令和６年度診療報酬改定の概要について

※　本資料は現時点での改定の概要をご紹介するためのものであり、必ずしも最終的な施行内容が反映されていない場合等があります。算定要件・施設基準等の詳細については、関連する告示・通知等をご確認ください。

※　本資料は、ＨＰ掲載後に適宜修正する場合がありますのでご留意ください。

公益社団法人 日本医師会

2

各　論

【主な改定項目】

1. 賃上げ･基本料等の引上げ
   （1） ベースアップ評価料
   （2） 基本料の引上げ
   （3） 入院料通則の改定
2. 医療DXの推進
   （1） マイナ保険証を中心とした医療DXの推進
   （2） 情報通信機器を用いた診療の推進等
3. 外来診療の機能分化･強化等
   （1） 生活習慣病に係る疾病管理･適正化項目
   （2） かかりつけ医機能に係る見直し
   （3） その他
4. 医療技術の適切な評価
   （1） 医療技術分科会の評価を踏まえた対応
   （2） 手術等の評価の見直し
   （3） 人工腎臓の評価の見直し
   （4） 実勢価格等を踏まえた評価の適正化
5. ポストコロナにおける感染症対策の推進
6. 入院医療
   （1） 地域包括医療病棟（新設）
   （2） 急性期･高度急性期入院医療
   （3） 回復期入院医療
   （4） 慢性期入院医療
7. 働き方改革･横断的事項
8. 同時報酬改定における対応
   （1）介護報酬改定との連携
   （2）障害福祉サービス等改定との連携
9. 質の高い訪問診療･訪問看護の確保
   （1） 在宅医療
   （2） 訪問看護
10. 救急医療
11. 小児医療及び周産期医療
12. がん医療及び緩和ケア
13. 精神医療
14. 認知症
15. リハビリテーション
16. 医薬品の安定供給、後発医薬品やバイオ後続品の促進
17. DPC/PDPS･短期滞在手術等基本料等
18. 医療資源の少ない地域等への対応
19. その他
20. 経過措置･届出

1. 賃上げ・基本料等の引き上げ

（１）ベースアップ評価料

（２）基本料の引き上げ

（３）入院料通則の改定

令和6年度及び令和７年度における賃上げのイメージ

【基本的な方針】

■次の①～③を組み合わせた賃上げ対応

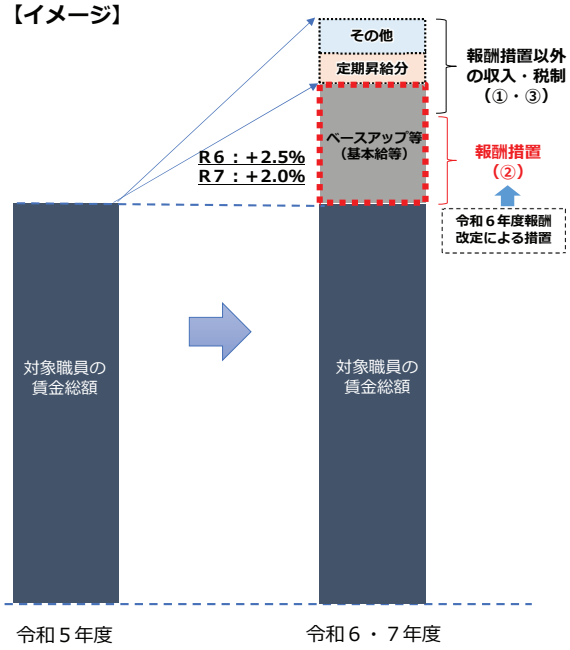
① 医療機関や事業所の過去の実績をベースにしつつ、更に

② 今般の報酬改定による上乗せの活用

③ 賃上げ促進税制の活用

■ 令和６年度に＋２.５%、令和７年度に＋２.０%のベースアップを実施し、定期昇給なども合わせて、昨年を超える賃上げの実現を目指す。

【イメージ】



賃上げ促進税制の概要

○ 令和６年度以降、賃上げに係る診療報酬項目については、賃上げ促進税制の対象となる給与等支給額に含めることが可能。

○ 医療機関・薬局の規模及び雇用者の給与等支給額の前年度比に応じて、所定の税額控除を受けられる。

○ さらに、上乗せ要件を達成することで、給与等支給額の増加額の最大４５%の税額控除が可能。

中小規模の 医療法人立又は個人立の 医療機関・薬局
青色申告書を提出する、中小企業者等（資本金１億円以下の法人、協同組合等）又は従業員数1,000人以下の個人事業主

全雇用者の給与等支給額（前年度比）	税額控除率
＋1.5%	15%
＋2.5%	30%

中規模の 医療法人立又は個人立の 医療機関・薬局
青色申告書を提出する、従業員数2,000人以下の企業又は個人事業主

継続雇用者の給与等支給額（前年度比）	税額控除率
＋３%	10%
＋４%	25%

大規模の 医療法人立又は個人立の 医療機関・薬局
青色申告書を提出する、全企業又は個人事業主

継続雇用者の給与等支給額（前年度比）	税額控除率
＋３%	10%
＋４%	15%
＋５%	20%
＋７%	25%

【上乗せ要件】 ①教育訓練費の増加 ②子育てとの両立・女性活躍への支援

- 中小規模：上乗せ要件も達成で 最大控除率45%
- 中規模：上乗せ要件も達成で 最大控除率35%
- 大規模：上乗せ要件も達成で 最大控除率35%

※税額控除額の計算は、全雇用者の前事業年度から適用事業年度の給与等支給額の増加額に税額控除率を乗じて計算。ただし、控除上限額は法人税額等の20%。

詳細は、右記QRコードのパンフレットをご確認ください。
なお、本内容は、令和５年12月の政府決定時点のもので、今後の国会審議等を踏まえて施策内容が変更となる可能性があります。

令和６年度診療報酬改定 Ｉ－１ 医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組－①

賃上げに係る評価の全体像

ベースアップ評価料

看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種（40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者を除く）について賃上げを実施していくための評価

① 外来・在宅医療の患者に係る評価、訪問看護ステーションの利用者に係る評価
外来・在宅ベースアップ評価料(I)、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)、訪問看護ベースアップ評価料(I)
・ 届け出が必要、初再診料等に評価を上乗せ（区分は設けない）
（新）外来・在宅ベースアップ評価料（Ｉ）初診時 ６点 再診時２点 等

＋ ※ ①による対象職員の賃上げが、一定の水準（給与総額の1.2%増）に達しないと見込まれる無床診療所、訪問看護ステーションのみ

①' 賃金増率が低い場合の①への上乗せ評価
外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)、訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)
・ 一定の水準（対象職員の給与総額の1.2%）に達するため、評価の区分（８区分）を計算し、届出を行った施設について、①の評価へ上乗せ
（新）外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 等

＋ ※ 入院に携わる職員のための評価

病院、有床診療所

② 入院患者に係る評価
入院ベースアップ評価料
・ 必要な評価の区分（165区分）を計算し、届出を行った施設について、入院料等に評価を上乗せ

（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 １点
2 入院ベースアップ評価料２ ２点
↓
165 入院ベースアップ評価料165 165点

・ 対象職員の賃上げの計画及び実績について、毎年報告
・ ベースアップ評価料においては、算定した評価は、対象職員の賃上げ（ベースアップ等）に用いる必要 （令和６年度から令和７年度への繰り越しは可）

初再診料、入院基本料等の引き上げ

40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上げに資する措置
・ 賃上げの計画及び毎年の実績（各年）についてベースアップ評価料①～③に伴う報告や抽出調査等により把握

賃上げに向けた評価の新設

＜概要＞

1．改定財源＋0.61％の対応

2．看護職員、薬剤師、理学療法士、栄養士等のベアのため初診料、再診料、訪問診療料、入院基本料等に対する上乗せの点数を新設（※診療所も加算の対象）

3．算定に際しては、賃上げの計画、賃金改善状況の報告等も含めた届出が必要

賃上げに向けた評価の新設①

外来・在宅ベースアップ評価料(I)の新設【算定要件】

➢ 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	６点
２	再診時等	２点
３	訪問診療時	
イ	同一建物居住者等以外の場合	28点
ロ	イ以外の場合	７点

［算定要件］

（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。）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、入院中以外の患者に初診、再診又は訪問診療を行った場合に、所定点数を算定する。

（２）１については、初診料、小児科外来診療料（初診時）又は小児かかりつけ診療料（初診時）を算定した日に限り、１日につき１回算定できる。

（３）２については、再診料、外来診療料、短期滞在手術等基本料１、小児科外来診療料（再診時）、外来リハビリテーション診療料、外来放射線照射診療料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、小児かかりつけ診療料（再診時）又は外来腫瘍化学療法診療料を算定した日に限り、１日につき１回算定できる。

（４）３のイについては、在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の同一建物居住者以外の場合又は在宅がん医療総合診療料（ただし、訪問診療を行った場合に限る。）を算定した日に限り、１日につき１回算定できる。

（５）３のロについては、在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の同一建物居住者の場合又は在宅患者訪問診療料(Ⅱ)を算定した日に限り、１日につき１回算定できる。

賃上げに向けた評価の新設②

外来・在宅ベースアップ評価料(I)の新設【施設基準】

［施設基準の概要］

（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。対象職員は下に示す職員であり、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。

主として医療に従事する職員（対象職員）

薬剤師	言語聴覚士	臨床工学技士	はり師、きゅう師
保健師	義肢装具士	管理栄養士	柔道整復師
助産師	歯科衛生士	栄養士	公認心理師
看護師	歯科技工士	精神保健福祉士	診療情報管理士
准看護師	歯科業務補助者	社会福祉士	医師事務作業補助者
看護補助者	診療放射線技師	介護福祉士	その他医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。）
理学療法士	診療エックス線技師	保育士	
作業療法士	臨床検査技師	救急救命士	
視能訓練士	衛生検査技師	あん摩マッサージ指圧師、	

（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。

（４）（３）について、当該評価料は、対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む）等の増加分に用いること。ただし、ベア等を行った保険医療機関において、患者数等の変動等により当該評価料による収入が上記の支給額を上回り、追加でベア等を行うことが困難な場合であって、賞与等の手当によって賃金の改善を行った場合又は令和６年度及び令和７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（令和８年12月までに賃金の改善措置を行う場合に限る。）についてはこの限りではない。いずれの場合においても、賃金の改善の対象とする項目を特定して行うこと。なお、当該評価料によって賃金の改善を実施する項目以外の賃金項目（業績等に応じて変動するものを除く。）の水準を低下させてはならない。

（５）令和６年度に対象職員の基本給等を令和５年度と比較して2.5%以上引き上げ、令和７年度に対象職員の基本給等を令和５年度と比較して4.5%以上引き上げた場合については、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を除く。）を実績に含めることができること。

（６）「賃金改善計画書」及び「賃金改善実績報告書」を作成し、定期的に地方厚生(支)局長に報告すること。

賃上げに向けた評価の新設④

外来・在宅ベースアップ評価料(II)の新設【算定要件】

➢ 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さらなる改善を必要とす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）

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	８点
ロ	再診時等	１点
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	16点
ロ	再診時等	２点
↓		
外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）８		
イ	初診、又は訪問診療を行った場合	64点
ロ	再診時等	８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）イについては、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の１（初診時）若しくは３（訪問診療時）を算定した場合に、１日につき１回に限り算定できる。

（３）ロについては、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の２（再診時等）を算定した場合に、１日につき１回に限り算定できる。

賃上げに向けた評価の新設⑤

外来・在宅ベースアップ評価料(II)の新設【施設基準】

［施設基準の概要］

（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。）を算定し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）を届け出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倍が、対象職員の給与総額の1.2%未満**であること。

（４）**下記の式【A】に基づき、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）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の施設基準の届出を行う場合は、同一の区分を届け出ること。

$$【A】= \frac{\left(\text{対象職員の給与総額}\times 1.2\% - \left(\text{外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される点数の見込み}\right)\times 10\text{円}\right)}{\left(\begin{array}{l}\text{（外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）イの算定回数の見込み}\times 8\\ +\ \text{外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）ロの算定回数の見込み}\\ +\ \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）イの算定回数の見込み}\times 8\\ +\ \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）ロの算定回数の見込み）}\end{array}\right)\times 10\text{円}}$$

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の区分

【A】	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	８点	１点
1.5以上	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）２	16点	２点
↓			
7.5以上	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）８	64点	８点

賃上げに向けた評価の新設⑥

外来・在宅ベースアップ評価料(II)の新設【施設基準】（続き）

［施設基準の概要］

（５）（４）について、届出に当たっては、**別表に示した期間において【A】の算出を行うこと。**

また、別表のとおり、**毎年３、６、９、12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算出を行った月内に地方厚生(支)局長に届出を行った上で、翌月から変更後の区分に基づく点数を算定すること。

ただし、前回届け出た時点と比較して、「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」、「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」及び【A】のいずれの変化も１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。

新規届出時は、直近の別表の「算出を行う月」における対象となる期間の数値を用いること。ただし、令和６年６月３日までに届出を行った場合は、令和６年６月に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。**

（７）（６）について、当該評価料は、**対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む）等の増加分に用いること。**ただし、ベア等を行った保険医療機関において、患者数等の変動等により当該評価料による収入が上記の支給額を上回り、追加でベア等を行うことが困難な場合であって、賞与等の手当によって賃金の改善を行った場合又は**令和６年度及び令和７年度において翌年の賃金の改善のために繰り越しを行う場合(令和８年12月までに賃金の改善措置を行う場合に限る。)についてはこの限りではない。**いずれの場合においても、賃金の改善の対象とする項目を特定して行うこと。なお、当該評価料によって賃金の改善を実施する項目以外の賃金項目（業績等に応じて変動するものを除く。）の水準を低下させてはならない。

（８）**「賃金改善計画書」及び「賃金改善実績報告書」を作成し**、定期的に地方厚生(支)局長に報告すること。

（９）**常勤換算２人以上の対象職員が勤務していること。**ただし、医療資源の少ない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。

【別表】算出に当たって対象となる期間及び算定を開始する月について

【A】の算出を行う月	算出の際に用いる「対象職員の給与総額」の対象となる期間	算出の際に用いる「ベースアップ評価料」の対象となる期間	届け出た区分に従って算定を開始する月
３月	前年３月～２月	前年12月～２月	４月
６月	前年６月～５月	３～５月	７月
９月	前年９月～８月	６～８月	10月
12月	前年12月～11月	９～11月	翌年１月

賃上げに向けた評価の新設⑦

外来・在宅ベースアップ評価料(II)の新設【施設基準】（続き）

［施設基準の概要］

（10）当該保険医療機関において、以下に掲げる**社会保険診療等に係る収入金額の合計額が、総収入の80%を超えること。**

ア　**社会保険診療**(租税特別措置法(昭和三十二年法律第二十六号)第二十六条第二項に規定する社会保険診療をいう。以下同じ。)**に係る収入金額**(労働者災害補償保険法(昭和二十二年法律第五十号)に係る患者の診療報酬(当該診療報酬が社会保険診療報酬と同一の基準によっている場合又は当該診療報酬が少額(全収入金額のおおむね百分の十以下の場合をいう。)の場合に限る。)を含む。)

イ　健康増進法(平成十四年法律第百三号)第六条各号に掲げる**健康増進事業実施者が行う**同法第四条に規定する**健康増進事業**(健康診査に係るものに限る。以下同じ。)**に係る収入金額**(当該収入金額が社会保険診療報酬と同一の基準により計算されている場合に限る。)

ウ　**予防接種**(予防接種法(昭和二十三年法律第六十八号)第二条第六項に規定する定期の予防接種等その他医療法施行規則第三十条の三十五の三第一項第二号ロの規定に基づき厚生労働大臣が定める予防接種(平成二十九年厚生労働省告示第三百十四号)に規定する予防接種をいう。)**に係る収入金額**

エ　**助産**(社会保険診療及び健康増進事業に係るものを除く。)**に係る収入金額**(一の分娩に係る助産に係る収入金額が五十万円を超えるときは、五十万円を限度とする。)

オ　**介護保険法の規定による保険給付に係る収入金額**(租税特別措置法第二十六条第二項第四号に掲げるサービスに係る収入金額を除く。)

カ　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六条に規定する**介護給付費、特例介護給付費、訓練等給付費、特例訓練等給付費、特定障害者特別給付費、特例特定障害者特別給付費、地域相談支援給付費、特例地域相談支援給付費、計画相談支援給付費、特例計画相談支援給付費及び基準該当療養介護医療費並びに**同法第七十七条及び第七十八条に規定する**地域生活支援事業に係る収入金額**

キ　児童福祉法第二十一条の五の二に規定する**障害児通所給付費及び特例障害児通所給付費、**同法第二十四条の二に規定する**障害児入所給付費、**同法第二十四条の七に規定する**特定入所障害児食費等給付費並びに**同法第二十四条の二十五に規定する**障害児相談支援給付費及び特例障害児相談支援給付費に係る収入金額**

ク　**国、地方公共団体及び保険者等が交付する補助金等に係る収入金額**

賃上げに向けた評価の新設⑨

入院ベースアップ評価料の新設【算定要件】

➢ 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**	**１点**
2	**入院ベースアップ評価料２**	**２点**
↓		
165	**入院ベースアップ評価料165**	**165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。）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、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。）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。

主として医療に従事する職員（対象職員）

薬剤師	言語聴覚士	臨床工学技士	はり師、きゅう師
保健師	義肢装具士	管理栄養士	柔道整復師
助産師	歯科衛生士	栄養士	公認心理師
看護師	歯科技工士	精神保健福祉士	診療情報管理士
准看護師	歯科業務補助者	社会福祉士	医師事務作業補助者
看護補助者	診療放射線技師	介護福祉士	その他医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。）
理学療法士	診療エックス線技師	保育士	
作業療法士	臨床検査技師	救急救命士	
視能訓練士	衛生検査技師	あん摩マッサージ指圧師、	

賃上げに向けた評価の新設⑩

入院ベースアップ評価料の新設【施設基準】

[施設基準の概要]

（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。）を算定している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2.3%未満**であること。

（４）**下記の式により算出した数【Ｂ】に基づき、該当する区分を届け出ること。**

$$【B】= \frac{\left(\text{対象職員の給与総額}\times 2.3\% - \left(\text{外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される点数の見込み}\right)\times 10\text{円}\right)}{\text{当該保険医療機関の延べ入院患者数}\times 10\ \text{円}}$$

入院ベースアップ評価料の区分

【Ｂ】	入院ベースアップ評価料の区分	点数
０以上1.5未満	入院ベースアップ評価料１	１点
1.5以上2.5未満	入院ベースアップ評価料２	２点
↓		
164.5以上	入院ベースアップ評価料165	165点

賃上げに向けた評価の新設⑪

入院ベースアップ評価料の新設【施設基準】（続き）

[施設基準の概要]

（５）（４）について、届出に当たっては、**別表に示した期間において【Ｂ】の算出を行うこと。**
　また、別表のとおり、**毎年３、６、９、12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算出を行った月内に地方厚生(支)局長に届出を行った上で、翌月から変更後の区分に基づく点数を算定すること。
　ただし、前回届け出た時点と比較して、「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」、「延べ入院患者数」及び【Ｂ】のいずれの変化も１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。
　新規届出時は、直近の別表の「算出を行う月」における対象となる期間の数値を用いること。ただし、令和６年６月３日までに届出を行った場合は、令和６年６月に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。**

（７）（６）について、当該評価料は、**対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む)等の増加分に用いること。**ただし、ベア等を行った保険医療機関において、患者数等の変動等により当該評価料による収入が上記の支給額を上回り、追加でベア等を行うことが困難な場合であって、賞与等の手当によって賃金の改善を行った場合又は**令和６年度及び令和７年度において翌年の賃金の改善のために繰り越しを行う場合(令和８年12月までに賃金の改善措置を行う場合に限る。)についてはこの限りではない。**いずれの場合においても、賃金の改善の対象とする項目を特定して行うこと。度なお、当該評価料によって賃金の改善を実施する項目以外の賃金項目(業績等に応じて変動するものを除く。)の水準を低下させてはならない。

（８）**「賃金改善計画書」及び「賃金改善実績報告書」を作成し**、定期的に地方厚生(支)局長に報告すること。

（９）**常勤換算２名以上の対象職員が勤務していること。**ただし、医療資源の少ない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。

（10）当該保険医療機関において、**社会保険診療等に係る収入金額の合計額が、総収入の80%を超えること。**

【別表】算出に当たって対象となる期間及び算定を開始する月について

【Ｂ】の算出を行う月	算出の際に用いる「対象職員の給与総額」の対象となる期間	算出の際に用いる「ベースアップ評価料」及び「延べ入院患者数」の対象となる期間	届け出た区分に従って算定を開始する月
３月	前年３月～２月	前年12月～２月	４月
６月	前年６月～５月	３～５月	７月
９月	前年９月～８月	６～８月	10月
12月	前年12月～11月	９～11月	翌年１月

訪問看護ステーションにおける賃上げに向けた評価の新設①

訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）の新設

➢ 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）　780円（月１回）

[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回に限り算定**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。

【別表１】主として医療に従事する職員

薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、看護補助者、理学療法士、作業療法士、視能訓練士、言語聴覚士、義肢装具士、歯科衛生士、歯科技工士、歯科業務補助者、診療放射線技師、診療エックス線技師、臨床検査技師、衛生検査技師、臨床工学技士、管理栄養士、栄養士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士、保育士、救急救命士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師、柔道整復師、公認心理師、診療情報管理士、医師事務作業補助者、その他医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。）

訪問看護ステーションにおける賃上げに向けた評価の新設②

訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の新設

➢ 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**賃金のさらなる改善を必要とす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　10円（月１回）
ロ　訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）２　20円（月１回）
↓
ヌ　訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）10　100円（月１回）
ル　訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）11　150円（月１回）
↓
ソ　訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）18　500円（月１回）

[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、**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に当該訪問看護ステーションの利用者の数に占める医療保険制度の給付の対象となる訪問看護を受けた者の割合（以下**「医療保険の利用者割合」**とする。）**を乗じた数の１分２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。

$$\textbf{医療保険の利用者割合} = \frac{\text{直近３か月の１月あたりの区分番号０２の１の算定回数の平均}}{\text{直近３か月の１月あたりの医療保険制度給付の対象となる訪問看護を受けた者＋介護保険制度給付の対象となる訪問看護を受けた者}}$$

訪問看護ステーションにおける賃上げに向けた評価の新設③

訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の新設

（３）**下記の式【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。**

$$【C】 = \frac{\text{対象職員の給与総額×医療保険の利用者割合×１分２厘} - \text{訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される金額の見込み}}{\text{訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定回数の見込み}}$$

（４）（３）について、「対象職員の給与総額」は、直近12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３か月の１月あたりの平均の数値を用いること。また、**毎年３、６、９、12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３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**１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。

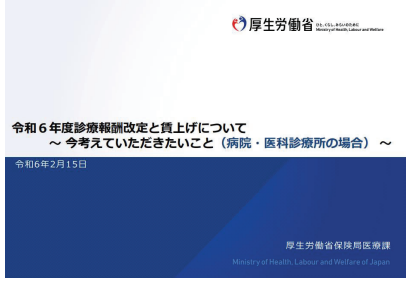
（10）**主として保険診療等から収入を得る訪問看護ステーションであること。**

【別表４】訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の区分

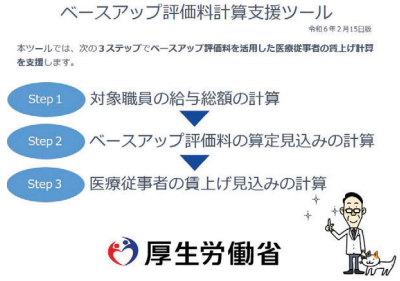
【C】	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の区分	金額
０を超える	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）１	10円
15以上	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）２	20円
↓	↓	↓
95以上	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）10	100円
125以上	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）11	150円
↓		↓
475以上	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）18	500円

（参考）賃上げに関する詳細

- 厚生労働省では、令和６年度診療報酬改定における賃上げについて、「賃上げ等に関する診療報酬改定＆マイナ保険証の利用促進に関するオンラインセミナー」を開催致しました。
- 厚生労働省HP（mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00248.html）では、**オンラインセミナーのアーカイブ動画や説明資料及びベースアップ評価料計算支援ツール**を用いて、
  ①医療従事者の賃上げの概要について
  ②よくあるご質問
  ③ベースアップ評価料の試算
  について説明しています。
- **医療従事者の賃上げについて、動画や資料で理解を深め、ベースアップ評価料計算支援ツールを用いて、具体的にいくら賃上げが可能か試算してみましょう。**



画像をクリックすると、説明資料（病院・以下診療所の場合）をダウンロードできます。（PDFファイル）



画像をクリックすると、ベースアップ評価料計算支援ツールをダウンロードできます。（Excelファイル）

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）施設基準に係る届出書添付書類

様式95

（外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）／歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ））の施設基準に係る届出書添付書類

1 保険医療機関コード
保険医療機関名

2 届出を行う評価料

□ 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）
□ 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）

3 外来医療等の実施の有無

□ 外来医療又は在宅診療を実施している保険医療機関（医科）
□ 外来医療又は在宅診療を実施している保険医療機関（歯科）

4 対象職員（常勤換算）数

人

※ 対象職員とは、主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。）をいう。

※ 0より大きい数であればよい。

【記載上の注意】

1 「2」については、届出を行う評価料について☑を記載すること。
なお、いずれにも該当する保険医療機関にあっては、いずれも☑を記載すること。

2 「3」については、外来医療等の実施の有無について☑を記載すること。
なお、いずれにも該当する保険医療機関にあっては、いずれも☑を記載すること。

3 「4」については、届出時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。
常勤の職員の常勤換算数は1とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が1を超える場合は、1とする。

4 本様式と合わせて「賃金改善計画書」を地方厚生（支）局へ提出すること。

様式96

（外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）／歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ））の施設基準に係る届出書添付書類　（新規・3、6、9、12月の区分変更）

1 保険医療機関コード
保険医療機関名

2 届出を行う評価料

□ 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）
☑ 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）

3 該当する届出

□ 新規
□ 区分変更

算出を行う月（通知別表●を参照）
○ 3月　○ 6月　○ 9月　● 12月

※ 新規の場合、届出月以前で最も近い月をチェックすること。
※ 例えば令和6年6月より算定を開始する場合、令和6年3月に算出を行う。

4 対象職員（常勤換算）数

人

※ 原則2以上であるが、以下の項目に該当する場合はその限りではない。
対象職員（常勤換算）数が2.0人未満の場合、特定地域（※）に所在する保険医療機関に該当するか。 □
※「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域

5 社会保険診療等に係る収入金額（※）の合計額が、総収入の80／100を超えること。 □
※【記載上の注意】3を参照

6 対象職員の給与総額、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等により算定される点数の見込み、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）等の区分の上限を算出する値（【B】）

（1）算出の際に用いる「対象職員の給与総額」等の期間

①算出の際に用いる「対象職員の給与総額」の対象期間（上記「3」の入力に連動）

□ 前年3月～2月　□ 前年6月～5月　□ 前年9月～8月　☑ 前年12月～11月

②対象職員の給与総額（対象期間の1月当たりの平均）

円　（前回届出時　円）

※「対象職員の給与総額」については、賞与や法定福利費等の事業主負担分を含めた金額を計上すること。（ただし、役員報酬については除く。）
また、看護補助者処遇改善事業補助金や本評価料による賞金引上げ分については、含めないこと。
※ 新規届出時は前回届出時欄への記載は不要。

（2） 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等の算定回数・金額の見込み

【算出の際に用いる「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等の対象期間」（上記「3」の入力に連動）

□ 前年12月～2月　□ 3月～5月　□ 6月～8月　☑ 9月～11月

【対象期間の1月当たりの平均回数（実績）】

①初診料等の算定回数

回　（前回届出時　回）

②再診料等の算定回数

回　（前回届出時　回）

③訪問診療料（同一建物以外）の算定回数

回　（前回届出時　回）

④訪問診療料（同一建物）の算定回数

回　（前回届出時　回）

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）施設基準に係る届出書添付書類

⑤歯科初診料等の算定回数

回　（前回届出時　回）

⑥歯科再診料等の算定回数

回　（前回届出時　回）

⑦歯科訪問診療料（同一建物以外）の算定回数

回　（前回届出時　回）

⑧歯科訪問診療料（同一建物）の算定回数

回　（前回届出時　回）

※ 算出対象期間の1月当たりの平均の算定回数（小数点第二位を四捨五入）を記載すること。
※ 自由診療の患者については、計上しない。
公費負担医療や労災保険制度等、診療報酬点数表に従って医療費が算定される患者については、計上する。
※ 新規届出時は前回届出時欄への記載は不要。

【合計】

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等の算定回数見込み

0.0 回　（前回届出時　0.0 回）

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等の算定により算定される点数の見込み

0.0 点　（前回届出時　0.0 点）

（3） 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等により行われる給与の改善率

（前回届出時　）

（4） 【B】の値

（前回届出時　）

$$【B】= \frac{\text{対象職員の給与総額×1分2厘 −（外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される点数の見込み）×10円}}{\text{（外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）イの算定回数の見込み×8 ＋外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）ロの算定回数の見込み ＋歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）イの算定回数の見込み×8 ＋歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）ロの算定回数の見込み）×10円}}$$

7 前回届け出た時点との比較

前回届出時と比較して、
□ 対象職員の給与総額（6（2））の変化は1割以内である。
□ 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等により算定される点数の見込み（6（3））の変化は1割以内である。
□ 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）等の算定回数の見込み（6（3））の変化は1割以内である。
□ 【B】の値（6（5））の変化は1割以内である。

※ 上記全てに該当する場合、区分変更は不要。

8 6により算出した【B】に基づき、該当する区分

（1） 算定が可能となる区分

算定不可	算定不可

（2） 届出する区分（いずれかを選択）

◉	届出無し	◉	届出無し
○	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）1	○	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）1
○	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）2	○	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）2
○	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）3	○	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）3
○	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）4	○	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）4
○	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）5	○	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）5
○	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）6	○	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）6
○	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）7	○	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）7
○	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）8	○	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）8

【記載上の注意】

1 「2」については、届出を行う評価料について☑を記載すること。
なお、いずれにも該当する保険医療機関にあっては、いずれも☑を記載すること。

2 「4」については、届出時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。
常勤の職員の常勤換算数は1とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が1を超える場合は、1とする。

3 「5」の「社会保険診療等に係る収入金額」については、社会保険診療報酬のほか、労災保険制度等の収入が含まれる。

4 「6」（1）②「対象職員の給与総額」については、賞与や法定福利費等の事業主負担分を含めた金額を計上すること（ただし、役員報酬については除く。）。
また、看護補助者処遇改善事業補助金や本評価料による賃金引上げ分については、含めないこと。

5 「6」「①初診料等に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
- ・医科点数表区分番号（以下5～8において、単に「区分番号」という。）A000に掲げる初診料
- ・区分番号B001-2に掲げる小児科外来診療料の1のイ若しくは2のイ
- ・区分番号B001-2-11に掲げる小児かかりつけ診療料の1のイの(1)、1のロの(1)、2のイの(1)若しくは2のロの(1)

6 「6」「②再診料等に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
- ・区分番号A001に掲げる再診料
- ・区分番号A002に掲げる外来診療料
- ・区分番号A400に掲げる短期滞在手術等基本料の1
- ・区分番号B001-2に掲げる小児科外来診療料の1のロ若しくは2のロ
- ・区分番号B001-2-7に掲げる外来リハビリテーション診療料
- ・区分番号B001-2-8に掲げる外来放射線照射診療料
- ・区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料
- ・区分番号B001-2-10に掲げる認知症地域包括診療料
- ・区分番号B001-2-11に掲げる小児かかりつけ診療料の1のイの(2)、1のロの(2)、2のイの(2)若しくは2のロの(2)
- ・区分番号B001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料

7 「6」「③訪問診療料（同一建物以外）に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
- ・区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の1のイ若しくは2のイ
- ・区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料（訪問診療を行った場合に限る。）

8 「6」「④訪問診療料（同一建物に係る算定回数）」については、以下の合計算定回数を記載すること。
- ・区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の1のロ若しくは2のロ
- ・区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）

9 「6」「⑤歯科初診料等に係る算定回数」については、歯科点数表区分番号（以下9～12において、単に「区分番号」という。）A000に掲げる初診料の合計算定回数を記載すること。

10 「6」「⑥歯科再診料等に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
- ・区分番号A002に掲げる再診料
- ・区分番号B004-1-6に掲げる外来リハビリテーション診療料
- ・区分番号B004-1-7に掲げる外来放射線照射診療料
- ・区分番号B004-1-8に掲げる外来腫瘍化学療法診療料

11 「6」「⑦歯科訪問診療料（同一建物以外）に係る算定回数」については、区分番号C000の1に掲げる歯科訪問診療料の1 歯科訪問診療1（同一患家の患者について算定した場合を除く。）の合計算定回数を記載すること。

12 「6」「⑧歯科訪問診療料（同一建物）に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
- ・区分番号C000の1に掲げる歯科訪問診療料の1 歯科訪問診療1（同一患家の患者について算定した場合。）
- ・区分番号C000の2に掲げる歯科訪問診療料の2 歯科訪問診療2
- ・区分番号C000の3に掲げる歯科訪問診療料の3 歯科訪問診療3
- ・区分番号C000の4に掲げる歯科訪問診療料の4 歯科訪問診療4
- ・区分番号C000の5に掲げる歯科訪問診療料の5 歯科訪問診療5
- ・区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の注15
- ・区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の注19

（診療所）賃金改善計画書

別添

（診療所）賃金改善計画書（令和　年度分）

保険医療機関コード
保険医療機関名

Ⅰ．賃金引上げの実施方法及び賃金改善実施期間等

①賃金引上げの実施方法

◉	令和６年度又は令和７年度において、一律の引上げを行う。
○	令和６年度及び令和７年度において、段階的な引上げを行う。

②賃金改善実施期間

令和　年　月　～　令和　年　月　　1 ヶ月

※　令和７年度の賃金改善期間の終期については、令和８年３月を原則とするが、令和８年４月及び５月についても、ベースアップ評価料を算定し、賃金引き上げを維持することを前提とすること。

③ベースアップ評価料算定期間

令和　年　月　～　令和　年　月　　1 ヶ月

※　「③ベースアップ評価料算定期間」中は、常にベースアップを実施する必要がある。
※　ベースアップとは、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）をいい、定期昇給は含まない。
※　また、ベア等にはベア等を実施することにより連動して引き上がる賞与や時間外手当、法定福利費等の事業主負担の増額分についても含むこととする。なお、業績に連動して引き上がる賞与分については含まない。

Ⅱ外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）等の届出有無　☑ 有

※　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）等を届け出ない場合は、以下④の「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等による算定金額の見込み」及び「外来在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等の算定により算定される点数の見込み」は「（参考）賃金引き上げ計画書作成のための計算シート（IIを算定しない診療所向け）」により計算を行うこと。

Ⅲ－１．ベースアップ評価料による算定金額の見込み（③の期間中）

④算定金額の見込み	0	円
外来ベースアップ評価料（Ⅰ）等による算定金額の見込み	0	円
外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等の算定により算定される点数の見込み	0	点
外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）等による算定金額の見込み	－	円
外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）等の区分及び点数（届出なし）（イ）－点（ロ）	－	点
外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）等（初診時等）の算定回数の見込み	－	回
外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）等（再診時等）の算定回数の見込み	－	回
⑤令和７年度への繰越予定額（令和６年度届出時のみ記載）		円
⑥前年度からの繰越額（令和７年度届出時のみ記載）		円
⑦算定金額の見込み（繰越額調整後）（④－⑤＋⑥）	0	円

※　「⑦算定金額の見込み」については、対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む）等の増加分に充て、下記の「⑨うちベースアップ評価料による算定金額の見込み」と同額となること。

Ⅲ－２．全体の賃金改善の見込み額（③の期間中）

⑧全体の賃金改善の見込み額		円
⑨うちベースアップ評価料による算定金額の見込み（⑦の再掲）	0	円
⑩うち⑨以外によるベア等実施分		円
⑪うち定期昇給相当分		円
⑫うちその他分（⑧－⑨－⑩－⑪）	0	円

※　「⑧全体の賃金改善の見込み額」については、賃金改善実施期間において、「賃金の改善措置が実施されなかった場合の給与総額」と、「賃金の改善措置が実施された場合の給与総額」との差分により判断すること。
※　「⑩うち⑨以外によるベア等実施分」については、医療機関等における経営上の余剰や新たに「看護職員処遇改善評価料」等を届け出ることにより、当該年度においてベア等を実施した分を記載すること。

※　「⑪うち定期昇給相当分」については、賃金改善実施期間において定期昇給により改善する賃金額を記載すること。
なお、定期昇給とは、毎年一定の時期を定めて、組織内の昇給制度に従って行われる昇給のことをいい、ベア等実施分と明確に区別できる場合にのみ記載すること。
※　「⑫うちその他分」については、賃金改善実施期間において、定期昇給やベア等によらない、一時金による賃金改善額となること。

○　以下、基本給等総額、給与総額についてはそれぞれ１ヶ月当たりの額を記載してください。

Ⅳ．対象職員（全体）の基本給等（基本給又は決まって毎月支払われる手当）に係る事項

⑬対象職員の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		人
⑭賃金改善する前の対象職員の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
⑮賃金改善した後の対象職員の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
⑯基本給等に係る賃金改善の見込み額（１ヶ月分）（⑮－⑭）	0	円
⑰うち定期昇給相当分		円
⑱うちベア等実施分		円
⑲ベア等による賃金増率（⑱÷⑭）	#DIV/0!	%

Ⅴ．看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の基本給等に係る事項

⑳看護職員等の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		人
㉑賃金改善する前の看護職員等の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
㉒賃金改善した後の看護職員等の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
㉓基本給等に係る賃金改善の見込み額（１ヶ月分）（㉒－㉑）	0	円
㉔うち定期昇給相当分		円
㉕うちベア等実施分		円
㉖ベア等による賃金増率（㉕÷㉑）	#DIV/0!	%

Ⅵ．薬剤師の基本給等に係る事項

㉗薬剤師の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		人
㉘賃金改善する前の薬剤師の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
㉙賃金改善した後の薬剤師の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
㉚基本給等に係る賃金改善の見込み額（１ヶ月分）（㉙－㉘）	0	円
㉛うち定期昇給相当分		円
㉜うちベア等実施分		円
㉝ベア等による賃金増率（㉜÷㉘）	#DIV/0!	%

Ⅶ．看護補助者の基本給等に係る事項

㉞看護補助者の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		人
㉟賃金改善する前の看護補助者の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
㊱賃金改善した後の看護補助者の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
㊲基本給等に係る賃金改善の見込み額（１ヶ月分）（㊱－㉟）	0	円
㊳うち定期昇給相当分		円
㊴うちベア等実施分		円
㊵ベア等による賃金増率（㊴÷㉟）	#DIV/0!	%

Ⅷ．その他の対象職種の基本給等に係る事項

㊶その他の対象職種の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		人
㊷賃金改善する前のその他の対象職種の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
㊸賃金改善した後のその他の対象職種の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
㊹基本給等に係る賃金改善の見込み額（１ヶ月分）（㊸－㊷）	0	円
㊺うち定期昇給相当分		円
㊻うちベア等実施分		円
㊼ベア等による賃金増率（㊻÷㊷）	#DIV/0!	%

【ベースアップ評価料対象外職種について】

Ⅸ．40歳未満の勤務医師、勤務歯科医師の基本給等に係る事項

㊽40歳未満の勤務医師等の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		人
㊾賃金改善する前の40歳未満の勤務医師等の給与総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
㊿うち賃金改善する前の40歳未満の勤務医師等の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
51賃金改善した後の40歳未満の勤務医師等の給与総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
52うち賃金改善した後の40歳未満の勤務医師等の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
53給与総額に係る賃金改善の見込み額（１ヶ月分）（－㊾）	0	円
54基本給等に係る賃金改善の見込み額（１ヶ月分）（－52）㊿	0	円
55うち定期昇給相当分		円
56うちベア等実施分		円
57ベア等による賃金増率（56 ㊿	#DIV/0!	%

Ⅹ．事務事務職員の基本給等に係る事項

58事務職員の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）		人
59賃金改善する前の事務職員の給与総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
60うち賃金改善する前の事務職員の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
61賃金改善した後の事務職員の給与総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
62うち賃金改善した後の事務職員の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）		円
63給与総額に係る賃金改善の見込み額（１ヶ月分）（－61）59	0	円
64基本給等に係る賃金改善の見込み額（１ヶ月分）（－62）60	0	円
65うち定期昇給相当分		円
66うちベア等実施分		円
ベア等による賃金増率（66 60	#DIV/0!	%

Ⅺ．賃金引上げを行う方法

67賃上げの担保方法
☐ 就業規則の見直し　☐ 賃金規程の見直し
☐ その他の方法：具体的に（　）

68賃金改善に関する規定内容（できる限り具体的に記入すること。）
（　）

本計画書の記載内容に虚偽が無いことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

令和　年　月　日　　開設者名：

【記載上の注意】

1　本計画書において、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等」とは、「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）」のことをいう。

2　本計画書において、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）等」とは、「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）」のことをいう。

3　「①賃金引上げの実施方法」は、該当する賃金引上げの実施方法について選択すること。なお、令和７年度に新規届出を行う場合については、「令和６年度又は令和７年度において、一律の引上げを行う。」を選択すること。

4　「②賃金改善実施期間」は、原則４月（年度の途中で当該評価料の新規届出を行う場合、当該評価料を算定開始した月）から翌年の３月までの期間をいう。ただし、令和６年６月から本評価料を算定する場合にあっては、令和６年４月から開始として差し支えない。

5　「③ベースアップ評価料算定期間」は、原則４月（年度の途中で当該評価料の新規届出を行う場合、当該評価料を算定開始した月）から翌年の３月までの期間をいう。

6　「⑦算定金額の見込み」については、対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む）等の増加分に充て、下記の「⑨うちベースアップ評価料による算定金額の見込み」と同額となること。

7　「⑧全体の賃金改善の見込み額」については、賃金改善実施期間において、「賃金の改善措置が実施されなかった場合の給与総額」と、「賃金の改善措置が実施された場合の給与総額」との差分により判断すること。
　この際、「賃金の改善措置が実施されなかった場合の給与総額」についての算出が困難である保険医療機関にあっては、前年度の対象職員の給与総額の実績を元に概算するなど、合理的な方法による計算として差し支えない。

8　「⑩うち⑨以外によるベア等実施分」については、医療機関等における経営上の余剰や「看護職員処遇改善評価料」等によるベア等分を記載すること。

9　「⑪うち定期昇給相当分」については、賃金改善実施期間において定期昇給により改善する賃金額を記載すること。なお、定期昇給とは、毎年一定の時期を定めて、組織内の昇給制度に従って行われる昇給のことをいい、ベア等実施分と明確に区別できる場合にのみ記載すること。

10　「⑬対象職員の常勤換算数」は、当該時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。常勤の職員の常勤換算数は１とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が１を超える場合は、１）とする。なお、対象職員とはベースアップ評価料による賃金引き上げの対象となる職種をいう。

11　「給与総額」には、賞与や法定福利費等の事業主負担分を含めた金額を計上すること（ただし、役員報酬については除く。）。

様式98

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）（Ⅱ）
歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）（Ⅱ）
入院ベースアップ評価料

「賃金改善実績報告書」

１．「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」（「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」を含む）を算定する診療所（医科）または「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」（「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」を含む）を算定する有床診療所（医科）においては、別添「（診療所）賃金改善実績報告書」を提出すること。

２．「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」（「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」を含む）を算定する診療所（歯科）または「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」（「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」を含む）を算定する有床診療所（医科）においては、別添「（歯科診療所）賃金改善実績報告書」を提出すること。

３．「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」及び「入院ベースアップ評価料」算定する有床診療所においては、別添「（病院及び有床診療所）

（診療所）実績報告書

別添

（診療所）実績報告書（令和　　年度分）

保険医療機関コード
保険医療機関名

Ⅰ．賃金引上げの実施方法及び賃金改善実施期間等

①賃金引上げの実施方法

◉	令和６年度又は令和７年度において、一律の引上げを行う。
○	令和６年度及び令和７年度において、段階的な引上げを行う。

②賃金改善実施期間

令和	0	年	0	月	～	令和	0	年	0	月	1	ヶ月

③ベースアップ評価料算定期間

令和	0	年	0	月	～	令和		年		月	1	ヶ月

Ⅱ外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）等の届出有無　☑ 有

（Ⅱに該当する場合）外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）等の実績額

④外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）等の区分

	算定期間	点数の区分	（イ）	（ロ）
a	令和 0 年 0 月 ～ 令和　年　月		点	点
b	令和　年　月 ～ 令和　年　月		点	点
c	令和　年　月 ～ 令和　年　月		点	点
d	令和　年　月 ～ 令和　年　月		点	点

⑤算定回数

	算定期間	（イ）の算定回数	（ロ）の算定回数
a	令和 0 年 0 月 ～ 令和　年　月	回	回
b	令和　年　月 ～ 令和　年　月	回	回
c	令和　年　月 ～ 令和　年　月	回	回
d	令和　年　月 ～ 令和　年　月	回	回
	計	0 回	0 回

⑥外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）等による収入の実績額

	算定期間	（イ）の実績額	（ロ）の実績額
a	令和 0 年 0 月 ～ 令和　年　月	円	円
b	令和　年　月 ～ 令和　年　月	円	円
c	令和　年　月 ～ 令和　年　月	円	円
d	令和　年　月 ～ 令和　年　月	円	円
e	令和７年度への繰り越し予定額		円
f	前年度からの繰越額（令和７年度届出時のみ記載）		円
	計	0	円

Ⅲ．全体の賃金改善の実績額

⑦全体の賃金改善の実績額		円
	⑧うち外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等による算定実績	円
	⑨うち外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）等による算定実績（④の再掲）	0 円
	⑩⑧及び⑨における令和７年度への繰り越し予定額	円
	⑪ベースアップ評価料の前年度からの繰越額（令和７年度届出時のみ記載）	円
	⑫うち⑧及び⑨以外による ベア等実施分	円
	⑬うち定期昇給相当分	円
	⑭うちその他分（⑦－⑧－⑨－⑩－⑪－⑫－⑬）	0 円
⑮⑧及び⑨について全てベア等実施分に充当しているか。		☑ 問題なし

※ 「⑦全体の賃金改善の実績額」については、賃金改善実施期間において、「賃金の改善措置が実施されなかった場合の給与総額」と、「実際の給与総額」との差分により判断すること。

※ 「⑧うち外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等による算定実績」及び「⑨うち入院ベースアップ評価料による算定実績」については、対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む）等の増加分に充てること。

※ 「⑫うち⑧及び⑨以外によるベア等実施分」については、医療機関等における経営上の余剰や前たに「看護職員処遇改善評価料」等を届け出ることにより、当該年度においてベア等を実施した分を記載すること。

※ 「⑬うち定期昇給相当分」については、賃金改善実施期間において定期昇給により改善する賃金額を記載すること。
なお、定期昇給とは、毎年一定の時期を定めて、組織内の昇給制度に従って行われる昇給のことをいい、ベア等実施分と明確に区別できる場合にのみ記載すること。

※ 「⑭うちその他分」については、賃金改善実施期間において、定期昇給やベア等によらない、一時金による賃金改善額となること。

○　以下、基本給等総額、給与総額については**それぞれ１ヶ月当たりの額**を記載してください。

Ⅳ．対象職員（全体）の基本給等（基本給又は決まって毎月支払われる手当）に係る事項

①対象職員の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）	0.0 人
①賃金改善する前の対象職員の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）	0 円
③賃金改善した後の対象職員の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）	円
④基本給等に係る賃金改善の見込み額（１ヶ月分）（③－①）	0 円
⑤うち定期昇給相当分	円
⑥うちベア等実施分	円
⑦ベア等による賃金増率（⑥÷①）	#DIV/0! %

Ⅴ．看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の基本給等に係る事項

①看護職員等の常勤換算数（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）	0.0 人
②賃金改善する前の看護職員等の基本給等総額（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）	0 円
③賃金改善した後の看護職員等の基本給等総額（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）	円
④基本給等に係る賃金改善の見込み額（１ヶ月分）（③－②）	0 円
⑤うち定期昇給相当分	円
⑥うちベア等実施分	円
⑦ベア等による賃金増率（⑥÷①）	#DIV/0! %

146

Ⅵ．薬剤師の基本給等に係る事項

①薬剤師の常勤換算数（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）	0.0 人
②賃金改善する前の薬剤師の基本給等総額（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）	0 円
③賃金改善した後の薬剤師の基本給等総額（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）	円
④基本給等に係る賃金改善の見込み額（１ヶ月分）（③－②）	0 円
⑤うち定期昇給相当分	円
⑥うちベア等実施分	円
⑦ベア等による賃金増率（⑥÷②）	#DIV/0! %

Ⅶ．看護補助者の基本給等に係る事項

①看護補助者の常勤換算数（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）	0.0 人
②賃金改善する前の看護補助者の基本給等総額（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）	0 円
③賃金改善した後の看護補助者の基本給等総額（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）	円
④基本給等に係る賃金改善の見込み額（１ヶ月分）（③－②）	0 円
⑤うち定期昇給相当分	円
⑥うちベア等実施分	円
⑦ベア等による賃金増率（⑥÷②）	#DIV/0! %

【ベースアップ評価料対象外職種について】

Ⅸ．40歳未満の勤務医師、勤務歯科医師の基本給等に係る事項

①40歳未満の勤務医師等の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）	0.0 人
②賃金改善する前の40歳未満の勤務医師等の給与総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）	0 円
③うち賃金改善する前の40歳未満の勤務医師等の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）	0 円
④賃金改善した後の40歳未満の勤務医師等の給与総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）	円
⑤うち賃金改善した後の40歳未満の勤務医師等の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）	円
⑥給与総額に係る賃金改善の見込み額（１ヶ月分）（ ④ ）（ ④ ）	0 円
⑦基本給等に係る賃金改善の見込み額（１ヶ月分）（ ⑥ ）（ ⑥ ）	0 円
⑧うち定期昇給相当分	円
⑨うちベア等実施分	円
⑩ベア等による賃金増率（ ⑦ ）（ ⑦ ）	#DIV/0! %

Ⅹ．事務職員の基本給等に係る事項

①事務職員の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）	0.0 人
②賃金改善する前の事務職員の給与総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）	0 円
③うち賃金改善する前の事務職員の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）	0 円
④賃金改善した後の事務職員の給与総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）	円
⑤うち賃金改善した後の事務職員の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）	円
⑥給与総額に係る賃金改善の見込み額（１ヶ月分）（ ④ ）（ ④ ）	0 円
⑦基本給等に係る賃金改善の見込み額（１ヶ月分）（ ⑥ ）（ ⑥ ）	0 円
⑧うち定期昇給相当分	円
⑨うちベア等実施分	円
⑩ベア等による賃金増率（ ⑦ ）（ ⑦ ）	#DIV/0! %

本報告書の記載内容に虚偽が無いことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

令和　　年　　月　　日　　開設者名：

【記載上の注意】
1　本報告書において、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等」とは、「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）」のことをいう。
2　本報告書において、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）等」とは、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」、「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」のことをいう。
3　対象職員の常勤換算数」は、当該時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。常勤の職員の常勤換算数は１とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が１を超える場合は、１）とする。

147

参考

賃金引き上げ計画書作成のための計算シート（IIを算定しない診療所向け）

1　保険医療機関コード
保険医療機関名

2　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等の届出について
届出を行う月
□ 新規
□ 区分変更
○ 3月　◉ 6月　○ 9月　○ 12月
※ 新規の場合、届出月以前で最も近い月をチェックすること。

3　対象職員の給与総額、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等により算定される点数の見込み、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）等の区分の上限を算出する値【B1】
（1）算出の際に用いる「対象職員の給与総額」等の期間
①算出の際に用いる「対象職員の給与総額」の対象期間（上記「2」の入力に連動）
□ 前年3月～2月　☑ 前年6月～5月　□ 前年9月～8月　□ 前年12月～11月

②対象職員の給与総額（対象期間の１月当たりの平均）
円　（前回届出時　円）
※「対象職員の給与総額」については、賞与や法定福利費等の事業主負担分を含めた金額を計上すること。ただし、役員報酬については除く。）
また、看護補助者処遇改善事業補助金や本評価料による賃金引上げ分については、含めないこと。
※ 新規届出時は前回届出時欄への記載は不要。

（2）外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等の算定回数・金額の見込み
【算出の際に用いる「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等の対象期間」（上記「2」の入力に連動）
□ 前年12月～2月　☑ 3月～5月　□ 6月～8月　□ 9月～11月

【対象期間の１月当たりの平均回数（実績）】
①初診料等の算定回数　回　（前回届出時　回）
②再診料等の算定回数　回　（前回届出時　回）
③訪問診療料（同一建物以外）の算定回数　回　（前回届出時　回）
④訪問診療料（同一建物の算定回数　回　（前回届出時　回）
⑤歯科初診料等の算定回数　回　（前回届出時　回）
⑥歯科再診料等の算定回数　回　（前回届出時　回）
⑦歯科訪問診療料（同一建物以外）の算定回数　回　（前回届出時　回）
⑧歯科訪問診療料（同一建物）の算定回数　回　（前回届出時　回）
※ 算出対象となる期間の１月当たりの算定回数の平均の数値（小数点第二位を四捨五入）を記載すること。
※ 自由診療の患者については、計上しない。
公費負担医療や労災保険制度等、診療報酬点数表に従って医療費が算定される患者については、計上する。
※ 新規届出時は前回届出時欄への記載は不要。

【合計】
外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等の算定回数見込み
0.0 回　（前回届出時　0.0 回）
外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等の算定により算定される点数の見込み
0.0 点　（前回届出時　0.0 点）

（4）外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等により行われる給与の改善率
#DIV/0!　（前回届出時　）

賃金引き上げ計画書作成のための計算シート（Ⅱを算定しない診療所向け）

【記載上の注意】
4「3」の「②対象職員の給与総額」については、賞与や法定福利費等の事業主負担分を含めた金額を計上すること（ただし、役員報酬については除く。）。
また、看護補助者処遇改善事業補助金や本評価料による賃金引上げ分については、含めないこと。
5「3」の「(1)初診料等に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
・医科点数表区分番号（以下5～8において、単に「区分番号」という。）A000に掲げる初診料
・区分番号B001-2に掲げる小児科外来診療料の1のイ若しくは2のイ
・区分番号B001-2-11に掲げる小児かかりつけ診療料の1のイの(1)、1のロの(1)、2のイの(1)若しくは2のロの(1)
6「3」の「(2)再診料等に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
・区分番号A001に掲げる再診料
・区分番号A002に掲げる外来診療料
・区分番号A400に掲げる短期滞在手術等基本料の1
・区分番号B001-2に掲げる小児科外来診療料の1のロ若しくは2のロ
・区分番号B001-2-7に掲げる外来リハビリテーション診療料
・区分番号B001-2-8に掲げる外来放射線照射診療料
・区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料
・区分番号B001-2-10に掲げる認知症地域包括診療料
・区分番号B001-2-11に掲げる小児かかりつけ診療料の1のイの(2)、1のロの(2)、2のイの(2)若しくは2のロの(2)
・区分番号B001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料
7「3」の「(3)訪問診療料（同一建物以外）に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
・区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の1のイ若しくは2のイ
・区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料（訪問診療を行った場合に限る。）
8「3」の「(4)訪問診療料（同一建物）に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
・区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の1のロ若しくは2のロ
・区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）
9「3」の「(5)歯科初診料等に係る算定回数」については、歯科点数表区分番号（以下9～12において、単に「区分番号」という。）A000に掲げる初診料の合計算定回数を記載すること。
10「3」の「(6)歯科再診料等に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
・区分番号A002に掲げる再診料
・区分番号B004-1-6に掲げる外来リハビリテーション診療料
・区分番号B004-1-7に掲げる外来放射線照射診療料
・区分番号B004-1-8に掲げる外来腫瘍化学療法診療料
11「3」の「(7)歯科訪問診療料（同一建物以外）に係る算定回数」については、区分番号C000の1に掲げる歯科訪問診療料の1　歯科訪問診療1（同一患家の患者について算定した場合を除く。）の合計算定回数を記載すること。
12「3」の「(8)歯科訪問診療料（同一建物）に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
・区分番号C000の1に掲げる歯科訪問診療料の1　歯科訪問診療1（同一患家の患者について算定した場合。）
・区分番号C000の2に掲げる歯科訪問診療料の2　歯科訪問診療2
・区分番号C000の3に掲げる歯科訪問診療料の3　歯科訪問診療3
・区分番号C000の4に掲げる歯科訪問診療料の4　歯科訪問診療4
・区分番号C000の5に掲げる歯科訪問診療料の5　歯科訪問診療5
・区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の注15
・区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の注19

148

1. 賃上げ・基本料等の引き上げ

（１）ベースアップ評価料

（２）基本料の引き上げ

（３）入院料通則の改定

149

初再診料等の評価の見直し

＜概要＞

1．改定財源＋0.28%程度の対応

2．40歳未満の勤務医師・事務職員等の賃上げ対応、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から、初診料・再診料等を増点（加算等ではなく本体を増点）

初再診料等の評価の見直し

初再診料等の評価の見直し

➢ 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３点、再診料と外来診療料をそれぞれ２点引き上げる。

現行		改定後	
【初診料】		【初診料】	
初診料	288点	初診料	291点
情報通信機器を用いた初診料	251点	情報通信機器を用いた初診料	253点
初診料の注２・注３・注４	214点	初診料の注２・注３・注４	216点
情報通信機器を用いた場合	186点	情報通信機器を用いた場合	188点
初診料の注５	144点	初診料の注５	146点
情報通信機器を用いた場合	125点	情報通信機器を用いた場合	127点
注２～４に規定する場合	107点	注２～４に規定する場合	108点
情報通信機器を用いた場合	93点	情報通信機器を用いた場合	94点
【再診料】		【再診料】	
再診料	73点	再診料	75点
情報通信機器を用いた再診料	73点	情報通信機器を用いた再診料	75点
再診料の注２	54点	再診料の注２	55点
再診料の注３	37点	再診料の注３	38点
再診料の注２に規定する場合	27点	再診料の注２に規定する場合	28点
【外来診療料】		【外来診療料】	
外来診療料	74点	外来診療料	76点
情報通信機器を用いた外来診療料	73点	情報通信機器を用いた外来診療料	75点
外来診療料の注２・注３・注４	55点	外来診療料の注２・注３・注４	56点
外来診療料の注５	37点	外来診療料の注５	38点
注２～４に規定する場合	27点	注２～４に規定する場合	28点

入院基本料等の見直し

＜概要＞

1．改定財源＋0.28%程度の対応

2．40歳未満の勤務医師・事務職員等の賃上げのため入院基本料（本体）を増点

3．あわせて、入院料の施設基準として、
① 栄養管理体制の基準
② 人生の最終段階における意思決定支援
③ 身体的拘束最小化の取組
が求められるようになる。

入院基本料等の見直し

入院基本料等の見直し

○ 入院基本料等について、以下の見直しを行う。
- ➢ 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。
- ➢ 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、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作成することを要件とする。
- ➢ 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。
- ➢ 上記のほか、40 歳未満の勤務医師、事務職員等の賃上げを実施すること等の観点から、入院基本料等の評価を見直す。

現行		改定後	
【一般病棟入院基本料】		【一般病棟入院基本料】	
急性期一般入院料１	1,650点	急性期一般入院料１	1,688点
【療養病棟入院基本料】		【療養病棟入院基本料】	
療養病棟入院料１　入院料Ｇ	968点	療養病棟入院料１　入院料25	983点
【精神病棟入院基本料】		【精神病棟入院基本料】	
15対１入院基本料	830点	15対１入院基本料	844点
【特定機能病院入院基本料】		【特定機能病院入院基本料】	
７対１入院基本料（一般病棟の場合）	1,718点	7対１入院基本料（一般病棟の場合）	1,822点
【回復期リハビリテーション病棟入院料】		【回復期リハビリテーション病棟入院料】	
回復期リハビリテーション病棟入院料４	1,841点	回復期リハビリテーション病棟入院料４	1,859点
【地域包括ケア病棟入院料】		【地域包括ケア病棟入院料】	
地域包括ケア病棟入院料１	2,809点	地域包括ケア病棟入院料１（40日以内）	2,838点
			（41日目以降は2,690点）

※一部の入院料について抜粋。地域包括ケア病棟入院料１は日数による評価を見直したことに伴う増点を含む。

1. 賃上げ・基本料等の引き上げ

（１）ベースアップ評価料

（２）基本料の引き上げ

（３）入院料通則の改定

入院料通則の改定

＜概要＞

入院料の施設基準として、

① 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

② 人生の最終段階における意思決定支援（意思決定支援に関する指針の作成を要件とする入院料等の対象見直し（小児入院医療管理料等のみの病院等を除く））

［経過措置］令和７年５月31日まで（地域包括ケア病棟等を除く）

③ 身体拘束最小化の取組（組織的に身体的拘束を最小化する体制を整備（精神科病院・病室を除く））

［経過措置］令和７年５月31日まで

が求められるようになる。

栄養管理体制の基準の明確化（入院料通則の改定①）

栄養管理体制の基準の明確化

➢ 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。

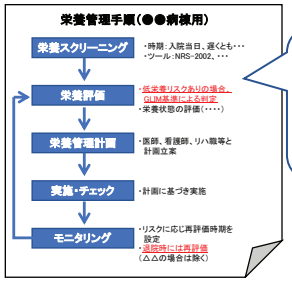
現行

【入院基本料等の施設基準等】
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)

改定後

【入院基本料等の施設基準等】
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)

イメージ　各医療機関の機能や患者特性等に応じて栄養管理手順に位置づける



GLIM基準を活用することが望ましいが、GLIM基準を参考にしつつ、各医療機関の機能や患者特性等に応じて、標準的な手法を位置づけていれば差し支えない。

＜参考＞ GLIM(Global Leadership Initiative on Malnutrition)基準

2018年に世界の栄養学会（ESPEN:欧州, ASPEN:北米, PENSA:アジア, FELANPE:南米）が低栄養の診断基準としてGLIM基準を策定

●栄養スクリーニング
・全ての対象者に対して栄養スクリーニングを実施し、低栄養リスクのある症例を特定
・検証済みのスクリーニングツール（例：MUST、NRS-2002、MNA-SFなど）を使用

低栄養リスクあり

●低栄養診断

表現型基準（フェノタイプ基準）			病因基準（エチオロギー基準）	
意図しない体重減少	低BMI	筋肉量減少	食事摂取量減少、消化吸収能低下	疾病負荷／炎症
それぞれの項目で１つ以上に該当			それぞれの項目で１つ以上に該当	

＋

低栄養と判定

重症度判定（中等度低栄養、重度低栄養）

※詳細は、日本臨床栄養代謝学会（JSPEN）HP「GLIM基準について」を参照

人生の最終段階における適切な意思決定支援の推進（入院料通則の改定②）

人生の最終段階における適切な意思決定支援の推進

➢ 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、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」（以下、「ガイドライン」とする。）等の内容を踏まえ、意思決定支援に関する指針を作成することを要件とする入院料等の対象を見直す。

- 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要件とする入院料の範囲を拡大する。
- 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。

【指針の作成が要件となる対象】

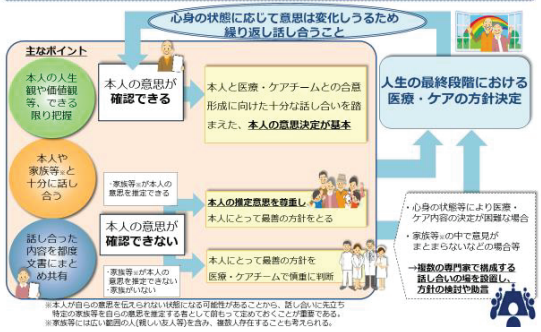
➢ 入院料を算定する医療機関※

※　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。

➢ 以下の届出を行う医療機関
・がん患者指導管理料
・地域包括診療料
・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
・在宅療養支援診療所・病院

「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」における意思決定支援や方針決定の流れ（イメージ図）（平成30年版）

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。



身体的拘束を最小化する取組の強化（入院料通則の改定③）

身体的拘束を最小化する取組の強化

➢ 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、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、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を整備**することを規定する。

・　精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む）における身体的拘束の取扱いについては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定によるものとする。

・　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、入院基本料（特別入院基本料等を除く）、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。）の所定点数から１日につき40点を減算する。

【身体的拘束最小化の基準】
［施設基準］
（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。
（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の規定による**。

［経過措置］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７年５月31日までの間に限り、身体的拘束最小化の基準に該当するものとみなす。

２．医療DXの推進

（１）マイナ保険証を中心とした医療DXの推進

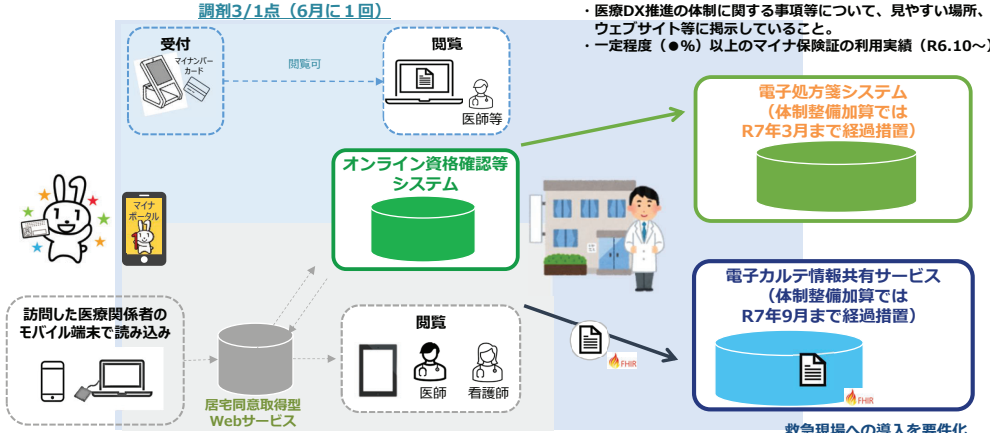
（２）情報通信機器を用いた診療の推進等

令和６年度診療報酬改定における医療DXに係る全体像

➢ 医療DX推進体制整備加算により、マイナ保険証利用により得られる薬剤情報等を診察室等でも活用できる体制を整備するとともに、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスの整備、マイナ保険証の利用率を要件とし、医療DXを推進する体制を評価する。（電子処方箋等は経過措置あり）

（新）医療情報取得加算　初診3/1点　再診2/1点（3月に1回）　調剤3/1点（6月に１回）

（新）医療DX推進体制整備加算　８点、６点（歯科）、４点（調剤）
・医療DX推進の体制に関する事項等について、見やすい場所、ウェブサイト等に掲示していること。
・一定程度（●%）以上のマイナ保険証の利用実績（R6.10～）　等



（新）在宅医療ＤＸ情報活用加算　　１０点
（新）訪問看護医療ＤＸ情報活用加算　　５点
（新）在宅医療ＤＸ情報活用加算（歯科）８点

救急現場への導入を要件化
急性期充実体制加算・総合入院体制加算
・救命救急入院料１
（救急時医療情報閲覧機能の評価）

※答申書附帯意見　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、令和6年度早期より、医療情報取得加算による適切な情報に基づく診療の在り方について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た検討を行うこと。

医療情報・システム基盤整備体制充実加算の見直し

＜概要＞

1．オンライン資格確認等システムの導入が義務化されたことを踏まえ、体制整備に係る取組みを評価する現在の「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」を見直し、**診療情報・薬剤情報の取得・活用に関する評価**に変更する

2．名称も**「医療情報取得加算」**に変更する

3．**初診料に加え、再診料等**にも加算を設定

医療DXの推進①

医療情報・システム基盤整備体制充実加算の見直し

➢ 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。

現行

【医療情報・システム基盤整備体制充実加算】

初診時
- 医療情報・システム基盤整備体制充実加算１　４点
- 医療情報・システム基盤整備体制充実加算２　２点

［施設基準］
1. 電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っていること。
2. オンライン資格確認を行う体制を有していること。
3. 次に掲げる事項について、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していること。
   ア オンライン資格確認を行う体制を有していること。
   イ 当該保険医療機関を受診した患者に対し、受診歴、薬剤情報、特定健診情報その他必要な診療情報を取得・活用して診療を行うこと。

改定後

【医療情報取得加算】

初診時（月１回に限り算定）
- 医療情報取得加算１　３点
- 医療情報取得加算２　１点

再診時（３月に１回に限り算定）
- 医療情報取得加算３　２点
- 医療情報取得加算４　１点

以下の場合を新たに評価
- 電子資格確認（オンライン資格確認）により当該患者に係る診療情報を取得等した場合
- 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

［施設基準］
1. 電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っていること。
2. オンライン資格確認を行う体制を有していること。
3. 次に掲げる事項について、当該保険医療機関の見やすい場所及びウェブサイト等に掲示していること。
   ア オンライン資格確認を行う体制を有していること。
   イ 当該保険医療機関を受診した患者に対し、受診歴、薬剤情報、特定健診情報その他必要な診療情報を取得・活用して診療を行うこと。

医療DX推進体制整備加算の新設

＜概要＞

１．前出の「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」から「医療情報取得加算」への変更とは別に、電子処方箋や電子カルテ情報共有サービス等を利用できる体制を評価する加算として、「医療DX推進体制整備加算」を新設する。

２．初診料に加算（月１回　８点）

医療DXの推進②

医療DX推進体制整備加算の新設

➢ 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　　８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１回に限り８点を所定点数に加算する。

[施設基準]
（１）オンライン請求を行っていること。
（２）オンライン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）電子処方箋を発行する体制を有していること。（経過措置　令和７年３月31日まで）
（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。（経過措置　令和７年９月30日まで）
（６）マイナンバーカードの健康保険証利用の使用について、実績を一定程度有していること。
（令和６年10月１日から適用）
（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及びウェブサイト等に掲示していること。

在宅医療DX情報活用加算の新設

＜概要＞

　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、電子カルテ情報共有サービスによるオンライン資格確認により、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在宅医療を提供した場合について、新たな評価を行う。

