っ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、１の(1)のイの(ニ)の基準を満たしているものとみなす。	【超急性期脳卒中加算】 ［施設基準］ 第３　超急性期脳卒中加算 １　超急性期脳卒中加算に関する施設基準 (1)　次のいずれかを満たしていること。 ア　（略） イ　次のいずれも満たしていること。 （イ）～（ハ） （新設） (2)～(5)　（略）

⑤　DPC／PDPS の見直し

「Ⅱ－４－㉒」を参照のこと。

⑥　医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し

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推進する観点から、回復期リハビリテーション病棟等に関する評価体系の見直しを行う。

第２　具体的な内容

１．医療資源の少ない地域において、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、回復期リハビリテーション入院料の届出を病室単位で可能な区分を新設する。

改　定　案	現　　行
【回復期リハビリテーション病棟入院料】 １～５　（略） ６　回復期リハビリテーション入院医療管理料　●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） ［算定要件］ 注１　１から５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（別に厚生労働大臣が定める回復期リハビリテーションを要する状態にあるものに限る。）について、６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室に入院している患者（別に厚生労働大臣が定める回復期リハビリテーションを要する状態にあるものに限る。）について、当該基準に係る区分に	【回復期リハビリテーション病棟入院料】 １～５　（略） （新設） ［算定要件］ 注１　主として回復期リハビリテーションを行う病棟に関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、別に厚生労働大臣が定める回復期リハビリテーションを要する状態にあるものについて、当該基準に係る区分に従い、当該病棟に入院した日から起算して、それぞれの状態に応じて別に厚生労働大臣が定める日数を限度として所定点数を算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、

従い、当該病棟に入院した日から起算して、それぞれの状態に応じて別に厚生労働大臣が定める日数を限度として所定点数を算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、当該病棟が一般病棟であるときには区分番号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、当該病棟が療養病棟であるときには区分番号Ａ１０１に掲げる療養病棟入院料１の入院料Ｉ又は療養病棟入院料２の入院料Ｉの例により、それぞれ算定する。	当該病棟が一般病棟であるときには区分番号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、当該病棟が療養病棟であるときには区分番号Ａ１０１に掲げる療養病棟入院料１の入院料Ｉ又は療養病棟入院料２の入院料Ｉの例により、それぞれ算定する。
２　回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（回復期リハビリテーション病棟入院料３、回復期リハビリテーション病棟入院料４、回復期リハビリテーション病棟入院料５又は回復期リハビリテーション入院医療管理料を現に算定している患者に限る。）が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注１のただし書に規定する場合を除く。）は、休日リハビリテーション提供体制加算として、患者１人につき１日につき60点を所定点数に加算する。	２　回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（回復期リハビリテーション病棟入院料３、回復期リハビリテーション病棟入院料４又は回復期リハビリテーション病棟入院料５を現に算定している患者に限る。）が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注１のただし書に規定する場合を除く。）は、休日リハビリテーション提供体制加算として、患者１人につき１日につき60点を所定点数に加算する。
３　診療に係る費用（注２及び注４に規定する加算、当該患者に対して行った第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ００１の10に掲げる入院栄養食事指導料（回復期リハビリテーション病棟入院料１を算定するものに限る。）及び区分番号Ｂ００１の34に掲げる二次性骨折予防継続	３　診療に係る費用（注２及び注４に規定する加算、当該患者に対して行った第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ００１の10に掲げる入院栄養食事指導料（回復期リハビリテーション病棟入院料１を算定するものに限る。）及び区分番号Ｂ００１の34に掲げる二次性骨折予防継続

管理料（ロに限る。）、第２部在宅医療、第７部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第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、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及び排尿自立支援加算、第５節に掲げる看護職員処遇改善評価料、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。	管理料（ロに限る。）、第２部在宅医療、第７部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第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、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及び排尿自立支援加算、第５節に掲げる看護職員処遇改善評価料、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に含まれるものとする。
４・５　（略）	４・５　（略）
［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)　通則 イ　回復期リハビリテーションの必要性の高い患者を八割以上入院させる一般病棟又は療養病棟	［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)　通則 イ　回復期リハビリテーションの必要性の高い患者を八割以上入院させ、一般病棟又は療養病棟

の病棟又は病室を単位として行うものであること。	の病棟単位で行うものであること。
ロ～ニ　（略）	ロ～ニ　（略）
ホ　当該病棟又は病室を有する病棟に専任の常勤医師が一名以上配置されていること。	ホ　当該病棟に専任の常勤医師が一名以上配置されていること。
ヘ　当該病棟又は病室を有する病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟又は病室を有する病棟の入院患者の数が十五（回復期リハビリテーション病棟入院料１及び２にあっては十三）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が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟又は病室を有する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（回復期リハビリテーション病棟入院料３から５までを算定する病棟及び回復期リハビリテーション入院医療管理料を算定する病室を有する病棟であって、看護補助者が夜勤を行う場合においては看護職員の数は一以上）であることとする。	ヘ　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（回復期リハビリテーション病棟入院料１及び２にあっては十三）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が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該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（回復期リハビリテーション病棟入院料３から５までであって、看護補助者が夜勤を行う場合においては看護職員の数は一以上）であることとする。
ト　当該病棟又は病室を有する病棟において、看護職員の最小必要数の四割（回復期リハビリテーション病棟入院料１及び２にあっては七割）以上が看護師であること。	ト　当該病棟において、看護職員の最小必要数の四割（回復期リハビリテーション病棟入院料１及び２にあっては七割）以上が看護師であること。
チ　当該病棟又は病室を有する病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟又は病室を有する病棟の入院患者の数が三十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟又は病室を有する病棟において、一日	チ　当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が三十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、一日に看護補助を行う看護補助者が本文に規定する数に相当する数以

に看護補助を行う看護補助者が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟又は病室を有する病棟における夜勤を行う看護補助者の数は、本文の規定にかかわらず、二以上（看護職員が夜勤を行う場合においては、二から当該看護職員の数を減じた数以上）であることとする。なお、主として事務的業務を行う看護補助者を含む場合は、一日に事務的業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟又は病室を有する病棟の入院患者の数が二百又はその端数を増すごとに一に相当する数以下であること。	上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護補助者の数は、本文の規定にかかわらず、二以上（看護職員が夜勤を行う場合においては、二から当該看護職員の数を減じた数以上）であることとする。なお、主として事務的業務を行う看護補助者を含む場合は、一日に事務的業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二百又はその端数を増すごとに一に相当する数以下であること。
（削除）	リ　当該病棟に専従の常勤の理学療法士が二名（回復期リハビリテーション病棟入院料１及び２にあっては三名）以上、作業療法士が一名（回復期リハビリテーション病棟入院料１及び２にあっては、二名）以上配置されていること。
リ・ヌ　（略）	ヌ・ル　（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	(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　当該病棟に専従の常勤の理学療法士が三名以上、作業療法士が二名以上配置されていること。	（新設）
ロ～リ　（略）	イ～チ　（略）
ヌ　病院の一般病棟又は療養病棟の病棟単位で行うものであること。	（新設）
ル　（略）	リ　（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	(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、ロ及びニからヌまでを満たすものであること。	(2)のイ及びハからチまでを満たすものであること。
(4) 回復期リハビリテーション病棟入院料３の施設基準	(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　当該病棟に専従の常勤の理学療法士が二名以上、作業療法士が一名以上配置されていること。	（新設）
ロ～ホ　（略）	イ～ニ　（略）
ヘ　病院の一般病棟又は療養病棟の病棟単位で行うものであること。	（新設）
ト　（略）	ホ　（略）
(5) 回復期リハビリテーション病棟入院料４の施設基準 (4)のイからヘまでを満たすものであること。	(5) 回復期リハビリテーション病棟入院料４の施設基準 (4)のイからニまでを満たすものであること。
(6) 回復期リハビリテーション病棟入院料５の施設基準	(6) 回復期リハビリテーション病棟入院料５の施設基準
イ　当該病棟に専従の常勤の理学療法士が二名以上、作業療法士が一名以上配置されていること。	（新設）
ロ　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。	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。
ハ　病院の一般病棟又は療養病棟の病棟単位で行うものであること。	（新設）
(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	（新設）
イ　当該病室を有する病棟に専従の常勤の理学療法士が●名以上、専任の常勤の作業療法士が●名以上配置されていること。	
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　当該病室において、退院患者のうち他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合が●●割以上であること。	
ニ　当該病室において、新規入院患者のうち●●割以上が別表第九の五に規定する患者であること。	
ホ　当該病室において、重症の患	

者の●●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。 へ　別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関であって、当該保険医療機関を中心とした半径●●キロメートル以内に当該病院以外の医療機関が回復期リハビリテーション病棟入院料１から５までを届出していないこと。 ト　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。 チ　病院の一般病棟又は療養病棟の病室を単位として行うものであること。	

２．医療資源の少ない地域において、地域包括ケア病棟入院料２及び４の施設基準における、「自院の一般病棟からの転棟患者の割合」に関する要件を緩和する。

改　定　案	現　　行
【地域包括ケア病棟入院料】 ［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 (4) 地域包括ケア病棟入院料２の施設基準 ニ　当該病棟（許可病床数が二百床以上の保険医療機関に限り、別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関を除く。）において、入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が六割未満であること。 ※　地域包括ケア病棟入院料４についても同様。	【地域包括ケア病棟入院料】 ［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 (4) 地域包括ケア病棟入院料２の施設基準 ニ　当該病棟（許可病床数が二百床以上の保険医療機関に限る。）において、入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が六割未満であること。

３．医療資源の少ない地域において、在宅療養支援診療所・病院に係る24時間の往診体制の要件について、入院中の患者以外の患者が看護師等といる場合に情報通信機器を用いた診療が実施できる体制を整備することで要件を満たすこととする。

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～ハ　（略） 　二　当該診療所において、患家の求めに応じて、二十四時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。<u>ただし、基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する診療所にあっては、看護師等といる患者に対して情報通信機器を用いた診療を行うことが二十四時間可能な体制を確保し、担当医及び担当看護師等の氏名、担当日等を文書により患家に提供している場合は、この限りでない。</u> 　ホ～ワ　（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、次のいずれの基準にも該当するものであること。 　イ～ロ　（略）	【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～ハ　（略） 　二　当該診療所において、患家の求めに応じて、二十四時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。 　ホ～ワ　（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っては、看護師等といる患者に対して情報通信機器を用いた診療を行うことが二十四時間可能な体制を確保し、担当医及び担当看護師等の氏名、担当日等を文書により患家に提供している場合は、この限りでない。	ハ　当該連携体制を構成する他の保険医療機関との連携により、患家の求めに応じて、二十四時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。
二～ヲ　（略）	二～ヲ　（略）
(3)　次のいずれにも該当するものであること。	(3)　次のいずれにも該当するものであること。
イ・ロ　（略）	イ・ロ（略）
ハ　当該診療所において、又は別の保険医療機関の保険医との連携により、患家の求めに応じて、二十四時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。ただし、基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する診療所にあっては、看護師等といる患者に対して情報通信機器を用いた診療を行うことが二十四時間可能な体制を確保し、担当医及び担当看護師等の氏名、担当日等を文書により患家に提供している場合は、この限りでない。	ハ　当該診療所において、又は別の保険医療機関の保険医との連携により、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。
※　在宅療養支援病院についても同様。	

⑦　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推進する観点から、第８次医療計画における二次医療圏の見直しの予定等を踏まえ、医療資源の少ない地域の対象となる地域を見直す。

第２　具体的な内容

医療資源の少ない地域について、第８次医療計画における二次医療圏の見直しの予定に対応するとともに、直近の統計を用いて、対象地域を見直す。

改　定　案	現　　行
別表第六の二　厚生労働大臣が定める地域	別表第六の二　厚生労働大臣が定める地域
一～三　（略）	一～三　（略）
（削除）	四　北海道帯広市、音更町、士幌町、上士幌町、鹿追町、新得町、清水町、芽室町、中札内村、更別村、大樹町、広尾町、幕別町、池田町、豊頃町、本別町、足寄町、陸別町及び浦幌町の地域
四～十　（略）	五～十一　（略）
（削除）	十二　秋田県北秋田市及び上小阿仁村の地域
十一　秋田県大仙市、仙北市、美郷町、横手市、湯沢市、羽後町及び東成瀬村の地域	十三　秋田県大仙市、仙北市及び美郷町の地域
（削除）	十四　秋田県湯沢市、羽後町及び東成瀬村の地域
十二～十五　（略）	十五～十八　（略）
十六　石川県輪島市、珠洲市、穴水町及び能登町の地域	（新設）
十七～二十七　（略）	十九～二十九　（略）
（削除）	三十　島根県大田市及び邑智郡の地域
二十八～三十七　（略）	三十一～四十　（略）
（中略）	（中略）

［経過措置］ 　令和６年３月31日において、現に改正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●●年●●月●●日までの間、なお効力を有するものとする。	［経過措置］ （新設）

①　医療情報・システム基盤整備体制充実加算の見直し

第１　基本的な考え方

保険医療機関・薬局におけるオンライン資格確認等システムの導入が原則義務化され、オンライン資格確認に係る体制が整備されていることを踏まえ、医療情報・システム基盤整備体制充実加算の評価の在り方を見直す。

第２　具体的な内容

医療情報・システム基盤整備体制充実加算について、オンライン資格確認等システムの導入が原則義務化されたことを踏まえ、体制整備に係る評価から、初診時等の診療情報・薬剤情報の取得・活用にかかる評価へ、評価の在り方を見直すとともに、名称を医療情報取得加算に見直す。

改　定　案	現　　行
【初診料】 ［算定要件］ 注15　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で初診を行った場合は、医療情報取得加算１として、月●回に限り●●点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報等の提供を受けた場合にあっては、医療情報取得加算２として、月●回に限り●●点を所定点数に加算する。	【初診料】 ［算定要件］ 注15　初診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、医療情報・システム基盤整備体制充実加算１として、月１回に限り４点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報等の提供を受けた場合にあっては、医療情報・システム基盤整備体制充実加算２として、月１回に限り２点を所定点数に加算する。

【再診料】 ［算定要件］ （削除） 注18　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３として、●月に●回に限り●●点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあっては、医療情報取得加算４として、●月に●回に限り●●点を所定点数に加算する。 ※ 外来診療料についても同様。 ［施設基準］ 第３　初・再診料の施設基準等 ３の７　医療情報取得加算の施設基準 （略）	【再診料】 ［算定要件］ 注18　再診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医療機関を受診した患者に対して再診を行った場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算３として、月１回に限り２点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあっては、この限りでない。 （新設） ［施設基準］ 第３　初・再診料の施設基準等 ３の７　医療情報・システム基盤整備体制充実加算の施設基準 （略）

【調剤管理料】 ［算定要件］ 注６　調剤に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局（注３に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において調剤を行った場合は、医療情報取得加算１として、●月に●回に限り●●点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認により患者に係る薬剤情報を取得等した場合にあっては、医療情報取得加算２として、●月に●回に限り●●点を所定点数に加算する。 ［施設基準］ 九の五　調剤管理料の注６に規定する医療情報取得加算の施設基準 (1)～(3)　略	【調剤管理料】 ［算定要件］ 注６　調剤に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局（注３に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において調剤を行った場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算１として、６月に１回に限り３点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認により患者に係る薬剤情報を取得等した場合にあっては、医療情報・システム基盤整備体制充実加算２として、６月に１回に限り１点を所定点数に加算する。 ［施設基準］ 九の五　調剤管理料の注６に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算の施設基準 (1)～(3)　略

②　医療 DX 推進体制整備加算の新設

第１　基本的な考え方

オンライン資格確認の導入による診療情報・薬剤情報の取得・活用の推進に加え、「医療 DX の推進に関する工程表」に基づき、利用実績に応じた評価、電子処方箋の更なる普及や電子カルテ情報共有サービスの整備を進めることとされていることを踏まえ、医療 DX を推進する体制について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

オンライン資格確認により取得した診療情報・薬剤情報を実際に診療に活用可能な体制を整備し、また、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスを導入し、質の高い医療を提供するため医療 DX に対応する体制を確保している場合の評価を新設する。

（新）　医療 DX 推進体制整備加算　●●点

［算定要件］

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を満たす保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療 DX 推進体制整備加算として、月●回に限り●●点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号●●に掲げる在宅医療 DX 情報活用加算又は区分番号●●に掲げる訪問看護医療 DX 情報活用加算は同一月においては、別に算定できない。

［施設基準］

（１）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（昭和 51 年厚生省令第 36 号）第１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。

（２）健康保険法第３条第 13 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。

（３）医師が、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。

（４）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。

（５）電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有していること。

（６）マイナンバーカードの健康保険証利用について、実績を一定程度有していること。
（７）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。
（８）（７）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。
（９）現行の医療情報・システム基盤整備体制充実加算と同様に、Ｂ００１－２に掲げる小児科外来診療料、Ｂ００１－２－７に掲げる外来リハビリテーション診療料、Ｂ００１－２－８に掲げる外来放射線照射診療料、Ｂ００１－２－11 に掲げる小児かかりつけ診療料及びＢ００１－２－12 に掲げる外来腫瘍化学療法診療料において、包括範囲外とする。

[経過措置]
（１）令和●●年●●月●●日までの間に限り、（４）の基準に該当するものとみなす。
（２）令和●●年●●月●●日までの間に限り、（５）の基準に該当するものとみなす。
（３）（６）の基準については、令和●●年●●月●●日から適用する。
（４）令和●●年●●月●●日までの間に限り、（８）の基準に該当するものとみなす。

（新）　医療 DX 推進体制整備加算
（歯科初診料・地域歯科診療支援病院歯科初診料）　●●点

[算定要件]
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を満たす保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療 DX 推進体制整備加算として、月●回に限り●●点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号●●に掲げる在宅医療 DX 情報活用加算は同一月においては、別に算定できない。

[施設基準]
（１）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（昭和 51 年厚生省令第 36 号）第１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。
（２）健康保険法第３条第 13 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。
（３）歯科医師が、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。
（４）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。
（５）電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有していること。
（６）マイナンバーカードの健康保険証利用について、実績を一定程度有していること。
（７）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。
（８）（７）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。
（９）現行の医療情報・システム基盤整備体制充実加算と同様に、Ｂ００４－１－６に掲げる外来リハビリテーション診療料、Ｂ００４－１－７に掲げる外来放射線照射診療料及びＢ００４－１－８に掲げる外来腫瘍化学療法診療料において、包括範囲外とする。

[経過措置]
（１）令和●●年●●月●●日までの間に限り、（４）の基準に該当するものとみなす。
（２）令和●●年●●月●●日までの間に限り、（５）の基準に該当するものとみなす。
（３）（６）の基準については、令和●●年●●月●●日から適用する。
（４）令和●●年●●月●●日までの間に限り、（８）の基準に該当するものとみなす。

（新）　医療 DX 推進体制整備加算（調剤基本料）　●●点

[算定要件]
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において調剤を行った場合は、医療 DX 推進体制整備加算として、月●回に限り●●点を所定点数に加算する。この場合において、注２に規定する特別調剤基本料Ｂを算定する保険薬局は当該加算を算定できない。

[施設基準]
（１）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（昭和 51 年厚生省令第 36 号）第１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。
（２）健康保険法第３条第 13 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。
（３）保険薬剤師が、電子資格確認の仕組みを利用して取得した診療情報を閲覧又は活用し、調剤できる体制を有していること。
（４）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を有していること。
（５）電磁的記録による調剤録及び薬剤服用歴の管理の体制を有していること。
（６）電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有していること。
（７）マイナンバーカードの健康保険証利用について、実績を一定程度有していること。
（８）医療 DX 推進の体制に関する事項及び質の高い調剤を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して調剤を行うことについて、当該保険薬局の見やすい場所に掲示していること。
（９）（８）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。

［経過措置］
（１）令和●●年●●月●●日までの間に限り、（４）の基準に該当するものとみなす。
（２）令和●●年●●月●●日までの間に限り、（６）の基準に該当するものとみなす。
（３）（７）の基準については、令和●●年●●月●●日から適用する。
（４）令和●●年●●月●●日までの間に限り、（９）の基準に該当するものとみなす。

③　在宅医療における医療 DX の推進

第１　基本的な考え方

居宅同意取得型のオンライン資格確認等システム、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスにより、在宅医療における診療計画の作成において取得された患者の診療情報や薬剤情報を活用することで質の高い医療を提供した場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

１．在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の１、在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の２、在宅患者訪問診療料（Ⅱ）及び在宅がん医療総合診療料について、居宅同意取得型のオンライン資格確認等システム、電子カルテ情報共有サービス及び電子処方箋により得られる情報を活用して質の高い医療を提供することに係る評価を新設する。

（新）　在宅医療ＤＸ情報活用加算　●●点

［対象患者］

在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の１、在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の２、在宅患者訪問診療料（Ⅱ）及び在宅がん医療総合診療料を算定する患者

［算定要件］

別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において健康保険法第３条第 13 項に規定する電子資格確認等により得られる情報を踏まえて計画的な医学管理の下に、訪問して診療を行った場合は、在宅医療ＤＸ情報活用加算として、月１回に限り所定点数に加算する。ただし、区分番号●●に掲げる医療情報取得加算、区分番号●●に掲げる医療ＤＸ推進体制整備加算又は区分番号●●に掲げる訪問看護医療ＤＸ情報活用加算を算定した月は、在宅医療ＤＸ情報活用加算は算定できない。

［施設基準］

（１）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（昭和 51 年厚生省令第 36 号）第１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。

（２）健康保険法第３条第 13 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。
（３）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。
（４）電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有していること。
（５）（２）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。
（６）（５）の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲示していること。

［経過措置］
（１）令和●年●月●日までの間に限り、（３）の基準に該当するものとみなす。
（２）令和●年●月●日までの間に限り、（４）の基準に該当するものとみなす。
（３）令和●年●月●日までの間に限り、（６）の基準に該当するものとみなす。

（※）在宅患者訪問診療料（Ⅱ）及び在宅がん医療総合診療料についても同様。

２．医療ＤＸ及び医薬品の安定供給に資する取組の推進に伴い、処方箋を交付する場合の在宅がん医療総合診療料の点数を見直す。

改　定　案	現　　行
【在宅がん医療総合診療料】 １　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の場合 イ　病床を有する場合 (1) 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合　●●点 (2) 処方箋を交付しない場合　●●点 ロ　病床を有しない場合 (1) 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する	【在宅がん医療総合診療料】 １　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の場合 イ　病床を有する場合 (1) 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合　1,800点 (2) 処方箋を交付しない場合　2,000点 ロ　病床を有しない場合 (1) 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する

場合　●●点 (2) 処方箋を交付しない場合 ●●点 ２　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（１に規定するものを除く。）の場合 イ　保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合 ●●点 ロ　処方箋を交付しない場合 ●●点	場合　1,650点 (2) 処方箋を交付しない場合 1,850点 ２　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（１に規定するものを除く。）の場合 イ　保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合 1,495点 ロ　処方箋を交付しない場合 1,685点

３．在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料及び精神科訪問看護・指導料について、居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムが導入されることを踏まえ、初回訪問時等に利用者の診療情報・薬剤情報を取得・活用して、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行い、質の高い医療を提供した場合について、新たな評価を行う。

（新）　訪問看護医療ＤＸ情報活用加算　●●点

[対象患者]

在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料及び精神科訪問看護・指導料を算定する患者

[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保険医療機関の看護師等（准看護師を除く）が、健康保険法第３条第 13 項の規定による電子資格確認により、利用者の診療情報を取得等した上で訪問看護・指導の実施に関する計画的な管理を行った場合には、訪問看護医療ＤＸ情報活用加算として、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●●に掲げる医療情報取得加算、区分番号●●に掲げる医療ＤＸ推進体制整備加算又は区分番号●●に掲げる在宅医療ＤＸ情報活用加算を算定した月は、訪問看護医療ＤＸ情報活用加算は算定できない。

[施設基準]

（１）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（昭和 51 年厚生省令第 36 号）第１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。

（２）健康保険法第３条第 13 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。
（３）（２）の体制に関する事項及び質の高い訪問看護を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して訪問看護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。
（４）（３）の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲示していること。

［経過措置］
令和●年●月●日までの間に限り、（４）の基準に該当するものとみなす。

４．歯科訪問診療料について、居宅同意取得型のオンライン資格確認等システム、電子カルテ情報共有サービス及び電子処方箋により得られる情報を活用して質の高い医療を提供することに係る評価を新設する。

（新）　在宅医療ＤＸ情報活用加算（歯科訪問診療料）　●●点

［対象患者］
歯科訪問診療料を算定する患者

［算定要件］
別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において健康保険法第３条第 13 項に規定する電子資格確認等により得られる情報を踏まえて計画的な歯科医学管理の下に、訪問して診療を行った場合は、在宅医療ＤＸ情報活用加算として、月１回に限り所定点数に加算する。ただし、区分番号●●に掲げる医療情報取得加算又は区分番号●●に掲げる医療ＤＸ推進体制整備加算を算定した月は、在宅医療ＤＸ情報活用加算は算定できない。

［施設基準］
（１）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（昭和 51 年厚生省令第 36 号）第１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。
（２）健康保険法第３条第 13 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。
（３）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。
（４）電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有していること。
（５）（２）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。
（６）（５）の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲示していること。

［経過措置］
（１）令和●年●月●日までの間に限り、（３）の基準に該当するものとみなす。
（２）令和●年●月●日までの間に限り、（４）の基準に該当するものとみなす。
（３）令和●年●月●日までの間に限り、（６）の基準に該当するものとみなす。

④　訪問看護医療 DX 情報活用加算の新設

第１　基本的な考え方

居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムが導入されることを踏まえ、初回訪問時等に利用者の診療情報・薬剤情報を取得・活用して、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行い、質の高い医療を提供した場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

指定訪問看護ステーションにおいて、居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムを通じて利用者の診療情報を取得し、当該情報を活用して質の高い医療を提供することに係る評価を新設する。

（新）　訪問看護医療ＤＸ情報活用加算　●●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、健康保険法第３条第 13 項の規定による電子資格確認により、利用者の診療情報を取得等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ＤＸ情報活用加算として、月１回に限り、●●円を所定額に加算する。

［施設基準］
（１）訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令（平成４年厚生省令第５号）第１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。
（２）健康保険法第３条第 13 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。
（３）（２）の体制に関する事項及び質の高い訪問看護を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して訪問看護を行うことについて、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。

［経過措置］

令和●年●月●日までの間に限り、（４）に該当するものとみなす。

⑤　救急時医療情報閲覧機能の導入の推進

第１　基本的な考え方

救急時医療情報閲覧機能の導入により、救急患者に対する迅速かつ的確で効率的な治療を更に推進する観点から、総合入院体制加算、急性期充実体制加算及び救命救急入院料について要件を見直す。

第２　具体的な内容

総合入院体制加算、急性期充実体制加算及び救命救急入院料について、救急時医療情報閲覧機能を導入していることを要件とする。

改　定　案	現　　行
【総合入院体制加算】 ［施設基準］ １　総合入院体制加算１に関する施設基準等 (5)　24時間の救急医療提供として、「救急医療対策事業実施要綱」（昭和52年７月６日医発第692号）に定める第３「救命救急センター」又は第４「高度救命救急センター」を設置している保険医療機関であること。また、救急時医療情報閲覧機能を有していること。 ２　総合入院体制加算２に関する施設基準等 (4)　24時間の救急医療提供として、救急時医療情報閲覧機能を有していること。また、以下のいずれかを満たしていること。 ア・イ　（略） ［経過措置］ １の(5)及び２の(4)に係る救急時	【総合入院体制加算】 ［施設基準］ １　総合入院体制加算１に関する施設基準等 (5)　24時間の救急医療提供として、「救急医療対策事業実施要綱」（昭和52年７月６日医発第692号）に定める第３「救命救急センター」又は第４「高度救命救急センター」を設置している保険医療機関であること。 ２　総合入院体制加算２に関する施設基準等 (4)　24時間の救急医療提供として、以下のいずれかを満たしていること。 ア・イ　（略） ［経過措置］ (新設)

医療情報閲覧機能の要件については、令和●●年●●月●●日以降に適用するものとする。	
【急性期充実体制加算】 ［施設基準］ １　急性期充実体制加算に関する施設基準 (5)　24時間の救急医療提供として、次のいずれにも該当していること。 ア・イ　（略） ウ　救急時医療情報閲覧機能を有していること。	【急性期充実体制加算】 ［施設基準］ １　急性期充実体制加算に関する施設基準 (5)　24時間の救急医療提供として、次のいずれにも該当していること。 ア・イ　（略） （新設）
［経過措置］ １の(5)のウに規定する救急時医療情報閲覧機能の要件については、令和●●年●●月●●日以降に適用するものとする。	［経過措置］ （新設）
【救命救急入院料】 ［施設基準］ １　救命救急入院料１に関する施設基準 (8)　当該病院において救急時医療情報閲覧機能を有していること。	【救命救急入院料】 ［施設基準］ １　救命救急入院料１に関する施設基準 （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)の施設基準を満たすほか、特定集中治療室管理料の１又は３の施設基準を満たすものであること。	２　救命救急入院料２に関する施設基準 救命救急入院料１の(1)から(5)までの施設基準を満たすほか、特定集中治療室管理料の１又は３の施設基準を満たすものであること。
［経過措置］ １の(8)及び２（救命救急入院料１の(8)に限る。）に規定する救急時医療情報閲覧機能の要件については、令和●●年●●月●●日以降に適用するものとする。	［経過措置］ （新設）

⑥　へき地診療所等が実施する D to P with N の推進

第１　基本的な考え方

へき地医療において、患者が看護師等といる場合のオンライン診療（D to P with N）が有効であることを踏まえ、へき地診療所・へき地医療拠点病院が D to P with N を実施する場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

へき地診療所及びへき地医療拠点病院において、適切な研修を修了した医師が、D to P with N を実施できる体制を確保している場合の評価を、情報通信機器を用いた場合の再診料及び外来診療料に新設する。

（新）　看護師等遠隔診療補助加算　●●点

［算定要件］

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、看護師等といる患者に対して情報通信機器を用いた診療を行った場合に、所定点数に加算する。

［施設基準］

患者が看護師等といる場合の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。

⑦　難病患者の治療に係る遠隔連携診療料の見直し

第１　基本的な考え方

指定難病患者に対する治療について患者が医師といる場合の情報通信機器を用いた診療（D to P with D）が有効であることが示されたことを踏まえ、遠隔連携診療料の対象患者を見直す。

第２　具体的な内容

遠隔連携診療料の対象患者に、指定難病患者を追加する。

改　定　案	現　　行
【遠隔連携診療料】 ［算定要件］ 注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。 ［施設基準］ 九の七の三　遠隔連携診療料の施設基準等 (1)・(2)　（略）	【遠隔連携診療料】 ［算定要件］ 注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、てんかんの治療を目的として、患者の同意を得て、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、当該診療料を最初に算定した日から起算して１年を限度として、３月に１回に限り算定する。 ［施設基準］ 九の七の三　遠隔連携診療料の施設基準等 (1)・(2)　（略）

(3)　遠隔連携診療料の注２に規定する対象患者 イ　てんかんの患者（知的障害を有するものに限る。） 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	(3)　遠隔連携診療料の注２に規定する対象患者 　てんかんの患者（知的障害を有するものに限る。）

⑧　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料における情報通信機器を用いた診療に係る評価の新設

第１　基本的な考え方

情報通信機器を用いた診療における閉塞性無呼吸症候群に対する持続陽圧呼吸（CPAP）療法を実施する際の基準を踏まえ、情報通信機器を用いた場合の在宅持続陽圧呼吸療法指導管理について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料について、情報通信機器を用いた診療を実施した場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料】 ［算定要件］ 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、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料２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、２の所定点数に代えて、●●点を算定する。	【在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料】 ［算定要件］ （新設）
［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等	［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遠隔モニタリング加算の施設基準 電話以外による指導を行う場合は、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。
（削除）	
(1)　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の遠隔モニタリング加算の施設基準	（新設）

電話以外による指導を行う場合は、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) 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の注３の施設基準 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。	（新設）

⑨　小児特定疾患カウンセリング料の見直し

第１　基本的な考え方

発達障害等、児童思春期の精神疾患の支援を充実する観点から、小児特定疾患カウンセリング料について要件及び評価を見直すとともに、医師による小児の発達障害等に対する情報通信機器を用いたオンライン診療の有効性・安全性に係るエビデンスが示されたことを踏まえ、発達障害等を有する小児患者に対する情報通信機器を用いた医学管理について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

１．小児特定疾患カウンセリング料について、カウンセリングの実態を踏まえ、要件及び評価を見直す。
２．小児特定疾患カウンセリング料について、情報通信機器を用いた診療を実施した場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【小児特定疾患カウンセリング料】 イ　医師による場合 (1) 初回　●●点 (2) 初回のカウンセリングを行った日後●●年以内の期間に行った場合 ①　月の１回目　●●点 ②　月の２回目　●●点 (3) 初回のカウンセリングを行った日から起算して●●年以内の期間に行った場合（(2)の場合を除く。） ①　月の１回目　●●点 ②　月の２回目　●●点 (4) 初回のカウンセリングを行った日から起算して●●年以内の期間に行った場合（(2)及び(3)の場合を除く。）　●●点 ロ　（略）	【小児特定疾患カウンセリング料】 イ　医師による場合 (1) 月の１回目　500点 (2) 月の２回目　400点 ロ　（略）

［算定要件］ 注１　小児科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、小児科若しくは心療内科を担当する医師又は医師の指示を受けた公認心理師が、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中以外のものに対して、療養上必要なカウンセリングを同一月内に１回以上行った場合に、初回のカウンセリングを行った日から起算して、●●年以内の期間においては月●●回に限り、●●年を超える期間においては、●●年を限度として、月●●回に限り、算定する。ただし、区分番号Ｂ０００に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号Ｉ００２に掲げる通院・在宅精神療法又は区分番号Ｉ００４に掲げる心身医学療法を算定している患者については算定しない。 ２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合している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、小児特定疾患カウンセリング料イの(1)、(2)、(3)又は(4)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、イの(1)、(2)の①若しくは②、(3)の①若しくは②若しくは(4)の所定点数に代えて、それぞれ●●点、●●点若しくは●●点、●●点若しくは●●点若しくは●●点を算定する。	［算定要件］ 注　小児科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、小児科若しくは心療内科を担当する医師又は医師の指示を受けた公認心理師が、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中以外のものに対して、療養上必要なカウンセリングを同一月内に１回以上行った場合に、２年を限度として月２回に限り算定する。ただし、区分番号Ｂ０００に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号Ｉ００２に掲げる通院・在宅精神療法又は区分番号Ｉ００４に掲げる心身医学療法を算定している患者については算定しない。 （新設）
［施設基準］ (2)の２の２　小児特定疾患カウンセリング料の注２に規定する施設基準	［施設基準］ （新設）

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。	

⑩　情報通信機器を用いた通院精神療法に係る評価の新設

第１　基本的な考え方

「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」を踏まえ、情報通信機器を用いて通院精神療法を実施した場合等について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

１．「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」を踏まえ、通院精神療法について、情報通信機器を用いて行った場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【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●●点又は●●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。	【通院・在宅精神療法】 ［算定要件］ （新設）
［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	［施設基準］ （新設）

を行うにつき十分な体制が整備されていること。	

２．情報通信機器を用いた診療の施設基準に、情報通信機器を用いた診療の初診の場合には向精神薬を処方しないことをホームページ等に掲示していることを追加する。

改　定　案	現　　行
【情報通信機器を用いた診療】 ［施設基準］ 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～エを満たすこと。 ア～ウ　（略） エ　情報通信機器を用いた診療の初診の場合には向精神薬を処方しないことを当該保険医療機関のウェブサイトに掲載していること。 (2)　（略）	【情報通信機器を用いた診療】 ［施設基準］ 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～ウを満たすこと。 ア～ウ　（略） （新設） (2)　（略）

⑪　情報通信機器を用いた歯科診療に係る評価の新設

第１　基本的な考え方

これまでの情報通信機器を用いた歯科診療の実態も踏まえ、継続的な口腔機能管理を行う患者及び新興感染症等に罹患している患者で歯科疾患による急性症状等を有する者に対する情報通信機器を用いた歯科診療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

初診料及び再診料等について、情報通信機器を用いて歯科診療を行った場合の評価を新設する。

（新）　初診料（情報通信機器を用いた場合）　●●点
（新）　再診料（情報通信機器を用いた場合）　●●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、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者に対して、情報通信機器を用いた初診を行った場合は、院内感染防止対策に関する届出の有無にかかわらず、歯科初診料又は地域歯科診療支援病院歯科初診料について、所定点数に代えて、●●点を算定する。

（新）　歯科特定疾患療養管理料（情報通信機器を用いた場合）　●●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、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者（過去に歯科特定疾患療養管理料を算定した患者に限る。）に対して、歯科特定疾患療養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。

（新）　小児口腔機能管理料（情報通信機器を用いた場合）　●●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、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者（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●●点を算定する。

（新）　口腔機能管理料（情報通信機器を用いた場合）　●●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、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者（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、所定点数に代えて●●点を算定する。

［施設基準］※再診料、歯科特定疾患療養管理料、小児口腔機能管理料及び口腔機能管理料についても同様。
　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。

⑫　歯科遠隔連携診療料の新設

第１　基本的な考え方

口腔がんの経過観察等、専門性の観点等から近隣の医療機関では対応が困難な場合において、近隣の歯科医療機関の歯科医師と連携して遠隔地の歯科医師が情報通信機器を用いた歯科診療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

口腔がん手術後の経過観察等、専門性が求められる疾患の患者の診療について、事前に診療情報を共有した上で、近隣の歯科医師と連携して遠隔地の歯科医師が情報通信機器を用いて診療を行った場合の評価を新設する。

（新）　歯科遠隔連携診療料　●●点

［対象患者］
以下のいずれかに該当する患者
（１）　口腔領域の悪性新生物の術後の経過観察等の専門的な医療を必要とする患者
（２）　口腔軟組織の疾患（難治性のものに限る。）又は薬剤関連顎骨壊死の経過観察等の専門的な医療を必要とする患者

［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、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、症状の確認等を目的として、患者の同意を得て、当該施設基準を満たす当該疾患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歯科医師と事前に診療情報を共有した上で、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歯科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。

［施設基準］
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。

⑬　超急性期脳卒中加算の見直し

「Ⅰ－６－③」を参照のこと。

⑭　脳梗塞の患者に対する血栓回収療法における遠隔連携の評価

「Ⅰ－６－④」を参照のこと。

⑮　診療録管理体制加算の見直し

第１　基本的な考え方

適切な診療記録の管理を推進する観点から、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を踏まえ、診療録管理体制加算について非常時に備えたサイバーセキュリティ対策の整備に係る要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．非常時に備えたサイバーセキュリティ対策が講じられるよう、専任の医療情報システム安全管理責任者の配置及び院内研修の実施を求める医療機関の対象範囲について、現行の許可病床数が 400 床以上の保険医療機関から許可病床数が●●床以上の保険医療機関に拡大する。

２．医療情報システムのオフラインバックアップ体制の確保、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に基づく業務継続計画（BCP）の策定及び訓練の実施についても新たに評価を行う。

改　定　案	現　　行
【診療録管理体制加算】 １　診療録管理体制加算１　●●点 ２　診療録管理体制加算２　●●点 ３　診療録管理体制加算３　●●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～ホ　（略） 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)のイからホを満たすものであること。	【診療録管理体制加算】 １　診療録管理体制加算１　100点 ２　診療録管理体制加算２　30点 （新設） ［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～ホ　（略） （新設） (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いること。
(3)　診療録管理体制加算３ 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いること。	（新設）
１　診療録管理体制加算１に関する施設基準 (7)　以下に掲げる項目を全て含む電子的な一覧表を有し、保管・管理された診療記録が、任意の条件及びコードに基づいて速やかに検索・抽出できること。なお、当該データベースについては、各退院患者の退院時要約が作成された後、速やかに更新されていること。また、当該一覧表及び診療記録に係る患者の個人情報の取扱いについては、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」（以下「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」という。）に基づく管理が実施されていること。 ア　退院患者の氏名、生年月日、年齢、性別、住所（郵便番号を含む。） イ　入院日、退院日 ウ　担当医、担当診療科 エ　ＩＣＤ（国際疾病分類）コードによって分類された疾患名 オ　手術コード（医科点数表の区	１　診療録管理体制加算１に関する施設基準 (7)　以下に掲げる項目を全て含む電子的な一覧表を有し、保管・管理された診療記録が、任意の条件及びコードに基づいて速やかに検索・抽出できること。なお、当該データベースについては、各退院患者の退院時要約が作成された後、速やかに更新されていること。また、当該一覧表及び診療記録に係る患者の個人情報の取扱いについては、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」（平成 29 年４月 14 日（個人情報保護委員会、厚生労働省））「以下「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」という。」に基づく管理が実施されていること。 ア　退院患者の氏名、生年月日、年齢、性別、住所（郵便番号を含む。） イ　入院日、退院日 ウ　担当医、担当診療科 エ　ＩＣＤ（国際疾病分類）コードによって分類された疾患名 オ　手術コード（医科点数表の区

分番号）によって分類された当該入院中に実施された手術 (8)～(9)　（略） (10) 許可病床数が●●床以上の保険医療機関については、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」に基づき、専任の医療情報システム安全管理責任者を配置すること。また、当該責任者は、職員を対象として、少なくとも年１回程度、定期的に必要な情報セキュリティに関する研修を行っていること。ただし、令和６年３月31日において、現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関（許可病床数が●●床以上●●床未満のものに限る。）については、令和●●年●●月●●日までの間、当該基準を満たしているものとみなす。 (11) 非常時に備えた医療情報システムのバックアップを複数の方式で確保し、その一部はネットワークから切り離したオフラインで保管していること。 (12) 「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に基づき、非常時を想定した医療情報システムの利用が困難な場合の対応や復旧に至るまでの対応についての業務継続計画を策定し、少なくとも年●回程度、定期的に当該業務継続計画に基づく訓練・演習を実施すること。また、その結果を踏まえ、必要に応じて改善に向けた対応を行っていること。	分番号）によって分類された当該入院中に実施された手術 (8)～(9)　（略） (10) 許可病床数が400床以上の保険医療機関については、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」に基づき、専任の医療情報システム安全管理責任者を配置すること。また、当該責任者は、職員を対象として、少なくとも年１回程度、定期的に必要な情報セキュリティに関する研修を行っていること。さらに、当該保険医療機関は、非常時に備えた医療情報システムのバックアップ体制を確保することが望ましい。ただし、令和４年３月31日において、現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関（許可病床数が400床以上のものに限る。）については、令和５年３月31日までの間、当該基準を満たしているものとみなす。 （新設） （新設）
２　診療録管理体制加算２に関する	２　診療録管理体制加算２に関する

施設基準 (1)　１の(1)から(10)までを満たしていること。	施設基準 (1)　１の(1)から(4)まで、(9)及び(10)を満たしていること。 (2)　１名以上の専任の診療記録管理者が配置されていること。 (3)　入院患者についての疾病統計には、ＩＣＤ大分類程度以上の疾病分類がされていること。 (4)　保管・管理された診療記録が疾病別に検索・抽出できること。 (5)　全診療科において退院時要約が全患者について作成されていること。
３　診療録管理体制加算３に関する施設基準 (1)　１の(1)から(4)まで、(9)及び(10)を満たしていること。 (2)　●名以上の専任の診療記録管理者が配置されていること。 (3)　入院患者についての疾病統計には、ＩＣＤ大分類程度以上の疾病分類がされていること。 (4)　保管・管理された診療記録が疾病別に検索・抽出できること。 (5)　全診療科において退院時要約が全患者について作成されていること。	（新設）

⑯　プログラム医療機器の使用に係る指導管理の評価

第１　基本的な考え方

健康管理等のために主に患者自らが使用するプログラム医療機器について特定保険医療材料として評価されることを踏まえ、こうしたプログラム医療機器を用いた療養に係る指導管理に対する評価を新設する。

第２　具体的な内容

特定保険医療材料として評価されるプログラム医療機器を用いた医学管理等を行った場合の評価を医学管理料として新設するとともに、区分番号Ｂ１００に掲げる禁煙治療補助システム指導管理加算を廃止する。

（新）　プログラム医療機器等指導管理料　●●点

［対象患者］
主に患者自らが使用するプログラム医療機器等（特定保険医療材料に限る。）を用いた療養を行う患者

［算定要件］
主に患者自らが使用するプログラム医療機器等（特定保険医療材料に限る。）に係る指導管理を行った場合に、プログラム医療機器等指導管理料として、月に１回に限り算定する。

（新）　導入期加算　●●点

［算定要件］
プログラム医療機器等に係る初回の指導管理を行った月においては、導入期加算として所定点数に加算する。

［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。

⑰　診療報酬における書面要件の見直し

第１　基本的な考え方

医療 DX を推進する観点から、診療報酬上、書面での検査結果その他の書面の作成又は書面を用いた情報提供等が必要とされる項目について、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」の遵守を前提に、電磁的方法による作成又は情報提供等が可能であることについて明確化する。

第２　具体的な内容

１．文書による提供等をすることとされている個々の患者の診療に関する情報等を、電磁的方法によって、他の保険医療機関、保険薬局又は患者等に提供等する場合は、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保するとともに、書面における署名又は記名・押印に代わり、本ガイドラインに定められた電子署名を施すこととする。

改　定　案	現　　行
［算定要件］ 別添１　医科診療報酬点数表に関する事項 ＜通則＞ ９　文書による提供等をすることとされている個々の患者の診療に関する情報等を、電磁的方法によって、患者、他の保険医療機関、保険薬局、指定訪問看護事業者等に提供等する場合は、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」を遵守し、安全な通信環境を確保するとともに、書面における署名又は記名・押印に代わり、本ガイドラインに定められた電子署名（厚生労働省の定める準拠性監査基準を満たす保健医療福祉分野PKI認証局の発行する電子証明書を用いた電子署名、認定認証事業者	［算定要件］ 別添１　医科診療報酬点数表に関する事項 ＜通則＞ （新設）

（電子署名及び認証業務に関する法律（平成12年法律第102号）第２条第３項に規定する特定認証業務を行う者をいう。）又は認証事業者（同条第２項に規定する認証業務を行う者（認定認証事業者を除く。）をいう。）の発行する電子証明書を用いた電子署名、電子署名等に係る地方公共団体情報システム機構の認証業務に関する法律（平成14年法律第153号）に基づき、平成16年１月29日から開始されている公的個人認証サービスを用いた電子署名等）を施すこと。 ※　別添２歯科診療報酬点数表に関する事項、別添３調剤報酬点数表に関する事項についても同様。 ［施設基準］ 第１　基本診療料の施設基準等 ７　診療等に要する書面等は別添６のとおりであること。 　なお、当該書面による様式として示しているものは、参考として示しているものであり、示している事項が全て記載されている様式であれば、別添６の様式と同じでなくても差し支えないものであること。 　また、当該様式の作成や保存方法等に当たっては、医師事務作業の負担軽減等の観点から各保険医療機関において工夫されたい。 　文書による提供等をすることとされている個々の患者の診療に関する情報等を、電磁的方法によって、患者、他の保険医療機関、保険薬局、指定訪問看護事業者等に提供等する場合は、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」を遵守し、安全な通信環境を確保するとともに、書面における署名又は記名・押印に代わり、	［施設基準］ 第１　基本診療料の施設基準等 ７　診療等に要する書面等は別添６のとおりであること。 　なお、当該書面による様式として示しているものは、参考として示しているものであり、示している事項が全て記載されている様式であれば、別添６の様式と同じでなくても差し支えないものであること。 　また、当該様式の作成や保存方法等に当たっては、医師事務作業の負担軽減等の観点から各保険医療機関において工夫されたい。

本ガイドラインに定められた電子署名（厚生労働省の定める準拠性監査基準を満たす保健医療福祉分野PKI認証局の発行する電子証明書を用いた電子署名、認定認証事業者（電子署名及び認証業務に関する法律（平成12年法律第102号）第２条第３項に規定する特定認証業務を行う者をいう。）又は認証事業者（同条第２項に規定する認証業務を行う者（認定認証事業者を除く。）をいう。）の発行する電子証明書を用いた電子署名、電子署名等に係る地方公共団体情報システム機構の認証業務に関する法律（平成14年法律第153号）に基づき、平成16年１月29日から開始されている公的個人認証サービスを用いた電子署名等）を施すこと。 ※　別添６の通則についても同様。	

２．診療情報提供書については、電子カルテ情報共有サービスを用いて提供する場合には、一定のセキュリティが確保されていることから電子署名を行わなくても共有可能とする。

改　定　案	現　　行
［算定要件］ 別添１の２ ＜通則＞ （略） 様式 ●について、電子カルテ情報共有サービスを用いて提供する場合には、一定のセキュリティが確保されていることから電子署名を行わなくても共有可能とする。	［算定要件］ 別添１の２ ＜通則＞ （略） （新設）

⑱　書面掲示事項のウェブサイトへの掲載

第１　基本的な考え方

デジタル原則に基づき書面掲示についてインターネットでの閲覧を可能な状態にすることを原則義務づけするよう求められていることを踏まえ、保険医療機関、保険薬局及び指定訪問看護事業者における書面掲示について、原則として、ウェブサイトに掲載しなければならないこととする。

第２　具体的な内容

保険医療機関及び保険医療養担当規則等について、書面掲示することとされている事項について、原則として、ウェブサイトに掲載しなければならないこととする。

改　定　案	現　　行
【保険医療機関及び保険医療養担当規則】 （掲示） 第二条の六　保険医療機関は、その病院又は診療所内の見やすい場所に、第五条の三第四項、第五条の三の二第四項及び第五条の四第二項に規定する事項のほか、別に厚生労働大臣が定める事項を掲示しなければならない。 ２　保険医療機関は、原則として、前項の厚生労働大臣が定める事項をウェブサイトに掲載しなければならない。 （食事療養） 第五条の三　（略） ２　（略） ３　保険医療機関は、第五条第二項の規定による支払を受けて食事療養を行う場合には、当該療養にふさわしい内容のものとするほか、当該療養を行うに当たり、あらか	【保険医療機関及び保険医療養担当規則】 （掲示） 第二条の六　保険医療機関は、その病院又は診療所内の見やすい場所に、第五条の三第四項、第五条の三の二第四項及び第五条の四第二項に規定する事項のほか、別に厚生労働大臣が定める事項を掲示しなければならない。 （新設） （食事療養） 第五条の三　（略） ２　（略） ３　保険医療機関は、第五条第二項の規定による支払を受けて食事療養を行う場合には、当該療養にふさわしい内容のものとするほか、当該療養を行うに当たり、あらか

じめ、患者に対しその内容及び費用に関して説明を行い、その同意を得なければならない。	じめ、患者に対しその内容及び費用に関して説明を行い、その同意を得なければならない。
４　保険医療機関は、その病院又は診療所の病棟等の見やすい場所に、前項の療養の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。	４　保険医療機関は、その病院又は診療所の病棟等の見やすい場所に、前項の療養の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。
５　保険医療機関は、原則として、第４項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならない。	（新設）
（保険外併用療養費に係る療養の基準等）	（保険外併用療養費に係る療養の基準等）
第五条の四　保険医療機関は、評価療養、患者申出療養又は選定療養に関して第五条第二項又は第三項第二号の規定による支払を受けようとする場合において、当該療養を行うに当たり、その種類及び内容に応じて厚生労働大臣の定める基準に従わなければならないほか、あらかじめ、患者に対しその内容及び費用に関して説明を行い、その同意を得なければならない。	第五条の四　保険医療機関は、評価療養、患者申出療養又は選定療養に関して第五条第二項又は第三項第二号の規定による支払を受けようとする場合において、当該療養を行うに当たり、その種類及び内容に応じて厚生労働大臣の定める基準に従わなければならないほか、あらかじめ、患者に対しその内容及び費用に関して説明を行い、その同意を得なければならない。
２　保険医療機関は、その病院又は診療所の見やすい場所に、前項の療養の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。	２　保険医療機関は、その病院又は診療所の見やすい場所に、前項の療養の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。
３　保険医療機関は、原則として、第２項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならない。	（新設）

【保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則】
（掲示）
第二条の四　保険薬局は、その薬局内の見やすい場所に、別に厚生労働大臣が定める事項を掲示しなければならない。
２　保険薬局は、原則として、前項の厚生労働大臣が定める事項をウェブサイトに掲載しなければならない。

※　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。

※　「厚生労働大臣が定める事項」については、「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等」において、次のとおりとされている。

・　厚生労働大臣が指定する病院の病棟並びに厚生労働大臣が定める病院、基礎係数、機能評価係数Ⅰ、機能評価係数Ⅱ及び激変緩和係数別表第一から別表第三までの病院の欄に掲げる病院であること
・　診療報酬の算定方法及び入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準に基づき、地方厚生局長又は地方厚生支局長に届け出た事項に関する事項
・　保険医療機関及び保険薬局の明細書の発行状況に関する掲示
・　役務の提供及び物品の販売等であって患者から費用の支払を受けるものに関する事項（当該費

【保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則】
（掲示）
第二条の四　保険薬局は、その薬局内の見やすい場所に、別に厚生労働大臣が定める事項を掲示しなければならない。
（新設）

用の支払が法令の規定に基づくものを除く。） ・　予約診察を行う日時及び予約料 ・　金属床による総義歯に係る費用徴収その他必要な事項 ・　う蝕に罹患している患者の指導管理に係る費用徴収その他必要な事項 ・　金属歯冠修復指導管理に係る費用徴収その他必要な事項 ・　眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給に係る特別の料金その他必要な事項 ・　調剤管理料及び服薬管理指導料に関する事項等 ・　調剤点数表に基づき地方厚生局長等に届け出た事項に関する事項	
【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】 （掲示） 第二十四条　指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションの見やすい場所に、運営規程の概要、看護師等の勤務の体制その他の利用申込者の指定訪問看護の選択に資すると認められる重要事項（次項において単に「重要事項」という。）を掲示しなければならない。 ２　指定訪問看護事業者は、原則として、重要事項をウェブサイトに掲載しなければならない。	【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】 （掲示） 第二十四条　指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションの見やすい場所に、運営規程の概要、看護師等の勤務の体制その他の利用申込者の指定訪問看護の選択に資すると認められる重要事項を掲示しなければならない。 （新設）
【後発医薬品使用体制加算】 ［施設基準］ 三十五の三　後発医薬品使用体制加算の施設基準 （1）　後発医薬品使用体制加算１の施設基準 イ～ハ　（略）	【後発医薬品使用体制加算】 ［施設基準］ 三十五の三　後発医薬品使用体制加算の施設基準 （1）　後発医薬品使用体制加算１の施設基準 イ～ハ　（略）

ニ　後発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見やすい場所に掲示していること。 ホ　ニの後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。 ※　算定告示別表第一医科診療報酬点数表のうち、明細書発行体制等加算、第二部入院料等第一節入院基本料の一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料、有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料（以下「一般病棟入院基本料等」という。）、ハイリスク分娩等管理加算、後発医薬品使用体制加算、特定一般病棟入院料、外来後発医薬品使用体制加算、院内トリアージ実施料、ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）、ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅱ）、コンタクトレンズ検査料及び特掲診療料の施設基準等第12第２の医科点数表第２章第10部手術通則第５号及び第６号並びに歯科点数表第２章第９部手術通則第４号に掲げる手術についても同様。 　算定告示別表第二歯科診療報酬点数表のうち、第一章第一部初・再診料第一節初診料の注１、地域歯科診療支援病院歯科初診料、初診料及び地域歯科診療支援病院歯科初診料の注10、第二部入院料等第一節入院基本料の一般病棟入院基本料等、有床義歯修理及び有床義歯内面適合法の歯科技工加算１及び２についても同様。	ニ　後発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見やすい場所に掲示していること。 （新設）

［経過措置］
本改正に際し、令和●年●月●日までの経過措置を設ける。

⑲　医療機関・薬局における事務等の簡素化・効率化

「Ⅰ－３－②」を参照のこと。

①　地域で救急患者等を受け入れる病棟の評価

第１　基本的な考え方

高齢者の救急患者をはじめとした急性疾患等の患者に対する適切な入院医療を推進する観点から、高齢者の救急患者等に対して、一定の体制を整えた上でリハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に提供することについて、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

地域において、救急患者等を受け入れる体制を整え、リハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に担う病棟の評価を新設する。

（新）　地域包括医療病棟入院料（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、●●日を超えて入院するものについては、区分番号Ａ１００に掲げる一般病棟入院基本料の地域一般入院料３の例により、算定する。

（２）別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の特定入院料は、夜間看護体制特定日減算として、次のいずれにも該当する場合に限り、所定点数の 100 分の●に相当する点数を減算する。

イ　年６日以内であること。

ロ　当該日が属する月が連続する２月以内であること。

［施設基準］

（１）病院の一般病棟を単位として行うものであること。

（２）当該病棟において、１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 10 又はその端数を増すごとに１以上であること。ただし、当該病棟において、１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、２以

上であることとする。
（３）当該病棟において、看護職員の最小必要数の●割以上が看護師であること。
（４）当該病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が●名以上配置されていること。
（５）当該病棟に専任の常勤の管理栄養士が●名以上配置されていること。
（６）入院早期からのリハビリテーションを行うにつき必要な構造設備を有していること。
（７）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必要な体制が整備されていること。
（８）次のいずれかに該当すること。
①　当該病棟において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰに係る評価票を用いて測定し、その結果、別表●●の基準を満たす患者の割合が別表●●のとおりであること。
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に係る評価票を用いて測定し、その結果、別表●●の基準を満たす患者の割合が別表●●のとおりであること。
（９）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。
（10）当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が●●以上であること。
（11）当該病棟において、入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が●●未満であること。
（12）当該病棟において、入院患者に占める、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者又は他の保険医療機関で区分番号●●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の割合が●●以上であること。
（13）地域で急性疾患等の患者に包括的な入院医療及び救急医療を行うにつき必要な体制を整備していること。
（14）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。
（15）特定機能病院以外の病院であること。
（16）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。
（17）専門病院入院基本料の届出を行っていない保険医療機関であること。
（18）脳血管疾患等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係る届出を行っている保険医療機関であること。
（19）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。

(20) 夜間看護体制特定日減算に係る厚生労働大臣が定める保険医療機関
許可病床数が●●床未満のものであること。
(21) 夜間看護体制特定日減算に係る厚生労働大臣が定める日
次のいずれにも該当する各病棟において、夜間の救急外来を受診した患者に対応するため、当該各病棟のいずれか１病棟において夜勤を行う看護職員の数が、一時的に２未満となった日
イ　看護職員の数が一時的に２未満となった時間帯において、患者の看護に支障がないと認められること。
ロ　看護職員の数が一時的に２未満となった時間帯において、看護職員及び看護補助者の数が、看護職員１を含む２以上であること。ただし、入院患者数が 30 人以下の場合にあっては、看護職員の数が１以上であること。

（新）　初期加算（１日につき）　●●点

[算定要件]
入院した日から起算して●●日を限度として、初期加算として、１日につき所定点数に加算する。

（新）　看護補助体制加算（１日につき）
25 対１看護補助体制加算（看護補助者５割以上）　●●点
25 対１看護補助体制加算（看護補助者５割未満）　●●点
50 対１看護補助体制加算　●●点
75 対１看護補助体制加算　●●点

[算定要件]
看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助の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●●日を限度として、それぞれ所定点数に加算する。

[施設基準]
（１）25 対１看護補助体制加算（看護補助者５割以上）の施設基準
イ　当該病棟において、１日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 25 又はその端数を増すご

とに１に相当する数以上であること。

ロ　看護補助者の配置基準に主として事務的業務を行う看護補助者を含む場合は、１日に事務的業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 200 又はその端数を増すごとに１に相当する数以下であること。

ハ　当該病棟において、看護補助者の最小必要数の５割以上が当該保険医療機関に看護補助者として勤務している者であること。

ニ　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。

（２）25 対１看護補助体制加算（看護補助者５割未満）の施設基準

（１）のイ、ロ及びニを満たすものであること。

（３）50 対１看護補助体制加算の施設基準

イ　当該病棟において、１日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 50 又はその端数を増すごとに１に相当する数以上であること。

ロ　（１）のロ及びニを満たすものであること。

（４）75 対１看護補助体制加算の施設基準

イ　当該病棟において、１日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 75 又はその端数を増すごとに１に相当する数以上であること。

ロ　（１）のロ及びニを満たすものであること。

（新）　夜間看護補助体制加算（１日につき）

夜間 30 対１看護補助体制加算	●●点
夜間 50 対１看護補助体制加算	●●点
夜間 100 対１看護補助体制加算	●●点

[算定要件]

夜間における看護業務の補助の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病棟に入院している患者（看護補助体制加算を算定する患者に限る。）については、当該基準に係る区分に従い、１日につき次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。

[施設基準]

（１）夜間 30 対１看護補助体制加算の施設基準

当該病棟において、夜勤を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 30 又はその端数を増すごとに１に相当する数以上であること。

（２）夜間 50 対１看護補助体制加算の施設基準

当該病棟において、夜勤を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 50 又はその端数を増すごとに１に相当する数以上であること。

（３）夜間 100 対１看護補助体制加算の施設基準

当該病棟において、夜勤を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 100 又はその端数を増すごとに１に相当する数以上であること。

（新）　夜間看護体制加算（１日につき）　●●点

［算定要件］

夜間における看護業務の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病棟に入院している患者（看護補助体制加算を算定する患者に限る。）については、夜間看護体制加算として、更に所定点数に加算する。

［施設基準］

（１）夜勤時間帯に看護補助者を配置していること。

（２）夜間における看護業務の負担の軽減に資する十分な業務管理等の体制が整備されていること。

（新）　看護補助体制充実加算（１日につき）

看護補助体制充実加算１	●●点
看護補助体制充実加算２	●●点
看護補助体制充実加算３	●●点

［算定要件］

看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助に係る十分な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病棟に入院している患者（看護補助者体制加算を算定する患者に限る。）については、当該基準に係る区分に従い、１日につきそれぞれ更に所定点数に加算する。ただし、本文の規定にかかわらず、身体的拘束を実施した日は、看護補助体制充実加算３の例により算定する。

［施設基準］

（１）看護補助体制充実加算１の施設基準

イ　当該保険医療機関において３年以上の看護補助者としての勤務経験を有する看護補助者が、それぞれの配置区分ごとに●割以

上配置されていること。

ロ　主として直接患者に対し療養生活上の世話を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 100 又はその端数を増すごとに１以上であること。当該看護補助者は、介護福祉士の資格を有する者又は看護補助者として３年以上の勤務経験を有し適切な研修を修了した看護補助者であること。

ハ　看護補助体制充実加算に係る看護補助者に対する院内研修の内容については､別添２の第２の 11 の（４）の例による｡ただし、エについては、看護補助者が行う業務内容ごとに業務範囲、実施手順、留意事項等について示した業務マニュアルを作成し、当該マニュアルを用いた院内研修を実施していること。

ニ　当該病棟の看護師長等は所定の研修を修了していること。また当該病棟の全ての看護職員（所定の研修を修了した看護師長等を除く。）が院内研修を年●回以上受講していること。

ホ　当該保険医療機関における看護補助者の業務に必要な能力を段階的に示し、看護補助者の育成や評価に活用していること。

（２）看護補助体制充実加算２の施設基準

（１）のロからホを満たすものであること。

（３）看護補助体制充実加算３の施設基準

（１）のハ及びニを満たすものであること。

（新）	看護職員夜間 12 対1配置加算（１日につき）	
	看護職員夜間 12 対１配置加算１	●●点
	看護職員夜間 12 対１配置加算２	●●点
（新）	看護職員夜間 16 対１配置加算（１日につき）	
	看護職員夜間 16 対１配置加算１	●●点
	看護職員夜間 16 対１配置加算２	●●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、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）看護職員夜間 12 対１配置加算１の施設基準

イ　当該病棟において、夜勤を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 12 又はその端数を増すごとに１以上であること。ただし、当該病棟において、夜間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、３以上であることとする。

ロ　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。

ハ　夜間における看護業務の負担の軽減に資する十分な業務管理等の体制が整備されていること。

（２）看護職員夜間 12 対１配置加算２の施設基準

（１）のイ及びロを満たすものであること。

（３）看護職員夜間 16 対１配置加算１の施設基準

イ　当該病棟において、夜勤を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 16 又はその端数を増すごとに１以上であること。ただし、当該病棟において、夜間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、３以上であることとする。

ロ　（１）のロ及びハを満たすものであること。

（４）看護職員夜間 16 対１配置加算２の施設基準

（１）のロ及び（３）のイを満たすものであること。

（新）　リハビリテーション・栄養・口腔連携加算（１日につき）

●●点

[算定要件]

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、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●●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Ａ２３３－２に掲げる栄養サポートチーム加算は別に算定できない。

[施設基準]

（１）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。

（２）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。

②　介護保険施設入所者の病状の急変時の適切な入院受入れの推進

第１　基本的な考え方

介護保険施設等の入所者の病状急変時における適切な対応及び施設内における生活の継続支援を推進する観点から、当該施設の協力医療機関となっている保険医療機関が施設入所者を受け入れた場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

介護保険施設等の入所者について、病状が急変した際に、当該介護保険施設等に協力医療機関として定められている保険医療機関であって、定期的にカンファレンスを行う等、当該介護保険施設等と平時からの連携体制を構築している保険医療機関（受入れを行う協力医療機関以外の協力医療機関を含む）の医師が診察を実施した上で、入院の必要性を判断し、入院をさせた場合の評価を新設する。

（新）　協力対象施設入所者入院加算

１	往診が行われた場合	●●点
２	１以外の場合	●●点

［対象患者］

介護保険施設等の入所者であって、当該介護保険施設等の協力医療機関に定められた保険医療機関に事前に受診の上、入院することとなった患者

［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、介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム（以下この区分番号において、「介護保険施設等」という。）であって当該保険医療機関を協力医療機関として定めているものに入所している患者の病状の急変等に伴い、当該介護保険施設等の従事者等の求めに応じて当該保険医療機関又は当該保険医療機関以外の協力医療機関の医師が診療を行い、当該保険医療機関に入院させた場合に、協力対象施設入所者入

院加算として、入院初日に限り所定点数に加算する。

[施設基準]
（１）次のいずれにも該当するものであること。
イ　介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム（以下この●において、「介護保険施設等」という。）から協力医療機関として定められている保険医療機関であること。
ロ　当該保険医療機関において、緊急時に当該介護保険施設等に入所している患者が入院できる病床を常に確保していること。
ハ　次のいずれかに該当すること。
①　在宅療養支援病院又は在宅療養支援診療所であること。
②　在宅療養後方支援病院であること。
③　地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟又は病室を有する保険医療機関であること。
（２）当該介護保険施設等と平時からの連携体制を構築していること
（３）（２）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。
（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。

[施設基準]
令和●年●月●日までの間に限り、（４）に該当するものとみなす。

【Ⅱ－２　生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組－③】

③　医療機関と介護保険施設の連携の推進

第１　基本的な考え方

医療機関と介護保険施設の適切な連携を推進する観点から、在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、在宅療養支援診療所及び地域包括ケア病棟について、介護保険施設の求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましいことを踏まえ、要件を見直す。

第２　具体的な内容

在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、在宅療養支援診療所及び地域包括ケア病棟において、介護保険施設の求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましいことを施設基準とする。

改　定　案	現　　行
【在宅療養支援病院】 ［施設基準］ (1) 次のいずれの基準にも該当するものであること。 イ～ワ　（略） カ　介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム（以下この●において、「介護保険施設等」という。）との協力が可能な体制をとっていること。	【在宅療養支援病院】 ［施設基準］ (1) 次のいずれの基準にも該当するものであること。 イ～ワ　（略） （新設）
１　在宅療養支援病院の施設基準 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病院という。 （中略） (1) 病院であって、当該病院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～タ　（略） チ　地域において、介護老人保	１　在宅療養支援病院の施設基準 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病院という。 （中略） (1) 病院であって、当該病院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～タ　（略） （新設）

健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム（以下この●において、「介護保険施設等」という。）から協力医療機関となることを求められた場合、その求めに応じて当該介護保険施設の協力医療機関として定められることが望ましい。 ※　機能強化型のうち連携型の在宅療養支援病院、機能強化型以外の在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、在宅療養支援診療所及び地域包括ケア病棟についても同様。	

④　介護保険施設及び障害者支援施設における医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し

第１　基本的な考え方

医療と介護の両方を必要とする状態の患者が可能な限り施設での生活を継続するために、医療保険で給付できる医療サービスの範囲を以下のとおり見直す。

① 介護保険施設及び障害者支援施設において対応が困難な医療行為について医療保険による算定を可能とする。

② 令和６年３月末をもって介護療養病床が廃止されることに伴い、医療保険で給付できる医療サービスの範囲について、介護療養病床に関する記載を削除する。

③ 保険薬局の薬剤師が介護老人保健施設及び介護医療院に入所する患者に対し、専門的な薬学管理が必要な薬剤の調剤や服薬指導等を行った場合の医療保険と介護保険の給付調整の範囲を見直す。

第２　具体的な内容

１．介護老人保健施設に入所している末期の悪性腫瘍の患者に対する放射線治療の医学管理及び緩和ケアの医学管理に関する費用を医療保険において算定可能とする。

２．介護老人保健施設に入所している患者に対し、当該介護老人保健施設の医師及び当該介護老人保健施設の併設医療機関に所属する医師（以下「当該介護老人保健施設等の医師」という。）以外の医師が、高度な薬学的管理を必要とする薬剤を処方した場合、処方箋の発行にかかる費用を医療保険において算定可能とする。

３．介護老人保健施設及び介護医療院における重症心不全患者に対する植込型補助人工心臓（非拍動流型）に係る指導管理の費用を医療保険において算定可能とする。

４．介護老人保健施設及び介護医療院に入所している患者に対し、当該施設の医師以外の医師が、高度な薬学的管理を必要とする薬剤に係る処方箋を発行した場合に、応需した保険薬局における調剤等にかかる費用を医療保険において算定可能とする。

５．新興感染症等発生時において、施設に入所している感染症患者に対して医師の処方箋に基づき薬剤師が訪問して薬剤交付・服薬指導した

場合、医療保険において算定可能とする。

改　定　案	現　　行
【介護老人保健施設入所者について算定できない診療料】 ［算定要件］ 第１部　併設保険医療機関の療養に関する事項 ４　その他の診療料 併設保険医療機関に係る緊急時施設治療管理料、施設入所者自己腹膜灌流薬剤料及び施設入所者材料料以外の診療料の算定は、第１章及び第２章の例による。ただし、第１章及び第２章に掲げる診療料のうち次に掲げるものについては算定しない。 イ　第１章基本診療料並びに第２章特掲診療料第１部医学管理等（がん性疼痛緩和指導管理料、外来緩和ケア管理料（悪性腫瘍の患者に限る。）及び外来放射線照射診療料を除く。）及び第２部在宅医療に掲げる診療料（在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料を除く。） ロ～リ　（略）	【介護老人保健施設入所者について算定できない診療料】 ［算定要件］ 第１部　併設保険医療機関の療養に関する事項 ４　その他の診療料 併設保険医療機関に係る緊急時施設治療管理料、施設入所者自己腹膜灌流薬剤料及び施設入所者材料料以外の診療料の算定は、第１章及び第２章の例による。ただし、第１章及び第２章に掲げる診療料のうち次に掲げるものについては算定しない。 イ　第１章基本診療料並びに第２章特掲診療料第１部医学管理等及び第２部在宅医療に掲げる診療料 ロ～リ　（略）
第２部　併設保険医療機関以外の保険医療機関の療養に関する事項 ４　その他の診療料 併設保険医療機関以外の保険医療機関に係る施設入所者共同指導料、施設入所者自己腹膜灌流薬剤料及び施設入所者材料料以外の診療料の算定は、第１章及び第２章の例による。ただし、第１章及び第２章に掲げる診療料のうち次に掲げるものについては算定しない。	第２部　併設保険医療機関以外の保険医療機関の療養に関する事項 ４　その他の診療料 併設保険医療機関以外の保険医療機関に係る施設入所者共同指導料、施設入所者自己腹膜灌流薬剤料及び施設入所者材料料以外の診療料の算定は、第１章及び第２章の例による。ただし、第１章及び第２章に掲げる診療料のうち次に掲げるものについては算定しない。

イ　（略） ロ　第２章特掲診療料第１部医学管理等に掲げる診療料（がん性疼痛緩和指導管理料、外来緩和ケア管理料（悪性腫瘍の患者に限る。）、外来放射線照射診療料、退院時共同指導料１、診療情報提供料（Ⅰ）（注４に掲げる場合に限る。）及び診療情報提供料（Ⅱ）を除く。） ハ　第２章特掲診療料第２部在宅医療に掲げる診療料（往診料及び在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料を除く。） 二～ル　（略）	イ　（略） ロ　第２章特掲診療料第１部医学管理等に掲げる診療料（退院時共同指導料１、診療情報提供料（Ⅰ）（注４に掲げる場合に限る。）及び診療情報提供料（Ⅱ）を除く。） ハ　第２章特掲診療料第２部在宅医療に掲げる診療料（往診料を除く。） 二～ル　（略）
【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］ 第十六　介護老人保健施設入所者について算定できない検査等 一　（略） 二　介護老人保健施設入所者について算定できる投薬 医科点数表Ｆ４００に掲げる処方箋料（三に規定する薬剤を投与した場合に限る。） 三　（略） 四　介護老人保健施設入所者について算定できる注射及び注射薬の費用 （中略） 医科点数表区分番号Ｇ００１に掲げる静脈内注射（保険医療機関の保険医が平成十八年七月一日から令和八年三月三十一日までの間に介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成十一年厚生省令第四十号）附則第十三条に規定する転換を行って開設した介護老人保健施設（以下「療養病床から転換した介	【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］ 第十六　介護老人保健施設入所者について算定できない検査等 一　（略） （新設） 二　（略） 三　介護老人保健施設入所者について算定できる注射及び注射薬の費用 （中略） 医科点数表区分番号Ｇ００１に掲げる静脈内注射（保険医療機関の保険医が平成十八年七月一日から令和六年三月三十一日までの間に介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成十一年厚生省令第四十号）附則第十三条に規定する転換を行って開設した介護老人保健施設（以下「療養病床から転換した介

護老人保健施設」という。）に赴いて行うもの、医科点数表区分番号Ｂ００１−２２に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、医科点数表区分番号Ｂ００１−２４に掲げる外来緩和ケア管理料（悪性腫瘍の患者に限る。）、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のイ若しくは２のイ又は医科点数表第二章第六部注射通則第６号に規定する外来化学療法加算を算定するものに限る。） ※　Ｇ０００に掲げる皮内、皮下及び筋肉内注射、Ｇ００４に掲げる点滴注射、Ｇ００５に掲げる中心静脈栄養、Ｇ００６に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈栄養についても同様。	護老人保健施設」という。）に赴いて行うもの、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のイ若しくは２のイ又は医科点数表第二章第六部注射通則第６号に規定する外来化学療法加算を算定するものに限る。）
【介護医療院に入所している患者について算定できる費用】	【介護医療院に入所している患者について算定できる費用】
患者の区分	診療報酬の算定方法に掲げる療養
五　次に掲げる患者 イ　介護医療院に入所している患者 ロ　介護医療院において短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者	一　次に掲げる点数が算定されるべき療養（指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準別表の４のイからへまでの注11に規定する所定単位数を算定した日に行われたものを除く。） イ～メ　（略） ミ　別表第一区分番号Ｃ１１６に掲げる在
患者の区分	診療報酬の算定方法に掲げる療養
五　次に掲げる患者 イ　介護医療院に入所している患者 ロ　介護医療院において短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者	一　次に掲げる点数が算定されるべき療養（指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準別表の４のイからへまでの注11に規定する所定単位数を算定した日に行われたものを除く。） イ～メ　（略） （新設）

	宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料 シ～ヒ　（略） モ　別表第一区分番号Ｆ４００に掲げる処方箋料（特掲診療料の施設基準等第十六第三号に掲げる薬剤に係るものに限る。） セ～イイ イロ　別表第三第１節に規定する点数 イハ　別表第三第２節区分番号１０の２に掲げる調剤管理料 イニ　別表第三第２節区分番号１０の３に掲げる服薬管理指導料 イホ　別表第三第２節区分番号１４の２の２に掲げる外来服薬支援料２ イヘ　別表第三第２節区分番号１５の２の１に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料（注10に規定する場合		ミ～ヱ　（略） （新設） ヒ～ス　（略） （新設） （新設） （新設） （新設） （新設）

	に限る）		
	イト　別表第三第３節に規定する点数（特掲診療料の施設基準等第十六第二号に掲げる薬剤及び同第三号に掲げる薬剤（抗悪性腫瘍剤を除く。）に係るものに限る。）		（新設）
	イチ　別表第三第４節に規定する点数		（新設）
	二　次に掲げる点数が算定されるべき療養（指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準別表の４のイからへまでの注11に規定する所定単位数を算定した日に行われたものに限る。）		二　次に掲げる点数が算定されるべき療養（指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準別表の４のイからへまでの注11に規定する所定単位数を算定した日に行われたものに限る。）
	イ～ス　（略）		イ～ス　（略）
	ン　別表第一区分番号Ｃ１１６に掲げる在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料		（新設）
	イイ～イヨ（略）		ン～イカ（略）
	イタ　別表第三第１節に規定する点数		（新設）

		イレ　別表第三第２節区分番号１０の２に掲げる調剤管理料		（新設）
		イソ　別表第三第２節区分番号１０の３に掲げる服薬管理指導料		（新設）
		イツ　別表第三第２節区分番号１４の２の２に掲げる外来服薬支援料２		（新設）
		イネ　別表第三第２節区分番号１５の２の１に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料（注10に規定する場合に限る）		（新設）
		イナ　別表第三第３節に規定する点数（専門的な診療に特有の薬剤に係るものに限る特掲診療料の施設基準等第十六第二号に掲げる薬剤及び同第三号に掲げる薬剤（抗悪性腫瘍剤を除く。）に係るものに限る。）		（新設）
		イラ　別表第三第４節に規定		（新設）

	する点数 三　（略）		三　（略）
六　次に掲げる患者 イ　介護老人保健施設に入所している患者 ロ　介護老人保健施設において短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者	次に掲げる点数が算定されるべき療養 一～三　（略） 四　別表第三のうち次に掲げる点数が算定されるべき療養 イ　別表第三第１節に規定する点数 ロ　別表第三第２節区分番号１０の２に掲げる調剤管理料 ハ　別表第三第２節区分番号１０の３に掲げる服薬管理指導料 ニ　別表第三第２節区分番号１４の２の２に掲げる外来服薬支援料２ ホ　別表第三第２節区分番号１５の２の１に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料（注10に規定する場合に限る） ヘ　別表第三第３節に規定する点数（特掲診療料の施設基準等第十六	六　次に掲げる患者 イ　介護老人保健施設に入所している患者 ロ　介護老人保健施設において短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者	次に掲げる点数が算定されるべき療養 一～三　（略） （新設）

	第二号に掲げる薬剤及び同第三号に掲げる薬剤（抗悪性腫瘍剤を除く。）に係るものに限る。） ト　別表第三第４節に規定する点数		

別表第二

診療報酬の算定方法に掲げる療養	算定方法
二十四　次に掲げる点数が算定されるべき療養 イ　（略） （削除） ロ　（略）	介護老人福祉施設入所者については、末期の悪性腫瘍の患者に対して実施した場合に限り、算定できる。
二十五　別表第三区分番号１５の２に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料	介護老人福祉施設入所者については、末期の悪性腫瘍の患者に実施した場合又は注10に規定する場合に限り、算定できる。
二十六 （略）	（略）
二十七 （略）	（略）

別表第二

診療報酬の算定方法に掲げる療養	算定方法
二十四　次に掲げる点数が算定されるべき療養 イ　（略） ロ　別表第三区分番号１５の２に掲げる 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 ハ　（略）	介護老人福祉施設入所者については、末期の悪性腫瘍の患者に対して実施した場合に限り、算定できる。
（新設）	（新設）
二十五 （略）	（略）
二十六 （略）	（略）

６．障害者支援施設に入所している末期の悪性腫瘍の患者に訪問診療を行った場合の費用を医療保険において算定可能とする。

改　定　案	現　　行
【特別養護老人ホーム等において算定可能な診療料】 ４　特別養護老人ホーム等に入所している患者については、次に掲げる診療報酬等の算定の対象としない。 （中略） ・　医科点数表区分番号Ｃ００１の在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び医科点数表区分番号Ｃ００１－２の在宅患者訪問診療料（Ⅱ） （中略） また、特別養護老人ホームの入所者については、以下のア又はイのいずれかに該当する場合、指定障害者支援施設（生活介護を行う施設に限る。）については、以下のアに該当する場合には、それぞれ在宅患者訪問診療料を算定することができる。ただし、看取り加算については、当該患者が介護福祉施設サービス又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る看取り介護加算（以下「看取り介護加算」という。）のうち、看取り介護加算（Ⅱ）を算定していない場合に限り算定できる。 ア　当該患者が末期の悪性腫瘍である場合 イ　当該患者を当該特別養護老人ホーム（看取り介護加算の施設基準に適合しているものに限る。）において看取った場合（在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院又は当該特別養護老人ホームの協力医療	【特別養護老人ホーム等において算定可能な診療料】 ４　特別養護老人ホーム等に入所している患者については、次に掲げる診療報酬等の算定の対象としない。 （中略） ・　医科点数表区分番号Ｃ００１の在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び医科点数表区分番号Ｃ００１－２の在宅患者訪問診療料（Ⅱ） （中略） また、特別養護老人ホームの入所者については、以下のア又はイのいずれかに該当する場合には在宅患者訪問診療料を算定することができる。ただし、看取り加算については、当該患者が介護福祉施設サービス又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る看取り介護加算（以下「看取り介護加算」という。）のうち、看取り介護加算（Ⅱ）を算定していない場合に限り算定できる。 ア　当該患者が末期の悪性腫瘍である場合 イ　当該患者を当該特別養護老人ホーム（看取り介護加算の施設基準に適合しているものに限る。）において看取った場合（在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院又は当該特別養護老人ホームの協力医療

機関の医師により、死亡日から遡って30日間に行われたものに限る。） ※　Ｃ００２－２に掲げる施設入居時等医学総合管理料及びＣ００３に掲げる在宅がん医療総合診療料においても同様。	機関の医師により、死亡日から遡って30日間に行われたものに限る。）

７．医療保険で給付できる医療サービスの範囲について、介護療養病床等に係る記載を削除する。

<table>
<tr><th colspan="2">改　定　案</th><th colspan="2">現　　行</th></tr>
<tr><td colspan="2">【入院している患者について算定できる費用】</td><td colspan="2">【介護療養病床等に入院している患者について算定できる費用】</td></tr>
<tr><td>患者の区分</td><td>診療報酬の算定方法に掲げる療養</td><td>患者の区分</td><td>診療報酬の算定方法に掲げる療養</td></tr>
<tr><td>二　入院している患者</td><td>次に掲げる点数が算定されるべき療養
一　別表第一及び別表第二に規定する点数
二　別表第三区分番号１５の４に掲げる退院時共同指導料</td><td>二　指定介護療養施設サービスを行う療養病床等（療養病床のうちその一部について専ら要介護者を入院させるものにあっては、当該専ら要介護者を入院させる部分に限る。以下「介護療養病床等」という。）以外の病床に入院している患者（短期入所療養介護又は介</td><td>次に掲げる点数が算定されるべき療養
一　別表第一及び別表第二に規定する点数
二　別表第三区分番号１５の４に掲げる退院時共同指導料</td></tr>
</table>

		護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。）	
（削除）	（削除）	三　次に掲げる患者 イ　介護療養病床等（老人性認知症疾患療養病棟の病床を除く。）に入院している患者 ロ　短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室又は老人性認知症疾患療養病棟の病床（以下「療養室等」という。）において行われるものを除く。）又は介護予防短期入所療養介護（療養室等において行われるものを除	次に掲げる療養 一～三　（略）

		く。）を受けている患者	
（削除）	（削除）	四　次に掲げる患者 イ　介護療養病床等（老人性認知症疾患療養病棟の病床に限る。）に入院している患者 ロ　老人性認知症疾患療養病棟の病床において短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者	次に掲げる療養 一～三　（略）
備考 一～十　（略） （削除）		備考 一～十　（略） 十一　この表において「指定介護療養施設サービス」とは、健康保険法等の一部を改正する法律（平成十八年法律第八十三号）附則第百三十条の二第一項の規定によりなおその効力を有するものとされた同法第二十六条による改正前の介護保険法（以下「旧介護保険法」という。）第四十八条第一項第三号に規定する指定介護療養施設サービスをいう。 十二　この表において「療養病床	

十一　この表において「別表第一」とは、診療報酬の算定方法別表第一をいい、「別表第二」とは、診療報酬の算定方法別表第二をいい、「別表第三」とは、診療報酬の算定方法別表第三をいう。	等」とは、旧介護保険法第八条第二十六項に規定する療養病床等をいう。 十三　この表において「老人性認知症疾患療養病棟」とは、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成十一年厚生省令第三十七号）第百四十四条に規定する老人性認知症疾患療養病棟をいう。 十四　この表において「別表第一」とは、診療報酬の算定方法別表第一をいい、「別表第二」とは、診療報酬の算定方法別表第二をいい、「別表第三」とは、診療報酬の算定方法別表第三をいう。

別表第二

診療報酬の算定方法に掲げる療養	算定方法
二　別表第一区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料（Ｉ）（注２に規定する場合に限る。）が算定されるべき療養	入院中の患者以外の患者について、同一月において、居宅療養管理指導又は介護予防居宅療養管理指導（医師が行う場合に限る。）を行い、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費を算定した場合には、算定できない。 （削除）

別表第二

診療報酬の算定方法に掲げる療養	算定方法
二　別表第一区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料（Ｉ）（注２に規定する場合に限る。）が算定されるべき療養	一　入院中の患者以外の患者について、同一月において、居宅療養管理指導又は介護予防居宅療養管理指導（医師が行う場合に限る。）を行い、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費を算定した場合には、算定できない。 二　介護療養病床等（老人性認知症疾患療養病棟の病床を除く。）に入院し

			ている患者については、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている場合に限り、算定できる。
備考 一～七　（略） （削除） 八～二十八　（略）		備考 一～七　（略） 八　この表において「老人性認知症疾患療養病棟」とは、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第百四十四条に規定する老人性認知症疾患療養病棟をいう。 九～二十九　（略）	

