診療報酬改定セミナー

令和6年診療報酬改定のポイント
～ 入 院 編 ～

令和6年３月21日時点

有限会社メディカルサポートシステムズ
認定医業経営コンサルタント
代表取締役　細　谷　邦　夫

2

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

○　後期高齢者の救急搬送の増加等、入院患者の疾患や状態の変化を踏まえて、機能分化・強化を促進し、効果的・効率的な提供体制を整備するとともに、高齢者の中等症急性疾患のニーズ増大に対して地域包括医療病棟を新設した。
○　患者が可能な限り早く住み慣れた自宅・施設に復帰できるよう各病棟が果たすべく役割に念頭に評価体系を見直した。
○　また、2024年度より施行される医師の労働時間上限規制を念頭に、働き方改革を推進。



急性期入院料の見直し

- 入院基本料等の引き上げ
- 重症度、医療・看護必要度の見直し（急１におけるB項目の廃止等）
- 急１における平均在院日数の短縮（18日→16日）
- リハ栄養口腔連携体制加算の新設

急性期充実体制加算及び総合入院体制加算の見直し

- 急性期充実体制加算を加算１及び加算２に再編
- 小児・周産期・精神科充実体制加算の新設
- 心臓血管外科領域の実績要件の追加
- 総合入院体制加算の実績要件の見直し及び加算の引き上げ

特定集中治療室等の見直し

- SOFAスコアを用いた患者指標の導入
- 宿日直医師の配置をICU5,6として評価
- 遠隔ICUの評価
- ICU5,6における特定行為研修修了看護師等の配置要件化（経過措置あり）

働き方改革の推進
・地域医療体制確保加算の要件見直し
・医師事務作業補助体制加算の引き上げ

地域包括医療病棟

地域包括医療病棟入院料の新設

- 在宅復帰率8割
- 救急搬送患者割合1割５分
- ADL維持率95%以上　　等

看護補助者の体制整備
・看護補助体制充実加算の見直し（介護福祉士の評価）
・看護補助加算の新設（小児入管）

救急患者連携搬送料の新設
（いわゆる下り搬送の促進）

地域包括ケア病棟入院料の見直し

- 40日目以降と以前の評価の見直し
- 在宅医療要件の見直し
- 在宅復帰率の見直し
- 短期滞在手術の扱いの見直し



地域包括ケア病棟



有床診療所基本料の見直し

- 介護障害連携加算の新設

回復期リハ入院料の見直し

- FIMの測定等の要件見直し
- 体制強化加算の廃止
- 運動器リハ算定上限数見直し



回復期リハ

療養病棟入院料の見直し

- 医療区分の見直し
- 中心静脈栄養の評価見直し
- リハビリーションの評価見直し
- 経過措置病棟の廃止



療養病棟

3

ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進

○　コロナ禍の経験を踏まえて、介護保険施設等と地域包括ケア病棟を持つ医療機関や在宅支援診療所の平時および急変時における対応の強化に関する評価の見直し等を実施。
○　また、在宅医療分野においては、患者の望む医療・ケアの提供を推進する観点から、ICTを用いた情報連携に関する評価の見直し等を行うとともに、患者の状態に応じた在宅医療の提供を推進する観点から、評価の見直し等を実施。

マイナ保険証やICTを用いた情報連携

- 在宅医療DX情報活用加算の新設によるマイナ保険証を活用した情報連携を推進
- 在宅医療情報連携加算、往診時医療情報連携加算、介護保険施設等連携往診加算等の新設により平時からの介護サービス事業者等との連携促進



人生の最終段階における医療・ケアの充実

- 適切な意思決定支援に係る指針の作成に関する要件の対象拡大
- 在宅麻薬等注射指導管理料の新設（心不全等の患者）
- 在宅強心剤持続投与指導管理料の新設
- 在宅ターミナルケア加算等の見直し
- ICTを用いた情報連携に関する緩和ケア病棟緊急入院初期加算の要件緩和



在宅療養支援診療所・病院



地域包括ケア病棟
在支診・在支病、後方支援病院

在宅療養支援診療所・病院における評価の見直し

- 在支診・病でない医療機関との連携の推進に関する評価の新設
- 訪問診療の回数が多い場合の施設総管等（複数人）の見直し※
- 訪問診療の頻度が多い場合の在宅患者訪問診療料の見直し
- 訪問栄養食事指導に係る要件見直し
- データ提出に関する要件見直し（機能強化型に限る）

※在支診・病でない医療機関においても同様





診療所等





ケアマネジャー



介護保険施設等
（老健、介護医療院、特養）

介護サービス

医療機関と介護保険施設等の平時からの連携の推進等

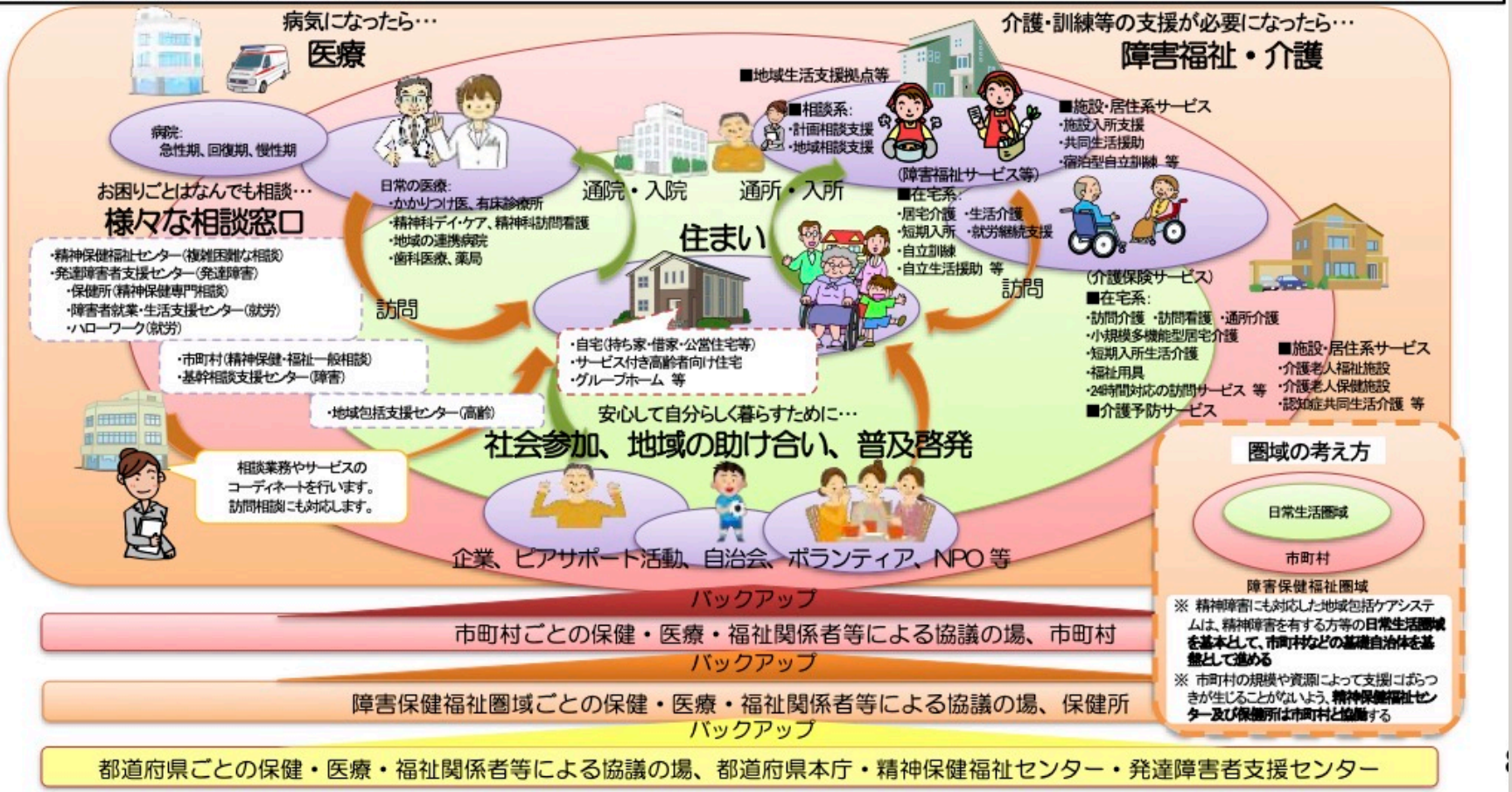
- 協力医療機関になることを望ましい要件に
- 感染対策向上加算等の専従要件緩和
- 平時からの連携を要件とした評価の新設

地域包括診療料・加算の見直し

- サービス担当者会議/地域ケア会議への参加経験あるいはいわゆるケアマネタイム設置の要件化
- 認知症研修の要件化（望ましい要件）

（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。



働き方改革

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力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力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。

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）**	○	○	○	○	○

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

配置	加算１	加算２
15対１	1,050点	975点
20対１	835点	770点
25対１	705点	645点
30対１	610点	560点
40対１	510点	475点
50対１	430点	395点
75対１	350点	315点
100対１	300点	260点

改定後

配置	加算１	加算２
15対１	1,070点	995点
20対１	855点	790点
25対１	725点	665点
30対１	630点	580点
40対１	530点	495点
50対１	450点	415点
75対１	370点	335点
100対１	320点	280点

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	改定後
【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	【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)のウ及び工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	改定後
【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	【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　看護補助体制充実加算　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

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

いきサポ①　医療機関の勤務環境改善のポータルサイトです。

【出典】令和3年9月15日
第15回 医師の働き方改革の推進に関する検討会
参考資料4

いきいき働く医療機関サポートＷｅｂ（通称「いきサポ」）

いきサポ https://iryou-kinmukankyou.mhlw.go.jp/



【主なコンテンツ】

- **国や都道府県が行っている医療勤務環境改善に関する施策や事業などを紹介**
  （関係法令・通知、医療勤務環境改善マネジメントシステムに関する指針・手引き、都道府県の各種助成金・相談事業など）
- **医療機関が勤務環境改善に取り組んだ具体的な事例を紹介**（キーワードで取組事例を検索可能）
- **過去のセミナーや研修会の行政説明や事例講演の動画の閲覧可能**
- **同種・同規模の病院との比較が可能な自己診断機能を追加**（４段階評価やコメントで自院の取組が進んでいない分野を表示）
- **各都道府県の医療勤務環境改善支援センターのHPへのリンク**

医師の働き方改革に関する事例集目次

【出典】令和3年9月15日
第15回 医師の働き方改革の推進に関する検討会
参考資料4

1 労務管理の方法

1-1 客観的な労働時間管理システムの導入

1-2 時間外の申請手続きの明確化

1-3 自己研鑽の労働時間該当性の整理

1-4 変形労働時間制・シフト制の導入

2 他職種とのタスク・シフト/シェア

2-1 医師事務作業補助者の配置

2-2 特定行為研修修了者の配置

2-3 薬剤師へのタスク・シフト

2-4 院内助産

2-5 その他、他職種へのタスク・シフト

3 医師間の業務整理及びタスク・シフト/シェア

3-1 宿日直体制の見直し

(宿日直を担う医師の範囲の拡大、当直明けの勤務負担の軽減)

3-2 チーム制の導入/奨励

(複数主治医制・主治医チーム制の導入)

3-3 病棟総合医の配置

4 地域連携・多職種連携

4-1 病病連携・病診連携

4-2 多職種連携

5 病棟マネジメント・業務マネジメント

5-1 医療マネジメント職(事務職)の活躍

5-2 当直帯の申し送り時間帯を設定

5-3 カンファレンスの勤務時間内実施や所要時間の短縮

5-4 病状説明の勤務時間内実施と患者・家族への周知徹底

5-5 クリティカルパスの作成等による業務の標準化

5-6 患者相談窓口の設置

(クレームを受けた場合のサポート体制の充実)

5-7 研修医の学習環境の向上

6 子育て環境の整備

6-1 院内保育・病児保育・男性医師の育児休業取得促進

6-2 子育て中医師のキャリア形成支援

6-3 多様な勤務形態の実現

7 ICT活用

7-1 電子カルテ入力の省力化

7-2 AI問診の活用

7-3 情報共有ツールの活用

基本診療料（外来編の残り）

初診料の引き上げ(病院)

- 初診料　288点 ⇒ 291点
  - 情報通信機器を用いた場合　251点 ⇒ 253点
  - 初診料(同一日複数科受診時の２科目・文書による紹介がない患者)　107点 ⇒ 108点
  - 初診料(同一日２科目・注２から４に規定する場合)(情報通信機器)　93点 ⇒ 94点
  - 特定妥結率初診料(同一日複数科受診時の２科目)　107点 ⇒ 108点
  - 特定妥結率初診料(同一日複数科受診時の２科目)(情報通信機器)　93点 ⇒ 94点
  - 初診料(文書による紹介がない患者)　214点 ⇒ 216点
  - 初診料(文書による紹介がない患者)(情報通信機器)　186点 ⇒ 188点
  - 特定妥結率初診料　214点 ⇒ 216点
  - 特定妥結率初診料(情報通信機器)　186点 ⇒ 188点

◆妥結率の変更点

◆ 単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況　⇒　医療用医薬品の取引に係る状況及び流通改善に関する取組に係る状況

※「妥結率等に係る報告書」(現行の様式2の4及び様式85)の報告事項は、妥結率のほか、現行の報告書で求めている単品単価契約率、一律値引き契約の状況に代えて、以下の事項の報告を求めることとする

○医薬品取引に係る状況(報告の前年度の医薬品取引の状況も含む)

○医療用医薬品の流通改善に向けた取組(流通改善ガイドラインの改訂内容に基づく主な取組事項の確認)

再診料の引き上げ(病院)

再診料	73点 ⇒ 75点
情報通信機器を用いた場合	73点 ⇒ 75点
特定妥結率再診料	54点 ⇒ 55点
特定妥結率再診料(情報通信機器)	54点 ⇒ 55点
特定妥結率再診料(同一日複数科受診時の２科目)	27点 ⇒ 28点
外来診療料(200床以上)	74点 ⇒ 76点
情報通信機器を用いた場合	73点 ⇒ 75点
紹介がない場合	55点 ⇒ 56点
妥結率が低い場合	55点 ⇒ 56点
同一日2科目	37点 ⇒ 38点
同一日2科目・紹介がない場合	27点 ⇒ 28点
同一日2科目・妥結率が低い場合	27点 ⇒ 28点

医学管理等

二次性骨折予防継続管理料の要件見直し

- 二次性骨折予防継続管理料1
  - 急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料又は7対1入院基本料若しくは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。)又は専門病院入院基本料に限る)、有床診療所入院基本料又は地域包括医療病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関であること

- 二次性骨折予防継続管理料2
  - 地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料又は回復期リハビリテーション入院医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関の病棟であること

栄養情報連携料の新設

- 入院栄養食事指導料(週1回)
  - (廃止)栄養情報提供加算　　50点　⇒　(新)栄養情報連携料(入院中1回)　70点に移行
- (新)栄養情報連携料(入院中1回)　　70点
  - ◆対象患者
    - 入院栄養食事指導料を算定した患者
    - 退院先が保険医療機関等(他院、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム又は指定障害者支援施設等若しくは福祉型障害児入所施設)で、栄養管理計画が策定されている患者
  - ◆栄養管理計画
    - 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
    - これをの医師又は管理栄養士に情報提供し共有する
  - ◆上記に該当しない場合
    - 自院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、患者又はその家族等の同意を得て、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
  - ◆その他の算定要件
    - 退院時共同指導料2は別に算定不可
    - 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)では、入院栄養食事指導料と同様に包括範囲外

慢性腎臓病透析予防指導管理料の新設①

- （新）慢性腎臓病透析予防指導管理料（要届出）（月１回）
  - 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
    - 情報通信機器を用いた場合（要届出）　261点
  - 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た場合（要届出）　218点

◆ 対象患者

- 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
- 糖尿病患者または透析を行っていない患者で別に厚生労働大臣が定める者

◆ 算定要件

- 自院の医師、看護師又は保健師及び管理栄養士等が共同して必要な指導を行った場合
- 外来栄養食事指導料、集団栄養食事指導料は所定点数に含まれ別途算定不可

◆ 施設基準

- 自院内に以下の慢性腎臓病透析予防診療チームを設置
  - ✓ 慢性腎臓病指導の経験を有する専任の医師（経験5年以上）
  - ✓ 慢性腎臓病指導の経験を有する専任の看護師又は保健師（経験3年以上）

◆ 施設基準

- 自院内に以下の慢性腎臓病透析予防診療チームを設置
  - ✓ 慢性腎臓病指導の経験を有する専任の管理栄養士
    - ⇒ 保健師は慢性腎臓病の予防指導に従事経験を2年以上有する者
    - ⇒ 管理栄養士は慢性腎臓病の栄養指導に従事経験を3年以上有する者
- 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
- 医師、看護師又は保健師のうち、1名以上は常勤であること
- 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
- 腎臓病教室等を定期的に実施し、腎臓病について患者及びその家族に対して説明していること（腎臓病の内容が含まれる場合は糖尿病透析予防指導管理料に規定する糖尿病教室の実施で代替可能）
- 本管理料を算定する場合は、様式を用いて、患者の人数、状態の変化等の報告を行う
- 本管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行う場合に係る厚生労働大臣が定める施設基準情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制を整備

慢性腎臓病透析予防指導管理料の新設②

◆慢性腎臓病透析予防指導管理料の算定要件

(１)入院中の患者以外の患者(通院する患者のことをいい、在宅での療養を行う患者を除く)であって慢性腎臓病の患者のうち慢性腎臓病の重症度分類で透析のリスクが高い患者(糖尿病患者又は現に透析療法を行っている患者を除く)に対し、医師が透析を要する状態となることを予防するために重点的な指導の必要性があると認めた場合に、月１回に限り算定する

(２)専任の医師、当該医師の指示を受けた専任の看護師(又は保健師)及び管理栄養士(以下「透析予防診療チーム」という)が、(１)の患者に対し、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に算定する

(３)指導の実施に当たり、透析予防診療チームは、慢性腎臓病のリスク要因に関する評価を行い、その結果に基づいて、指導計画を作成する

(４)当該管理を実施する透析予防診療チームは、慢性腎臓病のリスク要因に関する評価結果、指導計画及び実施した指導内容を診療録、療養指導記録又は栄養指導記録に添付又は記載すること

(５)同一月又は同一日においても、「注２」に規定するものを除き、第２章第１部の各区分に規定する他の医学管理等及び第２部第２節第１款の各区分に規定する在宅療養指導管理料は併算定できる

(６)特掲診療料施設基準通知の別添２の様式13の10に基づき、１年間に当該指導管理料を算定した患者の人数、状態の変化等について報告を行う

(７)本管理料の算定患者について、保険者から保健指導実施目的で情報提供等の協力の求めがある場合には、患者の同意を得て、必要な協力を行う

(８)「注３」に規定する情報通信機器を用いた医学管理については、オンライン指針に沿って診療を行った場合に算定する

(９)「注３」に規定する点数を算定する場合は、以下の要件を満たすこと

ア、透析予防診療チームが、情報通信機器を用いた診療による計画的な療養上の医学管理を行う月において、(１)の患者に対し、ビデオ通話が可能な情報通信機器を活用して、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する。なお、情報通信機器を用いた診療による計画的な療養上の医学管理を行う月にあっては、医師又は当該医師の指示を受けた看護師(又は保健師)若しくは管理栄養士による指導等について、各職種が当該月の別日に指導等を実施した場合においても算定できる

イ、当該指導等の実施に当たっては、透析予防診療チームは、事前に、対面による指導と情報通信機器を用いた診療による指導を組み合わせた指導計画を作成し、当該計画に基づいて指導を実施する