医療DXの推進③

在宅医療DX情報活用加算の新設

➢ 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、電子カルテ情報共有サービスによるオンライン資格確認により、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在宅医療を提供した場合について、新たな評価を行う。

（新）　在宅医療DX情報活用加算　　10点
（新）　訪問看護医療DX情報活用加算　　５点

［対象患者］
在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の１、（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８点を加算する。ただし、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注15、区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注19若しくは区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料の注10にそれぞれ規定する医療情報取得加算、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注16に規定する医療ＤＸ推進体制整備加算、区分番号Ｃ００３に掲げる在宅がん医療総合診療料の注８に規定する在宅医療ＤＸ情報活用加算又は区分番号Ｃ００５に掲げる在宅患者訪問看護・指導料の注17（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。）若しくは区分番号Ｉ０１２に掲げる精神科訪問看護・指導料の注17にそれぞれ規定する訪問看護医療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）オンライン請求を行っていること。
（２）オンライン資格確認を行う体制を有していること。
（３）電子処方箋を発行する体制を有していること。（経過措置　令和７年３月31日まで）
（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。（経過措置　令和７年９月30日まで）
（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。

医療DXの推進による医療情報の有効活用

＜救急時医療情報閲覧機能の導入の推進＞

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、当該機能を有していることを要件とする。
（令和７年４月１日以降適用）

＜診療録管理体制加算の見直し＞

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、非常時に備えたサイバーセキュリティ対策等の整備に係る要件を追加した上で、評価を見直す。
（許可病床数200床以上から400床未満の医療機関は、令和７年５月31日までは経過措置期間）

救急時医療情報閲覧機能の導入の推進

救急時医療情報閲覧機能の導入の要件化

➢ 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。

現行

【急性期充実体制加算】
［施設基準］
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）～（４）　（略）

（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）

改定後

【急性期充実体制加算】
［施設基準］
第１の２　急性期充実体制加算
１ 通則
（１）・（２）　（略）

（３）　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。

［経過措置］
１の（３）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７年４月１日以降に適用するものとする

診療録管理体制加算の見直し

診療録管理体制加算の見直し

➢ 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、非常時に備えたサイバーセキュリティ対策等の整備に係る要件及び評価を見直す。

現行

【診療録管理体制加算１】　100点
［施設基準］
・許可病床数400床以上の保険医療機関については、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。

（新設）

（新設）

【診療録管理体制加算２】　30点
・区分の見直し（診療録管理体制加算１→２）

（新設）
・区分の見直し（診療録管理体制加算２→３）

改定後

【診療録管理体制加算１】　**140点**
［施設基準］
・許可病床数**200床以上**の保険医療機関については、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。

・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。

・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（ＢＣＰ）を策定し、少なくとも年１回程度、定期的に訓練・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。

【診療録管理体制加算２】　**100点**
・許可病床数**200床以上**の保険医療機関については、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。

【診療録管理体制加算３】　**30点**

2．医療DXの推進

（１）マイナ保険証を中心とした医療DXの推進

（２）情報通信機器を用いた診療の推進等

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

＜へき地診療所等が実践するD to P with Nの推進＞

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。

＜難病患者の治療に係る遠隔連携診療料の見直し＞

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、治療を目的とする場合の遠隔連携診療料の対象患者に、指定難病患者を追加する。

＜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＞

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。

へき地診療所等が実施するD to P with Nの推進

へき地診療所等が実施するD to P with Nの推進

- 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　　50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］
次のいずれにも該当すること。
（１）「へき地保健医療対策事業について」（平成13年５月16日医政発第529号）に規定するへき地医療拠点病院又はへき地診療所の指定を受けていること。
（２）当該保険医療機関に、へき地における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に係る研修を修了した医師を配置していること。
（３）情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

へき地診療所又はへき地医療拠点病院の医師

情報通信機器を用いた診療

患者が看護師等といる場合

難病患者の治療に係る遠隔連携診療料の見直し

難病患者の治療に係る遠隔連携診療料の見直し

- 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、治療を目的とする場合の遠隔連携診療料の対象患者に、指定難病患者を追加する。

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、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
てんかんの患者（知的障害を有するものに限る。）

改定後

【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）
（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

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

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

➢ 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。

現行	改定後
【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］ （新設）	【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、218点を算定する。 ［施設基準］ 情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

※ 対面の初診でCPAP療法を開始し、眠気やイビキなどの症状が改善していることを同じく対面診療で確認した後に、情報通信機器を用いた点数を算定できるという設計になっているので、情報通信機器を用いた場合の点数を算定できるのは、３回目の診療以降となる。

情報通信機器を用いた通院精神療法に係る評価の新設

＜概要＞

「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について、新たな評価を行う。

［対象患者］

情報通信機器を用いた精神療法を実施する当該保険医療機関の精神科を担当する医師が、同一の疾病に対して、過去１年以内の期間に対面診療を行ったことがある患者

［算定要件］

（１）情報通信機器を用いた精神療法を行う際には、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」及び「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」に沿った診療及び処方を行うこと。

（２）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または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。

情報通信機器を用いた通院精神療法に係る評価の新設

➢ 「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について、新たな評価を行う。

（新）通院精神療法　ハ　情報通信機器を用いて行った場合

（１）30分以上（精神保健指定医による場合）　357点

（２）30分未満（精神保健指定医による場合）　274点

［対象患者］

情報通信機器を用いた精神療法を実施する当該保険医療機関の精神科を担当する医師が、同一の疾病に対して、過去１年以内の期間に対面診療を行ったことがある患者

［算定要件］（概要）

（１）情報通信機器を用いた精神療法を行う際には、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」及び「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」（以下「オンライン精神療法指針」という。）に沿った診療及び処方を行うこと。

（２）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または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。

［施設基準］（概要）

（１）情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

（２）オンライン精神療法指針に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。

（３）オンライン精神療法指針において、「オンライン精神療法を実施する医師や医療機関については、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムに資するよう、地域における精神科医療の提供体制への貢献が求められる」とされていることから、以下のア及びイを満たすこと。

ア　地域の精神科救急医療体制の確保に協力している保険医療機関　※（イ）から（ハ）までのいずれかを満たすこと

（イ）	（ロ）	（ハ）
・常時対応型施設（★）　又は 身体合併症救急医療確保事業において指定 （★）精神科救急医療体制整備事業における類型	・病院群輪番型施設（★） ・時間外、休日又は深夜において、 入院件数が年４件以上　又は 外来対応件数が年10件以上	・外来対応施設（★）　又は 時間外対応加算１の届出 ・精神科救急情報センター、保健所等からの問い合わせ等に原則常時対応できる体制

イ　情報通信機器を用いた精神療法を実施する精神保健指定医が、精神科救急医療体制の確保へ協力　※（イ）又は（ロ）のいずれかの実績

（イ）	（ロ）
・時間外、休日又は深夜における外来対応施設での外来診療　又は救急医療機関への診療協力を、年６回以上行うこと。	・精神保健福祉法上の精神保健指定医として業務等を年１回以上行っていること。

情報通信機器を用いた診療の施設基準の見直し

情報通信機器を用いた診療の施設基準の見直し

➢ 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」及び情報通信機器を用いた診療の実態を踏まえ、情報通信機器を用いた診療の施設基準に、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ウェブサイト等に掲示していることを追加する。

現行	改定後
【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）	【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） 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等に掲示していること。

（参考）オンライン診療の適切な実施に関する指針（平成30年３月（令和５年３月一部改訂））

(5)薬剤 処方・管理

②最低限遵守する事項

ⅰ　現にオンライン診療を行っている疾患の延長とされる症状に対応するために必要な医薬品については、医師の判断により、オンライン診療による処方を可能とする。患者の心身の状態の十分な評価を行うため、初診からのオンライン診療の場合及び新たな疾患に対して医薬品の処方を行う場合は、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを参考に行うこと。

ただし、初診の場合には以下の処方は行わないこと。

・　麻薬及び向精神薬の処方

・　基礎疾患等の情報が把握できていない患者に対する、特に安全管理が必要な薬品（診療報酬における薬剤管理指導料の「１」の対象となる薬剤）の処方

・　基礎疾患等の情報が把握できていない患者に対する８日分以上の処方

また、重篤な副作用が発現するおそれのある医薬品の処方は特に慎重に行うとともに、処方後の患者の服薬状況の把握に努めるなど、そのリスク管理に最大限努めなければならない。

ⅱ　医師は、患者に対し、現在服薬している医薬品を確認しなければならない。この場合、患者は医師に対し正確な申告を行うべきである。

書面掲示事項のウェブサイトへの掲載

＜概要＞

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いて、

保険医療機関及び保険医療養担当規則等で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。

※自ら管理するウェブサイトを有しない保険医療機関等は対象外

［経過措置］

令和７年５月31日までの経過措置を設ける

診療報酬における書面要件及び書面掲示のデジタル化について

診療報酬における書面要件の見直し

- 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**。
- 具体的には、
  - 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、保険薬局又は指定訪問看護事業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、当該ガイドラインに定められた電子署名を施すこととする。
  - 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。

書面掲示事項のウェブサイトへの掲載

- 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**。

※　自ら管理するウェブサイトを有しない保険医療機関等は対象外。
※　令和７年５月31日までの間の経過措置を設ける。

３．外来診療の機能分化・強化等

（１）生活習慣病にかかる疾病管理・適正化項目

（２）かかりつけ医機能に係る見直し

（３）その他

生活習慣病対策

○　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を推進するため、主に以下の見直しを行う。

１．生活習慣病管理料（Ⅱ）の新設（Ⅱ－５－①）
- **検査等を包括しない生活習慣病管理料（Ⅱ）（333点、月１回に限る。）を新設**する。

２．生活習慣病管理料の評価及び要件の見直し（Ⅱ－５－①）
- 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**。
- 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。
- 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。
- 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**。

３．特定疾患療養管理料の見直し（Ⅱ－５－①）
- 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。

４．特定疾患処方管理加算の見直し（Ⅱ－５－②）
- リフィル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、処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算について、28日未満の処方を行った際の**特定疾患処方管理加算１を廃止**し、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**。

５．地域包括診療料等の見直し（Ⅱ－５－③）
- 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、リフィル処方及び長期処方の活用を推進する観点から、患者の状況等に合わせて医師の判断により、**リフィル処方や長期処方を活用することが可能であることを、患者に周知することを要件に追加**する。

６．慢性腎臓病の透析予防指導管理の評価の新設（Ⅲ－５－④）
- 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。

生活習慣病に係る疾病管理のイメージ

○　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のイメージは以下のとおり。

生活習慣病に係る医学管理料の見直し

＜概要＞

1．改定率に関する大臣合意（生活習慣病を中心とした管理料、処方箋料等の再編等の効率化・適正化 ▲0.25%）を踏まえた対応

2．現行の生活習慣病管理料を生活習慣病管理料（Ⅰ）とする
（※外来管理加算を包括化等した上で点数を見直す）

3．特定疾患療養管理料から糖尿病・脂質異常症・高血圧を除外した上で、検査料等が包括されない生活習慣病管理料（Ⅱ）として再編

4．療養計画書の様式を簡素化（内容に変更がない場合は、概ね4月に1回の発行でよいが、患者の求めがあった場合は、その都度交付）

5．月１回の算定を廃止

6．長期処方やリフィル処方が可能であることを院内掲示

診療報酬改定について
令和５年１２月２０日　大臣折衝事項（抄）

１．**診療報酬　＋０．８８％**（国費 800 億円程度（令和６年度予算額。以下同じ））

※１　うち、※２～４を除く改定分　＋０．４６％
各科改定率　医科　＋０．５２％
歯科　＋０．５７％
調剤　＋０．１６％

40 歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上げに資する措置分（+0.28%程度）を含む。

※２　うち、看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種（上記※１を除く）について、令和６年度にベア+2.5%、令和７年度にベア+2.0%を実施していくための特例的な対応　+0.61%

※３　うち、入院時の食費基準額の引き上げ（１食当たり 30 円）の対応（うち、患者負担については、原則、１食当たり 30 円、低所得者については、所得区分等に応じて 10～20 円）　+0.06%

※４　うち、生活習慣病を中心とした管理料、処方箋料等の再編等の効率化・適正化　▲0.25%

生活習慣病に係る医学管理料の見直し①

○　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。
- 療養計画書を簡素化するとともに、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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。

現行		改定後	
【生活習慣病管理料】		【生活習慣病管理料（Ⅰ）】	
1 脂質異常症を主病とする場合	570点	1 脂質異常症を主病とする場合	610点
2 高血圧症を主病とする場合	620点	2 高血圧症を主病とする場合	660点
3 糖尿病を主病とする場合	720点	3 糖尿病を主病とする場合	760点

改定後

【生活習慣病管理料（Ⅰ）の算定要件】（概要）
- 生活習慣病管理料は、栄養、運動、休養、喫煙、飲酒及び服薬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。血液検査結果を療養計画書とは別に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。
- 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。
- 「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（略）及び同「37」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。
- 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、生活習慣病管理料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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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６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。

生活習慣病に係る医学管理料の見直し②

生活習慣病管理料（Ⅱ）の創設

➢ 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）　　333点（月１回に限る。）

［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に掲げる医学管理及び第２章第１部医学管理等（区分番号Ｂ００１の９に掲げる外来栄養食事指導料、区分番号Ｂ００１の11に掲げる集団栄養食事指導料、区分番号Ｂ００１の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号Ｂ００１の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号Ｂ００１の24に掲げる外来緩和ケア管理料、区分番号Ｂ００１の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料、区分番号Ｂ００１の37に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料、区分番号Ｂ００１－３－２に掲げるニコチン依存症管理料、区分番号Ｂ００１－９に掲げる療養・就労両立支援指導料、Ｂ００５の14に掲げるプログラム医療機器等指導管理料、区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）、区分番号Ｂ００９－２に掲げる電子的診療情報評価料、区分番号Ｂ０１０に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）、区分番号Ｂ０１０－２に掲げる診療情報連携強有料、区分番号Ｂ０１１に掲げる連携強化診療情報提供料及び区分番号Ｂ０１１－３に掲げる薬剤情報提供料を除く。）の費用は、生活習慣病管理料(Ⅱ)に含まれるものとする。
（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、290点を算定する。

［施設基準］
（１）生活習慣病管理に関する総合的な治療管理ができる体制を有していること。なお、治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、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。
（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）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の届出を行っていること。

生活習慣病管理料の主な見直し

		現行 生活習慣病管理料	改定後 生活習慣病管理料(Ⅰ)	変更点
点数	脂質異常症	570点	610点	増点 (+40点)
	高血圧症	620点	660点	
	糖尿病	720点	760点	
包括範囲		医学管理等(例外あり) 検査 注射 病理診断	外来管理加算 医学管理等(例外あり) 検査 注射 病理診断	外来管理加算が包括化
施設基準		無し	患者の状態に応じ28日以上の長期投薬又はリフィル処方箋の交付が可能であることを院内掲示　等	施設基準の追加
受診頻度要件		少なくとも月１回以上の総合的な治療管理を行う	---	要件廃止
療養計画書		4月に1回以上交付	・様式の簡素化 ・概ね4月に1回以上交付	

生活習慣病管理料(Ⅰ)と(Ⅱ)の比較

		生活習慣病管理料(Ⅰ)	生活習慣病管理料(Ⅱ)
点数	脂質異常症	610点	333点(※)
	高血圧症	660点	
	糖尿病	760点	
包括範囲		外来管理加算 医学管理等(例外あり) 検査等（注射、病理診断）	外来管理加算 医学管理等(例外あり) ※検査等は出来高算定

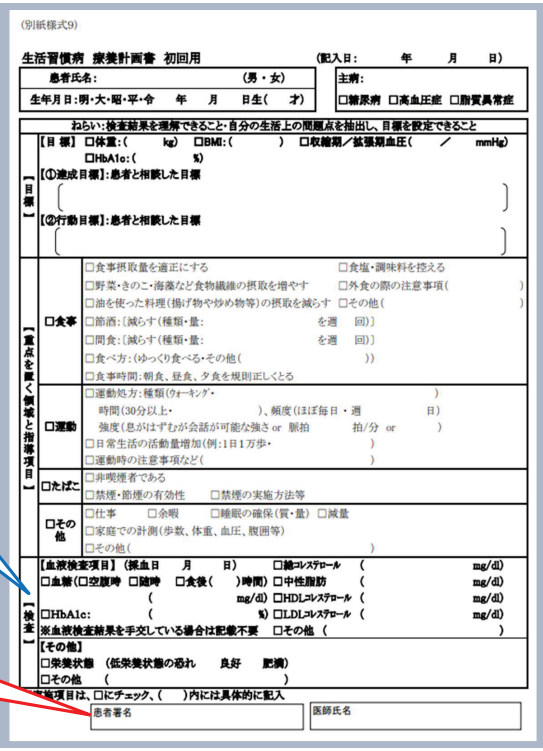
⇒ 生活習慣病管理料(Ⅱ)の点数(333点)は、
特定疾患療養管理料(月1回)225点
外来管理加算52点
特定疾患処方管理加算(月1回)56点
の合計点数と同じ点数

⇒ 脂質異常症、高血圧症、糖尿病は、
特定疾患療養管理料と
特定疾患処方管理加算の対象疾患から除外

【初回用】
※患者に対して療養計画書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る

血液検査結果を療養計画書とは別に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

患者署名について、医師が計画書の内容について丁寧に説明した後、看護職員等が追加的な説明を行い、診察室外で患者の署名を受けることも可能です。


(別紙様式9)

生活習慣病　療養計画書　初回用　　(記入日:　年　月　日)

患者氏名:	(男・女)	主病:
生年月日:明・大・昭・平・令　年　月　日生(　才)		□糖尿病 □高血圧症 □脂質異常症

ねらい:検査結果を理解できること・自分の生活上の問題点を抽出し、目標を設定できること

【目標】
【目標】□体重:(　kg)　□BMI:(　)　□収縮期／拡張期血圧(　／　mmHg)
□HbA1c:(　%)
【①達成目標]:患者と相談した目標
【②行動目標]:患者と相談した目標

【重点を置く領域と指導項目】
□食事
□食事摂取量を適正にする　□食塩・調味料を控える
□野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす　□外食の際の注意事項(　)
□油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす　□その他(　)
□節酒:[減らす(種類・量:　を週　回)]
□間食:[減らす(種類・量:　を週　回)]
□食べ方:(ゆっくり食べる・その他(　))
□食事時間:朝食、昼食、夕食を規則正しくとる
□運動
□運動処方:種類(ウォーキング・　)
時間(30分以上・　)、頻度(ほぼ毎日・週　日)
強度(息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍　拍/分 or　)
□日常生活の活動量増加(例:1日1万歩・　)
□運動時の注意事項など(　)
□たばこ
□非喫煙者である
□禁煙・節煙の有効性　□禁煙の実施方法等
□その他
□仕事　□余暇　□睡眠の確保(質・量)　□減量
□家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等)
□その他(　)

【検査】
【血液検査項目】(採血日　月　日)　□総コレステロール(　mg/dl)
□血糖(□空腹時　□随時　□食後(　)時間)　□中性脂肪(　mg/dl)
(　mg/dl)　□HDLコレステロール(　mg/dl)
□HbA1c:(　%)　□LDLコレステロール(　mg/dl)
※血液検査結果を手交している場合は記載不要　□その他(　)

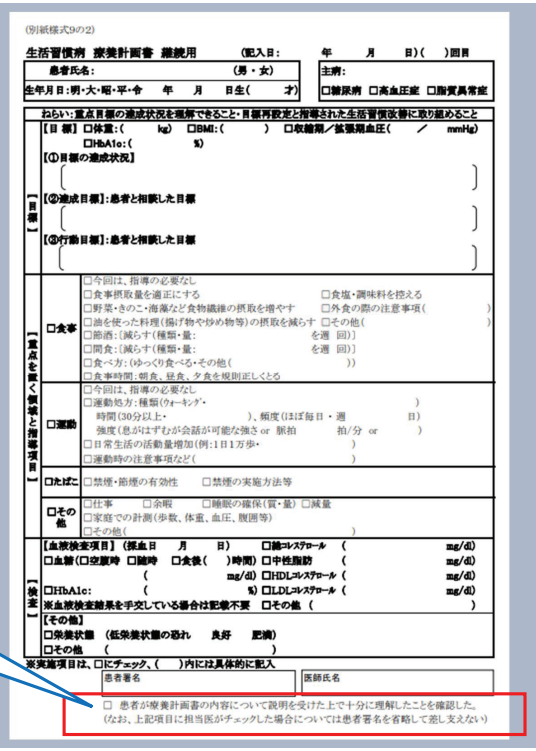
【その他】
□栄養状態　(低栄養状態の恐れ　良好　肥満)
□その他(　)

実施項目は、□にチェック、(　)内には具体的に記入

患者署名	医師氏名

【継続用】

※内容に変更がない場合は、概ね4か月に1回以上の交付（ただし、患者の求めがあった場合は、その都度交付）



（別紙様式9の2）

生活習慣病　療養計画書　継続用　（記入日：　年　月　日）（　）回目

患者氏名：（男・女）　主病：

生年月日：明・大・昭・平・令　年　月　日生（　才）　□糖尿病　□高血圧症　□脂質異常症

ねらい：重点目標の達成状況を確認できること・目標再設定と指導された生活習慣改善に取り組めること

【目標】
【目標】□体重：（　kg）□BMI：（　）□収縮期／拡張期血圧（　／　mmHg）□HbA1c：（　%）
【①目標の達成状況】（　）
【②達成目標】：患者と相談した目標（　）
【③行動目標】：患者と相談した目標（　）

【重点を置く領域と指導項目】
□食事
□今回は、指導の必要なし
□食事摂取量を適正にする　□食塩・調味料を控える
□野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす　□外食の際の注意事項（　）
□油を使った料理（揚げ物や炒め物等）の摂取を減らす　□その他（　）
□節酒：［減らす（種類・量：　を週　回）］
□間食：［減らす（種類・量：　を週　回）］
□食べ方：（ゆっくり食べる・その他（　））
□食事時間：朝食、昼食、夕食を規則正しくとる
□運動
□今回は、指導の必要なし
□運動処方：種類（ウォーキング・　）
時間（30分以上・　）、頻度（ほぼ毎日・週　日）
強度（息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍　拍/分 or　）
□日常生活の活動量増加（例：1日1万歩・　）
□運動時の注意事項など（　）
□たばこ
□禁煙・節煙の有効性　□禁煙の実施方法等
□その他
□仕事　□余暇　□睡眠の確保（質・量）□減量
□家庭での計測（歩数、体重、血圧、腹囲等）
□その他（　）

【検査】
【血液検査項目】（採血日　月　日）□総コレステロール（　mg/dl）
□血糖（□空腹時　□随時　□食後（　）時間）□中性脂肪（　mg/dl）
（　mg/dl）□HDLコレステロール（　mg/dl）
□HbA1c：（　%）□LDLコレステロール（　mg/dl）
※血液検査結果を手交している場合は記載不要　□その他（　）
【その他】
□栄養状態　（低栄養状態の恐れ　良好　肥満）
□その他（　）

※実施項目は、□にチェック、（　）内には具体的に記入

患者署名　医師氏名

□　患者が療養計画書の内容について説明を受けた上で十分に理解したことを確認した。
（なお、上記項目に担当医がチェックした場合については患者署名を省略して差し支えない）

療養計画書の内容について、説明を受けた患者が十分理解したことを確認した場合、担当医がチェックすることで、患者署名を省略できる

令和６年度改定前

生活習慣病に係る診療のレセプトのイメージ

特定疾患療養管理料を算定する場合		特定疾患療養管理料と地域包括診療料加算を算定する場合		生活習慣病管理料を算定する場合		生活習慣病管理料と地域包括診療加算を算定する場合	
再診料	73点	再診料	73点	再診料	73点	再診料	73点
外来管理加算	52点	外来管理加算	52点	外来管理加算	52点	外来管理加算	52点
特定疾患療養管理料（診療所）	225点	特定疾患療養管理料（診療所）	225点	生活習慣病管理料	570～720点	生活習慣病管理料	570～720点
処方箋料（リフィル以外・その他）	68点	処方箋料（リフィル以外・その他）	68点	処方箋料（リフィル以外・その他）	68点	処方箋料（リフィル以外・その他）	68点
特定疾患処方管理加算2（処方箋料）	66点	特定疾患処方管理加算2（処方箋料）	66点	特定疾患処方管理加算2（処方箋料）	66点	特定疾患処方管理加算2（処方箋料）	66点
		地域包括診療加算	18～25点			地域包括診療加算	18～25点
請求点数	484点	請求点数	502～509点	請求点数	829～979点	請求点数	847～1004点

※　200床未満の病院又は診療所において検査・処置等を実施せず処方箋を交付する場合
※　生活習慣病管理料は検査・注射などの費用が包括されているため特定疾患療養管理料との単純比較は困難

特定疾患処方管理加算・処方箋料等の見直し

＜概要＞

1. 改定率に関する大臣合意（生活習慣病を中心とした管理料、処方箋料等の再編等の効率化・適正化 ▲0.25%）を踏まえた対応
2. 特定疾患処方管理加算1（18点/月2回まで）を廃止
3. 特定疾患処方管理加算2の点数を見直すとともに、リフィル処方箋を発行した場合でも算定を可能とする。
（※これまでどおりの処方態様であっても算定可）
4. 特定疾患療養管理料の対象疾患の見直し
   - 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」、「高血圧」を除外する。
   - より質の高い疾病管理を推進する観点から、対象疾患を追加する。「アナフィラキシー」「ギラン・バレー症候群」
（対象疾患の追加は、平成10年以来）

処方箋料等の見直し

【院外処方】

		改定前	改定後	点数の変更
処方箋料	内服薬6種類以内	68点	60点	−8点
	内服薬7種類以上	40点	32点	
	向精神薬多剤投与	28点	20点	
	特定疾患処方管理加算（月2回）	18点	---	廃止
	特定疾患処方管理加算（月1回）	66点	56点	−10点

【院内処方】

		改定前	改定後	点数の変更
処方料	内服薬6種類以内	42点	42点	変更なし
	内服薬7種類以上	29点	29点	
	向精神薬多剤投与	18点	18点	
	特定疾患処方管理加算（月2回）	18点	---	廃止
	特定疾患処方管理加算（月1回）	66点	56点	−10点
薬剤情報提供料		10点	4点	−6点

生活習慣病に係る医学管理料の見直し③

特定疾患療養管理料の対象疾患の見直し

- 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。
- 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。

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
- 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

- リポジストロフィー
- ローノア・ベンソード腺脂肪腫症
- 高血圧性疾患
- 虚血性心疾患
- （中略）
- 性染色体異常
- （新設）
- （新設）

改定後

【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
- リポ蛋白代謝障害及びその他の脂（質）血症（家族性高コレステロール血症等の遺伝性疾患に限る。）
- リポジストロフィー
- ローノア・ベンソード腺脂肪腫症
- （削除）
- 虚血性心疾患
- （中略）
- 性染色体異常
- アナフィラキシー
- ギラン・バレー症候群

（参考）外来データ提出加算について

外来データ提出加算
50点（月１回）

［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、50点を所定点数に加算する。

［施設基準］
- **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。

〈共通項目〉

大項目	項目名
属性	生年月日
	性別
	患者住所地域の郵便番号
身長・体重	身長
	体重
喫煙歴	喫煙区分
	1日の喫煙本数
	喫煙年数
介護情報	高齢者情報
	要介護度
診断情報/傷病	自院管理の有無
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名
入院の状況	入院の有無
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名
終診情報	当月中の終診情報
	終診年月日
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名

〈在宅データ提出加算特有の項目〉

大項目	項目名
外来受診情報	受診年月日
	初診/再診
	他院による紹介の有無
	診療科コード
糖尿病の有無	糖尿病の有無
	自院管理の有無
糖尿病の診断年月	診断年月
血糖コントロール・慢性合併症	血糖コントロール
	慢性合併症：網膜症
	慢性合併症：腎症
	慢性合併症：神経障害
高血圧症の有無	高血圧症の有無
	自院管理の有無
高血圧症の診断年月	診断年月
血圧	血圧分類
	リスク層
	収縮期血圧
	拡張期血圧
脂質異常症の有無	脂質異常症の有無
	自院管理の有無
脂質異常症の診断年月	診断年月

大項目	項目名
リスク分類・LDLコレステロール	リスク分類
	LDLコレステロール
脳卒中の有無（初発）	脳卒中の有無（既往含む）
	脳卒中の初発の種類（既往含む）
	脳卒中の初発の発症（診断）年月
脳卒中（初発以外）	脳卒中の初発以外の種類（既往含む）
	脳卒中の初発以外の発症（診断）年月
急性冠症候群の有無（初発）	急性冠症候群の有無（既往含む）
	急性冠症候群の初発の種類（既往含む）
	急性冠症候群の初発の発症（診断）年月
急性冠症候群の（初発以外）	急性冠症候群の初発以外の種類（既往含む）
	急性冠症候群の初発以外の発症（診断）年月
心不全の有無	心不全の有無
	心不全の診断年月
急性大動脈解離の有無（初発）	急性大動脈解離の有無（既往含む）
	急性大動脈解離の初発の発症（診断）年月
急性大動脈解離（初発以外）	急性大動脈解離の初発以外の発症（診断）年月
慢性腎臓病の有無	慢性腎臓病の有無
	慢性腎臓病の診断年月
高尿酸血症の有無	高尿酸血症の有無
	高尿酸血症の診断年月
	尿酸値

出典：2023年度「外来医療、在宅医療、リハビリテーション医療の影響評価に係る調査」実施説明資料を元に作成

生活習慣病管理料の算定に係る注意点

○ 特定疾患療養管理料を算定していた生活習慣病（糖尿病、脂質異常症、高血圧）の患者さんに対して、令和6年6月以降、生活習慣病管理料（Ⅱ）に切り替えて算定される場合は、療養計画書を作成し丁寧に説明いただくとともに、患者さんの同意を得た上で、療養計画書に患者署名をいただく必要があります。

○ また、令和6年5月末まで、生活習慣病管理料を算定していた患者さんについて、令和6年6月以降、生活習慣病管理料（Ⅰ）を算定するのか、生活習慣病管理料（Ⅱ）を算定するのか、あらためて判断いただく必要があります。
（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、6月以内の期間については、生活習慣病管理料（Ⅱ）は算定できないこととされております。）

3．外来診療の機能分化・強化等

（１）生活習慣病にかかる疾病管理・適正化項目

（２）かかりつけ医機能に係る見直し

（３）その他

地域包括診療料等の見直し

＜概要＞

1．地域包括診療加算の点数を見直す

地域包括診療加算１　25点　→　28点
地域包括診療加算２　18点　→　21点

2．以下の要件を追加

① ケアマネとの連携を強化（サービス担当者会議の出席、ICT等での相談）
※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。（電話等による相談体制を構築している場合も該当する。）

② 認知症に関する研修を受けること（望ましい要件）

③ 長期処方、リフィル処方が可能なことを院内掲示

④ 人生の最終段階における意思決定支援の指針を作成

⑤ 患者や家族からの求めに応じて治療内容について文書を交付

⑥ ①、③については、原則として、ウェブサイトに掲載する

令和６年度改定前

地域包括診療料・加算について

中医協　総－８
５．６．２１

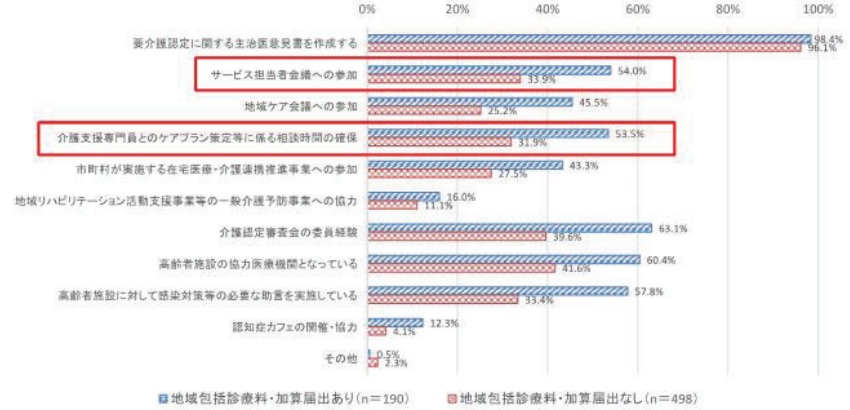
	地域包括診療料１　1,660点 地域包括診療料２　1,600点 （月１回）		地域包括診療加算１ 25点 地域包括診療加算２ 18点 （１回につき）
	病院	診療所	診療所
包括範囲	**下記以外は包括**とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。 ・（再診料の）時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料　・診療情報提供料（Ⅱ）（Ⅲ） ・在宅医療に係る点数（訪問診療料、在宅時医学総合管理料 、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。） ・薬剤料（処方料、処方せん料を除く。） ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの		**出来高**
対象疾患	高血圧症、糖尿病、脂質異常症、**慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）又は、**認知症の⑥疾病のうち２つ以上（疑いは除く。）		
対象医療機関	診療所又は許可病床が２００床未満の病院		診療所
研修要件	担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。		
服薬管理	・当該患者に院外処方を行う場合は２４時間開局薬局であること　等	・当該患者に院外処方を行う場合は２４時間対応薬局等を原則とする　等	
	・他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、カルテに記載する ・原則として院内処方を行う ・院外処方を行う場合は当該薬局に通院医療機関リストを渡し、患者が受診時に持参するお薬手帳のコピーをカルテに貼付する ・当該点数を算定している場合は、７剤投与の減算規定の対象外とする		
健康管理	・健診の受診勧奨、健康相談**及び予防接種に係る相談**を行う旨の院内掲示、敷地内禁煙　等		
介護保険制度	・介護保険に係る相談を受ける旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること等。		
在宅医療の提供および２４時間の対応	・在宅医療の提供及び当該患者に対し ２４時間の往診等の体制を確保していること。（在宅療養支援診療所以外の診療所については連携医療機関の協力を得て行うものを含む。）		
	・下記のすべてを満たす ①地域包括ケア病棟入院料等の届出 ②在宅療養支援病院	・下記のすべてを満たす ①時間外対応加算１の届出 ②常勤換算２人以上の医師が配置され、うち１人以上は常勤 ③在宅療養支援診療所	・下記のうちいずれか１つを満たす ①時間外対応加算１、２又は３の届出 ②常勤換算２人以上の医師が配置され、うち１人以上は常勤 ③在宅療養支援診療所

下線部は令和4年度診療報酬改定事項

介護との連携についての取組

中医協　総－１
５．１０．２０

○ 医療機関における介護との連携の取組について、要介護認定に関する主治医意見書の作成はほぼ全ての施設が取り組んでいた。
○「サービス担当者会議への参加」は地域包括診療料・加算の届出がある施設では54.0%、届出がない施設では33.9%、「介護支援専門員とのケアプラン策定等に係る相談時間の確保」は届出のある施設では53.5%、届出のない施設では31.9%の医療機関が取り組んでいた。



出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

患者に対する説明について

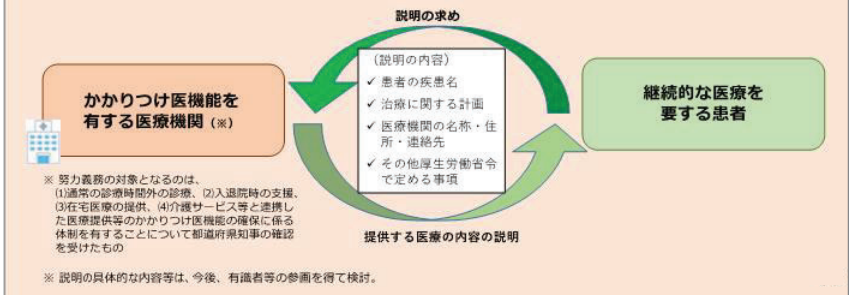
令和５年９月29日	第102回社会保障審議会医療部会	資料１

➢ かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することについて都道府県知事の確認を受けた医療機関は、慢性疾患を有する高齢者等に在宅医療を提供する場合その他外来医療を提供するに当たって説明が特に必要な場合として厚生労働省令で定める場合であって、患者等から求めがあったときは、正当な理由がある場合を除き、疾患名、治療計画等について適切な説明が行われるよう努めなければならない。（努力義務）

※ 説明は電磁的方法その他の厚生労働省令で定める方法により行う

- 対象医療機関：かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することについて、都道府県知事の確認を受けた医療機関
- 対象患者　　：慢性疾患を有する高齢者等の継続的な医療を要する患者
- 対象となる場合：在宅医療を提供する場合その他外来医療を提供するに当たって説明が特に必要な場合で、患者やその家族から求めがあったとき

※ 医療機関は正当な理由がある場合は説明を拒むことができる



※ 努力義務の対象となるのは、(1)通常の診療時間外の診療、(2)入退院時の支援、(3)在宅医療の提供、(4)介護サービス等と連携した医療提供等のかかりつけ医機能の確保に係る体制を有することについて都道府県知事の確認を受けたもの

※ 説明の具体的な内容等は、今後、有識者等の参画を得て検討。

かかりつけ医機能に係る評価等の併算定について

		評価の概要	算定のタイミング	併算定可能なもの
①	地域包括診療加算 認知症地域包括診療加算	外来の機能分化の観点から、主治医機能を持った中小病院及び診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うこと	初診時以外	⑤生活習慣病管理料、⑥特定疾患療養管理料、⑦外来管理加算は併算定可能。 ※⑤と⑥を同時に算定することは不可。
②	地域包括診療料 認知症地域包括診療料		初診時以外	①～⑦全て不可。
③	小児かかりつけ診療料	かかりつけ医として、患者の同意を得た上で、緊急時や明らかに専門外の場合等を除き継続的かつ全人的な医療を行うこと	初再診時	④機能強化加算は併算定可能。
④	機能強化加算	外来医療における適切な役割分担を図り、専門医療機関への受診の要否の判断等を含むより的確で質の高い診療機能を評価する観点から、かかりつけ医機能を有する医療機関における初診	初診料算定時	③小児かかりつけ診療料は併算定可能。
⑤	生活習慣病管理料	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、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うこと	初診料算定翌月以降	①地域包括診療加算・認知症地域包括診療加算、⑦外来管理加算は併算定可能。
⑥	特定疾患療養管理料	生活習慣病等を主病とする患者について、プライマリケア機能を担う地域のかかりつけ医師が計画的に療養上の管理を行うこと	初診料算定１か月超過以降	①地域包括診療加算・認知症地域包括診療加算、⑦外来管理加算は併算定可能。
⑦	外来管理加算（※）	処置、リハビリテーション等（診療報酬点数のあるものに限る。）を行わずに計画的な医学管理を行うこと	再診時	①地域包括診療加算・認知症地域包括診療加算、⑤生活習慣病管理料、⑥特定疾患療養管理料は併算定可能。 ※⑤と⑥を同時に算定することは不可。

かかりつけ医機能に係る評価等の併算定の実態

○　かかりつけ医機能に係る評価等の併算定の実態は以下のとおり。

①地域包括診療加算の算定回数、またそのうち同日に併算定している件数・割合

	地域包括診療加算	生活習慣病管理料	特定疾患療養管理料	外来管理加算
件数	3,178,441	97,593	2,889,436	2,877,823
割合		3.1%	90.9%	90.5%

②認知症地域包括診療加算の算定回数、またそのうち同日に併算定している件数・割合

	認知症地域包括診療加算	生活習慣病管理料	特定疾患療養管理料	外来管理加算
件数	58,356	2,024	47,267	50,901
割合		3.5%	81.0%	87.2%

③小児かかりつけ診療料の算定回数、またそのうち同日に併算定している件数・割合

	小児かかりつけ診療料	機能強化加算
件数	596,098	326,596
割合		54.8%

④生活習慣病管理料の算定回数、またそのうち同日に併算定している件数・割合

	生活習慣病管理料	地域包括診療加算	外来管理加算	認知症地域包括診療加算
件数	882,563	97,593	835,280	2,024
割合		11.1%	94.6%	0.2%

⑤特定疾患療養管理料の算定回数、またそのうち同日に併算定している件数・割合

	特定疾患療養管理料	地域包括診療加算	外来管理加算	認知症地域包括診療加算
件数	67,656,142	2,889,436	60,506,063	47,267
割合		4.3%	89.4%	0.1%

⑥外来管理加算の算定回数、またそのうち同日に併算定している件数・割合

	外来管理加算	地域包括診療加算	生活習慣病管理料	特定疾患療養管理料	認知症地域包括診療加算
件数	104,744,719	2,877,823	835,280	60,506,063	50,901
割合		2.7%	0.8%	57.8%	0.0%

出典：NDBデータ（令和4年4～6月診療分）

令和６年度診療報酬改定　Ⅱ－５　外来医療の機能分化・強化等－③

地域包括診療料等の見直し

地域包括診療料等の見直し

➢ 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、以下のとおり要件及び評価を見直す。

改定後

【地域包括診療料】　※地域包括診療加算についても同様

［算定要件］

- 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。
- 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。
- 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。

［施設基準］　※地域包括診療加算についても同様

- 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。
- 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、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。
- 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。
- 以下のア～ウのいずれかを満たすこと。
  - ア　担当医が、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。
- 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。

現行		改定後	
地域包括診療加算１	25点	地域包括診療加算１	28点
地域包括診療加算２	18点	地域包括診療加算２	21点
認知症地域包括診療加算１	35点	認知症地域包括診療加算１	38点
認知症地域包括診療加算２	28点	認知症地域包括診療加算２	31点

令和６年度診療報酬改定　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

処方等に関する評価の見直し

リフィル処方及び長期処方の推進

➢ リフィル処方及び長期処方を適切に推進する観点から、以下の見直しを行う。

- リフィル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、処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算について、28日未満の処方を行った際の特定疾患処方管理加算１を廃止し、特定疾患処方管理加算２の評価を見直す（66点→56点）。また、特定疾患処方管理加算について、リフィル処方箋を発行した場合も算定を可能とする。
- 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、リフィル処方及び長期処方の活用を推進する観点から、患者の状況等に合わせて医師の判断により、リフィル処方や長期処方を活用することが可能であることを、患者に周知することを要件に追加する。

処方箋料の見直し及び後発医薬品の使用促進等の推進

➢ 後発医薬品の使用促進を推進する等の観点から、以下の見直しを行う。

現行

【一般名処方加算】
一般名処方加算１　7点
一般名処方加算２　5点

【後発医薬品使用体制加算】
後発医薬品使用体制加算１　47点
後発医薬品使用体制加算２　42点
後発医薬品使用体制加算３　37点

【外来後発医薬品使用体制加算】
外来後発医薬品使用体制加算１　5点
外来後発医薬品使用体制加算２　4点
外来後発医薬品使用体制加算３　2点

【薬剤情報提供料】　10点

【処方箋料】
1　向精神薬他剤投与を行った場合　28点
2　１以外の場合の他剤投与又は向精神薬長期処方を行った場合　40点
3　１及び２以外の場合　68点

改定後

【一般名処方加算】
一般名処方加算１　10点
一般名処方加算２　8点

【後発医薬品使用体制加算】
後発医薬品使用体制加算１　87点
後発医薬品使用体制加算２　82点
後発医薬品使用体制加算３　77点

【外来後発医薬品使用体制加算】
外来後発医薬品使用体制加算１　8点
外来後発医薬品使用体制加算２　7点
外来後発医薬品使用体制加算３　5点

【薬剤情報提供料】　4点

【処方箋料】※処方箋料を包括している評価も同様
1　向精神薬他剤投与を行った場合　20点
2　１以外の場合の他剤投与又は向精神薬長期処方を行った場合　32点
3　１及び２以外の場合　60点

時間外対応加算の見直し

時間外対応加算の見直し

➢ 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。

改定後

時間外対応加算１　５点

時間外対応加算２　４点
[施設規準]（抜粋）
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。

時間外対応加算３　３点
時間外対応加算４　１点

時間外対応加算の見直しを踏まえた小児科かかりつけ診療料の見直し

➢ 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。

現行

【小児かかりつけ診療料１】
［施設基準］（抜粋）
- 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。

【小児かかりつけ診療料２】
［施設基準］（抜粋）
- 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）

改定後

【小児かかりつけ診療料１】
［施設基準］（抜粋）
- 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。

【小児かかりつけ診療料２】
［施設基準］（抜粋）
- 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）

３．外来診療の機能分化・強化等

（１）生活習慣病にかかる疾病管理・適正化項目

（２）かかりつけ医機能に係る見直し

（３）その他

慢性腎臓病の透析予防指導管理の評価の新設

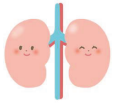
慢性腎臓病の透析予防指導管理の算定要件及び施設基準

➢ **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１年以内の期間に行った場合　300点
２　初回の指導管理を行った日から起算して１年を超えた期間に行った場合　250点
※　情報通信機器を用いて行った場合は、それぞれ261点、218点

［算定要件］（抜粋）

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、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、**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１回**に限り算定する。



［施設基準］（抜粋）
（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（５年以上の経験）**
　イ 慢性腎臓病指導の経験を有する**専任の看護師（３年以上の経験）又は保健師（２年以上の経験**）
　ウ 慢性腎臓病指導の経験を有する**専任の管理栄養士（３年以上の経験）**
（２）（１）のア、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。
（３）（１）のア及びイに規定する**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。
（４）（１）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。
（５）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。
（６）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。

在宅療養指導料の見直し

在宅療養指導料の見直し

➢ 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。

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。

改定後

【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１月以内の慢性心不全の患者**に対して、医師の指示に基づき保健師、助産師又は看護師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に、患者１人につき月１回（初回の指導を行った月にあっては、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。
　ア　在宅療養指導管理料を算定している患者
　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
　ウ　**退院後１月以内の患者であって、過去１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、１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。）**
(2)・(3)　（略）
(4) **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。**

4．医療技術の適切な評価

（１）医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

（２）手術等の評価の見直し

（３）人工腎臓の評価の見直し

（４）実勢価格等を踏まえた評価の適正化

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応①

➢ 学会から提案のあった医療技術について、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及び保険医療材料等専門組織で審議された医療技術のうち医療技術評価分科会での審議が必要とされた医療技術を含む。）について新たな評価を行うとともに、既存技術の評価の見直し等を行う。

学会からの提案技術

先進医療技術

先進医療会議における評価結果の報告

保材専で審議され、分科会での審議が必要とされた医療技術

医療技術評価分科会における評価対象となる技術（774件） ※6

① うち、学会等から提案のあった医療技術 **745件** ※1 ※4 ※6

② うち、先進医療として実施されている医療技術 **31件** ※2 ※4

③ うち、保材専で審議され、分科会での審議が必要とされた医療技術 **4件** ※3

※1　先進医療として実施中の技術、保険医療材料等専門組織で審議され、分科会での審議が必要とされた医療技術及び学会等から提案のあった技術に関連して医療技術評価分科会において検討を行った技術を含む。
※2　先進医療会議における評価結果について先進 医療会議より報告された医療技術に限る。
※3　保険医療材料等専門組織で審議された医療技術のうち医療技術評価分科会での審議が必要とされた医療技術及び技術料に一体として包括して評価される医療機器についてのチャレンジ申請により、保険医療材料等専門組織において技術料の見直しを行うことが適当とされた医療技術に限る。
※4　うち、６件は①及び②に該当する。

医療技術評価分科会における評価の対象としない提案、又は中央社会保険医療協議会総会において一部若しくは全部が議論された提案 116件

医療技術評価分科会における医療技術の評価

診療報酬改定において対応する優先度が高い技術 177件 ※5 ※6
（新規56件、既存121件）

医療技術評価分科会としては、今回改定では対応を行わない技術 597件 ※6
（新規250件、既存347件）

中医協総会における検討

※5　うち、提案書の「ガイドライン等での位 置づけ」の欄において、「ガイドライン 等での記載あり」とされたものは116件 （新規32件、既存84件）であった。
※6　件数には、重複する提案の数は含まれない。

令和6年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見抜粋

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していく。
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していく。

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応②

新規技術の保険導入

➢ 現在保険収載されていない手術等のうち、医療技術評価分科会での評価を踏まえ、新たに保険導入を行う。

［新たに保険収載される手術の例］

（新）	胸腔鏡下弁置換術　１　１弁のもの（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	115,500点
（新）	腹腔鏡下膵中央切除術	88,050点
（新）	腹腔鏡下連続携行式腹膜灌流用カテーテル腹腔内留置術	16,660点
（新）	大腿骨遠位骨切り術	33,830点
（新）	人工股関節置換術（手術支援装置を用いるもの）	43,260点

［新たに保険収載される検査の例］

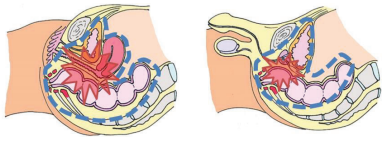
（新）	経頸静脈的肝生検	13,000点
（新）	ポジトロン断層撮影　^{18}Ｆ標識フルシクロビンを用いた場合	2,500点
（新）	覚醒維持検査	5,000点

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応③

新規技術の保険導入

➢ 他臓器に浸潤を伴う骨盤内悪性腫瘍（大腸癌、膀胱癌、子宮癌等）に対する骨盤内臓全摘術を腹腔鏡下に行った場合を新設する。

（新）　腹腔鏡下骨盤内臓全摘術　168,110点

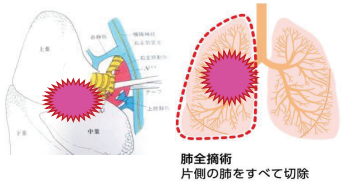


日本内視鏡外科学会提出資料より引用

新規技術の保険導入

➢ 肺全摘術を胸腔鏡下に行った場合を新設する。

（新）　胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術　肺全摘　93,000点



日本呼吸器外科学会提出資料より引用

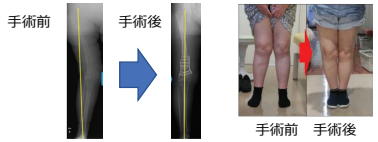
医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応④

新規技術の保険導入

➢ 変形性膝関節症に対する適切な手術加療を評価する観点から、大腿骨遠位骨切り術を新設する。

（新）　大腿骨遠位骨切り術　　33,830点

［算定要件］
○　変形性膝関節症患者又は膝関節骨壊死患者に対して、関節外側又は内側への負荷の移行を目的として、大腿骨遠位部の骨切りを実施した場合に算定する。



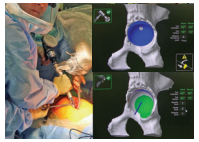
日本関節鏡・膝・スポーツ整形外科学会提出資料より引用

新規技術の保険導入

➢ 変形性股関節症に対する適切な手術加療を評価する観点から、人工股関節置換術（手術支援装置を用いるもの）を新設する。

（新）　人工股関節置換術（手術支援装置を用いるもの）　　43,260点

［算定要件］（概要）
○　寛骨臼及び大腿骨の切削を支援する手術支援装置を用いて、人工股関節置換術を実施した場合に算定する。
［施設基準］（概要）
○　整形外科について５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されていること。

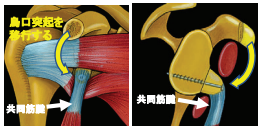

ロボットアーム制御下の手術
日本人工関節学会提出資料より引用

新規技術の保険導入

➢ 反復性肩関節脱臼に対する適切な手術加療を評価する観点から、関節鏡下肩関節唇形成術に関節鏡下肩甲骨烏口突起移行術を伴うものを追加する。
【関節鏡下肩関節唇形成術】

（新）　関節鏡下肩甲骨烏口突起移行術を伴うもの　　46,370点

［算定要件］
○　反復性肩関節脱臼患者に対して、関節鏡下に剥離した関節唇の修復を実施することに加えて、関節鏡下に筋腱付きの肩甲骨烏口突起の関節窩前面への移行及び固定を実施した場合に算定する。



烏口突起移行術
日本肩関節学会提出資料より引用

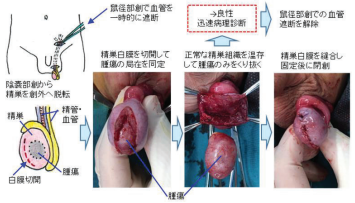
医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応⑤

新規技術の保険導入

➢ 精巣良性疾患等に対して、精巣を温存する目的で精巣部分切除術を行った場合を新設する。

（新）　精巣温存手術　　3,400点

［算定要件］（概要）
○関係学会の定めるガイドラインに基づき、当該治療を適切に実施していること。
［施設基準］
(1)　泌尿器科、又は小児外科について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。
(2)　病理部門が設置され、常勤の病理医が配置されていること。
(3)　関係学会の定めるガイドラインに基づき、当該治療を適切に実施していること。



日本小児泌尿器科学会提出資料より引用

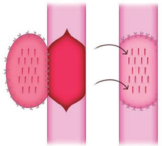
新規技術の保険導入

➢ 尿道狭窄に対して、粘膜グラフト等を用いた根治的再建手術を新設する。

（新）　尿道狭窄グラフト再建術　　50,890点

［算定要件］
(1)　当該手術は、粘膜グラフト等を用いて尿道を再建する場合に算定するものであり、単なる端々吻合を行った場合には算定できない。
(2)　グラフト採取等に係る手技は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

代用組織利用手術
（口腔粘膜・陰茎包皮）


日本泌尿器科学会提出資料より引用

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応⑥

新規技術の保険導入

➢ 鼻中隔彎曲症等に、鼻中隔前彎又は外鼻変形を合併した場合に対する手術を新設する。

（新）　内視鏡下鼻中隔手術Ⅲ型（前彎矯正術）　　29,680点
（新）　内視鏡下鼻中隔手術Ⅳ型（外鼻形成術）　　46,070点

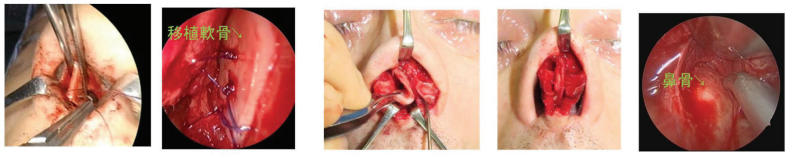


図1.長さ調節後の前弯部を正中に縫合、再固定　図2.骨折部に軟骨移植を施行　図3.各軟骨を分離し不適切な位置関係を解除　図4.鼻中隔の長さ調節後に、各軟骨を再構築　図5.鼻骨変形は骨切り術にて矯正する
日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会提出資料より引用

新規技術の保険導入

➢ 緑内障に対して眼内内視鏡を用いて毛様体を確認しながら光凝固術を行う場合を新設する。

（新）　毛様体光凝固術　眼内内視鏡を用いるもの　　41,000点

日本緑内障学会提出資料より引用

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応⑦

新規技術の保険導入

➢ 慢性膿皮症に対する手術を新設する。

（新）　慢性膿皮症手術　1　単純なもの　　4,820点
**　　2　複雑なもの　　8,320点**

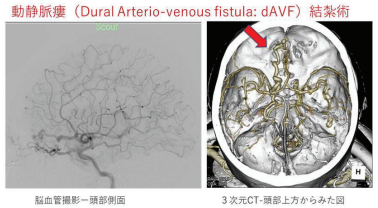
［算定要件］
(1)　「１」の単純なものは、関連学会等から示されているガイドライン等を踏まえ、二次治癒を図るために病変部の皮膚を天蓋切開した場合に算定する。
(2)　「２」の複雑なものは、病変部を一塊として切除した場合に算定する。

天蓋切開　　広範囲切除
日本形成外科学会提出資料より引用

新規技術の保険導入

➢ 硬膜動静脈瘻に対する脳硬膜血管結紮術を新設する。

（新）　脳硬膜血管結紮術　　82,730点



日本脳神経外科学会提出資料より引用

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応⑧

新規技術の保険導入

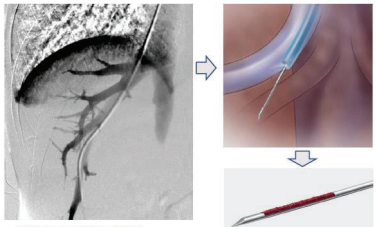
➢ 経頸静脈的に肝組織を採取する経頸静脈的肝生検を新設する。

［対象となる検査］

（新）　経頸静脈的肝生検　　13, 000点

［算定要件］
（1）経頸静脈的肝生検の実施に当たり、経皮的又は開腹による肝生検が禁忌となる出血傾向等を呈する患者に対して、経頸静脈的に肝組織を採取を行った場合に算定できる。
（2）経頸静脈的肝生検と同時に行われる透視及び造影剤注入手技に係る費用は、当該検査料に含まれる。また、写真診断を行った場合は、フィルム代のみ算定できるが、撮影料及び診断料は算定できない。
（3）経頸静脈的肝生検は、採取部位の数にかかわらず、所定点数のみ算定する。

［施設基準］
（1）当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。
（2）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。



日本IVR学会提出資料より引用

新規技術の保険導入

➢ 過眠症状を伴う睡眠障害の重症度又は治療効果の判定を目的とする覚醒維持検査を新設する。

［対象となる検査］

（新）　覚醒維持検査　　5,000点

［算定要件］
（1）覚醒維持検査は、過眠症状を伴う睡眠障害の重症定又は治療効果の判定の目的で、概ね２時間間隔で４回以上の覚醒維持検査を行った場合に１月に１回を限度として算定する。
（2）関連学会より示されている指針を遵守し、適切な手順で行われた場合に限り算定できる。

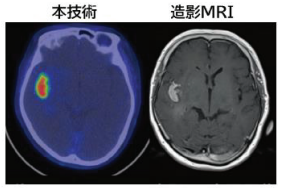
医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応⑨

新規技術の保険導入

➢ 初発の悪性神経膠腫が疑われる患者に対して、適切な診断と治療を行う観点から、腫瘍摘出範囲の決定の補助を目的としたＰＥＴ検査に係る評価を新設する。

【ポジドロン断層撮影】
（新）　^{18}Ｆ標識フルシクロビンを用いた場合（一連の検査につき）　2,500点
【ポジドロン断層・コンピューター断層複合撮影】
（新）　^{18}Ｆ標識フルシクロビンを用いた場合（一連の検査につき）　3,625点
【ポジドロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影】
（新）　^{18}Ｆ標識フルシクロビンを用いた場合（一連の検査につき）　4,160点

［算定要件］
○　^{18}Ｆ標識フルシクロビンを用いた場合（一連の検査につき）については、初発の悪性神経膠腫が疑われる患者に対して、腫瘍摘出範囲の決定の補助を目的として、腫瘍の可視化に用いるものとして薬事承認を得ている放射性医薬品を用いて行った場合に限り算定する。
○　^{18}Ｆ標識フルシクロビンの注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。



日本核医学会提出資料から引用

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応⑩

新規技術の保険導入

➢ 医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、一定の病態における精子の凍結に係る技術の評価を新設する。

（新）　精子凍結保存管理料
１　精子凍結保存管理料（導入時）
イ　精巣内精子採取術で採取された精子を凍結する場合　1,500点
ロ　それ以外の場合　1,000点
２　精子凍結保存維持管理料　700点

注　１については、精子の凍結保存を開始した場合に算定し、２については、精子の凍結保存の開始から１年を経過している場合であって、凍結精子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、１年に１回に限り算定する。

日本生殖医学会提出資料から引用

［算定要件］
（1）精子凍結保存管理料は、不妊症の患者及びそのパートナーから採取した精子（精巣内精子採取術によって得られた精巣内精子又は高度乏精子症患者における射出精子の場合に限る）について、体外受精・顕微授精に用いることを目的として、精子の凍結保存及び必要な医学管理を行った場合に算定する。
（2）凍結保存及び必要な医学管理を開始した場合は「１」の「イ」又は「ロ」により算定し、凍結保存の開始から１年を経過している場合であって、凍結精子の保存に係る維持管理を行った場合は「２」により算定する。
（3）精巣内精子採取術によって得られた精子を凍結保存する場合は、Ｋ９１７－４「採取精子調整管理料」に係る技術を実施した後に、「１」の「イ」によって算定し、高度乏精子症患者の精子を凍結保存する場合は「１」の「ロ」によって算定する。
（3）「１」について、精子凍結を開始した場合には、当該精子ごとに凍結を開始した年月日を診療録等に記載すること。
（4）「１」の算定に当たっては、凍結する精子の量及び凍結を開始した年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
（5）「２」の算定に当たっては、当該維持管理を行う精子の量及び当該精子ごとの凍結を開始した年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
（6）精子凍結保存管理料には、精子の凍結保存に用いる器材の費用その他の凍結保存環境の管理に係る費用等が含まれる。
（7）治療に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者から文書による同意を得た上で実施すること。また、同意を得た文書を診療録に添付すること。
（8）妊娠等により不妊症に係る治療が中断されている場合であって、患者及びそのパートナーの希望により、凍結保存及び必要な医学管理を継続する場合には、その費用は患家の負担とする。
（9）患者の希望に基づき、凍結した精子を他の保険医療機関に移送する場合には、その費用は患家の負担とする。
（10）精子凍結保存管理料について、「通則８」及び「通則10」から「通則12」までの加算は適用できない。

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応⑪

先進医療として実施された技術の保険導入

➢ 粒子線治療の対象疾患に、既存のX 線治療等と比較して生存率等の改善が確認された以下の疾患を追加する。

【粒子線治療（一連につき）】
［算定要件］（概要）

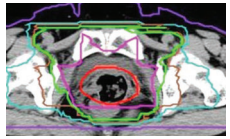
1　希少な疾病に対して実施した場合　187,500点

・　陽子線治療：　**（改）早期肺癌※（ⅠB期からⅡA期までの肺癌に限る。）、**
肝細胞癌※（長径４センチメートル以上のものに限る。）、
肝内胆管癌※、局所進行性膵癌※、
局所大腸癌※（手術後に再発したものに限る。）
小児腫瘍（限局性の固形悪性腫瘍に限る。）、限局性の骨軟部腫瘍※、
頭頸部悪性腫瘍（口腔・咽喉頭の扁平上皮癌を除く。）

・　重粒子線治療：**（改）早期肺癌※（ⅠB期からⅡA期までの肺癌に限る。）、**
局所進行子宮頸部扁平上皮癌※（長径６センチメートル以上のものに限る。）、
悪性黒色腫※（婦人科領域の臓器から発生した悪性黒色腫に限る。）、
肝細胞癌※（長径４センチメートル以上のものに限る。）、
肝内胆管癌※、局所進行性膵癌※、
局所大腸癌※（手術後に再発したものに限る。）
局所進行性子宮頸部腺癌※、限局性の骨軟部腫瘍※、
頭頸部悪性腫瘍（口腔・咽喉頭の扁平上皮癌を除く。）

※　手術による根治的な治療法が困難であるものに限る。

例：婦人科領域の臓器から発生した悪性黒色腫に対する重粒子線治療



日本放射線腫瘍学会提出資料から引用

2　希少な疾病以外の特定の疾病に対して実施した場合　110,000点

・　陽子線治療　：限局性及び局所進行性前立腺癌（転移を有するものを除く。）
・　重粒子線治療：限局性及び局所進行性前立腺癌（転移を有するものを除く。）

［加算］
①粒子線治療適応判定加算　40,000点
（キャンサーボードによる適応判定に関する体制整備を評価）

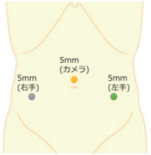
②粒子線治療医学管理加算　10,000点
（照射計画を三次元的に確認するなどの医学的管理を評価）

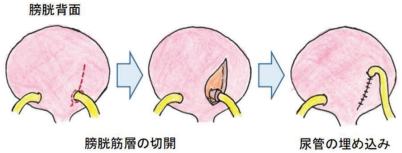
医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応⑫

先進医療として実施された技術の保険導入

➢ 膀胱尿管逆流手術に、腹腔鏡下膀胱尿管逆流手術（膀胱外アプローチ）を追加する。

【腹腔鏡下膀胱尿管逆流手術（膀胱外アプローチ）】
（新）　腹腔鏡下膀胱尿管逆流手術（膀胱外アプローチ）　39,280点



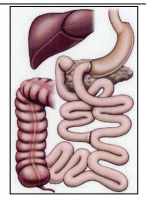


日本小児泌尿器学会提出資料から引用

➢ 腹腔鏡下胃縮小術に、バイパス術を併施する場合を追加する。

【腹腔鏡下胃縮小術】
1　スリーブ状切除によるもの　40,050点
（改）　2　スリーブ状切除によるもの（バイパス術を併施するもの）　50,290点

腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの（バイパス術を併施するもの））のイメージ図



日本肥満症治療学会提出資料から引用

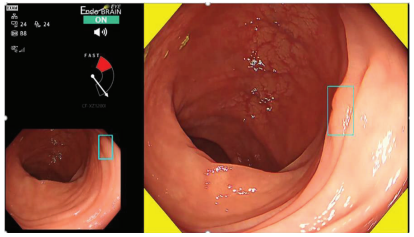
医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応⑬

保険医療材料等専門組織で検討された技術料の見直しへの対応

➢ 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術において、病変検出を支援するプログラム医療機器を用いて実施した場合の加算を新設する。

【内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術】
（新）　病変検出支援プログラム加算　60点

解析モードをONにすると、内視鏡画像をリアルタイムで自動解析。ポリープ検出時、音と共に、ポリープの位置を緑色の四角形で表示



※出典：保険適用希望書提出企業

［技術の概要］
○　大腸癌の前癌病変である腫瘍性ポリープを大腸内視鏡検査で早期に検出・切除することは、大腸癌や致死的大領癌の抑制に有効である。本技術は、大腸内視鏡映像内に映るポリープを検出・強調表示するソフトウェアを併用して検査を行うことで、腫瘍性ポリープの検出率向上や早期切除を可能とする。

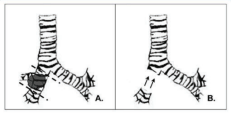
［算定要件］
○　大腸内視鏡検査を実施する際に、大腸内視鏡動画から大腸ポリープの持つ特徴を解析し検出支援を行うプログラム医療機器のうち、大腸内視鏡検査に関し専門の知識及び経験を有する医師が用いた場合に用いない場合と比較して診断精度が上昇することが示されていると認められた製品を用いて診断を行った上で診断されたポリープを切除した場合に、患者１人の一連の大腸内視鏡検査につき１回に限り算定できる。なお、本加算は、内視鏡検査に関する専門の知識及び５年以上の経験を有する医師により実施された場合に算定する。

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応⑭

既存技術の見直し

➢ 気管支形成を伴う胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術について、評価の見直しを行う。

現行	改定後
【胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術】 4　気管支形成を伴う肺切除　81,420点	【胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術】 4　気管支形成を伴う肺切除　**107,800点**



日本呼吸器外科学会提出資料から引用

既存技術の見直し

➢ 拡張用バルーンを用いた食道狭窄拡張術について、実態を踏まえて、算定回数を見直す。

現行	改定後
【食道狭窄拡張術】 1　内視鏡によるもの 2　食道ブジー法 3　拡張用バルーンによるもの 注　短期間又は同一入院期間中、回数にかかわらず、第１回目の実施日に１回に限り算定する。	【食道狭窄拡張術】 1　内視鏡によるもの 2　食道ブジー法 3　拡張用バルーンによるもの 注　**１及び２については**短期間又は同一入院期間中、回数にかかわらず、第１回目の実施日に１回に限り**、３については２回に限り算定する**。

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応⑮

既存技術の見直し

➢ ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術について、ガイドラインの変更を踏まえ、算定要件の見直しを行う。

現行	改定後
【ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）】 ［算定要件］ ア　一次一期的再建の場合 大胸筋が温存され皮膚欠損が生じない乳輪乳頭温存皮下乳腺全摘術を行った症例。ただし、乳腺悪性腫瘍術後の場合においては、術前診断においてStageⅡ以下で、皮膚浸潤、大胸筋浸潤や高度のリンパ節転移を認めないこと。	【ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）】 ［算定要件］ ア　一次一期的再建の場合 大胸筋が温存され皮膚欠損が生じない乳輪乳頭温存皮下乳腺全摘術を行った症例。ただし、乳腺悪性腫瘍術後の場合においては、術前診断において**早期乳癌(Stage0-IIIA)**で、皮膚浸潤、大胸筋浸潤や高度のリンパ節転移を認めないこと。

既存技術の見直し

➢ 遺伝性乳癌卵巣癌症候群に対する乳房切除術について、評価を見直す。

現行	改定後
乳房切除術　6,040点	乳房切除術　6,040点 **注　遺伝性乳癌卵巣癌症候群の患者に対して行う場合は、遺伝性乳癌卵巣癌症候群乳房切除加算として、8,780点を所定点数に加算する**。

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応⑯

既存技術の見直し

➢ 抗ミュラー管ホルモン（ＡＭＨ）について、検査の目的の見直しを行う。

現行

【内分泌学的検査】
52 抗ミュラー管ホルモン（ＡＭＨ）
［算定要件］
「52」の抗ミュラー管ホルモン（ＡＭＨ）は、不妊症の患者に対して、調節卵巣刺激療法における治療方針の決定を目的として、血清又は血漿を検体としてＥＩＡ法、ＣＬＥＩＡ法又はＥＣＬＩＡ法により測定した場合に、６月に１回に限り算定できる。

改定後

【内分泌学的検査】
52 抗ミュラー管ホルモン（ＡＭＨ）
［算定要件］
「52」の抗ミュラー管ホルモン（ＡＭＨ）は、不妊症の患者に対して、**卵巣の有する機能の評価及び治療方針の決定**を目的として、血清又は血漿を検体としてＥＩＡ法、ＣＬＥＩＡ法又はＥＣＬＩＡ法により測定した場合に、６月に１回に限り算定できる。

既存技術の見直し

➢ サイトメガロウイルス核酸定量について、対象患者の見直しを行う。

現行

【微生物核酸同定・定量検査】
16　サイトメガロウイルス核酸定量
［算定要件］
「16」のサイトメガロウイルス核酸定量は、サイトメガロウイルス感染症の診断又は治療効果判定を目的として、臓器移植後若しくは造血幹細胞移植後の患者、ＨＩＶ感染者又は高度細胞性免疫不全の患者に対し、血液を検体としてリアルタイムＰＣＲ法によりサイトメガロウイルスＤＮＡを測定した場合に算定する。