⑤　リハビリテーションに係る医療・介護情報連携の推進

第１　基本的な考え方

医療機関と介護保険の訪問・通所リハビリテーション事業所のリハビリテーションに係る連携を更に推進する観点から、疾患別リハビリテーション料について要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．保険医療機関において、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若しくは運動器リハビリテーション料を算定する患者が、介護保険の通所リハビリテーション事業所等によるサービス利用へ移行する場合、又は疾患別リハビリテーション料を算定する患者が他の保険医療機関等によるリハビリテーションの提供に移行する場合、移行先の事業所又は保険医療機関等に対しリハビリテーション実施計画書を提供することとする。

２．リハビリテーション計画提供料を廃止する。

改　定　案	現　　行
【心大血管疾患リハビリテーション料、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及び呼吸器リハビリテーション料】 ［施設基準］ (2) 心大血管疾患リハビリテーション料、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及び呼吸器リハビリテーション料の施設基準 イ～ニ　（略） ホ　脳血管疾患等リハビリテーシ	【心大血管疾患リハビリテーション料、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及び呼吸器リハビリテーション料】 ［施設基準］ (2) 心大血管疾患リハビリテーション料、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及び呼吸器リハビリテーション料の施設基準 イ～ニ　（略） （新設）

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を行う保険医療機関においては、指定通所リハビリテーション事業所、指定訪問リハビリテーション事業所等とのリハビリテーションに係る連携を行うにつき必要な体制が整備されていること。	
へ　他の保険医療機関とのリハビリテーションに係る連携を行うにつき必要な体制が整備されていること。	（新設）
【心大血管疾患リハビリテーション料】 ［算定要件］ (13) 心大血管疾患リハビリテーションを実施した患者であって、転医や転院に伴い他の保険医療機関でリハビリテーションが継続される予定であるものについて、当該患者の同意が得られた場合、●月以内に作成したリハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画書等を当該他の保険医療機関に対して、文書により提供すること。なお、当該患者が、直近●月以内に目標設定等支援・管理料を算定している場合には、目標設定等支援・管理シートも併せて提供すること。	【心大血管疾患リハビリテーション料】 ［算定要件］ （新設）
［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 (10) 心大血管疾患リハビリテーションを実施した患者であって、他の保険医療機関でリハビリテーションが継続される予定であるものについて、当該患者の同意を得た上で、当該他の保険医療機関に対して、リハビリテーション実施計画	［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 （新設）

又は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。	
【脳血管疾患等リハビリテーション料】 ［算定要件］ (17) 要介護認定を申請中の者又は介護保険法第62条に規定する要介護被保険者等であって、介護保険によるリハビリテーションへの移行を予定しているものについて、当該患者の同意が得られた場合に、利用を予定している指定通所リハビリテーション事業所等に対して、●月以内に作成したリハビリテーション実施計画又は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。利用を予定している指定通所リハビリテーション事業所等とは、当該患者、患者の家族等又は当該患者のケアマネジメントを担当する居宅介護支援専門員を通じ、当該患者の利用について検討する意向が確認できた指定通所リハビリテーション事業所等をいう。なお、当該患者が、直近●月以内に目標設定等支援・管理料を算定している場合には、目標設定等支援・管理シートも併せて提供すること。 (18) 脳血管疾患等リハビリテーションを実施した患者であって、転医や転院に伴い他の保険医療機関でリハビリテーションが継続される予定であるものについて、当該患者の同意が得られた場合、当該他の保険医療機関に対して、●月以内に作成したリハビリテーション実施計画又は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。なお、当該患者が、直近●月以内に目標設定等支援・	【脳血管疾患等リハビリテーション料】 ［算定要件］ （新設）

管理料を算定している場合には、目標設定等支援・管理シートも併せて提供すること。 ※　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についても同様。	
［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 (10) 要介護認定を申請中の者又は介護保険法第62条に規定する要介護被保険者等であって、介護保険によるリハビリテーションへの移行を予定しているものについて、当該患者の同意を得た上で、利用を予定している指定通所リハビリテーション事業所、指定訪問リハビリテーション事業所、指定介護予防通所リハビリテーション事業所又は指定介護予防訪問リハビリテーション事業所（以下「指定通所リハビリテーション事業所等」という。）に対して、リハビリテーション実施計画又は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。	［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 （新設）
(11) 脳血管疾患等リハビリテーションを実施した患者であって、他の保険医療機関でリハビリテーションが継続される予定であるものについて、当該他の医療機関に対して、当該患者の同意を得た上で、リハビリテーション実施計画又は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。 ※　心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）及び（Ⅲ）、脳血管疾	（新設）

患等リハビリテーション料（Ⅱ）及び（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についても同様。	
【リハビリテーション計画提供料】 （削除）	【リハビリテーション計画提供料】 １　リハビリテーション計画提供料１　275点 ２　リハビリテーション計画提供料２　100点
【リハビリテーション総合計画評価料】 （削除）	【リハビリテーション総合計画評価料】 注４　区分番号Ｈ００３―３に掲げるリハビリテーション計画提供料の２を算定した患者（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の注２及び注３に規定する加算、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の注２及び注３に規定する加算又は区分番号Ｈ００２に掲げる運動器リハビリテーション料の注２及び注３に規定する加算を算定している入院中の患者以外の患者（他の保険医療機関を退院したものに限る。）に限る。）である場合には算定できない。

⑥　退院時におけるリハビリテーションに係る医療・介護連携の推進

第１　基本的な考え方

退院時のリハビリテーションに係る医療機関と介護保険の訪問・通所リハビリテーション事業所との間の連携により、退院後早期に継続的で質の高いリハビリテーションを推進する観点から、退院時共同指導料２について要件を見直す。

第２　具体的な内容

退院時共同指導料２に規定する共同指導について、退院後在宅での療養を行う患者が退院後に介護保険のリハビリテーションを利用予定の場合、当該患者が入院している保険医療機関の医師等が、介護保険法に基づく訪問・通所リハビリテーション事業所の医師・理学療法士等の参加を求めることが望ましい旨を要件として追加する。

改　定　案	現　　行
【退院時共同指導料２】 ［算定要件］ (7) 退院時共同指導料２の「注１」は、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、当該患者が入院している保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と在宅療養担当医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた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が共同して行った場合に算定す	【退院時共同指導料２】 ［算定要件］ (7) 退院時共同指導料２の「注１」は、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、当該患者が入院している保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と在宅療養担当医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた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が共同して行った場合に算定す

る。なお、退院後に介護保険によるリハビリテーション（介護保険法第８条第５項に規定する訪問リハビリテーション、同法第８条第８項に規定する通所リハビリテーション、同法第８条の２第４項に規定する介護予防訪問リハビリテーション又は同法第８条の２第６項に規定する介護予防通所リハビリテーションをいう。）を利用予定の場合、在宅での療養上必要な説明及び指導について、当該患者が入院している医療機関の保険医等が、介護保険によるリハビリテーションを提供する事業所の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の参加を求めることが望ましい。	る。

⑦　就労支援に係る医療機関と障害福祉サービスの連携の推進

第１　基本的な考え方

精神障害の特性を踏まえ医療機関と障害福祉サービスとの連携を推進する観点から、診療情報提供料（Ⅰ）について情報提供先を見直す。

第２　具体的な内容

診療情報提供料（Ⅰ）の注４に規定する情報提供先に、就労選択支援事業所を追加する。

（※）「就労選択支援」について規定する、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等の一部を改正する法律は、令和７年 10 月１日施行予定。

改　定　案	現　　行
【診療情報提供料（Ⅰ）】 ［算定要件］ (14)　「注４」については、精神障害者である患者であって、次に掲げる施設に入所している患者又は介護老人保健施設（当該保険医療機関と同一の敷地内にある介護老人保健施設その他これに準ずる介護老人保健施設を除く。「注５」において同じ。）に入所している患者の診療を行っている保険医療機関が、診療の結果に基づき、患者の同意を得て、当該患者が入所しているこれらの施設に対して文書で診療情報を提供した場合に算定する。 ア　グループホーム（障害者総合支援法第５条第17項に規定する共同生活援助を行う事業所をいう。）	【診療情報提供料（Ⅰ）】 ［算定要件］ (14)　「注４」については、精神障害者である患者であって、次に掲げる施設に入所している患者又は介護老人保健施設（当該保険医療機関と同一の敷地内にある介護老人保健施設その他これに準ずる介護老人保健施設を除く。「注５」において同じ。）に入所している患者の診療を行っている保険医療機関が、診療の結果に基づき、患者の同意を得て、当該患者が入所しているこれらの施設に対して文書で診療情報を提供した場合に算定する。 ア　グループホーム（障害者総合支援法第５条第17項に規定する共同生活援助を行う事業所をいう。）

イ 障害者支援施設（障害者総合支援法第５条第11項に規定する障害者支援施設をいい、日中活動として同条第７項に規定する生活介護を行うものを除く。）	イ 障害者支援施設（障害者総合支援法第５条第11項に規定する障害者支援施設をいい、日中活動として同条第７項に規定する生活介護を行うものを除く。）
ウ 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７第２号に規定する自立訓練（生活訓練）を行う事業所	ウ 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７第２号に規定する自立訓練（生活訓練）を行う事業所
エ 障害者総合支援法第５条第13項に規定する就労選択支援を行う事業所	（新設）
オ 障害者総合支援法第５条第14項に規定する就労移行支援を行う事業所	エ 障害者総合支援法第５条第13項に規定する就労移行支援を行う事業所
カ 障害者総合支援法第５条第15項に規定する就労継続支援を行う事業所	オ 障害者総合支援法第５条第14項に規定する就労継続支援を行う事業所
キ 障害者総合支援法第５条第29項に規定する福祉ホーム	カ 障害者総合支援法第５条第28項に規定する福祉ホーム

⑧　入退院支援加算１・２の見直しについて

第１　基本的な考え方

入退院支援における、関係機関との連携強化、生活に配慮した支援の強化及び入院前からの支援の強化の観点から、入退院支援加算１及び２について要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．入院前からの支援をより充実・推進する観点から、入院時支援加算１の評価を見直す。
２．退院時における医療機関から介護支援専門員へ情報提供する様式を見直す。
３．退院支援計画の内容に、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理等を含む退院に向けた入院中に行う療養支援の内容を盛り込むことを明記する。
４．入退院支援加算の対象となる「退院困難な要因を有している患者」に、特別なコミュニケーション支援を要する者及び強度行動障害の状態の者を追加する。
５．特別なコミュニケーション支援を要する者及び強度行動障害の状態の者に対し、入院前に医療機関と本人・家族等や障害福祉サービス事業者等とで事前調整を行うことの評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【入退院支援加算】 ［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保険医療機関に入院している患者であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して、入院前に支援を行った場合に、その支援の内容に応じて、次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算	【入退院支援加算】 ［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保険医療機関に入院している患者であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して、入院前に支援を行った場合に、その支援の内容に応じて、次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算

する。 イ　入院時支援加算１　●●点 ロ　入院時支援加算２　200点 ８　（略） ９　別に厚生労働大臣が定める患者に対して、入院前に患者及びその家族等並びに当該患者の在宅での生活を支援する障害福祉サービス事業者等と事前に入院中の支援に必要な調整を行った場合に、入院事前調整加算として、●●点を更に所定点数に加算する。	する。 イ　入院時支援加算１　230点 ロ　入院時支援加算２　200点 ８　（略） （新設）
(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（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　コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する者 オ　強度行動障害の状態の者 カ～ソ　（略） タ　その他患者の状況から判断し	(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（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。） （新設） （新設） エ～ス　（略） セ　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 (3)　（略） (4)　ここでいう退院支援計画の内容は、以下の内容を含むものとする。 ア～カ　（略） キ　リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理等を含む、退院に向けて入院中に必要な療養支援の内容並びに栄養サポートチーム等の多職種チームとの役割分担 (5)～(22)　（略） (23)　注９に規定する入院事前調整加算を算定するに当たっては、コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する者又は強度行動障害の状態の者であって入院の決まったものについて、当該患者の特性を踏まえた入院中の治療や入院生活に係る支援が行えるよう、当該患者、その家族等及び当該患者の在宅における生活を支援する障害福祉サービス事業者等から事前に情報提供を受け、その内容を踏まえ、入院中の看護等に係る療養支援の計画を立て、患者及び入院予定先の病棟職員と共有した場合に算定する。 (24)～(27)（略） ［施設基準］ 三十五の六　入退院支援加算の施設基準等 (9)　入院事前調整加算に規定する厚生労働大臣が定める患者 イ　コミュニケーションにつき特別な支援を要する者又は強度行動障害を有する者であること。 ロ　入退院支援加算を算定する患者であること。	てアからスまでに準ずると認められる場合 (3)　（略） (4)　ここでいう退院支援計画の内容は、以下の内容を含むものとする。 ア～カ　（略） （新設） (5)～(22)　（略） （新設） (23)～(26)（略） ［施設基準］ 三十五の六　入退院支援加算の施設基準等 （新設）

６．入退院支援加算１の施設基準で求める連携機関数について、急性期病棟を有する医療機関では病院・診療所との連携を、地域包括ケア病棟を有する医療機関では介護サービス事業所及び障害福祉サービス事業所等との連携を一定程度求めることとする。

改　定　案	現　　行
【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)～(3)　（略） (4) 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者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に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者等（以下「連携機関」という。）の数が25 以上であること。なお、急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）又は専門病院入院基本料（13 対１入院基本料を除く。）を算定する病棟を有する場合は当該連携機関の数のうち●●以上は保険医療機関であること。 また、地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟又は病室を有する場合は当該連携機関の数のうち●●以上は介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者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に基	【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)～(3)　（略） (4) 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者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に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者等（以下「連携機関」という。）の数が 25 以上であること。また、(2)又は(3)の職員と、それぞれの連携機関の職員が年３回以上の頻度で対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて面会し、情報の共有等を行っていること。なお、面会には、個別の退院調整に係る面会等を含めて差し支えないが、年３回以上の面会の日付、担当者名、目的及び連携機関の名称等を一覧できるよう記録すること。なお、患者の個人情報の取扱いについては、第21の１の(9)の例による。

づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者であること。 　加えて、(2)又は(3)の職員と、それぞれの連携機関の職員が年３回以上の頻度で対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて面会し、情報の共有等を行っていること。なお、面会には、個別の退院調整に係る面会等を含めて差し支えないが、年３回以上の面会の日付、担当者名、目的及び連携機関の名称等を一覧できるよう記録すること。なお、患者の個人情報の取扱いについては、第21の１の(9)の例による。 (5)・(6)　（略）	(5)・(6)　（略）

⑨　在宅療養指導料の見直し

第１　基本的な考え方

慢性心不全患者に対する退院直後の支援を強化する観点から、在宅療養指導料について対象患者を見直す。

第２　具体的な内容

慢性心不全患者に対する退院直後の支援を強化する観点から、在宅療養指導料の対象に退院直後の慢性心不全患者を追加し、ガイドラインに基づく支援を評価する。

改　定　案	現　　行
【在宅療養指導料】 ［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●月以内の慢性心不全の患者に対して、医師の指示に基づき保健師、助産師又は看護師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に、患者１人につき月１回（初回の指導を行った月にあっては、月２回）に限り算定する。 (1)　次のいずれかの患者に対して指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月２回に限り、その他の月にあっては月１回に限り算定する。	【在宅療養指導料】 ［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又は器具を装着しておりその管理に配慮を必要とする患者に対して、医師の指示に基づき保健師、助産師又は看護師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に、患者１人につき月１回（初回の指導を行った月にあっては、月２回）に限り算定する。 (1)　在宅療養指導管理料を算定している患者又は入院中の患者以外の患者であって、器具（人工肛門、人工膀胱、気管カニューレ、留置カテーテル、ドレーン等）を装着しており、その管理に配慮を要す

	る患者に対して指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月２回に限り、その他の月にあっては月１回に限り算定する。
ア　在宅療養指導管理料を算定している患者	（新設）
イ　入院中の患者以外の患者であって、器具（人工肛門、人工膀胱、気管カニューレ、留置カテーテル、ドレーン等）を装着しており、その管理に配慮を要する患者	（新設）
ウ　退院後●●月以内の患者であって、過去●●年以内に心不全による入院が、当該退院に係る直近の入院を除き、●●回以上ある慢性心不全の患者（治療抵抗性心不全の患者を除く。）	（新設）
(2)～(4)　（略）	(2)～(4)　（略）
(5)　当該療養上の指導を行う保健師、助産師又は看護師は、在宅療養支援向上のための適切な研修を修了していることが望ましいこと。	（新設）

⑩　認知症ケア加算の見直し

第１　基本的な考え方

認知症患者に対する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とともに、認知症患者に対するアセスメントにおいてせん妄の識別も必要であることを踏まえ、認知症ケア加算の要件及び評価並びにせん妄ハイリスク患者ケア加算の要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．認知症ケア加算について、身体的拘束を実施しなかった日及び実施した日の点数をそれぞれ見直す。

改　定　案	現　　行
【認知症ケア加算】	【認知症ケア加算】
１　認知症ケア加算１	１　認知症ケア加算１
イ　14日以内の期間　●●点	イ　14日以内の期間　160点
ロ　15日以上の期間　●●点	ロ　15日以上の期間　30点
２　認知症ケア加算２	２　認知症ケア加算２
イ　14日以内の期間　●●点	イ　14日以内の期間　100点
ロ　15日以上の期間　●●点	ロ　15日以上の期間　25点
３　認知症ケア加算３	３　認知症ケア加算３
イ　14日以内の期間　●●点	イ　14日以内の期間　40点
ロ　15日以上の期間　●●点	ロ　15日以上の期間　10点
［算定要件］	［算定要件］
注２　身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の●●に相当する点数により算定する。	注２　身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の60に相当する点数により算定する。

２．認知症ケア加算で求めるアセスメント及び対応方策に、せん妄のリスク因子の確認及びせん妄対策を含めるとともに、認知症ケア加算を算定した場合はせん妄ハイリスク患者ケア加算の算定は不可とする。

改　定　案	現　　行
【認知症ケア加算】	【認知症ケア加算】
［算定要件］	［算定要件］

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た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、認知症ケア加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して必要なケアを行った場合に、当該基準に係る区分に従い、当該患者が入院した日から起算し、当該患者の入院期間に応じ、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Ａ２３０－４に掲げる精神科リエゾンチーム加算（認知症ケア加算１を算定する場合に限る。）又は区分番号Ａ２４７－２に掲げるせん妄ハイリスク患者ケア加算は別に算定できない。	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た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、認知症ケア加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して必要なケアを行った場合に、当該基準に係る区分に従い、当該患者が入院した日から起算し、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。ただし、認知症ケア加算１を算定する場合は、区分番号Ａ２３０－４に掲げる精神科リエゾンチーム加算は別に算定できない。
(5) 認知症ケア加算１ イ　当該患者を診療する医師、看護師等は、認知症ケアチームと連携し、病棟職員全体で以下の対応に取り組む必要がある。 ①　当該患者の入院前の生活状況等を情報収集し、その情報を踏まえたアセスメントを行い、看護計画を作成する。その際、行動・心理症状がみられる場合には、その要因をアセスメントし、症状の軽減を図るための適切な環境調整や患者とのコミュニケーションの方法等について検討する。また、せん妄のリスク因子の確認を行い、ハイリスク患者に対するせん妄対策を併せて実施すること。せん妄のリス	(5) 認知症ケア加算１ イ　当該患者を診療する医師、看護師等は、認知症ケアチームと連携し、病棟職員全体で以下の対応に取り組む必要がある。 ①　当該患者の入院前の生活状況等を情報収集し、その情報を踏まえたアセスメントを行い、看護計画を作成する。その際、行動・心理症状がみられる場合には、その要因をアセスメントし、症状の軽減を図るための適切な環境調整や患者とのコミュニケーションの方法等について検討する。

ク因子の確認及びハイリスク患者に対するせん妄対策の取扱いについては、区分番号「Ａ２４７－２」せん妄ハイリスク患者ケア加算の例によること。	
［施設基準］ 1　認知症ケア加算１の施設基準 (1)　当該保険医療機関内に、以下から構成される認知症ケアに係るチーム（以下「認知症ケアチーム」という。）が設置されていること。このうち、イに掲げる看護師については、原則週 16 時間以上、認知症ケアチームの業務に従事すること。なお、認知症ケアチームは、身体的拘束最小化チームを兼ねることは差し支えない。 ア～ウ　（略） (2)～(4)　（略） (5) 認知症ケアチームは、以下の業務を行うこと。 ア～ウ（略） エ　せん妄のリスク因子の確認のためのチェックリスト及びせん妄のハイリスク患者に対するせん妄対策のためのチェックリストを作成していること。 オ チームにより、認知症患者に関わる職員を対象として、認知症患者のケアに関する研修を定期的に実施すること。 (6)・(7)　（略） ※　認知症ケア加算２及び認知症ケア加算３も同様。	［施設基準］ 1　認知症ケア加算１の施設基準 (1)　当該保険医療機関内に、以下から構成される認知症ケアに係るチーム（以下「認知症ケアチーム」という。）が設置されていること。このうち、イに掲げる看護師については、原則週16時間以上、認知症ケアチームの業務に従事すること。 ア～ウ　（略） (2)～(4)　（略） (5) 認知症ケアチームは、以下の業務を行うこと。 ア～ウ（略） （新設） エ チームにより、認知症患者に関わる職員を対象として、認知症患者のケアに関する研修を定期的に実施すること。 (6)・(7)　（略）
［経過措置］ 令和６年３月31日時点で認知症ケア加算に係る届出を行っている保険	［経過措置］

医療機関については、令和●●年●●月●●日までの間、１の⑸のエ、２の⑹及び３の⑵の基準を満たしているものとみなす。	

⑪　入院基本料等の見直し

「Ⅰ－１－②」を参照のこと。

⑫　地域包括ケア病棟入院料の評価の見直し

第１　基本的な考え方

適切な在宅復帰支援を推進する観点から、地域包括ケア病棟入院料の評価について、入院期間に応じた評価体系に見直すとともに、地域包括ケア病棟を有する医療機関が提供する在宅医療等の実績を適切に評価する観点から、訪問看護に係る実績の基準を見直す。

第２　具体的な内容

１．地域包括ケア病棟入院料の評価について、入院期間に応じた評価に見直す。

２．入院基本料等の見直しに合わせて、40 歳未満の勤務医師、事務職員等の賃上げに資する措置として、地域包括ケア病棟入院料の評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【地域包括ケア病棟入院料】 １　地域包括ケア病棟入院料１ イ　40日以内の期間　●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） ロ　41日以上の期間　●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	【地域包括ケア病棟入院料】 １　地域包括ケア病棟入院料１ 2,809点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,794点）
２　地域包括ケア入院医療管理料１ イ　40日以内の期間　●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） ロ　41日以上の期間　●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	２　地域包括ケア入院医療管理料１ 2,809点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,794点）
３　地域包括ケア病棟入院料２ イ　40日以内の期間　●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、	３　地域包括ケア病棟入院料２ 2,620点 （生活療養を受ける場合にあっては、

●●点） ロ　41日以上の期間　●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、 ●●点） ４　地域包括ケア入院医療管理料２ イ　40日以内の期間　●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、 ●●点） ロ　41日以上の期間　●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、 ●●点） ５　地域包括ケア病棟入院料３ イ　40日以内の期間　●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、 ●●点） ロ　41日以上の期間　●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、 ●●点） ６　地域包括ケア入院医療管理料３ イ　40日以内の期間　●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、 ●●点） ロ　41日以上の期間　●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、 ●●点） ７　地域包括ケア病棟入院料４ イ　40日以内の期間　●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、 ●●点） ロ　41日以上の期間　●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、 ●●点） ８　地域包括ケア入院医療管理料４ イ　40日以内の期間　●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、 ●●点） ロ　41日以上の期間　●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、 ●●点） 注２　医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関で	2,605点） ４　地域包括ケア入院医療管理料２ 2,620点 （生活療養を受ける場合にあっては、 2,605点） ５　地域包括ケア病棟入院料３ 2,285点 （生活療養を受ける場合にあっては、 2,270点） ６　地域包括ケア入院医療管理料３ 2,285点 （生活療養を受ける場合にあっては、 2,270点） ７　地域包括ケア病棟入院料４ 2,076点 （生活療養を受ける場合にあっては、 2,060点） ８　地域包括ケア入院医療管理料４ 2,076点 （生活療養を受ける場合にあっては、 2,060点） 注２　医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在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病棟又は病室を有するものについては、注１に規定する届出の有無にかかわらず、地域包括ケア病棟入院料１のイ（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料１のロ（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料１のイ（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料１のロ（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料２のイ（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料２のロ（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料２のイ（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料２のロ（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料３のイ（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料３のロ（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料３のイ（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料３のロ（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料４のイ（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料４のロ（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料４のイ（特定地域）又は地域包括ケア入院医療管理料４のロ（特定地域）について、所定点数に代えて、当該病棟又は病室に入院した日から起算して60日を限度として、１日につき、それぞれ●●点、●●点、●●点、●●点、●●点、●●点、●●点、●●点、●●点、●●点、●●点、●●点、●●点又は●●点（生活療養を受ける場合にあっては、それぞれ●●点、●●点、●●点、●●点、●●点、●●点、●●	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病棟又は病室を有するものについては、注１に規定する届出の有無にかかわらず、地域包括ケア病棟入院料１（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料１（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料２（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料２（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料３（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料３（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料４（特定地域）又は地域包括ケア入院医療管理料４（特定地域）について、所定点数に代えて、当該病棟又は病室に入院した日から起算して60日を限度として、１日につき、それぞれ2,433点、2,433点、2,244点、2,244点、1,984点、1,984点、1,774点又は1,774点（生活療養を受ける場合にあっては、それぞれ2,418点、2,418点、2,230点、2,230点、1,970点、1,970点、1,760点又は1,760点）を算定することができる。 （中略）

点、●●点、●●点、●●点、●●点、●●点、●●点、●●点又は●●点）を算定することができる。 （中略） 【特定一般病棟入院料】 ［算定要件］ 注７　当該病棟の病室のうち、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに入院する患者に対し、必要があって地域包括ケア入院医療管理が行われた場合には、注１から注６までの規定にかかわらず、当該病室に入院した日から起算して60日を限度として、40日以内の期間においては、それぞれ●●点、●●点、●●点又は●●点を、41日以上の期間においては、それぞれ●●点、●●点、●●点又は●●点を算定する。ただし、当該病室に入院した患者が算定要件に該当しない場合は、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。	【特定一般病棟入院料】 ［算定要件］ 注７　当該病棟の病室のうち、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに入院する患者に対し、必要があって地域包括ケア入院医療管理が行われた場合には、注１から注６までの規定にかかわらず、当該病室に入院した日から起算して60日を限度として、それぞれ2,432点、2,243点、1,983点又は1,773点を算定する。ただし、当該病室に入院した患者が算定要件に該当しない場合は、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。

３．地域包括ケア病棟を有する医療機関が提供する在宅医療等の実績を適切に評価する観点から、訪問看護に係る実績の基準を見直す。

改　定　案	現　　行
【地域包括ケア病棟入院料】 ［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 (2) 地域包括ケア病棟入院料１の施設基準 ホ　次のいずれか二つ以上を満た	【地域包括ケア病棟入院料】 ［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 (2) 地域包括ケア病棟入院料１の施設基準 ホ　次のいずれか二つ以上を満た

していること。 ①　（略） ②　退院後訪問指導料、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（Ⅰ）、精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）、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）の指定居宅サービス介護給付費単位数表（以下「指定居宅サービス介護給付費単位数表」という。）の訪問看護費のロ及び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（平成十八年厚生省告示第百二十七号）の指定介護予防サービス介護給付費単位数表（以下「指定介護予防サービス介護給付費単位数表」という。）の介護予防訪問看護費のロを前三月間において●●回以上算定している保険医療機関であること。 ③　訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第六十七号）に規定する訪問看護基本療養費、精神科訪問看護基本療養費、指定居宅サービス介護給付費単位数表の訪問看護費のイ及び指定介護予防サービス介護給付費単位数表の介護予防訪問看護費のイを前三月間において●●回以上算定している訪問看護ステーションが当該保険医療機関に併設されていること。 ④　（略） ⑤　介護保険法第八条第二項に規定する訪問介護、同条第五	していること。 ①　（略） ②　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（Ⅰ）及び精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）を前三月間において六十回以上算定している保険医療機関であること。 ③　訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第六十七号）に規定する訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を前三月間において三百回以上算定している訪問看護ステーションが当該保険医療機関に併設されていること。 ④　（略） ⑤　介護保険法第八条第二項に規定する訪問介護、同条第四

項に規定する訪問リハビリテーション又は同条第四項に規定する介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有している施設が当該保険医療機関に併設されていること。 ⑥　（略） ※　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、地域包括ケア入院医療管理料４、特定一般入院料病棟入院料の注７についても同様。	項に規定する訪問看護、同条第五項に規定する訪問リハビリテーション、同法第八条の二第三項に規定する介護予防訪問看護又は同条第四項に規定する介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有している施設が当該保険医療機関に併設されていること。 ⑥　（略）

［経過措置］

令和６年３月 31 日において現に地域包括ケア病棟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、●●年●●月●●日までの間に限り、第九の十一の二の⑵のホに該当するものとみなす。

※　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、地域包括ケア入院医療管理料４、特定一般病棟入院料の注７についても同様。

⑬　地域包括ケア病棟の施設基準の見直し

第１　基本的な考え方

地域包括ケアの深化・推進に向け、地域包括ケア病棟の効果的な入院医療の提供を更に推進する観点から、地域包括ケア病棟の要件を見直す。

第２　具体的な内容

地域包括ケア病棟入院料の施設基準において、在宅復帰率等の対象患者から、短期滞在手術等基本料３を算定する患者及び短期滞在手術等基本料１の対象手術を実施した患者を除くとともに、在宅復帰率の計算方法を改める。

改　定　案	現　　行
【地域包括ケア病棟入院料】 ［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 (4) 地域包括ケア病棟入院料２の施設基準 ニ　当該病棟（許可病床数が二百床以上の保険医療機関に限る。）において、入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が<u>●●割●●分未満</u>であること。 ２　地域包括ケア病棟入院料１の施設基準 (1)　当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が７割２分５厘以上であること。	【地域包括ケア病棟入院料】 ［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 (4) 地域包括ケア病棟入院料２の施設基準 ニ　当該病棟（許可病床数が二百床以上の保険医療機関に限る。）において、入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が<u>六割未満</u>であること。 ２　地域包括ケア病棟入院料１の施設基準 (1)　当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が７割２分５厘以上であること。<u>地域包括ケア病棟入院料に係る在宅等に退院するものとは、次のアからウまでのいずれにも該当しない患者をいう。</u>

	ア　他の保険医療機関（有床診療所入院基本料（別添２の第３の５の(1)のイの(ｲ)に該当するものに限る。）を算定する病床を除く。）に転院した患者 イ　介護老人保健施設に入所した患者 ウ　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
(2)　当該病棟から退院した患者数に占める在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、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。	(2)　当該病棟から退院した患者数に占める在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、当該病棟から退院又は転棟した患者数（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く。）のうち、在宅等に退院するものの数 この場合において、在宅等に退院するものの数は、退院患者の数から、次に掲げる数を合計した数を控除した数をいう。 ①　他の保険医療機関（有床診療所入院基本料（別添２の第３の５の(1)のイの(ｲ)に該当するものに限	ア　直近６か月間において、当該病棟から退院又は転棟した患者数（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く。）のうち、在宅等に退院するものの数

る。）を算定する病床を除く。）に転院した患者の数 ② 介護老人保健施設（介護保健施設サービス費（Ⅰ）の介護保健施設サービス費（ⅱ）若しくは介護保健施設サービス費（ⅳ）又はユニット型介護保健施設サービス費（Ⅰ）のユニット型介護保健施設サービス費（ⅱ）若しくは経過的ユニット型介護保健施設サービス費（ⅱ）の届出を行っているものに限る。）に入所した患者の数の●●割の数 ③ 介護老人保健施設（介護保健施設サービス費（Ⅰ）の介護保健施設サービス費（ⅱ）若しくは介護保健施設サービス費（ⅳ）又はユニット型介護保健施設サービス費（Ⅰ）のユニット型介護保健施設サービス費（ⅱ）若しくは経過的ユニット型介護保健施設サービス費（ⅱ）の届出を行っていないものに限る。）に入所した患者の数 ④ 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の数 イ 直近６か月間に退院又は転棟した患者数（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く。）	イ 直近６か月間に退院又は転棟した患者数（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く。）

(5)　当該病棟に入棟した患者のうち、自宅等から入棟した患者の占める割合が２割以上であること。なお、自宅等から入棟した患者とは、自宅又は介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、認知症対応型グループホーム若しくは有料老人ホーム等（以下「有料老人ホーム等」という。）から入棟した患者のことをいう。ただし、当該入院料を算定する病棟を有する病院に有料老人ホーム等が併設されている場合は当該有料老人ホーム等から入棟した患者は含まれない。	(5)　当該病棟に入棟した患者のうち、自宅等から入棟した患者の占める割合が２割以上であること。なお、自宅等から入棟した患者とは、自宅又は介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、認知症対応型グループホーム若しくは有料老人ホーム等（以下「有料老人ホーム等」という。）から入棟した患者のことをいう。ただし、当該入院料を算定する病棟を有する病院に有料老人ホーム等が併設されている場合は当該有料老人ホーム等から入棟した患者は含まれない。
(6)　自宅等から入棟した患者の占める割合は、直近３か月間に自宅等から入棟した患者を直近３か月に当該病棟に入棟した患者の数で除して算出するものであること。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。	(6)　自宅等から入棟した患者の占める割合は、直近３か月間に自宅等から入棟した患者を直近３か月に当該病棟に入棟した患者の数で除して算出するものであること。
(10)　令和６年３月31日時点で地域包括ケア病棟入院料１に係る届出を行っている保険医療機関については、令和●●年●●月●●日までの間、(1)、(2)、(5)及び(6)の規定に限り、なお従前の例による。	（新設）
３　地域包括ケア入院医療管理料１の施設基準	３　地域包括ケア入院医療管理料１の施設基準
(1)　当該病室において、退院患者	(1)　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７割２分５厘以上であること。当該病室から退院した患者数に占める在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、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。	に占める、在宅等に退院するものの割合が７割２分５厘以上であること。当該病室から退院した患者数に占める在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～イ　（略）	ア～イ　（略）
(2)　当該病室に入室した患者のうち、自宅等から入室した患者の占める割合が２割以上であること。ただし、当該病室が10床未満の場合については自宅等から入室した患者を前３月において８人以上受け入れていること。なお、自宅等から入室した患者とは、自宅又は有料老人ホーム等から入室した患者のことをいう。ただし、当該入院料を算定する病室を有する病院に有料老人ホーム等が併設されている場合は当該有料老人ホーム等から入棟した患者は含まれない。また、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。	(2)　当該病室に入室した患者のうち、自宅等から入室した患者の占める割合が２割以上であること。ただし、当該病室が10床未満の場合については自宅等から入室した患者を前３月において８人以上受け入れていること。なお、自宅等から入室した患者とは、自宅又は有料老人ホーム等から入室した患者のことをいう。ただし、当該入院料を算定する病室を有する病院に有料老人ホーム等が併設されている場合は当該有料老人ホーム等から入棟した患者は含まれない。

(7)　令和６年３月31日時点で地域包括ケア病棟入院医療管理料１に係る届け出を行っている保険医療機関については、令和●●年●●月●●日までの間、(1)及び(2)の規定に限り、なお従前の例による。	（新設）
４　地域包括ケア病棟入院料２の施設基準 (4)　次のいずれか１つ以上を満たしていること。 ア　当該病棟に入棟した患者のうち、自宅等から入棟した患者の占める割合が２割以上であること。なお、自宅等から入棟した患者とは、有料老人ホーム等から入棟した患者のことをいう。ただし、当該入院料を算定する病棟を有する病院に有料老人ホーム等が併設されている場合は当該有料老人ホーム等から入棟した患者は含まれない。自宅等から入棟した患者の占める割合は、直近３か月間に自宅等から入棟した患者を直近３か月に当該病棟に入棟した患者の数で除して算出するものであること。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。	４　地域包括ケア病棟入院料２の施設基準 (4)　次のいずれか１つ以上を満たしていること。 ア　当該病棟に入棟した患者のうち、自宅等から入棟した患者の占める割合が２割以上であること。なお、自宅等から入棟した患者とは、有料老人ホーム等から入棟した患者のことをいう。ただし、当該入院料を算定する病棟を有する病院に有料老人ホーム等が併設されている場合は当該有料老人ホーム等から入棟した患者は含まれない。自宅等から入棟した患者の占める割合は、直近３か月間に自宅等から入棟した患者を直近３か月に当該病棟に入棟した患者の数で除して算出するものであること。

イ～ク　（略） (5)　許可病床数が200床以上の病院にあっては、当該病棟における、入院患者に占める、同一の保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が●●割●●分未満であること。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。 (6)　令和６年３月31日時点で地域包括ケア病棟入院料２に係る届け出を行っている保険医療機関については、令和●●年●●月●●日までの間、(2)（２の(1)及び(2)に係るものに限る）及び(5)の規定に限り、なお従前の例による。	イ～ク　（略） (5)　許可病床数が200床以上の病院にあっては、当該病棟における、入院患者に占める、同一の保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が６割未満であること。 （新設）
５　地域包括ケア入院医療管理料２の施設基準 (3)　次のいずれか１つ以上を満たしていること。 ア　当該病室に入室した患者のうち、自宅等から入室した患者の占める割合が２割以上であること。ただし、当該病室が10床未満の場合については自宅等から入室した患者を前３月において８人以上受け入れていること。なお、自宅等から入室した患者とは、自宅又は有料老人ホーム等から入室した患者のことをいう。ただし、当該入院料を算定する病室を有する病院に有料老人	５　地域包括ケア入院医療管理料２の施設基準 (3)　次のいずれか１つ以上を満たしていること。 ア　当該病室に入室した患者のうち、自宅等から入室した患者の占める割合が２割以上であること。ただし、当該病室が10床未満の場合については自宅等から入室した患者を前３月において８人以上受け入れていること。なお、自宅等から入室した患者とは、自宅又は有料老人ホーム等から入室した患者のことをいう。ただし、当該入院料を算定する病室を有する病院に有料老人

ホーム等が併設されている場合は当該有料老人ホーム等から入棟した患者は含まれない。自宅等から入室した患者の占める割合は、直近３か月間に自宅等から入室した患者を直近３か月に当該病室に入室した患者の数で除して算出するものであること。また、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。	ホーム等が併設されている場合は当該有料老人ホーム等から入棟した患者は含まれない。自宅等から入室した患者の占める割合は、直近３か月間に自宅等から入室した患者を直近３か月に当該病室に入室した患者の数で除して算出するものであること。
イ～ク　（略）	イ～ク　（略）
(4)　令和６年３月31日時点で地域包括ケア病棟入院医療管理料２に係る届け出を行っている保険医療機関については、令和●●年●●月●●日までの間、(2)（３の(1)に係るものに限る）及び(3)の規定に限り、なお従前の例による。	（新設）
※　地域包括ケア病棟入院料３及び４並びに地域包括ケア入院医療管理料３及び４についても同様	

⑭　有床診療所における医療・介護・障害連携の推進

第１　基本的な考え方

地域包括ケアシステムにおける有床診療所の機能を踏まえ、有床診療所が医療・介護・障害サービス等における連携を推進するために、介護連携加算の要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．　介護連携加算について、介護障害連携加算と名称を改めるとともに、肢体不自由児（者）を算定可能な対象として追加する。

改　定　案	現　　行
【有床診療所入院基本料】 ［算定要件］ 注12　１から３までを算定する診療所であ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を満たすものに入院している患者のうち、介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第２条各号に規定する疾病を有する40歳以上65歳未満のもの若しくは65歳以上のもの又は重度の肢体不自由児（者）については、当該基準に係る区分に従い、入院日から起算して15日以降30日までの期間に限り、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　介護障害連携加算１　192点 ロ　介護障害連携加算２　38点	【有床診療所入院基本料】 ［算定要件］ 注12　１から３までを算定する診療所であ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を満たすものに入院している患者のうち、介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第２条各号に規定する疾病を有する40歳以上65歳未満のもの又は65歳以上のものについては、当該基準に係る区分に従い、入院日から起算して15日以降30日までの期間に限り、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　介護連携加算１　192点 ロ　介護連携加算２　38点

２．　介護連携加算の施設基準である介護サービスの提供について、介護保険の訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導及び障害福祉サービスの医療型短期入所の提供実績を追加する。

改　定　案	現　　行
［施設基準］ 二　有床診療所入院基本料の施設基準 (10)　有床診療所入院基本料の注12に規定する介護障害連携加算の施設基準 介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第２条各号に規定する疾病を有する40歳以上65歳未満の者若しくは65歳以上の者又は重度の肢体不自由児（者）の受入れにつき、十分な体制を有していること。 22　有床診療所入院基本料の「注12」に規定する介護障害連携加算１の施設基準 次の施設基準を全て満たしていること。 (1) 有床診療所入院基本料１又は有床診療所入院基本料２を届け出ている保険医療機関であること。 (2) 次のいずれかを満たすこと。 ア　５の(1)のイの(イ)を満たしていること。 イ　過去１年間に、介護保険法第８条第５項に規定する訪問リハビリテーション又は同法第８条の２第４項に規定する介護予防訪問リハビリテーションを提供した実績があること。 ウ　過去１年間に、区分番号「Ｃ００９」に掲げる在宅患者訪問栄養食事指導料又は介護保険法第８条第６項に規定する居宅療養管理指導（管理栄養士により行われるものに限る。）若しくは同法第８条の２第６項に規定する介護予防居宅療養管理指導（管理栄	［施設基準］ 二　有床診療所入院基本料の施設基準 (10)　有床診療所入院基本料の注12に規定する介護連携加算の施設基準 介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第２条各号に規定する疾病を有する40歳以上65歳未満の者又は65歳以上の者の受入れにつき、十分な体制を有していること。 22　有床診療所入院基本料の「注12」に規定する介護連携加算１の施設基準 次の施設基準を全て満たしていること。 (1) 有床診療所入院基本料１又は有床診療所入院基本料２を届け出ている保険医療機関であること。 (2) ５の(1)のイの(イ)を満たしていること。

養士により行われるものに限る。）を提供した実績があること。 エ　過去１年間に、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第５条第８項に規定する指定短期入所を提供した実績があること。	
23　有床診療所入院基本料の「注12」に規定する介護障害連携加算２の施設基準 次の施設基準を全て満たしていること。 (1) 有床診療所入院基本料３を届け出ている保険医療機関であること。 (2) 次のいずれかを満たすこと。 ア　５の(1)のイの(イ)を満たしていること。 イ　過去１年間に、介護保険法第８条第５項に規定する訪問リハビリテーション又は同法第８条の２第４項に規定する介護予防訪問リハビリテーションを提供した実績があること。 ウ　過去１年間に、区分番号「Ｃ009」に掲げる在宅患者訪問栄養食事指導料又は介護保険法第８条第６項に規定する居宅療養管理指導（管理栄養士により行われるものに限る。）若しくは同法第８条の２第６項に規定する介護予防居宅療養管理指導（管理栄養士により行われるものに限る。）を提供した実績があること。 エ　過去１年間に、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第５条第８項に規定する指定短期入所を提供した実績があること。	23　有床診療所入院基本料の「注12」に規定する介護連携加算２の施設基準 次の施設基準を全て満たしていること。 (1) 有床診療所入院基本料３を届け出ている保険医療機関であること。 (2) ５の(1)のイの(イ)を満たしていること。 （新設） （新設） （新設） （新設）

⑮　リハビリテーションに係る医療・介護・障害福祉サービス連携の推進

第１　基本的な考え方

医療保険のリハビリテーションと障害福祉サービスである自立訓練（機能訓練）の円滑な移行を推進する観点から、医療保険のリハビリテーションを提供する病院・診療所が基準該当サービスの提供施設として指定が可能となったことを踏まえ、病院・診療所が自立訓練（機能訓練）を提供する際の疾患別リハビリテーション料等に係る要件を見直す。

第２　具体的な内容

医療保険の疾患別リハビリテーションと障害福祉サービスの自立訓練（機能訓練）を同時に実施する場合について、施設基準を緩和する。

改　定　案	現　　行
【脳血管疾患等リハビリテーション料】 ［施設基準］ 第40　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ） 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 (1)　（略） (2) 次のアからエまでを全て満たしていること。 ア～エ　（略） オ　次の（イ）又は（ロ）の要件を満たす場合であって、アからウまでの専従の従事者が疾患別リハビリテーションを提供すべき患者がいない時間帯には、脳血管疾患等リハビリテーションの実施時間中であっても、当該専従の従事者が、当該保険医療機関が行う通所リハビ	【脳血管疾患等リハビリテーション料】 ［施設基準］ 第40　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ） 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 (1)　（略） (2) 次のアからエまでを全て満たしていること。 ア～エ　（略） オ　次の（イ）又は（ロ）の要件を満たす場合であって、アからウまでの専従の従事者が疾患別リハビリテーションを提供すべき患者がいない時間帯には、脳血管疾患等リハビリテーションの実施時間中であっても、当該専従の従事者が、当該保険医療機関が行う通所リハビ

リテーション又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則（平成 18 年厚生労働省令第 19 号）第６条の６第１号に規定する自立訓練（機能訓練）（以下、「自立訓練（機能訓練）」という。）に従事しても差し支えない。	リテーション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。	(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）	(ﾛ) （略）
(3) （略）	(3) （略）
(4) 当該療法を行うために必要な施設及び器械・器具として、以下のものを具備していること。これらの器械等については、当該保険医療機関が、指定通所リハビリテーション又は自立訓練（機能訓練）を実施する場合であって、リハビリテーションの提供に支障が生じない場合に、指定通所リハビリテーション事業所又は自立訓練（機能訓練）の利用者が使用しても差し支えない。	(4) 当該療法を行うために必要な施設及び器械・器具として、以下のものを具備していること。これらの器械等については、当該保険医療機関が、指定通所リハビリテーションを実施する場合であって、リハビリテーションの提供に支障が生じない場合に、指定通所リハビリテーション事業所の利用者が使用しても差し支えない。
(5)～(8) （略）	(5)～(8) （略）
(9) (2)のアからウまでの専従の従事者以外の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士については、疾患別リハビリテーションに従事している時間帯を	(9) (2)のアからウまでの専従の従事者以外の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士については、疾患別リハビリテーションに従事している時間帯を

除き、当該保険医療機関が行う通所リハビリテーション又は自立訓練（機能訓練）に従事可能であること。 ※　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、障害児（者）リハビリテーション料についても同様。	除き、当該保険医療機関が行う通所リハビリテーションに従事可能であること。

①　急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進

第１　基本的な考え方

急性期医療におけるADLが低下しないための取組を推進するとともに、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進を図る観点から、土曜日、日曜日及び祝日に行うリハビリテーションを含むリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

入院した患者全員に対し、入院後48時間以内にADL、栄養状態及び口腔状態に関する評価を行い、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画の作成及び計画に基づく多職種による取組を行う体制の確保に係る評価を新設するとともに、ＡＤＬ維持向上等体制加算を廃止する。

（新）　リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算（１日につき）
●●点

［対象患者］
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を算定する患者

［算定要件］
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（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。）又は専門病院入院基本料（７対１入院基本料又は 10 対１入院基本料に限る。）を現に算定している患者に限る。）について、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●●日を限度として所定点数に加算する。

［施設基準］

（１） 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。
（２） 当該病棟に専従の常勤の理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が二名以上配置されていること、又は当該病棟に専従の常勤の理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が一名以上配置されており、かつ、当該病棟に専任の常勤の理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が一名以上配置されていること。
（３）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。
（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。

②　病態に応じた早期からの疾患別リハビリテーションの推進

第１　基本的な考え方

重症者に対する早期からの急性期リハビリテーションの提供を推進するため、病態に応じた早期からの疾患別リハビリテーションについて新たな評価を行うとともに、早期リハビリテーション加算の評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．ADL・認知機能が低い患者、特定の医療行為を必要とする患者及び感染対策を必要とする患者に対し、疾患別リハビリテーションを提供した場合について、疾患別リハビリテーション料に急性期リハビリテーション加算を設ける。

２．現行の早期リハビリテーション加算の評価を見直す。

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］ 注２　注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、発症、手術若しくは急性増悪から７日目又は治療開始日のいずれか早いものから起算して30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、１単位につき●●点を所定点数に加算する。 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	【心大血管疾患リハビリテーション料】 ［算定要件］ 注２　注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、発症、手術若しくは急性増悪から７日目又は治療開始日のいずれか早いものから起算して30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、１単位につき30点を所定点数に加算する。 ３　（略） （新設）

険医療機関において、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者（入院中のものに限る。）であって、リハビリテーションを実施する日に別に厚生労働大臣が定める患者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●●日目又は治療開始日のいずれか早いものから起算して●●日を限度として急性期リハビリテーション加算として、１単位につき●●点を更に所定点数に加算する。 ※　脳血管疾患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、呼吸器リハビリテーション料についても同様。 ［施設基準］ 第九　リハビリテーション 一　心大血管疾患リハビリテーション料、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及び呼吸器リハビリテーション料の施設基準等 (9)　心大血管疾患リハビリテーション料、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及び呼吸器リハビリテーション料に規定する初期加算及び急性期リハビリテーション加算の施設基準 当該保険医療機関内にリハビリテーション科の常勤医師が配置されていること。 (10)　心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハ	［施設基準］ 第九　リハビリテーション 一　心大血管疾患リハビリテーション料、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及び呼吸器リハビリテーション料の施設基準等 (9)　心大血管疾患リハビリテーション料、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及び呼吸器リハビリテーション料に規定する初期加算の施設基準 当該保険医療機関内にリハビリテーション科の常勤医師が配置されていること。 （新設）

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及び呼吸器リハビリテーション料に規定する急性期リハビリテーション加算の対象となる患者 　別表第九の十に掲げる患者 別表第九の十　心大血管疾患リハビリテーション料、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及び呼吸器リハビリテーション料に規定する急性期リハビリテーション加算の対象となる患者 一　相当程度以上の日常生活能力の低下を来している患者 二　重度認知症の状態にあり、日常生活を送る上で介助が必要な患者 三　特別な管理を要する処置等を実施している患者 四　リハビリテーションを実施する上で感染対策が特に必要な感染症並びにそれらの疑似症患者	（新設）

③　疾患別リハビリテーション料の実施者別区分の創設

第１　基本的な考え方

NDB・DPC データにより疾患別リハビリテーションの実施者ごとの訓練実態を把握可能となるよう、疾患別リハビリテーション料について、実施者を明確化した評価体系に見直す。

第２　具体的な内容

疾患別リハビリテーション料について、リハビリテーションを実施した職種ごとの区分を新設する。

改　定　案	現　　行
【心大血管疾患リハビリテーション料】	【心大血管疾患リハビリテーション料】
１　心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位）	１　心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位）　205点
イ　理学療法士による場合　●●点	（新設）
ロ　作業療法士による場合　●●点	（新設）
ハ　医師による場合　●●点	（新設）
ニ　看護師による場合　●●点	（新設）
ホ　集団療法による場合　●●点	（新設）
２　心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位）	２　心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位）　125点
イ　理学療法士による場合　●●点	（新設）
ロ　作業療法士による場合　●●点	（新設）
ハ　医師による場合　●●点	（新設）
ニ　看護師による場合　●●点	（新設）
ホ　集団療法による場合　●●点	（新設）
［算定要件］	［算定要件］
注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た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個別療法又は集団療法であるリ	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、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーシ

ハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、治療開始日から150日を限度として所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、150日を超えて所定点数を算定することができる。	ョンを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、治療開始日から150日を限度として所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、150日を超えて所定点数を算定することができる。
【脳血管疾患リハビリテーション料】 １　脳血管疾患等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　●●点 ロ　作業療法士による場合　●●点 ハ　言語聴覚士による場合　●●点 ニ　医師による場合　●●点 ２　脳血管疾患等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　●●点 ロ　作業療法士による場合　●●点 ハ　言語聴覚士による場合　●●点 ニ　医師による場合　●●点 ３　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）（１単位） イ　理学療法士による場合　●●点 ロ　作業療法士による場合　●●点 ハ　言語聴覚士による場合　●●点 ニ　医師による場合　●●点 ホ　イからニまで以外の場合　●●点	【脳血管疾患リハビリテーション料】 １　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位）　245点 （新設） （新設） （新設） （新設） ２　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位）　200点 （新設） （新設） （新設） （新設） ３　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）（１単位）　100点 （新設） （新設） （新設） （新設） （新設）
［算定要件］ 注５　注１本文の規定にかかわらず、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、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があってそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪	［算定要件］ 注５　注１本文の規定にかかわらず、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、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があってそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪

又は最初に診断された日から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、１月13単位に限り、注１に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。	又は最初に診断された日から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、１月13単位に限り、注１に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。
イ　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位）	イ　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位）147点
(1)　理学療法士による場合 ●●点	（新設）
(2)　作業療法士による場合 ●●点	（新設）
(3)　言語聴覚士による場合 ●●点	（新設）
(4)　医師による場合 ●●点	（新設）
ロ　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位）	ロ　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位）120点
(1)　理学療法士による場合 ●●点	（新設）
(2)　作業療法士による場合 ●●点	（新設）
(3)　言語聴覚士による場合 ●●点	（新設）
(4)　医師による場合 ●●点	（新設）
ハ　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）（１単位）	ハ　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）（１単位）60点
(1)　理学療法士による場合 ●●点	（新設）
(2)　作業療法士による場合 ●●点	（新設）
(3)　言語聴覚士による場合 ●●点	（新設）
(4)　医師による場合 ●●点	（新設）
(5)　(1)から(4)まで以外の場合 ●●点	（新設）
【廃用症候群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】
１　廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位）	１　廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位）

	180点
イ　理学療法士による場合　●●点	（新設）
ロ　作業療法士による場合　●●点	（新設）
ハ　言語聴覚士による場合　●●点	（新設）
ニ　医師による場合　●●点	（新設）
２　廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位）	２　廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位）　146点
イ　理学療法士による場合　●●点	（新設）
ロ　作業療法士による場合　●●点	（新設）
ハ　言語聴覚士による場合　●●点	（新設）
ニ　医師による場合　●●点	（新設）
３　廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）（１単位）	３　廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）（１単位）　77点
イ　理学療法士による場合　●●点	（新設）
ロ　作業療法士による場合　●●点	（新設）
ハ　言語聴覚士による場合　●●点	（新設）
ニ　医師による場合　●●点	（新設）
ホ　イからニまで以外の場合　●●点	（新設）
［算定要件］	［算定要件］
注５　注１本文の規定にかかわらず、注１本文に規定する患者であって、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があってそれぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から120日を超えてリハビリテーションを行った場合は、１月13単位に限り、注１に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。	注５　注１本文の規定にかかわらず、注１本文に規定する患者であって、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があってそれぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から120日を超えてリハビリテーションを行った場合は、１月13単位に限り、注１に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。
イ　廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位）	イ　廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位）　108点
(1)　理学療法士による場合　●●点	（新設）
(2)　作業療法士による場合　●●点	（新設）
(3)　言語聴覚士による場合　●●点	（新設）
(4)　医師による場合　●●点	（新設）
ロ　廃用症候群リハビリテーシ	ロ　廃用症候群リハビリテーシ

ョン料（Ⅱ）（１単位）	ョン料（Ⅱ）（１単位） 88点
(1)　理学療法士による場合 ●●点	（新設）
(2)　作業療法士による場合 ●●点	（新設）
(3)　言語聴覚士による場合 ●●点	（新設）
(4)　医師による場合　●●点	（新設）
ハ　廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）（１単位）	ハ　廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）（１単位） 46点
(1)　理学療法士による場合 ●●点	（新設）
(2)　作業療法士による場合 ●●点	（新設）
(3)　言語聴覚士による場合 ●●点	（新設）
(4)　医師による場合　●●点	（新設）
(5)　(1)から(4)まで以外の場合　●●点	（新設）
【運動器リハビリテーション料】 ［算定要件］	【運動器リハビリテーション料】 ［算定要件］
１　運動器リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位）	１　運動器リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位） 185点
イ　理学療法士による場合　●●点	（新設）
ロ　作業療法士による場合　●●点	（新設）
ハ　医師による場合　●●点	（新設）
２　運動器リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位）	２　運動器リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位） 170点
イ　理学療法士による場合　●●点	（新設）
ロ　作業療法士による場合　●●点	（新設）
ハ　医師による場合　●●点	（新設）
３　運動器リハビリテーション料（Ⅲ）（１単位）	３　運動器リハビリテーション料（Ⅲ）（１単位） 85点
イ　理学療法士による場合　●●点	（新設）
ロ　作業療法士による場合　●●点	（新設）
ハ　医師による場合　●●点	（新設）
ニ　イからハまで以外の場合	（新設）

●●点 注５　注１本文の規定にかかわらず、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、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があってそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から150日を超えてリハビリテーションを行った場合は、１月13単位に限り、注１に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。 イ　運動器リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位） (1)　理学療法士による場合　●●点 (2)　作業療法士による場合　●●点 (3)　医師による場合　●●点 ロ　運動器リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位） (1)　理学療法士による場合　●●点 (2)　作業療法士による場合　●●点 (3)　医師による場合　●●点 ハ　運動器リハビリテーション料（Ⅲ）（１単位） (1)　理学療法士による場合　●●点 (2)　作業療法士による場合　●●点 (3)　医師による場合　●●点 (4)　(1)から(3)まで以外の場合　●●点	注５　注１本文の規定にかかわらず、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、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があってそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から150日を超えてリハビリテーションを行った場合は、１月13単位に限り、注１に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。 イ　運動器リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位）　111点 （新設） （新設） （新設） ロ　運動器リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位）　102点 （新設） （新設） （新設） ハ　運動器リハビリテーション料（Ⅲ）（１単位）　51点 （新設） （新設） （新設） （新設）
【呼吸器リハビリテーション料】 １　呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位）	【呼吸器リハビリテーション料】 １　呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）（１単位）

	175点
イ　理学療法士による場合　●●点	（新設）
ロ　作業療法士による場合　●●点	（新設）
ハ　言語聴覚士による場合　●●点	（新設）
ニ　医師による場合　●●点	（新設）
２　呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位）	２　呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）（１単位）
	85点
イ　理学療法士による場合　●●点	（新設）
ロ　作業療法士による場合　●●点	（新設）
ハ　言語聴覚士による場合　●●点	（新設）
ニ　医師による場合　●●点	（新設）

④　呼吸器リハビリテーション料の見直し

第１　基本的な考え方

大腸癌、卵巣癌及び膵癌の患者に対する術前の呼吸器リハビリテーションの有効性に関するエビデンスを踏まえ、呼吸器リハビリテーション料の要件を見直す。

第２　具体的な内容

周術期における呼吸器リハビリテーション料の対象患者に大腸癌、卵巣癌、膵癌の患者が含まれていることを明確化する。

改　定　案	現　　行
【呼吸器リハビリテーション料】 ［施設基準］ 別表第九の七　呼吸器リハビリテーション料の対象患者 一　肺炎、無気肺、その他の急性発症した呼吸器疾患の患者 二　肺腫瘍、胸部外傷その他の呼吸器疾患又はその手術後の患者 三　慢性閉塞性肺疾患（ＣＯＰＤ）、気管支喘息その他の慢性の呼吸器疾患により、一定程度以上の重症の呼吸困難や日常生活能力の低下を来している患者 四　食道癌、胃癌、肝臓癌、咽・喉頭癌、<u>大腸癌、卵巣癌、膵癌</u>等の手術前後の呼吸機能訓練を要する患者	【呼吸器リハビリテーション料】 ［施設基準］ 別表第九の七　呼吸器リハビリテーション料の対象患者 一　肺炎、無気肺、その他の急性発症した呼吸器疾患の患者 二　肺腫瘍、胸部外傷その他の呼吸器疾患又はその手術後の患者 三　慢性閉塞性肺疾患（ＣＯＰＤ）、気管支喘息その他の慢性の呼吸器疾患により、一定程度以上の重症の呼吸困難や日常生活能力の低下を来している患者 四　食道癌、胃癌、肝臓癌、咽・喉頭癌等の手術前後の呼吸機能訓練を要する患者

⑤　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について、以下の見直しを行う。

① 疾患･状態と処置等の医療区分と医療資源投入量の関係性を踏まえ、医療区分に係る評価体系を見直す。

② 適切な栄養管理を推進する観点から､中心静脈栄養の評価を見直す。

③ 適切なリハビリテーションを推進する観点から、要件を見直す。

④ 医療法に基づく医療療養病床の人員配置標準に係る経過措置の終了を踏まえ、経過措置を廃止する。

⑤ 中心静脈栄養が実施される患者割合が増えている実態を踏まえ､療養病棟における適切な経腸栄養の管理の実施について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

１．　医療区分と ADL 区分に基づく９分類となっている現行の療養病棟入院基本料について、疾患・状態に係る３つの医療区分、処置等に係る３つの医療区分および３つの ADL 区分に基づく 27 分類及びスモンに関する３分類の合計 30 分類の評価に見直す。

２．　療養病棟入院基本料について、40 歳未満の勤務医師、事務職員等の賃上げに資する措置として評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【療養病棟入院料】 ［算定要件］ １　療養病棟入院料１ イ　入院料１　●●点（健康保険法第63条第２項第２号及び高齢者医療確保法第64条第２項第２号の療養（以下この表において「生活療養」という。）を受ける場合にあっては、●●点） ロ　入院料２　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	【療養病棟入院料】 ［算定要件］ １　療養病棟入院料１ イ　入院料Ａ　1,813点（健康保険法第63条第２項第２号及び高齢者医療確保法第64条第２項第２号の療養（以下この表において「生活療養」という。）を受ける場合にあっては、1,798点） ロ　入院料Ｂ　1,758点（生活療養を受ける場合にあっては、1,744点）

ハ　入院料３　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	ハ　入院料Ｃ　1,471点（生活療養を受ける場合にあっては、1,457点）
ニ　入院料４　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ホ　入院料５　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ヘ　入院料６　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ト　入院料７　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
チ　入院料８　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
リ　入院料９　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ヌ　入院料10　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ル　入院料11　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ヲ　入院料12　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ワ　入院料13　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	ニ　入院料Ｄ　1,414点（生活療養を受ける場合にあっては、1,399点）
カ　入院料14　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	ホ　入院料Ｅ　1,386点（生活療養を受ける場合にあっては、1,372点）
ヨ　入院料15　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	ヘ　入院料Ｆ　1,232点（生活療養を受ける場合にあっては、1,217点）
タ　入院料16　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
レ　入院料17　●●点（生活療養	（新設）

を受ける場合にあっては、●●点）	
ソ　入院料18　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ツ　入院料19　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ネ　入院料20　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ナ　入院料21　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ラ　入院料22　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ム　入院料23　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ウ　入院料24　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ヰ　入院料25　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	ト　入院料Ｇ　968点（生活療養を受ける場合にあっては、953点）
ノ　入院料26　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	チ　入院料Ｈ　920点（生活療養を受ける場合にあっては、905点）
オ　入院料27　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	リ　入院料Ｉ　815点（生活療養を受ける場合にあっては、801点）
ク　入院料28　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ヤ　入院料29　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
マ　入院料30　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
２　療養病棟入院料２	２　療養病棟入院料２

イ　入院料１　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	イ　入院料Ａ　1,748点（生活療養を受ける場合にあっては、1,734点）
ロ　入院料２　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	ロ　入院料Ｂ　1,694点（生活療養を受ける場合にあっては、1,680点）
ハ　入院料３　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	ハ　入院料Ｃ　1,406点（生活療養を受ける場合にあっては、1,392点）
ニ　入院料４　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ホ　入院料５　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ヘ　入院料６　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ト　入院料７　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
チ　入院料８　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
リ　入院料９　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ヌ　入院料10　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ル　入院料11　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ヲ　入院料12　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ワ　入院料13　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	ニ　入院料Ｄ　1,349点（生活療養を受ける場合にあっては、1,335点）
カ　入院料14　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	ホ　入院料Ｅ　1,322点（生活療養を受ける場合にあっては、1,307点）
ヨ　入院料15　●●点（生活療養	ヘ　入院料Ｆ　1,167点（生活療養

を受ける場合にあっては、●●点）	を受ける場合にあっては、1,153点）
タ　入院料16　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
レ　入院料17　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ソ　入院料18　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ツ　入院料19　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ネ　入院料20　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ナ　入院料21　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ラ　入院料22　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ム　入院料23　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ウ　入院料24　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ヰ　入院料25　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	ト　入院料Ｇ　903点（生活療養を受ける場合にあっては、889点）
ノ　入院料26　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	チ　入院料Ｈ　855点（生活療養を受ける場合にあっては、841点）
オ　入院料27　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	リ　入院料Ｉ　751点（生活療養を受ける場合にあっては、736点）
ク　入院料28　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ヤ　入院料29　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●	（新設）

点） マ　入院料30　●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点） ［算定要件］ 注１　病院の療養病棟（医療法第７条第２項第４号に規定する療養病床（以下「療養病床」という。）に係る病棟として地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）であって、看護配置、看護師比率、看護補助配置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（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分及び当該患者の疾患、状態、ＡＤＬ等について別に厚生労働大臣が定める区分に従い、当該患者ごとにそれぞれ所定点数を算定する。ただし、１又は２のうち、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３の患者を対象とする入院料１～12、19～21、28～30を算定する場合であって、当該病棟において中心静脈栄養を実施している状態にある者の摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制が確保されていると認められない場合には、それぞれ１又は２のうち、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の患者を対象とする入院料13～18、22～24を算定し、注３のただし書に該当する場合には、当該基準に係る区分に従い、それぞれ１又は２の入院料27を算定する。 ２　注１に規定する病棟以外の療養	（新設） ［算定要件］ 注１　病院の療養病棟（医療法第７条第２項第４号に規定する療養病床（以下「療養病床」という。）に係る病棟として地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）であって、看護配置、看護師比率、看護補助配置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（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分及び当該患者の疾患、状態、ＡＤＬ等について別に厚生労働大臣が定める区分に従い、当該患者ごとにそれぞれ所定点数を算定する。ただし、１又は２の入院料Ａ、Ｂ又はＣを算定する場合であって、当該病棟において中心静脈栄養を実施している状態にある者の摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制が確保されていると認められない場合には、それぞれ１又は２の入院料Ｄ、Ｅ又はＦを算定し、注３のただし書に該当する場合には、当該基準に係る区分に従い、それぞれ１又は２の入院料Ｉを算定する。 ２　注１に規定する病棟以外の療養

病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）を算定できる。	病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、577点（生活療養を受ける場合にあっては、563点）を算定できる。
［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　（略） ロ　療養病棟入院料１の施設基準 当該病棟の入院患者のうち別表第五の二の一に掲げる疾患・状態にある患者及び同表の二に掲げる処置等が実施されている患者（以下単に「医療区分三の患者」という。）と別表第五の三の一に掲げる疾患・状態にある患者及び同表の二に掲げる処置等が実施されている患者並びに同表の三に掲げる患者（以下単に「医療区分二の患者」という。）との合計が八割以上であること。 ハ　（略） (2)　療養病棟入院基本料の注１本文に規定する厚生労働大臣が定める区分 イ　入院料１ 別表第五の二に掲げる疾患・状態にある患者（ただし、スモンを除く。以下「疾患・状態に係る医療区分三の患者」という。）及び同表第五の二に掲げる処置等が実施されている患者（以下「処置等に係る医療区分三の患者」という。）であって、ＡＤＬの判定基準による判	［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　（略） ロ　療養病棟入院料１の施設基準 当該病棟の入院患者のうち別表第五の二に掲げる疾患及び状態にある患者（以下「医療区分三の患者」という。）と別表第五の三の一及び二に掲げる疾患及び状態にある患者並びに同表の三に掲げる患者（以下「医療区分二の患者」という。）との合計が八割以上であること。 ハ　（略） (2)　療養病棟入院基本料の注１本文に規定する厚生労働大臣が定める区分 イ　入院料Ａ 医療区分三の患者であって、ＡＤＬの判定基準による判定が二十三点以上（以下「ＡＤＬ区分三」という。）であるもの

定が二十三点以上（以下「ＡＤＬ区分三」という。）であるもの	
ロ　入院料２ 疾患・状態に係る医療区分三の患者及び処置等に係る医療区分三の患者であって、ＡＤＬの判定基準による判定が十一点以上二十三点未満（以下「ＡＤＬ区分二」という。）であるもの	ロ　入院料Ｂ 医療区分三の患者であって、ＡＤＬの判定基準による判定が十一点以上二十三点未満（以下「ＡＤＬ区分二」という。）であるもの
ハ　入院料３ 疾患・状態に係る医療区分三の患者及び処置等に係る医療区分三の患者であって、ＡＤＬの判定基準による判定が十一点未満（以下「ＡＤＬ区分一」という。）であるもの	ハ　入院料Ｃ 医療区分三の患者であって、ＡＤＬの判定基準による判定が十一点未満（以下「ＡＤＬ区分一」という。）であるもの
二　入院料４ 疾患・状態に係る医療区分三の患者及び別表第五の三に掲げる処置等が実施されている患者（以下「処置等に係る医療区分二の患者」という。）であって、ＡＤＬ区分三であるもの	（新設）
ホ　入院料５ 疾患・状態に係る医療区分三の患者及び処置等に係る医療区分二の患者であって、ＡＤＬ区分二であるもの	（新設）
へ　入院料６ 疾患・状態に係る医療区分三の患者及び処置等に係る医療区分二の患者であって、ＡＤＬ区分一であるもの	（新設）
ト　入院料７ 疾患・状態に係る医療区分三の患者及び別表第五の二の二に掲げる処置等が実施されている患者並びに別表第五の三の二に掲げる処置等が実施されている患者以外の患者（以下「処置等に係る医療区分一の患者」という。）であって、ＡＤＬ区分三	（新設）

であるもの	
チ　入院料８ 疾患・状態に係る医療区分三の患者及び処置等に係る医療区分一の患者であって、ＡＤＬ区分二であるもの	（新設）
リ　入院料９ 疾患・状態に係る医療区分三の患者及び処置等に係る医療区分一の患者であって、ＡＤＬ区分一であるもの	（新設）
ヌ　入院料10 別表第五の三の一に掲げる疾患・状態にある患者並びに同表の三に掲げる患者（以下「疾患・状態に係る医療区分二の患者」という。）及び処置等に係る医療区分三の患者であって、ＡＤＬ区分三であるもの	（新設）
ル　入院料11 疾患・状態に係る医療区分二の患者及び処置等に係る医療区分三の患者であって、ＡＤＬ区分二であるもの	（新設）
ヲ　入院料12 疾患・状態に係る医療区分二の患者及び処置等に係る医療区分三の患者であって、ＡＤＬ区分一であるもの	（新設）
ワ　入院料13 疾患・状態に係る医療区分二の患者及び処置等に係る医療区分二の患者であって、ＡＤＬ区分三であるもの	ニ　入院料Ｄ 医療区分二の患者であって、ＡＤＬ区分三であるもの
カ　入院料14 疾患・状態に係る医療区分二の患者及び処置等に係る医療区分二の患者であって、ＡＤＬ区分二であるもの	ホ　入院料Ｅ 医療区分二の患者であって、ＡＤＬ区分二であるもの
ヨ　入院料15 疾患・状態に係る医療区分二の患者及び処置等に係る医療区分二の患者であって、ＡＤＬ区	ヘ　入院料Ｆ 医療区分二の患者であって、ＡＤＬ区分一であるもの

分一であるもの	
タ　入院料16 疾患・状態に係る医療区分二の患者及び処置等に係る医療区分一の患者であって、ＡＤＬ区分三であるもの	（新設）
レ　入院料17 疾患・状態に係る医療区分二の患者及び処置等に係る医療区分一の患者であって、ＡＤＬ区分二であるもの	（新設）
ソ　入院料18 疾患・状態に係る医療区分二の患者及び処置等に係る医療区分一の患者であって、ＡＤＬ区分一であるもの	（新設）
ツ　入院料19 別表第五の二の一に掲げる疾患・状態にある患者並びに別表第五の三の一及び三に掲げる疾患・状態にある患者以外の患者（以下「疾患・状態に係る医療区分一の患者」という。）及び処置等に係る医療区分三の患者であって、ＡＤＬ区分三であるもの	（新設）
ネ　入院料20 疾患・状態に係る医療区分一の患者及び処置等に係る医療区分三の患者であって、ＡＤＬ区分二であるもの	（新設）
ナ　入院料21 疾患・状態に係る医療区分一の患者及び処置等に係る医療区分三の患者であって、ＡＤＬ区分一であるもの	（新設）
ラ　入院料22 疾患・状態に係る医療区分一の患者及び処置等に係る医療区分二の患者であって、ＡＤＬ区分三であるもの	（新設）
ム　入院料23 疾患・状態に係る医療区分一	（新設）

の患者及び処置等に係る医療区分二の患者であって、ＡＤＬ区分二であるもの	
ウ　入院料24 疾患・状態に係る医療区分一の患者及び処置等に係る医療区分二の患者であって、ＡＤＬ区分一であるもの	（新設）
キ　入院料25 疾患・状態に係る医療区分一の患者及び処置等に係る医療区分一の患者であって、ＡＤＬ区分三であるもの	ト　入院料Ｇ 別表第五の二に掲げる疾患及び状態にある患者並びに別表第五の三の一及び二に掲げる疾患及び状態にある患者並びに同表の三に掲げる患者以外の患者（以下「医療区分一の患者」という。）であって、ＡＤＬ区分三であるもの
ノ　入院料26 疾患・状態に係る医療区分一の患者及び処置等に係る医療区分一の患者であって、ＡＤＬ区分二であるもの	チ　入院料Ｈ 医療区分一の患者であって、ＡＤＬ区分二であるもの
オ　入院料27 疾患・状態に係る医療区分一の患者及び処置等に係る医療区分一の患者であって、ＡＤＬ区分一であるもの	リ　入院料Ｉ 医療区分一の患者であって、ＡＤＬ区分一であるもの
ク　入院料28 別表第五の二に掲げる疾患・状態にある患者のうちスモンの患者であって、ＡＤＬ区分三であるもの	（新設）
ヤ　入院料29 別表第五の二に掲げる疾患・状態にある患者のうちスモンの患者であって、ＡＤＬ区分二であるもの	（新設）
マ　入院料30 別表第五の二に掲げる疾患・状態にある患者のうちスモンの患者でであって、ＡＤＬ区分一であるもの	（新設）

３．　療養病棟入院基本料の疾患及び状態に着目した医療区分について、疾患・状態及び処置等に着目した医療区分に見直す。

４．中心静脈栄養について、患者の疾患及び状態並びに実施した期間に応じた医療区分に見直す。また、中心静脈栄養を終了後●●日間に限り、終了前の医療区分により算定することができる。

改　定　案	現　　行
【療養病棟入院料】 ［施設基準］ 別表第五の二　療養病棟入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料の入院基本料Ａに係る疾患・状態及び処置等	【療養病棟入院料】 ［施設基準］ 別表第五の二　療養病棟入院基本料の入院料Ａ、入院料Ｂ及び入院料Ｃ並びに有床診療所療養病床入院基本料の入院基本料Ａに係る疾患及び状態
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	一　対象疾患の名称 スモン
二　対象となる処置等 （削除）	二　対象となる状態 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
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。）	中心静脈注射を実施している状態
点滴（二十四時間持続して実施しているものに限る。）	二十四時間持続して点滴を実施している状態
人工呼吸器の使用	人工呼吸器を使用している状態
ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄	ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態
気管切開又は気管内挿管（発	気管切開又は気管内挿管が行わ

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	れており、かつ、発熱を伴う状態 酸素療法を実施している状態（密度の高い治療を要する状態に限る。） 感染症の治療の必要性から隔離室での管理を実施している状態
別表第五の三　療養病棟入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料の入院基本料Ｂ及び入院基本料Ｃに係る疾患・状態及び処置等	別表第五の三　療養病棟入院基本料の入院料Ｄ、入院料Ｅ及び入院料Ｆ並びに有床診療所療養病床入院基本料の入院基本料Ｂ及び入院基本料Ｃに係る疾患及び状態等
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。） 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	一　対象疾患の名称 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。） 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。） （新設） （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、	二　対象となる状態 （新設）

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。）	
肺炎に対する治療	肺炎に対する治療を実施している状態
尿路感染症に対する治療	尿路感染症に対する治療を実施している状態
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。）	傷病等によるリハビリテーションが必要な状態（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限る。）	脱水に対する治療を実施している状態かつ発熱を伴う状態
（削除）	消化管等の体内からの出血が反復継続している状態
頻回の嘔吐に対する治療（発熱を伴う状態に限る。）	頻回の嘔吐に対する治療を実施している状態かつ発熱を伴う状態
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。）	褥瘡に対する治療を実施している状態（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	末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療を実施している状態
せん妄に対する治療	せん妄に対する治療を実施している状態
うつ症状に対する治療	うつ症状に対する治療を実施している状態
（削除）	他者に対する暴行が毎日認められる状態
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	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を実施している状態
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。）	経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われており、かつ、発熱又は嘔吐を伴う状態

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。） 三　（略）	一日八回以上の喀痰吸引を実施している状態 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。） 頻回の血糖検査を実施している状態 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を実施している状態 酸素療法を実施している状態（密度の高い治療を要する状態を除く。） 三　（略）

［経過措置］

令和６年３月 31 日において現に療養病棟入院基本料に入院している患者であって、中心静脈注射を行っているものについては、引き続き処置等に係る医療区分３の患者とみなす。

５．療養病棟入院基本料の注 11 に規定する経過措置を廃止した上で、廃止される経過措置のうち、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の要件については、令和●●年●●月●●日までの経過措置を設ける。

６．医療区分、ADL 区分ともに１である入院料 27（現行の入院料Ｉ）について、１日につき２単位を超える疾患別リハビリテーション料を包括範囲に含める。

改　定　案	現　　行
【療養病棟入院基本料】 ［算定要件］ （削除）	【療養病棟入院基本料】 ［算定要件］ 注11　注１に規定する病棟以外の病棟であって、注１に規定する療養病棟入院料２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場合（別に厚生労働大臣が定める基準を満

	たす場合に限る。）に限り、注２の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、療養病棟入院料２のそれぞれの所定点数（入院料Ｄ、Ｅ又はＦを算定する場合であって、心大血管疾患リハビリテーション料、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又は呼吸器リハビリテーション料を算定する患者に対して、機能的自立度評価法（Functional Independence Measure）の測定を行っていない場合には、それぞれ入院料Ｇ、Ｈ又はＩの点数）の100分の75に相当する点数を算定する。
［施設基準］ 三　療養病棟入院基本料の施設基準等 (4)　療養病棟入院基本料に含まれるリハビリテーションの費用 入院中の患者に対する心大血管疾患リハビリテーション料、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又は呼吸器リハビリテーション料であって一日につき二単位を超えるもの（特掲診療料の施設基準等（平成二十年厚生労働省告示第六十三号）別表第九の三に規定する脳血管疾患等の患者であって発症後六十日以内のものに対して行ったものを除く。）の費用（療養病棟入院料１の入院料27および療養病入院料２の入院料27を算定する日に限る。）は、当該入院基本料に含まれるものとする。	［施設基準］ 三　療養病棟入院基本料の施設基準等 (4)　療養病棟入院基本料に含まれるリハビリテーションの費用 入院中の患者に対する心大血管疾患リハビリテーション料、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又は呼吸器リハビリテーション料であって一日につき二単位を超えるもの（特掲診療料の施設基準等（平成二十年厚生労働省告示第六十三号）別表第九の三に規定する脳血管疾患等の患者であって発症後六十日以内のものに対して行ったものを除く。）の費用（療養病棟入院基本料の注11に規定する場合であって、当該入院基本料を算定する患者に対して、一月に一回以上、機能的自立度評価法（Functional Independence

	Measure）（以下「ＦＩＭ」という。）の測定を行っていないときに限る。）は、当該入院基本料に含まれるものとする。
(5) ～(6)　略	(5) ～(6)　略
（削除）	(7)　療養病棟入院基本料の注11に規定する別に厚生労働大臣が定めるもの (1)のイの①若しくは③又はハに掲げる基準
（削除）	(8)　療養病棟入院基本料の注11に規定する別に厚生労働大臣が定める基準 イ　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二十五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、一以上であることとする。 ロ　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（以下「旧医科点数表」という。）の療養病棟入院基本料の注11の届出を行っている病棟であること。 ハ　当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二十五又はその端数を増すごとに一以上であること。なお、主として事務的業務を行う看護補助者を含む場合は、一日に事務的業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院

(12)　（略）	患者の数が二百又はその端数を増すごとに一に相当する数以下であること。 (12)　（略）

［経過措置］

（１）令和６年３月 31 日において現に療養病棟入院基本料の注 11 に係る届出を行っている保険医療機関については、●●年●●月●●日までの間に限り、医療区分３の患者と医療区分２の患者の合計が５割以上であることの基準に該当するものとみなす。

（２）令和６年３月 31 日において現に療養病棟入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関については、●●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（４）を適用しないものとする。

７．療養病棟に入院中の患者に対し、「静脈経腸栄養ガイドライン」等を踏まえた栄養管理に係る説明を実施した上で、新たに経腸栄養を開始した場合に一定期間算定可能な経腸栄養管理加算を新設する。

（新）　経腸栄養管理加算（１日につき）　●●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が、療養病棟入院基本料を算定している患者について、経腸栄養を開始した場合、入院中●回に限り、経腸栄養を開始した日から●●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Ａ２３３－２に掲げる栄養サポートチーム加算、区分番号Ｂ００１の 10 に掲げる入院栄養食事指導料、区分番号Ｂ００１の 11 に掲げる集団栄養食事指導料は別に算定できない。

［施設基準］

適切な経腸栄養の管理と支援を行うにつき必要な体制が整備されていること。

⑥　入院基本料等の見直し

「Ⅰ－１－②」を参照のこと。

⑦　医療と介護における栄養情報連携の推進

第１　基本的な考え方

医療と介護における栄養情報連携を推進する観点から、入院栄養食事指導料の栄養情報提供加算について、名称、要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．栄養情報提供加算を廃止するとともに、「栄養情報連携料」を新設する。

２．入院栄養食事指導料を算定した患者に加えて他の保険医療機関又は介護保険施設等に転院又は入所する患者について、入院していた保険医療機関の管理栄養士と転院又は入所する先の保険医療機関又は介護保険施設等の管理栄養士が連携の上、入院中の栄養管理に関する情報を共有した場合に算定可能とする。

（新）　栄養情報連携料　●●点

［対象患者］

ア　入院栄養食事指導料を算定した患者

イ　退院先が他の保険医療機関、介護保険施設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法律第 34 条第１項規定する指定障害者支援施設等若しくは児童福祉法第 42 条第１号に規定する福祉型障害児入所施設（以下この区分番号において「保険医療機関等」という。）であり、栄養管理計画が策定されている患者

［算定要件］

（１）区分番号Ｂ００１の１０に掲げる入院栄養食事指導料を算定した患者に対して、退院後の栄養食事管理について指導を行った内容及び入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて説明し、これを他の保険医療機関等の医師又は管理栄養士と共有した場合に、入院中１回に限り算定する。

（２）（１）に該当しない場合であって、当該保険医療機関を退院後に他の保険医療機関等に転院又は入所する患者であって栄養管理計画が策定されているものについて、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて当該他の保険医療機関等の管理栄養士に共有した場合に、入院中に１回に限り算定する。

（３）区分番号Ｂ００５に掲げる退院時共同指導料２は別に算定できない。
（４）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（回復期リハビリテーション入院料１に限る。）においては、区分番号Ｂ００１の１０に掲げる入院栄養食事指導料と同様に、包括範囲外とする。

⑧　回復期等の患者に対する口腔機能管理の推進

第１　基本的な考え方

回復期医療・慢性期医療を担う病院における歯科の機能を評価し、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の一体的な取組を推進する観点から、口腔機能管理に係る評価体系を見直す。

第２　具体的な内容

１．回復期リハビリテーション病棟等に入院する患者に対する口腔機能管理等の実施について、管理計画を策定した場合、歯科医師が口腔機能管理を行う場合及び歯科衛生士が口腔衛生管理を行う場合の評価を新設する。

（新）　回復期等口腔機能管理計画策定料　●●点

［算定要件］

（１）医科点数表の区分番号Ａ１０１に掲げる療養病棟入院基本料、区分番号Ａ３０８に掲げる回復期リハビリテーション病棟入院料又は区分番号Ａ３０８－３に掲げる地域包括ケア病棟入院料を算定する患者に対して、歯科診療を実施している保険医療機関において、リハビリテーション等を行う保険医療機関からの文書による依頼に基づき、当該患者又はその家族の同意を得た上で、回復期等の口腔機能の評価及び一連の管理計画を策定するとともに、その内容について説明を行い、当該管理計画を文書により提供した場合に、当該リハビリテーション等に係る一連の治療を通じて●●回に限り算定する。

（２）区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料、区分番号Ｂ００６に掲げる開放型病院共同指導料（Ⅱ）、区分番号Ｂ００６－３に掲げるがん治療連携計画策定料、区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）の注５に規定する加算及び区分番号Ｂ０１５に掲げる退院時共同指導料２は、別に算定できない。

（新）　回復期等口腔機能管理料　●●点

［算定要件］

（１）医科点数表の区分番号Ａ１０１に掲げる療養病棟入院基本料、区

分番号Ａ３０８に掲げる回復期リハビリテーション病棟入院料又は区分番号Ａ３０８－３に掲げる地域包括ケア病棟入院料を算定する患者の口腔機能を管理するため、歯科診療を実施している保険医療機関において、区分番号Ｂ●●に掲げる回復期等口腔機能管理計画策定料の注１に規定する管理計画に基づき、リハビリテーション等を行う他の保険医療機関又は同一の保険医療機関に入院中の患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、かつ、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、区分番号Ｂ●●に掲げる回復期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から月●●回に限り算定する。

（２）回復期等口腔機能管理料を算定した月において、区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号Ｂ０００－４－３に掲げる口腔機能管理料、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）、区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）、区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号Ｂ００４－６－２に掲げる歯科治療時医療管理料、区分番号Ｂ００６－３－２に掲げるがん治療連携指導料、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Ｃ００１－４－２に掲げる在宅患者歯科治療時医療管理料及び区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。

（新）　<u>回復期等専門的口腔衛生処置　　●●点</u>

［算定要件］

（１）区分番号Ｂ●●に掲げる回復期等口腔機能管理料を算定した入院中の患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、回復期等口腔機能管理料を算定した日の属する月において、月●●回に限り算定する。