ウ、透析予防診療チームは、情報通信機器を用いた診療により実施した指導内容、指導実施時間等を診療録、療養指導記録又は栄養指導記録に記載する

外来腫瘍化学療法診療料の再編

- 外来腫瘍化学療法診療料
  - 1,外来腫瘍化学療法診療料1
    - イ,抗悪性腫瘍剤を投与した場合　700点
    - ロ,抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合　400点
  - 2,外来腫瘍化学療法診療料2
    - イ,抗悪性腫瘍剤を投与した場合　570点
    - ロ,抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合　270点



- 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
    - 初回から3回目まで（月3回）　800点
    - 4回目以降（週1回）　450点
  - ロ,イ以外の必要な治療管理を行った場合（週1回）　350点
- 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
    - 初回から3回目まで（月3回）　600点
    - 4回目以降（週1回）　320点
  - ロ,イ以外の必要な治療管理を行った場合（週1回）　220点
- （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
    - 初回から3回目まで（月3回）　540点
    - 4回目以降（週1回）　280点
  - ロ,イ以外の必要な治療管理を行った場合（週1回）　180点

外来腫瘍化学療法診療料の再編

◆外来腫瘍化学療法診療料の算定要件

◆「抗悪性腫瘍剤以外の必要な治療」

- 診療料1の場合は次に掲げるいずれかの治療管理を行った場合に週1回に限り算定

⇒　「抗悪性腫瘍剤を投与」の算定日以外の日に、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合

⇒　連携する他院が外来化学療法を実施している患者に対し、緊急に抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合

- 診療料2・診療料3の場合は「抗悪性腫瘍剤を投与」の算定日以外の日に、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合に週1回に限り算定

□バイオ後続品導入初期加算　　150点　⇒　廃止

□（新）がん薬物療法体制充実加算（月1回）（要届出）　　100点

◆診療料1のイの初回から3回目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

在宅医療料

救急患者連携搬送料の新設①

- 救急搬送の受入れに関する実績のある医療機関から、救急外来を受診した患者又は入院3日目までの患者について、医師、看護師又は救急救命士が同乗し連携する他の医療機関に転院搬送する場合の評価を新設する
- 救急患者連携搬送料の新設に伴い、急性期一般入院料における在宅復帰率に関する施設基準について必要な見直しを行う

(新)救急患者連携搬送料(要届出)

入院中の患者以外の患者の場合	1,800点
入院1日目の患者の場合	1,200点
入院2日目の患者の場合	800点
入院3日目の患者の場合	600点

◆対象患者

- 救急外来を受診した患者又は緊急入院後3日目までの患者

◆算定要件

- 救急外来を受診した患者に対する初期診療を実施し、連携する他院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、当該他院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
- 救急搬送診療料は別に算定不可

◆施設基準

- 救急搬送について、相当の実績を有している
- 救急患者の転院体制について、連携する他院等との間であらかじめ協議を行っている
- 連携する他院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
- 連携する他院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

救急患者連携搬送料の新設②

◆ 救急患者連携搬送料の算定要件と施設基準

(１)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、救急外来を受診した患者に対する初期診療を実施した場合に、連携する他院(特定機能病院、「救急医療対策事業実施要綱」「救命救急センター」「高度救命救急センター」を設置している保険医療機関、総合入院体制加算、急性期充実体制加算の届出医療機関及び特別の関係にある保険医療機関を除く)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、当該他院に入院医療を提供する目的で搬送を行った場合に算定する

搬送後に当該患者が搬送先に入院しなかった場合は算定不可

(２)地域における医療資源の効率的な活用の観点から、第三次救急医療機関等が高度で専門的な知識や技術を要する患者に十分対応できるように他院と連携し、当該他院で対応可能な患者を初期診療後に搬送することを評価したものであり、より高度で専門的な体制を有する医療機関に搬送する場合や、初期診療を行った医療機関で入院医療の提供を行っていない診療科に係る入院医療を提供するために他院に搬送する場合等は算定不可

(３)他院への搬送は、救急患者連携搬送料の算定医療機関に所属する医師、看護師又は救急救命士が同乗の上で、道路交通法及び道路交通法施行令に規定する緊急自動車であって当該保険医療機関又は搬送先の保険医療機関に属するものにより行われること

(４)救急患者連携搬送料を算定する医療機関は、搬送する患者の初期診療における診断名、診療経過及び初期診療後に入院が必要な理由等の情報について、搬送先の他の保険医療機関に対して搬送を行う際に文書等により提供するとともに、提供した情報の内容について診療録に添付又は記載する

搬送先の医療機関名を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載する

◆ 第16の１の５、救急患者連携搬送料の施設基準

(１)救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる救急搬送件数が、年間で2,000件以上

(２)受入先の候補となる他院で受入が可能な疾患や病態を、当該医療機関が地域のメディカルコントロール協議会等と協議を行った上で、候補となる医療機関リストを作成

(３)搬送を行った患者の診療についての転院搬送先からの相談に応じる体制及び搬送を行った患者が急変した場合等に必要に応じて再度当該患者を受け入れる体制を有すること

(４)毎年８月に、救急外来等での初期診療を実施した患者の他院への搬送の状況について別添２の様式20の１の３により報告

◆ 届出用紙は、別添２の様式20の１の３

リハビリテーション(一部再掲)

リハビリテーションを実施した職種ごとの区分を新設①

□ 早期リハビリテーション加算(1単位につき)

30点 ⇒ 25点

◆呼吸器リハビリテーション料の施設基準

- 別表第九の七　呼吸器ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ料の対象患者に追加

大腸癌、卵巣癌、膵癌

□ 心大血管疾患ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ料	（Ⅰ）	（Ⅱ）
□ 理学療法士による場合	205点	125点
□ 作業療法士による場合	205点	125点
□ 医師による場合	205点	125点
□ 看護師による場合	205点	125点
□ （新）集団療法による場合	205点	125点

□ 呼吸器リハビリテーション料	(I)	（Ⅱ）
□ 理学療法士による場合	175点	85点
□ 作業療法士による場合	175点	85点
□ 言語聴覚士による場合	175点	85点
□ 医師による場合	175点	85点

□ 脳血管疾患等リハビリテーション料

	(I)	（Ⅱ）	（Ⅲ）	（要介護・入院）(I)	（Ⅱ）	（Ⅲ）
□ 理学療法士による場合	245点	200点	100点	147点	120点	60点
□ 作業療法士による場合	245点	200点	100点	147点	120点	60点
□ 言語聴覚士による場合	245点	200点	100点	147点	120点	60点
□ 医師による場合	245点	200点	100点	147点	120点	60点
□ 上記以外の場合			100点			60点

リハビリテーションを実施した職種ごとの区分を新設②

- 廃用症候群リハビリテーション料　（要介護・入院）

	(I)	(Ⅱ)	(Ⅲ)	(I)	(Ⅱ)	(Ⅲ)
理学療法士による場合	180点	146点	77点	108点	88点	46点
作業療法士による場合	180点	146点	77点	108点	88点	46点
言語聴覚士による場合	180点	146点	77点	108点	88点	46点
医師による場合	180点	146点	77点	108点	88点	46点
上記以外の場合			77点			46点

- 運動器リハビリテーション料　（要介護・入院）

	(I)	(Ⅱ)	(Ⅲ)	(I)	(Ⅱ)	(Ⅲ)
理学療法士による場合	185点	170点	85点	111点	102点	51点
作業療法士による場合	185点	170点	85点	111点	102点	51点
医師による場合	185点	170点	85点	111点	102点	51点
上記以外の場合			85点			51点

疾患別リハビリテーション料の加算新設①

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

□ 早期リハビリテーション加算(1単位につき)　30点　⇒　25点

□ (新)急性期リハビリテーション加算(1単位につき)(要届出)　50点

◆ 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者(入院中のものに限る)

◆ リハビリテーションを実施する日に別に厚生労働大臣が定める患者に対してリハビリテーションを行った場合発症、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早いものから起算して14日を限度

※心大血管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

疾患別リハビリテーション料の加算新設②

◆急性期リハビリテーション加算の算定要件(算定対象リハ料共通)

(新)(10)心大血管疾患に対する治療開始後、重症患者に対するより早期からの急性期リハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者に対して「注２早期リハビリテーション加算」及び「注３初期加算」と別に算定可。特掲診療料の施設基準等別表第九の四第二号に掲げる患者については、手術を実施したもの及び急性増悪したものを除き、「注４」に規定する加算は算定不可

(新)(11)対象患者は特掲診療料の施設基準等別表九の十に掲げる対象患者で、以下のいずれかに該当するもの

ア、相当程度以上の日常生活能力の低下を来している患者とは、ＡＤＬの評価であるＢＩが10点以下のもの

イ、重度認知症の状態にあり、日常生活を送る上で介助が必要な患者とは、「「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について」におけるランクM以上に該当するもの

ウ、特別な管理を要する処置等を実施している患者とは、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、リハビリテーションを実施する上で感染対策が特に必要な感染症並びにそれらの疑似症患者とは、特定感染症入院医療管理加算の対象となる感染症、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もの。ただし、疑似症患者については初日に限り算定する

なお、急性期リハビリテーション加算を算定するに当たって、当該患者に対して特定感染症入院医療管理加算を算定している必要はない

(新)(12)診療報酬明細書の摘要欄に、算定の根拠となった要件(前項に掲げるアからエまでのいずれか)を日毎に記載

疾患別リハビリテーション料の加算新設②

◆急性期リハビリテーション加算の施設基準(算定対象リハ料共通)

第38、心大血管疾患リハビリテーション料(I)

2、初期加算及び急性期リハビリテーション加算に関する施設基準当該保険医療機関にリハビリテーション科の常勤の医師が1名以上配置されていること

なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っているリハビリテーション科の非常勤医師を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる

◆以下同様

第39、心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)、第40、脳血管疾患等リハビリテーション料(I)、第40の2、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)、第41、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)、第41の2、廃用症候群リハビリテーション料(I)、第41の3、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅱ)、第41の4、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅲ)、第42、運動器リハビリテーション料(I)、第42の2、運動器リハビリテーション料(Ⅱ)、第43、運動器リハビリテーション料(Ⅲ)、第44、呼吸器リハビリテーション料(I)、第45、呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ)

2、初期加算及び急性期リハビリテーション加算に関する施設基準

当該加算の要件については、第38の2と同様である

心大血管疾患リハ料の施設基準と算定要件の見直し①

◆ 心大血管疾患リハ料(Ⅰ)の施設基準

(２)心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専従の常勤理学療法士及び専従の常勤看護師が(略)また、必要に応じて、心機能に応じた日常生活活動に関する訓練等の心大血管疾患リハビリテーションに係る経験を有する作業療法士が勤務していることが望ましい

(3)～(9)(略)

(新)(10)心大血管疾患リハビリテーションを実施した患者であって、他の保険医療機関でリハビリテーションが継続される予定であるものについて、当該患者の同意を得た上で、当該他の保険医療機関に対して、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書等を文書により提供できる体制を整備していること

◆ 心大血管疾患リハ(Ⅰ)の算定要件

(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は(略)

(新)(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

(3)～(9)(略)

◆ 心大血管疾患リハ(Ⅰ)の算定要件の続き

(新)(10)「注４」に規定する急性期リハビリテーション加算は、当該施設における心大血管疾患に対する治療開始後、重症患者に対するより早期からの急性期リハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者に対して「注２」及び「注３」に規定する加算と別に算定することができる。特掲診療料の施設基準等別表第九の四第二号に掲げる患者については、手術を実施したもの及び急性増悪したものを除き、「注４」に規定する加算は算定できない

(新)(11)「注４」に規定する急性期リハビリテーション加算の対象となる患者は、特掲診療料の施設基準等別表九の十に掲げる対象患者であって、以下のいずれかに該当するものをいう

ア、相当程度以上の日常生活能力の低下を来している患者とは、ＡＤＬの評価であるＢＩが10点以下のもの

イ、重度認知症の状態にあり、日常生活を送る上で介助が必要な患者とは、「「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について」におけるランクM以上に該当するもの

ウ、特別な管理を要する処置等を実施している患者とは、以下に示す処置等が実施されているもの

（次ページへ続く）

心大血管疾患リハ料の施設基準と算定要件の見直し②

◆ 心大血管疾患リハ(Ⅰ)の算定要件の続き

ウ、特別な管理を要する処置等を実施している患者とは、以下に示す処置等が実施されているもの

（次ページへ続く）

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、リハビリテーションを実施する上で感染対策が特に必要な感染症並びにそれらの疑似症患者とは、特定感染症入院医療管理加算の対象となる感染症、二類感染症及び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もの。ただし、疑似症患者については初日に限り算定する。なお、「注４」に規定する加算を算定するに当たって、当該患者に対して特定感染症入院医療管理加算を算定している必要はない

(新)(12)「注４」に規定する急性期リハビリテーション加算を算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、算定の根拠となった要件（前項に掲げるアからエまでのいずれか）を日毎に記載すること

(13)～(15)(略)

◆ 心大血管疾患リハ(Ⅰ)の算定要件の続き

(新)(16)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又はリハビリテーション総合実施計画書等を当該他の保険医療機関に対して、文書により提供すること。なお、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

呼吸器リハ料の施設基準と算定要件の見直し

◆ 呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)の施設基準

(新)(８)呼吸器リハビリテーションを実施した患者であって、他の保険医療機関でリハビリテーションが継続される予定であるものについて、当該他の医療機関に対して、当該患者の同意を得た上で、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書等を文書により提供できる体制を整備していること

※呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ)も同様

◆ 呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)の算定要件

(1)(略)

(2)

ア～ウ(略)

エ、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とは、食道癌、胃癌、肝臓癌、咽・喉頭癌、大腸癌、卵巣癌、膵癌等の患者であって、これらの疾患に係る手術日から概ね１週間前の患者及び手術後の患者で呼吸機能訓練を行うことで術後の経過が良好になることが医学的に期待できる患者のことをいう

◆ 呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)の算定要件の続き

(3)～(6)(略)

(新)(７)「注４」に規定する急性期リハビリテーション加算は、当該施設における呼吸器疾患の発症、手術若しくは急性増悪又は当該疾患に対する治療開始後、重症患者に対するより早期からの急性期リハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者に対して「注２」及び「注３」に規定する加算とは別に算定することができる。なお、別表第九の七第三号に掲げる患者には、急性増悪したものを除き、「注４」に規定する加算は算定できない

(新)(８)「注４」に規定する急性期リハビリテーション加算の対象患者と診療報酬明細書の摘要欄への記載については、心大血管疾患リハビリテーション料の(11)及び(12)の例によること

(9)～(10)(略)

(新)(11)呼吸器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又はリハビリテーション総合実施計画書等を文書により提供すること。なお、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

手　術

再製造単回使用医療機器の使用に対する評価

➢ 再製造単回使用医療機器である特定保険医療材料の使用に係る実績を有する医療機関において、手術に再製造単回使用医療機器である特定保険医療材料を使用した場合の加算を設ける

□ (新)再製造単回使用医療機器使用加算　　当該特定保険医療材料の所定点数の100分の10

◆第10部手術　　通則

(新)21,別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、再製造単回使用医療機器(特定保険医療材料に限る。)を手術に使用した場合に、再製造単回使用医療機器使用加算として当該特定保険医療材料の所定点数の100分の10に相当する点数を当該手術の所定点数に加算する

◆再製造単回使用医療機器使用加算の施設基準

- 再製造単回使用医療機器の使用に係る実績を有していること
- 再製造単回使用医療機器の使用につき必要な体制が整備されていること

再製造単回使用医療機器の使用に対する評価

再製造単回使用医療機器使用加算の新設

➢ 再製造単回使用医療機器の使用を推進する観点から、再製造単回使用医療機器の使用に係る実績を有する医療機関において、再製造単回使用医療機器である特定保険医療材料を手術に使用した場合の加算を新設する。

（新）　再製造単回使用医療機器使用加算

[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、再製造単回使用医療機器（特定保険医療材料に限る。）を手術に使用した場合に、再製造単回使用医療機器使用加算として当該特定保険医療材料の所定点数の100分の10に相当する点数を当該手術の所定点数に加算する。

[施設基準]
- 再製造単回使用医療機器（特定保険医療材料に限る。）を手術に使用した実績が５例以上あること。
- 再製造単回使用医療機器を使用することについて、あらかじめ文書を用いて患者に説明を行っていること。
- 再製造単回使用医療機器の原型医療機器の回収等について、再製造単回使用医療機器基準（平成 29 年厚生労働省告示第 261 号）第４の１（５）に規定する「再製造単回使用医療機器の製造販売の承認の際に交付される承認書に記載された方法」に基づき、適切に実施していること。



麻　酔

麻　酔

◆マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔

(20)「注11」に規定する術中脳灌流モニタリング加算は、近赤外光を用いて非侵襲的かつ連続的に脳灌流のモニタリングを実施した場合に算定できる。なお、ステントグラフト内挿術（血管損傷以外の場合において、胸部大動脈に限る）については、弓部大動脈においてステント留置を行う若しくは弓部３分枝の血管吻合を行う際に術中に非侵襲的に脳灌流のモニタリングを実施した場合にのみ算定できることとし、その医学的必要性を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること

◆体温維持療法

(１)体温維持療法は、心肺蘇生後の患者又は頭部外傷患者（脳浮腫又は頭蓋内血腫を伴うGlasgowComaScale（以下「ＧＣＳ」という）８点以下の状態にある患者に限る）に対し、直腸温36℃以下で24時間以上維持した場合に、開始日から３日間に限り算定する。ただし、頭部外傷患者（脳浮腫又は頭蓋内血腫を伴うＧＣＳ８点以下の状態にある患者に限る）の体温維持療法は、一連の治療において、脳脊髄圧モニタリングを行った場合にのみ算定できる

(２)重度脳障害患者脳浮腫又は頭蓋内血腫を伴うＧＣＳ８点以下の状態にある頭部外傷患者を除く）への治療的低体温の場合は算定できない

(新)(６)(１)に規定する脳脊髄圧モニタリングを行った場合とは、頭蓋内圧持続測定又は脳室内若しくは硬膜下腔等にカテーテルを挿入して経時的又は連続的に脳脊髄圧の測定を行った場合のことをいう

(新)(７)頭部外傷患者（脳浮腫又は頭蓋内血腫を伴うＧＣＳ８点以下の状態にある患者に限る）に対し体温維持療法を算定した場合は、脳脊髄圧モニタリングの内容等を診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載すること

病　理

病　理

◆第84の７、ミスマッチ修復タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製の注に規定する病理診断の遺伝カウンセリング加算

１、ミスマッチ修復タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製の注に規定する病理診断の遺伝カウンセリング加算に関する施設基準

第21の遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出を行っていること

２、届出に関する事項

第21の遺伝カウンセリング加算の届出を行っていればよく、ミスマッチ修復タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製の注に規定する病理診断の遺伝カウンセリング加算として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと

入院時食事療養費

入院時の食費の基準の見直し

➢ 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

- 第一　食事療養
- 入院時食事療養(I)(1食につき)
  - (1) (2)以外の食事療養を行う場合
    640円　⇒　670円
  - (2) 流動食のみを提供する場合　575円　⇒　605円
  - 注(略)
- 入院時食事療養(Ⅱ)(1食につき)
  - (1) (2)以外の食事療養を行う場合
    506円　⇒　536円
  - (2) 流動食のみを提供する場合　460円　⇒　490円
  - 注(略)

- 第二　生活療養
- 入院時生活療養(I)

  (1)健康保険法第六十三条第二項第二号イ及び高齢者の医療の確保に関する法律第六十四条第二項第二号イに掲げる療養(以下「食事の提供たる療養」という)(1食につき)
  - イ,ロ以外の食事の提供たる療養を行う場合
    554円　⇒　584円
  - ロ,流動食のみを提供する場合　500円　⇒　530円
  - (2)(略)
  - 注(略)
- 入院時生活療養(Ⅱ)
  - (1)食事の提供たる療養(1食につき)
    420円　⇒　450円
  - (2)(略)注(略)