改定後

【微生物核酸同定・定量検査】
16　サイトメガロウイルス核酸定量
［算定要件］
「16」のサイトメガロウイルス核酸定量は、以下のいずれかに該当する場合（中略）に算定する。
ア　臓器移植後若しくは造血幹細胞移植後の患者、ＨＩＶ感染者又は高度細胞性免疫不全の患者（中略）
イ　症候性先天性サイトメガロウイルス感染症患者（中略）

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応⑰

既存技術の見直し

➢ 血漿交換療法の対象に、難治性高コレステロール血症を随伴する薬物治療抵抗性ネフローゼ症候群のうち膜性腎症並びに微小変化型ネフローゼ症候群及び抗MDA5抗体陽性皮膚筋炎に伴う急速進行性間質性肺炎を追加する。

現行

【血漿交換療法】
［算定要件］
（15）　当該療法の対象となる巣状糸球体硬化症は、従来の薬物療法では効果が得られず、ネフローゼ状態を持続し、血清コレステロール値が250mg/ｄＬ以下に下がらない場合であり、当該療法の実施回数は、一連につき３月間に限って12回を限度として算定する。
（新設）

改定後

【血漿交換療法】
［算定要件］
（15）　当該療法の対象となる巣状糸球体硬化症**、膜性腎症又は微小変化型ネフローゼ症候群**は、従来の薬物療法では効果が得られず、ネフローゼ状態を持続し、血清コレステロール値が250mg/ｄＬ以下に下がらない場合であり、当該療法の実施回数は、一連につき３月間に限って12回を限度として算定する。
（27）　**当該療法の対象となる抗ＭＤＡ５抗体陽性皮膚筋炎に伴う急速進行性間質性肺炎は、急速進行性間質性肺炎と診断された患者のうち、抗ＭＤＡ５抗体が陽性であった皮膚筋炎の患者について、一連につき週３回に限り45回を限度として算定する。**

既存技術の見直し

➢ 乳房撮影（一連につき）に乳房トモシンセシス加算を新設する。

現行

【撮影】
Ｅ００２　撮影
４　乳房撮影（一連につき）
イ　アナログ撮影　192点
ロ　デジタル撮影　202点
（新設）

改定後

【撮影】
Ｅ００２　撮影
４　乳房撮影（一連につき）
イ　アナログ撮影　192点
ロ　デジタル撮影　202点
注５　乳房撮影（一連につき）について、乳房トモシンセシス撮影を行った場合は、乳房トモシンセシス加算として、１００点を所定点数に加算する。

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応⑱

既存技術の見直し

➢ 外来化学療法加算の対象となる疾患と薬剤を以下のとおり追加する。

現行

【外来化学療法加算】
［算定要件］
(3)　外来化学療法加算は、次に掲げるいずれかの投与を行った場合に限り算定する。（略）
ア　（略）
イ　関節リウマチ、多関節に活動性を有する若年性特発性関節炎、全身型若年性特発性関節炎又はキャッスルマン病の患者に対してトシリズマブ製剤を投与した場合
ウ　関節リウマチの患者に対してアバタセプト製剤を投与した場合
エ、オ　（略）
（新設）

改定後

【外来化学療法加算】
［算定要件］
(3)　外来化学療法加算は、次に掲げるいずれかの投与を行った場合に限り算定する。（略）
ア　（略）
イ　関節リウマチ、多関節に活動性を有する若年性特発性関節炎、全身型若年性特発性関節炎、キャッスルマン病**又は成人スチル病**の患者に対してトシリズマブ製剤を投与した場合
ウ　関節リウマチ**又は多関節に活動性を有する若年性特発性関節炎**の患者に対してアバタセプト製剤を投与した場合
エ、オ　（略）
カ　視神経脊髄炎スペクトラム障害の患者に対してイネビリズマブ製剤を投与した場合

既存技術の見直し

➢ 心大血管疾患リハビリテーション料の対象に肺高血圧症を追加する。

現行

【心大血管疾患リハビリテーション料】
［算定要件］（概要）
(2)　心大血管疾患リハビリテーション料の対象となる患者
ア　（略）
イ　慢性心不全、末梢動脈閉塞性疾患その他の慢性の心大血管の疾患により、一定程度以上の呼吸循環機能の低下及び日常生活能力の低下を来している患者とは、
(イ)、(ロ)　（略）
（新設）

改定後

【心大血管疾患リハビリテーション料】
［算定要件］（概要）
(2)　心大血管疾患リハビリテーション料の対象となる患者
ア　（略）
イ　慢性心不全、末梢動脈閉塞性疾患その他の慢性の心大血管の疾患により、一定程度以上の呼吸循環機能の低下及び日常生活能力の低下を来している患者とは、
(イ)、(ロ)　（略）
(ハ)　肺高血圧症のうち肺動脈性肺高血圧症又は慢性血栓塞栓性肺高血圧症であって、WHO肺高血圧症機能分類がⅠ～Ⅲ度の状態のものをいう。

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応⑲

既存技術の見直し

➢ 画像診断管理加算について、夜間休日の読影体制等を含めた充実した画像診断管理を重点的に評価する観点から、評価及び要件を見直す。

現行

【画像診断管理加算】
画像診断管理加算２　180点
画像診断管理加算３　340点

［施設基準の概要（抜粋）］

加算２	加算３
病院	特定機能病院
画像診断を専ら担当する常勤医師１名以上	画像診断を専ら担当する常勤医師６名以上
・核医学診断及びコンピューター断層診断のうち、少なくとも８割以上の読影結果が、翌診療日までに報告	
	・夜間及び休日に読影を行う体制の整備 ・人工知能関連技術が活用された画像診断補助ソフトウェアの安全管理 ・夜間及び休日を除く、検査前の画像診断管理の実施

改定後

【画像診断管理加算】
画像診断管理加算２　**175点**
画像診断管理加算３　235点
画像診断管理加算４　340点

［施設基準の概要（抜粋）］

加算２	加算３	加算４
病院	救命救急センターを有する病院	特定機能病院
画像診断を専ら担当する常勤医師**１名以上**	画像診断を専ら担当する常勤医師**３名以上**	画像診断を専ら担当する常勤の医師**６名以上**
・核医学診断及びコンピューター断層診断のうち、少なくとも８割以上の読影結果が、翌診療日までに報告		
	・**夜間及び休日に読影を行う体制の整備** ・**人工知能関連技術が活用された画像診断補助ソフトウェアの安全管理**	
		・夜間及び休日を除く、検査前の画像診断管理の実施

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応⑳

既存技術の見直し

➢ 医療機器安全管理料２について、密封小線源治療治療機器を対象に加える。

現行

【医療機器安全管理料２】
［算定要件］
（5）　放射線治療機器とは、高エネルギー放射線治療装置（直線加速器）及びガンマナイフ装置をいう。

改定後

【医療機器安全管理料２】
［算定要件］
（5）　放射線治療機器とは、高エネルギー放射線治療装置（直線加速器）及びガンマナイフ装置及び**密封小線源治療機器**をいう。

既存技術の見直し

➢ ストーマ処置について、医師の指示に基づきストーマケアに関する専門の研修を修了した看護師がストーマ合併症を有する患者に対してストーマ処置を行った場合の評価を新設する。

日本ストーマ排泄リハビリテーション学会提出資料から引用

現行

［ストーマ処置（一日につき）］
注１～３（略）
（新設）

改定後

［ストーマ処置（一日につき）］
注１～３（略）
４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、ストーマ合併症を有する患者に対してストーマ処置を行った場合は、ストーマ合併症加算として、65点を加算する。

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応㉑

施設基準の見直し

➢ 胃癌に係る内視鏡手術用支援機器を用いて行った手術について、施設基準を見直す。

現行

【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）】

［施設基準］
（2）　当該保険医療機関において、以下のアから力までの手術を年間50例以上実施しており、このうちイ、工及び力の手術を合わせて年間20例以上実施していること。
ア　胃切除術
イ　腹腔鏡下胃切除術
（中略）
カ　腹腔鏡下胃全摘術

改定後

【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）】

［施設基準］
（2）　当該保険医療機関において、以下のアから力までの手術を年間**30**例以上実施しており、このうちイ、工及び力の手術を合わせて年間**15**例以上実施していること。
ア　胃切除術
イ　腹腔鏡下胃切除術
（中略）
カ　腹腔鏡下胃全摘術

施設基準の見直し

➢ 膀胱癌に係る内視鏡手術用支援機器を用いて行った手術について、施設基準を見直す。

現行

【腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）】

［施設基準］
（3）　当該保険医療機関において、以下のアからウまでの手術を合わせて年間10例以上実施していること。
ア　膀胱悪性腫瘍手術（略）
イ　腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術
ウ　腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術

改定後

【腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるも場合）】

［施設基準］
（3）　当該保険医療機関において、以下のアからウまでの手術を合わせて年間**５**例以上実施していること。
ア　膀胱悪性腫瘍手術（略）
イ　腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術
ウ　腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術

医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえた対応

既存技術の見直し

➢ 医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、既存技術の評価の見直し（削除を含む。）を行う。
［再評価を行う既存技術の例］

現行		改定後
血液形態・機能検査		
末梢血液像（鏡検法）　注　特殊染色加算	27点	**37点**
骨髄像　注　特殊染色加算	40点	**60点**
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	64点	**67点**
細菌培養同定検査		
口腔、気道又は呼吸器からの検体	170点	**180点**
消化管からの検体	190点	**200点**
血液又は穿刺液	220点	**225点**
泌尿器又は生殖器からの検体	180点	**190点**
その他の部位からの検体	170点	**180点**
細胞診（１部位につき）		
婦人科材料等によるもの		
注１　婦人科材料等液状化検体細胞診加算	36点	**45点**

［項目を削除する技術の例］

微生物核酸同定・定量検査
細菌核酸検出（白血球）（１菌種あたり）

精子の凍結に係る評価及び選定療養の新設

精子の凍結に係る評価及び選定療養の新設

➢ 医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、一定の病態における精子の凍結保存に係る技術の評価を新設する。
➢ 医療上必要があると認められない患者の都合による精子の凍結については、選定療養に位置づける。

現行

【体外受精・顕微授精管理料】
［算定要件］
体外受精又は顕微授精の実施前の卵子又は精子の凍結保存に係る費用は、所定点数に含まれる。

改定後

【体外受精・顕微授精管理料】
［算定要件］
体外受精又は顕微授精の実施前の卵子の凍結保存に係る費用は、所定点数に含まれる。

①精液と凍結保護剤を混和してストロー管へ注入。
②ストロー管の先端をシーリング。
③全ストロー管を1本のカラムへ挿入。
④液体窒素蒸気下に5分静置。その後、完全に凍結する。

日本生殖医学会提出資料から引用

【精子の凍結に係る評価及び選定療養の新設】

（新）精子凍結保存管理料
１ 精子凍結保存管理料（導入時）
イ 精巣内精子採取術で採取された精子を凍結する場合　1,500点
ロ イ以外の場合　1,000点
２ 精子凍結保存維持管理料　700点

対象：精巣内精子採取術によって得られた精巣内精子又は高度乏精子症患者における射出精子の精子凍結

医療保険で給付

選定療養

対象：医療上必要があると認められない患者の都合による精子の凍結

保険適用外（患者の自己負担）

4．医療技術の適切な評価

（１）医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

（２）手術等の評価の見直し

（３）人工腎臓の評価の見直し

（４）実勢価格等を踏まえた評価の適正化

手術等の医療技術の適切な評価①

既存技術の見直し

➢ 医療技術評価分科会における検討結果や外科系学会社会保険委員会連合「外保連試案 2024」における費用の調査結果等を踏まえ、基礎的な技術等の評価の見直しを行う。

［再評価を行う既存技術の例］

現行		改定後
D400　血液採取　1　静脈	37点	40点
D403　腰椎穿刺、胸椎穿刺、頸椎穿刺（脳脊髄圧測定を含む。）	220点	260点
D404　骨髄穿刺　2　その他	280点	300点
D419　その他の検体採取 2　胸水・腹水採取（簡単な液検査を含む。） 3　動脈血採取	 180点 55点	 220点 60点
G000　皮内、皮下及び筋肉内注射（１回につき）	22点	25点
G001　静脈内注射（１回につき）	34点	37点
G004　点滴注射（１日につき） 1　乳幼児（1日100mL以上） 2　１に掲げる者以外の者（1日500mL以上） 3　その他の場合	 101点 99点 50点	 105点 102点 53点
G007　腱鞘内注射	27点	42点
G012　結膜下注射	27点	42点
G016　硝子体内注射	580点	600点
J095-2　鼓室処置（片側）	55点	62点

手術等の医療技術の適切な評価②

既存技術の見直し

➢ 外科系学会社会保険委員会連合「外保連試案2024」における、手術・処置の技術度や所用時間等を参考に、技術料の見直しを行う。

［見直しを行う手術の例］

現行		改定後
K001　皮膚切開術　3　長径20センチメートル以上	1,980点	2,270点
K053　骨悪性腫瘍手術　2　前腕、下腿	32,040点	35,000点
K261　角膜形成手術	3,060点	3,510点
K352　上顎洞根治手術	7,990点	9,180点
K633-2　腹腔鏡下ヘルニア手術　4　臍ヘルニア	11,420点	13,130点

［見直しを行う処置の例］

現行		改定後
J003　局所陰圧閉鎖処置（入院）（１日につき） 3　200平方センチメートル以上	1,100点	1,375点
J048　心膜穿刺	500点	625点
J050　気管内洗浄（１日につき）	340点	425点
J077　子宮出血止血法　1　分娩時のもの	624点	780点
J109　鼻咽腔止血法（ベロック止血法）	440点	550点

➢ 中医協における議論を踏まえ、算定回数が極めて少ない項目のうち、特に他の技術によって置き換えられていると考えられるものついて、評価を廃止する。

アレキサンダー手術、クレニッヒ手術、上咽頭ポリープ摘出術　外切開によるもの

手術等の医療技術の適切な評価③

➢ 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。

新規保険医療材料等に係る技術料の新設

（新）　内視鏡用テレスコープを用いた咽頭画像等解析（インフルエンザの診断の補助に用いるもの）　305点

出典：企業提出資料

［技術の概要］

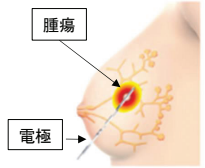
○　咽頭画像の撮影及び撮影された画像上のリンパ組織（扁桃やリンパ濾胞を含む）等の咽頭所見と診療情報を併せて解析し、インフルエンザウイルス感染症に特徴的な所見や症状等を検出することで、インフルエンザウイルス感染症診断の補助に用いる。

［算定要件］（概要）

○　内視鏡用テレスコープを用いた咽頭画像等解析（インフルエンザの診断の補助に用いるもの）は、６歳以上の患者に対し、インフルエンザの診断の補助を目的として薬事承認された内視鏡用テレスコープを用いて、咽頭画像等の取得及び解析を行い、インフルエンザの診断を行った場合に算定する。

新規保険医療材料等に係る技術料の新設

（新）　乳腺悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）　15,000点



出典：都立駒込病院外科HP

［技術の概要］

○　乳がんをラジオ波で焼灼し治療する技術である。

［算定要件］（概要）

○　術前診断においてStage０又はＩＡで、腫瘍径1.5センチメートル以下の乳腺悪性腫瘍の患者に対して、関係学会の定める指針を遵守して実施した場合に限り算定する。

手術等の医療技術の適切な評価④

新規保険医療材料等に係る技術料の新設

【ポジドロン断層撮影】

（新）　アミロイドＰＥＴイメージング剤を用いた場合（一連の検査につき）

イ　放射性医薬品合成設備を用いた場合　12,500点

ロ　イ以外の場合　2,600点

【ポジドロン断層・コンピューター断層複合撮影】

（新）　アミロイドＰＥＴイメージング剤を用いた場合（一連の検査につき）

イ　放射性医薬品合成設備を用いた場合　13,625点

ロ　イ以外の場合　3,725点

【ポジドロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影】

（新）　アミロイドＰＥＴイメージング剤を用いた場合（一連の検査につき）

イ　放射性医薬品合成設備を用いた場合　14,160点

ロ　イ以外の場合　4,260点

［技術の概要］

○　アルツハイマー病による軽度認知障害又は認知症が疑われる患者に対して、アミロイドPETイメージング製剤を投与した上でＰＥＴ検査を行うことで、脳内アミロイドベータプラークを可視化し、レカネマブ（遺伝子組換え）製剤の投与の要否の判断を行う。

［算定要件］（概要）

○　アミロイドＰＥＴイメージング製剤を用いた場合（一連の検査につき）については、厚生労働省の定めるレカネマブ（遺伝子組換え）製剤に係る最適使用推進ガイドラインに沿って、アルツハイマー病による軽度認知障害又は軽度の認知症が疑われる患者等に対し、レカネマブ（遺伝子組換え）製剤の投与の要否を判断する目的でアミロイドβ病理を示唆する所見を確認する場合に、患者１人につき１回に限り算定する。

日本核医学会提出資料から引用

手術等の医療技術の適切な評価⑤

新規保険医療材料等に係る技術料の新設

（新）　自家皮膚非培養細胞移植術

１　25平方センチメートル未満　3,520点

２　25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満　6,270点

３　100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満　9,000点

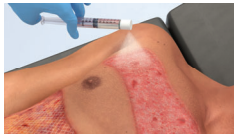
４　200平方センチメートル以上　25,820点

［技術の概要］

○　患者から採取した皮膚片から非培養細胞懸濁液を作製し、急性熱傷及び採皮部を対象として創傷部の治癒促進を行うことを目的とする。

［算定要件］（概要）

○　採取した健常皮膚から非培養細胞懸濁液を作製し、急性熱傷及び採皮部を対象として創傷部の治癒促進を行うことを目的とする自家皮膚細胞移植用キットを用いて、細胞懸濁液を熱傷患部に移植した場合に算定する。



出典：企業HP資料

新規保険医療材料等に係る技術料の新設

（新）　遺伝性網膜ジストロフィ遺伝子検査　20,500点

［技術の概要］

○　遺伝性網膜ジストロフィと診断された患者又は疑われる患者の疾患原因遺伝子の情報を取得する。

［算定要件］（概要）

○　遺伝性網膜ジストロフィ遺伝子検査は、臨床症状、検査所見、家族歴等からRPE65遺伝子変異による遺伝性網膜ジストロフィと疑われる患者であって、十分な生存網膜細胞を有することが確認された患者に対して、血液を検体とし、次世代シーケンシングを用いてボレチゲン ネパルボベクの適応の判定の補助を目的として実施した場合にのみ、患者１人につき１回に限り算定できる 。

手術等の医療技術の適切な評価⑥

新規保険医療材料等に係る技術料の新設

【経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）】

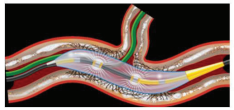
（新）　３　アテローム切除アブレーション式血管形成術用カテーテルによるもの　24,720点

［技術の概要］

○　新規の冠動脈重度石灰化病変を破砕し、血管内狭窄部の拡張を行う。

［施設基準］（概要）

○　既に経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）の施設基準に係る届出を行っており、複数の高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルを設置している又は１種類のみの高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルの導入施設で過去２年間25例以上の使用実績のある保険医療機関であること。



出典：企業提出資料

質の高い臨床検査の適切な評価

➢ 質の高い臨床検査の適正な評価を進めるため、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。

新規体外診断用医薬品に係る検査料の新設

（新）　アミロイドβ42/40比（髄液）　1,282点

［算定要件］（概要）

○　厚生労働省の定めるレカネマブ（遺伝子組換え）製剤に係る最適使用推進ガイドラインに沿って、アルツハイマー病による軽度認知障害又は軽度の認知症が疑われる患者等に対し、レカネマブ（遺伝子組換え）製剤の投与の要否を判断する目的にアミロイドβ病理を示唆する所見を確認するため、ＣＬＥＩＡ法により、脳脊髄液中のβ－アミロイド１－４２及びβ－アミロイド１－４０を同時に測定した場合、患者１人につき１回に限り算定する。

（新）　Ａ群β溶血連鎖球菌核酸検出　204点

［算定要件］（概要）

○　Ａ群β溶血連鎖球菌核酸検出は、Ａ群β溶血連鎖球菌感染が疑われる15歳未満の患者を対象として、等温核酸増幅法により測定し、当日中に結果を説明した場合に算定できる。

（新）　アポリポ蛋白Ａ２（ＡＰＯＡ２）アイソフォーム　335点

［算定要件］（概要）

○　アポリポ蛋白Ａ２（ＡＰＯＡ２）アイソフォームは、膵癌の診断の補助を目的として、血液を検体としてELISA法により測定した場合に、膵癌の診断の確定までの間に原則として１回を限度として算定できる。

抗HLA抗体検査の算定要件の見直し

抗HLA抗体検査の算定要件の見直し

➢ 「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。

現行

【抗HLA抗体（スクリーニング）】
［算定要件］（概要）
「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。
（中略）

【抗HLA抗体検査（抗体特異性同定検査）】
［算定要件］（概要）
「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。

改定後

【抗HLA抗体（スクリーニング）】
［算定要件］（概要）
「48」の抗ＨＬＡ抗体（スクリーニング検査）は、肺移植、心移植、肝移植、膵移植、小腸移植若しくは腎移植後の患者**又は日本臓器移植ネットワークに移植希望者として登録された患者であって、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。
（中略）

【抗HLA抗体検査（抗体特異性同定検査）】
［算定要件］（概要）
「49」の抗ＨＬＡ抗体（抗体特異性同定検査）は、「48」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**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抗体検査（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。**

４．医療技術の適切な評価

（１）医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

（２）手術等の評価の見直し

（３）人工腎臓の評価の見直し

（４）実勢価格等を踏まえた評価の適正化

人工腎臓に係る導入期加算の見直し

人工腎臓　導入期加算の見直し

➢ 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。

現行

【人工腎臓】
導入期加算１　200点
導入期加算２　400点
導入期加算３　800点

［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。
（中略）

(2) 導入期加算２の施設基準
次のすべてを満たしていること。
ア～オ　（略）

(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）

改定後

【人工腎臓】
導入期加算１　200点
導入期加算２　**410点**
導入期加算３　**810点**

［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。
（中略）

(2) 導入期加算２の施設基準
次のすべ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。

人工腎臓の評価の見直し

人工腎臓の評価の見直し

➢ 包括されている医薬品等の実勢価格を踏まえ、人工腎臓について評価を見直す。

現行

【人工腎臓】

慢性維持透析を行った場合			
	場合１	場合２	場合３
４時間未満	1,885点	1,845点	1,805点
４時間以上５時間未満	2,045点	2,005点	1,960点
５時間以上	2,180点	2,135点	2,090点

改定後

【人工腎臓】

慢性維持透析を行った場合			
	場合１	場合２	場合３
４時間未満	1,876点	1,836点	1,796点
４時間以上５時間未満	2,036点	1,996点	1,951点
５時間以上	2,171点	2,126点	2,081点

4．医療技術の適切な評価

（１）医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

（２）手術等の評価の見直し

（３）人工腎臓の評価の見直し

（４）実勢価格等を踏まえた評価の適正化

実勢価格等を踏まえた検体検査等の評価の適正化

検体検査の評価の見直し

➢ 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。

現行		改定後
血液化学検査　10項目以上	106点	103点
脳性Ｎａ利尿ペプチド（ＢＮＰ）	133点	130点
ＳＡＲＳ-ＣｏＶ-２抗原定性	300点	150点

材料加算の評価の見直し

➢ 在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算について、材料の実勢価格及び使用実態等を踏まえ、評価を見直す。

現行		改定後
在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算	1,000点	960点

➢ 在宅ハイフローセラピー装置加算について、材料の実勢価格及び使用実態等を踏まえ、評価を見直す。

現行	改定後	
【在宅ハイフローセラピー装置加算】	【在宅ハイフローセラピー装置加算】	
1,600点	1　自動給水加湿チャンバーを用いる場合	3,500点
	2　１以外の場合	2,500点

実勢価格等を踏まえた検体検査等の評価の適正化

人工腎臓の評価の見直し

➢ 包括されている医薬品の実勢価格を踏まえ、人工腎臓の評価を見直す。

現行		改定後	
【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	1,885点	イ　４時間未満の場合	1,876点
ロ　４時間以上５時間未満の場合	2,045点	ロ　４時間以上５時間未満の場合	2,036点
ハ　５時間以上の場合	2,180点	ハ　５時間以上の場合	2,171点
2　慢性維持透析を行った場合２		2　慢性維持透析を行った場合２	
イ　４時間未満の場合	1,845点	イ　４時間未満の場合	1,836点
ロ　４時間以上５時間未満の場合	2,005点	ロ　４時間以上５時間未満の場合	1,996点
ハ　５時間以上の場合	2,135点	ハ　５時間以上の場合	2,126点
3　慢性維持透析を行った場合３		3　慢性維持透析を行った場合３	
イ　４時間未満の場合	1,805点	イ　４時間未満の場合	1,796点
ロ　４時間以上５時間未満の場合	1,960点	ロ　４時間以上５時間未満の場合	1,951点
ハ　５時間以上の場合	2,090点	ハ　５時間以上の場合	2,081点

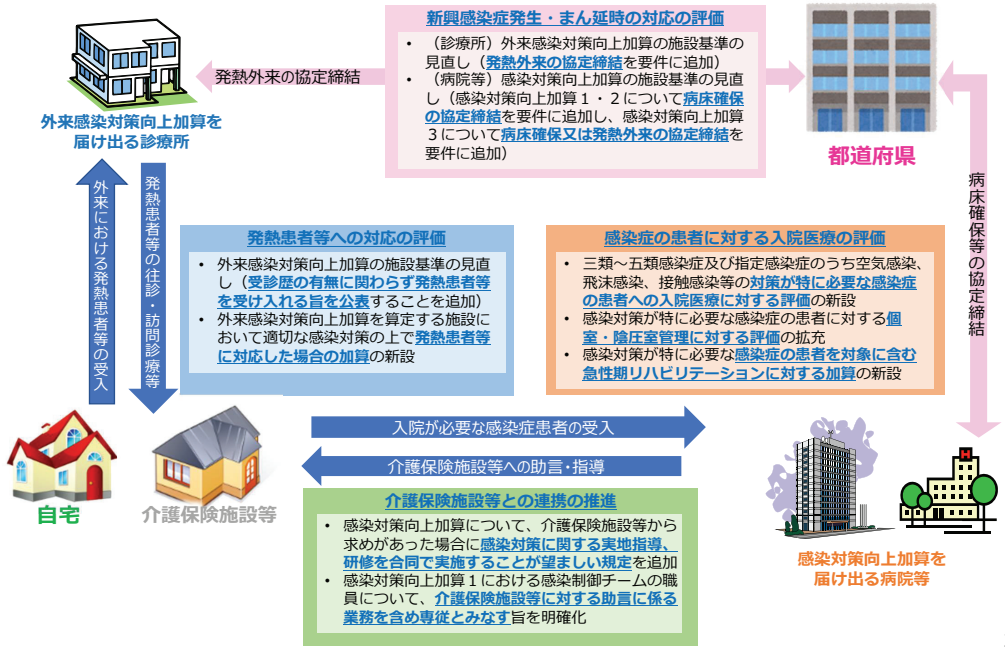
検査、処置及び麻酔の見直し

➢ 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。

現行		改定後
眼底三次元画像解析	200点	190点
細隙灯顕微鏡検査（前眼部及び後眼部）	112点	110点
耳垢栓塞除去（複雑なもの）		
1　片側	100点	90点
2　両側	180点	160点
トリガーポイント注射	80点	70点

5．ポストコロナにおける感染症対策の推進

ポストコロナにおける感染症対策に係る評価の見直しの全体像



ポストコロナにおける感染症対策の評価

＜感染対策向上加算及び外来感染対策向上加算の見直し＞

新興感染症への備えに係る施設基準について、第８次医療計画における**協定締結の枠組みを踏まえた要件に見直し**を行う。**（令和６年12月31日まで経過措置）**

＜感染症の入院患者に対する感染対策の評価の新設＞

感染管理が特に重要な感染症の患者に対して、**適切な感染対策を講じた上で入院医療を提供した場合の特定感染症入院医療管理加算**を新設する。

＜感染症の入院患者に対する個室・陰圧室管理の評価の拡充＞

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入院料の範囲を見直す。

ポストコロナにおける感染症対策の評価①

感染対策向上加算及び外来感染対策向上加算の見直し

➢ 新興感染症への備えに係る施設基準について、第８次医療計画における協定締結の枠組みを踏まえた要件に見直しを行う。

現行	改定後
【感染対策向上加算】［施設基準（抜粋）］ 加算１：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。 加算２：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。 加算３：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。	【感染対策向上加算】［施設基準（抜粋）］ 加算１：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。 加算２：（加算１と同様） 加算３：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（発熱外来に係る措置を講ずるものに限る。）であること。
【外来感染対策向上加算】［施設基準（抜粋）］ 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。	【外来感染対策向上加算】［施設基準（抜粋）］ 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（発熱外来に係る措置を講ずるものに限る。）であること。

ポストコロナにおける感染症対策の評価②

感染症の入院患者に対する感染対策の評価の新設

➢ 感染管理が特に重要な感染症の患者に対して、適切な感染対策を講じた上で入院医療を提供し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　治療室の場合　200点
それ以外の場合　100点

[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。

[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。）、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第６条第８項に規定する指定感染症

[対象の入院料]
一般病棟入院基本料、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、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料、総合周産期特定集中治療室管理料及び新生児治療回復室入院医療管理料

ポストコロナにおける感染症対策の評価③

感染症の入院患者に対する個室・陰圧室管理の評価の拡充

➢ 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入院料の範囲を見直す。

現行

【二類感染症患者療養環境特別加算】
［算定留意事項］
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の患者及び同条第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。

改定後

【特定感染症患者療養環境特別加算】
［施設基準（抜粋）］
保険医療機関に入院している患者であって、二類感染症から五類感染症まで、新型インフルエンザ等感染症又は指定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について、必要を認めて個室又は陰圧室に入院させた場合に、個室加算又は陰圧室加算として、それぞれ所定点数に加算する。ただし、疑似症患者については、初日に限り所定点数に加算する。

［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

［対象の入院料］
一般病棟入院基本料、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、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、地域包括ケア病棟入院料、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、地域移行機能強化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

ポストコロナにおける感染症対策の評価

＜発熱外来に対する評価の新設＞

○ 外来感染対策向上加算の施設基準に、感染対策を講じた上で発熱患者等を受け入れること等を追加する。

○ 受診歴の有無に関わらず発熱患者等を受け入れる体制を有した上で、実際に発熱患者等に対応した場合の発熱患者等対応加算を新設する。

＜抗菌薬の使用実績に基づく評価の新設＞

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、外来感染対策向上加算及び感染対策向上加算に抗菌薬適正使用体制加算を新設する。

＜感染対策に関する介護保険施設等との連携の推進＞

○ 感染対策向上加算の見直し

- 感染対策向上加算の施設基準に、連携する介護保険施設等から求めが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追加する。
- 感染対策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、感染対策向上加算におけるチームの職員の専従業務に当該助言が含まれることを明確化する。

ポストコロナにおける感染症対策の評価④

発熱外来に対する評価の新設

➢ 外来感染対策向上加算の施設基準に、感染対策を講じた上で発熱患者等を受け入れること等を追加する。

現行

【外来感染対策向上加算】
［施設基準（抜粋）］
（新設）

改定後

【外来感染対策向上加算】
［施設基準（抜粋）］
- 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。
- 回復した患者の罹患後症状が持続している場合に、必要に応じて精密検査が可能な体制また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。

➢ 受診歴の有無に関わらず発熱患者等を受け入れる体制を有した上で、実際に発熱患者等に対応した場合の加算を新設する。

（新）　発熱患者等対応加算　　20点

［算定要件］
外来感染対策向上加算を算定する場合において、発熱その他感染症を疑わせる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は、月１回に限り更に所定点数に加算する。

抗菌薬の使用実績に基づく評価の新設

➢ 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、外来感染対策向上加算及び感染対策向上加算に抗菌薬適正使用加算を新設する。

（新）　抗菌薬適正使用体制加算　　５点

［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６か月において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60%以上又はサーベイランスに参加する医療機関全体の上位30%以内であること。

感染対策に関する介護保険施設等との連携の推進

感染対策向上加算の見直し

➢ 感染対策向上加算の施設基準に、連携する介護保険施設等から求めが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追加する。

現行

【感染対策向上加算】
［施設基準（抜粋）］
（新設）

改定後

【感染対策向上加算】
［施設基準（抜粋）］
- 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、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。

➢ 感染対策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、感染対策向上加算におけるチームの職員の専従業務に当該助言が含まれることを明確化する。

現行

【感染対策向上加算】
［施設基準］
感染対策向上加算１
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。

改定後

【感染対策向上加算】
［施設基準］
感染対策向上加算１
感染防止対策部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。
ア～エ　（略）
アに定める医師又はイに定める看護師のうち１名は専従であること。なお、感染制御チームの専従の職員については、抗菌薬適正使用支援チームの業務を行う場合及び感染対策向上加算２、感染対策向上加算３又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った他の保険医療機関に対する助言に係る業務を行う場合及び介護保険施設等からの求めに応じ、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１０時間以下であること。

6．医療機能に応じた入院医療の評価

（１）地域包括医療病棟（新設）

（２）急性期・高度急性期入院医療

（３）回復期入院医療

（４）慢性期入院医療

地域で救急患者等を受け入れる病棟の新設

＜概要＞

１．高齢者救急に対応する入院料として、新たな入院料（地域包括医療病棟入院料）を新設

２．主な施設基準等

→ **①看護配置 10対１**

②平均在院日数 21日

③一般病棟用重症度、医療・看護必要度
延べ患者数のうち「Ａ３点以上、Ａ２点以上かつＢ３点以上、又はＣ１点以上」の該当割合16％以上（必要度Ｉの場合）又は15％以上（必要度IIの場合）であるとともに、入棟患者のうち入院初日に「Ｂ３点以上」の該当割合50％以上

④在宅復帰率 80％以上

⑤救急搬送割合 15％以上　等

入院患者の年齢構成の推移①（急性期一般入院料）

意見交換　資料－５参考－１
Ｒ５．３．１５改

○ 急性期一般入院料を算定する入院患者のうち、65歳以上が占める割合はほぼ横ばいだが、85歳以上が占める割合は年々増加している。
○ 令和4年では、入院患者のうち66%を75歳以上が占める。

■急性期一般入院料の算定回数の年齢構成比　※H24~H29は７対１または10対１一般病棟入院基本料

出典：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

●高齢者に多い疾患は、急性期一般入院料に入院する際に救急搬送される割合が、全疾患の平均よりも高いものが多い。

●食物及び吐物による肺臓炎及び尿路感染症等が急性期一般入院料１に入院する割合は、全疾患の平均と同程度に高い。

高齢者に多い疾患ごとの各入院料種別の入院先の割合

診調組　入－１
５．８．１０

○ 高齢者に多い疾患は、急性期一般入院料に入院する際に救急搬送される割合が全疾患の平均よりも高いものが多い。
○ 食物及び吐物による肺臓炎及び尿路感染症等が急性期一般入院料1に入院する割合は、全疾患の平均と同程度に高い。

一般病棟等の75歳以上の患者に多い疾患※1における75歳以上の患者が一般病棟又は地域包括ケア病棟等に入院する際の入院先の内訳
（カッコ内は、そのうち救急搬送により入院した割合）

		急性期一般入院料1（353,143床）	急性期一般入院料2－3（15,941床）	急性期一般入院料4－6（135,739床）	地域一般入院料1－2（19,121床）	地域一般入院料3（29,777床）	その他のDPC算定病床※2（113,549床）	地域包括ケア病棟（98,546床）	地域包括ケア病棟のうち転院入院以外
	（全疾患）	55.9% (26.8%)	2.3% (27.6%)	17.0% (24.2%)	1.6% (19.6%)	0.9% (11.1%)	15.6% (35.2%)	6.7% (10.3%)	5.4% (12.5%)
1	コロナウイルス感染症２０１９，ウイルスが同定されたもの	52.8% (47.9%)	2.5% (37.9%)	20.3% (28.6%)	7.7% (30.4%)	0.8% (23.1%)	13.2% (48.6%)	2.8% (14.2%)	1.6% (21.2%)
2	食物及び吐物による肺臓炎	53.7% (65.9%)	3.0% (47.2%)	23.5% (37.2%)	2.1% (21.4%)	1.3% (9.4%)	9.1% (81.8%)	7.4% (19.1%)	5.8% (23.9%)
3	うっ血性心不全	56.3% (38.4%)	2.4% (30.6%)	15.3% (26.8%)	1.0% (13.2%)	0.6% (7.7%)	19.6% (66.4%)	4.8% (9.4%)	3.7% (11.8%)
4	老人性初発白内障	57.8% (0.0%)	1.2% (0.0%)	3.6% (0.0%)	0.0% (0.0%)	0.0% (0.0%)	20.2% (0.1%)	17.1% (0.1%)	17.1% (0.1%)
5	大腸＜結腸＞のポリープ	47.8% (0.4%)	1.8% (0.7%)	9.2% (0.7%)	0.6% (0.7%)	0.2% (1.3%)	30.1% (0.2%)	10.3% (0.1%)	10.3% (0.1%)
6	大腿骨頸部骨折　閉鎖性	56.7% (61.4%)	3.5% (51.1%)	28.0% (42.1%)	2.7% (31.1%)	1.3% (25.8%)	2.8% (69.8%)	5.0% (13.0%)	2.0% (31.4%)
7	転子貫通骨折　閉鎖性	56.9% (69.8%)	3.7% (60.8%)	27.8% (46.5%)	2.4% (29.6%)	1.2% (25.4%)	2.7% (73.9%)	5.3% (14.0%)	2.0% (34.6%)
8	尿路感染症，部位不明	51.7% (57.3%)	3.1% (40.4%)	26.5% (32.4%)	2.3% (17.9%)	1.4% (10.0%)	4.9% (71.0%)	10.2% (16.8%)	9.3% (18.3%)
9	老人性白内障	56.9% (0.1%)	1.2% (0.3%)	3.9% (0.1%)	0.1% (0.0%)	0.0% (0.0%)	24.6% (0.1%)	13.5% (0.0%)	13.4% (0.0%)
10	肺炎，詳細不明	37.1% (53.1%)	2.7% (36.1%)	36.4% (32.0%)	4.2% (20.5%)	2.8% (12.9%)	5.9% (69.9%)	10.9% (16.3%)	10.1% (17.3%)
11	腰椎骨折　閉鎖性	35.5% (54.3%)	3.2% (40.4%)	35.0% (30.9%)	3.8% (21.6%)	2.1% (15.8%)	1.4% (59.5%)	19.0% (20.3%)	16.1% (23.7%)
12	前立腺の悪性新生物＜腫瘍＞	70.0% (3.1%)	1.7% (3.9%)	7.0% (5.8%)	0.3% (7.8%)	0.2% (4.3%)	18.0% (2.3%)	2.8% (3.4%)	2.5% (3.8%)
13	その他の型の狭心症	86.0% (2.4%)	1.0% (0.8%)	5.6% (3.0%)	0.1% (8.5%)	0.0% (25.0%)	7.2% (7.5%)	0.2% (6.2%)	0.1% (7.9%)
14	脳動脈の閉塞症による脳梗塞	53.0% (52.7%)	2.2% (42.8%)	14.4% (34.8%)	0.8% (14.7%)	0.3% (16.6%)	27.9% (68.9%)	1.4% (12.7%)	0.8% (22.3%)
15	体液量減少（症）	30.1% (52.0%)	2.8% (39.1%)	39.8% (30.1%)	3.7% (25.4%)	2.7% (14.6%)	1.6% (73.1%)	19.2% (17.4%)	18.1% (18.4%)
16	気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞，上葉，気管支又は肺	69.8% (6.6%)	1.0% (11.9%)	5.5% (11.6%)	0.2% (16.4%)	0.1% (2.2%)	22.2% (4.9%)	1.2% (11.1%)	0.9% (13.9%)
17	慢性腎臓病，ステージ５	61.9% (10.0%)	2.0% (12.1%)	14.1% (10.1%)	1.2% (4.7%)	1.2% (4.1%)	11.5% (20.3%)	8.1% (2.8%)	6.6% (3.3%)
18	脊柱管狭窄（症）　腰部	54.0% (6.9%)	2.8% (11.0%)	25.0% (9.1%)	2.0% (12.2%)	1.0% (7.4%)	6.8% (2.0%)	8.4% (8.2%)	6.9% (9.7%)
19	急性尿細管間質性腎炎	64.2% (50.1%)	2.9% (40.4%)	18.9% (33.1%)	1.1% (16.0%)	0.5% (11.9%)	6.8% (60.6%)	5.6% (18.5%)	5.1% (19.8%)
20	気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞，下葉，気管支又は肺	70.6% (6.6%)	0.9% (13.2%)	5.9% (11.4%)	0.2% (12.3%)	0.1% (6.7%)	21.0% (4.7%)	1.3% (7.5%)	1.0% (9.5%)
21	脳動脈の塞栓症による脳梗塞	41.7% (64.4%)	1.8% (51.8%)	11.7% (39.2%)	0.8% (9.4%)	0.5% (1.8%)	41.6% (84.8%)	2.0% (10.2%)	0.9% (22.2%)
22	その他の原発性膝関節症	52.7% (1.9%)	3.1% (3.8%)	28.1% (3.8%)	1.9% (5.6%)	1.7% (3.4%)	5.1% (0.4%)	7.3% (4.9%)	5.3% (6.5%)
23	細菌性肺炎，詳細不明	63.0% (50.3%)	3.0% (41.8%)	16.9% (35.5%)	1.3% (17.3%)	0.6% (7.3%)	11.0% (63.8%)	4.3% (19.1%)	3.9% (20.9%)
24	一過性又は悪例不明の脳梗ヘルニア，閉塞及び狭窄を伴わないもの	69.5% (1.0%)	2.2% (1.6%)	6.8% (1.6%)	0.2% (1.7%)	0.1% (11.8%)	17.5% (0.6%)	3.8% (0.4%)	3.8% (0.3%)
25	肝及び肝内胆管の悪性新生物＜腫瘍＞，肝細胞癌	62.8% (7.5%)	1.9% (9.7%)	6.6% (15.2%)	0.4% (15.0%)	0.4% (5.5%)	25.6% (5.6%)	2.3% (6.8%)	1.8% (8.7%)

※1 入院初日にDPC算定病床※2又は地域包括ケア病棟に入院する75歳以上の入院患者について件数の多い医療資源病名上位25
※2 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般）、専門病院入院基本料（7対1、10対1、13対1）、救命救急入院料・特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、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、一般感染症患者入院医療管理料、小児入院医療管理料及び短期滞在手術等基本料3を算定する病床
※3 病床数は令和4年7月1日時点
出典：DPCデータ（令和4年1月～12月）

●75歳以上の患者に多い疾患のうち一部は、急性期一般入院料１を算定する場合と地域一般入院料を算定する場合とで、医療資源投入量に大きな差はみられなかった。
（全体の平均が2.4倍であるところ、例えば「食物及び吐物による肺臓炎」は1.2倍、「尿路感染症、部位不明」は1.4倍にとどまる。）

高齢者に多い疾患における入院料間の医療資源投入量の比較①

診調組　入－１
５．８．１０

○　75歳以上の患者に多い疾患のうち一部は、急性期一般入院料1を算定する場合と地域一般入院料を算定する場合とで、医療資源投入量について大きな差がみられなかった。（全体の平均が2.4倍であるところ、例えば「食物及び吐物による肺臓炎」は1.2倍、「尿路感染症，部位不明」は1.4倍にとどまる。）

75歳以上の患者に多い疾患※1における75歳以上の患者が急性期一般入院料1を算定する場合の医療資源投入量※2及び地域一般入院料1－2を算定する場合の医療資源投入量の比

傷病名	1日当たり医療資源投入量 急1における1日平均（点）	急1/地1-2の比	急2-6/地1-2の比	急1/急2-6の比	75歳以上で多い疾患順位	75歳以上症例に占める割合
（全疾患・全年齢）	3,448	2.41	1.43	1.69	-	-
全疾患・75歳以上	2,762	2.33	1.34	1.73	-	100.0%
コロナウイルス感染症２０１９，ウイルスが同定されたもの	2,334	1.12	0.90	1.25	1	3.9%
食物及び吐物による肺臓炎	1,026	1.24	1.02	1.21	2	3.3%
脳動脈の血栓症による脳梗塞	1,208	1.33	1.06	1.26	14	1.2%
筋の消耗及び萎縮，他に分類されないもの　部位不明	674	1.34	1.08	1.24	35	0.6%
肺炎，詳細不明	1,160	1.36	1.08	1.26	10	1.5%
体液量減少（症）	868	1.38	1.09	1.26	15	1.1%
細菌性肺炎，詳細不明	1,177	1.40	1.13	1.24	23	0.8%
尿路感染症，部位不明	957	1.40	1.12	1.26	8	1.5%
大腸＜結腸＞のポリープ	3,223	1.42	1.05	1.35	5	1.8%
慢性腎臓病，ステージ５	2,320	1.45	1.13	1.28	17	1.0%
急性尿細管間質性腎炎	1,023	1.48	1.14	1.30	19	0.9%
その他の原発性膝関節症	5,327	1.52	1.31	1.16	22	0.8%
転子貫通骨折　閉鎖性	2,886	1.66	1.30	1.27	7	1.6%
大腿骨頚部骨折　閉鎖性	3,850	1.68	1.33	1.26	6	1.6%
穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患	1,695	1.70	1.18	1.44	26	0.8%
その他の脳梗塞	1,091	1.75	1.41	1.24	36	0.5%
結腸の悪性新生物＜腫瘍＞，Ｓ状結腸	3,529	1.83	1.36	1.34	38	0.5%
脊柱管狭窄（症）　腰部	4,845	1.86	1.37	1.36	18	1.0%
うっ血性心不全	1,447	1.87	1.19	1.57	3	3.1%
心不全，詳細不明	1,420	1.95	1.17	1.67	27	0.7%
脳動脈の塞栓症による脳梗塞	1,486	2.12	1.57	1.35	21	0.9%
前立腺の悪性新生物＜腫瘍＞	3,379	2.17	1.25	1.74	12	1.3%
外傷性硬膜下出血　頭蓋内に達する開放創を伴わないもの	1,987	2.22	1.55	1.44	30	0.6%
直腸の悪性新生物＜腫瘍＞	3,508	2.42	1.89	1.28	29	0.6%
胆管炎	2,175	2.60	1.61	1.61	34	0.6%
腰椎骨折　閉鎖性	1,754	2.63	1.59	1.66	11	1.3%
結腸の悪性新生物＜腫瘍＞，上行結腸	3,631	2.67	2.00	1.33	37	0.5%
胆管炎を伴う胆管結石	3,140	2.73	1.90	1.44	28	0.7%
一側性又は患側不明のそけい＜鼠径＞ヘルニア，閉塞及びえ＜壊＞疽を伴わないもの	5,888	2.81	2.08	1.36	24	0.8%
胆嚢炎及び胆のう＜嚢＞炎を伴わない胆嚢結石	3,832	2.88	1.95	1.47	33	0.6%
胸椎骨折　閉鎖性	2,037	3.02	1.62	1.86	31	0.6%
気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞，下葉，気管支又は肺	3,145	3.33	2.18	1.53	20	0.9%
気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞，上葉，気管支又は肺	3,317	3.67	2.46	1.49	16	1.1%
膵の悪性新生物＜腫瘍＞，膵頭部	2,624	3.80	2.34	1.62	39	0.5%
肝及び肝内胆管の悪性新生物＜腫瘍＞，肝細胞癌	3,577	5.26	2.93	1.80	25	0.8%

※1　入院初日にDPC算定病床又は地域包括ケア病棟に入院する75歳以上の患者の傷病のうち0.5%以上を占める39傷病のうち、地域一般入院料1－2を算定している症例が50例未満である疾患（老人性初発白内障、老人性核白内障、その他の型の狭心症、胃の悪性新生物＜腫瘍＞，胃体部）を除いたもの。
※2　一日平均出来高換算点数から、A（入院料）及びH（リハビリテーション）を除いたもの。
出典：DPCデータ（令和４年１月～12月）

地域包括医療病棟① 病棟のイメージ

背景

- 高齢者の人口増加に伴い、**高齢者の救急搬送者数が増加**し、中でも**軽症・中等症が増加**している。
- 急性期病棟に入院した高齢者の一部は、**急性期の治療を受けている間に離床が進まず、ADLが低下し**、**急性期から回復期に転院**することになり、**在宅復帰が遅くなるケース**があることが報告されている。
- 高齢者の入院患者においては、医療資源投入量の少ない傾向にある誤嚥性肺炎や尿路感染といった疾患が多い。（高度急性期を担う病院とは医療資源投入量が**ミスマッチとなる可能性**）
- 誤嚥性肺炎患者に対し**早期にリハビリテーション**を実施することは、**死亡率の低下とADLの改善**につながることが示されている
- 入院時、高齢患者の一定割合が**低栄養リスク状態又は低栄養**である。また、**高齢入院患者の栄養状態不良と生命予後不良は関連**がみられる。

地域包括医療病棟における医療サービスのイメージ

救急患者を受け入れる体制を整備
一定の医療資源を投入し、急性期を速やかに離脱
早期の退院に向け、リハビリ、栄養管理等を提供
退院に向けた支援　適切な意思決定支援
早期の在宅復帰

10対１の看護配置に加えて、療法士、管理栄養士、看護補助者（介護福祉士含む）による高齢者医療に必要な多職種配置

包括的に提供

地域包括医療病棟② 施設基準等

地域包括医療病棟入院料の算定要件及び施設基準

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

［施設基準］（抜粋）
（１）**看護職員が10:1以上配置**されていること。
（２）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２名以上、専任の常勤の管理栄養士が１名以上配置**されていること。
（３）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。（病室6.4㎡/１人 以上、廊下幅1.8m以上が望ましい　等）
（４）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。
（**ＡＤＬが入院時と比較して低下した患者の割合が５%未満であること**　等）
（５）一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を用いて評価し、**延べ患者数のうち「Ａ３点以上、Ａ２点以上かつＢ３点以上、又はＣ１点以上」に該当する割合が16%以上（必要度Ⅰの場合）又は15%以上（必要度Ⅱの場合）**であるとともに、**入棟患者のうち入院初日に「Ｂ３点以上」に該当する割合が50%以上**であること。
（６）当該病棟の入院患者の**平均在院日数が21日以内**であること。
（７）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８割以上**であること。
（８）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５%未満**であること。
（９）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１割５分以上**であること。
（10）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。
（２次救急医療機関又は救急告示病院であること、常時、必要な検査、ＣＴ撮影、ＭＲＩ撮影を行う体制にあること　等）
（11）**データ提出加算**及び**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。
（12）**特定機能病院以外**の病院であること。（13）**急性期充実体制加算**及び**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。
（14）**脳血管疾患等リハビリテーション料又は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。

地域包括医療病棟③ 注加算

地域包括医療病棟入院料の注加算

（新）　初期加算（１日につき）　150点
［算定要件］
入院した日から起算して14日を限度として算定する。

（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）　240点
25対１看護補助体制加算（看護補助者５割未満）　220点
50対１看護補助体制加算　200点
75対１看護補助体制加算　160点
［算定要件］
入院した日から起算して14日を限度として算定する。

（新）　夜間看護体制加算（１日につき）　71点
［算定要件］
施設基準に適合しているものとして届け出た病棟に入院している患者（看護補助加算を算定する患者に限る。）について算定する。
［施設基準］
夜勤時間帯に看護補助者を配置していること。
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）　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　125点
夜間50対１看護補助体制加算　120点
夜間100対１看護補助体制加算　105点
［算定要件］
施設基準に適合しているものとして届け出た病棟に入院している患者（看護補助加算を算定する患者に限る。）について算定する。

（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　25点
看護補助体制充実加算２　15点
看護補助体制充実加算３　５点
［算定要件］
施設基準に適合しているものとして届け出た病棟に入院している患者（看護補助加算を算定する患者に限る。）について算定する。

（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１　110点 / 看護職員夜間12対１配置加算２　90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　70点 / 看護職員夜間16対１配置加算２　45点

［算定要件］
入院した日から起算して14日を限度として算定する。

（新）　リハビリテーション・栄養・口腔連携加算（１日につき）　80点
［算定要件・施設基準］
リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算と同等の施設基準を満たした保険医療機関において、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14日を限度として算定する。

地域包括医療病棟④ 包括範囲

以下の診療の費用は**地域包括医療病棟入院料に含まれる**。（包括範囲）

地域包括医療病棟入院料に含まれる費用（概要）

○ **入院基本料**

○ **入院基本料等加算**

臨床研修病院入院診療加算、救急医療管理加算、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、栄養サポートチーム加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算（１に限る。）、データ提出加算、入退院支援加算（１のイに限る。）、医療的ケア児（者）入院前支援加算、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算、地域医療体制確保加算及び協力対象施設入所者入院加算**を除く**。

○ **医学管理のうち、手術前医学管理料、手術後医学管理料**

○ **検査**

心臓カテーテル検査、内視鏡検査、血液採取以外の診断穿刺・検体採取料
並びにこれらに伴う薬剤及び特定保険医療材料**を除く**。

○ **画像診断**

画像診断管理加算１～４、造影剤注入手技（主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合）
並びに造影剤注入手技（主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合）に伴う薬剤及び特定保険医療材料**を除く**。

○ **投薬、注射**

抗悪性腫瘍薬等の除外薬剤・注射薬、無菌製剤処理料**を除く**。

○ **リハビリテーション及び精神療法で使用される薬剤**。（※１）

○ **処置**

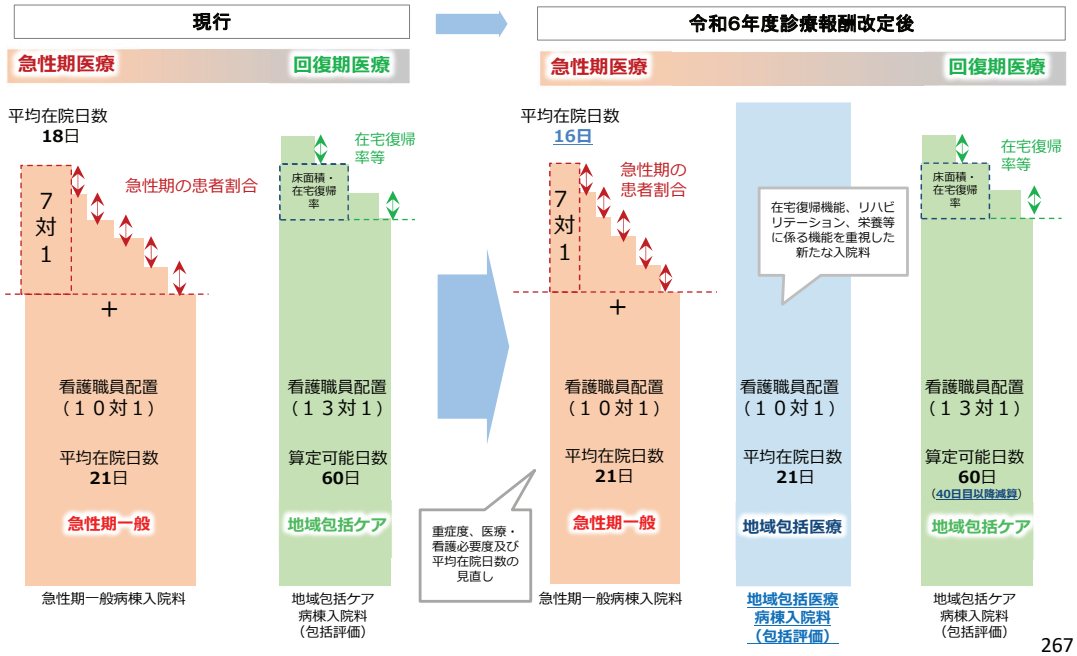
人口腎臓等、局所陰圧閉鎖処置等の1,000点以上の処置
並びにこれらに伴う薬剤及び特定保険医療材料**を除く**。

○ **病理標本作製料**

術中迅速病理組織標本作成を**除く**。

※１　リハビリテーション及び精神療法は地域包括医療病棟入院料に含まれない。（包括範囲外）
※　　他、手術、麻酔等の費用は地域包括医療病棟入院料に含まれない。（包括範囲外）

地域包括医療病棟の新設による今後の医療提供体制のイメージ



想定される地域包括医療病棟への移行のイメージ

➢ 地域における、高齢化、救急医療提供体制、リハビリテーション等の提供体制等を踏まえて、急性期入院基本料１（７対１）、急性期入院基本料２－６を算定する急性期病棟、あるいは一定の救急医療の実績のある地域包括ケア病棟等から転換することが想定されている。

①急性期一般入院料１からの一部転換

救急医療の実績が十分であり、既に後期高齢者の緊急入院が多く、急性期医療の中における機能分化が必要であるケースにおいては、一部の病棟を地域包括病棟に転換することなどが考えられる。

②急性期一般入院料２－６からの転換

急性期医療が充実している医療機関であり、リハビリ職、栄養関係職種の確保とADLに関連する実績評価が十分である場合は、急性期の全病棟や一部の病棟を転換することが考えられる。

③地域包括ケア病棟からの転換

既に在宅復帰機能が十分である地ケアの中で、救急搬送の受入が可能である病棟においては、転換が可能。

地域包括医療病棟における評価の観点

➢ 地域包括医療病棟においては、急性期医療機能の他に、後期高齢者を中心に早期からリハビリテーション、栄養等の管理を行うためのサービス提供が求められており、ストラクチャー、プロセス、アウトカムの観点から病棟の機能を規定している。

※以下の整理は、考え方の一例である。それぞれの指標の活用の仕方は複数考えられるところ。

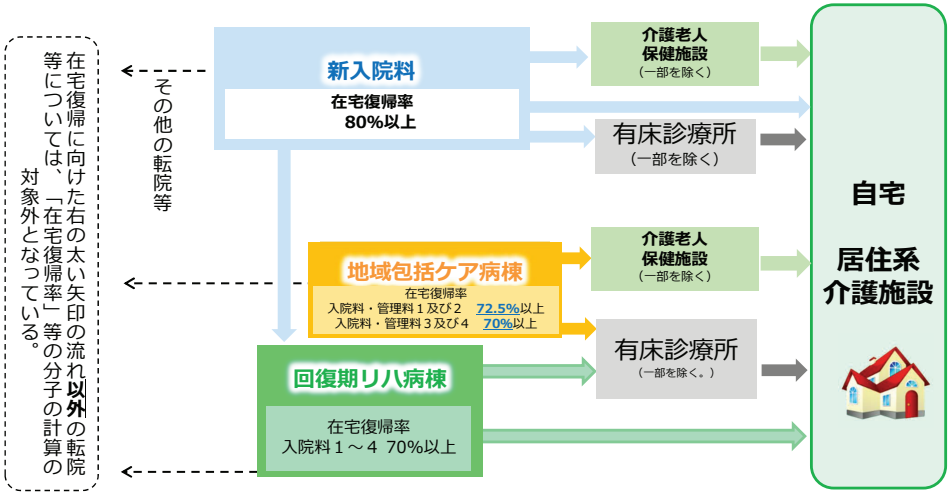
	ストラクチャー	プロセス	アウトカム・その他の実績要件
急性期機能	➢ １０：１看護配置 ➢ DPCの包括範囲外の処置、検査等を算定可能 ➢ 夜間における画像検査等の体制確保 ➢ 看護職員夜間配置加算		➢ 救急搬送直接入棟患者割合：1割５分以上 ➢ 平均在院日数：21日以内 ➢ 重症度、医療・看護必要度：急性期病棟入院料４相当 ➢ 入棟初日のB項目3点以上の患者：50％以上
リハビリ等	➢ PT/OT/ST 2名配置 ➢ 管理栄養士の専任配置 ➢ リハ・栄養・口腔に係る研修を修了した医師配置 ➢ 看護補助体制加算 ➢ 看護補助体制充実加算	➢ 原則48時間以内にＡＤＬ、栄養状態、口腔状態の評価 ➢ 定期的なカンファレンスの開催 ➢ 休日リハの提供体制 ➢ 休日リハ提供量：平日の８割以上 ➢ 早期リハ実施割合：８割以上 ➢ 管理栄養士による ・GLIM基準を用いた栄養状態評価 ・週５回以上の食事観察 ➢ 歯科医療機関との連携	➢ 退院・転棟時にADLが低下する患者：５％以内 ➢ 退院・転棟時にADLが低下する患者：３％以内
在宅復帰機能	➢ 入退院支援加算１	（入退院支援加算１）	➢ 在宅復帰率：８割

※　青字は注加算における要件等

地域包括医療病棟における在宅復帰率

○　地域包括医療病棟における「在宅復帰」機能においては、当該病棟が「治し、支える」機能を持ち「早期に生活の場に復帰させる」ことが想定されることや運動器疾患や脳血管障害等の急性疾患への対応も実践することを想定し、以下のように定義とした。

各病棟ごとの在宅復帰率の算出にあたって、**在宅復帰に含まれる退院・転院を、太い矢印（　）で示す**



急性期病棟、地域包括医療病棟及び地域包括ケア病棟の機能の比較（イメージ）

	急性期一般病棟入院料１	地域包括医療病棟	地域包括ケア病棟入院料１
病棟の趣旨	急性期医療を行う	高齢者急性期を主な対象患者として、治す医療とともに同時に支える医療（リハビリ等）を提供することで、より早期の在宅復帰を可能とする。	① 急性期治療を経過した患者の受け入れ。 ② 在宅で療養を行っている患者等の受け入れ ③ 在宅復帰支援
看護配置	７対１以上	10対１以上	13対１以上
重症度、医療・看護必要度の基準	・「Ａ３点以上又はＣ１点以上」に該当する患者割合が20%以上 ・「Ａ２点以上又はＣ１点以上」に該当する患者割合が27%以上	・「Ａ２点以上かつＢ３点以上」、「Ａ３点以上」、「Ｃ１点以上」のいずれかに該当する患者割合が16%以上（必要度Ⅰ）又は15%以上（必要度Ⅱ） ・入棟初日にＢ３点以上の患者割合が50%以上	・「Ａ１点以上又はＣ１点以上」に該当する患者割合が10%以上（必要度Ⅰ）又は８%以上（必要度Ⅱ）
在院日数	平均在院日数　16日以内	平均在院日数　21日以内	60日まで算定可能
救急医療体制	- （救急医療管理加算等で評価）	24時間救急搬送を受け入れられる体制を構築していること 画像検査、血液学的検査等の24時間体制 救急医療管理加算等による評価	二次救急医療機関又は救急告示病院 ※　200床未満の病院の場合は救急医療の体制 ※　一般病床の場合
救急実績	（地域医療体制確保加算等で実績に応じた評価）	緊急入院割合:緊急入院直接入棟１割5分以上	自宅等からの緊急患者の受け入れ ３月で９人以上
リハビリ	-	PT、OT又はST２名以上の配置、ADLに係る実績要件	PT、OT又はST１名以上の配置
在宅復帰率	80%以上 （分子に地ケア、回リハ病棟等への退院を含む）	80%以上 （分子に回リハ病棟等への退院を含む）	72.5%以上 （分子に回リハ病棟等への退院を含まない）

６．医療機能に応じた入院医療の評価

（１）地域包括医療病棟の新設

（２）急性期・高度急性期入院医療

（３）回復期入院医療

（４）慢性期入院医療

急性期一般入院料１等の施設基準の見直し

平均在院日数の基準の見直し

➢ 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。

現行

【急性期一般入院基本料】
［施設基準］
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。

改定後

【急性期一般入院基本料】
［施設基準］
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。

重症度、医療・看護必要度の該当患者の要件の見直し

➢ 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、以下のいずれも満たすことを施設基準とする。
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

現行

【急性期一般入院料１】
［施設基準］
当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床に、直近３月において入院している患者全体（延べ患者数）に占める重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡの基準を満たす患者（別添６の別紙７による評価の結果、別表１のいずれかに該当する患者の割合が、基準以上であること。

別表１

Ａ得点が２点以上かつＢ得点が３点以上の患者
Ａ得点が３点以上の患者
Ｃ得点が１点以上の患者

改定後

【急性期一般入院料１】
［施設基準］
当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床に、直近３月において入院している患者全体（延べ患者数）に占める重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡの基準を満たす患者（別添６の別紙７による評価の結果、別表１のいずれかに該当する患者の割合が基準以上であるとともに、別表２のいずれかに該当する患者の割合が基準以上であること。

別表１（基準：20%　※必要度Ⅱの場合）

Ａ得点が３点以上の患者
Ｃ得点が１点以上の患者

別表２（基準：27%　※必要度Ⅱの場合）

Ａ得点が２点以上の患者
Ｃ得点が１点以上の患者

急性期一般入院料１における平均在院日数の見直し

公益裁定について①

急性期一般入院料１における平均在院日数並びに一般病棟用の
重症度、医療・看護必要度に係る評価項目及び該当患者割合の基準等について

令和６年１月 31 日

急性期一般入院料１における平均在院日数並びに一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価項目及び該当患者割合の基準等について、公益委員の考えは以下のとおりである。

１．今回改定においては、入院患者の状態に応じた適切な評価を行う観点から、急性期一般入院料１における平均在院日数、重症度、医療・看護必要度の評価項目や該当患者割合の基準について、急性期入院医療の必要性に応じた見直しを行うことについて、議論が行われてきた。具体的な見直しについては、評価項目の見直しについて４つの案が示され、両側委員において、当該評価項目の見直し及び該当患者割合基準の見直しについてシミュレーションを行うことに合意し、シミュレーションの結果が示された。

公益裁定について②

３．シミュレーションにおける評価項目の見直しによる影響について、該当患者割合の基準を満たす医療機関割合の変化が、急性期一般入院料１のうち重症度、医療・看護必要度Ⅰを用いる医療機関において大きく、中でも案１及び案３による見直しの場合に特に大きいことが示された。したがって、該当患者割合の基準を現行の水準とした場合、相当数の医療機関が基準を満たさなくなることが想定される。

４．一方で、患者の状態に応じた適切な入院料が選択され、医療資源が適切に配分されるよう、地域医療に配慮しつつも、急性期一般入院料１から他の入院料への転換を含めた、適切な機能分化が促される取組を進めることは重要である。今回の診療報酬改定において後期高齢者の中等症の急性疾患ニーズに応える地域包括医療病棟が新設されること、入院基本料の見直しが見込まれていること及び前回改定における重症度、医療・看護必要度の見直しにおいて、一定程度の医療機関が基準を満たさなくなることが想定されていたにもかかわらず、実際には急性期一般入院料１の病床数は増加したことを考慮すると、今回の改定においては該当患者割合の基準を一定程度高く設定することが、将来の医療ニーズ及び人口構成の変化を踏まえ、入院患者の状態に応じて適切に医療資源を投入する体制の構築を進めるに当たり重要と考えられる。

（※１）各見直し案による評価項目に係る変更内容

変更する項目	変更の内容	見直し案１	見直し案２	見直し案３	見直し案４
救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態	評価日数を１日とする。	○		○	
	評価日数を２日とする。		○		○
抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）	得点を３点とする。			○	○
その他の項目の見直し		○	○	○	○

公益裁定について③

５．以上から、**平均在院日数の基準は16日以内**とした上で、**見直し案４を採用**し、シミュレーションで示された実態を踏まえつつ、重症度、医療・看護必要度について、該当患者割合の基準を２つに分けた上で、機能分化の推進という観点から、専門的な急性期治療を要する患者の集約化のため、**該当基準割合①は18%よりも高く20%とする**。その上で、地域の実情に鑑み、**該当基準割合②については、27%とする**。

（※２） 該当患者割合①：「Ａ３点以上」又は「Ｃ１点以上」に該当する患者の割合
該当患者割合②：「Ａ２点以上」又は「Ｃ１点以上」に該当する患者の割合

６．急性期一般入院料２から５までにおける重症度、医療・看護必要度については、上記の急性期一般入院料１での対応を踏まえ、見直し案４による項目の見直しを行った上で、該当患者割合（※３）の基準について、重症度、医療・看護必要度ⅠとⅡの間に一定の差を設け、以下のとおりとする。

	該当患者割合の基準	
	重症度、医療・看護必要度Ⅰ	重症度、医療・看護必要度Ⅱ
急性期一般入院料２	22%	21%
急性期一般入院料３	19%	18%
急性期一般入院料４	16%	15%
急性期一般入院料５	12%	11%

（※３） 「Ａ２点以上かつＢ３点以上」、「Ａ３点以上」又は「Ｃ１点以上」に該当する患者の割合

７．なお、特定機能病院入院基本料（７対１）等の入院料や、その他の加算等の施設基準における該当患者割合の基準については、同様の考え方に基づき、適切に定めることとする。

８．今後、今回改定の影響を調査・検証し、急性期一般入院料の適切な評価の在り方について、引き続き、今後の診療報酬改定に向けて検討を行うこととする。

令和６年度診療報酬改定　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－④

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

評価項目の見直し

➢ 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を見直す。

（改定内容）
- 「創傷処置」について、評価対象を、必要度Ⅱにおいて対象となる診療行為を実施した場合に統一するとともに、「重度褥瘡処置」に係る診療行為を対象から除外
- 「呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）」について、評価対象を、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に統一
- 「注射薬剤３種類以上の管理」について、７日間を該当日数の上限とするとともに、対象薬剤から静脈栄養に関する薬剤を除外
- 「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
- 「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
- 「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
- 「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２日間に変更
- C項目の対象手術及び評価日数の実態を踏まえた見直し
- 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追加

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点	3点
1	創傷処置（褥瘡の処置を除く）（※１）	なし	あり	－	－
2	呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）（※１）	なし	あり	－	－
3	注射薬剤３種類以上の管理（最大７日間）	なし	あり	－	－
4	シリンジポンプの管理	なし	あり	－	－
5	輸血や血液製剤の管理	なし	－	あり	－
6	専門的な治療・処置（※２）	－	－		
	（① 抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、				あり
	② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、			あり	
	③ 麻薬の使用（注射剤のみ）、				あり
	④ 麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、			あり	
	⑤ 放射線治療、			あり	
	⑥ 免疫抑制剤の管理（注射剤のみ）、			あり	
	⑦ 昇圧剤の使用（注射剤のみ）、				あり
	⑧ 抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）、				あり
	⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、				あり
	⑩ ドレナージの管理、			あり	
	⑪ 無菌治療室での治療）				あり
7	Ⅰ：救急搬送後の入院（２日間） Ⅱ：緊急に入院を必要とする状態（２日間）	なし	－	あり	－