（２）回復期等専門的口腔衛生処置を算定した日の属する月において、区分番号Ｉ０２９に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置、区分番号Ｉ０２９－２に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、区分番号Ｉ０３０に掲げる機械的歯面清掃処置及び区分番号Ｉ０３０－２に掲げる非経口摂取患者口腔粘膜処置は、別に算定できない。

２．地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準について、回復期等の患者に対する口腔機能管理の実績を選択可能な要件として加える。

改　定　案	現　　行
【地域歯科診療支援病院歯科初診料】 ［施設基準］ 九　地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準 (1)～(6)　（略） (7)　次のイ、ロ又はハのいずれかに該当すること。 イ・ロ　（略） ハ　次のいずれにも該当すること。 ①　常勤の歯科医師が●●名以上配置されていること。 ②　歯科医療を担当する病院である保険医療機関において、歯科点数表の回復期等口腔機能管理計画策定料又は回復期等口腔機能管理料のいずれかを算定した患者の月平均患者数が●●人以上であること。 (8)　（略）	【地域歯科診療支援病院歯科初診料】 ［施設基準］ 九　地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準 (1)～(6)　（略） (7)　次のイ又はロのいずれかに該当すること。 イ・ロ　（略） （新設） (8)　（略）

①　急性期充実体制加算の見直し

第１　基本的な考え方

急性期医療に係る実績や体制を適切に評価する観点及び地域の医療体制の維持の観点から、急性期充実体制加算について、評価の在り方を見直す。

第２　具体的な内容

１．悪性腫瘍手術等の実績要件のうち多くの基準を満たす場合とそれ以外であって小児科又は産科の実績を有する場合に応じた評価を行う。
２．小児科、産科及び精神科の入院医療の提供に係る要件を満たす場合について、小児・周産期・精神科充実体制加算を新設する。
３．許可病床数 300 床未満の医療機関のみに適用される施設基準を廃止する。
４．化学療法の実績要件について、外来で化学療法を実施している割合が一定以上であることを追加する。
５．悪性腫瘍手術等の実績要件に、心臓胸部大血管手術に係る手術実績を追加する。

改　定　案	現　　行
【急性期充実体制加算】 １　急性期充実体制加算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　急性期充実体制加算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 ［算定要件］	【急性期充実体制加算】 １　７日以内の期間　460 点 ２　８日以上 11 日以内の期間　250 点 ３　12 日以上 14 日以内の期間　180 点 （新設） ［算定要件］

注１　高度かつ専門的な医療及び急性期医療を提供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、急性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、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、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 A200 に掲げる総合入院体制加算は別に算定できない。	注１　高度かつ専門的な医療及び急性期医療を提供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、急性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、当該患者の入院期間に応じ、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 A200 に掲げる総合入院体制加算は別に算定できない。
２　小児患者、妊産婦である患者及び精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制の確保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、小児・周産期・精神科充実体制加算として、算定する急性期充実体制加算の区分に応じ、次に掲げる点数を更に所定点数に加算する。 イ　急性期充実体制加算１の場合　●●点 ロ　急性期充実体制加算２の場合　●●点	（新設）
３　注２に該当しない場合であって、精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制の確保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、精神科充実体	２　精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制の確保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、精神科充実体制

制加算として、●●点を更に所定点数に加算する。	加算として、30点を更に所定点数に加算する。
[施設基準] 一の二　急性期充実体制加算の施設基準等 (1) 急性期充実体制加算１の施設基準 イ　一般病棟入院基本料（急性期一般入院料１に限る。）を算定する病棟を有する病院であること。 ロ　地域において高度かつ専門的な医療及び急性期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。 ハ　高度かつ専門的な医療及び急性期医療に係る実績を十分有していること。 ニ　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。 ホ　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。 ヘ　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。 ト　公益財団法人日本医療機能評価機構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。	[施設基準] 一の二　急性期充実体制加算の施設基準等 (1) 急性期充実体制加算の施設基準 イ　一般病棟入院基本料（急性期一般入院料１に限る。）を算定する病棟を有する病院であること。 ロ　地域において高度かつ専門的な医療及び急性期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。 ハ　高度かつ専門的な医療及び急性期医療に係る実績を十分有していること。 ニ　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。 ホ　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。 ヘ　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。 ト　公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれに準ずる病院であること。
(2) 急性期充実体制加算２の施設基準 イ　(1)のイ、ロ及びニからトまでを満たすものであること。 ロ　高度かつ専門的な医療及び急性期医療に係る相当の実績を有していること。	（新設）
(3) 小児・周産期・精神科充実体制加算 急性期の治療を要する小児患者、妊産婦である患者及び精神疾	（新設）

患を有する患者に対する診療を行うにつき充実した体制が整備されていること。 (4) 精神科充実体制加算の施設基準 イ　急性期の治療を要する精神疾患を有する患者に対する診療を行うにつき充実した体制が整備されていること。 ロ　小児・周産期・精神科充実体制加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。	(2) 精神科充実体制加算の施設基準 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充実した体制が整備されていること。
第１の２　急性期充実体制加算 １　通則 (1)　（略） （削除）	第１の２　急性期充実体制加算 １　急性期充実体制加算に関する施設基準 (1)　（略） (2) 手術等に係る実績について、以下のいずれかを満たしていること。 ア　以下のうち、(イ)及び、(ロ)から(ヘ)までのうち４つ以上を満たしていること。 （イ）全身麻酔による手術について、2,000 件／年以上（うち、緊急手術 350 件／年以上）又は許可病床数 300 床未満の保険医療機関にあっては、許可病床１床あたり 6.5 件／年以上（うち、緊急手術 1.15 件／年以上） （ロ）悪性腫瘍手術について、400 件／年以上又は許可病床数 300 床未満の保険医療機関にあっては、許可病床１床あたり 1.0 件／年以上 （ハ）腹腔鏡下手術又は胸腔鏡下手術について、400 件／年以上又は許可病床数 300 床未満の保険医療機関にあっては、許可病

	床１床あたり 1.0 件／年以上 （二） 心臓カテーテル法による手術について、200 件／年以上又は許可病床数 300 床未満の保険医療機関にあっては、許可病床１床あたり 0.6 件／年以上 （ホ） 消化管内視鏡による手術について、600 件／年以上又は許可病床数 300 床未満の保険医療機関にあっては、許可病床数１床あたり 1.5 件／年以上 （ヘ） 化学療法の実施について、1,000 件／年以上又は許可病床数 300 床未満の保険医療機関にあっては、許可病床１床あたり 3.0 件／年以上 イ　以下のいずれかを満たし、かつ、アの(イ)及び、(ロ)から(ヘ)までのうち２つ以上を満たしていること。 （イ） 異常分娩の件数について、50 件／年以上又は許可病床数 300 床未満の保険医療機関にあっては、許可病床１床あたり 0.1 件／年以上 （ロ） ６歳未満の乳幼児の手術件数 40 件／年以上又は許可病床数 300 床未満の保険医療機関にあっては、許可病床１床あたり 0.1 件／年以上
(2)　（略） （削除）	(3)　（略） (4)　(2)のアの(ヘ)を満たしているものとして当該加算の届出を行っている場合、外来における化学療法の実施を推進する体制

	として、次のいずれにも該当すること。 ア　区分番号「Ｂ００１－２－12」の「１」外来腫瘍化学療法診療料１の届出を行っていること。 イ　区分番号「Ｂ００１－２－12」の「１」外来腫瘍化学療法診療料１において、当該保険医療機関で実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会において、承認され、登録されている全てのレジメンのうち、４割以上のレジメンが外来で実施可能であること。
(3)～(17)　（略）	(5)～(19)　（略）
２　急性期充実体制加算１に関する施設基準 (1)　手術等に係る実績について、以下のうち、イ及び、ロからトまでのうち５つ以上を満たしていること。 イ　全身麻酔による手術について、●●件／年以上（うち、緊急手術●●件／年以上） ロ　悪性腫瘍手術について、●●件／年以上 ハ　腹腔鏡下手術又は胸腔鏡下手術について、●●件／年以上 ニ　心臓カテーテル法による手術について、●●件／年以上 ホ　消化管内視鏡による手術について、●●件／年以上 ヘ　化学療法の実施について、●●件／年以上 ト　心臓胸部大血管の手術について、●●件/年以上	（新設）

(2)　(1)のへを満たしているものとして当該加算の届出を行っている場合、外来における化学療法の実施を推進する体制として、次のいずれにも該当すること。 ア　区分番号「Ｂ００１－２－12」の「１」外来腫瘍化学療法診療料１の届出を行っていること。 イ　当該保険医療機関において化学療法を実施した患者全体に占める、外来で化学療法を実施した患者の割合が●●以上であること。 ３　急性期充実体制加算２の施設基準 (1)　以下のいずれかを満たし、かつ、２の(1)のイ及び、ロからトまでのうち２つ以上を満たしていること。 (イ)　異常分娩の件数について、●●件／年以上 (ロ)　６歳未満の乳幼児の手術件数●●件／年以上 (2)　２の(1)のへを満たしているものとして当該加算の届出を行っている場合、外来における化学療法の実施を推進する体制として、次のいずれにも該当すること。 ア　区分番号「Ｂ００１－２－12」の「１」外来腫瘍化学療法診療料１の届出を行っていること。 イ　当該保険医療機関において化学療法を実施した患者全体に占める、外来で化学療法を実施した患者の割合が●●以上であること。	(新設)

４　小児・周産期・精神科充実体制加算の施設基準 　急性期の治療を要する小児患者、妊産婦である患者及び精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制として、次のいずれも満たすものであること。 (1) 異常分娩の件数が●●件／年以上であること。 (2) ６歳未満の乳幼児の手術件数が●●件／年以上であること。 (3)　医療法第７条第２項第１号に規定する精神病床を有していること。 (4)　精神疾患を有する患者に対し、24 時間対応できる体制を確保していること。 (5)　区分番号「Ａ１０３」精神病棟入院基本料、区分番号「Ａ３１１」精神科救急急性期医療入院料、区分番号「Ａ３１１－２」精神科急性期治療病棟入院料、区分番号「Ａ３１１－３」精神科救急・合併症入院料、区分番号「Ａ３１１－４」児童・思春期精神科入院医療管理料、区分番号「Ａ●●」精神科地域包括ケア病棟入院料又は区分番号「Ａ３１８」地域移行機能強化病棟入院料のいずれかの届出を行っており、現に精神疾患患者の入院を受け入れていること。	（新設）
５　精神科充実体制加算の施設基準 　急性期の治療を要する精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制として、次のいずれも満たすものであること。 (1)・(2)　（略） (3)　区分番号「Ａ１０３」精神病棟入院基本料、区分番号「Ａ３１１」精神科救急急性期医療入院料、区分番号「Ａ３１１－	２　精神科充実体制加算の施設基準 　急性期の治療を要する精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制として、次のいずれも満たすものであること。 (1)・(2)　（略） (3)　区分番号「Ａ１０３」精神病棟入院基本料、区分番号「Ａ３１１」精神科救急急性期医療入院料、区分番号「Ａ３１１－

２」精神科急性期治療病棟入院料、区分番号「Ａ３１１－３」精神科救急・合併症入院料、区分番号「Ａ３１１－４」児童・思春期精神科入院医療管理料、区分番号「Ａ●●」精神科地域包括ケア病棟入院料又は区分番号「Ａ３１８」地域移行機能強化病棟入院料のいずれかの届出を行っており、現に精神疾患患者の入院を受け入れていること。	２」精神科急性期治療病棟入院料、区分番号「Ａ３１１－３」精神科救急・合併症入院料、区分番号「Ａ３１１－４」児童・思春期精神科入院医療管理料又は区分番号「Ａ３１８」地域移行機能強化病棟入院料のいずれかの届出を行っており、現に精神疾患患者の入院を受け入れていること。
６　（略）	３　（略）
［経過措置］ (1)　令和６年３月 31 日において現に急性期充実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、令和●●年●●月●●日までの間に限り、２の (2)又は３の(2)の基準を満たしているものとみなす。 (2)　令和６年３月 31 日において現に急性期充実体制加算に係る届出を行っている保険医療機関のうち、急性期充実体制加算１に係る届出を行う保険医療機関については、令和●●年●●月●●日までの間に限り、２の (1)のトの基準を満たしているものとみなす。 (3)　令和６年３月 31 日において現に急性期充実体制加算に係る届出を行っている保険医療機関のうち許可病床数が 300 床未満の保険医療機関については、令和●●年●●月●●日までの間に限り、施設基準のうち２(1)及び３(1)についてはなお従前の例による。	［経過措置］ （新設）

②　総合入院体制加算の見直し

第１　基本的な考え方

急性期医療の適切な体制整備を推進する観点から、総合入院体制加算の要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．総合入院体制加算１及び２について、全身麻酔による手術の件数に係る要件及び評価を見直す。
２．急性期充実体制加算と同様に「特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係がないこと。」を要件に加える。

改　定　案	現　　行
【総合入院体制加算】 １　総合入院体制加算１　●●点 ２　総合入院体制加算２　●●点 ３　（略） ［施設基準］ 第１　総合入院体制加算 １　総合入院体制加算１に関する施設基準等 (3) 全身麻酔による手術件数が年●●件以上であること。また、以下のアからカまでを全て満たしていること。 ア～カ　（略） (4)～(16)　（略） (17) 特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係がないこと。ただし、令和６年３月31日以前から、特定の保険薬局と不動産の賃貸借取引関係にある場合は、当該特別の関係がないものとみなすこと。 ２　総合入院体制加算２に関する施	【総合入院体制加算】 １　総合入院体制加算１　240点 ２　総合入院体制加算２　180点 ３　（略） ［施設基準］ 第１　総合入院体制加算 １　総合入院体制加算１に関する施設基準等 (3) 全身麻酔による手術件数が年800件以上であること。また、以下のアからカまでを全て満たしていること。 ア～カ　（略） (4)～(16)　（略） （新設） ２　総合入院体制加算２に関する施

設基準等 (1) 総合入院体制加算１の施設基準((1)、(6)から(10)まで及び(12)から(17)までに限る。）を満たしていること。 (2) 全身麻酔による手術件数が年●●件以上であること。なお、併せて以下のアからカまでの全てを満たすことが望ましいものであり、少なくとも４つ以上を満たしていること。手術等の定義については、１の(4)と同様である。 ア～カ（略）	設基準等 (1) 総合入院体制加算１の施設基準((1)、(6)から(10)まで及び(12)から(16)までに限る。）を満たしていること。 (2) 全身麻酔による手術件数が年800件以上であること。なお、併せて以下のアからカまでの全てを満たすことが望ましいものであり、少なくとも４つ以上を満たしていること。手術等の定義については、１の(4)と同様である。 ア～カ（略）
３　総合入院体制加算３に関する施設基準等 (1) 総合入院体制加算１の施設基準((1)、(6)から(10)まで、(12)のイ、(13)、(14)、(16)及び(17)に限る。）を満たしていること。	３　総合入院体制加算３に関する施設基準等 (1) 総合入院体制加算１の施設基準((1)、(6)から(10)まで、(12)のイ、(13)、(14)及び(16)に限る。）を満たしていること。

③　急性期一般入院料１における平均在院日数の基準の見直し

第１　基本的な考え方

医療機関間の機能分化を推進するとともに、患者の状態に応じた医療の提供に必要な体制を評価する観点から、急性期一般入院料１の病棟における実態を踏まえ、平均在院日数に係る要件を見直す。

第２　具体的な内容

急性期一般入院料１の施設基準のうち平均在院日数の基準について、18 日から 16 日に見直す。

改　定　案	現　　行
【一般病棟入院基本料】 ［施設基準］ イ　急性期一般入院基本料の施設基準 ①　通則 ３　当該病棟の入院患者の平均在院日数が 21 日（急性期一般入院料１にあっては 16 日）以内であること。	【一般病棟入院基本料】 ［施設基準］ イ　急性期一般入院基本料の施設基準 ①　通則 ３　当該病棟の入院患者の平均在院日数が 21 日（急性期一般入院料１にあっては 18 日）以内であること。

④　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目及び施設基準の見直し

第１　基本的な考え方

急性期入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について、必要度の判定に係る評価項目及び該当患者割合の基準を見直す。

第２　具体的な内容

１．　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の項目について、以下のとおり見直す。

○　「創傷処置」の項目について、重症度、医療・看護必要度Ⅰにおける評価対象を、重症度、医療・看護必要度Ⅱにおいて評価対象となる診療行為を実施した場合とするとともに、「重度褥瘡処置」に係る診療行為を評価対象から除外する。

○　「呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）」の項目について、重症度、医療・看護必要度Ⅰにおける評価対象を、重症度、医療・看護必要度Ⅱにおいて評価対象となる診療行為を実施した場合とする。

○　「注射薬剤３種類以上の管理」の項目について、初めて該当した日から７日間を該当日数の上限とするとともに、対象薬剤から「アミノ酸・糖・電解質・ビタミン」等の静脈栄養に関する薬剤を除外する。

○　「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）」について、対象薬剤から入院での使用割合が６割未満の薬剤を除外する。

○　「専門的な治療・処置」の項目のうち「抗悪性腫瘍剤の内服の管理」について、対象薬剤から入院での使用割合が７割未満の薬剤を除外する。

○　「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）」、「麻薬の使用（注射剤のみ）」、「昇圧剤の使用（注射剤のみ）」、「抗不整脈薬の使用（注射剤のみ）」、「抗血栓塞栓薬の使用」及び「無菌治療室での治療」の評価について、２点から３点に変更する。

○　「救急搬送後の入院」及び「緊急に入院を必要とする状態」について、評価日数を現在の５日間から２日間に変更する。

○　Ｃ項目の対象手術及び評価日数について、実態を踏まえ見直す。

○　短期滞在手術等基本料の対象手術等を実施した患者を評価対象者に加える。

２．　急性期一般入院料１、特定機能病院入院基本料7対1及び専門病院入院基本料7対1における該当患者の基準及び割合の基準について、
①「A3点以上」又は「C1点以上」に該当する割合が一定以上であること
②「A2点以上」又は「C1点以上」に該当する割合が一定以上であること
の両者を満たすことを施設基準とする。

３．　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直しに伴い、入院料等の施設基準における該当患者割合の基準を見直す。

	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
急性期一般入院料１	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	３割１分	２割８分
急性期一般入院料２	２割２分	２割１分	２割７分	２割４分
急性期一般入院料３	１割９分	１割８分	２割４分	２割１分
急性期一般入院料４	１割６分	１割５分	２割	１割７分
急性期一般入院料５	１割２分	１割１分	１割７分	１割４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		割合①：２割 割合②：２割７分		２割８分

限る。))				
７対１入院基本料（結核病棟入院基本料）	0.8割	0.7割	１割	0.8割
７対１入院基本料（専門病院入院基本料）	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	３割	２割８分
看護必要度加算１	１割８分	１割７分	２割２分	２割
看護必要度加算２	１割６分	１割５分	２割	１割８分
看護必要度加算３	１割３分	１割２分	１割８分	１割５分
総合入院体制加算１	３割３分	３割２分	３割３分	３割
総合入院体制加算２	３割１分	３割	３割３分	３割
総合入院体制加算３	２割８分	２割７分	３割	２割７分
急性期看護補助体制加算	0.6割	0.5割	0.7割	0.6割
看護職員夜間配置加算	0.6割	0.5割	0.7割	0.6割
看護補助加算１	0.4割	0.3割	0.5割	0.4割
地域包括ケア病棟入院料	１割	0.8割	１割２分	0.8割
特定一般病棟入院料の注７	１割	0.8割	１割２分	0.8割

［経過措置］

令和６年３月 31 日において現に次に掲げる入院料等に係る届出を行っている病棟又は病室については、令和●●年●●月●●日までの間に限り、それぞれ当該入院料等に係る重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなす。

- 急性期一般入院料１
- 急性期一般入院料２
- 急性期一般入院料３
- 急性期一般入院料４
- 急性期一般入院料５
- ７対１入院基本料（結核病棟入院基本料）
- 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。））

- ７対１入院基本料（専門病院入院基本料）
- 看護必要度加算１
- 看護必要度加算２
- 看護必要度加算３
- 総合入院体制加算１
- 総合入院体制加算２
- 総合入院体制加算３
- 急性期看護補助体制加算
- 看護職員夜間配置加算
- 看護補助加算１
- 地域包括ケア病棟入院料
- 特定一般病棟入院料の注７

⑤　特定集中治療室管理料等の見直し

「Ⅰ－２－②」を参照のこと。

⑥　ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の見直し

第１　基本的な考え方

高度急性期入院医療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、評価項目及び該当患者割合の在り方を見直すとともに、業務負担の軽減及び測定の適正化の観点から、レセプト電算処理システム用コードを用いた評価を導入する。

第２　具体的な内容

１．ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の項目及び該当患者の要件について、以下の見直しを行う。

（１）「創傷処置」について、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価対象となる診療行為（重度褥瘡処置を除く。）が実施された場合を評価対象とする。

（２）「呼吸ケア」について、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価対象となる診療行為が実施された場合を評価対象とする。

（３）「点滴ライン同時３本以上の管理」について、「注射薬剤３種類以上の管理」に変更し、評価対象は一般病棟用の重症度、医療・看護必要度における同項目と同様とする。

（４）該当患者割合の基準について、「Ａ得点３点以上かつＢ得点４点以上」に該当する患者の割合が一定以上であることから、以下の①及び②のいずれも満たすことに変更する。

①　Ａ項目のうち、「蘇生術の施行」、「中心静脈圧測定」、「人工呼吸器の管理」、「輸血や血液製剤の管理」、「肺動脈圧測定」又は「特殊な治療法等」のいずれかに該当する患者の割合が一定以上であること。

②　Ａ項目のうちいずれかに該当する患者の割合が一定以上であること。

２．レセプト電算処理システム用コードを用いた評価（重症度、医療・看護必要度Ⅱ）を導入する。

	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・看護必要度の割合
ハイケアユニット入院医療管理料１	割合①：●割●分 割合②：●割●分	割合①：●割●分 割合②：●割●分	８割
ハイケアユニット入院医療管理料２	割合①：●割●分 割合②：●割●分	割合①：●割●分 割合②：●割●分	６割

［経過措置］

令和６年３月 31 日においてハイケアユニット入院医療管理料１若しくはハイケアユニット入院医療管理料２又は救命救急入院料１若しくは救命救急入院料３に係る届出を行っている病室については、令和●●年●●月●●日までの間に限り、それぞれ当該入院料等に係る重症度、医療・看護必要度に関する要件を満たすものとみなす。

⑦　重症度、医療・看護必要度Ⅱの要件化

第１　基本的な考え方

重症度、医療・看護必要度の測定に係る負担軽減及び測定の適正化を更に推進する観点から、急性期一般入院料１（許可病床数 200 床未満）又は急性期一般入院料２若しくは３（許可病床数200床以上400床未満）を算定する病棟及び救命救急入院料２若しくは４又は特定集中治療室管理料を算定する治療室について、重症度、医療・看護必要度Ⅱが用いられるよう、要件を見直す。

第２　具体的な内容

以下の病棟又は治療室については、重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うことを要件化する。

１．許可病床数 200 床未満の保険医療機関において、急性期一般入院料１を算定する病棟（電子カルテシステムを導入していない場合を除く。）

２．許可病床数 200 床以上 400 未満の保険医療機関において、急性期一般入院料２又は３を算定する病棟

３．救命救急入院料２又は４を算定する治療室

４．特定集中治療室管理料を算定する治療室

改　定　案	現　　行
【急性期一般入院料】 ［施設基準］ イ　急性期一般入院基本料の施設基準 ①　通則 ５　急性期一般入院料１に係る届出を行っている病棟（許可病床数が 200 床未満の保険医療機関であって、重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評	【急性期一般入院料】 ［施設基準］ イ　急性期一般入院基本料の施設基準 ①　通則 ５　許可病床数が 200 床以上の保険医療機関であって、急性期一般入院料１に係る届出を行っている病棟及び許可病床数が 400 床以上の保険医療機

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。)、許可病床数が200床以上であって急性期一般入院料２又は３に係る届出を行っている病棟及び許可病床数が400床以上の保険医療機関であって急性期一般入院料４又は５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。	関であって、急性期一般入院料２から５まで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。
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) 急性期一般入院基本料、７対１入院基本料（結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（精神病棟を除く。）及び専門病院入院基本料）、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。）、専門病院入院基本料）及び地域一般入院料１を算定する病棟は、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ている全ての患者の状態を別添６の別紙７の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて測定を行い、その結果に基づいて評価を行っていること。なお、急性期一般入院料１を算定する病棟、許可病床数200床以上の保険医療機関であって急性期一般入院基本料（急性期一般入院料２及び３に限る。）を算定する病棟、許可病床数400床以上の保険医療機関	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) 急性期一般入院基本料、７対１入院基本料（結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（精神病棟を除く。）及び専門病院入院基本料）、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。）、専門病院入院基本料）及び地域一般入院料１を算定する病棟は、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ている全ての患者の状態を別添６の別紙７の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて測定を行い、その結果に基づいて評価を行っていること。なお、許可病床数200床以上の保険医療機関であって急性期一般入院料１を算定する病棟、許可病床数400床以上の保険医療機関であって急性期一般入院基本料（急性期一般入院料２から５までに限る。）を算定する病

であって急性期一般入院基本料（急性期一般入院料４及び５に限る。）を算定する病棟及び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。））を算定する病棟については、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。また、「基本診療料の施設基準等」第五の二の(1)のイの①の５に掲げる、重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いた評価を行うことが困難であることに正当な理由がある場合とは、電子カルテシステムを導入していない場合が該当する。	棟及び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。））を算定する病棟については、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。
［経過措置］ 令和６年３月31日において現に急性期一般入院料１（許可病床数が200床未満の保険医療機関に限る。）又は急性期一般入院料２若しくは３（許可病床数が200床以上400床未満の保険医療機関に限る。）に係る届出を行っている病棟については、●●年●●月●●日までの間に限り、第五のニの(1)のイの①の５に該当するものとみなす。	［経過措置］ （新設）
【救命救急入院料】 ［施設基準］ 二　救命救急入院料の施設基準等 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　（略） ②　次のいずれかに該当すること。 １　三の(1)のイを満たすものであること。 ２　三の(1)のハを満たすものであること。 ニ　救命救急入院料４の施設基準	【救命救急入院料】 ［施設基準］ 二　救命救急入院料の施設基準等 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　（略） ②　次のいずれかに該当すること。 １　三の(1)のイを満たすものであること。 ２　三の（１）のハを満たすものであること。 ニ　救命救急入院料４の施設基準

次のいずれにも該当するものであること。 ① ロを満たすものであること。 ② （略）	次のいずれにも該当するものであること。 ① ロを満たすものであること。 ② （略）
【特定集中治療室管理料】 ［施設基準］ 三 特定集中治療室管理料の施設基準 (1) 特定集中治療室管理料の注１に規定する入院基本料の施設基準 イ 特定集中治療室管理料１の施設基準 ①～⑤ （略） ⑥ 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を●●以上入院させる治療室であること。	【特定集中治療室管理料】 ［施設基準］ 三 特定集中治療室管理料の施設基準 (1) 特定集中治療室管理料の注１に規定する入院基本料の施設基準 イ 特定集中治療室管理料１の施設基準 ①～⑤ （略） ⑥ 次のいずれかに該当すること。 （一） 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を八割以上入院させる治療室であること。 （二） 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、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を七割以上入院させる治療室であること。
ハ 特定集中治療室管理料３の施設基準 ①～③ （略） ④ 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を●●以上入院させる治療室であること。	ハ 特定集中治療室管理料３の施設基準 ①～③ 略 ④ 次のいずれかに該当すること。 （一） 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を七割以上入院

	させる治療室であること。 （二）　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、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を六割以上入院させる治療室であること
［経過措置］ 令和６年３月 31 日において現に救命救急入院料２若しくは４又は特定集中治療室管理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、第九の三の⑴のイの⑥又はハの④に該当するものとみなす。	［経過措置］ （新設）

⑧　重症患者対応体制強化加算の要件の見直し

第１　基本的な考え方

特定集中治療室等における重症患者対応に係る体制を引き続き確保する観点から、重症患者対応体制強化加算について要件を見直す。

第２　具体的な内容

重症患者に対応する体制を確保し、重症患者の対応実績を有する治療室を適切に評価するため、重症患者対応体制強化加算の実績要件の評価方法を見直す。

改　定　案	現　　行
【重症患者対応体制強化加算】 ［施設基準］ 第２　特定集中治療室管理料 ９　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 (12) 当該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 17 の「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて測定及び評価し、「特殊な治療法等」に該当する患者が直近●か月間で１割５分以上であること。ただし、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び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に対して短期滞在手術等基本料３の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った場合（基本診療	【重症患者対応体制強化加算】 ［施設基準］ 第２　特定集中治療室管理料 ９　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 (12) 当該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 17 の「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて測定及び評価し、「特殊な治療法等」に該当する患者が１割５分以上であること。なお、該当患者の割合については、暦月で６か月を超えない期間の１割以内の一時的な変動にあっては、施設基準に係る変更の届出を行う必要はないこと。ただし、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び基本診療料の施設

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。 ※ 救命救急入院料についても同様。	基準等の別表第二の二十三に該当する患者に対して短期滞在手術等基本料３の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った場合（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。

⑨　短期滞在手術等基本料の評価の見直し

第１　基本的な考え方

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、対象手術等の入院外で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。

改　定　案	現　　行
【短期滞在手術等基本料１】 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 (1) 麻酔を伴う手術を行った場合 ●●点 (2) (1) 以外の場合 ●●点	【短期滞在手術等基本料１】 １　短期滞在手術等基本料１（日帰りの場合） イ　麻酔を伴う手術を行った場合 2,947点 ロ　イ以外の場合 2,718点
[算定要件] (3)　短期滞在手術基本料の「１」の「イ」主として入院で実施されている手術を行った場合とは、以下に掲げる手術等を行った場合をいう。 ア　「Ｄ２８７」内分泌負荷試験の「１」下垂体前葉負荷試験の「イ」　成長ホルモン（ＧＨ）	[算定要件] （新設）

（一連として） イ　「Ｄ２９１－２」小児食物アレルギー負荷検査 ウ　「Ｋ００６」皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外）の「４」長径12センチメートル以上（６歳未満に限る。） エ　「Ｋ０３０」四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術の「２」手、足（手に限る。） オ　「Ｋ０４８」骨内異物（挿入物を含む。）除去術の「４」鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（手に限る。） カ　「Ｋ０６８」半月板切除術 キ　「Ｋ０６８－２」関節鏡下半月板切除術 ク　「Ｋ２８２」水晶体再建術の「１」眼内レンズを挿入する場合の「イ」縫着レンズを挿入するもの ケ　「Ｋ２８２」水晶体再建術の「２」眼内レンズを挿入しない場合 コ　「Ｋ２８２」水晶体再建術の「３」計画的後嚢切開を伴う場合 サ　「Ｋ４７４」乳腺腫瘍摘出術の「１」長径５センチメートル未満 シ　「Ｋ４７４」乳腺腫瘍摘出術の「２」長径５センチメートル以上 ス　「Ｋ５０８」気管支狭窄拡張術（気管支鏡によるもの） セ　「Ｋ５１０」気管支腫瘍摘出術（気管支鏡又は気管支ファイバースコープによるもの） ソ　「Ｋ６１７」下肢静脈瘤手術の「１」抜去切除術 タ　「Ｋ６５３」内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術の「１」　早期悪性腫瘍粘膜切除	

術 チ　「Ｋ８３４－３」顕微鏡下精索静脈瘤手術 ツ　「Ｋ８４１－２」経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術の「１」ホルミウムレーザー又は倍周波数レーザーを用いるもの テ　「Ｋ８４１－２」経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術の「２」ツリウムレーザーを用いるもの ト　「Ｋ８４１－２」経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術の「３」その他のもの (4)～(16)　（略）	(3)～(15)　（略）

２．短期滞在手術等基本料３について、実態を踏まえ、40 歳未満の勤務医師、事務職員等の賃上げに資する措置も考慮した評価の見直しを行うとともに、一部の対象手術等について、評価の精緻化を行う。

改　定　案	現　　行
【短期滞在手術等基本料３】 イ　Ｄ２３７　終夜睡眠ポリグラフィー　３　１及び２以外の場合 イ　安全精度管理下で行うもの ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点） ロ　Ｄ２３７　終夜睡眠ポリグラフィー　３　１及び２以外の場合 ロ　その他のもの ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点） ハ　Ｄ２３７－２　反復睡眠潜時試験（ＭＳＬＴ） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点） ニ　Ｄ２８７　内分泌負荷試験　１　下垂体前葉負荷試験　イ　成長ホルモン（ＧＨ）（一連として） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点） ホ　Ｄ２９１－２　小児食物アレル	【短期滞在手術等基本料３】 イ　Ｄ２３７　終夜睡眠ポリグラフィー　３　１及び２以外の場合 イ　安全精度管理下で行うもの 10,549点（生活療養を受ける場合にあっては、10,475点） ロ　Ｄ２３７　終夜睡眠ポリグラフィー　３　１及び２以外の場合 ロ　その他のもの 8,744点（生活療養を受ける場合にあっては、8,670点） ハ　Ｄ２３７－２　反復睡眠潜時試験（ＭＳＬＴ） 11,485点（生活療養を受ける場合にあっては、11,411点） ニ　Ｄ２８７　内分泌負荷試験　１　下垂体前葉負荷試験　イ　成長ホルモン（ＧＨ）（一連として） 8,312点（生活療養を受ける場合にあっては、8,238点） ホ　Ｄ２９１－２　小児食物アレル

ギー負荷検査 ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点） ヘ　Ｄ４１３　前立腺針生検法　２　その他のもの ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点） ト　Ｋ００７－２　経皮的放射線治療用金属マーカー留置術 ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点） チ　Ｋ０３０　四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術　２　手、足（手に限る。） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点） リ　Ｋ０４６　骨折観血的手術　２　前腕、下腿、手舟状骨（手舟状骨に限る。） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点） ヌ　Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　３　前腕、下腿（前腕に限る。） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点） ル　Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　４　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（鎖骨に限る。） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点） ヲ　Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　４　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（手に限る。） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点） ワ　Ｋ０７０　ガングリオン摘出術　１　手、足、指（手、足）（手に限る。） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	ギー負荷検査 5,040点（生活療養を受ける場合にあっては、4,966点） ヘ　Ｄ４１３　前立腺針生検法　２　その他のもの 10,197点（生活療養を受ける場合にあっては、10,123点） ト　Ｋ００７－２　経皮的放射線治療用金属マーカー留置術 33,572点（生活療養を受ける場合にあっては、33,498点） チ　Ｋ０３０　四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術　２　手、足（手に限る。） 16,224点（生活療養を受ける場合にあっては、16,150点） リ　Ｋ０４６　骨折観血的手術　２　前腕、下腿、手舟状骨（手舟状骨に限る。） 32,937点（生活療養を受ける場合にあっては、32,863点） ヌ　Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　３　前腕、下腿（前腕に限る。） 20,611点（生活療養を受ける場合にあっては、20,537点） ル　Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　４　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（鎖骨に限る。） 21,057点（生活療養を受ける場合にあっては、20,983点） ヲ　Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　４　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（手に限る。） 15,180点（生活療養を受ける場合にあっては、15,106点） ワ　Ｋ０７０　ガングリオン摘出術　１　手、足、指（手、足）（手に限る。） 13,878点（生活療養を受ける場合にあっては、13,804点）

カ　Ｋ０９３－２　関節鏡下手根管開放手術 ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	カ　Ｋ０９３－２　関節鏡下手根管開放手術 17,621点（生活療養を受ける場合にあっては、17,547点）
ヨ　Ｋ１９６－２　胸腔鏡下交感神経節切除術（両側） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	ヨ　Ｋ１９６－２　胸腔鏡下交感神経節切除術（両側） 35,663点（生活療養を受ける場合にあっては、35,589点）
タ　Ｋ２０２　涙管チューブ挿入術　１　涙道内視鏡を用いるもの（片側） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	タ　Ｋ２０２　涙管チューブ挿入術　１　涙道内視鏡を用いるもの 11,312点（生活療養を受ける場合にあっては、11,238点）
レ　Ｋ２０２　涙管チューブ挿入術　１　涙道内視鏡を用いるもの（両側） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ソ　Ｋ２１７　眼瞼内反症手術　２　皮膚切開法（片側） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	レ　Ｋ２１７　眼瞼内反症手術　２　皮膚切開法 10,654点（生活療養を受ける場合にあっては、10,580点）
ツ　Ｋ２１７　眼瞼内反症手術　２　皮膚切開法（両側） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ネ　Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　１　眼瞼挙筋前転法（片側） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	ソ　Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　１　眼瞼挙筋前転法 18,016点（生活療養を受ける場合にあっては、17,942点）
ナ　Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　１　眼瞼挙筋前転法（両側） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ラ　Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　３　その他のもの（片側） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	ツ　Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　３　その他のもの 16,347点（生活療養を受ける場合にあっては、16,273点）
ム　Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　３　その他のもの（両側） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ウ　Ｋ２２４　翼状片手術（弁の移	ネ　Ｋ２２４　翼状片手術（弁の移

植を要するもの）（片側） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	植を要するもの） 9,431点（生活療養を受ける場合にあっては、9,357点）
キ　Ｋ２２４　翼状片手術（弁の移植を要するもの）（両側） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ノ　Ｋ２４２　斜視手術　２　後転法（片側） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	ナ　Ｋ２４２　斜視手術　２　後転法 18,326点（生活療養を受ける場合にあっては、18,252点）
オ　Ｋ２４２　斜視手術　２　後転法（両側） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
ク　Ｋ２４２　斜視手術　３　前転法及び後転法の併施（片側） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	ラ　Ｋ２４２　斜視手術　３　前転法及び後転法の併施 22,496点（生活療養を受ける場合にあっては、22,422点）
ヤ　Ｋ２４２　斜視手術　３　前転法及び後転法の併施（両側） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
マ　Ｋ２５４　治療的角膜切除術　１　エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）（片側） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	ム　Ｋ２５４　治療的角膜切除術　１　エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。） 20,426点（生活療養を受ける場合にあっては、20,352点）
ケ　Ｋ２５４　治療的角膜切除術　１　エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）（両側） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	（新設）
フ　Ｋ２６８　緑内障手術　６　水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術（片側） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	ウ　Ｋ２６８　緑内障手術　６　水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術 37,155点（生活療養を受ける場合にあっては、37,081点）
コ　Ｋ２６８　緑内障手術　６　水	（新設）

晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術（両側） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点） エ　Ｋ２８２　水晶体再建術　１　眼内レンズを挿入する場合　ロ　その他のもの（片側） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点） テ　Ｋ２８２　水晶体再建術　１　眼内レンズを挿入する場合　ロ　その他のもの（両側） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点） ア　Ｋ２８２　水晶体再建術　２　眼内レンズを挿入しない場合（片側） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点） サ　Ｋ２８２　水晶体再建術　２　眼内レンズを挿入しない場合（両側） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点） キ　Ｋ３１８　鼓膜形成手術 ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点） ユ　Ｋ３３３　鼻骨骨折整復固定術 ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点） メ　Ｋ３８９　喉頭・声帯ポリープ切除術　２　直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点） ミ　Ｋ４７４　乳腺腫瘍摘出術　１　長径５センチメートル未満 ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点） シ　Ｋ４７４　乳腺腫瘍摘出術　２　長径５センチメートル以上 ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	ヰ　Ｋ２８２　水晶体再建術　１　眼内レンズを挿入する場合　ロ　その他のもの（片側） 17,888点（生活療養を受ける場合にあっては、17,814点） ノ　Ｋ２８２　水晶体再建術　１　眼内レンズを挿入する場合　ロ　その他のもの（両側） 32,130点（生活療養を受ける場合にあっては、32,056点） オ　Ｋ２８２　水晶体再建術　２　眼内レンズを挿入しない場合（片側） 15,059点（生活療養を受ける場合にあっては、14,985点） ク　Ｋ２８２　水晶体再建術　２　眼内レンズを挿入しない場合（両側） 25,312点（生活療養を受ける場合にあっては、25,238点） ヤ　Ｋ３１８　鼓膜形成手術 30,571点（生活療養を受ける場合にあっては、30,497点） マ　Ｋ３３３　鼻骨骨折整復固定術 18,809点（生活療養を受ける場合にあっては、18,735点） ケ　Ｋ３８９　喉頭・声帯ポリープ切除術　２　直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの 26,312点（生活療養を受ける場合にあっては、26,238点） フ　Ｋ４７４　乳腺腫瘍摘出術　１　長径５センチメートル未満 17,302点（生活療養を受ける場合にあっては、17,228点） コ　Ｋ４７４　乳腺腫瘍摘出術　２　長径５センチメートル以上 25,366点（生活療養を受ける場合にあっては、25,292点）

ヲ　Ｋ６１６－４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　１　初回 ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	エ　Ｋ６１６－４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　１　初回 28,842点（生活療養を受ける場合にあっては、28,768点）
ヒ　Ｋ６１６－４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　２　１の実施後３月以内に実施する場合 ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	テ　Ｋ６１６－４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　２　１の実施後３月以内に実施する場合 28,884点（生活療養を受ける場合にあっては、28,810点）
モ　Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　１　抜去切除術 ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	ア　Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　１　抜去切除術 19,798点（生活療養を受ける場合にあっては、19,724点）
セ　Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　２　硬化療法（一連として） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	サ　Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　２　硬化療法（一連として） 9,149点（生活療養を受ける場合にあっては、9,075点）
ス　Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　３　高位結紮術 ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	キ　Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　３　高位結紮術 9,494点（生活療養を受ける場合にあっては、9,420点）
ン　Ｋ６１７－２　大伏在静脈抜去術 ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	ユ　Ｋ６１７－２　大伏在静脈抜去術 23,090点（生活療養を受ける場合にあっては、23,016点）
イイ　Ｋ６１７－４　下肢静脈瘤血管内焼灼術 ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	メ　Ｋ６１７－４　下肢静脈瘤血管内焼灼術 20,130点（生活療養を受ける場合にあっては、20,056点）
イロ　Ｋ６１７－６　下肢静脈瘤血管内塞栓術 ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	ミ　Ｋ６１７－６　下肢静脈瘤血管内塞栓術 22,252点（生活療養を受ける場合にあっては、22,178点）
イハ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア（３歳未満に限る。） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	シ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア（３歳未満に限る。） 33,785点（生活療養を受ける場合にあっては、33,711点）
イニ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア（３歳以上６歳未満に限る。） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	ヱ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア（３歳以上６歳未満に限る。） 24,296点（生活療養を受ける場合にあっては、24,222点）

イホ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア（６歳以上15歳未満に限る。） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	ヒ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア（６歳以上15歳未満に限る。） 21,275点（生活療養を受ける場合にあっては、21,201点）
イヘ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア（15歳以上に限る。） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	モ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア（15歳以上に限る。） 23,648点（生活療養を受ける場合にあっては、23,574点）
イト　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（３歳未満に限る。） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	セ　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（３歳未満に限る。） 70,492点（生活療養を受ける場合にあっては、70,418点）
イチ　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（３歳以上６歳未満に限る。） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	ス　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（３歳以上６歳未満に限る。） 53,309点（生活療養を受ける場合にあっては、53,235点）
イリ　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（６歳以上15歳未満に限る。） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	ン　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（６歳以上15歳未満に限る。） 41,081点（生活療養を受ける場合にあっては、41,007点）
イヌ　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（15歳以上に限る。） ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	イイ　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（15歳以上に限る。） 48,934点（生活療養を受ける場合にあっては、48,860点）
イル　Ｋ７２１　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　１　長径２センチメートル未満 ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	イロ　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 12,560点（生活療養を受ける場合にあっては、12,486点）
イヲ　Ｋ７２１　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　２　長径２センチメートル以上 ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	イハ　Ｋ７２１　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　２　長径２センチメートル以上 16,258点（生活療養を受ける場合にあっては、16,184点）
イワ　Ｋ７４３　痔核手術（脱肛を含む。）　２　硬化療法（四段階注射法によるもの）	イニ　Ｋ７４３　痔核手術（脱肛を含む。）　２　硬化療法（四段階注射法によるもの）

●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	10,604点（生活療養を受ける場合にあっては、10,530点）
イカ　Ｋ７４７　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門ポリープ切除術に限る。）	イホ　Ｋ７４７　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門ポリープ切除術に限る。）
●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	10,792点（生活療養を受ける場合にあっては、10,718点）
イヨ　Ｋ７４７　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門尖圭コンジローム切除術に限る。）	イヘ　Ｋ７４７　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門尖圭コンジローム切除術に限る。）
●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	8,415点（生活療養を受ける場合にあっては、8,341点）
イタ　Ｋ７６８　体外衝撃波腎・尿管結石破砕術（一連につき）	イト　Ｋ７６８　体外衝撃波腎・尿管結石破砕術（一連につき）
●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	25,894点（生活療養を受ける場合にあっては、25,820点）
イレ　Ｋ８２３－６　尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）	イチ　Ｋ８２３－６　尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）
●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	24,703点（生活療養を受ける場合にあっては、24,629点）
イソ　Ｋ８３４－３　顕微鏡下精索静脈瘤手術	イリ　Ｋ８３４－３　顕微鏡下精索静脈瘤手術
●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	23,870点（生活療養を受ける場合にあっては、23,796点）
イツ　Ｋ８６７　子宮頸部（腟部）切除術	イヌ　Ｋ８６７　子宮頸部（腟部）切除術
●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	14,607点（生活療養を受ける場合にあっては、14,533点）
イネ　Ｋ８７２－３　子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術　１　電解質溶液利用のもの	イル　Ｋ８７２－３　子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術　１　電解質溶液利用のもの
●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	21,709点（生活療養を受ける場合にあっては、21,635点）
イナ　Ｋ８７２－３　子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術　２　その他のもの	イヲ　Ｋ８７２－３　子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術　２　その他のもの
●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	18,652点（生活療養を受ける場合にあっては、18,578点）
イラ　Ｋ８７３　子宮鏡下子宮筋腫	イワ　Ｋ８７３　子宮鏡下子宮筋腫

摘出術　１　電解質溶液利用のもの ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点） イム　Ｋ８７３　子宮鏡下子宮筋腫摘出術　２　その他のもの ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点） イウ　Ｋ８９０－３　腹腔鏡下卵管形成術 ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点） イキ　Ｍ００１－２　ガンマナイフによる定位放射線治療 ●●点（生活療養を受ける場合にあっては、●●点）	摘出術　１　電解質溶液利用のもの 35,191点（生活療養を受ける場合にあっては、35,117点） イカ　Ｋ８７３　子宮鏡下子宮筋腫摘出術　２　その他のもの 33,460点（生活療養を受ける場合にあっては、33,386点） イヨ　Ｋ８９０－３　腹腔鏡下卵管形成術 109,045点（生活療養を受ける場合にあっては、108,971点） イタ　Ｍ００１－２　ガンマナイフによる定位放射線治療 58,496点（生活療養を受ける場合にあっては、58,422点）

⑩　地域で救急患者等を受け入れる病棟の評価

「Ⅱ－２－①」を参照のこと。

⑪　主としてケアを担う看護補助者の評価の新設

第１　基本的な考え方

看護職員及び看護補助者の業務分担・協働を更に推進し、高齢者の救急患者をはじめとした急性疾患等の患者に対する適切な入院医療を推進する観点から、直接患者に対するケアを担う看護補助者の配置について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

１．地域包括医療病棟において、主として直接患者に対し療養生活上の世話を提供する看護補助者を一定数配置している場合の評価を新設するとともに、看護補助体制充実加算について、身体的拘束の実施に着目した評価に見直す。

「Ⅱ－２－１」を参照のこと。

２．療養病棟入院基本料等において、主として直接患者に対し療養生活上の世話を提供する看護補助者を一定数配置している場合の評価を新設するとともに、看護補助体制充実加算について、身体的拘束の実施に着目した評価に見直す。

改　定　案	現　　行
【看護補助体制充実加算（療養病棟入院基本料）】 ［算定要件］ 注12　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、夜間看護加算として、１日につき●●点を所定点数に加算する。この場合において注13の看護補助体制充実加算は別に算定できない。 注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	【看護補助体制充実加算（療養病棟入院基本料）】 ［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。 イ　夜間看護加算　50点 ロ　看護補助体制充実加算　55点 （新設）

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、本文の規定にかかわらず、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　●●点 ロ　看護補助体制充実加算２　●●点 ハ　看護補助体制充実加算３　●●点	
(19)　「注12」及び「注13」に規定する夜間看護加算及び看護補助体制充実加算は、療養生活の支援が必要な患者が多い病棟において、看護要員の手厚い夜間配置を評価したものであり、当該病棟における看護に当たって、次に掲げる身体的拘束を最小化する取組を実施した上で算定する。 ア～オ（略）	(19)　「注12」に規定する夜間看護加算及び看護補助体制充実加算は、療養生活の支援が必要な患者が多い病棟において、看護要員の手厚い夜間配置を評価したものであり、当該病棟における看護に当たって、次に掲げる身体的拘束を最小化する取組を実施した上で算定する。 ア～オ（略）
(20)　「注12」及び「注13」に規定する夜間看護加算及び看護補助体制充実加算を算定する各病棟における夜勤を行う看護要員の数は、「基本診療料の施設基準等」の第五の三の(1)イ①に定める夜間の看護職員の最小必要数を超えた看護職員１人を含む看護要員３人以上でなければ算定できない。 （中略）	(20)　「注12」に規定する夜間看護加算及び看護補助体制充実加算を算定する各病棟における夜勤を行う看護要員の数は、「基本診療料の施設基準等」の第五の三の(1)イ①に定める夜間の看護職員の最小必要数を超えた看護職員１人を含む看護要員３人以上でなければ算定できない。 （中略）
(21)　「注13」については、身体的拘束を実施した場合は、理由によらず、看護補助体制充実加算３の例により算定すること。	（新設）
［施設基準］	［施設基準］

三　療養病棟入院基本料の施設基準等	三　療養病棟入院基本料の施設基準等
(9) 夜間看護加算の施設基準	(9) 療養病棟入院基本料の注12に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準
イ　当該病棟において、夜勤を行う看護職員及び看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十六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、夜勤を行う看護職員及び看護補助者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及び看護補助者の数は、本文の規定にかかわらず、看護職員一を含む三以上であることとする。	イ　夜間看護加算の施設基準 ①　当該病棟において、夜勤を行う看護職員及び看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十六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、夜勤を行う看護職員及び看護補助者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及び看護補助者の数は、本文の規定にかかわらず、看護職員一を含む三以上であることとする。
ロ・ハ　（略） （削除）	②・③　（略） ロ　看護補助体制充実加算の施設基準 ①　イの①及び②を満たすものであること。 ②　看護職員の負担軽減及び処遇改善に資する十分な体制が整備されていること。
(10) 看護補助体制充実加算の施設基準 イ　看護補助体制充実加算１の施設基準 ①　(9)のイ及びロを満たすものであること。 ②　看護職員及び看護補助者の業務分担及び協働に資する十分な体制が整備されていること。 ロ　看護補助体制充実加算２の施設基準	（新設）

① (9)のイ及びロを満たすものであること。 ② 看護職員及び看護補助者の業務分担及び協働に資する必要な体制が整備されていること。 ハ　看護補助体制充実加算３の施設基準 ① (9)のイ及びロを満たすものであること。 ②看護職員及び看護補助者の業務分担及び協働に資する体制が整備されていること。	
11の２　療養病棟入院基本料の注13に規定する看護補助体制充実加算の施設基準 (1)　看護補助体制充実加算１の施設基準	11の２　療養病棟入院基本料の注12に規定する看護補助体制充実加算の施設基準
イ　当該保険医療機関において３年以上の看護補助者としての勤務経験を有する看護補助者が、●●割以上配置されていること。	（新設）
ロ　主として直接患者に対し療養生活上の世話を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が●●又はその端数を増すごとに●●以上であること。当該看護補助者は、介護福祉士の資格を有する者又は看護補助者として３年以上の勤務経験を有し適切な研修を修了した看護補助者であること。	（新設）
ハ　11の(1)から(5)までを満たしていること。ただし、(4)のエについては、看護補助者が行う業務内容ごとに業務範囲、実施手順、留意事項等について示した業務マニュアルを作成し、当該マニュアルを用いて院内研修を実施していること。	(1)　11の(1)から(5)までを満たしていること。ただし、(4)のエについては、看護補助者が行う業務内容ごとに業務範囲、実施手順、留意事項等について示した業務マニュアルを作成し、当該マニュアルを用いて院内研修を実施していること。
二　当該病棟の看護師長等が11の	(2)　当該病棟の看護師長等が11の(6)

(6)のアに掲げる所定の研修を修了していること。また、当該病棟の全ての看護職員（(6)のアに掲げる所定の研修を修了した看護師長等を除く。）が(6)のイの内容を含む院内研修を年１回以上受講していること。ただし、内容に変更がない場合は、２回目以降の受講は省略して差し支えない。	のアに掲げる所定の研修を修了していること。また、当該病棟の全ての看護職員（(6)のアに掲げる所定の研修を修了した看護師長等を除く。）が(6)のイの内容を含む院内研修を年１回以上受講していること。ただし、内容に変更がない場合は、２回目以降の受講は省略して差し支えない。
ホ　当該保険医療機関における看護補助者の業務に必要な能力を段階的に示し、看護補助者の育成や評価に活用していること。	（新設）
(2) 看護補助体制充実加算２の施設基準 (1)のロからホを満たすものであること。	（新設）
(3) 看護補助体制充実加算３の施設基準 (1)のハ及びニを満たすものであること。	（新設）
【看護補助体制充実加算（障害者施設等入院基本料）】 注９　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た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の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	【看護補助体制充実加算（障害者施設等入院基本料）】 注９　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た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。 イ　看護補助加算 (1) 14日以内の期間　146点 (2) 15日以上30日以内の期間　121点 ロ　看護補助体制充実加算 （１）14日以内の期間　151点
（削除）	

	（２）15日以上30日以内の期間 126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、本文の規定にかかわらず、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１日につき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	（新設）
11～13　（略）	10～12　（略）
(13) 「注９」及び「注10」に規定する看護補助加算、看護補助体制充実加算１、看護補助体制充実加算２又は看護補助体制充実加算３を算定する病棟は、身体的拘束を最小化する取組を実施した上で算定する。取組内容については、「（療養病棟入院基本料について）」の(19)の例による。	(13) 「注９」に規定する看護補助加算及び看護補助体制充実加算を算定する病棟は、身体的拘束を最小化する取組を実施した上で算定する。取組内容については、「（療養病棟入院基本料について）」の(19)の例による。

［施設基準］ ※　看護補助体制充実加算（療養病棟入院基本料）における見直しと同様。	［施設基準］
【看護補助体制充実加算（地域包括ケア病棟入院料）】 注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病棟又は病室に入院している患者については、看護補助者配置加算として、１日つき●●点を所定点数に加算する。この場合において、注５の看護補助体制充実加算は別に算定できない。	【看護補助体制充実加算（地域包括ケア病棟入院料）】 注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病棟又は病室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日つき所定点数に加算する。 イ　看護補助者配置加算　160点 ロ　看護補助体制充実加算　165点
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病棟又は病室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、本文の規定にかかわらず、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、１日につき所定点数に加算する。 イ　看護補助体制充実加算１　●●点 ロ　看護補助体制充実加算２　●●点 ハ　看護補助体制充実加算３　●●点	（新設）
６～13	５～12
［算定要件］ (7)　「注４」及び「注５」に規定する看護補助者配置加算、看護補助体制充実加算１、看護補助体	［算定要件］ (7)　「注４」に規定する看護補助者配置加算又は看護補助体制充実加算を算定する病棟は、身体的拘束

制充実加算２又は看護補助体制充実加算３を算定する病棟は、身体的拘束を最小化する取組を実施した上で算定する。取組内容については、区分番号「Ａ１０１」療養病棟入院基本料の(19)の例による。	を最小化する取組を実施した上で算定する。取組内容については、区分番号「Ａ１０１」療養病棟入院基本料の(19)の例による。
(8) 「注５」については、身体的拘束を実施した場合は、理由によらず、看護補助体制充実加算３の例により算定すること。	（新設）
［施設基準］ ※ 看護補助体制充実加算（療養病棟入院基本料）における見直しと同様。	［施設基準］

⑫　地域包括ケア病棟の在宅患者支援病床初期加算の見直し

第１　基本的な考え方

地域包括ケア病棟における適切な在宅患者等の緊急入院の受入れを推進する観点から、在宅患者支援病床初期支援加算を見直す。

第２　具体的な内容

地域包括ケア病棟の在宅患者支援病床初期支援加算について、救急搬送患者の緊急入院を受け入れることによる負担等を考慮した評価体系に見直す。

改　定　案	現　　行
【地域包括ケア病棟入院料】 ［算定要件］ 注５　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　（略）	【地域包括ケア病棟入院料】 ［算定要件］ 注５　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　（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 救急搬送された患者又は他の保険医療機関で区分番号Ｃ●●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　●●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 救急搬送された患者又は他の保険医療機関で区分番号Ｃ●●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　●●点 ② ①の患者以外の患者の場合　●●点	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 500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 400点

⑬　回復期リハビリテーション病棟入院料の評価及び要件の見直し

第１　基本的な考え方

より質の高いアウトカムに基づいた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の要件及び評価を見直す。

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の要件及び評価について、以下のとおり見直す。

１．回復期リハビリテーション病棟入院料１及び２の評価を見直す。
２．回復期リハビリテーション病棟入院料１について、入退院時の栄養状態の評価に GLIM 基準を用いることを要件とするとともに、回復期リハビリテーション病棟入院料２から５までにおいては、GLIM 基準を用いることが望ましいこととする。
３．回復期リハビリテーション病棟入院料１及び２について、専従の社会福祉士の配置を要件とする。
４．回復期リハビリテーション病棟入院料１及び２について、地域貢献活動に参加することが望ましいこととする。
５．回復期リハビリテーション病棟入院料１及び３については、FIM の測定に関する院内研修を行うことを要件とする。
６．回復期リハビリテーション病棟１から５までについて、FIM を定期的に測定することを要件とする。
７．回復期リハビリテーション病棟入院料１及び２について、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を要件とする。
８．回復期リハビリテーション病棟入院料の体制強化加算１及び２を廃止する。
９．回復期リハビリテーション病棟入院料１から５までについて、40 歳未満の勤務医師、事務職員等の賃上げに資する措置として評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【回復期リハビリテーション病棟入院料】 １　回復期リハビリテーション病棟入院料１　●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） ２　回復期リハビリテーション病棟入院料２　●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） ３　回復期リハビリテーション病棟入院料３　●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） ４　回復期リハビリテーション病棟入院料４　●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） ５　回復期リハビリテーション病棟入院料５　●●点 （生活療養を受ける場合にあっては、●●点） ［算定要件］ （削除） ４　５については、算定を開始した日から起算して２年（回復期	【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１　2,129点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,115点） ２　回復期リハビリテーション病棟入院料２　2,066点 （生活療養を受ける場合にあっては、2,051点） ３　回復期リハビリテーション病棟入院料３　1,899点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,884点） ４　回復期リハビリテーション病棟入院料４　1,841点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,827点） ５　回復期リハビリテーション病棟入院料５　1,678点 （生活療養を受ける場合にあっては、1,664点） ［算定要件］ 注４　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１又は回復期リハビリテーション病棟入院料２を現に算定している患者に限る。）が入院する病棟について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注１のただし書に規定する場合を除く。）は、当該基準に係る区分に従い、患者１人につき１日につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ　体制強化加算１　200点 ロ　体制強化加算２　120点 ５　５については、算定を開始した日から起算して２年（回復期

リハビリテーション病棟入院料１、回復期リハビリテーション病棟入院料２、回復期リハビリテーション病棟入院料３又は回復期リハビリテーション病棟入院料４を算定していた病棟にあっては、１年）を限度として算定する。	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）を限度として算定する。
(8) 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定するに当たっては、定期的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。	（新設）
(9)～(13)　（略）	(8)～(12)　（略）
(14)　回復期リハビリテーション病棟入院料１を算定するに当たっては、栄養管理に関するものとして、次に掲げる内容を行うこと。 ア　当該入院料を算定する全ての患者について、患者ごとに行うリハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画の作成に当たっては、管理栄養士も参画し、患者の栄養状態を十分に踏まえて行うこと。その際、栄養状態の評価には、ＧＬＩＭ基準を用いること。なお、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書における栄養関連項目については、必ず記載すること。	(13)　回復期リハビリテーション病棟入院料１を算定するに当たっては、栄養管理に関するものとして、次に掲げる内容を行うこと。 ア　当該入院料を算定する全ての患者について、患者ごとに行うリハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画の作成に当たっては、管理栄養士も参画し、患者の栄養状態を十分に踏まえて行うこと。なお、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書における栄養関連項目については、必ず記載すること。
イ～ウ　（略）	イ～ウ　（略）
(15) 回復期リハビリテーション病棟入院料２から５を算定するに当たっては、専任の常勤管理栄養士を配置し、栄養管理に関するものとして、次に掲げる内容を行うことが望ましい。 ア　当該入院料を算定する全ての患者について、患者ごとに行うリハビリテーション実施計画書	(14) 回復期リハビリテーション病棟入院料２から５を算定するに当たっては、専任の常勤管理栄養士を配置し、栄養管理に関するものとして、次に掲げる内容を行うことが望ましい。 ア　当該入院料を算定する全ての患者について、患者ごとに行うリハビリテーション実施計画書

又はリハビリテーション総合実施計画書の作成に当たっては、管理栄養士も参画し、患者の栄養状態を十分に踏まえて行うとともに、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書における栄養関連項目に記載すること。その際、栄養状態の評価には、ＧＬＩＭ基準を用いること。	又はリハビリテーション総合実施計画書の作成に当たっては、管理栄養士も参画し、患者の栄養状態を十分に踏まえて行うとともに、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書における栄養関連項目に記載すること。
イ～ウ　（略）	イ～ウ　（略）
(16)～(19)　（略）	(15)～(18)　（略）
［施設基準］	［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	十　回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等
(2)　回復期リハビリテーション病棟入院料１の施設基準	(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～ロ　（略）	イ～ロ　（略）
ハ　当該病棟に在宅復帰支援を担当する専従の常勤の社会福祉士等が一名以上配置されていること。	ハ　当該病棟に在宅復帰支援を担当する専任の常勤の社会福祉士等が一名以上配置されていること。
ニ～リ　（略）	ニ～リ　（略）
ヌ　当該保険医療機関のＦＩＭの測定を行う医師、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士等に対してＦＩＭの測定に関する研修を実施していること。	（新設）
ル　地域支援事業に協力する体制を確保していること。	（新設）
ヲ　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。	（新設）
(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、ハからチまで、ル及びヲを満たすものであること。	(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)のイ及びハからチまでを満たすものであること。
(4)　回復期リハビリテーション病棟入院料３の施設基準	(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～ホ　（略）	イ～ホ　（略）
ヘ　(2)のヌを満たすものであること。	（新設）
(5)～(10)　（略）	(5)～(10)　（略）

（削除）	(11)　体制強化加算の施設基準 （略）

［経過措置］

（１）令和６年３月 31 日において現に回復期リハビリテーション病棟入院料１又は２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、社会福祉士の配置に係る施設基準を満たすものとする。

（２）令和６年３月 31 日において現に回復期リハビリテーション病棟入院料１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、入退院時の栄養状態の評価に係る施設基準を満たすものとする。

（３）令和６年３月 31 日において現に回復期リハビリテーション病棟入院料１又は３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、FIM の測定に関する院内研修に係る施設基準を満たすものとする。

⑭　療養病棟入院基本料の見直し

「Ⅱ－３－⑤」を参照のこと。

⑮　有床診療所療養病床入院基本料の施設基準の見直し

第１　基本的な考え方

医療法施行規則による療養病床の人員配置標準に係る経過措置の終了に伴い、有床診療所療養病床入院基本料の要件を見直す。

第２　具体的な内容

有床診療所療養病床入院基本料の看護職員及び看護補助者の人員配置基準を見直す。

改　定　案	現　　行
【有床診療所療養病床入院基本料】 ［施設基準］ 三　有床診療所療養病床入院基本料の施設基準等 (1) 通則 療養病床であること。 (2)　有床診療所療養病床入院基本料の施設基準等 イ　有床診療所療養病床入院基本料の注１に規定する入院基本料の施設基準 ①　当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護職員の数は、当該療養病床の入院患者の数が●●又はその端数を増すごとに●●以上であること。 ②　当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護補助者の数は、当該療養病床の入院患者の数が●●又はその端数を増すごとに●●以上である	【有床診療所療養病床入院基本料】 ［施設基準］ 三　有床診療所療養病床入院基本料の施設基準等 (1) 通則 療養病床であること。 (2)　有床診療所療養病床入院基本料の施設基準等 イ　有床診療所療養病床入院基本料の注１に規定する入院基本料の施設基準 ①　当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護職員の数は、当該療養病床の入院患者の数が六又はその端数を増すごとに一以上であること。 ②　当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護補助者の数は、当該療養病床の入院患者の数が六又はその端数を増すごとに一以上であるこ

こと。 ③　（略） ④　当該病棟の入院患者に関するロの区分に係る疾患及び状態等並びにＡＤＬの判定基準による判定について、記録していること。 ロ　有床診療所療養病床入院基本料の注１本文に規定する厚生労働大臣が定める区分 ①　入院基本料Ａ 医療区分三の患者 （削除）	と。 ③　（略） （新設） ロ　有床診療所療養病床入院基本料の注１本文に規定する厚生労働大臣が定める区分 ①　入院基本料Ａ １　当該有床診療所の療養病床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八割未満である場合（以下このロにおいて「特定患者八割未満の場合」という。）にあっては、医療区分三の患者 ２　当該有床診療所の療養病床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八割以上である場合（以下このロにおいて「特定患者八割以上の場合」という。）にあっては、次のいずれにも該当す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（以下このロにおいて「四対一配置保険医療機関」という。）に入院している医療区分三の患者 （一）　当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護職員の数

	は、当該療養病床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。 （二）　当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護補助者の数は、当該療養病床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。
②　入院基本料Ｂ 　医療区分二の患者（医療区分三の患者を除く。）であって、ＡＤＬ区分三又はＡＤＬ区分二であるもの	②　入院基本料Ｂ １　特定患者八割未満の場合にあっては、医療区分二の患者（医療区分三の患者を除く。）であって、ＡＤＬ区分三又はＡＤＬ区分二であるもの
（削除）	２　特定患者八割以上の場合にあっては、四対一配置保険医療機関に入院している医療区分二の患者（医療区分三の患者を除く。）であって、ＡＤＬ区分三又はＡＤＬ区分二であるもの
③　入院基本料Ｃ 　医療区分二の患者（医療区分三の患者を除く。）であって、ＡＤＬ区分一であるもの	③　入院基本料Ｃ １　特定患者八割未満の場合にあっては、医療区分二の患者（医療区分三の患者を除く。）であって、ＡＤＬ区分一であるもの
（削除）	２　特定患者八割以上の場合にあっては、四対一配置保険医療機関に入院している医療区分二の患者（医療区分三の患者を除く。）であって、ＡＤＬ区分一であるもの
④　入院基本料Ｄ	④　入院基本料Ｄ

別表第五の二に掲げる疾患・状態にある患者及び処置等が実施されている患者並びに別表第五の三の一及び二に掲げる疾患・状態にある患者及び処置等が実施されている患者並びに同表の三に掲げる患者以外の患者（以下「医療区分一の患者」という。）であって、ＡＤＬ区分三であるもの	１　特定患者八割未満の場合にあっては、医療区分一の患者であって、ＡＤＬ区分三であるもの
（削除）	２　特定患者八割以上の場合にあっては、四対一配置保険医療機関に入院している医療区分一の患者であって、ＡＤＬ区分三であるもの
⑤　入院基本料Ｅ 医療区分一の患者であって、ＡＤＬ区分二又はＡＤＬ区分一であるもの	⑤　入院基本料Ｅ １　特定患者八割未満の場合にあっては、医療区分一の患者であって、ＡＤＬ区分二又はＡＤＬ区分一であるもの
（削除）	２　特定患者八割以上の場合にあっては、四対一配置保険医療機関に入院している医療区分一の患者であって、ＡＤＬ区分二又はＡＤＬ区分一であるもの又は次のいずれかに該当しない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入院している患者 （一）　当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護職員の数は、当該療養病床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。 （二）　当該有床診療所に

	雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護補助者の数は、当該療養病床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。

［経過措置］

令和６年３月 31 日において、現に有床診療所療養病床入院基本料の届出を行っ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、なお従前の例による。

⑯　児童・思春期精神科入院医療管理料における不適切な養育等が疑われる小児患者に対する支援体制の評価の新設

第１　基本的な考え方

不適切な養育等が疑われる児童の早期発見や、福祉・保健・警察・司法・教育等の関係機関の適切な連携を推進する観点から、児童・思春期精神科入院医療管理料において、多職種で構成される専任のチームを設置して連携体制を整備している場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟において、不適切な養育等が行われていることが疑われる患者に対して迅速かつ適切な対応が行われるよう、多職種による専任のチームを設置している場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【児童・思春期精神科入院医療管理料】 ［算定要件］ 注３　当該病棟又は治療室に入院している20歳未満の精神疾患を有する患者に対する支援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の病棟に入院している患者について、精神科養育支援体制加算として、入院初日に限り●●点を所定点数に加算する。 ［施設基準］ 十五の三　児童・思春期精神科入院医療管理料の施設基準等 (1) 児童・思春期精神科入院医療	【児童・思春期精神科入院医療管理料】 ［算定要件］ （新設） ［施設基準］ 十五の三　児童・思春期精神科入院医療管理料の施設基準 （新設）

管理料の施設基準 ア　（略） イ　（略） ウ　（略） エ　（略） オ　（略） カ　（略） キ　（略） (2) 児童・思春期精神科入院医療管理料の注３に規定する精神科養育支援体制加算の施設基準 虐待等不適切な養育が行われていることが疑われる20歳未満の精神疾患を有する患者に対する支援を行うにつき十分な体制が整備されていること。	(1)　（略） (2)　（略） (3)　（略） (4)　（略） (5)　（略） (6)　（略） (7)　（略） （新設）

⑰　障害者施設等入院基本料等の患者割合に係る要件の見直し

第１　基本的な考え方

障害者施設等入院基本料等の要件である、病棟の入院患者のうち重度の肢体不自由児(者)、脊髄損傷等の重度障害者等が占める割合について、一部の医療機関において大きく下回る施設があったことを踏まえ、障害者施設等入院基本料等について要件を見直す。

第２　具体的な内容

障害者施設等入院基本料２～４、特殊疾患入院施設管理加算、特殊疾患入院医療管理料及び特殊疾患病棟入院料の要件における重度の肢体不自由児（者）等の患者割合について、現行において「おおむね」として患者割合を示している取扱いを廃止するとともに、該当患者の割合については、暦月で●●か月を超えない期間の●●割以内の一時的な変動にあっては、施設基準に係る変更の届出を行う必要はないこととする。

改　定　案	現　　行
【障害者施設等入院基本料】 ［施設基準］ 七　障害者施設等入院基本料の施設基準等 (1) 通則 障害者施設等一般病棟は、次のいずれにも該当する病棟であること。 イ　次のいずれかに該当する病棟であること。 ①　（略） ②　次のいずれにも該当する一般病棟であること。 1　重度の肢体不自由児（者）（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。第八の九の(1)において同じ。）、脊髄損	【障害者施設等入院基本料】 ［施設基準］ 七　障害者施設等入院基本料の施設基準等 (1) 通則 障害者施設等一般病棟は、次のいずれにも該当する病棟であること。 イ　次のいずれかに該当する病棟であること。 ①　（略） ②　次のいずれにも該当する一般病棟であること。 1　重度の肢体不自由児（者）（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。第八の九の(1)において同じ。）、脊髄損

傷等の重度障害者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。第八の九の(1)並びに第九の八の(1)のイ及び十二の(1)のイにおいて同じ。）、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等を七割以上入院させている病棟であること。 ２　（略） ※　特殊疾患入院施設管理加算、特殊疾患入院医療管理料及び特殊疾患病棟入院料についても同様。	傷等の重度障害者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。第八の九の(1)並びに第九の八の(1)のイ及び十二の(1)のイにおいて同じ。）、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等をおおむね七割以上入院させている病棟であること。 ２　（略）

⑱　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、慢性腎臓病患者が入院した場合について、障害者施設等入院基本料等の評価を見直す。

第２　具体的な内容

障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料及び特殊疾患病棟入院料において、透析を実施する慢性腎臓病患者について、療養病棟入院基本料に準じた評価とする。

改　定　案	現　　行
【障害者施設等入院基本料】 ［算定要件］ 注13　当該病棟に入院している患者のうち、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ０３８－２に掲げる持続緩徐式血液濾過、区分番号Ｊ０３９に掲げる血漿交換療法又は区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流を行っている慢性腎臓病の患者（注６及び注12に規定する点数を算定する患者を除く。）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。 イ　７対１入院基本料又は10対１入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合　●●点 ロ　13対１入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院して	【障害者施設等入院基本料】 ［算定要件］ （新設）

いる場合　●●点 ハ　15対１入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合　●●点	
【特殊疾患入院医療管理料】 ［算定要件］ 注７　当該病棟に入院している患者のうち、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ０３８－２に掲げる持続緩徐式血液濾過、区分番号Ｊ０３９に掲げる血漿交換療法又は区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流を行っている慢性腎臓病の患者（注４及び注６に規定する点数を算定する患者を除く。）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の患者に相当するものについては、注１の規定にかかわらず、●●点を算定する。	【特殊疾患入院医療管理料】 ［算定要件］ （新設）
【特殊疾患病棟入院料】 ［算定要件］ 注７　当該病棟に入院する患者のうち、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ０３８－２に掲げる持続緩徐式血液濾過、区分番号Ｊ０３９に掲げる血漿交換療法又は区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流を行っている慢性腎臓病の患者（注４及び注６に規定する点数を算定する患者を除く。）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の患者に相当するものについては、注１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。 イ　特殊疾患病棟入院料１の施設基準を届け出た病棟に入院して	【特殊疾患病棟入院料】 ［算定要件］ （新設）

いる場合　●●点 ロ　特殊疾患病棟入院料２の施設基準を届け出た病棟に入院している場合　●●点	

⑲　緩和ケア病棟における在宅療養支援の充実

第１　基本的な考え方

緩和ケア病棟における在宅療養支援をより推進する観点から、緊急入院初期加算の要件を見直す。

第２　具体的な内容

緩和ケア病棟緊急入院初期加算における事前の文書による情報提供の要件について、ICT を活用して、受入れを行う保険医療機関において当該患者の診療情報等が確認できる体制が構築されている場合は、事前の文書による情報提供がない場合であっても、要件を満たすこととする。

改　定　案	現　　行
【緩和ケア病棟緊急入院初期加算】 ［算定要件］ (5)　「注２」に規定する緩和ケア病棟緊急入院初期加算は、当該保険医療機関と連携して緩和ケアを提供する別の保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）（以下本項において「連携保険医療機関」という。）から在宅緩和ケアを受ける患者の病状が急変し、症状緩和のために一時的に入院治療を要する場合の緩和ケア病棟への受入れを通じ、在宅での緩和ケアを後方支援することを評価するものである。 （中略） また、在宅緩和ケアを受け、緊急に入院を要する可能性のある患者について、緊急時の円滑な受入れのため、病状及び投薬内容のほか、患者及び家族への説明等について、当該連携保険医療機関より予め文書による情報提供を受ける必要がある。ただし、当該情報についてICTの活用により、当該保険	【緩和ケア病棟緊急入院初期加算】 ［算定要件］ (5)　「注２」に規定する緩和ケア病棟緊急入院初期加算は、当該保険医療機関と連携して緩和ケアを提供する別の保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）（以下本項において「連携保険医療機関」という。）から在宅緩和ケアを受ける患者の病状が急変し、症状緩和のために一時的に入院治療を要する場合の緩和ケア病棟への受入れを通じ、在宅での緩和ケアを後方支援することを評価するものである。 （中略） また、在宅緩和ケアを受け、緊急に入院を要する可能性のある患者について、緊急時の円滑な受入れのため、病状及び投薬内容のほか、患者及び家族への説明等について、当該連携保険医療機関より予め文書による情報提供を受ける必要がある。

医療機関が常に連携保険医療機関の有する診療情報の閲覧が可能な場合、文書による情報提供に関する要件を満たしているとみなすことができる。	

⑳　医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し

「Ⅰ－６－⑥」を参照のこと。

㉑　医療資源の少ない地域の対象地域の見直し

「Ⅰ－６－⑦」を参照のこと。

㉒　DPC／PDPSの見直し

第１　基本的な考え方

DPC/PDPSを安定的に運用するとともに、適切な包括評価を行う観点から、DPC対象病院の基準を見直す。また、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及び医療機関別係数の設定等、所要の処置を講ずる。

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．DPC対象病院の基準の見直し
（１）データ数について
急性期入院医療の標準化という制度の趣旨を踏まえ、適切な包括評価を行う観点から、「調査期間１月当たりのデータ数が90以上」であることをDPC対象病院の基準として位置づける。

（２）適切なDPCデータの作成について
適切な提出データに基づく安定的な制度運用を行う観点から、機能評価係数Ⅱにおける保険診療係数において評価を行ってきた適切なDPCデータの作成に係る基準について、DPC対象病院の基準として位置づけを見直す。

（３）DPC制度への参加等の手続きについて
データ数及び適切なDPCデータの作成に係る基準の運用については、令和８年度診療報酬改定時よりDPC制度への参加及びDPC制度からの退出に係る判定基準として用いることとする。

３．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、従前の考え方を維持し、３つの医療機関群（大学病院本院群、DPC特定病院群、DPC標準病院群）を設定する。ただし、データ数に係る基準を満たさない医療機関については、基礎係数の評価を区別する。
※　データ数の算出にあたっては、新型コロナウイルス感染症に係る臨時的な取扱いを講ずる。

① 設定要件

DPC特定病院群は、実績要件１から４までの全て（実績要件３については、６つのうち５つ）について、各要件の基準値を満たした医療機関とする。各要件の基準値は、大学病院本院群の最低値（外れ値を除く。）とする。また、各医療機関の実績値は、令和４年10月から令和５年９月までの診療内容及び診断群分類に基づき算出する。

【実績要件１】：診療密度

１日当たり包括範囲出来高平均点数（全病院患者構成、後発医薬品により補正）

- 当該医療機関において症例数が一定以上（１症例／月：極端な個別事例を除外するため）の診断群分類に該当する患者について、当該医療機関が全DPC対象病院の平均的な患者構成と同様の患者群に対して診療を行ったと仮定した場合の１日当たり包括範囲出来高実績点数を算出する。
- 当該医療機関における入院医療で用いられる医薬品のうち、「各先発医薬品の後発医薬品の有無に関する情報」（令和５年８月30日～令和５年９月30日）に掲載された「２：後発医薬品がある先発医薬品」に該当する医薬品に対して薬価基準収載医薬品コード９桁（成分、剤形によって分類された同一分類内の規格単位まで）が一致する「３：後発医薬品」の薬価最低値に置き換えた場合の１日当たりの包括範囲出来高実績点数を算出する。

【実績要件２】：医師研修の実施

届出病床１床当たりの臨床研修医師の採用数（基幹型臨床研修病院の免許取得後２年目まで）

- 各医療機関が厚生労働省に報告している臨床研修医の採用数と、医療法上の許可病床総数により算出する。
- 特定機能病院については、当該実績要件を満たしたものとして取り扱う。

【実績要件３】：医療技術の実施

- 外科系（外保連試案9.4版）
  - (3a)：手術実施症例１件当たりの外保連手術指数（外科医師数及び手術時間補正後）
  - (3b)：DPC算定病床当たりの同指数（外科医師数及び手術時間補正後）

(3c)：手術実施症例件数

・　内科系（特定内科診療（2014年度版）（別表１））

(3A)：症例割合

(3B)：DPC算定病床当たりの症例件数

(3C)：対象症例件数

「(3a)：手術実施症例１件当たりの外保連手術指数（外科医師数及び手術時間補正後)」は、当該医療機関におけるDPC算定病床の全患者総計の外保連手術指数（※）を「(3c)：手術実施症例件数」で除して算出する。

「(3b)：DPC算定病床当たりの同指数（外科医師数及び手術時間補正後)」は、当該医療機関におけるDPC算定病床の全患者総計の外保連手術指数をDPC算定病床数で除して算出する。

「(3c)：手術実施症例件数」は、外保連試案（第9.4版）において技術度が設定されている手術が実施された症例を対象とする。ただし、点数設定から同等の技術と考えられるものについても対象とする。

「(3A)：症例割合」は、特定内科診療の対象症例数をDPC算定病床の全患者総計で除して算出する。

「(3B)：DPC算定病床当たりの症例件数」は、特定内科診療の対象症例数をDPC算定病床数で除して算出する。

「(3C)：対象症例件数」は、特定内科診療の対象DPCコードと条件に一致する症例を対象とする。

（※）外保連手術指数の算出方法

外保連手術指数の集計においては、様式１に記載された手術のうち、複数の記載がある場合については、最も外保連手術指数が高い手術の指数に基づき評価する。外保連手術指数は、外保連試案（第9.4版）に記載されている、外科医師数を含めた時間当たりの人件費の相対値（下表参照。技術度B、外科医師数１人を１としてそれぞれ相対化。）に手術時間数を加味して各手術に重み付けし、集計対象手術それぞれについて合算し算出する。

【例】技術度D、外科医師数３、手術時間数３の手術は6.99×3=20.97

外科医師数	7	6	5	4	3	2	1
E	13.37	13.10	12.83	12.55	11.55	9.27	5.56
D	8.09	7.81	7.54	7.27	6.99	5.99	3.71
C			4.11	3.83	3.56	3.29	2.29
B				1.82	1.55	1.27	1.00

技術度、外科医師数、手術時間数はいずれも外保連試案の規定を採用。

- 外保連試案と結びつけられなかったKコード（医科点数表の手術コード）の手術については、医科点数表の点数設定を参考に、類似する手術が存在する場合には同じ技術度を付与する。それ以外のものについては集計の対象外とする。
- １つのKコードに複数の外保連試案コードが対応する場合は、外科医師数を最も重視する形で外保連手術指数を算出する。具体的には、次の順で対応する手術を１つに絞り、対応関係を作成する。
  １．外科医師数
  ２．技術度
  ３．手術時間数
- 内視鏡試案における評価は、「手技技術度」、「協力医師数＋１」、「施行時間」。

別表１　特定内科診療25疾患

疾患No.	疾患名	対象DPCコードと条件	ポイント
1	重症脳卒中（JCS30以上）	010040x199x$xx（入院時JCS30以上）（DPC外含） 010060x199$$$$（入院時JCS30以上） 010060x399$$$$（入院時JCS30以上）	出血と梗塞 JCS30以上
2	髄膜炎・脳炎	010080xx99xx（入院時JCS100以上、もしくは処置２ありのうちJ045$人工呼吸あり）	処置２（人工呼吸）
3	重症筋無力症クリーゼ	010130xx99x$xx（処置２あり／なし） （ICD　G700のみ）（DPC外含）	診断名（ICD10）で判断
4	てんかん重積状態	010230xx99x$$x（処置２・副傷病あり／なし） （ICD　G41$のみ）	診断名（ICD10）で判

			断
５	気管支喘息重症発作	040100xxxxx$xx（処置２あり）（J045$人工呼吸）（ICD J46、J45$のみ）	処置２（人工呼吸）
６	間質性肺炎	040110xxxxx$xx（処置２あり）（J045$人工呼吸）（ICD絞りなし）	処置２（人工呼吸）
７	COPD急性増悪	040120xx99$1xx（処置２あり）（J045$人工呼吸）（DPC外含）	処置２（人工呼吸）
８	急性呼吸窮<促>迫症候群、ARDS	040250xx99x1xx（処置２あり）（PGI2ありの場合、J045$人工呼吸があれば可）	処置２（人工呼吸）
９	急性心筋梗塞	050030xx975$$x（処置１　５あり）（ICD　I21$のみ）	Kコードあり
10	急性心不全	050130xx99$$xx（処置２あり　E101SPECT・E100$シンチグラム・G005中心静脈注射のみ除く） 050130xx975$xx（処置１　５あり）	人工呼吸又は緊急透析 Kコードあり
11	解離性大動脈瘤	050161xx99$$xx（処置２あり　G005中心静脈注射のみ除く）（DPC外含）	処置２（人工呼吸・緊急透析）
12	肺塞栓症	050190xx975xxx（処置１　５あり）（ICD　I822を除く） 050190xx99x$xx（処置２あり　G005中心静脈注射のみ除く）（ICD　I822を除く）	処置２（人工呼吸・緊急透析） Kコードあり
13	劇症肝炎	060270xx$$x$xx（手術あり／なし）（処置２あり　G005中心静脈注射のみ除く）（ICD絞りなし）	処置２（人工呼吸、PMX等）
14	重症急性膵炎	060350xx$$$1x$（手術あり／なし）（処置２あり　G005中心静脈注射のみ除く）（ICD　K85$のみ）（DPC外含）	処置２（人工呼吸、CHDF等）
15	糖尿病性ケトアシドーシス	100040（DPC６桁全て）	診断名あれば全て
16	甲状腺クリーゼ	100140xx99x$$x（処置２あり／なし）（ICD　E055のみ）	診断名と手術なし
17	副腎クリーゼ	100202xxxxxx$x（ICD　E272のみ）	診断名あれば全て
18	難治性ネフローゼ症候群	110260xx99x$xx（処置２　あり／なし）（D412経皮的針生検又はD412-2経皮的腎生検法のいずれか一方が必須）	診断名、腎生検
19	急速進行性糸球体腎炎	110270xx99x$xx（処置２　あり／なし）（D412経皮的針生検又はD412-2経皮的腎生検法のいずれか一方が必須）（DPC外含）	診断名、腎生検

20	急性白血病	130010xx99x$xx（化学療法あり）（ICD　C910、C920、C950のみ） 130010xx97x$xx（化学療法あり）（ICD　C910、C920、C950のみ）	化学療法、実症例数
21	悪性リンパ腫	130020xx$$x$xx（化学療法あり）（ICD絞りなし）（DPC外含） 130030xx99x$xx（化学療法あり）（ICD絞りなし） 130030xx97x$$x（化学療法あり）（ICD絞りなし）（DPC外含）	化学療法、実症例数
22	再生不良性貧血	130080（DPC６桁全て）（ICD絞りなし）	実症例数
23	頸椎頸髄損傷	160870（DPC６桁全て）（リハビリ実施必須）（ICD絞りなし）	リハビリ
24	薬物中毒	161070xxxxx$xx（処置２あり　G005中心静脈注射のみ除く）（ICD絞りなし）（DPC外含）	処置２（人工呼吸器、PMX等）
25	敗血症性ショック	180010x$xxx3xx（処置２　３あり）（ICD絞りなし）（DPC外含）	処置２　３（PMX、CHDF）