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**

入院基本料

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】

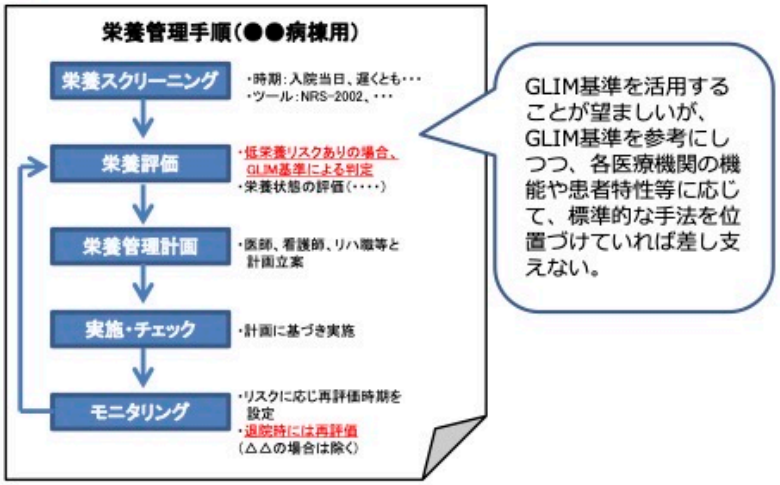
5 栄養管理体制の基準

(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





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】

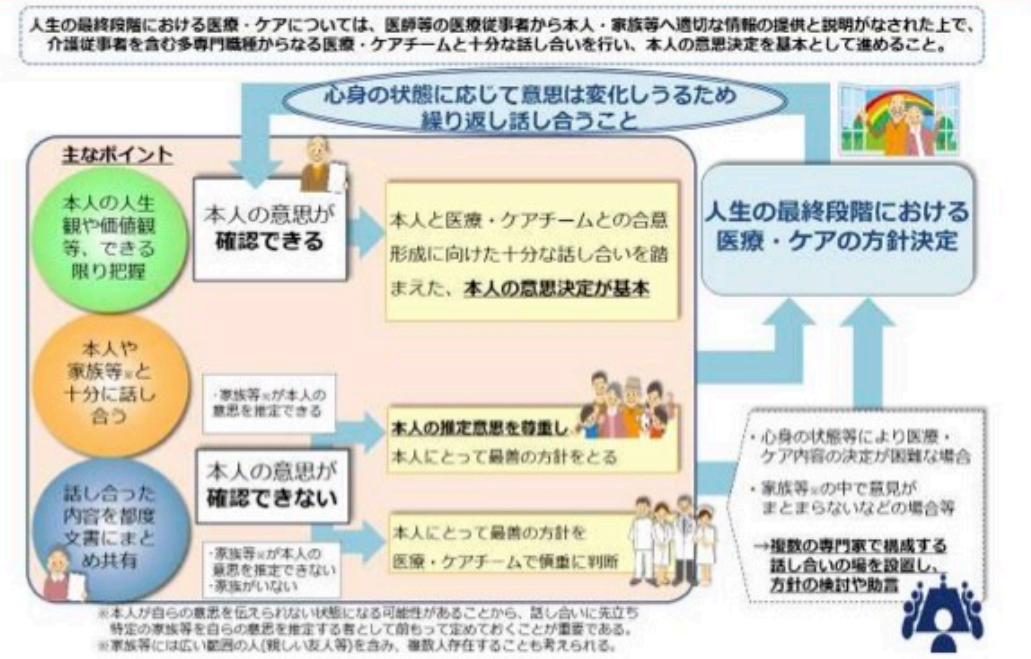
➢ **入院料を算定する医療機関**※

※　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）



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。

入院基本料の通則の見直し

➢ 身体拘束に減算規定を導入

◆第2部　入院料等　通則

1~6(略)

7,入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策、栄養管理体制、**意思決定支援及び身体的拘束最小化**について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第1節(特別入院基本料等を含む)、第3節**及び第4節短期滞在手術等基本料1**のそれぞれの入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数を算定する

8(略)

(新)9, 7に規定する別に厚生労働大臣が定める基準のうち、身体的拘束最小化に関する基準を満たすことができない保険医療機関については、第1節(特別入院基本料等を除く)、第3節及び第4節(短期滞在手術等基本料1を除く)の各区分に掲げるそれぞれの入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数から1日につき40点を減算する

入院基本料①

- A100【一般病棟入院基本料】
  - 急性期一般入院基本料
  - 急性期一般入院料１　1,650点 ⇒ 1,688点
  - 急性期一般入院料２　1,619点 ⇒ 1,644点
  - 急性期一般入院料３　1,545点 ⇒ 1,569点
  - 急性期一般入院料４　1,440点 ⇒ 1,462点
  - 急性期一般入院料５　1,429点 ⇒ 1,451点
  - 急性期一般入院料６　1,382点 ⇒ 1,404点
- 地域一般入院基本料
  - 地域一般入院料１　1,159点 ⇒ 1,176点
  - 地域一般入院料２　1,153点 ⇒ 1,170点
  - 地域一般入院料３　988点 ⇒ 1,003点
- 特別入院基本料　607点 ⇒ 612点

- A102【結核病棟入院基本料】
  - ７対１入院基本料　1,654点 ⇒ 1,677点
  - 10対１入院基本料　1,385点 ⇒ 1,405点
  - 13対１入院基本料　1,165点 ⇒ 1,182点
  - 15対１入院基本料　998点 ⇒ 1,013点
  - 18対１入院基本料　854点 ⇒ 868点
  - 20対１入院基本料　806点 ⇒ 819点
- 特別入院基本料　581点 ⇒ 586点
- 夜勤時間特別入院基本料　591点 ⇒ 596点

入院基本料②

- A104【特定機能病院入院基本料】
  - 一般病棟の場合
    - 7対1入院基本料　1,718点 ⇒ 1,822点
    - 10対1入院基本料　1,438点 ⇒ 1,458点
  - 結核病棟の場合
    - 7対1入院基本料　1,718点 ⇒ 1,822点
    - 10対1入院基本料　1,438点 ⇒ 1,458点
    - 13対1入院基本料　1,210点 ⇒ 1,228点
    - 15対1入院基本料　1,037点 ⇒ 1,053点
  - 精神病棟の場合
    - 7対1入院基本料　1,450点 ⇒ 1,561点
    - 10対1入院基本料　1,373点 ⇒ 1,393点
    - 13対1入院基本料　1,022点 ⇒ 1,038点
    - 15対1入院基本料　933点 ⇒ 948点

- A103【精神病棟入院基本料】
  - 10対1入院基本料　1,287点 ⇒ 1,306点
  - 13対1入院基本料　958点 ⇒ 973点
  - 15対1入院基本料　830点 ⇒ 844点
  - 18対1入院基本料　740点 ⇒ 753点
  - 20対1入院基本料　685点 ⇒ 697点
- 夜勤時間特別入院基本料　571点 ⇒ 576点
- 特別入院基本料　561点 ⇒ 566点

- A105【専門病院入院基本料】
  - 7対1入院基本料　1,667点 ⇒ 1,705点
  - 10対1入院基本料　1,396点 ⇒ 1,421点
  - 13対1入院基本料　1,174点 ⇒ 1,191点

入院基本料③

- A106【障害者施設等入院基本料】
  - 7対1入院基本料　1,615点 ⇒ 1,637点
  - 10対1入院基本料　1,356点 ⇒ 1,375点
  - 13対1入院基本料　1,138点 ⇒ 1,155点
  - 15対1入院基本料　995点 ⇒ 1,010点
- 特定入院基本料　969点 ⇒ 984点
- 注6,当該病棟に入院する重度の意識障害（脳卒中の後遺症であるものに限る）の患者であって、医療区分2の患者又は医療区分1の患者に相当するものについて
  - イ,7対1入院基本料又は10対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合
    - (1) 医療区分2の患者に相当するもの　1,469点 ⇒ 1,517点
    - (2) 医療区分1の患者に相当するもの　1,358点 ⇒ 1,377点
  - ロ,13対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合
    - (1) 医療区分2の患者に相当するもの　1,343点 ⇒ 1,362点
    - (2) 医療区分1の患者に相当するもの　1,206点 ⇒ 1,224点
  - ハ,15対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合
    - (1) 医療区分2の患者に相当するもの　1,244点 ⇒ 1,262点
    - (2) 医療区分1の患者に相当するもの　1,107点 ⇒ 1,124点

入院基本料③

- 注13,当該病棟に入院する脳卒中又は脳卒中の後遺症の患者（重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く）であって、医療区分２の患者又は医療区分１の患者に相当するものについて
  - イ,７対１入院基本料又は 10対１入院基本料の 施設基準を届け出た病棟に入院している場合
    - (1) 医療区分２の患者に相当するもの
      1,345点　⇒　1,364点
    - (2) 医療区分１の患者に相当するもの
      1,221点　⇒　1,239点
  - ロ.13対１入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合
    - (1) 医療区分２の患者に相当するもの
      1,207点　⇒　1,225点
    - (2) 医療区分１の患者に相当するもの
      1,084点　⇒　1,100点
  - ハ,15対１入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合
    - (1) 医療区分２の患者に相当するもの
      1,118点　⇒　1,135点
    - (2) 医療区分１の患者に相当するもの
      995点　⇒　1,010点

血友病患者の治療の評価の見直し

- 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
- 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

◆施設基準

別表第五の一の二特定入院基本料、療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料の注6及び注12の点数並びに有床診療所療養病床入院基本料に含まれない除外薬剤・注射薬並びに特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、認知症治療病棟入院料及び特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の除外薬剤・注射薬

(中略)

血友病の患者に使用する医薬品(血友病患者における出血傾向の抑制の効能又は効果を有するものに限る)

※別表五の一の三、別表五の一の四、別表五の一の五についても同様

◆第十六介護老人保健施設入所者について算定できない検査等

一~二(略)

三　介護老人保健施設入所者について算定できる注射及び注射薬等の費用

(中略)

血友病の患者に使用する医薬品(血友病患者における出血傾向の抑制の効能又は効果を有するものに限る)

療養病棟入院基本料

療養病棟入院基本料の見直し

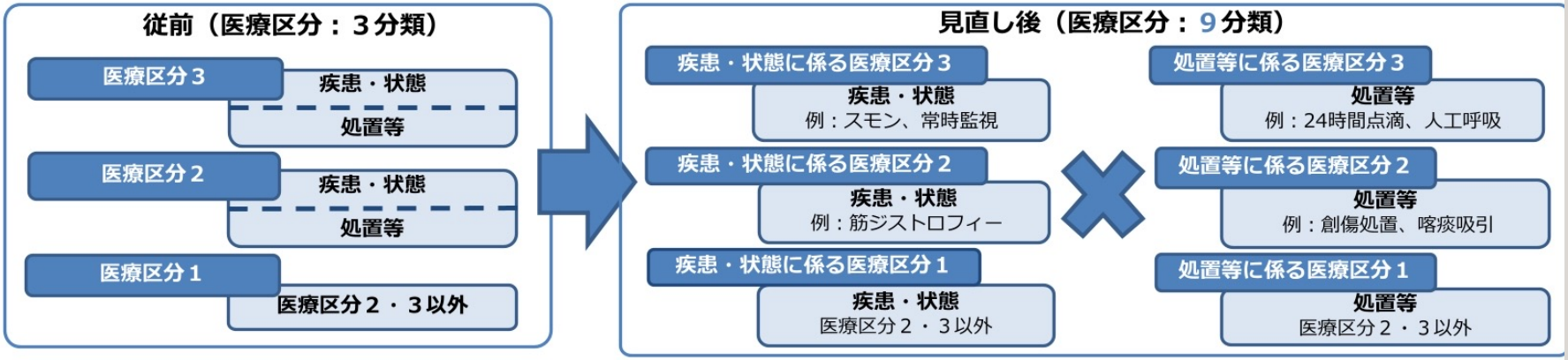
- 医療区分とADL区分に基づく9分類となっている現行の療養病棟入院基本料について、疾患・状態に係る3つの医療区分、処置等に係る3つの医療区分および3つのADL区分に基づく27分類及びスモンに関する3分類の合計30分類の評価に見直す
- 療養病棟入院基本料について、40歳未満の勤務医師、事務職員等の賃上げに資する措置として評価を見直す
- 療養病棟入院基本料の疾患及び状態に着目した医療区分について、疾患・状態及び処置等に着目した医療区分に見直す
- 中心静脈栄養について、患者の疾患及び状態並びに実施した期間に応じた医療区分に見直す。また、中心静脈栄養を終了後7日間に限り、終了前の医療区分により算定することができる
- 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
- 医療区分、ADL区分ともに1である入院料27(現行の入院料I)について、1日につき2単位を超える疾患別リハビリテーション料を包括範囲に含める
- 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

○　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。

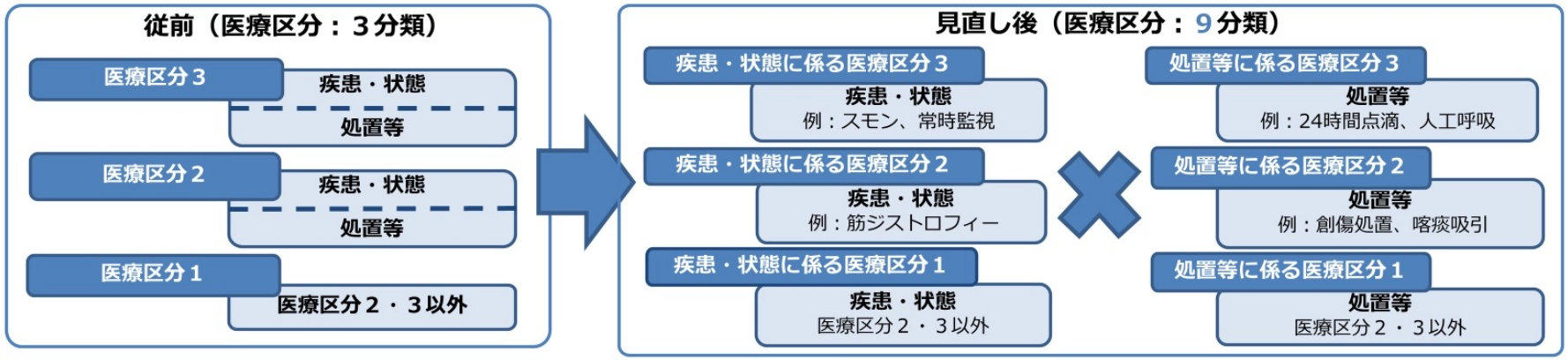
５．療養病棟における適切な経腸栄養管理に係る評価の新設

- 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	改定後
【療養病棟入院料】 ［施設基準］（概要） 医療区分３ 中心静脈注射を実施している状態 医療区分２ （新設）	【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、消化管癒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、消化管癒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	

療養病棟入院料１（１日に付き）			入院料			生活療養		
イ 入院料Ａ	⇒	イ 入院料１	1,813点	⇒	1,964点	1,798点	⇒	1,949点
ロ 入院料Ｂ	⇒	ロ 入院料２	1,758点	⇒	1,909点	1,744点	⇒	1,895点
ハ 入院料Ｃ	⇒	ハ 入院料３	1,471点	⇒	1,621点	1,457点	⇒	1,607点
		(新)ニ 入院料４			1,692点			1,677点
		(新)ホ 入院料５			1,637点			1,623点
		(新)ヘ 入院料６			1,349点			1,335点
		(新)ト 入院料７			1,644点			1,629点
		(新)チ 入院料８			1,589点			1,575点
		(新)リ 入院料９			1,301点			1,287点
		(新)ヌ 入院料10			1,831点			1,816点
		(新)ル 入院料11			1,776点			1,762点
		(新)ヲ 入院料12			1,488点			1,474点
ニ 入院料Ｄ	⇒	ワ 入院料13	1,414点	⇒	1,455点	1,399点	⇒	1,440点
ホ 入院料Ｅ	⇒	カ 入院料14	1,386点	⇒	1,427点	1,372点	⇒	1,413点
ヘ 入院料Ｆ	⇒	ヨ 入院料15	1,232点	⇒	1,273点	1,217点	⇒	1,258点
		(新)タ 入院料16			1,371点			1,356点
		(新)レ 入院料17			1,343点			1,329点
		(新)ソ 入院料18			1,189点			1,174点
		(新)ツ 入院料19			1,831点			1,816点
		(新)ネ 入院料20			1,776点			1,762点
		(新)ナ 入院料21			1,488点			1,474点
		(新)ラ 入院料22			1,442点			1,427点
		(新)ム 入院料23			1,414点			1,400点
		(新)ウ 入院料24			1,260点			1,245点
ト 入院料Ｇ	⇒	ヰ 入院料25	968点	⇒	983点	953点	⇒	968点
チ 入院料Ｈ	⇒	ノ 入院料26	920点	⇒	935点	905点	⇒	920点
リ 入院料Ｉ	⇒	オ 入院料27	815点	⇒	830点	801点	⇒	816点
		(新)ク 入院料28			1,831点			1,816点
		(新)ヤ 入院料29			1,776点			1,762点
		(新)マ 入院料30			1,488点			1,474点

療養病棟入院料2（１日に付き）			入院料			生活療養		
イ 入院料Ａ	⇒	イ 入院料１	1,748点	⇒	1,899点	1,734点	⇒	1,885点
ロ 入院料Ｂ	⇒	ロ 入院料２	1,694点	⇒	1,845点	1,680点	⇒	1,831点
ハ 入院料Ｃ	⇒	ハ 入院料３	1,406点	⇒	1,556点	1,392点	⇒	1,542点
		(新)ニ 入院料４			1,627点			1,613点
		(新)ホ 入院料５			1,573点			1,559点
		(新)ヘ 入院料６			1,284点			1,270点
		(新)ト 入院料７			1,579点			1,565点
		(新)チ 入院料８			1,525点			1,511点
		(新)リ 入院料９			1,236点			1,222点
		(新)ヌ 入院料10			1,766点			1,752点
		(新)ル 入院料11			1,712点			1,698点
		(新)ヲ 入院料12			1,423点			1,409点
ニ 入院料Ｄ	⇒	ワ 入院料13	1,349点	⇒	1,389点	1,335点	⇒	1,375点
ホ 入院料Ｅ	⇒	カ 入院料14	1,322点	⇒	1,362点	1,307点	⇒	1,347点
ヘ 入院料Ｆ	⇒	ヨ 入院料15	1,167点	⇒	1,207点	1,153点	⇒	1,193点
		(新)タ 入院料16			1,305点			1,291点
		(新)レ 入院料17			1,278点			1,263点
		(新)ソ 入院料18			1,123点			1,109点
		(新)ツ 入院料19			1,766点			1,752点
		(新)ネ 入院料20			1,712点			1,698点
		(新)ナ 入院料21			1,423点			1,409点
		(新)ラ 入院料22			1,376点			1,362点
		(新)ム 入院料23			1,349点			1,334点
		(新)ウ 入院料24			1,194点			1,180点
ト 入院料Ｇ	⇒	ヰ 入院料25	903点	⇒	918点	889点	⇒	904点
チ 入院料Ｈ	⇒	ノ 入院料26	855点	⇒	870点	841点	⇒	856点
リ 入院料Ｉ	⇒	オ 入院料27	751点	⇒	766点	736点	⇒	751点
		(新)ク 入院料28			1,766点			1,752点
		(新)ヤ 入院料29			1,712点			1,698点
		(新)マ 入院料30			1,423点			1,409点
特別入院基本料			577点	⇒	582点	563点	⇒	568点