C	手術等の医学的状況	0点	1点
15	開頭手術（11日間）	なし	あり
16	開胸手術（９日間）	なし	あり
17	開腹手術（６日間）	なし	あり
18	骨の手術（10日間）	なし	あり
19	胸腔鏡・腹腔鏡手術（４日間）	なし	あり
20	全身麻酔・脊椎麻酔の手術（５日間）	なし	あり
21	救命等に係る内科的治療（４日間） （①経皮的血管内治療、 ②経皮的心筋焼灼術等の治療、 ③侵襲的な消化器治療）	なし	あり
22	別に定める検査（２日間）（例：経皮的針生検法）	なし	あり
23	別に定める手術（５日間）（例：眼窩内異物除去術）	なし	あり

（※１）A項目のうち「創傷処置（褥瘡の処置を除く）」及び「呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）」については、必要度Ⅰの場合も、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A・C項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧に掲げる診療行為を実施したときに限り、評価の対象となる。

（※２）A項目のうち「専門的な治療・処置」については、①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、③麻薬の使用（注射剤のみ）、⑦昇圧剤の使用（注射剤のみ）、⑧抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）、⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用又は⑪無菌治療室での治療のいずれか１つ以上該当した場合は３点、その他の項目のみに該当した場合は２点とする。

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し

➢ 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、該当患者割合の基準を見直す。

現行

		必要度Ⅰ	必要度Ⅱ
急性期一般入院料1	許可病床200床以上	31%	28%
	許可病床200床未満	28%	25%
急性期一般入院料2	許可病床200床以上	27%	24%
	許可病床200床未満	25%	22%
急性期一般入院料3	許可病床200床以上	24%	21%
	許可病床200床未満	22%	19%
急性期一般入院料4	許可病床200床以上	20%	17%
	許可病床200床未満	18%	15%
急性期一般入院料5		17%	14%
7対1入院基本料（特定）		－	28%
7対1入院基本料（結核）		10%	8%
7対1入院基本料（専門）		30%	28%
看護必要度加算1（特定、専門）		22%	20%
看護必要度加算2（特定、専門）		20%	18%
看護必要度加算3（特定、専門）		18%	15%
総合入院体制加算1・2		33%	30%
総合入院体制加算3		30%	27%
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算		7%	6%
看護補助加算1		5%	4%
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注7		12%	8%

改定後

	必要度Ⅰ	必要度Ⅱ
急性期一般入院料1	割合①：21% 割合②：28%	割合①:20% 割合②:27%
急性期一般入院料2	22%	21%
急性期一般入院料3	19%	18%
急性期一般入院料4	16%	15%
急性期一般入院料5	12%	11%
7対1入院基本料（特定）	－	割合①:20% 割合②:27%
7対1入院基本料（結核）	8%	7%
7対1入院基本料（専門）	割合①:21% 割合②:28%	割合①:20% 割合②:27%
看護必要度加算1（特定、専門）	18%	17%
看護必要度加算2（特定、専門）	16%	15%
看護必要度加算3（特定、専門）	13%	12%
総合入院体制加算1	33%	32%
総合入院体制加算2	31%	30%
総合入院体制加算3	28%	27%
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算	6%	5%
看護補助加算1	4%	3%
地域包括ケア病棟入院料	10%	8%

【該当患者の基準】

急性期1、7対1入院基本料（特定、専門）※1	**割合①** 以下のいずれか ・A得点が3点以上 ・C得点が1点以上 **割合②** 以下のいずれか ・A得点が2点以上 ・C得点が1点以上
急性期2～5等※2	以下のいずれか ・A得点が2点以上かつB得点が3点以上 ・A得点が3点以上 ・C得点が1点以上
総合入院体制加算	以下のいずれか ・A得点が2点以上 ・C得点が1点以上
地域包括ケア病棟等	以下のいずれか ・A得点が1点以上 ・C得点が1点以上

※1：B項目については、基準からは除外するが、当該評価票を用いて評価を行っていること
※2：7対1入院基本料（結核）、看護必要度加算、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算も同様

【経過措置】
令和６年３月31日時点で施設基準の届出あり
⇒　令和６年９月30日まで基準を満たしているものとする。

重症度、医療・看護必要度Ⅱの要件化

重症度、医療・看護必要度Ⅱを要件とする対象病院の拡大

➢ 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を用いることを要件化する。

現行

【急性期一般入院料】
［施設基準］
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。

改定後

【急性期一般入院料】
［施設基準］
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。

※救命救急入院料２及び４並びに特定集中治療室管理料についても、同様の見直しを行う。

［経過措置］
令和６年３月 31 日において現に届出を行っている病棟については、令和７年９月30日までの間に限り、必要度Ⅱを用いた評価に係る要件を満たすものとみなす。

リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進

＜概要＞

○ＡＤＬの低下の防止等を効果的に行うため、より早期からの取組の評価や切れ目のない多職種による取組を推進

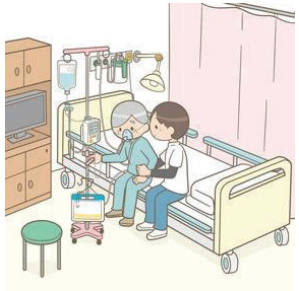
→ 入院した患者全員に対し、**入院後48時間以内にADL、栄養状態及び口腔状態に関する評価**を行い、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画の作成及び計画に基づく**多職種による取組（土曜、日曜及び祝日に行うリハビリテーションを含む）**を行う体制の確保に係る
リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算
（１日につき120点）
を新設する。

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

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①

➢ 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。

（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）　120点



より早期からの切れ目のないリハ（離床）・栄養・口腔の取組
・疾患別リハビリテーション等の提供によるADL等の改善
・土曜日、日曜日及び祝日に行うリハビリテーションの提供
・入棟後早期のリハビリテーションの実施
・病棟専任の管理栄養士による早期評価と介入

多職種による評価と計画
・原則48時間以内の評価と計画作成
・口腔状態の評価と歯科医師等の連携
・定期的カンファレンスによる情報連携

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

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②

（新）　リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算

［算定要件］（概要）

- 急性期医療において、当該病棟に入院中の患者のＡＤＬの維持、向上等を目的に、早期からの離床や経口摂取が図られるよう、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る多職種による評価と計画に基づき、多職種により取組を行った場合に、患者１人につきリハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を作成した日から起算して14日を限度に算定できる。
- 当該病棟に入棟した患者全員に対し、原則入棟後48時間以内にＡＤＬ、栄養状態、口腔状態についての評価に基づき、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を作成すること。なお、リスクに応じた期間で定期的な再評価を実施すること。
- 入院患者のＡＤＬ等の維持、向上等に向け、カンファレンスが定期的に開催されていること。
- 適切な口腔ケアを提供するとともに、口腔状態に係る課題（口腔衛生状態の不良や咬合不良等）を認めた場合は必要に応じて当該保険医療機関の歯科医師等と連携する又は歯科診療を担う他の保険医療機関への受診を促すこと。
- 疾患別リハビリテーション等の対象とならない患者についても、ＡＤＬの維持、向上等を目的とした指導を行うこと。専従の理学療法士等は１日につき９単位を超えた疾患別リハビリテーション料等の算定はできないものとする。
- 専任の管理栄養士は、当該計画作成に当たって、原則入棟後48時間以内に、患者に対面の上、入院前の食生活や食物アレルギー等の確認やGLIM基準を用いた栄養状態の評価を行うとともに、定期的な食事状況の観察、必要に応じた食事調整の提案等の取組を行うこと。

［施設基準］（概要）

- 急性期一般入院基本料、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。）及び専門病院入院基本料）又は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。）及び専門病院入院基本料）を算定する病棟を単位として行うこと。
- 当該病棟に、専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が２名以上配置されている。なお、うち１名は専任の従事者でも差し支えない。
- 当該病棟に専任の常勤の管理栄養士が１名以上配置されていること。
- 当該保険医療機関において、一定の要件を満たす常勤医師が１名以上勤務していること。
- プロセス・アウトカム評価として、以下のア～エの基準を全て満たすこと。
  - ア　入棟後３日までに疾患別リハビリテーション料が算定された患者割合が８割以上であること。
  - イ　土日祝日における１日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数が平日の提供単位数の８割以上であること。
  - ウ　退院又は転棟した患者（死亡退院及び終末期のがん患者を除く。）のうち、退院又は転棟時におけるＡＤＬが入院時と比較して低下した患者の割合が３%未満であること。
  - エ　院内で発生した褥瘡（DESIGN-R2020分類d２以上とする。）を保有している入院患者の割合が2.5%未満であること。
- 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こと。
- 入退院支援加算１の届出を行っていること。
- ＢＩの測定に関わる職員を対象としたＢＩの測定に関する研修会を年１回以上開催すること。

特定集中治療室管理料の見直し

＜概要＞

○ 適切な集中治療を推進する観点から、重症患者の受入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。

○ 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。

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（管理料５・６）を新設する。

② 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。

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。

特定集中治療室管理料の見直し①

特定集中治療室管理料の見直し

➢ 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。

改定後

【特定集中治療室管理料１・２】

［施設基準］

- 直近１年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５以上の患者が１割以上であること。ただし、15歳未満の小児は対象から除くものであること。
- 重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて患者の状態を評価し、基準を満たす患者が８割以上いること。
- 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。

【特定集中治療室管理料３・４】

［施設基準］

- 直近１年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３以上の患者が１割以上であること。ただし、15歳未満の小児は対象から除くものであること。
- 重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて患者の状態を評価し、基準を満たす患者が7割以上いること。
- 専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること。当該専任の医師は、宿日直を行う医師ではないこと。

【特定集中治療室管理料５・６】（新設）

［施設基準］

- 重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて患者の状態を評価し、基準を満たす患者が7割以上いること。
- 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。

現行		改定後	
（７日以内の期間）		（７日以内の期間）	
特定集中治療室管理料１・２	14,211点	特定集中治療室管理料１・２	14,406点
特定集中治療室管理料３・４	9,697点	特定集中治療室管理料３・４	9,890点
（新設）		特定集中治療室管理料５・６	8,890点

※　治療室については、以下を明確化。
・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（救命救急入院料、小児特定集中治療室管理料及び新生児特定集中治療室管理料１）
・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（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、新生児特定集中治療室管理料２及び新生児治療回復室入院医療管理料）

※　特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度から、「輸液ポンプの管理」の項目を削除し、該当基準をＡ得点２点以上に変更。

（参考）特定集中治療室管理料の施設基準概要

	ＩＣＵ１	ＩＣＵ２	ＩＣＵ３	ＩＣＵ４	ＩＣＵ５	ＩＣＵ６
	７日以内　14,406点 ８日以上　12,828点	７日以内　14,406点 ８日以上　12,828点 ※広範囲熱傷特定集中治療室管理料は８～60日まで13,028点	７日以内　9,890点 ８日以上　8,307点	７日以内　9,890点 ８日以上　8,307点 ※広範囲熱傷特定集中治療室管理料は８～60日まで8,507点	７日以内　8,890点 ８日以上　7,307点	７日以内　8,890点 ８日以上　7,307点 ※広範囲熱傷特定集中治療室管理料は８～60日まで7,507点
医師の配置	・専任の医師が常時治療室内に勤務（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） ・当該専任の医師は、宿日直を行う医師ではない		・専任の医師が常時治療室内に勤務 ・当該専任の医師は、宿日直を行う医師ではない		・専任の医師（宿日直許可を受けた上で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	
	－	広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤医師が保険医療機関内勤務	－	広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤医師が保険医療機関内勤務	－	広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤医師が保険医療機関内勤務
看護師の配置	常時２：１					
	・集中治療を必要とする患者の看護の経験５年以上、かつ、適切な研修を修了した専任の常勤看護師を治療室内に週20時間以上配置		－		・集中治療を必要とする患者の看護の経験５年以上、かつ、適切な研修を修了した専任の常勤看護師を治療室内に週20時間以上配置	
臨床工学技士の配置	専任の臨床工学技士が常時院内勤務		－		－	
治療室の面積	１床あたり20㎡ ※新生児用は１床あたり９㎡	１床あたり20㎡	１床あたり15㎡ ※新生児用は１床あたり９㎡	１床あたり15㎡	１床あたり15㎡ ※新生児用は１床あたり９㎡	１床あたり15㎡
必要な装置・器具等	・救急蘇生装置（気管内挿管セット、人工呼吸装置等）、除細動器、ペースメーカー、心電計、ポータブルＸ線撮影装置、呼吸循環監視装置 （新生児用の治療室の場合：経皮的酸素分圧監視装置又は経皮的動脈血酸素飽和度測定装置、酸素濃度測定装置、光線治療器） ・自家発電装置を有している病院であって、当該病院において電解質定量検査・血液ガス分析を含む必要な検査が常時実施できること ・手術室と同程度の空気清浄度を有する個室及び陰圧個室を設置することが望ましい					
重症度、医療・看護必要度	ＩＣＵ用必要度Ⅱの基準を満たす患者：８割以上		ＩＣＵ用必要度Ⅱの基準を満たす患者：７割以上		ＩＣＵ用必要度Ⅱの基準を満たす患者：７割以上	
重症患者の受入	入室日のＳＯＦＡスコア５以上の患者：１割以上		入室日のＳＯＦＡスコア３以上の患者：１割以上		－	

（参考）SOFA (Sequential Organ Failure Assessment)スコア

○ 重症患者を対象とした、生理学的スコアの1つ。
○ 6臓器の機能不全を0-4点で点数化し、最大24点で評価を行う。
○ 24 時間毎に評価した各臓器障害スコアの観察期間中の最大値を合計して得られる total maximum SOFA score（TMS）は、患者の生命予後と一定の相関関係がある。

（参考）SOFAスコア

	0	1	2	3	4
呼吸機能 PaO_2/FiO_2	>400	≤400	≤300	≤ 200 呼吸補助下	≤100 呼吸補助下
凝固機能 血小板数[×10³/mm³]	>150	≤ 150	≤100	≤ 50	≤ 20
肝機能 ビリルビン値[mg/dL]	<1.2	1.2-1.9	2.0-5.9	6.0-11.9	>12.0
循環機能, 血圧低下	なし	平均動脈圧 <70mmHg	ドパミン≤5γ orドブタミン投与	ドパミン＞5γ or エピネフリン ≤ 0.1γ or ノルエピネフリン ≤ 0.1γ	ドパミン＞15γ or エピネフリン＞0.1γ or ノルエピネフリン＞0.1γ
中枢神経機能 Glasgow Coma Scale	15	13-14	10-12	6-9	<6
腎機能 クリアチニン値 [mg/dL]	<1.2	1.2-1.9	2.0-3.4	3.5-4.9 or 尿量 < 500ml/day	＞5.0 or 尿量 < 200ml/day

※Moreno R, et al : Intensive CareMed 25 : 686—696, 1999.

特定集中治療室管理料の見直し

＜特定集中治療室遠隔支援加算の新設＞

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。（特定集中治療室遠隔支援加算　980点）

重症患者対応体制強化加算の要件の見直し

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。

ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の見直し

○ 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基準について見直す。
○ 該当患者割合の基準について見直すとともに、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。

特定集中治療室管理料の見直し②

特定集中治療室遠隔支援加算の新設

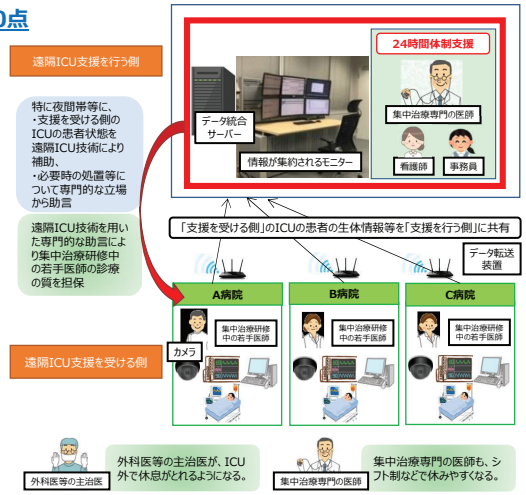
➢ 治療室内に専任の常勤医師が配置されない区分において、遠隔モニタリングにより特定集中治療室管理料１及び２の届出を行う施設から支援を受けることを評価する。

（新）　特定集中治療室遠隔支援加算　980点

【算定要件】
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所定点数に加算する。

【施設基準】
（被支援側医療機関）
支援側医療機関の施設基準を満たす他の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を実施するための必要な体制が整備されていること。

（支援側医療機関）
- 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。
- 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。



重症患者対応体制強化加算の要件の見直し

重症患者対応体制強化加算の要件の見直し

➢ 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。

現行	改定後
【重症患者対応体制強化加算】 （救命救急入院料２・４、特定集中治療室管理料１～５） ［施設基準］ 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。	【重症患者対応体制強化加算】 （救命救急入院料２・４、特定集中治療室管理料１～５） ［施設基準］ 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６か月間で１割５分以上であること。

［施設基準］

専従の常勤看護師**１名**以上	・集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験が５年以上かつ集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修を修了した看護師	＊実施業務＊ ・集中治療を必要とする患者の看護に従事する看護職員を対象とした**院内研修を、年１回以上実施。**院内研修は、重症患者への看護実践のために必要な知識・技術の習得とその向上を目的とした、以下の内容を含む研修であること ① 重症患者の病態生理、全身管理の知識・看護 ② 人工呼吸器及び体外式膜型人工肺（ECMO）を用いた重症患者の看護の実際	
専従の常勤臨床工学技士**１名**以上	・救命救急入院料/特定集中治療室管理料の届出を行っている医療機関において５年以上勤務した臨床工学技士		
看護師**２名**以上 ※**当該治療室の施設基準に係る看護師の数に含めないこと。** ※**当該治療室以外の治療室又は病棟において勤務した場合、勤務した治療室又は病棟における看護師の数に含めないこと。**	・集中治療の看護に従事した経験が３年以上かつ集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修を受講。		＊実施業務＊ ・新興感染症の発生等の有事の際に、都道府県等の要請に応じて、**他の医療機関等の支援を行う**。（支援にあたる看護師は当該看護師であることが望ましい） ・**地域の医療機関等が主催する**集中治療を必要とする患者の看護に関する**研修に講師として参加する**など、地域における集中治療の質の向上を目的として、**地域の医療機関等と協働する**ことが望ましい。

必要な届出	・区分番号「Ａ２００－２」急性期充実体制加算　・区分番号「Ａ２３４－２」感染対策向上加算1
実績	・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「特殊な治療法等」に該当する患者が直近６か月で**１割５分以上**

令和６年度診療報酬改定　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－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

ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の見直し

➢ 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基準について見直す。

現行

A　モニタリング及び処置等	0点	1点
1　創傷処置(①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり
2　蘇生術の施行	なし	あり
3　呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合及び人工呼吸器の装着の場合を除く)	なし	あり
4　点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり
5　点電図モニターの装着	なし	あり
6　輸液ポンプの管理	なし	あり
7　動脈圧測定(動脈ライン)	なし	あり
8　シリンジポンプの管理	なし	あり
9　中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	なし	あり
10　人工呼吸器の装着	なし	あり
11　輸血や血液製剤の管理	なし	あり
12　肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル)	なし	あり
13　特殊な治療法等(CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO、IMPELLA)	なし	あり

改定後

・「心電図モニターの管理」及び「輸液ポンプの管理」の項目を削除
・「創傷処置」及び「呼吸ケア」は、必要度Ⅱで対象となる診療行為を実施した場合に評価し、「創傷処置」から褥瘡の処置を除外
・「点滴ライン同時３本以上の管理」を「注射薬剤３種類以上の管理」に変更

A　モニタリング及び処置等	0点	1点
1　創傷の処置(褥瘡の処置を除く)	なし	あり
2　蘇生術の施行	なし	あり
3　呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合及び人工呼吸器の装着の場合を除く)	なし	あり
4　注射薬剤3種類以上の管理(最大7日間)	なし	あり
5　動脈圧測定(動脈ライン)	なし	あり
6　シリンジポンプの管理	なし	あり
7　中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	なし	あり
8　人工呼吸器の装着	なし	あり
9　輸血や血液製剤の管理	なし	あり
10　肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル)	なし	あり
11　特殊な治療法等(CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定ECMO、IMPELLA)	なし	あり

➢ 該当患者割合の基準について見直すとともに、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。

基準	A得点３点以上かつＢ４得点以上

	基準に該当する患者割合の基準
ハイケアユニット入院医療管理料１	8割
ハイケアユニット入院医療管理料２	6割

基準①	2，7，8，9，10又は11のうち１項目以上に該当
基準②	1～11のうち１項目以上に該当

	基準に該当する患者割合の基準（※）
ハイケアユニット入院医療管理料１	1割５分以上が基準①に該当かつ 8割以上が基準②に該当
ハイケアユニット入院医療管理料２	1割５分以上が基準①に該当かつ 6割５分以上が基準②に該当

※　重症度、医療･看護必要度ⅠとⅡで共通

急性期充実体制加算の見直し

＜概要＞

1．悪性腫瘍手術等の実績を有する場合（加算１）と小児科又は産科の実績を有する場合（加算２）に評価を分ける。

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。　等

令和６年度診療報酬改定　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－①

急性期充実体制加算の見直し

急性期充実体制加算の見直し

➢ 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とともに、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。また、手術等の実績要件に、心臓胸部大血管の手術を追加する。

現行

【急性期充実体制加算】
（新設）
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）

（新設）

注２　精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制を確保した保険医療機関に入院している患者については、精神科充実体制加算として、30点を更に所定点数に加算する。

改定後

【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　440点
ロ　8日以上11日以内の期間　200点
ハ　12日以上14日以内の期間　120点
2　急性期充実体制加算２
イ　7日以内の期間　360点
ロ　8日以上11日以内の期間　150点
ハ　12日以上14日以内の期間　90点

注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を確保し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、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　90点
ロ　急性期充実体制加算２の場合　60点

注３　精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制を確保した保険医療機関に入院している患者については、精神科充実体制加算として、30点を更に所定点数に加算する。

[施設基準]
（急性期充実体制加算１）
手術等に係る実績について、(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。

（急性期充実体制加算２）
(チ)又は(リ)のいずれかを満たし、手術等に係る実績について、(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。

＜手術等に係る実績の要件＞
(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）
(ロ) 悪性腫瘍手術について、400 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
(ニ) 心臓カテーテル法による手術について、200 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
(ヘ) 化学療法の実施について、1,000 件／年以上
(ト) 心臓胸部大血管の手術について、100 件／年以上
(チ) 異常分娩の件数が50 件／年以上であること。
(リ) 6歳未満の乳幼児の手術件数が40 件／年以上であること。

総合入院体制加算の見直し

＜概要＞

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．新規に届出を行う医療機関においては、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。

総合入院体制加算の見直し

総合入院体制加算の見直し

➢ 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。

現行

【総合入院体制加算１】　240点
［施設基準］
- 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）

【総合入院体制加算２】　180点
［施設基準］
- 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。
  ア～カ（略）

【総合入院体制加算３】　120点
［施設基準］
- 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２つ以上を満たしていること。
  ア～カ（略）

（新設）

改定後

【総合入院体制加算１】　260点
［施設基準］
- 全身麻酔による手術件数が年2,000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）

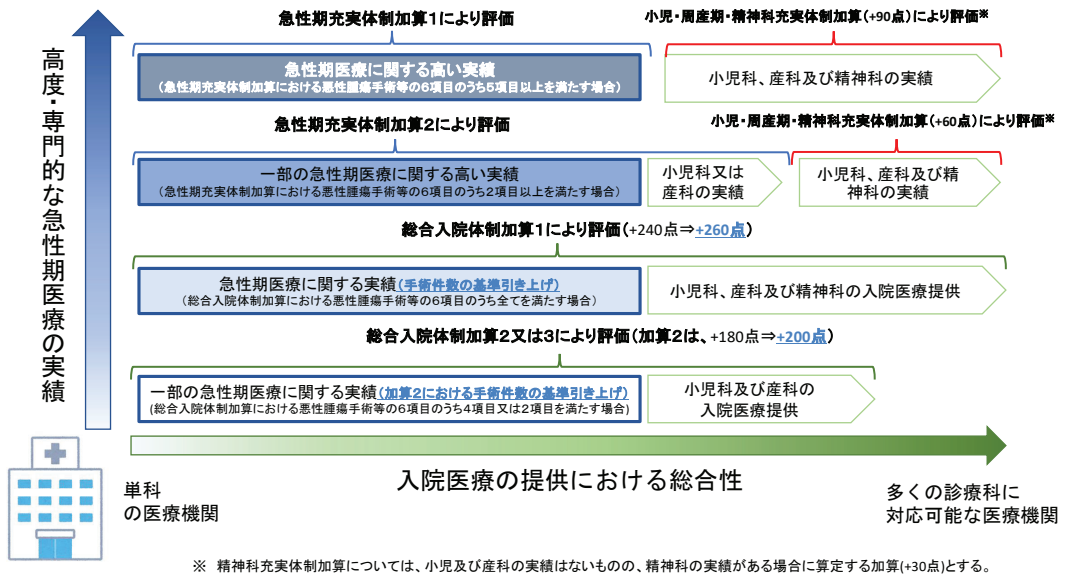
【総合入院体制加算２】　200点
［施設基準］
- 全身麻酔による手術件数が年1,200件以上であること。なお、併せて以下のアからカまでの全てを満たすことが望ましいものであり、少なくとも４つ以上を満たしていること。
  ア～カ（略）

【総合入院体制加算３】　120点
［施設基準］
- 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２つ以上を満たしていること。
  ア～カ（略）

［施設基準（総合入院体制加算１、２及び３）］
- 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。

急性期充実体制加算等の見直し

急性期医療における診療実績及び入院医療の提供体制に基づく評価体系（イメージ）

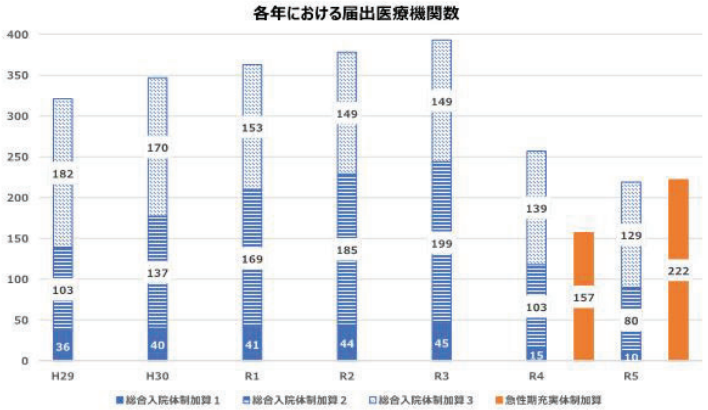


※ 精神科充実体制加算については、小児及び産科の実績はないものの、精神科の実績がある場合に算定する加算(+30点)とする。

総合入院体制加算及び急性期充実体制加算の届出状況

中医協　総－６
５．５．１７改

○ 近年の総合入院体制加算及び急性期充実体制加算の届出医療機関数は以下のとおり。



出典：保険局医療課調べ（各年7月1日の状況、令和5年分は速報値）

６．医療機能に応じた入院医療の評価

（１）地域包括医療病棟の新設

（２）急性期・高度急性期入院医療

（３）回復期入院医療

（４）慢性期入院医療

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

＜概要＞

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の体制強化加算１及び２を廃止する。

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。

5．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。

6．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。

7．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。

8．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。

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。

回復期リハビリテーション病棟に係る見直し①

入院料の評価の見直し

➢ 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の入院基本料等の評価の見直し及び、回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準の見直しに伴い、回復期リハビリテーション病棟入院料の評価を引き上げる。

現行		改定後	
【回復期リハビリテーション病棟入院料】		【回復期リハビリテーション病棟入院料】	
回復期リハビリテーション病棟入院料１	2,129点	回復期リハビリテーション病棟入院料１	2,229点
（生活療養を受ける場合	2,115点）	（生活療養を受ける場合	2,215点）
回復期リハビリテーション病棟入院料２	2,066点	回復期リハビリテーション病棟入院料２	2,166点
（生活療養を受ける場合	2,051点）	（生活療養を受ける場合	2,151点）
回復期リハビリテーション病棟入院料３	1,899点	回復期リハビリテーション病棟入院料３	1,917点
（生活療養を受ける場合	1,884点）	（生活療養を受ける場合	1,902点）
回復期リハビリテーション病棟入院料４	1,841点	回復期リハビリテーション病棟入院料４	1,859点
（生活療養を受ける場合	1,827点）	（生活療養を受ける場合	1,845点）
回復期リハビリテーション病棟入院料５	1,678点	回復期リハビリテーション病棟入院料５	1,696点
（生活療養を受ける場合	1,664点）	（生活療養を受ける場合	1,682点）

[追加の施設基準]

- 回復期リハビリテーション病棟入院料１及び２については、**専従の社会福祉士等の配置**を要件とする。
- 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、**当該保険医療機関において、ＦＩＭの測定に関わる職員を対象としたＦＩＭの測定に関する研修会を年１回以上開催すること**を要件とする。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料１及び２については、当該入院料を算定する患者について、**口腔状態に係る課題を認めた場合は、適切な口腔ケアを提供するとともに、必要に応じて歯科医療機関への受診を促すこと**を要件とする。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料１及び２については、市町村の要請を受けて、「地域支援事業実施要綱」（平成18年6月9日老発0609001第1号厚生労働省老健局長通知）に規定する**地域リハビリテーション活動支援事業等の地域支援事業に、地域の医師会等と連携し、参加していることが望ましい**こととする。

回復期リハビリテーション病棟に係る見直し②

GLIM基準による栄養評価の要件化

➢ 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。

栄養（※回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合は必ず記入）

基礎情報　☐ 身長（＊1）：（　　）cm ☐ 体重：（　　）kg　☐ BMI（＊1）：（　　）kg/㎡　＊1：身長測定が困難な場合は省略可

栄養補給方法（複数選択可）☐ 経口（☐ 食事　☐ 補助食品），☐ 経管（☐ 経鼻胃管　☐ 胃瘻　☐ その他），☐ 静脈（☐ 末梢　☐ 中心）

嚥下調整食の必要性：（☐ 無　☐ 有：（学会分類コード　））

栄養状態の評価：① GLIM基準による評価（成人のみ）：判定　☐ 低栄養非該当　☐ 低栄養（☐ 中等度低栄養、☐ 重度低栄養）

該当項目　表現型（☐ 体重減少、☐ 低BMI、☐ 筋肉量減少）　病因（☐ 食事摂取量減少/消化吸収能低下、☐ 疾病負荷/炎症）

② GLIM基準以外の評価：☐ 問題なし　☐ 過栄養　☐ その他（　　）

【上記で①「低栄養非該当」かつ②「問題なし」以外に該当した場合に記載】

必要栄養量　熱量：（　　）kcal　たんぱく質量（　　）g

総摂取栄養量（経口・経腸・経静脈栄養の合計（＊2））　熱量：（　　）kcal　たんぱく質量（　　）g　＊2：入院直後等で不明な場合は総提供栄養量でも可

＜参考＞　GLIM(Global Leadership Initiative on Malnutrition)基準

- 2018年に世界の栄養学会（ESPEN:欧州, ASPEN:北米, PENSA:アジア, FELANPE:南米）が低栄養の診断基準としてGLIM基準を策定
- 表現型（体重減少、低BMI、筋肉量減少）と病因（食事摂取量減少／消化吸収能低下、疾病負荷／炎症）により判定

※詳細は、日本臨床栄養代謝学会（JSPEN）HP「GLIM基準について」を参照

定期的なFIMの測定の要件化

➢ 回復期リハビリテーション病棟入院料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に当たっては、**定期的（2週間に一回以上）に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を要件とする。

回復期リハビリテーション病棟に係る見直し③

運動器リハビリテーション料の算定単位数の見直し

➢ 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、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の見直しを行う。

現行	改定後
【算定上限緩和対象患者】 • 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	【算定上限緩和対象患者】 • 回復期リハビリテーション病棟入院料又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定する患者**（運動器リハビリテーション料を算定するものを除く。）** • 脳血管疾患等の患者のうち発症後六十日以内のもの • 入院中の患者であって、その入院する病棟等において早期歩行、ＡＤＬの自立等を目的として心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)又は呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)を算定するもの

体制強化加算の廃止

➢ 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。

現行		改定後
【回復期リハビリテーション病棟入院料1・2】		【回復期リハビリテーション病棟入院料1・2】
体制強化加算１	200点	[廃止]
体制強化加算２	80点	

回復期リハビリテーション病棟入院料（主な施設基準）

		入院料１	入院料２	入院料３	入院料４	入院料５（※１）
職員の配置に関する施設基準	医師	専任常勤１名以上				
	看護職員	１３対１以上（７割以上が看護師）		１５対１以上（４割以上が看護師）		
	看護補助者	３０対１以上				
	リハビリ専門職	専従常勤のＰＴ３名以上、ＯＴ２名以上、ＳＴ１名以上		専従常勤のＰＴ２名以上、ＯＴ１名以上		
	社会福祉士	専任常勤１名以上　⇒　専従常勤１名以上		－		
	管理栄養士	専任常勤１名	専任常勤１名の配置が望ましい			
リハビリテーションの提供体制等に関する施設基準	休日のリハビリテーション	○		－		
	FIMの測定に関する院内研修会	年１回以上開催	－	年１回以上開催	－	－
	リハビリ計画書への栄養項目記載／GLIM基準による評価	○	GLIM基準を用いることが望ましい			
	口腔管理	○		－		
	第三者評価	受けていることが望ましい	－	受けていることが望ましい	－	－
	地域貢献活動	参加することが望ましい		－		
アウトカムに関する施設基準	新規入院患者のうちの、重症の患者の割合	４割以上		３割以上		－
	自宅等に退院する割合	7割以上				
	リハビリテーション実績指数	40以上	－	35以上	－	－
	入院時に重症であった患者の退院時の日常生活機能評価（）内はFIM総得点	３割以上が４点（16点）以上改善		３割以上が３点（12点）以上改善		－
点数（）内は生活療養を受ける場合		2,229点（2,215点）	2,166点（2,151点）	1,917点（1,902点）	1,859点（1,845点）	1,696点（1,682点）

※１：入院料５については、届出から２年間に限り届け出ることができる。

地域包括ケア病棟入院料の評価の見直し
地域包括ケア病棟入院料の施設基準の見直し

＜概要＞

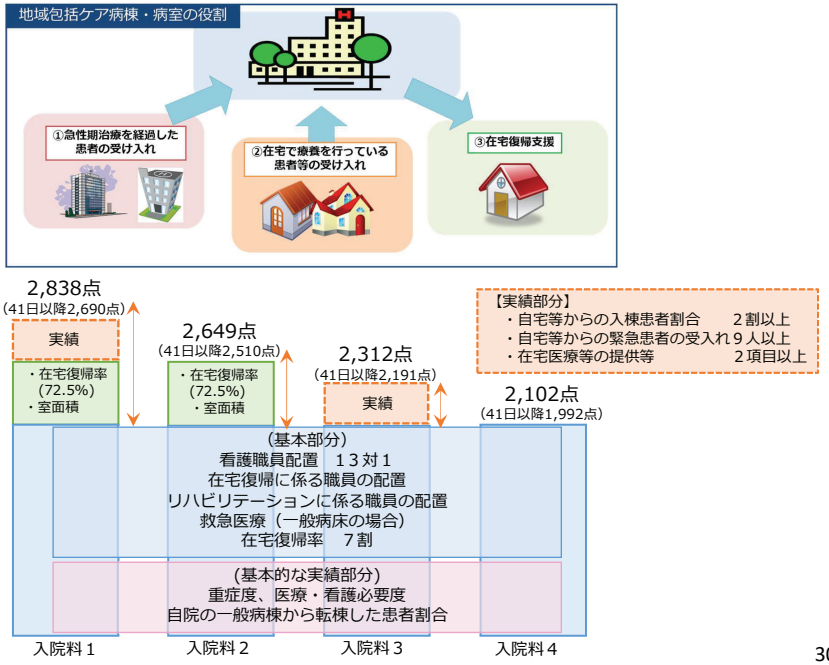
1．医療資源の投入量を踏まえて、40日目以降の入院料を見直す

2．賃上げに資する措置として、点数を上乗せ

3．実績要件のうち、訪問看護については介護の訪問看護を含めることにする

4．在宅復帰率の計算方法を見直す（短期滞在手術等基本料１の対象患者を除外、いわゆる在宅強化型老健と超強化型老健への入所者の一部を分子にカウントする。）

地域包括ケア病棟の施設基準（イメージ）



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

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

➢ 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、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。

現行

【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

改定後

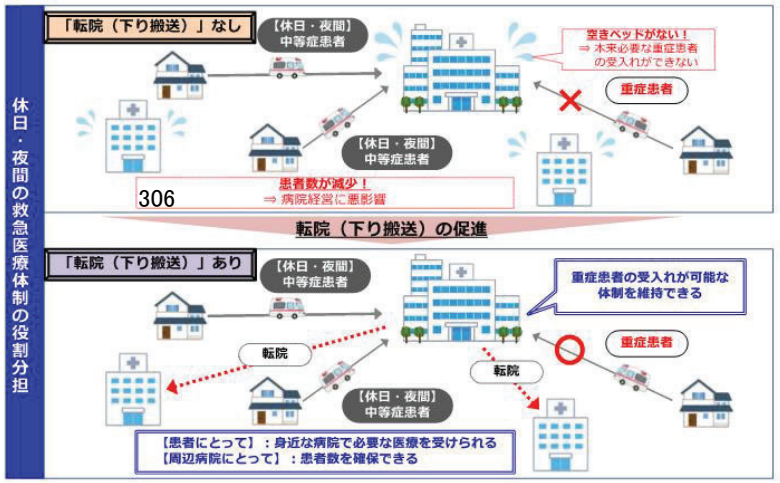
【在宅患者支援病床初期加算】
(1) 介護老人保健施設から入院した患者の場合
① 救急搬送された患者又は他の保険医療機関で区分番号Ｃ004-2に掲げる救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者であって、入院初日から当該病棟に入院した患者の場合　580点
② ①の患者以外の患者の場合　480点

(2) 介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者の場合
① 救急搬送された患者又は他の保険医療機関で区分番号Ｃ004-2に掲げる救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者であって、入院初日から当該病棟に入院した患者の場合　480点
② ①の患者以外の患者の場合　380点

転院（下り搬送）による救急医療体制の役割分担（イメージ）

第２回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ（令和3年12月3日）新潟県提出資料（一部改変）

○ 入院治療の機能分化及び受入体制の確保のため、高次の医療機関からの転院搬送の促進の必要性が指摘されている。



地域包括ケア病棟入院料の評価の見直し

地域包括ケア病棟入院料の評価の見直し

➢ 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。

現行		改定後	
【地域包括ケア病棟入院料】		【地域包括ケア病棟入院料】	
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料１	2,809点	地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料１	
		40日以内	2,838点
		41日以降	2,690点
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料２	2,620点	地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料２	
		40日以内	2,649点
		41日以降	2,510点
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料３	2,285点	地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料３	
		40日以内	2,312点
		41日以降	2,191点
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料４	2,076点	地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料４	
		40日以内	2,102点
		41日以降	1,992点

地域包括ケア病棟の施設基準の見直し

地域包括ケア病棟入院料における在宅医療等の実績の評価の見直し

➢ 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。

現行

【地域包括ケア病棟入院料】
［施設基準］
地域包括ケア病棟入院料１
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（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、令和７年５月 31 日までの間に限り、②、③又は⑤のそれぞれに該当するものとみなす。

改定後

【地域包括ケア病棟入院料】
［施設基準］
地域包括ケア病棟入院料１
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（Ⅲ）、指定居宅サービス介護給付費単位数表の訪問看護費のロ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ロを前三月間において百五十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八百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、同条第五項に規定する訪問リハビリテーション又は第八条の二の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。

地域包括ケア病棟の施設基準の見直し

	入院料１	管理料１	入院料２	管理料２	入院料３	管理料３	入院料４	管理料４
看護職員	１３対１以上（７割以上が看護師）							
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を１名以上配置							
リハビリテーション実施	リハビリテーションを提供する患者については１日平均２単位以上提供していること							
救急の実施	一般病床において届け出る場合には、第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令に基づく認定された救急病院であること（ただし、200床未満の場合は救急外来を設置していること又は24時間の救急医療提供を行っていることで要件を満たす。）							
届出単位	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室
許可病床数200床未満	○		－	○	○		－	○
室面積	6.4平方メートル以上				ー			
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ　10%以上　又は　重症度、医療・看護必要度Ⅱ　８%以上							
自院の一般病棟から転棟した患者割合※１	－		６割５分未満（許可病床数200床以上の場合）（満たさない場合85／100に減算）	－	－		６割５分未満（許可病床数200床以上の場合）（満たさない場合85／100に減算）	－
自宅等から入棟した患者割合※１	２割以上（管理料の場合、10床未満は３月で８人以上）		いずれか１つ以上（満たさない場合90／100に減算）（「在宅医療等の実績」については６つのうち１つ以上を満たせばよい）		２割以上（管理料の場合、10床未満は３月で８人以上）		いずれか１つ以上（満たさない場合90／100に減算）（「在宅医療等の実績」については６つのうち１つ以上を満たせばよい）	
自宅等からの緊急患者の受入	３月で９人以上				３月で９人以上			
在宅医療等の実績	○（２つ以上）				○（２つ以上）			
在宅復帰率 ※１※２	７割２分５厘以上				７割以上（満たさない場合90／100に減算）			
入退院支援部門等	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 入院料及び管理料の１・２については入退院支援加算１を届け出ていること（許可病床数100床以上の場合）（満たさない場合90／100に減算）							

- 療養病床については95/100の点数を算定する。ただし、救急告示あり／自宅等から入棟した患者割合が６割以上／自宅等からの緊急患者受け入れ３月で３０人以上のいずれかを満たす場合は100/100

※１　自院の一般病棟から転棟した患者割合、自宅等から入棟した患者割合、在宅復帰率について、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対象から除く。
※２　在宅復帰率の分子に、在宅強化型（超強化型を含む）の介護老人保健施設への退院患者の数の半数を加える。

6．医療機能に応じた入院医療の評価

（１）地域包括医療病棟の新設

（２）急性期・高度急性期入院医療

（３）回復期入院医療

（４）慢性期入院医療

療養病棟入院基本料の見直し

＜概要＞

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。

2．40 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。

3．中心静脈栄養の扱いを見直す。

→ 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（中心静脈栄養を終了後７日間に限り、終了前の医療区分により算定することが可）

4．注11の経過措置は廃止（※経過措置あり）

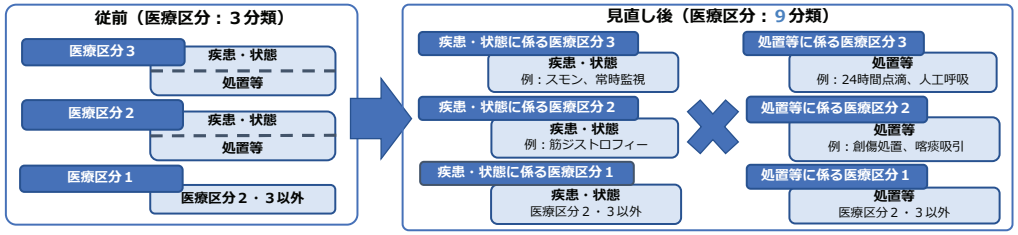
5．経腸栄養を開始した場合の加算（経腸栄養管理加算）を新設

療養病棟入院基本料の見直し

○　療養病棟入院基本料について以下の見直しをおこなう。

1．医療区分に係る評価体系の見直し

- 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。
- 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。



2．療養病棟における中心静脈栄養の評価の見直し

- 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７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。

3．療養病棟におけるリハビリテーションの評価の見直し

- 医療区分・ADL区分ともに１である入院料27（従前の入院料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

4．療養病棟入院基本料注11に規定する経過措置の廃止

- 療養病棟入院基本料の注11に規定する経過措置を廃止する。

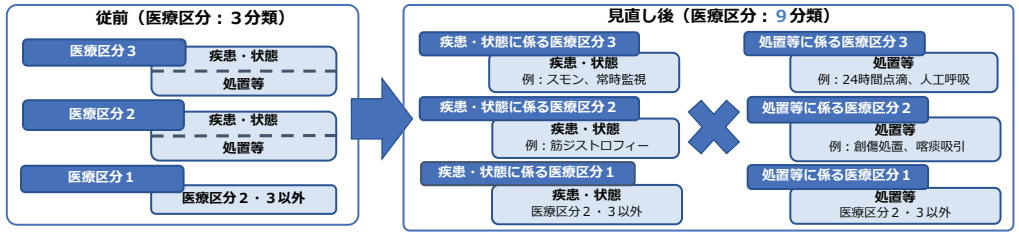
5．療養病棟における適切な経腸栄養管理に係る評価の新設

- 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。

療養病棟入院基本料の見直し①

療養病棟入院基本料の医療区分に係る評価体系の見直し

- 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。
- 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。



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A　1,813点
（略）
リ　入院料Ｉ　815点
（略）
（新設）

改定後

【療養病棟入院料】　※療養病棟入院料２についても同様
［算定要件］
1　療養病棟入院料１
イ　入院料1　1,964点
（略）
リ　入院料27　830点
（略）
マ　入院料30　1,488点

療養病棟入院基本料の概要

入院料	疾患・状態に係る医療区分	処置等に係る医療区分	ADL区分	療養病棟入院基本料１の点数	療養病棟入院基本料２の点数	従前の入院料
1	3（スモン除く）	3	3	1,964	1,899	A
2	3（スモン除く）	3	2	1,909	1,845	B
3	3（スモン除く）	3	1	1,621	1,556	C
4	3（スモン除く）	2	3	1,692	1,627	A
5	3（スモン除く）	2	2	1,637	1,573	B
6	3（スモン除く）	2	1	1,349	1,284	C
7	3（スモン除く）	1	3	1,644	1,579	A
8	3（スモン除く）	1	2	1,589	1,525	B
9	3（スモン除く）	1	1	1,301	1,236	C
10	2	3	3	1,831	1,766	A
11	2	3	2	1,776	1,712	B
12	2	3	1	1,488	1,423	C
13	2	2	3	1,455	1,389	D
14	2	2	2	1,427	1,362	E
15	2	2	1	1,273	1,207	F
16	2	1	3	1,371	1,305	D
17	2	1	2	1,343	1,278	E
18	2	1	1	1,189	1,123	F
19	1	3	3	1,831	1,766	A
20	1	3	2	1,776	1,712	B
21	1	3	1	1,488	1,423	C
22	1	2	3	1,442	1,376	D
23	1	2	2	1,414	1,349	E
24	1	2	1	1,260	1,194	F
25	1	1	3	983	918	G
26	1	1	2	935	870	H
27	1	1	1	830	766	I
28	3（スモンに限る）	ー	3	1,831	1,766	A
29	3（スモンに限る）	ー	2	1,776	1,712	B
30	3（スモンに限る）	ー	1	1,488	1,423	C

療養病棟入院基本料 1
【施設基準】
①看護配置：２０：１以上
②医療区分２・３の患者が８割以上

療養病棟入院基本料 2
【施設基準】
①看護配置２０：１以上
②医療区分２・３の患者が５割以上

ADL区分

ADL区分３：　23点以上
ADL区分２：　11点以上～23点未満
ADL区分１：　11点未満

当日を含む過去３日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベルについて，下記の４項目に０～６の範囲で最も近いものを記入し合計する。
新入院（転棟）の場合は，入院（転棟）後の状態について評価する。
（　０．自立、１．準備のみ、２．観察、３．部分的援助、４．広範な援助、５．最大の援助、６．全面依存　）

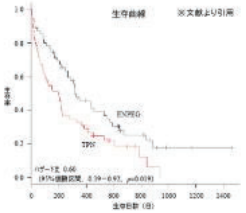
項目	支援のレベル
a　ベッド上の可動性	０～６
b　移乗	０～６
C　食事	０～６
d　トイレの使用	０～６
（合計点）	０～２４

療養病棟における中心静脈栄養と経腸栄養

診調組　入ー1
5．8．10

○ 療養病棟における経腸栄養は、中心静脈栄養と比較し、生命予後が良好で、抗菌薬の使用が少ない。
○ 医療区分の導入に伴い、中心静脈栄養の患者が増加したとの報告がある。

○ 胃瘻からの経管栄養 (n = 180) または中心静脈栄養 (n = 73) を提供された高齢の嚥下障害患者である単施設コホート研究によると、高齢の患者、低栄養状態の患者、重度の認知症患者は、TPNを受ける可能性が高かった。傾向スコア マッチング後の生存期間は胃瘻からの経管栄養グループの方が有意に長かった（中央値、317日対195日、P=0.017）。



Masaki S, et al. PLoS One. 2019 Oct 2;14(10):e0217120.
真崎 茂法ほか　学会誌JSPEN. 2020 Oct; 2巻4号: Page252-261.

○ 療養病床における嚥下障害を有する長期療養患者を対象とした研究において、経管栄養群（60例）は中心静脈栄養群（51例）に比べ、抗菌薬使用の月平均使用日数が短く、入院生存期間が長かった。
森藤 雅彦　消化と吸収(0389-3626)44巻2号 Page98-102(2022.07)

○ 平成18年度の医療区分適用後に中心静脈栄養の患者数は増加し、中心静脈栄養の選択理由は腸管使用が不可能な患者のみからそれ以外に拡大し、カテ感染が増加したとの報告がある。
近藤由利ほか　日本医療マネジメント学会雑誌(1881-2503)8巻1号 Page233(2007.07)

中心静脈栄養の適応疾患

○ 経腸栄養が適応とならず、中心静脈栄養が適応となる疾患としては、汎発性腹膜炎、消化管閉塞、消化管虚血、難治性嘔吐、難治性下痢以外に、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻、急性膵炎が挙げられる。

○ 2002年ASPENガイドラインでは静脈栄養の適応として、汎発性腹膜炎、消化管閉塞、消化管虚血、難治性嘔吐、難治性下痢があげられている。中心静脈栄養の厳密な適応は、「栄養状態の改善が必要であるが、経口摂取もしくは経腸栄養が不可能である場合」、「末梢静脈栄養による管理が7～10日間を超えても、引き続き静脈栄養による管理が必要となる場合」の２点であり、上記病態のうちこの２点を満たす症例のほかにも短腸症候群急性期や炎症性腸疾患増悪期などが中心静脈栄養の適応となる。しかし、漫然と中心静脈栄養を続けるのではなく、経口摂取や経腸栄養への移行や併用を可能な限り早期に検討することが重要である。
浅桐公男ほか、Medical Practice(0910-1551)29巻9号 Page1507-1510(2012.09)

○ 中心静脈栄養は、一般的には短腸症候群や消化吸収不良症候群など、腸管機能不全により14日以上の長期静脈栄養管理が予測される症例が適応となる。
土師 誠二、診断と治療(0370-999X)101巻10号 Page1521-1526(2013.10)

○ 中心静脈栄養の絶対的適応としては①短腸症候群急性期、②炎症性腸疾患急性期、③消化管瘻発症期、④イレウス、⑤重症膵炎急性期、⑥消化管機能不全による栄養障害時があげられる。
高松 英夫ほか、日本臨床(0047-1852)68巻増刊3 静脈・経腸栄養 Page13-18(2010.03)

療養病棟入院基本料の見直し②

中心静脈栄養に係る評価の見直し

➢ 療養病棟における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。中心静脈栄養を終了後７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。

現行

【療養病棟入院料】
［施設基準］（概要）
医療区分３
中心静脈注射を実施している状態

医療区分２
（新設）

改定後

【療養病棟入院料】
［施設基準］（概要）
医療区分３
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。）
医療区分２
中心静脈栄養（広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻又は急性膵炎を有する患者以外を対象として、中心静脈栄養を開始した日から30日を超えて実施するものに限る。）

経腸栄養管理加算の新設

➢ 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）　　300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１回に限り、経腸栄養を開始した日から７日を限度として所定点数に加算する。この場合において、栄養サポートチーム加算、入院栄養食事指導料、集団栄養食事指導料は別に算定できない。

［施設基準］
（１）　栄養サポートチーム加算を届け出ていること又は療養病棟における経腸栄養管理を担当する専任の管理栄養士を１名以上配置していること。
（２）　内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施する体制を有していること。なお、当該検査等については、耳鼻咽喉科又はリハビリテーション科その他必要な診療科を標榜する他の保険医療機関との協力により確保することでも差し支えない。

療養病床の人員配置標準に係る経過措置

○ 医療療養病床を有する医療機関のうち、医療法施行規則における経過措置の対象となっており、令和6年4月以降の対応方針が未定の医療機関は、1施設（診療所）となっている。

療養病床の人員配置標準に係る経過措置等に関する調査（※）

【目的】療養病床の看護職員等の人員配置標準が6対1配置となっている病院及び診療所の全体像及び医療法上の経過措置終了後の意向（介護施設へ転換する等）の把握

【対象】特例措置の対象となっている病院、診療所
※令和4年6月時点で療養病棟入院基本料の注11に規定する点数を算定する病棟を有する病院、有床診療所療養病床入院基本料を届け出ている診療所及び介護療養型医療施設（752医療機関）

【結果】令和5年11月13日時点において、医療療養病床を有する医療機関のうち、
○ 医療法施行規則における経過措置の対象となっており、令和6年4月以降の対応方針が未定の医療機関は1施設（診療所）
となっている。

（※）医政局総務課による調査

療養病棟入院基本料の見直し③

注11に規定する経過措置の廃止

➢ 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、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６年９月30日までの経過措置を設ける。

現行

【療養病棟入院料】
［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（略）の100分の75に相当する点数を算定する。

改定後

【療養病棟入院料】
［算定要件］
（削除）

療養病棟における適切なリハビリテーションの推進

➢ 適切なリハビリテーションを推進する観点から、医療区分、ADL区分ともに１である入院料27（従前の入院料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。

現行

【療養病棟入院料】
［施設基準］
(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（略）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）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。

改定後

【療養病棟入院料】
［施設基準］
(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（略）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。

療養病棟入院基本料に係る医療区分について

	疾患・状態	処置等
医療区分３	・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	・中心静脈栄養（療養病棟入院基本料を算定する場合にあっては、広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻若しくは急性膵炎を有する患者を対象とする場合又は中心静脈栄養を開始した日から30日以内の場合に実施するものに限る） ・二十四時間持続点滴 ・人工呼吸器の使用 ・ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄 ・気管切開又は気管内挿管（発熱を伴う状態の患者に対するものに限る） ・酸素療法（密度の高い治療を要する状態の患者に対するものに限る） ・感染症の治療の必要性から実施する隔離室での管理
医療区分２	・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	・中心静脈栄養（広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻又は急性膵炎を有する患者以外を対象として、中心静脈栄養を開始した日から30日を超えて実施するものに限る） ・肺炎に対する治療 ・尿路感染症に対する治療 ・傷病等によるリハビリテーション（原因となる傷病等の発症後、三十日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る） ・脱水に対する治療（発熱を伴う状態の患者に対するものに限る） ・頻回の嘔吐に対する治療（発熱を伴う状態の患者に対するものに限る） ・褥瘡に対する治療（皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が二箇所以上に認められる場合に限る。） ・末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療 ・せん妄に対する治療 ・うつ症状に対する治療を ・人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法 ・経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養（発熱又は嘔吐を伴う状態の患者に対するものに限る） ・一日八回以上の喀痰(かくたん)吸引 ・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 ・創傷（手術創や感染創を含む。）、皮膚潰瘍又は下腿(たい)若しくは足部の蜂巣炎、膿(のう)等の感染症に対する治療を ・酸素療法（密度の高い治療を要する状態を除く）
医療区分１	医療区分２・３に該当しない者	

障害者施設等入院基本料等の見直し

＜概要＞

１．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３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」こととする。

２．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。

障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料等の主な施設基準等

			障害者施設等入院基本料1	障害者施設等入院基本料2～4	特殊疾患病棟入院料１	特殊疾患病棟入院料２	特殊疾患入院医療管理料	療養病棟入院料1	療養病棟入院料2
看護配置			７対１以上	10対１以上～15対１以上	20対1以上	－	20対1以上	20対1以上	
どちらか一方を満たす	施設		医療型障害児入所施設又は指定医療機関(児童福祉法)		－	医療型障害児入所施設又は指定医療機関(児童福祉法)	－	－	
	両方を満たす	患者像	－	重度の肢体不自由児（者）、脊髄損傷等の重傷障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等が７割以上	脊椎損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等が８割以上	重度の肢体不自由児(者)、重度の障害者(脊髄損傷等を除く)が８割以上	脊椎損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等が８割以上	医療区分２、３の患者が８割以上	医療区分２、３の患者が５割以上
		看護要員	－	10対1以上		10対1以上(うち、看護職員5割以上)	10対1以上	看護補助者　20対1以上	
その他			一般病棟			一般又は精神病棟	一般病棟の病室	療養病棟	
			超重症、準超重症児(者)3割以上	－				褥瘡の評価	
点数	通常		1,637点	1,375～1,010点	2,090点	1,694点	2,090点	1,961～828点	1,896～764点
	重度の意識障害者（脳卒中患者）		1,517, 1,377点	1,517～1,124点	1,928, 1,763点	1,675, 1,508点	1,927, 1,761点		
	上記以外の脳卒中患者		1,364, 1,239点	1,364～1,010点	1,735, 1,586点	1,507, 1,357点	1,734, 1,588点		
	透析患者		1,581点	1,420～1,315点	2,010点	1,746点	2,010点		
包括範囲	通常		出来高		一部の入院基本料等加算・薬剤等を除き包括			検査・投薬、注射(一部を除く)・病理診断・X線写真等・一部の処置等は包括	
	脳卒中患者・透析患者		療養病棟入院基本料と同様の取扱						

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

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

- 障害者施設等入院基本料２～４等の要件における、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。
- なお、該当患者の割合については、暦月で３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とする。

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）

改定後

【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。

障害者施設等入院基本料等の見直し

障害者施設等入院基本料等の見直し

- 患者の状態に応じた適切な管理を更に推進する観点から、障害者施設等入院基本料、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。

現行

【障害者施設等入院基本料】
［算定要件］
（新設）

【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］
（新設）

改定後

【障害者施設等入院基本料】
［算定要件］
注14　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)の口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又は10対１入院基本料　1,581点
ロ　13対１入院基本料　1,420点
ハ　15対１入院基本料　1,315点

【特殊疾患入院医療管理料】
［算定要件］
注７　※障害者施設等入院基本料の注14と同様
2,011点

【特殊疾患病棟入院料】
［算定要件］
注７　※障害者施設等入院基本料の注14と同様
イ　特殊疾患病棟入院料１　2,010点
ロ　特殊疾患病棟入院料２　1,615点

有床診療所療養病床入院基本料の施設基準の見直し

有床診療所療養病床入院基本料の施設基準の見直し

- 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看護職員及び看護補助者の人員配置基準を見直す。

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と。
③　（略）

改定後

【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四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四又はその端数を増すごとに一以上であること。
③　（略）

7．働き方改革・横断的事項

働き方改革

＜概要＞

1．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。

2．勤務医の働き方改革を推進する観点から、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。

3．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。また、医師事務作業補助体制加算の評価を見直す。

地域医療体制確保加算の見直し

地域医療確保加算の要件の見直し

➢ 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。

改定後

【地域医療体制確保加算】
［施設基準］

- **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、1,785時間以下**
  - **イ　令和７年度においては、1,710時間以下**

勤務医の働き方改革の取組の推進

処置及び手術の休日加算１等の要件の見直し

➢ 勤務医の働き方改革を推進する観点から、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。

現行

【休日加算１・時間外加算１・深夜加算１】
［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）

改定後

【休日加算１・時間外加算１・深夜加算１】
［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）
ア・イ　（略）
※　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８年５月31日までの間に限り、なお従前の例による。

医師事務作業補助体制加算の見直し

医師事務作業補助体制加算の要件の見直し

➢ 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。

改定後

【医師事務作業補助体制加算１】
［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。**

医師事務作業補助体制加算の評価の見直し

➢ 医師事務作業補助体制加算の評価を見直す。

現行			改定後		
配置	加算１	加算２	配置	加算１	加算２
15対１	１,０５０点	９７５点	15対１	１,０７０点	９９５点
20対１	８３５点	７７０点	20対１	８５５点	７９０点
25対１	７０５点	６４５点	25対１	７２５点	６６５点
30対１	６１０点	５６０点	30対１	６３０点	５８０点
40対１	５１０点	４７５点	40対１	５３０点	４９５点
50対１	４３０点	３９５点	50対１	４５０点	４１５点
75対１	３５０点	３１５点	75対１	３７０点	３３５点
100対１	３００点	２６０点	100対１	３２０点	２８０点

看護補助者に係る評価の充実

＜概要＞

１．**療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、地域包括医療病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料**について、主として直接患者に対し療養生活上の世話をする**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。

２．看護職員及び看護補助者の業務分担・協働を更に推進する観点及び身体的拘束の予防・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**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。また、**身体的拘束の実施に着目した評価**に見直す。

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**。

※ 急性期看護補助体制の注３「夜間看護体制加算」、看護補助加算の注３「夜間看護体制加算」、障害者施設等入院基本料の注10「夜間看護体制加算」が該当

看護補助者に係る評価の充実①

直接患者に対するケアを担う看護補助者の配置の評価

➢ 看護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、療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、地域包括医療病棟及び地域包括ケア病棟入院料について、主として直接患者に対し療養生活上の世話を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。

現行

【療養病棟入院料】
注12　イ　夜間看護加算　50点
　　ロ　看護補助体制充実加算　55点

改定後

【療養病棟入院基本料】
注12　夜間看護加算　50点
注13　イ　看護補助体制充実加算１　**80点**
　　ロ　看護補助体制充実加算２　**65点**
　　ハ　看護補助体制充実加算３　55点

※障害者施設等入院基本料及び地域包括ケア病棟入院料の看護補助体制充実加算も同様に見直すとともに、地域包括医療病棟入院料に同様の加算を新設する。

［算定要件］（概要）
当該基準に係る区分に従い、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。
※身体的拘束を実施した日の取扱いは、令和７年６月１日以降より適用する。

［施設基準］
（１）**看護補助体制充実加算１**の施設基準
ア　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、５割以上**配置されていること。
イ　**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100対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。
ウ　看護補助体制充実加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、院内研修を年１回以上受講した者であること。ただし、看護補助者が受講する研修内容については、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。
エ　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。当該病棟の全ての看護職員が院内研修を年１回以上受講していること。
オ　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）のイからオ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）のウ及びエを満たすものであること。

看護補助者に係る評価の充実②

看護補助体制充実加算に係る評価の見直し

➢ 看護職員及び看護補助者の業務分担・協働を更に推進する観点及び身体的拘束の予防・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。また、身体的拘束の実施に着目した評価に見直す。

現行

【急性期看護補助体制加算】
注４　看護補助体制充実加算　５点
【看護補助加算】
注４　看護補助体制充実加算　５点

改定後

【急性期看護補助体制加算】
注４　**イ　看護補助体制充実加算１**　**20点**
　　ロ　看護補助体制充実加算２　５点
【看護補助加算】
注４　**イ　看護補助体制充実加算１**　**20点**
　　ロ　看護補助体制充実加算２　５点

［算定要件］（概要）
当該基準に係る区分に従い、それぞれ１日につき所定点数に加算する。
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こと。※身体的拘束を実施した日の取扱いは、令和７年６月１日以降より適用する。

［施設基準］
（１）**看護補助体制充実加算１**の施設基準
ア　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、５割以上**配置配置されていること。
イ　看護補助体制充実加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、院内研修を年１回以上受講した者であること。ただし、看護補助者が受講する研修内容については、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。
ウ　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。当該病棟の全ての看護職員が院内研修を年１回以上受講していること。
エ　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）のイ及びウを満たすものであること。

夜間看護体制加算の評価の見直し

➢ 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。

※急性期看護補助体制の注３「夜間看護体制加算」、看護補助加算の注３「夜間看護体制加算」、障害者施設等入院基本料の注10「夜間看護体制加算」が該当

感染対策向上加算等における専従要件の明確化（一部再掲）

感染対策向上加算等における専従要件の明確化

➢ 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、緩和ケア診療加算、外来緩和ケア診療管理料及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算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。

現行

【感染対策向上加算】
［施設基準］
感染対策向上加算１
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）

改定後

【感染対策向上加算】
［施設基準］
感染対策向上加算１
感染防止対策部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。
ア～エ （略）
アに定める医師又はイに定める看護師のうち１名は専従であること。なお、感染制御チームの専従の職員については、抗菌薬適正使用支援チームの業務を行う場合及び感染対策向上加算２、感染対策向上加算３又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った他の保険医療機関に対する助言に係る業務を行う場合及び**介護保険施設等からの求めに応じ、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１０時間以下であること**。

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）

※緩和ケア診療加算、外来緩和ケア診療管理料及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算も同様。

ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減の取組の推進

ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減の取組の推進

➢ 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。

※１ ３交代制勤務又は変則３交代勤務の病棟のみが対象 ※２ 夜間30・50・100対１急性期看護補助体制加算の届出が該当	看護職員夜間配置加算 12対１加算１ 16対１加算１	夜間看護体制加算 急性期看護補助体制加算の注加算	夜間看護体制加算 看護補助加算の注加算	夜間看護体制加算 障害者施設等入院基本料の注加算	看護職員夜間配置加算 精神科救急急性期医療入院料、精神科救急・合併症入院料の注加算
満たす必要がある項目数（ア又はウを含むこと）	**４項目以上**	**３項目以上**	**４項目以上**	**４項目以上**	**３項目以上**
ア　11時間以上の勤務間隔の確保	○	○	○	○	○
イ　正循環の交代周期の確保（※１）	○	○	○	○	○
ウ　夜勤の連続回数が２連続（２回）まで	○	○	○	○	○
エ　夜勤後の暦日の休日確保	○	○	○	○	○
オ　夜勤帯のニーズに対応した柔軟な勤務体制の工夫	○	○	○	○	○
カ　夜間を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムの構築	○	○	○	○	○
キ　看護補助業務のうち５割以上が療養生活上の世話			○	○	
ク　看護補助者の夜間配置（※２）	○				
ケ　みなし看護補助者を除いた看護補助者比率５割以上	○	○	○	○	
コ　夜間院内保育所の設置、夜勤従事者の利用実績 ※ただし、利用者がいない日の開所は求めない	○	○	○	○	○
サ　ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減 （取り組むことが望ましい）	○	○	○	○	○

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。

「入院時食事療養費制度」発足以来の食事療養費等の変遷

		総額	自己負担	保険給付
H6.10	1日あたりで算定	1900円	600円	1300円
H8.10			760円	1140円
H9.4		1920円		1160円
H13.1			780円	1140円
H18.4	1食あたりで算定	640円 （1日当たり1920円）	260円	380円
H28.4			360円	280円
H30.4			460円(※)	180円

※介護保険の入所者の食費の基準費用額：約482円（1食当たり換算）

（出所）厚生労働省 社会保障審議会 医療保険部会（令和5年11月9日開催）資料3「入院時の食費について」6頁

入院時の食費の基準の見直し

入院時の食費の基準の見直し

- 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**。
  ※　令和６年６月１日施行。令和６年３月までは重点支援地方交付金により対応。令和６年４月・５月については地域医療介護総合確保基金により対応。
- 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。

	現行		改定後
総額	640円	＋30円 →	**670円**
自己負担			
一般所得者の場合	460円	＋30円 →	**490円**
住民税非課税世帯の場合	210円	＋20円 →	**230円**
住民税非課税かつ所得が一定基準に満たない７０歳以上の場合	100円	＋10円 →	**110円**

データ提出加算の見直し

データ提出加算の見直し

- 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、評価を見直すとともに、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。

現行

【データ提出加算】
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　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
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。

改定後

【データ提出加算】
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　**145点**
　ロ　許可病床数が200床未満の病院の場合　**215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　**155点**
　ロ　許可病床数が200床未満の病院の場合　**225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　**145点**
　ロ　許可病床数が200床未満の病院の場合　**215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　**155点**
　ロ　許可病床数が200床未満の病院の場合　**225点**

（削除）

- 十分な診療情報の管理体制を確保し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。

[算定要件]
　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。
（中略）

[算定要件]
　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。
（中略）
　ただし、区分番号「Ａ２０７」に掲げる診療録管理体制加算１に係る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。
　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に該当するか否かについては、地方厚生（支）局医療課長を経由して厚生労働省保険局医療課長へ確認を行うこと。

データ提出加算に係る届出を要件とする入院料の見直し

- データに基づくアウトカム評価を推進する観点から、データ提出加算に係る届出を要件とする入院料の範囲を拡大する。

入院料		データ提出要件
A	急性期一般入院基本料 特定機能病院入院基本料（一般病棟） 専門病院入院基本料（７対１、10対１） 地域包括ケア病棟入院料 回復期リハビリテーション病棟入院料１～４	データの提出が必須
B	地域一般入院基本料 療養病棟入院基本料 専門病院入院基本料（13対１） 障害者施設等入院基本料 特殊疾患入院医療管理料 回復期リハビリテーション病棟５ 特殊疾患病棟入院料 緩和ケア病棟入院料 精神科救急急性期医療入院料	データの提出が必須（経過措置②ア）
C	**精神病棟入院基本料（10対１、13対１）** **精神科急性期治療病棟入院料** **児童・思春期精神科入院医療管理料**	規定なし → **データの提出が必須**（経過措置①、②イ）

［経過措置］（概要）
①　令和６年３月31日時点において、**「C」の入院料に係る届出を行っている保険医療機関**については、**令和８年５月31日まで**の間に限り、データ提出加算に係る要件を満たしているものとみなす。
②　令和６年３月31日時点において、**「A」の入院料を算定する病棟又は病室のいずれも有しない保険医療機関**であって、以下のいずれかに該当するもの、かつ、データ提出加算に係る届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものに限り、**当分の間**、データ提出加算に係る要件を満たしているものとみなす。
　ア　**「B」の入院料を算定する病棟又は病室のいずれかを有するもののうち、これらの病棟又は病室の病床数の合計が200床未満のもの**
　イ　**「C」の入院料を算定する病棟又は病室のいずれかを有するもの**