【実績要件４】: 補正複雑性指数（DPC補正後）

全DPC対象病院データの平均在院日数より長い平均在院日数を持つDPCで、かつ、１日当たり包括範囲出来高実績点数が平均値より高いDPCについて算出した複雑性指数

② 基準値

各要件の基準値は、大学病院本院群の実績値を踏まえて以下のとおりとする。

<table>
<tr><th colspan="2">実績要件</th><th>令和6年度基準値</th></tr>
<tr><td colspan="2">【実績要件1】:診療密度
１日当たり包括範囲出来高平均点数
（全病院患者構成、後発医薬品補正）</td><td rowspan="2">外れ値を除外し最低値を設定
（具体的な数値は最終データの確定により設定）</td></tr>
<tr><td colspan="2">【実績要件2】:許可病床1床当たりの臨床研修医師数
（基幹型臨床研修病院における免許取得後2年目まで）</td></tr>
<tr><td colspan="3">【実績要件3】:医療技術の実施（6つのうち5つを満たす）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">外保連試案</td><td>(3a):手術実施症例1件当たりの外保連手術指数</td><td rowspan="4">外れ値を除外し最低値を設定
（具体的な数値は最終データの確定により設定）</td></tr>
<tr><td>(3b):DPC算定病床当たりの同指数</td></tr>
<tr><td>(3c):手術実施症例件数</td></tr>
<tr><td>特定内科診療</td><td>(3A):症例割合</td></tr>
</table>

	(3B):DPC算定病床当たりの症例件数	
	(3C):対象症例件数	
【実績要件4】:補正複雑性指数(DPC補正後)		

（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

保険診療係数による評価は廃止し、一部の評価項目について体制評価指数での評価に移行する。救急医療係数については医療機関別係数における位置づけを見直す。既存の４つの評価項目（地域医療、効率性、複雑性、カバー率）について、項目間での重み付けは等分とした上で、評価項目の再編を踏まえ、地域医療係数において体制評価指数を重点評価するよう見直す。

効率性係数について、医療機関群ごとの評価とするとともに、評価手法について必要な見直しを行う。

地域医療指数における体制評価指数については、実績分布等を踏まえ、大学病院本院群及びDPC特定病院群における実績評価手法を見直すとともに、「感染症」の項目において、医療計画における取組等を踏まえ、評価内容を見直す。また、新たな評価項目として、「臓器提供の実施」、「医療の質向上に向けた取組」及び「医師少数地域への医師派遣機能」（大学病院本院群に限る。）を追加する。（別表２）

（４）救急補正係数

これまで機能評価係数Ⅱにおける評価項目であった救急医療係数について、評価の趣旨を踏まえ、医療機関別係数における評価項目としての位置づけを見直すとともに、名称を「救急補正係数」へ見直す。評価手法については、従前の考え方を維持し、機能評価係数Ⅱの各評価項目と重み付けは等分とする。

（５）激変緩和係数

従前の評価方法を維持し、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。）がプラスマイナス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。）。

新たにDPC/PDPSに参加する医療機関のうち、診療報酬改定前の実績と比べて推計診療報酬変動率（出来高部分も含む。）が２％を超えて低く変動する医療機関については、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を算出（補正診療報酬変動率）し、補正診療報酬変動率がマイナス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。

４．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。点数設定にあたっては、データ数に係る基準を満たさない医療機関のデータを除外して算出する。

（２）点数設定方式Bで設定する診断群分類の見直し

入院初期の医療資源投入量の多い診断群分類が増加している実態を踏まえ、「入院期間Ｉでの１日当たり包括範囲点数／１入院期間での１日当たり包括範囲点数」が1.17を超える分類について、点数設定方式Bにより設定する。

（３）点数設定方式Eの新設

より早期の退院への評価を充実化する観点から、入院期間Ｉで入院基本料を除く１入院当たり包括範囲点数を支払う点数設定方式Eを新設し、一定程度標準化が進んでいると考えられる診断群分類の一部に適用する。

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、調査項目を見直す。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。

６．その他

血友病等に使用する血液凝固因子製剤については、他疾患を主病とする場合の包括点数で十分な評価を得ることが困難であることから、包括対象外となっている。

現在、いわゆる「高額薬剤告示」において、「抗 TFPI モノクローナル抗体（コンシズマブ（遺伝子組換え））」を入院患者に対して使用する場合、当該患者は出来高により算定することとしているが、当該薬剤は血液凝固因子製剤と同様に血友病患者における出血傾向の抑制を目的とした効能・効果を有することから、当該薬剤については、包括対象外として取り扱うこととする。

別表２　機能評価係数Ⅱの評価方法

＜機能評価係数Ⅱの具体的な評価内容（令和６年度）＞　**太字下線部**が見直し内容

＜項目＞	評価の考え方	評価指標（指数）
~~保険診療指数（廃止）~~	~~提出するデータの質や医療の透明化、保険診療の質的向上等、医療の質的な向上を目指す取組を評価原則として１点、右記の基準に該当した場合はそれぞれ加算又は減算~~	~~適切なDPCデータの作成~~ ~~・「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が10%以上の場合、0.05点減算する。~~ ~~・DPCデータの様式間の記載矛盾のあるデータの件数が全体の１%以上の場合、0.05点減算する。~~ ~~様式１の親様式・子様式間（データ属性等（郵便番号、性別、生年月日等）、様式１とEFファイル間（入院日数入院料の算定回数の矛盾）、様式４とEFファイル（医科保険情報と先進医療等情報の矛盾）、DファイルとEFファイル（記入されている入院料等の矛盾）~~ ~~・未コード化傷病名である傷病名の割合が２%以上の場合、0.05点減算する。（様式１で評価）~~ ~~・病院情報の公表：自院のホームページで公表した場合に0.05点加算する。~~ ~~・（保険診療への取組：令和６年度からの評価を検討）~~
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、~~１：１７：５~~）構成	体制評価指数： **５疾病５事業等における急性期入院医療５疾病６事業等を含む医療提供体制における役割や実績**を評価（別頁に詳細を記載） 定量評価指数： 〔当該医療機関の所属地域における担当患者数〕／〔当該医療機関の所属地域における発生患者数〕を１）小児（15歳未満）と２）それ以外（15歳以上）に分けてそれぞれ評価（１：１）。 DPC標準病院群は２次医療圏、大学病院本院群及びDPC特定病院群は３次医療圏のDPC対象病院に入院した患者を対象とする。

評価対象：令和４年 10 月１日～令和５年９月 30 日データ

※　診療実績に基づく指数については、新型コロナウイルス感染症に係る臨時的な取扱いを講ずる。

＜項目＞	評価の考え方	評価指標（指数）
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対象病院の平均在院日数〕／〔当該医療機関の患者構成が、全DPC/PDPS対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数〕~~ **〔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	１入院当たり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（１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き換えた点数〕／〔全病院の平均１入院当たり包括点数〕 ※　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。
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。
救急医療指数（位置づけの見直し） **※救急補正係数として評価**	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」、「A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料」、「A300救命救急入院料」、「A301-4小児特定集中治療室管理料」、「A301特定集中治療室管理料」、「A302新生児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」「A303総合周産期特定集中治療室管理料」

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

＜地域医療指数・体制評価指数の具体的な評価内容（令和６年度）＞　**太字下線部**が見直し内容

<table>
<tr><th>評価項目</th><th>概要</th><th>DPC標準病院群</th><th>大学病院本院群</th><th>DPC特定病院群</th></tr>
<tr><td rowspan="2">心筋梗塞等の心血管疾患</td><td>緊急時の心筋梗塞のPCIや外科治療の実績（0.5P）</td><td colspan="3">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</td></tr>
<tr><td>急性大動脈解離の手術実績（0.5P）</td><td colspan="3">入院中にK5601,K5602,K5603,K5604,K5605,K560-21,K560-22,K560-23,K5612 ｲ のいずれかが算定されている症例の診療実績により評価</td></tr>
<tr><td>精神疾患</td><td>精神科入院医療への評価</td><td colspan="3">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）</td></tr>
<tr><td>災害</td><td>災害時における医療への体制を評価</td><td colspan="3">・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）</td></tr>
<tr><td>周産期</td><td>周産期医療への体制を評価</td><td>「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）</td><td colspan="2">・「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</td></tr>
<tr><td>へき地</td><td>へき地の医療への体制を評価</td><td colspan="3">・「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）</td></tr>
</table>

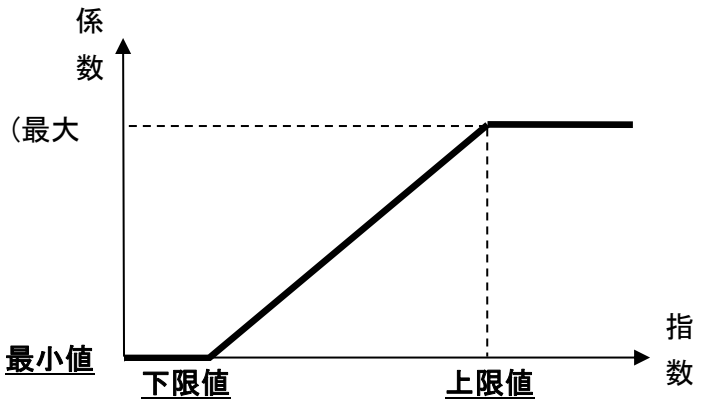
<table>
<tr><th>評価項目</th><th>概要</th><th>DPC標準病院群</th><th>大学病院本院群</th><th>DPC特定病院群</th></tr>
<tr><td rowspan="2">救急</td><td rowspan="2">医療計画上の体制及び救急医療の実績を評価</td><td>二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設又は救命救急センターを評価(0.1P)</td><td colspan="2">・救命救急センター（0.5P）
・二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設（0.1P）</td></tr>
<tr><td>上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数（最大0.9P）</td><td colspan="2">上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数（救急医療入院に限る）（最大0.5P）</td></tr>
<tr><td>感染症</td><td>新興感染症等に係る医療への体制を評価</td><td colspan="3">・新型インフルエンザ患者入院医療機関に該当（0.25P）<u>（令和６年度で終了）</u>
・新型コロナウイルス感染症に係る病床確保を行っていること（0.25P）<u>（令和６年度で終了）</u>
※　上記のいずれも満たした場合0.75P<u>（令和６年度で終了）</u>
・GMISへの参加（日次調査への年間の参加割合を線形で評価）（最大0.25P）<u>（令和６年度で終了）</u>
<u>・第一種協定指定医療機関に該当（0.5P）（令和７年度以降の評価）</u>
<u>・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）（令和７年度以降の評価）</u></td></tr>
<tr><td><u>治験等の実施</u></td><td><u>治験や臨床研究等の実績を評価</u></td><td>右記のいずれか１項目を満たした場合１P</td><td colspan="2">治験等の実施
・過去３カ年において、主導的に実施した医師主導治験が８件以上、又は主導的に実施した医師主導治験が４件以上かつ主導的に実施した臨床研究実績が40件以上（１P）
・20例以上の治験（※）の実施、10例以上の先進医療の実施又は10例以上の患者申出療養の実施(0.5P)
（※）協力施設としての治験の実施を含む。</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>評価項目</th><th>概要</th><th>DPC標準病院群</th><th>大学病院本院群</th><th>DPC特定病院群</th></tr>
<tr><td>臓器提供の実施</td><td>法的脳死判定後の臓器提供に係る実績を評価</td><td>・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）</td><td colspan="2">・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）</td></tr>
<tr><td>医療の質向上に向けた取組</td><td>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</td><td colspan="3">・医療の質指標に係るDPCデータの提出（0.5P）（令和７年度以降の評価）
・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）（令和７年度以降の評価）
（※）令和６年度は１Pとして評価</td></tr>
<tr><td>医師少数地域への医師派遣機能</td><td>医師派遣による地域医療体制維持への貢献を評価</td><td>（評価は行わない）</td><td>・「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）</td><td>（評価は行わない）</td></tr>
</table>

地域医療計画等における一定の役割を 12 項目（大学病院本院群にあっては 13 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）

＜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	
~~保険診療~~	~~（固定の係数値のため設定なし。）~~			~~群ごとに評価~~
効率性	97.5%tile 値	2.5%tile 値(※１)	0	~~全群共通で群ごとに~~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	0	0	群ごとに評価
（体制）	1.0	0	0	
~~救急医療救急補正~~	97.5%tile 値	0（※２）	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）報酬差額の評価という趣旨から設定

＜地域医療指数・体制評価指数のうち実績評価を加味する項目＞

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

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

○　脳卒中、急性大動脈解離に対する手術実績

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

㉓　血友病患者の治療の評価の見直し

第１　基本的な考え方

血友病患者における治療の選択肢を拡げる観点から、薬剤料を包括している入院料等について、血友病治療薬に係る薬剤料の取扱いを見直す。

第２　具体的な内容

１．療養病棟入院基本料及び特定入院料等の薬剤費を包括している入院料等について、血友病治療薬に係る薬剤料の包括範囲を見直す。

２．介護老人保健施設及び介護医療院で薬剤の費用が医療保険からの給付となっている血友病治療薬の対象範囲を見直す。

改　定　案	現　　行
［施設基準］ 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及び注 12 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 （中略） 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。） ※　別表五の一の三、別表五の一の四、別表五の一の五についても同様。	［施設基準］ 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及び注 12 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 （中略） 血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体

第十六　介護老人保健施設入所者について算定できない検査等 一～二　（略） 三　介護老人保健施設入所者について算定できる注射及び注射薬等の費用 （中略） 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。）	第十六　介護老人保健施設入所者について算定できない検査等 一～二　（略） 三　介護老人保健施設入所者について算定できる注射及び注射薬等の費用 （中略） 血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂（う）回活性複合体の費用

①　生活習慣病に係る医学管理料の見直し

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、生活習慣病管理料について要件及び評価を見直すとともに、特定疾患療養管理料について対象患者を見直す。

第２　具体的な内容

１．生活習慣病管理料の評価及び要件について、以下のとおり見直すとともに、名称を生活習慣病管理料（Ⅰ）とする。

（１）生活習慣病管理料における療養計画書を簡素化するとともに、令和７年から運用開始される予定の電子カルテ情報共有サービスを活用する場合、血液検査項目についての記載を不要とする。あわせて、療養計画書について、患者の求めに応じて、電子カルテ情報共有サービスにおける患者サマリーに、療養計画書の記載事項を入力した場合、療養計画書の作成及び交付をしているものとみなす。

（２）診療ガイドライン等を参考として疾病管理を行うことを要件とする。

（３）生活習慣病の診療の実態を踏まえ、少なくとも１月に１回以上の総合的な治療管理を行う要件を廃止する。

（４）歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等の多職種と連携することを望ましい要件とするとともに、糖尿病患者に対して歯科受診を推奨することを要件とする。

改　定　案	現　　行
【生活習慣病管理料（Ⅰ）】 ［算定要件］ Ｂ００１－３　生活習慣病管理料（Ⅰ） １　脂質異常症を主病とする場合 ●●点 ２　高血圧症を主病とする場合 ●●点 ３　糖尿病を主病とする場合 ●●点 注１　別に厚生労働大臣が定める施	【生活習慣病管理料】 ［算定要件］ Ｂ００１－３　生活習慣病管理料 １　脂質異常症を主病とする場合 570 点 ２　高血圧症を主病とする場合 620 点 ３　糖尿病を主病とする場合 720 点 注１　保険医療機関（許可病床数

設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月１回に限り算定する。ただし糖尿病を主病とする場合にあっては、区分番号Ｃ１０１に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。	が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月１回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合にあっては、区分番号Ｃ１０１に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。
２　生活習慣病管理を受けている患者に対して行った区分番号Ａ００１の注８に掲げる医学管理、第２章第１部医学管理等（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及び区分番号Ｂ●●に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料を除く。）、第３部検査、第６部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料（Ⅰ）に含まれるものとする。	２　生活習慣病管理を受けている患者に対して行った第２章第１部医学管理等（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及び区分番号Ｂ００１の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料を除く。）、第３部検査、第６部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。
３・４　（略）	３・４　（略）
５　生活習慣病管理料（Ⅱ）を算定した日の属する月から起算して６月以内の期間においては、生活習慣病管理料（Ⅰ）は、算定できない。	（新設）

(1)　生活習慣病管理料（Ⅰ）は、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者の治療においては生活習慣に関する総合的な治療管理が重要であることから設定されたものであり、治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、飲酒及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、許可病床数が200床未満の病院及び診療所である保険医療機関において算定する。この場合において、当該治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、薬剤師、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましい。なお、区分番号「Ａ０００」初診料を算定した日の属する月においては、本管理料は算定しない。	(1)　生活習慣病管理料は、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者の治療においては生活習慣に関する総合的な治療管理が重要であることから設定されたものであり、治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、飲酒及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、許可病床数が200床未満の病院及び診療所である保険医療機関において算定する。この場合において、当該治療計画に基づく総合的な治療管理は、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施しても差し支えない。なお、区分番号「Ａ０００」初診料を算定した日の属する月においては、本管理料は算定しない。
(2)　生活習慣病管理料（Ⅰ）は、服薬、運動、休養、栄養、喫煙及び飲酒等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、患者に対して療養計画書（療養計画書の様式は、別紙様式９又はこれに準じた様式とする。）により丁寧に説明を行い、患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受けた場合に算定できるものである。また、交付した療養計画書の写しは診療録に添付しておくものとする。なお、療養計画書は、当該患者の治療管理において必要な項目のみを記載することで差し支えないが、糖尿病の患者については血糖値及びＨｂＡ１ｃの値を、高血圧症の患者については血圧の値を必ず記載すること。なお、血液検査結果を療養計画書とは別に	(2) 生活習慣病管理料は、服薬、運動、休養、栄養、喫煙及び飲酒等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、患者に対して療養計画書（療養計画書の様式は、別紙様式９又はこれに準じた様式とする。）により丁寧に説明を行い、患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受けた場合に算定できるものである。また、交付した療養計画書の写しは診療録に添付しておくものとする。なお、療養計画書は、当該患者の治療管理において必要な項目のみを記載することで差し支えないが、糖尿病の患者については血糖値及びＨｂＡ１ｃの値を、高血圧症の患者については血圧の値を必ず記載すること。

手交している場合又は患者の求めに応じて、電子カルテ情報共有サービスを活用して共有している場合であって、その旨を診療録に記載している場合は、療養計画書の血液検査項目についての記載を不要とする。	
(3)　生活習慣病管理料(Ⅰ)については、当該患者の診療に際して行った「Ａ００１」の注８に掲げる医学管理、第２章第１部医学管理等（「Ｂ００１」の「20」糖尿病合併症管理料、同「22」がん性疼痛緩和指導管理料、同「24」外来緩和ケア管理料、同「27」糖尿病透析予防指導管理料及び同「●●」腎臓病透析予防指導管理料を除く。)、第３部検査、第６部注射及び第13部病理診断の費用は全て所定点数に含まれる。	(3)　当該患者の診療に際して行った第１部医学管理等（「Ｂ００１」の「20」糖尿病合併症管理料、同「22」がん性疼痛緩和指導管理料、同「24」外来緩和ケア管理料及び同「27」糖尿病透析予防指導管理料を除く。)、第３部検査、第６部注射及び第13部病理診断の費用は全て所定点数に含まれる。
（削除）	(4)　生活習慣病管理料を算定している患者に対しては、少なくとも１月に１回以上の総合的な治療管理が行われなければならない。
(4)　生活習慣病管理料を算定する月においては、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、飲酒、特定健診・特定保健指導に係る情報提供及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理に係る療養計画書（療養計画書の様式は、別紙様式９の２又はこれに準じた様式とする。）を交付するものとするが、当該療養計画書の内容に変更がない場合はこの限りでない。ただし、その場合においても、患者又はその家族等から求めがあった場合にも交付するものとするとともに、概ね４月に１回以上は交付するものとする。なお、交付した当該療養計画書の写しは診療録に添付しておく	(5)　生活習慣病管理料を算定する月においては、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、飲酒、特定健診・特定保健指導に係る情報提供及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理に係る療養計画書（療養計画書の様式は、別紙様式９の２又はこれに準じた様式とする。）を交付するものとするが、当該療養計画書の内容に変更がない場合はこの限りでない。ただし、その場合においても４月に１回以上は交付するものとする。なお、交付した当該療養計画書の写しは診療録に添付しておくものとする。

ものとする。 (5)　(2)及び(4)について、患者の求めに応じて、電子カルテ情報共有サービスにおける患者サマリーに、療養計画書での記載事項を入力し、診療録にその記録及び患者の同意を得た旨を残している場合は、療養計画書の作成及び交付をしているものとみなすものとする。ただし、この場合においても、(2)のとおり、生活習慣病管理料(Ⅰ)を算定するにあたっては、服薬、運動、休養、栄養、喫煙及び飲酒等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、丁寧に説明を行い、患者の同意を得ることとする。	(新設)
(削除)	(6)　当該月に生活習慣病管理料を算定した患者の病状の悪化等の場合には、翌月に生活習慣病管理料を算定しないことができる。
(6)･(7)　(略)	(7)･(8)　(略)
(8)　学会等の診療ガイドライン等や診療データベース等の診療支援情報を参考にする。	(9)　学会等の診療ガイドライン等や診療データベース等の診療支援情報を、必要に応じて、参考にする。
(9)　患者の状態に応じ、28日以上の長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示するとともに、患者から求められた場合に適切に対応すること。	(新設)
(10)　(略)	(10)　(略)
(11)　糖尿病の患者については、患者の状態に応じて、年１回程度眼科の医師の診察を受けるよう指導を行うこと。また、糖尿病の患者について、歯周病の診断と治療のため、歯科受診の推奨を行うこと。	(11)　糖尿病の患者については、患者の状態に応じて、年１回程度眼科の医師の診察を受けるよう指導を行うこと。
(12)～(14)　(略)	(12)～(14)　(略)

［施設基準］ 四の九　生活習慣病管理料（Ⅰ）の施設基準 (1)　生活習慣病管理料（Ⅰ）の注１に規定する施設基準 生活習慣病管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。 (2)　生活習慣病管理料（Ⅰ）の注４に規定する施設基準 イ　外来患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されていること。 ロ　データ提出加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。	［施設基準］ 四の九　生活習慣病管理料の注４に規定する施設基準 （新設） (1)　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。 (2)　データ提出加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。
第６の９　生活習慣病管理料 １　生活習慣病管理料（Ⅰ）の注１に規定する施設基準 (1)　患者の状態に応じ、28 日以上の長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示すること。 (2)　治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましいこと。 ２～４　（略）	第６の９　生活習慣病管理料 （新設） １～３　（略）

２．検査等を包括しない生活習慣病管理料（Ⅱ）を新設する。

（新）　生活習慣病管理料（Ⅱ）　●●点

［算定要件］

（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●●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●回に限り算定する。

（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に掲げる医学管理及び第２章第１部第１節医学管理等（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及び区分番号Ｂ●●に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料を除く。）の費用は、生活習慣病管理料（Ⅱ）に含まれるものとする。

（３）生活習慣病管理料（Ⅰ）を算定した日の属する月から起算して●月以内の期間においては、生活習慣病管理料（Ⅱ）は算定できない。

（４）別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、生活習慣病管理料（Ⅱ）を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、●●点を算定する。

［施設基準］

（１）生活習慣病管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

（２）患者の状態に応じ、28 日以上の長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示すること。

（３）治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましいこと。

（４）生活習慣病管理料（Ⅱ）を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行う場合に係る厚生労働大臣が定める施設基準

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）　<u>血糖自己測定指導加算</u>　<u>●●点</u>

［算定要件］

糖尿病を主病とする患者（２型糖尿病の患者であってインスリン製剤を使用していないものに限る。）に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行った場合は、血糖自己測定指導加算として、年●回に限り所定点数に●●点を加算する。

（新）　　外来データ提出加算　　●●点

［算定要件］

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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、●●点を所定点数に加算する。

［施設基準］

（１）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。

（２）データ提出加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。

３．特定疾患療養管理料の対象疾患から、生活習慣病である、糖尿病、脂質異常症及び高血圧を除外する。

（※１）　処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算についても同様。

（※２）　糖尿病が対象疾患から除外されたことに伴い、糖尿病透析予防指導管理料における算定要件「注３」を削除する。

４．より質の高い疾病管理を推進する観点から、特定疾患療養管理料の対象疾患を追加する。

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並びに処方箋料の特定疾患処方管理加算１及び特定疾患処方管理加算２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 （削除） 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	【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並びに処方箋料の特定疾患処方管理加算１及び特定疾患処方管理加算２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 糖尿病 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。）	リポ蛋白代謝障害及びその他の脂（質）血症
リポジストロフィー	リポジストロフィー
ローノア・ベンソード腺脂肪腫症	ローノア・ベンソード腺脂肪腫症
（削除）	高血圧性疾患
虚血性心疾患	虚血性心疾患
（中略）	（中略）
アナフィラキシー	（新設）
ギラン・バレー症候群	（新設）

②　特定疾患処方管理加算の見直し

第１　基本的な考え方

リフィル処方箋による処方及び長期処方の活用並びに医療 DX の活用による効率的な医薬品情報の管理を適切に推進する観点から、特定疾患処方管理加算について、要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算について、特定疾患処方管理加算１を廃止するとともに、特定疾患処方管理加算２の評価を見直す。また、特定疾患処方管理加算２について、リフィル処方箋を発行した場合も算定を可能とする。

改　定　案	現　　行
【処方料】 ［算定要件］ （削除）	【処方料】 ［算定要件］ 注５　診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算１として、月２回に限り、１処方につき18点を所定点数に加算する。
５　診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上の処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算として、月１回に限り、１処方につき●●点を所定点数に加算する。	６　診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上の処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算２として、月１回に限り、１処方につき66点を所定点数に加算する。ただし、この場合におい

	て、同一月に特定疾患処方管理加算１は算定できない。
６～８　（略）	７～９　（略）
【処方箋料】 ［算定要件］ （削除）	【処方箋料】 ［算定要件］ ４　診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方箋を交付した場合は、特定疾患処方管理加算１として、月２回に限り、処方箋の交付１回につき18点を所定点数に加算する。
４　診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上の処方（リフィル処方箋の複数回の使用による合計の処方期間が28日以上の処方を含む。）を行った場合は、特定疾患処方管理加算として、月●回に限り、１処方につき●●点を所定点数に加算する。	５　診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上の処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算２として、月１回に限り、１処方につき66点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一月に特定疾患処方管理加算１は算定できない。
【処方料及び処方箋料】 ［施設基準］ 一の二　処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算１及び特定疾患処方管理加算２に規定する疾患 (1)　医科点数表の処方料並びに処方箋料の特定疾患処方管理加算に規定する疾患 分類表に規定する疾病のうち別表第一に掲げる疾病 (2)　歯科点数表の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	【処方料及び処方箋料】 ［施設基準］ 一の二　処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算１及び特定疾患処方管理加算２に規定する疾患 (1)　医科点数表の処方料並びに処方箋料の特定疾患処方管理加算１及び特定疾患処方管理加算２に規定する疾患 分類表に規定する疾病のうち別表第一に掲げる疾病 (2)　歯科点数表の処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算１及び特定疾患処方管理加算２に規定する疾患

分類表に規定する疾病のうち別表第四に掲げる疾病 別表第一　特定疾患療養管理料並びに処方料並びに処方箋料の特定疾患処方管理加算に規定する疾患 （中略）	分類表に規定する疾病のうち別表第四に掲げる疾病 別表第一　特定疾患療養管理料並びに処方料並びに処方箋料の特定疾患処方管理加算１及び特定疾患処方管理加算２に規定する疾患 （中略）

③　地域包括診療料等の見直し

第１　基本的な考え方

かかりつけ医機能の評価である地域包括診療料等について、かかりつけ医と介護支援専門員との連携の強化、かかりつけ医の認知症対応力向上、リフィル処方及び長期処方の活用、適切な意思決定支援及び医療 DX を推進する観点から、要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．地域包括診療料等の算定要件に、介護支援専門員及び相談支援員との相談に応じること等を追加する。また、担当医のサービス担当者会議への参加実績、担当医の地域ケア会議への参加実績又は保険医療機関において介護支援専門員と対面若しくは ICT 等での相談の機会を設けていることを施設基準に追加する。

２．担当医が認知症に係る適切な研修を修了していることが望ましいことを、地域包括診療料等の要件に追加する。

３．市区町村が実施する認知症施策に協力している実績があることを、地域包括診療料等の要件に追加する。

４．患者の状況等に合わせて医師の判断により、リフィル処方や長期処方に対応可能であることを、患者に周知することを、地域包括診療料等の要件に追加する。

５.「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた適切な意思決定支援に係る指針の作成を、地域包括診療料等の要件に追加する。

６．患者やその家族からの求めに応じ、文書を用いた適切な説明を行うことが望ましいことを要件に追加するとともに、文書の交付について、電子カルテ情報共有システムにおける患者サマリーの入力に代えることができることとする。

改　定　案	現　　行
【地域包括診療料】 ［算定要件］	【地域包括診療料】 ［算定要件］

(4) 患者又はその家族からの求めに応じ、疾患名、治療計画等についての文書を交付し、適切な説明を行うことが望ましい。その際、文書の交付については電子カルテ情報共有システムにおける患者サマリーに入力し、診療録にその記録及び患者の同意を得た旨を残している場合は、文書を交付しているものとみなすものとする。	（新設）
(5)・(6) （略）	(4)・(5) （略）
(7) 当該保険医療機関に通院する患者について、介護保険法第７条第５項に規定する介護支援専門員及び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に基づく指定計画相談支援の事業の人員及び運営に関する基準（平成24年厚生労働省令第28号）第３条第１項に規定する相談支援専門員からの相談に適切に対応するとともに、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示すること。	（新設）
(8) 患者の状態に応じ、28日以上の長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示するとともに、患者から求められた場合に適切に対応すること。	（新設）
(9) (7)及び(8)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。	（新設）
(10)～(12) （略）	(6)～(8) （略）
［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・ロ（略） ハ 当該保険医療機関において、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。	［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・ロ（略） （新設）

二　地域包括診療加算の届出を行っていないこと。 (2) 地域包括診療料２の施設基準 (1)のイ、ハ及び二を満たすものであること。 1　地域包括診療料１に関する施設基準 (1)から(10)までの基準を全て満たしていること。 (1)　（略） (2) 当該保険医療機関に、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師（以下この区分において「担当医」という。）を配置していること。また、担当医は認知症に係る適切な研修を修了していることが望ましい。 (3) 次に掲げる事項を院内掲示していること。 ア　健康相談及び予防接種に係る相談を実施していること。 イ　当該保険医療機関に通院する患者について、介護支援専門員及び相談支援専門員からの相談に適切に対応することが可能であること。 ウ　患者の状態に応じ、30日以上の長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であること。 (4) (3)のア、イ及びウ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。 (5)～(6)（略） (7) 介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示し、かつ、要介護認定に係る主治医意見書を作成しているとともに、以下のいずれか一つ	ハ　地域包括診療加算の届出を行っていないこと。 (2) 地域包括診療料２の施設基準 (1)のイ及びハを満たすものであること。 1　地域包括診療料１に関する施設基準 (1)から(8)までの基準を全て満たしていること。 (1)　（略） (2) 当該医療機関に、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師（以下この区分において「担当医」という。）を配置していること。 (3) 健康相談及び予防接種に係る相談を実施している旨を院内掲示していること。 （新設） (4)～(5)（略） (6) 介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示し、かつ、要介護認定に係る主治医意見書を作成しているとともに、以下のいずれか一つ

を満たしていること。 ア～ケ（略） コ　担当医が、「認知症初期集中支援チーム」等、市区町村が実施する認知症施策に協力している実績があること。 (8)（略） (9) 以下のア～ウのいずれかを満たすこと。 ア　担当医が、指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第38号）第13条第９号に規定するサービス担当者会議に参加した実績があること。 イ　担当医が、地域ケア会議に出席した実績があること。 ウ　当該保険医療機関において、介護支援専門員と対面あるいはICT等を用いた相談の機会を設けていること。なお、対面で相談できる体制を構築していることが望ましい。 (10)（略） (11) 当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。 ２ 地域包括診療料２に関する施設基準 １の(1)から(9)まで及び(11)の基準を全て満たしていること。 ※　地域包括診療加算、認知症地域包括診療料、認知症地域包括診療加算についても同様。	を満たしていること。 ア～ケ（略） （新設） (7)（略） （新設） (8)（略） （新設） ２ 地域包括診療料２に関する施設基準 １の(1)から(7)までの基準を全て満たしていること。

［経過措置］

（１）地域包括診療料等の施設基準については、令和６年３月 31 日において現に届出を行っている保険医療機関については、同年●月●日までの間に限り、なお従前の例による。

（２）令和●年●月●日までの間に限り、１の（４）を満たすものとする。

７．上記の見直し及び処方等に係る評価体系の見直し等を踏まえ、地域包括診療加算等の評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【再診料】 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医療機関（診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）又は認知症のうち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　<u>●●点</u> ロ　地域包括診療加算２　<u>●●点</u> 13　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）において、認知症の患者（認知症以外に１以上の疾患（疑いのものを除く。）を有するものであって、１処方につき５種類を超える内服薬の投薬を行った場合及び１処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬又は睡眠薬を合わせて３種類を超えて投薬を行っ	【再診料】 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医療機関（診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）又は認知症のうち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　<u>25点</u> ロ　地域包括診療加算２　<u>18点</u> 13　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）において、認知症の患者（認知症以外に１以上の疾患（疑いのものを除く。）を有するものであって、１処方につき５種類を超える内服薬の投薬を行った場合及び１処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬又は睡眠薬を合わせて３種類を超えて投薬を行っ

た場合のいずれにも該当しないものに限る。）に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、認知症地域包括診療加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ　認知症地域包括診療加算１　●●点 ロ　認知症地域包括診療加算２　●●点 【地域包括診療料】 １　地域包括診療料１　●●点 ２　地域包括診療料２　●●点 【認知症地域包括診療料】 １　認知症地域包括診療料１　●●点 ２　認知症地域包括診療料２　●●点	た場合のいずれにも該当しないものに限る。）に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、認知症地域包括診療加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ　認知症地域包括診療加算１　35点 ロ　認知症地域包括診療加算２　28点 【地域包括診療料】 １　地域包括診療料１　1,660点 ２　地域包括診療料２　1,600点 【認知症地域包括診療料】 １　認知症地域包括診療料１　1,681点 ２　認知症地域包括診療料２　1,613点

①　感染対策向上加算の見直し

第１　基本的な考え方

新興感染症発生・まん延時への備えを評価するとともに、感染対策における介護保険施設等との連携を推進する観点から、感染対策向上加算について、要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．感染対策向上加算１～３の施設基準における新興感染症発生時の対応に係る要件について、第８次医療計画における協定締結の類型に合わせた見直しを行う。

２．感染対策向上加算１における感染制御チームの医師又は看護師の専従要件について、連携する介護保険施設等に対する感染対策に関する助言の必要性を踏まえた見直しを行う。また、介護保険施設等から依頼のあった場合に、現地に赴いての感染対策に関する助言を行うこと及び院内研修を合同で開催することが望ましいことを要件に追加する。

改　定　案	現　　行
【感染対策向上加算】 ［施設基準］ 二十九の二　感染対策向上加算の施設基準等 (1) 感染対策向上加算１の施設基準 イ～ハ　（略） ニ　感染防止対策につき、感染対策向上加算２又は感染対策向上加算３に係る届出を行っている保険医療機関等と連携していること。 ホ　介護保険施設等又は指定障害者支援施設等と協力が可能な体制をとっていること。 ヘ・ト　（略） (2) 感染対策向上加算２の施設基準	【感染対策向上加算】 ［施設基準］ 二十九の二　感染対策向上加算の施設基準等 (1) 感染対策向上加算１の施設基準 イ～ハ　（略） ニ　感染防止対策につき、感染対策向上加算２又は感染対策向上加算３に係る届出を行っている保険医療機関等と連携していること。 （新設） ホ・ヘ　（略） (2) 感染対策向上加算２の施設基準

イ～ニ　（略） ホ　(1)のホを満たしていること。 (3) 感染対策向上加算３の施設基準 イ～ニ　（略） ホ　(1)のホを満たしていること。 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 (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、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（以下この区分において「介護保険施設等」という。）からの求めに応じ、当該介護保険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、介護保険施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として月●●時間以下であること。また、介護保険施設等は次に掲げるものをいう。 イ　指定介護老人福祉施設 ロ　指定地域密着型介護老人福祉施設 ハ　介護老人保健施設 ニ　介護医療院 ホ　指定特定施設入居者生活	イ～ニ　（略） （新設） (3) 感染対策向上加算３の施設基準 イ～ニ　（略） （新設） 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 (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。 （中略） （新設）

介護事業所 ヘ　指定地域密着型特定施設入居者生活介護事業所 ト　指定介護予防特定施設入居者生活介護事業所 チ　指定認知症対応型共同生活介護事業所 リ　指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所 ヌ　指定障害者支援施設 ル　指定共同生活援助事業所 ヲ　指定福祉型障害児入所施設 （中略）	（中略）
(3)～(15)　（略）	(3)～(15)　（略）
(16) 感染症法第38条第２項の規定に基づき都道府県知事の指定を受けている第一種協定指定医療機関であること。	(16) 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること。
(17)～(23)　（略）	(17)～(23)　（略）
(24) 介護保険施設等から求めがあった場合には、当該施設等に赴いての実地指導等、感染対策に関する助言を行うとともに、(6)の院内感染対策に関する研修を介護保険施設等と合同で実施することが望ましい。	（新設）
２　感染対策向上加算２の施設基準	２　感染対策向上加算２の施設基準
(14) 感染症法第38条第２項の規定に基づき都道府県知事の指定を受けている第一種協定指定医療機関であること。	(14) 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること。
(15)～(17)　（略）	(15)～(17)　（略）
(18) 介護保険施設等から求めがあった場合には、当該施設等に赴いての実地指導等、感染対策に関する助言を行うとともに、(7)の院内感染対策に関する研修を介護保険施設等と合同で実	（新規）

施することが望ましい。 ３　感染対策向上加算３の施設基準 (14) 感染症法第38条第２項の規定に基づき都道府県知事の指定を受けている第一種協定指定医療機関又は同項の規定に基づき都道府県知事の指定を受けている第二種協定指定医療機関（第36条の２第１項の規定による通知（同項第２号に掲げる措置をその内容に含むものに限る。）若しくは第36条の３第１項に規定する医療措置協定（同号に掲げる措置をその内容に含むものに限る。）に基づく措置を講ずる医療機関に限る。）であること。 (15)～(17)　（略） (18) 介護保険施設等から求めがあった場合には、当該施設等に赴いての実地指導等、感染対策に関する助言を行うことが望ましい。なお、助言に当たっては、(7)の院内感染対策に関する研修を介護保険施設等と合同で実施することが望ましい。	３　感染対策向上加算３の施設基準 (14) 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者若しくは疑い患者を受け入れる体制又は発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること。 (15)～(17)　（略） （新設）

［経過措置］

令和６年３月 31 日において現に感染対策向上加算１、２又は３の届出を行っ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、それぞれ１(16)、２(14)又は３(14)の基準を満たしているものとみなす。

②　外来感染対策向上加算の見直し

第１　基本的な考え方

第８次医療計画における新興感染症発生・まん延時に備え、外来における適切な感染管理の下での発熱患者等への対応を更に推進する観点から、外来感染対策向上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．外来感染対策向上加算について、要件の見直しを行うとともに、当該加算の届出を行う保険医療機関において、適切な感染防止対策を講じた上で発熱患者等の診療を行った場合の加算を新設する。
２．外来感染対策向上加算の施設基準における新興感染症発生時の対応に係る要件について、第８次医療計画における協定締結の類型に合わせて内容を見直す。

改　定　案	現　　行
【外来感染対策向上加算】 ［算定要件］ 注 11　組織的な感染防止対策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（診療所に限る。）において初診を行った場合は、外来感染対策向上加算として、月１回に限り６点を所定点数に加算する。ただし、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で初診を行った場合については、発熱患者等対応加算として、月●●回に限り●●点を更に所定点数に加算する。 ［施設基準］	【外来感染対策向上加算】 ［算定要件］ 注 11　組織的な感染防止対策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（診療所に限る。）において初診を行った場合は、外来感染対策向上加算として、月１回に限り６点を所定点数に加算する。 ［施設基準］

三の三　医科初診料及び医科再診料の外来感染対策向上加算の施設基準	三の三　医科初診料及び医科再診料の外来感染対策向上加算の施設基準
(1)　（略）	(1)　（略）
(2) 当該保険医療機関内に感染防止対策部門を設置し、組織的に感染防止対策を実施する体制及び感染症の患者を適切に診療する体制が整備されていること。	(2) 当該保険医療機関内に感染防止対策部門を設置し、組織的に感染防止対策を実施する体制が整備されていること。
(3)　（略）	(3)　（略）
１　外来感染対策向上加算に関する施設基準	１　外来感染対策向上加算に関する施設基準
(1) ～(12)　（略）	(1) ～(12)　（略）
(13) 当該医療機関の外来において、受診歴の有無に関わらず、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者の受入れを行う旨を公表し、受入れを行うために必要な感染防止対策として発熱患者の動線を分ける等の対応を行う体制を有していること。	（新設）
(14) 感染症法第38条第２項の規定に基づき都道府県知事の指定を受けている第二種協定指定医療機関（第36条の２第１項の規定による通知（同項第２号に掲げる措置をその内容に含むものに限る。）又は医療措置協定（同号に掲げる措置をその内容に含むものに限る。）に基づく措置を講ずる医療機関に限る。）であること。	(13) 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること。
(15)～(17)　（略）	(14)～(16)　（略）
(18) 感染症から回復した患者の罹患後症状が持続している場合に、当該患者の診療について必要に応じて精密検査が可能な体制又は専門医への紹介が可能な連携体制があることが望ましいこと。	（新設）
(19)　（略）	(17)　（略）
[経過措置] 令和６年３月31日において現に外来感染対策向上加算の届出を行って	[経過措置] （新設）

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、１の(14)の基準を満たしているものとみなす。 ※　再診料、医学管理料等のうち外来感染対策向上加算の対象となるもの及び精神科訪問看護・指導料における外来感染対策向上加算についても同様。	
【在宅医療】 ［算定要件］ 通則 ５　組織的な感染防止対策につき区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注11及び区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注15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（診療所に限る。）において、第１節の各区分に掲げる在宅患者診療・指導料のうち次に掲げるものを算定した場合は、外来感染対策向上加算として、月１回に限り６点を所定点数に加算する。ただし、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で診療を行った場合については、発熱患者等対応加算として、月●●回に限り●●点を更に所定点数に加算する。なお、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注11、区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注15、第１部の通則第３号又は区分番号Ｉ０１２に掲げる精神科訪問看護・指導料の注13にそれぞれ規定する外来感染対策向上加算を算定した月は、別に算定できない。	【在宅医療】 ［算定要件］ 通則 ５　組織的な感染防止対策につき区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注11及び区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注15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（診療所に限る。）において、第１節の各区分に掲げる在宅患者診療・指導料のうち次に掲げるものを算定した場合は、外来感染対策向上加算として、月１回に限り６点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注11、区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注15、第１部の通則第３号又は区分番号Ｉ０１２に掲げる精神科訪問看護・指導料の注13にそれぞれ規定する外来感染対策向上加算を算定した月は、別に算定できない。

イ　往診料 ロ～ヌ　（略） ６・７　（略） ［経過措置］ 令和６年３月 31 日において現に外来感染対策向上加算の届出を行っ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、施設基準のうち１の(14)の基準を満たしているものとみなす。	（新設） イ～リ　（略） ６・７　（略） ［経過措置］ （新設）

③　感染症の入院患者に対する感染対策及び個室管理の評価

第１　基本的な考え方

院内感染防止等の観点から感染対策が特に必要となる感染症の入院患者について、必要な感染管理及び個室管理を新たに評価する。

第２　具体的な内容

１．感染症法上の三類感染症、四類感染症、五類感染症及び指定感染症に位置付けられる感染症の患者及び疑似症患者のうち感染対策が特に必要な患者を入院させて適切な感染管理を行った場合の加算を新設する。

（新）　特定感染症入院医療管理加算（１日につき）

１	治療室の場合	●●点
２	それ以外の場合	●●点

［対象患者］

感染症法上の三類感染症の患者、四類感染症の患者、五類感染症の患者及び指定感染症の患者並びにそれらの疑似症患者のうち感染対策が特に必要なもの

［算定要件］

感染症法上の三類感染症の患者、四類感染症の患者、五類感染症の患者及び指定感染症の患者並びにそ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。

※　感染対策が特に必要な患者については、次の感染症に感染した患者を想定。

（三類感染症、四類感染症、五類感染症及び指定感染症のうち、感染

対策が特に重要である感染症）
狂犬病、鳥インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く。）、エムポックス、重症熱性血小板減少症候群（病原体がフレボウイルス属ＳＦＴＳウイルスであるものに限る。）、腎症候性出血熱、ニパウイルス感染症、ハンタウイルス肺症候群、ヘンドラウイルス感染症、インフルエンザ（鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。）、後天性免疫不全症候群（ニューモシスチス肺炎に限る。）、麻しん、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症、ＲＳウイルス感染症、カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症、感染性胃腸炎（病原体がノロウイルスであるものに限る。）、急性弛緩性麻痺（急性灰白髄炎を除く。病原体がエンテロウイルスによるものに限る。）、新型コロナウイルス感染症、侵襲性髄膜炎菌感染症、水痘、先天性風しん症候群、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症、バンコマイシン耐性腸球菌感染症、百日咳、風しん、ペニシリン耐性肺炎球菌感染症、無菌性髄膜炎（病原体がパルボウイルスＢ19 によるものに限る。）、薬剤耐性アシネトバクター感染症、薬剤耐性緑膿菌感染症及び流行性耳下腺炎並びに感染症法上の指定感染症

２．特定感染症入院医療管理加算の新設に伴い、二類感染症患者入院診療加算が算定可能な入院料の範囲を見直す。

改定案	現行
【特定集中治療室管理料】 注３　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、特定集中治療室管理料に含まれるものとする。 イ　入院基本料 ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、特定感染症入院医療管理加算、難病等特別入院診療加算（二類感染症患者入院診療加算に限る。）、地域加算、（中略）、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）	【特定集中治療室管理料】 注３　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、特定集中治療室管理料に含まれるものとする。 イ　入院基本料 ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、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、精神科リエゾンチーム加算、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、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア

ハ～チ　（略） ※　救命救急入院料、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、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についても同様。	加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算２、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。） ハ～チ　（略）

３．感染症法上の二類感染症、三類感染症、四類感染症、五類感染症、新型インフルエンザ等感染症及び指定感染症に位置づけられる感染症であって、個室管理又は陰圧室管理の必要性が特に高い患者を個室又は陰圧室で管理した場合の評価の必要性を踏まえ、二類感染症患者療養環境特別加算について、名称を特定感染症患者療養環境特別加算に見直すとともに、対象となる感染症及び算定可能な入院料の範囲を見直す。

改定案	現行
【特定感染症患者療養環境特別加算】 ［算定要件］ 注　保険医療機関に入院している患者であって、次に掲げる感染症の患者及びその疑似症患者のうち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	【二類感染症患者療養環境特別加算】 ［算定要件］ 注　保険医療機関に入院している感染症法第６条第３項に規定する二類感染症に感染している患者及び同条第７項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者並びにそれらの疑似症患者（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、二類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

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　感染症法第６条第３項に規定する二類感染症 ロ　感染症法第６条第４項に規定する三類感染症 ハ　感染症法第６条第５項に規定する四類感染症 二　感染症法第６条第６項に規定する五類感染症 ホ　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 ヘ　感染症法第６条第８項に規定する指定感染症	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。
(1) 特定感染症患者療養環境特別加算の対象となる者は、以下の感染症の患者及びそれらの疑似症患者であって、保険医が他者に感染させるおそれがあると認め、状態に応じて、個室または陰圧室に入院した者である。	(1) 二類感染症患者療養環境特別加算の対象となる者は、感染症法第６条第３項に規定する二類感染症の疾病を有する患者、新型インフルエンザの患者及びそれらの疑似症患者であって、保険医が他者に感染させるおそれがあると認め、状態に応じて、個室または陰圧室に入院した者である。
（個室加算の対象となる感染症） 狂犬病、鳥インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く。）、エムポックス、重症熱性血小板減少症候群（病原体がフレボウイルス属ＳＦＴＳウイルスであるものに限る。）、腎症候性出血熱、ニパウイルス感染症、ハンタウイルス肺症候群、ヘンドラウイルス感染症、インフルエンザ（鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。）、麻しん、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症、ＲＳウイルス感染症、カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染	（新設）

症、感染性胃腸炎（病原体がノロウイルスであるものに限る。）、急性弛緩性麻痺（急性灰白髄炎を除く。病原体がエンテロウイルスによるものに限る。）、新型コロナウイルス感染症、侵襲性髄膜炎菌感染症、水痘、先天性風しん症候群、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症、バンコマイシン耐性腸球菌感染症、百日咳、風しん、ペニシリン耐性肺炎球菌感染症、無菌性髄膜炎（病原体がパルボウイルスＢ19によるものに限る。）、薬剤耐性アシネトバクター感染症、薬剤耐性緑膿菌感染症及び流行性耳下腺炎並びに感染症法第６条第３項に規定する二類感染症、同法同条第７項に規定する新型インフルエンザ等感染症及び同法同条第８項に規定する指定感染症	
（陰圧室加算の対象となる感染症） 鳥インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く。）、麻しん、新型コロナウイルス感染症及び水痘並びに感染症法第６条第３項に規定する二類感染症、同法同条第７項に規定する新型インフルエンザ等感染症及び同法同条第８項に規定する指定感染症	（新設）
【地域包括ケア病棟入院料】 注６　診療に係る費用（注３から注５まで及び注７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、（中略）、第11部麻酔並びに除外薬剤・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	【地域包括ケア病棟入院料】 注６　診療に係る費用（注３から注５まで及び注７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、医療安全対策加算、（中略）、第11部麻酔並びに除外薬剤・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

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。 ※　特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料、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、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、特定一般病棟入院料、地域移行強化病棟入院料及び特定機能病院リハビリテーション入院料についても同様。	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。

④　サーベイランス強化加算等の見直し

第１　基本的な考え方

我が国における Access 抗菌薬の使用比率が低い現状を踏まえ、適正使用を更に促進する観点から、サーベイランス強化加算について、抗菌薬の使用状況を考慮した評価体系に見直す。

第２　具体的な内容

サーベイランス強化加算について、サーベイランスへの参加自体に対する評価と、サーベイランスにおける抗菌薬の適正使用状況のモニタリングにより、目標値を達成している又は参加医療機関の中で実績が上位である医療機関に対する評価に区分するよう見直しを行う。

改　定　案	現　　行
【感染対策向上加算】 ［算定要件］ 注４　感染対策向上加算２又は感染対策向上加算３を算定する場合について、感染防止対策に資する情報を提供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、サーベイランス強化加算として、●●点を更に所定点数に加算する。 ５　感染対策向上加算を算定する場合について、抗菌薬の使用状況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、抗菌薬適正使用加算として、●●点を更に所定点数に加算する。	【感染対策向上加算】 ［算定要件］ 注４　感染対策向上加算２又は感染対策向上加算３を算定する場合について、感染防止対策に資する情報を提供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、サーベイランス強化加算として、５点を更に所定点数に加算する。 （新設）

［施設基準］ 二十九の二　感染対策向上加算の施設基準等 (7) 抗菌薬適正使用加算の施設基準 抗菌薬の適正使用につき十分な実績を有していること。	［施設基準］ 二十九の二　感染対策向上加算の施設基準等 （新設）
第21　感染対策向上加算 7　抗菌薬適正使用加算の施設基準 (1) 抗菌薬の使用状況のモニタリングが可能なサーベイランスに参加していること。 (2) 直近●●か月における外来で使用する抗菌薬のうち、Access抗菌薬に分類されるものの使用比率が●●%以上又は(1)のサーベイランスに参加する病院又は有床診療所全体の上位●●%以内であること。	第21　感染対策向上加算 （新設）
8　届出に関する事項 (1)～(4)　（略） (5) 抗菌薬適正使用加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式●●を用いること。 (6)　（略）	7　届出に関する事項 (1)～(4)　（略） （新設） (5)　（略）
【外来感染対策向上加算】 ［算定要件］ 注15　注11に該当する場合であって、抗菌薬の使用状況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初診を行った場合は、抗菌薬適正使用加算として、月●●回に限り●●点を更に所定点数に加算する。 16　（略）	【外来感染対策向上加算】 ［算定要件］ （新設） 15　（略）
［施設基準］ 三の六　抗菌薬適正使用加算の施設基準	［施設基準］ 三の六　削除

抗菌薬の適正使用につき十分な実績を有していること。 第１の６の２　抗菌薬適正使用加算 １　抗菌薬適正使用加算 (1) 抗菌薬の使用状況のモニタリングが可能なサーベイランスに参加していること。 (2) 直近●●か月における外来で使用する抗菌薬のうち、Access抗菌薬に分類されるものの使用比率が●●%以上又は(1)のサーベイランスに参加する診療所全体の上位●●%以内であること。 ２　届出に関する事項 抗菌薬適正使用加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式●●を用いること。 ※　再診料、医学管理料等及び在宅患者診療・指導料のうち外来感染対策向上加算の対象となるもの並びに精神科訪問看護・指導料におけるサーベイランス強化加算についても同様。	（新設）

⑤　新興感染症等に対応可能な歯科医療提供体制の構築

第１　基本的な考え方

新興感染症が発生・まん延した場合に対応できる歯科医療提供体制の構築を進める観点から、新興感染症等の患者に対応可能な体制の整備についての新たな評価等を行う。

第２　具体的な内容

１．歯科外来診療における医療安全対策についての体制を確保した場合の評価を新設する。

（新）　歯科外来診療医療安全対策加算１（歯科初診料）　●●点

［算定要件］
別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合している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、歯科外来診療における医療安全対策に係る取組を行った場合は、歯科外来診療医療安全対策加算１として、初診時１回に限り●●点を所定点数に加算する。

（新）　歯科外来診療医療安全対策加算１（歯科再診料）　●●点

［算定要件］
別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合している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、歯科外来診療における医療安全対策に係る取組を行った場合は、歯科外来診療医療安全対策加算１として、●●点を所定点数に加算する。

［施設基準］　※初診・再診共通
（１）歯科医療を担当する保険医療機関（歯科点数表の地域歯科診療支援病院歯科初診料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を除く。）であること。
（２）歯科外来診療における医療安全対策に係る研修を受けた常勤の歯科医師が●●名以上配置されていること。
（３）歯科医師が複数名配置されていること、又は歯科医師及び歯科衛

生士がそれぞれ●●名以上配置されていること。
（４）医療安全管理者が配置されていること。ただし、病院である医科歯科併設の保険医療機関（歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関をいう。以下同じ。）にあっては、歯科の外来診療部門に医療安全管理者が配置されていること。
（５）緊急時の対応を行うにつき必要な体制が整備されていること。
（６）医療安全対策につき十分な体制が整備されていること。
（７）歯科診療に係る医療安全対策に係る院内掲示を行っていること。
（８）（７）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。

［経過措置］　※初診・再診共通
（１）令和６年３月 31 日時点において現に歯科外来診療環境体制加算１に係る届出を行っ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、（４）、（６）及び（７）に該当するものとみなす。
（２）令和●●年●●月●●日までの間に限り、（８）に該当するものとみなす。

（新）　歯科外来診療医療安全対策加算２
（地域歯科診療支援病院歯科初診料）　●●点

［算定要件］
別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合している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、歯科外来診療における医療安全対策に係る取組を行った場合は、歯科外来診療医療安全対策加算２として、初診時１回に限り●●点を所定点数に加算する。

（新）　歯科外来診療医療安全対策加算２
（地域歯科診療支援病院歯科再診料）　●●点

［算定要件］
別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合している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、歯科外来診療における医療安全対策に係る取組を行った場合は、歯科外来診療医療安全対策加算２として、●●点を所定点数に加算する。

［施設基準］　※初診・再診共通
（１）歯科点数表の地域歯科診療支援病院歯科初診料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であ

ること。
（２）歯科外来診療における医療安全対策に係る研修を受けた常勤の歯科医師が●●名以上配置されていること。
（３）歯科医師が複数名配置されていること、又は歯科医師が●●名以上配置されており、かつ、歯科衛生士若しくは看護職員が●●名以上配置されていること。
（４）歯科の外来診療部門に医療安全管理者が配置されていること。
（５）緊急時の対応を行うにつき必要な体制が整備されていること。
（６）医療安全対策につき十分な体制が整備されていること。
（７）歯科診療に係る医療安全対策に係る院内掲示を行っていること。
（８）（７）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。

［経過措置］　※初診・再診共通
（１）令和６年３月 31 日時点において現に歯科外来診療環境体制加算２に係る届出を行っ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、（４）及び（７）に該当するものとみなす。
（２）令和●●年●●月●●日までの間に限り、（８）に該当するものとみなす。

２．歯科外来診療における院内感染防止対策について、新興感染症等の患者に対応可能な体制を確保した場合の評価を新設する。

（新）　歯科外来診療感染対策加算１（歯科初診料）　●●点

［算定要件］
別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合している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、歯科外来診療における院内感染防止対策に係る取組を行った場合は、歯科外来診療感染対策加算１として、初診時１回に限り●●点を所定点数に加算する。

（新）　歯科外来診療感染対策加算１（歯科再診料）　●●点

［算定要件］
別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合している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、歯科外来診療における院内感染防止対策に係る取組を行った場合は、歯科外来診療感染対策加算１として、●●点を所定点数に加算する。

［施設基準］　※初診・再診共通

（１）歯科医療を担当する保険医療機関（歯科点数表の地域歯科診療支援病院歯科初診料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を除く。）であること。

（２）歯科点数表の初診料の注１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であること。

（３）歯科医師が複数名配置されていること、又は歯科医師が●●名以上配置されており、かつ、歯科衛生士若しくは院内感染防止対策に係る研修を受けた者が●●名以上配置されていること。

（４）院内感染管理者が配置されていること。ただし、病院である医科歯科併設の保険医療機関にあっては、歯科の外来診療部門に院内感染管理者が配置されていること。

（５）歯科外来診療における院内感染防止対策につき十分な体制が整備されていること。

［経過措置］　※初診・再診共通

令和６年３月 31 日時点において現に歯科外来診療環境体制加算１に係る届出を行っ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、（４）に該当するものとみなす。

（新）　歯科外来診療感染対策加算２（歯科初診料）　●●点

［算定要件］

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合している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、歯科外来診療における院内感染防止対策に係る取組を行った場合は、歯科外来診療感染対策加算２として、初診時１回に限り●●点を所定点数に加算する。

（新）　歯科外来診療感染対策加算２（歯科再診料）　●●点

［算定要件］

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合している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、歯科外来診療における院内感染防止対策に係る取組を行った場合は、歯科外来診療感染対策加算２として、●●点を所定点数に加算する。

［施設基準］　※初診・再診共通

（１）歯科医療を担当する保険医療機関（歯科点数表の地域歯科診療支援病院歯科初診料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を除く。）であること。

（２）歯科点数表の初診料の注１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であること。

（３）歯科医師が複数名配置されていること、又は歯科医師及び歯科衛生士がそれぞれ●●名以上配置されていること。

（４）院内感染管理者が配置されていること。ただし、病院である医科歯科併設の保険医療機関にあっては、歯科の外来診療部門に院内感染管理者が配置されていること。

（５）歯科外来診療における院内感染防止対策につき十分な体制が整備されていること。

（６）感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第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又は同条第９項に規定する新感染症（以下「新型インフルエンザ等感染症等」という。）の患者又はそれらの疑似症患者に対して歯科外来診療が可能な体制を確保していること。

（７）新型インフルエンザ等感染症等に係る事業継続計画を策定していること。ただし、病院である医科歯科併設の保険医療機関にあっては、歯科外来部門の事業継続計画を策定していること。

（８）歯科外来診療を円滑に実施できるよう、新型インフルエンザ等感染症等に係る医科診療を担当する他の保険医療機関との連携体制（歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関にあっては、当該保険医療機関の医科診療科との連携体制）が整備されていること。

（９）当該地域において歯科医療を担当する別の保険医療機関から新型インフルエンザ等感染症等の患者又はそれらの疑似症患者を受け入れるため、当該別の保険医療機関との連携体制を確保していること。

［経過措置］　※初診・再診共通

令和６年３月 31 日時点において現に歯科外来診療環境体制加算１に係る届出を行っ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、（４）から（９）までに該当するものとみなす。

（新）　歯科外来診療感染対策加算３
（地域歯科診療支援病院歯科初診料）　●●点

［算定要件］

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合している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、歯科外来診療における院内感染防止対策に係る取組を行った場合は、歯科外来診療感染対策加算３として、初診時１回に限り●●点を所定点数に加算する。

（新）　歯科外来診療感染対策加算３

（地域歯科診療支援病院歯科再診料）　　●●点

［算定要件］
別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合している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、歯科外来診療における院内感染防止対策に係る取組を行った場合は、歯科外来診療感染対策加算３として、●●点を所定点数に加算する。

［施設基準］　※初診・再診共通
（１）歯科点数表の地域歯科診療支援病院歯科初診料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であること。
（２）歯科医師が複数名配置されていること、又は歯科医師が●●名以上配置されており、かつ、歯科衛生士若しくは看護職員が●●名以上配置されていること。
（３）歯科の外来診療部門に院内感染管理者が配置されていること。
（４）歯科外来診療における院内感染防止対策につき十分な体制が整備されていること。

［経過措置］　※初診・再診共通
令和６年３月 31 日時点において現に歯科外来診療環境体制加算２に係る届出を行っ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、（３）に該当するものとみなす。

（新）　歯科外来診療感染対策加算４
（地域歯科診療支援病院歯科初診料）　　●●点

［算定要件］
別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合している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、歯科外来診療における院内感染防止対策に係る取組を行った場合は、歯科外来診療感染対策加算４として、初診時１回に限り●●点を所定点数に加算する。

（新）　歯科外来診療感染対策加算４
（地域歯科診療支援病院歯科再診料）　　●●点

［算定要件］
別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合している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、歯科外来診療における院内感染防止対策に係る取組を行った場合は、歯科外来診療感染対策加算４として、●●点を所定点数に加算する。

［施設基準］　※初診・再診共通

（１）歯科点数表の地域歯科診療支援病院歯科初診料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であること。

（２）歯科医師が複数名配置されていること、又は歯科医師が●●名以上配置されており、かつ、歯科衛生士若しくは看護職員が●●名以上配置されていること。

（３）歯科の外来診療部門に院内感染管理者を配置していること。

（４）歯科外来診療における院内感染防止対策につき十分な体制が整備されていること。

（５）感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第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又は同条第９項に規定する新感染症（以下「新型インフルエンザ等感染症等」という。）の患者又はそれらの疑似症患者に対して歯科外来診療が可能な体制を確保していること。

（６）新型インフルエンザ等感染症等に係る歯科外来部門の事業継続計画を策定していること。

（７）当該地域において歯科医療を担当する別の保険医療機関から新型インフルエンザ等感染症等の患者又はそれらの疑似症患者を受け入れるため、当該別の保険医療機関との連携体制を確保していること。

［経過措置］　※初診・再診共通

令和６年３月 31 日時点において現に歯科外来診療環境体制加算２に係る届出を行っ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、（３）から（７）までに該当するものとみなす。

３．１及び２を踏まえ、歯科外来診療環境体制加算は廃止する。

４．歯科診療特別対応加算について、患者の状態像を踏まえて評価体系を見直すとともに、新興感染症等の患者へ歯科治療を実施する場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【歯科診療特別対応加算（初診料）】 ［算定要件］	【歯科診療特別対応加算（初診料）】 ［算定要件］

注６　著しく歯科診療が困難な者に対して初診を行った場合（歯科診療特別対応加算３を算定する場合を除く。）は、歯科診療特別対応加算１として、●●点を所定点数に加算し、著しく歯科治療が困難な者に対して、当該患者が歯科治療環境に円滑に適応できるような技法を用いて初診を行った場合又は個室若しくは陰圧室において初診を行った場合（個室又は陰圧室において診療を行う必要性が特に高い患者に対して初診を行った場合に限り、歯科診療特別対応加算３を算定する場合を除く。）は、歯科診療特別対応加算２として、●●点を所定点数に加算し、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第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又は同条第９項に規定する新感染症の患者に対して初診を行った場合は、歯科診療特別対応加算３として、●●点を所定点数に加算する。ただし、歯科診療特別対応加算１、歯科診療特別対応加算２又は歯科診療特別対応加算３を算定する患者について、当該患者に対する診療時間が１時間を超えた場合は、30分又はその端数を増すごとに、●●点を更に所定点数に加算する。	注６　著しく歯科診療が困難な者に対して初診を行った場合は、歯科診療特別対応加算として、175点（当該患者が歯科治療環境に円滑に適応できるような技法を用いた場合は、初診時歯科診療導入加算として、250点）を所定点数に加算する。
(14) 歯科診療特別対応加算１及び歯科診療特別対応加算２ 「注６」の「著しく歯科診療が困難な者」とは、次に掲げる状態又はこれらに準ずる状態をいう。なお、歯科診療特別対応加算１又は歯科診療特別対応加算２を算定した場合	(14) 歯科診療特別対応加算 「注６」の「著しく歯科診療が困難な者」とは、次に掲げる状態又はこれらに準ずる状態をいう。なお、歯科診療特別対応加算を算定した場合は、当該加算を算定した日の患者

は、当該加算を算定した日の患者の状態を診療録に記載する。 イ～ニ　（略） ホ　感染対策が特に必要な状態 (15) 歯科診療特別対応加算３ 　歯科診療特別対応加算３を算定した場合は、当該患者の病名を診療録に記載する。 ※　再診料及び歯科訪問診療料についても同様。	の状態を診療録に記載する。 イ～ニ　（略） （新設） （新設）

５．歯科治療時医療管理料等について、新興感染症等の患者を対象患者に追加する。

改　定　案	現　　行
【歯科治療時医療管理料】 ［算定要件］ (1)　歯科治療時医療管理料は、高血圧性疾患、虚血性心疾患、不整脈、心不全、脳血管障害、喘息、慢性気管支炎、糖尿病、甲状腺機能低下症、甲状腺機能亢進症、副腎皮質機能不全、てんかん、慢性腎臓病（腎代替療法を行う患者に限る。）の患者、人工呼吸器を装着している患者、在宅酸素療法を行っている患者又は感染対策が特に必要な患者に対して、歯科治療時における患者の全身状態の変化等を把握するため、患者の血圧、脈拍、経皮的動脈血酸素飽和度を経時的に監視し、必要な医療管理を行った場合に算定する。 ※　在宅患者歯科治療時医療管理料についても同様。 【歯科疾患管理料総合医療管理加算】 ［算定要件］	【歯科治療時医療管理料】 ［算定要件］ (1)　歯科治療時医療管理料は、高血圧性疾患、虚血性心疾患、不整脈、心不全、脳血管障害、喘息、慢性気管支炎、糖尿病、甲状腺機能低下症、甲状腺機能亢進症、副腎皮質機能不全、てんかん、慢性腎臓病（腎代替療法を行う患者に限る。）の患者、人工呼吸器を装着している患者又は在宅酸素療法を行っている患者に対して、歯科治療時における患者の全身状態の変化等を把握するため、患者の血圧、脈拍、経皮的動脈血酸素飽和度を経時的に監視し、必要な医療管理を行った場合に算定する。 【歯科疾患管理料総合医療管理加算】 ［算定要件］

(16)「注11」の総合医療管理加算は、糖尿病の患者、骨吸収抑制薬投与中の患者、感染性心内膜炎のハイリスク患者、関節リウマチの患者、血液凝固阻止剤投与中の患者、ＨＩＶ感染症の患者又は感染対策が特に必要な患者であって、別の医科の保険医療機関の当該疾患の担当医から歯科治療を行うに当たり、診療情報提供料に定める様式に基づいた文書により患者の全身状態や服薬状況等についての必要な診療情報の提供を受け、適切な総合医療管理を実施した場合に算定する。なお、算定に当たっては当該疾患の担当医からの情報提供に関する内容及び担当医の保険医療機関名等について診療録に記載又は提供文書の写しを添付する。	(16)「注11」の総合医療管理加算は、糖尿病の患者、骨吸収抑制薬投与中の患者、感染性心内膜炎のハイリスク患者、関節リウマチの患者、血液凝固阻止剤投与中の患者又はＨＩＶ感染症の患者であって、別の医科の保険医療機関の当該疾患の担当医から歯科治療を行うに当たり、診療情報提供料に定める様式に基づいた文書により患者の全身状態や服薬状況等についての必要な診療情報の提供を受け、適切な総合医療管理を実施した場合に算定する。なお、算定に当たっては当該疾患の担当医からの情報提供に関する内容及び担当医の保険医療機関名等について診療録に記載又は提供文書の写しを添付する。
【歯科疾患在宅療養管理料】 ［算定要件］ (7)　「注４」の在宅総合医療管理加算は、糖尿病の患者、骨吸収抑制薬投与中の患者、感染性心内膜炎のハイリスク患者、関節リウマチの患者、血液凝固阻止剤投与中の患者、ＨＩＶ感染症の患者又は感染対策が特に必要な患者であって、別の医科の保険医療機関の当該疾患の担当医から歯科治療を行うに当たり、診療情報提供料に定める様式に基づいた文書により患者の全身状態や服薬状況等についての必要な診療情報の提供を受け、適切な総合医療管理を実施した場合に算定する。なお、算定に当たっては当該疾患の担当医からの情報提供に関する内容及び担当医の保険医療機関名等について診療録に記載又は提供文書の写しを添付する。	【歯科疾患在宅療養医療料】 ［算定要件］ (7)　「注４」の在宅総合医療管理加算は、糖尿病の患者、骨吸収抑制薬投与中の患者、感染性心内膜炎のハイリスク患者、関節リウマチの患者、血液凝固阻止剤投与中の患者又はＨＩＶ感染症の患者であって、別の医科の保険医療機関の当該疾患の担当医から歯科治療を行うに当たり、診療情報提供料に定める様式に基づいた文書により患者の全身状態や服薬状況等についての必要な診療情報の提供を受け、適切な総合医療管理を実施した場合に算定する。なお、算定に当たっては当該疾患の担当医からの情報提供に関する内容及び担当医の保険医療機関名等について診療録に記載又は提供文書の写しを添付する。

⑥　連携強化加算（調剤基本料）の見直し

第１　基本的な考え方

薬局における新興感染症発生・まん延時に対応する体制整備の観点から、第二種協定指定医療機関の指定要件等を踏まえ、連携強化加算について、要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

連携強化加算について、改正感染症法の第二種協定指定医療機関の指定要件を踏まえて要件及び評価を見直すとともに、当該加算の地域支援体制加算の届出にかかる要件については求めないこととする。

改　定　案	現　　行
【調剤基本料】 ［算定要件］ 注６　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤を行った場合は、連携強化加算として、●●点を所定点数に加算する。この場合において、注２に規定する特別調剤基本料Ｂを算定する保険薬局は当該加算を算定できない。また、区分番号００に掲げる特別調剤基本料Ａを算定する保険薬局において、別に厚生労働大臣が定める保険医療機関が医科点数表の区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注11及びＡ００１に掲げる再診料の注15に規定する外来感染対策向上加算又は区分番号Ａ２３４－２に掲げる感染対策向上加算の届出を行った保険医療機関である場合においては算定できない。	【調剤基本料】 ［算定要件］ 注６　注５又は注12に該当する場合であって、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薬局において調剤を行った場合は、連携強化加算として、２点を更に所定点数に加算する。

［施設基準］ 四の二　連携強化加算の施設基準 (1) 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成十年法律第百十四号）第六条第十七項に規定する「第二種協定指定医療機関」として都道府県知事の指定を受けた保険薬局であること。 (2) 災害の発生時等において、他の保険薬局等との連携により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。 (3) 情報通信機器を用いた服薬指導を行うにつき十分な体制が整備されていること。 四の三　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 　当該保険薬局が特別調剤基本料Ａを算定する場合の要件に係る保険医療機関であること。 ［経過措置］ 　令和６年３月31日において現に調剤基本料の連携強化加算の施設基準に係る届出を行っている保険薬局については、●●年●●月●●日までの間に限り、第十五の四の二の(1)の基準を満たしているものとみなす。	［施設基準］ 四の二　連携強化加算の施設基準 （新設） 　他の保険薬局等との連携により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。 （新設） （新設） ［経過措置］ （新設）

※　上記の改正に伴い、改正感染症法の第二種協定指定医療機関の指定要件を踏まえた算定要件について、特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（通知）で下記の事項を規定予定。

〇新型インフルエンザ等感染症等の発生時において自宅療養者等に対する調剤、オンライン又は訪問による服薬指導、薬剤等の交付等に対応する体制

〇要指導医薬品・一般用医薬品、検査キット（体外診断用医薬品）の販売

〇オンライン服薬指導を行うための必要な通信環境、セキュリティ対応等

〇以下の研修の実施

・第二種協定指定医療機関の締結時に求められる新興感染症等の発生時におけ

る自宅・宿泊療養患者への対応に係る研修
・災害発生時における対応に係る研修
・オンライン服薬指導実施要領に基づく、必要な知識を習得するための研修
〇地域の住民が薬局の体制を把握できるよう、災害や新興感染症発生時における対応体制の確保について、行政機関や薬剤師会を通じて公表・周知

⑦　新興感染症等に対応した在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の見直し

第１　基本的な考え方

感染症に係る対応として、薬局が自宅・宿泊療養者等の患者に対して行う服薬指導・薬剤交付について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

新興感染症等の自宅及び施設入所の患者に対して、医師の処方箋に基づき、薬剤師が訪問して薬剤交付・服薬指導した場合に在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料１を算定できることとする。

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10　感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）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発生時又はまん延時においては、注１の規定にかかわらず、当該感染症の患者であって、患家又は宿泊施設で療養を行っている者、介護医療院又は介護老人保健施設に入所する者、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、処方医の指示により、保険薬局の保険薬剤師が患家又は宿泊施設及び当該施設を緊急に訪問し、当該患者又はそ	【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】 ［算定要件］ （新設）

の家族等に対して対面による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を算定できる。ただし、情報通信機器を用いて必要な薬学的管理及び指導を行った場合には、在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料として、●●点を算定する。 11　注10については、区分番号１０の３に掲げる服薬管理指導料、区分番号１３の２に掲げるかかりつけ薬剤師指導料、区分番号１３の３に掲げるかかりつけ薬剤師包括管理料は算定できない。	（新設）

①　地域包括診療料等の見直し

「Ⅱ－５－③」を参照のこと。

②　時間外対応加算の見直し

「Ⅰ－６－①」を参照のこと。

③　小児かかりつけ診療料の見直し

第１　基本的な考え方

小児に対する継続的な診療を一層推進する観点から、小児かかりつけ診療料について、要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．発達障害を疑う児の診察等を行うこと、不適切な養育にも繋がりうる育児不安等の相談に乗ること、医師が発達障害等に関する適切な研修及び虐待に関する適切な研修を受講していることが望ましいことを要件に追加する。

２．上記の見直し、新型コロナウイルスの検査の取扱いの変更及び処方等に係る評価体系の見直し等を踏まえ、小児かかりつけ診療料の評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【小児かかりつけ診療料】	【小児かかりつけ診療料】
１　小児かかりつけ診療料１	１　小児かかりつけ診療料１
イ　処方箋を交付する場合	イ　処方箋を交付する場合
(1)　初診時　●●点	(1)　初診時　641点
(2)　再診時　●●点	(2)　再診時　448点
ロ　処方箋を交付しない場合	ロ　処方箋を交付しない場合
(1)　初診時　●●点	(1)　初診時　758点
(2)　再診時　●●点	(2)　再診時　566点
２　小児かかりつけ診療料２	２　小児かかりつけ診療料２
イ　処方箋を交付する場合	イ　処方箋を交付する場合
(1)　初診時　●●点	(1)　初診時　630点
(2)　再診時　●●点	(2)　再診時　437点
ロ　処方箋を交付しない場合	ロ　処方箋を交付しない場合
(1)　初診時　●●点	(1)　初診時　747点
(2)　再診時　●●点	(2)　再診時　555点
［算定要件］	［算定要件］
(1)～(5)（略）	(1)～(5)（略）
(6) 小児かかりつけ診療料の算定に当たっては、以下の指導等を行う	(6) 小児かかりつけ診療料の算定に当たっては、以下の指導等を行う

こと。 ア～エ　（略） オ　発達障害の疑いがある患者について、診療及び保護者からの相談に対応するとともに、必要に応じて専門的な医療を要する際の紹介等を行うこと。 カ　不適切な養育にも繋がりうる育児不安等の相談に適切に対応すること。 キ　かかりつけ医として、上記アからカまでに掲げる指導等を行う旨を患者に対して書面（別紙様式10を参考とし、各医療機関において作成すること。）を交付して説明し、同意を得ること。また、小児かかりつけ医として上記アからカまでに掲げる指導等を行っている旨を、当該保険医療機関の外来受付等の見やすい場所に掲示していること。	こと。 ア～エ　（略） （新設） （新設） オ　かかりつけ医として、上記アからエまでに掲げる指導等を行う旨を患者に対して書面（別紙様式10を参考とし、各医療機関において作成すること。）を交付して説明し、同意を得ること。また、小児かかりつけ医として上記アからエまでに掲げる指導等を行っている旨を、当該保険医療機関の外来受付等の見やすい場所に掲示していること。
［施設基準］ 1　小児かかりつけ診療料１に関する施設基準 (1)（略） (2) 区分番号「B001-2」小児科外来診療料を算定していること。 (3)・(4)（略） (5) (1)に掲げる医師は、発達障害等に関する適切な研修及び虐待に関する適切な研修を修了していることが望ましい。 2 小児かかりつけ診療料２に関する施設基準 (1)　１の(1)、(2)、(4)及び(5)の基準を満たしていること。 (2)（略）	［施設基準］ 1　小児かかりつけ診療料１に関する施設基準 (1)（略） （新設） (2)・(3)（略） （新設） 2 小児かかりつけ診療料２に関する施設基準 (1)　１の(1)及び(3)の基準を満たしていること。 (2)（略）

④　継続的・定期的な口腔管理による歯科疾患の重症化予防の取組の推進

第１　基本的な考え方

地域における連携体制を確保しつつ、ライフコースを通じた継続的・定期的な口腔管理による歯科疾患の重症化予防の取組を推進する観点から、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所について、名称、要件及び評価を見直す。これを踏まえつつ、小児期及び高齢期のライフステージに応じた口腔機能管理を推進する観点から、小児口腔機能管理料及び口腔機能管理料について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

１．かかりつけ歯科医による歯科疾患の管理について、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所による実施を評価しているが、これを見直し、口腔機能管理に関する実績要件等も満たす診療所による実施を評価することとする。

２．小児口腔機能管理料及び口腔機能管理料にかかりつけ歯科医による口腔機能管理に関する評価を新設する。

３．エナメル質初期う蝕管理加算を廃止する。

改　定　案	現　　行
【歯科疾患管理料】 ［算定要件］ （削除）	【歯科疾患管理料】 ［算定要件］ 注10　かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所（歯科疾患の管理が必要な患者に対し、定期的かつ継続的な口腔の管理を行う診療所であって、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ものをいう。以下この表において同じ。）において、エナメル質初期う蝕に罹患している患者に対して、管理及び療

	養上必要な指導等を行い、その内容について説明を行った場合は、エナメル質初期う蝕管理加算として、260点を所定点数に加算する。
10　（略）	11　（略）
11　初診日の属する月から起算して６月を超えて歯科疾患の管理及び療養上必要な指導を行った場合は、長期管理加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ　区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料の注３に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関の場合　120点 ロ　イ以外の保険医療機関の場合　100点	12　初診日の属する月から起算して６月を超えて歯科疾患の管理及び療養上必要な指導を行った場合は、長期管理加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ　かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の場合　120点 ロ　イ以外の保険医療機関の場合　100点
【歯周病安定期治療】 ［算定要件］ 注２　２回目以降の歯周病安定期治療の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して２月を経過した日以降に行う。ただし、一連の歯周病治療において歯周外科手術を実施した場合等の歯周病安定期治療の治療間隔の短縮が必要とされる場合又は区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料の注３に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関において歯周病安定期治療を開始した場合は、この限りでない。	【歯周病安定期治療】 ［算定要件］ 注２　２回目以降の歯周病安定期治療の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して２月を経過した日以降に行う。ただし、一連の歯周病治療において歯周外科手術を実施した場合等の歯周病安定期治療の治療間隔の短縮が必要とされる場合又はかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所において歯周病安定期治療を開始した場合は、この限りでない。
３　区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料の注３に規定する施設基準に適合し	３　かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所において歯周病安定期治療を開始した場合は、かか

ているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関において歯周病安定期治療を開始した場合は、口腔管理体制強化加算として、120点を所定点数に加算する。	りつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算として、120点を所定点数に加算する。
【歯科訪問診療料】 ［算定要件］ 注11　歯科訪問診療を実施する保険医療機関の歯科衛生士が、歯科医師と同行の上、歯科訪問診療の補助を行った場合は、歯科訪問診療補助加算として、次に掲げる点数を１日につき所定点数に加算する。 イ　在宅療養支援歯科診療所 １、在宅療養支援歯科診療所 ２又は区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料の注３に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関の場合 (1)・(2)　（略） ロ　（略） 15　１について、当該保険医療機関の外来（歯科診療を行うものに限る。）を受診していた患者であって在宅等において療養を行っているものに対して、歯科訪問診療を実施した場合は、歯科訪問診療移行加算として、次に掲げる点数を所定点数に加算する。なお、この場合において、注12に規定する加算は算定できない。 イ　区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料の注３に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所	【歯科訪問診療料】 ［算定要件］ 注11　歯科訪問診療を実施する保険医療機関の歯科衛生士が、歯科医師と同行の上、歯科訪問診療の補助を行った場合は、歯科訪問診療補助加算として、次に掲げる点数を１日につき所定点数に加算する。 イ　在宅療養支援歯科診療所 １、在宅療養支援歯科診療所 ２又はかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の場合 (1)・(2)　（略） ロ　（略） 15　１について、当該保険医療機関の外来（歯科診療を行うものに限る。）を受診していた患者であって在宅等において療養を行っているものに対して、歯科訪問診療を実施した場合は、歯科訪問診療移行加算として、次に掲げる点数を所定点数に加算する。なお、この場合において、注12に規定する加算は算定できない。 イ　かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の場合　150点

である保険医療機関の場合 150点 ロ　（略）	ロ　（略）
【在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】 ［算定要件］ 注４　区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料の注３に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関の歯科医師が当該指導管理を実施した場合は、口腔管理体制強化加算として、75点を所定点数に加算する。	【在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】 ［算定要件］ 注４　かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の歯科医師が当該指導管理を実施した場合は、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算として、75点を所定点数に加算する。
【小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】 ［算定要件］ 注４　区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料の注３に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関の歯科医師が当該指導管理を実施した場合は、口腔管理体制強化加算として、75点を所定点数に加算する。	【小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】 ［算定要件］ 注４　かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の歯科医師が当該指導管理を実施した場合は、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算として、75点を所定点数に加算する。
【小児口腔機能管理料】 ［算定要件］ 注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関において、口腔機能の管理を行った場合は、口腔管理体制強化加算として、●●点を所定点数に加算する。	【小児口腔機能管理料】 ［算定要件］ （新設）
【口腔機能管理料】 ［算定要件］	【口腔機能管理料】 ［算定要件］

注３　区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料の注３に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関において、口腔機能の管理を行った場合は、口腔管理体制強化加算として、●●点を所定点数に加算する。	（新設）
［施設基準］ 六の二の三　小児口腔機能管理料の注３に規定する口腔管理体制強化加算の施設基準 (1)～(3)　（略） (4) 口腔機能管理に関する実績があること。 (5) 次のいずれかに該当すること。 イ　歯科訪問診療料を算定していること。 ロ　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との連携の実績があること。 ハ　在宅歯科医療に係る連携体制が確保されていること。 (6)～(9)　（略）	［施設基準］ 六の二の三　かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準 (1)～(3)　（略） （新設） (4) 歯科訪問診療料の算定又は在宅療養支援歯科診療所１若しくは在宅療養支援歯科診療所２との連携の実績があること。 (5)～(8)　（略）
［経過措置］ 令和６年３月31日において現にかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所に係る届出を行っ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、（４）に該当するものとみなす。	［経過措置］ （新設）

⑤　かかりつけ薬剤師指導料の見直し

第１　基本的な考え方

かかりつけ薬剤師の業務を推進するため、かかりつけ薬剤師指導料と個別に評価されている薬学的管理の業務、算定している薬剤師の業務実態等を踏まえ、かかりつけ薬剤師が算定できる評価とともに、かかりつけ薬剤師としての要件を見直す。

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の薬剤師としての 24 時間対応に係る要件について、休日・夜間等のやむを得ない場合は薬局単位での対応でも可能となるよう薬剤師の勤務状況や患者への対応実態に合わせて見直しを行う。

２．吸入薬に係る情報提供、服薬指導は、かかりつけ薬剤師が通常行う業務の内容とは異なることから、かかりつけ薬剤師指導料を算定している患者に対して吸入指導を実施した場合でも吸入指導加算を算定可能とする。

改　定　案	現　　行
【かかりつけ薬剤師指導料】 ［算定要件］ 注１～７　（略） ８　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●●点を所定点数に加算する。 (6) かかりつけ薬剤師は、担当患者	【かかりつけ薬剤師指導料】 ［算定要件］ 注１～７　（略） （新設） (6) かかりつけ薬剤師は、担当患者