入院料	ADL区分	疾患・状態に係る医療区分	処置等に係る医療区分
イ,入院料1	区分三	医療区分三の患者	医療区分三の患者
ロ,入院料2	区分二		
ハ,入院料3	区分一		
ニ,入院料4	区分三		医療区分二の患者
ホ,入院料5	区分二		
ヘ,入院料6	区分一		
ト,入院料7	区分三		医療区分一の患者
チ,入院料8	区分二		
リ,入院料9	区分一		
ヌ,入院料10	区分三	医療区分二の患者	医療区分三の患者
ル,入院料11	区分二		
ヲ,入院料12	区分一		
ワ,入院料13	区分三		医療区分二の患者
カ,入院料14	区分二		
ヨ,入院料15	区分一		
タ,入院料16	区分三		医療区分一の患者
レ,入院料17	区分二		
ソ,入院料18	区分一		
ツ,入院料19	区分三	医療区分一の患者	医療区分三の患者
ネ,入院料20	区分二		
ナ,入院料21	区分一		
ラ,入院料22	区分三		医療区分二の患者
ム,入院料23	区分二		
ウ,入院料24	区分一		
ヰ,入院料25	区分三	医療区分一の患者	医療区分一の患者
ノ,入院料26	区分二		
オ,入院料27	区分一		
ク,入院料28	区分三	スモン患者	
ヤ,入院料29	区分二		
マ,入院料30	区分一		

療養病棟入院基本料の厚生労働大臣が定める区分①

- イ,入院料1

  別表第五の二に掲げる疾患・状態にある患者(ただし、スモンを除く。以下「疾患・状態に係る医療区分三の患者」という)及び同表第五の二に掲げる処置等が実施されている患者(以下「処置等に係る医療区分三の患者」という)であって、ADLの判定基準による判定が二十三点以上(以下「ADL区分三」という)であるもの

- ロ,入院料2

  疾患・状態に係る医療区分三の患者及び処置等に係る医療区分三の患者であって、ADLの判定基準による判定が十一点以上二十三点未満(以下「ADL区分二」という)であるもの

- ハ,入院料3

  疾患・状態に係る医療区分三の患者及び処置等に係る医療区分三の患者であって、ADLの判定基準による判定が十一点未満(以下「ADL区分一」という)であるもの

- ニ,入院料4

  疾患・状態に係る医療区分三の患者及び別表第五の三に掲げる処置等が実施されている患者(以下「処置等に係る医療区分二の患者」という)であって、ADL区分三であるもの

- ホ,入院料5

  疾患・状態に係る医療区分三の患者及び処置等に係る医療区分二の患者であって、ADL区分二であるもの

- ヘ,入院料6

  疾患・状態に係る医療区分三の患者及び処置等に係る医療区分二の患者であって、ADL区分一であるもの

- ト,入院料7

  疾患・状態に係る医療区分三の患者及び別表第五の二の二に掲げる処置等が実施されている患者並びに別表第五の三の二に掲げる処置等が実施されている患者以外の患者(以下「処置等に係る医療区分一の患者」という)であって、ADL区分三であるもの

- チ,入院料8

  疾患・状態に係る医療区分三の患者及び処置等に係る医療区分一の患者であって、ADL区分二であるもの

- リ,入院料9

  - 疾患・状態に係る医療区分三の患者及び処置等に係る医療区分一の患者であって、ADL区分一であるもの

療養病棟入院基本料の厚生労働大臣が定める区分②

- ヌ,入院料10

  別表第五の三の一に掲げる疾患・状態にある患者並びに同表の三に掲げる患者(以下「疾患・状態に係る医療区分二の患者」という)及び処置等に係る医療区分三の患者であって、ADL区分三であるもの

- ル,入院料11

  疾患・状態に係る医療区分二の患者及び処置等に係る医療区分三の患者であって、ADL区分二であるもの

- ヲ,入院料12

  疾患・状態に係る医療区分二の患者及び処置等に係る医療区分三の患者であって、ADL区分一であるもの

- ワ,入院料13

  疾患・状態に係る医療区分二の患者及び処置等に係る医療区分二の患者であって、ADL区分三であるもの

- カ,入院料14

  疾患・状態に係る医療区分二の患者及び処置等に係る医療区分二の患者であって、ADL区分二であるもの

- ヨ,入院料15

  疾患・状態に係る医療区分二の患者及び処置等に係る医療区分二の患者であって、ADL区分一であるもの

- タ,入院料16

  疾患・状態に係る医療区分二の患者及び処置等に係る医療区分一の患者であって、ADL区分三であるもの

- レ,入院料17

  疾患・状態に係る医療区分二の患者及び処置等に係る医療区分一の患者であって、ADL区分二であるもの

- ソ,入院料18

  疾患・状態に係る医療区分二の患者及び処置等に係る医療区分一の患者であって、ADL区分一であるもの

- ツ,入院料19

  別表第五の二の一に掲げる疾患・状態にある患者並びに別表第五の三の一及び三に掲げる疾患・状態にある患者以外の患者(以下「疾患・状態に係る医療区分一の患者」という)及び処置等に係る医療区分三の患者であって、ADL区分三であるもの

療養病棟入院基本料の厚生労働大臣が定める区分③

- ネ,入院料20

  疾患・状態に係る医療区分一の患者及び処置等に係る医療区分三の患者であって、ADL区分二であるもの

- ナ,入院料21

  疾患・状態に係る医療区分一の患者及び処置等に係る医療区分三の患者であって、ADL区分一であるもの

- ラ,入院料22

  疾患・状態に係る医療区分一の患者及び処置等に係る医療区分二の患者であって、ADL区分三であるもの

- ム,入院料23

  疾患・状態に係る医療区分一の患者及び処置等に係る医療区分二の患者であって、ADL区分二であるもの

- ウ,入院料24

  疾患・状態に係る医療区分一の患者及び処置等に係る医療区分二の患者であって、ADL区分一であるもの

- ヰ,入院料25

  疾患・状態に係る医療区分一の患者及び処置等に係る医療区分一の患者であって、ADL区分三であるもの

- ノ,入院料26

  疾患・状態に係る医療区分一の患者及び処置等に係る医療区分一の患者であって、ADL区分二であるもの

- オ,入院料27

  疾患・状態に係る医療区分一の患者及び処置等に係る医療区分一の患者であって、ADL区分一であるもの

- ク,入院料28

  別表第五の二に掲げる疾患・状態にある患者のうちスモンの患者であって、ADL区分三であるもの

- ヤ,入院料29

  別表第五の二に掲げる疾患・状態にある患者のうちスモンの患者であって、ADL区分二であるもの

- マ,入院料30

  別表第五の二に掲げる疾患・状態にある患者のうちスモンの患者でであって、ADL区分一であるもの

療養病棟入院基本料の疾患・状態及び処置等①

◆入院基本料Aに係る疾患・状態及び処置等

一,対象となる疾患・状態

スモン

医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態

二,対象となる処置等

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)

点滴(二十四時間持続して実施しているものに限る)

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して行うものに限る)

酸素療法(密度の高い治療を要する状態にある患者に対して実施するものに限る)

感染症の治療の必要性から実施する隔離室での管理

◆入院基本料B及び入院基本料Cに係る疾患・状態及び処置等

一,対象となる疾患・状態筋ジストロフィー症

多発性硬化症、筋萎縮性側索硬化症、パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る))その他の指定難病等(スモンを除く)脊髄損傷(頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢全てに認められる場合に限る)

慢性閉塞性肺疾患(ヒュー・ジョーンズの分類がV度の状態に該当する場合に限る)

悪性腫瘍(医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る)

(新)消化管等の体内からの出血が反復継続している状態

(新)他者に対する暴行が毎日認められる状態

二,対象となる~~状態~~処置等

(新)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)

以下、文言の微修正のため（略）

療養病棟入院基本料の疾患・状態及び処置等②

◆前ページの経過措置

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

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

(1)令和6年3月31日時点で療養病棟入院基本料の注11の届出医療機関は、令和6年9月30日までの間に限り、医療区分3の患者と医療区分2の患者の合計が5割以上であることの基準に該当するものとみなす

(2)令和6年3月31日時点で療養病棟入院基本料の届出医療機関は、令和6年9月30日までの間に限り、基本診療料の施設基準等第5の3の(4)を適用しないものとする

□(新)経腸栄養管理加算
(1日につき)(要届出)(入院中1回)(7日限度)　300点

◆算定要件

- 療養病棟入院基本料を算定している患者に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
- 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不可

◆施設基準

- 適切な経腸栄養の管理と支援を行うにつき必要な体制が整備されていること

有床診療所入院基本料

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）

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

有床診療所入院基本料

➢ 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

- 有床診療所療養病床入院基本料の施設基準等
- 看護職員　　6対1　⇒　4対1
- 看護補助者　　6対1　⇒　4対1

（新）当該病棟の入院患者に関する口の区分に係る疾患及び状態等並びにADLの判定基準による判定について、記録していること

- 有床診療所療養病床入院基本料の注1本文に規定する厚生労働大臣が定める区分の見直し
- ①入院基本料A

医療区分三の患者

- ②入院基本料B

医療区分二の患者(医療区分三の患者を除く)であって、ADL区分三又はADL区分二であるもの

- ③入院基本料C

医療区分二の患者(医療区分三の患者を除く)であって、ADL区分一であるもの

- ④入院基本料D

別表第五の二に掲げる疾患・状態にある患者及び処置等が実施されている患者並びに別表第五の三の一及び二に掲げる疾患・状態にある患者及び処置等が実施されている患者並びに同表の三に掲げる患者以外の患者(以下「医療区分一の患者」という)であって、ADL区分三であるもの

- ⑤5入院基本料E
  - 医療区分一の患者であって、ADL区分二又はADL区分一であるもの

- 経過措置

令和6年3月31日時点で有床診療所療養病床入院基本料の届出医療機関は、令和6年9月30日までの間に限り、なお従前の例による

有床診療所入院基本料

- A108【有床診療所入院基本料】
- 有床診療所入院基本料１
  - 14日以内の期間　917点 ⇒ 932点
  - 15日以上30日以内の期間　712点 ⇒ 724点
  - 31日以上の期間　604点 ⇒ 615点
- 有床診療所入院基本料２
  - 14日以内の期間　821点 ⇒ 835点
  - 15日以上30日以内の期間　616点 ⇒ 627点
  - 31日以上の期間　555点 ⇒ 566点
- 有床診療所入院基本料３
  - 14日以内の期間　605点 ⇒ 616点
  - 15日以上30日以内の期間　567点 ⇒ 578点
  - 31日以上の期間　534点 ⇒ 544点
- 有床診療所入院基本料４
  - 14日以内の期間　824点 ⇒ 838点
  - 15日以上30日以内の期間　640点 ⇒ 652点
  - 31日以上の期間　542点 ⇒ 552点
- 有床診療所入院基本料５
  - 14日以内の期間　737点 ⇒ 750点
  - 15日以上30日以内の期間　553点 ⇒ 564点
  - 31日以上の期間　499点 ⇒ 509点
- 有床診療所入院基本料６
  - 14日以内の期間　543点 ⇒ 553点
  - 15日以上30日以内の期間　509点 ⇒ 519点
  - 31日以上の期間　480点 ⇒ 490点

有床診療所療養病床入院基本料

- 109【有床診療所療養病床入院基本料】

入院基本料Ａ	1,057点	⇒	1,073点
（生活療養を受ける場合）	1,042点	⇒	1,058点
入院基本料Ｂ	945点	⇒	960点
（生活療養を受ける場合）	929点	⇒	944点
入院基本料Ｃ	827点	⇒	841点
（生活療養を受ける場合）	813点	⇒	826点
入院基本料Ｄ	653点	⇒	665点
（生活療養を受ける場合）	638点	⇒	650点
入院基本料Ｅ	564点	⇒	575点
（生活療養を受ける場合）	549点	⇒	560点
特別入院基本料	488点	⇒	493点
（生活療養を受ける場合）	473点	⇒	478点

急性期・高度急性期病棟

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

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目及び施設基準の見直し①

- 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の項目について、以下のとおり見直す(次ページから)
- 急性期一般入院料1、特定機能病院入院基本料7対1及び専門病院入院基本料7対1における該当患者の基準及び割合の基準について、1「A3点以上」又は「C1点以上」に該当する割合が一定以上であること2「A2点以上」又は「C1点以上」に該当する割合が一定以上であることの両者を満たすことを施設基準とする
- 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直しに伴い、入院料等の施設基準における該当患者割合の基準を見直す

◆経過措置

◆ 令和6年3月31日において現に次に掲げる入院料等に係る届出を行っている病棟又は病室については、令和6年9月30日までの間に限り、それぞれ当該入院料等に係る重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなす

- 急性期一般入院料1、急性期一般入院料2、急性期一般入院料3、急性期一般入院料4、急性期一般入院料5
- 7対1入院基本料(結核病棟入院基本料)、・7対1入院基本料(特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る))、7対1入院基本料(専門病院入院基本料)
- 看護必要度加算1、看護必要度加算2、看護必要度加算3
- 総合入院体制加算1、総合入院体制加算2、総合入院体制加算3
- 急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算
- 看護補助加算1
- 地域包括ケア病棟入院料
- 特定一般病棟入院料の注7

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目及び施設基準の見直し②

◆一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の項目の見直し内容

◆創傷処置

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

◆呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)

- 重症度、医療・看護必要度Iにおける評価対象を、重症度、医療・看護必要度IIにおいて評価対象となる診療行為を実施した場合とする

◆注射薬剤3種類以上の管理

- 初めて該当した日から7日間を該当日数の上限とするとともに、対象薬剤から「アミノ酸・糖・電解質・ビタミン」等の静脈栄養に関する薬剤を除外する

◆専門的な治療・処置

- 「抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)」について、対象薬剤から入院での使用割合が6割未満の薬剤を除外する
- 「抗悪性腫瘍剤の内服の管理」について、対象薬剤から入院での使用割合が7割未満の薬剤を除外する
- 「抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)」、「麻薬の使用(注射剤のみ)」、「昇圧剤の使用(注射剤のみ)」、「抗不整脈薬の使用(注射剤のみ)」、「抗血栓塞栓薬の使用」及び「無菌治療室での治療」の評価について、2点から3点に変更する

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

◆C項目の対象手術及び評価日数について、実態を踏まえ見直す

◆短期滞在手術等基本料の対象手術等を実施した患者を評価対象者に加える

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 特定一般病棟入院料の注7	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。

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。

（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。

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 心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

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	改定後
【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。	【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

○ **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**するために、主に以下の見直しを行う。

１．リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の新設（Ⅱ－３－①）

- 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。

２．病態に応じた早期からの疾患別リハビリテーションの推進（Ⅱ－３－②）

- 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観点から、**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、疾患別リハビリテーション料に**急性期リハビリテーション加算（１回につき50点）を新設**する。



安静臥床は筋力低下をはじめ全身へ悪影響をもたらす



より早期からのリハ（離床）・栄養・口腔の取組



多職種による評価と計画

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[$\times 10^3/mm^3$]	>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

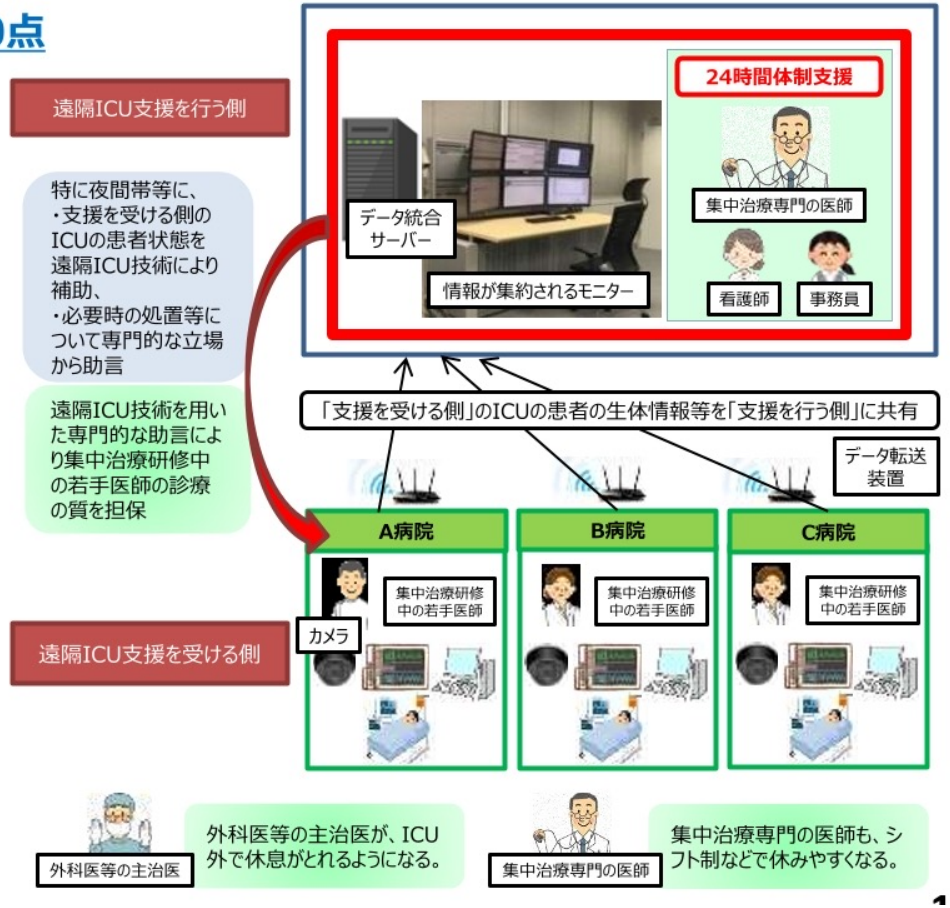
➢ 治療室内に専任の常勤医師が配置されない区分において、遠隔モニタリングにより特定集中治療室管理料１及び２の届出を行う施設から支援を受けることを評価する。

（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。
- 救命救急入院料についても同様

◆施設基準

- 「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

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		
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	＊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	
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**

急性期充実体制加算の見直し①

- 悪性腫瘍手術等の実績要件のうち多くの基準を満たす場合とそれ以外であって小児科又は産科の実績を有する場合に応じた評価を行う
- 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。
- 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
- 化学療法の実績要件について、外来で化学療法を実施している割合が一定以上であることを追加する
- 悪性腫瘍手術等の実績要件に、心臓胸部大血管手術に係る手術実績を追加する

□ 急性期充実体制加算1

- □ 7日以内の期間　460点 ⇒ 440点
- □ 8日以上11日以内の期間　250点 ⇒ 200点
- □ 12日以上14日以内の期間　180点 ⇒ 120点

□ (新)急性期充実体制加算2

- □ 7日以内の期間　360点
- □ 8日以上11日以内の期間　150点
- □ 12日以上14日以内の期間　90点

□ (新)小児・周産期・精神科充実体制加算(要届出)

□ 急性期充実体制加算1の場合　90点

□ 急性期充実体制加算2の場合　60点

◆ 急性期の治療を要する小児患者、妊産婦である患者及び精神疾患を有する患者に対する診療を行うにつき充実した体制が整備されていること

◆ 精神科充実体制加算の施設基準

イ,(変更なし)

(新)ロ,小児・周産期・精神科充実体制加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること

急性期充実体制加算の見直し②

◆(新)2,急性期充実体制加算1に関する施設基準

(1)手術等に係る実績について、以下のうち、イ及び、ロからトまでのうち5つ以上を満たしていること

イ,全身麻酔による手術について、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

(2)(1)のへを満たしているものとして当該加算の届出を行っている場合、外来における化学療法の実施を推進する体制として、次のいずれにも該当すること

ア,外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っていること

イ,当該保険医療機関において化学療法を実施した患者全体に占める、外来で化学療法を実施した患者の割合が6割以上であること

◆(新)3,急性期充実体制加算2の施設基準

(1)以下のいずれかを満たし、かつ、2の(1)のイ及び、ロからトまでのうち2つ以上を満たしていること

(イ)異常分娩の件数について、50件/年以上

(ロ)6歳未満の乳幼児の手術件数40件/年以上

(2)2の(1)のへを満たしているものとして当該加算の届出を行っている場合、外来における化学療法の実施を推進する体制として、次のいずれにも該当すること

ア,外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っていること

イ,当該保険医療機関において化学療法を実施した患者全体に占める、外来で化学療法を実施した患者の割合が6割以上であること

◆(新)急性期充実体制加算2の施設基準

イ,急性期充実体制加算1のイ、ロ及び二からトまでを満たすものであること

ロ,高度かつ専門的な医療及び急性期医療に係る相当の実績を有していること

急性期充実体制加算の見直し③

◆(新)小児・周産期・精神科充実体制加算の施設基準

◆急性期の治療を要する小児患者、妊産婦である患者及び精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制として、次のいずれも満たすものであること