- 地域一般入院料３及び療養病棟入院料２のデータ提出加算に係る要件について、新規に保険医療機関を開設する場合等において１年間に限り満たしているものとみなす措置を講ずる。

入院中の薬物療法の適正化に対する取組の推進

○ **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。**

○ **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。**

薬剤師の養成強化による病棟薬剤業務の向上

○ **病棟薬剤業務実施加算１（120点/週１回）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。**

入院中の薬物療法の適正化に対する取組の推進

薬剤総合評価調整加算の見直し

- 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。
- 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。

現行

【薬剤総合評価調整加算】　100点（退院時）
（１）　（中略）
イ 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。
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。
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。

改定後

【薬剤総合評価調整加算 】　100点（退院時）
（１）　（中略）
イ 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。
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。
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。
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。**
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。**

※取組の際の参考資料
「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）

薬剤師の養成強化による病棟薬剤業務の向上

薬剤業務向上加算の新設

- 病棟薬剤業務実施加算１（120点/週１回）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　　１００点（週１回）

［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１回に限り所定点数に加算する。

［主な施設基準］
（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**として以下の要件を満たすこと。
ア　研修を総括する責任者の配置及び研修の計画、実施等に関して検討するための委員会が設置されている
イ　十分な指導能力を有する常勤薬剤師が研修を受ける薬剤師の指導に当たっている
ウ　研修を受ける薬剤師の研修内容を定期的に評価・伝達する体制の整備及び研修修了判定が適切に実施されている
エ　調剤、病棟薬剤業務、チーム医療、医薬品情報管理等を広く修得できる研修プログラムに基づき研修を実施している
オ　研修プログラムを医療機関のウェブサイト等で公開するとともに、定期的に研修の実施状況の評価及び研修プログラムの見直しを実施している
（２）**都道府県における薬剤師確保の取組を実施する部署と連携して自施設の薬剤師を他の保険医療機関（特別の関係にある保険医療機関を除く。）へ出向を実施させる体制**として、以下の要件を満たすこと。
ア　出向先は、薬剤師が不足している地域において病棟業務やチーム医療等の業務の充実が必要な保険医療機関である
イ　出向する薬剤師は、概ね３年以上の病院勤務経験を有し、当該保険医療機関において概ね1年以上勤務している常勤の薬剤師である
ウ　出向先の保険医療機関及び都道府県における薬剤師確保の取組を担当する部署との協議の上で、出向に関する具体的な計画が策定されている
（３）特定機能病院若しくは急性期充実体制加算１、２に係る届出を行っている保険医療機関であること。

８．同時報酬改定における対応

（１）介護報酬改定との連携

（２）障害福祉サービス等改定との連携

医療と介護の連携の推進

○　医療・介護サービス連携を推進するために、主に以下の見直しをおこなう。

１．医療機関と介護保険施設等の連携の推進（Ⅱ－２－③）
- 医療機関と介護保険施設等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おいて、**介護保険施設等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。**

１－１．介護保険施設等入所者の病状の急変時の適切な入院受入れの推進（Ⅱ－２－②）
- 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。**

１－２．介護保険施設等入所者の病状の急変時の適切な往診の推進（Ⅱ－８－①）
- 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。**

２．地域包括診療料等の見直し（Ⅱ－７－①）
- 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する観点から、**算定要件に介護支援専門員および相談支援員との相談に応じること及びその旨を院内掲示すること等を追加**する。

３．介護保険施設等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（Ⅱ－２－④）
- 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、**介護保険施設等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。**

４．入退院支援加算１・２の見直し（Ⅱ－２－⑧）
- 入退院支援における、関係機関との連携強化等の観点から、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の見直し**、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。

５．リハビリテーションに係る医療・介護情報連携の推進（Ⅱ－２－⑤）
- 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、**介護保険の通所リハビリテーションなどへ移行する場合に、移行先の事業所等にリハビリテーション実施計画書を提供することとする**。

６．医療と介護における栄養情報連携の推進（Ⅱ－３－⑦）
- 医療と介護における栄養情報連携を推進する観点から、**栄養情報提供加算の名称と要件、評価を見直し**、入院栄養食事指導を行った場合に加えて、**介護保険施設等に退院する患者について、退院先施設の管理栄養士と連携した場合も算定を可能とする**。

医療と介護の連携の推進（イメージ）

➢　これまでの新型コロナウイルス感染症への対応における取組も踏まえ、在宅医療を担う地域の医療機関と介護保険施設等において、実効性のある連携の構築を促進する観点から、介護保険施設等と医療機関の連携に関する要件及び評価等を見直す。また、かかりつけ医と介護支援専門員との連携を強化する観点から、当該連携に関する評価を見直す。

介護保険施設等と連携する医療機関
【在宅医療を担う医療機関や感染対策を担う医療機関等】

介護保険施設等との連携の推進

- **介護保険施設等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要件化**
  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を有する病院において、要件化
- **感染症対策向上加算等の専従要件の明確化**
  介護保険施設等からの求めに応じて行う専門性に基づく助言が感染対策向上加算等のチームの構成員の専従業務に含まれることを明確化する
- **介護保険施設等連携往診加算の新設**
  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の評価
- **介護保険施設等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**
  高度な薬学的管理を必要とする薬剤を処方した場合の「F400 処方箋料」を医療保険からの給付とする等の見直し
- **協力対象施設入所者入院加算の新設**
  介護保険施設等の入所者の病状の急変時に、介護保険施設等と平時からの連携体制を構築している保険医療機関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

地域包括診療料等を算定する医療機関

- **地域包括診療料等の算定要件の見直し**
  地域包括診療料等の算定要件に介護支援専門員との相談に応じること等を追加する。また、担当医がサービス担当者会議又は地域ケア会議への参加実績又は介護支援専門員との相談の機会を確保していることを施設基準に追加

●：診療報酬　■：介護報酬

(1)平時からの連携
(カンファレンス等による入所者の情報の共有等)
- ●協力対象施設入所者入院加算等の基準として規定
- ●感染症対策向上加算等の専従要件の明確化
- ■協力医療機関連携加算の新設
- ■高齢者施設等感染対策向上加算の新設

(2)急変時の電話相談・診療の求め

(3)相談対応・医療提供
- ●介護保険施設等連携往診加算の新設
- ●医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し

(4)入院調整
- ●協力対象施設入所者入院加算の新設
- ■退所時情報提供加算の見直し

(5)早期退院
- ■退院が可能となった場合の速やかな受入れの努力義務化

医師等と介護支援専門員との連携

介護保険施設等
【特養・老健・介護医療院】

協力医療機関等との連携の強化

- **診療や入院受入れ等を行う体制を確保した協力医療機関を定めることの義務化**
  以下の要件を満たす協力医療機関を定めることを義務化
  ①入所者の病状が急変した場合等に相談対応を行う体制を常時確保
  ②診療の求めがあった場合の診療を行う体制を常時確保
  ③入院を要する入所者の入院を原則受け入れる体制の確保
  ※協力医療機関との間で1年に1回以上入所者の病状の急変が生じた場合の対応方針について確認
- **協力医療機関連携加算の新設**
  介護保険施設等において、定期的な会議の実施による協力医療機関との連携体制の構築を評価
- **高齢者施設等感染対策向上加算の新設**
  感染対策向上加算を算定する医療機関等が行う研修に参加すること等や実地指導を受けることを評価
- **退所時情報提供加算の新設**
  入所者が医療機関へ退所した場合に医療機関に対し、生活支援上の留意点等の情報を提供することを評価
- **早期退院の受入れの努力義務化**
  退院が可能となった場合の速やかな受入れについて努力義務化

居宅介護支援事業所

- **入院時情報連携加算の見直し**
  入院当日に病院等の職員に対して利用者の情報を提供した場合について評価を充実
- **通院時情報連携加算の見直し**
  算定対象に歯科医師を追加

医療機関と介護保険施設等の連携の推進

○ 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、介護保険施設等の入所者の病状の急変時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、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して、協力対象施設入所者入院加算を新設する。

○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、介護保険施設等連携往診加算を新設する。

医療機関と介護保険施設等の連携の推進①

協力対象施設入所者入院加算の新設

➢ 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、介護保険施設等の入所者の病状の急変時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、**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（入院初日）　1　往診が行われた場合　600点
2　1以外の場合　200点

[対象医療機関]
在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、在宅療養後方支援病院、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病院

[算定要件]
（１）協力対象施設入所者入院加算は、介護保険施設等において療養を行っている患者の病状の急変等により入院が必要となった場合に、当該介護保険施設等の従事者の求めに応じて当該患者に関する診療情報及び病状の急変時の対応方針等を踏まえて診療が行われ、入院の必要性を認め入院させた場合に、入院初日に算定する。
（２）「２」については、「１」以外の場合であって、**当該保険医療機関が当該介護保険施設等の従事者の求めに応じて当該患者（救急用の自動車等により緊急に搬送された者を除く）に対し、診療**を行い、入院の必要性を判断して入院した場合について所定点数に加算する。
（３）当該保険医療機関と当該介護保険施設等が特別の関係にある場合、協力対象施設入所者入院加算は算定できない。

[施設基準]（概要）
（１）当該医療機関が介護保険施設等から協力医療機関として定められている等、**緊急時の連絡体制及び入院受入体制等を確保**していること。
（２）次のいずれかの要件を満たすもの。
ア　次の（イ）及び（ロ）に該当していること。
（イ）入院受入れを行う保険医療機関の保険医が**ICTを活用して当該診療情報及び病状急変時の対応方針を常に確認可能な体制を有していること**。
（ロ）介護保険施設等と当該介護保険施設の協力医療機関において、**当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、年３回以上の頻度でカンファレンスを実施**していること。
イ　介護保険施設等と協力医療機関として定められている医療機関において、**当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、1月に1回以上の頻度でカンファレンスを実施**していること。
（３）介護保険施設等に協力医療機関として定められており、当該介護保険施設等において療養を行っている患者の病状の急変等に対応すること及び協力医療機関として定められている介護保険施設等の名称について、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していること。

医療機関と介護保険施設等の連携の推進②

介護保険施設等連携往診加算の新設

➢ 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。

（新）　介護保険施設等連携往診加算　200点

[算定要件]
（１）介護保険施設等連携往診加算は、介護保険施設等において療養を行っ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**当該患者に関する診療情報及び病状の急変時の対応方針等を踏まえて往診を行い、治療の方針について当該患者又はその家族等に十分に説明した場合**に限り算定できる。この場合、介護保険施設等の名称、活用した当該患者の診療情報、急変時の対応方針及び診療の要点を診療録に記録すること。
（２）当該保険医療機関と当該介護保険施設等が特別の関係にある場合、介護保険施設等連携往診加算は算定できない。

[施設基準]（概要）
（１）当該医療機関が介護保険施設等から協力医療機関として定められている等、**緊急時の連絡体制及び入院受入体制等を確保**していること。
（２）次のいずれかの要件を満たすもの。
ア　次の（イ）及び（ロ）に該当していること。
（イ）必要に応じて入院受入れを行う保険医療機関に所属する保険医が**ICTを活用して当該診療情報及び病状急変時の対応方針を常に確認可能な体制を有していること**。
（ロ）介護保険施設等と協力医療機関において、**当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、年３回以上の頻度でカンファレンスを実施**していること。
イ　介護保険施設等と協力医療機関において、**当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、1月に１回以上の頻度でカンファレンスを実施**していること。
（３）介護保険施設等に協力医療機関として定められており、当該介護保険施設等において療養を行っている患者の病状の急変等に対応すること及び協力医療機関として定められている介護保険施設等の名称について、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していること。

医療機関と介護保険施設等の連携の推進

➢ 医療機関と介護保険施設等の適切な連携を推進する観点から、**在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、在宅療養後方支援病院及び地域包括ケア病棟を有する病院**において、**介護保険施設等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。

医療と介護の連携の推進

○ 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、介護保険施設等における医療保険で給付できる医療サービスの範囲を見直す。

○ 血友病患者における治療の選択肢を拡げる観点から、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とともに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。

○ 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。

○ 入退院支援における関係機関との連携強化の観点から、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。

○ 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。

○ 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。

介護保険施設等における生活に配慮した医療の推進等

介護保険施設等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

➢ 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、介護保険施設等における医療保険で給付できる医療サービスの範囲を見直す。

[新たに医療保険で算定可能となる医療サービス]

- 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「B001-22 がん性疼痛緩和指導管理料」、「B001-24 外来緩和ケア管理料」及び「B001-2-8 外来放射線照射診療料」（麻薬の投与に係る「G 注射」の費用を含む）。
- 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の「F400 処方箋料」。
- 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「C116 在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料」。
- 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、応需した保険薬局における「調剤報酬（調剤基本料、薬剤調製料、調剤管理料、服薬管理指導料３、外来服薬支援料２、薬剤料、特定保険医療材料料）」。
- 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学的管理及び指導を実施した場合の「在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料１」。

血友病患者の治療の評価の見直し

➢ 血友病患者における治療の選択肢を拡げる観点から、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とともに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。

現行	改定後
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	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。）

入退院支援加算１・２の見直しについて①

入院時支援加算１の見直し

➢ 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。

現行	改定後
【入退院支援加算】 注７　入院時支援加算１　230点 入院時支援加算２　200点	【入退院支援加算】 注７　入院時支援加算１　240点 入院時支援加算２　200点

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

➢ 入退院支援における関係機関との連携強化の観点から、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。

現行	改定後
【入退院支援加算１】 [施設基準] (4)　転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する連携機関の数が25以上であること。	【入退院支援加算１】 [施設基準] (4)　転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する連携機関の数が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１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５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。

生活に配慮した支援の強化

➢ 退院支援計画の内容に、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を盛り込むことを明記する。

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

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

➢ 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。

現行	改定後
【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。	【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（介護保険法に規定する訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーション又は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。

退院前カンファレンスにおける情報共有

医療と介護における栄養情報連携の推進

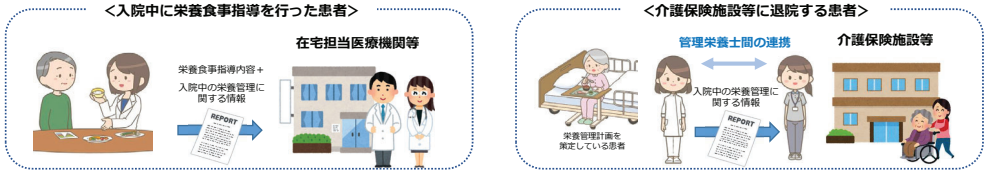
栄養情報連携料の新設

➢ 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。

（新）栄養情報連携料　　７０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、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム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に情報提供**し、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情報提供**し、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Ｂ０１５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．同時報酬改定における対応

（１）介護報酬改定との連携

（２）障害福祉サービス等改定との連携

医療と障害福祉サービスの連携の推進

○　医療と障害福祉サービスの連携及び高齢化する障害者施設における適切な医療提供に向けた取組等を推進するために、主に以下の見直しをおこなう。

１．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（Ⅱ－２－④）
➢ 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、**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対して行った訪問診療の費用を医療保険において算定可能とする。**

２．医療的ケア児（者）に対する入院前支援の評価の新設（Ⅲ－４－２－⑦）
➢ 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。**

３．入退院支援加算１・２の見直し（Ⅱ－２－⑧）
➢ 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。
➢ 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。

４．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（Ⅱ－２－⑮）
➢ 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、**疾患別リハビリテーション料の施設基準を緩和**する。

５．有床診療所における医療・介護・障害連携の推進（Ⅱ－２－⑭）
➢ 有床診療所による医療・介護・障害福祉サービスにおける連携を推進するために、介護連携加算を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。また、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。

６．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（Ⅱ－２－⑦）
➢ 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）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。

医療と障害福祉サービスのの連携の推進

○ 医療とケア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、**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を見直す。**

○ 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、**医療的ケア児（者）入院前支援加算**を入院基本料等加算に新設。

○ 入退院支援加算１及び２について、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。

○ 入退院支援加算について、**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所等とで**事前調整を行うことの評価**する**入院事前調整加算**を新設する。

○ 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、**介護連携加算の名称と要件を見直す。**

○ 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）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。

障害者支援施設における医療保険給付の医療サービスの範囲の見直し

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

➢ 医療とケア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、**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を見直す**。

[新たに医療保険で算定可能となる医療サービス]
- 障害者支援施設に入所している**未期の悪性腫瘍の患者に対する「C001 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）」、「C001-2 在宅患者訪問診療料（Ⅱ）」、「C001-2 施設入居時等医学総合管理料」、「C003 在宅がん医療総合診療料」**。

現行	改定後
[障害者支援施設における訪問診療等にかかる費用] 障害福祉サービス等報酬で評価	[障害者支援施設における訪問診療にかかる費用] 障害福祉サービス等報酬で評価※ **※　生活介護を行う施設に限り、当該患者が末期の悪性腫瘍の場合、「C001 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）」、「C001-2 在宅患者訪問診療料（Ⅱ）」、「C001-2 施設入居時等医学総合管理料」、「C003 在宅がん医療総合診療料」を算定することができる。**

医療的ケア児（者）に対する入院前支援の評価の新設

医療的ケア児（者）に対する入院前支援の評価の新設

➢ 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。

（新）　医療的ケア児（者）入院前支援加算　　1,000点

[対象患者]
医療的ケア判定スコア16点以上の医療的ケア児（者）

[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、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（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）及び第３節の特定入院料のうち、医療的ケア児（者）入院前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り、当該保険医療機関の入院期間が通算30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１回に限り**、入院初日に限り所定点数に加算する。
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、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、所定点数に代えて、500点を所定点数に加算する。**
３ 区分番号Ａ２４６の注７に掲げる入院時支援加算は別に算定できない。

[施設基準]
（１）**直近１年間の医療的ケア判定スコア16点以上の医療的ケア児（者）の入院患者数が10件以上**であること。
（２）令和７年５月31日までの間に限り、（１）の基準を満たしているものとする。

入退院支援加算１・２の見直しについて②

入退院支援加算の対象の見直し

➢ 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。

現行	改定後
【入退院支援加算１及び２】 ［算定要件］ 退院困難な要因 ア　悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること イ　緊急入院であること 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 エ　家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること オ　生活困窮者であること カ　入院前に比べＡＤＬが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること。） キ　排泄に介助を要すること ク　同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと ケ　退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む。）が必要なこと コ　入退院を繰り返していること サ　入院治療を行っても長期的な低栄養状態となることが見込まれること シ　家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること ス　児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること セ　その他患者の状況から判断してアからスまでに準ずると認められる場合	【入退院支援加算１及び２】 ［算定要件］ 退院困難な要因 ア　悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること イ　緊急入院であること ウ　要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること**又は要支援状態であるとの疑いがあるが要支援認定が未申請であること** **エ　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　家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること キ　生活困窮者であること ク　入院前に比べＡＤＬが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること。） ケ　排泄に介助を要すること コ　同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと サ　退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む。）が必要なこと シ　入退院を繰り返していること ス　入院治療を行っても長期的な低栄養状態となることが見込まれること セ　家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること ソ　児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること タ　その他患者の状況から判断してアからソまでに準ずると認められる場合

入退院支援加算１・２の見直しについて③

入院前の医療機関と本人・家族等や障害福祉サービス事業者等との事前調整の評価

➢ 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所等とで事前調整を行うことの評価を新設する。

（新）　入院事前調整加算　　200点

[算定要件]
（１）　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、所定点数に加算する。
（２）　当該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。

[施設基準]
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
（１）　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。
（２）　入退院支援加算を算定する患者であること。

有床診療所における医療・介護・障害連携の推進

有床診療所における医療・介護・障害連携の推進

➢ 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、介護連携加算の名称と要件を見直す。

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

改定後

【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

改定後

【有床診療所入院基本料】
［施設基準］
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)（略）
(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、介護保険法に規定する訪問リハビリテーション又は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、「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。**

※　介護障害連携加算２についても同様。

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

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

➢ 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）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。

現行

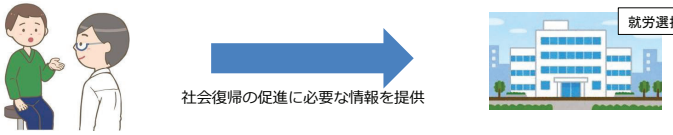
【診療情報提供料(Ⅰ)】
［算定要件］
(14)「注４」については、精神障害者である患者であって、次に掲げる施設に入所している患者又は介護老人保健施設（当該保険医療機関と同一の敷地内にある介護老人保健施設その他これに準ずる介護老人保健施設を除く。「注５」において同じ。）に入所している患者の診療を行っている保険医療機関が、診療の結果に基づき、患者の同意を得て、当該患者が入所しているこれらの施設に対して文書で診療情報を提供した場合に算定する。
ア～ウ　（略）
（新規）

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
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
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

改定後

【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～ウ　（略）
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
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
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
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

（※）「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。



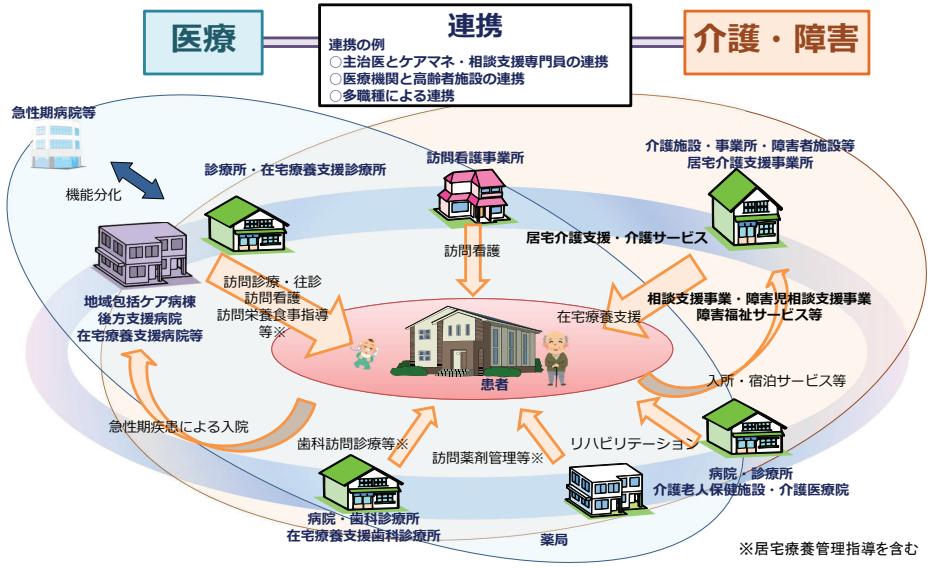
９．質の高い訪問診療・訪問看護の確保

（１）在宅医療

（２）訪問看護

地域包括ケアシステムにおける在宅医療（イメージ）

○　在宅医療は、高齢になっても、病気や障害の有無にかかわらず、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるよう、入院医療や外来医療、介護、福祉サービスと相互に補完しながら、患者の日常生活を支える医療であり、地域包括ケアシステムの不可欠な構成要素である。



※居宅療養管理指導を含む

在宅医療における診療報酬上の評価構造（イメージ）

➢ 在宅医療に対する診療報酬上の評価は、①訪問して診療を行ったことに対する評価、②総合的な医学的管理に対する評価、③人工呼吸器その他の特別な指導管理等に対する評価の、大きく3種類の評価の組み合わせで行われている。

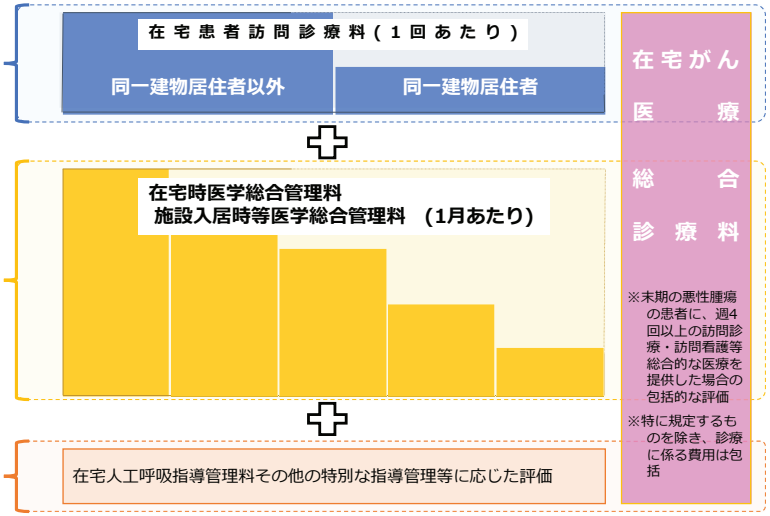
①定期的に訪問して診療を行った場合の評価

○居住場所により段階的に評価
○乳幼児等の診療、看取り等については、加算により評価
○原則として週3回の算定を限度とするが、末期の悪性腫瘍等一部の疾患については例外を規定

②総合的な医学的管理等を行った場合の評価

○単一建物診療患者数、重症度及び月の訪問回数により段階的に評価
○特別な指導管理を必要とし、頻回の診療を行った場合等は加算により評価

③指導管理等に対する評価



※上記に加え、検査、処置その他診療に当たって実施した医療行為等については、特段の規定がない場合、出来高にて算定することができる。

在宅患者訪問診療料及び往診料の評価

○ 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)　（1日につき）

1　在宅患者訪問診療料1
- **イ　同一建物居住者以外の場合　888点**
- **ロ　同一建物居住者の場合　213点**

2　在宅患者訪問診療料2
- **イ　同一建物居住者以外の場合　884点**
- **ロ　同一建物居住者の場合　187点**

➢ 在宅での療養を行っている患者であって、疾病、傷病のために通院による療養が困難な者に対して、患者の入居する有料老人ホーム等に併設される保険医療機関以外の保険医療機関が定期的に訪問して診療を行った場合の評価。

※　同一建物に居住する当該患者１人のみに対し訪問診療を行う場合は、「同一建物居住者以外の場合」の点数を算定する。
※　患者の入居する有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が定期的に訪問して診療を行った場合は、在宅患者訪問診療料(Ⅱ) 150点を算定 。

［算定要件］（抜粋）
○　在宅患者訪問診療料１
　１人の患者に対して１つの保険医療機関の保険医の指導管理の下に継続的に行われる訪問診療について、１日につき１回に限り算定。
○　在宅患者訪問診療料２
　患者の同意を得て、計画的な医学管理のもと、主治医として定期的に訪問診療を行っている保険医が属する他の保険医療機関の求めを受けて、当該他の保険医療機関が診療を求めた傷病に対し訪問診療を行った場合に、求めがあった日を含む月から６月を限度として算定。

○ 往診料　　720点

➢ 患者又は家族等患者の看護等に当たる者が、保険医療機関に対し電話等で直接往診を求め、当該保険医療機関の医師が往診の必要性を認めた場合に、可及的速やかに患家に赴き診療を行った場合の評価。
※　定期的ないし計画的に患家又は他の保険医療機関に赴いて診療を行った場合には算定できない。

令和６年度診療報酬改定　Ⅱ－８　質の高い在宅医療・訪問看護の確保

訪問診療・往診等に関する見直し

質の高い在宅医療提供体制の構築の推進

➢ 質の高い在宅医療の提供体制の構築を推進する観点から、訪問診療・往診等に関する評価を見直す。

【見直しの概要（主なもの）】
- **在宅医療情報連携加算の新設**
  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
- **在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料の新設**
  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
- **往診時医療情報連携加算の新設**
  在支診・在支病と連携体制を構築する在支診・在支病以外の医療機関が訪問診療を行っている患者に、在支診・在支病が往診を行った場合の評価
- **在宅療養移行加算の見直し**
  対象となる範囲を病院まで拡大するとともに、他の医療機関と平時からの連携体制を構築している場合の評価の見直し
- **在宅ターミナルケア加算等の見直し**
  在宅ターミナルケア加算について、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、算定可能とするとともに、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

患者の状態に応じた適切な訪問診療・往診等の推進

➢ 患者の状態に応じた適切な訪問診療・往診等を推進する観点から、訪問診療・往診等に関する評価を見直す。

【見直しの概要（主なもの）】
- **在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の見直し**
  在宅時医学総合管理料等における単一建物診療患者の数が10人以上の場合の評価の細分化、及び単一建物診療患者の数が10人以上の患者について、訪問診療の算定回数が多い医療機関について、看取りの件数等に係る一定の基準を満たさない場合の評価の見直し
- **往診料の見直し**
  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等以外の患者に対する緊急の往診に係る評価の見直し
- **在宅患者訪問診療料の見直し**
  在支診・在支病における患者１人当たりの訪問診療の回数が一定以上の場合における、５回目以降の在宅患者訪問診療料の評価の見直し

質の高い在宅医療提供体制の構築の推進

○ 質の高い在宅医療の提供体制の構築を推進する観点から、訪問診療・往診等に関する評価を見直す。

<在宅医療におけるICTを活用した連携の推進>

- 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として、在宅医療情報連携加算（在医総管・施設総管・在宅がん医療総合診療料）を新設する。
- 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として、在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料を新設する。
- 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。

在宅医療におけるICTを用いた連携の推進

➢ 在宅で療養を行っている患者等に対し、ICTを用いた連携体制の構築を通じて、質の高い在宅医療の提供を推進する観点から、**医療・ケアに関わる関係職種がICTを利用して診療情報を共有・活用して実施した計画的な医学管理を行った場合の評価、患者の急変時等に、ICTを用いて関係職種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、療養上必要な指導を行った場合の評価**等を実施。

在宅医療におけるICTを用いた連携の推進①

在宅医療情報連携加算の新設

➢ 他の保険医療機関等の関係職種がICTを用いて記録（以下、単に「記録」とする。）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（在医総管・施設総管・在宅がん医療総合診療料）　100点

［算定要件］（概要）

- 医師が、医療関係職種等により記録された**患者の医療・ケアに関わる情報を取得及び活用した上で、計画的な医学管理を行うこと**及び医師が診療を行った際の診療情報等について**記録し、医療関係職種等に共有すること**ついて、**患者からの同意を得ていること。**
- 以下の情報について、適切に記録すること
  - ○ **次回の訪問診療の予定日及び当該患者の治療方針の変更の有無**
  - ○ **当該患者の治療方針の変更の概要**（変更があった場合）
  - ○ **患者の医療・ケアを行う際の留意点**（医師が、当該留意点を医療関係職種等に共有することが必要と判断した場合）
  - ○ **患者の人生の最終段階における医療・ケア及び病状の急変時の治療方針等についての希望**（患者又はその家族等から取得した場合）
- 医療関係職種等が当該情報を取得した場合も**同様に記録することを促すよう努める**こと。
- 訪問診療を行う場合に、**過去90日以内に記録された患者の医療・ケアに関する情報(当該保険医療機関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等が記録した情報を除く。)をICTを用いて取得した情報の数が１つ以上**であること。
- 医療関係職種等から**患者の医療・ケアを行うに当たっての助言の求めがあった場合**は、適切に対応すること。

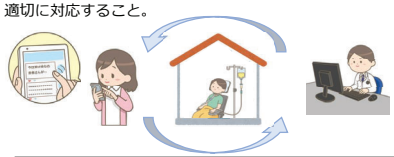
［施設基準］（概要）

（１）患者の診療情報等について、連携する関係機関とICTを用いて共有し、常に確認できる体制を有しており、**共有できる体制にある連携する関係機関（特別の関係にあるものを除く。）の数が、５以上**であること。

（２）地域において、連携する関係機関以外の保険医療機関等が、当該ICTを用いた情報を共有する**連携体制への参加を希望した場合には連携体制を構築すること**。ただし、診療情報等の共有について同意していない患者の情報については、この限りでない。

（３）厚生労働省の定める「**医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること**。

（４）（１）に規定する連携体制を構築していること及び実際に患者の情報を共有している実績のある連携機関の名称等について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示及び原則としてウェブサイトに掲載していること。



・診療情報、治療方針
・医療関係職種等が医療・ケアを行う際の留意事項
・人生の最終段階における医療・ケア等に関する情報等の情報共有

在宅医療におけるICTを用いた連携の推進②

在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料の新設

➢ 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　200点

［算定要件］

- 過去30日以内に在宅医療情報連携加算を算定している末期の悪性腫瘍の患者に対し、**医療関係職種等が、当該患者の人生の最終段階における医療・ケアに関する情報について、当該患者の計画的な医学管理を行う医師が常に確認できるように記録している場合**であって、当該患者の病状の急変時等に、当該医師が当該患者の**人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を活用して患家において、当該患者及びその家族等に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。
- 在宅で療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者に対して診療等を行う医師は、療養上の必要な指導を行うにあたり、活用された当該患者の人生の最終段階における医療・ケアに関する情報について、**当該情報を記録した者の氏名、記録された日、取得した情報の要点及び患者に行った指導の要点**を診療録に記載すること。

緩和ケア病棟緊急入院初期加算の要件緩和

➢ 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。

現行	改定後
【緩和ケア病棟緊急入院初期加算】 ［算定要件］（該当部分概要） 緩和ケア病棟緊急入院初期加算は、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。	【緩和ケア病棟緊急入院初期加算】 ［算定要件］（該当部分概要） 緩和ケア病棟緊急入院初期加算は、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。**

質の高い在宅医療提供体制の構築の推進

○ 質の高い在宅医療の提供体制の構築を推進する観点から、訪問診療・往診等に関する評価を見直す。

＜地域における24時間の在宅医療提供体制の推進＞

・ 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、在支診・在支病と連携体制を構築している在支診・在支病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、在支診・在支病が往診を行った場合について、往診時医療情報連携加算を新設する。

・在支診・在支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、在宅療養移行加算について、対象となる範囲を病院まで拡大するとともに、他の保険医療機関と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。

＜在宅ターミナルケア加算等の見直し＞

・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、算定可能とするとともに、 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。

地域における24時間の在宅医療提供体制の推進

往診時医療情報連携加算の新設

➢ 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、在支診・在支病と連携体制を構築している**在支診・在支病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、在支診・在支病が往診を行った場合**について、新たな評価を行う。

（新）　往診時医療情報連携加算　200点

［算定要件］

- **他の保険医療機関（在支診・在支病以外に限る。）**と**月1回程度の定期的なカンファレンス又はICTの活用により**当該他の保険医療機関が訪問診療を行っている**患者の診療情報及び病状の急変時の対応方針等の情報の共有を行っている在支診・在支病**が、患者（他の保険医療機関が往診を行うことが困難な時間帯等に**対応を行う予定の在支診・在支病の名称、電話番号及び担当者の氏名等を提供**されている患者に限る。）に対し、他の保険医療機関が往診を行うことが困難な時間帯に、**共有された当該患者の情報を参考にして、往診を行った場合において算定できる。**この場合、当該他の保険医療機関の名称、参考にした当該患者の診療情報及び当該患者の病状の急変時の対応方針等及び診療の要点を診療録に記録すること。

在宅療養移行加算の見直し

➢ 在支診・在支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、在宅療養移行加算について、**対象となる範囲を病院まで拡大する**とともに、**他の保険医療機関と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**。

現行		改定後	
（新設） 在宅療養移行加算１	216点	在宅療養移行加算１	316点
（新設） 在宅療養移行加算２	116点	在宅療養移行加算２	216点
		在宅療養移行加算３	216点
		在宅療養移行加算４	116点

［在宅療養移行加算１及び３の追加の施設基準］

- 当該医療機関が保有する**当該患者の診療情報及び患者の病状の急変時**の対応方針について、当該医療機関と連携する医療機関との**１月に１回程度の定期的なカンファレンスにより当該連携医療機関に適切に提供している**こと。ただし、当該情報について**ICT等を活用して連携する医療機関が常に確認できる体制を確保している場合**はこの限りでない。

（参考）在宅療養移行加算等における要件の一覧

○：どちらでもよい
◎：必ず満たす必要がある
×：要件を満たさない
－：施設基準上の要件ではない

			24時間要件						在支診・在支病等との定期的なカンファレンス等による情報共有
			往診を行う体制		訪問看護を行う体制		連絡を受ける体制		
			単独	連携	単独	連携	単独	連携	
診療所	機能強化型	単独型	◎	×	○		◎	×	
		連携型	○（<10）		○（<10）		○（<10）		
	その他		○		○		◎	×	
在宅療養支援病院	機能強化型	単独型	◎	×	○		◎	×	
		連携型	○（<10）		○（<10）		○（<10）		
	その他		◎	×	○		◎	×	
在宅療養移行加算１（新）			○※1		－		○※1		◎※3
在宅療養移行加算２（旧１）			○※1		－		○※1		－
在宅療養移行加算３（新）			※２		－		○※1		◎※3
在宅療養移行加算４（旧２）			※２		－		○※1		－

※１：地域医師会等の協力を得て規定する体制を確保することでも差し支えない。（協力してもよい旨を明記しているのみであり、24時間の体制は在支診等と同様に満たす必要がある。）
※２：「２４時間体制の往診を行う体制」は求めないが、市町村や地域医師会との協力により、往診が必要な患者に対し、当該医療機関又は連携する他の医療機関が往診を提供する体制を有していることを要件とする。
※３：**ICT等を活用して連携する医療機関が常に確認できる体制を確保していることでも差し支えない。**
<10：連携医療機関数が10未満であること。

在宅ターミナルケア加算等の見直し

➢ 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**とするとともに、 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。

（新）　往診料　在宅ターミナルケア加算　3,500～6,500点

［算定要件］

- 在宅ターミナルケア加算は、**死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に退院時共同指導を行った上で往診を行った患者が、在宅で死亡した場合**（往診を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。）に算定する。この場合、診療内容の要点等を診療録に記載すること。また、ターミナルケアの実施については、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、患者本人及びその家族等と話し合いを行い、患者本人の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応すること。

（新）　往診料　看取り加算　3,000点

［算定要件］

- 看取り加算は、事前に当該患者又はその家族等に対して、療養上の不安等を解消するために充分な説明と同意を行った上で、**死亡日前14日以内に退院時共同指導を行った上で死亡日に往診を行い、当該患者を患家で看取った場合**に算定する。この場合、診療内容の要点等を当該患者の診療録に記載すること。

«在宅患者訪問診療料のターミナルケア加算の見直し»

現行	改定後
【在宅患者訪問診療料　在宅ターミナルケア加算】 在宅ターミナルケア加算は、死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に２回以上往診又は訪問診療を行った患者が、在宅で死亡した場合（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場合を含む。）に算定する。この場合、診療内容の要点等を診療録に記載すること。また、ターミナルケアの実施については、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、患者本人及びその家族等と話し合いを行い、患者本人の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応すること。	【在宅患者訪問診療料　在宅ターミナルケア加算】 在宅ターミナルケア加算は、死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に２回以上往診又は訪問診療を行った患者**若しくは退院時共同指導を行った患者**が、在宅で死亡した場合（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場合を含む。）に算定する。この場合、診療内容の要点等を診療録に記載すること。また、ターミナルケアの実施については、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、患者本人及びその家族等と話し合いを行い、患者本人の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応すること。

(参考)在宅ターミナルケアに対する診療報酬上の評価の概要

往診料		720点
在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の１（１日につき）	同一建物居住者以外の場合	888点
	同一建物居住者の場合	213点
在宅患者訪問診療料（Ⅱ）のイ（１日につき）		150点

在宅ターミナルケア加算	機能強化型在支診・在支病		機能強化型以外の在支診・在支病	その他の医療機関
	有床診・在支病	無床診		
在宅で死亡した患者に死亡日から２週間以内に２回以上の往診、訪問診療又は**退院時共同指導**を実施した場合に算定	6,500点 (6,200点)	5,500点 (5,200点)	4,500点 (4,200点)	3,500点 (3,200点)
＋在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	7,500点 (7,200点)	6,500点 (6,200点)		
＋在宅療養実績加算１			5,250点 (4,950点)	
＋在宅療養実績加算２			5,000点 (4700点)	

※１　（）内は在宅患者訪問診療料（Ⅱ）のイを算定しているときの点数

看取り加算	在宅で患者を看取った場合に算定	3,000点
死亡診断加算	患家で死亡診断を行った場合に算定	200点

※２　看取り加算と死亡診断加算は併算定できない

■その他の加算■
○乳幼児加算　400点
○診療時間に応じた加算　診療時間が1時間超の場合に100点／30分を加算

質の高い在宅医療提供体制の構築の推進

○ 患者の状態に応じた適切な訪問診療・往診等を推進する観点から、訪問診療・往診等に関する評価を見直す。

＜在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の見直し＞

・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。

・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３月の訪問診療の算定回数等が2,100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10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。

＜在宅療養支援診療所・病院の要件の見直し＞

・ 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。

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**するとともに、**処方箋料の再編に伴い、在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の評価を見直す**。

	機能強化型在支診・在支病（病床あり）					機能強化型在支診・在支病（病床なし）					在支診・在支病					その他				
在宅時医学総合管理料	1人	2～9人	10人～19人	20人～49人	50人～	1人	2～9人	10人～19人	20人～49人	50人～	1人	2～9人	10人～19人	20人～49人	50人～	1人	2～9人	10人～19人	20人～49人	50人～
①月２回以上訪問（難病等）	5,385点	4,485点	2,865点	2,400点	2,110点	4,985点	4,125点	2,625点	2,205点	1,935点	4,585点	3,765点	2,385点	2,010点	1,765点	3,435点	2,820点	1,785点	1,500点	1,315点
②月２回以上訪問	4,485点	2,385点	1,185点	1,065点	905点	4,085点	2,185点	1,085点	970点	825点	3,685点	1,985点	985点	875点	745点	2,735点	1,460点	735点	655点	555点
③（うち１回は情報通信機器を用いた診療）	3,014点	1,670点	865点	780点	660点	2,774点	1,550点	805点	720点	611点	2,554点	1,450点	765点	679点	578点	2,014点	1,165点	645点	573点	487点
④月１回訪問	2,745点	1,485点	765点	670点	575点	2,505点	1,365点	705点	615点	525点	2,285点	1,265点	665点	570点	490点	1,745点	980点	545点	455点	395点
⑤（うち２月目は情報通信機器を用いた診療）	1,500点	828点	425点	373点	317点	1,380点	768点	395点	344点	292点	1,270点	718点	375点	321点	275点	1,000点	575点	315点	264点	225点
施設入居時等医学総合管理料	1人	2～9人	10人～19人	20人～49人	50人～	1人	2～9人	10人～19人	20人～49人	50人～	1人	2～9人	10人～19人	20人～49人	50人～	1人	2～9人	10人～19人	20人～49人	50人～
①月２回以上訪問（難病等）	3,885点	3,225点	2,865点	2,400点	2,110点	3,585点	2,955点	2,625点	2,205点	1,935点	3,285点	2,685点	2,385点	2,010点	1,765点	2,435点	2,010点	1,785点	1,500点	1,315点
②月２回以上訪問	3,185点	1,685点	1,185点	1,065点	905点	2,885点	1,535点	1,085点	970点	825点	2,585点	1,385点	985点	875点	745点	1,935点	1,010点	735点	655点	555点
③（うち１回は情報通信機器を用いた診療）	2,234点	1,250点	865点	780点	660点	2,054点	1,160点	805点	720点	611点	1,894点	1,090点	765点	679点	578点	1,534点	895点	645点	573点	487点
④月１回訪問	1,965点	1,065点	765点	670点	575点	1,785点	975点	705点	615点	525点	1,625点	905点	665点	570点	490点	1,265点	710点	545点	455点	395点
⑤（うち２月目は情報通信機器を用いた診療）	1,110点	618点	425点	373点	317点	1,020点	573点	395点	344点	292点	940点	538点	375点	321点	275点	760点	440点	315点	264点	225点

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②

➢ 訪問診療の算定回数が多い医療機関におけ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。

［概要］

・ 単一建物診療患者の数が10人以上の患者について、**当該保険医療機関における直近３月間の訪問診療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日以前に開設されたものを除く。）における直近３月間の訪問診療回数を合算した回数が2,100回以上**の場合であって、次の要件をいずれかを満たさない場合はそれぞれ**所定点数の100分の60に相当する点数**を算定する。

（イ）直近１年間に**５つ以上の保険医療機関から、文書による紹介を受けて訪問診療を開始した実績**があること。
（ロ）当該保険医療機関において、直近１年間の**在宅における看取りの実績を20件以上**有していること又は重症児の十分な診療実績等を有していること。
（ハ）直近３か月に在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定した患者のうち、**施設入居時等医学総合管理料を算定した患者の割合が7割以下**であること。
（二）直近３月間に在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定した患者のうち、**要介護３以上又は「特掲診療料の施設基準等」別表第八の二に掲げる別に厚生労働大臣が定める状態の患者の割合が５割以上**であること。

【参考：対象医療機関に該当する場合の在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料び評価】

在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料	機能強化型在支診・在支病（病床あり）			機能強化型在支診・在支病（病床なし）			在支診・在支病			その他		
	10人～19人	20人～49人	50人～	10人～19人	20人～49人	50人～	10人～19人	20人～49人	50人～	10人～19人	20人～49人	50人～
①月２回以上訪問（難病等）	1,719点	1,440点	1,266点	1,575点	1,323点	1,161点	1,431点	1,206点	1,059点	1,071点	900点	789点
②月２回以上訪問	711点	639点	543点	651点	582点	495点	591点	525点	447点	441点	393点	333点
③（うち１回は情報通信機器を用いた診療）	519点	468点	396点	483点	432点	367点	459点	407点	347点	387点	344点	292点
④月１回訪問	459点	402点	345点	423点	369点	315点	399点	342点	294点	327点	276点	237点
⑤（うち２月目は情報通信機器を用いた診療）	255点	224点	190点	237点	206点	175点	225点	193点	165点	189点	158点	135点

➢ 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、**各年度5月から7月の訪問診療の算定回数が2,100回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１月から**在宅データ提出加算に係る届出を要件**とする。

在宅療養支援診療所・病院における訪問栄養食事指導の推進

在宅療養支援診療所・病院の要件の見直し

➢ 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。

現行

【在宅療養支援診療所】
［施設基準］
（新設）

【在宅療養支援病院】
［施設基準］
（新設）

改定後

【在宅療養支援診療所】
［施設基準］
・ **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］
・ **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有していること。**

［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は、令和７年５月31日までの間に限り、該当するものとみなす。

（参考）在支診・在支病の施設基準

	機能強化型在支診・在支病				在支診在支病	（参考）在宅療養後方支援病院
	単独型		連携型			
	診療所	病院	診療所	病院		
全ての在支診・在支病の基準	①　24時間連絡を受ける体制の確保 ④　緊急時の入院体制 ⑦　適切な意思決定支援に係る指針の作成 ②　24時間の往診体制 ⑤　連携する医療機関等への情報提供 ⑧　訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備 ③　24時間の訪問看護体制 ⑥　年に１回、看取り数等を報告している ⑨　介護保健施設から求められた場合、協力医療機関として定められることが望ましい					○　許可病床数200床以上 ○　在宅医療を提供する医療機関と連携し、24時間連絡を受ける体制を確保 ○　連携医療機関の求めに応じて入院希望患者の診療が24時間可能な体制を確保（病床の確保を含む） ※　やむを得ず当該病院に入院させることができなかった場合は、対応可能な病院を探し紹介すること ○　連携医療機関との間で、３月に１回以上、患者の診療情報の交換を行い、入院希望患者の一覧表を作成
全ての在支病の基準	「在宅療養支援病院」の施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。 （１）許可病床200床未満※であること又は当該病院を中心とした半径４km以内に診療所が存在しないこと （２）往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること ※　医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては280床未満					
機能強化型在支診・在支病の基準	⑦　在宅医療を担当する常勤の医師３人以上		⑦　在宅医療を担当する常勤の医師連携内で３人以上			
	⑧　過去１年間の緊急往診の実績10件以上	⑧　次のうちいずれか１つ ・過去１年間の緊急往診の実績10件以上 ・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近１年間で31件以上 ・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料１又は３を届け出ている	⑧　過去１年間の緊急往診の実績連携内で10件以上 各医療機関で４件以上	⑧　次のうちいずれか１つ ・過去１年間の緊急往診の実績10件以上各医療機関で４件以上 ・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近１年間で31件以上 ・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料１又は３を届け出ている		
	⑨　過去１年間の看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績いずれか４件以上		⑨　過去１年間の看取りの実績連携内で４件以上 かつ、各医療機関において、看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績いずれか２件以上			
	⑩　地域において24時間体制での在宅医療の提供に係る積極的役割を担うことが望ましい					
	⑪　各年５月から７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、次年の１月から在宅データ提出加算に係る届出を行っていること。					

（参考）在宅データ提出加算について

在宅データ提出加算
50点（月１回）

［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、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合**は、外来データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。

［施設基準］
- **在宅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。

〈共通項目〉

大項目	項目名
属性	生年月日
	性別
	患者住所地域の郵便番号
身長・体重	身長
	体重
喫煙歴	喫煙区分
	1日の喫煙本数
	喫煙年数
介護情報	高齢者情報
	要介護度
診断情報/傷病	自院管理の有無
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名
入院の状況	入院の有無
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名
終診情報	当月中の終診情報
	終診年月日
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名

〈在宅データ提出加算特有の項目〉

大項目	項目名
療養情報	在宅療養を始めた年月
	療養を行っている場所
訪問診療の状況	訪問診療日
	主たる訪問診療を行う医療機関
訪問看護の状況	訪問看護日
	自院での実施の有無
訪問の主傷病	自院診断の有無
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名
救急受診の状況	救急受診日
	受診先
	受診経路
	転帰
入院の状況	入院年月日
	退院年月日
	受診先
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	主病名
短期入所の状況	入所年月日
	退所年月日
	短期入所利用サービス
往診の状況	往診日
	主たる訪問診療を行う医療機関
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名

大項目	項目名
患者の状態	患者の状態
バーセルインデックス	バーセルインデックス
排泄	排泄の状況
	ブリストルスケール
排尿	排尿の状況
褥瘡	褥瘡の状態
低栄養	低栄養の有無
	摂食・嚥下障害の有無
	経管・経静脈栄養の状況
がんの傷病	自院診断の有無
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名
がんのStaging分類	ステージ分類
	UICC 病期分類(T)
	UICC 病期分類(N)
	UICC 病期分類(M)
	UICC 病期分類(版)
がんのNRS	NRS

出典：2023年度「外来医療、在宅医療、リハビリテーション医療の影響評価に係る調査」実施説明資料を元に作成

質の高い在宅医療提供体制の構築の推進

○ 患者の状態に応じた適切な訪問診療・往診等を推進する観点から、訪問診療・往診等に関する評価を見直す。

<往診料の見直し>

- 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。
- これまでと同点数の、往診料＋「緊急往診加算」・「夜間・休日往診加算」・「深夜往診加算」を算定するためには、以下のいずれかに該当する必要がある。
  ① 往診を行う保険医療機関において**過去60日以内に在宅患者訪問診療料等を算定**している患者
  ② 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60日以内に在宅患者訪問診療料等を算定**している患者
  ③ 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
  ④ 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保険施設等に入所**する患者

往診料の評価の見直し

➢ 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。

	以下のいずれかに該当する場合 ① 往診を行う保険医療機関において過去60日以内に在宅患者訪問診療料等を算定している患者 ② 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60日以内に在宅患者訪問診療料等を算定している患者 ③ 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 ④ 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保険施設等に入所する患者				その他の場合
	機能強化型の在支診・在支病（単独型・連携型）		機能強化型以外の在支診・在支病	その他の医療機関	
	病床有	病床無			
往診料	720点				
	＋				
緊急往診加算	850点	750点	650点	325点	325点
夜間・休日往診加算	1,700点	1,500点	1,300点	650点	405点
深夜往診加算	2,700点	2,500点	2,300点	1,300点	485点

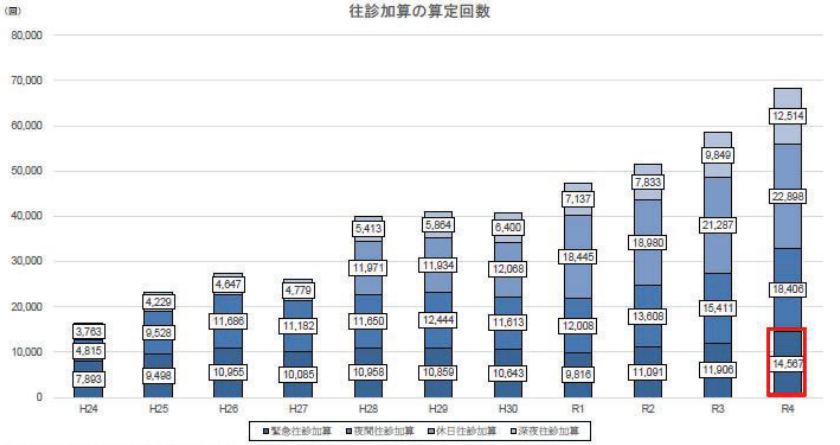
①緊急往診加算について
保険医療機関において、**標榜時間内**であって、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している時に、患者又は現にその看護に当たっている者から緊急に求められて往診を行った場合に算定する。

②夜間・休日・深夜往診加算の取扱いについて
夜間（深夜を除く。）とは**午後６時から午前８時**までとし、深夜の取扱いについては、**午後 10 時から午前６時**までとする。ただし、これらの時間帯が標榜時間に含まれる場合、夜間・休日往診加算及び深夜往診加算は算定できない。
休日とは、**日曜日及び国民の祝日に関する法律第３条に規定する休日**をいう。なお、１月２日及び３日並びに 12 月 29 日、30 日及び 31 日は、休日として取り扱う。

往診加算の算定状況の推移

中医協　総－２
５．７．１２

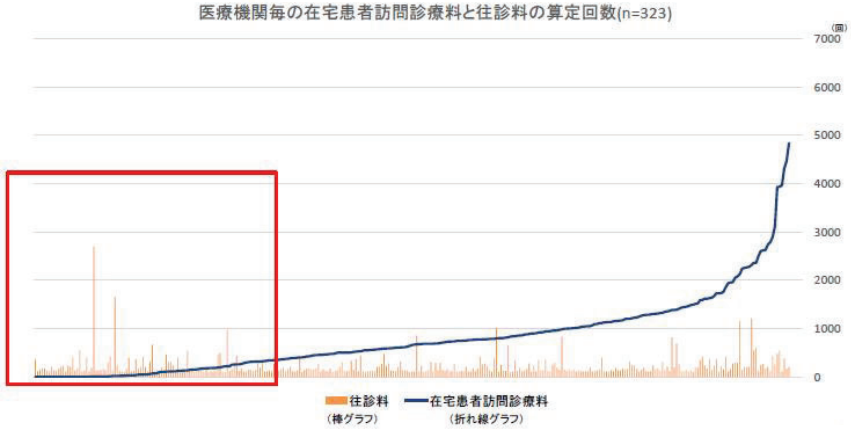
○ 平成27年から令和4年までの往診加算の推移を見ると、緊急往診加算は令和4年に特に増加した。
○ 夜間往診加算、深夜往診加算及び休日往診加算については増加傾向である。



出典：社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（各年6月審査分）
※病院について　：平成22年以前は抽出調査、平成23年以後は全数調査
※診療所について：平成24年以前は抽出調査、平成25年以後は全数調査

医療機関ごとの在宅患者訪問診療料・往診料の算定回数

○ 往診料の算定回数が100回/月以上の医療機関における、医療機関ごとの在宅患者訪問診療料の算定回数と往診料の算定回数は以下のとおり。
○ 往診料の算定回数に対し、在宅患者訪問診療料を算定回数が少ない医療機関が一定数存在する。



出典：NDBデータ（令和4年5月診療分）

質の高い在宅医療提供体制の構築の推進

○ 患者の状態に応じた適切な訪問診療・往診等を推進する観点から、訪問診療・往診等に関する評価を見直す。

＜在宅患者訪問診療料の見直し＞
・ 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３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１２回を超える場合の在宅患者訪問診療料を見直す。

＜頻回訪問加算の見直し＞
・ 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。

＜包括的支援加算の見直し＞
・ 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三以上と認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢ以上に見直す（障害者支援区分についての変更は無い）とともに、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。

＜在宅における心不全の患者等への指導管理に係る評価の新設＞

患者の状態に応じた適切な在宅医療の提供の推進①

在宅患者訪問診療料の見直し

➢ 在支診・在支病における在宅患者訪問診療料の算定について、**患者１人当たりの直近３月の訪問診療の回数が12回以上**の場合、同一患者につき同一月において訪問診療を５回以上実施した場合、**５回目以降の訪問診療については、所定点数の100分の50に相当する点数により算定**する。

［訪問診療の回数の計算対象とならない患者］
- **別表第七に掲げる別に厚生労働大臣の定める患者。**
- **対象期間中に死亡した者。**
- **末期心不全の患者、呼吸器疾患の終末期患者。**
- **対象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。**

頻回訪問加算の見直し

➢ 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。

現行		改定後	
頻回訪問加算	600点/月	頻回訪問加算（初回）	800点/月
		（2回目以降）	300点/月

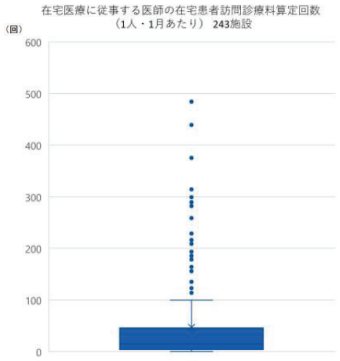
［算定要件］
以下の状態・疾患の患者に対して、月4回以上の訪問診療を実施した場合に月一回に限り算定する

［対象患者］　**①または②に該当する患者**
①末期の悪性腫瘍の患者
②以下のうち、2つの状態に該当する患者
（「ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態」及び「人工肛門又は人工膀胱を設置している状態」のみの組み合わせは除く）
在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅悪性腫瘍等患者指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理、在宅肺高血圧症患者指導管理又は在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者、ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態、人工肛門又は人工膀胱を設置している状態

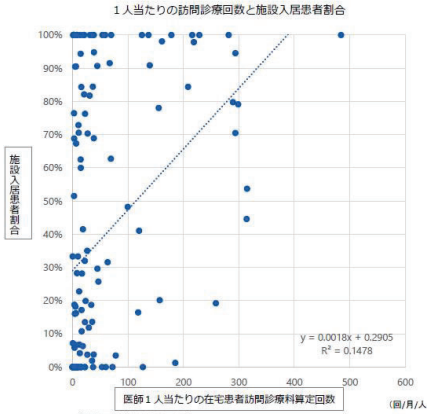
医師1人当たりの在宅患者訪問診療料算定回数

○ 在宅医療に従事する医師1人当たりの在宅患者訪問診療料の算定回数は平均で月46.8回であったが、月300回を超える医療機関も存在した。

○ また、医師1人当たりの在宅患者訪問診療料算定回数が多いほど、高齢者施設等の患者に訪問診療を提供している割合が高かった。



平均値	25%tile	50%tile	75%tile
46.8回	3.7回	14.8回	45.6回



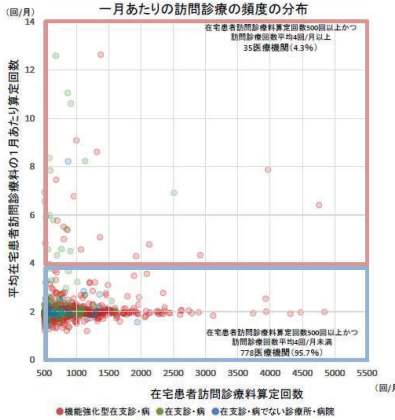
※ 非常勤医師は常勤換算で計上。
(1月あたりの在宅患者訪問診療料算定回数)=(令和4年5月～10月の算定回数)/6

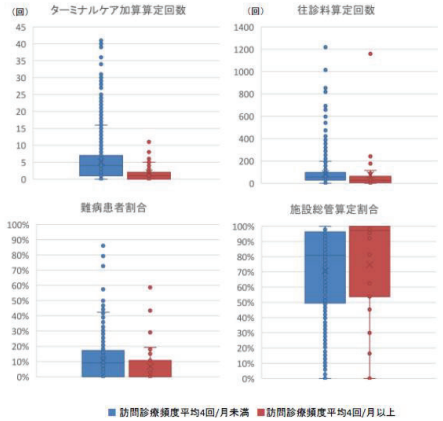
出典：令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査

医療機関ごとの在宅患者訪問診療料の算定回数と訪問診療の頻度

○ 在宅患者訪問診療料の算定回数が月500回以上の医療機関について、訪問診療の頻度（在宅患者訪問診療料の算定回数/算定件数）が平均4回/月を超える医療機関が一定数存在した。

○ 訪問診療の頻度が平均4回/月以上の医療機関は平均4回/月未満の医療機関と比較してターミナルケア加算及び往診料の算定回数が少なかった。



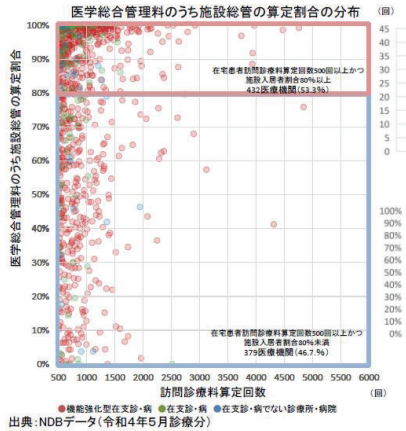


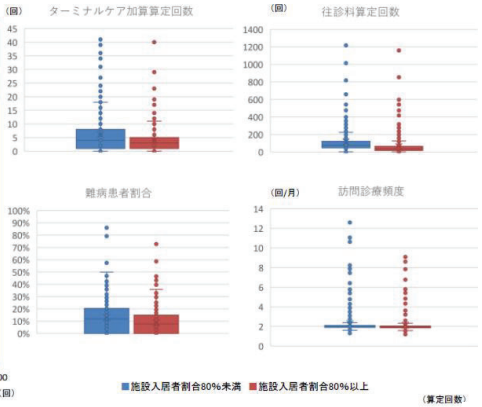
出典：NDBデータ（令和4年5月診療分）

医療機関ごとの在宅患者訪問診療料の算定回数と施設総管の算定割合

○ 訪問診療が月500件以上の医療機関について、医学総合管理料のうち、施設入居時等医学総合管理料の算定割合を見ると、在宅患者訪問診療料の算定回数が月1,000回以上の医療機関の多くは施設入居時等総合医学管理料の算定割合が80%以上であった。

○ 80%以上の群と80%未満の群で比較すると、80%以上群はターミナルケア加算の算定回数が少なく、往診の算定件数が少なかった。





出典：NDBデータ（令和4年5月診療分）

頻回訪問加算について

○ 頻回訪問加算を算定している一部の医療機関は多くの患者で頻回訪問加算を算定している。患者は悪性腫瘍以外の患者がほとんどであった。悪性腫瘍以外の患者については、3ヶ月以上連続で算定している患者の割合が高かった。

○ 頻回訪問加算新設時の議論においては、症状が重度化して診療頻度が増加した場合の評価を考えるべきとの指摘もあった。

【頻回訪問加算】　600点（以下の状態・疾患の患者に対して、月4回以上の訪問診療を実施した場合に月一回に限り算定する）

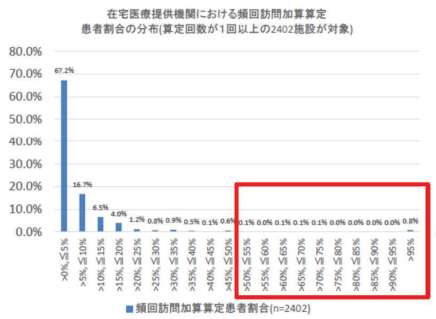
［対象患者］　①または②に該当する患者

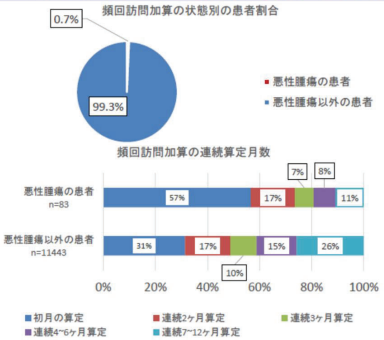
①末期の悪性腫瘍の患者

②以下のうち、2つの状態に該当する患者

（「ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態」及び「人工肛門又は人工膀胱を設置している状態」のみの組み合わせは除く）

在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅悪性腫瘍等患者指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理、在宅肺高血圧症患者指導管理又は在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者、ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態、人工肛門又は人工膀胱を設置している状態





出典：NDBデータ（令和4年4月～令和5年3月診療分）

患者の状態に応じた適切な在宅医療の提供の推進②

包括的支援加算の見直し

➢ 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、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三以上と認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢ以上に見直す（障害者支援区分についての変更は無い）とともに、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。

・包括的支援加算(在医総管・施設総管)　　150点（月1回）

現行	改定後
[対象患者] 以下のいずれかに該当する患者 (1) 要介護２以上に相当する患者 (2) 認知症高齢者の日常生活自立度でランクⅡb以上の患者 (3) 月４回以上の訪問看護を受ける患者 (4) 訪問診療時又は訪問看護時に、注射や処置を行っている患者 (5) 特定施設等の入居者の場合には、医師の指示を受けて、看護師が痰の吸引や経管栄養の管理等の処置を行っている患者 （新設） (6) 医師の指導管理のもと、家族等が処置を行っている患者等、関係機関等との連携のために特に重点的な支援が必要な患者	[対象患者] 以下のいずれかに該当する患者 (1) 要介護３以上に相当する患者 (2) 認知症高齢者の日常生活自立度でランクⅢ以上の患者 (3) 月４回以上の訪問看護を受ける患者 (4) 訪問診療時又は訪問看護時に、注射や処置を行っている患者 (5) 特定施設等の入居者の場合には、医師の指示を受けて、看護師が痰の吸引や経管栄養の管理等の処置を行っている患者 **(6) 麻薬の投薬を受けている患者** (7) 医師の指導管理のもと、家族等が処置を行っている患者等、関係機関等との連携のために特に重点的な支援が必要な患者

在宅における心不全の患者等への指導管理に係る評価の新設

在宅悪性腫瘍等患者指導管理料の見直し

➢ 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。

現行

【在宅悪性腫瘍等患者指導管理料】
1,500点

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。

※　注入ポンプ加算及び携帯型ディスポーサブル注入ポンプ加算の対象患者についても、同様の見直しを行う。

改定後

【在宅麻薬等注射指導管理料】

1　悪性腫瘍の場合　　1,500点
悪性腫瘍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。

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
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。

3　（新）心不全又は呼吸器疾患の場合　　1,500点
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。

【在宅悪性腫瘍化学療法注射指導管理料】　　1,500点
悪性腫瘍の患者に対して、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。

在宅強心剤持続投与指導管理料の新設（医療技術評価分科会を踏まえた対応）

（新）　在宅強心剤持続投与指導管理料　1,500点

［算定要件］　（主なもの）
・在宅強心剤持続投与指導管理料は、**循環血液量の補正のみでは心原性ショック（Killip 分類 class Ⅳ）からの離脱が困難な心不全の患者であって、安定した病状にある患者**に対して、携帯型ディスポーザブル注入ポンプ又は輸液ポンプを用いて強心剤の持続投与を行い、当該治療に関する指導管理を行った場合に算定。
・実施に当たっては、関係学会の定める診療に関する指針を遵守すること。
・当該指導管理料を算定する医師は、心不全の治療に関し、専門の知識並びに５年以上の経験を有する常勤の医師であること。

9．質の高い訪問診療・訪問看護の確保

（１）在宅医療

（２）訪問看護

質の高い訪問看護の確保

訪問看護の提供体制

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
・看護業務の負担軽減のための取組を行った場合を評価
・24時間対応に係る連絡体制の取扱いの見直し
※介護保険においても同様に対応

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
・訪問看護管理療養費を実績に応じた評価体系に見直し
・機能強化型１における専門の研修を受けた看護師の配置の要件化
・適切な感染管理の下での対応を評価
・オンライン請求及び領収証兼明細書の発行の推進

訪問看護ステーションにおける管理者の責務の明確化
※介護保険においても同様に対応

虐待防止措置及び身体的拘束等の適正化の推進
※介護保険においても同様に対応

賃上げに向けた評価の新設

利用者のニーズへの対応

緊急訪問看護加算の評価の見直し
・緊急訪問看護加算の要件及び評価の見直し

医療ニーズの高い利用者の退院支援の見直し
・長時間の訪問を要する者に対する指導を行った場合の加算の要件の見直し

母子に対する適切な訪問看護の推進
・ハイリスク妊産婦連携指導料の要件の見直し
・乳幼児加算の評価体系の見直し

医療DXへの対応を含む関係機関との連携強化

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

訪問看護医療DX情報活用加算の新設
・オンライン資格確認等システムを通じた情報の取得・活用した計画的な管理を評価。

ICTを活用した遠隔死亡診断の補助に対する評価の新設
・医療機関からの訪問看護における遠隔死亡診断補助を評価
※介護保険においても同様に対応

質の高い訪問看護の確保

＜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＞

○ 24時間対応体制加算の見直し

- 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。
- 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。（連絡相談担当について、保健師又は看護師以外の職員でも差し支えない。）

＜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＞

○ 訪問看護管理療養費の見直し**（月の初日の訪問の場合）**

- 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。
- 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。
- 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。

○ 訪問看護管理療養費の見直し**（月の２日目以降の訪問の場合）**

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。

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①

24時間対応体制加算の見直し①

➢ 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。

現行

【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】
［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、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。

改定後

【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】
［施設基準］
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。

（新）　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　6,800円
（新）　ロ　イ以外の場合　6,520円