に対して、以下の服薬指導等を行う。 ア～ウ　（略） エ　患者がかかりつけ薬剤師からの服薬指導等を受けられるよう、当該薬局における勤務日等の必要な情報を伝えること。 オ　患者から休日、夜間を含む時間帯の相談に応じる体制をとり、開局時間外の連絡先を伝えること。原則として、かかりつけ薬剤師が相談に対応することとするが、当該薬局のかかりつけ薬剤師以外の別の保険薬剤師が相談等に対応する場合があるときは、当該薬局の別の保険薬剤師が対応しても差し支えない。また、やむを得ない事由により、患者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、速やかに折り返して連絡することができる体制とすること。なお、自宅等の当該保険薬局以外の場所で対応する場合にあっては、必要に応じて薬剤服用歴等が閲覧できる体制が整備されていることが望ましい。	に対して、以下の服薬指導等を行う。 ア～ウ　（略） （新設） エ　患者から24時間相談に応じる体制をとり、開局時間外の連絡先を伝えるとともに、勤務表を作成して患者に渡すこと。この場合において、当該薬局のかかりつけ薬剤師以外の別の保険薬剤師が相談等に対応する場合があるときは、その旨を患者にあらかじめ説明するとともに、当該保険薬剤師の連絡先を患者に伝えることにより、当該薬局の別の保険薬剤師が対応しても差し支えない。

３．かかりつけ薬剤師指導料等を算定する患者に対して、かかりつけ薬剤師以外がやむを得ず対応する場合の要件を見直し、患者の同意を得た上で、当該保険薬局に勤務する複数の常勤の保険薬剤師（かかりつけ薬剤師指導料等の施設基準を満たす薬剤師）が服薬管理指導料の特例を算定できるようにする。

「Ⅱ－７－⑥」を参照のこと。

４．調剤後薬剤管理指導料（新設）で必要とされる対応は、かかりつけ薬剤師が通常行う業務の範囲と異なることから、かかりつけ薬剤師指導料の算定患者に対して実施した場合でも算定可能とする。

「Ⅱ－７－⑦」を参照のこと。

⑥　服薬管理指導料の特例（かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合）の見直し

第１　基本的な考え方

服薬情報の一元的・継続的把握の推進の観点から、同一薬局の利用をさらに進めるため､かかりつけ薬剤師指導料等を算定する患者に対して、かかりつけ薬剤師以外がやむを得ず対応する場合に係る要件について見直す。

第２　具体的な内容

かかりつけ薬剤師指導料等を算定する患者に対して、かかりつけ薬剤師以外がやむを得ず対応する場合における要件について、１名までの保険薬剤師に限るとする規定を見直し、当該保険薬局における常勤の保険薬剤師（かかりつけ薬剤師指導料等の施設基準を満たす薬剤師）であれば複数人でも患者にあらかじめ同意を得ることで特例を算定可能とする。

改　定　案	現　　行
【服薬管理指導料】 ［算定要件］ １～12　（略） 13　服薬管理指導料の特例（かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合） (1) 患者に対する服薬指導等の業務について、患者が選択した保険薬剤師（以下「かかりつけ薬剤師」という。）がやむを得ない事情により業務を行えない場合に、あらかじめ患者が選定した当該保険薬局に勤務する他の保険薬剤師（以下「かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師」という。）が、かかりつけ薬剤師と連携して患者の服薬状況を一元的・継続的に把握した上で服薬指導等を行った場合に算定	【服薬管理指導料】 ［算定要件］ １～12　（略） 13　服薬管理指導料の特例（かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合） (1) 患者に対する服薬指導等の業務について、患者が選択した保険薬剤師（以下「かかりつけ薬剤師」という。）がやむを得ない事情により業務を行えない場合に、あらかじめ患者が選定した当該保険薬局に勤務する他の保険薬剤師（<u>１名までの保険薬剤師に限る。</u>以下「かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師」という。）が、かかりつけ薬剤師と連携して患者の服薬状況を一元的・継続的に把握した上で

できる。 (2)～(6)　（略）	服薬指導等を行った場合に算定できる。 (2)～(6)　（略）
【服薬管理指導料の注14に規定する保険薬剤師（かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合）】 ［施設基準］ 1　「かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師」は以下の要件を全て満たす保険薬剤師であること。 (1)・(2)　（略） (3) 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。）勤務していること。 (4) 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。 (5) 医療に係る地域活動の取組に参画していること。	【服薬管理指導料の注14に規定する保険薬剤師（かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合）】 ［施設基準］ 1　「かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師」は以下の要件を全て満たす保険薬剤師であること。 (1)・(2)　（略） （新設） （新設） （新設）

⑦　薬学的なフォローアップに関する評価の見直し

第１　基本的な考え方

薬剤師による充実した薬学管理を推進し、質の高い薬物療法が適用できるようにするため、地域における医療機関と連携して行う、調剤後の薬学管理に係る評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．現行の服薬管理指導料の調剤後薬剤管理指導加算について、対象となる糖尿病薬の範囲を拡大し、対象患者を慢性心不全患者に拡大するとともに、医療機関と薬局が連携して糖尿病患者、慢性心不全患者の治療薬の適正使用を推進する観点から評価体系を見直し、当該加算を調剤後薬剤管理指導料として新設する。これに伴い、服薬管理指導料の注 10 の調剤後薬剤管理指導加算は廃止する。

２．調剤後薬剤管理指導料が対象とする業務は、かかりつけ薬剤師が通常行う業務の範囲と異なることから、かかりつけ薬剤師指導料の算定患者に対して実施した場合でも算定可能となるよう見直す。

（新）　調剤後薬剤管理指導料

１	糖尿病患者に対して行った場合	●●点
２	慢性心不全患者に対して行った場合	●●点

［算定要件］

１．区分番号００に掲げる調剤基本料の注５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保険薬局において、１については糖尿病であって､別に厚生労働大臣が定めるものに対して、２については心疾患による入院の経験があり、作用機序が異なる循環器官用薬等の複数の治療薬の処方を受けている慢性心不全の患者に対して、保険医療機関の求めがあった場合又は患者若しくはその家族等の求めがあり、かつ、保険薬剤師が必要性を認め、医師の了解を得た場合に当該患者の同意を得て、調剤後に次に掲げる業務等の全てを行ったときに､調剤後薬剤管理指導料として､月１回に限り算定できる。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。

イ　調剤後に当該薬剤の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について当該患者へ電話等により確認すること（当該調剤と同日に

行う場合を除く。)。
ロ　必要な薬学的管理及び指導を継続して実施すること。
ハ　処方医へ必要な情報を文書により提供すること。
２．区分番号００に掲げる特別調剤基本料Ａを算定する保険薬局において、区分番号００に掲げる調剤基本料の注６に規定する別に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、算定できない。
３．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特別調剤基本料Ｂを算定する保険薬局は、いずれの場合においても算定できない。

［施設基準］
次のいずれかに該当するものであること。
（１）新たに糖尿病用剤が処方されたもの
（２）糖尿病用剤に係る投薬内容の変更が行われたもの

①　介護保険施設入所者の病状の急変時の適切な往診の推進

第１　基本的な考え方

介護保険施設等に入所している高齢者が、可能な限り施設内における生活を継続できるよう支援する観点から、介護保険施設等の入所者の病状の急変時に、介護保険施設等の協力医療機関であって、平時からの連携体制を構築している医療機関の医師が往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

介護保険施設等の入所者の病状の急変時に、介護保険施設等の協力医療機関であって、定期的なカンファレンスを実施するなど、平時からの連携体制を構築している医療機関の医師が往診を行った場合の評価を新設する。

（新）　介護保険施設等連携往診加算　●●点

［対象患者］

往診を行う保険医の所属する保険医療機関と平時からの連携体制を構築している介護保険施設等に入所する者

［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が、介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム（以下この区分番号において、「介護保険施設等」という。）の協力医療機関であって、当該介護保険施設等に入所している患者の病状の急変等に伴い、往診を行った場合に、介護保険施設等連携往診加算として、●●点を所定点数に加算する。

［施設基準］

（１）介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム（以下この●において、「介護保険施設等」という。）において、協力医療機関として定められている保険医療機関であって、当該介護保険施設

等から 24 時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定し、その連絡先を当該介護保険施設等に提供していること。
（２） 当該介護保険施設等と連携体制が確保されていること。
（３）（２）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。
（４）（３）の事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。

［経過措置］
令和●年●月●日までの間に限り、（４）に該当するものとみなす。

②　地域における 24 時間の在宅医療提供体制の構築の推進

第１　基本的な考え方

地域における 24 時間の在宅医療の提供体制の構築を推進する観点から、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院と連携体制を構築している在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院以外の他の保険医療機関が訪問診療を行っている患者に対して、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院が往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

在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院以外の他の保険医療機関において訪問診療を実施している患者に対し、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が当該他の保険医療機関と定期的にカンファレンスを行っていること又は ICT を用いて診療情報や患者の急変時の対応方針について最新の情報を確認できること等により、平時からの連携体制を構築した上で、当該在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が往診を行った場合の評価を新設する。

（新）　往診時医療情報連携加算　●●点

［対象患者］

在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院以外の保険医療機関において、訪問診療を受けている患者

［算定要件］

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●●点を所定点数に加算する。

③　往診に関する評価の見直し

第１　基本的な考え方

患者の状態に応じた適切な往診の実施を推進する観点から、緊急の往診に係る評価を見直す。

第２　具体的な内容

往診を行う医療機関において訪問診療を行っている患者、往診を行う医療機関と事前に往診に関する連携体制を構築している他の医療機関において訪問診療を行っている患者、往診を行う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及び往診を行う医療機関と平時からの連携体制を構築している介護保険施設等に入所している患者に対する往診以外の往診について緊急の往診に係る評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【往診料】 ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める時間において入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している場合に緊急に行う往診、夜間（深夜を除く。）又は休日の往診、深夜の往診を行った場合には、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院（地域において在宅療養を提供する診療所がないことにより、当該地域における退院後の患者に対する在宅療養の提供に主たる責任を有する病院であって、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ものをいう。以下この表において同じ。）等の区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。 イ　別に厚生労働大臣が定める	【往診料】 ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める時間において入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している場合に緊急に行う往診、夜間（深夜を除く。）又は休日の往診、深夜の往診を行った場合には、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院（地域において在宅療養を提供する診療所がないことにより、当該地域における退院後の患者に対する在宅療養の提供に主たる責任を有する病院であって、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ものをいう。以下この表において同じ。）等の区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。 イ　在宅療養支援診療所又は在

患者に対し、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の保険医が行う場合 (1)～(2)　（略） ロ　別に厚生労働大臣が定める患者に対し、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（イに規定するものを除く。）の保険医が行う場合 (1)～(3)　（略） ハ　別に厚生労働大臣が定める患者に対し、イからロまでに掲げるもの以外の保険医療機関の保険医が行う場合 (1)～(3)　（略） 二　別に厚生労働大臣が定める患者以外の患者に対して行う場合 (1) 緊急往診加算 ●●点 (2) 夜間・休日往診加算 ●●点 (3) 深夜往診加算 ●●点	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の保険医が行う場合 (1)～(2)　（略） ロ　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（イに規定するものを除く。）の保険医が行う場合 (1)～(3)　（略） ハ　イからロまでに掲げるもの以外の保険医療機関の保険医が行う場合 (1)～(3)　（略） （新設）
注６　注１のイからハまでの場合については、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。	注６　注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。
［施設基準］ 一の三　往診料に規定する時間及び別に厚生労働大臣が定める患者 (1) 厚生労働大臣が定める時間 保険医療機関において専ら診療	［施設基準］ 一の三　往診料に規定する時間 保険医療機関において専ら診療に従事している一部の時間

に従事している一部の時間 (2) 厚生労働大臣が定める患者 次のいずれかに該当するものであること。 イ　往診を行う保険医療機関において訪問診療を行っている患者であって、過去●日以内に在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、在宅患者訪問診療料（Ⅱ）又は在宅がん医療総合診療料を算定しているもの ロ　往診を行う保険医療機関と連携体制を構築している他の保険医療機関において、過去●日以内に在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、在宅患者訪問診療料（Ⅱ）又は在宅がん医療総合診療料を算定しているもの ハ　往診を行う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 ニ　往診を行う保険医療機関と平時からの連携体制を構築している介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム（以下この●において、「介護保険施設等」という。）に入所する患者	（新設）

④　在宅医療における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患者に対して、医師・歯科医師が計画的な医学管理を行う際に当該患者の医療・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

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ついて、他の保険医療機関等の関係職種がICTを用いて記録した患者に係る診療情報等を活用した上で、医師が計画的な医学管理を行った場合の評価を新設する。

（新）　在宅医療情報連携加算（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）　●●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、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、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ICT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医学管理を行った場合に、在宅医療情報連携加算として、月●●回に限り、●●点を所定点数に加算する。

［施設基準］

（１）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診療情報等について、ICT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計画的な医学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医療機関であることについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

（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。

［経過措置］

令和●年●月●日までの間に限り、（４）に該当するものとみなす。

２．在宅がん医療総合診療料について、他の保険医療機関等の関係職種が ICT を用いて記録した患者に係る診療情報等を活用した上で、医師が計画的な医学管理を行った場合の評価を新設する。

（新）　在宅医療情報連携加算（在宅がん医療総合診療料）　●●点

［算定要件］

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た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、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、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 ICT 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医学管理を行った場合に、在宅医療情報連携加算として、月●●回に限り、●●点を所定点数に加算する。

［施設基準］

（１）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診療情報等について、ICT 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計画的な医学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医療機関であることについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

（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。

［経過措置］
令和●年●月●日までの間に限り、（４）に該当するものとみなす。

３．歯科疾患在宅療養管理料、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料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について、他の保険医療機関等の関係職種が ICT を用いて記録した患者に係る診療情報等を活用した上で、歯科医師が計画的な医学管理を行った場合の評価を新設する。

（新）　在宅歯科医療情報連携加算　●●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 ICT 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●●回に限り、●●点を所定点数に加算する。

［施設基準］
（１）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診療情報等について、ICT 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計画的な歯科医学的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医療機関であることについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
（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。

［経過措置］
令和●年●月●日までの間に限り、（４）に該当するものとみなす。

⑤　在宅療養移行加算の見直し

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以外の保険医療機関が行う訪問診療について、在宅での療養を行っている患者が安心して 24 時間対応を受けられる体制の整備を促進する観点から、在宅療養移行加算の評価を見直す。

第２　具体的な内容

在宅療養移行加算について、対象となる範囲を病院まで拡大するとともに、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院以外の保険医療機関が行う訪問診療について、他の保険医療機関と 24 時間の往診体制及び連絡体制を構築し定期的なカンファレンスや ICT を用いて平時からの連携体制を構築している場合の評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【在宅療養移行加算】 ［算定要件］ 注９　３を算定する患者であって継続的に診療を行っているものに対して、保険医療機関が、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関において又は他の保険医療機関等との連携により、常時往診を行う体制等を確保した上で訪問診療を行った場合に、当該体制等に応じて、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ　在宅療養移行加算１　●●点 ロ　在宅療養移行加算２　●●点 ハ　在宅療養移行加算３　●●点 ニ　在宅療養移行加算４　●●点 (20) 在宅時医学総合管理料の「注９」又は施設入居時等医学総合管理料の「注５」の規定により準用	【在宅療養移行加算】 ［算定要件］ 注９　３を算定する患者であって継続的に診療を行っているものに対して、保険医療機関（診療所に限る。）が、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関において又は他の保険医療機関等との連携により、常時往診を行う体制等を確保した上で訪問診療を行った場合に、当該体制等に応じて、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ　在宅療養移行加算１　216 点 ロ　在宅療養移行加算２　116 点 (20) 在宅時医学総合管理料の「注９」又は施設入居時等医学総合管理料の「注５」の規定により準用

する在宅時医学総合管理料の「注９」に規定する在宅療養移行加算１、２、３及び４は、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院以外の保険医療機関が、当該保険医療機関の外来を４回以上受診した後に訪問診療に移行した患者に対して訪問診療を実施した場合に、以下により算定する。	する在宅時医学総合管理料の「注９」に規定する在宅療養移行加算１及び２は、在宅療養支援診療所以外の診療所が、当該診療所の外来を４回以上受診した後に訪問診療に移行した患者に対して訪問診療を実施した場合に、以下により算定する。
ア　在宅療養移行加算１については、以下の全ての要件を満たして訪問診療を実施した場合に、在宅療養移行加算２については以下の（イ）から（ハ）までを満たして訪問診療を実施した場合に、算定する。なお、在宅療養移行加算１及び２を算定して訪問診療及び医学管理を行う月のみ以下の体制を確保すればよく、地域医師会等の協力を得て（イ）又は（ロ）に規定する体制を確保することでも差し支えない。	ア　在宅療養移行加算１については、以下の全ての要件を満たして訪問診療を実施した場合に算定する。なお、在宅療養移行加算１を算定して訪問診療及び医学管理を行う月のみ以下の体制を確保すればよく、地域医師会等の協力を得て（イ）又は（ロ）に規定する体制を確保することでも差し支えない。
（イ）～（ハ）　（略）	（イ）～（ハ）　（略）
（ニ）当該医療機関が保有する患者の診療情報及び患者の病状の急変時の対応方針等の情報について、当該医療機関と連携する他の医療機関に対して、●月に１回程度の定期的なカンファレンスにより適切に提供していること。なお、当該情報についてはICT等を活用して連携する他の医療機関が常に確認できる体制を確保することでも差し支えない。	（新設）
イ　在宅療養移行加算３については、以下の全ての要件を満たして訪問診療を実施した場合に、在宅療養移行加算４については以下の（イ）から（ニ）までを満たして訪問診療を実施した場	イ　在宅療養移行加算２については、以下の全ての要件を満たして訪問診療を実施した場合に算定する。なお、在宅療養移行加算２を算定して訪問診療及び医学管理を行う月のみ以下の体制

合に算定する。なお、在宅療養移行加算３及び４を算定して訪問診療及び医学管理を行う月のみ以下の体制を確保すればよく、市町村や地域医師会との協力により(イ)又は(ロ)に規定する体制を確保することでも差し支えない。 (イ)～(ニ) (ホ) 当該医療機関が保有する患者の診療情報及び患者の病状の急変等の際の対応方針等の情報について、当該医療機関と連携する他の医療機関に対して、●月に１回程度の定期的なカンファレンスにより適切に提供していること。なお、当該情報についてはICT等を活用して連携する他の医療機関が常に確認できる体制を確保することでも差し支えない。	を確保すればよく、市町村や地域医師会との協力により(イ)又は(ロ)に規定する体制を確保することでも差し支えない。 (イ)～(ニ) (新設)

⑥　在宅における注射による麻薬の投与に係る評価の新設

第１　基本的な考え方

在宅における末期の悪性腫瘍の患者以外の患者に対する緩和ケアを充実させる観点から、注射による麻薬の投与に係る指導管理について新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

１．在宅悪性腫瘍等患者指導管理料等について、名称を変更するとともに、疾患を考慮した評価体系に見直した上で、心不全又は呼吸器疾患の末期の患者に対する注射による麻薬の投与を用いた指導管理についての評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【在宅麻薬等注射指導管理料】 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　●●点	【在宅悪性腫瘍等患者指導管理料】 1,500点
［算定要件］ 注１　１については、悪性腫瘍の患者であって、入院中の患者以外の末期の患者に対して、在宅における麻薬等の注射に関する指導管理を行った場合に算定する。	［算定要件］ 注　在宅における鎮痛療法又は悪性腫瘍の化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の患者に対して、当該療法に関する指導管理を行った場合に算定する。
２　２については、筋萎縮性側索硬化症又は筋ジストロフィーの患者であって、入院中の患者以外の患者に対して、在宅における麻薬等の注射に関する指導管理を行った場合に算定する。	（新設）
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	（新設）

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。 【在宅腫瘍化学療法注射指導管理料】 1,500点 ［算定要件］ 注　悪性腫瘍の患者であって、入院中の患者以外の患者に対して、在宅における抗悪性腫瘍剤等の注射に関する指導管理を行った場合に算定する。	（新設）
【在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料】 1,500点 ［算定要件］ 注　別に厚生労働大臣が定める保険医療機関の保険医が、他の保険医療機関において区分番号Ｃ●●に掲げる在宅麻薬等注射指導管理料の１又は区分番号Ｃ●●に掲げる在宅腫瘍化学療法注射指導管理料を算定する指導管理を受けている患者に対し、当該他の保険医療機関と連携して、同一日に当該患者に対する麻薬等又は抗悪性腫瘍剤等の注射に関する指導管理を行った場合に算定する。	【在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料】 1,500点 ［算定要件］ 注　別に厚生労働大臣が定める保険医療機関の保険医が、他の保険医療機関において区分番号Ｃ１０８に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定する指導管理を受けている患者に対し、当該他の保険医療機関と連携して、同一日に当該患者に対する悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

２．注入ポンプ加算及び携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算の対象患者に、心不全又は呼吸器疾患の末期の患者に対する注射による麻薬の投与を行った場合を追加した上で、評価体系を見直す。

改　定　案	現　　行
【注入ポンプ加算】 1,250点	【注入ポンプ加算】 1,250点

［算定要件］ 注　次のいずれかに該当する入院中の患者以外の患者に対して、注入ポンプを使用した場合に、２月に２回に限り、第１款の所定点数に加算する。 イ　在宅中心静脈栄養法、在宅成分栄養経管栄養法又は在宅小児経管栄養法を行っている患者 ロ　次のいずれかに該当する患者 (1) 悪性腫瘍の患者であって、在宅において麻薬等の注射を行っている末期の患者 (2) 筋萎縮性側索硬化症又は筋ジストロフィーの患者であって、在宅において麻薬等の注射を行っている患者 (3) (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に対して、在宅において麻薬の注射を行っている末期の患者 ハ　悪性腫瘍の患者であって、在宅において抗悪性腫瘍剤等の注射を行っている患者 ニ　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患者	［算定要件］ 注　在宅中心静脈栄養法、在宅成分栄養経管栄養法若しくは在宅小児経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者、在宅における鎮痛療法若しくは悪性腫瘍の化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の患者又は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、注入ポンプを使用した場合に、２月に２回に限り、第１款の所定点数に加算する。
【携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算】 2,500点 ［算定要件］ 注　次のいずれかに該当する入院中の患者以外の患者に対して、携帯型ディスポーザブル注入ポンプを使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。 イ　悪性腫瘍の患者であって、在宅において麻薬等の注射を行っている末期の患者 ロ　悪性腫瘍の患者であって、在	【携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算】 2,500点 ［算定要件］ 注　在宅における悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、携帯型ディスポーザブル注入ポンプを使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。

宅において抗悪性腫瘍剤等の注射を行っている患者 ハ　イ又はロ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に対して、在宅において麻薬の注射を行っている末期の患者	

⑦　在宅における質の高い緩和ケアの提供の推進

第１　基本的な考え方

在宅で療養を行う末期の悪性腫瘍の患者について、質の高い緩和ケアを提供する観点から、患者の急変時等に、ICT の活用によって当該患者に関わる医療従事者等の間で共有されている人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を踏まえ、医師が当該患者に対して療養上必要な指導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

在宅で療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者の病状の急変時に、ICT の活用によって、医療従事者等の間で共有されている人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を踏まえ医師が療養上必要な指導を行った場合の評価を新設する。

（新）　在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料　●●点

［対象患者］
在宅医療情報連携加算を算定している患者であって、在宅での療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者

［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であって通院が困難なものの同意を得て、末期の悪性腫瘍の患者の病状の急変等に伴い、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、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、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が ICT を用いて記録した当該患者に係る人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を取得した上で療養上必要な指導を行った場合に、月●回に限り算定する。
（２）在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料は、他の保険医療機関等の関係職種が ICT を用いて記録した患者に係る診療情報等を活用した上で、医師が計画的な医学管理を行っている患者に対し、共有されている当該患者の人生の最終段階における医療・ケアに関する情

報を取得した上で療養上必要な指導を行った場合に、当該指導を行った日に限り算定できる。

⑧　在宅ターミナルケア加算等の見直し

第１　基本的な考え方

本人の望む場所でより患者の希望に沿った看取りを支援する観点から、在宅ターミナルケア加算等について、算定要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．在宅ターミナルケア加算について、死亡日及び死亡日前 14 日以内に退院時共同指導を実施した上で訪問診療又は往診を実施している場合においても、算定可能とする。
２．看取り加算について、退院時共同指導を実施した上で往診を行い、在宅で患者を看取った場合に往診料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。）であって、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	【往診料】 ［算定要件］ （新設）

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、それぞれ●●点、●●点又は●●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●●点を更に所定点数に加算する。 イ　有料老人ホーム等に入居する患者以外の患者 (1) 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の場合 ① 病床を有する場合 ●●点 ② 病床を有しない場合 ●●点 (2) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（(1)に規定するものを除く。）の場合 ●●点 (3) (1)及び(2)に掲げるもの以外の場合 ●●点 ロ　有料老人ホーム等に入居する患者 (1) 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の場合 ① 病床を有する場合 ●●点 ② 病床を有しない場合 ●●点 (2) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（(1)に規定するものを除く。）の場合 ●●点 (3) (1)及び(2)に掲げるもの以外の場合 ●●点	

４　往診を行い、在宅で患者を看取った場合（注３に規定する在宅ターミナルケア加算を算定する場合に限る。）には、看取り加算として、●●点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ｃ００１の注７（区分番号Ｃ００１－２の注６の規定により準用する場合を含む）に規定する看取り加算は算定できない。	
【在宅患者訪問診療料（Ｉ）】 ［算定要件］ 注６　在宅で死亡した患者（往診又は訪問診療を行った後、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、２回以上の往診若しくは訪問診療を実施した場合（１を算定する場合に限る。）又は区分番号Ｂ００４に掲げる退院時共同指導料１を算定し、かつ、訪問診療を実施した場合（１を算定する場合に限る。）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Ｃ０００の注３に規定するターミナルケア加算は算定できない。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算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	【在宅患者訪問診療料（Ｉ）】 ［算定要件］ 注６　在宅で死亡した患者（往診又は訪問診療を行った後、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、２回以上の往診又は訪問診療を実施した場合（１を算定する場合に限る。）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。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算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。

酸素療法加算として2,000点を更に所定点数に加算する。 イ・ロ　（略）	イ・ロ　（略）
【在宅患者訪問診療料（Ⅱ）】 ［算定要件］ 注５　患者の居住する有料老人ホーム等で死亡した患者（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に当該有料老人ホーム等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、２回以上の往診若しくは訪問診療を実施した場合（注１のイの場合に限る。）又は区分番号Ｂ００４に掲げる退院時共同指導料１を算定し、かつ、訪問診療を実施した場合（注１のイの場合に限る。）には、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Ｃ０００の注３に規定するターミナルケア加算は算定できない。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算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。 イ・ロ　（略）	【在宅患者訪問診療料（Ⅱ）】 ［算定要件］ 注５　患者の居住する有料老人ホーム等で死亡した患者（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に当該有料老人ホーム等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、２回以上の往診又は訪問診療を実施した場合（注１のイの場合に限る。）には、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。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算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。 イ・ロ　（略）

⑨　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見直し

第１　基本的な考え方

より質の高い在宅医療の提供を適切に評価する観点から、訪問診療の算定回数等に応じて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評価を見直す。

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算定における単一建物診療患者の数が 10 人以上 19 人以下、20 人以上 49 人以下及び 50 人以上の場合の評価を新設する。
２．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を届出している保険医療機関のうち、当該医療機関の直近●月の訪問診療の算定回数等が●●回を超える保険医療機関（看取りの件数等に係る一定の基準を満たす場合を除く。）について、単一建物診療患者の数が●●人以上である患者に対する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評価を見直す。
３．医療ＤＸ及び医薬品の安定供給に資する取組の推進に伴い、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評価を見直す。

改　定　案	現行
【在宅時医学総合管理料】 １　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の場合 イ　病床を有する場合 (1) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合 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	【在宅時医学総合管理料】 １　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の場合 イ　病床を有する場合 (1) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合 ①　単一建物診療患者が１人の場合　5,400点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　4,500点 ③　①及び②以外の場合

以上19人以下の場合 ●●点	2,880点
④　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 ●●点	（新設）
⑤　①から④まで以外の場合 ●●点	（新設）
(2) 月２回以上訪問診療を行っている場合（(1)の場合を除く。）	(2) 月２回以上訪問診療を行っている場合（(1)の場合を除く。）
①　単一建物診療患者が１人の場合　●●点	①　単一建物診療患者が１人の場合　4,500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 2,400点
③　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 ●●点	③　①及び②以外の場合 1,200点
④　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 ●●点	（新設）
⑤　①から④まで以外の場合 ●●点	（新設）
(3) 月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（(1)及び(2)の場合を除く。）	(3) 月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（(1)及び(2)の場合を除く。）
①　単一建物診療患者が１人の場合　●●点	①　単一建物診療患者が１人の場合　3,029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 1,685点
③　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 ●●点	③　①及び②以外の場合 880点
④　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 ●●点	（新設）
⑤　①から④まで以外の場合 ●●点	（新設）
(4) 月１回訪問診療を行ってい	(4) 月１回訪問診療を行ってい

る場合 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 (5) 月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が１人の場合 ●●点 ② 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 ●●点 ③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 ●●点 ④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 ●●点 ⑤ ①から④まで以外の場合 ●●点 ロ 病床を有しない場合 (1) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合 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	る場合 ① 単一建物診療患者が１人の場合 2,760点 ② 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 1,500点 ③ ①及び②以外の場合 780点 （新設） （新設） (5) 月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が１人の場合 1,515点 ② 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 843点 ③ ①及び②以外の場合 440点 （新設） （新設） ロ 病床を有しない場合 (1) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が１人の場合 5,000点 ② 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 4,140点 ③ ①及び②以外の場合 2,640点

④　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 ●●点	（新設）
⑤　①から④まで以外の場合 ●●点	（新設）
(2) 月２回以上訪問診療を行っている場合（(1)の場合を除く。）	(2) 月２回以上訪問診療を行っている場合（(1)の場合を除く。）
①　単一建物診療患者が１人の場合　●●点	①　単一建物診療患者が１人の場合　4,100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 2,200点
③　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 ●●点	③　①及び②以外の場合 1,100点
④　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 ●●点	（新設）
⑤　①から④まで以外の場合 ●●点	（新設）
(3) 月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（(1)及び(2)の場合を除く。）	(3) 月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（(1)及び(2)の場合を除く。）
①　単一建物診療患者が１人の場合　●●点	①　単一建物診療患者が１人の場合　2,789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 1,565点
③　単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 ●●点	③　①及び②以外の場合 820点
④　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 ●●点	（新設）
⑤　①から④まで以外の場合 ●●点	（新設）
(4) 月１回訪問診療を行っている場合	(4) 月１回訪問診療を行っている場合
①　単一建物診療患者が１人	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 (5) 月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 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 ２　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（１に規定するものを除く。）の場合 イ　別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合 (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	の場合　2,520点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 1,380点 ③　①及び②以外の場合 720点 （新設） （新設） (5) 月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 ①　単一建物診療患者が１人の場合　1,395点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 783点 ③　①及び②以外の場合 410点 （新設） （新設） ２　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（１に規定するものを除く。）の場合 イ　別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が１人の場合　4,600点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 3,780点 (3) (1)及び(2)以外の場合 2,400点

(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 ●●点	（新設）
(5) (1)から(4)まで以外の場合 ●●点	（新設）
ロ　月２回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。） (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	ロ　月２回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。） (1) 単一建物診療患者が１人の場合　3,700点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 2,000点 (3) (1)及び(2)以外の場合 1,000点
(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 ●●点	（新設）
(5) (1)から(4)まで以外の場合 ●●点	（新設）
ハ　月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（イ及びロの場合を除く。） (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	ハ　月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（イ及びロの場合を除く。） (1) 単一建物診療患者が１人の場合　2,569点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 1,465点 (3) (1)及び(2)以外の場合 780点
(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 ●●点	（新設）
(5) (1)から(4)まで以外の場合 ●●点	（新設）
ニ　月１回訪問診療を行っている場合 (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	ニ　月１回訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が１人の場合　2,300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 ホ　月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 (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 ３　１及び２に掲げるもの以外の場合 イ　別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月に２回以上訪問診療を行っている場合 (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	上９人以下の場合 1,280点 (3) (1)及び(2)以外の場合 680点 （新設） （新設） ホ　月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が１人の場合　1,285点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 733点 (3) (1)及び(2)以外の場合 390点 （新設） （新設） ３　１及び２に掲げるもの以外の場合 イ　別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月に２回以上訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が１人の場合　3,450点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 2,835点 (3) (1)及び(2)以外の場合 1,800点 （新設）

(5) (1)から(4)まで以外の場合 ●●点	（新設）
ロ　月２回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。） (1) 単一建物診療患者が１人の場合　●●点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 ●●点 (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 ●●点 (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 ●●点 (5) (1)から(4)まで以外の場合 ●●点	ロ　月２回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。） (1) 単一建物診療患者が１人の場合　2,750点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 1,475点 (3) (1)及び(2)以外の場合 750点 （新設） （新設）
ハ　月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（イ及びロの場合を除く。） (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　月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（イ及びロの場合を除く。） (1) 単一建物診療患者が１人の場合　2,029点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 1,180点 (3) (1)及び(2)以外の場合 660点 （新設） （新設）
ニ　月１回訪問診療を行っている場合 (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	ニ　月１回訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が１人の場合　1,760点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 995点 (3) (1)及び(2)以外の場合

上19人以下の場合 ●●点	560点
(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 ●●点	（新設）
(5) (1)から(4)まで以外の場合 ●●点	（新設）
ホ　月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合	ホ　月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合
(1) 単一建物診療患者が１人の場合　●●点	(1) 単一建物診療患者が１人の場合　1,015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 590点
(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 ●●点	(3) (1)及び(2)以外の場合 330点
(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 ●●点	（新設）
(5) (1)から(4)まで以外の場合 ●●点	（新設）
［算定要件］	［算定要件］
注１～６　（略）	注１～６　（略）
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。	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	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	(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	(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以下の場合　100点	(3) (1)及び(2)以外の場合 100点
(4) 単一建物診療患者が20人以	（新設）

上49人以下の場合 ●●点 (5) (1)から(4)まで以外の場合 ●●点	(新設)
ロ　在宅療養実績加算１ (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 ●●点 (5) (1)から(4)まで以外の場合 ●●点	ロ　在宅療養実績加算１ (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) (1)及び(2)以外の場合　75点 (新設) (新設)
ハ　在宅療養実績加算２ (1) 単一建物診療患者が１人の場合　200点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　100点 (3) 単一建物診療患者が10人以上19以下の場合　50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　在宅療養実績加算２ (1) 単一建物診療患者が１人の場合　200点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　100点 (3) (1)及び(2)以外の場合　50点 (新設) (新設)
８～13　(略) 14　１のイの(1)の③から⑤、１のイの(2)の③から⑤、１のイの(3)の③から⑤、１のイの(4)の③から⑤、１のイの(5)の③から⑤、１のロの(1)の③から⑤、１のロの(2)の③から⑤、１のロの(3)の③から⑤、１のロの(4)の③から⑤、１のロの(5)の③から⑤、２のイの(3)から(5)、２のロの(3)から(5)、２のハの(3)から(5)、２の二の(3)から(5)、２のホの(3)から(5)、３のイの(3)から(5)、３のロの(3)から(5)、３のハの(3)から(5)、３の二の	８～13　(略) (新設)

(3)から(5)及び３のホの(3)から(5)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、それぞれ所定点数の100分の●●に相当する点数を算定する。	
【施設入居時等医学総合管理料】 1　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の場合 イ　病床を有する場合 (1) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合 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 (2) 月２回以上訪問診療を行っている場合（(1)の場合を除く。） 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	【施設入居時等医学総合管理料】 1　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の場合 イ　病床を有する場合 (1) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合 ①　単一建物診療患者が１人の場合　3,900点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　3,240点 ③　①及び②以外の場合　2,880点 （新設） （新設） (2) 月２回以上訪問診療を行っている場合（(1)の場合を除く。） ①　単一建物診療患者が１人の場合　3,200点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,700点 ③　①及び②以外の場合　1,200点 （新設） （新設）

●●点	
(3) 月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（(1)及び(2)の場合を除く。）	(3) 月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（(1)及び(2)の場合を除く。）
① 単一建物診療患者が１人の場合 ●●点	① 単一建物診療患者が１人の場合 2,249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 1,265点
③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 ●●点	③ ①及び②以外の場合 880点
④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 ●●点	（新設）
⑤ ①から④まで以外の場合 ●●点	（新設）
(4) 月１回訪問診療を行っている場合	(4) 月１回訪問診療を行っている場合
① 単一建物診療患者が１人の場合 ●●点	① 単一建物診療患者が１人の場合 1,980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 1,080点
③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 ●●点	③ ①及び②以外の場合 780点
④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 ●●点	（新設）
⑤ ①から④まで以外の場合 ●●点	（新設）
(5) 月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合	(5) 月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合
① 単一建物診療患者が１人の場合 ●●点	① 単一建物診療患者が１人の場合 1,125点
② 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合	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	633点 ③　①及び②以外の場合 440点 （新設） （新設）
ロ　病床を有しない場合 (1) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合 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 (2) 月２回以上訪問診療を行っている場合（(1)の場合を除く。） 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 (3) 月２回以上訪問診療等を行	ロ　病床を有しない場合 (1) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合 ①　単一建物診療患者が１人の場合　3,600点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 2,970点 ③　①及び②以外の場合 2,640点 （新設） （新設） (2) 月２回以上訪問診療を行っている場合（(1)の場合を除く。） ①　単一建物診療患者が１人の場合　2,900点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 1,550点 ③　①及び②以外の場合 1,100点 （新設） （新設） (3) 月２回以上訪問診療等を行

っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（(1)及び(2)の場合を除く。） 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	っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（(1)及び(2)の場合を除く。） ①　単一建物診療患者が１人の場合　2,069点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,175点 ③　①及び②以外の場合　820点 （新設） （新設）
(4) 月１回訪問診療を行っている場合 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	(4) 月１回訪問診療を行っている場合 ①　単一建物診療患者が１人の場合　1,800点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　990点 ③　①及び②以外の場合　720点 （新設） （新設）
(5) 月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 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	(5) 月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 ①　単一建物診療患者が１人の場合　1,035点 ②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　588点 ③　①及び②以外の場合

以上19人以下の場合 ●●点	410点
④　単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 ●●点	（新設）
⑤　①から④まで以外の場合 ●●点	（新設）
２　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（１に規定するものを除く。）の場合	２　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（１に規定するものを除く。）の場合
イ　別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合	イ　別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合
(1) 単一建物診療患者が１人の場合　●●点	(1) 単一建物診療患者が１人の場合　3,300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 2,700点
(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 ●●点	(3) (1)及び(2)以外の場合 2,400点
(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 ●●点	（新設）
(5) (1)から(4)まで以外の場合 ●●点	（新設）
ロ　月２回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。）	ロ　月２回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。）
(1) 単一建物診療患者が１人の場合　●●点	(1) 単一建物診療患者が１人の場合　2,600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 1,400点
(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 ●●点	(3) (1)及び(2)以外の場合 1,000点
(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 ●●点	（新設）
(5) (1)から(4)まで以外の場合 ●●点	（新設）
ハ　月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回	ハ　月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回

以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（イ及びロの場合を除く。） (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	以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（イ及びロの場合を除く。） (1) 単一建物診療患者が１人の場合 1,909点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 1,105点 (3) (1)及び(2)以外の場合 780点 （新設） （新設）
ニ　月１回訪問診療を行っている場合 (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	ニ　月１回訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が１人の場合 1,640点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 920点 (3) (1)及び(2)以外の場合 680点 （新設） （新設）
ホ　月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 (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	ホ　月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が１人の場合 955点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 553点 (3) (1)及び(2)以外の場合 390点

(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 ●●点	（新設）
(5) (1)から(4)まで以外の場合 ●●点	（新設）
３　１及び２に掲げるもの以外の場合	３　１及び２に掲げるもの以外の場合
イ　別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月に２回以上訪問診療を行っている場合	イ　別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合
(1) 単一建物診療患者が１人の場合　●●点	(1) 単一建物診療患者が１人の場合　2,450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 2,025点
(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 ●●点	(3) (1)及び(2)以外の場合 1,800点
(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 ●●点	（新設）
(5) (1)から(4)まで以外の場合 ●●点	（新設）
ロ　月２回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。）	ロ　月２回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。）
(1) 単一建物診療患者が１人の場合　●●点	(1) 単一建物診療患者が１人の場合　1,950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 1,025点
(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 ●●点	(3) (1)及び(2)以外の場合 750点
(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 ●●点	（新設）
(5) (1)から(4)まで以外の場合 ●●点	（新設）
ハ　月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（イ及びロの場合を除く。）	ハ　月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（イ及びロの場合を除く。）

(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	(1) 単一建物診療患者が１人の場合 1,549点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 910点 (3) (1)及び(2)以外の場合 660点 （新設） （新設）
ニ　月１回訪問診療を行っている場合 (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	ニ　月１回訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が１人の場合 1,280点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 725点 (3) (1)及び(2)以外の場合 560点 （新設） （新設）
ホ　月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 (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	ホ　月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が１人の場合 775点 (2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 455点 (3) (1)及び(2)以外の場合 330点 （新設）

(5) (1)から(4)まで以外の場合 ●●点	（新設）
［算定要件］	［算定要件］
注１・２　（略）	注１・２　（略）
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。	３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ更に所定点数に加算する。
イ　在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	イ　在宅緩和ケア充実診療所・病院加算
(1) 単一建物診療患者が１人の場合　300点	(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	(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以下の場合　75点	(3) (1)及び(2)以外の場合　75点
(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 ●●点	（新設）
(5) (1)から(4)まで以外の場合 ●●点	（新設）
ロ　在宅療養実績加算１	ロ　在宅療養実績加算１
(1) 単一建物診療患者が１人の場合　225点	(1) 単一建物診療患者が１人の場合　225点
(2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　110点	(2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　110点
(3) 単一建物診療患者が10人以上19以下の場合　56点	(3) (1)及び(2)以外の場合　56点
(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 ●●点	（新設）
(5) (1)から(4)まで以外の場合 ●●点	（新設）
ハ　在宅療養実績加算２	ハ　在宅療養実績加算２
(1) 単一建物診療患者が１人の場合　150点	(1) 単一建物診療患者が１人の場合　150点
(2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　75点	(2) 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　75点

(3) 単一建物診療患者が10人以上19以下の場合　40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 ４　（略） ５　区分番号Ｃ００２の注２から注５まで、注８から注10まで及び注14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。 ６・７　（略） 【施設基準】 第四　在宅医療 一の六　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施設基準 (10) 在宅時医学総合管理料の注14（施設入居時等医学総合管理料の注５の規定により準用する場合を含む。）に規定する別に厚生労働大臣が定める基準 当該保険医療機関の訪問診療の回数及び当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関（令和６年３月31日までに開設した保険医療機関を除く。）の訪問診療の回数の合計が一定数を超えないこと。	(3) (1)及び(2)以外の場合　40点 （新設） （新設） ４　（略） ５　区分番号Ｃ００２の注２から注５まで及び注８から注10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。 ６・７　（略） 【施設基準】 第四　在宅医療 一の六　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施設基準 （新設）

４．機能強化型の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、各年●月から●月までの訪問診療の回数が一定回数を超える場合においては、データに基づく適切な評価を推進する観点から次年の●月か

ら在宅データ提出加算に係る届出を要件とする。

改　定　案	現　　行
【在宅療養支援診療所】 ［施設基準］ 第三　医学管理等 　六　在宅療養支援診療所の施設基準 　　(1) 次のいずれの基準にも該当するものであること 　　イ～ワ　（略） 　　●　訪問診療の回数が一定数以上の場合にあっては、在宅データ提出加算に係る届出を行っている医療機関であること。 ※　第三の六の(2)及び機能強化型の在宅療養支援病院についても同様。	【在宅療養支援診療所】 ［施設基準］ 第三　医学管理等 　六　在宅療養支援診療所の施設基準 　　(1) 次のいずれの基準にも該当するものであること 　　イ～ワ　（略） 　　（新設）

［経過措置］

１．第三の六の（１）●、第三の六の（２）●、第四の一の（１）●及び第四の一の（２）●に係る規定は、令和６年３月 31 日において現に機能強化型の在宅療養診療所及び在宅療養病院の届出を行っている場合は、令和●●年●●月●●日までの間に限り、在宅データ提出加算に係る基準を満たすものとする。

２．第四の一の六（10）に係る規定は、令和６年３月 31 日において現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届出を行っている保険医療機関については、令和●●年●●月●●日までは当該基準を満たすものとする。

⑩　在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院における訪問栄養食事指導の推進

第１　基本的な考え方

訪問栄養食事指導の推進を図る観点から、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

医師が栄養管理の必要性を認めた患者に対して訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備を推進する。

改　定　案	現　　行
【在宅療養支援診療所】 ［施設基準］ (1) 次のいずれの基準にも該当するものであること。 イ～ワ　（略） ●　訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制をとっていること。 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。 （中略） (1) 診療所であって、当該診療所単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。 ●　当該診療所において、当該診療所の管理栄養士又は当該診療所以外（公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」又は他の保	【在宅療養支援診療所】 ［施設基準］ (1) 次のいずれの基準にも該当するものであること。 イ～ワ　（略） （新規） 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。 （中略） (1) 診療所であって、当該診療所単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。 （新設）

険医療機関に限る。）の管理栄養士との連携により、医師が栄養管理の必要性を認めた患者に対して訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を整備することが望ましい。	
【在宅療養支援病院】 ［施設基準］ (1) 次のいずれの基準にも該当するものであること。 イ～ワ　（略） ● 訪問栄養食事指導を行うにつき十分な体制が整備されていること。	【在宅療養支援病院】 ［施設基準］ (1) 次のいずれの基準にも該当するものであること。 イ～ワ　（略） （新規）
1　在宅療養支援病院の施設基準 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病院という。 （中略） (1) 病院であって、当該病院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。 ● 当該病院において、当該病院の管理栄養士により、医師が栄養管理の必要性を認めた患者に対して訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を整備すること。 ※ 機能強化型のうち連携型の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院並びに機能強化型以外の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院についても同様。	1　在宅療養支援病院の施設基準 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病院という。 （中略） (1) 病院であって、当該病院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。 （新設）
［経過措置］ 令和６年３月31日において現に在宅療養支援病院に係る届出を行っている保険医療機関について	［経過措置］ （新設）

は、令和●●年●●月●●日までの間に限り、第四の一の(1)の●●、(2)の●●若しくは(3)の●●に該当するものとみなす。	

⑪　包括的支援加算の見直し

第１　基本的な考え方

在宅医療を行っている患者の状態に応じた評価を更に推進する観点から、包括的支援加算について、対象患者を見直す。

第２　具体的な内容

１．包括的支援加算について、要介護度と認知症高齢者の日常生活自立度に関する対象患者の範囲を要介護度●以上と認知症高齢者の日常生活自立度のランク●●以上に見直す（障害者支援区分についての変更は無い）。
２．包括的支援加算の対象患者に新たに「麻薬の投薬を受けている状態」を追加する。

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］ 別表第八の三　在宅時医学総合管理料の注10（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状態の患者 要介護●以上の状態又はこれに準ずる状態 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする認知症の状態 頻回の訪問看護を受けている状態 訪問診療又は訪問看護において処置を受けている状態 介護保険法第八条第十一項に規定する特定施設等看護職員が配置された施設に入居し、医師の指示を受けた看護職員による処置を受	【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］ 別表第八の三　在宅時医学総合管理料の注10（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状態の患者 要介護二以上の状態又はこれに準ずる状態 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さのために、介護を必要とする認知症の状態 頻回の訪問看護を受けている状態 訪問診療又は訪問看護において処置を受けている状態 介護保険法第八条第十一項に規定する特定施設等看護職員が配置された施設に入居し、医師の指示を受けた看護職員による処置を受

けている状態 麻薬の投薬を受けている状態 その他関係機関との調整等のために訪問診療を行う医師による特別な医学管理を必要とする状態	けている状態 （新設） その他関係機関との調整等のために訪問診療を行う医師による特別な医学管理を必要とする状態

⑫　訪問診療の頻度が高い医療機関の在宅患者訪問診療料の見直し

第１　基本的な考え方

患者の状態に応じた適切な在宅医療の提供を推進するため、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、一人あたりの訪問診療の頻度が高い場合における在宅患者訪問診療料の評価を見直す。

第２　具体的な内容

在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、過去●月の患者（一部の状態を除く。）一人あたりの訪問診療の回数が平均で●回を超える場合の在宅患者訪問診療料を見直す。

改　定　案	現　　行
【在宅患者訪問診療料（Ⅰ）１】 ［算定要件］ 注●　１について、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基準に適合しなくなった場合には、当該基準に適合しなくなった後の直近１月に限り、同一患者につき同一月において訪問診療を●回以上実施した場合における●回目以降の当該訪問診療については、所定点数の 100 分の●●に相当する点数により算定する。	【在宅患者訪問診療料（Ⅰ）１】 ［算定要件］ （新設）
【在宅患者訪問診療料（Ⅱ）】 注●　注１のイの場合について、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基準に適合しなくなった場合には、当該基準に適合しなくなった後の直近１月に限り、同一患者につき同一月に	【在宅患者訪問診療料（Ⅱ）】 （新設）

おいて訪問診療を●回以上実施した場合における●回目以降の当該訪問診療については、所定点数の 100 分の●●に相当する点数により算定する。 ［施設基準］ 一の五の二　在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び在宅患者訪問診療料（Ⅱ）に規定する別に厚生労働大臣が定める基準 　患者一人当たりの直近●月の訪問診療の回数が一定数未満であること。 第●　在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び在宅患者訪問診療料（Ⅱ）に規定する場合の施設基準 　以下のいずれにも該当する場合 　当該医療機関において次のアに掲げる数をイに掲げる数で除した値が●●未満であること。なお、アの数が●●を超えない場合はこの限りではない。 　ア　直近●月に訪問診療を行った回数（別表第七に掲げる別に厚生労働大臣の定める疾病等の患者、死亡した者、末期心不全の患者、呼吸器疾患の終末期患者、当該期間中に訪問診療を新たに開始した患者又は終了した患者に行う場合を除く。） 　イ　直近●月に訪問診療を行った患者の数（別表第七に掲げる別に厚生労働大臣の定める疾病等の患者、末期心不全の患者、呼吸器疾患の終末期患者又は当該期間中に訪問診療を新たに開始した患者、訪問診療を終了した患者若しくは死亡した患者に行った場合を除く。）	［施設基準］ （新設）

［経過措置］ ●　令和六年三月三十一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に係る届出を行っている保険医療機関については、●●年●●月●●日までの間に限り、第四の一の五の二に該当するものとみなす。	［経過措置］ （新設）

⑬　頻回訪問加算の見直し

第１　基本的な考え方

在宅医療における患者の状態に応じた評価をより適切に推進する観点から、頻回訪問加算について、要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

頻回訪問加算について、当該加算を算定してからの期間に応じた評価に見直す。

改　定　案	現　　行
【在宅時医学総合管理料】 ［算定要件］ 注５　在宅時医学総合管理料を算定すべき医学管理に関し特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものに限る。）に対して、１月に４回以上の往診又は訪問診療を行った場合には、患者１人につき１回に限り、頻回訪問加算として、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ　初回の場合　●●点 ロ　２回目以降の場合　●●点 ※　施設入居時等医学総合管理料においても同様。	【在宅時医学総合管理料】 ［算定要件］ 注５　在宅時医学総合管理料を算定すべき医学管理に関し特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものに限る。）に対して、１月に４回以上の往診又は訪問診療を行った場合には、患者１人につき１回に限り、頻回訪問加算として、600点を所定点数に加算する。

⑭　訪問看護ステーションにおける管理者の責務の明確化

第１　基本的な考え方

提供する訪問看護の質を担保しつつ、訪問看護ステーションを効率的に運営する観点から、管理者の責務を明確化するとともに要件を見直す。

第２　具体的な内容

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）の一部を改正し、管理者の責務を明確化する。また、管理者について、指定訪問看護ステーションの管理上支障がない場合には、同時に他の指定訪問看護ステーション等を管理できることとする。

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】 第３条　指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションごとに専らその職務に従事する常勤の管理者を置かなければならない。ただし、指定訪問看護ステーションの管理上支障がない場合は、当該指定訪問看護ステーションの他の職務に従事し、又は他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとする。 ２・３　（略）	【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】 第３条　指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションごとに専らその職務に従事する常勤の管理者を置かなければならない。ただし、指定訪問看護ステーションの管理上支障がない場合は、当該指定訪問看護ステーションの他の職務に従事し、又は<u>同一敷地内にある</u>他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとする。 ２・３　（略）
第三　指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準 ２　人員に関する事項 (2) 管理者 ①　基準省令第３条第１項の規定により指定訪問看護ステーションに置くべき管理者は、当該指定訪問看護ステーショ	第三　指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準 ２　人員に関する事項 (2) 管理者 ①　基準省令第３条第１項の規定により指定訪問看護ステーションに置くべき管理者は、当該指定訪問看護ステーショ

ンに専従、かつ、常勤の者でなければならないこととする。ただし、以下の場合であって、指定訪問看護ステーションの管理上支障がない場合は、他の職務を兼ねることができる。	ンに専従、かつ、常勤の者でなければならないこととし、例えば、同時に他の指定訪問看護ステーション等を管理することは認められないものであること。ただし、以下の場合であって、指定訪問看護ステーションの管理上支障がない場合は、他の職務を兼ねることができる。
イ　（略）	イ　（略）
ロ　（略）	ロ　（略）
ハ　同一の指定訪問看護事業者によって設置された他の事業所、施設等の管理者又は従業者としての職務に従事する場合であって、当該他の事業所、施設等の管理者又は従業者としての職務に従事する時間帯も、当該指定訪問看護ステーションの利用者へのサービス提供の場面等で生じる事象を適時かつ適切に把握でき、職員及び業務に関し、一元的な管理及び指揮命令に支障が生じないときに、当該他の事業所等の管理者又は従業者としての職務に従事する場合（この場合の他の事業所、施設等の事業の内容は問わないが、例えば、管理すべき事業所数が過剰であると個別に判断される場合や、併設される入所施設における看護業務（管理業務を含む。）と兼務する場合、事故発生時等の緊急時において管理者自身が速やかに当該指定訪問看護ステーション又は利用者へのサービス提供の現場に駆け付けることができない体制と	ハ　同一敷地内にある又は道路を隔てて隣接する等、特に当該指定訪問看護ステーションの管理業務に支障がないと認められる範囲内に他の事業所、施設等がある場合に、当該他の事業所等の管理者又は従業者としての職務に従事する場合（この場合の他の事業所、施設等の事業の内容は問わないが、例えば、併設される入所施設における看護業務（管理業務を含む。）との兼務は管理者の業務に支障があると考えられるが、施設における勤務時間が極めて限られている職員の場合には、例外的に認められる場合もあり得る。）

なっている場合などは、管理者の業務に支障があると考えられる。） 4　運営に関する事項 (14) 管理者の責務（基準省令第20 条関係） 基準省令第20条は、管理者の責務について規定したものであり、管理者の責務に関し、利用者に対する看護やサービス提供の場面等で生じる事象を適時かつ適切に把握しながら、指定訪問看護の利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握等の管理を一元的に行い、併せて、適切な指定訪問看護を提供できるよう、運営に関する事項を遵守させるため必要な指揮命令を行うものとしたものであること。	4　運営に関する事項 (14) 管理者の責務（基準省令第20 条関係） 基準省令第20条は、管理者の責務について規定したものであり、管理者は指定訪問看護の利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握等の管理を一元的に行い、併せて、適切な指定訪問看護を提供できるよう、運営に関する事項を遵守させるため必要な指揮命令を行うものとしたものであること。

⑮　虐待防止措置及び身体的拘束等の適正化の推進

第１　基本的な考え方

訪問看護における虐待防止措置及び身体的拘束等の適正化を推進する観点から、虐待防止措置に関する体制整備を義務化するとともに、身体的拘束等を原則禁止する。

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、指定訪問看護ステーションごとの運営規定に、「虐待の防止のための措置に関する事項」を定めることを義務付ける。また、本改正に際し、●●年の経過措置期間を設ける。

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、指定訪問看護の具体的取扱方針に、身体的拘束等の原則禁止や緊急やむを得ない場合に身体的拘束等を行う場合における記録の義務を追加する。

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】 （指定訪問看護の具体的取扱方針） 第十五条　看護師等の行う指定訪問看護の方針は、次に掲げるところによるものとする。 一・二　（略） 三　指定訪問看護の提供に当たっては、当該利用者又は他の利用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、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行ってはならない。 四　前号の身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、そ	【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】 （指定訪問看護の具体的取扱方針） 第十五条　看護師等の行う指定訪問看護の方針は、次に掲げるところによるものとする。 一・二　（略） （新設） （新設）

の際の利用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。 五～七　（略）	三～五　（略）
（運営規程） 第二十一条　指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションごとに、次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規定（以下「運営規程」という。）を定めておかなければならない。 一～六　（略） 七　虐待の防止のための措置に関する事項 八　その他運営に関する重要事項	（運営規程） 第二十一条　指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションごとに、次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規定（以下「運営規程」という。）を定めておかなければならない。 一～六　（略） （新設） 七　その他運営に関する重要事項

⑯　訪問看護ステーションの機能に応じた訪問看護管理療養費の見直し

第１　基本的な考え方

多様化する利用者や地域のニーズに対応するとともに、質の高い効果的なケアが実施されるよう、訪問看護ステーションの機能強化を図る観点から、訪問看護管理療養費の要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．訪問看護管理療養費について、訪問看護ステーションの利用者に占める同一建物居住者の割合、特掲診療料の施設基準等別表第７に掲げる疾病等の者、特掲診療料の施設基準等別表第８に掲げる者に該当する利用者及び精神科訪問看護利用者の GAF 尺度の受入実績に応じた評価体系に変更する。

改　定　案	現　　行
【訪問看護管理療養費】 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 ●●円 ロ　訪問看護管理療養費２ ●●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	【訪問看護管理療養費】 ２　月の２日目以降の訪問の場合 （１日につき）　3,000円 （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（イ、ロ及びハについては、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

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。	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。
[施設基準] (4) 訪問看護管理療養費１の基準 訪問看護ステーションの利用者のうち、同一建物居住者（当該者と同一の建物に居住する他の者に対して当該訪問看護ステーションが同一日に指定訪問看護を行う場合の当該者をいう。以下同じ。）であるものが占める割合が●●割未満であって、次のイ又はロに該当するものであること。 イ　特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の者及び特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者に対する訪問看護について相当な実績を有すること。 ロ　精神科訪問看護基本療養費を算定する利用者のうち、GAF尺度による判定が●●以下の利用者の数が月に●●人以上であること。	[施設基準] （新設）
(5) 訪問看護管理療養費２の基準 訪問看護ステーションの利用者のうち、同一建物居住者であるものが占める割合が●●割以上であること又は当該割合が●●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。	（新設）
(6)～(9)　（略）	(4)～(7)　（略）
[経過措置] 一　令和六年三月三十一日時点にお	[経過措置] （新設）

いて現に指定訪問看護事業者が、当該指定に係る訪問看護事業を行う事業所については、令和●●年●●月●●日までの間に限り、第一の六の(4)の基準に該当するものとみなす。	

２．機能強化型訪問看護管理療養費１の要件について、在宅看護等に係る専門の研修を受けた看護師を配置することとする。

３．訪問看護ステーションにおける適切な感染管理の下での利用者への対応を評価する観点から、訪問看護管理療養費の評価を見直す。

４．訪問看護ステーションにおける訪問看護療養費明細書のオンライン請求が開始されることを踏まえ、訪問看護療養費明細書のオンライン請求及び領収証兼明細書の発行を推進する観点から、訪問看護管理療養費の評価を見直す。

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　イからハまで以外の場合　●●円 ２　（略）	【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　12,830円 ロ　機能強化型訪問看護管理療養費２　9,800円 ハ　機能強化型訪問看護管理療養費３　8,470円 ニ　イからハまで以外の場合　7,440円 ２　（略）
【機能強化型訪問看護管理療養費１（訪問看護管理療養費）】 ［施設基準］ (1) 機能強化型訪問看護管理療養費１の基準 ト　専門の研修を受けた看護師が配置されていること。	【機能強化型訪問看護管理療養費１（訪問看護管理療養費）】 ［施設基準］ (1) 機能強化型訪問看護管理療養費１の基準 （新設）
［経過措置］ 一　令和六年三月三十一日において現に機能強化型訪問看護管理療養費１に係る届出を行っている訪問	［経過措置］ （新設）

看護ステーションについては、令和●●年●●月●●日までの間に限り、第一の六の(1)のトに該当するものとみなす。	

⑰　訪問看護ステーションにおける持続可能な 24 時間対応体制確保の推進

「Ⅰ－５－⑤」を参照のこと。

⑱　緊急訪問看護加算の評価の見直し

第１　基本的な考え方

緊急の指定訪問看護が適切に提供されるよう、緊急訪問看護加算について、要件及び評価を見直すとともに、訪問看護療養費請求書等の記載内容を見直す。

第２　具体的な内容

１.緊急訪問看護加算に、同一月の算定回数に応じた算定区分を設ける。

改　定　案	現　　行
【緊急訪問看護加算（訪問看護基本療養費）】 ［算定要件］ 注９　１及び２（いずれもハを除く。）については、利用者又はその家族等の求めに応じて、その主治医（診療所又は医科点数表の区分番号Ｃ００１の注１に規定する在宅療養支援病院（以下「在宅療養支援病院」という。）の保険医に限る。）の指示に基づき、訪問看護ステーションの看護師等が緊急に指定訪問看護を実施した場合には、緊急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。 イ　月●●日目まで　●●円 ロ　月●●日目以降　●●円 ※　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。	【緊急訪問看護加算（訪問看護基本療養費）】 ［算定要件］ 注９　１及び２（いずれもハを除く。）については、利用者又はその家族等の求めに応じて、その主治医（診療所又は医科点数表の区分番号Ｃ００１の注１に規定する在宅療養支援病院（以下「在宅療養支援病院」という。）の保険医に限る。）の指示に基づき、訪問看護ステーションの看護師等が緊急に指定訪問看護を実施した場合には、緊急訪問看護加算として、１日につき2,650円を所定額に加算する。 （新設） （新設）

２．緊急訪問看護加算を算定する際に、利用者又はその家族等が求めた内容、主治医の指示内容及び緊急の指定訪問看護の実施内容等を記録することを明確化する。

３．また、緊急の指定訪問看護を行った理由について、訪問看護療養費明細書の備考に記載を求める。

改　定　案	現　　行
【緊急訪問看護加算（訪問看護基本療養費）】 ［算定要件］ (4) 当該加算に関し、利用者又はその家族等からの電話等による緊急の求めに応じて、主治医の指示により、緊急に指定訪問看護を実施した場合は、その日時、内容及び対応状況を訪問看護記録書に記録すること。 (5)　（略） (6) 緊急訪問看護加算を算定する場合には、当該加算を算定する理由を、訪問看護療養費明細書に記載すること。	【緊急訪問看護加算（訪問看護基本療養費）】 ［算定要件］ （新設） (4)　（略） （新設）

⑲　医療ニーズの高い利用者の退院支援の見直し

第１　基本的な考え方

退院日の利用者の状態及び訪問看護の提供状況に応じた評価を充実させる観点から、退院支援指導加算の要件を見直す。

第２　具体的な内容

退院支援指導加算に規定する長時間の訪問を要する者に対して指導を行った場合の加算について、退院日に看護師等が複数回の訪問により療養上必要な指導を行った場合において、当該指導に要する時間の合計が●分を超えた場合にも算定可能とする。

改　定　案	現　　行
【退院支援指導加算（訪問看護管理療養費）】 ［算定要件］ (1) 注７に規定する退院支援指導加算は退院支援指導を要する者に対して、保険医療機関から退院するに当たって、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、退院日に在宅での療養上必要な指導を行った場合（長時間の訪問を要する者に対して指導を行った場合にあっては、１回の退院支援指導の時間が90分を超えた場合又は複数回の退院支援指導の合計時間が●分を超えた場合に限る。）に初日の指定訪問看護の実施日に１回に限り訪問看護管理療養費に加算する。ただし、当該者が退院日の翌日以降初日の指定訪問看護が行われる前に死亡あるいは再入院した場合においては、死亡若しくは再入院日に算定する。なお、訪問看護管理療養費を算定する月の前月に退院支援指導を行った場合においても算定できる。	【退院支援指導加算（訪問看護管理療養費）】 ［算定要件］ (1) 注７に規定する退院支援指導加算は退院支援指導を要する者に対して、保険医療機関から退院するに当たって、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、退院日に在宅での療養上必要な指導を行った場合（長時間の訪問を要する者に対して指導を行った場合にあっては、１回の退院支援指導の時間が90分を超えた場合に限る。）に初日の指定訪問看護の実施日に１回に限り訪問看護管理療養費に加算する。ただし、当該者が退院日の翌日以降初日の指定訪問看護が行われる前に死亡あるいは再入院した場合においては、死亡若しくは再入院日に算定する。なお、訪問看護管理療養費を算定する月の前月に退院支援指導を行った場合においても算定できる。

⑳　母子に対する適切な訪問看護の推進

第１　基本的な考え方

訪問看護において、ハイリスク妊産婦及び乳幼児の状態に応じた評価を行う観点から、ハイリスク妊産婦連携指導料について要件を見直すとともに、乳幼児加算について評価体系を見直す。

第２　具体的な内容

１．ハイリスク妊産婦に対する支援を充実する観点から、ハイリスク妊産婦連携指導料の多職種カンファレンスの参加者に、訪問看護ステーションの看護師等を加える。

改　定　案	現　　行
【ハイリスク妊産婦連携指導料１】 ［算定要件］ (5) 当該患者の診療方針等に係るカンファレンスを概ね２ヶ月に１回の頻度で開催されている。また、当該カンファレンスには以下に掲げる者が参加していること。 ア～オ　（略） カ　必要に応じて、当該患者の訪問看護を担当する訪問看護ステーションの保健師、助産師又は看護師	【ハイリスク妊産婦連携指導料１】 ［算定要件］ (5) 当該患者の診療方針等に係るカンファレンスを概ね２ヶ月に１回の頻度で開催されている。また、当該カンファレンスには以下に掲げる者が参加していること。 ア～オ　（略） （新設）
【ハイリスク妊産婦連携指導料２】 ［算定要件］ (5) 当該患者の診療方針等に係るカンファレンスを概ね２ヶ月に１回の頻度で開催されている。また、当該カンファレンスには以下に掲げる者が参加していること。 ア～オ　（略） カ　必要に応じて、当該患者の訪問看護を担当する訪問看護ステーションの保健師、助産師又は看護師	【ハイリスク妊産婦連携指導料２】 ［算定要件］ (5) 当該患者の診療方針等に係るカンファレンスを概ね２ヶ月に１回の頻度で開催されている。また、当該カンファレンスには以下に掲げる者が参加していること。 ア～オ　（略） （新設）

２．訪問看護基本療養費の乳幼児加算について、利用者の状態に応じて区分し、それぞれの評価を設ける。

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、●●円）を所定額に加算する。 ［施設基準］ 四　訪問看護基本療養費の注11に規定する乳幼児加算に係る厚生労働大臣が定める者 (1) 超重症児又は準超重症児 (2) 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の者 (3) 特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者 五～十一　（略） ※　在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料についても同様。	【乳幼児加算（訪問看護基本療養費）】 ［算定要件］ 注11　１及び２（いずれもハを除く。）については、６歳未満の乳幼児に対し、訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行った場合は、乳幼児加算として、１日につき1,500円を所定額に加算する。 ［施設基準］ （新設） 四～十　（略）

㉑　訪問看護療養費明細書の電子化に伴う訪問看護指示書の記載事項及び様式見直し

第１　基本的な考え方

より質の高い医療の実現に向けてレセプト情報の利活用を推進する観点から、訪問看護指示書及び精神科訪問看護指示書の記載事項及び様式を見直す。

第２　具体的な内容

令和６年６月から訪問看護レセプトのオンライン請求が開始されることを踏まえ、訪問看護指示書及び精神科訪問看護指示書の主たる傷病名について、傷病名コードを記載することとし、当該様式の見直しを行う。

改　定　案	現　　行
【訪問看護指示料】 ［算定要件］ (5) 患者の主治医は、指定訪問看護の必要性を認めた場合には、診療に基づき速やかに訪問看護指示書及び特別訪問看護指示書（以下この項において「訪問看護指示書等」という。）を作成すること。当該訪問看護指示書等には、緊急時の連絡先として、診療を行った保険医療機関の電話番号等を必ず記載した上で、訪問看護ステーション等に交付すること。また、当該訪問看護指示書等には、原則として主たる傷病名の傷病名コードを記載すること。 なお、訪問看護指示書等は、特に患者の求めに応じて、患者又はその家族等を介して訪問看護ステーション等に交付できるものであること。	【訪問看護指示料】 ［算定要件］ (5) 患者の主治医は、指定訪問看護の必要性を認めた場合には、診療に基づき速やかに訪問看護指示書及び特別訪問看護指示書（以下この項において「訪問看護指示書等」という。）を作成すること。当該訪問看護指示書等には、緊急時の連絡先として、診療を行った保険医療機関の電話番号等を必ず記載した上で、訪問看護ステーション等に交付すること。 なお、訪問看護指示書等は、特に患者の求めに応じて、患者又はその家族等を介して訪問看護ステーション等に交付できるものであること。
【精神科訪問看護指示料】 ［算定要件］	【精神科訪問看護指示料】 ［算定要件］

(5) 患者の診療を行った精神科の医師は、指定訪問看護の必要性を認めた場合には、診療に基づき速やかに精神科訪問看護指示書及び精神科特別訪問看護指示書（以下この項において「精神科訪問看護指示書等」という。）を作成すること。当該精神科訪問看護指示書等には、緊急時の連絡先として、診療を行った保険医療機関の電話番号等を必ず記載した上で、訪問看護ステーションに交付すること。 また、当該精神科訪問看護指示書等には、原則として主たる傷病名の傷病名コードを記載すること。 なお、精神科訪問看護指示書等は、特に患者の求めに応じて、患者又はその家族等を介して訪問看護ステーションに交付できるものであること。	(5) 患者の診療を行った精神科の医師は、指定訪問看護の必要性を認めた場合には、診療に基づき速やかに精神科訪問看護指示書及び精神科特別訪問看護指示書（以下この項において「精神科訪問看護指示書等」という。）を作成すること。当該精神科訪問看護指示書等には、緊急時の連絡先として、診療を行った保険医療機関の電話番号等を必ず記載した上で、訪問看護ステーションに交付すること。 なお、精神科訪問看護指示書等は、特に患者の求めに応じて、患者又はその家族等を介して訪問看護ステーションに交付できるものであること。

㉒　訪問看護医療ＤＸ情報活用加算の新設

「Ⅱ－１―④」を参照のこと。

㉓　ICT を活用した遠隔死亡診断の補助に対する評価の新設

第１　基本的な考え方

医師が ICT を活用して死亡診断等を行う場合において、研修を受けた医療機関の看護師が当該医師の補助を行うことについて、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

医師が行う死亡診断等について、ICT を活用した在宅での看取りに関する研修を受けた医療機関の看護師が補助した場合の評価として、在宅ターミナルケア加算に遠隔死亡診断補助加算を新設する。

改　定　案	現　　行
【在宅患者訪問看護・指導料】 ［算定要件］ 注 17　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保険医療機関において、区分番号Ｃ００１の注８（区分番号Ｃ００１－２の注６の規定により準用する場合を含む。）に規定する死亡診断加算及び区分番号Ｃ００５の注 10（区分番号Ｃ００５－１－２の注６の規定により準用する場合を含む。）に規定する在宅ターミナルケア加算を算定する患者（別に厚生労働大臣が定める地域に居住する患者に限る。）に対して、医師の指示の下、情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修を受けた看護師が、情報通信機器を用いて医師の死亡診断の補助を行った場合は、遠隔死亡診断補助加算として、●●点を所定点数に加算する。 18・19　（略）	【在宅患者訪問看護・指導料】 ［算定要件］ （新設） 17・18　（略）

［施設基準］ 四の三の六　在宅患者訪問看護・指導料の注 17（同一建物居住者訪問看護・指導料の注６の規定により準用する場合を含む。）に規定する遠隔死亡診断補助加算に関する施設基準 　情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修を受けた看護師が配置されていること。 ※　同一建物居住者訪問看護・指導料についても同様。	［施設基準］ （新設）

㉔　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観点から、歯科訪問診療料の評価を見直すとともに、歯科訪問診療の後方支援等を行う病院について新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

１．歯科訪問診療１における 20 分未満の場合の評価を見直すとともに、歯科訪問診療２及び歯科訪問診療３について、同一建物居住者に対して歯科訪問診療を実施する場合の区分を見直す。

改　定　案	現　　行
【歯科訪問診療料】 １　歯科訪問診療１　1,100点 ２　歯科訪問診療２　●●点 ３　歯科訪問診療３　●●点 ４　歯科訪問診療４　●●点 ５　歯科訪問診療５　●●点 ［算定要件］ 注２　２については、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、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を同一日に●●人以下の患者に行った場合に算定する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料又は区分番号Ａ００２に掲げる再診料は、算定できない。 イ・ロ　（略） ３　３については、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	【歯科訪問診療料】 １　歯科訪問診療１　1,100点 ２　歯科訪問診療２　361点 ３　歯科訪問診療３　185点 （新設） （新設） ［算定要件］ 注２　２については、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、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を同一日に９人以下の患者に行った場合に算定する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料又は区分番号Ａ００２に掲げる再診料は、算定できない。 イ・ロ　（略） ３　３については、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、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を同一日に●●人以上●●人以下の患者に行った場合に算定する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料又は区分番号Ａ００２に掲げる再診料は、算定できない。 イ・ロ　（略）	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、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を同一日に10人以上の患者に行った場合に算定する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料又は区分番号Ａ００２に掲げる再診料は、算定できない。 イ・ロ　（略）
４　４については、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、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を同一日に●●人以上●●人以下の患者に行った場合に算定する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料又は区分番号Ａ００２に掲げる再診料は、算定できない。 イ　患者の求めに応じた歯科訪問診療 ロ　歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する当該患者の同意を得た歯科訪問診療	（新設）
５　５については、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、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を同一日に●●人以上の患者に行った場合に算定する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料又は区分番号Ａ００２に掲げる再診料は、算定できない。	（新設）

イ　患者の求めに応じた歯科訪問診療 ロ　歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する当該患者の同意を得た歯科訪問診療 ６　２から５までを算定する患者（歯科訪問診療料の注15に該当する場合を除く。）について、当該患者に対する診療時間が20分未満の場合における歯科訪問診療２、歯科訪問診療３、歯科訪問診療４又は歯科訪問診療５についてはそれぞれ●●点、●●点、●●点又は●●点を算定する。ただし、２及び３について、当該患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合は、この限りではない。	４　１から３までを算定する患者（歯科訪問診療料の注13に該当する場合を除く。）について、当該患者に対する診療時間が20分未満の場合における歯科訪問診療１、歯科訪問診療２又は歯科訪問診療３についてはそれぞれ880点、253点又は111点を算定する。ただし、次のいずれかに該当する場合は、この限りではない。 イ　１について、当該患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合又は当該患者の状態により20分以上の診療が困難である場合 ロ　２について、当該患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合
７・８　（略） ９　別に厚生労働大臣が定める時間であって、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している時間において緊急に歯科訪問診療を行った場合、夜間（深夜を除く。）において歯科訪問診療を行った場合又は深夜において歯科訪問診療を行った場合は、緊急歯科訪問診療加算、夜間歯科訪問診療加算又は深夜歯科訪問診療加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ　緊急歯科訪問診療加算 (1)　歯科訪問診療１を算定する場合　425点 (2)　歯科訪問診療２を算定	５・６　（略） ７　別に厚生労働大臣が定める時間であって、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している時間において緊急に歯科訪問診療を行った場合、夜間（深夜を除く。）において歯科訪問診療を行った場合又は深夜において歯科訪問診療を行った場合は、緊急歯科訪問診療加算、夜間歯科訪問診療加算又は深夜歯科訪問診療加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ　緊急歯科訪問診療加算 (1)　歯科訪問診療１を算定する場合　425点 (2)　歯科訪問診療２を算定

する場合　●●点 (3)　歯科訪問診療３を算定する場合　●●点 (4)　歯科訪問診療４を算定する場合　●●点 (5)　歯科訪問診療５を算定する場合　●●点 ロ　夜間歯科訪問診療加算 (1)　歯科訪問診療１を算定する場合　850点 (2)　歯科訪問診療２を算定する場合　●●点 (3)　歯科訪問診療３を算定する場合　●●点 (4)　歯科訪問診療４を算定する場合　●●点 (5)　歯科訪問診療５を算定する場合　●●点 ハ　深夜歯科訪問診療加算 (1)　歯科訪問診療１を算定する場合　1,700点 (2)　歯科訪問診療２を算定する場合　●●点 (3)　歯科訪問診療３を算定する場合　●●点 (4)　歯科訪問診療４を算定する場合　●●点 (5)　歯科訪問診療５を算定する場合　●●点 10～14　（略） 15　１から５までについて、在宅療養支援歯科診療所１又は在宅療養支援歯科診療所２以外の診療所であって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさないものにおいては、次に掲げる点数により算定する。 イ　初診時　●●点 ロ　再診時　●●点 16　区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注１又は注２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出を行	する場合　140点 (3)　歯科訪問診療３を算定する場合　70点 （新設） （新設） ロ　夜間歯科訪問診療加算 (1)　歯科訪問診療１を算定する場合　850点 (2)　歯科訪問診療２を算定する場合　280点 (3)　歯科訪問診療３を算定する場合　140点 （新設） （新設） ハ　深夜歯科訪問診療加算 (1)　歯科訪問診療１を算定する場合　1,700点 (2)　歯科訪問診療２を算定する場合　560点 (3)　歯科訪問診療３を算定する場合　280点 （新設） （新設） ８～12　（略） 13　１から３までについて、在宅療養支援歯科診療所１又は在宅療養支援歯科診療所２以外の診療所であって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさないものにおいては、次に掲げる点数により算定する。 イ　初診時　264点 ロ　再診時　56点 14　区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注１又は注２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出を行

っていない保険医療機関については、１から５まで又は注15に規定するそれぞれの所定点数から10点を減算する。 17　１について、当該保険医療機関の外来（歯科診療を行うものに限る。）を受診していた患者であって在宅等において療養を行っているものに対して、歯科訪問診療を実施した場合は、歯科訪問診療移行加算として、次に掲げる点数を所定点数に加算する。なお、この場合において、注14に規定する加算は算定できない。 イ・ロ　（略） 18　１から３までについて、地域歯科診療支援病院歯科初診料、在宅療養支援歯科診療所１又は在宅療養支援歯科診療所２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、当該保険医療機関の歯科衛生士等が、過去２月以内に区分番号Ｃ００１に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定した患者であって、当該歯科衛生指導の実施時に当該保険医療機関の歯科医師が情報通信機器を用いて口腔内の状態等を観察したものに対して、歯科訪問診療を実施した場合は、通信画像情報活用加算として、患者１人につき月１回に限り、30点を所定点数に加算する。 19　１から５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歯科訪問診療を実施した場合は、次に掲げる点数により算定する。 イ　初診時　●●点	っていない保険医療機関については、１から３まで又は注13に規定するそれぞれの所定点数から10点を減算する。 15　１について、当該保険医療機関の外来（歯科診療を行うものに限る。）を受診していた患者であって在宅等において療養を行っているものに対して、歯科訪問診療を実施した場合は、歯科訪問診療移行加算として、次に掲げる点数を所定点数に加算する。なお、この場合において、注12に規定する加算は算定できない。 イ・ロ　（略） 16　１及び２について、地域歯科診療支援病院歯科初診料、在宅療養支援歯科診療所１又は在宅療養支援歯科診療所２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、当該保険医療機関の歯科衛生士等が、過去２月以内に区分番号Ｃ００１に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定した患者であって、当該歯科衛生指導の実施時に当該保険医療機関の歯科医師が情報通信機器を用いて口腔内の状態等を観察したものに対して、歯科訪問診療を実施した場合は、通信画像情報活用加算として、患者１人につき月１回に限り、30点を所定点数に加算する。 （新設）

ロ　再診時　●●点 ［施設基準］ 六の三　在宅療養支援歯科診療所の施設基準 (1)　在宅療養支援歯科診療所１の施設基準 イ　保険医療機関である歯科診療所であって、歯科訪問診療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。	［施設基準］ 六の三　在宅療養支援歯科診療所の施設基準 (1)　在宅療養支援歯科診療所１の施設基準 イ　保険医療機関である歯科診療所であって、歯科訪問診療１又は歯科訪問診療２を算定していること。

２．歯科訪問診療の後方支援や地域の歯科診療所と連携した口腔機能評価等を含む歯科訪問診療を行う在宅療養支援歯科病院を新設し、当該医療機関が在宅において歯科疾患の管理を行う場合等の評価を行う。

改　定　案	現　　行
【退院時共同指導料１】 ［算定要件］ １　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（在宅等における療養を歯科医療面から支援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ものをいう。以下この表において同じ。）の場合　900点 ２　（略） 【歯科訪問診療料】 ［算定要件］ 注11　歯科訪問診療を実施する保険医療機関の歯科衛生士が、歯科医師と同行の上、歯科訪問診療の補助を行った場合は、歯科訪問診療補助加算として、次に掲げる点数を１日につき所定点数に加算する。 イ　在宅療養支援歯科診療所１、在宅療養支援歯科診療所２、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所又は在宅療養	【退院時共同指導料１】 ［算定要件］ １　在宅療養支援歯科診療所１又は在宅療養支援歯科診療所２（在宅等における療養を歯科医療面から支援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ものをいう。以下この表において同じ。）の場合　900点 ２　（略） 【歯科訪問診療料】 ［算定要件］ 注11　歯科訪問診療を実施する保険医療機関の歯科衛生士が、歯科医師と同行の上、歯科訪問診療の補助を行った場合は、歯科訪問診療補助加算として、次に掲げる点数を１日につき所定点数に加算する。 イ　在宅療養支援歯科診療所１、在宅療養支援歯科診療所２又はかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の場合

支援歯科病院の場合 (1)・(2)　（略） ロ　（略） 16　１及び２について、地域歯科診療支援病院歯科初診料、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、当該保険医療機関の歯科衛生士等が、過去２月以内に区分番号Ｃ００１に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定した患者であって、当該歯科衛生指導の実施時に当該保険医療機関の歯科医師が情報通信機器を用いて口腔内の状態等を観察したものに対して、歯科訪問診療を実施した場合は、通信画像情報活用加算として、患者１人につき月１回に限り、30点を所定点数に加算する。	(1)・(2)　（略） ロ　（略） 16　１及び２について、地域歯科診療支援病院歯科初診料、在宅療養支援歯科診療所１又は在宅療養支援歯科診療所２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、当該保険医療機関の歯科衛生士等が、過去２月以内に区分番号Ｃ００１に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定した患者であって、当該歯科衛生指導の実施時に当該保険医療機関の歯科医師が情報通信機器を用いて口腔内の状態等を観察したものに対して、歯科訪問診療を実施した場合は、通信画像情報活用加算として、患者１人につき月１回に限り、30点を所定点数に加算する。
【歯科疾患在宅療養管理料】 ［算定要件］ １・２　（略） ３　在宅療養支援歯科病院の場合　●●点 ４　１から３まで以外の場合　200点	【歯科疾患在宅療養管理料】 ［算定要件］ １・２　（略） （新設） ３　１及び２以外の場合　200点
【在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】 ［算定要件］ 注５　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の歯科医師が、当該指導管理を実施した場合は、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145点、80点又は●●点を所定点数に加算する。ただ	【在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】 ［算定要件］ 注５　在宅療養支援歯科診療所１又は在宅療養支援歯科診療所２の歯科医師が、当該指導管理を実施した場合は、在宅療養支援歯科診療所加算１又は在宅療養支援歯科診療所加算２として、それぞれ145点又は80点を所定点数に加算する。ただし、注４に規定する加算を算定している場合は、算定できな

し、注４に規定する加算を算定している場合は、算定できない。	い。
【小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】 ［算定要件］ 注５　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の歯科医師が、当該指導管理を実施した場合は、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145点、80点又は●●点を所定点数に加算する。ただし、注４に規定する加算を算定している場合は、算定できない。	【小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】 ［算定要件］ 注５　在宅療養支援歯科診療所１又は在宅療養支援歯科診療所２の歯科医師が、当該指導管理を実施した場合は、在宅療養支援歯科診療所加算１又は在宅療養支援歯科診療所加算２として、それぞれ145点又は80点を加算する。ただし、注４に規定する加算を算定している場合は、算定できない。
【小児口腔機能管理料】 ［施設基準］ 六の二の三　小児口腔機能管理料の注３に規定する口腔管理体制強化加算の施設基準 (4) 次のいずれかに該当すること。 イ　歯科訪問診療料を算定していること。 ロ　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との連携の実績があること。 ハ　在宅歯科医療に係る連携体制が確保されていること。 (5)～(9)　（略）	【かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所】 ［施設基準］ 六の二の三　かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準 (4) 歯科訪問診療料の算定又は在宅療養支援歯科診療所１若しくは在宅療養支援歯科診療所２との連携の実績があること。 (5)～(9)　（略）

［在宅療養支援歯科病院の施設基準］

（１）保険医療機関である歯科診療を行う病院であって、歯科訪問診療１、歯科訪問診療２又は歯科訪問診療３を算定していること。

（２）高齢者の口腔機能管理に係る研修を受けた常勤の歯科医師が●●名以上配置されていること。

（３）歯科衛生士が●●名以上配置されていること。

（４）在宅歯科診療に係る後方支援の機能を有していること。
（５）定期的に、在宅患者等の口腔機能管理を行っている患者数等を地方厚生局長等に報告していること。
（６）当該地域において、保険医療機関、介護・福祉施設等との十分な連携の実績があること。

㉕　訪問歯科衛生指導の推進

第１　基本的な考え方

在宅患者等の訪問歯科衛生指導を推進する観点から、訪問歯科衛生指導料について要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．終末期の悪性腫瘍の患者等、緩和ケアを受けている患者に対して、訪問歯科衛生指導を行う場合の訪問歯科衛生指導料の算定回数制限を見直す。