(1)異常分娩の件数が50件/年以上であること

(2)6歳未満の乳幼児の手術件数が40件/年以上であること

(3)医療法第7条第2項第1号に規定する精神病床を有していること

(4)精神疾患を有する患者に対し、24時間対応できる体制を確保していること

(5)精神病棟入院基本料、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、精神科地域包括ケア病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料のいずれかの届出を行っており、現に精神疾患患者の入院を受け入れていること

◆経過措置

(1)令和6年3月31日において現に急性期充実体制加算に係る届出を行っている保険医療機関については、令和7年5月31日までの間に限り、2の(2)又は3の(2)の基準を満たしているものとみなす

(2)令和6年3月31日において現に急性期充実体制加算に係る届出を行っている保険医療機関のうち、急性期充実体制加算1に係る届出を行う保険医療機関については、令和8年5月31日までの間に限り、2の(1)のトの基準を満たしているものとみなす

(3)令和6年3月31日において現に急性期充実体制加算に係る届出を行っている保険医療機関のうち許可病床数が300床未満の保険医療機関については、令和8年5月31日までの間に限り、施設基準のうち2(1)及び3(1)についてはなお従前の例による

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。

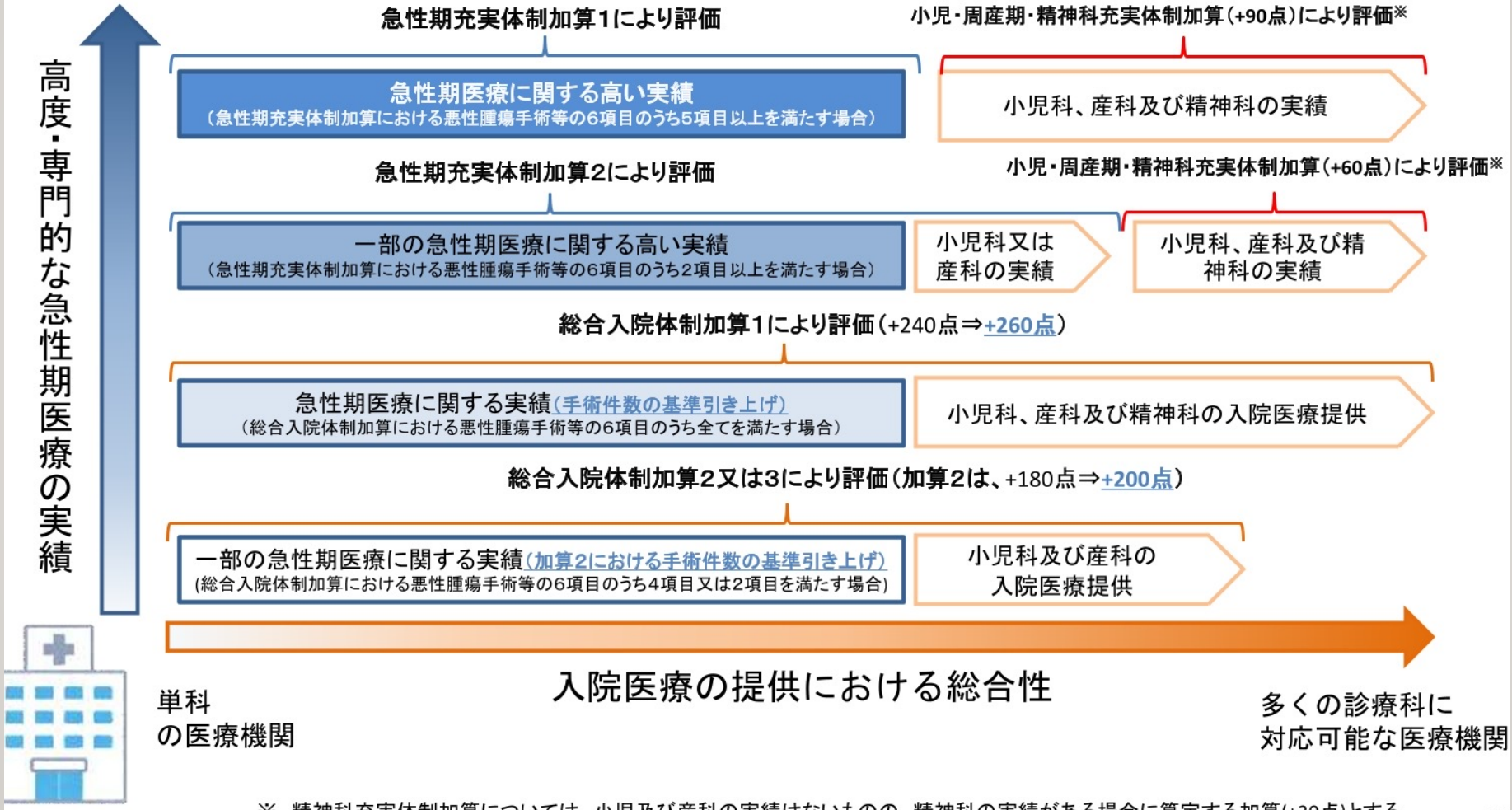
[施設基準]
（急性期充実体制加算１）
手術等に係る実績について、(イ)及び、(ロ)から(ト)までのうち５つ以上を満たしていること。

（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。

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。

総合入院体制加算の見直し

- 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
- 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1　240点 ⇒ 260点
- 総合入院体制加算2　180点 ⇒ 200点
- 総合入院体制加算3(略)

◆1,総合入院体制加算1に関する施設基準等

(3)全身麻酔による手術件数が年800件以上⇒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)

(4)~(16)(略)

(新)(17)特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係がないこと。ただし、令和6年3月31日以前から、特定の保険薬局と不動産の賃貸借取引関係にある場合は、当該特別の関係がないものとみなすこと

◆2,総合入院体制加算2に関する施設基準等

(1)総合入院体制加算1の施設基準((1)、(6)から(10)まで及び(12)から(17)までに限る)を満たしていること

(2)全身麻酔による手術件数が年800件以上⇒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。手術等の定義については、1の(4)と同様である

ア~カ(略)

◆3,総合入院体制加算3に関する施設基準等

(1)総合入院体制加算1の施設基準((1)、(6)から(10)まで、(12)のイ、(13)、(14)、(16)及び(17)に限る)を満たしていること

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。**

ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の見直し①

- ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の項目及び該当患者の要件について、以下の見直しを行う
- レセプト電算処理システム用コードを用いた評価(重症度、医療・看護必要度Ⅱ)を導入する

◆創傷処置

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

◆呼吸ケア

- 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価対象となる診療行為が実施された場合を評価対象とする

◆点滴ライン同時3本以上の管理

- 「注射薬剤3種類以上の管理」に変更し、評価対象は一般病棟用の重症度、医療・看護必要度における同項目と同様とする

◆A項目から「心電図モニターの管理」及び「輸液ポンプの管理」の項目を削除した上で、該該当患者割合の基準について、「A得点3点以上かつB得点4点以上」に該当する患者の割合が一定以上であることから、以下の1及び2のいずれも満たすことに変更する

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

②A項目のうちいずれかに該当する患者の割合が一定以上であること

◆経過措置

◆ 令和6年3月31日時点でハイケアユニット入院医療管理料1、ハイケアユニット入院医療管理料2、救命救急入院料1、救命救急入院料3の届出病室は、令和令和6年9月30日まで、それぞれ当該入院料等に係る重症度、医療・看護必要度に関する要件を満たすものとみなす

ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の見直し②

	改　定　案		現　　行
	ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合	ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合	ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の割合
ハイケアユニット入院医療管理料１	割合①：１割５分 割合②：８ 割	割合①：１割５分 割合②：８ 割	８割
ハイケアユニット入院医療管理料２	割合①：１割５分 割合②：６割５分	割合①：１割５分 割合②：６割５分	６割

時間外加算1、休日加算1、深夜加算1の施設基準の見直し

➢ 処置及び手術の休日加算1、時間外加算1、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

◆ 時間外加算1、休日加算1、深夜加算1の施設基準

◆ 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)

◆ 経過措置

令和6年3月31日時点で休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の届出医療機関は、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

地域医療体制確保加算の見直し

➢ 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

◆地域医療体制確保加算に関する施設基準

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

ア,令和6年度においては、1,785時間以下

イ,令和7年度においては、1,710時間以下

107 救急時医療情報閲覧機能の導入の推進

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

◆算定要件に追加

- 救急時医療情報閲覧機能を有していること

⇒ 救急時医療情報閲覧概要案内を参照

https://www.mhlw.go.jp/content/10200000/001172776.pdf

◆経過措置

- 令和7年4月1日以降に適用

2．閲覧できる情報

救急時医療情報閲覧機能では、現行のオンライン資格確認等システムで通常表示可能な診療／薬剤情報に加え、患者の基本情報・医療情報等が集約された**救急用サマリー**の閲覧が可能です。

救急時医療情報閲覧機能で閲覧できる情報

既存のオンライン資格確認等システムで閲覧可能

特定健診 / 診療/薬剤 / 電子処方箋 / 救急用サマリー

救急用サマリーの項目・期間

項目	期間	参考：通常表示における期間
受診歴	3か月	3年
電子処方箋情報（※1）	45日	100日
薬剤情報（※2）	3か月	3年
手術情報	3年	3年
診療情報（※2）	3か月	3年
透析情報	3か月	3年
健診情報（※2）	健診実施日を表示	5年

※1：電子処方箋情報については、既に電子処方箋管理サービスを導入済みの医療機関等で登録された情報が閲覧可能。（救急用サマリーでは電子処方箋管理サービスに登録された情報のうち調剤情報のみ閲覧可能）
※2：薬剤情報については令和３年９月診療分のレセプト（医科・歯科・調剤・DPC）から抽出した情報、診療情報については令和４年６月以降に提出されたレセプト（医科・歯科・調剤・DPC）から抽出した情報、特定健診情報については令和２年度以降に実施し順次登録された情報が閲覧可能。

救急用サマリーの表示イメージ（PDF）



3．病院でできるようになること

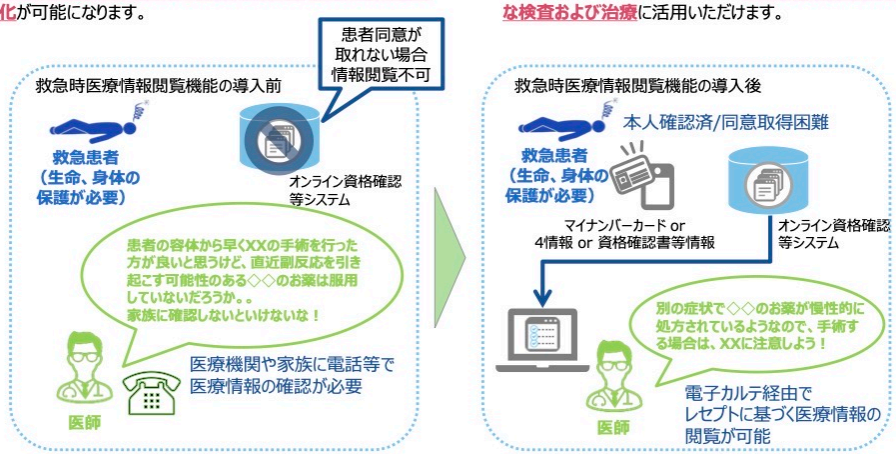
救急時において、意識障害等の同意取得困難な患者に対しても、薬剤情報や手術情報等のレセプトに基づく医療情報を閲覧し、迅速かつ適切な検査・治療等に活用できるようになります。

疾患の推測とそれに伴う治療方針の検討の迅速化

意識障害等の患者についても医療情報を閲覧できることで、**救急時における疾患の推測とそれに伴う治療方針の検討の迅速化**が可能になります。

薬剤情報や手術情報を踏まえた適切な治療

救急時において、意識障害等で同意取得困難な患者についても、薬剤情報や手術情報などの**医療情報を踏まえた適切な検査および治療**に活用いただけます。



地域包括医療病棟入院料

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及び運動器リハビリテーション料に係る届出を行っている**保険医療機関であること。

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）　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

［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

（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**

人工腎臓等、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**。

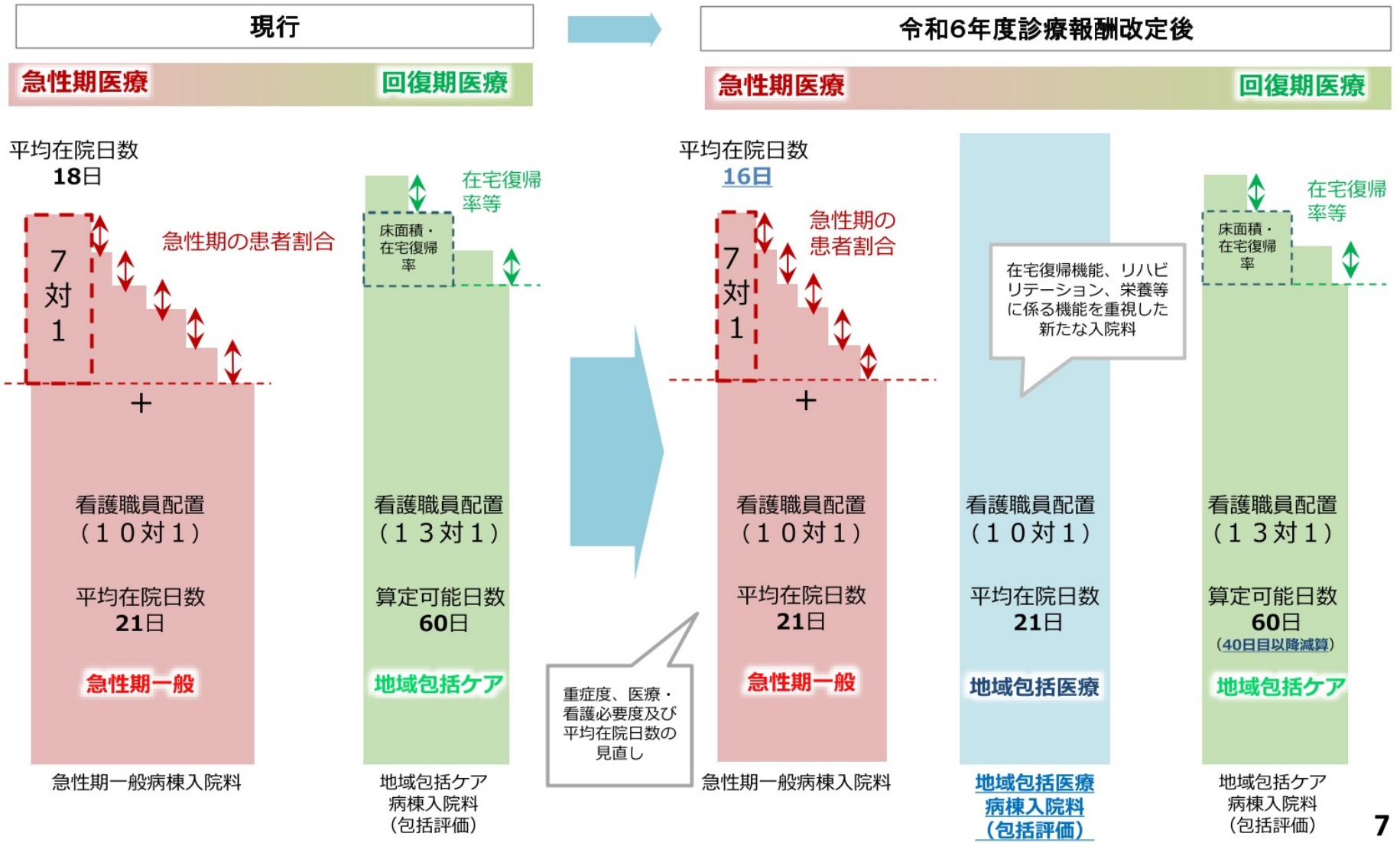
○ **病理標本作製料**

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

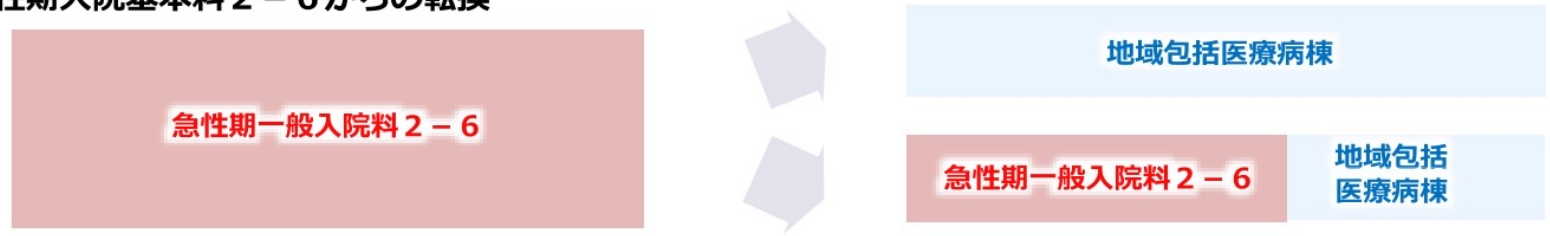
- 地域における、高齢化、救急医療提供体制、リハビリテーション等の提供体制等を踏まえて、急性期入院基本料１（７対１）、急性期入院基本料２－６を算定する急性期病棟、あるいは一定の救急医療の実績のある地域包括ケア病棟等から転換することが想定されている。

①急性期入院基本料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急性期入院基本料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。