（参考）24時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組

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

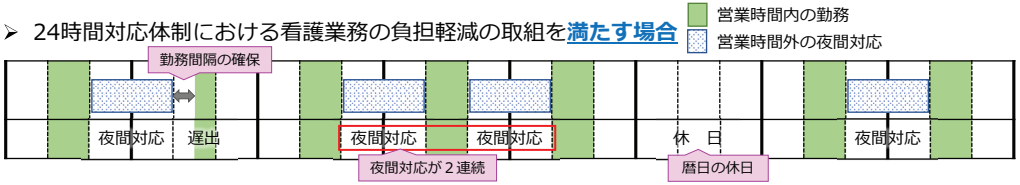
訪問看護ステーションにおける持続可能な24時間対応体制確保の推進②

24時間対応体制加算の見直し②

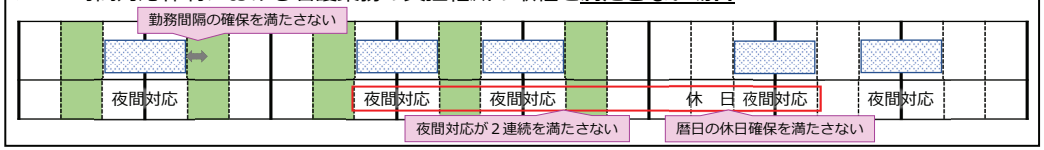
（参考）24時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組

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

➢ 24時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組を**満たす場合**



➢ 24時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組を**満たさない場合**



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③

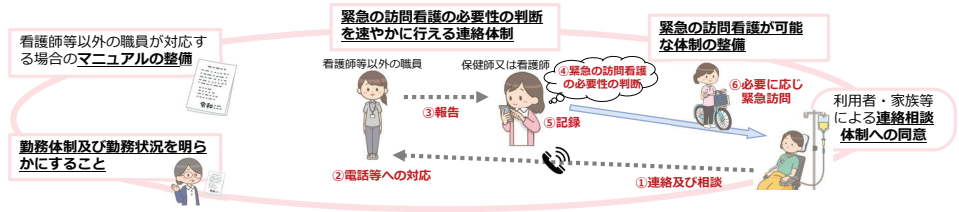
24時間対応体制加算の見直し③

➢ 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。

改定後

【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】
[届出基準通知]
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。**ただし、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。



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①

訪問看護管理療養費の見直し（月の初日の訪問の場合）

- 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。
- 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。
- 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。

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　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

[施設基準]
機能強化型訪問看護管理療養費１の基準
イ～ヘ　略
（新設）

改定後

【訪問看護管理療養費】
1　月の初日の訪問の場合
　イ　機能強化型訪問看護管理療養費１　13,230円
　ロ　機能強化型訪問看護管理療養費２　10,030円
　ハ　機能強化型訪問看護管理療養費３　8,700円
　ニ　イからハまで以外の場合　7,670円

[施設基準]
機能強化型訪問看護管理療養費１の基準
イ～ヘ　略
ト　専門の研修を受けた看護師が配置されていること。

[経過措置]
　令和６年３月31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看護ステーションについては、令和８年５月31日までの間に限り、当該基準に該当するものとみなす。

（参考）算定留意事項

第５　訪問看護管理療養費について
（新）　災害等が発生した場合においても、指定訪問看護の提供を中断させない、又は中断しても可能な限り短い期間で復旧させ、利用者に対する指定訪問看護の提供を継続的に実施できるよう業務継続計画を策定し必要な措置を講じていること。

（参考）機能強化型訪問看護ステーションの要件等

	機能強化型１	機能強化型２	機能強化型３
	ターミナルケアの実施や、重症児の受入れ等を積極的に行う手厚い体制を評価		地域の訪問看護の人材育成等の役割を評価
月の初日の額	13,230円	10,030円	8,700円
看護職員の数・割合	常勤７人以上（１人は常勤換算可）、６割以上	５人以上（１人は常勤換算可）、６割以上	４人以上、６割以上
24時間対応	24時間対応体制加算の届出 ＋ 休日、祝日等も含めた計画的な訪問看護の実施		
重症度の高い利用者の受入れ	別表７の利用者　月10人以上	別表７の利用者　月7人以上	別表７・８の利用者、精神科重症患者又は複数の訪看STが共同して訪問する利用者　月10人以上
ターミナルケアの実施、重症児の受入れ	以下のいずれか ・ターミナル　前年度20件以上 ・ターミナル　前年度15件以上 ＋　重症児　常時４人以上 ・重症児　常時６人以上	以下のいずれか ・ターミナル　前年度15件以上 ・ターミナル　前年度10件以上 ＋　重症児　常時３人以上 ・重症児　常時５人以上	
介護・障害サービスの計画作成	以下のいずれか ・居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置 ＋特に医療的な管理が必要な利用者の１割程度について、介護サービス等計画又は介護予防サービス計画を作成 ・特定相談支援事業所又は障害児相談支援事業所を同一敷地内に設置 ＋サービス等利用計画又は障害児支援利用計画の作成が必要な利用者の１割程度について、計画を作成		
地域における人材育成等	以下のいずれも満たす ・人材育成のための研修等の実施 ・地域の医療機関、訪問看護ステーション、住民等に対する情報提供又は相談の実績		以下のいずれも満たす ・地域の医療機関や訪看STを対象とした研修 年２回 ・地域の訪看STや住民等への情報提供・相談の実績 ・地域の医療機関の看護職員の一定期間の勤務実績
医療機関との共同			以下のいずれも満たす ・退院時共同指導の実績 ・併設医療機関以外の医師を主治医とする利用者が１割以上
専門の研修を受けた看護師の配置	専門の研修を受けた看護師が配置されていること	専門の研修を受けた看護師が配置されていること（望ましい）	

[経過措置]令和６年３月31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看護ステーションについては、令和８年５月31日までの間に限り、専門の研修を受けた看護師の配置に係る基準に該当するものとみなす。

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②

訪問看護管理療養費の見直し（月の２日目以降の訪問の場合）

- 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。

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）　3,000円

改定後

【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）
（新）　イ　訪問看護管理療養費１　3,000円
（新）　ロ　訪問看護管理療養費２　2,500円

[算定要件]
　指定訪問看護を行うにつき安全な提供体制が整備されている訪問看護ステーション（１のイ、ロ及びハ並びに２のイ及びロについては、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションに限る。）であって、利用者に対して訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っているものが、当該利用者に係る訪問看護計画書及び訪問看護報告書並びに精神科訪問看護計画書及び精神科訪問看護報告書を当該利用者の主治医（保険医療機関の保険医又は介護老人保健施設若しくは介護医療院の医師に限る。以下同じ。）に対して提出するとともに、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を継続して行った場合に、訪問の都度算定する。

[施設基準]
- **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７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40以下の利用者の数が月に５人以上であること。
- **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７割以上であること又は当該割合が７割未満であって上記のイ若しくはロのいずれにも該当しないこと。

[経過措置]
　令和６年３月31日時点にお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６年９月30日までの間に限り、訪問看護管理療養費１の基準に該当するものとみなす。

質の高い訪問看護の確保

＜緊急訪問看護加算の評価の見直し＞
　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。
（月14日目までと月15日目以降に点数を区分）

＜医療ニーズの高い利用者の退院支援の見直し＞
○ 退院支援指導加算の見直し
　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。
（退院日に複数回指導を行い、合計時間が90分超の場合も算定可能）

＜母子に対する適切な訪問看護の推進＞
○ ハイリスク妊産婦連携指導料の見直し
　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。
○ 乳幼児加算の見直し
　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。

＜虐待防止措置及び身体拘束等の適正化の推進＞
　訪問看護における身体的拘束等の適正化を推進する観点から、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。

緊急訪問看護加算の評価の見直し

緊急訪問看護加算の見直し

➢ 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。

現行

【緊急訪問看護加算（訪問看護基本療養費）】
[算定要件]
　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。

[算定要件]（抜粋）
（新規）

(4)　（略）
（新規）

改定後

【緊急訪問看護加算（訪問看護基本療養費）】
[算定要件]
　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。
（新）　イ　月14日目まで　　2,650円
（新）　ロ　月15日目以降　　2,000円

[算定要件]（抜粋）
(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。

※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療養費についても同様

医療ニーズの高い利用者の退院支援の見直し

退院支援指導加算の見直し

➢ 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。

現行

【退院支援指導加算（訪問看護管理療養費）】
[算定要件]
　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。

改定後

【退院支援指導加算（訪問看護管理療養費）】
[算定要件]
　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。

母子に対する適切な訪問看護の推進

ハイリスク妊産婦連携指導料の見直し

➢ 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。

現行

【ハイリスク妊産婦連携指導料１】
[算定要件]
　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）

改定後

【ハイリスク妊産婦連携指導料１】
[算定要件]
　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についても同様

乳幼児加算の見直し

➢ 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。

現行

【乳幼児加算（訪問看護基本療養費）】
[算定要件]
　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）

改定後

【乳幼児加算（訪問看護基本療養費）】
[算定要件]
　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**1,300円（別に厚生労働大臣が定める者に該当する場合にあっては、1,800円）**を所定額に加算する。
[施設基準]
　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

※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

訪問看護ステーションにおける管理者の責務の明確化

管理者の責務の明確化

➢ 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。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。

現行

【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】
（管理者）
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、又は同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとする。

改定後

【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】
（管理者）
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。

（参考）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
　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。
　イ・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（施設における勤務時間が極めて限られている場合を除く。）、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　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。

虐待防止措置及び身体的拘束等の適正化の推進

虐待防止措置及び身体的拘束等の適正化の推進

➢ 訪問看護における身体的拘束等の適正化を推進する観点から、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。

【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）

➢ 訪問看護における虐待防止措置を推進する観点から、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。

現行	改定後
【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】 （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	【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】 （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

[経過措置]
令和８年５月31日までの間、虐待の防止のための措置に関する事項を定めることについては努力義務とする。

質の高い訪問看護の確保

＜訪問看護指示書の記載事項及び様式の見直し＞
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、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。（指示書については、原則、主たる傷病名の傷病名コードを記載）

＜訪問看護医療DX情報活用加算の新設＞
指定訪問看護ステーション等において、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。

＜ICTを活用した遠隔死亡診断の補助に対する評価の新設＞
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。

＜医療保険と介護保険の訪問看護対象者のイメージ＞

訪問看護指示書の記載事項及び様式見直し

訪問看護指示書の見直し

➢ 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、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。

現行	改定後
【訪問看護指示料】 [算定要件] 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。	【訪問看護指示料】 [算定要件] 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　書
在宅患者訪問点滴注射指示書　（抜粋）

主たる傷病名	(1)	(2)	(3)

訪　問　看　護　指　示　書
在宅患者訪問点滴注射指示書　（抜粋）

主たる傷病名	(1)	(2)	(3)
傷病名コード			

精神科訪問看護指示料についても同様

訪問看護医療DX情報活用加算の新設

訪問看護医療DX情報活用加算

➢ 指定訪問看護ステーション等において、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　　50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、50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）医療DX推進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６年３月31日にお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７年５月31日までの間に限り、（３）の基準に該当するものとみなす。

※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・指導料についても同様

ICTを活用した遠隔死亡診断の補助に対する評価の新設

遠隔死亡診断補助加算の新設

➢ 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。

（新）　遠隔死亡診断補助加算　　150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、150点を所定点数に加算する。

[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。

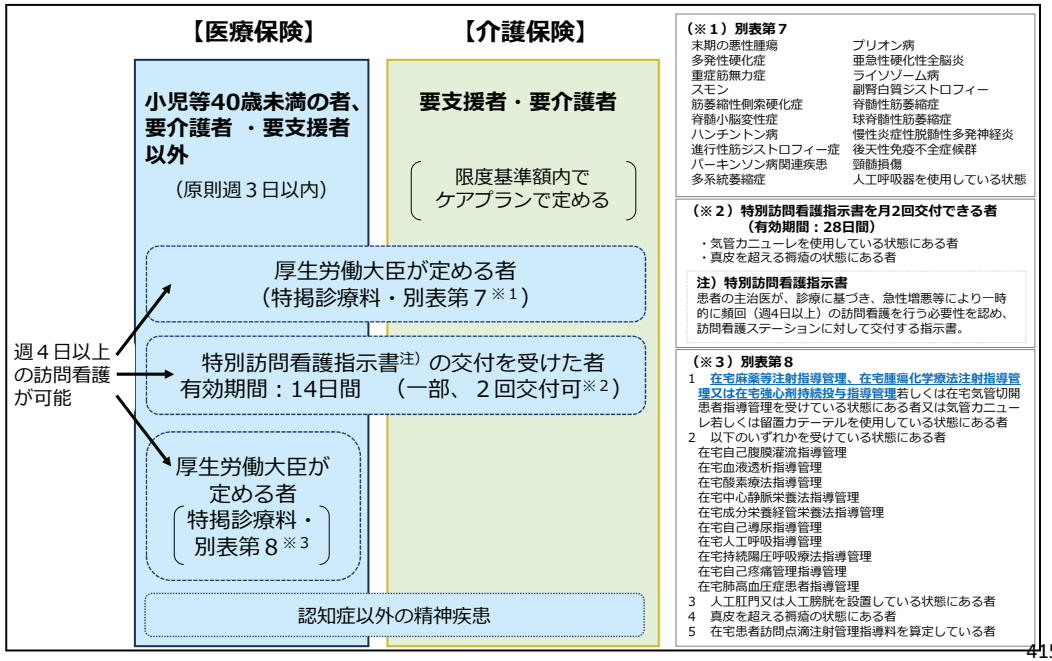
※同一建物居住者訪問看護・指導料についても同様

（参考）死亡診断加算（在宅患者訪問診療料）

➢ 介護保険の訪問看護において遠隔死亡診断補助加算が新設されることに伴い、死亡診断加算の要件を見直す。
Ｃ００１　在宅患者訪問診療料（Ｉ）
　　注８　死亡診断加算　　200点

以下の要件を満たしている場合であって、「情報通信機器（ＩＣＴ）を利用した死亡診断等ガイドライン（平成29年９月厚生労働省）」に基づき、ＩＣＴを利用した看護師との連携による死亡診断を行う場合には、往診又は訪問診療の際に死亡診断を行っていない場合でも、死亡診断加算のみを算定可能である。この場合、診療報酬明細書の摘要欄に、ＩＣＴを利用した看護師との連携による死亡診断を行った旨を記載すること。
ア　当該患者に対して定期的・計画的な訪問診療を行っていたこと。
イ　正当な理由のために、医師が直接対面での死亡診断等を行うまでに12 時間以上を要することが見込まれる状況であること。
ウ　特掲診療料の施設基準等の第四の四の三の三に規定する地域に居住している患者であって、連携する他の保険医療機関において区分番号「Ｃ００５」在宅患者訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算若しくは「Ｃ００５－１－２」同一建物居住者訪問看護・指導料の同一建物居住者ターミナルケア加算又は連携する訪問看護ステーションにおいて訪問看護ターミナルケア療養費**若しくは指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第19号）別表の指定居宅サービス介護給付費単位数表の３のイ、ロ及びハの注15に掲げるターミナルケア加算**を算定していること。

医療保険と介護保険の訪問看護対象者のイメージ



10. 救急医療

初期診療後の救急患者の転院搬送に対する評価

＜概要＞

1．**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**する場合の評価として、**救急患者連携搬送料**を新設する。

2．救急患者連携搬送料の新設に伴い、**急性期一般入院料１等における在宅復帰率**に関する施設基準について、**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を対象から除外**する。

初期診療後の救急患者の転院搬送に対する評価

救急患者連携搬送料の新設

➢ 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。

（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	1,800点
2	入院１日目の患者の場合	1,200点
3	入院２日目の患者の場合	800点
4	入院３日目の患者の場合	600点

[算定要件]
別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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。

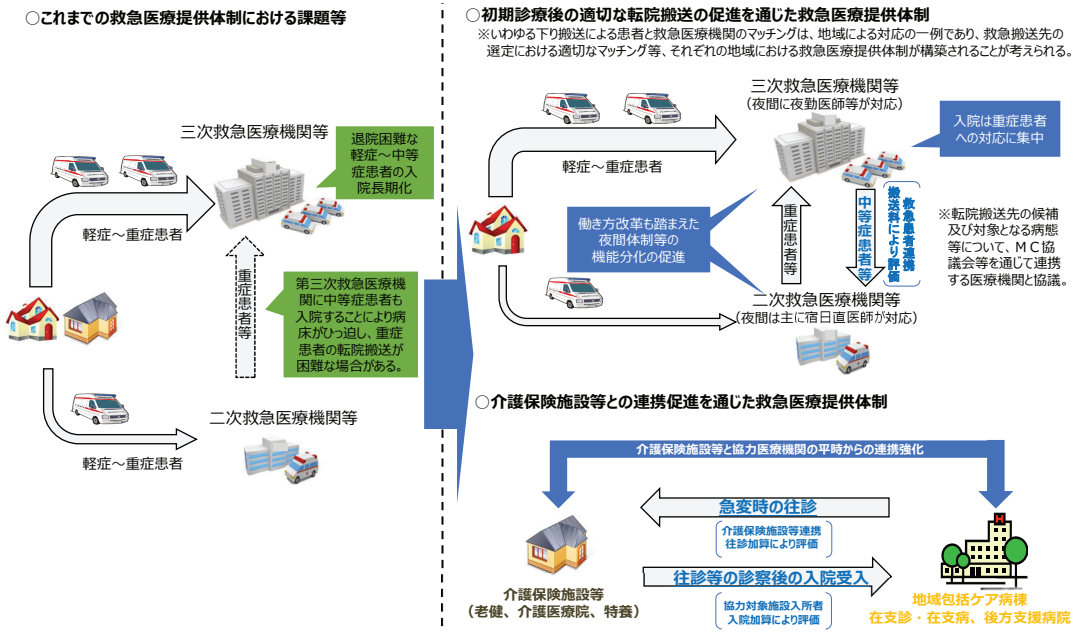
[施設基準]
（１）救急搬送について、相当の実績を有していること。
（２）救急患者の転院体制について、連携する他の保険医療機関等との間であらかじめ協議を行っていること。
（３）連携する他の保険医療機関へ搬送を行った患者の臨床経過について、転院搬送先の保険医療機関から診療情報の提供が可能な体制が整備されていること。
（４）連携する他の保険医療機関へ搬送した患者の病状の急変に備えた緊急の診療提供体制を確保していること。

急性期一般入院料１における在宅復帰率の基準の見直し

➢ 救急患者連携搬送料の新設に伴い、急性期一般入院料１等における在宅復帰率に関する施設基準について、救急患者連携搬送料を算定し他の保険医療機関※に転院した患者を対象から除外する。

※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。

高齢者等の救急搬送に対する評価の見直しを通じた救急医療提供体制のイメージ



救急医療管理加算の見直し

○ 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。

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５割を超える保険医療機関について、評価を見直す。

※過去６ヶ月間で救急医療管理加算２を算定した患者のうち、「その他の重症な状態」の割合が５割以上の場合は点数が420点から210点に減額

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（呼吸不全と心不全を別項目とする）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。

令和６年度改定前

救急医療管理加算の概要

A205　救急医療管理加算（１日につき／入院した日から7日間に限る）
1　救急医療管理加算1　1,050点
2　救急医療管理加算2　420点

【算定要件】（抜粋）
○ 救急医療管理加算1の対象となる患者は、ア～サ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重症患者の状態でなくても算定できる。
○ 救急医療管理加算2の対象となる患者は、アからサまでに準ずる重篤な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、入院時においてアからケまでに準ずる重篤な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アからケまでに準ずる重篤な状態でなくても算定できる。
○ 救急医療管理加算の算定に当たって、以下について診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
◆ アからサのうち該当する状態（加算2の場合は、アからサのうち準ずる状態又はシの状態のうち該当するもの）
◆ イ、ウ、オ、カ又はキを選択する場合は、それぞれのA入院時の状態に係る指標
◆ 当該重症な状態に対して、入院後3日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なもの
◆ イの状態に該当する場合はJCS 0の状態、ウの状態に該当する場合はNYHA1又はP/F比400以上の状態及びキの状態（気道熱傷及び顔面熱傷を除く。）に該当する場合はBurn IndexO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

ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態	カ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）	サ 蘇生術を必要とする重篤な状態
イ 意識障害又は昏睡	キ 広範囲熱傷	シ その他の重症な状態
ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態	ク 外傷、破傷風等で重篤な状態	
エ 急性薬物中毒	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	
オ ショック	コ 消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態	

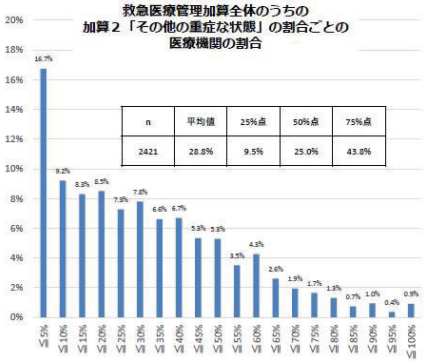
【施設基準】（抜粋）
（1） 休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っていると認められる次に掲げる保険医療機関であって、医療法第30 条の4の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている救急医療機関であること若しくは都道府県知事又は指定都市市長の指定する精神科救急医療施設であること。
ア 地域医療支援病院（医療法第4条第1項に規定する地域医療支援病院）
イ 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所
ウ 「救急医療対策の整備事業について」に規定された病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院
（2） 第二次救急医療施設として必要な診療機能及び専用病床を確保するとともに、診療体制として通常の当直体制のほかに重症救急患者の受入れに対応できる医師等を始めとする医療従事者を確保していること。
（3） 夜間又は休日において入院治療を必要とする重症患者に対して救急医療を提供する日を地域の行政部門、医師会等の医療関係者及び救急搬送機関等にあらかじめ周知していること。
（4） 施設基準に係る届出を行うこと。

救急搬送医療管理加算のうち「その他の重症な状態」の割合

○ 救急医療管理加算全体のうち「その他の重症な状態」を選択する割合については、半数の医療機関が25%以下であった一方で、50%を超える医療機関が18%あった。

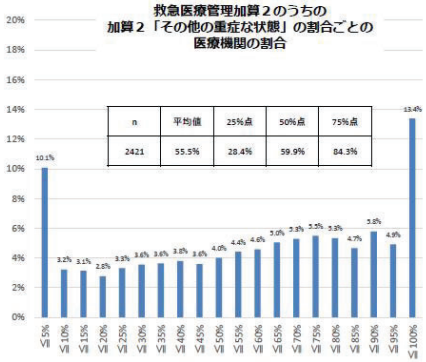
○ 救急医療管理加算2のうち「その他の重症な状態」を選択する割合については、95%以上である医療機関が13.4%あった。

救急医療管理加算全体のうちの加算２「その他の重症な状態」の割合ごとの医療機関の割合



n	平均値	25%点	50%点	75%点
2421	28.8%	9.5%	25.0%	43.8%

救急医療管理加算２のうちの加算２「その他の重症な状態」の割合ごとの医療機関の割合



n	平均値	25%点	50%点	75%点
2421	55.5%	28.4%	59.9%	84.3%

出典：DPCデータ（令和４年４月～令和５年３月）　※救急医療管理加算を100件以上入力している医療機関が対象。新型コロナにより入院した患者を除く。

救急医療管理加算の見直し

救急医療管理加算の見直し

➢ 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５割を超える保険医療機関について、評価を見直す。

現行

【救急医療管理加算】
［算定要件］
（略）緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者について、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。

改定後

【救急医療管理加算】
［算定要件］
（略）緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者について、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、救急医療管理加算２を算定する患者については、本文の規定にかかわらず、入院した日から起算して７日を限度として、210 点を所定点数に加算する。**
［ただし書きに規定する施設基準］
救急医療管理加算２を算定する患者のうち、５割以上が「その他の重症な状態」であること。

➢ 「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とともに、患者の状態について詳細を把握する観点から、患者の状態の分類等について見直しを行う。

現行

【救急医療管理加算】
［算定要件］
・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。
　ア、イ（略）
　ウ　呼吸不全又は心不全で重篤な状態
　エ～シ（略）
・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。
- 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

改定後

【救急医療管理加算】
［算定要件］
・救急医療管理加算１の対象となる患者は、別表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。**
　一、二（略）
　三　呼吸不全で重篤な状態　　四　心不全で重篤な状態
　五～十三（略）
・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。
- 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。ただし、酸素投与前の測定が困難である場合は、酸素投与後の値である旨及び酸素投与後の値並びにFiO2を記載すること。また、酸素投与前の測定が困難であって、かつ、別表の三に掲げる状態であってP/F比400以上の場合は、呼吸不全と判断する根拠となった理学的所見について記載すること。）**

P/F比400以上又はNYHA分類１度で救急医療管理加算１を算定する場合の傷病

○ 呼吸器疾患によりP/F比400以上の状態で救急医療管理加算1を算定したと考えられる患者の「緊急入院が必要である理由」には、「呼吸状態が今後増悪する可能性があるため」、「経過観察が必要なため」が含まれていた一方で、「SpO2低下のため」など通常はP/F比400以上に該当しないと考えられる理由も含まれていた。また、心疾患によりNYHA 1度の状態で救急医療管理加算1を算定したと考えられる患者の「緊急入院が必要である理由」には、「精査のため」が含まれていた。

呼吸器疾患により救急医療管理加算１を算定する患者のうちP/F比400以上とされている患者における傷病名及び緊急入院が必要である理由（n=122）

傷病名	患者数	割合
肺炎（細菌性、ウイルス性その他）	44	36.1%
気管支炎	30	24.6%
気胸	25	20.5%
気管支喘息	9	7.4%
間質性肺炎	3	2.5%
COPD	2	1.6%
インフルエンザ	2	1.6%
肺塞栓症	2	1.6%
過敏性肺炎	1	0.8%
緊張性気胸	1	0.8%
誤嚥性肺炎	1	0.8%
縦隔気腫	1	0.8%
膿胸	1	0.8%

緊急入院が必要である理由	患者数	割合
SpO2低下のため	30	24.6%
気胸で胸腔ドレナージが必要なため	15	12.3%
気胸で入院が必要なため	11	9.0%
肺炎で入院が必要なため	9	7.4%
呼吸状態が今後増悪する可能性があるため	8	6.6%
経過観察が必要なため	7	5.7%
食欲低下のため	6	4.9%
陥没呼吸があるため	5	4.1%
点滴治療が必要なため	5	4.1%
咳嗽症状のため	4	3.3%
咳嗽症状・中耳炎のため	2	1.6%
気管支炎で入院が必要なため	2	1.6%
呼吸苦のため	2	1.6%
詳細の記載なし	2	1.6%
肺性心のため	2	1.6%
喘息の治療が必要なため	2	1.6%
CRP高値のため	1	0.8%
けいれん・呼吸抑制のため	1	0.8%
ショックのため	1	0.8%
意識障害・食事摂取困難のため	1	0.8%
検査値異常のため	1	0.8%
腫瘍による上気道狭窄のため	1	0.8%
縦隔気腫のため	1	0.8%
膿胸で胸腔ドレナージが必要なため	1	0.8%
発熱・食欲低下のため	1	0.8%
喘鳴があるため	1	0.8%

心疾患により救急医療管理加算１を算定する患者のうちNYHA 1度とされている患者における傷病名及び緊急入院が必要である理由（n=20）

傷病名	患者数	割合
うっ血性心不全	5	25.0%
感染性心内膜炎	4	20.0%
心室性頻拍	3	15.0%
ＷＰＷ症候群	1	5.0%
右心不全	1	5.0%
狭心症の術後	1	5.0%
狭心症発作	1	5.0%
心疾患の疑い	1	5.0%
大動脈弁閉鎖不全症	1	5.0%
不安定狭心症	1	5.0%
不整脈の疑い	1	5.0%

緊急入院が必要である理由	患者数	割合
意識消失の精査のため	6	30.0%
心不全のため	3	15.0%
アブレーション治療の検討が必要なため	2	10.0%
感染性心内膜炎による意識障害・大動脈弁閉鎖不全のため	1	5.0%
感染性心内膜炎による塞栓症を疑うため	1	5.0%
胸部絞扼感のため	1	5.0%
緊急透析が必要なため	1	5.0%
血圧測定不能のため	1	5.0%
抗菌薬による治療が必要なため	1	5.0%
心室性頻拍のため	1	5.0%
心室性不整脈のため	1	5.0%
不安定狭心症のため	1	5.0%

出典：保険局医療課調べ（令和５年４月～９月審査データより抜粋）

11. 小児医療及び周産期医療

小児かかりつけ診療料の見直し

＜概要＞

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。
（初診の場合は11点、再診の場合は10点の点数引き上げ）

令和６年度改定前

小児科の外来診療の評価について

中医協　総－８
５．６．２１

	小児科外来診療料	小児かかりつけ診療料1	小児かかりつけ診療料2
点数	（1日につき） 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　初診時：599点、再診時：406点 2．1．以外の場合　初診時：716点、再診時：524点	（1日につき） 1．処方箋を交付する場合　初診時：641点、再診時：448点 2．処方箋を交付しない場合　初診時：758点、再診時：566点	（1日につき） 1．処方箋を交付する場合　初診時：630点、再診時：437点 2．処方箋を交付しない場合　初診時：747点、再診時：555点
包括範囲	下記以外は包括とする。 ・小児抗菌薬適正使用支援加算・機能強化加算 ・初診料、再診料及び外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算　・地域連携小児夜間・休日診療料　・夜間休日救急搬送医学管理料・診療情報提供料（Ⅱ）（Ⅲ）・院内トリアージ実施料・往診料	下記以外は包括とする。 ・小児抗菌薬適正使用支援加算・機能強化加算 ・初診料、再診料及び外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算　・地域連携小児夜間・休日診療料　・夜間休日救急搬送医学管理料・診療情報提供料（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）・電子的診療情報評価料・院内トリアージ実施料・往診料	
対象疾患	・入院中の患者以外の患者（6歳未満の乳幼児に限る）。（小児かかりつけ診療料を算定している患者、在宅療養指導管理料を算定している患者及びパリビズマブを投与している患者（投与当日に限る。）については、算定対象とならない。）	・当該保険医療機関を4回以上受診した未就学児（6歳以上の患者にあっては、6歳未満から小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る）の患者であって入院中の患者以外のもの。	
算定要件	・施設基準を満たす保険医療機関における入院中の患者以外の患者であって、6歳未満の全てのものを対象とする。また、対象患者に対する診療報酬の請求については、原則として小児科外来診療料により行うものとする。 等	・原則として1人の患者につき1か所の保険医療機関が算定する。 ・必要に応じた医療機関への紹介、乳幼児期に頻繁にみられる慢性疾患の指導、保護者からの健康相談への対応、予防接種の管理・指導等を行う。 等	
施設基準	小児科を標榜している医療機関であること。	①　小児科を標榜している医療機関であること。 ②　小児科又は小児外科を専任する常勤の医師が1名以上配置されていること。 ③　②の医師について、以下の要件のうち2つ以上に該当すること。 a.　市町村を実施主体とする乳幼児の健康診査を実施 b.　定期予防接種を実施 c.　過去1年間に15歳未満の超重症児又は準超重症児に対して在宅医療を提供 d.　幼稚園の園医又は保育所の嘱託医又は小学校若しくは中学校の学校医に就任	
施設基準（時間外要件）		時間外対応加算1又は2の届出を行っている保険医療機関であること。	次のいずれかを満たしていること。 ア　時間外対応加算3に係る届出を行っていること。 イ　在宅医当番医制等により、初期小児救急医療に参加し、休日又は夜間の診療を年6回以上の頻度で行っていること。

下線部は令和4年度診療報酬改定事項

5歳児健診のフォローアップ体制のイメージ（案）

第２回こども家庭審議会成育医療等分科会
令和５年11月22日　資料２

概要

○ 多くの市町村では、3歳児健診（法定健診）以降、就学時健診まで健診がない。乳幼児への切れ目のない母子保健の提供のため、社会性発達の評価、発達障害等のスクリーニング、健康増進を目的とした、5歳児健診の標準化・体制整備が必要。
（4～6歳児健診について、公費負担を実施している自治体は15%（令和3年度母子保健課調べ））

○ 特別な配慮が必要な児に対して早期介入を実施することで、保護者の課題への気づきや生活への適応が向上する可能性が指摘されており、5歳児健診により学童期の不登校発生数が減少したという研究結果もある。

○ 5歳児健診において所見が認められた場合に、必要な支援につなげる地域のフォローアップ体制が重要。

5歳児健診

今年度、研究班で健康診査票・問診票を作成し、関係団体に意見照会中。
今後、成育医療等分科会で議論。

問診・診察・評価

・情報集約（過去の健診結果、家庭環境、保育所情報等）
・発達等の評価
・困り感の把握
・保護者への説明　等

【健診に関わる職種の例】
小児科医師、保健師、心理職、保育士、教育職、作業療法士・運動指導士　等

専門相談

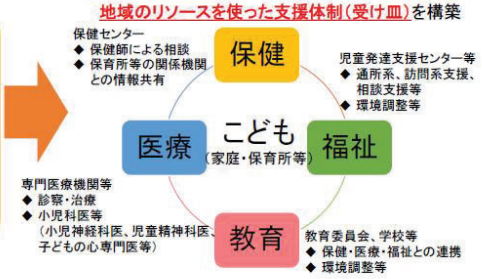
保護者との共有
・健診後の不安の傾聴
・保護者の気づきを促す
・多職種による助言

健診後カンファレンス

多職種による評価、支援の必要性の検討

地域のフォローアップ体制

地域のリソースを使った支援体制（受け皿）を構築



地域のフォローアップ体制に係る課題

○ 医療のキャパシティ強化 ⇒ 発達障害の診察ができる医師の養成、医療機関の体制強化。診療報酬についても別途検討

○ 福祉との連携強化 ⇒ 児童発達支援センターと母子保健の連携強化、福祉の支援体制強化（障害報酬を含む）

○ 教育との連携強化 ⇒ 保育園、幼稚園、学校等、教育委員会等との情報共有、保健・医療・福祉と連携した個別の支援・配慮

令和６年度診療報酬改定　Ⅲ－４－２　小児医療、周産期医療の充実－④等

小児かかりつけ診療料の見直し

小児かかりつけ診療料の見直し

➢ 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。

現行

【小児かかりつけ診療料】
1 小児かかりつけ診療料１
イ 処方箋を交付する場合
（1）初診時　641点　（2）再診時　448点
ロ 処方箋を交付しない場合
（1）初診時　758点　（2）再診時　566点

2 小児かかりつけ診療料２
イ 処方箋を交付する場合
（1）初診時　630点　（2）再診時　437点
ロ 処方箋を交付しない場合
（1）初診時　747点　（2）再診時　555点
[算定要件]（抜粋）
(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）
（新設）

（新設）
オ　（略）
[施設基準]
（略）

改定後

【小児かかりつけ診療料】
1 小児かかりつけ診療料１
イ 処方箋を交付する場合
（1）初診時　652点　（2）再診時　458点
ロ 処方箋を交付しない場合
（1）初診時　769点　（2）再診時　576点

2 小児かかりつけ診療料２
イ 処方箋を交付する場合
（1）初診時　641点　（2）再診時　447点
ロ 処方箋を交付しない場合
（1）初診時　758点　（2）再診時　565点
[算定要件]（抜粋）
(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　（略）
[施設基準]（抜粋）
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）

小児医療の充実

小児科外来診療料の評価の見直し

➢ 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、小児科外来診療料の評価を見直す。

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　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

改定後

【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　604点　　ロ 再診時　410点
2 １以外の場合
イ 初診時　721点　　ロ 再診時　528点

小児特定集中治療室管理料の見直し

➢ 臓器移植を行った小児の算定上限日数を延長する。

改定後	
15歳未満の小児	14日
15歳未満の小児のうち、 急性血液浄化（腹膜透析は除く。）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、心筋炎、心筋症　のいずれかに該当する患者	21日
15歳未満の小児のうち、臓器移植を行った（心臓、肺、肝臓に限る）を行った患者	30日
15歳未満の小児のうち、体外式心肺補助（ECMO）を必要とする状態の患者	35日
手術を必要とする先天性心疾患を有する新生児　※同一入院期間で新生児であった患者も含むものとする。	55日

小児抗菌薬適正使用支援加算の見直し

小児抗菌薬適正使用支援加算の見直し

➢ 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。

現行

【小児抗菌薬適正使用支援加算】
［算定要件］（抜粋）
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。

改定後

【小児抗菌薬適正使用支援加算】
［算定要件］（抜粋）
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。

（参考）耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算（令和４年度診療報酬改定において新設）

耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算　　80点

[算定要件]（概要）
急性気道感染症、急性中耳炎又は急性副鼻腔炎により受診した６歳未満の乳幼児に対して、耳鼻咽喉科処置を行った場合であって、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場合において、療養上必要な指導等を行い、文書により説明内容を提供した場合は、所定点数に加算する。

小児医療の充実

＜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＞

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。

＜小児特定疾患カウンセリング料の見直し＞

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（算定期間を４年間に延長及び初回の診療を重点評価）とともに、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。

＜小児緩和ケア診療加算の新設＞

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。

＜医療的ケア児（者）に対する入院前支援の評価の新設（再掲）＞

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、医療的ケア（児）入院前支援加算を新設する。

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

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

➢ 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。

(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）　14,539点

[対象患者]
以下のいずれかに該当する新生児
・体外式膜型人工肺を実施している状態
・腎代替療法（血液透析、腹膜透析等）を実施している状態
・交換輸血を実施している状態
・低体温療法を実施している状態
・人工呼吸器を使用している状態（出生時体重が七百五十グラム未満である場合に限る。）
・人工呼吸器を使用している状態であって、一酸化窒素吸入療法を実施している状態
・人工呼吸器を使用している状態であって、胸腔・腹腔ドレーン管理を実施している状態
・開胸手術、開頭手術、開腹手術等後に人工呼吸器を使用している状態
・新興感染症や先天性感染症等の感染症患者であって、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器を使用している状態
（合併症として発生した感染症は除く。）

[算定要件]（抜粋）
・　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７日を限度として、所定点数を算定する。

[施設基準]（概要）
○「Ａ３０２」の「１」新生児特定集中治療室管理料１又は「Ａ３０３」の「２」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。
○ 専任の医師が常時、当該治療室内に勤務していること。当該専任の医師に、新生児の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。
○ 当該治療室内の当該入院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。
○　当該治療室が次のアからウの基準を全て満たしていること。
ア 直近１年間の出生体重750グラム未満の新生児の新規入院患者数が４件以上であること。
イ 直近１年間の当該治療室に入院している患者について行った開胸手術、開頭手術、開腹手術、胸腔鏡下手術又は腹腔鏡下手術の年間実施件数が６件以上であること。
ウ 直近１年間経鼻的持続陽圧呼吸療法を除く人工呼吸管理を要する新規入院患者数が３０件以上であること。

小児特定疾患カウンセリング料の見直し

小児特定疾患カウンセリング料の見直し

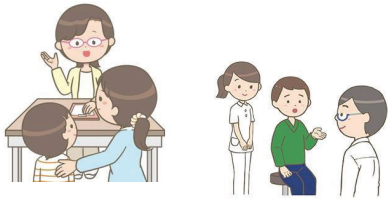
➢ 発達障害等、児童思春期の精神疾患の支援を充実する観点から、**小児特定疾患カウンセリング料について要件及び評価を見直す**とともに、**発達障害等を有する小児患者に対する情報通信機器を用いた医学管理について、新たな評価を行う。**

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) 月の１回目　500点
(2) 月の２回目　400点

ロ 公認心理師による場合　200点

[算定要件]（抜粋）
○２年を限度として月２回に限り算定する。



改定後

【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**　**800点**
(2) 初回のカウンセリングを行った日後**１年以内の期間**に行った場合
① 月の１回目 600点　**② 月の２回目 500点**
(3) 初回のカウンセリングを行った日から起算して**２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 500点　**② 月の２回目 400点**
(4) 初回のカウンセリングを行った日から起算して**４年以内の期間**に行った場合((2)及び(3)の場合を除く。)　**400点**

ロ 公認心理師による場合　200点

[算定要件]（抜粋）
(1) 初回のカウンセリングを行った日から起算して、**２年以内の期間においては月２回に限り、２年を超える期間においては、４年を限度として、月１回に限り**、算定する。
(2) 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又は　(4)の所定点数に代えて、それぞれ696点、522点若しくは435点、435点若しくは348点又は 348点を算定する。**

小児緩和ケア診療加算の新設

小児緩和ケア診療加算の新設

➢ 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。

（新）　小児緩和ケア診療加算　700点

[算定要件]（抜粋）
○　小児緩和ケア診療加算は、一般病床に入院する悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群又は末期心不全の15歳未満の小児患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者に対して、当該患者又は家族等の同意に基づき、症状緩和に係るチーム（以下「小児緩和ケアチーム」という。）による診療が行われた場合に算定する。
○　**未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。
○　小児緩和ケアチームは、必要に応じて家族等に対してもケアを行うこと。

[施設基準]（抜粋）
○　当該保険医療機関内に、以下から構成される小児緩和ケアに係るチーム（以下「小児緩和ケアチーム」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
オ 小児科の診療に従事した経験を３年以上有している専任の常勤医師
カ 小児患者の看護に従事した経験を３年以上有している専任の常勤看護師

ア又はイの医師が小児科の診療に従事した経験を３年以上有する場合は、オの要件は満たしていることとする。ウの看護師が小児患者の看護に従事した経験を３年以上有している場合は、カを満たしていることとする。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。

小児個別栄養管理加算の新設

（新）　小児個別栄養管理加算　70点

[算定要件]（概要）
小児緩和ケアチームに管理栄養士が参加し、個別の患者の症状や希望に応じた栄養食事管理を行った場合に算定する。

医療的ケア児（者）に対する入院前支援の評価の新設（再掲）

医療的ケア児（者）に対する入院前支援の評価の新設

➢ 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。

（新）　医療的ケア児（者）入院前支援加算　1,000点

[対象患者]
医療的ケア判定スコア16点以上の医療的ケア児（者）

[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、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（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）及び第３節の特定入院料のうち、医療的ケア児（者）入院前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り、当該保険医療機関の入院期間が通算30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１回に限り**、入院初日に限り所定点数に加算する。
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、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、所定点数に代えて、500点を所定点数に加算する。**
３ 区分番号Ａ２４６の注７に掲げる入院時支援加算は別に算定できない。

[施設基準]
（１）**直近１年間の医療的ケア判定スコア16点以上の医療的ケア児（者）の入院患者数が10件以上**であること。
（２）令和７年５月31日までの間に限り、（１）の基準を満たしているものとする。

小児医療の充実

＜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＞

○ 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があることから、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。

○ 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**等、環境整備に配慮すること。

＜小児入院医療管理料における複数名の保育士配置の評価＞

○ **小児入院医療管理料の注２及び注４の加算**について、**保育士を複数名配置**している場合の評価を新設する。

○ **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。

○ **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。

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

小児入院医療管理料３の見直し

- 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があることから、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。
- 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**等、環境整備に配慮すること。

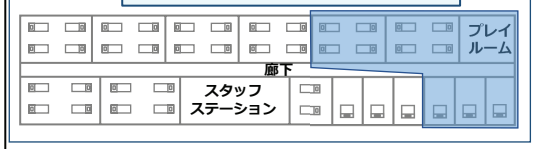
現行

【小児入院医療管理料】
［施設基準］（概要）
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）

改定後

【小児入院医療管理料】
［施設基準］（概要）
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２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３人以上配置していることが望ましい**。

区域特定（ゾーニング）のイメージ



子どもの成長・発達及び希望により付き添う家族等に配慮した小児入院医療体制の確保

小児入院医療管理料における複数名の保育士配置の評価

- 小児入院医療管理料の注２及び注４の加算について、保育士を複数名配置している場合の評価を新設する。

現行

【小児入院医療管理料】
［算定要件］（概要）
注２　１日につき100点を所定点数に加算する。

注４　重症児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。

改定後

【小児入院医療管理料】
［算定要件］（概要）
注２　ア　保育士１名の場合　100点
　　イ　保育士２名以上の場合　180点
注４　ア　重症児受入体制加算１　200点
　　イ　重症児受入体制加算２　280点

小児入院医療管理料における看護補助者の配置の評価

- 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）　151点

[算定要件]
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について、入院した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。
[施設基準]
（１）看護補助者が30:1以上配置されていること。　（２）夜勤を行う看護補助者が75:1以上配置されていること。
（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）　156点

[算定要件]※看護補助加算と同様
[施設基準]
（１）看護補助者が30:1以上配置されていること。（２）夜勤を行う看護補助者が75:1以上配置されていること。
（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。

付き添う環境への配慮

- 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。

小児医療の充実

＜入退院支援加算３の見直し＞

○ **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。**

○ **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。**

＜不適切な養育等が疑われる患者に対する支援体制の評価＞

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、精神科養育支援体制加算を新設する。

入退院支援加算３の見直し

入退院支援加算３の見直し

- 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。

現行

【入退院支援加算３】
［算定要件］（概要）
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。（略）

改定後

【入退院支援加算３】
［算定要件］（概要）
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。（略）

- 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。

現行

【入退院支援加算３】
［施設基準］（概要）
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。（略）

改定後

【入退院支援加算３】
［施設基準］（概要）
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る。**）及び専従の社会福祉士が配置されていること。（略）

令和６年度診療報酬改定　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－⑯

不適切な養育等が疑われる患者に対する支援体制の評価

精神科養育支援体制加算の新設

➢ 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。

（新）　精神科養育支援体制加算　300点（入院初日）

［対象患者］
・**児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟に入院している患者。**

［算定要件］
・当該病棟に入院している患者について、入院初日に限り加算する。

［施設基準］　（概要）
（１）以下から構成される虐待等不適切な養育が疑われる20歳未満の精神疾患を有する患者への支援を行う**「精神科養育支援チーム」**が設置されていること
　ア　小児医療及び児童・思春期の精神医療に関する十分な経験を有する専任の常勤精神保健指定医
　イ　20歳未満の精神疾患を有する患者の看護に従事する専任の常勤看護師
　ウ　20歳未満の精神疾患を有する患者の支援に係る経験を有する専任の常勤精神保健福祉士
　エ　20歳未満の精神疾患を有する患者の支援に係る経験を有する専任の常勤公認心理師
（２）養育支援チームの業務
　ア　養育支援に関するプロトコルの整備及び定期的なプロトコルの見直し。
　イ　虐待等不適切な養育が疑われる20歳未満の精神疾患を有する患者が発見された場合に、院内からの相談に対応。
　ウ　主治医及び多職種と十分な連携をとって養育支援を行う。
　エ　虐待等不適切な養育が疑われた症例を把握・分析し、養育支援の体制確保のために必要な対策を推進。
　オ　精神科養育支援体制を確保するための職員研修を企画・実施すること。当該研修は精神科養育支援の基本方針について職員に周知徹底を図ることを目的とするものであり、年２回程度実施されていること。
（３）（１）のウ及びエを構成する精神保健福祉士及び公認心理師については、児童・思春期精神科入院医療管理料における専従の常勤の精神保健福祉士及び常勤の公認心理師との兼任は可能である。
（４）（２）のイ及びウの業務を実施する医師は、虐待等不適切な養育が疑われる20歳未満の精神疾患を有する患者の診療を担当する医師と重複がないよう配置を工夫すること。

周産期医療の充実

＜母体・胎児集中治療室管理料の見直し＞
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。（宿日直による対応も可能であることの明確化等）

＜ハイリスク妊娠管理加算の見直し＞
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、22週から32週未満である早産の患者であることを明確化する。

令和６年度診療報酬改定　Ⅲ－４－２　小児医療、周産期医療の充実－⑪⑫

周産期医療の充実

母体・胎児集中治療室管理料の見直し

➢ 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。

現行

【母体・胎児集中治療室管理料】
［施設基準］　（抜粋）
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。
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

改定後

【母体・胎児集中治療室管理料】
［施設基準］（抜粋）
ア　（略）
イ　以下のいずれかを満たすこと。
① 専任の医師が常時、母体・胎児集中治療室内に勤務していること。**当該専任の医師は、宿日直を行う医師ではないこと。**ただし、患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない。なお、当該治療室勤務の医師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での勤務及び宿日直を併せて行わないものとすること。
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２名以上当該保険医療機関内に勤務していること。そのうち１名は専任の医師とし、当該治療室で診療が必要な際に速やかに対応できる体制をとること。**なお、当該医師は当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での勤務及び宿日直を併せて行わないものとすること。
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。）
ケ「Ａ２３４」に掲げる医療安全対策加算１の届出を行っていること。

改定後の医師の配置イメージ

①専任の医師（宿日直を行う医師ではない）が常時、母体・胎児集中治療室内に勤務していること。
外来　一般病棟　別の医師が対応
MFICU　常時治療室内常駐医師**（宿日直を行う医師ではない）**

②医療機関内に産科医師が**2名いること**（宿日直を行う医師を含む）。1名は治療室専任とする。
外来　一般病棟　**院内にいる**産科医が対応
MFICU　専任の医師**（宿日直を行う医師を含む）**

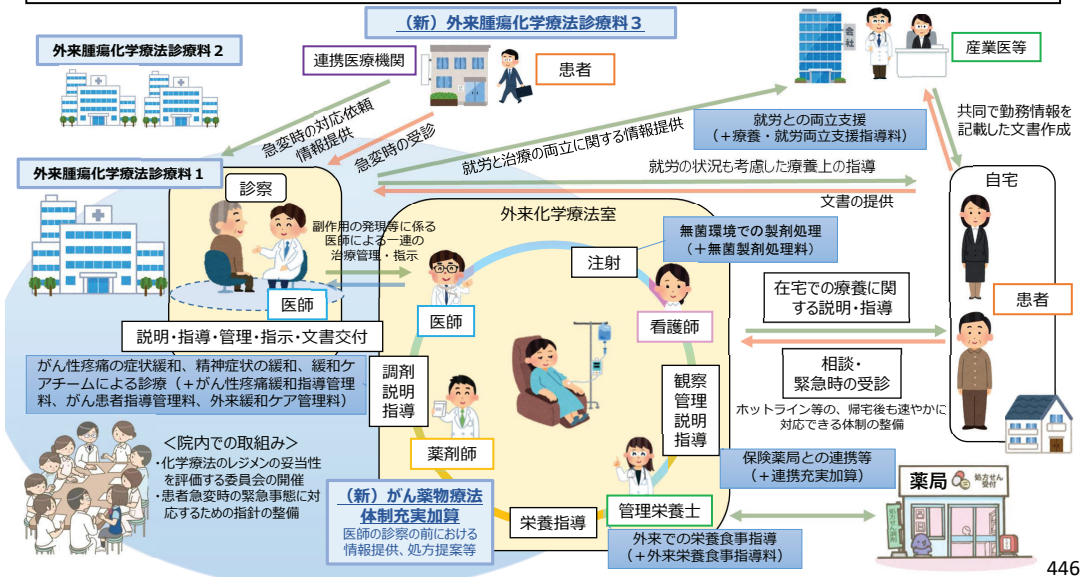
ハイリスク妊娠管理加算の見直し

➢ 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、22週から32週未満である早産の患者であることを明確化する。

12. がん医療及び緩和ケア

外来腫瘍化学療法の普及・推進（イメージ）

➢ 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。



外来腫瘍化学療法診療料の見直し

＜外来腫瘍化学療法診療料の見直し＞

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（抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、「初回から３回目まで」と「４回目以降」の区分設定）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。

＜外来腫瘍化学療法診療料３の新設＞

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１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設する。

＜外来腫瘍化学療法診療料１の施設基準の見直し＞

外来腫瘍化学療法診療料１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、要件及び評価を見直す。

外来腫瘍化学療法診療料の見直し①

外来腫瘍化学療法診療料の見直し

➢ 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。

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　700点
（新設）
（新設）
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
（新設）
（新設）
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）

（新設）

改定後

【外来腫瘍化学療法】
1　外来腫瘍化学療法診療料１
イ　抗悪性腫瘍剤を投与した場合
(1)　初回から３回目まで　800点
(2)　４回目以降　450点
ロ　イ以外の必要な治療管理を行った場合　350点
2　外来腫瘍化学療法診療料２
イ　抗悪性腫瘍剤を投与した場合
(1)　初回から３回目まで　600点
(2)　４回目以降　320点
ロ　イ以外の必要な治療管理を行った場合　220点
3　外来腫瘍化学療法診療料３
イ　抗悪性腫瘍剤を投与した場合
(1)　初回から３回目まで　540点
(2)　４回目以降　280点
ロ　イ以外の必要な治療管理を行った場合　180点

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 100 点を所定点数に加算する。

外来腫瘍化学療法診療料の見直し②（外来腫瘍化学療法診療料３（その１））

外来腫瘍化学療法診療料３の新設

➢ 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１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設する。

（新）　外来腫瘍化学療法診療料３
イ　抗悪性腫瘍剤を投与した場合
(1) 初回から３回目まで　540点
(2) ４回目以降　280点
ロ　イ以外の必要な治療管理を行った場合　180点

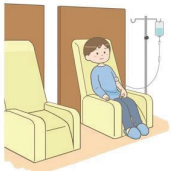
【算定要件】
（１）　外来腫瘍化学療法診療料は、入院中の患者以外の悪性腫瘍を主病とする患者に対して、患者の同意を得た上で、化学療法の経験を有する医師、化学療法に従事した経験を有する専任の看護師及び化学療法に係る調剤の経験を有する専任の薬剤師が必要に応じてその他の職種と共同して、注射による外来化学療法の実施その他の必要な治療管理を行った場合に算定する。
（２）　「１」の「イ」の(１)、「２」の「イ」の(１)又は「３」の「イ」の(１)に規定する点数は、月の初日から起算して、抗悪性腫瘍剤を１回目に投与した日から３回目に投与した日に算定し、「１」の「イ」の(２)、「２」の「イ」(２)又「３」の「イ」の(２)に規定する点数は、月の初日から起算して、抗悪性腫瘍剤を４回目以降に投与した日に算定する。
（３）　「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、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。
また、外来腫瘍化学療法診療料３の届出を行っている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、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保険医療機関を緊急的な副作用等で受診した場合には、「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（電子媒体を含む。）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。
（４）～（７）　（略）
（８）　外来腫瘍化学療法診療料３の届出を行う医療機関は、外来腫瘍化学療法診療料１の届出を行っている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。
（９）、（10）　（略）

外来腫瘍化学療法診療料の見直し②（外来腫瘍化学療法診療料３（その２））

外来腫瘍化学療法診療料３の新設

➢ 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１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設する。

（新）　外来腫瘍化学療法診療料３
イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合
(1) 初回から３回目まで　540点
(2) ４回目以降　280点
ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合　180点



【施設基準】
(1)　外来腫瘍化学療法診療料１の施設基準のうち、(1)、(6)、(11)及び(12)を満たしていること。
(2)　外来腫瘍化学療法診療料２の施設基準のうち、(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。**
(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。ただし、ホームページ等を有しない保険医療機関については、この限りではない。
(5)　**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。**
(6)　令和７年５月31日までの間に限り、(４)の基準を満たしているものとする。

＜外来腫瘍化学療法診療料１の施設基準（抜粋）＞
(1) 外来化学療法を実施するための専用のベッド（点滴注射による化学療法を実施するに適したリクライニングシート等を含む。）を有する治療室を保有していること。なお、外来化学療法を実施している間は、当該治療室を外来化学療法その他の点滴注射（輸血を含む。）以外の目的で使用することは認められないものであること。
(6) 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制が確保されていること又は他の保険医療機関との連携により緊急時に当該患者が入院できる体制が整備されていること。
(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。
(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。
＜外来腫瘍化学療法診療料２の施設基準（抜粋）＞
(2) 化学療法の経験を有する専任の看護師が化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務していること。
(3) 当該化学療法につき専任の常勤薬剤師が勤務していること。

外来腫瘍化学療法診療料の見直し③（外来腫瘍化学療法診療料１）

外来腫瘍化学療法診療料１の施設基準の見直し

➢ 外来腫瘍化学療法診療料１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。

現行

【外来腫瘍化学療法診療料１】
［施設基準］
（1）～（7）（略）
（新設）

改定後

【外来腫瘍化学療法診療料１】
［施設基準］
（1）～（7）（略）
（8）区分番号「B001」の「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。
（9）区分番号「B001」の「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。
（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
（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。
（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。
（13）外来腫瘍化学療法診療料３の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、連携する保険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、連携する保険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。
（15）（13)及び(14)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。ただし、ホームページ等を有しない保険医療機関については、この限りではない。

＜外来腫瘍化学療法診療料１の施設基準（抜粋）＞
(2) 化学療法の経験を５年以上有する専任の常勤医師が勤務していること。
(5) 専任の医師、看護師又は薬剤師が院内に常時１人以上配置され、本診療料を算定している患者から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が整備されていること。
(6) 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制が確保されていること又は他の保険医療機関との連携により緊急時に当該患者が入院できる体制が整備されていること。
(7) 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、承認する委員会を開催していること。
当該委員会は、化学療法に携わる各診療科の医師の代表者（代表者数は、複数診療科の場合は、それぞれの診療科で１名以上（１診療科の場合は、２名以上）の代表者であること。）、業務に携わる看護師、薬剤師及び必要に応じてその他の職種から構成されるもので、少なくとも年１回開催されるものとする。

外来腫瘍化学療法診療料の見直し

＜がん薬物療法体制充実加算の新設＞
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、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収集・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について、がん薬物療法体制充実加算を新設する。

在宅医療におけるICTを用いた連携の推進（再掲）

がん性疼痛緩和指導管理料及びがん拠点病院加算の見直し

＜難治性がん性疼痛緩和指導管理加算の新設＞
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ける、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。

＜がん拠点病院加算の見直し＞
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。

外来腫瘍化学療法診療料の見直し④（がん薬物療法体制充実加算）

がん薬物療法体制充実加算の新設

➢ 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、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収集・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　100点（月１回に限り）

［算定要件］
外来腫瘍化学療法診療料１のイの（1）を算定する患者に対して、当該保険医療機関の医師の指示に基づき薬剤師が、服薬状況、副作用の有無等の情報の収集及び評価を行い、医師の診察前に情報提供や処方の提案等を行った場合に月に１回に限り所定点数に加算する。

［施設基準］
（１）化学療法に係る調剤の経験を５年以上有しており、40時間以上のがんに係る適切な研修を修了し、がん患者に対する薬剤管理指導の実績を50症例（複数のがん種であることが望ましい。）以上有する専任の常勤薬剤師が配置されていること。
（２）患者の希望に応じて、患者の心理状況及びプライバシーに十分配慮した構造の個室を使用できるように備えていること。
（３）薬剤師が、医師の診察前に患者から服薬状況、副作用等の情報収集及び評価を実施し、情報提供や処方提案等を行った上で、医師がそれを踏まえて、より適切な診療方針を立てることができる体制が整備されていること。

※副作用等情報や処方提案等について、薬剤師が「医師の診察前」に共有することで円滑に当日の処方や指示に反映させることができる
※医師の診察にかかる時間を短縮できる

来院・採血
↓ 診察前の時間を活用
薬剤師の面談
・**患者情報の収集・評価及び医師との情報共有**
（服薬状況、副作用の有無等）
-患者から聴取した情報
-薬局から提供された情報
-自宅での体調変化等を記録した文書（患者日誌等）による情報
・**診察前の処方提案**
（投与量の変更、支持療法に係る薬剤等）
↓
医師の診察
↓
外来化学療法室で抗悪性腫瘍剤投与

在宅医療におけるICTを用いた連携の推進②（再掲）

在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料の新設

➢ 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　200点

［算定要件］
- 過去30日以内に在宅医療情報連携加算を算定している末期の悪性腫瘍の患者に対し、**医療関係職種等が、当該患者の人生の最終段階における医療・ケアに関する情報について、当該患者の計画的な医学管理を行う医師が常に確認できるように記録している場合**であって、当該患者の病状の急変時等に、当該医師が当該患者の**人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を活用して患家において、当該患者及びその家族等に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。
- 在宅で療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者に対して診療等を行う医師は、療養上の必要な指導を行うにあたり、活用された当該患者の人生の最終段階における医療・ケアに関する情報について、**当該情報を記録した者の氏名、記録された日、取得した情報の要点及び患者に行った指導の要点**を診療録に記載すること。

緩和ケア病棟緊急入院初期加算の要件緩和

➢ 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。

現行	改定後
【緩和ケア病棟緊急入院初期加算】 ［算定要件(該当部分概要)］ 緩和ケア病棟緊急入院初期加算は、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。	【緩和ケア病棟緊急入院初期加算】 ［算定要件(該当部分概要)］ 緩和ケア病棟緊急入院初期加算は、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。**

がん性疼痛緩和指導管理料及びがん拠点病院加算の見直し

難治性がん性疼痛緩和指導管理加算の新設

➢ 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ける、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。

現行	改定後
【がん性疼痛緩和指導管理料】 ［算定要件］ （新設） ［施設基準］ （新設）	【がん性疼痛緩和指導管理料】 ［算定要件］ **注２　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１回に限り所定点数に100点を加算する。** ［施設基準］ **次に掲げる基準を全て満たしていること。** **（１）「Ｍ００１の２」高エネルギー放射線治療の届出を行っていること。** **（２）「Ｌ１０１」に掲げる神経ブロック（神経破壊剤、高周波凝固法又はパルス高周波法使用）を年間合計10例以上実施していること。** **（３）がん性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がん患者に提供できる体制について、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページに掲示していること。**

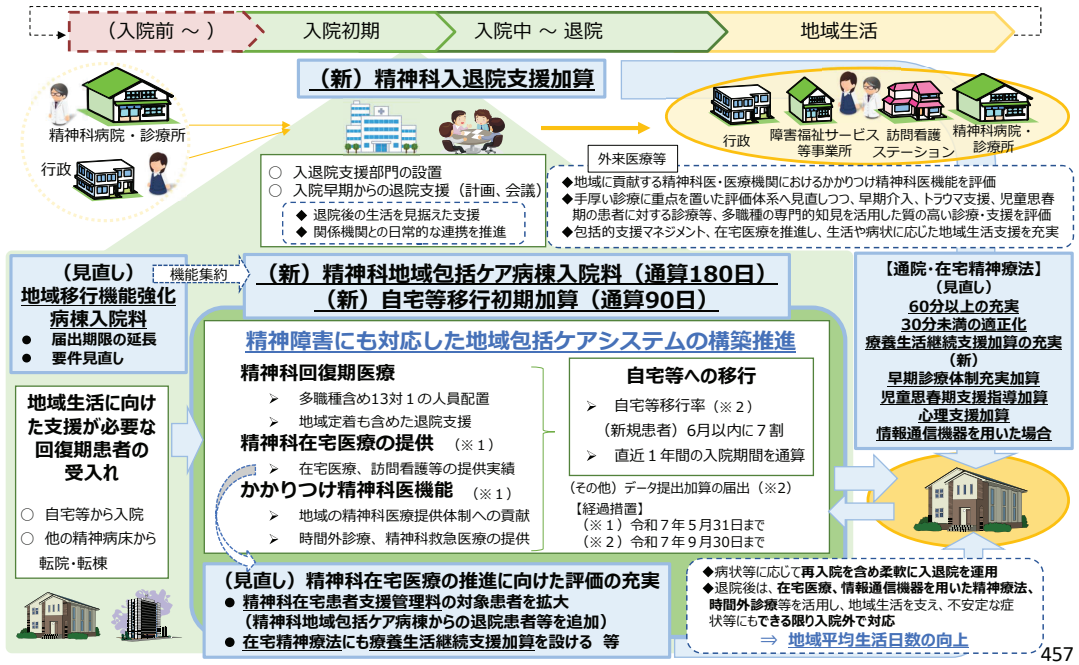
がん拠点病院加算の見直し

➢ 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。

現行	改定後
【がん拠点病院加算】 ［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、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、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。	【がん拠点病院加算】 ［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、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、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。**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、１のイ又はロの当該加算の点数に代えて、それぞれ300点又は100点を所定点数に加算する。** ［ただし書きに規定する施設基準］ **都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院又は地域がん診療拠点病院の特例型に指定されている保険医療機関であること。**

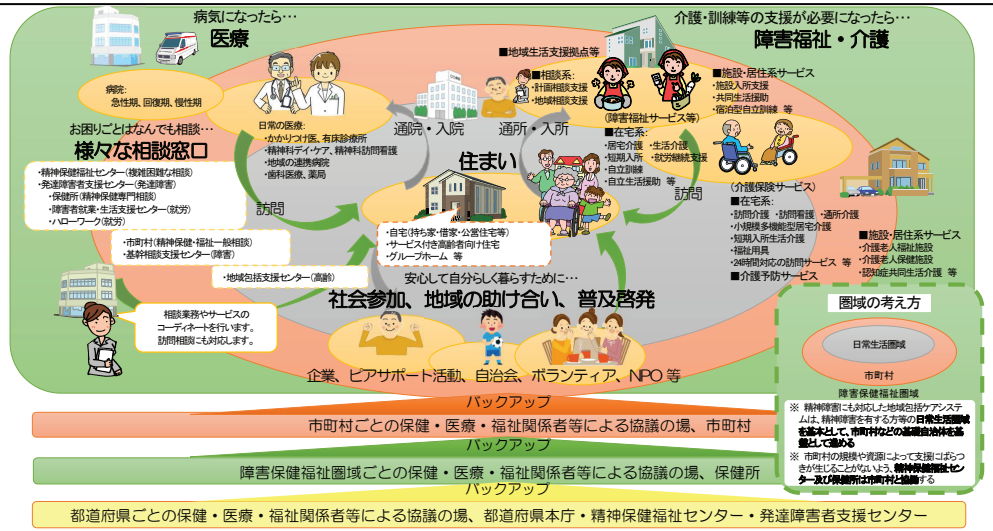
13. 精神医療

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（イメージ）



（参考）精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（イメージ）

- 精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労など）、地域の助け合い、普及啓発（教育など）が包括的に確保された精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を目指す必要があり、同システムは地域共生社会の実現に向かっていく上では欠かせないものである。
- このような精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にあたっては、計画的に地域の基盤を整備するとともに、市町村や障害福祉・介護事業者が、精神障害の有無や程度によらず地域生活に関する相談に対応できるように、市町村ごとの保健・医療・福祉関係者等による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、当事者・ピアサポーター、家族、居住支援関係者などとの重層的な連携による支援体制を構築していくことが必要。



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

＜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＞

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として、精神科地域包括ケア病棟入院料を新設する。

［算定要件］

○ 精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料を算定した期間と通算して180日を限度として、所定点数（１日につき1,535点）を算定する。

○ 精神病棟入院基本料（15対1、18対1、20対1）、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料を届け出ている病棟から、この新病棟への転棟は、患者１人につき１回に限る。

等

［施設基準］

○ 当該病棟の入院患者のうち７割以上が入院日から起算して６月以内に退院し、自宅等へ移行すること。

等

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

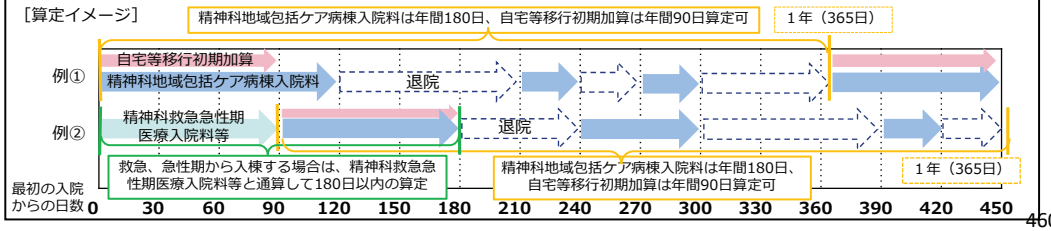
- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に向けた重点的な支援を提供する精神病棟について、新たな評価を行う。

（新）　精神科地域包括ケア病棟入院料　　1,535点（１日につき）
自宅等移行初期加算　　100点（１日につき）

［算定要件］（概要）

（１）精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料を算定した期間と通算して180日を限度として、所定点数を算定する。
（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90日間に限り、自宅等移行初期加算として、100点を加算する。
（３）過去１年以内に、精神科地域包括ケア病棟入院料又は自宅等移行初期加算を算定した患者については、期間の計算に当たって、直近１年間の算定期間（算定した日数）を180日又は90日に通算する。
（４）精神病棟入院基本料（15対１、18対１、20対１）、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料、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１回に限る。
（５）当該病棟の入院患者に対しては、主治医が病状の評価に基づいた診療計画を作成し、適切な治療を実施するとともに、医師、看護職員、薬剤師、作業療法士、精神保健福祉士、公認心理師等の多職種が共同して、個々の患者の希望や状態に応じて、退院後の療養生活を見据え必要な療養上の指導、服薬指導、作業療法、相談支援、心理支援等を行う。
（６）当該病棟の入院患者のうち必要なものに対しては、療養上の指導、服薬指導、作業療法、相談支援又は心理支援等を、１日平均２時間以上提供していることが望ましい。
（７）症状性を含む器質性精神障害の患者にあっては、精神症状を有する状態に限り、単なる認知症の症状のみを有する患者については、当該入院料を算定できない。

［算定イメージ］



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

［施設基準］（概要）

自宅等への移行実績	● 当該病棟の入院患者のうち７割以上が入院日から起算して６月以内に退院し、自宅等へ移行すること。（②） ただし、（★）を満たす医療機関においては、６割以上を満たすこと。

かかりつけ精神科医機能

【精神科回復期医療の提供】

多職種の重点的な配置	地域定着も含めた退院支援
● 看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師で13:1 (日勤帯は作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師の数が１以上) ● 看員職員で15:１以上（必要最小数の４割以上が看護師） ● 夜勤の看護職員数２以上	● 精神科入退院支援加算の届出（①） ● 精神障害者の地域生活を支援する関係機関等（※２）との連携 （※２）障害福祉サービス等事業者、介護サービス事業所、行政機関（都道府県、保健所、市町村）等

【精神科在宅医療の提供】精神科訪問診療、訪問看護等の提供実績

● ア又はイ及びウ～オのいずれかを満たしていること。（①）　※いずれも直近３か月間の算定回数
ア　精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）及び（Ⅲ）60回以上　イ　訪問看護ステーションにおける精神科訪問看護基本療養費　300回以上
ウ　精神科退院時共同指導料　３回以上　エ　在宅精神療法　20回以上　オ　精神科在宅患者支援管理料　10回以上（★）

地域の精神科医療提供体制への貢献

● 当該保険医療機関の常勤の精神保健指定医が、指定医の公務員としての業務（※）等を年１回以上行っていること。（①）
（※）措置入院時の診察、精神医療審査会における業務等