２．訪問歯科衛生指導が困難な者に対して、歯科衛生士等が複数名で訪問する場合の評価を新設する。

３．訪問歯科衛生指導の実態を踏まえ、訪問歯科衛生指導料の評価を見直す。

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 ２　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　●●点 ３　１及び２以外の場合　●●点 ［算定要件］ 注１　歯科訪問診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士、保健師、看護師又は准看護師が訪問して療養上必要な指導として、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住するもののうち、当該保険医療機関が歯科訪問診療を実施し、歯科衛生士等が同一月に訪問歯科衛生指導を行っているものをいう。）又はその家族等に対して、当該患者の口腔内の清掃（機械的歯面清掃を含む。）、	【訪問歯科衛生指導料】 １　単一建物診療患者が１人の場合　360点 ２　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　328点 ３　１及び２以外の場合　300点 ［算定要件］ 注１　歯科訪問診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士、保健師、看護師又は准看護師が訪問して療養上必要な指導として、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住するもののうち、当該保険医療機関が歯科訪問診療を実施し、歯科衛生士等が同一月に訪問歯科衛生指導を行っているものをいう。）又はその家族等に対して、当該患者の口腔内の清掃（機械的歯面清掃を含む。）、

有床義歯の清掃指導又は口腔機能の回復若しくは維持に関する実地指導を行い指導時間が20分以上であった場合は、患者１人につき、月４回に限り算定する。なお、当該歯科衛生指導で実施した指導内容等については、当該患者又はその家族等に対し文書により提供する。	有床義歯の清掃指導又は口腔機能の回復若しくは維持に関する実地指導を行い指導時間が20分以上であった場合は、患者１人につき、月４回に限り、算定する。なお、当該歯科衛生指導で実施した指導内容等については、患者に対し文書により提供する。
２　区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者であって緩和ケアを実施するものに対して行った場合には、注１の規定にかかわらず、月●●回に限り算定する。	（新設）
３　１については、訪問歯科衛生指導が困難な者等に対して、保険医療機関の歯科衛生士等が、当該保険医療機関の他の歯科衛生士等と同時に訪問歯科衛生指導を行うことについて、当該患者又はその家族等の同意を得て、訪問歯科衛生指導を実施した場合（区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定する日を除く。）には、複数名訪問歯科衛生指導加算として、●●点を所定点数に加算する。	（新設）
４・５　（略）	２・３　（略）

㉖　小児に対する歯科訪問診療の推進

第１　基本的な考え方

医療的ケア児等をはじめとした小児に対する歯科訪問診療を推進する観点から、歯科診療特別対応加算及び初診時歯科診療導入加算の名称及び要件を見直す。

第２　具体的な内容

歯科診療特別対応加算の算定対象に、医療的ケア児等を追加する。

改　定　案	現　　行
【歯科診療特別対応加算１（歯科訪問診療料）】 【歯科診療特別対応加算２（歯科訪問診療料）】 ［算定要件］ (22) 歯科診療特別対応加算 「注６」の「著しく歯科診療が困難な者」とは、次に掲げる状態又はこれらに準ずる状態をいう。なお、歯科診療特別対応加算１又は歯科診療特別対応加算２を算定した場合は、当該加算を算定した日の患者の状態を診療録に記載する。 イ～ニ　（略） ホ　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	【歯科診療特別対応加算（歯科訪問診療料）】 【初診時歯科診療導入加算（歯科訪問診療料）】 ［算定要件］ (22) 歯科診療特別対応加算 「注６」の「著しく歯科診療が困難な者」とは、次に掲げる状態又はこれらに準ずる状態をいう。なお、歯科診療特別対応加算を算定した場合は、当該加算を算定した日の患者の状態を診療録に記載する。 イ～ニ　（略） （新設）

㉗　入院患者の栄養管理等における歯科専門職の連携の推進

第１　基本的な考え方

歯科の標榜がない病院の入院患者や介護保険施設等の入所者、在宅で療養する患者の栄養管理への歯科専門職の参画を推進する観点から、栄養サポートチーム等連携加算の評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．他の保険医療機関の入院患者等に対する多職種での栄養管理等に、歯科医師が参画し、それを踏まえて在宅歯科医療に係る管理を行う場合の評価を新設する。

（新）　在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料

１	在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料１	●●点
２	在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料２	●●点
３	在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料３	●●点

［算定要件］

（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●●回に限り算定する。

（２）２については、当該保険医療機関の歯科医師が、介護保険法第８条第 25 項に規定する介護保険施設等に入所している患者であって、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料又は区分番号Ｃ００１－５に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定しているものに対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえ

て口腔機能評価に基づく管理を行った場合に、月●●回に限り算定する。

（３）３については、当該保険医療機関の歯科医師が、児童福祉法第42 条に規定する障害児入所施設等に入所している患者であって、区分番号Ｃ００１－６に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定しているものに対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて口腔機能評価に基づく管理を行った場合に、月●●回に限り算定する。

２．在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料の新設を踏まえ、歯科疾患在宅療養管理料及び在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の栄養サポートチーム等連携加算並びに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小児栄養サポートチーム等連携加算を削除するとともに、歯科疾患在宅療養管理料等について、他の保険医療機関等からの情報提供に基づき在宅歯科医療に係る管理を行う場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【歯科疾患在宅療養管理料】 ［算定要件］ （削除）

	等連携加算２として、80点を所定点数に加算する。
注５　他の保険医療機関を退院した患者であって継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該他の保険医療機関の歯科医師から患者の退院時に受けた情報提供及び当該患者の歯科疾患の状況等を踏まえて管理計画を作成した場合は、在宅歯科医療連携加算１として●●点を所定点数に加算する。	（新設）
６　他の保険医療機関を退院した患者又は介護保険法第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若しくは同法第８条第２項に規定する訪問介護等の利用者であって、継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、医師、看護師、介護支援専門員等からの情報提供及び当該患者の歯科疾患の状況等を踏まえて管理計画を作成した場合は、在宅歯科医療連携加算２として●●点を所定点数に加算する。	（新設）
※　在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料についても同様	
【小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】 ［算定要件］ （削除）	【小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】 ［算定要件］ 注６　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注１に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、小児栄養サポートチーム等連携加算１として、80点

（削除）	を所定点数に加算する。 ７　当該保険医療機関の歯科医師が、児童福祉法第42条に規定する障害児入所施設等に入所している患者に対して、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注１に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、小児栄養サポートチーム等連携加算２として、80点を所定点数に加算する。
注６　他の保険医療機関を退院した患者であって継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該他の保険医療機関の歯科医師から患者の退院時に受けた情報提供及び当該患者の歯科疾患の状況等を踏まえて管理計画を作成した場合は、小児在宅歯科医療連携加算１として●●点を所定点数に加算する。	（新設）
７　他の保険医療機関を退院した患者又は児童福祉法第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、継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、医師、看護師、相談支援専門員等からの情報提供及び当該患者の歯科疾患の状況等を踏まえて管理計画を作成した場合は、小児在宅歯科医療連携加算２として●●点を所定点数に加算する。	（新設）

㉘　多様な在宅ニーズに対応した薬局の高度な薬学的管理に係る体制評価の見直し

第１　基本的な考え方

悪性腫瘍以外の患者も含むターミナル期の患者に対する薬剤の提供を含む適切な薬学的管理のニーズの増加に対応するため、薬剤師が行う訪問薬剤管理指導を充実する観点から、医療用麻薬等の提供体制、急変時の夜間・休日における対応等を含めた在宅患者（緊急）訪問薬剤管理指導について、要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．調剤基本料について、麻薬の備蓄や無菌製剤処理の体制、小児在宅医療の対応等の在宅訪問を十分行うための体制整備や実績に基づく薬局の評価を新設する。

（新）　在宅薬学総合体制加算

イ	在宅薬学総合体制加算１	●●点
ロ	在宅薬学総合体制加算２	●●点

［算定要件］

（１）在宅薬学総合体制加算は、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を評価するものであり、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若しくは在宅患者緊急時等共同指導料又は介護保険における居宅療養管理指導費若しくは介護予防居宅療養管理指導費を算定している患者等が提出する処方箋を受け付けて調剤を行った場合に算定できる。ただし、「区分１５在宅患者訪問薬剤管理指導料」の（４）において規定する在宅協力薬局が処方箋を受け付けて調剤を行った場合は、この限りでない。

（２）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●●に相当する点数を所定点数に加算する。

（３）特別調剤基本料Ｂを算定する保険薬局は算定できない。

［施設基準］

1　在宅薬学総合体制加算１の施設基準

（１）地方厚生（支）局長に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の届出を行っている保険薬局であること。

（２）直近１年間に、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費についての算定回数（ただし、いずれも情報通信機器を用いた場合の算定回数を除く。）の合計が計●●回以上であること（在宅協力薬局として連携した場合（同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く。）及び同等の業務を行った場合を含む。）。なお、「同等の業務」とは、在宅患者訪問薬剤管理指導料で規定される患者１人当たりの同一月内の算定回数の上限を超えて訪問薬剤管理指導業務を行った場合を含む。

（３）緊急時等の開局時間以外の時間における在宅業務に対応できる体制が整備されていること。緊急時等に対応できる体制の整備については、在宅協力薬局の保険薬剤師と連携して対応する方法を講じている場合も含むものである。

（４）地域の行政機関、保険医療機関、訪問看護ステーション及び福祉関係者等に対して、急変時等の開局時間外における在宅業務に対応できる体制に係る周知を自局及び同一グループで十分に対応すること。また、地域の行政機関又は薬剤師会等を通じて十分に行っていること。

（５）当該保険薬局において、在宅業務の質の向上のため、研修実施計画を作成し、当該計画に基づき当該保険薬局で在宅業務に関わる保険薬剤師に対して在宅業務に関する研修を実施するとともに、定期的に在宅業務に関する外部の学術研修（地域の薬剤師会等が行うものを含む。）を受けさせていること。なお、当該学術研修については、認知症、緩和医療、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた意思決定支援等に関する事項が含まれていることが望ましい。併せて、当該保険薬局の保険薬剤師に対して、薬学等に関する団体・大学等による研修認定の取得、医学薬学等に関する学会への定期的な参加・発表、学術論文の投稿等を行わせていることが望ましい。

（６）　医療材料及び衛生材料を供給できる体制を有していること。また、患者に在宅患者訪問薬剤管理指導を行っている保険薬局に対し保険医療機関から衛生材料の提供を指示された場合は、原則と

して衛生材料を当該患者に供給すること。なお、当該衛生材料の費用は、当該保険医療機関に請求することとし、その価格は保険薬局の購入価格を踏まえ、保険医療機関と保険薬局との相互の合議に委ねるものとする。

（７）麻薬及び向精神薬取締法第３条の規定による麻薬小売業者の免許を取得し、必要な指導を行うことができること。

（８）在宅薬学総合体制加算は、特別調剤基本料Ａを算定している保険薬局においては、所定点数を 100 分の●●にし、小数点以下第一位を四捨五入した点数を算定する。

（９）在宅薬学総合体制加算は、特別調剤基本料Ｂを算定している保険薬局は算定できない。

２　在宅薬学総合体制加算２の施設基準

（１）次のア又はイを満たす保険薬局であること。

ア　以下の①から②までの要件を全て満たすこと。

①　医療用麻薬について、注射剤●●品目以上を含む●●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。

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●●回以上であること。

（２）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。

（３）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●●回以上であること。

（４）医薬品医療機器等法第 39 条第１項の規定による高度管理医療機器の販売業の許可を受けていること。

（５）１の基準を満たすこと。

２．在宅患者調剤加算を廃止する。

改　定　案	現　　行
【薬剤調製料】 １～５　（略） ６　外用薬（１調剤につき） 注１～７　（略）	【薬剤調製料】 １～５　（略） ６　外用薬（１調剤につき） 注１～７　（略）

（削除）	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薬局において、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する調剤を行った場合に、在宅患者調剤加算として、処方箋受付１回につき15点を所定点数に加算する。
［施設基準］ （削除）	［施設基準］ 八　薬剤調製料の注８に規定する施設基準 （略）
（削除）	九　薬剤調製料の注８に規定する患者 （略）

３．在宅患者訪問薬剤管理指導料について、注射による麻薬の投与が必要な患者に対する定期訪問の上限回数を週２回かつ月８回までに見直す。

４．調剤基本料の届出を行っていない薬局は、在宅患者訪問薬剤管理指導料及び在宅緊急患者訪問薬剤管理指導料を算定できないものとする。
「Ⅲ－８－④」を参照のこと。

改　定　案	現　　行
【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 ［算定要件］ 注１　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、医師の指示に基づき、保険薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に、単一建物診療患者（当該	【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 ［算定要件］ 注１　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、医師の指示に基づき、保険薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に、単一建物診療患者（当該

患者が居住する建物に居住する者のうち、当該保険薬局が訪問薬剤管理指導を実施しているものをいう。）の人数に従い、患者１人につき月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）に限り算定する。この場合において、１から３までを合わせて保険薬剤師１人につき週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に規定する特別調剤基本料Ｂを算定する保険薬局は、いずれの場合においても算定できない。 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。 注３～９　（略）	患者が居住する建物に居住する者のうち、当該保険薬局が訪問薬剤管理指導を実施しているものをいう。）の人数に従い、患者１人につき月４回（末期の悪性腫瘍の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）に限り算定する。この場合において、１から３までを合わせて保険薬剤師１人につき週40回に限り算定できる。 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。 注３～９　（略）

５．在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の緊急訪問の回数上限について、末期の悪性腫瘍や注射による麻薬の投与が必要な患者の場合は、現行の月４回から原則として月８回に見直す。

６．末期の悪性腫瘍や注射による麻薬の投与が必要な患者の急変時等の医師の指示に基づいた緊急訪問について、休日や夜間・深夜に実施し

た場合の加算を設ける。

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。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。ただし、区分番号００に掲げる調剤基本料の注２に規定する特別調剤基本料Ｂを算定する保険薬局は、算定できない。 ２～８　（略） ９　１について、末期の悪性腫瘍の患者及び注射による麻薬の投与が必要な患者に対して、保険医の求めにより開局時間以外の夜間、休日又は深夜に、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は、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。	【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回に限り算定する。ただし、情報通信機器を用いて必要な薬学的管理及び指導を行った場合には、在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料として、59点を算定する。 ２～８　（略） （新設）

イ　夜間訪問加算　●●点 ロ　休日訪問加算　●●点 ハ　深夜訪問加算　●●点	

７．新興感染症等の自宅及び施設入所の患者に対して、医師の処方箋に基づき、薬剤師が訪問して薬剤交付・服薬指導した場合に在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料１を算定できることとする。

「Ⅱ－６－⑦」を参照のこと。

㉙　在宅医療における薬学的管理に係る評価の新設

第１　基本的な考え方

在宅医療において、薬剤師が医療・介護の多職種と連携しつつ、質の高い薬学管理を推進するため、退院後の在宅訪問を開始する移行期における薬学的管理、医師等との連携による処方内容の調整、介護関係者に対する服用薬等に係る情報提供等について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

１．退院直後など、計画的に実施する訪問薬剤管理指導の前の段階で患家を訪問し、多職種と連携して今後の訪問薬剤管理指導のための服薬状況の確認や薬剤の管理等の必要な指導等を実施した場合の評価を設ける。

（新）　在宅移行初期管理料（１回に限り）　●●点

［算定要件］

（１）　在宅での療養へ移行が予定されている通院が困難な患者であって、服薬管理に係る支援が必要なものに対して、当該患者の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者の同意を得て、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関等と連携して、在宅療養を開始するに当たり必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、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（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費用を算定した初回算定日の属する月に１回に限り算定する。

（２）在宅移行初期管理料は、以下のア及びイを満たす患者のうち、薬学的管理の観点から保険薬剤師が患家を訪問して特に重点的な服薬支援を行う必要性があると判断したものを対象とする。

ア　認知症患者、精神障害者である患者など自己による服薬管理が困難な患者、児童福祉法第 56 条の６第２項に規定する障害児である 18 歳未満の患者、６歳未満の乳幼児、末期のがん患者及び注射による麻薬の投与が必要な患者。

イ　在宅患者訪問薬剤管理指導料、居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費（いずれも単一建物診療患者が１人の場合に限る。）に係る医師の指示のある患者。

（３）実施した薬学的管理及び指導の内容等について薬剤服用歴等に記載し、必要に応じて、薬学的管理指導計画書を作成・見直しすること。また、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の医師及び居宅介護支援事業者の介護支援専門員に対して必要な情報提供を文書で行うこと。なお、この場合の文書での情報提供については、服薬情報等提供料を別途算定できない。
（４）在宅移行初期管理料を算定した日には、区分番号１４の２に掲げる外来服薬支援料１は算定できない。
（５）在宅移行初期管理に要した交通費は、患家の負担とする。

[施設基準]
在宅移行初期管理料に規定する費用
（１）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に限り、単一建物居住者が１人の場合に限る。）
（２）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に限り、単一建物居住者が１人の場合に限る。）

２．在宅医療において、薬剤師が、医師とともに患家を訪問したり、ICTの活用等により医師等の多職種と患者情報を共有する環境等において、薬剤師が医師に対して処方提案を行い、当該提案が反映された処方箋を受け付けた場合の評価を設けるとともに、残薬調整に係る処方変更がなされた場合の評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】 １　処方箋に基づき処方医に処方内容を照会し、処方内容が変更された場合 イ　残薬調整に係るもの以外の場合　●●点 ロ　残薬調整に係るものの場合　●●点 ２　患者へ処方箋を交付する前に処方医と処方内容を相談し、処方に係る提案が反映された処方箋を受	【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】 １　残薬調整に係るもの以外の場合　40点 （新設） （新設） ２　残薬調整に係るものの場合　30点

け付けた場合 イ　残薬調整に係るもの以外の場合　●●点 ロ　残薬調整に係るものの場合　●●点	（新設） （新設）
［算定要件］ 注１　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その他厚生労働大臣が定める患者に対して、薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して処方箋の処方内容に係る照会又は患者へ処方箋を交付する前に処方内容に係る提案を行った結果、処方に変更が行われた場合に、処方箋受付１回につき所定点数を算定する。 ２　（略）	［算定要件］ 注１　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その他厚生労働大臣が定める患者に対して、薬剤服用歴に基づき、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は、処方箋受付１回につき所定点数を算定する。 ２　（略）
(1)　（略） (2) 受け付けた処方箋の処方内容について処方医に対して連絡・確認を行い、処方に変更が行われた場合には「１」を算定し、処方箋の交付前に処方しようとする医師へ処方に係る提案を行い、当該提案に基づく処方内容の処方箋を受け付けた場合には「２」を算定する。	(1)　（略） （新設）
(3) 「１」のイ及び「２」のイにおける「残薬調整に係るもの以外の場合」とは、次に掲げる内容である。 ア　併用薬との重複投薬（薬理作用が類似する場合を含む。） イ　併用薬、飲食物等との相互作用 ウ　そのほか薬学的観点から必要と認める事項	(2) 「イ　残薬調整に係るもの以外の場合」は、次に掲げる内容について、処方医に対して連絡・確認を行い、処方の変更が行われた場合に算定する。 ア　併用薬との重複投薬（薬理作用が類似する場合を含む。） イ　併用薬、飲食物等との相互作用 ウ　そのほか薬学的観点から必要と認める事項
(4) 「残薬調整に係るものの場合」は、残薬に関し、受け付けた処方	(3) 「ロ　残薬調整に係るものの場合」は、残薬について、処方医に

箋について処方医に対して連絡・確認を行い、処方の変更が行われた場合には「１」の「ロ」を算定し、処方箋の交付前に処方医への残薬に関連する処方に係る提案を行い、当該提案が反映された処方箋を受け付けた場合には「２」の「ロ」を算定する。なお、当該加算を算定する場合においては、残薬が生じる理由を分析するとともに、必要に応じてその理由を処方医に情報提供すること。	対して連絡・確認を行い、処方の変更が行われた場合に算定する。
(5) 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の対象となる事項について、受け付けた処方箋に基づき実施した場合は、処方医に連絡・確認を行った内容の要点、変更内容を薬剤服用歴等に記載する。	(4) 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の対象となる事項について、処方医に連絡・確認を行った内容の要点、変更内容を薬剤服用歴等に記載する。
(6) 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の対象となる事項について、患者へ処方箋を交付する前に処方内容に係る提案を実施した場合は、処方箋の交付前に行った処方医への処方提案の内容（具体的な処方変更の内容、提案に至るまでに検討した薬学的内容及び理由等）の要点及び実施日時を薬剤服用歴等に記載する。この場合において、医療従事者間のICTを活用した服薬状況等の情報共有等により対応した場合には、処方提案等の行為を行った日時が記録され、必要に応じてこれらの内容を随時確認できることが望ましい。	（新設）
(7)　（略）	(5)　（略）

㉚　医療用麻薬における無菌製剤処理加算の要件の見直し

第１　基本的な考え方

医療用麻薬の持続皮下投与では医療用麻薬を希釈せず原液で投与する実態があることを踏まえ、これらの無菌製剤処理に係る業務が評価できるよう、無菌製剤処理加算について、評価を見直す。

第２　具体的な内容

医療用麻薬を希釈せず原液のまま注入器等に無菌的に調製した場合について、無菌製剤処理加算の評価の対象範囲に加える。

改　定　案	現　　行
【薬剤調製料】 ［算定要件］ (1)～(6)　（略） (7)　注射薬の無菌製剤処理 ア　（略） イ　薬剤調製料の無菌製剤処理加算は、次に示す注射薬を無菌的に製剤した場合に、１日分製剤するごとにそれぞれ次に示す点数を所定点数に加算する。 (ｲ)　２以上の注射薬を混合して中心静脈栄養法用輸液を無菌的に製剤する場合　●●点（６歳未満の乳幼児の場合は●●点） (ﾛ)　抗悪性腫瘍剤を含む２以上の注射薬を混合して（生理食塩水等で希釈する場合を含む。）抗悪性腫瘍剤を無菌的に製剤する場合　●●点（６歳未満の乳幼児の場合は●●点） (ﾊ)　麻薬を含む２以上の注射薬を混合して（生理食塩水等で	【薬剤調製料】 ［算定要件］ (1)～(6)　（略） (7)　注射薬の無菌製剤処理 ア　（略） イ　薬剤調製料の無菌製剤処理加算は、２以上の注射薬を無菌的に混合して（麻薬の場合は希釈を含む。）、中心静脈栄養法用輸液、抗悪性腫瘍剤又は麻薬を製剤した場合に算定し、中心静脈栄養法用輸液又は抗悪性腫瘍剤又は麻薬を１日分製剤するごとにそれぞれ69点、79点又は69点（６歳未満の乳幼児の場合においては、１日分製剤するごとにそれぞれ137点、147点又は137点）を加算する。

希釈する場合を含む。）無菌的に麻薬を製剤する場合又は麻薬の注射薬を無菌的に充填し製剤する場合　●●点 （６歳未満の乳幼児の場合は●●点） ウ～カ　（略） (8)～(13)　（略）	ウ～カ　（略） (8)～(13)　（略）

㉛　高齢者施設における薬学的管理に係る評価の見直し

第１　基本的な考え方

介護保険施設における適切な薬剤提供や服薬管理等を推進するため、短期入所を含めた介護老人福祉施設入所者に係る薬学管理の評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．服薬管理指導料３の対象患者について、短期入所生活介護（ショートステイ）等の利用者が含まれることを明確化する。

２．介護医療院又は介護老人保健施設に入所中の患者に対して、当該介護老人保険施設等の医師以外の医師が、専門的な薬学的管理を必要とする薬剤に係る処方箋を発行した場合に、応需した保険薬局の薬剤師が訪問して施設職員と連携しつつ服薬指導等を実施した場合に、服薬管理指導料３を算定できることとする。

３．服薬管理指導料３について、算定回数の上限を設ける。

改　定　案	現　　行
【服薬管理指導料】 １・２　（略） ３　介護老人福祉施設等に入所している患者に訪問して行った場合　45点 ４　（略） ［算定要件］ 注１　（略） ２　３については、保険薬剤師が別に厚生労働大臣が定める患者を訪問し、服薬状況等を把握した上で、必要に応じて当該施設職員と協力し、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、月●回に限り、処方箋受付１回につき所定点数を算定する。	【服薬管理指導料】 １・２　（略） ３　特別養護老人ホームに入所している患者に訪問して行った場合　45点 ４　（略） ［算定要件］ 注１　（略） ２　３については、保険薬剤師が老人福祉法第20条の５に規定する特別養護老人ホームを訪問し、服薬状況等を把握した上で、必要に応じて当該施設職員と協力し、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。

イ～ヘ　（略） ３～14　（略） ［施設基準］ 十　服薬管理指導料の注２に規定する厚生労働大臣が定める患者 次のいずれかに該当する患者 (1) 介護保険法（平成９年法律第123号）第８条第22項に規定する地域密着型介護老人福祉施設若しくは同条第27項に規定する介護老人福祉施設に入所中の患者又は同条第９項に規定する短期入所生活介護若しくは同法第８条の２第７項に規定する介護予防短期入所生活介護を受けている患者 (2) 介護保険法第８条第29項に規定する介護医療院又は同条第28項に規定する介護老人保健施設に入所中の患者であって、医師が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58年厚生省告示第14号）第20条第４号ハに係る処方箋を交付したもの	イ～ヘ　（略） ３～14　（略） ［施設基準］ （新設）

４．特別養護老人ホーム等と連携した保険薬局の薬剤師が、患者の入所時等において特に服薬支援が必要と判断し、服用中の薬剤の整理等を実施した場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【外来服薬支援料】 ［算定要件］ 注４　介護保険法（平成９年法律第123号）第８条第22項に規定する地域密着型介護老人福祉施設若しくは同条第27項に規定する介護老人福祉施設に入所中の患者を訪問し、注３に係る業務に加えて、当該施設職員と協働し当該患者が服薬中の調剤済みの薬剤を含めた服薬管理を支援した場合に、施設連携加算として月	【外来服薬支援料】 ［算定要件］ （新設）

に１回に限り●●点を所定点数に加算する。	

※　施設連携加算における具体的業務内容等については、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。

○　以下のうち、特に重点的な服薬管理の支援が必要であると薬剤師が判断した場合に実施すること。

(1)施設入所時であって、服用薬剤が多い場合

(2)新たな薬剤が処方された若しくは薬剤の用法又は用量が変更となった場合

(3)副作用等の体調の変化における施設職員からの相談に基づく服薬支援が必要な場合

○　施設における患者の療養生活の状態等を確認した上で当該施設職員と協働して日常の服薬管理が容易になるような支援を実施すること。

○　当該保険薬局が調剤した薬剤以外に調剤済みの薬剤も含めて一包化等の調製を実施すること。

○　単に施設の要望に基づき服用薬剤の一包化等の調製を行い、当該施設職員に対して服薬指導や情報共有等を行ったのみの場合は算定不可。

①　入院時の食費の基準の見直し

第１　基本的な考え方

食材費等が高騰していること等を踏まえ、入院時の食費の基準を引き上げる。

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30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⑴（１食につき） ⑴　⑵以外の食事療養を行う場合　670円 ⑵　流動食のみを提供する場合　605円 注　（略） ２　入院時食事療養⑵（１食につき） ⑴　⑵以外の食事療養を行う場合　536円 ⑵　流動食のみを提供する場合　490円 注　（略） 第二　生活療養 １　入院時生活療養⑴ ⑴　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	【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⑴（１食につき） ⑴　⑵以外の食事療養を行う場合　640円 ⑵　流動食のみを提供する場合　575円 注　（略） ２　入院時食事療養⑵（１食につき） ⑴　⑵以外の食事療養を行う場合　506円 ⑵　流動食のみを提供する場合　460円 注　（略） 第二　生活療養 １　入院時生活療養⑴ ⑴　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 584円 ロ　流動食のみを提供する場合 530円 ⑵　（略） 注　（略） ２　入院時生活療養(Ⅱ) ⑴　食事の提供たる療養（１食につき） 450円 ⑵　（略） 注　（略）	） イ　ロ以外の食事の提供たる療養を行う場合 554円 ロ　流動食のみを提供する場合 500円 ⑵　（略） 注　（略） ２　入院時生活療養(Ⅱ) ⑴　食事の提供たる療養（１食につき） 420円 ⑵　（略） 注　（略）

①　一般不妊治療管理料及び胚凍結保存管理料の見直し

第１　基本的な考え方

不妊治療を保険診療で実施する医療機関を広げる観点から、一般不妊治療管理料について要件を見直すとともに、不妊治療における胚の凍結保存に係る実態を踏まえ、胚凍結保存管理料について要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．一般不妊治療管理料の施設基準について、「不妊症の患者に係る診療を年間 20 例以上実施していること。」という要件を医療機関単位の基準から医師単位の基準に見直すとともに、一般不妊治療管理料を算定する保険医療機関についても、生殖補助医療管理料と同様に、情報提供に協力することを要件とする。

改　定　案	現　　行
【一般不妊治療管理料】 ［施設基準］ イ～ハ　（略） （削除） (1)　（略） (2)　当該保険医療機関内に、産科、婦人科若しくは産婦人科について合わせて５年以上又は泌尿器科について５年以上の経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。また、そのうち１名以上は、不妊症の患者に係る診療を主として実施する医師として20例以上の症例を実施していること。 （削除） (3)　（略）	【一般不妊治療管理料】 ［施設基準］ イ～ハ　（略） ニ　一般不妊治療を行うにつき必要な実績を有していること。 (1)　（略） (2)　当該保険医療機関内に、産科、婦人科若しくは産婦人科について合わせて５年以上又は泌尿器科について５年以上の経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。 (3)　当該保険医療機関において、不妊症の患者に係る診療を年間 20 例以上実施していること。 (4)　（略）

(4)　国が示す不妊症に係る医療機関の情報提供に関する事業に協力すること。 （削除）	（新設） (5)　令和４年９月 30 日までの間に限り、(2)から(4)までの基準を満たしているものとする。

２．胚の凍結保存が一定程度行われていることを踏まえ、胚の凍結保存を適切に評価する観点から、胚凍結保存管理料における算定上限年数を廃止する。

改　定　案	現　　行
【胚凍結保存管理料】 ［算定要件］ 注　１については、凍結保存を開始した場合に、凍結する初期胚又は胚盤胞の数に応じて算定し、２については、凍結保存の開始から１年を経過している場合であって、凍結胚の保存に係る維持管理を行った場合に、１年に１回に限り算定する。	【胚凍結保存管理料】 ［算定要件］ 注　１については、凍結保存を開始した場合に、凍結する初期胚又は胚盤胞の数に応じて算定し、２については、凍結保存の開始から１年を経過している場合であって、凍結胚の保存に係る維持管理を行った場合に、当該凍結保存の開始日から起算して３年を限度として、１年に１回に限り算定する。

②　外来腫瘍化学療法診療料の見直し

「Ⅰ－２－⑤」を参照のこと。

③　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とともに、同一検体を用いて複数の遺伝子疾患に対する遺伝学的検査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

１．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。（中略） ア～ウ　（略） 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　（略） 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（中略）、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	【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。（中略） ア～ウ　（略） 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　（略） ②　プリオン病、クリオピリン関連周期熱症候群、神経フェリチン症、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（中略）、先天異常症候群、副腎皮質刺激ホルモン不応症、ＤＹＴ１ジストニア、ＤＹＴ６ジストニア／ＰＴＤ、ＤＹＴ８ジスト

	ニア／ＰＮＫＤ１、ＤＹＴ11ジストニア／ＭＤＳ、ＤＹＴ12／ＲＤＰ／ＡＨＣ／ＣＡＰＯＳ及びパントテン酸キナーゼ関連神経変性症／ＮＢＩＡ１、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
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	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及びエプスタイン症候群
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	オ　臨床症状や他の検査等では診断がつかない場合に、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの
①　ＴＮＦ受容体関連周期性症候群、中條－西村症候群、家族性地中海熱、ベスレムミオパチー、過剰自己貪食を伴うＸ連鎖性ミオパチー、非ジストロフィー性ミオトニー症候群、遺伝性周期性四肢麻痺、禿頭と変形性脊椎症を伴う常染色体劣性白質脳症、結節性硬化症、肥厚性皮膚骨膜症、神経線維腫症、アレキサンダー病、非特異性多発性小腸潰瘍症及びＴＲＰＶ４異常症	①　ＴＮＦ受容体関連周期性症候群、中條－西村症候群、家族性地中海熱、ベスレムミオパチー、過剰自己貪食を伴うＸ連鎖性ミオパチー、非ジストロフィー性ミオトニー症候群、遺伝性周期性四肢麻痺、禿頭と変形性脊椎症を伴う常染色体劣性白質脳症、結節性硬化症及び肥厚性皮膚骨膜症
②　ソトス症候群、ＣＰＴ２欠	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血症、グルタル酸血症２型、先天性副腎低形成症、ＡＴＲ－Ｘ症候群、ハッチンソン・ギルフォード症候群、軟骨無形成症、ウンフェルリヒト・ルンドボルグ病、ラフォラ病、セピアプテリン還元酵素欠損症、芳香族Ｌ－アミノ酸脱炭酸酵素欠損症、オスラー病、ＣＦＣ症候群、コステロ症候群、チャージ症候群、リジン尿性蛋白不耐症、副腎白質ジストロフィー、ブラウ症候群、鰓耳腎症候群、ヤング・シンプソン症候群（中略） ③　ドラベ症候群、コフィン・シリス症候群、歌舞伎症候群、肺胞蛋白症（自己免疫性又は先天性）、ヌーナン症候群、骨形成不全症、脊髄小脳変性症（多系統萎縮症を除く）、古典型エーラスダンロス症候群、非典型溶血性尿毒症症候群、アルポート症候群、ファンコニ貧血、遺伝性鉄芽球性貧血、アラジール症候群、ルビンシュタイン・テイビ症候群、ミトコンドリア病及び線毛機能不全症候群（カルタゲナー症候群を含む。）	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血症、グルタル酸血症２型、先天性副腎低形成症、ＡＴＲ－Ｘ症候群、ハッチンソン・ギルフォード症候群、軟骨無形成症、ウンフェルリヒト・ルンドボルグ病、ラフォラ病、セピアプテリン還元酵素欠損症、芳香族Ｌ－アミノ酸脱炭酸酵素欠損症、オスラー病、ＣＦＣ症候群、コステロ症候群、チャージ症候群、リジン尿性蛋白不耐症、副腎白質ジストロフィー、ブラウ症候群、瀬川病、鰓耳腎症候群、ヤング・シンプソン症候群（中略） ③　ドラベ症候群、コフィン・シリス症候群、歌舞伎症候群、肺胞蛋白症（自己免疫性又は先天性）、ヌーナン症候群、骨形成不全症、脊髄小脳変性症（多系統萎縮症を除く）、古典型エーラスダンロス症候群、非典型溶血性尿毒症症候群、アルポート症候群、ファンコニ貧血、遺伝性鉄芽球性貧血、アラジール症候群、ルビンシュタイン・テイビ症候群及びミトコンドリア病

２．患者から１回に採取した検体を用いて複数の遺伝子疾患に対する遺伝学的検査を行った場合について、新たな評価を行う。

改　定　案	現　　行

【遺伝学的検査】 ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める疾患の患者については、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　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合している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、患者から１回に採取した検体を用いて複数の遺伝子疾患に対する検査を実施した場合は、主たる検査の所定点数及び当該主たる検査の所定点数の100分の●●に相当する点数を合算した点数により算定する。 ［施設基準］ 三の一の二　遺伝学的検査の施設基準等 (1) 遺伝学的検査の注１に規定する施設基準 当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。 (2) 遺伝学的検査の注１に規定する疾患 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うち、当該疾患に対する遺伝学的検査の実施に当たって十分な体制が必要なもの (3) 遺伝学的検査の注２に規定する施設基準 イ　当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。 ロ　当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師	【遺伝学的検査】 ［算定要件］ 注　別に厚生労働大臣が定める疾患の患者については、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。 （新設） ［施設基準］ 三の一の二　遺伝学的検査の施設基準等 (1) 遺伝学的検査の施設基準 当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。 (2) 遺伝学的検査の注に規定する疾患 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うち、当該疾患に対する遺伝学的検査の実施に当たって十分な体制が必要なもの （新設）

が配置されていること。 ハ　遺伝カウンセリング加算の施設基準を満たしていること。	

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

「臓器移植抗体陽性診療ガイドライン」において、移植前の抗 HLA 抗体測定の意義に係る見直しがなされたことを踏まえ、抗 HLA 抗体の測定に係る対象患者及び要件の見直しを行う。

第２　具体的な内容

１.「臓器移植抗体陽性診療ガイドライン」において、移植前の抗 HLA 抗体測定の意義に係る見直しがなされたことを踏まえ、日本臓器移植ネットワークに移植希望者として登録された患者であって、輸血歴や妊娠歴等の医学的に既存抗体陽性が疑われるものについて、抗 HLA 抗体（スクリーニング検査）の対象患者に追加する。

改　定　案	現　　行
【自己抗体検査】 ［算定要件］ (29)「46」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、小腸移植又は腎移植後の患者若しくは日本臓器移植ネットワークに移植希望者として登録された患者であって、輸血歴や妊娠歴等から医学的に既存抗体陽性が疑われるものに対して実施した場合に、原則として１年に１回に限り算定する。ただし、抗体関連拒絶反応を強く疑う場合等、医学的必要性がある場合には、１年に１回に限り更に算定できる。なお、この場合においては、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な必要性を記載すること。	【自己抗体検査】 ［算定要件］ (29)「46」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、小腸移植又は腎移植後の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、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な必要性を記載すること。

２. 抗 HLA 抗体（抗体特異性同定検査）を算定できる要件について、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であって、抗 HLA 抗体（スクリーニング検査）において既存抗体陽性が確認され

た患者に対して、抗 HLA 抗体獲得の確定を目的に行う場合を追加する。その上で、その結果に基づき脱感作療法を行った場合に、１年に２回に限り更に算定できることとする。

改　定　案	現　　行
【自己検体検査】 ［算定要件］ (30) 「47」の抗ＨＬＡ抗体（抗体特異性同定検査）は、「46」の抗ＨＬＡ抗体（スクリーニング検査）によって陽性が確認された症例について、抗体関連拒絶反応の確定診断を目的に行われた場合、又は抗ＨＬＡ抗体獲得の確定を目的に行われた場合に算定する。ただし、抗体関連拒絶反応と診断された患者の経過観察時に行った場合又は日本臓器移植ネットワークに移植希望者として登録された患者であって、「47」の抗ＨＬＡ抗体（抗体特異性同定検査）の結果が陽性であったものに対して脱感作療法を行った場合には、１年に２回に限り更に算定できる。なお、この場合においては、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な必要性を記載すること。	【自己検体検査】 ［算定要件］ (30) 「47」の抗ＨＬＡ抗体（抗体特異性同定検査）は、「46」の抗ＨＬＡ抗体（スクリーニング検査）によって陽性が確認された症例について、抗体関連拒絶反応の確定診断を目的に行われた場合に算定する。ただし、抗体関連拒絶反応と診断された患者の経過観察時に行った場合には、１年に２回に限り更に算定できる。なお、この場合においては、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な必要性を記載すること。

⑤　人工腎臓に係る導入期加算の見直し

第１　基本的な考え方

慢性腎臓病患者に対する移植を含む腎代替療法に関する情報提供及び共同意思決定を更に推進する観点から、人工腎臓の導入期加算について要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

令和４年度に新設された導入期加算の施設基準に係る届出を行っている医療機関数が限定的であることを踏まえ、慢性腎臓病の患者に対して心血管障害も含めた手厚い情報提供の実施を推進することや、それにより共同意思決定を推進するため、人工腎臓にかかる導入期加算について、心血管障害の治療法の説明を要件として追加するとともに、評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【導入期加算（人工腎臓）】 ［算定要件］ 注２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合している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、導入期加算として、導入期１月に限り１日につき、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　（略） ロ　導入期加算２　●●点 ハ　導入期加算３　●●点 ［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)　導入期加算の施設基準	【導入期加算（人工腎臓）】 ［算定要件］ 注２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合している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、導入期加算として、導入期１月に限り１日につき、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　（略） ロ　導入期加算２　400点 ハ　導入期加算３　800点 ［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)　導入期加算の施設基準

イ　導入期加算１の施設基準 当該療法を行うにつき必要な説明を行っていること。 ロ　導入期加算２の施設基準 ①・②　（略） ③　当該療法を行うにつき十分な説明を行っていること。 ハ　導入期加算３の施設基準 ①・②　（略） ③　当該療法を行うにつき十分な説明を行っていること。	イ　導入期加算１の施設基準 当該療法を行うにつき十分な説明を行っていること。 ロ　導入期加算２の施設基準 ①・②　（略） （新設） ハ　導入期加算３の施設基準 ①・②　（略） （新設）
第57の２　人工腎臓 ２　導入期加算の施設基準 (1)　導入期加算１の施設基準 ア　関連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。 イ　（略） (2)　導入期加算２の施設基準 次の全てを満たしていること。 ア～オ　（略） カ　腎代替療法を導入するに当たって、(1)のアに加え、心血管障害を含む全身合併症の状態及び当該合併症について選択することができる治療法について、患者に対し十分な説明を行っていること。 (3)　導入期加算３の施設基準 次のすべてを満たしていること。 ア～カ　（略） キ　(2)のカを満たしていること。	第57の２　人工腎臓 ２　導入期加算の施設基準 (1)　導入期加算１の施設基準 ア　関連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、患者に対し十分な説明を行っていること。 イ　（略） (2)　導入期加算２の施設基準 次の全てを満たしていること。 ア～オ　（略） （新設） (3)　導入期加算３の施設基準 次のすべてを満たしていること。 ア～カ　（略） （新設）

⑥　入院基本料等の見直し

「Ⅰ－１－②」を参照のこと。

⑦　看護補助体制充実加算に係る評価の見直し

「Ⅰ－５－②」を参照のこと。

⑧　医療安全対策の推進

第１　基本的な考え方

医療安全を更に推進する観点から、医療安全対策が特に必要な特定集中治療室等の治療室及び腹腔鏡手術等について、医療安全対策加算１の届出を要件とする。

第２　具体的な内容

特定集中治療室等の治療室及び腹腔鏡手術等の施設基準に、医療安全対策加算１の届出を要件とする。

改　定　案	現　　行
【特定集中治療室管理料】 ［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 ①～⑥　（略） ⑦　医療安全対策加算１に係る届出を行っている保険医療機関であること。 ロ　（略） ハ　特定集中治療室管理料３の施設基準 ①　イの①、④及び⑦を満たすものであること。 ニ　（略） ［経過措置］ 令和６年３月31日において現に特定集中治療室管理料１、特定集中治療室管理料２、特定集中治療室管理料３又は特定集中治療室管理料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●●年●●月●●日までの間に限り、第九の三の(1)のイの⑦、	【特定集中治療室管理料】 ［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 ①～⑥　（略） （新設） ロ　（略） ハ　特定集中治療室管理料３の施設基準 ①　イの①及び④を満たすものであること。 ニ　（略） ［経過措置］ （新設）

ロの①（イの⑦に限る。）、ハの①（イの⑦に限る。）又はニの①（イの⑦に限る。）に該当するものとみなす。 ※　救命救急入院料、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及び総合周産期特定集中治療室管理料についても同様。 【手術通則】 ［施設基準］ 第十二　手術 一　医科点数表第二章第十部手術通則第４号に掲げる手術等の施設基準等 (2)　皮膚悪性腫瘍切除術（センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。）、（中略）及び胚凍結保存管理料の施設基準 イ・ロ　（略） ハ　胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（気管支形成を伴う肺切除に限る。）、胸腔鏡下弁形成術、経カテーテル弁置換術、胸腔鏡下弁置換術、経皮的僧帽弁クリップ術、胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術、不整脈手術（左心耳閉鎖術（胸腔鏡下によるもの及び経カテーテル的手術によるものに限る。）に限る。）、腹腔鏡下リンパ節群郭清術（後腹膜、傍大動脈及び側方に限る。）、腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術、腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術、腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術、腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術、腹腔鏡下十二指腸局所切除術（内視鏡処置を併施するもの）、腹腔鏡下胃切除術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）に限	【手術通則】 ［施設基準］ 第十二　手術 一　医科点数表第二章第十部手術通則第４号に掲げる手術等の施設基準等 (2)　皮膚悪性腫瘍切除術（センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。）、（中略）及び胚凍結保存管理料の施設基準 イ・ロ　（略） （新設）

る。）、腹腔鏡下噴門側胃切除術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）に限る。）、腹腔鏡下胃全摘術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）に限る。）、腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）、腹腔鏡下胆嚢悪性腫瘍手術（胆嚢床切除を伴うもの）、腹腔鏡下胆道閉鎖症手術、腹腔鏡下肝切除術、移植用部分肝採取術（生体）（腹腔鏡によるものに限る。）、腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術、腹腔鏡下小切開副腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術、腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）、腹腔鏡下尿管悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）、腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術、腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術、腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術、腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術、腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術、腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術、腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）、腹腔鏡下仙骨腟固定術、腹腔鏡下腟式子宮全摘術（一の(3)に規定する患者に対して行う場合に限る。）、腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術及び腹腔鏡下子宮瘢痕部修復術については、医療安全対策加算１に係る届出を行っている保険医療機関であること。	
二の五　医科点数表第二章第十部手術通則第18号に掲げる手術の施設基準等 (2)　鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）、（中略）	二の五　医科点数表第二章第十部手術通則第18号に掲げる手術の施設基準等 (2)　鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）、（中略）

腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）の施設基準 イ・ロ　（略） ハ　医療安全対策加算１に係る届出を行っている保険医療機関であること。 ［経過措置］ 令和六年三月三十一日において医科点数表第２章第10部手術の通則の第４号又は第18号に係る届出を行っている場合については、令和●●年●●月●●日までの間に限り、第十二の一の（２）のハ又は二の五の（２）のハに該当するものとみなす。	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）の施設基準 イ・ロ　（略） （新設） ［経過措置］ （新設）

⑨　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の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．治療薬の適応の判断に用いられるＰＥＴ検査について迅速な保険適用が可能となるように、保険適用の手続きについて所用の見直しを行う。

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。）を行うとともに、算定回数が極めて少なく、他の技術により置き換えられている技術について、項目を削除する。
　また、保険医療材料等専門組織において医療技術評価分科会における検討を要するとされ医療技術評価分科会で検討を行う技術について、直近の診療報酬改定において保険適用されるまでの間、評価療養として実施可能にする。

【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、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）内視鏡手術用支援機器を用いた弁置換術
（２）大腿骨骨切り術
（３）抗 MDA5 抗体陽性皮膚筋炎に伴う急速進行性間質性肺炎に対する血漿交換療法
（４）ポジトロン断層撮影　^{18}F 標識フルシクロビンを用いた場合
（５）排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査　その他のもの

【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（※１）
（２）重粒子線治療（※２）
（３）腹腔鏡下膀胱尿管逆流防止術
（４）腹腔鏡下スリーブ状胃切除及び十二指腸空腸バイパス術
（５）遺伝子パネル検査による遺伝性網膜ジストロフィーの遺伝子診断（※３）

※１：早期肺癌（Ⅰ期～ⅡＡ期）に係るもの。なお、切除不能のものに限る。
※２：早期肺癌（Ⅰ期～ⅡＡ期）、大型の局所進行子宮頸部扁平上皮癌、婦人科領域悪性黒色腫に係るもの。なお、いずれも切除不能のものに限る。
※３：遺伝子診断以外の遺伝カウンセリングの部分に係るもの

【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）インフルエンザ核酸検出
（２）プログラム医療機器による大腸内視鏡検査における大腸上皮性病変の検出支援

【廃止を行う技術の例】
（１）アレキサンダー手術

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）　乳腺悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）　●●点
注１　フュージョンイメージングを用いて行った場合は、フュージョンイメージング加算として、●●点を所定点数に加算する。
２　放射性同位元素及び色素を用いたセンチネルリンパ節生検を行った場合又はインドシアニングリーンを用いたリンパ節生検を行った場合には、乳がんセンチネルリンパ節加算１として、●●点を所定点数に加算する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。
３　放射性同位元素又は色素を用いたセンチネルリンパ節生検を行った場合には、乳がんセンチネルリンパ節加算２とし

て、●●点を所定点数に加算する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。

３．外科系学会社会保険委員会連合「外保連試案 2024」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、技術料の見直しを行う。

４．治療薬の適応の判断に用いられるＰＥＴ検査について迅速な保険適用が可能となるように、医療機関が購入したＰＥＴ製剤を使用するＰＥＴ検査について、保険医療材料等専門組織及び薬価算定組織において保険適用の妥当性、準用技術料の設定及び薬価について審議を行うこととする。

⑩　質の高い臨床検査の適切な評価

第１　基本的な考え方

質の高い臨床検査の適正な評価を進めるため、新規臨床検査として保険適用され、現在準用点数で行われている検査について新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

Ｅ３区分で保険適用された新規体外診断用医薬品等について、検査料を新設する。

【検査の例】

（新）　微生物核酸同定・定量検査

Ａ群β溶血連鎖球菌　●●点

⑪　医療機関・訪問看護ステーションにおける明細書発行の推進

第１　基本的な考え方

患者・利用者から見て分かりやすい医療を実現する観点から、令和６年６月より、指定訪問看護事業者による明細書の無料発行を義務化するとともに、診療所（医科・歯科）における明細書無料発行の義務の免除規定について、全ての医療機関において発行可能な環境を整備した上で、廃止する。

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を改正し、訪問看護ステーションにおける明細書の無料発行について義務付ける。義務化にあたっては、既に交付が義務づけられている領収証において個別の項目ごとの金額等の記載が求められていることを踏まえ、現在の領収証を領収証兼明細書とする。

また、本改正に際し、領収証兼明細書に変更するシステム改修に必要な期間を考慮し、令和●●年●●月●●日までの経過措置期間を設ける。

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】 （明細書の交付） 第十三条の二　指定訪問看護事業者は、前条の規定により利用者から利用料の支払を受けるときは、当該費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書を無償で交付しなければならない。 ２　指定訪問看護事業者は、公費負担医療（訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令（平成４年厚生省令第５号）第１条各号に掲げる医療に関する給付（当該給付に関する費用	【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）

の負担の全額が公費により行われるものを除く。）に限る。）を担当した場合（前項の規定により利用者から利用料の支払を受ける場合を除く。）において、当該公費負担医療に関する費用の請求に係る計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書を無償で交付しなければならない。	

２．診療所（医科・歯科）における明細書無料発行の免除規定について、標準型レセコンの提供等により、全ての医療機関において明細書の発行が可能になった時期を目処として廃止する。

改　定　案	現　　行
【医療費の内容が分かる領収証の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について】 １～９　（略） 10　指定訪問看護事業者においては、領収証兼明細書を無償で交付すること。なお、令和７年５月31日までの間に限り、現行の領収証を交付することで足りる。 11～13　（略） 14　「正当な理由」については、令和10年以降の標準型レセプトコンピュータ提供が実施される時期を目途に廃止する予定であることに留意すること。	【医療費の内容が分かる領収証の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について】 １～９　（略） 10　指定訪問看護事業者においても、患者から求められたときは、明細書の発行に努めること。 11～13　（略） （新設）

⑫　新興感染症等に対応可能な歯科医療提供体制の構築

「Ⅱ－６－⑤」を参照のこと。

【Ⅲ－３　アウトカムにも着目した評価の推進－①】

①　データ提出加算及び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

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、入院患者のデータ提出に係る実態を踏まえ、データ提出加算の評価及び要件を見直すとともに、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

１．データ提出加算について、データ提出に係る実態を踏まえ評価を見直す。
２．提出データ評価加算について、未コード化傷病名の使用状況を踏まえ、評価を廃止する。
３．十分に診療情報の管理等を行っているにもかかわらず、サイバー攻撃により適切なデータ提出が行えない場合があることを踏まえ、要件を見直す。
４．新規に保険医療機関を開設する場合など、看護配置等の基準を満たしているにもかかわらず、データ提出加算に係る要件を満たさないために入院基本料が算定できない医療機関について、一定期間に限り入院基本料が算定できるよう、要件を見直す。
５．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（10 対１入院基本料及び 13 対１入院基本料に限る。）、精神科急性期治療病棟入院料及び児童・思春期精神科入院医療管理料に拡大する。

改　定　案	現　　行
【データ提出加算】 ［算定要件］ １　データ提出加算１（入院初日） 　イ　許可病床数が200床以上の病院の場合　●●点 　ロ　許可病床数が200床未満の病院の場合　●●点 ２　データ提出加算２（入院初日） 　イ　許可病床数が200床以上の病院	【データ提出加算】 ［算定要件］ １　データ提出加算１（入院初日） 　イ　許可病床数が200床以上の病院の場合　140点 　ロ　許可病床数が200床未満の病院の場合　210点 ２　データ提出加算２（入院初日） 　イ　許可病床数が200床以上の病院

の場合　●●点 ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合　●●点 ３ データ提出加算３（入院期間が90日を超えるごとに１回） イ 許可病床数が200床以上の病院の場合　●●点 ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合　●●点 ４ データ提出加算４（入院期間が90日を超えるごとに１回） イ 許可病床数が200床以上の病院の場合　●●点 ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合　●●点 ［算定要件］ （削除）	の場合　150点 ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合　220点 ３ データ提出加算３（入院期間が90日を超えるごとに１回） イ 許可病床数が200床以上の病院の場合　140点 ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合　210点 ４ データ提出加算４（入院期間が90日を超えるごとに１回） イ 許可病床数が200床以上の病院の場合　150点 ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合　220点 ［算定要件］ 注３　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に入院している患者については、提出データ評価加算として、40点を更に所定点数に加算する。
(3) データの提出（データの再照会に係る提出を含む。）に遅延等が認められた場合、当該月の翌々月について、当該加算は算定できない。なお、遅延等とは、厚生労働省がＤＰＣ調査の一部事務を委託するＤＰＣ調査事務局宛てに、ＤＰＣ導入の影響評価に係る調査実施説明資料（以下「調査実施説明資料」という。）に定められた期限までに、当該医療機関のデータが提出されていない場合（提出時刻が確認できない手段等、調査実施説明資料にて定められた提出方法以外の方法で提出された場合を含む。）、提出されたデータが調査実施説明資料に定められたデータと異なる内容であった場合（データが格納されていない空の媒体が提出された場合を含む。）をい	(3) データの提出（データの再照会に係る提出を含む。）に遅延等が認められた場合、当該月の翌々月について、当該加算は算定できない。なお、遅延等とは、厚生労働省がＤＰＣ調査の一部事務を委託するＤＰＣ調査事務局宛てに、ＤＰＣ導入の影響評価に係る調査実施説明資料（以下「調査実施説明資料」という。）に定められた期限までに、当該医療機関のデータが提出されていない場合（提出時刻が確認できない手段等、調査実施説明資料にて定められた提出方法以外の方法で提出された場合を含む。）、提出されたデータが調査実施説明資料に定められたデータと異なる内容であった場合（データが格納されていない空の媒体が提出された場合を含む。）をい

う。 ただし、区分番号「Ａ２０７」に掲げる診療録管理体制加算１の届出を行っている保険医療機関において、サイバー攻撃により診療体制に甚大な影響等が発生し、データを継続的かつ適切に提出することが困難である場合は、この限りでない。	う。
［施設基準］ （削除）	［施設基準］ (3) 提出データ評価加算の施設基準 （略）
【地域一般入院基本料】 ［施設基準］ ロ　地域一般入院基本料の施設基準 ①　通則 ４　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地域一般入院料３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。	【地域一般入院基本料】 ［施設基準］ ロ　地域一般入院基本料の施設基準 ①　通則 ４　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。
【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　通則 ⑧　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療養病棟入院料２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。	【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　通則 ⑧　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。

【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　十対一入院基本料の施設基準 ⑤　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。 ロ　十三対一入院基本料の施設基準 ⑥　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。	【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　十対一入院基本料の施設基準 （新設） ロ　十三対一入院基本料の施設基準 （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) 通則 へ　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。	【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) 通則 （新設）
【児童・思春期精神科入院医療管理料】 ［施設基準］ 十五の三　児童・思春期精神科入院医療管理料の施設基準 (8)　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。	【児童・思春期精神科入院医療管理料】 ［施設基準］ 十五の三　児童・思春期精神科入院医療管理料の施設基準 （新設）

［経過措置］

令和6年3月 31 日時点において現に精神病棟入院基本料（10 対１入院基本料又は 13 対１入院基本料に限る。）、精神科急性期治療病棟入院料又は児童・思春期精神科入院医療管理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●●年●●月●●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6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まで又は地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟若しくは地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室のいずれも有しない保険医療機関であって、以下のいずれかに該当するもの、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものに限り、当分の間、当該基準を満たしているものとみなす。

ア　地域一般入院基本料、療養病棟入院料1若しくは2、療養病棟入院基本料の注 11、専門病院入院基本料（13 対1入院基本料に限る。）、障害者施設等入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料5、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料若しくは精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟又は特殊疾患入院医療管理料を算定する病室のいずれかを有するもののうち、これらの病棟又は病室の病床数の合計が当該保険医療機関において 200 床未満のもの

イ　精神病棟入院基本料（10 対 1 入院基本料及び 13 対 1 入院基本料に限る。）、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　回復期リハビリテーション病棟入院料の評価及び要件の見直し

「Ⅱ－４－⑬」を参照のこと。

③　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料の算定単位数の見直し

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ける運動器疾患に対してリハビリテーションを行っている患者については、１日６単位を超えた実施単位数の増加に伴う ADL の明らかな改善が見られなかったことを踏まえ、運動器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上限緩和対象患者について、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が対象となっているところ、対象から運動器リハビリテーション料を算定する患者を除外する。

改　定　案	現　　行
【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】 ［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 　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	リハビリテーション料（Ⅰ）を算定するもの

①　初期診療後の救急患者の転院搬送に対する評価

第１　基本的な考え方

第三次救急医療機関等に救急搬送された患者について連携する他の医療機関でも対応が可能と判断する場合に、連携する他の医療機関に看護師等が同乗の上で転院搬送する場合の評価を新設するとともに、急性期一般入院料における在宅復帰率に関する施設基準について必要な見直しを行う。

第２　具体的な内容

１．救急搬送の受入れに関する実績のある医療機関から、救急外来を受診した患者又は入院３日目までの患者について、医師、看護師又は救急救命士が同乗し連携する他の医療機関に転院搬送する場合の評価を新設する。

（新）　救急患者連携搬送料

１	入院中の患者以外の患者の場合	●●点
２	入院１日目の患者の場合	●●点
３	入院２日目の患者の場合	●●点
４	入院３日目の患者の場合	●●点

［対象患者］

救急外来を受診した患者又は緊急入院後３日目までの患者

［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、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。

［施設基準］

（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っていること。

（３）連携する他の保険医療機関へ搬送を行った患者の臨床経過について、転院搬送先の保険医療機関から診療情報の提供が可能な体制が整備されていること。
（４）連携する他の保険医療機関へ搬送した患者の病状の急変に備えた緊急の診療提供体制を確保していること。

２．救急患者連携搬送料の新設に伴い、急性期一般入院料における在宅復帰率に関する施設基準について必要な見直しを行う。

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 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) 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とは、他の保険医療機関（地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む。）、回復期リハビリテーション病棟入院料、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を算定する病棟及び病室を除く。(2)において同じ。）に転院した患者以外の患者をいう。 (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。	［施設基準］ 第２　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) 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とは、他の保険医療機関（地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む。）、回復期リハビリテーション病棟入院料、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を算定する病棟及び病室を除く。）に転院した患者以外の患者をいう。(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

ア　直近６か月間において、当該病棟から退院した患者数（第２部「通則５」に規定する入院期間が通算される再入院患者、同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟への転棟患者、区分番号「●●」救急患者連携搬送料を算定し他の保険医療機関に転院した患者及び死亡退院した患者を除く。）のうち、自宅等に退院するものの数 イ　直近６か月間に退院した患者数（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、区分番号「●●」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。）	て、当該病棟から退院した患者数（第２部「通則５」に規定する入院期間が通算される再入院患者、同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟への転棟患者及び死亡退院した患者を除く。）のうち、自宅等に退院するものの数 イ　直近６か月間に退院した患者数（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及び死亡退院した患者を除く。）

②　救急医療管理加算の見直し

第１　基本的な考え方

救急医療管理加算について、入院時に重症であり緊急に入院を必要とする患者に対する入院医療を評価する趣旨を踏まえ、要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．救急医療管理加算について、「経過観察が必要であるため入院させる場合」など算定の対象とならない場合を明確化する。

２．救急医療管理加算２を算定する場合のうち、「その他の重症な状態」の割合が●●割を超える保険医療機関について、評価を見直す。

３．救急医療管理加算を算定する患者の状態について詳細を把握する観点から、患者の状態の分類について見直すとともに、診療報酬明細書の摘要欄の記載事項の定義を明確化する。

改　定　案	現　　行
【救急医療管理加算】 ［算定要件］ 注１　救急医療管理加算は、地域における救急医療体制の計画的な整備のため、入院可能な診療応需の態勢を確保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おいて、当該態勢を確保している日に救急医療を受け、緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者（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、救急医療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、当該患者の	【救急医療管理加算】 ［算定要件］ 注１　救急医療管理加算は、地域における救急医療体制の計画的な整備のため、入院可能な診療応需の態勢を確保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おいて、当該態勢を確保している日に救急医療を受け、緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者（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、救急医療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、当該患者の

状態に従い、入院した日から起算して７日を限度として所定点数に加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に該当する保険医療機関においては、本文の規定にかかわらず、入院した日から起算して●日を限度として、●●点を所定点数に加算する。	状態に従い、入院した日から起算して７日を限度として所定点数に加算する。
(2) 救急医療管理加算１の対象となる患者は、「基本診療料の施設基準等別表●」（以下この項で「別表」という。）に掲げる状態のうち一から十二までのいずれかの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいい、単なる経過観察で入院させる場合や、その後の重症化リスクが高いために入院させる場合等、入院時点で重症患者ではない患者は含まれない。 なお、当該加算は、入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して当該状態でなくても算定できる。 （削除）	(2) 救急医療管理加算１の対象となる患者は、次に掲げる状態のうちアからサのいずれかの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。 なお、当該加算は、入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して当該状態でなくても算定できる。 ア　吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態 イ　意識障害又は昏睡 ウ　呼吸不全又は心不全で重篤な状態 エ　急性薬物中毒 オ　ショック カ　重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等） キ　広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷 ク　外傷、破傷風等で重篤な状態 ケ　緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又は t-PA 療法を必要とする状態 コ　消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態

	サ　蘇生術を必要とする重篤な状態 シ　その他の重症な状態
(3) 救急医療管理加算２の対象となる患者は、別表の一から十二までに準ずる状態又は十三の状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいい、単なる経過観察で入院させる場合や、その後の重症化リスクが高いために入院させる場合等、入院時点で重症患者ではない患者は含まれない。 　なお、当該加算は、患者が入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して当該状態でなくても算定できる。	(3) 救急医療管理加算２の対象となる患者は、(2)のアからサまでに準ずる状態又はシの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。 　なお、当該加算は、患者が入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して当該状態でなくても算定できる。
(4) 救急医療管理加算１を算定する場合は、以下の内容について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ア　別表の一から十二までのうち該当する状態 イ　別表の二、三、四、六、七又は八の状態に該当する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標（P/F 比は、酸素投与前の値とする。） ウ　（略） エ　重症患者の状態のうち、別表の二に掲げる状態であってＪＣＳ（Japan Coma Scale）０の状態、別表の三に掲げる状態であってP/F 比 400 以上の状態、別表の四に掲げる状態であってNYHA Ⅰ度の状態、又は別表の八に掲げる状態（顔面熱傷若しくは気道熱傷を除く。）であってBurn Index０の状態について、	(4) 救急医療管理加算１を算定する場合は、以下の内容について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ア　(2)のアからサまでのうち該当する状態 イ　(2)のイ、ウ、オ、カ又はキの状態に該当する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標 ウ　（略） エ　重症患者の状態のうち、(2)のイに掲げる状態であってＪＣＳ（Japan Coma Scale）０の状態、(2)のウに掲げる状態であってNYHA Ⅰ度若しくはP/F 比 400 以上の状態、又は(2)のキに掲げる状態（顔面熱傷若しくは気道熱傷を除く。）であってBurn Index０の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠

緊急入院が必要であると判断した医学的根拠	
(5) 救急医療管理加算２を算定する場合は、以下の内容について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ア　別表の一から十二までに準ずる状態又は十三の状態として該当するもの イ　別表の二、三、四、六、七又は八に準ずる状態に該当する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標（P/F 比は、酸素投与前の値とする。） ウ　（略） エ　重症患者の状態のうち、別表の二に掲げる状態に準ずる状態であってＪＣＳ（Japan Coma Scale）０の状態、別表の三に掲げる状態に準ずる状態であって P/F 比 400 以上の状態、別表の四に掲げる状態に準ずる状態であって NYHA Ⅰ度の状態、又は別表の八に掲げる状態に準ずる状態（顔面熱傷若しくは気道熱傷を除く。）であって Burn Index０の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠	(5) 救急医療管理加算２を算定する場合は、以下の内容について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ア　(2)のアからサまでに準ずる状態又はシの状態として該当するもの イ　(2)のイ、ウ、オ、カ又はキに準ずる状態に該当する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標 ウ　（略） エ　重症患者の状態のうち、(2)のイに掲げる状態に準ずる状態であってＪＣＳ（Japan Coma Scale）０の状態、(2)のウに掲げる状態に準ずる状態であって NYHA Ⅰ度若しくは P/F 比 400 以上の状態、又は(2)のキに掲げる状態に準ずる状態（顔面熱傷若しくは気道熱傷を除く。）であって Burn Index０の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠
［施設基準］ 六の二　救急医療管理加算の施設基準 (1)　救急医療管理加算の注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準 休日又は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。 (2)　救急医療管理加算の注１ただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準	［施設基準］ 六の二　救急医療管理加算の施設基準 休日又は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）

救急医療管理加算２を算定した患者のうち、別表第●の十三の状態の患者の割合が一定割合以上であること。	
別表第●　救急医療管理加算に係る状態 一 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態 二 意識障害又は昏睡 三 呼吸不全で重篤な状態 四 心不全で重篤な状態 五 急性薬物中毒 六 ショック 七 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等） 八 広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷 九 外傷、破傷風等で重篤な状態 十 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又は t-PA 療法を必要とする状態 十一 消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態 十二 蘇生術を必要とする重篤な状態 十三 その他の重症な状態	（新設）
第２の２ 救急医療管理加算 １ 救急医療管理加算の注１本文に関する施設基準 (1)～(3)　（略） ２ 救急医療管理加算の注１ただし書に規定する厚生労働大臣が定める施設基準 当該保険医療機関において、直近●●か月間で、救急医療管理加算２を算定した患者のうち、「基本診療料の施設基準等」の別表第●の十三「その他の重症な状態」の患者の割合が●●割以上であること。 ３　（略）	第２の２ 救急医療管理加算 １ 救急医療管理加算に関する施設基準 (1)～(3)　（略） （新設） ２　（略）

①　新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料の新設

第１　基本的な考え方

医療の質と医療安全を担保する観点から、新生児特定集中治療について十分な体制と実績を有する保険医療機関における、高度な医療を要する重症新生児に対する手厚い看護体制について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

新生児に対する集中治療を行うにつき十分な体制と実績を有する新生児特定集中治療室において、高度な医療が必要となる重症新生児に対して、手厚い看護配置での看護を行う場合の入院管理料を新設する。

（新）　新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料（１日につき）
●●点

［対象患者］
集中治療が必要な重症新生児

（※）具体的には区分番号Ａ３０２に掲げる新生児特定集中治療室管理料の算定対象となる患者であって、以下のいずれかに該当する患者

- 体外式膜型人工肺を実施している
- 腎代替療法（血液透析、腹膜透析等）を実施している
- 交換輸血を実施している
- 低体温療法を実施している
- 出生時体重が●●g 未満であって人工呼吸管理を実施している
- 人工呼吸管理下に一酸化窒素吸入療法を実施している
- 人工呼吸管理下に胸腔・腹腔ドレーン管理を実施している
- 開胸手術、開頭手術、開腹手術等の術後に人工呼吸管理を実施している
- 新興感染症や先天性感染症等のために陰圧個室管理など厳重な感染対策を行いながら人工呼吸管理を実施している（合併症として発生した感染症は不可）

［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において、別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対して、必要があって新生児特定集中治療室管理が行われた場合に、区分番号Ａ３０２に掲げる新生児特定集中治療室管理料、区分番号Ａ３０３の２に掲げる新生児集中治療室管理料及び区分番号Ａ３０３－２に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して、当該管理料の届出を行っている病床を有する治療室に入室した日から起算して●日を限度として、所定点数を算定する。

（２）当該治療室に入室した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号Ａ３０２の１に掲げる新生児特定集中治療室管理料１の例により算定する。

（３）当該治療室に入室した患者が算定要件を満たす状態になった時点（入室時含む）から 24 時間以内は、Ａ３０２の１に掲げる新生児特定集中治療室管理料１の施設基準により看護を実施することができるが、この場合は、新生児特定集中治療室管理料１の例により算定する。

［施設基準］

（１）区分番号Ａ３０２の１の新生児特定集中治療室管理料１又はＡ３０３の２の新生児集中治療室管理料の届出を行っている治療室の病床を単位として行うものであること。

（２）当該病床を有する治療室内に重症新生児に対する集中治療を行うにつき十分な医師が常時配置されていること。

（３）当該治療室内の当該管理料の届出を行っている病床における助産師又は看護師の数は、常時、当該病床に係る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）重症新生児に対する集中治療を行うにつき十分な体制及び専用施設を有していること。

（５）重症新生児に対する集中治療を行うにつき十分な実績を有していること。

②　小児特定疾患カウンセリング料の見直し

「Ⅱ－１－⑨」を参照のこと。

③　小児緩和ケア診療加算の新設

第１　基本的な考え方

小児に対する適切な緩和ケアの提供を推進する観点から、小児に対する緩和ケアについて、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

緩和ケアを要する小児患者に対して、小児科経験を有する医師及び看護師を含む緩和ケアチームによる診療及びその家族へのケアを行った場合の評価を新設する。

（新）　小児緩和ケア診療加算（１日につき）　●●点

［対象患者］

（１）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患者。

（２）末期心不全の患者とは、以下のアとイの基準及びウからオまでのいずれかの基準に該当するものをいう。

ア　心不全に対して適切な治療が実施されていること。

イ　器質的な心機能障害により、適切な治療にかかわらず、慢性的に NYHA 重症度分類Ⅳ度の症状に該当し、頻回又は持続的に点滴薬物療法を必要とする状態であること。

ウ　左室駆出率が 20%以下であること。

エ　医学的に終末期であると判断される状態であること。

オ　ウ又はエに掲げる状態に準ずる場合であること。

［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、緩和ケアを要する●●歳未満の小児に対して、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、小児緩和ケア診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。以下この区分番号において同じ。）について、所定点数に加算する。

［施設基準］
（１）●●歳未満の小児患者に対する緩和ケア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、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小児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。）。
（３）がん診療の拠点となる病院若しくは公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれらに準ずる病院であること。

（新）　小児個別栄養食事管理加算（１日につき）　●●点

［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、緩和ケアを要する●●歳未満の小児に対して、緩和ケアに係る必要な栄養食事管理を行った場合には、小児個別栄養食事管理加算として、●●点を更に所定点数に加算する。

［施設基準］
（１）緩和ケアを要する●●歳未満の小児患者の個別栄養食事管理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、緩和ケアを要する患者に対する個別栄養食事管理に係る必要な経験を有する管理栄養士が配置されていること。

④　小児かかりつけ診療料の見直し

「Ⅱ－７－③」を参照のこと。

⑤　小児特定集中治療室管理料における算定上限日数の見直し

第１　基本的な考え方

臓器移植を行った小児患者について、長期の集中治療管理が必要となる実態を踏まえ、小児特定集中治療室管理料における算定上限日数を見直す。

第２　具体的な内容

小児特定集中治療室管理料について、臓器移植を行った小児の算定上限日数を延長する。

改　定　案	現　　行
【小児特定集中治療室管理料】 ［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、15歳未満の小児（児童福祉法第６条の２第３項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）に対し、必要があって小児特定集中治療室管理が行われた場合に、14日（急性血液浄化（腹膜透析を除く。）を必要とする状態、心臓手術ハイリスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮迫症候群又は心筋炎・心筋症のいずれかに該当する小児にあっては21日、臓器移植を行った小児にあっては●日、体外式心肺補助（ＥＣＭＯ）を必要とする状態の小児にあっては35日、手術を必要とする先天性心疾患の新生児にあっては55日）を限度として算定する。	【小児特定集中治療室管理料】 ［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、15歳未満の小児（児童福祉法第６条の２第３項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）に対し、必要があって小児特定集中治療室管理が行われた場合に、14日（急性血液浄化（腹膜透析を除く。）を必要とする状態、心臓手術ハイリスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮迫症候群又は心筋炎・心筋症のいずれかに該当する小児にあっては21日、体外式心肺補助（ＥＣＭＯ）を必要とする状態の小児にあっては35日、手術を必要とする先天性心疾患の新生児にあっては55日）を限度として算定する。

⑥　小児抗菌薬適正使用支援加算及び小児科外来診療料の見直し

第１　基本的な考え方

小児の外来診療における抗菌薬の適正使用を推進する観点から、小児抗菌薬適正使用支援加算の対象疾患について見直すとともに、処方等に係る評価体系の見直し等を踏まえ、小児科外来診療料について評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．小児抗菌薬適正使用支援加算の対象疾患に、急性中耳炎及び急性副鼻腔炎を追加する。

改　定　案	現　　行
【小児科外来診療料】 ［算定要件］ 注４　１のイ又は２のイについて、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、急性気道感染症、急性中耳炎、急性副鼻腔炎又は急性下痢症により受診した患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、月１回に限り80点を所定点数に加算する。 ※　小児かかりつけ診療料についても同様。	【小児科外来診療料】 ［算定要件］ 注４　１のイ又は２のイについて、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、急性気道感染症又は急性下痢症により受診した患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、月１回に限り80点を所定点数に加算する。

２．新型コロナウイルスの検査の取扱いの変更及び処方等に係る評価体

系の見直し等を踏まえ、小児科外来診療料の評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【小児科外来診療料】 １　保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合 イ　初診時　●●点 ロ　再診時　●●点 ２　１以外の場合 イ　初診時　●●点 ロ　再診時　●●点	【小児科外来診療料】 １　保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合 イ　初診時　599点 ロ　再診時　406点 ２　１以外の場合 イ　初診時　716点 ロ　再診時　524点

⑦　医療的ケア児（者）に対する入院前支援の評価の新設

第１　基本的な考え方

医療的ケア児（者）が入院する際の在宅からの連続的なケアを確保する観点から、事前に自宅等を訪問し、患者の状態や人工呼吸器の設定等のケア状態の把握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

医療的ケア児（者）に対して、入院をする前段階において、患家を訪問し、あるいは情報通信機器を用いて患者の状態や医療的ケアの手技の確認等を実施した場合の評価を新設する。

（新）　医療的ケア児（者）入院前支援加算　●●点

［対象患者］
医療的ケア判定スコア●●点以上の医療的ケア児（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、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示を受けた看護職員が、入院前に別に厚生労働大臣が定める患者（当該保険医療機関の入院期間が通算●●日以上のものを除く。）の患家等を訪問し、患者の状態、療養生活環境及び必要な処置等を確認した上で療養支援計画を策定し、入院前又は入院した日に当該計画書を患者又はその家族等に説明し、文書により提供した場合に、保険医療機関ごとに患者１人につき●回に限り、入院初日に限り所定点数に加算する。

［施設基準］
医療的ケア児（者）の入院医療について、十分な実績を有していること。

［経過措置］
令和●●年●●月●●日までの間は、上記の基準を満たしているも

のとする。

（新）　医療的ケア児（者）入院前支援加算（情報通信機器を用いた場合）
●●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、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示を受けた看護職員が、医療的ケア児（者）入院前支援加算を算定すべき入院前支援を情報通信機器を用いて行った場合は、保険医療機関ごとに患者１人につき●回に限り、入院初日に限り所定点数に加算する。

［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。

⑧　入退院支援加算３の見直し

第１　基本的な考え方

重症新生児に対する退院支援について、転院搬送された児においても退院支援が必要であることや治療室から小児病棟等を経て退院すること等、新生児の退院支援の実態を踏まえ、入退院支援加算３の要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．入退院支援加算３の算定対象について、転院搬送された児であって退院困難な要因を有する患者の場合も算定可能とする。

改　定　案	現　　行
【入退院支援加算３】 ［算定要件］ ⑻ 入退院支援加算３は、当該入院期間中に区分番号「Ａ３０２」新生児特定集中治療室管理料又は区分番号「Ａ３０３」総合周産期特定集中治療室管理料の「２」新生児集中治療室管理料を算定した退院困難な要因を有する患者（他の保険医療機関において入退院支援加算３を算定していない患者を含む）又は他の保険医療機関において入退院支援加算３を算定した上で転院した患者について、当該患者又はその家族の同意を得て退院支援計画を策定し、当該計画に基づき退院した場合に算定する。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～オ（略）	【入退院支援加算３】 ［算定要件］ ⑻ 入退院支援加算３は、当該入院期間中に区分番号「Ａ３０２」新生児特定集中治療室管理料又は区分番号「Ａ３０３」総合周産期特定集中治療室管理料の「２」新生児集中治療室管理料を算定した退院困難な要因を有する患者及び他の保険医療機関において入退院支援加算３を算定した上で転院した患者について、当該患者又はその家族の同意を得て退院支援計画を策定し、当該計画に基づき退院した場合に算定する。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～オ（略）

２．入退院支援加算３の施設基準で求める入退院支援部門の専任の看護師の経験について、新生児の集中治療だけでなく小児科病棟における経験も含めることとする。

改　定　案	現　　行
【入退院支援加算３】 ［施設基準］ 三十五の六　入退院支援加算の施設基準等 (3) 入退院支援加算３に関する施設基準 ロ　当該部門に入退院支援、地域連携及び新生児の集中治療等に係る業務に関する十分な経験を有し、小児患者の在宅移行に関する研修を受けた専任の看護師が一名以上又は新生児の集中治療、入退院支援及び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看護師及び専従の社会福祉士が一名以上配置されていること。 第 26の５ 入退院支援加算 ３　入退院支援加算３に関する施設基準 (2) 当該入退院支援部門に入退院支援、５年以上の新生児集中治療及び小児の患者に対する看護に係る業務の経験を有し、小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任の看護師（３年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有するものに限る。）又は入退院支援、５年以上の新生児集中治療及び小児の患者に対する看護に係る業務の経験有する専任の看護師（３年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有するものに限	【入退院支援加算３】 ［施設基準］ 三十五の六　入退院支援加算の施設基準等 (3) 入退院支援加算３に関する施設基準 ロ　当該部門に新生児の集中治療、入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有し、小児患者の在宅移行に関する研修を受けた専任の看護師が一名以上又は新生児の集中治療、入退院支援及び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看護師及び専従の社会福祉士が一名以上配置されていること。 第 26の５ 入退院支援加算 ３　入退院支援加算３に関する施設基準 (2) 当該入退院支援部門に入退院支援及び５年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有し、小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任の看護師又は入退院支援及び５年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専任の看護師及び専従の社会福祉士が配置されていること。なお、当該専従の社会福祉士は、週 30 時間以上入退院支援に係る業務に従事していること。また、当該専従の社会福祉士については、週３日以上

る。）及び専従の社会福祉士が配置されていること。なお、当該専従の社会福祉士は、週 30 時間以上入退院支援に係る業務に従事していること。また、当該専従の社会福祉士については、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社会福祉士を２名以上組み合わせることにより、常勤社会福祉士と同じ時間帯にこれらの非常勤社会福祉士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。	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社会福祉士を２名以上組み合わせることにより、常勤社会福祉士と同じ時間帯にこれらの非常勤社会福祉士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。

⑨　一般病棟と一体的に運用する小児入院医療管理料３の見直し

第１　基本的な考え方

少子化等による入院患者の減少により１病棟を維持できない小児科病棟について、一般病棟との一体的な運用を可能とするとともに、成人患者との混合病棟であっても子どもにとって必要な入院環境を確保するため、当該運用をする際は小児の区域特定がなされるよう、要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．小児入院医療管理料３について、一般病棟（７対１に限る）との一体的な運用を可能とする。
２．一体的な運用を行い成人患者との混合病棟となる場合は、小児患者が安心して療養生活を送れるよう、小児用の病床を集めて区域特定することを要件とする。

改　定　案	現　　行
【小児入院医療管理料】 ［算定要件］ ２ 小児入院医療管理料１、２、３及び４の施設基準 (1)～(5)　（略） (6)　小児入院医療管理料３を算定しようとする保険医療機関であって、平均入院患者数が概ね30名程度以下の小規模な病棟を有する場合は、急性期一般入院料１、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）の７対１入院基本料又は専門病院入院基本料の７対１入院基本料を算定すべき病棟と当該小児病棟を併せて１看護単位とすることができる。ただし、この場合は次の点に留意すること。 ア　小児入院医療管理料３を算定する病床を集めて区域特定	【小児入院医療管理料】 ［施設基準］ ２ 小児入院医療管理料１、２、３及び４の施設基準 (1)～(5)　（略） （新設）

する等により、小児患者が安心して療養生活を送れる環境を整備すること。 イ　アの区域特定した病床における夜勤については、看護職員を●人以上配置していることが望ましく、かつ、当該病棟における夜勤については、看護職員を●人以上配置していることが望ましい。	

⑩　小児入院医療管理料における保育士・看護補助者の評価の新設

第１　基本的な考え方

入院中であっても子どもの成長・発達に対する支援が行われ、かつ、希望によって家族等が子どもに付き添う場合に家族等に過度な負担がかからない医療機関の体制を確保する観点から、保育士や看護補助者の配置について、小児入院医療管理料の要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．小児入院医療管理料の注２及び注４の加算について、保育士を複数名かつ夜間に配置している場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【小児入院医療管理料】 ［算定要件］ 注２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合してい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病棟において小児入院医療管理が行われた場合は、当該基準の区分に従い、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。 ア　保育士１名の場合　●●点 イ　保育士２名以上の場合　●●点 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入院している患者（小児入院医療管理料３、小児入院医療管理料４又は小児入院医療管理料５を算定している患者に限る。）について、当該基	【小児入院医療管理料】 ［算定要件］ 注２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合してい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病棟において小児入院医療管理が行われた場合は、１日につき100点を所定点数に加算する。 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入院している患者（小児入院医療管理料３、小児入院医療管理料４又は小児入院医療管理料５を算定している患者に限る。）について、重症児

準の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 ア　重症児受入体制加算１ ●●点 イ　重症児受入体制加算２ ●●点	受入体制加算として、１日につき200点を所定点数に加算する。
［施設基準］ 九　小児入院医療管理料の施設基準 (7) 小児入院医療管理料の注２に規定する加算の施設基準 イ　保育士１名の場合の施設基準 ①　当該病棟に専ら十五歳未満の小児の療養生活の指導を担当する常勤の保育士（国家戦略特別区域法（平成二十五年法律第百七号）第十二条の五第五項に規定する事業実施区域内にある保険医療機関にあっては、保育士又は当該事業実施区域に係る国家戦略特別区域限定保育士）が一名以上配置されていること。 ②　（略） ロ　保育士２名以上の場合の施設基準 ①　当該病棟に専ら十五歳未満の小児の療養生活の指導を担当する常勤の保育士（国家戦略特別区域法（平成二十五年法律第百七号）第十二条の五第五項に規定する事業実施区域内にある保険医療機関にあっては、保育士又は当該事業実施区域に係る国家戦略特別区域限定保育士）が二名以上配置されていること。 ②　イの②を満たすものであること。	［施設基準］ 九　小児入院医療管理料の施設基準 (7)　小児入院医療管理料の注２に規定する加算の施設基準 イ　当該病棟に専ら十五歳未満の小児の療養生活の指導を担当する常勤の保育士（国家戦略特別区域法（平成二十五年法律第百七号）第十二条の五第五項に規定する事業実施区域内にある保険医療機関にあっては、保育士又は当該事業実施区域に係る国家戦略特別区域限定保育士）が一名以上配置されていること。 ロ　（略） （新設）
(8) 小児入院医療管理料の注４に規定する加算の施設基準	(8) 小児入院医療管理料の注４に規定する加算の施設基準

イ　重症児受入体制加算１の施設基準 ①　当該病棟に専ら十五歳未満の小児の療養生活の指導を担当する常勤の保育士が一名以上配置されていること。 ②・③　（略） ロ　重症児受入体制加算２の施設基準 ①　当該病棟に専ら十五歳未満の小児の療養生活の指導を担当する常勤の保育士が二名以上配置されていること。 ②　イの②及び③を満たすものであること。	イ　当該病棟に専ら十五歳未満の小児の療養生活の指導を担当する常勤の保育士が一名以上配置されていること。 ロ・ハ　（略） （新設）

２．小児入院医療管理料に、夜間を含めて看護補助者を配置している場合の評価を新設する。

（新）　看護補助加算（１日につき）　●●点

［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（小児入院医療管理料１、小児入院医療管理料２又は小児入院医療管理料３を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）当該病棟において、１日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 30 又はその端数を増すごとに１に相当する数以上であること。

（２）当該病棟において、夜勤を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 75 又はその端数を増すごとに１に相当する数以上であること。

（３）看護職員の負担軽減及び処遇改善に資する体制が整備されていること。

（新）　看護補助体制充実加算（１日につき）　●●点

［算定要件］
　看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助の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（小児入院医療管理料１、小児入院医療管理料２又は小児入院医療管理料３を算定している患者及び看護補助加算を算定する患者に限る。）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）当該病棟において、１日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 30 又はその端数を増すごとに１に相当する数以上であること。
（２）当該病棟において、夜勤を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 75 又はその端数を増すごとに１に相当する数以上であること。
（３）看護職員の負担軽減及び処遇改善に資する十分な体制が整備されていること。

３．小児入院医療管理料において、小児の家族等が希望により付き添う場合は、当該家族等の食事や睡眠環境等の付き添う環境に配慮することを規定する。

改　定　案	現　　行
【小児入院医療管理料】 ［算定要件］ (2) 小児入院医療管理料を算定する場合であって、小児の家族等が希望により付き添うときは、当該家族等の食事や睡眠環境等の付き添う環境に対して配慮すること。	【小児入院医療管理料】 ［算定要件］ （新設）

⑪　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

周産期医療における集中的・効率的な提供を推進する観点から、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．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とする要件について、当該医師は宿日直を担当する医師であってはならないことを明確化する。
２．母体・胎児集中治療室内の医師の配置要件について、専ら産婦人科又は産科に従事する医師が常時●名以上当該保険医療機関内に勤務しており、当該医師に専任の医師を●名含む場合も、要件を満たすこととする。