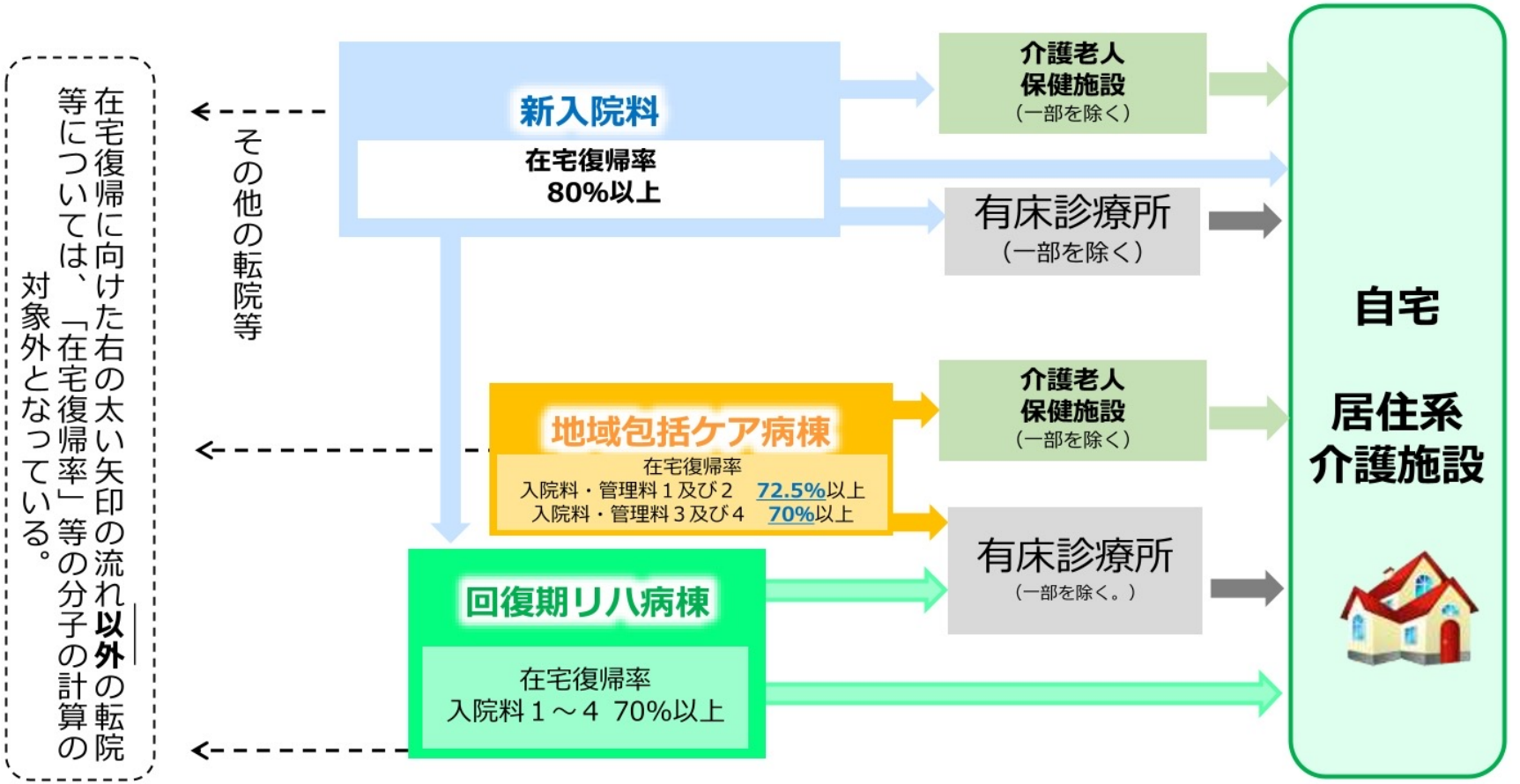
	ストラクチャー	プロセス	アウトカム・その他の実績要件
急性期機能	➢ １０：１看護配置 ➢ DPCの包括範囲外の処置、検査等を算定可能 ➢ 夜間における画像検査等の体制確保 ➢ 看護職員夜間配置加算		➢ 救急搬送直接入棟患者割合：1割５分以上 ➢ 平均在院日数：21日以内 ➢ 重症度、医療・看護必要度：急性期病棟入院料４相当 ➢ 入棟初日のB項目3点以上の患者：50%以上
リハビリ等	➢ PT/OT/ST 2名配置 ➢ 管理栄養士の専任配置 ➢ リハ・栄養・口腔に係る研修を修了した医師配置 ➢ 看護補助体制加算 ➢ 看護補助体制充実加算	➢ 原則48時間以内にＡＤＬ、栄養状態、口腔状態の評価 ➢ 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）

地域包括医療病棟入院料の新設①

➢ 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) (要届出) 3,050点

◆ 算定要件

- ◆ 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は、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
- ◆ 夜間看護体制特定日減算
  - 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関は、別に厚生労働大臣が定める日
  - 次のいずれにも該当する場合に限り、所定点数の100分の5に相当する点数を減算
    - 年6日以内であること
    - 当該日が属する月が連続する2月以内であること

◆施設基準

- ◆ 常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が2名以上配置されていること
- ◆ 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
- ◆ 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

◆1、地域包括医療病棟入院料の施設基準

(1)病院の一般病棟の病棟単位で行うものであること

(2)当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が10又はその端数を増すごとに1以上であること。ただし、当該病棟において、1日に看護を行う看護職員が本文に規定する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、2以上であること。また、看護職員の最小必要数の7割以上が看護師であること

(3)当該病棟に、専従の常勤理学療法士、専従の常勤作業療法士又は専従の常勤言語聴覚士(以下、この項において「専従の理学療法士等」)が2名以上配置されていること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専従の非常勤理学療法士、専従の非常勤作業療法士又は専従の非常勤言語聴覚士をそれぞれ2名以上組み合わせることにより、当該保険医療機関における常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士がそれぞれ配置されている場合は、それぞれの基準を満たすこととみなすことができる

地域包括医療病棟入院料の新設②

◆1、地域包括医療病棟入院料の施設基準の続き

(4)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。なお、当該専任の管理栄養士として配置される病棟は、1名につき1病棟に限る

(5)当該病棟の病室の床面積は、内法による測定で、患者1人につき、6.4平方メートル以上であることが望ましい。なお、床面積が患者1人につき、6.4平方メートルに満たない場合、全面的な改築等を行うまでの間は6.4平方メートル未満であっても差し支えないが、全面的な改築等の予定について年1回報告を行うこと

(6)病室に隣接する廊下の幅は内法による測定で、1.8メートル以上であることが望ましい。ただし、両側に居室がある廊下の幅は、2.7メートル以上であることが望ましい。なお、廊下の幅が1.8メートル(両側居室の場合は2.7メートル)に満たない医療機関については、全面的な改築等を行うまでの間は1.8メートル(両側居室の場合は2.7メートル)未満であっても差し支えないが、全面的な改築等の予定について年1回報告を行うこと

(7)当該病棟に、又は当該医療機関内における当該病棟の近傍に患者の利用に適した浴室及び便所が設けられていること

◆1、地域包括医療病棟入院料の施設基準の続き

(8)地域包括医療病棟入院料を算定するものとして届け出た病床に入院している全ての患者の状態を別添7の別紙7の重症度、医療・看護必要度I又はⅡに係る評価票を用いて測定を行い、その結果に基づいて評価を行っていること。測定の結果、地域包括医療病棟入院料を算定するものとして届け出た病床における直近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1を満たす患者(別添7の別紙7による評価の結果、別表3の該当患者割合1の基準のいずれかに該当する患者をいう)の割合(以下「基準を満たす患者割合1」という)が、別表4の基準以上であること。評価に当たっては、産科患者又は15歳未満の小児患者は対象から除外する。また、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては、歯科の入院患者(同一入院中に医科の診療も行う期間については除く)は、対象から除外する。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度I又はⅡに係る評価票の記入(別添7の別紙7の別表1に掲げる「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」を用いて評価を行う項目は除く)は、院内研修を受けたものが行うものであること。また、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度I又はⅡのいずれを用いて評価を行うかは、入院料等の届出時に併せて届け出ること。なお、評価方法のみの変更を行う場合については、別添7の様式10を用いて届け出ること。ただし、評価方法のみの変更による新たな評価方法への切り替えは切替月のみとし、切替月の10日までに届け出ること

地域包括医療病棟入院料の新設③

◆1、地域包括医療病棟入院料の施設基準の続き

(9)地域包括医療病棟入院料を算定するものとして届け出た病床おいて、直近3月の間に新たに当該病棟に入棟した患者に占める、当該病棟に入棟した日に介助を特に実施している患者(別添7の別紙7による評価の結果、別表3の該当患者割合2の基準に該当する患者をいう)の割合(以下「基準を満たす患者割合2」という)が、別表4の基準以上であること。評価に当たっては、産科患者又は15歳未満の小児患者は対象から除外する

(10)当該病棟に入院する患者の平均在院日数が21日以内であること

(11)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

(12)当該病棟から退院した患者数に占める在宅等に退院するものの割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出する。ただし、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者(基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料3に係る要件を満たす場合に限る)及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する

◆1、地域包括医療病棟入院料の施設基準の続き

(12)の続き

ア、直近6か月間で、当該病棟から退院又は転棟した患者数(入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く)のうち、在宅等に退院するものの数

この場合において、在宅等に退院するものの数は、退院患者の数から、次に掲げる数を合計した数を控除した数をいう

①他の保険医療機関(有床診療所入院基本料(別添2の第3の5の(1)のイの(イ)に該当するものに限る)又は回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病棟、病室又は病床を除く)に転院した患者

②介護老人保健施設(介護保険施設サービス費(Ⅱ)、(Ⅱ)若しくは(IV)又はユニット型介護保険施設サービス費の(Ⅱ)、(Ⅱ)若しくは(IV)の届出を行っているものに限る)に退院した患者

③同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟又は病室(回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病棟又は病室を除く)に転棟した患者の数

イ、直近6か月間に退院又は転棟した患者数(第2部「通則5」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く)

地域包括医療病棟入院料の新設④

◆別表3

該当患者割合①の基準	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
該当患者割合②の基準	入棟初日のB得点が3点以上の患者

◆別表4

	一般病棟用の重症度、 医療・看護必要度Iの割合	一般病棟用の重症度、 医療・看護必要度Ⅱの割合
基準を満たす患者割合①	1割6分	1割5分
基準を満たす患者割合②	5割	

地域包括医療病棟入院料の新設⑤

◆1、地域包括医療病棟入院料の施設基準の続き

(13)当該病棟における、直近3か月の入院患者に占める、同一の保険医療機関の一般病棟から

転棟したものの割合が5分未満であること。ただし、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者(基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料3に係る要件を満たす場合に限る)及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する

(14)当該病棟において、直近3か月の入院患者に占める、救急搬送後の患者の割合が1割5分以上であること。救急搬送後の患者とは、救急搬送され、入院初日から当該病棟に入院し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、入院初日から当該病棟に入院した患者であること。ただし、14日以内に同一の保険医療機関の他の病棟(回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している病棟又は病室を除く)に転棟した患者は、救急搬送後の患者に含めないこと

(15)当該保険医療機関が次のいずれかを満たしていること

ア、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第二次救急医療機関であること

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であること

◆1、地域包括医療病棟入院料の施設基準の続き

(16)当該保険医療機関において、常時、必要な検査、CT撮影、MRI撮影を含む救急患者への対応を実施出来る体制を有していること

(17)データ提出加算に係る届出を行っていること。また、当該基準については別添7の様式40の5を用いて届出を行った時点で、当該入院料の届出を行うことができる

(18)当該保険医療機関が、特定機能病院以外の保険医療機関であること

(19)当該保険医療機関が、急性期充実体制加算1又は2に係る届出を行っていない保険医療機

関であること

(20)当該保険医療機関が、専門病院入院基本料に係る届出を行っていない保険医療機関である

こと

(21)脳血管疾患等リハビリテーション料(I)、(Ⅱ)若しくは(Ⅱ)及び運動器リハビリテーショ

ン料(I)若しくは(Ⅱ)に係る届け出を行っていること

(22)入退院支援加算1に係る届け出を行っていること

地域包括医療病棟入院料の新設⑥

◆1、地域包括医療病棟入院料の施設基準の続き

(23)直近1年間に、当該病棟を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(基本的日常生活活動度(BarthelIndex)(以下「BI」)の合計点数をいう)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

(24)当該保険医療機関において、休日を含め全ての日において、リハビリテーションを提供できる体制を備えていること。なお、リハビリテーションの提供体制については、当該保険医療機関のその他の病床におけるリハビリテーションの実施状況を踏まえ、適切な体制をとることとするが、当該病棟の患者に対し、曜日により著しい単位数を含めた提供量の差がないような体制とすること

(25)当該保険医療機関において、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

◆2、「注3」に掲げる夜間看護体制特定日減算について

当該減算は、許可病床数が100床未満の病院において、夜間、病棟の看護職員が一時的に救急外来で勤務する間、病棟の看護職員体制は、看護職員1名を含め看護職員と看護補助者を合わせて2名以上であること。ただし、当該時間帯の入院患者数が30人以下の場合は、看護職員1名で差し支えない。加えて、当該時間帯に当該病棟の看護職員が一時的に救急外来で勤務する間、当該病棟の看護に支障がないと当該病棟を担当する医師及び看護の管理者が判断した場合に限ること

◆3、地域包括医療病棟入院料の「注5」に掲げる看護補助体制加算の施設基準

(1)通則

ア、看護補助体制加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、基礎知識を習得できる内容を含む院内研修を年1回以上受講した者であること。なお、研修内容については、別添2の第2の11の(4)の例による

イ、当該病棟において、看護職員と看護補助者との業務内容及び業務範囲について、年1回以上見直しを行うこと

ウ、当該病棟の看護師長等が所定の研修(修了証が交付されるものに限る)を修了していることが望ましいこと。また、当該病棟の全ての看護職員(所定の研修を修了した看護師長等を除く)が院内研修を年1回以上受講していることが望ましいこと。ただし、内容に変更がない場合は、2回目以降の受講は省略して差し支えない。なお、看護師長等の所定の研修及び看護職員の院内研修の内容については、別添2の第2の11の(6)の例による

エ、看護補助者の配置については、各病棟の入院患者の状態等保険医療機関の実情に応じ、同一の入院基本料を届け出ている病棟間を含め、曜日や時間帯によって一定の範囲で傾斜配置できる

オ、看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。当該体制については、別添2の第2の11の(3)の例による

地域包括医療病棟入院料の新設⑦

◆3、地域包括医療病棟入院料の「注5」に掲げる看護補助体制加算の施設基準の続き

(2)25対1看護補助体制加算(看護補助者5割以上)の施設基準

ア、当該病棟において、1日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が25又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であること

イ、当該加算の届出に必要な看護補助者の最小必要数の5割以上が看護補助者(みなし看護補助者を除く)であること

(3)25対1看護補助体制加算(看護補助者5割未満)の施設基準

ア、当該病棟において、1日に看護補助業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が25又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であること

イ、当該病棟において、届出の対象となる看護補助者の最小必要数の5割未満が看護補助者(みなし看護補助者を除く)であること

(4)50対1看護補助体制加算の施設基準

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

(5)75対1看護補助体制加算の施設基準

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

◆4、「注6」に掲げる夜間看護補助体制加算の施設基準

(1)通則「注5」に掲げる25対1看護補助体制加算(看護補助者5割以上)、25対1看護補助体制加算(看護補助者5割未満)、50対1看護補助体制加算又は75対1看護補助体制加算のいずれかを算定する病棟であること

(2)夜間30対1看護補助体制加算の施設基準

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

(3)夜間50対1看護補助体制加算の施設基準

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

(4)夜間100対1看護補助体制加算の施設基準

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

地域包括医療病棟入院料の新設⑧

- (新)看護職員夜間12対1配置加算(1日につき)(要届出)(入院日から14日限度)
  - 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
  - ◆ (1)看護職員夜間12対1配置加算1の施設基準

    イ,夜勤を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が12又はその端数を増すごとに1以上であること。ただし、当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、3以上であることとする

    ロ,看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備

    ハ,夜間における看護業務の負担の軽減に資する十分な業務管理等の体制を整備
  - ◆ (2)看護職員夜間12対1配置加算2の施設基準

    (1)のイ及びロを満たすものであること

- (新)看護職員夜間16対1配置加算(1日につき)(要届出)(入院日から14日限度)
  - 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
  - ◆ (3)看護職員夜間16対1配置加算1の施設基準

    イ,夜勤を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が16又はその端数を増すごとに1以上であること。ただし、当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、3以上であることとする

    ロ,(1)の口及びハを満たすものであること
  - ◆ (4)看護職員夜間16対1配置加算2の施設基準

    (1)の口及び(3)のイを満たすものであること
- (新)リハビリテーション・栄養・口腔連携加算(1日につき)(要届出)　　80点
  - ◆ 算定要件
    - リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画を作成した日から起算して14日を限度として所定点数に加算
    - 栄養サポートチーム加算は別に算定不可
  - ◆ 施設基準
    - ADL等の維持、向上及び栄養管理等に資する十分な体制を整備
    - 口腔管理を行うにつき必要な体制を整備

地域包括医療病棟入院料の新設⑨

◆5、「注7」に掲げる夜間看護体制加算の施設基準

(1)「注5」に掲げる25対1看護補助体制加算(看護補助者5割以上)、25対1看護補助体制加算(看護補助者5割未満)、50対1看護補助体制加算又は75対1看護補助体制加算のいずれかを算定する病棟であること

(2)「注6」に掲げる夜間30対1看護補助体制加算、夜間50対1看護補助体制加算又は夜間100対1看護補助体制加算のいずれかを算定している病棟であること

(3)次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、ア又はウを含む3項目以上を満たしていること。また、当該3項目以上にケが含まれることが望ましいこと。ただし、当該加算を算定する病棟が2交代制勤務又は変則2交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、ア及びウからケまでのうち、ア又はウを含む3項目以上を満たしていること

ア、当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の勤務終了時刻と直後の勤務の開始時刻の間が11時間以上であること

イ、3交代制勤務又は変則3交代制勤務の病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の勤務開始時刻が、直近の勤務の開始時刻の概ね24時間後以降となる勤務編成であること

ウ、当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の連続して行う夜勤の数が2回以下であること

エ、当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の夜勤後の暦日の休日が確保されていること

◆5、「注7」に掲げる夜間看護体制加算の施設基準の続き

(3)の続き

オ、当該病棟において、夜勤時間帯の患者のニーズに対応できるよう、早出や遅出等の柔軟な勤務体制の工夫がなされていること

カ、当該保険医療機関において、所属部署以外の部署を一時的に支援するために、夜勤時間帯を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムが構築されており、かつ、部署間での業務標準化に取り組み、過去一年間に当該システムを夜勤時間帯に運用した実績がある

こと

キ、当該病棟において、みなし看護補助者を除いた看護補助者の比率が5割以上であること

ク、当該保険医療機関において、夜勤時間帯を含めて開所している院内保育所を設置しており、夜勤を含む交代制勤務に従事する医療従事者の利用実績があること

ケ、当該病棟において、ICT、AI、IoT等の活用によって、看護要員の業務負担軽減を行っていること

地域包括医療病棟入院料の新設⑩

◆5、「注7」に掲げる夜間看護体制加算の施設基準の続き

(4)(3)のアからエまでについては、届出前1か月に当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の各勤務のうち、やむを得ない理由により各項目を満たさない勤務が0.5割以内の場合は、各項目の要件を満たしているとみなす。(3)のキについては、暦月で1か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動は要件を満たしているとみなす。(3)のクについては、院内保育所の保育時間に当該保険医療機関が定める夜勤時間帯のうち4時間以上が含まれること。ただし、当該院内保育所の利用者がいない日についてはこの限りではない。(3)のケについては、使用機器等が看護要員の業務負担軽減に資するかどうかについて、1年に1回以上、当該病棟に勤務する看護要員による評価を実施し、評価結果をもとに必要に応じて活用方法の見直しを行うこと

◆6、「注8」に掲げる看護補助体制充実加算の施設基準

(1)看護補助体制充実加算1の施設基準

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、「注5」に掲げる看護補助体制加算の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

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、当該病棟の入院患者の数が100又はその端数を増すごとに1以上であること。当該看護補助者は、介護福祉士の資格を有する者又は看護補助者として3年以上の勤務経験を有し適切な研修を修了した看護補助者であること。なお、研修内容については、別添2の第2の11の2の(1)の口の例による

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

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。また当該病棟の全ての看護職員(所定の研修を修了した看護師長等を除く)が院内研修を年1回以上受講していること。ただし、内容に変更がない場合は、2回目以降の受講は省略して差し支えない。なお、当該研修のそれぞれの内容については、別添2の第2の11の(6)の例による

地域包括医療病棟入院料の新設11

◆6、「注8」に掲げる看護補助体制充実加算の施設基準の続き

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)のウ及び工を満たすものであること

◆7、「注9」に掲げる看護職員夜間配置加算の施設基準

(1)看護職員夜間12対1配置加算1の施設基準

ア、当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が12又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であること。ただし、同一の入院基本料を届け出ている病棟間においてのみ傾斜配置できるものであること。なお、当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数が前段に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、前段の規定にかかわらず、3以上であることとする

◆7、「注9」に掲げる看護職員夜間配置加算の施設基準の続き

(1)看護職員夜間12対1配置加算1の施設基準の続き

イ、看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。当該体制については、別添2の第2の11の(3)の例による

ウ、次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、(イ)又は(ハ)を含む4項目以上を満たしていること。また、当該4項目以上に(ヌ)が含まれることが望ましいこと。ただし、当該加算を算定する病棟が2交代制勤務又は変則2交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、(イ)及び(ハ)から(ヌ)までのうち、(イ)又は(ハ)を含む4項目以上を満たしていること。なお、各項目の留意点については、別添3の第4の3の9の(3)と同様であること