精神科救急医療、時間外診療の提供

● ア又はイを満たしていること（①）
ア　常時対応型施設又は身体合併症救急医療確保事業において指定を受けている医療機関
イ　病院群輪番型施設であって、時間外、休日又は深夜において、入院件数が年４件以上又は外来対応件数が年10件以上

その他

● データ提出加算に係る届出（②）	● クロザピンを処方する体制

● 精神科救急急性期医療入院料を算定する病床数が120床以下
● 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又は精神科地域包括ケア病棟入院料を算定する病床数の合計が200床以下

［経過措置］（①）令和７年５月31日まで（②）令和７年９月30日まで

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

＜地域移行機能強化病棟入院料の継続と要件の見直し＞

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、当該入院料に係る実績等を踏まえ、以下の点について要件を見直すとともに、届出期間を延長する。

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。

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。

地域移行機能強化病棟入院料の継続と要件の見直し

➢ 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、当該入院料に係る実績等を踏まえ、要件を見直すとともに、届出期間を延長する。

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。

改定後

【地域移行機能強化病棟入院料】
［施設基準］（概要）　※＜＞内は現行
(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＞3.3%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、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)　各月末時点で、以下の式で算出される数値が＜2.4＞3.3%以上であること。
　　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数の１か月当たりの平均÷当該病棟の届出病床数　×100（%）
(16)　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、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＞40%×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＞40%×当該病棟の算定月数÷12）
(21)　（削除）＜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。

［施設基準］	現行	改定後
入院患者数が40名を超えない場合	専従　常勤　精神保健福祉士　１名以上 専任　常勤　精神保健福祉士　１名以上	専従　常勤　精神保健福祉士　１名以上 専任　常勤　退院支援相談員　１名以上
入院患者数が40名を超える場合	専従　常勤　精神保健福祉士　１名以上 専任　常勤　精神保健福祉士　２名以上	専従　常勤　精神保健福祉士　１名以上 専任　常勤　退院支援相談員　２名以上
入院患者数が40名を超える場合であって、退院支援業務に必要な場合	専従　常勤　精神保健福祉士　１名以上 専任　常勤　精神保健福祉士　１名以上 専任　常勤　社会福祉士　１名以上	専任の従事者について、PSW以外の職種（退院支援相談員（※））でも可能とする。

（※）退院支援相談員
・当該病棟に入院した患者１人につき１人以上指定
・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
　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

3．地域移行機能強化病棟入院料については、令和12年３月31日まで届出を可能とする。

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

＜精神科入退院支援加算の新設＞

○ 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として、精神科入退院支援加算を新設する。

○ 精神科入退院支援加算の新設に伴い、現行の精神科措置入院退院支援加算を廃止する。

○ 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。

精神科入退院支援加算の新設

➢ 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。
➢ 精神科措置入院退院支援加算について、精神科入退院支援加算の注加算として統合する。

（新）　精神科入退院支援加算　1,000点（退院時１回）
（新）　注２　精神科措置入院退院支援加算　300点（退院時１回）

［算定要件］（概要）
（１）原則として入院後７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。
（２）退院困難な要因を有する患者について、原則として７日以内に患者及び家族と病状や退院後の生活も含めた話合いを行うとともに、関係職種と連携し、入院後７日以内に退院支援計画の作成に着手する。
（３）退院支援計画の作成に当たっては、入院後７日以内に病棟の看護師及び病棟に専任の入退院支援職員並びに入退院支援部門の看護師及び精神保健福祉士等が共同してカンファレンスを実施する。
（４）当該患者について、概ね３月に１回の頻度でカンファレンスを実施し、支援計画の見直しを適宜行う。なお、医療保護入院の者について、精神保健福祉法第33条第６項第２号に規定する委員会の開催をもって、当該カンファレンスの開催とみなすことができる。

［施設基準］（概要）
（１）当該保険医療機関内に入退院支援部門が設置されていること。
（２）当該入退院支援部門に専従の看護師及び専任の精神保健福祉士又は専従の精神保健福祉士及び専任の看護師が配置されていること。
（３）入退院支援及び地域連携業務に専従する看護師又は精神保健福祉士が、各病棟に専任で配置されていること。
（４）次のア又はイを満たすこと。
　ア　以下の（イ）から（ホ）に掲げる、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機関の数の合計が10以上であること。ただし、（イ）から（ホ）までのうち少なくとも３つ以上との連携を有していること。
　　（イ）他の保険医療機関
　　（ロ）障害者総合支援法に基づく障害福祉サービス等事業者
　　（ハ）児童福祉支援法に基づく障害児相談支援事業所等
　　（ニ）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又は施設サービス事業者
　　（ホ）精神保健福祉センター、保健所又は都道府県若しくは市区町村の障害福祉担当部署
　イ　直近１年間に、地域移行支援を利用し退院した患者又は自立生活援助若しくは地域定着支援の利用に係る申請手続きを入院中に行った患者の数の合計が５人以上であること。

※精神科措置入院退院支援加算の要件については、現行と同様。

精神科入退院支援加算の新設

➢ 精神科入退院支援加算の新設に伴い、現行の精神科措置入院退院支援加算を廃止する。

現行	改定後
【精神科措置入院退院支援加算】600点	（削除）

➢ 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。

現行	改定後
【精神科救急急性期医療入院料】 注４　院内標準診療計画加算	【精神科救急急性期医療入院料】 （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。
【精神療養病棟入院料】 注５　退院調整加算	【精神療養病棟入院料】 （削除） ※認知症治療病棟入院料についても同様。

精神医療における外来、在宅診療に係る評価の見直し（イメージ）

◆ **「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」構築推進に資する外来・在宅医療の提供**

➢ 地域に貢献する精神科医・医療機関における**かかりつけ精神科医機能**を評価
➢ **手厚い診療**に重点を置いた評価体系へ見直しつつ、早期介入、トラウマ支援、児童思春期の患者に対する診療等、多職種の専門的知見を活用した**質の高い診療・支援**を評価
➢ 包括的支援マネジメント、在宅医療を推進し、生活や病状に応じた**地域生活支援**を充実

外来通院
保険医療機関内

通院・在宅精神療法

（充実）60分以上・初診　（適正化）30分未満

在宅
保険医療機関外

（新）【早期診療体制充実加算】

【かかりつけ精神科医機能を有する外来医療機関における手厚い診療等の提供体制を評価】
○ 初診、30分以上の診療を一定以上の割合で実施していること
○ 担当医、多職種による質の高い精神科診療を継続的に実施できる体制
○ 精神保健指定医として業務等を行う常勤の精神保健指定医、多職種の配置
○ 地域の精神科医療提供体制への貢献（時間外診療、精神科救急医療等の提供）　等

通院精神療法
（新）【情報通信機器を用いた場合】

【「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」を遵守しつつ、「にも包括」に資する情報通信機器を用いた精神療法を推進】
○ 過去１年以内に対面診療を行った患者
○ 地域の精神科医療提供体制への貢献
➢ 精神保健指定医として業務等を行う精神保健指定医による実施
➢ 時間外診療、精神科救急医療等の提供
○ 安全性を確保した向精神薬の処方
➢ ３剤以上の抗うつ薬等処方時は算定不可　等

（新）【心理支援加算】

【心的外傷に起因する症状を有する患者に対して、公認心理師が行う心理支援を評価】
○ 外傷体験を有し、心的外傷に起因する症状を有する患者
○ 精神科医の指示を受けた公認心理師が、30分以上心理支援(月２回、２年を限度) 等

（新）【児童思春期支援指導加算】

【児童思春期の精神疾患患者に対して、多職種が連携して行う外来診療を評価】
○ 適切な研修を修了した精神科医の指示の下、専任の多職種が30分以上の指導管理
○ ２名以上の多職種を専任配置（うち１名以上は適切な研修の修了を要件）　等

（対象患者の拡大）
【精神科在宅患者支援管理料】

※通院・在宅精神療法には含まれない

（見直し）【療養生活継続支援加算】

【外来、在宅診療における包括的支援マネジメントを推進】
○ 療養生活継続支援加算と療養生活環境整備指導加算を統合　○ 在宅精神療法を算定する患者についても算定可能に見直し
➢ 看護師等又は精神保健福祉士による面接（月１回）、多職種カンファレンス（３月１回）、精神保健福祉士の専任配置　等

精神医療における外来、在宅診療に係る評価の見直し

＜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＞

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。

＜通院・在宅精神療法＞

○ 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。
○ 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・在宅精神療法に早期診療体制充実加算を設ける。
○ 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、通院・在宅精神療法に児童思春期支援指導加算を設ける。
○ 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の評価として、心理支援加算を新設する。

＜精神科在宅患者支援管理料の見直し＞

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し、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算定患者に追加する。

療養生活環境整備指導加算及び療養生活継続支援加算の見直し

➢ 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。

現行	改定後
【通院・在宅精神療法】 ［算定要件］（概要） 注８　（療養生活環境整備指導加算） 注９　（療養生活継続支援加算） 通院精神療法を算定する患者であって、重点的な支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、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］（概要） （１）当該支援に専任の看護師又は専任の精神保健福祉士が１名以上勤務していること。 （２）当該看護師又は精神保健福祉士が同時に担当する療養生活継続支援の対象患者の数は１人につき80人以下であること。 （３）当該看護師については、精神科等の経験を３年以上有し、精神看護関連領域に係る適切な研修を修了した者であること。	【通院・在宅精神療法】 ［算定要件］（概要） 旧注８　（削除） 注８　（療養生活継続支援加算） 通院・在宅精神療法を算定する患者であって、重点的な支援を要する患者に対して、精神科を担当する医師の指示の下、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精神科退院時共同指導料１を算定した患者の場合　500点 ロ　イ以外の患者の場合　350点 ［施設基準］（概要） （１）当該支援に専任の精神保健福祉士が１名以上勤務していること。 （２）当該支援を行う保健師、看護師又は精神保健福祉士が同時に担当する療養生活継続支援の対象患者の数は１人につき30人以下であること。 （削除） ● 旧注８（療養生活環境整備指導加算）について、療養生活継続支援加算のイへ統合した上で、療養生活継続支援加算の要件を見直し。 ● 対象患者に、在宅精神療法を算定する患者を追加。

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

通院・在宅精神療法の見直し

➢ 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。

【通院・在宅精神療法】			現行	改定後
1　通院精神療法				
イ　措置入院退院後の患者に対して、支援計画で療養を担当する精神科医師が行った場合			660点	660点
ロ　初診日に60分以上		精神保健指定医による場合	560点	600点
		精神保健指定医以外の場合	540点	550点
ハ　イ及びロ以外の場合	30分以上	精神保健指定医による場合	410点	410点
		精神保健指定医以外の場合	390点	390点
	30分未満	精神保健指定医による場合	330点	315点
		精神保健指定医以外の場合	315点	290点
2　在宅精神療法				
イ　措置入院退院後の患者に対して、支援計画で療養を担当する精神科医師が行った場合			660点	660点
ロ　初診日に60分以上		精神保健指定医による場合	620点	640点
		精神保健指定医以外の場合	600点	600点
ハ　イ及びロ以外の場合	60分以上	精神保健指定医による場合	550点	590点
		精神保健指定医以外の場合	530点	540点
	30分以上60分未満	精神保健指定医による場合	410点	410点
		精神保健指定医以外の場合	390点	390点
	30分未満	精神保健指定医による場合	330点	315点
		精神保健指定医以外の場合	315点	290点

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

早期診療体制充実加算の新設

➢ 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。

（新）　早期診療体制充実加算

	（１）最初に受診した日から３年以内の期間に行った場合	（２）（１）以外の場合
病院の場合	20点	15点
診療所の場合	50点	15点

［算定要件］（概要）

（１）当該患者を診療する担当医を決めること。

（２）担当医は、当該患者に対して、以下の指導、服薬管理等を行うこと。

ア　原則として、患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に療養上必要な指導及び診療を行う。

イ　患者の状態に応じて適切な問診及び身体診察等を行う。
特に、精神疾患の診断及び治療計画の作成並びに治療計画の見直しを行う場合は、詳細な問診並びに身体診察及び神経学的診察を実施し、その結果を診療録に記載する。

ウ　患者が受診している医療機関を全て把握するとともに、処方されている医薬品を全て管理し、診療録に記載する。

エ　標榜時間外の電話等による問い合わせに対応可能な体制を有し、当該患者に連絡先について情報提供するとともに、受診の指示等、速やかに必要な対応を行う。

オ　必要に応じて障害支援区分認定に係る医師意見書又は要介護認定に係る主治医意見書等を作成すること。

カ　必要に応じ、健康診断や検診の受診勧奨や、予防接種に係る相談への対応を行う。

キ　患者又は家族等の同意について、署名付の同意書を作成し、診療録に添付する。

ク　院内掲示やホームページ等により以下の対応（※）が可能なことを周知する。

ケ　精神疾患の早期介入等に当たっては、「早期精神病の診療プランと実践例」等を参考とする。

（※）院内、HP等において、以下の対応を行っている旨を掲示

ケースマネジメント
障害福祉サービス等の相談
介護保険に係る相談
相談支援専門員、介護支援専門員からの相談に対応
市町村等との連携
入院していた患者の退院支援
身体疾患の診療、他科連携
健康相談、予防接種の相談
可能な限り向精神薬の多剤、大量、長期処方を控えていること

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

早期診療体制充実加算の新設

［施設基準］（概要）

初診、30分以上の診療等の診療実績
30分以上又は60分以上の通院・在宅精神療法の算定回数／過去６か月間の通院・在宅精神療法の算定回数≧５％
【診療所】過去６か月間の初診日に60分以上の通院・在宅精神療法の算定回数の合計／勤務する医師の数≧60以上

地域の精神科医療提供体制への貢献（時間外診療、精神科救急医療の提供等）
アからウまでのいずれかを満たすこと。 ア　常時対応型施設（精神科救急医療確保事業）　又は　身体合併症救急医療確保事業において指定 イ　病院群輪番型施設（精神科救急医療確保事業）であって、時間外、休日又は深夜において、入院件数が年４件以上　又は　外来対応件数が年10件以上 ウ　外来対応施設（精神科救急医療確保事業）　又は　時間外対応加算１の届出 かつ　精神科救急情報センター、保健所、警察等からの問い合わせ等に原則常時対応できる体制
常勤の精神保健指定医が、精神保健福祉法上の精神保健指定医として業務等を年１回以上行っていること。 ※常勤の精神保健指定医が複数名勤務している場合は、少なくとも２名が当該要件を満たすこと

精神保健指定医として業務等を行う常勤の精神保健指定医を配置

精神保健指定医、多職種の配置等
常勤の精神保健指定医を１名以上配置
多職種の活用、専門的な診療等に係る加算のうちいずれかを届出

療養生活継続支援加算
児童思春期精神科専門管理加算
児童思春期支援指導加算
認知療法・認知行動療法
依存症集団療法
精神科在宅患者支援管理料
精神科入退院支援加算
精神科リエゾンチーム加算
依存症入院医療管理加算
摂食障害入院医療管理加算
児童思春期精神科入院医療管理料

児童思春期支援指導加算の新設

➢ 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、通院・在宅精神療法に加算を設ける。

（新）　児童思春期支援指導加算

イ　60分以上の通院・在宅精神療法を行った場合　1,000点
（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から３月以内に１回限り）

ロ　イ以外の場合
（１）　当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から２年以内　450点
（２）　（１）以外の場合　250点

［算定要件］（概要）

（１）通院精神療法を算定する患者であって、20歳未満のものに対して、児童思春期の患者に対する精神医療に係る適切な研修を修了した精神科を担当する医師の指示の下、児童思春期の患者に対する当該支援に専任の保健師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士又は公認心理師が、当該患者に対して、対面による療養上必要な指導管理を30分以上実施した場合に算定する。なお、精神科を担当する医師が通院・在宅精神療法を実施した月の別日に当該支援を実施した場合においても算定できる。

（２）多職種が共同して支援計画を作成すること。

（３）指導管理及び支援計画の内容に関して、患者等の同意を得た上で、学校等、児童相談所、児童発達支援センター、障害児支援事業所、基幹相談支援センター又は発達障害者支援センター等の関係機関に対して、文書による情報提供や面接相談を適宜行うこと。

（４）患者の支援方針等について、概ね３月に１回以上の頻度でカンファレンスを実施し、必要に応じて支援計画の見直しを行うこと。

（５）１週間当たりの算定患者数は30人以内とする。

（６）20歳未満加算又は児童思春期精神科専門管理加算を算定した場合は、算定しない。

［施設基準］（概要）

（１）児童思春期の患者に対する精神医療に係る適切な研修を修了した精神科の専任の常勤医師が１名以上配置されていること。

（２）児童思春期の患者に対する当該支援に専任の保健師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士又は公認心理師が２名以上かつ２職種以上配置されており、そのうち１名以上は児童思春期の患者に対する精神医療に係る適切な研修を修了した者であること。

（３）当該保険医療機関が過去６か月間に初診を実施した20歳未満の患者の数が、月平均８人以上であること。

➢ 児童思春期支援指導加算の新設に伴い、20歳未満加算について、評価を見直す。

現行	改定後
【通院・在宅精神療法　20歳未満加算】350点	【通院・在宅精神療法　20歳未満加算】320点

心理支援加算の新設

➢ 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の評価を新設する。

（新）　心理支援加算　　250点（月２回）

［算定要件］（概要）
（１）**心理に関する支援を要する患者**に対して、**精神科を担当する医師の指示を受けた公認心理師**が、心理学に関する専門的知識及び技術等を用いて、対面による**心理支援を30分以上実施**した場合に、初回算定日の属する月から起算して**２年を限度**として、月２回に限り算定できる。（通院・在宅精神療法を実施した月の別日に当該支援を実施した場合においても算定可。）
（２）実施に当たっては、以下の要件をいずれも満たすこと。
　ア　対象患者：**外傷体験**（※１）**を有し、心的外傷に起因する症状**（※２）**を有する者**として、精神科医が心理支援を必要と判断したもの
　　（※１）身体的暴行、性的暴力、災害、重大な事故、虐待若しくは犯罪被害等
　　（※２）侵入症状、刺激の持続的回避、認知と気分の陰性の変化、覚醒度と反応性の著しい変化又は解離症状
　イ　医師は当該患者等に外傷体験の有無等を確認した上で、当該外傷体験及び心的外傷に起因する症状等について診療録に記載する。

DSM-５　PTSDの診断基準（抄）　成人、青年、６歳を超える子供の場合	
A	実際にまたは危うく死ぬ、重症を負う、性的暴力を受ける出来事への曝露。（※１）
B	心的外傷的出来事の後に始まる、その心的外傷的出来事に関連した侵入症状の存在。
C	心的外傷的出来事に関連する刺激の持続的回避。
D	心的外傷的出来事に関連した認知と気分の陰性の変化。
E	心的外傷的出来事と関連した、覚醒度と反応性の著しい変化。
F	障害（基準B、C、DおよびE）の持続が１ヵ月以上。
G	その障害は、臨床的に意味のある苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。
H	その障害は、物質（例：医薬品またはアルコール）または他の医学的疾患の生理学的作用によるものではない。

心理支援加算の対象患者
Ａ外傷体験
＋
ＢからＥまでのいずれか
又は解離症状
を有する者として、精神科医が
心理支援を必要と判断したもの

（※１）について、直接体験したものの他、直接目撃したものや、近親者又は親しい友人に起こった暴力的な出来事等の外傷体験に起因する場合も含まれる。

精神科在宅患者支援管理料の見直し

➢ 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し、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算定患者に追加する。

現行	改定後
【「１」「２」のイ】集中的な支援を必要とする重症患者等 ○以下のア及びイに該当する患者 ア　１年以上の入院歴を有する者、措置入院又は緊急措置入院を経て退院した患者で都道府県等が作成する退院後支援計画に基づく支援期間にある患者又は入退院を繰り返す者 イ　統合失調症、統合失調症型障害若しくは妄想性障害、気分（感情）障害又は重度認知症の状態で、退院時又は算定時のＧＡＦ尺度が40以下の者	○ア及びイ又はウに該当する患者 ア、イ　（略） ウ　「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１つ以上満たす者又は５点以上である者
【「１」「２」のロ】重症患者等 ○上記のア又はイに該当する患者 ○以下のアからウまでの全てに該当する患者 ア　ひきこもり状態又は精神科の未受診若しくは受診中断等を理由とする行政機関等の保健師その他の職員による家庭訪問の対象者 イ　行政機関等の要請を受け、精神科を標榜する保険医療機関の精神科医が訪問し診療を行った結果、計画的な医学管理が必要と判断された者 ウ　当該管理料を算定する日においてＧＡＦ尺度が40以下の者	○（略） ○以下のアからウまでの全て又はエに該当する患者 ア～ウ　（略） エ　過去６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

（参考）精神科在宅患者支援管理料

管理料１（当該保険医療機関が訪問看護を提供）※６月を限度	管理料２（連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供）※６月を限度	管理料３ ※「１」又は「２」の開始日から２年を限度
イ　集中的な支援を必要とする重症患者等	イ　集中的な支援を必要とする重症患者等	管理料１又は２に引き続き支援が必要な場合
ロ　重症患者等	ロ　重症患者等	

14. 認知症

認知症

＜地域包括診療料等の見直し（再掲）＞
　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。

＜身体的拘束を最小化する取組の強化（再掲）＞
　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、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、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を整備することを規定する。

＜認知症ケア加算の見直し＞
○ 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の点数を引上げる一方、実施した日の点数を100分の60から100分の40に引き下げる。
○ 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。

地域包括診療料等の見直し（再掲）

地域包括診療料等の見直し

➢ 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、以下のとおり要件及び評価を見直す。

改定後

【地域包括診療料】　※地域包括診療加算についても同様
［算定要件］
- 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。
- 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。
- 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。

［施設基準］　※地域包括診療加算についても同様
- 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。
- 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。
- 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。
- 以下のア～ウのいずれかを満たすこと。
  ア　担当医が、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。
- 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。

現行		改定後	
地域包括診療加算１	25点	地域包括診療加算１	28点
地域包括診療加算２	18点	地域包括診療加算２	21点
認知症地域包括診療加算１	35点	認知症地域包括診療加算１	38点
認知症地域包括診療加算２	28点	認知症地域包括診療加算２	31点

身体的拘束を最小化する取組の強化（入院料通則の改定③）　（再掲）

身体的拘束を最小化する取組の強化

➢ 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、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、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を整備**することを規定する。

- 精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む）における身体的拘束の取扱いについては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定によるものとする。
- 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、入院基本料（特別入院基本料等を除く）、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。）の所定点数から１日につき40点を減算する。

【身体的拘束最小化の基準】
［施設基準］
（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。
（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の規定による。

［経過措置］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７年５月31日までの間に限り、身体的拘束最小化の基準に該当するものとみなす。

認知症ケア加算の見直し

認知症ケア加算の見直し

➢ 認知症ケア加算について、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。

現行

【認知症ケア加算】
1 認知症ケア加算１
　イ　14日以内の期間　160点　／　ロ　15日以上の期間　30点
2 認知症ケア加算２
　イ　14日以内の期間　100点　／　ロ　15日以上の期間　25点
3 認知症ケア加算３
　イ　14日以内の期間　40点　／　ロ　15日以上の期間　10点
［算定要件］
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。

改定後

【認知症ケア加算】
1 認知症ケア加算１
　イ　14日以内の期間　180点　／　ロ　15日以上の期間　34点
2 認知症ケア加算２
　イ　14日以内の期間　112点　／　ロ　15日以上の期間　28点
3 認知症ケア加算３
　イ　14日以内の期間　44点　／　ロ　15日以上の期間　10点
［算定要件］
身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。

➢ 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。

現行

【認知症ケア加算１】
［算定要件］
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。
［施設基準］
認知症ケアチームは、以下の業務を行うこと。
（新設）

改定後

【認知症ケア加算１】※認知症ケア加算２・３も同様
［算定要件］
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、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］
認知症ケアチームは、以下の業務を行うこと。
　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。
［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医療機関は、令和６年９月30日までの間、せん妄のリスク因子等のチェックリストの作成に係る基準を満たしているものとみなす。

15. リハビリテーション

リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進

＜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＞

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、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又は感染対策が必要な患者に対して、疾患別リハビリテーションを提供した場合について、急性期リハビリテーション加算を新設するとともに、早期リハビリテーション加算の評価を見直す。

＜疾患別リハビリテーション料の実施者別区分の創設＞

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、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。

＜呼吸器リハビリテーション料の見直し＞

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。

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

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

➢ 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急性期リハビリテーション加算とし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。

（新）　急性期リハビリテーション加算　50点（14日目まで）

（改）　早期リハビリテーション加算　30点→　25点（30日目まで）

［急性期リハビリテーション加算の対象患者］　※入院中の患者に限る。

ア　ＡＤＬの評価であるＢＩが10点以下のもの。

イ　認知症高齢者の日常生活自立度がランクM以上に該当するもの。

ウ　以下に示す処置等が実施されているもの。

①　動脈圧測定（動脈ライン）　②　シリンジポンプの管理　③　中心静脈圧測定（中心静脈ライン）　④　人工呼吸器の管理

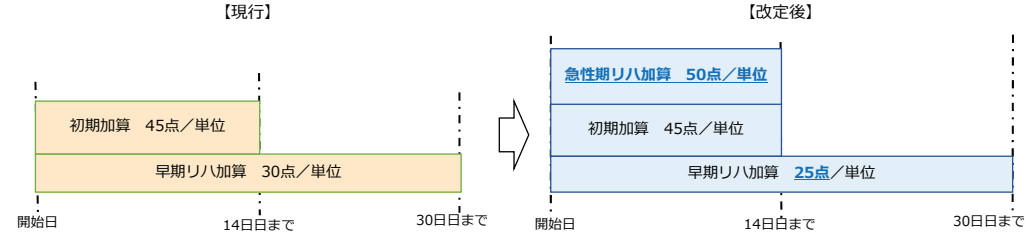
⑤　輸血や血液製剤の管理　⑥　特殊な治療法等（CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO）

エ　「Ａ２２０－２」特定感染症入院医療管理加算の対象となる感染症、感染症法第６条第３項に規定する二類感染症及び同法同条第７項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者及び当該感染症を疑う患者。ただし、疑似症患者については初日に限り算定する。

※　心大血管疾患等リハビリテーション料、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おいて算定可能。

［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。



疾患別リハビリテーション料の実施者別区分の創設等

疾患別リハビリテーション料の実施者別区分の創設

➢ 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、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。

現行

【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）　205点
（新設）
（新設）
（新設）
（新設）
（新設）

【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）

改定後

【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）
イ　理学療法士による場合　205点
ロ　作業療法士による場合　205点
ハ　医師による場合　205点
ニ　看護師による場合　205点
ホ　集団療法による場合　205点

【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　245点
ロ　作業療法士による場合　245点
ハ　言語聴覚士による場合　245点
ニ　医師による場合　245点
※他の疾患別リハビリテーション料についても同様

呼吸器リハビリテーション料の見直し

➢ 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。

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
（略）
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

改定後

【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
（略）
四　食道癌、胃癌、肝臓癌、咽・喉頭癌、大腸癌、卵巣癌、膵癌等の手術前後の呼吸機能訓練を要する患者

リハビリテーションに係る医療介護障害連携

退院時の情報連携を促進し、退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを実施する観点から、以下の見直しを行う。

・リハビリテーションに係る情報連携の推進

・退院前カンファレンスへの通所リハ事業所等の医師等の参加の推進

診療報酬上の対応

➢ 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、移行先の事業所に対しリハビリテーション実施計画書等を提供することとする。

➢ 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の参加職種について、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、理学療法士等の参加を求めることが望ましいこととする。

介護報酬上の対応

➢ 訪問・通所リハビリテーションにおいて、医師等の従業者が、入院中にリハビリテーションを受けていた利用者に対し退院後のリハビリテーションを提供する際に、リハビリテーション計画を作成するに当たっては、入院中に医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書等を入手し、内容を把握することを義務付ける。

➢ 退院時の情報連携を促進し、退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを実施する観点から、医療機関からの退院後に介護保険のリハビリテーションを行う際、リハビリテーション事業所の理学療法士等が、医療機関の退院前カンファレンスに参加し、共同指導を行ったことを評価する退院時共同指導加算（600単位/回）を設ける。

診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬の共通対応

➢ 医療保険・介護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）との連携を強化する観点から、自立訓練（機能訓練）について、病院及び診療所並びに通所リハビリテーション事業所において、共生型サービス又は基準該当サービスの提供を可能とする。医療保険の疾患別リハビリテーション又は介護保険の通所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の施設基準等を緩和する。

リハビリテーションに係る医療・介護情報連携の推進

＜リハビリテーションに係る医療・介護情報連携の推進＞

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等を提供することとする。

＜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＞

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施設基準を緩和する。

リハビリテーションに係る医療・介護情報連携の推進

リハビリテーションに係る医療・介護情報連携の推進

- 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等を提供することとする。

改定後

【心大血管疾患リハビリテーション料】
［算定要件］（概要）
- **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、３月以内に作成したリハビリテーション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、この場合において、当該患者が、直近３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。**

【脳血管疾患等リハビリテーション料】
［算定要件］（概要）
- **要介護認定を申請中の者又は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、３月以内に作成したリハビリテーション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介護支援専門員を通じ、当該患者の利用の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、この場合において、当該患者が、直近３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。**
- **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、３月以内に作成したリハビリテーション実施計画書等を文書により提供すること。なお、この場合において、当該患者が、直近３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。**

※　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を廃止する。

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

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

- 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施設基準を緩和する。

現行

【脳血管疾患等リハビリテーション料】
［施設基準（概要）］
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
○　次の(イ)又は(ロ)の要件を満たす場合であって、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）
○　当該療法を行うために必要な施設及び器械・器具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。

○　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に従事可能であること。

改定後

【脳血管疾患等リハビリテーション料】
［施設基準（概要）］
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
○　次の(イ)又は(ロ)の要件を満たす場合であって、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**又は自立訓練（機能訓練）**に従事しても差し支えない。
(イ)　疾患別リハビリテーション料の施設基準における専従の従事者以外の全ての理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士が、介護保険のリハビリテーション**、自立訓練（機能訓練）**、その他疾患別リハビリテーション以外の業務に従事していること。
(ロ)　（略）
○　当該療法を行うために必要な施設及び器械・器具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）事業所**の利用者が使用しても差し支えない。
○　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。

16. 医薬品の安定供給、後発医薬品やバイオ後続品の促進

長期収載品の保険給付の在り方の見直し

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。※準先発品を含む。

保険給付と選定療養の適用場面

- 長期収載品の使用について、**①銘柄名処方の場合であって、患者希望により長期収載品を処方・調剤した場合**や、**②一般名処方の場合**は、**選定療養の対象とする**。
- ただし、**①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、**②薬局に後発医薬品の在庫が無い場合など、後発医薬品を提供することが困難な場合**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**。

選定療養の対象品目の範囲

- 後発医薬品上市後、徐々に後発品に置換えが進むという実態を踏まえ、
  ①　長期収載品の薬価ルールにおいては後発品上市後５年から段階的に薬価を引き下げることとしている。この点を参考に、**後発品上市後５年を経過した長期収載品**については**選定療養の対象（※）とする**。
  ※　ただし、置換率が極めて低い場合（市場に後発医薬品がほぼ存在しない場合）については、対象外とする。
  ②　また、**後発品上市後５年を経過していなくても、置換率が50%に達している場合**には、後発品の選択が一般的に可能な状態となっていると考えられ、**選定療養の対象とする**。

保険給付と選定療養の負担に係る範囲

- 選定療養の場合には、長期収載品と後発品の価格差を踏まえ、**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**。
- **選定療養に係る負担は**、医療上の必要性等の場合は長期収載品の薬価で保険給付されることや、市場実勢価格等を踏まえて長期収載品の薬価が定められていることを踏まえ、**上記価格差の4分の１相当分**とする。

※具体的な対象品目や運用等の詳細については３月中に通知予定

長期収載品の保険給付の在り方の見直し

◎ その他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。

薬剤自己負担の見直しに関する主な項目

令和5年11月9日
第170回社会保障審議会医療保険部会　資料2（改）

薬剤自己負担の見直しに関しては、これまでの議論等を踏まえると、例えば、以下のような項目が考えられる。

	①薬剤定額一部負担	②薬剤の種類に応じた自己負担の設定	③市販品類似の医薬品の保険給付の在り方の見直し	④長期収載品の保険給付の在り方の見直し
考え方	・外来診療や薬剤支給時に、薬局窓口等において、薬剤に関し定額負担を求める 【参考】 ・平成９年～平成15年にかけて薬剤一部負担制度があったが、廃止。	・有効性等などの医療上の利益に基づき薬剤を分類、各カテゴリ別に自己負担割合を設定 【参考】 ・フランスの例では、医療上の重要性に応じて35%～100%（代替性のない医薬品は0%）と設定	・OTC医薬品に類似品がある医療用医薬品について、保険給付範囲からの除外や償還率の変更、定額負担の導入など、保険給付の在り方を見直す	・長期収載品について様々な使用実態※に応じた評価を行う観点や後発品との薬価差分を踏まえつつ、保険給付の在り方を見直す ※抗てんかん薬等での薬剤変更リスクを踏まえた処方、薬剤工夫による付加価値等への選好等
課題	・低額の医薬品ほど相対的に負担が重くなる点 ・平成14年健保法等改正法の附則における７割給付の維持との関係 等	・疾病等による区分を設けることの是非 ・医療上の重要性等の分類の技術的可能性、薬剤の分類方法 ・平成14年健保法等改正法の附則における７割給付の維持との関係 等	・医療上の必要性に応じて適切な医薬品を選択できるよう担保する必要性 ・市販薬の有無で取扱いを変えることの是非（医療用と市販薬では、同一の成分であっても期待する効能・効果や使用目的、患者の重篤性が異なる場合がある） 等	・医療上の必要性に応じて適切な医薬品を選択できるよう担保する必要性 ・いわゆる参照価格制との関係 等

（参考）　このほか、長期収載品に係る薬価上の措置に関しては、これまで、平成30年度薬価改定等、後発品への置換え率や後発品上市後の時期に応じた措置を講ずるなど、随時見直しを行っている。

検討の方向性

令和5年11月9日
第170回社会保障審議会医療保険部会　資料2

- 我が国の創薬力強化に向けて、イノベーションを推進するとともに、ドラッグ・ラグ／ドラッグ・ロスの解消を実現していくために、薬価上の措置を講じつつ、研究開発型ビジネスモデルへの転換を促進することが必要ではないか。
- また、後発医薬品に関しては、安定供給を前提としつつ、更なる利用を推進していくことが必要となる。特に、後発医薬品への置換率が概ね８０％程度（数量ベース）となるなど、相当程度、定着してきており、患者にとっての選択可能性は広がっている。一方、金額ベースでは５割程度（※）にとどまっており、従来とは異なるアプローチで更なる後発医薬品への置換を進めていく必要があるのではないか。
- こうした政策的な要素を考慮した上で、前回の議論における各委員意見を踏まえると、④長期収載品の保険給付の在り方の見直しを中心として検討を進めることとしてはどうか。

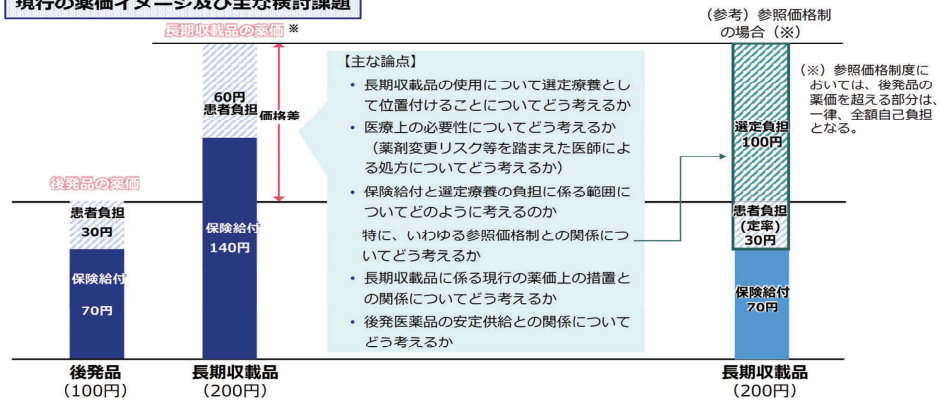
（※）薬価調査（令和３年度）の結果をもとに計算したもので、後発医薬品の売上げ÷（後発医薬品の売上＋後発医薬品のある先発品の売上）＝約50%。
なお、国際比較可能な形で推計すると約４割と諸外国と比較しても低い水準。

令和5年11月9日
第170回社会保障審議会医療保険部会　資料2

長期収載品の保険給付の在り方の見直しに係る具体的な論点

長期収載品の保険給付の在り方の見直しを中心として検討を進めることとする場合、例えば、以下の論点についてどう考えるか。

現行の薬価イメージ及び主な検討課題



【主な論点】
- 長期収載品の使用について選定療養として位置付けることについてどう考えるか
- 医療上の必要性についてどう考えるか（薬剤変更リスク等を踏まえた医師による処方についてどう考えるか）
- 保険給付と選定療養の負担に係る範囲についてどのように考えるのか
  特に、いわゆる参照価格制との関係についてどう考えるか
- 長期収載品に係る現行の薬価上の措置との関係についてどう考えるか
- 後発医薬品の安定供給との関係についてどう考えるか

（※）長期収載品に係る薬価上のルールとしては、原則として、後発品上市から10年経過後、薬価を段階的に後発品価格まで引き下げ

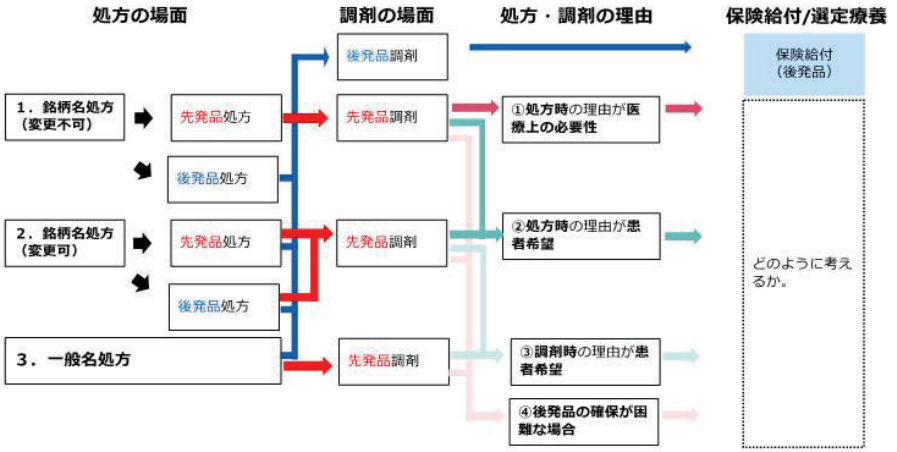
保険給付と選定療養の適用場面に係る論点

令和5年11月29日
第171回社会保障審議会医療保険部会　資料2

- 医療上の必要性があると認められる場合については、選定療養とはせず、引き続き、保険給付の対象とする方向で検討を進めてはどうか。
- 医療上の必要性が認められる場合に関して、例えば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）をした場合が考えられるが、次のケースについては、どのように考えるか。
  ① 銘柄名処方の場合であって、患者希望により先発医薬品を処方・調剤した場合
  ② 一般名処方の場合
- 上記に際して、後発医薬品の確保が困難な場合に、選定療養の適用場面について、どのように考えるか。

保険給付と選定療養の適用場面（イメージ）（院外処方の例）

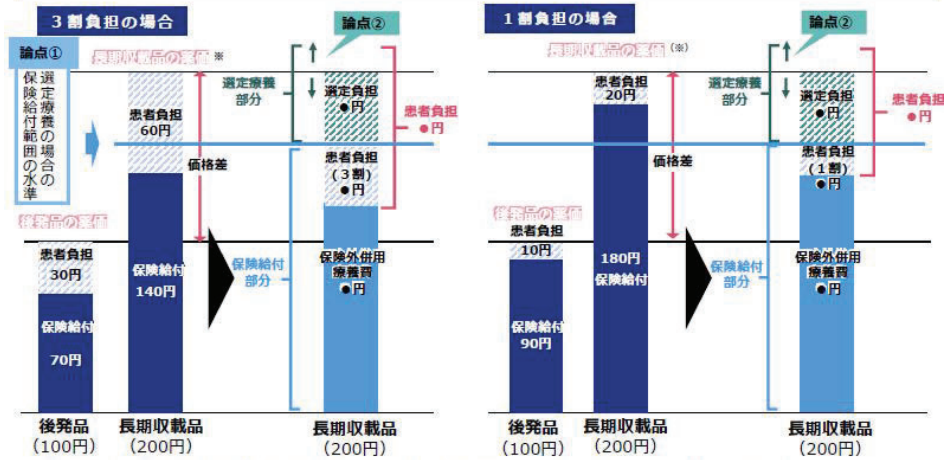
○ 前提として、いずれの処方であれ、後発品を調剤した場合は、後発品を保険給付
○ 銘柄名処方（変更不可）であって、医療上の必要性を理由とする場合（①）は、先発品としての保険給付を認めることとしてはどうか。
○ 他方、患者希望により先発品を処方・調剤した場合（②・③）について、どのように考えるか。
○ 全体に共通する事項として、後発品の確保が困難であるため、先発品を処方・調剤した場合（④）につき、どのように考えるか。



保険給付と選定療養の負担についての具体的な論点・イメージ

令和5年11月29日
第171回社会保障審議会医療保険部会
資料2（改）

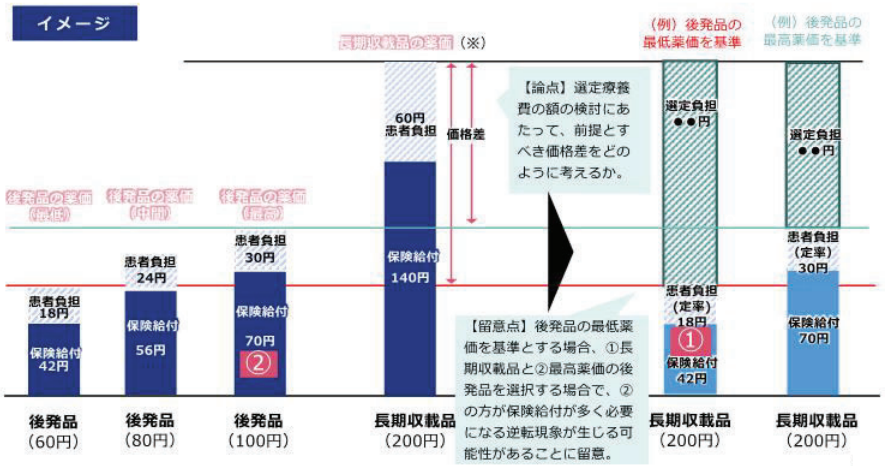
① 長期収載品と後発品の価格差を踏まえ、選定療養の場合における保険給付範囲の水準はどの程度とすべきか（長期収載品の薬価と、選定療養の場合における保険給付範囲の水準の差は、どの程度が適当か）。
② 上記を踏まえ、選定療養に係る負担については、どの程度を標準とするべきか。また、次の点についてどのように考えるか。
- 長期収載品の薬価を超えて、選定療養に係る負担を徴収することを認めるのか
- 選定療養に係る負担を徴収しないことや、標準とする水準より低い額で徴収することを認めるのか。



（※）長期収載品に係る薬価上のルールとしては、原則として、後発品上市から10年経過後、薬価を段階的に後発品価格まで引き下げ

長期収載品の選定療養の前提となる後発医薬品の価格（イメージ）

○ 後発品の最低薬価を基準とする場合、①長期収載品と②最高薬価の後発品を選択する場合には、②の方が保険給付が多くなる逆転現象が生じる可能性を踏まえ、長期収載品の選定療養の場合における保険給付範囲の水準の検討に際して、前提とすべき価格差をどのように考えるか。



選定療養の対象品目（イメージ）

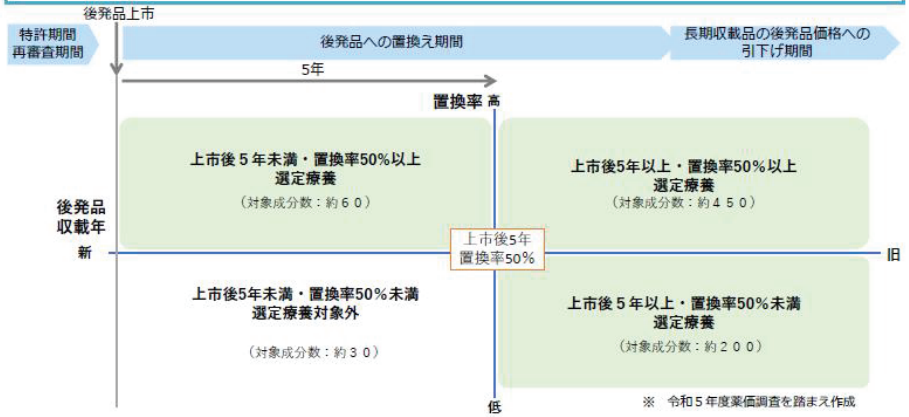
令和5年12月8日
第172回社会保障審議会医療保険部会 資料1（改）

○ 選定療養の対象となる長期収載品の品目の範囲については、後発医薬品上市後、徐々に後発品に置換えが進むという実態を踏まえ、次の観点から検討。

① 長期収載品の薬価ルールにおいては後発品上市後５年から段階的に薬価を引き下げることとしている。この点を参考に、**後発品上市後５年を経過した長期収載品については対象**（※）としてはどうか。

② また、後発品上市後５年を経過していなくても、**置換率が50%に達している場合には、**後発品の選択が一般的に可能な状態となっていると考えられ、**選定療養の対象**としてはどうか。

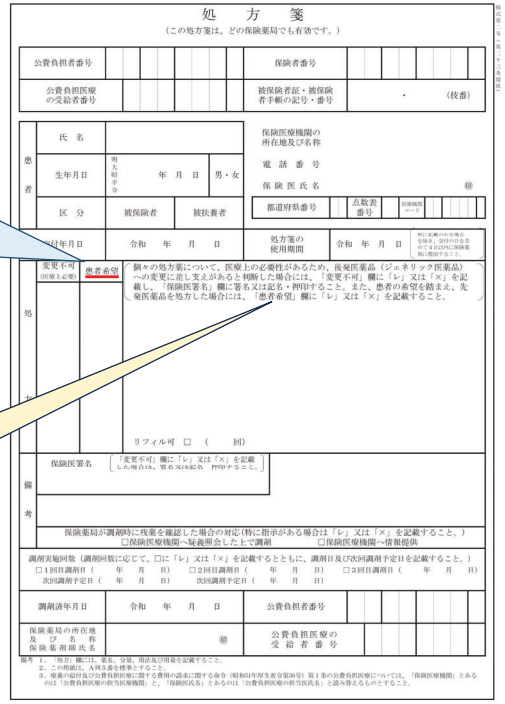
※ ただし、置換率が極めて低い場合（市場に後発医薬品がほぼ存在しない場合）については、対象外。



長期収載品の保険給付の在り方の見直しを踏まえた処方箋の新様式

患者希望により先発医薬品を処方した場合は選定療養の対象となることから、新たに「患者希望」欄が追加されることとなった。

患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合には、「患者希望」欄に「レ」又は「×」を記載すること。



処　方　箋
（この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。）

公費負担者番号		保険者番号	
公費負担医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	・（枝番）

患者	氏名		保険医療機関の所在地及び名称
	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 男・女	電話番号
			保険医氏名 ㊞
	区分	被保険者 / 被扶養者	都道府県番号 / 点数表番号 / 医療機関コード
交付年月日	令和 年 月 日	処方箋の使用期間	令和 年 月 日

処方	変更不可（医療上必要） / 患者希望	個々の処方箋について、医療上の必要性があるため、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更に差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。また、患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合には、「患者希望」欄に「レ」又は「×」を記載すること。 リフィル可 □（　　回）
備考	保険医署名	「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。

保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応（特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。）
□保険医療機関へ疑義照会した上で調剤　□保険医療機関へ情報提供

調剤実施回数（調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。）
□１回目調剤日（　年　月　日）　□２回目調剤日（　年　月　日）　□３回目調剤日（　年　月　日）
次回調剤予定日（　年　月　日）　次回調剤予定日（　年　月　日）

調剤済年月日	令和 年 月 日	公費負担者番号	
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名	㊞	公費負担医療の受給者番号	

備考 1．「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。
2．この用紙は、A4判を標準とすること。
3．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30号）第１条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとすること。

医薬品の安定供給に資する取組の推進

＜一般名処方加算の見直し＞

一般名処方加算について、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。（加算１・２それぞれ３点引き上げ）

＜後発医薬品使用体制加算・外来後発医薬品使用体制加算の見直し＞

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。（後発医薬品使用体制加算は40点、外来後発医薬品使用体制加算は３点が、それぞれ引上げられる）

医薬品の安定供給に資する取組の推進

一般名処方加算の見直し

➢ 一般名処方加算について、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。

一般名処方加算１　７点　→　10点　　一般名処方加算２　５点　→　8点

[施設基準]
- 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所に掲示していること。

後発医薬品使用体制加算・外来後発医薬品使用体制加算の見直し

➢ 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。

後発医薬品使用体制加算１　47点　→　87点　　後発医薬品使用体制加算２　42点　→　82点
後発医薬品使用体制加算３　37点　→　77点

[追加の施設基準]
- 医薬品の供給が不足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及び当該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。

外来後発医薬品使用体制加算１　5点　→　8点　　外来後発医薬品使用体制加算２　4点　→　7点
外来後発医薬品使用体制加算３　2点　→　5点

[追加の施設基準]
- 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及び当該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。

一般名処方加算等の見直し

【院外処方】

	改定前	改定後	点数の変更
一般名処方加算1	7点	10点	＋3点
一般名処方加算2	5点	8点	

【院内処方】

	改定前	改定後	点数の変更
後発医薬品使用体制加算1 後発医薬品使用体制加算2 後発医薬品使用体制加算3	47点 42点 37点	87点 82点 77点	＋40点
外来後発医薬品使用体制加算1 外来後発医薬品使用体制加算2 外来後発医薬品使用体制加算3	5点 4点 2点	8点 7点 5点	＋3点

バイオ後続品の使用促進

＜バイオ後続品使用体制加算の新設＞

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。

＜バイオ後続品導入初期加算の見直し＞

外来における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。

いわゆる同一敷地内薬局に関する評価の見直し

＜同一敷地内薬局を有する医療機関に関する処方箋料の見直し＞

1月あたりの処方箋の交付が平均4,000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。

バイオ後続品の使用促進①

バイオ後続品使用体制加算の新設

➢ 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）　100点

［算定要件］
- バイオ後続品使用体制加算は、入院及び外来においてバイオ後続品の導入に関する説明を積極的に行っている旨を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している保険医療機関であって、当該医療機関の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（以下、「バイオ医薬品」という。）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が各成分に定められた割合以上である医療機関において、バイオ医薬品を使用する患者について、入院期間中１回に限り、入院初日に算定する。

［施設基準］（概要）
- 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。
- 以下の①～③を満たすこと(ただし②と③の内、直近1年間の実績でどちらかの分母が50を超えない場合は50を超えるもののみ基準を満たしていれば良い)。

① 直近１年間の（１）及び（２）に掲げるバイオ医薬品の使用回数の合計 ≧ 100回

② （１）に掲げるバイオ医薬品の内、バイオ後続品の規格単位数量の合計 ／ （１）に掲げるバイオ医薬品の規格単位数量の合計（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を除く） ≧ 0.8

③ （２）に掲げるバイオ医薬品の内、バイオ後続品の規格単位数量の合計 ／ （２）に掲げるバイオ医薬品の規格単位数量の合計（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を除く） ≧ 0.5

(1)置き換え割合80%以上が目標のバイオ医薬品
- （イ）エポエチン
- （ロ）リツキシマブ
- （ハ）トラスツズマブ
- （ニ）テリパラチド

(2)置き換え割合50%以上が目標のバイオ医薬品
- （イ）ソマトロピン
- （ロ）インフリキシマブ
- （ハ）エタネルセプト
- （ニ）アガルシダーゼベータ
- （ホ）ベバシズマブ
- （ヘ）インスリンリスプロ
- （ト）インスリンアスパルト
- （チ）アダリムマブ

バイオ後続品の使用促進②

バイオ後続品導入初期加算の見直し

➢ 外来における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。

現行

【第６部　注射】
［算定要件］
<通則>
- 外来化学療法を算定する場合について、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。

【外来腫瘍化学療法診療料】
［算定要件］
- 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点を所定点数に加算する。

改定後

【第６部　注射】
［算定要件］
<通則>
- 入院中の患者以外の患者に対する注射に当たって、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。

【外来腫瘍化学療法診療料】
［算定要件］
- （削除）

※　在宅自己注射指導管理料に係るバイオ後続品使用体制加算については従前のとおり。

〈参考〉今回の改定で新たにバイオ後続品導入初期加算の対象となる注射薬
- アガルシダーゼベータ
- ラニビズマブ

いわゆる同一敷地内薬局に関する評価の見直し

いわゆる同一敷地内薬局を有する医療機関に関する処方箋料の見直し

➢ 1月あたりの処方箋の交付が平均4,000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。

現行

【処方箋料】

1	向精神薬他剤投与を行った場合	28点
2	１以外の場合の他剤投与又は向精神薬長期処方を行った場合	40点
3	１及び２以外の場合	68点

改定後

【処方箋料】
（対象医療機関の場合）

1	向精神薬他剤投与を行った場合	18点
2	１以外の場合の他剤投与又は向精神薬長期処方を行った場合	29点
3	１及び２以外の場合	42点

（対象医療機関以外の場合）

1	向精神薬他剤投与を行った場合	20点※
2	１以外の場合の他剤投与又は向精神薬長期処方を行った場合	32点※
3	１及び２以外の場合	60点※

※処方等に係る評価の再編に伴うもの

［対象医療機関］
- 以下の①～③のいずれにも該当する医療機関。

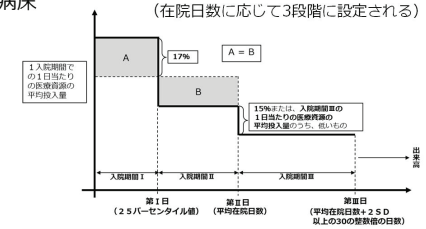
① 直近３月の処方箋を交付した回数が12,000回を超えること。
② 保険薬局(特別調剤基本料Ａを算定しているものに限る)と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険医療機関であること。
③ 当該特別な関係を有する薬局の当該保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が９割を超えていること。

17. ＤＰＣ/ＰＤＰＳ・短期滞在手術等基本料等

DPC/PDPSの基本事項

- DPC/PDPSは、閣議決定に基づき、平成15年4月より82の特定機能病院を対象に導入された**急性期入院医療**を対象とする診断群分類に基づく**１日あたり包括払い制度**である。
  ※　米国で開発されたDRG(Diagnosis Related Groups)もDPC(Diagnosis Procedure Combination)も医療の質的改善を目指して開発された診断群分類の一種であり、1日あたり、1入院あたりの支払制度を意味するものではない。
  ※　DPC/PDPS(Per-Diem Payment System)は診断群分類に基づく１日当たり定額報酬算定制度を意味する。
- 制度導入後、DPC/PDPSの対象病院は段階的に拡大され、令和６年６月１日時点見込みで**1,786**病院・約**48**万床となり、急性期一般入院基本料等に該当する病床（※）の約**85**%を占める。
  ※　令和４年７月時点で急性期一般入院基本料等を届出た病床
- 医療機関は、診断群分類ごとに設定される在院日数に応じた**3段階の定額点数**に、医療機関ごとに設定される**医療機関別係数**を乗じた点数を算定。

診断群分類ごとの点数イメージ
（在院日数に応じて3段階に設定される）



DPC対象病院の基準

➢ DPC対象病院は以下のすべての基準を満たす必要がある。

- 急性期一般入院基本料、特定機能病院等の7対1・10対1入院基本料の届出
- A207診療録管理体制加算の届出
- 以下の調査に適切に参加
  - 当該病院を退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される調査「退院患者調査」
  - 中央社会保険医療協議会の要請に基づき、退院患者調査を補完することを目的として随時実施される調査「特別調査」
- 調査期間1月当たりのデータ病床比が0.875以上
- **調査期間1月当たりのデータ数が90以上**（※）
- **適切なデータ作成に係る以下の基準を満たす**（※）
  - **「退院患者調査」の様式１（医療資源病名）における「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が10%未満**
  - **「退院患者調査」の様式間で記載矛盾のあるデータが１%未満**
  - **「退院患者調査」の様式１における未コード化傷病名の使用割合が２%未満**
- 適切なコーディングに関する委員会を年4回以上開催

（※）令和８年度診療報酬改定より制度参加・退出に係る判定に用いる

DPC/PDPSによる算定を行う病棟

DPC対象病院

一般病棟

いわゆる「DPC算定病床」

- A100　一般病棟入院基本料
- A104　特定機能病院入院基本料
- A105　専門病院入院基本料
- A300　救命救急入院料
- A301　特定集中治療室管理料
- A301-2　ハイケアユニット入院医療管理料
- A301-3　脳卒中ケアユニット入院医療管理料
- A301-4　小児特定集中治療室管理料
- A302　新生児特定集中治療室管理料
- A302-2　新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料
- A303　総合周産期特定集中治療室管理料
- A303-2　新生児治療回復室入院医療管理料
- A305　一類感染症患者入院医療管理料
- A307　小児入院医療管理料

以下の患者は出来高算定
- 出来高算定の診断群分類に該当する患者
- 特殊な病態の患者
  - 入院後２４時間以内に死亡した患者
  - 生後７日以内の新生児の死亡
  - 臓器移植患者の一部
  - 評価療養/患者申出療養を受ける患者　等
- 新たに保険収載された手術等を受ける患者
- 診断群分類ごとに指定される高額薬剤を投与される患者

A106　障害者施設等入院基本料
A304　地域包括医療病棟入院料
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
A308-3　地域包括ケア病棟入院料
A309　特殊疾患病棟入院料
A310　緩和ケア病棟入院料　等

DPC算定対象外の病床

精神病棟　結核病棟　療養病棟

DPC/PDPSの基本事項（考え方）

（包括評価の基本原則）
適切な包括評価とするため、評価の対象は、**バラつきが比較的少なく**、**臨床的にも同質性（類似性・代替性）のある診療行為又は患者群**とする。

前提①　平均的な医療資源投入量を包括的に評価した定額報酬（点数）を設定

- 診療報酬の包括評価は、平均的な医療資源投入量に見合う報酬を支払うものであることから、包括評価の対象に該当する症例・包括項目（包括範囲）全体として見たときに適切な診療報酬が確保されるような設計とする。
- 逆に、**個別症例に着目した場合**、要した医療資源と比べて**高額となる場合と低額となる場合**が存在するが**個別的には許容する必要がある**（出来高算定ではない）。
- 一方、現実の医療では、一定の頻度で必ず例外的な症例が存在し、報酬の均質性を担保できない場合があることから、そのような事例については、**アウトライヤー（外れ値）処理**として除外等の対応を行う。

前提②　包括評価（定額点数）の水準は出来高報酬の点数算定データに基づいて算出

- 包括評価（定額点数）の範囲に相当する出来高点数体系での評価（点数）を準用した統計処理により設定する方式を採用している。
- このことから、**包括評価（定額点数）の水準の是非**についての議論は、DPC/PDPS単独の評価体系を除き、その評価の基礎となる**出来高点数体系での評価水準の是非に遡って検討する必要**がある。

DPCの基本構造

○　日本における診断群分類は、以下の順に**14**桁の英数字で構成される。

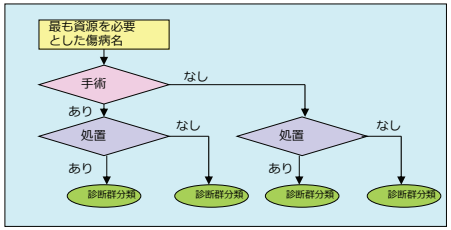
①　「診断（**D**iagnosis）（医療資源を最も投入した傷病名）」

②　「診療行為（**P**rocedure）（手術、処置等）等」の「組合せ（**C**ombination）」

※　米国で開発されたDRG(Diagnosis Related Groups)もDPC(Diagnosis Procedure Combination)も医療の質的改善を目指して開発された診断群分類の一種であり、１日あたり、１入院あたりの支払制度を意味するものではない。
※　DPC/PDPS(Per-Diem Payment System)は診断群分類に基づく１日当たり定額報酬算定制度を意味する。

米国のDRGが手術の有無を主眼に開発されたものであり、一方、わが国のDPC開発では、臨床家の思考方法に近い形で、診断を前提とした判断樹を作成していくことを基本的理念としている。

MDC（Major Diagnostic Categories）18種
DPCコード　3,248分類
（うち支払分類　2,348分類）
※令和６年度改定時



○　「診断（傷病名）」は、「ＩＣＤ－１０」により定義され、
「診療行為等」は、診療報酬上の医科点数表上の区分（Kコード等）で定義される。
※ ICD：International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problemsの略
DPC/PDPSにおいては**2013年版**を使用

DPC/PDPSの基本事項（診断群分類のイメージ）

傷病名（Diagnosis）

①MDC（Major Diagnostic Category 主要診断群）　：18種類

②傷病名の細分類

⑦副傷病
0: なし
1,2: あり

⑧重症度等
A-DROPスコア等

01 0010 x x 99 x 0 x x

手術・処置（Procedure）

③年齢・出生時体重等
【年齢・月齢】
0:　n歳以上　(nか月以上)
1:　n歳未満　(nか月未満)
【出生児体重】
1: 2,500g以上
2: 1,500g以上2,500g未満
3: 1,000g以上1,500g未満
4:　500g以上1,000g未満
5:　500g未満
【JCS】
0: 10未満
1: 10以上
【Burn Index】
1: 10未満
2: 10以上
等

⑥手術・処置等２
0: なし
1: あり
2～9、A～C:定義テーブルによる手術・処置等あり

⑤手術・処置等１
0: なし
1: あり
2～5:定義テーブルによる手術・処置等あり

④手術
01～06:定義テーブルによる手術あり
97: その他手術あり（手術あり・なしでしか分岐していない場合は「手術あり」）
99: 手術なし

DPC/PDPSにおける診療報酬の算定方法（概要）

ホスピタルフィー的報酬部分

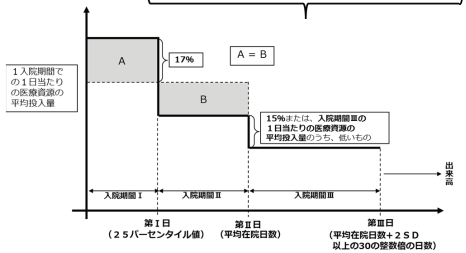
【包括評価部分】
診断群分類毎に設定
- 入院基本料
- 検査
- 画像診断
- 投薬
- 注射
- 1,000点未満の処置 等

＋

ドクターフィー的報酬部分等

【出来高評価部分】
- 医学管理
- 手術
- 麻酔
- 放射線治療
- 1,000点以上の処置 等

【包括評価部分】
DPC毎の１日当たり点数 × 在院日数 × 医療機関別係数

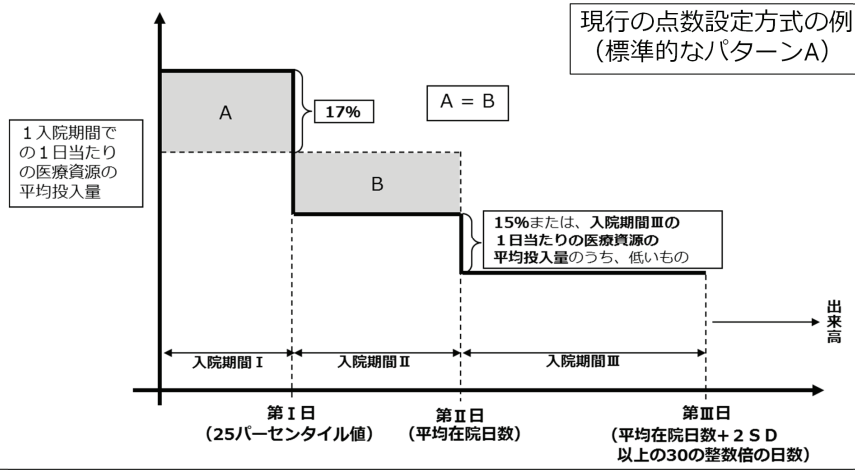


基礎係数	医療機関群ごとに設定する包括点数に対する出来高実績点数相当の係数
機能評価係数Ⅰ	入院基本料の差額や入院基本料等加算相当の係数
機能評価係数Ⅱ	医療機関が担う役割や機能等を評価する係数
救急補正係数	救急医療入院における入院初期の医療資源投入の乖離を補正するための係数
激変緩和係数	診療報酬改定時の激変を緩和するための係数（該当医療機関のみ設定）

DPC/PDPSの基本事項（１日当たり点数の設定方法）

＜１日当たり定額点数・設定方式のポイント＞
- 入院初期を重点評価するため、在院日数に応じた３段階の定額報酬を設定
- 例外的に入院が長期化する患者への対応として、期間Ⅲ（平均在院日数＋2SD以上の３０の整数倍を超えた部分）以降については出来高算定
- 実際の医療資源の投入量に応じた評価とするため、５種類の点数設定パターンで対応

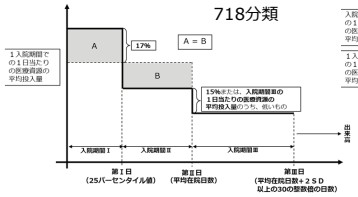
現行の点数設定方式の例（標準的なパターンA）



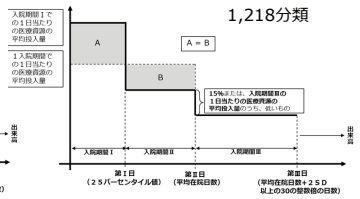
１日当たり点数の設定方法（５つの点数設定方式）

- 入院初期に要する医療資源投入量等に応じた５つの点数設定方式により点数が設定される。

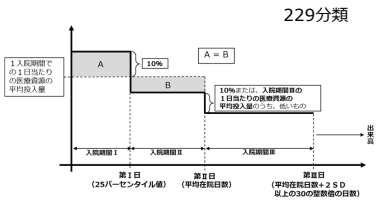
A　一般的な診断群分類



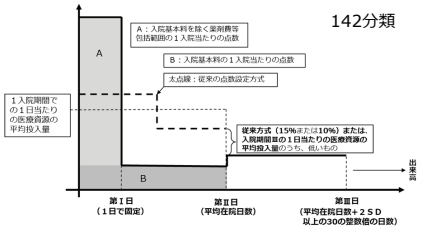
B　入院初期の医療資源投入量の多い診断群分類



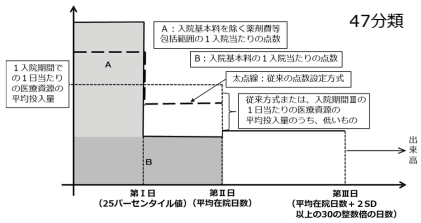
C　入院初期の医療資源投入量の少ない診断群分類



D　高額薬剤や短期滞在手術等に係る診断群分類



E　標準化が進んでいると考えられる診断群分類



DPC/PDPSの基本事項（DPC/PDPSの包括範囲）

「医科点数表」における項目		包括評価	出来高評価
A 入院料等	入院基本料	全て	
	入院基本料等加算	病棟全体で算定される加算等 （機能評価係数Ｉとして評価）	患者ごとに算定される加算等
	特定入院料	※入院基本料との差額を加算	
B 管理等		手術前医学管理料 手術後医学管理料	左記以外
C 在宅医療			全て
D 検査		右記以外	心臓カテーテル検査、内視鏡検査、 診断穿刺・検体採取料（血液採取を除く）
E 画像診断		右記以外	画像診断管理加算 動脈造影カテーテル法（主要血管）
F 投薬		全て	
G 注射		右記以外	無菌製剤処理料
H リハビリテーション I 精神科専門療法		薬剤料	左記以外
J 処置		右記以外（1,000点未満処置）	1,000点以上処置 慢性腎不全で定期的に実施する人工腎臓及び腹膜灌流に係る費用
K 手術 L 麻酔 M 放射線治療			全て
N 病理診断		右記以外	術中迅速病理組織標本作製 病理診断・判断料
薬剤料		右記以外	ＨＩＶ治療薬 血液凝固因子製剤等（血友病等に対する）

DPC対象病院が参加する調査（DPCの評価・検証等に係る調査）

○　「DPCの評価・検証等に係る調査（※）」は、次の２つの調査から構成され、適切に参加する必要がある。

①　退院患者調査
診療している患者の実態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される調査。提出データ（DPCデータ）に基づき、診断群分類点数表の作成や医療機関別係数の設定が行われる。

②　特別調査
中医協等の要請に基づき、退院患者調査を補完することを目的として随時実施される調査（直近では、令和５年６～７月に実施）

（※）中医協での議論を踏まえ、名称を従来の「DPC導入の影響評価に係る調査」から変更している。

DPCデータ：以下の内容を患者ごとに作成

様式名	内容	入力される情報
様式１	患者属性や病態等の情報	性別、生年月日、病名、病期分類など
様式４	医科保険診療以外の診療情報	保険診療以外（公費、先進医療等）の実施状況
Dファイル	診断群分類点数表に基づく 診療報酬算定情報	包括レセプトの情報
入院EF統合ファイル	医科点数表に基づく 診療報酬算定情報	入院診療患者の医科点数表に基づく出来高情報
外来EF統合ファイル	外来患者の医科点数表に基づく診療報酬算定情報	外来診療患者の医科点数表に基づく出来高情報
Hファイル	日ごとの患者情報	重症度、医療・看護必要度
様式３	施設情報（施設ごとに作成）	入院基本料等の届出状況
Kファイル	３情報から生成した一次共通ＩＤに関する情報等	生年月日、カナ氏名、性別から生成した一次共通ＩＤ、被保険者番号等