改　定　案	現　　行
【母体・胎児集中治療室管理料】 ［施設基準］ 第６　総合周産期特定集中治療室管理料 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	【母体・胎児集中治療室管理料】 ［施設基準］ 第６　総合周産期特定集中治療室管理料 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　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。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。

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こと。 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●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●名は専任の医師とし、当該治療室で診療が必要な際に速やかに対応できる体制をとること。なお、当該医師は当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での勤務及び宿日直を併せて行わないものとすること。 ウ～キ （略） ク 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。	ウ～キ （略） ク 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当直勤務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。

⑫　ハイリスク妊娠管理加算の見直し

第１　基本的な考え方

ハイリスク妊婦に対する適切な管理を推進する観点から、ハイリスク妊娠管理加算の対象患者の見直しを行う。

第２　具体的な内容

ハイリスク妊娠管理加算のうち、早産に係る対象患者について、分娩時の妊娠週数が、二十二週から三十二週未満である早産の患者であることを明確化する。

改　定　案	現　　行
【ハイリスク妊娠管理加算】 ［施設基準］ 別表第六の三　ハイリスク妊娠管理加算の対象患者 分娩時の妊娠週数が妊娠二十二週から三十二週未満の早産である患者 （中略）	【ハイリスク妊娠管理加算】 ［施設基準］ 別表第六の三　ハイリスク妊娠管理加算の対象患者 妊娠二十二週から三十二週未満の早産の患者 （中略）

①　がん性疼痛緩和指導管理料の見直し

第１　基本的な考え方

がん患者に対する質の高い疼痛緩和治療の提供を更に充実させる観点から、放射線治療及び神経ブロック等の専門的な治療を実施できる体制について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

がん性疼痛緩和指導管理料において、放射線治療と神経ブロックを実施する体制及び実績を有する医療機関において、当該治療が必要な患者に対して、診療方針等について文書を用いて説明を行った場合に係る評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【がん性疼痛緩和指導管理料】 ［算定要件］ 注２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合している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、がん性疼痛緩和のための専門的な治療が必要な患者に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が、その必要性及び診療方針等について文書により説明を行った場合に、難治性がん性疼痛緩和指導管理加算として、患者１人につき●回に限り所定点数に●●点を加算する。 ３・４（略）	【がん性疼痛緩和指導管理料】 ［算定要件］ （新設） ２・３（略）
［施設基準］ (11)の２　がん性疼痛緩和指導管理料の注２に規定する施設基準 がん患者に対するがん疼痛の症状緩和を目的とした放射線治療及び神経ブロックを実施する体制及	［施設基準］ （新設）

び実績を有していること。 (11)の３　がん性疼痛緩和指導管理料の注４に規定する施設基準 （略）	(11)の２　がん性疼痛緩和指導管理料の注３に規定する施設基準 （略）

②　緩和ケア病棟における在宅療養支援の充実

「Ⅱ－４－⑲」を参照のこと。

③　在宅における注射による麻薬の投与に係る評価の新設

「Ⅱ－８－⑥」を参照のこと。

④　在宅における質の高い緩和ケアの提供の推進

「Ⅱ－８－⑦」を参照のこと。

⑤　小児緩和ケア診療加算の新設

「Ⅲ－４－２－③」を参照のこと。

⑥　外来腫瘍化学療法診療料の見直し

「Ⅰ－２－⑤」を参照のこと。

⑦　がん拠点病院加算の見直し

第１　基本的な考え方

がん診療連携拠点病院等について、令和４年８月の整備指針の改定により、都道府県がん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院及び地域がん診療病院が一時的に指定要件を満たさなくなった場合に該当する「特例型」の類型が新設されたことを踏まえ、がん拠点病院加算について必要な見直しを行う。

第２　具体的な内容

都道府県がん診療連携拠点病院及び特定領域がん診療連携拠点病院の特例型に指定された医療機関が算定する項目を明確化するとともに、地域がん診療拠点病院の特例型に指定された医療機関が算定する項目を新設する。

改　定　案	現　　行
【がん拠点病院加算】 ［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、他の保険医療機関等からの紹介により入院した悪性腫瘍と診断された患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第３節の特定入院料又は第４節の短期滞在手術等基本料のうち、がん拠点病院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>ただし、本文の規定にかかわらず、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、他の保険医療機関等からの紹介により入院した悪性腫瘍と診断された患者について、イ又</u>	【がん拠点病院加算】 ［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、他の保険医療機関等からの紹介により入院した悪性腫瘍と診断された患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第３節の特定入院料又は第４節の短期滞在手術等基本料のうち、がん拠点病院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。

はロの所定点数に代えて、それぞれ●●点又は●●点を所定点数に加算する。	
［施設基準］ 二十七　がん拠点病院加算の施設基準等 (1)　がん診療連携拠点病院加算の施設基準 がん診療の拠点となる病院として必要な体制を有しているものであること。 (2)　がん診療連携拠点病院加算注１ただし書に規定する施設基準 がん診療の拠点となる病院として必要な体制を一部有しているものであること。 (3)・(4)　（略）	［施設基準］ 二十七　がん拠点病院加算の施設基準等 (1)　がん診療連携拠点病院加算の施設基準 がん診療の拠点となる病院であること。 （新設） (2)・(3)　（略）

①　入院基本料等の見直し

「Ⅰ－１－②」を参照のこと。

②　認知症ケア加算の見直し

「Ⅱ－２－⑩」を参照のこと。

③　地域包括診療料等の見直し

「Ⅱ－５－③」を参照のこと。

④　認知症患者に対するかかりつけ歯科医と医師等との連携による歯科医療の推進

第１　基本的な考え方

認知症患者について、かかりつけ歯科医と医師をはじめとした関係者との情報共有・連携による歯科医療を推進する観点から、歯科疾患管理料総合医療管理加算の対象患者を見直す。

第２　具体的な内容

歯科疾患管理料における総合医療管理加算の対象患者に、認知症の患者を追加する。

改　定　案	現　　行
【総合医療管理加算】 ［算定要件］ (16)「注11」の総合医療管理加算は、糖尿病の患者、骨吸収抑制薬投与中の患者、感染性心内膜炎のハイリスク患者、関節リウマチの患者、血液凝固阻止剤投与中の患者、ＨＩＶ感染症の患者又は認知症の患者であって、別の医科の保険医療機関の当該疾患の担当医から歯科治療を行うに当たり、診療情報提供料に定める様式に基づいた文書により患者の全身状態や服薬状況等についての必要な診療情報の提供を受け、適切な総合医療管理を実施した場合に算定する。なお、算定に当たっては当該疾患の担当医からの情報提供に関する内容及び担当医の保険医療機関名等について診療録に記載又は提供文書の写しを添付する。	【総合医療管理加算】 ［算定要件］ (16)「注11」の総合医療管理加算は、糖尿病の患者、骨吸収抑制薬投与中の患者、感染性心内膜炎のハイリスク患者、関節リウマチの患者、血液凝固阻止剤投与中の患者又はＨＩＶ感染症の患者であって、別の医科の保険医療機関の当該疾患の担当医から歯科治療を行うに当たり、診療情報提供料に定める様式に基づいた文書により患者の全身状態や服薬状況等についての必要な診療情報の提供を受け、適切な総合医療管理を実施した場合に算定する。なお、算定に当たっては当該疾患の担当医からの情報提供に関する内容及び担当医の保険医療機関名等について診療録に記載又は提供文書の写しを添付する。

①　精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に向けた重点的な支援を提供する病棟の評価の新設

第１　基本的な考え方

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に向けた重点的な支援を提供する精神病棟について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

精神疾患患者の地域移行・地域定着を推進する観点から、多職種の重点的な配置、在宅医療の提供実績、自宅等への移行率の実績、診療内容に関するデータの提出等の施設基準を設定した病棟の評価を新設する。

（新）　精神科地域包括ケア病棟入院料（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精神病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神病棟に入院している患者について、区分番号Ａ３１１に掲げる精神科救急急性期医療入院料、区分番号Ａ３１１－２に掲げる精神科急性期治療病棟入院料及び区分番号Ａ３１１－３に掲げる精神科救急・合併症入院料を算定した期間と通算して●●日を限度として、所定点数を算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号Ａ１０３に掲げる精神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）当該病棟に転棟若しくは転院又は入院した日から起算して●日間に限り、自宅等移行初期加算として、●●点を加算する。

（３）過去１年以内に、当該入院料又は（２）に規定する加算を算定した患者については、（１）又は（２）に規定する期間の計算に当たって、直近１年間に当該入院料又は当該加算を算定していた期間を●●日又は●●日に算入するものとする。

（４）区分番号Ａ１０３に掲げる精神病棟入院基本料の 15 対１入院基本料、18 対１入院基本料並びに 20 対１入院基本料、区分番号Ａ３１２に掲げる精神療養病棟入院料、区分番号Ａ３１４に掲げる認知

症治療病棟入院料及び区分番号Ａ３１８に掲げる地域移行機能強化病棟入院料を届け出ている病棟から、当該病棟への転棟は、患者１人につき●回に限る。

（５）当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した１日当たりの抗精神病薬が２種類以下の場合に限り、非定型抗精神病薬加算として、１日につき●●点を所定点数に加算する。

[施設基準]

（１）主として地域生活に向けた重点的な支援を要する精神疾患を有する患者を入院させ、精神病棟を単位として行うものであること。

（２）医療法施行規則第十九条第一項第一号に定める医師の員数以上の員数が配置されていること。

（３）医療法施行規則第十九条第二項第二号に定める看護師及び准看護師の員数以上の員数が配置されていること。

（４）当該病棟を有する保険医療機関において、常勤の精神保健指定医が二名以上配置され、かつ、当該病棟に専任の常勤精神科医が一名以上配置されていること。

（５）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。

（６）（５）の規定にかかわらず、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。

（７）（５）の規定にかかわらず、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。

（８）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。

（９）夜勤については、（５）の規定にかかわらず、看護職員の数が二以上であること。

(10) 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。

(11) 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。

(12) 精神障害者の地域生活を支援する関係機関等との連携を有していること。

(13)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。

[経過措置]

令和６年３月 31 日において現に精神病棟を単位として届出を行う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、(10)、(11) 及び (13) に該当するものとみなす。

②　地域移行機能強化病棟入院料の継続と要件の見直し

第１　基本的な考え方

精神病棟の長期入院患者の地域移行を一層推進する観点から、地域移行機能強化病棟入院料について、当該入院料にかかる実績等を踏まえ、要件を見直すとともに、届出期間を延長する。

第２　具体的な内容

１．地域移行機能強化病棟入院料について、長期入院患者の退院実績に係る要件を見直す。

改　定　案	現　　行
【地域移行機能強化病棟入院料】 ［施設基準］ (14)届出時点で、次のいずれの要件も満たしていること。 ア　（略） イ　以下の式で算出される数値が●●%以上であること。なお、自宅等への退院とは、患家、介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設へ移行することをいう。ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設に入所した場合を除いたものをいう。 当該保険医療機関に１年以上入院していた患者のうち、当該病棟から自宅等に退院した患者の数の１か月当たりの平均（届出の前月までの３か月間における平均）÷当該病棟の届出病床数×	【地域移行機能強化病棟入院料】 ［施設基準］ (14)届出時点で、次のいずれの要件も満たしていること。 ア　（略） イ　以下の式で算出される数値が2.4%以上であること。なお、自宅等への退院とは、患家、介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設へ移行することをいう。ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設に入所した場合を除いたものをいう。 当該保険医療機関に１年以上入院していた患者のうち、当該病棟から自宅等に退院した患者の数の１か月当たりの平均（届出の前月までの３か月間における平均）÷当該病棟の届出病床数×

100（%） (15)算定開始以降、各月末時点で、以下の式で算出される数値が●●%以上であること。 当該保険医療機関に１年以上入院していた患者のうち、算定開始以降に当該病棟から自宅等に退院した患者数の１か月当たりの平均（地域移行機能強化病棟入院料を算定した全期間における平均）÷当該病棟の届出病床数 ×100（%） (16)算定開始以降、１年ごとに１回以上、当該保険医療機関全体の精神病床について、当該保険医療機関の所在する都道府県に許可病床数変更の許可申請を行っていること。算定開始月の翌年以降の同じ月における許可病床数は、以下の式で算出される数値以下であること。 届出前月末日時点での精神病床の許可病床数－（当該病棟の届出病床数の●●%×当該病棟の算定年数） (17)地域移行機能強化病棟入院料に係る届出を取り下げる際には、許可病床数が以下の式で算出される数値以下であること。 届出前月末日時点での精神病床の許可病床数－（当該病棟の届出病床数の●●%×当該病棟の算定月数÷12） （中略） （削除）	100（%） (15)算定開始以降、各月末時点で、以下の式で算出される数値が 2.4%以上であること。 当該保険医療機関に１年以上入院していた患者のうち、算定開始以降に当該病棟から自宅等に退院した患者数の１か月当たりの平均（地域移行機能強化病棟入院料を算定した全期間における平均）÷当該病棟の届出病床数 ×100（%） (16)算定開始以降、１年ごとに１回以上、当該保険医療機関全体の精神病床について、当該保険医療機関の所在する都道府県に許可病床数変更の許可申請を行っていること。算定開始月の翌年以降の同じ月における許可病床数は、以下の式で算出される数値以下であること。 届出前月末日時点での精神病床の許可病床数－（当該病棟の届出病床数の 30%×当該病棟の算定年数） (17)地域移行機能強化病棟入院料に係る届出を取り下げる際には、許可病床数が以下の式で算出される数値以下であること。 届出前月末日時点での精神病床の許可病床数－（当該病棟の届出病床数の 30%×当該病棟の算定月数÷12） （中略） (21)令和２年３月 31 日において現に地域移行機能強化病棟入院料の届出を行っている病棟については、(14)から(17)までの規定に限り、なお従前の例による。

２．当該病棟において、専任の精神保健福祉士の配置に係る要件を緩和する。

改　定　案	現　　行

【地域移行機能強化病棟入院料】 ［施設基準］ 二十　地域移行機能強化病棟入院料の施設基準等 (1)　地域移行機能強化病棟入院料の施設基準 ト　当該病棟に専従の常勤の精神保健福祉士が一名以上配置されていること。 チ　当該病棟に退院調整を担当する者が一名以上（入院患者数が四十を超える場合は二名以上）配置されていること。 リ～ヲ　（略）	【地域移行機能強化病棟入院料】 ［施設基準］ 二十　地域移行機能強化病棟入院料の施設基準等 (1)　地域移行機能強化病棟入院料の施設基準 ト　当該病棟に専従の常勤の精神保健福祉士が一名以上配置されており、かつ、当該病棟に専任の常勤の精神保健福祉士が一名以上（入院患者数が四十を超える場合は二名以上）配置されていること。 （新設） チ～ル　（略）
(8)　当該病棟に１名以上の専従の常勤精神保健福祉士が配置されていること。	(8)　当該病棟に１名以上の専従の常勤精神保健福祉士及び１名以上の専任の常勤精神保健福祉士（入院患者の数が 40 を超える場合は２名以上）が配置されていること。ただし、当該病棟の入院患者の数が 40 を超える場合であって、身体合併症等を有する患者の退院支援業務のために必要な場合には、１名以上の専従の常勤精神保健福祉士、１名以上の専任の常勤精神保健福祉士及び１名以上の専任の常勤社会福祉士が配置されていればよいこと。
(9)　（略）	(9)　（略）
(10) 当該病棟の入院患者の退院に向けた相談支援業務等を行う者（以下この項において「退院支援相談員」という）を、当該病棟に入院した患者１人につき１人以上指定し、当該保険医療機関内に配置していること。また、退院支援相談員のうち１名以上（入院患者の数が 40 を超える場合は２名以上）は、当該病棟に専任の常勤の者であること。なお、	(10) 当該病棟の入院患者の退院に向けた相談支援業務等を行う者（以下「退院支援相談員」という）を、当該病棟に入院した患者１人につき１人以上指定し、当該保険医療機関内に配置していること。なお、退院支援相談員は、次のいずれかの者であること。

退院支援相談員は、次のいずれかの者であること。 ア　精神保健福祉士（当該病棟専従の者でも可） イ　保健師、看護師、准看護師、作業療法士、社会福祉士又は公認心理師として、精神障害者に関する業務に従事した経験を３年以上有する者 ※　(10)のイに係る見直しについては、精神療養病棟入院料についても同様。	ア　精神保健福祉士（当該病棟専従の者でも可） イ　保健師、看護師、准看護師、作業療法士又は社会福祉士として、精神障害者に関する業務に従事した経験を３年以上有する者

３．地域移行機能強化病棟入院料については、令和６年３月 31 日までに届け出ることとしているところ、令和12年３月31日までに延長する。

改　定　案	現　　行
【地域移行機能強化病棟入院料】 ［施設基準］ 第 21　地域移行機能強化病棟入院料 ３　届出に関する事項 　地域移行機能強化病棟入院料に係る届出は、別添７の様式９、様式20（作業療法等の経験を有する看護職員については、その旨を備考欄に記載すること。）及び様式 57 の４を用いること。作業療法士及び精神保健福祉士を看護配置に含める場合には、様式９の勤務実績表において、当該作業療法士及び当該精神保健福祉士を准看護師として記入すること。また、当該届出は令和 12 年３月 31 日までに限り行うことができるものであること。この場合において、病棟の勤務実績表で看護要員の職種が確認できる場合は、様式20の当該看護要員のみを省略することができること（作業療法等の経験を有する看護職員を除く。）。なお、重症者加算１について、精神療養病棟入院料の重症者加算１の届出を行っている場合は、地域移行機能強	【地域移行機能強化病棟入院料】 ［施設基準］ 第 21　地域移行機能強化病棟入院料 ３　届出に関する事項 　地域移行機能強化病棟入院料に係る届出は、別添７の様式９、様式20（作業療法等の経験を有する看護職員及び専任の社会福祉士（身体合併症等を有する患者の退院支援業務のために１名以上の専従の常勤精神保健福祉士及び 1 名以上の専任の常勤保健福祉士に加えて配置する場合に限る。）については、その旨を備考欄に記載すること。）及び様式 57 の４を用いること。作業療法士及び精神保健福祉士を看護配置に含める場合には、様式９の勤務実績表において、当該作業療法士及び当該精神保健福祉士を准看護師として記入すること。また、当該届出は令和６年３月 31 日までに限り行うことができるものであること。この場合において、病棟の勤務実績表で看護要員の職種が確認できる場合は、様式 20 の当該看護要

化病棟入院料の重症者加算１として特に地方厚生（支）局長に対して届出を行う必要はないこと。	員のみを省略することができること（作業療法等の経験を有する看護職員を除く。）。なお、重症者加算１について、精神療養病棟入院料の重症者加算１の届出を行っている場合は、地域移行機能強化病棟入院料の重症者加算１として特に地方厚生（支）局長に対して届出を行う必要はないこと。

③　精神科入退院支援加算の新設

第１　基本的な考え方

精神病床に入院する患者に対して、入院早期から実施する退院調整の効果を踏まえ、精神病床における入退院支援について新たな評価を行うとともに、既存の退院支援に係る評価について見直す。

第２　具体的な内容

１．精神病床に入院する患者に対して、入院早期から包括的支援マネジメントに基づく入退院支援を行った場合の評価を新設する。

（新）　精神科入退院支援加算（退院時１回）　●●点

［対象患者］

退院困難な要因を有する入院中の患者であって、在宅での療養を希望するもの

［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が、次に掲げる入退院支援のいずれかを行った場合に、退院時１回に限り、所定点数に加算する。ただし、区分番号Ａ１０３に掲げる精神病棟入院基本料の注７若しくは区分番号Ａ３１２に掲げる精神療養病棟入院料の注６に規定する精神保健福祉士配置加算、区分番号Ａ２３０－２に掲げる精神科地域移行実施加算又は区分番号Ｉ０１１に掲げる精神科退院指導料を算定する場合は、算定できない。

ア　退院困難な要因を有する入院中の患者であって、在宅での療養を希望するもの（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、精神科入退院支援加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)に対して入退院支援を行った場合

イ　連携する他の保険医療機関において当該加算を算定した患者（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、精神科入退院支援加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）の転院（１回の転院に限る。）を受け入れ、当該患者に対して入退院支援を行った場合

［施設基準］
（１）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。
（２）当該部門に入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の精神保健福祉士が配置されていること。
（３）当該部門に専従の看護師が配置されている場合にあっては専任の精神保健福祉士が、専従の精神保健福祉士が配置されている場合にあっては専任の看護師が配置されていること。
（４）各病棟に、入退院支援及び地域連携業務に専従として従事する専任の看護師又は精神保健福祉士が配置されていること。
（５）その他入退院支援等を行うにつき十分な体制が整備されていること。

２．精神科入退院支援加算の新設に伴い、精神科措置入院退院支援加算について評価を見直した上で当該加算の注加算として新設するとともに、精神科措置入院退院支援加算を廃止する。

改　定　案	現　　行
【精神科措置入院退院支援加算】 ［算定要件］ （削除）	【精神科措置入院退院支援加算】 ［算定要件］ 注　精神保健福祉法第29条又は第29条の２に規定する入院措置に係る患者（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、精神科措置入院退院支援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、都道府県、保健所を設置する市又は特別区と連携して退院に向けた支援を行った場合に、退院時１回に限り、所定点数に加算する。
【精神科入退院支援加算】 ［算定要件］ 注２　精神保健福祉法第29条又は第29条の２に規定する入院措置に係る患者について、都道府県、保健所を設置する市又は特別区と連携	【精神科入退院支援加算】 ［算定要件］ （新設）

して退院に向けた支援を行った場合に、精神科措置入院退院支援加算として、退院時１回に限り、●●点を更に所定点数に加算する。	

３．精神科入退院支援加算の新設を踏まえ、院内標準診療計画加算及び退院調整加算を廃止する。

改　定　案	現　　行
【精神科救急急性期医療入院料】 ［算定要件］ （削除） ※　精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料についても同様。	【精神科救急急性期医療入院料】 ［算定要件］ 注４　当該病棟に入院している、別に厚生労働大臣が定める状態にある患者に対して、入院した日から起算して７日以内に、当該保険医療機関の医師、看護師、精神保健福祉士等が共同して院内標準診療計画を作成し、当該患者が入院した日から起算して60日以内に当該計画に基づき退院した場合に、院内標準診療計画加算として、退院時１回に限り200点を所定点数に加算する。
【精神療養病棟入院料】 ［算定要件］ （削除） ※　認知症治療病棟入院料についても同様。	【精神療養病棟入院料】 ［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医療機関において、当該病棟に入院している患者について退院支援計画を作成し、退院支援部署による退院調整を行った場合は、退院調整加算として、退院時に500点を所定点数に加算する。

④　療養生活環境整備指導加算及び療養生活継続支援加算の見直し

第１　基本的な考え方

外来及び在宅患者に対する包括的支援マネジメントの実施を推進する観点から、療養生活環境整備指導加算及び療養生活継続支援加算について、要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

療養生活継続支援加算について、療養生活環境整備指導加算を統合するとともに、在宅精神療法を算定する患者に対しても算定可能とする。

改　定　案	現　　行
【通院・在宅精神療法】 ［算定要件］ （削除）	【通院・在宅精神療法】 ［算定要件］ 注８　１を算定する患者であって、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、直近の入院において、区分番号Ｂ０１５に掲げる精神科退院時共同指導料１を算定した患者に対して、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師又は精神保健福祉士が、療養生活環境を整備するための指導を行った場合に、療養生活環境整備指導加算として、初回算定日の属する月から起算して１年を限度として、月１回に限り 250 点を所定点数に加算する。
８　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重点的な支援を要する患者に対して、精	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を算定する患者であって、重点的な支

神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師又は精神保健福祉士が、当該患者が地域生活を継続するための面接及び関係機関との連絡調整を行った場合に、療養生活継続支援加算として、次に掲げる区分に従い、初回算定日の属する月から起算して１年を限度として、月１回に限り、いずれかを所定点数に加算する。 イ　直近の入院において、区分番号Ｂ０１５に掲げる精神科退院時共同指導料１を算定した患者の場合 ●●点 ロ　イ以外の患者の場合 ●●点	援を要するものに対して、精神科を担当する医師の指示の下、看護師又は精神保健福祉士が、当該患者が地域生活を継続するための面接及び関係機関との連絡調整を行った場合に、療養生活継続支援加算として、初回算定日の属する月から起算して１年を限度として、月１回に限り350点を所定点数に加算する。ただし、注８に規定する加算を算定した場合は、算定しない。
［施設基準］ （削除）	［施設基準］ 一の一の四　通院・在宅精神療法の注８に規定する施設基準 療養生活環境整備のための指導を行うにつき十分な体制が確保されていること。
一の一の五　通院・在宅精神療法の注８に規定する施設基準 療養生活を継続するための支援を行うにつき十分な体制が確保されていること。	一の一の五　通院・在宅精神療法の注９に規定する施設基準 療養生活を継続するための支援を行うにつき十分な体制が確保されていること。

⑤　通院・在宅精神療法の見直し及び早期診療体制充実加算の新設

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評価を見直すとともに、精神疾患の早期発見及び早期に重点的な診療等を実施する体制を有する医療機関が精神療法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

１．通院・在宅精神療法について、60 分以上の精神療法を行った場合及び 30 分未満の精神療法を行った場合の評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【通院・在宅精神療法（１回につき）】 １　通院精神療法 イ　（略） ロ　区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日において、60 分以上行った場合 (1) 精神保健指定医による場合 ●●点 (2) (1)以外の場合 ●●点 ハ　イ及びロ以外の場合 (1) 30 分以上の場合 （略） (2) 30 分未満の場合 ①　精神保健指定医による場合 ●●点 ②　①以外の場合 ●●点	【通院・在宅精神療法（１回につき）】 １　通院精神療法 イ　（略） ロ　区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日において、60 分以上行った場合 (1) 精神保健指定医による場合 560 点 (2) (1)以外の場合 540 点 ハ　イ及びロ以外の場合 (1) 30 分以上の場合 （略） (2) 30 分未満の場合 ①　精神保健指定医による場合 330 点 ②　①以外の場合 315 点
２　在宅精神療法 イ　（略） ロ　区分番号Ａ０００に掲げる初	２　在宅精神療法 イ　（略） ロ　区分番号Ａ０００に掲げる初

診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合 (1) 精神保健指定医による場合 ●●点 (2) (1)以外の場合 600点 ハ　イ及びロ以外の場合 (1) 60分以上の場合 ① 精神保健指定医による場合 ●●点 ② ①以外の場合 ●●点 (2) 30分以上60分未満の場合 （略） (3) 30分未満の場合 ① 精神保健指定医による場合 ●●点 ② ①以外の場合 ●●点	診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合 (1) 精神保健指定医による場合 620点 (2) (1)以外の場合 600点 ハ　イ及びロ以外の場合 (1) 60分以上の場合 ① 精神保健指定医による場合 550点 ② ①以外の場合 530点 (2) 30分以上60分未満の場合 （略） (3) 30分未満の場合 ① 精神保健指定医による場合 330点 ② ①以外の場合 315点

２．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を有する医療機関が精神療法を行った場合について、通院・在宅精神療法に加算を設ける。

改　定　案	現　　行
【通院・在宅精神療法】 ［算定要件］ 注11　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、通院・在宅精神療法を行った場合は、早期診療体制充実加算として、次に掲げる区分に従い、それぞれ所定点数に加算する。 イ　病院の場合 (1) 当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から●年以内の期間に行った場合 ●●点 (2) (1)以外の場合	【通院・在宅精神療法】 ［算定要件］ （新設）

●●点 ロ　診療所の場合 (1)　当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から●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。	［施設基準］ （新設）

⑥　児童思春期支援指導加算の新設

第１　基本的な考え方

児童･思春期の精神疾患患者に対する外来診療の充実を図る観点から、多職種が連携して患者の外来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

１．20 歳未満の患者に対して、多職種が連携して外来診療を実施した場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【通院・在宅精神療法】 ［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、20 歳未満の患者に対して、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師等が共同して必要な支援を行った場合は、児童思春期支援指導加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。ただし、イについては、１回に限り算定する。また、注３又は注４に規定する加算を算定した場合は、算定しない。 イ　●●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●●月以内の期間に行った場合に限る。） ●●点 ロ　イ以外の場合 (1)　当該保険医療機関の精神	【通院・在宅精神療法】 ［算定要件］ （新設）

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 ［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。	［施設基準］ （新設）

２．児童思春期支援指導加算の新設に伴い、20歳未満加算及び児童思春期精神科専門管理加算について、評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【通院・在宅精神療法】 ［算定要件］ 注３　20歳未満の患者に対して通院・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１年以内の期間に行った場合に限る。）は、●●点を所定点数に加算する。ただし、注４又は注10に規定する加算を算定した場合は、算定しない。 ４　特定機能病院若しくは区分番号Ａ３１１－４に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行った保険医療機関又は当該保険医療機関以外の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おいて、通院・在宅精神療法を行った場合は、児童思春期精神科専門管理加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。ただし、ロについては、１回に限り算定する。また、注３又は注10に規定	【通院・在宅精神療法】 ［算定要件］ 注３　20歳未満の患者に対して通院・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１年以内の期間に行った場合に限る。）は、350点を所定点数に加算する。ただし、注４に規定する加算を算定した場合は、算定しない。 ４　特定機能病院若しくは区分番号Ａ３１１－４に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行った保険医療機関又は当該保険医療機関以外の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おいて、通院・在宅精神療法を行った場合は、児童思春期精神科専門管理加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。ただし、ロについては、１回に限り算定する。

する加算を算定した場合は、算定しない。 イ・ロ　（略）	イ・ロ　（略）

⑦　心理支援加算の新設

第１　基本的な考え方

心的外傷に起因する症状を有する患者に対して適切な介入を推進する観点から、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ついて、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

心的外傷に起因する症状を有する患者に対して、精神科を担当する医師の指示を受けた公認心理師が心理支援を行った場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【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●●年を限度として、月●●回に限り●●点を所定点数に加算する。 ［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	【通院・在宅精神療法】 ［算定要件］ （新設） ［施設基準］ （新設）

⑧　精神科在宅患者支援管理料の見直し

第１　基本的な考え方

精神障害者の地域定着を推進する観点から、精神科在宅患者支援管理料について対象患者を見直す。

第２　具体的な内容

精神科在宅患者支援管理料の算定患者に、在宅医療の提供に係る一定の基準を満たす患者及び精神科地域包括ケア病棟入院料から退院した患者を追加する。

改　定　案	現　　行
【精神科在宅患者支援管理料】 ［算定要件］ ⑵　「１」のイ及び「２」のイについては、以下のア及びイに該当する患者又はウに該当する患者に対して、初回の算定日から起算して６月以内に限り、月１回に限り算定すること。 ア、イ　（略） ウ　平成 31～令和３年度厚生労働行政調査推進補助金障害者対策総合研究事業において「地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究」の研究班が作成した、別紙様式●に掲げる「在宅医療における包括的支援マネジメント導入基準」において、コア項目を●つ以上満たす者又は●点以上である者	【精神科在宅患者支援管理料】 ［算定要件］ ⑵　「１」のイ及び「２」のイについては、以下の全てに該当する患者に対して、初回の算定日から起算して６月以内に限り、月１回に限り算定すること。 ア、イ　（略） （新設）
⑶　「１」のロ及び「２」のロについては、（２）のア若しくはイに該当する患者又は以下のアからウまでの全て若しくはエに該当する患者に対して、初回の算定日から起算して６月以内に限り、月１回に限り算定すること。	⑶　「１」のロ及び「２」のロについては、（２）のア若しくはイに該当する患者又は以下の全てに該当する患者に対して、初回の算定日から起算して６月以内に限り、月１回に限り算定すること。

ア～ウ　（略） エ　過去●月以内に精神科地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟から退院した患者	ア～ウ　（略） （新規）

①　難病患者の治療に係る遠隔連携診療料の見直し

「Ⅱ－１－⑦」を参照のこと。

②　遺伝学的検査の見直し

「Ⅲ－２－③」を参照のこと。

【Ⅲ－５　生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進－①】

①　生活習慣病に係る医学管理料の見直し

「Ⅱ－５－①」を参照のこと。

【Ⅲ－５　生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進－②】

②　特定疾患処方管理加算の見直し

「Ⅱ－５－②」を参照のこと。

③　地域包括診療料等の見直し

「Ⅱ－５－③」を参照のこと。

【Ⅲ－５　生活習慣病の増加等に対応する効果的･効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進－④】

④　慢性腎臓病の透析予防指導管理の評価の新設

第１　基本的な考え方

慢性腎臓病に対する重症化予防を推進する観点から、慢性腎臓病患者に対して多職種連携による透析予防の管理を行うことについて、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

慢性腎臓病の患者に対して、透析予防診療チームを設置し、日本腎臓学会の「エビデンスに基づく CKD 診療ガイドライン」等に基づき、患者の病期分類、食塩制限及び蛋白制限等の食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を必要に応じて個別に実施した場合の評価を新設する。

（新）　慢性腎臓病透析予防指導管理料

１　初回の指導管理を行った日から起算して●●年以内の期間に行った場合　●●点

２　初回の指導管理を行った日から起算して●●年を超えた期間に行った場合　●●点

［対象患者］

入院中以外の慢性腎臓病の患者（糖尿病患者又は現に透析療法を行っている患者を除く。）であって、透析を要する状態となることを予防するために重点的な指導管理を要する患者

［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において、慢性腎臓病の患者（糖尿病患者又は現に透析療法を行っている患者を除き、別に厚生労働大臣が定める者に限る。）であって、医師が透析予防に関する指導の必要性があると認めた入院中の患者以外の患者に対して、当該保険医療機関の医師、看護師又は保健師及び管理栄養士等が共同して必要な指導を行った場合に、月●●回に限り算定する。

(2)　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Ｂ００１の 11 に掲げる集団栄養食事指導料は、所定点数に含まれるものとする。

(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、慢性腎臓病透析予防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、１又は２の所定点数に代えて、●●点又は●●点を算定する。

［施設基準］

（１）当該保険医療機関内に、以下から構成される慢性腎臓病透析予防診療チームが設置されていること。

ア 慢性腎臓病指導の経験を有する専任の医師

イ 慢性腎臓病指導の経験を有する専任の看護師又は保健師

ウ 慢性腎臓病指導の経験を有する専任の管理栄養士

（２）（１）のアに掲げる医師は、慢性腎臓病の予防指導に従事した経験を５年以上有する者であること。

（３）（１）のイに掲げる看護師は、慢性腎臓病の予防指導に従事した経験を３年以上有する者であること。

（４）（１）のイに掲げる保健師は、慢性腎臓病の予防指導に従事した経験を２年以上有する者であること。

（５）（１）のウに掲げる管理栄養士は、慢性腎臓病の栄養指導に従事した経験を３年以上有する者であること。

（６）（１）ア、イ及びウに掲げる慢性腎臓病透析予防診療チームに所属する者のいずれかは、慢性腎臓病の予防指導に係る適切な研修を修了した者であることが望ましいこと。

（７）（２）から（４）までに規定する医師、看護師又は保健師のうち、少なくとも１名以上は常勤であること。

（８）（２）から（５）までに規定する医師、看護師又は保健師及び管理栄養士のほか、薬剤師、理学療法士が配置されていることが望ましいこと。

（９）腎臓病教室を定期的に実施すること等により、腎臓病について患者及びその家族に対して説明が行われていること。ただし、当該教室は区分番号Ｂ００１「26」糖尿病透析予防指導管理料に規定する糖尿病教室の実施により代えることとしても差し支えない。ただし、腎臓病についての内容が含まれる場合に限る。

(10) 慢性腎臓病透析予防指導管理料を算定する場合は、様式を用いて、患者の人数、状態の変化等について、報告を行うこと。

(11) 慢性腎臓病透析予防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う場合に係る厚生労働大臣が定める施設基準

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。

⑤　薬学的なフォローアップに関する評価の見直し

「Ⅱ－７－⑦」を参照のこと。

①　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する観点から、周術期等口腔機能管理の在り方を見直す。

第２　具体的な内容

１．手術を行わない急性期脳梗塞患者等、集中治療室における治療が必要な患者を、周術期等口腔機能管理計画策定料の対象に追加するとともに、周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）について、放射線治療等を実施する患者の区分を見直す。

２．終末期の悪性腫瘍の患者等に対して周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）及び周術期等専門的口腔衛生処置を行う場合の算定回数制限を見直す。

改　定　案	現　　行
【周術期等口腔機能管理計画策定料】 ［算定要件］ 注１　がん等に係る手術又は放射線治療、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。	【周術期等口腔機能管理計画策定料】 ［算定要件］ 注１　がん等に係る手術又は放射線治療、化学療法若しくは緩和ケア（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。

【周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）】 ［算定要件］ 注１　がん等に係る放射線治療、化学療法、集中治療室における治療又は緩和ケア（以下「放射線治療等」という。）を実施する患者の口腔機能を管理するため、歯科診療を実施している保険医療機関において、区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注１に規定する管理計画に基づき、他の保険医療機関又は同一の保険医療機関に入院中の患者以外の患者であって、放射線治療等を実施するものに対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から月１回に限り算定する。 ２　区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から起算して●●月を超えて、注１に規定する管理を行った場合は、長期管理加算として●●点を所定点数に加算する。	【周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）】 ［算定要件］ 注１　がん等に係る放射線治療、化学療法又は緩和ケアを実施する患者（以下「放射線治療等を実施する患者」という。）の口腔機能を管理するため、歯科診療を実施している保険医療機関において、区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注１に規定する管理計画に基づき、他の保険医療機関又は同一の保険医療機関において放射線治療等を実施する患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から月１回に限り算定する。 （新設）
【周術期等口腔機能管理料（Ⅳ）】 ●●点 注１　放射線治療等を実施する患者の口腔機能を管理するため、区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注１に規定する管理計画に基づき、他の保険医療機関又は同一の保険医療機関に入院中の患者であって、放射線治療等を実	（新設）

施するものに対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から起算して●●月以内においては月●●回に限り、その他の月においては月●●回に限り算定する。	
２　区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から起算して●●月を超えて注１に規定する管理を行った場合は、長期管理加算として●●点を所定点数に加算する。	（新設）
３　周術期等口腔機能管理料(Ⅳ)を算定した月において、区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号Ｂ０００－４－３に掲げる口腔機能管理料、区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号Ｂ００４－６－２に掲げる歯科治療時医療管理料、区分番号Ｂ００６－３－２に掲げるがん治療連携指導料、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、Ｃ００１－４－２に掲げる在宅患者歯科治療時医療管理料及び区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。	（新設）
【周術期等専門的口腔衛生処置】 ［算定要件］ 注１　１について、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ｉ）又は区分番号Ｂ	【周術期等専門的口腔衛生処置】 ［算定要件］ 注１　１について、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ｉ）又は区分番号Ｂ

０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）を算定した患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）又は区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）を算定した日の属する月において、術前１回、術後１回に限り算定する。	０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）を算定した入院中の患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）又は区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）を算定した日の属する月において、術前１回、術後１回に限り算定する。
２　１について、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）又は区分番号Ｂ●●に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅳ）を算定した患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）又は区分番号Ｂ●●に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅳ）を算定した日の属する月において、月２回に限り算定する。	２　１について、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）を算定した患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）を算定した日の属する月において、月２回に限り算定する。
３　１について、注２の規定にかかわらず、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）又は周術期等口腔機能管理料（Ⅳ）を算定した緩和ケアを実施している患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）又は周術期等口腔機能管理料（Ⅳ）を算定した日の属する月において、月●●回に限り算定する。	（新設）
４　２については、区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注１に規	３　２については、区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注１に規

定する管理計画に基づき、口腔機能の管理を行っている患者（がん等に係る放射線治療又は化学療法を実施する患者に限る。）に対して、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が口腔粘膜に対する処置を行い、口腔粘膜保護材を使用した場合に、●●月に●●回に限り算定する。 ５・６　（略）	定する管理計画に基づき、口腔機能の管理を行っている患者（がん等に係る放射線治療又は化学療法を実施する患者に限る。）に対して、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が口腔粘膜に対する処置を行い、口腔粘膜保護材を使用した場合に、一連の周術期等口腔機能管理を通じて１回に限り算定する。 ４・５　（略）

②　回復期等の患者に対する口腔機能管理の推進

「Ⅱ－３－⑧」を参照のこと。

③　歯科疾患に対する周術期等口腔機能管理の見直し

第１　基本的な考え方

入院前から外来診療において歯科疾患について口腔管理を受けていて、当該疾患に係る予定された手術を行う患者に対する周術期等口腔機能管理について、対象患者及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

歯科疾患に係る予定された手術を行う患者に対する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料（Ⅰ）及び周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）の要件及び評価を見直す。

【周術期等口腔機能管理計画策定料】 ［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●●日を超えるものに限る。）又は放射線治療、化学療法若しくは緩和ケア（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、その内容について説明を行い、当該管理計画を文書により提供した場合に、当該手術等に係る一連の治療を通じて１回に限り算定する。 ２　歯科診療を実施している保険	【周術期等口腔機能管理計画策定料】 ［算定要件］ 注１　がん等に係る手術又は放射線治療、化学療法若しくは緩和ケア（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）

医療機関又は手術等を実施する保険医療機関において、区分番号Ｎ００１に掲げる顎口腔機能診断料を算定した患者に対して、顎離断等の手術に係る注１に規定する管理計画を策定した場合（当該顎離断等の手術に当たって、全身的な管理が必要な患者に対して、当該管理計画を策定した場合を除く。）は、所定点数の100分の●●に相当する点数により算定する。	
【周術期等口腔機能管理料（Ｉ）】 ［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●●日を超えるものに限る。）を実施する患者の周術期における口腔機能の管理を行うため、歯科診療を実施している保険医療機関において、区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注１に規定する管理計画に基づき、当該手術を実施する他の病院である保険医療機関に入院中の患者又は他の病院である保険医療機関若しくは同一の病院である保険医療機関に入院中の患者以外の患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、かつ、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、手術前は１回に限り、手術後は手術を行った日の属する月から起算して３月以内において３回に限り算定する。ただし、区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注２に規定する場合に策定した管理計画等に基づき、歯科医師が口腔機能の	【周術期等口腔機能管理料（Ｉ）】 ［算定要件］ 注１　がん等に係る手術を実施する患者の周術期における口腔機能の管理を行うため、歯科診療を実施している保険医療機関において、区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注１に規定する管理計画に基づき、当該手術を実施する他の病院である保険医療機関に入院中の患者又は他の病院である保険医療機関若しくは同一の病院である保険医療機関に入院中の患者以外の患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、かつ、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、手術前は１回に限り、手術後は手術を行った日の属する月から起算して３月以内において３回に限り算定する。

管理等を行う場合は、算定できない。 【周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）】 ［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●●日を超えるものに限る。）を実施する患者の周術期における口腔機能の管理を行うため、歯科診療を実施している病院である保険医療機関において、区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注１に規定する管理計画に基づき、当該手術を実施する同一の保険医療機関に入院中の患者に対して、当該保険医療機関に属する歯科医師が口腔機能の管理を行い、かつ、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、手術前は１回に限り、手術後は手術を行った日の属する月から起算して３月以内において、月２回に限り算定する。	【周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）】 ［算定要件］ 注１　がん等に係る手術を実施する患者の周術期における口腔機能の管理を行うため、歯科診療を実施している保険医療機関において、区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注１に規定する管理計画に基づき、当該手術を実施する同一の保険医療機関に入院中の患者に対して、当該保険医療機関に属する歯科医師が口腔機能の管理を行い、かつ、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、手術前は１回に限り、手術後は手術を行った日の属する月から起算して３月以内において月２回に限り算定する。

④　医歯薬連携の推進

第１　基本的な考え方

医歯薬連携を推進する観点から、医科からの依頼に基づく歯科診療情報の提供や患者の服薬状況等に関する歯科医療機関と薬局との情報連携・共有が可能となるよう、診療情報連携共有料について名称及び要件を見直す。

第２　具体的な内容

診療情報連携共有料について、名称を変更するとともに、保険薬局に対して情報提供を求めた場合及び医科医療機関からの依頼に基づく情報提供を行った場合にも算定可能とする。

改　定　案	現　　行
【診療情報等連携共有料】 ［算定要件］ １　診療情報等連携共有料１　●●点 ２　診療情報等連携共有料２　●●点 注１　１については、歯科診療を行うに当たり全身的な管理が必要な患者に対し、当該患者の同意を得て、別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）で行った検査の結果若しくは投薬内容等の診療情報又は保険薬局が有する服用薬の情報等（以下この区分番号において「診療情報等」という。）について、当該別の保険医療機関又は保険薬局に文書等により提供を求めた場合に、当該別の保険医療機関又は保険薬局ごとに患者１人につき、診療情報等の提供を求めた日の属する月から起算して３月に１回に限り算定する。 ２　２については、別の保険医療	【診療情報連携共有料】 ［算定要件］ 診療情報連携共有料　120点 注１　歯科診療を行うに当たり全身的な管理が必要な患者に対し、当該患者の同意を得て、別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）で行った検査の結果、投薬内容等の診療情報について、当該別の保険医療機関に文書により提供を求めた場合に保険医療機関ごとに患者１人につき、診療情報の提供を求めた日の属する月から起算して３月に１回に限り算定する。 （新設）

機関（歯科診療を行うものを除く。）からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療情報を文書により提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者１人につき、診療情報を提供した日の属する月から起算して●月に●回に限り算定する。 ３　１及び２について、区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料（Ｉ）（同一の保険医療機関に対して紹介を行った場合に限る。）を算定した月は、別に算定できない。 ４　２について、区分番号Ｂ０１１－２に掲げる連携強化診療情報提供料（同一の保険医療機関に対して文書を提供した場合に限る。）を算定した月は、別に算定できない。	２　区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料（Ｉ）（同一の保険医療機関に対して紹介を行った場合に限る。）を算定した月は、別に算定できない。 （新設）

⑤　ライフステージに応じた口腔機能管理の推進

第１　基本的な考え方

ライフステージに応じた口腔機能管理を推進する観点から、口腔機能管理料及び小児口腔機能管理料について、指導訓練が実施されるようになってきた診療実態を踏まえて、評価の在り方を見直すとともに、指導訓練に係る評価を新設する。

第２　具体的な内容

１．小児口腔機能管理料及び口腔機能管理料について、指導訓練が実施されるようになってきた診療実態を踏まえて、要件及び評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【小児口腔機能管理料】 ●●点 ［算定要件］ 注１　区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であって、口腔機能の発達不全を有する18歳未満の児童に対して、口腔機能の獲得を目的として、当該患者等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、当該管理計画に基づき、口腔機能の管理を行った場合に、月１回に限り算定する。	【小児口腔機能管理料】 100点 ［算定要件］ 注１　区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であって、口腔機能の発達不全を有する18歳未満の児童に対して、口腔機能の獲得を目的として、当該患者等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、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。
【口腔機能管理料】 ●●点 ［算定要件］ 注１　区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であ	【口腔機能管理料】 100点 ［算定要件］ 注１　区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であ

って、口腔機能の低下を来しているものに対して、口腔機能の回復又は維持を目的として、当該患者等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、当該管理計画に基づき、口腔機能の管理を行った場合に、月１回に限り算定する。	って、口腔機能の低下を来しているものに対して、口腔機能の回復又は維持を目的として、当該患者等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り算定する。

２．口腔機能発達不全症の患者及び口腔機能低下症の患者に対して、口腔機能の獲得や、口腔機能の回復又は維持を目的として指導訓練を実施した場合の評価を新設する。

（新）　歯科口腔リハビリテーション料３（１口腔につき）

１　口腔機能の発達不全を有する 18 歳未満の患者の場合　●●点

２　口腔機能の低下を来している患者の場合　●●点

［算定要件］

（１）１については、区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料を算定する患者に対して、口腔機能の獲得を目的として、療養上必要な指導及び訓練を行った場合に、月●回に限り算定する。

（２）２については、区分番号Ｂ０００－４－３に掲げる口腔機能管理料を算定する患者に対して、口腔機能の回復又は維持を目的として、療養上必要な指導及び訓練を行った場合に、月●回に限り算定する。

（３）区分番号Ｈ００１に掲げる摂食機能療法を算定した日は、歯科口腔リハビリテーション料３は算定できない。

⑥　客観的な評価に基づく歯科医療や口腔機能管理の推進

第１　基本的な考え方

客観的な評価に基づく歯科医療や口腔機能管理を推進する観点から、口腔機能の評価に関する検査について、要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．咀嚼能力検査及び咬合圧検査の算定対象となる患者に、顎変形症に係る手術を実施する患者を追加する。

２．口腔機能低下症の診断を目的とする患者又は口腔機能低下症の患者に咀嚼能力検査又は咬合圧検査を行う場合について、要件を見直す。

改　定　案	現　　行
【咀嚼能力検査（１回につき）】 １　咀嚼能力検査１　●●点 ２　咀嚼能力検査２　●●点	【咀嚼能力検査（１回につき）】 140点
［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、●●月に１回に限り算定する。	［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、咀嚼能力測定を行った場合に６月に１回に限り算定する。
２　２について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、顎変形症に係る手術を実施する患者に対して、咀嚼能力測定を行った場合は、手術前は●	（新設）

●回に限り、手術後は●●月に１回に限り算定する。 ３　（略） ４　当該検査を算定した月から起算して●●月以内（顎変形症に係る手術後の患者にあっては、●●月以内）に行う区分番号Ｄ０１１－３に掲げる咬合圧検査は、別に算定できない。 ５　１及び２は同時に算定できない。	 ２　（略） ３　当該検査を算定した月から起算して６月以内に行う区分番号Ｄ０１１－３に掲げる咬合圧検査は、別に算定できない。 （新設）
【咬合圧検査（１回につき）】 １　咬合圧検査１　●●点 ２　咬合圧検査２　●●点 ［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、●●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●●回に限り、手術後は●●月に１回に限り算定する。 ３　（略） ４　当該検査を算定した月から起算して●●月以内（顎変形症に係る手術後の患者にあっては、●●月以内）に行う区分番号Ｄ０１１－２に掲げる咀嚼能力検査は、別に算定できない。 ５　１及び２は同時に算定できない。	【咬合圧検査（１回につき）】 130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、咬合圧測定を行った場合に、６月に１回に限り算定する。 （新設） ２　（略） ３　当該検査を算定した月から起算して６月以内に行う区分番号Ｄ０１１－２に掲げる咀嚼能力検査は、別に算定できない。 （新設）

⑦　認知症患者に対するかかりつけ歯科医と医師等との連携による歯科医療の推進

「Ⅲ－４－４－④」を参照のこと。

⑧　かかりつけ歯科医と学校関係者等の連携の促進

第１　基本的な考え方

医療的ケア児が安心して安全に学校等に通うことができるよう、かかりつけ歯科医と学校関係者等の連携を促進する観点から、診療情報提供料（Ⅰ）の情報提供先を見直す。

第２　具体的な内容

診療情報提供料（Ⅰ）の情報提供先に学校歯科医等を追加する。

改　定　案	現　　行
【診療情報提供料（Ⅰ）】 ［算定要件］ 注９　保険医療機関が、児童福祉法第６条の２第３項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者及び同法第56条の６第２項に規定する障害児である患者について、当該患者又はその家族の同意を得て、当該患者が通園又は通学する児童福祉法第39条第１項に規定する保育所又は学校教育法第１条に規定する学校（大学を除く。）等の学校歯科医等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活等を送るに当たり必要な情報を提供した場合に、患者１人につき月●●回に限り算定する。	【診療情報提供料（Ⅰ）】 ［算定要件］ （新設）

⑨　歯科治療環境への適応が困難な患者に対する評価の見直し

第１　基本的な考え方

強度行動障害を含む歯科治療環境への適応が困難な患者の歯科診療時に特別な対応が必要な患者に対して、歯科治療環境への円滑な導入を支援するとともに、患者の状態に応じた評価となるよう、歯科診療特別対応加算及び初診時歯科診療導入加算の名称及び要件を見直す。

第２　具体的な内容

歯科診療特別対応加算の算定対象に、強度行動障害の患者等を追加する。

改　定　案	現　　行
【歯科診療特別対応加算１（初診料）】 【歯科診療特別対応加算２（初診料）】 ［算定要件］ (14) 歯科診療特別対応加算 「注６」の「著しく歯科診療が困難な者」とは、次に掲げる状態又はこれらに準ずる状態をいう。なお、歯科診療特別対応加算１又は歯科診療特別対応加算２を算定した場合は、当該加算を算定した日の患者の状態を診療録に記載する。 イ～ニ　（略） 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 ※　再診料及び歯科訪問診療料についても同様。	【歯科診療特別対応加算（初診料）】 【初診時歯科診療導入加算（初診料）】 ［算定要件］ (14) 歯科診療特別対応加算 「注６」の「著しく歯科診療が困難な者」とは、次に掲げる状態又はこれらに準ずる状態をいう。なお、歯科診療特別対応加算を算定した場合は、当該加算を算定した日の患者の状態を診療録に記載する。 イ～ニ　（略） （新設）

⑩　う蝕の重症化予防の推進

第１　基本的な考え方

う蝕の重症化予防を推進する観点から、フッ化物歯面塗布処置等の見直しを行う。

第２　具体的な内容

１．フッ化物歯面塗布処置について、う蝕多発傾向者に、歯科訪問診療を行う患者を追加する。

２．フッ化物歯面塗布処置について、初期の根面う蝕に罹患している患者及びエナメル質初期う蝕に罹患している患者に対して実施する場合の評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【フッ化物歯面塗布処置】 ［算定要件］ １　う蝕多発傾向者の場合　110点 ２　初期の根面う蝕に罹患している患者の場合　●●点 ３　エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合　●●点 ［算定要件］ 注１　１については、区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料又は区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定したう蝕多発傾向者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に、月１回に限り算定する。ただし、２回目以降の	【フッ化物歯面塗布処置】 ［算定要件］ １　う蝕多発傾向者の場合　110点 ２　初期の根面う蝕に罹患している患者の場合　110点 ３　エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合　130点 ［算定要件］ 注１　１については、区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定したう蝕多発傾向者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に、月１回に限り算定する。ただし、２回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、前回実施

フッ化物歯面塗布処置の算定は、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った場合に限り、月１回に限り算定する。	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った場合に限り、月１回に限り算定する。
２　２については、区分番号Ｂ●●に掲げる根面う蝕管理料を算定した患者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に、月１回に限り算定する。ただし、２回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、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った場合に限り、月１回に限り算定する。	２　２については、区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定し、初期の根面う蝕に罹患している在宅等で療養を行う患者又は区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料（注10に規定するエナメル質初期う蝕管理加算を算定した場合を除く。）を算定し、初期の根面う蝕に罹患している65歳以上の患者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に、月１回に限り算定する。ただし、２回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、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った場合に限り、月１回に限り算定する。
３　３については、区分番号Ｂ●●に掲げるエナメル質初期う蝕管理料を算定した患者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に月１回に限り算定する。ただし、２回目以降のフッ化物歯面塗布処置（エナメル質初期う蝕管理料の注●に規定する加算を算定する患者に対して実施する場合を除く。）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った場合に限り、月１回に限り算定する。	３　３については、区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料（注10に規定するエナメル質初期う蝕管理加算を算定した場合を除く。）を算定したエナメル質初期う蝕に罹患している患者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に月１回に限り算定する。ただし、２回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、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った場合に限り、月１回に限り算定する。

３．65 歳以上の初期の根面う蝕に対する非切削による管理及びエナメル質初期う蝕の管理に対する評価を新設し、歯科疾患管理料のエナメル質初期う蝕管理加算を削除するとともに、機械的歯面清掃処置の算定頻度を見直す。

（新）　エナメル質初期う蝕管理料　●●点

［算定要件］

（１）区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であって、エナメル質初期う蝕に罹患しているものに対して、当該う蝕の評価に基づく管理計画を作成するとともに、その内容について説明を行い、当該う蝕の管理を行う場合に、月●●回に限り算定する。

（２）区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料の注３に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関が当該管理を行う場合は、口腔管理体制強化加算として、●●点を所定点数に加算する。

（新）　根面う蝕管理料　●●点

［算定要件］

（１）区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料若しくは区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者（65 歳以上のものに限る。）又は区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者であって、初期の根面う蝕に罹患しているものに対して、当該う蝕の評価に基づく管理計画を作成するとともに、その内容について説明を行い、非切削による当該う蝕の管理を行う場合に、月●●回に限り算定する。

（２）区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料の注３に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関が当該管理を行う場合は、口腔管理体制強化加算として、●●点を所定点数に加算する。

改　定　案	現　　行
【機械的歯面清掃処置】 ［算定要件］ 注１　区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、区分番号Ｂ	【機械的歯面清掃処置】 ［算定要件］ 注１　区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、区分番号Ｂ

００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料又は区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定した患者のうち、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、歯科疾患の管理を行っているもの（区分番号Ｉ０２９に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置、区分番号Ｉ●●に掲げる回復期等専門的口腔衛生処置、区分番号Ｃ００１に掲げる訪問歯科衛生指導料又は区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料を算定しているものを除く。）に対して機械的歯面清掃を行った場合は、２月に１回に限り算定する。ただし、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注６、区分番号Ａ００２に掲げる再診料の注４若しくは区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料の注６に規定する加算を算定する患者、区分番号Ｂ●●に掲げる根面う蝕管理料の注●に規定する加算を算定する患者であって特に機械的歯面清掃が必要と認められる患者、区分番号Ｂ●●に掲げるエナメル質初期う蝕管理料の注●に規定する加算を算定する患者、妊婦又は他の保険医療機関（歯科診療を行う保険医療機関を除く。）から文書による診療情報の提供を受けた糖尿病患者については月１回に限り算定する。	００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料又は区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定した患者のうち、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、歯科疾患の管理を行っているもの（区分番号Ｉ０２９に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置、区分番号Ｃ００１に掲げる訪問歯科衛生指導料又は区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料を算定しているものを除く。）に対して機械的歯面清掃を行った場合は、２月に１回に限り算定する。ただし、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注６、区分番号Ａ００２に掲げる再診料の注４若しくは区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料の注６に規定する加算を算定する患者、妊婦又は他の保険医療機関（歯科診療を行う保険医療機関を除く。）から文書による診療情報の提供を受けた糖尿病患者については月１回に限り算定する。

⑪　歯周病の重症化予防の推進

第１　基本的な考え方

歯周病の重症化予防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見直しを行う。

第２　具体的な内容

１. 糖尿病患者に対して歯周病安定期治療を行う場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【歯周病安定期治療】 ［算定要件］ 注４　歯周病の重症化するおそれのある患者に対して歯周病安定期治療を実施した場合は、歯周病ハイリスク患者加算として、●●点を所定点数に加算する。	【歯周病安定期治療】 ［算定要件］ （新設）

２. 歯周病重症化予防治療について、歯周病安定期治療を行っている患者が、再評価の結果に基づき歯周病重症化予防治療に移行する場合には、２回目以降の実施であっても、初回実施の翌月から月１回算定可能とする。

改　定　案	現　　行
【歯周病重症化予防治療】 ［算定要件］ 注２　２回目以降の歯周病重症化予防治療の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して２月を経過した日以降に行う。ただし、区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料の注３に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関において、区分番号	【歯周病重症化予防治療】 ［算定要件］ 注２　２回目以降の歯周病重症化予防治療の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して２月を経過した日以降に行う。

Ｉ０１１－２に掲げる歯周病安定期治療を算定した患者について、一連の治療終了後の再評価の結果に基づき、当該患者に対して、歯周病重症化予防治療を開始した場合は、この限りでない。	

⑫　歯科衛生士による実地指導の推進

第１　基本的な考え方

歯科衛生士による実地指導を推進する観点から、歯科衛生士が口腔機能に関する指導を実施した場合について、新たに評価を行う。

第２　具体的な内容

歯科衛生実地指導料について、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が口腔機能に係る指導を行った場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【歯科衛生実地指導料】 ［算定要件］ 注３　１及び２について、口腔機能の発達不全を有する患者又は口腔機能の低下を来している患者に対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、注１及び注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、●●点を所定点数に加算する。	【歯科衛生実地指導料】 ［算定要件］ （新設）

⑬　情報通信機器を用いた歯科診療に係る評価の新設

「Ⅱ－１－⑪」を参照のこと。

⑭　歯科遠隔連携診療料の新設

「Ⅱ－１－⑫」を参照のこと。

⑮　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、実態に合わせた見直しを行うとともに、歯科医療の推進に資する技術については、医療技術評価分科会等における検討を踏まえつつ、口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応及び生活の質に配慮した歯科医療の推進の観点から適切な評価を行う。

第２　具体的な内容

１．小児の外傷歯に対して用いる、歯・歯列の保護を目的とした口腔内装置の製作を評価する。

改　定　案	現　　行
【口腔内装置（１装置につき）】 ［算定要件］ 注　顎関節治療用装置、歯ぎしりに対する口腔内装置、口腔粘膜等の保護のための口腔内装置、外傷歯の保護のための口腔内装置又はその他口腔内装置を製作した場合に当該製作方法に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。	【口腔内装置（１装置につき）】 ［算定要件］ 注　顎関節治療用装置、歯ぎしりに対する口腔内装置又はその他口腔内装置を製作した場合に当該製作方法に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

２．舌接触補助床の算定対象となる患者に、舌の筋力や運動機能の低下等がみられる口腔機能低下症の患者を追加する。

改　定　案	現　　行
【舌接触補助床（１装置につき）】 ［算定要件］ (1) 舌接触補助床とは、脳血管疾患、口腔腫瘍又は口腔機能低下症等の患者であって、当該疾患による摂食機能障害又は発音・構音障害を有するものに対して、舌接触状態等を変化させて摂食・嚥下機能の改善を目的とするために装着する床又は有床義歯形態の補助床	【舌接触補助床（１装置につき）】 ［算定要件］ (1) 舌接触補助床とは、脳血管疾患や口腔腫瘍等による摂食機能障害を有する患者に対して、舌接触状態等を変化させて摂食・嚥下機能の改善を目的とするために装着する床又は有床義歯形態の補助床をいう。なお、「２　旧義歯を用いた場合」とは、既に製作している

をいう。口腔機能低下症の患者については、関係学会の診断基準により口腔機能低下症と診断されている患者のうち、低舌圧（区分番号Ｄ０１２に掲げる舌圧検査を算定した患者に限る。）に該当するものに対して行った場合に算定できる。	有床義歯の形態修正等を行った場合をいう。
(2) 「２　旧義歯を用いた場合」とは、既に製作している有床義歯の形態修正等を行って製作した場合をいう。	（新設）
(3)・(4)　（略）	(2)・(3)　（略）

３.口腔細菌定量検査の算定対象となる患者に、入院中の患者を加える。

改　定　案	現　　行
【口腔細菌定量検査（１回につき）】 ［算定要件］ (1)　（略） (2) 当該検査は、次のいずれかに該当する患者に対して口腔バイオフィルム感染症の診断を目的として実施した場合に算定できる。 イ　（略） ロ　イ又はハ以外の患者であって、入院中のもの ハ　（略）	【口腔細菌定量検査（１回につき）】 ［算定要件］ (1)　（略） (2) 当該検査は、次のいずれかに該当する患者に対して口腔バイオフィルム感染症の診断を目的として実施した場合に算定できる。 イ　（略） （新設） ロ　（略）

４．非経口摂取患者口腔粘膜処置の算定対象となる患者に、経口摂取は可能であるが、ごく少量に限られる患者を加える。

改　定　案	現　　行
【非経口摂取患者口腔粘膜処置（１口腔につき）】 ［算定要件］ (1)　（略） (2) 当該処置の対象患者は、経管栄養等を必要とする、経口摂取が困難又は可能であってもわずかであり、患者自身による口腔清掃が困難な療養中の患者であって、口腔	【非経口摂取患者口腔粘膜処置（１口腔につき）】 ［算定要件］ (1)　（略） (2) 当該処置の対象患者は、経管栄養等を必要とする、経口摂取及び患者自身による口腔清掃が困難な療養中の患者であって、口腔内に剥離上皮膜の形成を伴うものをい

内に剥離上皮膜の形成を伴うものをいう。 (3)　(略)	う。 (3)　(略)

５．口腔バイオフィルム感染症の患者に対して、口腔バイオフィルムの除去を行った場合の評価を新設するとともに、歯周基本治療の評価対象を見直す。

（新）　口腔バイオフィルム除去処置　●●点

［算定要件］

（１）口腔バイオフィルムの除去が必要な患者に対して、歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が口腔バイオフィルムの除去を行った場合に、月●●回に限り算定する。

（２）口腔バイオフィルム除去処置を算定した月において、区分番号Ｉ０１０に掲げる歯周病処置、区分番号Ｉ０１１に掲げる歯周基本治療、区分番号Ｉ０１１－２に掲げる歯周病安定期治療、区分番号Ｉ０１１－２－３に掲げる歯周病重症化予防治療、区分番号Ｉ０２９に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置、区分番号Ｉ０２９－２に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、区分番号Ｉ０３０に掲げる機械的歯面清掃処置、Ｉ０３０－２に掲げる非経口摂取患者口腔粘膜処置及び区分番号Ｉ●●に掲げる回復期等専門的口腔衛生処置は別に算定できない。

改　定　案	現　　行
【歯周基本治療】 ［算定要件］ （削除）	【歯周基本治療】 ［算定要件］ 注６　区分番号Ｄ００２－６に掲げる口腔細菌定量検査に基づく歯周基本治療については、１により算定する。

６．口腔リンパ管腫局所注入等の医科点数表において評価されている処置について、診療実態を踏まえて歯科点数表においても評価するとともに、第８部処置に薬剤料の節を新設する。

（新）　口腔リンパ管腫局所注入　●●点

［算定要件］

６歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、●●点を加算する。

（新）　摘便　●●点

（新）　ハイフローセラピー（１日につき）
　１　15 歳未満の患者の場合　●●点
　２　15 歳以上の患者の場合　●●点

（新）　経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法　●●点

［算定要件］
　区分番号Ｉ００９－２に掲げる創傷処置、区分番号Ｊ０８４に掲げる創傷処理の費用は所定点数に含まれるものとする。

（新）　留置カテーテル設置　●●点

（新）　超音波ネブライザ（１日につき）　●●点

改　定　案	現　　行
【処置】 薬剤料 　薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき１点未満の端数を切り上げて得た点数に１点を加算して得た点数とする。	（新設）

７．歯冠補綴物及び欠損補綴物の製作にあたり、ICT の活用を含め歯科医師と歯科技工士が連携して色調採得等を行った場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行

【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、区分番号Ｍ０１１に掲げるレジン前装金属冠、区分番号Ｍ０１１－２に掲げるレジン前装チタン冠又は区分番号Ｍ０１５－２に掲げるＣＡＤ／ＣＡＭ冠を製作することを目的として、前歯部の印象採得を行うに当たって、歯科医師が歯科技工士とともに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、●●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、区分番号Ｍ０１１に掲げるレジン前装金属冠、区分番号Ｍ０１１－２に掲げるレジン前装チタン冠又は区分番号Ｍ０１５－２に掲げるＣＡＤ／ＣＡＭ冠を製作することを目的として、前歯部の印象採得を行うに当たって、歯科医師が歯科技工士とともに情報通信機器を用いて色調採得及び口腔内の確認等を行い、当該補綴物の製作に活用した場合には、歯科技工士連携加算２として、●●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	【印象採得】 ［算定要件］ （新設） （新設）

ても、歯科技工士連携加算２は１回として算定する。	
３　注１に規定する加算を算定した場合には、当該補綴物について、注２に規定する加算並びに区分番号Ｍ００６に掲げる咬合採得の注１及び注２並びに区分番号Ｍ００７に掲げる仮床試適の注１及び注２に規定する歯科技工士連携加算１及び歯科技工士連携加算２は別に算定できない。	（新設）
４　注２に規定する加算を算定した場合には、当該補綴物について、注１に規定する加算並びに区分番号Ｍ００６に掲げる咬合採得の注１及び注２並びに区分番号Ｍ００７に掲げる仮床試適の注１及び注２に規定する歯科技工士連携加算１及び歯科技工士連携加算２は別に算定できない。	（新設）
５　（略）	注　（略）
【咬合採得】 ［算定要件］	【咬合採得】 ［算定要件］
注１　２のイ（２）並びにロ（２）及び（３）について、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、ブリッジ又は有床義歯を製作することを目的として、咬合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咬合状態の確認等を行い、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、●●点を所定点数に加算する。	（新設）
２　２のイ（２）及びロ（２）（３）について、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	（新設）

届け出た保険医療機関において、ブリッジ又は有床義歯を製作することを目的として、咬合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咬合状態の確認等を行い、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、●●点を所定点数に加算する。	
３　注１に規定する加算を算定した場合には、当該補綴物について、注２に規定する加算並びに区分番号Ｍ００３に掲げる印象採得の注１及び注２並びに区分番号Ｍ００７に掲げる仮床試適の注１及び注２に規定する歯科技工士連携加算１及び歯科技工士連携加算２は別に算定できない。	（新設）
４　注２に規定する加算を算定した場合には、当該補綴物について、注１に規定する加算並びに区分番号Ｍ００３に掲げる印象採得の注１及び注２並びに区分番号Ｍ００７に掲げる仮床試適の注１及び注２に規定する歯科技工士連携加算１及び歯科技工士連携加算２は別に算定できない。	（新設）
５　（略）	注　（略）
【仮床試適】 ［算定要件］ 注１　２及び３について、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、有床義歯等を製作することを目的として、仮床試適を行うに当たって、歯科医師が歯科技工士とともに対面で床の適合状況の確認等を行い、当該補綴物の製作に活用した場合には、	【仮床試適】 ［算定要件］ （新設）

歯科技工士連携加算１として、●●点を所定点数に加算する。	
２　２及び３について、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、有床義歯等を製作することを目的として、仮床試適を行うに当たって、歯科医師が歯科技工士とともに情報通信機器を用いて床の適合状況の確認等を行い、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、●●点を所定点数に加算する。	（新設）
３　注１に規定する加算を算定した場合には、当該補綴物について、注２に規定する加算並びに区分番号Ｍ００３に掲げる印象採得の注１及び注２並びに区分番号Ｍ００６に掲げる咬合採得の注１及び注２に規定する歯科技工士連携加算１及び歯科技工士連携加算２は別に算定できない。	（新設）
４　注２に規定する加算を算定した場合には、当該補綴物について、注１に規定する加算並びに区分番号Ｍ００３に掲げる印象採得の注１及び注２並びに区分番号Ｍ００６に掲げる咬合採得の注１及び注２に規定する歯科技工士連携加算１及び歯科技工士連携加算２は別に算定できない。	（新設）
５　（略）	注　（略）
【印象採得】 ［施設基準］ 一の二の二　印象採得、咬合採得及び仮床試適の歯科技工士連携加算１及び歯科技工士連携加算２の施設基準 (1) 歯科技工士連携加算１の施設基	【印象採得】 ［施設基準］ （新設）

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。 (2)歯科技工士連携加算２の施設基準 イ　歯科技工士を配置していること又は他の歯科技工所との連携が確保されていること。 ロ　情報通信機器を用いた歯科診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。 ※　咬合採得及び仮床試適についても同様。	

８．大臼歯ＣＡＤ/ＣＡＭ冠について、要件を見直す。

改　定　案	現　　行
【ＣＡＤ／ＣＡＭ冠（１歯につき）】 ［算定要件］ (1)　（略） (2)　ＣＡＤ／ＣＡＭ冠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　大臼歯にＣＡＤ／ＣＡＭ冠用材料（Ⅴ）を使用する場合 ハ　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 　なお、ハの場合は、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。以下、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をいう。 ①　当該ＣＡＤ／ＣＡＭ冠を装着する部位と同側に大臼歯に	【ＣＡＤ／ＣＡＭ冠（１歯につき）】 ［算定要件］ (1)　（略） (2)　ＣＡＤ／ＣＡＭ冠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 （新設） ロ　上下顎両側の第二大臼歯が全て残存し、左右の咬合支持がある患者に対し、過度な咬合圧が加わらない場合等において、ＣＡＤ／ＣＡＭ冠用材料（Ⅲ）を第一大臼歯に使用する場合

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冠を装着する部位の同側に大臼歯による咬合支持がなく、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がある場合 ニ・ホ　（略） (3)～(5)　（略） （削除） 【装着】 ［算定要件］ (6)「注１」の内面処理加算１とは、ＣＡＤ／ＣＡＭ冠、ＣＡＤ／ＣＡＭインレー又は高強度硬質レジンブリッジを装着する際に、歯質に対する接着力を向上させるために行うアルミナ・サンドブラスト処理及びプライマー処理等をいう。なお、当該処理に係る保険医療材料等の費用は、所定点数に含まれる。 (7)　（略） (8)「注１」の内面処理加算１又は「注２」の内面処理加算２を算定する場合は、接着性レジンセメントを用いて装着すること。	ハ・ニ　（略） (3)～(5)　（略） (6) ＣＡＤ／ＣＡＭ冠用材料（Ｖ）を使用したＣＡＤ／ＣＡＭ冠を装着する場合、歯質に対する接着力を向上させるためにサンドブラスト処理及びプライマー処理を行い接着性レジンセメントを用いて装着すること。 【装着】 ［算定要件］ (6)「注１」の内面処理加算１とは、ＣＡＤ／ＣＡＭ冠、ＣＡＤ／ＣＡＭインレー又は高強度硬質レジンブリッジを装着する際に、歯質に対する接着力を向上させるために行うアルミナ・サンドブラスト処理及びシランカップリング処理等をいう。なお、当該処理に係る保険医療材料等の費用は、所定点数に含まれる。 (7)　（略） （新設）

９．クラウン・ブリッジ維持管理料について、対象となる歯冠補綴物を見直す。

改　定　案	現　　行
【クラウン・ブリッジ維持管理料	【クラウン・ブリッジ維持管理料

（１装置につき）】 ［算定要件］ 注１　クラウン・ブリッジ維持管理料を保険医療機関単位で算定する旨を地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯冠補綴物（区分番号Ｍ０１０の２に掲げる４分の３冠（前歯）、区分番号Ｍ０１０の３に掲げる５分の４冠（小臼歯）、区分番号Ｍ０１０の４に掲げる全部金属冠（小臼歯及び大臼歯）及び区分番号Ｍ０１１に掲げるレジン前装金属冠を除く。）又はブリッジを製作し、当該補綴物を装着した患者に対して、当該維持管理の内容に係る情報を文書により提供した場合に算定する。	（１装置につき）】 ［算定要件］ 注１　クラウン・ブリッジ維持管理料を保険医療機関単位で算定する旨を地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯冠補綴物又はブリッジを製作し、当該補綴物を装着した患者に対して、当該維持管理の内容に係る情報を文書により提供した場合に算定する。

10. 学校歯科健診で不正咬合の疑いがあると判断され、歯科医療機関を受診した患者に対して、歯科矯正治療の保険適用の可否を判断するために必要な検査・診断等を行う場合について、新たな評価を行う。

（新）　歯科矯正相談料

１　歯科矯正相談料１　●●点

２　歯科矯正相談料２　●●点

［算定要件］

（１）１については、区分番号Ｎ０００に掲げる歯科矯正診断料の注１又は区分番号Ｎ００１に掲げる顎口腔機能診断料の注１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保険医療機関において、第 13 部に掲げる歯科矯正の適応となる咬合異常又は顎変形症が疑われる患者に対し､歯･歯列の状態、咬合状態又は顎骨の形態等の分析及び診断を行い、当該患者に対し、診断結果等を文書により提供した場合に、年度に●●回に限り算定する。

（２）２については、区分番号Ｎ０００に掲げる歯科矯正診断料の注１又は区分番号Ｎ００１に掲げる顎口腔機能診断料の注１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保険医療機関以外の保険医療機関において、第 13 部に掲げる歯科矯正の適応となる咬合異常又は顎変形症が疑われる患者に対し、歯・歯列の状態、咬合状態又は顎骨の形態等の分析及び診断

を行い、当該患者に対し、診断結果等を文書により提供した場合に、年度に●●回に限り算定する。

（３）区分番号Ｅ０００の１に掲げる単純撮影若しくは２に掲げる特殊撮影又は区分番号Ｅ１００の１に掲げる単純撮影若しくは２に掲げる特殊撮影は別に算定できる。

（４）保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

11. 歯科点数表第８部「処置」の抜髄等において、歯科麻酔薬を使用した場合の薬剤の費用の算定方法を見直す。

改　定　案	現　　行
【処置（通則）】 ［算定要件］ 7　120点以上の処置又は特に規定する処置の所定点数は、当該処置に当たって、表面麻酔、浸潤麻酔又は簡単な伝達麻酔を行った場合の費用を含む。ただし、区分番号Ｉ００４の１に掲げる生活歯髄切断又は区分番号Ｉ００５に掲げる抜髄を行う場合の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。	【処置（通則）】 ［算定要件］ 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。

12. 区分Ｃ２（新機能・新技術）で保険適用された新規医療技術について、技術料の新設等を行う。

（新）　頭頸部悪性腫瘍光線力学療法　●●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、頭頸部悪性腫瘍の患者に対して、光線力学療法を実施した場合に算定する。

［施設基準］

（１）当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき必要な歯科医師及び看護師が配置されていること。

（２）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。

（３）当該療養を行うにつき十分な機器を有していること。

13. 医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、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の保険導入及び既存技術の診療報酬上の評価を行う。

［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) 結合組織移植術
(2) 小児保隙装置
(3) ブリッジの支台装置としての第二小臼歯レジン前装冠
(4) ＣＡＤ/ＣＡＭインレー修復に対する光学印象法
(5) 小児の舌圧検査

14. 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進及び臨床の実態等の観点から、既存技術の評価の見直しを行う。

［評価の見直しを行う技術の例］
(1) 歯髄保護処置
(2) 歯髄切断
(3) 抜髄
(4) 感染根管処置
(5) 根管貼薬処置
(6) 加圧根管充填処置
(7) レジン前装金属冠
(8) 熱可塑性樹脂有床義歯
(9) 有床義歯修理
(10) 有床義歯内面適合法

①　薬局薬剤師の業務実態及び多職種連携のニーズに応じた薬学管理料の見直し

第１　基本的な考え方

薬剤師による患者の処方状況に応じた服薬指導の推進とともに、これらの業務の合理化を行う観点から、服薬管理指導料、服薬情報提供料等の薬学管理料について、業務実態に応じた要件及び評価の在り方を見直す。

第２　具体的な内容

１．麻薬管理指導加算について、疼痛緩和の評価等の実施に当たり参考となる緩和ケアに関するガイドラインを示すとともに、薬剤交付後のフォローアップの方法を明確化する。

２．特定薬剤管理指導加算１について、ハイリスク薬等の特に重点的な服薬指導が必要な場合における業務実態を踏まえ、算定対象となる時点等を見直し、明確化する。

３．服薬指導を行う際に、特に患者に対して重点的に丁寧な説明が必要となる場合として、①特に安全性に関する情報活用が必要となる、医薬品リスク管理計画に基づく説明資料を活用する場合及び緊急安全性情報等の医薬品の安全性に関する情報を提供する場合、②長期収載品の保険給付の在り方の見直しとして導入された選定療養の対象となる品目が処方された患者に対する制度の説明が必要な場合等、患者に対してより丁寧な説明を実施する必要がある場合において、必要な指導・情報提供を行った際に、１回に限り、服薬管理指導料の加算として新たな評価を行う。

改　定　案	現　　行
【服薬管理指導料】 注４　麻薬を調剤した場合であって、麻薬の服用に関し、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ときは、麻薬管理指導加算として、22点を所定点数に加算する。 ※　かかりつけ薬剤師指導料の注２、在宅患者訪問薬剤管理指導料の注３、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の注２、在宅患者緊急時等共同指導料の注２についても同様。 ５　特に安全管理が必要な医薬品として別に厚生労働大臣が定めるものを調剤した場合であって、当該医薬品の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときには、特定薬剤管理指導加算１として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ　特に安全管理が必要な医薬品が新たに処方された患者に対して必要な指導を行った場合　●●点 ロ　特に安全管理が必要な医薬品に係る用法又は用量の変更、患者の副作用の発現状況の変化等に基づき薬剤師が必要と認めて指導を行った場合　●●点 ※　かかりつけ薬剤師指導料の注３についても同様。 ６　（略） ７　調剤を行う医薬品を選択する	【服薬管理指導料】 注４　麻薬を調剤した場合であって、麻薬の服用に関し、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ときは、22点を所定点数に加算する。 ５　特に安全管理が必要な医薬品として別に厚生労働大臣が定めるものを調剤した場合であって、当該医薬品の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときには、特定薬剤管理指導加算１として、10点を所定点数に加算する。 ６　（略） （新設）

ために必要な説明及び指導を行った次に掲げる場合には、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、それぞれ●●点を所定点数に加算する。 イ　特に安全性に関する説明が必要な場合として当該医薬品の医薬品リスク管理計画に基づき製造販売業者が作成した当該医薬品に係る安全管理等に関する資料を当該患者に対して最初に用いた場合 ロ　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●号に規定する選定療養を受けようとする患者、その他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 ※　かかりつけ薬剤師指導料の注５についても同様。 ※　長期収載品の選定療養については、「Ⅲ－９－①」を参照のこと。	
[算定要件] ５　麻薬管理指導加算 (1)　（略） (2) (1)の電話等による確認方法については、電話の他に情報通信機器を用いた方法も含まれるが、患者等に一方的に情報発信すること（例えば、一律の内容の電子メールを一斉送信すること）のみでは継続的服薬指導を実施したことにはならないため、個々の患者の状況等に応じた必要な対応を行うこと。	[算定要件] ５　麻薬管理指導加算 (1)　（略） （新設）

(3) (1)の麻薬による鎮痛等の効果や患者の服薬中の体調の変化の有無の確認等に当たっては、「がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン」（日本緩和医療学会）、「新版　がん緩和ケアガイドブック」（日本医師会監修　厚生労働科学特別研究事業「適切な緩和ケア提供のための緩和ケアガイドブックの改訂に関する研究」班」）等の緩和ケアに関するガイドラインを参照して実施すること。	（新設）
(4)　（略）	(2)　（略）
８　特定薬剤管理指導加算３ (1) 服薬管理指導料を算定するに当たって行った薬剤の管理及び指導等に加えて、処方された医薬品について、保険薬剤師が患者に重点的な服薬指導が必要と認め、必要な説明及び指導を行ったときに患者１人につき当該医薬品に関して最初に処方された１回に限り算定する。 (2) 「イ」については、「区分１０の２調剤管理料」の１の（１）を踏まえ、当該医薬品の医薬品リスク管理計画に基づき製造販売業者が作成した当該医薬品に係る安全管理等に関する資料を用いて特に必要な患者に説明及び指導を行ったときとは、以下の場合をいう。 ・ＲＭＰの策定が義務づけられている医薬品について、当該医薬品を新たに処方された場合に限り患者又はその家族等に対し、ＲＭＰに基づきＲＭＰに係る情報提供資材を活用し、副作用、併用禁忌等の当該医薬品の特性を踏まえ、適正使用や安全性等に関して十	（新設）

分な指導を行った場合 ・処方された薬剤について緊急安全性情報、安全性速報が新たに発出された場合に、安全性に係る情報について提供及び十分な指導を行った場合 (3) 「ロ」に示す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●号に規定する選定療養を受けようとする患者、その他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ときとは、以下の場合をいう。 ・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。 ※　長期収載品の選定療養については、「Ⅲ－９－①」を参照のこと。 ・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 (4) 対象となる医薬品が複数処方されている場合に、処方箋受付１回につきそれぞれ１回に限り算定するものであること。また複数の項目に該当する場合であっても、重複して算定することができない。 (5) 当該加算を算定する場合は、それぞれの所定の要件を満たせ	

ば特定薬剤管理指導１及び特定薬剤管理指導加算２を算定できる。 (6) 薬剤服用歴等には対象となる医薬品がわかるように記載すること。また、医薬品の供給の状況を踏まえ説明を行った場合には、調剤報酬明細書の摘要欄には調剤に必要な数量が確保できなかった薬剤名とともに確保できなかったやむを得ない事情を記載すること。	

４．調剤管理料の重複投薬・相互作用等防止加算について、薬剤師から処方医への照会により残薬調整に係る処方変更がなされた場合の評価を見直すとともに、薬剤師が調剤時に薬剤服用歴や医薬品リスク管理計画等の情報に基づき薬学的分析及び評価を行うことを算定要件に加える。

改　定　案	現　　行
【調剤管理料】 注３　薬剤服用歴等に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合（別に厚生労働大臣が定める保険薬局において行われた場合を除く。）は、重複投薬・相互作用等防止加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、区分番号１５に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料、区分番号１５の２に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料又は区分番号１５の３に掲げる在宅患者緊急時等共同指導料を算定している患者については、算定しない。 イ　残薬調整に係るもの以外の場合　40点 ロ　残薬調整に係るものの場合　●●点	【調剤管理料】 注３　薬剤服用歴等に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合（別に厚生労働大臣が定める保険薬局において行われた場合を除く。）は、重複投薬・相互作用等防止加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、区分番号１５に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料、区分番号１５の２に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料又は区分番号１５の３に掲げる在宅患者緊急時等共同指導料を算定している患者については、算定しない。 イ　残薬調整に係るもの以外の場合　40点 ロ　残薬調整に係るものの場合　30点

［算定要件］ (1) 調剤管理料は、保険薬剤師が、患者又はその家族等から収集した当該患者の投薬歴、副作用歴、アレルギー歴、服薬状況等の情報、手帳、医薬品リスク管理計画（医薬品、医薬部外品、化粧品、医療機器及び再生医療等製品の製造販売後安全管理の基準に関する省令（平成16年厚生労働省令第135号）第２条第３項に規定するものをいう。以下同じ。）に基づき、受け付けた処方箋の処方内容について、薬学的分析及び評価を行った上で、患者ごとに必要な薬学的管理を行った場合に算定できる。 (2)～(8)　（略）	［算定要件］ （新設） (1)～(7)　（略）

５．保険薬局と医療及び介護に関わる多職種との連携を推進するため、薬剤師が行う服薬情報等の提供に係る現行の評価体系を改正し、介護支援専門員やリフィル処方箋調剤に伴う医療機関への情報提供を新たに評価するとともに、薬剤師が必要性を認めて行う情報提供の評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【服薬情報等提供料】 １　服薬情報等提供料１　30点 ２　服薬情報等提供料２ イ　保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合　●●点 ロ　リフィル処方箋に基づく調剤後、処方医に必要な情報を文書により提供した場合　●●点 ハ　介護支援専門員に必要な情報を文書により提供した場合　●●点 ３　服薬情報等提供料３　50点 ［算定要件］ 注１　１については、保険医療機関	【服薬情報等提供料】 １　服薬情報等提供料１　30点 ２　服薬情報等提供料２　20点 ３　服薬情報等提供料３　50点 ［算定要件］ 注１　１については、保険医療機関