(イ)当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護職員の勤務終了時刻と直後の勤務の開始時刻の間が11時間以上であること

(ロ)3交代制勤務又は変則3交代制勤務の病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護職員の勤務開始時刻が、直近の勤務の開始時刻の概ね24時間後以降となる勤務編成であること

(ハ)当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護職員の連続して行う夜勤の数が2回以下であること

地域包括医療病棟入院料の新設12

◆7、「注9」に掲げる看護職員夜間配置加算の施設基準の続き

(1)看護職員夜間12対1配置加算1の施設基準の続き

ウ、続き

(二)当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護職員の夜勤後の暦日の休日が確保されていること

(ホ)当該病棟において、夜勤時間帯の患者のニーズに対応できるよう、早出や遅出等の柔軟な勤務体制の工夫がなされていること

(ヘ)当該保険医療機関において、所属部署以外の部署を一時的に支援するために、夜勤時間帯を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムが構築されており、かつ、部署間での業務標準化に取り組み、過去一年間に当該システムを夜勤時間帯に運用した実績があること

(ト)夜間30対1急性期看護補助体制加算、夜間50対1急性期看護補助体制加算又は夜間100対1急性期看護補助体制加算を届け出ている病棟であること

(チ)当該病棟において、みなし看護補助者を除いた看護補助者の比率が5割以上であること

(リ)当該保険医療機関において、夜勤時間帯を含めて開所している院内保育所を設置しており、夜勤を含む交代制勤務に従事する医療従事者の利用実績があること

◆7、「注9」に掲げる看護職員夜間配置加算の施設基準の続き

(1)看護職員夜間12対1配置加算1の施設基準の続き

ウ、続き

(ヌ)当該病棟において、ICT、AI、IoT等の活用によって、看護職員の業務負担軽減を行っていること

(2)看護職員夜間12対1配置加算2の施設基準

(1)のア及びイを満たすものであること

(3)看護職員夜間16対1配置加算1の施設基準

ア、(1)のイ及びウを満たすものであること

イ、当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が16又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であること。ただし、同一の入院基本料を届け出ている病棟間においてのみ傾斜配置できるものであること。なお、当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数が前段に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、前段の規定にかかわらず、3以上であることとする

(4)看護職員夜間16対1配置加算2の施設基準(1)のイ及び(3)のイを満たすものであること

地域包括医療病棟入院料の新設13

◆8、「注10」に掲げるリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の施設基準

(1)当該保険医療機関において、以下のいずれも満たす常勤医師が1名以上勤務していること。

ア、リハビリテーション医療に関する3年以上の経験を有していること

イ、適切なリハビリテーション、栄養管理、口腔管理に係る研修を修了していること

(2)(1)の要件のうちイにおけるリハビリテーション、栄養管理、口腔管理に係る研修とは、医療関係団体等が開催する急性期のリハビリテーション医療等に関する理論、評価法等に関する総合的な内容を含む研修であり、2日以上かつ12時間以上の研修期間で、修了証が交付されるものである。なお、当該研修には、次の内容を含むものである。また、令和6年3月31日までにADL維持等向上体制加算において規定された「適切なリハビリテーションに係る研修」を修了している医師については、令和8年3月31日までの間に限り当該研修を修了してるものとみなす

ア、リハビリテーション概論について(急性期リハビリテーションの目的、障害の考え方、チームアプローチを含む)

イ、リハビリテーション評価法について(評価の意義、急性期リハビリテーションに必要な評価を含む)

ウ、リハビリテーション治療法について(運動療法、作業療法、言語聴覚療法、義肢装具療法及び薬物療法を含む)

◆8、「注10」に掲げるリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の施設基準の続き

(2)続き

ア、リハビリテーション概論について(急性期リハビリテーションの目的、障害の考え方、チームアプローチを含む)

イ、リハビリテーション評価法について(評価の意義、急性期リハビリテーションに必要な評価を含む)

ウ、リハビリテーション治療法について(運動療法、作業療法、言語聴覚療法、義肢装具療法及び薬物療法を含む)

エ、リハビリテーション処方について(リハビリテーション処方の実際、患者のリスク評価、リハビリテーションカンファレンスを含む)

オ、高齢者リハビリテーションについて(廃用症候群とその予防を含む)

カ、脳・神経系疾患(急性期)に対するリハビリテーションについて

キ、心臓疾患(CCUでのリハビリテーションを含む)に対するリハビリテーションについて

ク、呼吸器疾患に対するリハビリテーションについて

ケ、運動器系疾患のリハビリテーションについて

コ、周術期におけるリハビリテーションについて(ICUでのリハビリテーションを含む)

サ、急性期における栄養状態の評価(GLIM基準を含む)、栄養療法について

シ、急性期における口腔状態の評価、口腔ケア、医科歯科連携について

地域包括医療病棟入院料の新設14

◆8、「注10」に掲げるリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の施設基準の続き

(3)プロセス・アウトカム評価として、以下の基準を全て満たすこと

ア、直近1年間に、当該病棟への入棟後3日(入棟日の翌々日)までに疾患別リハビリテーション料が算定された患者数から、当該病棟を退院又は転棟した患者のうち疾患別リハビリテーション料が算定された患者数を除した割合が8割以上であること

イ、直近1年間に、当該病棟の入棟患者に対する土日祝日における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から、当該病棟の入棟患者に対する平日における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を除した割合が8割以上であること

ウ、直近1年間に、当該病棟を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の合計点数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、当該病棟の入院患者のうち、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。なお、その割合は、次の(イ)に掲げる数を(ロ)に掲げる数で除して算出する。ただし、届出時の直近月の初日(以下この項において「調査日」という)における当該病棟の入院患者数が80人以下の場合は、本文の規定にかかわらず、当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡を保有している入院患者が2人以下

(イ)調査日に褥瘡を保有する患者数のうち、入院時既に褥瘡保有が記録された患者を除いた患者数

(ロ)調査日の入院患者数(調査日の入院又は予定入院患者は含めず、退院又は退院予定患者は含める)

◆8、「注10」に掲げるリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の施設基準の続き

(4)当該病棟の入院患者に対し、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へ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体制が整備されていること

地域包括医療病棟入院料の新設15

◆9、届出に関する事項

- 地域包括医療病棟入院料の施設基準に係る届出は、別添7の様式9、様式10、様式20及び様式45の4を用いること。この場合において、病棟の勤務実績表で看護要員の職種が確認できる場合は、別添7の様式20の当該看護要員のみを省略することができること。また、1の(5)又は(6)のなお書きに該当する場合は、年1回、全面的な改築等の予定について別添7の様式50又は50の2により地方厚生(支)局長に報告すること
- 「注5」、「注6」、「注7」、「注8」及び「注9」に規定する看護補助体制加算、夜間看護補助体制加算、夜間看護体制加算、看護補助体制充実加算、看護職員夜間配置加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式9、様式13の3及び様式18の3を用いること。なお、看護補助体制加算、夜間看護補助体制加算、夜間看護体制加算、看護補助体制充実加算及び看護職員夜間配置加算に係る前年度における看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の取組状況を評価するため、毎年8月において別添7の様式13の3を届け出ること。また、当該加算の変更の届出にあたり、直近8月に届け出た内容と変更がない場合は、当該様式の届出を略すことができること

◆9、届出に関する事項の続き

- 「注10」に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式5の5を用いること。8の(3)のア~ウの実績については、新規に届出をする場合は、直近3月間の実績が施設基準を満たす場合、届出することができる。なお、施設基準を満たさなくなったため所定点数を加算できなくなった後、再度届出を行う場合については、新規に届出をする場合には該当しない。また、届出以降は、前年度1年間の8の(3)の実績を毎年8月に別添7の様式5の5の2を用いて、地方厚生(支)局長に報告すること

地域包括医療病棟入院料の加算①

- (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、初期加算として、1日につき所定点数に加算する

- (新)看護補助体制加算(1日につき)
  - 25対1看護補助体制加算(看護補助者5割以上)　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

- ◆ 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助の体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、当該基準に係る区分に従い、入院した日から起算して14日を限度として、それぞれ所定点数に加算する

◆ (新)看護補助体制加算(1日につき)

◆ 施設基準

◆ 25対1看護補助体制加算(看護補助者5割以上)の施設基準

イ,当該病棟において、1日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が25又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であること

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

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

ニ,看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること

地域包括医療病棟入院料の加算②

◆(2)25対1看護補助体制加算(看護補助者5割未満)の施設基準

◆ (1)のイ、ロ及び二を満たすものであること

◆(3)50対1看護補助体制加算の施設基準

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

ロ,(1)のロ及び二を満たすものであること

◆(4)75対1看護補助体制加算の施設基準

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

ロ,(1)のロ及び二を満たすものであること

□ (新)夜間看護補助体制加算(1日につき)

- □ 夜間30対1看護補助体制加算　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

◆ 夜間における看護業務の補助の体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者(看護補助体制加算を算定する患者に限る)については、当該基準に係る区分に従い、1日につき次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する

◆ 施設基準

(1)夜間30対1看護補助体制加算の施設基準

◆ 夜勤を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が30又はその端数を増すごとに1に相当する数以上

(2)夜間50対1看護補助体制加算の施設基準

◆ 夜勤を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が50又はその端数を増すごとに1に相当する数以上

(3)夜間100対1看護補助体制加算の施設基準

◆ 夜勤を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が100又はその端数を増すごとに1に相当する数以上

地域包括医療病棟入院料の加算③

□ (新)夜間看護体制加算(1日につき)　71点

◆ 夜間における看護業務の体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者(看護補助体制加算を算定する患者に限る)については、夜間看護体制加算として、更に所定点数に加算する

◆施設基準

(1)夜勤時間帯に看護補助者を配置していること

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

□ (新)看護補助体制充実加算(1日につき)

□ 看護補助体制充実加算1　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

◆ 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助に係る十分な体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者(看護補助体制加算を算定する患者に限る)については、当該基準に係る区分に従い、1日につきそれぞれ更に所定点数に加算する。ただし、本文の規定にかかわらず、身体的拘束を実施した日は、看護補助体制充実加算3の例により算定する

◆ (1)看護補助体制充実加算1の施設基準

イ,当該保険医療機関において3年以上の看護補助者としての勤務経験を有する看護補助者が、それぞれの配置区分ごとに5割以上配置されていること

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

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

ニ、当該病棟の看護師長等は所定の研修を修了していること。また当該病棟の全ての看護職員(所定の研修を修了した看護師長等を除く)が院内研修を年1回以上受講していること

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

◆ (2)看護補助体制充実加算2の施設基準

(1)のロからホを満たすものであること

◆ (3)看護補助体制充実加算3の施設基準

(1)のハ及びニを満たすものであること

地域包括医療病棟入院料の包括項目等①

◆包括項目

イ、入院基本料

ロ、入院基本料等加算

【除外項目】

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

ハ、医学管理等

【除外項目】

特定疾患療養管理料、特定疾患治療管理料、小児科外来診療料、地域連携小児夜間・休日診療料、乳幼児育児栄養指導料、地域連携夜間・休日診療料、院内トリアージ実施料、夜間休日救急搬送医学管理料、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、

◆ハ、医学管理等除外項目(続き)

認知症地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、外来腫瘍化学療法診療料、生活習慣病管理料(I)、ニコチン依存症管理料、生活習慣病管理料(Ⅱ)、肺血栓塞栓症予防管理料、リンパ浮腫指導管理料、膵ヘルニア圧迫指導管理料、療養・就労両立支援指導料、開放型病院共同指導料(I)、開放型病院共同指導料(Ⅱ)、退院時共同指導料1、退院時共同指導料2、介護支援等連携指導料、介護保険リハビリテーション移行支援料、ハイリスク妊産婦共同管理料(I)、ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅱ)、がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料、がん治療連携管理料、外来がん患者在宅連携指導料、認知症専門診断管理料、認知症療養指導料、認知症サポート指導料、肝炎インターフェロン治療計画料、外来排尿自立指導料、ハイリスク妊産婦連携指導料1、ハイリスク妊産婦連携指導料2、遠隔連携診療料、こころの連携指導料(I)、こころの連携指導料(Ⅱ)、プログラム医療機器等指導管理料、救急救命管理料、退院時ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ指導料、退院前訪問指導料、退院後訪問指導料、薬剤管理指導料、薬剤総合評価調整管理料、診療情報提供料(I)、電子的診療情報評価料、診療情報提供料(Ⅱ)、診療情報連携共有料、連携強化診療情報提供料、薬剤情報提供料、医療機器安全管理料、がんｹﾞﾉﾑﾌﾟﾛﾌｧｲﾘﾝｸﾞ評価提供料、栄養情報連携料、傷病手当金意見書交付料、療養費同意書交付料、退院時薬剤情報管理指導料、精神科退院時共同指導料

地域包括医療病棟入院料の包括項目等②

◆包括項目

◆ 八、医学管理等の特定保険医療材料除外項目

特定疾患療養管理料、特定疾患治療管理料、小児科外来診療料、地域連携小児夜間・休日診療料、乳幼児育児栄養指導料、地域連携夜間・休日診療料、院内トリアージ実施料、夜間休日救急搬送医学管理料、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、外来腫瘍化学療法診療料、生活習慣病管理料(I)、ニコチン依存症管理料、生活習慣病管理料(Ⅱ)、肺血栓塞栓症予防管理料、リンパ浮腫指導管理料、臍ヘルニア圧迫指導管理料、療養・就労両立支援指導料、開放型病院共同指導料(I)、開放型病院共同指導料(Ⅱ)、退院時共同指導料1、介護支援等連携指導料、介護保険リハビリテーション移行支援料、ハイリスク妊産婦共同管理料(I)、ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅱ)、がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料、がん治療連携管理料、外来がん患者在宅連携指導料、認知症専門診断管理料、認知症療養指導料、認知症サポート指導料、肝炎インターフェロン治療計画料、外来排尿自立指導料、ハイリスク妊産婦連携指導料1、ハイリスク妊産婦連携指導料2、遠隔連携診療料、こころの連携指導料(I)、こころの連携指導料(Ⅱ)、プログラム医療機器等指導管理料、救急救命管理料、

◆ 八、医学管理等の特定保険医療材料除外項目(続き)

退院時リハビリテーション指導料、退院前訪問指導料、退院後訪問指導料、薬剤管理指導料、薬剤総合評価調整管理料、診療情報提供料(I)、電子的診療情報評価料、診療情報提供料(Ⅱ)、診療情報連携共有料、連携強化診療情報提供料、薬剤情報提供料、医療機器安全管理料、がんゲノムプロファイリング評価提供料、栄養情報連携料、傷病手当金意見書交付料、療養費同意書交付料、退院時薬剤情報管理指導料、精神科退院時共同指導料に係るものに限る

◆ 二、検査の除外項目

心臓カテーテル法による諸検査(一連の検査について)、関節鏡検査(片側)、喉頭直達鏡検査、鼻咽腔直達鏡検査、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)、嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファイバースコピー(部位を問わず一連につき)、内視鏡下嚥下機能検査、喉頭ファイバースコピー、中耳ファイバースコピー、顎関節鏡検査(片側)、気管支ファイバースコピー、気管支カテーテル気管支肺胞洗浄法検査、胸腔鏡検査、縦隔鏡検査、食道ファイバースコピー、胃・十二指腸ファイバースコピー、胆道ファイバースコピー、小腸内視鏡検査、消化管通過性検査、直腸鏡検査肛門鏡検査、直腸ファイバースコピー、回腸嚢ファイバースコピー、大腸内視鏡検査、腹腔鏡検査、

地域包括医療病棟入院料の包括項目等③

◆包括項目

◆ 二、検査の除外項目(続き)

腹腔ファイバースコピー、クルドスコピー、膀胱尿道ファイバースコピー、膀胱尿道鏡検査、尿管カテーテル法(ファイバースコープによるもの)(両側)、腎盂尿管ファイバースコピー(片側)、ヒステロスコピー、コルポスコピー、子宮ファイバースコピー、乳管鏡検査、血管内視鏡検査、肺臓カテーテル法、肝臓カテーテル法、膵臓カテーテル法、脳室穿刺、後頭下穿刺、腰椎穿刺、胸椎穿刺、頸椎穿刺(脳脊髄圧測定を含む)、骨髄穿刺、骨髄生検、関節穿刺(片側)、上顎洞穿刺(片側)、扁桃周囲炎又は扁桃周囲膿瘍における試験穿刺(片側)、腎嚢胞又は水腎症穿刺、ダグラス窩穿刺、リンパ節等穿刺又は針生検、センチネルリンパ節生検(片側)、乳腺穿刺又は針生検(片側)、甲状腺穿刺又は針生検、経皮的針生検法(透視、心電図検査及び超音波検査を含む)、経皮的腎生検法、経頸静脈的肝生検、前立腺針生検法、内視鏡下生検法(1臓器につき)、超音波内視鏡下穿刺吸引生検法(EUS-FNA)、経気管肺生検法、超音波気管支鏡下穿刺吸引生検法(EBUS-TBNA)、経気管肺生検法(ナビゲーションによるもの)、経気管肺生検法(仮想気管支鏡を用いた場合)、経気管支凍結生検法、臓器穿刺、組織採取、組織試験採取、切採法、子宮腟部等からの検体採取、その他の検体採取、眼内液(前房水・硝子体液)検査

◆ 二、検査薬剤の除外項目

◆ 心臓カテーテル法による諸検査(一連の検査について)、関節鏡検査(片側)、喉頭直達鏡検査、鼻咽腔直達鏡検査、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)嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファイバースコピー(部位を問わず一連につき)、内視鏡下嚥下機能検査、喉頭ファイバースコピー、中耳ファイバースコピー、顎関節鏡検査(片側)、気管支ファイバースコピー、気管支カテーテル気管支肺胞洗浄法検査、胸腔鏡検査、縦隔鏡検査、食道ファイバースコピー、胃・十二指腸ファイバースコピー、胆道ファイバースコピー、小腸内視鏡検査、消化管通過性検査、直腸鏡検査、肛門鏡検査、直腸ファイバースコピー、回腸嚢ファイバースコピー、大腸内視鏡検査、腹腔鏡検査、腹腔ファイバースコピー、クルドスコピー、膀胱尿道ファイバースコピー、膀胱尿道鏡検査、尿管カテーテル法(ファイバースコープによるもの)(両側)、腎盂尿管ファイバースコピー(片側)、ヒステロスコピー、コルポスコピー、子宮ファイバースコピー、乳管鏡検査、血管内視鏡検査、肺臓カテーテル法、肝臓カテーテル法、膵臓カテーテル法、脳室穿刺、後頭下穿刺、腰椎穿刺、胸椎穿刺、頸椎穿刺(脳脊髄圧測定を含む)、骨髄穿刺、骨髄生検、関節穿刺(片側)、上顎洞穿刺(片側)、扁桃周囲炎又は扁桃周囲膿瘍における試験穿刺(片側)、

地域包括医療病棟入院料の包括項目等④

◆包括項目

◆ 二、検査薬剤の除外項目

腎嚢胞又は水腎症穿刺、ダグラス窩穿刺、リンパ節等穿刺又は針生検、センチネルリンパ節生検(片側)、乳腺穿刺又は針生検(片側)、甲状腺穿刺又は針生検、経皮的針生検法(透視、心電図検査及び超音波検査を含む)、経皮的腎生検法、経頸静脈的肝生検、前立腺針生検法、内視鏡下生検法(1臓器につき)、超音波内視鏡下穿刺吸引生検法(EUS-FNA)、経気管肺生検法、超音波気管支鏡下穿刺吸引生検法(EBUS-TBNA)、経気管肺生検法(ナビゲーションによるもの)、経気管肺生検法(仮想気管支鏡を用いた場合)、経気管支凍結生検法、臓器穿刺、組織採取、組織試験採取、切採法、子宮腟部等からの検体採取、その他の検体採取、眼内液(前房水・硝子体液)検査に係るものに限る