DPC対象病院が参加する調査（定例報告）

１．概要

○　機能評価係数Ⅱ等の医療機関別係数については、都道府県が行う事業への参加状況等を評価に反映しているが、都道府県・厚生局等への確認業務の円滑化を図る観点から、ＤＰＣ対象病院及びＤＰＣ準備病院からの年１回の厚生局への別途様式による届出（定例報告）に基づき、10月1日時点での状況等を確認した上で、翌年度の評価に反映している。

２．報告内容　（令和６年度診療報酬改定後）

（１）施設基準の届出状況

（２）都道府県が行う事業への参加状況
- ①　救急医療（病院群輪番制への参加、共同利用型病院の施設、救命救急センター）
- ②　災害時の医療（災害拠点病院の指定、災害派遣医療チーム（DMAT）の指定、広域災害・救急医療情報システム（EMIS）への参加状況）
- ③　へき地の医療（へき地医療拠点病院の指定、社会医療法人許可におけるへき地医療の要件（へき地診療所への医師派遣実績、へき地巡回診療の実績）
- ④　周産期医療（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認定）
- ⑤　がん診療連携拠点病院（がん診療連携拠点病院の指定、都道府県認定がん診療連携拠点病院の認定）
- ⑥　新興感染症等の医療（第一種協定指定医療機関の指定、流行初期医療確保措置の対象となる協定（入院医療に係るものに限る。）の締結）

（３）その他
病床数（ＤＰＣ算定病床数）等

DPC/PDPSの算定対象とならない患者（新規保険収載技術実施患者）

➢ 診療報酬改定において新たに保険収載される手術等について、包括評価の可否が可能となるデータが集まる次回改定までの間は、当該入院については出来高算定としている。

該当する新規手術等

Ｄ４１２－３　経頸静脈的肝生検
Ｋ０１３－３　自家皮膚非培養細胞移植術
Ｋ０２２－３　慢性膿皮症手術
Ｋ０５３－２　骨悪性腫瘍、類骨骨腫及び四肢軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）
Ｋ０５５－４　大腿骨遠位骨切り術
Ｋ０６９－４　関節鏡下半月板制動術
Ｋ０７６－３　関節鏡下肩関節授動術（関節鏡下肩腱板断裂手術を伴うもの）
Ｋ０７７－２　肩甲骨烏口突起移行術
Ｋ０８０－５　関節鏡下肩関節唇形成術　３　関節鏡下肩甲骨烏口突起移行術を伴うもの
Ｋ０８２－７　人工股関節置換術（手術支援装置を用いるもの）
Ｋ１４７－３　緊急穿頭血腫除去術
Ｋ１７６－２　脳硬膜血管結紮術
Ｋ１９６－６　末梢神経ラジオ波焼灼療法（一連として）
Ｋ２５９－３　ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮細胞移植術
Ｋ２７１　毛様体光凝固術　１　眼内内視鏡を用いるもの
Ｋ３４３－２　経鼻内視鏡下鼻副鼻腔悪性腫瘍手術　２　その他のもの
Ｋ３４７－８　内視鏡下鼻中隔手術Ⅲ型（前彎矯正術）
Ｋ３４７－９　内視鏡下鼻中隔手術Ⅳ型（外鼻形成術）
Ｋ４７６－５　乳腺悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）
Ｋ５０８－４　気管支バルブ留置術
Ｋ５１４－２　胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術　５　肺全摘
Ｋ５１４－７　肺悪性腫瘍及び胸腔内軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）
Ｋ５２９－５　喉頭温存頸部食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術を併施するもの）
Ｋ５４４　心腫瘍摘出術、心腔内粘液腫摘出術　１　単独のもの　イ　胸腔鏡下によるもの
Ｋ５４８　経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）　３　アテローム切除アブレーション式血管形成術用カテーテルによるもの
Ｋ５７３　心房中隔欠損作成術　１　経皮的心房中隔欠損作成術　ロ　スタティック法
Ｋ５７４－４　胸腔鏡下心房中隔欠損閉鎖術
Ｋ６１５　血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）　３　門脈塞栓術（開腹によるもの）
Ｋ６３５－４　腹腔鏡下連続携行式腹膜灌流用カテーテル腹腔内留置術
Ｋ６４５－２　腹腔鏡下骨盤内臓全摘術
Ｋ６４５－３　骨盤内悪性腫瘍及び腹腔内軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）
Ｋ６５６－２　腹腔鏡下胃縮小術　２　スリーブ状切除によるもの（バイパス術を併施するもの）
Ｋ７００－４　腹腔鏡下膵中央切除術
Ｋ７７３－７　腎悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）
Ｋ７９８３　膀胱結石、異物摘出術　レーザーによるもの
Ｋ８０９－４　腹腔鏡下膀胱尿管逆流手術（膀胱外アプローチ）
Ｋ８２１－４　尿道狭窄グラフト再建術
Ｋ８３０－３　精巣温存手術
Ｋ８３６－３　腹腔鏡下停留精巣内精巣動静脈結紮術
Ｋ８４１－７　経尿道的前立腺水蒸気治療
Ｋ８４１－８　経尿道的前立腺切除術（高圧水噴射システムを用いるもの）
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　組織切除回収システム利用によるもの

DPC/PDPSの算定対象とならない患者（高額薬剤）

平成25年12月25日
中医協総会において了承

○ 新たに保険収載・効能追加となった高額薬剤については、医療の技術革新の導入が阻害されないよう、一定の基準に該当する薬剤を使用した患者については、当該薬剤の十分な使用実績データが収集され DPC 包括評価が可能となるまでの期間、包括評価の対象外としている（以下、当該対応を「高額薬剤判定」という。）。

○ 「高額薬剤判定」は、包括評価の対象外となる薬剤および当該薬剤が使用される診断群分類を告示するいわゆる「高額薬剤告示」への追加および診断群分類の定義（傷病名・手術・処置等）を定める「定義告示」への追加の２つの作業からなり、新薬の薬価収載に合わせ、年４回実施している（なお、緊急に薬価収載された新薬については、必要に応じて追加的な判定作業を実施する）。

【高額薬剤告示への追加】

１． 新たに保険適用される以下の医薬品について、その効能・効果から当該医薬品を使用する可能性のある診断群分類（14 桁コード）を抽出する。
① 新薬
② 効能効果・用法用量の一部変更（薬事・食品衛生審議会で審査・報告されたもの）
③ 事前評価済公知申請

２． 各診断群分類について、該当医薬品を入院初日から退院まで添付文書に記載された用法・用量に従って投与した場合の投与回数（仮想投与回数）から、当該医薬品の１入院あたり薬剤費を算出する。

３． 当該１入院あたりの薬剤費が、各診断群分類で使用されている１入院あたり薬剤費の 84%tile 値を超えている場合、当該医薬品を高額薬剤として指定する。

【定義告示への追加】

○ 類似薬効比較方式で算定された新薬であり、当該算定の際の比較薬が該当する診断群分類の定義テーブルにおいて分岐として定義されている場合は、当該新薬を定義テーブルに追加する。

医療機関別係数

１．基礎係数

○ 大学病院本院のように他の施設と異なる機能や役割を担う医療機関について、その役割を担うインセンティブを評価するため、医療機関群ごとに基礎係数を設定している。医療機関群は、大学病院本院で構成される「大学病院本院群」、一定以上の医師研修の実施や診療密度等の要件を満たす医療機関から構成される「DPC特定病院群」、その他を「DPC標準病院群」としている。

○ 基礎係数は包括範囲に係る出来高報酬相当の平均値を係数化したもの

［基礎係数］＝［各医療機関群の包括範囲出来高点数の平均値］×［改定率］
÷［各医療機関群のDPC点数表に基づく包括点数の平均値］

２．機能評価係数Ⅰ

○ 機能評価係数Ⅰは医療機関における全ての入院患者が算定する項目（急性期入院料の差額や入院基本料等加算等）について係数化したもの。

３．機能評価係数Ⅱ

○ 機能評価係数Ⅱは、DPC/PDPSへの参加による医療提供体制全体としての効率改善等への取組を評価したものであり、4つの係数（効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、地域医療係数）を基本的な評価項目として評価している。

○ 各医療機関の各係数ごとに算出した指数に、変換処理を行った係数を設定している。

４．救急補正係数

○ 救急医療入院における入院初期の医療資源投入の乖離を補正するための係数。

５．激変緩和係数

○ 診療報酬改定時の激変を緩和するため、改定年度１年間に限り設定している係数（該当する医療機関のみ設定）。

DPC/PDPSの見直し

➢ DPC対象病院の基準の見直し

１．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、**データ数に係る基準（１月あたりデータ数が90以上）及び適切なDPCデータの作成に係る基準をDPC対象病院の基準として位置づける。**

※ 当該基準については、令和８年度診療報酬改定時より制度参加・退出に係る判定に用いる

➢ 医療機関別係数の見直し

1. **基礎係数**：現行の３つの医療機関群の設定方法を維持した上で、データ数に係る基準を満たさない医療機関について、評価を区別する。
2. **機能評価係数Ⅰ**：従前の評価方法を維持する。
3. **機能評価係数Ⅱ**：既存の４つの評価項目（効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、地域医療係数）による評価体系へ整理し、各係数の評価手法等について以下のとおり見直す。

現行	改定後
【保険診療係数】 • 適切なDPCデータの作成や病院情報の公表を評価 【効率性係数】 • 各医療機関における在院日数短縮の努力を評価 【救急医療係数】 • 救急医療入院における入院後2日までの医療資源投入量の差額を評価 【地域医療係数】 • 体制評価指数と定量評価指数で構成（評価シェアは１：１） ［体制評価指数］ • がん、脳卒中、心血管疾患、精神疾患、災害、周産期、へき地、救急、感染症、その他の10項目で評価 ＜感染症＞新型コロナウイルス感染症対策（病床確保、G-MIS）等 ＜実績評価＞実績を有するデータの25%tile値を上限値として評価	【保険診療係数】 • **評価を廃止**（一部を体制評価指数による評価に移行） 【効率性係数】 • **評価手法の変更** 【救急医療係数】 • **「救急補正係数」として整理**（機能評価係数Ⅱの項目としては廃止） 【地域医療係数】 • 体制評価指数と定量評価指数で構成（評価シェアは**７：５**） ［体制評価指数］ • 従前の10項目に、**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**（大学病院本院群のみ）を追加 ＜感染症＞ **新興感染症に係る協定締結**（令和７年度～） ＜実績評価＞**50%tile値**を上限値として評価（DPC標準病院群を除く）

4. **救急補正係数**：従前の救急医療指数による評価手法を維持した上で、独立した医療機関別係数の項目として評価を行う。
5. **激変緩和係数**：診療報酬改定に伴う激変緩和に対応した、激変緩和係数を設定する（改定年度のみ）。

➢ 診断群分類点数表の見直し

１．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、**点数設定方式Bにより設定する分類の範囲を見直す。**

２．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へ適用する。**

DPC対象病院の基準の見直し

DPC対象病院の基準の見直し

➢ 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、データ数に係る基準（１月あたりデータ数が90以上）及び適切なDPCデータの作成に係る基準をDPC対象病院の基準として新たに位置づける。

現行	改定後
【ＤＰＣ対象病院の基準】 • 急性期一般入院基本料、特定機能病院等の7対1・10対1入院基本料の届出 • 診療録管理体制加算に係る届出 • 以下の調査に適切に参加 - 当該病院を退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される調査「退院患者調査」 - 中央社会保険医療協議会の要請に基づき、退院患者調査を補完することを目的として随時実施される調査「特別調査」 • 調査期間1月あたりのデータ病床比が0.875以上 (新設) • 適切なコーディングに関する委員会を年4回以上開催	【ＤＰＣ対象病院の基準】 • 急性期一般入院基本料、特定機能病院等の7対1・10対1入院基本料の届出 • 診療録管理体制加算に係る届出 • 以下の調査に適切に参加 - 当該病院を退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される調査「退院患者調査」 - 中央社会保険医療協議会の要請に基づき、退院患者調査を補完することを目的として随時実施される調査「特別調査」 • 調査期間1月あたりのデータ病床比が0.875以上 • **調査期間1月あたりのデータ数が90以上** • **適切なデータ作成に係る以下の基準を満たす** - **「退院患者調査」の様式１（医療資源病名）における「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が10%未満** - **「退院患者調査」の様式間で記載矛盾のあるデータが１%未満** - **「退院患者調査」の様式１における未コード化傷病名の使用割合が２%未満** • 適切なコーディングに関する委員会を年4回以上開催

➢ 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。

医療機関別係数の見直し

基礎係数

- 現行の医療機関群の設定方法を維持し、３つの医療機関群を設定する。
- データ数に係る基準（１月あたりデータ数が90以上）を満たさない医療機関について評価を区別する。

医療機関群	評価区分	施設数	基礎係数
DPC標準病院群	データ数が90/月未満	103	1.0063
	それ以外の施設	1,423	1.0451
大学病院本院群		178	1.1182
DPC特定病院群		82	1.0718

機能評価係数Ⅰ

- 現行の評価手法を維持し、医科点数表の改定に応じて機能評価係数Ⅰに反映する。
  - 各項目の評価の見直しに伴う対応

機能評価係数Ⅱ

- 保険診療係数・救急医療係数を廃止・整理し、４つの係数（効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、地域医療係数）による評価体系へ再整理する（各評価項目の重みづけは等分とする）。
- 効率性係数及び地域医療係数について、評価の主旨や実態等を踏まえた評価手法の見直しを行う。

救急補正係数

- 従前の救急医療指数による評価手法を維持し、独立した医療機関別係数の項目として救急補正係数を設定する。

激変緩和係数

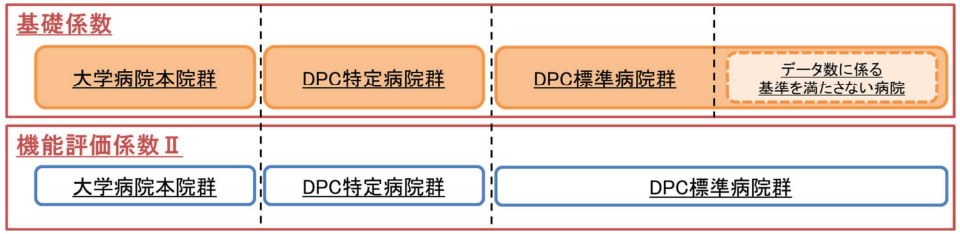
- 現行の設定方法を維持し、診療報酬改定がある年度については改定に伴う変動に関して、推計診療報酬変動率（出来高部分も含む）が2%を超えて変動しないよう激変緩和係数を設定する。

基礎係数の見直し

基礎係数の見直し

- 従前の考え方を維持し、３つの医療ｖ機関群を設定した上で、令和６年度診療報酬改定においては、データ数に係る基準（１月あたり90以上）を満たさない医療機関について、診療密度（相対値）が相対的に低いことを踏まえ、基礎係数の評価を区別する。

【令和6年度改定における基礎係数の評価（イメージ）】



機能評価係数Ⅱの見直し①

機能評価係数Ⅱの見直し（概要）

- 機能評価係数Ⅱについて、既存の４つの評価項目（効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、地域医療係数）による評価体系へと整理し、以下のとおり見直す。

現行

評価項目		重み付け	
保険診療係数		1.0	
効率性係数		1.0	
複雑性係数		1.0	
カバー率係数		1.0	
救急医療係数		1.0	
地域医療係数	体制評価係数	1.0	0.5
	定量評価係数		0.5

改定後

見直しの内容	重み付け（※）	
評価を廃止（一部を体制評価指数で評価）		
評価手法の見直し、群別評価へ変更	1.2	
現行の評価の継続	1.2	
現行の評価の継続	1.2	
名称・係数の位置づけの見直し	（1.2）	
医療計画や実績分布等を踏まえた見直し 新たな評価項目の追加	1.2	0.7
現行の評価の継続		0.5

（※）全体を「6.0」とした場合（改定前後の比較のため）

機能評価係数Ⅱの見直し②

機能評価係数Ⅱの見直し

- 保険診療係数について、評価を廃止し、適切なDPCデータの作成に係る基準については、DPC対象病院の基準として位置付けるとともに、病院情報の公表については体制評価指数における評価へ移行する。
- 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。
- 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。

現行

【保険診療係数】
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
［評価内容（概要）］
- 適切なDPCデータの作成
- 病院情報の公表

【効率性係数】
各医療機関における在院日数短縮の努力を評価
［評価内容（概要）］
- 全国の平均在院日数
  /全国の症例構成で補正した当該医療機関の平均在院日数

※　全群共通で評価

【救急医療係数】
救急医療入院の対象となる患者治療に要する資源投入量の乖離を評価

改定後

【保険診療係数】
（評価を廃止）

（DPC対象病院の基準として、位置づけを変更）
（体制評価指数において評価）

【効率性係数】
各医療機関における在院日数短縮の努力を評価
［評価内容（概要）］
- 当該医療機関の症例構成で補正した全国の平均在院日数
  /当該医療機関の平均在院日数

※　医療機関群ごとに評価

【救急医療係数】
（「救急補正係数」としての評価へ位置づけを変更）

機能評価係数Ⅱの見直し③

地域医療係数の見直し①

- 評価項目の再編等を踏まえ、地域医療係数における体制評価指数と定量評価指数の評価シェアについて、体制評価指数を重点評価するよう見直す。
- 体制評価指数における「感染症」について、医療計画における取組等を踏まえ、新興感染症に係る協定締結を評価するよう見直す。
- 体制評価指数について、医療機関群ごとの現状の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評価上限値を見直す。

現行

【地域医療係数】
［評価シェア］
体制評価指数：定量評価指数＝１：１

［体制評価指数］
がん、脳卒中、心血管疾患、精神疾患、災害、周産期、へき地、救急、感染症、その他の10項目で評価

＜感染症＞
・新型インフルエンザ患者入院医療機関に該当
・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
・GMISへの参加
＜実績評価＞
・実績を有するデータの25%tile値を上限値として評価

改定後

【地域医療係数】
［評価シェア］
体制評価指数：定量評価指数＝７：５

［体制評価指数］
従前の10項目に、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（大学病院本院群のみ）を追加
＜感染症＞
・第一種協定指定医療機関に該当（令和７年度～）
・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)（令和７年度～）
＜実績評価＞
・大学病院本院群及びDPC特定病院群において、実績を有するデータの50%tile値を上限値として評価

DPC/PDPSの機能評価係数Ⅱにおける新たな評価

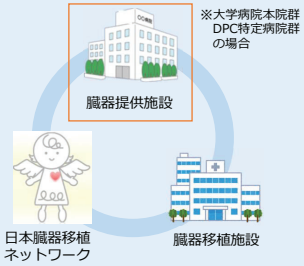
地域医療係数の見直し②

- 社会や地域の実情に応じて求められている機能の評価という観点から、体制評価指数において、「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。）について新たに評価を行う。

＜臓器提供の実施＞

［概要］
法的脳死判定後の臓器提供に係る実績を評価

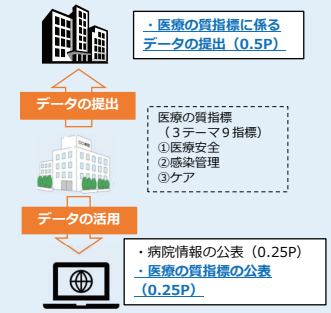
［評価の内容］
・過去３年の法的脳死判定後の臓器提供１件以上（0.5P）、２件以上（1P）



＜医療の質向上に向けた取組＞

［概要］
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

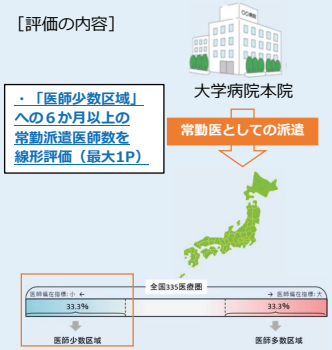
［評価の内容］



＜医師少数地域への医師派遣機能＞

［概要］
医師派遣による地域医療体制維持への貢献を評価

［評価の内容］



（参考）データ提出及び公表を評価する医療の質指標

医療の質指標（３テーマ９指標）

テーマ	指標	既存データ項目の活用	データ提出の評価対象（※１）	公表の評価時期（※２）
医療安全	転倒・転落発生率	×	○	令和８年度～
	転倒転落によるインシデント影響度分類レベル3b以上の発生率	×	○	令和８年度～
	リスクレベルが「中」以上の手術を施行した患者の肺血栓塞栓症の予防対策の実施率	○	×	令和７年度～
感染管理	血液培養2セット実施率	○	×	令和７年度～
	広域スペクトル抗菌薬使用時の細菌培養実施率	○	×	令和７年度～
	手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率	×	○	令和８年度～
ケア	d2（真皮までの損傷）以上の褥瘡発生率	×	○	令和８年度～
	65歳以上の患者の入院早期の栄養アセスメント実施割合	×	○	令和８年度～
	身体的拘束の実施率	×	○	令和８年度～

（※１）　該当する指標に対応する調査項目を新設する
（※２）　集計方法等の詳細については、「病院情報の公表の集計条件等について」において公表

機能評価係数Ⅱの評価内容①

指数	評価の考え方	評価内容
地域医療指数	体制評価指数と定量評価指数で（評価シェアは、７：５）構成	体制評価指数：5疾病6事業等を含む医療提供体制における役割や実績を評価。 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〕 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。
効率性指数	各医療機関における在院日数短縮の努力を評価	〔全DPC/PDPS対象病院の患者構成が、当該医療機関と同じと仮定した場合の平均在院日数〕／〔当該医療機関の平均在院日数〕 ※　当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※　包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。
複雑性指数	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。

機能評価係数Ⅱの評価内容②（体制評価指数）

評価項目	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
がん	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（0.5P）		
	「がん診療連携拠点病院の指定」、「小児がん拠点病院の指定」、「地域がん診療病院」、「特定領域がん診療連携拠点病院」（いずれかで0.5P）	「都道府県がん診療連携拠点の指定」又は「小児がん拠点病院」の指定（0.5P） 「地域がん診療連携拠点病院の指定」（0.25P）	
脳卒中	・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。		
心筋梗塞等の心血管疾患	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(0.5P)		
	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（0.5P）		
精神疾患	A230-3精神科身体合併症管理加算の算定実績(0.5P)、A311-3精神科救急・合併症入院料の1件以上の算定実績(1P)		
災害	・災害拠点病院の指定（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）		

機能評価係数Ⅱの評価内容③（体制評価指数）

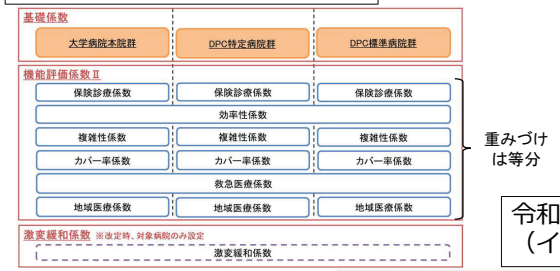
評価項目	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
周産期	「総合周産期母子医療センターの指定」、「地域周産期母子医療センターの指定」を評価（いずれかで1P）	・「総合周産期母子医療センターの指定」を重点的に評価（1P） ・「地域周産期母子医療センターの指定」(0.5P)	
へき地	・「へき地医療拠点病院の指定かつ巡回診療、医師派遣、代診医派遣を合算で年12回以上実施していること」又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていることを評価（いずれかで1P） ・「へき地医療拠点病院の指定（巡回診療、医師派遣、代診医派遣を合算で年12回以上実施している場合を除く）」を評価（0.5P）		
救急	二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設又は救命救急センターを評価(0.1P)	救命救急センター（0.5P） 二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設（0.1P）	
	上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数（最大0.9P）	上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数（救急医療入院に限る）（最大0.5P）	
感染症	・新型インフルエンザ患者入院医療機関に該当（0.25P）**（令和６年度で終了）** ・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）**（令和６年度で終了）** ※　上記のいずれも満たした場合（0.75P）**（令和６年度で終了）** ・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）**（令和６年度で終了）** **・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）** **・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）**		

機能評価係数Ⅱの評価内容④（体制評価指数）

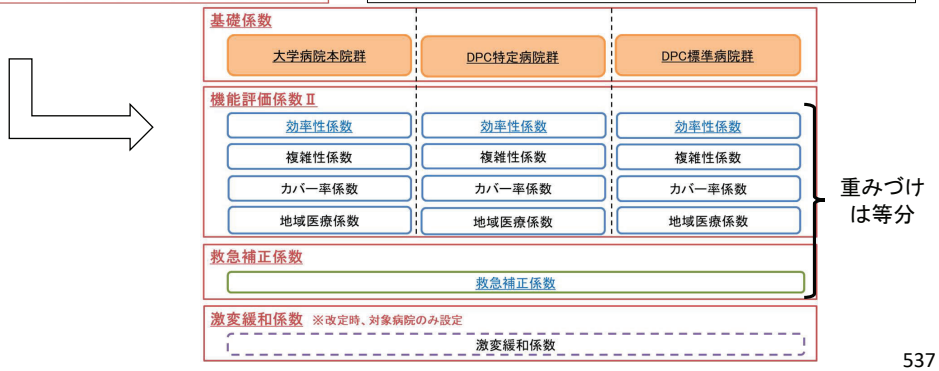
評価項目	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
治験等の実施	右記のいずれか1項目を満たした場合（1P）	治験等の実施 ・過去３カ年において、主導的に実施した医師主導治験が８件以上、又は主導的に実施した医師主導治験が４件以上かつ主導的に実施した臨床研究実績が40件以上（1P） ・20例以上の治験（※）の実施、10例以上の先進医療の実施又は10例以上の患者申出療養の実施(0.5P) （※）協力施設としての治験の実施を含む。	
臓器提供の実施	**・過去3カ年において、法的脳死判定後の臓器提供の実績が1件以上（1P）**	**・過去3カ年において、法的脳死判定後の臓器提供の実績が2件以上（1P）** **・過去3カ年において、法的脳死判定後の臓器提供の実績が１件以上（0.5P）**	
医療の質向上に向けた取組	**・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**		
医師少数地域への医師派遣機能	（評価は行わない）	**・「医師少数地域」へ常勤医師として半年以上派遣している医師数（当該病院に3年以上在籍しているものに限る）（1P）**	（評価は行わない）

（参考）医療機関別係数の評価体系

従前の医療機関別係数の評価体系（イメージ）



令和６年度改定後の医療機関別係数の評価体系（イメージ）



診断群分類点数表の見直し①

➢ 医療資源の同等性、臨床的類似等の観点から、診断群分類の見直しを行い、令和6年度診療報酬改定においては以下のとおりとなった。

	MDC数※１	傷病名数	診断群分類数	包括対象※２	支払い分類※3
平成15年４月	16	575	2,552	1,860	
平成16年４月	16	591	3,074	1,726	
平成18年４月	16	516	2,347	1,438	
平成20年４月	18	506	2,451	1,572	
平成22年４月	18	507	2,658	1,880	
平成24年４月	18	516	2,927	2,241	
平成26年４月	18	504	2,873	2,309	
平成28年４月	18	506	4,918	4,244	2,410
平成30年４月	18	505	4,955	4,296	2,462
令和２年４月	18	502	4,557	3,990	2,260
令和４年４月	18	502	4,726	4,064	2,334
令和６年４月	18	506	3,248※4	2,477※4	2,348

※１　MDC：Major Diagnostic Category　主要診断群
※２　包括対象となるDPC数
※３　CCPマトリックスを導入した分類は、複数の診断群分類が同一の支払い分類となる。
※４　CCPマトリックスを導入した分類について、診断群分類としての構成の見直しを行っている。

診断群分類の見直しの例①：傷病名の見直し

➢ 医療資源の同等性、臨床的類似性等の観点から、ICDコードと傷病名（DPC上６桁コード）の対応関係について整理を行い、新たな傷病名の設定を行う。

【例１：「010095」視神経脊髄炎スペクトラム障害の新設】

ICD名称	ICDコード	見直し前 疾患コード	見直し前 傷病名		見直し後 疾患コード	見直し後 傷病名
多発性硬化症	G35	010090	多発性硬化症	⇒	010090	多発性硬化症
視神経脊髄炎[デビック<Devic>病]	G360			⇒	010095	視神経脊髄炎スペクトラム障害

【例２：「070620」骨折変形癒合、癒合不全などによる変形（骨盤部・大腿）の新設】

ICD名称	ICDコード	見直し前 疾患コード	見直し前 傷病名		見直し後 疾患コード	見直し後 傷病名
骨折の変形癒合　骨盤部及び大腿	M8405	070600	骨折変形癒合、癒合不全などによる変形（上肢以外）	⇒	070620	骨折変形癒合、癒合不全などによる変形（骨盤部・大腿）
骨折の骨癒合不全［偽関節］　骨盤部及び大腿	M8415					
骨折の癒合遅延　骨盤部及び大腿	M8425					
病的骨折，他に分類されないもの　骨盤部及び大腿	M8445					
骨のその他の癒合障害　骨盤部及び大腿	M8485					
胸部＜郭＞及び骨盤部のその他の骨折の続発・後遺症	T912					
骨折の変形癒合　下腿	M8406			⇒	070600	骨折変形癒合、癒合不全などによる変形（上肢、骨盤部・大腿以外）
骨折の変形癒合　足関節部及び足	M8407					
骨折の骨癒合不全［偽関節］　下腿	M8416					
骨折の骨癒合不全［偽関節］　足関節部及び足	M8417					
骨折の癒合遅延　下腿	M8426					
骨折の癒合遅延　足関節部及び足	M8427					
病的骨折，他に分類されないもの　下腿	M8446					
病的骨折，他に分類されないもの　足関節部及び足	M8447					
骨のその他の癒合障害　下腿	M8486					
骨のその他の癒合障害　足関節部及び足	M8487					
骨癒合術後又は関節固定術後の偽関節	M960					
脊椎骨折の続発・後遺症	T911					
下肢のその他の骨折の続発・後遺症	T932					

診断群分類の見直しの例②：手術等の見直し

➢ 医療資源の同等性、臨床的類似性等の観点から、五号告示の対象となっていた手術や高額薬剤等を含め、手術や手術処置等の設定について整理を行い、分岐の新設等の対応を行う。

【例１：「100370」アミロイドーシスにおける手術・処置等２の見直し】

疾患コード	傷病名	見直し前 手術・処置等２ 対応コード	見直し前 手術・処置等２ 処置等名称		見直し後 手術・処置等２ 対応コード	見直し後 手術・処置等２ 処置等名称
100370	アミロイドーシス	1	カナキヌマブ	⇒	3	ブトリシランナトリウム
		1	タファミジスメグルミン		3	パチシランナトリウム
		1	パチシランナトリウム		3	カナキヌマブ
		1	タファミジス		2	ダラツムマブ／ボルヒアルロニダーゼアルファ
					1	パチシランナトリウム
					1	タファミジス

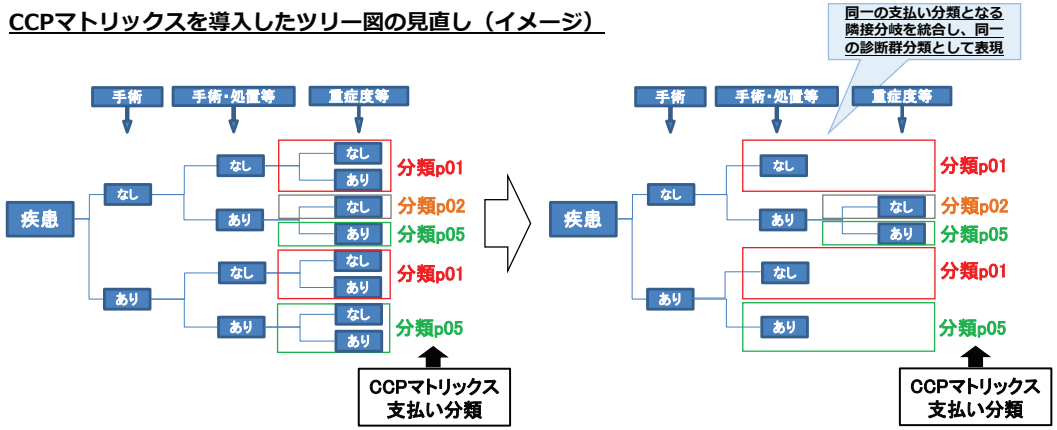
【例２：「110200」前立腺肥大症における手術の見直し】

疾患コード	傷病名	見直し前 手術 対応コード	見直し前 手術 点数表名称		見直し後 手術 対応コード	見直し後 手術 点数表名称
110200	前立腺肥大症	99	手術なし	⇒	99	手術なし
		97			97	
		02	経尿道的前立腺手術		03	経尿道的前立腺吊上術
		02	経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術		02	経尿道的前立腺手術
		02	経尿道的前立腺核出術		02	経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術
		01	前立腺被膜下摘出術		02	経尿道的前立腺核出術
					01	前立腺被膜下摘出術

診断群分類の見直しの例③：CCPマトリックスを導入した分類の見直し

➢ CCPマトリックスを導入した診断群分類（脳梗塞、肺炎）について、実態を踏まえ、定義テーブル及び支払い分類を見直すとともに、診断群分類定義樹形図（ツリー図）での表現を簡素化する。

CCPマトリックスを導入したツリー図の見直し（イメージ）



傷病名	診断群分類数			支払い分類数		
010060　脳梗塞	1584分類	⇒	101分類	7分類	⇒	12分類
040080　肺炎	168分類	⇒	52分類	15分類	⇒	12分類

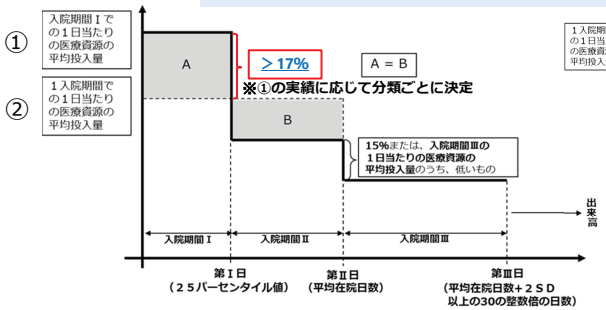
診断群分類点数表の見直し②

点数設定方式Bで設定する診断群分類の見直し

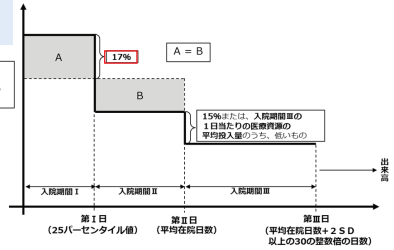
➢ 入院初期の医療資源投入量の多い診断群分類が増加している実態を踏まえ、点数設定方式Bにより設定する診断群分類の範囲を以下のとおり見直す。

点数設定方式Ｂ

「①＞②＋17%」となる診断群分類
（期間Ⅰでの１日当たり資源投入量＞Ａ方式での設定点数）
⇒ 点数設定方式Ｂの対象とする



（参考）点数設定方式Ａ



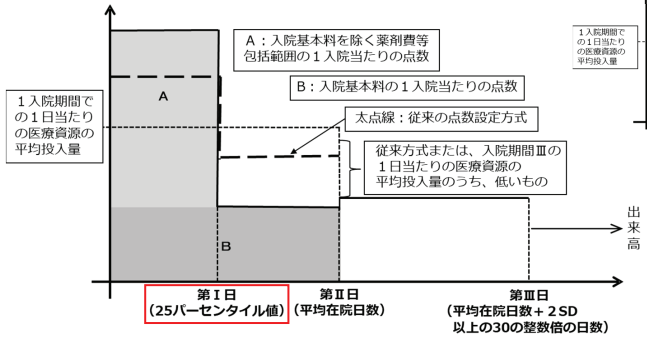
現行	改定後
【診断群分類】 ＜点数設定方式Ｂ＞　257分類	【診断群分類】 ＜点数設定方式Ｂ＞　1,212分類

診断群分類点数表の見直し③

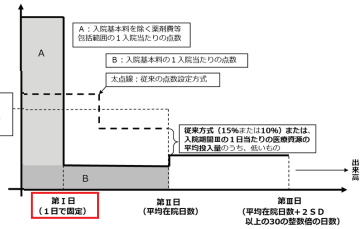
点数設定方式Eの新設①

➢ より早期の退院への評価を充実化する観点から、一定程度標準化が進んでいる診断群分類であって、一定の入院期間が見込まれる分類への適用を念頭に、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を新設する。

（新）点数設定方式Ｅ
（赤枠が点数設定方式Ｄとの相違点）



（参考）点数設定方式Ｄ



診断群分類点数表の見直し④

点数設定方式Eの新設②

➢ 臨床的な観点も踏まえ、一定の症例数があり、分類としてのバラつきが相対的に少ないと考えられる以下の診断群分類等について、点数設定方式Eにより設定する。

［点数設定方式Eで設定する診断群分類（例）］

改定後の診断群分類	診断群分類の名称	手術、処置等
010030xx01x0xx	未破裂脳動脈瘤	脳動脈瘤頸部クリッピング等あり　処置等２なし
030390xx970xxx	顔面神経障害	手術あり　処置等１なし
040200xx01x0xx	気胸	肺切除術等あり　処置等２なし　定義副傷病なし
060035xx010x0x	直腸肛門（直腸Ｓ状部から肛門）の悪性腫瘍	直腸切除・切断術　切除術等あり 処置等１なし　定義副傷病なし
110080xx01xxxx	前立腺の悪性腫瘍	前立腺悪性腫瘍手術等あり
120070xx01xxxx	卵巣の良性腫瘍	卵巣部分切除術（腟式を含む。）　開腹によるもの等あり

➢ 点数設定方式Eにより設定する診断群分類は、 全体で47分類となる。

現行	改定後
【診断群分類】 （新設）	【診断群分類】 ＜点数設定方式E＞　47分類

退院患者調査の見直し①

➢ 適切な診断群分類の設定及び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。

様式１の見直し①

［様式１の主な見直し内容（全ての病棟を対象とする項目）］

項目名	対象病棟等の指定	必須条件	見直しの内容
【削】心不全患者情報/左室駆出率			
【新】心不全患者情報/バイオマーカー	―	必須	医療資源病名が050130（心不全）に定義される傷病名である場合、BNP値又はNT-proBNP値を入力する。
【新】解離性大動脈瘤情報/発症時期	―	必須	主傷病等が解離性大動脈瘤の場合、発症の時期を入力する。
【新】川崎病患者情報/ガンマグロブリン	―	必須	医療資源病名が150070（川崎病）に定義される傷病名である場合、ガンマグロブリンの追加投与の有無を入力する。
身長・体重	―	必須	体重について、入院時に加え退院時の体重の入力を必須とする。
低栄養の有無	―	任意	血中アルブミン値等に基づく入力（必須）を廃止し、GLIM基準に基づく入力（任意）とする。
Ｐ/Ｆ比	―	必須	救急医療入院(呼吸不全又は心不全で重篤な状態等)の場合に入力を必須とする。酸素投与の有無及びFiO2の入力を必須とする。
ＮＹＨＡ	―	必須	救急医療入院(心不全で重篤な状態等)の場合に入力を必須とする。
血行動態的特徴	―	必須	対象疾患を見直すとともに、救急医療入院(心不全で重篤な状態等)の場合に入力を必須とする。循環作動薬の使用の入力を必須とする。

【削】：項目の削除、【新】：新規追加項目、無印：既存項目の変更、その他

退院患者調査の見直し②

様式１の見直し②

［様式１の主な見直し内容（一部の病棟を対象とする項目）］

項目名	対象病棟等の指定	必須条件	見直しの内容
ＦＩＭ	回リハ病棟等	必須	入退棟時に加え、入棟中に測定したFIM得点の入力を必須とする。
【新】退院に向けた会議の開催状況	精神	必須	当該患者の入院中に行われた当該患者の退院支援に関する会議について、初めて行われた実施日、開催回数、職種ごとの参加回数を入力する。
【新】個別支援の実施状況	精神	必須	服薬指導、個別作業療法、相談支援、心理支援の実施回数を入力する。
【新】外出又は外泊の実施状況	精神	必須	入院中に患者が患家等を訪問した回数及び職種ごとの患者の患家等への訪問に同行した回数を入力する。
【新】障害福祉サービス等の連携に関する情報	精神	必須	入院中に各障害福祉サービス等事業所と面談を行った回数及び退院時点で今後の利用が予定されている障害福祉サービス等を入力する。

EFファイルの見直し

ファイル	見直しの内容	経過措置
入院EFファイル	基本的検体検査実施料、基本的エックス線診断料について、実施された診療行為等をＥＦファイルに出力する。	令和６年９月末まで

【新】：新規追加項目、無印：既存項目の変更、その他

退院患者調査の見直し③

医療の質指標に係る項目の新設

［体制評価指数（医療の質向上に向けた取組）において、データ提出の評価対象となる項目］

項目名	ファイル	見直しの内容
【新】転倒・転落件数（※）	様式１	入棟中に発生した転倒・転落の発生件数を入力する。
	様式３	入院中に発生した転倒・転落の発生件数を入力する。
【新】インシデント影響度分類レベル3b以上の転倒・転落件数（※）	様式１	入棟中に発生したインシデント影響度分類レベル3b以上の転倒・転落の発生件数を入力する。
	様式３	入院中に発生したインシデント影響度分類レベル3b以上の転倒・転落の発生件数を入力する。
【新】d2以上の褥瘡（※）	様式１	入棟時及び退棟時の評価に加え、入棟中の褥瘡の最大深度を入力する。
	様式３	入院中に新規にd2（真皮までの損傷）以上の褥瘡が発生した患者数を入力する。
【新】予防的抗菌薬投与	様式１	全身麻酔を伴う手術の場合に、予防的抗菌薬投与の有無及び時間を入力する。
【新】入院早期の栄養アセスメント	様式１	入院後48時間以内の栄養アセスメントの実施の有無を入力する。
【新】身体的拘束	様式１	身体的拘束の実施日数を入力する。

【新】：新規追加項目

（※）　様式１又は様式３いずれかの入力で評価する。

５月31日以前から入院している患者の取扱い

- 令和６年５月までの診断群分類点数表による算定は見直し前の診断群分類点数表により行い、令和６年６月からの算定は見直し後の診断群分類点数表により行う。
  具体的な取扱いは以下の通り。

  - 包括→包括の場合
    - ６月分の請求は見直し後の診断群分類とし、算定の起算日は入院日とする。
    - ５月までの間で診断群分類の変更があった場合は、５月３１日に差額調整を行う。
    - ６月以降に診断群分類の変更がある場合は、６月１日以降の請求額の差額調整を行う。
  - 包括→出来高の場合
    - ６月分の請求は出来高で行う。
    - ５月までの間で診断群分類の変更があった場合は、５月３１日に差額調整を行う。
    - ６月以降に出来高→包括の変更がある場合は、６月１日以降の請求額の差額調整を行う。
  - 出来高→包括の場合
    - ６月分の請求は見直し後の診断群分類とし、算定の起算日は入院日とする。
    - ６月以降に診断群分類の変更がある場合は、６月１日以降の請求額の差額調整を行う。

短期滞在手術等基本料の評価の見直し

短期滞在手術等基本料１の見直し

- 短期滞在手術等基本料１について、対象手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。

現行

【短期滞在手術等基本料１】
短期滞在手術等基本料１（日帰りの場合）
イ　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

改定後

【短期滞在手術等基本料１】
短期滞在手術等基本料１（日帰りの場合）
（改）イ　主として入院で実施されている手術を行った場合
(1)　麻酔を伴う手術を行った場合　2,947点
(2)　(1)以外の場合　2,718点

（改）ロ　イ以外の場合
(1)　麻酔を伴う手術を行った場合　1,588点
(2)　(1)以外の場合　1,359点

短期滞在手術等基本料３の見直し

- 短期滞在手術等基本料３について、実態を踏まえ、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。

（片側・両側で評価の区別を行う手術等）
Ｋ２０２　涙管チューブ挿入術　１　涙道内視鏡を用いるもの
Ｋ２１７　眼瞼内反症手術　２　皮膚切開法
Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　１　眼瞼挙筋前転法
Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　３　その他のもの
Ｋ２２４　翼状片手術（弁の移植を要するもの）
Ｋ２４２　斜視手術　２　後転法
Ｋ２４２　斜視手術　３　前転法及び後転法の併施
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。）
Ｋ２６８　緑内障手術　６　水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術

（参考）短期滞在手術等基本料の対象手術等

短期滞在手術等基本料１の対象手術等

（「イ」主として入院で実施されている手術を行った場合の対象手術等）

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）
Ｄ２９１―２　小児食物アレルギー負荷検査
Ｋ００６　皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外）　４　長径十二センチメートル以上（六歳未満に限る。）
Ｋ０３０　四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術　２　手、足（手に限る。）
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。）
Ｋ０６８　半月板切除術
Ｋ０６８―２　関節鏡下半月板切除術
Ｋ２８２　水晶体再建術　１　眼内レンズを挿入する場合　イ　縫着レンズを挿入するもの
Ｋ２８２　水晶体再建術　２　眼内レンズを挿入しない場合
Ｋ２８２　水晶体再建術　３　計画的後嚢切開を伴う場合
Ｋ４７４　乳腺腫瘍摘出術　１　長径５センチメートル未満
Ｋ４７４　乳腺腫瘍摘出術　２　長径５センチメートル以上
Ｋ５０８　気管支狭窄拡張術（気管支鏡によるもの）
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）
Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　１　抜去切除術
Ｋ６５３　内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術　１　早期悪性腫瘍粘膜切除術
Ｋ８３４―３　顕微鏡下精索静脈瘤手術
Ｋ８４１－２　経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術　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
Ｋ８４１－２　経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術　２　ツリウムレーザーを用いるもの
Ｋ８４１－２　経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術　３　その他のもの

（「ロ」イ以外の場合の対象手術等）

Ｋ００５　皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部）　３　長径四センチメートル以上（六歳未満に限る。）
Ｋ００６　皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外）　３　長径六センチメートル以上十二センチメートル未満（六歳未満に限る。）
Ｋ００８　腋臭症手術
Ｋ０７０　ガングリオン摘出術　１　手、足、指（手、足）（手に限る。）
Ｋ０９３　手根管開放手術
Ｋ０９３―２　関節鏡下手根管開放手術
Ｋ２０２　涙管チューブ挿入術　１　涙道内視鏡を用いるもの
Ｋ２１７　眼瞼内反症手術　２　皮膚切開法
Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　１　眼瞼挙筋前転法
Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　３　その他のもの
Ｋ２２４　翼状片手術（弁の移植を要するもの）
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。）
Ｋ２６８　緑内障手術　６　水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術
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
Ｋ６１６―４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　１　初回
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
Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　２　硬化療法（一連として）
Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　３　高位結紮術
Ｋ６１７―４　下肢静脈瘤血管内焼灼術
Ｋ６１７―６　下肢静脈瘤血管内塞栓術
Ｋ７２１　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　１　長径二センチメートル未満
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）
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、肛門尖圭コンジローム切除術に限る。）
Ｋ８２３―６　尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）

（参考）短期滞在手術等基本料の対象手術等

短期滞在手術等基本料３の対象手術等

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
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
Ｄ２３７－２　反復睡眠潜時試験（ＭＳＬＴ）
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）
Ｄ２９１－２　小児食物アレルギー負荷検査
Ｄ４１３　前立腺針生検法　２　その他のもの
Ｋ００７－２　経皮的放射線治療用金属マーカー留置術
Ｋ０３０　四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術の　２　手、足（手に限る。）
Ｋ０４６　骨折観血的手術　２　前腕、下腿、手舟状骨（手舟状骨に限る。）
Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　３　前腕、下腿（前腕に限る。）
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。）
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。）
Ｋ０７０　ガングリオン摘出術　１　手、足、指（手、足）（手に限る。）
Ｋ０９３－２　関節鏡下手根管開放手術
Ｋ１９６－２　胸腔鏡下交感神経節切除術（両側）
Ｋ２０２　涙管チューブ挿入術　１　涙道内視鏡を用いるもの
Ｋ２１７　眼瞼内反症手術の　２　皮膚切開法
Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　１　眼瞼挙筋前転法
Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　３　その他のもの
Ｋ２２４　翼状片手術（弁の移植を要するもの）
Ｋ２４２　斜視手術　２　後転法
Ｋ２４２　斜視手術　３　前転法及び後転法の併施
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。）
Ｋ２６８　緑内障手術　６　水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術
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
Ｋ２８２　水晶体再建術　２　眼内レンズを挿入しない場合
Ｋ３１８　鼓膜形成手術
Ｋ３３３　鼻骨骨折整復固定術
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
Ｋ４７４　乳腺腫瘍摘出術　１　長径５センチメートル未満
Ｋ４７４　乳腺腫瘍摘出術　２　長径５センチメートル以上
Ｋ６１６－４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　１　初回
Ｋ６１６－４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　２　１の実施後３月以内に実施する患者
Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　１　抜去切除術
Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　２　硬化療法（一連として）
Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　３　高位結紮術
Ｋ６１７－２　大伏在静脈抜去術
Ｋ６１７－４　下肢静脈瘤血管内焼灼術
Ｋ６１７－６　下肢静脈瘤血管内塞栓術
Ｋ６３３　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア
Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）
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
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
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)
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。）
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。）
Ｋ７６８　体外衝撃波腎・尿管結石破砕術（一連につき）
Ｋ８２３－６　尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）
Ｋ８３４－３　顕微鏡下精索静脈瘤手術
Ｋ８６７　子宮頸部(腟部)切除術
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
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　３　その他のもの
Ｋ８７３　子宮鏡下子宮筋腫摘出術　１　電解質溶液利用のもの
Ｋ８７３　子宮鏡下子宮筋腫摘出術　２　その他のもの
Ｋ８９０－３　腹腔鏡下卵管形成術
Ｍ００１－２　カンマナイフによる定位放射線治療

（参考）短期滞在手術等基本料の対象手術等の取扱い

短期滞在手術等基本料の対象手術等の取扱い

➢ DPC対象病院の場合

	短期滞在手術等基本料の算定可否	平均在院日数	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度※
短期滞在１の対象手術等を実施する入院患者	○	対象外	対象外　→　**対象**
短期滞在３の対象手術等を実施する入院患者（短期滞在手術等の要件を満たす場合）	×（DPC/PDPSで算定）※DPC対象病院ではDPC/PDPSによる評価を優先するため	対象外	対象外　→　**対象**
短期滞在３の対象手術等を実施する入院患者（短期滞在手術等の要件を満たさない場合）	×（DPC/PDPSで算定）	対象	対象

➢ DPC対象病院以外の場合

	短期滞在手術等基本料の算定可否	平均在院日数	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度※
短期滞在１の対象手術等を実施する入院患者	○	対象外	対象外　→　**対象**
短期滞在３の対象手術等を実施する入院患者（短期滞在手術等の要件を満たす場合）	○（原則、短期滞在３を算定する）	対象外	対象外　→　**対象**
短期滞在３の対象手術等を実施する入院患者（短期滞在手術等の要件を満たさない場合）	×	対象	対象

（※）特定集中治療室用及びハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度における取扱いは従前と同様。

18. 医療資源の少ない地域等への対応

医師少数区域及び医療資源の少ない地域等に配慮した評価の見直し

医師少数区域等に配慮した評価の見直し

○医師少数区域等に配慮した評価を適切に推進する観点から、医師派遣機能や遠隔連携等に関する評価を見直す。

➢ DPC/PDPSの機能評価係数Ⅱにおける新たな評価
- 体制評価指数において、「**医師少数地域への医師派遣機能**」（大学病院本院群に限る。）について新たに評価を行う。

➢ 急性期脳卒中治療における遠隔連携の評価
- 基幹施設との連携により届出を行う場合の超急性期脳卒中加算について、**対象地域を医師少数区域まで拡大**する等の見直しを行う。
- 医師少数区域等に所在する医療機関が基幹施設との連携により脳血栓回収術の適応について判断し、基幹施設において脳血栓回収術を実施した場合の評価を新設する。

➢ へき地診療所等が実施するD to P with Nの推進
- 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**を新設する。

医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し

○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、リハビリテーション等に関する評価を見直す。

➢ 回復期リハビリテーション入院医療管理料の新設
- 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病棟入院料の届出を病室単位で可能な区分を新設**する。

➢ 地域包括ケア病棟の要件の見直し
- 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**。

➢ 在支診・在支病の要件の見直し
- 医療資源の少ない地域の在支診・在支病に係る24時間の往診体制の要件について、**D to P with Nを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**。

超急性期脳卒中加算の見直し

超急性期脳卒中加算の見直し

➢ 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。

現行

【超急性期脳卒中加算】
［施設基準］
(1) 次のいずれかを満たしていること。
ア　当該保険医療機関において、専ら脳卒中の診断及び治療を担当する常勤の医師（専ら脳卒中の診断及び治療を担当した経験を10 年以上有するものに限る。）が１名以上配置されており、日本脳卒中学会等の関係学会が行う脳梗塞ｔ－ＰＡ適正使用に係る講習会を受講していること。
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）日本脳卒中学会が定める「脳卒中診療における遠隔医療（Telestroke）ガイドライン」に沿った情報通信機器を用いた診療を行う体制が整備されていること。
（ハ）日本脳卒中学会等の関係学会が行う脳梗塞ｔ－ＰＡ適正使用に係る講習会を受講している常勤の医師が１名以上配置されていること。
(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。

改定後

【超急性期脳卒中加算】
［施設基準］
(1) 次のいずれかを満たしていること。
ア　当該保険医療機関において、専ら脳卒中の診断及び治療を担当する常勤の医師（専ら脳卒中の診断及び治療を担当した経験を10 年以上有するものに限る。）が１名以上配置されており、日本脳卒中学会等の関係学会が行う脳梗塞ｔ－ＰＡ適正使用に係る講習会を受講していること。
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）日本脳卒中学会が定める「脳卒中診療における遠隔医療（Telestroke）ガイドライン」に沿った情報通信機器を用いた診療を行う体制が整備されていること。
（ハ）日本脳卒中学会等の関係学会が行う脳梗塞ｔ－ＰＡ適正使用に係る講習会を受講している常勤の医師が１名以上配置されていること。
(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。

脳血栓回収療法における遠隔連携の評価

脳血栓回収療法連携加算の新設

➢ 医師少数区域等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患者について血栓回収療法の適応を判断した上で、必要に応じて転院搬送し、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。

（新）　脳血栓回収療法連携加算　　5,000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、当該保険医療機関との連携体制の確保により区分番号Ａ２０５－２に掲げる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に、経皮的脳血栓回収術の所定点数に5,000点を所定点数に加算する。ただし、区分番号Ａ２０５－２に掲げる超急性期脳卒中加算とは併せて算定できない。

➢ 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。

現行

【超急性期脳卒中加算】
［施設基準］
・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）
（新規）

改定後

【超急性期脳卒中加算】
［施設基準］
・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）
（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の間で、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。

医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬上の評価（概要）

○　医療資源の少ない地域については、医療従事者が少ないことや、医療機関が少ないため機能分化が困難であることに着目し、施設基準の緩和等、その特性に配慮した評価を行っている。
○　急性期から回復期における機能分化が困難である観点から一般病棟入院基本料や地域包括ケア病棟入院料について要件緩和や混合病棟を認める等の対応を行っている。

＜評価の概要＞

項目名	医療資源の少ない地域に配慮した主な要件緩和等	緩和の対象
Ａ１００　一般病棟入院基本料*	病棟ごとに違う区分の入院基本料の算定が可能	入院料の算定
Ａ１０８　有床診療所入院基本料	入院基本料１～３の施設基準の一つとして、医療資源の少ない地域（特定地域）に所在する有床診療所であること	（入院料の要件）
Ａ２０７　医師事務補助体制加算	20対１から100対１までについて、医療資源の少ない地域に所在する医療機関であれば、要件を満たす（※）ことにとする	施設基準の要件
Ａ２２６－２　緩和ケア診療加算*	医師・看護師・薬剤師の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師の専従要件等の緩和	人員配置
Ａ２３３－２　栄養サポートチーム加算*	看護師・薬剤師・管理栄養士の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師・管理栄養士の専従要件等の緩和	人員配置
Ａ２３６　褥瘡ハイリスク患者ケア加算*	看護師等の専従要件の緩和	人員配置
Ａ２４６　入退院支援加算*	看護師・社会福祉士の要件の緩和	人員配置
Ａ３０８－３　地域包括ケア病棟入院料	看護職員配置が15対１以上※1 看護職員の最小必要数の４割以上※2が看護師、理学療法士等の専従要件の緩和 ※１　特定地域以外では13対１以上　※２　特定地域以外では７割以上 許可病床数200床未満に限るとされている基準について、280床未満とする （地域包括ケア病棟入院医療管理料１、２、３及び４、地域包括ケア病棟入院料１及び３）	人員配置 病床数
Ａ３１７　特定一般病棟入院料	一般病棟が１病棟のみ（DPC対象病院を除く） 看護職員配置が13対１以上又は15対１以上 看護要員１人当たりの月平均夜勤72時間要件なし	人員配置 夜勤の要件
Ａ２４８　精神疾患診療体制加算	許可病床数80床以上（特定地域以外は許可病床数100床以上）	病床数
Ａ２４９　精神科急性期医師配置加算	許可病床数80床以上（特定地域以外は許可病床数100床以上）	病床数
在宅療養支援病院	許可病床数280床未満（特定地域以外は許可病床数200床未満）	病床数
在宅療養後方支援病院	許可病床数160床以上（特定地域以外は許可病床数200床以上）	病床数
Ｂ００１　２４　外来緩和ケア管理料*	医師・看護師の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師の専従要件等の緩和	人員配置
Ｂ００１　２７　糖尿病透析予防指導管理料*	医師・看護師又は保健師・管理栄養士の専任要件・常勤要件の緩和	人員配置
24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）	複数の訪問看護ステーションが連携して体制を確保した場合の対象地域を、医療資源の少ない地域にも拡大	施設基準の要件

*医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び急性期一般入院料１を算定している病院を除く）の一般病棟が対象。
（※）遠隔画像診断、処置の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１、手術の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１、保険医療機関間の連携による病理診断（受診側）、保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製（受信側）、保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診（受信側）についても同様。

医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し及び対象地域の見直し①

回復期リハビリテーション入院医療管理料の新設

➢ 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、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**。

（新）　回復期リハビリテーション入院医療管理料　1,859点（生活療養を受ける場合は1,845点）

[主な施設基準の概要]

（１） 回復期リハビリテーションの必要性の高い患者を**８割以上**入院させていること。

（２） 回復期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。

（３） 回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対する１日当たりリハビリテーション提供単位数が平均２単位以上であること。

（４） 当該病室を有する病棟に専任の常勤の医師が１名以上配置されていること。

（５） **看護職員が15:1以上配置**されていること。また、**看護補助者が30:1以上配置**されていること。

（６） 当該病室を有する病棟に**専従の常勤の理学療法士１名以上**及び**専任の常勤の作業療法士１名以上**配置されていること。また常勤の理学療法士又は作業療法士の配置に代えて、理学療法士又は作業療法士を複数人配置した場合であっても当該要件を満たす。
（当該理学療法士について、**当該病室を有する病棟におけるリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算に係る専従者と兼務可能**）

（７） 当該病室において、新規入院患者のうち**３割以上が重症の患者**であること。また、**重症の患者の３割以上が退院時に入院時と比較して日常生活機能で３点以又はFIM総得点で12点以上改善している**こと。

（８） 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**７割以上**であること。

（９） 医療資源の少ない地域に所属する医療機関であって、**当該病院を中心とした半径12キロメートル以内の当該病院を含む病院が回復期リハビリテーション病棟入院料１から５を届出していない**こと。

(10) 当該病室において、**新規入棟患者のうち４割以上が別表第九の五に掲げる状態の患者**であること。

別表第九　回復期リハビリテーションを要する状態及び算定上限日数
一　脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症 、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態又は義肢装着訓練を要する状態（算定開始日から起算して百五十日以内。ただし、高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合は、算定開始日から起算して百八十日以内）

医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し及び対象地域の見直し②

地域包括ケア病棟の要件の見直し

➢ 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。

在支診・在支病の要件の見直し

➢ 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**。

対象地域の見直し

➢ 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。

現行	改定後
【対象地域】 • 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 • 秋田県北秋田市及び上小阿仁村の地域 • 秋田県大仙市、仙北市及び美郷町の地域 • 秋田県湯沢市、羽後町及び東成瀬村の地域 • （新設） • 島根県大田市及び邑智郡の地域	【対象地域】 • **（削除）** • **（削除）** • 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 • **石川県輪島市、珠洲市、穴水町及び能登町の地域** • **（削除）**

［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８年５月31日までの間、なお効力を有するものとする。

医療資源の少ない地域（令和６年度診療報酬改定）

都道府県	二次医療圏	市町村
北海道	南檜山	江差町、上ノ国町、厚沢部町、乙部町及び奥尻町
	日高	日高町、平取町、新冠町、浦河町、様似町、えりも町及び新ひだか町
	宗谷	稚内市、猿払村、浜頓別町、中頓別町、枝幸町、豊富町、礼文町、利尻町、利尻富士町及び幌延町
	根室	根室市、別海町、中標津町、標津町及び羅臼町
青森県	西北五地域	所川原市、つがる市、鰺ヶ沢町、深浦町、鶴田町及び中泊町
	下北地域	むつ市、大間町、東通村、風間浦村及び佐井村
岩手県	岩手中部	花巻市、北上市、遠野市及び西和賀町
	気仙	大船渡市、陸前高田市及び住田町
	宮古	宮古市、山田町、岩泉町及び田野畑村
	久慈	久慈市、普代村、野田村及び洋野町
秋田県	県南	大仙市、仙北市、美郷町、**横手市**、湯沢市、羽後町、東成瀬村
山形県	最上	新庄市、金山町、最上町、舟形町、真室川町、大蔵村、鮭川村及び戸沢村
東京都	島しょ	大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村及び小笠原村
新潟県	魚沼	十日町市、魚沼市、南魚沼市、湯沢町及び津南町
	佐渡	佐渡市
石川県	**能登北部**	**輪島市、珠洲市、穴水町、能登町**
福井県	奥越	大野市、勝山市
山梨県	峡南	市川三郷町、早川町、身延町、南部町及び富士川町
長野県	木曽	木曽郡
	大北	大町市及び北安曇野郡
岐阜県	飛騨	高山市、飛騨市、下呂市及び白川町
愛知県	東三河北部	新城市、設楽町、東栄町及び豊根村
滋賀県	湖北	長浜市及び米原市
	湖西	高島市
兵庫県	但馬	豊岡市、養父市、朝来市、香美町及び新温泉町
奈良県	南和	五條市、吉野町、大淀町、下市町、黒滝村、天川村、野迫川村、十津川村、下北山村、上北山村、川上村、東吉野村
島根県	雲南	雲南市、奥出雲町及び飯南町
	隠岐	海士町、西ノ島町、知夫村、隠岐の島町
香川県	小豆	小豆郡
長崎県	五島	五島市
	上五島	小値賀町、新上五島町
	壱岐	壱岐市
	対馬	対馬市
鹿児島県	熊毛	西之表市、熊毛郡
	奄美	奄美市、大島郡
沖縄県	宮古	宮古島市、多良間村
	八重山	石垣市、竹富町、与那国町

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

19. その他

医療安全対策の推進

医療安全対策加算１の要件化

➢ 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。

現行

【特定集中治療室管理料】
［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）

改定後

【特定集中治療室管理料】
［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）

※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の見直しを行う。

現行

【手術通則】
［施設基準］
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）

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）
（新設）

改定後

【手術通則】
［施設基準］
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。）、（略）及び腹腔鏡下子宮摘出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）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。

遺伝学的検査の見直し

遺伝学的検査の対象疾患・評価の見直し

➢ 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。

	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	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　処理が容易なもの（3,880点）	（略）	TNF受容体関連周期性症候群、中條－西村症候群（中略）、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、ＴＲＰＶ４異常症
2　処理が複雑なもの（5,000点）	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。）（中略）	（略）
3　処理が極めて複雑なもの（8,000点）	神経有棘赤血球症、先天性筋無力症候群（中略）、エプスタイン症候群、遺伝性ジストニア	ドラベ症候群、コフィン・シリス症候群（中略）、ミトコンドリア病、線毛機能不全症候群（カルタゲナー症候群を含む。）

➢ 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、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の評価を新設する。

【遺伝学的検査】
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、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50に相当する点数を合算した点数により算定する。
［算定要件］（概要・抜粋）
- 遺伝学的検査は、原則として患者１人につき１回に限り算定できる。
- 関係学会のガイドラインに基づき、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については、疾患数にかかわらず「注２」に規定する点数を算定する。

［施設基準］（概要）
- 臨床遺伝学の診療に係る経験を５年以上有する常勤の医師が１名以上配置されていること。なお、当該医師は難病のゲノム医療に係る所定の研修を修了していること。
- 遺伝カウンセリング加算の届出を行っていること。

在宅透析に係る遠隔モニタリングの評価の新設と見直し

在宅血液透析における遠隔モニタリングの評価の新設

➢ 透析を実施している患者に対する効果的な治療を推進する観点から、在宅血液透析を行っている患者に対し、継続的な遠隔モニタリングを行い、来院時に当該モニタリングを踏まえた療養方針について必要な指導を行った場合に遠隔モニタリング加算を新設する。

【在宅血液透析指導管理料】
（新）　遠隔モニタリング加算　　115点（月１回に限る）
［算定要件］
遠隔モニタリング加算は、以下の全てを実施する場合に算定する。
ア　注液量、排液量、除水量、体重、血圧、体温等の状態について継続的なモニタリングを行うこと。
イ　モニタリングの状況に応じて、適宜患者に来院を促す等の対応を行うこと。
ウ　当該加算を算定する月にあっては、モニタリングにより得られた所見等及び行った指導管理の内容を診療録に記載すること。
エ　モニタリングの実施に当たっては、厚生労働省の定める「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等に対応すること。

在宅自己腹膜灌流における遠隔モニタリング加算の見直し

➢ 在宅腹膜灌流に係る遠隔モニタリング加算について、在宅自己連続携行式腹膜灌流以外の腹膜灌流についても対象となるよう、要件を見直す。

現行

【在宅自己腹膜灌流指導管理料】
［算定要件］
(4)　遠隔モニタリング加算は、以下の全てを実施する場合に算定する。
ア　自動腹膜灌流用装置に搭載された情報通信機能により、注液量、排液量、除水量、体重、血圧、体温等の状態について継続的なモニタリングを行うこと。
イ～エ　（略）

改定後

【在宅自己腹膜灌流指導管理料】
［算定要件］
(4)　遠隔モニタリング加算は、以下の全てを実施する場合に算定する。
ア　注液量、排液量、除水量、体重、血圧、体温等の状態について継続的なモニタリングを行うこと。
イ～エ　（略）

抗HLA抗体検査の算定要件の見直し

抗HLA抗体検査の算定要件の見直し

➢ 「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。

現行

【抗HLA抗体（スクリーニング）】
［算定要件］（概要）
「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。
（中略）

【抗HLA抗体検査（抗体特異性同定検査）】
［算定要件］（概要）
「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。

改定後

【抗HLA抗体（スクリーニング）】
［算定要件］（概要）
「48」の抗ＨＬＡ抗体（スクリーニング検査）は、肺移植、心移植、肝移植、膵移植、小腸移植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。
（中略）

【抗HLA抗体検査（抗体特異性同定検査）】
［算定要件］（概要）
「49」の抗ＨＬＡ抗体（抗体特異性同定検査）は、「48」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、「49」の抗HLA抗体検査（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。

一般不妊治療管理料及び胚凍結保存管理料の見直し

一般不妊治療管理料の施設基準の見直し

➢ 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。

現行

【一般不妊治療管理料】
［施設基準］
(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）
（新設）

改定後

【一般不妊治療管理料】
［施設基準］
(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）
(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。**

胚凍結保存管理料の算定要件の見直し

➢ 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。

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、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。

改定後

【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。

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

明細書無料発行の推進

➢ 現行、明細書の無料発行については、電子レセプト請求（オンライン請求・光ディスク等による請求）が義務付けられている病院、診療所及び薬局については、原則として明細書を発行しなければならないこととされているが、診療所であって、明細書交付が困難であることについて正当な理由※がある場合、当分の間、患者から求められたときに交付することで足りるとされる免除規定があり、また、訪問看護ステーションにおいては、明細書の発行は努力義務とされているところ。

➢ 現行の取扱いについて、患者から見て分かりやすい医療を実現する観点及び医療DXを推進する観点から以下のとおり見直す。

① **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、**診療報酬改定DXにおいて検討されている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途として廃止する。**

② **訪問看護ステーションにおける明細書の発行について、令和６年６月（７月請求分）からオンライン請求が開始されることを踏まえ、現在努力規定となっている明細書の発行について義務化する。**
なお、訪問看護療養費については、既に交付が義務づけられている領収証においては個別の項目毎の金額等の記載が求められていることに鑑み、**現在の領収証を領収証兼明細書として位置づける。**
　また、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７年５月31日までの経過措置期間を置く。

【※正当な理由】
①一部負担金等の支払いがない患者に対応した明細書発行機能が付与されていないレセコンを使用している場合
②自動入金機の改修が必要な場合

医療機関・薬局における事務等の簡素化・効率化

事務の簡素化・効率化

➢ 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。

◆ 施設基準の届出の際に添付を求めている保守管理の計画書や研修修了証の写し等について、**添付資料の低減等**を行う。
◆ 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を行う。
◆ 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、見直しを行う。

【現行】

記載事項	選択式コード	レセプト表示文言
（月の途中から乳幼児加算を算定しなくなった場合） 月の途中まで乳幼児であった旨記載すること。	820100005	月の途中まで乳幼児
（在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は（Ⅱ）を当該月に算定している場合） 当該往診を行った年月日を記載すること。	850100093	往診を行った年月日；（元号）yy”年“mm”月”dd”日”

【改定後】

記載不要

➢ 施設基準の届出について、現在主に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。

20. 経過措置・届出

令和６年度診療報酬改定

経過措置

経過措置については、別途、告示、通知及び
「施設基準届出チェックリスト」を参照されたい。

施設基準の届出について

お願い

- 令和６年６月１日から算定を行うための届出期間は、**令和６年５月２日から6月３日**です。ご注意願います。
- 締切日直前に届出が集中することが予想されますので、できる限り早期にご提出いただくようお願いします。

施設基準等の各種様式は日本医師会ホームページ（メンバーズルーム）に掲載しますので、ダウンロードしてご活用ください