の求めがあった場合において、患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も当該患者の服用薬の情報等について把握し、保険医療機関に必要な情報を文書により提供等した場合に月１回に限り算定する。	の求めがあった場合において、患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も当該患者の服用薬の情報等について把握し、保険医療機関に必要な情報を文書により提供等した場合に月１回に限り算定する。これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。
２　２については、保険薬剤師がその必要性を認めた場合において、当該患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も患者の服用薬の情報等について把握し、保険医療機関又は介護支援専門員に必要な情報を文書により提供を行った場合に月１回に限り算定する。	２　２については、患者若しくはその家族等の求めがあった場合又は保険薬剤師がその必要性を認めた場合において、当該患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も患者の服用薬の情報等について把握し、患者若しくはその家族等又は保険医療機関へ必要な情報提供、指導等を行った場合に算定する。なお、保険医療機関への情報提供については、服薬状況等を示す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。これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。
３　３については、入院前の患者に係る保険医療機関の求めがあった場合において、当該患者の同意を得た上で、当該患者の服用薬の情報等について一元的に把握し、必要に応じて当該患者が保険薬局に持参した服用薬の整理を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供等した場合に３月に１回に限り算定する。	３　３については、入院前の患者に係る保険医療機関の求めがあった場合において、当該患者の同意を得た上で、当該患者の服用薬の情報等について一元的に把握し、必要に応じて当該患者が保険薬局に持参した服用薬の整理を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供等した場合に３月に１回に限り算定する。これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。
４　（略）	４　（略）
５　区分番号００に掲げる特別調剤基本料Ａを算定する保険薬局	５　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

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、算定できない。 ６　区分番号００に掲げる注２に規定する特別調剤基本料Ｂを算定する保険薬局においては、算定できない。 ［施設基準］ （削除）	労働大臣が定める保険薬局において、別に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、算定できない。 （新設） ［施設基準］ 十二の二　服薬情報等提供料の注５に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関 当該保険薬局が二の二の(1)に該当する場合に係る保険医療機関であること。

②　薬学的なフォローアップに関する評価の見直し

「Ⅱ－７－⑦」を参照のこと。

③　薬局における嚥下困難者用製剤加算及び自家製剤加算の薬剤調製に係る評価の見直し

第１　基本的な考え方

調剤に係る業務の実態を踏まえ、嚥下困難者用製剤加算等の薬剤調製に係る評価の在り方を見直す。

第２　具体的な内容

１．薬剤調製料における薬剤調製行為の評価を整理する観点から、嚥下困難者用製剤加算に係る評価を廃止して、飲みやすくするための製剤上の調製を行った場合の評価を自家製剤加算における算定のみとする。
２．自家製剤加算について、医薬品供給に支障が生じている際に不足している医薬品の製剤となるよう他の医薬品を用いて調製した場合も評価できるように改正する。

改　定　案	現　　行
【薬剤調製料】 １　内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。（１剤につき））　24点 注１　（略） （削除） ２～６　（略） ［算定要件］ (11) 自家製剤加算 ア～ウ　（略） エ　薬価基準に収載されている医薬品に溶媒、基剤等の賦形剤を加え、当該医薬品と異なる剤形	【薬剤調製料】 １　内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。（１剤につき））　24点 注１　（略） ２　嚥下困難者に係る調剤について、当該患者の心身の特性に応じた剤形に製剤して調剤した場合は、嚥下困難者用製剤加算として、80点を所定点数に加算する。 ２～６　（略） ［算定要件］ (11) 自家製剤加算 ア～ウ　（略） エ　薬価基準に収載されている医薬品に溶媒、基剤等の賦形剤を加え、当該医薬品と異なる剤形

の医薬品を自家製剤の上調剤した場合に、次の場合を除き自家製剤加算を算定できる。 （ｲ）調剤した医薬品と同一剤形及び同一規格を有する医薬品が薬価基準に収載されている場合。ただし、当該医薬品が薬価基準に収載されている場合であっても、供給上の問題により当該医薬品が入手困難であり、調剤を行う際に必要な数量を確保できない場合は除く。なお、医薬品の供給上の問題により当該加算を算定する場合には、調剤報酬明細書の摘要欄には調剤に必要な数量が確保できなかった薬剤名とともに確保できなかったやむを得ない事情を記載すること。 （ﾛ）　（略） オ～サ　（略） ［施設基準］ 七　薬剤調製料の注６ただし書に規定する薬剤 　使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に収載されている薬剤と同一規格を有する薬剤（供給の状況が安定していないため、調剤時に必要な数量が確保できない医薬品を除く。）	の医薬品を自家製剤の上調剤した場合に、次の場合を除き自家製剤加算を算定できる。 （ｲ）調剤した医薬品と同一剤形及び同一規格を有する医薬品が薬価基準に収載されている場合 （ﾛ）　（略） オ～サ　（略） ［施設基準］ 七　薬剤調製料の注６ただし書に規定する薬剤 　使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に収載されている薬剤と同一規格を有する薬剤

④　外来腫瘍化学療法診療料の見直し

「Ⅰ－２－⑤」を参照のこと。

⑤　入院中の薬物療法の適正化に対する取組の推進

「Ⅰ－２－③」を参照のこと。

⑥　薬剤師の養成強化による病棟薬剤業務の向上

「Ⅰ－２－④」を参照のこと。

【Ⅲ－８　薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進－①】

①　調剤基本料の見直し

第１　基本的な考え方

調剤基本料について、損益率の状況等を踏まえ、特定の医療機関からの処方箋受付が集中しており、処方箋受付回数が多い薬局等の評価を見直す。

第２　具体的な内容

調剤基本料２の算定対象となる薬局に、１月における処方箋の受付回数が4,000回を超え、かつ、処方箋受付回数が多い上位●の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合の合計が７割を超える薬局を加える。

改　定　案	現　　行
【調剤基本料】 ［施設基準］ (1)　（略） (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)及び二の二の(1)に該当するものを除く。）であること。 イ　処方箋の受付回数が一月に四千回を超えること（一月の処方箋の受付回数が多い上位●の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合の合計が七割を超える場合に限る。）。 ロ～ホ　（略）	【調剤基本料】 ［施設基準］ (1)　（略） (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)及び二の二の(1)に該当するものを除く。）であること。 イ　処方箋の受付回数が一月に四千回を超えること（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限る。）。 ロ～ホ　（略）

【Ⅲ－８　薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進－②】

②　地域支援体制加算の見直し

第１　基本的な考え方

地域におけるかかりつけ機能に応じて薬局を適切に評価する観点から、地域支援体制加算について、要件及び評価の見直しを行う。

第２　具体的な内容

１．薬局の地域におけるかかりつけ機能を適切に評価する観点から、薬局の体制に係る評価体系の在り方を見直し、地域支援体制加算の要件を強化する。

２．夜間・休日対応について、輪番制等の周囲の薬局と連携した体制でも引き続き可能とするとともに、地域の住民や医療・介護等の関係者が地域の体制を把握できるよう、行政機関や薬剤師会を通じて地域における夜間・休日の対応状況を公表・周知するよう見直す。

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●●に相当する点数）を所定点数に加算する。この場合において、注２に規定する特別調剤基本料Ｂを算定する保険薬局は、算定できない。 イ　地域支援体制加算１　●●点 ロ　地域支援体制加算２　●●点 ハ　地域支援体制加算３　●●点	【調剤基本料】 ［算定要件］ 注５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局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（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調剤した場合には、それぞれの点数の100分の80に相当する点数）を所定点数に加算する。 イ　地域支援体制加算１　39点 ロ　地域支援体制加算２　47点 ハ　地域支援体制加算３　17点

ニ　地域支援体制加算４　●●点	ニ　地域支援体制加算４　39点
【地域支援体制加算】 ［施設基準］ (1) 以下の区分に応じ、それぞれに掲げる基準を満たすこと。 ア　地域支援体制加算１ (ｲ) 調剤基本料１を算定している保険薬局において、地域医療への貢献に係る十分な実績として、以下の①から⑩までの10の要件のうち、④を含む３項目以上を満たすこと。	【地域支援体制加算】 ［施設基準］ (1) 以下の区分に応じ、それぞれに掲げる基準を満たすこと。 ア　地域支援体制加算１ (ｲ) 調剤基本料１を算定している保険薬局において、以下の①から③までの３つの要件を満たし、かつ、④又は⑤のいずれかの要件を満たすこと。なお、②、④及び⑤については、保険薬局当たりの直近１年間の実績とする。
①　薬剤調製料の時間外等加算及び夜間・休日等加算の算定回数の合計が40回以上であること。	（新設）
②　薬剤調製料の麻薬を調剤した場合に加算される点数の算定回数が１回以上であること。	（新設）
③　調剤管理料の重複投薬・相互作用等防止加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の算定回数の合計が20回以上であること。	（新設）
④　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20回以上であること。	（新設）
⑤　外来服薬支援料１の算定回数が１回以上であること。	（新設）
⑥　服用薬剤調整支援料１及び２の算定回数の合計が１回以上であること。	（新設）
⑦　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	（新設）

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単一建物診療患者が１人の場合の算定回数の合計が計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。）や同等の業務を行った場合を含む。）。なお、「同等の業務」とは、在宅患者訪問薬剤管理指導料で規定される患者１人当たりの同一月内の算定回数の上限を超えて訪問薬剤管理指導業務を行った場合を含む。	
⑧　服薬情報等提供料の算定回数が30回以上であること。なお、当該回数には、服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務を行った場合を含む。	④　服薬情報等提供料の算定回数が保険薬局当たりで12回以上であること。なお、当該回数には、服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務を行った場合を含めることができる。
⑨　服薬管理指導料、かかりつけ薬剤師指導料、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及び在宅患者緊急時等共同指導料の小児特定加算の算定回数の合計が１回以上であること。	（新設）
⑩　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た保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に１回以上出席していること。	⑤　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た保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に保険薬局当たりで１回以上出席していること。
（削除）	①　麻薬及び向精神薬取締法（昭和28年法律第14号）第３条の規定による麻薬小売

	業者の免許を取得し、必要な指導を行うことができること。
（削除）	②　在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績としては、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。第92において同じ。）、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料（在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料を除く。第92において同じ。）、在宅患者緊急時等共同指導料、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費の算定回数の合計が保険薬局当たりで24回以上であること。当該回数には、在宅協力薬局として連携した場合や同等の業務を行った場合を含めることができる（同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く。）。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人当たりの同一月内の訪問回数を超えて行った訪問薬剤管理指導業務を含む。
（削除）	③　地方厚生（支）局長に対して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係る届出を行っていること。
(ﾛ)　(ｲ)の⑩は、当該保険薬局当たりの直近１年間の実績とし、それ以外については当該保険薬局における直近１年間の処方箋受付回数１万回当たりの実績とする。なお、直近１年間の処方箋受付回数が１	（新設）

万回未満の場合は、処方箋受付回数１万回とみなす。 (ﾊ)　(ｲ)の⑧の「服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務」とは次のものをいう。ただし、特別調剤基本料Ａを算定している保険薬局において、区分番号００に掲げる調剤基本料の「注６」に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関へ情報提供を行った場合は除くこと。 ・　服薬管理指導料及びかかりつけ薬剤師指導料の特定薬剤管理指導加算２ ・　調剤後薬剤管理指導料 ・　服用薬剤調整支援料２ ・　かかりつけ薬剤師指導料を算定している患者に対し、服薬情報等提供料の算定に相当する業務を実施した場合（調剤録又は薬剤服用歴（以下「薬剤服用歴等」という。）の記録に詳細を記載するなどして、当該業務を実施したことが遡及して確認できるものでなければならないこと。）	(ﾛ)　(ｲ)の④の「服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務」とは次のものをいう。 ・　服薬管理指導料及びかかりつけ薬剤師指導料の特定薬剤管理指導加算２ ・　服薬管理指導料の調剤後薬剤管理指導加算 ・　服用薬剤調整支援料２ ・　かかりつけ薬剤師指導料を算定している患者に対し、調剤後薬剤管理指導加算及び服薬情報等提供料の算定に相当する業務を実施した場合（調剤録又は薬剤服用歴（以下「薬剤服用歴等」という。）の記録に詳細を記載するなどして、当該業務を実施したことが遡及して確認できるものでなければならないこと。） ・　かかりつけ薬剤師包括管理料を算定している患者に対し、特定薬剤管理指導加算２、調剤後薬剤管理指導加算、服用薬剤調整支援料２又は服薬情報等提供料の算定に相当する業務を実施した場合（薬剤服用歴等の記録に詳細を記載するなどして、当該業務を実施したことが遡及して確認できるものでなければならないこ

	と。）
(ﾆ) かかりつけ薬剤師包括管理料を算定する患者については、(ｲ)の⑧の服薬情報等提供料のほか、(ｲ)の②の薬剤調製料の麻薬を調剤した場合に加算される点数、(ｲ)の③の重複投薬・相互作用防止等加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料、(ｲ)の⑤の外来服薬支援料１並びに(ｲ)の⑥の服用薬剤調整支援料に相当する業務を実施した場合には、当該業務の実施回数を算定回数に含めることができる。この場合において、薬剤服用歴等の記録に詳細を記載するなどして、当該業務を実施したことが遡及して確認できるものでなければならないこと。	（新設）
(ﾎ) (ｲ)の「当該保険薬局における直近１年間の処方箋受付回数」は、調剤基本料の施設基準に定める処方箋受付回数に準じて取り扱う。(ｲ)の⑩以外の基準を満たすか否かは、当該保険薬局における直近１年間の実績が、直近１年間の処方箋受付回数を各基準に乗じて１万で除して得た回数以上であるか否かで判定する。	（新設）
イ　地域支援体制加算２ (ｲ) 調剤基本料１を算定している保険薬局において、地域医療への貢献に係る相当の実績として、アの(ｲ)の①から⑩までの10の要件のうち、８項目以上を満たすこと。この場合において、アの(ﾛ)から(ﾎ)までに準じて取り扱う。	イ　地域支援体制加算２ (ｲ) 調剤基本料１を算定している保険薬局において、地域医療への貢献に係る相当の実績として、アの(ｲ)の基準を満たした上で、以下の①から⑨までの９つの要件のうち３項目以上を満たすこと。この場合において、⑨の「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た保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議」への出席は、当該保険薬局当たりの直近１年間の実績とし、それ以外については当該保険薬局における直近１年間の処方箋受付回数１万回当たりの実績とする。なお、直近１年間の処方箋受付回数が１万回未満の場合は、処方箋受付回数１万回とみなす。 ① 薬剤調製料の時間外等加算及び夜間・休日等加算の算定回数の合計が400回以上であること。 ② 薬剤調製料の麻薬を調剤した場合に加算される点数の算定回数が10回以上であること。 ③ 調剤管理料の重複投薬・相互作用等防止加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の算定回数の合計が40回以上であること。 ④ 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40回以上であること。 ⑤ 外来服薬支援料１の算定回数が12回以上であること。 ⑥ 服用薬剤調整支援料１及び２の算定回数の合計が１回以上であること。 ⑦ 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単一建物診療患者が１人

	の場合の算定回数の合計が計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。）や同等の業務を行った場合を含む。）。なお、「同等の業務」とは、在宅患者訪問薬剤管理指導料で規定される患者1人当たりの同一月内の算定回数の上限を超えて訪問薬剤管理指導業務を行った場合を含む。 ⑧　服薬情報等提供料の算定回数が60回以上であること。なお、当該回数には、服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務を行った場合を含む。 ⑨　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た保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に５回以上出席していること。
（削除）	(ﾛ) (ｲ)の⑧の「服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務」については、アの(ﾛ)に準じて取り扱う。
（削除）	(ﾊ) かかりつけ薬剤師包括管理料を算定する患者については、(ｲ)の⑧の服薬情報等提供料のほか、(ｲ)の②の薬剤調製料の麻薬を調剤した場合に加算される点数、(ｲ)の③の重複投薬・相互作用防止等加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料、(ｲ)の⑤の外来服薬支援料１並びに(ｲ)の⑥の服用薬剤調整支

	援料に相当する業務を実施した場合には、当該業務の実施回数を算定回数に含めることができる。この場合において、薬剤服用歴等の記録に詳細を記載するなどして、当該業務を実施したことが遡及して確認できるものでなければならないこと。
（削除）	(ﾆ) (ｲ)の「当該保険薬局における直近１年間の処方箋受付回数」は、調剤基本料の施設基準に定める処方箋受付回数に準じて取り扱う。(ｲ)の①から⑧までの基準を満たすか否かは、当該保険薬局における直近１年間の実績が、直近１年間の処方箋受付回数を各基準に乗じて１万で除して得た回数以上であるか否かで判定する。
（削除）	(ﾎ) 施設基準に適合するとの届出をした後は、(ｲ)の①から⑨までについては、前年３月１日から当年２月末日までの実績をもって施設基準の適合性を判断し、当年４月１日から翌年３月末日まで所定点数を算定できるものとする。
ウ　地域支援体制加算３ (ｲ) 調剤基本料１以外を算定している保険薬局において、地域医療への貢献に係る十分な実績として、以下の①から⑩までの10の要件のうち、④及び⑦を含む３項目以上を満たすこと。この場合において、アの(ﾛ)から(ﾎ)までに準じて取り扱う。 ① 薬剤調製料の時間外等加算及び夜間・休日等加算の算定回数の合計が400回以上であること。	ウ　地域支援体制加算３ (ｲ) 調剤基本料１以外を算定している保険薬局において、地域医療への貢献に係る十分な実績として、イの(ｲ)の①から⑨までの９つの要件のうち、④及び⑦を含む３項目以上を満たすこと。なお、直近１年間の処方箋受付回数が１万回未満の場合は、処方箋受付回数１万回とみなす。

②　薬剤調製料の麻薬を調剤した場合に加算される点数の算定回数が10回以上であること。 ③　調剤管理料の重複投薬・相互作用等防止加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の算定回数の合計が40回以上であること。 ④　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40回以上であること。 ⑤　外来服薬支援料１の算定回数が12回以上であること。 ⑥　服用薬剤調整支援料１及び２の算定回数の合計が１回以上であること。 ⑦　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単一建物診療患者が１人の場合の算定回数の合計が計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。）や同等の業務を行った場合を含む。）。なお、「同等の業務」とは、在宅患者訪問薬剤管理指導料で規定される患者1人当たりの同一月内の算定回数の上限を超えて訪問薬剤管理指導業務を行った場合を含む。 ⑧　服薬情報等提供料の算定回数が60回以上であるこ	

と。なお、当該回数には、服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務を行った場合を含む。 ⑨　服薬管理指導料、かかりつけ薬剤師指導料、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及び在宅患者緊急時等共同指導料の小児特定加算の算定回数の合計が１回以上であること。 ⑩　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た保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に５回以上出席していること。	
（削除）	(ﾛ) 麻薬及び向精神薬取締法第３条の規定による麻薬小売業者の免許を取得し、必要な指導を行うことができること。
エ　地域支援体制加算４ 調剤基本料１以外を算定している保険薬局において、地域医療への貢献に係る相当の実績として、ウの(ｲ)の①から⑩までの10の要件のうち８項目以上を満たすこと。この場合において、アの(ﾛ)から(ﾎ)までに準じて取り扱う。	エ　地域支援体制加算４ 調剤基本料１以外を算定している保険薬局において、地域医療への貢献に係る相当の実績として、イの(ｲ)の①から⑨までの９つの要件のうち８項目以上を満たすこと。なお、直近１年間の処方箋受付回数が１万回未満の場合は、処方箋受付回数１万回とみなす。
(2) 地域における医薬品等の供給拠点としての体制として以下を満たすこと。	
ア　保険調剤に係る医薬品として1200品目以上の医薬品を備蓄していること。	(2) 保険調剤に係る医薬品として1200品目以上の医薬品を備蓄していること。
イ　当該薬局の存する地域の保険医療機関又は保険薬局（同一グループの保険薬局を除く。）に対して在庫状況の共有、医薬品の融通などを行っていること。	（新設）
ウ　医療材料及び衛生材料を供給	(17) 医療材料及び衛生材料を供給で

できる体制を有していること。また、当該患者に在宅患者訪問薬剤管理指導を行っている保険薬局に対し保険医療機関から衛生材料の提供を指示された場合は、原則として衛生材料を患者に供給すること。なお、当該衛生材料の費用は、当該保険医療機関に請求することとし、その価格は保険薬局の購入価格を踏まえ、保険医療機関と保険薬局との相互の合議に委ねるものとする。	きる体制を有していること。また、当該患者に在宅患者訪問薬剤管理指導を行っている保険薬局に対し保険医療機関から衛生材料の提供を指示された場合は、原則として衛生材料を患者に供給すること。なお、当該衛生材料の費用は、当該保険医療機関に請求することとし、その価格は保険薬局の購入価格を踏まえ、保険医療機関と保険薬局との相互の合議に委ねるものとする。
エ　麻薬及び向精神薬取締法（昭和28年法律第14号）第３条の規定による麻薬小売業者の免許を取得し、必要な指導を行うことができること。	（新設）
オ　処方箋集中率が85%を超える場合にあっては、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、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当該加算の施設基準に係る届出時の直近３月間の実績として70%以上であること。この場合において、処方箋集中率が85%を超えるか否かの取扱いについては、「第88調剤基本料」の「２　調剤基本料の施設基準に関する留意点」に準じて行う。	(22) 処方箋集中率が85%を超える場合にあっては、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、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当該加算の施設基準に係る届出時の直近３月間の実績として50%以上であること。 (23) 上記（22）の処方箋集中率が85%を超えるか否かの取扱いについては、「第88調剤基本料」の「２　調剤基本料の施設基準に関する留意点」に準じて行う。
カ　次に掲げる情報（当該保険薬局において取り扱う医薬品に係るものに限る。）を随時提供できる体制にあること。 (ｲ)　一般名 (ﾛ)　剤形 (ﾊ)　規格 (ﾆ)　内服薬にあっては製剤の特徴（普通製剤、腸溶性製剤、徐放性製剤等）	(12) 次に掲げる情報（当該保険薬局において調剤された医薬品に係るものに限る。）を随時提供できる体制にあること。 ア　一般名 イ　剤形 ウ　規格 エ　内服薬にあっては製剤の特徴（普通製剤、腸溶性製剤、徐放性製剤等）

(ホ) 緊急安全性情報、安全性速報 (ヘ) 医薬品・医療機器等安全性情報 (ト) 医薬品・医療機器等の回収情報	オ 緊急安全性情報、安全性速報 カ 医薬品・医療機器等安全性情報 キ 医薬品・医療機器等の回収情報
(3) 休日、夜間を含む薬局における調剤・相談応需体制等の対応	
ア 当該保険薬局の開局時間は、平日は１日８時間以上、土曜日又は日曜日のいずれかの曜日には一定時間以上開局し、かつ、週45時間以上開局していること。	(7) 当該保険薬局の開局時間は、平日は１日８時間以上、土曜日又は日曜日のいずれかの曜日には一定時間以上開局し、かつ、週45時間以上開局していること。
イ 当該保険薬局のみ又は当該保険薬局を含む近隣の保険薬局と連携して、休日、夜間を含む開局時間外であっても調剤及び在宅業務に対応できる体制が整備されていること。休日、夜間を含む開局時間外であっても調剤及び在宅業務に対応できる体制とは、単独の保険薬局又は近隣の保険薬局との連携により、患家の求めに応じて休日、夜間を含む開局時間外であっても調剤及び在宅業務（在宅患者に対する調剤並びに薬学的管理及び指導をいう。以下同じ。）に対応できる体制を整備していることをいうものであり、当該業務が自局において速やかに提供できない場合であっても、患者又はその家族等の求めがあれば連携する近隣の保険薬局（以下「連携薬局」という。）を案内すること。また、休日、夜間を含む開局時間外であっても調剤及び在宅業務に対応できる体制には、地域医療の確保の観点から、救急医療対策の一環として設けられている輪番制に参加している場合も含まれる。	(3) 当該保険薬局のみ又は当該保険薬局を含む近隣の保険薬局と連携して、24時間調剤及び在宅業務に対応できる体制が整備されていること。24時間調剤及び在宅業務に対応できる体制とは、単独の保険薬局又は近隣の保険薬局との連携により、患家の求めに応じて24時間調剤及び在宅業務（在宅患者に対する調剤並びに薬学的管理及び指導をいう。以下同じ。）が提供できる体制を整備していることをいうものであり、当該業務が自局において速やかに提供できない場合であっても、患者又はその家族等の求めがあれば連携する近隣の保険薬局（以下「連携薬局」という。）を案内すること。

ウ　当該保険薬局を利用する患者及びその家族等からの相談等に対して、以下の(ｲ)から(ﾊ)までの体制が整備されていること。	（新設）
(ｲ)　夜間、休日を含む時間帯の対応できる体制が整備されていること。また、やむを得ない事由により、患者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、速やかに折り返して連絡することができる体制が整備されていること。	（新設）
(ﾛ)　当該保険薬局は、原則として初回の処方箋受付時に（記載事項に変更があった場合はその都度）、当該薬局の保険薬剤師と連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項（近隣の保険薬局との連携により休日、夜間を含む開局時間外であっても調剤及び在宅業務に対応できる体制を整備している保険薬局は、連携薬局の所在地、名称、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（これらの事項が薬袋に記載されている場合を含む。）により交付していること。	(4)　当該保険薬局は、原則として初回の処方箋受付時に（記載事項に変更があった場合はその都度）、当該担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項（近隣の保険薬局との連携により24時間調剤ができる体制を整備している保険薬局は、連携薬局の所在地、名称、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（これらの事項が薬袋に記載されている場合を含む。）により交付していること。なお、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等を文書上に明示すること。
(ﾊ)　これらの連携薬局及び自局に直接連絡が取れる連絡先電話番号等を当該保険薬局の外側の見えやすい場所に掲示すること。	また、これらの連携薬局及び自局に直接連絡が取れる連絡先電話番号等を当該保険薬局の外側の見えやすい場所に掲示すること。
エ　地域の行政機関、保険医療機関、訪問看護ステーション及び福祉関係者等に対して、休日、夜間を含む開局時間外であっても調剤及び在宅業務に対応でき	(5) 地方公共団体、保険医療機関及び福祉関係者等に対して、24時間調剤及び在宅業務に対応できる体制に係る周知を自ら又は地域の薬剤師会等を通じて十分に行ってい

る体制（地域医療の確保の観点から、救急医療対策の一環として設けられている輪番制に参加している場合も含む。）に係る周知を自局及び同一グループで十分に対応すること。また、地域の行政機関又は薬剤師会等を通じて十分に行っていること。	ること。
(4) 在宅医療を行うための関係者との連携等の体制として以下を満たすこと。	
ア　在宅療養の支援に係る診療所又は病院及び訪問看護ステーションと円滑な連携ができるよう、あらかじめ患家の同意が得られた場合には、訪問薬剤管理指導の結果、当該医療関係職種による当該患者に対する療養上の指導に関する留意点等の必要な情報を関係する診療所又は病院及び訪問看護ステーションの医師又は看護師に文書（電子媒体を含む。）により随時提供していること。	(18) 在宅療養の支援に係る診療所又は病院及び訪問看護ステーションと円滑な連携ができるよう、あらかじめ患家の同意が得られた場合には、訪問薬剤管理指導の結果、当該医療関係職種による当該患者に対する療養上の指導に関する留意点等の必要な情報を関係する診療所又は病院及び訪問看護ステーションの医師又は看護師に文書（電子媒体を含む。）により随時提供していること。
イ　当該地域において、介護支援専門員（ケアマネジャー）、社会福祉士等の他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携すること。また、患者の服薬状況に関する相談を受け付けるなど、地域包括支援センターと必要な連携を行うこと。	(19) 当該地域において、介護支援専門員（ケアマネ―ジャー）、社会福祉士等の他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携すること。また、患者の服薬状況に関する相談を受け付けるなど、地域包括支援センターと必要な連携を行うこと。
ウ　在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績としては、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。第92において同じ。）、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料（在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料を除く。第92において同じ。）、在宅患	（新設）

者緊急時等共同指導料、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費の算定回数の合計が保険薬局当たりで24回以上であること。当該回数には、在宅協力薬局として連携した場合や同等の業務を行った場合を含めることができる（同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く。）。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人当たりの同一月内の訪問回数を超えて行った訪問薬剤管理指導業務を含む。この場合において、保険薬局当たりの直近１年間の実績とする。	
エ　当該保険薬局は、地方厚生（支）局長に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の届出を行うとともに、処方医から在宅患者訪問薬剤管理指導の指示があった場合に適切な対応ができるよう、例えば、保険薬剤師に在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な研修等を受けさせ、薬学的管理指導計画書の様式をあらかじめ備えるなど、在宅患者に対する薬学的管理指導が可能な体制を整備していること。また、患者に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の情報提供をするために、当該保険薬局の内側及び外側の見えやすい場所に、在宅患者訪問薬剤管理指導を行う薬局であることを掲示し、当該内容を記載した文書を交付すること。	(9) 当該保険薬局は、地方厚生（支）局長に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の届出を行うとともに、処方医から在宅患者訪問薬剤管理指導の指示があった場合に適切な対応ができるよう、例えば、保険薬剤師に在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な研修等を受けさせ、薬学的管理指導計画書の様式をあらかじめ備えるなど、在宅患者に対する薬学的管理指導が可能な体制を整備していること。また、患者に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の情報提供をするために、当該保険薬局の内側及び外側の見えやすい場所に、在宅患者訪問薬剤管理指導を行う薬局であることを掲示し、当該内容を記載した文書を交付すること。
(5) 医療安全に関する取組の実施として以下を満たすこと。	
ア　医薬品医療機器情報配信サービス（ＰＭＤＡメディナビ）に登録することにより、常に最新	(11) 医薬品医療機器情報配信サービス（ＰＭＤＡメディナビ）に登録することにより、常に最新の医薬

の医薬品緊急安全性情報、安全性速報、医薬品・医療機器等安全性情報等の医薬品情報の収集を行い、保険薬剤師に周知していること。	品緊急安全性情報、安全性速報、医薬品・医療機器等安全性情報等の医薬品情報の収集を行い、保険薬剤師に周知していること。
イ　「薬局機能に関する情報の報告及び公表にあたっての留意点について」（平成29年10月６日付け薬食総発第1006第１号）に基づき、薬局機能情報提供制度において、「プレアボイド事例の把握・収集に関する取組の有無」を「有」として直近一年以内に都道府県に報告していること。	(20)　「薬局機能に関する情報の報告及び公表にあたっての留意点について」（平成29年10月６日付け薬食総発第1006第１号）に基づき、薬局機能情報提供制度において、「プレアボイド事例の把握・収集に関する取組の有無」を「有」として直近一年以内に都道府県に報告していること。
ウ　副作用報告に係る手順書を作成し、報告を実施する体制を有していること。	(21)　副作用報告に係る手順書を作成し、報告を実施する体制を有していること。
(6)　地方厚生（支）局長に対して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係る届出を行っていること。	（新設）
(7)　当該保険薬局の保険薬剤師は、保険調剤に係る医薬品以外の医薬品に関するものを含め、患者ごとに薬剤服用歴等の記録を作成し、調剤に際して必要な薬学的管理を行い、調剤の都度必要事項を記入するとともに、当該記録に基づき、調剤の都度当該薬剤の服用及び保管取扱いの注意に関し必要な指導を行っていること。	(6)　当該保険薬局の保険薬剤師は、保険調剤に係る医薬品以外の医薬品に関するものを含め、患者ごとに薬剤服用歴等の記録を作成し、調剤に際して必要な薬学的管理を行い、調剤の都度必要事項を記入するとともに、当該記録に基づき、調剤の都度当該薬剤の服用及び保管取扱いの注意に関し必要な指導を行っていること。
(8)　当該保険薬局の管理薬剤師は以下の要件を全て満たしていること。 ア　施設基準の届出時点において、保険薬剤師として５年以上の薬局勤務経験があること。 イ　当該保険薬局に週32時間以上勤務していること。 ウ　施設基準の届出時点において、当該保険薬局に継続して１年以上在籍していること。	(8)　当該保険薬局の管理薬剤師は以下の要件を全て満たしていること。 ア　施設基準の届出時点において、保険薬剤師として５年以上の薬局勤務経験があること。 イ　当該保険薬局に週32時間以上勤務していること。 ウ　施設基準の届出時点において、当該保険薬局に継続して１年以上在籍していること。

(9) 当該保険薬局において、調剤従事者等の資質の向上を図るため、研修実施計画を作成し、当該計画に基づき研修を実施するとともに、定期的に薬学的管理指導、医薬品の安全、医療保険等に関する外部の学術研修（地域薬剤師会等が行うものを含む。）を受けさせていること。併せて、当該保険薬局の保険薬剤師に対して、薬学等に関する団体・大学等による研修認定の取得、医学薬学等に関する学会への定期的な参加・発表、学術論文の投稿等を行わせていることが望ましい。	(10) 当該保険薬局において、調剤従事者等の資質の向上を図るため、研修実施計画を作成し、当該計画に基づき研修を実施するとともに、定期的に薬学的管理指導、医薬品の安全、医療保険等に関する外部の学術研修（地域薬剤師会等が行うものを含む。）を受けさせていること。併せて、当該保険薬局の保険薬剤師に対して、薬学等に関する団体・大学等による研修認定の取得、医学薬学等に関する学会への定期的な参加・発表、学術論文の投稿等を行わせていることが望ましい。
(10) 薬学的管理等の内容が他の患者に漏れ聞こえる場合があることを踏まえ、患者との会話のやりとりが他の患者に聞こえないようパーテーション等で区切られた独立したカウンターを有するなど、患者のプライバシーに配慮していること。また、高齢者への配慮並びに丁寧な服薬指導及び患者の訴えの適切な聞き取りなどの観点から、患者のプライバシーの配慮に加え、必要に応じて患者等が椅子に座った状態で服薬指導等を行うことが可能な体制を有していることが望ましい。	(13) 薬学管理等の内容が他の患者に漏れ聞こえる場合があることを踏まえ、患者との会話のやりとりが他の患者に聞こえないようパーテーション等で区切られた独立したカウンターを有するなど、患者のプライバシーに配慮していること。また、高齢者への配慮並びに丁寧な服薬指導及び患者の訴えの適切な聞き取りなどの観点から、患者のプライバシーの配慮に加え、必要に応じて患者等が椅子に座った状態で服薬指導等を行うことが可能な体制を有していることが望ましい。
(11) 地域医療に関連する取組の実施として以下を満たすこと。 ア　要指導医薬品及び一般用医薬品を販売していること。なお、要指導医薬品及び一般用医薬品の販売の際には、購入される要指導医薬品及び一般用医薬品のみに着目するのではなく、購入者の薬剤服用歴の記録に基づき、情報提供を行い、必要に応じて医療機関へのアクセスの確保を行っていること。また、要指導医薬品等は単に最低限の品目を有していれ	(14) 一般用医薬品を販売していること。なお、一般用医薬品の販売の際には、購入される一般用医薬品のみに着目するのではなく、購入者の薬剤服用歴の記録に基づき、情報提供を行い、必要に応じて医療機関へのアクセスの確保を行っていること。

ばいいものではなく、購入を希望して来局する者が症状等に応じて必要な医薬品が選択できるよう、様々な種類の医薬品を取り扱うべきであり、健康サポート薬局（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施行規則第１条第２項第５号で規定する薬局）の届出要件とされている48薬効群の品目を取り扱うこと。薬効群については、独立行政法人医薬品医療機器総合機構の一般用医薬品・要指導医薬品の添付文書検索システムに記載されているものであること。	
イ　健康相談又は健康教室を行うとともに、栄養・食生活、身体活動・運動、休養、こころの健康づくり、飲酒、喫煙など生活習慣全般に係る相談について応需・対応し、地域住民の生活習慣の改善、疾病の予防に資する取組を行うといった健康情報拠点としての役割を果たすこと。	(16) 健康相談又は健康教室を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し、周知していること。 (15) 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、こころの健康づくり、飲酒、喫煙など生活習慣全般に係る相談についても応需・対応し、地域住民の生活習慣の改善、疾病の予防に資する取組を行うといった健康情報拠点としての役割を果たすこと。
ウ　緊急避妊薬を備蓄するとともに、当該医薬品を必要とする者に対する相談について適切に応需・対応し、調剤を行う体制を整備していること。	（新設）
エ　当該保険薬局の敷地内における禁煙の取扱いについて、次の基準を満たしていること。 ① 当該保険薬局の敷地内が禁煙であること。 ② 保険薬局が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険薬局の保有又は借用している部分が禁煙であること。	（新設）

オ　当該保険薬局及び当該薬局に併設される医薬品の店舗販売業（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（昭和三十五年法律第百四十五号）第25条第１号に基づく許可を有する店舗）において、たばこ及び喫煙器具を販売していないこと。	（新設）
(12) 施設基準に適合するとの届出をした後は、(1)のア又はウの(ｲ)の①から⑩まで及び(4)のウについては、前年５月１日から当年４月末日までの実績をもって施設基準の適合性を判断し、当年６月１日から翌年５月末日まで所定点数を算定できるものとする。この場合の処方箋受付回数は、前年５月１日から当年４月末日までの処方箋受付回数とする。	(24) 施設基準に適合するとの届出をした後は、(1)のアの(ｲ)の②、④及び(1)のイ、ウ及びエの(ｲ)の①から⑨までについては、前年３月１日から当年２月末日までの実績をもって施設基準の適合性を判断し、当年４月１日から翌年３月末日まで所定点数を算定できるものとする。この場合の処方箋受付回数は、前年３月１日から当年２月末日までの処方箋受付回数とする。
２　届出に関する事項	２　届出に関する事項
(1) 地域支援体制加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式●の●を用いること。	(1) 地域支援体制加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式87の３及び様式87の３の２又は様式87の３の３を用いること。
(2) 令和６年５月31日時点で調剤基本料１の届出を行っている保険薬局であって、従前の要件を満たしているとして、地域支援体制加算の施設基準に係る届出を行っているものについては、令和６年８月31日までの間に限り、１の(1)のアの(ｲ)の①から⑩、(2) のイ、オ、(3) のエ及び(11)のア、ウ、オに規定する要件を満たしているものとする。また、令和６年５月31日時点で調剤基本料１以外の届出を行っている保険薬局であって、従前の要件を満たしているとして、地域支援体制加算３の施設基準に係る届出を行っているものについては、令和６年８月31日までの間	(2) 令和４年３月31日時点で調剤基本料１の届出を行っている保険薬局であって、従前の「在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績」を満たしているとして、地域支援体制加算の施設基準に係る届出を行っているものについては、令和５年３月31日までの間に限り、１の (1) のアの(ｲ)の②に規定する「在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績」の要件を満たしているものとする。また、令和４年３月31日時点で調剤基本料１以外の届出を行っている保険薬局であって、従前の「在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績」を満たしているとして、地域

に限り、１の（2）のイ、オ、（3）のエ及び(11)のア、ウ、オに規定する要件を満たしているもとし、地域支援体制加算４の施設基準に係る届出を行っているものについては、令和６年８月31日までの間に限り、１の（2）のイ、オ、（3）のエ、(4）のウ、(6）及び１の(11)のア、ウ、オに規定する要件を満たしているものとする。 (3) 令和６年８月31日時点で地域支援体制加算を算定している保険薬局であって、令和６年９月１日以降も算定する場合においては、前年８月１日から当年７月末日までの実績をもって施設基準の適合性を判断し、当年９月１日から翌年５月末日まで所定点数を算定できるものとする。この場合の処方箋受付回数は、前年８月１日から当年７月末日までの処方箋受付回数とする。	支援体制加算の施設基準に係る届出を行っているものについては、令和５年３月31日までの間に限り、１の（1）のイの(ｲ)の⑦に規定する「在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績」の基準を満たしているものとする。 (3) 令和４年３月31日時点で現に調剤基本料１を算定している保険薬局であって、同日後に調剤基本料３のハを算定することとなったものについては、令和５年３月31日までの間に限り、調剤基本料１を算定している保険薬局とみなし、地域支援体制加算の施設基準を満たしているかを判断する。

【Ⅲ－８　薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進－③】

③　休日・深夜加算の見直し

第１　基本的な考え方

地域の医薬品供給拠点としての役割を担い、地域医療に貢献する薬局の整備を進めていく観点から、夜間・休日対応を含めた、薬局における体制に係る評価を見直す。

第２　具体的な内容

閉局時間のうち休日及び深夜における薬局での対応について、コロナ禍における地域の行政機関からの要請を受けて対応した実態も踏まえ、薬局の休日・深夜の業務に係る評価の明確化を行う。

改　定　案	現　　行
【調剤技術料の時間外加算等】 ［算定要件］ ア～オ　（略） カ　休日加算 （ｲ）　（略） （ﾛ）休日加算は次の患者について算定できるものとする。なお、①以外の理由により常態として又は臨時に当該休日に開局している保険薬局の開局時間内に調剤を受けた患者については算定できない。 ①　地域医療の確保の観点から、以下に掲げる場合において休日に調剤を受けた患者 ・救急医療対策の一環として設けられている保険薬局の場合、輪番制による休日当番保険薬局の場合 ・感染症対応等の一環として地域の行政機関の要請を受けて休日に開局して調剤を行う保険薬局の場合 ②　（略）	【調剤技術料の時間外加算等】 ［算定要件］ ア～オ　（略） カ　休日加算 （ｲ）　（略） （ﾛ）休日加算は次の患者について算定できるものとする。なお、①以外の理由により常態として又は臨時に当該休日に開局している保険薬局の開局時間内に調剤を受けた患者については算定できない。 ①　地域医療の確保の観点から、救急医療対策の一環として設けられている施設、又は輪番制による休日当番保険薬局等、客観的に休日における救急医療の確保のために調剤を行っていると認められる保険薬局で調剤を受けた患者 ②　（略）

キ　深夜加算 (ｲ)　深夜加算は、次の患者について算定できるものとする。なお、①以外の理由により常態として又は臨時に当該深夜時間帯を開局時間としている保険薬局において調剤を受けた患者については算定できない。 ①　地域医療の確保の観点から、以下に掲げる場合において深夜に調剤を受けた患者 ・救急医療対策の一環として設けられている保険薬局の場合、輪番制による深夜当番保険薬局の場合 ・感染症対応等の一環として地域の行政機関の要請を受けて深夜に開局して調剤を行う保険薬局の場合 ②　（略） (ﾛ)　（略）	キ　深夜加算 (ｲ)　深夜加算は、次の患者について算定できるものとする。なお、①以外の理由により常態として又は臨時に当該深夜時間帯を開局時間としている保険薬局において調剤を受けた患者については算定できない。 ①　地域医療の確保の観点から、救急医療対策の一環として設けられている施設、又は輪番制による深夜当番保険薬局等、客観的に深夜における救急医療の確保のために調剤を行っていると認められる保険薬局で調剤を受けた患者 ②　（略） (ﾛ)　（略）

【Ⅲ－８　薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進－④】

④　いわゆる同一敷地内薬局に関する評価の見直し

第１　基本的な考え方

いわゆる同一敷地内薬局への対応として、医薬品の備蓄等の効率性、医療経済実態調査に基づく薬局の費用構造や損益率の状況、同一敷地における医療機関との関係性等を踏まえ、特別調剤基本料を算定する薬局の調剤及び当該同一敷地における医療機関の処方について、評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．特別調剤基本料についてＡ及びＢの区分を設け、評価を見直す。

２．いわゆる同一敷地内薬局を対象とする特別調剤基本料Ａにおいては、調剤基本料１、２及び３のイ～ハと同様に調剤基本料の施設基準の届出を求める。

３．調剤基本料にかかる施設基準の届出を行っていない保険薬局に対しては特別調剤基本料Ｂの算定区分を適用するとともに、調剤基本料の諸加算の算定を不可とする。

改　定　案	現　　行
【調剤基本料】	【調剤基本料】
１　調剤基本料１　●●点	１　調剤基本料１　42点
２　調剤基本料２　●●点	２　調剤基本料２　26点
３　調剤基本料３	３　調剤基本料３
イ　●●点	イ　21点
ロ　●●点	ロ　16点
ハ　●●点	ハ　32点
４　特別調剤基本料Ａ　●●点	（新設）
［算定要件］	［算定要件］
注１　（略）	注１　（略）
２　別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、注１本文の規定にかかわらず、特別調剤基本料Ｂとして、処方箋の受付１回につき●●点を算定する。	２　別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、注１本文の規定にかかわらず、特別調剤基本料として、処方箋の受付１回につき７点を算定する。

３・４　（略） ５　（略） ※　地域支援体制加算については「Ⅲ－８－②」を参照のこと。 ６　（略） ※　連携強化加算については「Ⅱ－６－⑥」を参照のこと。 ７　保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）第７条の２に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局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（区分番号００に掲げる特別調剤基本料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●●に相当する点数）を所定点数に加算する。この場合において、注２に規定する特別調剤基本料Ｂを算定する保険薬局は当該加算を算定できない。 イ　後発医薬品調剤体制加算１　21点 ロ　後発医薬品調剤体制加算２　28点 ハ　後発医薬品調剤体制加算３　30点 ８～11　（略） 12　（略） ※　在宅薬学総合体制加算については「Ⅱ－８－㉙」を参照のこと。 13　（略） ※　医療DX推進体制整備加算については「Ⅱ－１－②」を参照のこと。	３・４　（略） ５　（略） ※　地域支援体制加算については「Ⅲ－８－②」を参照のこと。 ６　（略） ※　連携強化加算については「Ⅱ－６－⑥」を参照のこと。 ７　保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）第７条の２に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局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（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調剤した場合には、それぞれの点数の100分の80に相当する点数）を所定点数に加算する。 イ　後発医薬品調剤体制加算１　21点 ロ　後発医薬品調剤体制加算２　28点 ハ　後発医薬品調剤体制加算３　30点 ８～11　（略） （新設） （新設）
［施設基準］ 一　調剤基本料の施設基準	［施設基準］ 一　調剤基本料の施設基準

(1) 調剤基本料１の施設基準 (2)から(6)までのいずれにも該当しない保険薬局であること。 (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～ホ　（略） (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三万五千回を超え、四万回以下のグループに属する保険薬局（(6)に該当するものを除く。）のうち、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が九割五分を超える又は特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引があること。 ロ　同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が一月に四万回を超え、四十万回以下のグループに属する保険薬局（(6)に該当するものを除く。）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。 (4) 調剤基本料３のロの施設基準 同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が一月に四十万回を超える又は同一グループの保険薬局の数が三百以上のグループに属する保険薬局（(6)に該当するものを除く。）のうち、次のいずれかに該当する保険薬局であること。	(1) 調剤基本料１の施設基準 (2)から(5)まで又は二の二の(1)のいずれにも該当しない保険薬局であること。 (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)及び二の二の(1)に該当するものを除く。）であること。 イ～ホ　（略） (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三万五千回を超え、四万回以下のグループに属する保険薬局（二の二の(1)に該当するものを除く。）のうち、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が九割五分を超える又は特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引があること。 ロ　同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が一月に四万回を超え、四十万回以下のグループに属する保険薬局（二の二の(1)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。 (4) 調剤基本料３のロの施設基準 同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が一月に四十万回を超える又は同一グループの保険薬局の数が三百以上のグループに属する保険薬局（二の二の(1)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

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八割五分を超えること。 ロ　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。 (5)　調剤基本料３のハの施設基準 同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が一月に四十万回を超える又は同一グループの保険薬局の数が三百以上のグループに属する保険薬局（(2)、(4)のロ又は(6)に該当するものを除く。）のうち、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が八割五分以下であること。 (6)　特別調剤基本料Ａの施設基準 保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険薬局（当該保険薬局の所在する建物内に保険医療機関（診療所に限る。）が所在している場合を除く。）であって、当該保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が●●割を超えること。	ること。 イ　特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が八割五分を超えること。 ロ　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。 (5)　調剤基本料３のハの施設基準 同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が一月に四十万回を超える又は同一グループの保険薬局の数が三百以上のグループに属する保険薬局（(2)、(4)のロ又は二の二の(1)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。 （新設）
二　（略） 二の二　調剤基本料の注２に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局 （削除） 一の(1)から(6)までのいずれかに適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以外	二　（略） 二の二　調剤基本料の注２に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局 次のいずれかに該当する保険薬局であること。 (1)　保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険薬局（当該保険薬局の所在する建物内に保険医療機関（診療所に限る。）が所在している場合を除く。）であって、当該保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が七割を超えること。 (2)　一の(1)から(5)までのいずれかに適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

の保険薬局であること。	局以外の保険薬局であること。

４．薬学管理料の各算定項目について、特別調剤基本料Ａを算定する保険薬局においては特別な関係を有する医療機関への情報提供等に係る評価を見直すとともに、特別調剤基本料Ｂを算定する保険薬局においては算定を不可とする。

改　定　案	現　　行
【服薬管理指導料】 ［算定要件］ 注１　１及び２については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付１回につき所定点数を算定する。ただし、１の患者であって手帳を提示しないものに対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、２により算定する。ただし、区分番号００に掲げる調剤基本料の注２に規定する特別調剤基本料Ｂを算定する保険薬局は、いずれの場合においても算定できない。 イ～へ　（略） 15　区分番号００に掲げる特別調剤基本料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、注６及び注９に規定する加算は、算定できない。 ※　特別調剤基本料Ａを算定する薬局に関しては、かかりつけ薬剤師指導料の特定薬剤管理指導加算２及び吸入薬指導加算、服用薬剤調整支援料２、外来服薬支援料１並びに調剤後薬剤管理指導料についても同様。 ※　特別調剤基本料Ｂを算定する薬局に関しては、調剤管理料、服薬管理指導料、かかりつけ薬剤師指導料、かかりつけ薬剤師包括管理	【服薬管理指導料】 ［算定要件］ 注１　１及び２については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付１回につき所定点数を算定する。ただし、１の患者であって手帳を提示しないものに対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、２により算定する。 イ～へ　（略） （新設）

料、外来服薬支援料、服用薬剤調整支援料、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、退院時共同指導料、服薬情報等提供料、調剤後薬剤管理指導料及び在宅移行初期管理料についても同様。	

５．医療機関の多剤処方時の薬剤料と同様に、いわゆる同一敷地内薬局においても多剤調剤時の薬剤料を減額する規定を設ける。

改　定　案	現　　行
【使用薬剤料】 ［算定要件］ １・２　（略） ３　区分番号００に掲げる特別調剤基本料Ａを算定する薬局及び区分番号００に掲げる調剤基本料の注２に規定する特別調剤基本料Ｂを算定する薬局において、処方につき７種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）の調剤を行った場合には、所定点数の100分の●●に相当する点数により算定する。	【使用薬剤料】 ［算定要件］ １・２　（略） （新設）

６．１月あたりの処方箋の交付が平均 4000 回を超える医療機関が、当該医療機関の交付する処方箋による調剤の割合が９割を超える薬局と不動産取引等の特別な関係を有する場合の処方箋料の評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【処方箋料】 ［算定要件］ 注１～８　（略） ９　１、２及び３について、直近３月に処方箋を交付した回数が一定以上である保険医療機関が、別表第三調剤報酬点数表区分番号００調剤基本料に掲げる特別調剤基本料Ａを算定する薬局であって、当該保険医療機関から集中的に処方箋を受け付け	【処方箋料】 ［算定要件］ 注１～８　（略） （新設）

ているものと不動産取引等その他の特別の関係を有する場合は、１、２又は３の所定点数に代えて、それぞれ●●点、●●点又は●●点を算定する。	

※　上記に併せて、保険薬局の指定・更新時の土地・建物の賃貸借料等の確認を含めた保険薬局に係る指定手続きの見直しを行う。

※　いわゆる同一敷地内薬局については、

・医療機関及び薬局が地域医療に果たす役割、

・同一敷地内の医療機関と薬局における、①構造的、機能的及び経済的な独立性、②医療機関の敷地内薬局を開設する際の公募等における要件、③土地・建物の賃貸借料等を踏まえた双方の関係性、

・薬局の収益構造において費用に占める医薬品等費と医薬品購入状況等の医薬品流通の観点からの実態

等を踏まえた、当該薬局及び当該薬局を有するグループとしての評価の在り方に関して、中医協で引き続き検討する。

⑤　連携強化加算（調剤基本料）の見直し

「Ⅱ－６－⑥」を参照のこと。

①　長期収載品の保険給付の在り方の見直し

第１　基本的な考え方

医療保険財政の中で、イノベーションを推進する観点から、長期収載品について、保険給付の在り方の見直しを行うこととし、選定療養の仕組みを導入する。

第２　具体的な内容

１．長期収載品の保険給付の在り方の見直しとして、選定療養の仕組みを導入し、後発医薬品の上市後５年以上経過したもの又は後発医薬品の置換率が50%以上となった長期収載品を対象に、後発医薬品の最高価格帯との価格差の４分の３までを保険給付の対象とする。

２．医療上の必要性があると認められる場合（例：医療上の必要性により医師が銘柄名処方（後発品への変更不可）をした場合）や、後発医薬品を提供することが困難な場合（例：薬局に後発医薬品の在庫が無い場合）については、選定療養とはせず、引き続き、保険給付の対象とする。

３．長期収載品は、準先発品を含むこととし、バイオ医薬品は対象外とする。また、後発医薬品への置換率が極めて低い場合（置換率が１%未満）である長期収載品は、上市後５年以上経過したものであっても、後発医薬品を提供することが困難な場合に該当することから、対象外とする。

４．あわせて、次のような対応を行う。

- 長期収載品の投与に係る特別の料金その他必要な事項を当該保険医療機関及び当該保険薬局内の見やすい場所に掲示しなければならないものとする。
- 医療上の必要性があると認められる場合について、処方等の段階で明確になるよう、処方箋様式を改正する。

［施行日等］
令和６年10月１日から施行・適用する。

②　医薬品取引状況に係る報告の見直し

第１　基本的な考え方

「医療用医薬品の流通の改善に関する懇談会」で取りまとめられた「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」（以下「流通改善ガイドライン」という。）の改訂を踏まえ、医薬品の適正な流通を確保する観点から、保険医療機関及び保険薬局の医薬品取引状況に係る報告の見直しを行う。

第２　具体的な内容

医療用医薬品の適正な流通取引が行われる環境を整備するため、今般改訂される流通改善ガイドラインを踏まえ、現在報告を求めている医療用医薬品の単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況に代えて、取引に係る状況の報告を求めるとともに、流通改善ガイドラインを踏まえた流通改善に関する取組状況について報告を求めることとする。

なお、流通改善ガイドラインは本年度中に改訂予定であり、現在示されている改訂案に基づき報告内容を見直すものである。

１．（調剤報酬）

改　定　案	現　　行
【調剤基本料】 ［算定要件］ ２　調剤基本料の注４に規定する保険薬局 (1)　以下のいずれかに該当する保険薬局である場合、調剤基本料を100分の50に減算する。なお、詳細な施設基準については、特掲診療料施設基準通知を参照すること。 ア　（略） イ　医療用医薬品の取引価格の妥結率、取引に係る状況並びに流通改善に係る取組状況を地方厚生（支）局長に報告して	【調剤基本料】 ［算定要件］ ２　調剤基本料の注４に規定する保険薬局 (1)　以下のいずれかに該当する保険薬局である場合、調剤基本料を100分の50に減算する。なお、詳細な施設基準については、特掲診療料施設基準通知を参照すること。 ア　（略） イ　医療用医薬品の取引価格の妥結率、単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況を地方厚生（支）局長に報告して

いない保険薬局 ウ　（略） (2)　（略） ［施設基準］ 三　調剤基本料の注４に規定する保険薬局 (1)　（略） (2)　当該保険薬局における医療用医薬品の取引価格の妥結率、医療用医薬品の取引に係る状況及び流通改善に関する取組に係る状況について、地方厚生局長等に報告していない保険薬局であること。 (3)　（略）	いない保険薬局 ウ　（略） (2)　（略） ［施設基準］ 三　調剤基本料の注４に規定する保険薬局 (1)　（略） (2)　当該保険薬局における医療用医薬品の取引価格の妥結率、単品単価契約率（卸売販売業者（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（昭和三十五年法律第百四十五号。以下「医薬品医療機器等法」という。）第三十四条第五項に規定する卸売販売業者をいう。以下同じ。）と当該保険薬局との間で取引された医療用医薬品に係る契約に占める、品目ごとに医療用医薬品の価値を踏まえて価格を決定した契約の割合をいう。）及び一律値引き契約（卸売販売業者と当該保険薬局との間で取引価格が定められた医療用医薬品のうち、一定割合以上の医療用医薬品について総価額で交渉し、総価額に見合うよう当該医療用医薬品の単価を同一の割合で値引きすることを合意した契約をいう。）に係る状況について、地方厚生局長等に報告していない保険薬局であること。 (3)　（略）

２．（医科点数表）

改　定　案	現　　行
【初診料】 ［算定要件］ (10)　「注４」に規定する保険医療機関において、医薬品価格調査の信頼性を確保する観点から、毎年９月末日においても妥結率が低い状況又は妥結率、医療用医薬品の取引に係る状況及び流通改善に関する取組に係る状況が報告していない状況のまま、初診を行った場合は、特定妥結率初診料を算定する。 (11)　妥結率、医療用医薬品の取引及び流通改善に関する取組の取扱いについては、基本診療料施設基準通知の別添１の第２の５を参照のこと。 (12)　(11)に規定する報告の際には、保険医療機関と卸売販売業者で取引価格の決定に係る契約書の写し等妥結率の根拠となる資料を併せて提出すること。 ※　再診料及び外来診療料においても同様の取扱いとなる。 ［施設基準］ 一の二　医科初診料の特定妥結率初診料、医科再診料の特定妥結率再診料及び外来診療料の特定妥結率外来診療料の施設基準 (1)　（略） (2)　当該保険医療機関における医療用医薬品の取引価格の妥結率、医療用医薬品の取引に係る状況及び流通改善に関する取組に係る状況について、地方厚生局長等に報告していない保険医療機関であること。	【初診料】 ［算定要件］ (10)　「注４」に規定する保険医療機関において、医薬品価格調査の信頼性を確保する観点から、毎年９月末日においても妥結率が低い状況又は妥結率、単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況が報告していない状況のまま、初診を行った場合は、特定妥結率初診料を算定する。 (11)　妥結率、単品単価契約率及び一律値引き契約の取扱いについては、基本診療料施設基準通知の別添１の第２の５を参照のこと。 (12)　(11)に規定する報告の際には、保険医療機関と卸売販売業者で取引価格の決定に係る契約書の写し等妥結率の根拠となる資料を併せて提出すること。 ［施設基準］ 一の二　医科初診料の特定妥結率初診料、医科再診料の特定妥結率再診料及び外来診療料の特定妥結率外来診療料の施設基準 (1)　（略） (2)　当該保険医療機関における医療用医薬品の取引価格の妥結率、単品単価契約率（卸売販売業者（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（昭和三十五年法律第百四十五号）第三十四条第五項に規定する卸売販売業者をいう。以下同

	じ。）と当該保険医療機関との間で取引された医療用医薬品に係る契約に占める、品目ごとに医療用医薬品の価値を踏まえて価格を決定した契約の割合をいう。）及び一律値引き契約（卸売販売業者と当該保険医療機関との間で取引価格が定められた医療用医薬品のうち、一定割合以上の医療用医薬品について総価額で交渉し、総価額に見合うよう当該医療用医薬品の単価を同一の割合で値引きすることを合意した契約をいう。）に係る状況について、地方厚生局長等に報告していない保険医療機関であること。

※　上記の改正に伴い、「妥結率等に係る報告書」（現行の様式２の４及び様式 85）における報告事項ついては、妥結率のほか、現行の報告書で求めている単品単価契約率、一律値引き契約の状況に代えて、以下の事項の報告を求めることとする。

○　医薬品取引に係る状況（報告の前年度の医薬品取引の状況も含む。）

○　医療用医薬品の流通改善に向けた取組（流通改善ガイドラインの改訂内容に基づく主な取組事項の確認）

③　プログラム医療機器についての評価療養の新設

第１　基本的な考え方

イノベーションの促進の観点から、一般的に侵襲性が低いプログラム医療機器の特性も踏まえつつ、薬事上の第１段階承認を取得したプログラム医療機器及びチャレンジ申請を行うプログラム医療機器の使用又は支給について、評価療養として実施可能とする。

第２　具体的な内容

１．薬事上の第１段階承認を取得しているものの保険適用がされていないプログラム医療機器であって、市販後に臨床的エビデンスが確立された後、承認事項一部変更承認申請等を行うことで第２段階承認を取得し、保険適用を目指しているものの使用又は支給であって、次の事項を満たすものについて、保険診療との併用を認め、評価療養として実施可能とする。

（１）第１段階承認を取得後、第２段階承認の申請前のものについては、当該プログラム医療機器の第２段階承認及び保険適用のための準備に必要と認められる期間に限り実施可能とする。

（２）第２段階承認の申請中のものについては、第２段階承認の申請に係る使用目的等に従って、第２段階承認の申請が受理されてから２年間に限り実施可能とする。

（３）第２段階承認を取得後、保険適用前のものについては、必要な体制が整備された病院若しくは診療所又は薬局において、保険適用を希望した日から起算して●●日間に限り実施可能とする。

２．既に保険適用されているプログラム医療機器であって、保険適用されていない範囲における使用に係る有効性に関し、使用成績を踏まえた再評価を目指すものの使用又は支給であって、次の事項を満たすものについて、保険診療との併用を認め、評価療養として実施可能とする。

（１）使用成績を踏まえた再評価に係る申請前のものについては、再評価のための申請に係る権利の取得の際に付された条件に従って、再評価のための準備に必要と認められる期間に限り実施可能とする。

（２）使用成績を踏まえた再評価に係る申請中のものについては、再評価の申請を行った日から起算して●●日間に限り実施可能とする。

①　医療 DX 及び医薬品の安定供給に資する取組の推進に伴う処方等に係る評価の再編

第１　基本的な考え方

医療 DX 及び医薬品の安定供給に資する取組を更に推進する観点から処方等に係る評価体系の見直しを行う。

第２　具体的な内容

１．一般名処方加算について、医薬品の供給不足等の場合における治療計画の見直し等に対応できる体制の整備並びに患者への説明及び院内掲示にかかる要件を設けるとともに、評価を見直す。

改　定　案	現　　行
F400　処方箋料 ［算定要件］ 注７　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 ［施設基準］ 第七　投薬 五　医科点数表区分番号Ｆ４００に掲げる処方箋料の注７及び歯科点数表区分番号Ｆ４００に掲げる処方箋料の注６に規定する一般名処方加算の施設基準 (1) 薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付する場合には、医薬品の供給状況等を踏まえつつ、一般名処方の趣旨を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	F400　処方箋料 ［算定要件］ 注７　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　７点 ロ　一般名処方加算２　５点 ［施設基準］ 第七　投薬 （新設）

所に掲示していること。 (2) (1)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。 ［経過措置］ 令和●年●月●日までの間に限り、(2)に該当するものとみなす。	

２.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について、医薬品の供給が不足等した場合における治療計画の見直し等に対応できる体制の整備並びに患者への説明及び院内掲示にかかる要件を設けるとともに、評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【後発医薬品使用体制加算】 １　後発医薬品使用体制加算１　●●点 ２　後発医薬品使用体制加算２　●●点 ３　後発医薬品使用体制加算３　●●点	【後発医薬品使用体制加算】 １　後発医薬品使用体制加算１　47点 ２　後発医薬品使用体制加算２　42点 ３　後発医薬品使用体制加算３　37点
［施設基準］ 三十五の三　後発医薬品使用体制加算の施設基準 (1) 後発医薬品使用体制加算１の施設基準 イ～ハ　（略） 二　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。 ホ　後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨並びに二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。 へ　ホの掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載し	［施設基準］ 三十五の三　後発医薬品使用体制加算の施設基準 (1) 後発医薬品使用体制加算１の施設基準 イ～ハ　（略） （新設） 二　後発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見やすい場所に掲示していること。

ていること。	
(2) 後発医薬品使用体制加算２の施設基準 イ～ハ　（略） 二　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。 ホ　後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨並びに二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。 へ　ホ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)　後発医薬品使用体制加算２の施設基準 イ～ハ　（略） （新設） ニ　後発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見やすい場所に掲示していること。
(3)　後発医薬品使用体制加算３の施設基準 イ～ハ　（略） 二　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。 ホ　後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨並びに二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薬剤を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。 へ　ホ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。	(3)　後発医薬品使用体制加算３の施設基準 イ～ハ　（略） （新設） ニ　後発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見やすい場所に掲示していること。
［経過措置］	

令和●年●月●日までの間に限り、(1)のヘ、(2)のヘ又は(3)のヘに該当するものとみなす。	
【外来後発医薬品使用体制加算】 イ　外来後発医薬品使用体制加算１　●●点 ロ　外来後発医薬品使用体制加算２　●●点 ハ　外来後発医薬品使用体制加算３　●●点	【外来後発医薬品使用体制加算】 イ　外来後発医薬品使用体制加算１　５点 ロ　外来後発医薬品使用体制加算２　４点 ハ　外来後発医薬品使用体制加算３　２点
[施設基準] (1)　外来後発医薬品使用体制加算１の施設基準 イ～ハ　（略） 二　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。 ホ　後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨並びに二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。 ヘ　ホの掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。	[施設基準] (1)　外来後発医薬品使用体制加算１の施設基準 イ～ハ　（略） （新設） 二　後発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見やすい場所に掲示していること。
(2)　外来後発医薬品使用体制加算２の施設基準 イ～ハ　（略） 二　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。 ホ　後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨並びに二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	(2)　外来後発医薬品使用体制加算２の施設基準 イ～ハ　（略） （新設） 二　後発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見やすい場所に掲示していること。

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。 へ　ホ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。 (3)　外来後発医薬品使用体制加算３の施設基準 イ～ハ　（略） 二　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。 ホ　後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨並びに二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。 へ　ホ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。 ［経過措置］ 令和●年●月●日までの間に限り、(1)のへ、(2)のへ又は(3)のへに該当するものとみなす。	(3)　外来後発医薬品使用体制加算３の施設基準 イ～ハ　（略） （新設） 二　後発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見やすい場所に掲示していること。

３．医療 DX の推進による効率的な処方体系の整備が進められていること並びに一般名処方加算、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の見直しに伴い、薬剤情報提供料及び処方箋料の点数を見直す。

改　定　案	現行
【薬剤情報提供料】 薬剤情報提供料　●●点 【処方箋料】 １　３種類以上の抗不安薬、３種類	【薬剤情報提供料】 薬剤情報提供料　10点 【処方箋料】 １　３種類以上の抗不安薬、３種類

以上の睡眠薬、３種類以上の抗うつ薬、３種類以上の抗精神病薬又は４種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び３種類の抗うつ薬又は３種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合 ●●点 ２　１以外の場合であって、７種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が２週間以内のもの及び区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して１年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く。）を行った場合 ●●点 ３　１及び２以外の場合　●●点	以上の睡眠薬、３種類以上の抗うつ薬、３種類以上の抗精神病薬又は４種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び３種類の抗うつ薬又は３種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合 28点 ２　１以外の場合であって、７種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が２週間以内のもの及び区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して１年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く。）を行った場合 40点 ３　１及び２以外の場合　68点

４．いわゆる湿布薬の処方枚数制限の規定に関して、該当品目の承認状況を踏まえ、「湿布薬」の用語を見直す。

改　定　案	現　　行
【第５部　投薬】 通則 ５　入院中の患者以外の患者に対して、１処方につき63枚を超えて貼付剤を投薬した場合は、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（当該超過分に係る薬剤料に限る。）、区分番号Ｆ４００に掲げる処方箋料及び区分番号Ｆ５００に掲げる	【第５部　投薬】 通則 ５　入院中の患者以外の患者に対して、１処方につき63枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、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（当該超過分に係る薬剤料に限る。）、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、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず63枚を超えて投薬する場合には、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。	調剤技術基本料は、算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず63枚を超えて投薬する場合には、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。
［算定留意事項］ 第５部　投薬 ＜通則＞ 10　「通則５」の貼付剤とは、鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤（ただし、麻薬若しくは向精神薬であるもの又は専ら皮膚疾患に用いるものを除く。）をいう。ただし、各種がんにおける鎮痛の目的で用いる場合はこの限りでない。	［算定留意事項］ 第５部　投薬 ＜通則＞ 10　「通則５」の湿布薬とは、貼付剤のうち、薬効分類上の鎮痛、鎮痒、収斂、消炎剤（ただし、専ら皮膚疾患に用いるものを除く。）をいう。
Ｆ４００　処方箋料 (15)保険医療機関及び保険医療養担当規則において、投与量に限度が定められている医薬品及び貼付剤については、リフィル処方箋による処方を行うことはできない。	Ｆ４００　処方箋料 (15)　保険医療機関及び保険医療養担当規則において、投与量に限度が定められている医薬品及び湿布薬については、リフィル処方箋による処方を行うことはできない。
別表第三　調剤報酬点数表 ［算定留意事項］ ８　リフィル処方箋による調剤 (1)　通則 ア　（略） イ　保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号）において、投与量に限度が定められている医薬品及び貼付剤については、リフィル処方箋による調剤を行うことはできない。	別表第三　調剤報酬点数表 ［算定留意事項］ ８　リフィル処方箋による調剤 (1)　通則 ア　（略） イ　保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号）において、投与量に限度が定められている医薬品及び湿布薬については、リフィル処方箋による調剤を行うことはできない。

②　バイオ後続品の使用促進

第１　基本的な考え方

バイオ後続品に係る患者への適切な情報提供を推進する観点から、入院医療においてバイオ後続品の有効性や安全性について十分な説明を行い、バイオ医薬品ごとの特性を踏まえた使用数量割合の基準を満たす医療機関について新たな評価を行うとともに、バイオ後続品導入初期加算について対象患者を拡大する。

第２　具体的な内容

１．入院医療においてバイオ後続品を使用している保険医療機関において、患者に対して、バイオ後続品の有効性や安全性について十分な説明を行った上で使用し、成分の特性を踏まえた使用目標を達成した場合の評価を新設する。

（新）　バイオ後続品使用体制加算（入院初日）　●●点

［対象患者］

入院患者であって、バイオ後続品のある先発バイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く。）及びバイオ後続品を使用している患者

［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（特別入院基本料等含む。）又は第３節の特定入院料のうち、バイオ後続品使用体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって、バイオ後続品のある先発バイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く。）及びバイオ後続品を使用する患者について、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）バイオ後続品の使用を促進するための体制が整備されていること。

（２）直近１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。）

及びバイオ後続品の使用回数が●●回を超えること。

（３）当該保険医療機関において調剤したバイオ後続品のある先発バイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く。）及びバイオ後続品について、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、以下のいずれも満たすこと。

イ　次に掲げる成分について、当該保険医療機関において調剤した先発バイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く。）及びバイオ後続品について、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●●%以上であること。ただし、当該成分の規格単位数量が●●未満の場合を除く。

①　エポエチン
②　リツキシマブ
③　トラスツズマブ
④　テリパラチド

ロ　次に掲げる成分について、当該保険医療機関において調剤した先発バイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く。）及びバイオ後続品について、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●●%以上であること。ただし、当該成分の規格単位数量が●●未満の場合を除く。

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

（４）バイオ後続品の使用に積極的に取り組んでいる旨を、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

（５）（４）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。

［経過措置］

令和●年●月●日までの間に限り、（５）に該当するものとみなす。

２．バイオ後続品導入初期加算の対象患者について、外来化学療法を実施している患者から、医療機関において注射するバイオ後続品を使用する全ての患者に見直す。

改　定　案	現　　行
【第６部　注射】 ［算定要件］ 通則 ７　入院中の患者以外の患者に対する注射に当たって、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して３月を限度として、月１回に限り150点を更に所定点数に加算する。	【第６部　注射】 ［算定要件］ 通則 ７　前号に規定する場合であって、当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して３月を限度として、月１回に限り150点を更に所定点数に加算する。

３．２に伴い、外来腫瘍化学療法診療料におけるバイオ後続品導入初期加算は廃止する。

改　定　案	現　　行
【外来腫瘍化学療法診療料】 （削除）	【外来腫瘍化学療法診療料】 注７　当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して３月を限度として、月１回に限り150点を更に所定点数に加算する。

③　長期収載品の保険給付の在り方の見直し

「Ⅲ－９－①」を参照のこと。

④　再製造単回使用医療機器の使用に対する評価

第１　基本的な考え方

再製造単回使用医療機器の使用を推進する観点から、再製造単回使用医療機器の使用実績を有する医療機関において、手術における再製造単回使用医療機器の使用について新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

再製造単回使用医療機器である特定保険医療材料の使用に係る実績を有する医療機関において、手術に再製造単回使用医療機器である特定保険医療材料を使用した場合の加算を設ける。

改　定　案	現　　行
【第10部　手術】 通則 21　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合している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、再製造単回使用医療機器（特定保険医療材料に限る。）を手術に使用した場合に、再製造単回使用医療機器使用加算として当該特定保険医療材料の所定点数の100分の●●に相当する点数を当該手術の所定点数に加算する。	【第10部　手術】 通則 （新設）
［施設基準］ 二の八　医科点数表第２章第10部第21号に規定する再製造単回使用医療機器使用加算の施設基準 (1)　再製造単回使用医療機器の使用に係る実績を有していること。 (2)　再製造単回使用医療機器の使用につき必要な体制が整備されていること。	［施設基準］ （新設）

⑤　プログラム医療機器の使用に係る指導管理の評価

「Ⅱ－１－⑯」を参照のこと。

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

１．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
【血液化学検査】 注　患者から１回に採取した血液を用いて本区分の１から８までに掲げる検査を５項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。 イ・ロ　（略） ハ　10項目以上　●●点 【SARS-CoV-2抗原検出（定性）】 ●●点	【血液化学検査】 注　患者から１回に採取した血液を用いて本区分の１から８までに掲げる検査を５項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。 イ・ロ　（略） ハ　10項目以上　106点 【SARS-CoV-2抗原検出（定性）】 300点

２．材料加算として評価されている材料等について、実勢価格及び当該材料の使用実態等を踏まえ、評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算】 ２　ＣＰＡＰを使用した場合 ●●点	【在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算】 ２　ＣＰＡＰを使用した場合 1,000点

【在宅ハイフローセラピー装置加算】 １　自動給水加湿チャンバーを用いる場合 ●●点 ２　１以外の場合 ●●点	【在宅ハイフローセラピー装置加算】 1,600点

３．アルブミン（BCP 改良法・BCG 法）のうち、BCG 法によるものについて、臨床実態等を踏まえ、算定可能な期間を●●年間延長する。

改　定　案	現　　行
【血液化学検査】 ［経過措置］ ４　第２章の規定にかかわらず、区分番号Ｄ００７の１に掲げるアルブミン（ＢＣＰ改良法・ＢＣＧ法）のうち、ＢＣＧ法によるものは、令和●●年●●月●●日までの間に限り、算定できるものとする。	【血液化学検査】 ［経過措置］ ４　第２章の規定にかかわらず、区分番号Ｄ００７の１に掲げるアルブミン（ＢＣＰ改良法・ＢＣＧ法）のうち、ＢＣＧ法によるものは、令和６年３月31日までの間に限り、算定できるものとする。

②　人工腎臓の評価の見直し

第１　基本的な考え方

包括されている医薬品の実勢価格を踏まえ、人工腎臓について評価を見直す。

第２　具体的な内容

人工腎臓について、包括薬剤の実勢価格を踏まえ、評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【人工腎臓（１日につき）】	【人工腎臓（１日につき）】
１　慢性維持透析を行った場合１	１　慢性維持透析を行った場合１
イ　４時間未満の場合　●●点	イ　４時間未満の場合　1,885点
ロ　４時間以上５時間未満の場合　●●点	ロ　４時間以上５時間未満の場合　2,045点
ハ　５時間以上の場合　●●点	ハ　５時間以上の場合　2,180点
２　慢性維持透析を行った場合２	２　慢性維持透析を行った場合２
イ　４時間未満の場合　●●点	イ　４時間未満の場合　1,845点
ロ　４時間以上５時間未満の場合　●●点	ロ　４時間以上５時間未満の場合　2,005点
ハ　５時間以上の場合　●●点	ハ　５時間以上の場合　2,135点
３　慢性維持透析を行った場合３	３　慢性維持透析を行った場合３
イ　４時間未満の場合　●●点	イ　４時間未満の場合　1,805点
ロ　４時間以上５時間未満の場合　●●点	ロ　４時間以上５時間未満の場合　1,960点
ハ　５時間以上の場合　●●点	ハ　５時間以上の場合　2,090点

③　検査、処置及び麻酔の見直し

第１　基本的な考え方

外来診療の実態を踏まえ、効率的な検査、処置及び麻酔の実施を図る観点から、一部の検査、処置及び麻酔の評価を見直す。

第２　具体的な内容

下記の処置、検査及び麻酔について、評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【眼底三次元画像解析】 ●●点	【眼底三次元画像解析】 200点
【細隙灯顕微鏡検査（前眼部及び後眼部）】 ●●点	【細隙灯顕微鏡検査（前眼部及び後眼部）】 112点
【耳垢栓塞除去（複雑なもの）】 １　片側　●●点 ２　両側　●●点	【耳垢栓塞除去（複雑なもの）】 １　片側　100点 ２　両側　180点
【トリガーポイント注射】 ●●点	【トリガーポイント注射】 80点

医療 DX の推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進

「Ⅱ－１」を参照のこと。

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－４」を参照のこと。

外来医療の機能分化・強化等

「Ⅱ－５」を参照のこと。

生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進

「Ⅲ－５」を参照のこと。

【Ⅳ－８　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－①】

①　入院中の薬物療法の適正化に対する取組の推進

「Ⅰ－２－③」を参照のこと。

②　医療 DX 及び医薬品の安定供給に資する取組の推進に伴う処方等に係る評価の再編

「Ⅳ－１－①」を参照のこと。

③　投薬用の容器に関する取扱いの見直し

第１　基本的な考え方

投薬時における薬剤の容器等については、衛生上の理由等から薬局において再利用されていない現状を踏まえ、返還に関する規定の見直しを行う。

第２　具体的な内容

投薬時における薬剤の容器について、患者が医療機関又は薬局に当該容器を返還した場合の実費の返還の取扱いを廃止する。

改　定　案	現　　行
（医科診療報酬点数表） 【第５部　投薬】 ＜通則＞ １・２　（略） ３　投薬時において薬剤の容器を交付する場合は、その実費を徴収できる。 ４・５　（略） （調剤報酬点数表） 【使用薬剤料】 (1) 投薬時において薬剤の容器を交付する場合は、その実費を徴収できる。なお、患者に直接投薬する目的で製品化されている薬剤入りチューブ及び薬剤入り使い捨て容器のように再使用できない薬剤の容器については、患者に容器代金を負担させることはできない。	（医科診療報酬点数表） 【第５部　投薬】 ＜通則＞ １・２　（略） ３　投薬時における薬剤の容器は、原則として保険医療機関から患者へ貸与するものとする。なお、患者が希望する場合には、患者にその実費を求めて容器を交付できるが、患者が当該容器を返還した場合には、当該容器本体部分が再使用できるものについて当該実費を返還しなければならない。 ４・５　（略） （調剤報酬点数表） 【使用薬剤料】 (1) 投薬時における薬剤の容器は、原則として保険薬局から患者へ貸与する。 ただし、患者が希望する場合には、患者から実費を徴収して容器を交付しても差し支えないが、患者が当該容器を返還した場合は、当該容器本体部が再使用できるものについては当該実費を返還する。

(2)～(5)　（略）	なお、患者に直接投薬する目的で製品化されている薬剤入りチューブ及び薬剤入り使い捨て容器のように再使用できない薬剤の容器については、患者に容器代金を負担させることはできない。 (2)～(5)　（略）

【Ⅳ－９　薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進】

薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進

「Ⅲ－８」を参照のこと。

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及び医療 DX の推進において簡素化が求められ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。

（賃上げ全般）

2　看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種を対象とした賃上げに係る評価について、各医療機関における賃上げが適切に実施されているか、実態を適切に把握した上で、検証を行うこと。また、40 歳未満の勤務医師及び勤務歯科医師並びに薬局の勤務薬剤師、事務職員や歯科技工所で従事する者等についても賃上げの実態を適切に把握した上で、検証を行うこと。

（医療 DX）

3　令和 6 年 12 月 2 日から現行の健康保険証の発行が終了することを踏まえ、医療情報取得加算による適切な情報に基づく診療の評価の在り方について令和 6 年度早期より見直しの検討を行うとともに、医療 DX 推進体制整備加算について、今後のマイナンバーカードの保険証利用の利用実態及びその活用状況を把握し、適切な要件設定に向けて検討を行うこと。

　加えて、医療 DX 推進体制整備加算について、電子処方箋の導入状況および電子カルテ共有サービスの整備状況を確認しつつ、評価の在り方について引き続き検討すること。

（働き方改革・人材確保）

4　医師の働き方改革の更なる推進を図る観点から、医療機関全体の取組に対する評価の在り方、タスクシフト・タスクシェアの進捗及び各医療従事者の負担の軽減、人材確保が困難である状況の中での看護補助者の定着等について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、実効性のある取り組みに繋がる評価の在り方等について引き続き検討すること。

（入院医療）

5　新設された地域包括医療病棟において、高齢者の急性疾患の受け入れ状況、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理などのアウトカムなどについて、幅広くデータに基づいた分析を行い、評価の在り方について検討すること。また、地域包括医療病棟の新設に伴い、10 対 1 の急性期一般病棟については、その入院機能を明確にした上で、再編を含め評価の在り方を検討すること。

6　急性期一般病棟入院基本料や高度急性期医療に係る評価、地域で急性期・高度急性期医療を集中的・効率的に提供する体制について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、人口構造や医療ニーズの変化も見据え、重症度、医療・看護必要度、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、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　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、障害者施設等入院基本料、療養病棟入院基本料等について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、求められている役割の更なる推進や提供されている医療の実態の反映の観点から、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。

8　救急医療管理加算の見直しについて、今回改定による影響の調査・検証を行い、より適切な患者の重症度に応じた評価の在り方について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、今回改定による在院日数等への影響の調査・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。

10　入院時の食費の基準の見直しについて、今回改定による影響、食費等の動向等を把握し、検証を行うこと。

（外来医療）

11　地域包括診療料・加算における介護保険サービスとの連携に係る評価について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、介護保険サービスとの連携の推進について引き続き検討すること。

12　生活習慣病の管理について、今回の改定による影響の調査・検証を行うとともに、より適切な管理がなされるよう、患者の視点を十分に踏まえつつ、引き続き検討すること。加えて、他の疾病管理についても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を行うこと。

13　かかりつけ医機能を有する医療機関について、改正医療法に基づく制度整備の状況を踏まえ、かかりつけ医機能がより発揮される評価の在り方を検討すること。

14　情報通信機器を用いた精神療法について、患者の受療行動を含め、その実態について調査・検証を行うとともに、より適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

15　情報通信機器を用いた診療については、初診から向精神薬等を処方している医療機関や大半の診療を医療機関の所在地とは異なる都道府県の患者に対して行っている医療機関があることを踏まえ、今後、より丁寧に実態を把握するとともに、引き続き評価の在り方について検討すること。

（在宅医療等）

16　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、同一建物居住者への効率的な訪問診療や訪問看護における対応等、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。

（精神医療）

17　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引き続き検討すること。特に新設された精神科地域包括ケア病棟入院料については、地域定着等の状況も含め、データを用いて適切に調査・検証し、評価の在り方について検討すること。

（リハビリテーションへの対応等）

18　回復期リハビリテーション入院医療管理料の新設に伴い、医療資源の少ない地域におけるリハビリテーションへの対応等について、今回改定による影響の調査・検証を行うこと。

（医療技術の評価）

19　保険適用された医療技術に対する評価について、レジストリ等のリアルワールドデータの解析結果や関係学会等による臨床的位置付けを踏まえ、適切な再評価が継続的に行われるよう、医療技術の評価のプロセスも含め引き続き検討すること。

　また、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、迅速かつ安定的に患者へ供給・提供させる観点も踏まえ、有効性・安全性に係るエビデンスに基づく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）

20　かかりつけ歯科医の機能の評価に係る施設基準の見直し等の影響や回復期リハビリテーション病棟等の入院患者に対する口腔管理・多職種連携の状況等を調査・検証し、口腔疾患の継続的な管理の在り方や口腔管理に係る関係者との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）

21　調剤報酬に関しては、地域の医薬品供給拠点としての役割を担い、かかりつけ機能を発揮して地域医療に貢献する薬局の整備を進めるため、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、薬局・薬剤師業務の専門性をさらに高め、質の高い薬学的管理の提供への転換を推進するための調剤報酬の在り方について引き続き検討すること。

（敷地内薬局）

22　いわゆる同一敷地内薬局については、同一敷地内の医療機関と薬局の関係性や当該薬局の収益構造等も踏まえ、当該薬局及び当該薬局を有するグループとしての評価の在り方に関して、引き続き検討すること。

（長期処方やリフィル処方）

23　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、適切な運用や活用策について引き続き検討すること。

（後発医薬品の使用促進）

24　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。

（長期収載品）

25　選定療養の仕組みを用いた、長期収載品における保険給付の在り方の見直しについては、患者の動向、後発医薬品への置換え状況、医療現場への影響も含め、その実態を把握するとともに、制度の運用方法等に関して必要な検証を行うこと。

（薬価制度）

26　今回の薬価制度改革の骨子に基づき、ドラッグ・ラグ／ドラッグ・ロスの解消等の医薬品開発への影響や、後発医薬品の企業指標の導入や今後の情報公表も踏まえた医薬品の安定供給に対する影響等について、製薬業界の協力を得つつ分析・検証等を行うともに、こうした課題に対する製薬業界としての対応を踏まえながら、薬価における評価の在り方について引き続き検討すること。

（保険医療材料制度）

27　今回の保険医療材料制度改革に基づくプログラム医療機器への対応や革新的な医療機器等に対する評価の導入の影響等について検証すること。また、医療上必要な医療機器等の安定供給の確保等の観点から、いわゆる物流2024年問題による影響を注視するとともに、我が国における医療機器等の製造や流通、研究開発に係る費用構造等について関係業界の協力を得つつ分析し、こうした課題に対する関係業界としての対応を踏まえながら、適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

（施策の検証）

28　施策の効果や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。医療機関・薬局の経営状況については、医療経済実態調査等の結果に基づき、議論することを原則とすること。