◆ 二、検査の特定保険医療材料の除外項目

心臓カテーテル法による諸検査(一連の検査について)、関節鏡検査(片側)、喉頭直達鏡検査、鼻咽腔直達鏡検査、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)、嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファイバースコピー(部位を問わず一連につき)、内視鏡下嚥下機能検査喉頭ファイバースコピー、中耳ファイバースコピー、顎関節鏡検査(片側)、気管支ファイバースコピー、

◆ 二、検査の特定保険医療材料の除外項目(続き)

気管支カテーテル気管支肺胞洗浄法検査、胸腔鏡検査、縦隔鏡検査、食道ファイバースコピー、胃・十二指腸ファイバースコピー、胆道ファイバースコピー、小腸内視鏡検査、消化管通過性検査、直腸鏡検査、肛門鏡検査、直腸ファイバースコピー、回腸嚢ファイバースコピー、大腸内視鏡検査、腹腔鏡検査、腹腔ファイバースコピー、クルドスコピー、膀胱尿道ファイバースコピー、膀胱尿道鏡検査、尿管カテーテル法(ファイバースコープによるもの)(両側)、腎盂尿管ファイバースコピー(片側)、ヒステロスコピー、コルポスコピー、子宮ファイバースコピー、乳管鏡検査、血管内視鏡検査、肺臓カテーテル法、肝臓カテーテル法、膵臓カテーテル法、脳室穿刺、後頭下穿刺、腰椎穿刺、胸椎穿刺、頸椎穿刺(脳脊髄圧測定を含む)、骨髄穿刺、骨髄生検、関節穿刺(片側)、上顎洞穿刺(片側)、扁桃周囲炎又は扁桃周囲膿瘍における試験穿刺(片側)、腎嚢胞又は水腎症穿刺、ダグラス窩穿刺、リンパ節等穿刺又は針生検、センチネルリンパ節生検(片側)、乳腺穿刺又は針生検(片側)、甲状腺穿刺又は針生検、経皮的針生検法(透視、心電図検査及び超音波検査を含む)、経皮的腎生検法、経頸静脈的肝生検、前立腺針生検法、内視鏡下生検法(1臓器につき)、超音波内視鏡下穿刺吸引生検法(EUS-FNA)、経気管肺生検法、超音波気管支鏡下穿刺吸引生検法(EBUS-TBNA)、経気管肺生検法(ナビゲーションによるもの)、

地域包括医療病棟入院料の包括項目等⑤

◆包括項目

◆ 二、検査の特定保険医療材料の除外項目(続き)

経気管肺生検法(仮想気管支鏡を用いた場合)、経気管支凍結生検法、臓器穿刺、組織採取、組織試験採取、切採法、子宮腟部等からの検体採取、その他の検体採取、眼内液(前房水・硝子体液)検査に係るものに限る

◆ ホ、画像診断

画像診断管理加算1、画像診断管理加算2、画像診断管理加算3、画像診断管理加算4造影剤注入手技(3のイ(注1及び注2を含む)に限る)、薬剤(造影剤注入手技(3のイ(注1及び注2を含む)に限る)に係るものに限る

◆ ホ、画像診断の特定保険医療材料

造影剤注入手技(3のイ(注1及び注2を含む)に限る)に係るものに限る

◆ ヘ、投薬

除外薬剤・注射薬に係る費用を除く

◆ ト、注射

◆ 無菌製剤処理料、除外薬剤・注射薬に係る費用を除く

◆ チ、リハビリテーションの薬剤料

◆ リ、精神科専門療法の薬剤料

◆ ヌ、処置の除外項目

熱傷処置(5に限る)、局所陰圧閉鎖処置(入院)、局所陰圧閉鎖処置(腹部開放創)、多血小板血漿処置、硬膜外自家血注入、経皮的肝膿瘍等穿刺術、エタノールの局所注入、リンパ管腫局所注入、高気圧酸素治療、内視鏡的結腸軸捻転解除術、人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、血漿交換療法、局所灌流、吸着式血液浄化法、血球成分除去療法、腹膜灌流、人工膵臓療法、経会陰的放射線治療用材料局所注入、一酸化窒素吸入療法、カウンターショック、心腔内除細動、食道圧迫止血チューブ挿入法、熱傷温浴療法、皮膚レーザー照射療法、腎盂内注入(尿管カテーテル法を含む)、酵素注射療法、歩行運動処置(ロボットスーツによるもの)、四肢ギプス包帯(4から6までに限る。ただし、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く)、体幹ギプス包帯(既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く)、鎖骨ギプス包帯(片側)(既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く)、ギプスベッド(既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く)、斜頸矯正ギプス包帯(既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く)、先天性股関節脱臼ギプス包帯(既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く)、脊椎側弯矯正ギプス包帯(既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く)、

地域包括医療病棟入院料の包括項目等⑥

◆包括項目

◆ ヌ、処置の除外項目(続き)

義肢採型法(2に限る。ただし、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く)、練習用仮義足又は仮義手採型法(2に限る。ただし、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く)

◆ ヌ、処置薬剤の除外項目

(熱傷処置(5に限る)、局所陰圧閉鎖処置(入院)、局所陰圧閉鎖処置(腹部開放創)、多血小板血漿処置、硬膜外自家血注入、経皮的肝膿瘍穿刺術、エタノールの局所注入、リンパ管腫局所注入、高気圧酸素治療、内視鏡的結腸軸捻転解除術、人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、血漿交換療法、局所灌流、吸着式血液浄化法、血球成分除去療法、腹膜灌流、人工膵臓療法、経会陰的放射線治療用材料局所注入、一酸化窒素吸入療法、カウンターショック、心腔内除細動、食道圧迫止血チューブ挿入法、熱傷温浴療法、皮膚レーザー照射療法、腎盂内注入(尿管カテーテル法を含む)、酵素注射療法、歩行運動処置(ロボットスーツによるもの)、四肢ギプス包帯(4から6までに限る。ただし、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く)、体幹ギプス包帯(既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く)、

◆ ヌ、処置薬剤の除外項目(続き)

鎖骨ギプス包帯(片側)(既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く)、ギプスベッド(既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く)、斜頸矯正ギプス包帯(既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く)、先天性股関節脱臼ギプス包帯(既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く)、脊椎側弯矯正ギプス包帯(既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く)、義肢採型法(2に限る。ただし、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く)、練習用仮義足又は仮義手採型法(2に限る。ただし、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く)に係るものに限る)

◆ ヌ、処置の特定保険医療材料の除外項目

熱傷処置(5に限る)、局所陰圧閉鎖処置(入院)、局所陰圧閉鎖処置(腹部開放創)、多血小板血漿処置、硬膜外自家血注入、経皮的肝膿瘍等穿刺術、エタノールの局所注入、リンパ管腫局所注入、高気圧酸素治療、内視鏡的結腸軸捻転解除術、人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、血漿交換療法、局所灌流、吸着式血液浄化法、血球成分除去療法、腹膜灌流、人工膵臓療法、経会陰的放射線治療用材料局所注入、一酸化窒素吸入療法、カウンターショック、心腔内除細動、

地域包括医療病棟入院料の包括項目等⑦

◆ ヌ、処置の特定保険医療材料の除外項目

食道圧迫止血チューブ挿入法、熱傷温浴療法、皮膚レーザー照射療法、腎盂内注入(尿管カテーテル法を含む)、酵素注射療法、歩行運動処置(ロボットスーツによるもの)、四肢ギプス包帯(4から6までに限る。ただし、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く)、体幹ギプス包帯(既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く)、鎖骨ギプス包帯(片側)(既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く)、ギプスベッド(既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く)、斜頸矯正ギプス包帯(既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く)、先天性股関節脱臼ギプス包帯(既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く)、脊椎側弯矯正ギプス包帯(既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く)、義肢採型法(2に限る。ただし、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く)、練習用仮義足又は仮義手採型法(2に限る。ただし、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く)に係るものに限る)

◆ ル、病理標本作製料の除外項目

術中迅速病理組織標本作製(1手術につき)を除く

地域包括ケア病棟入院料

地域包括ケア病棟の施設基準（イメージ）



2,838点
（41日以降2,690点）

実績
・在宅復帰率（72.5%）
・室面積

2,649点
（41日以降2,510点）

・在宅復帰率（72.5%）
・室面積

2,312点
（41日以降2,191点）

実績

2,102点
（41日以降1,992点）

【実績部分】
・自宅等からの入棟患者割合　２割以上
・自宅等からの緊急患者の受入れ９人以上
・在宅医療等の提供等　２項目以上

（基本部分）
看護職員配置　１３対１
在宅復帰に係る職員の配置
リハビリテーションに係る職員の配置
救急医療（一般病床の場合）
在宅復帰率　７割

（基本的な実績部分）
重症度、医療・看護必要度
自院の一般病棟から転棟した患者割合

入院料１　入院料２　入院料３　入院料４

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

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	
【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２	2,620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４	2,076点

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・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	
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	
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	
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の実施	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				―			
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**。

地域包括ケア病棟入院料の見直し①

- 地域包括ケア病棟入院料の評価について、入院期間に応じた評価に見直す
- 入院基本料等の見直しに合わせて、40歳未満の勤務医師、事務職員等の賃上げに資する措置として、地域包括ケア病棟入院料の評価を見直す
- 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

- 地域包括ケア病棟入院料１　2,809点 (2,794点) ⇒
  - イ,40日以内の期間　2,838点(生活療養 2,823点)
  - ロ,41日以上の期間　2,690点(生活療養 2,675点)
- 地域包括ケア病棟入院料２　2,620点(2,605点) ⇒
  - イ,40日以内の期間　2,649点(生活療養 2,634点)
  - ロ,41日以上の期間　2,510点(生活療養 2,495点)
- 地域包括ケア病棟入院料３　2,285点(2,270点) ⇒
  - イ,40日以内の期間　2,312点(生活療養　2,297点)
  - ロ,41日以上の期間　2,191点(生活療養　2,176点)
- 地域包括ケア病棟入院料４　2,076点(2,060点) ⇒
  - イ,40日以内の期間2,102点(生活療養　2,086点)
  - ロ,41日以上の期間1,992点(生活療養　1,976点)

- 地域包括ケア入院医療管理料１　2,809点(2,794点) ⇒
  - イ,40日以内の期間　2,838点(生活療養 2,823点)
  - ロ,41日以上の期間　2,690点(生活療養 2,675点)
- 地域包括ケア入院医療管理料２　2,620点(2,605点) ⇒
  - イ,40日以内の期間2,649点(生活療養　2,634点)
  - ロ,41日以上の期間2,510点(生活療養　2,495点)
- 地域包括ケア入院医療管理料３　2,285点(2,270点) ⇒
  - イ,40日以内の期間2,312点(生活療養　2,297点)
  - ロ,41日以上の期間2,191点(生活療養　2,176点)
- 地域包括ケア入院医療管理料４　2,076点(2,060点) ⇒
  - イ,40日以内の期間2,102点(生活療養　2,086点)
  - ロ,41日以上の期間1,992点(生活療養　1,976点)

地域包括ケア病棟入院料の見直し②

◆ 十一の二　地域包括ケア病棟入院料 の施設基準等

(2) 地域包括ケア病棟入院料１の施設基準

ホ　　次のいずれか二つ以上を満たしていること。

①　　(略)

② 退院後訪問指導料、在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)、精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)、指定居宅サービス介護給付費単位数表の訪問看護費の口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口を前3月間において~~60回~~150回以上算定している

③ 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3月間において~~300回~~800回以上算定している訪問看護ステーションが自院に併設されている

④　　(略)

⑤　　訪問介護、訪問リハビリテーション、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自院に併設されている

⑥　　(略)

◆施設基準

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

◆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、第九の十一の二の(2)のホに該当するものとみなす

※地域包括ケア入院医療管理料1、地域包括ケア病棟入院料2、地域包括ケア入院医療管理料2、地域包括ケア病棟入院料3、地域包括ケア入院医療管理料3、地域包括ケア病棟入院料4、地域包括ケア入院医療管理料4、特定一般病棟入院料の注7についても同様

地域包括ケア病棟入院料の見直し③

➢ 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

- 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

↓

① 救急搬送された患者又は他院で救急患者連携搬送料を算定し当該他院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　400点

↓

① 救急搬送された患者又は他院で救急患者連携搬送料を算定し当該他院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

回復期リハビリテーション病棟

回復期リハビリテーション病棟の見直し①

- 回復期リハビリテーション病棟入院料の要件及び評価について、以下のとおり見直す
  - 1.回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2の評価を見直す
  - 2.回復期リハビリテーション病棟入院料1について、入退院時の栄養状態の評価にGLIM基準を用いることを要件とするとともに、回復期リハビリテーション病棟入院料2から5までにおいては、GLIM基準を用いることが望ましいこととする
  - 3.回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2について、専従の社会福祉士の配置を要件とする
  - 4.回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2について、地域貢献活動に参加することが望ましいこととする
  - 5.回復期リハビリテーション病棟入院料1及び3については、FIMの測定に関する院内研修を行うことを要件とする
  - 6.回復期リハビリテーション病棟1から5までについて、FIMを定期的に測定することを要件とする
  - 7.回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2について、口腔管理を行うにつき必要な体制が整備されていることを要件とする
  - 8.回復期リハビリテーション病棟入院料の体制強化加算1及び2を廃止する
  - 9.回復期リハビリテーション病棟入院料1から5までについて、40歳未満の勤務医師、事務職員等の賃上げに資する措置として評価を見直す
  - 10,疾患別リハビリテーション料に係る算定単位数上限緩和対象患者について、回復期リハビリテーション病棟入院料又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定する患者が対象となっているところ、対象から運動器リハビリテーション料を算定する患者を除外する(1日6単位の施設基準の見直し)

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/m² ＊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

【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

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**（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

【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
体制強化加算２　80点

改定後

【回復期リハビリテーション病棟入院料1・2】
[廃止]

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。

回復期リハビリテーション病棟の見直し②

- 回復期リハビリテーション病棟入院料１ ※カッコ内は生活療養の場合

  2,129点(2,115点) ⇒ 2,229点(2,215点)

- 回復期リハビリテーション病棟入院料２

  2,066点(2,051点) ⇒ 2,166点(2,151点)

- 回復期リハビリテーション病棟入院料３

  1,899点(1,884点) ⇒ 1,917点(1,902点)

- 回復期リハビリテーション病棟入院料４

  1,841点(1,827点) ⇒ 1,859点(1,845点)

- 回復期リハビリテーション病棟入院料５

  1,678点(1,664点) ⇒ 1,696点(1,682点)

- 体制強化加算の廃止
  - (削除)~~体制強化加算1　200点~~
  - (削除)~~体制強化加算2　120点~~

◆算定要件

- (新)(8)回復期リハビリテーション病棟入院料を算定するに当たっては、定期的に日常生活機能評価又はFIMの測定を行い、その結果を診療録等に記載

◆算定要件

(9)～(13)　(略)

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、栄養管理に関するものとして、次に掲げる内容を行う

ア,当該入院料を算定する全ての患者について、患者ごとに行うリハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画の作成に当たっては、管理栄養士も参画し、患者の栄養状態を十分に踏まえて行うこと。その際、栄養状態の評価には、ＧＬＩＭ基準を用いること。なお、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書における栄養関連項目については、必ず記載する

イ～ウ　(略)

回復期リハビリテーション病棟入院料２から５を算定する場合は、専任の常勤管理栄養士を配置し、栄養管理に関するものとして、次に掲げる内容を行うことが望ましい

ア,当該入院料を算定する全ての患者について、患者ごとに行うリハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書の作成に当たっては、管理栄養士も参画し、患者の栄養状態を十分に踏まえて行うとともに、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書における栄養関連項目に記載すること。その際、栄養状態の評価には、ＧＬＩＭ基準を用いる

イ～ウ　(略)

(16)～(19)　(略)

回復期リハビリテーション病棟の見直し③

◆ (2) 回復期リハビリテーション病棟入院料１の施設基準

イ～ロ (略)

ハ 当該病棟に在宅復帰支援を担当する専従の常勤の社会福祉士等が一名以上配置

ニ～リ (略)

ヌ,当該保険医療機関のＦＩＭの測定を行う医師、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士等に対してＦＩＭの測定に関する研修を実施

ル地域支援事業に協力する体制を確保

ヲ、口腔管理を行うにつき必要な体制を整備

◆ (3) 回復期リハビリテーション病棟入院料２の施設基準

(2)のイ、ハからチまで、ル及びヲを満たすものであること

◆ (4) 回復期リハビリテーション病棟入院料３の施設基準

イ～ホ (略)

ヘ (2)のヌを満たすものであること

◆ (5)～(10) (略)

◆経過措置

◆ 社会福祉士の配置に係る施設基準

- 令和6年3月31日時点で回復期リハビリテーション病棟入院料1又は2の届出病棟

⇒ 令和7年5月31日まで

◆ 入退院時の栄養状態の評価に係る施設基準

- 令和6年3月31日時点で回復期リハビリテーション病棟入院料1の届出病棟

⇒ 令和6年9月30日まで

◆ FIMの測定に関する院内研修に係る施設基準

- 令和6年3月31日時点で回復期リハビリテーション病棟入院料1又は3の届出病棟

⇒ 令和6年9月30日まで

特定入院料

特定入院料①

- A300【救命救急入院料】
- 救命救急入院料１
  - ３日以内の期間　10,223点 ⇒ 10,268点
  - ４日以上７日以内の期間　9,250点 ⇒ 9,292点
  - ８日以上の期間　7,897点 ⇒ 7,934点
- 救命救急入院料２
  - ３日以内の期間　11,802点 ⇒ 11,847点
  - ４日以上７日以内の期間　10,686点 ⇒ 10,731点
  - ８日以上の期間　9,371点 ⇒ 9,413点
- 救命救急入院料３
  - イ,救命救急入院料
    - (1) ３日以内の期間　10,223点 ⇒ 10,268点
    - (2) ４日以上７日以内の期間　9,250点 ⇒ 9,292点
    - (3) ８日以上の期間　7,897点 ⇒ 7,934点
  - ロ,広範囲熱傷特定集中治療管理料
    - (1) ３日以内の期間　10,223点 ⇒ 10,268点
    - (2) ４日以上７日以内の期間　9,250点 ⇒ 9,292点
    - (3) ８日以上60日以内の期間　8,318点 ⇒ 8,356点
- 救命救急入院料４
  - イ,救命救急入院料
    - (1) ３日以内の期間　11,802点 ⇒ 11,847点
    - (2) ４日以上７日以内の期間　10,686点 ⇒ 10,731点
    - (3) ８日以上の期間　9,371点 ⇒ 9,413点
  - ロ,広範囲熱傷特定集中治療管理料
    - (1) ３日以内の期間　11,802点 ⇒ 11,847点
    - (2) ４日以上７日以内の期間　10,686点 ⇒ 10,731点
    - (3) ８日以上14日以内の期間　9,371点 ⇒ 9,413点
    - (4) 15日以上60日以内の期間　8,318点 ⇒ 8,356
- Ａ３０１－２【ハイケアユニット入院医療管理料】
  - ハイケアユニット入院医療管理料１　6,855点 ⇒ 6,889点
  - ハイケアユニット入院医療管理料２　4,224点 ⇒ 4,250点
- Ａ３０１－３【脳卒中ケアユニット入院医療管理料】　6,013点 ⇒ 6,045点
- Ａ３０１－４【小児特定集中治療室管理料】
  - ７日以内の期間　16,317点 ⇒ 16,362点
  - ８日以上の期間　14,211点 ⇒ 14,256点

特定入院料②

- Ａ３０２【新生児特定集中治療室管理料】
  - 新生児特定集中治療室管理料１　10,539点　⇒　10,584点
  - 新生児特定集中治療室管理料２　8,434点　⇒　8,472点
- Ａ３０３【総合周産期特定集中治療室管理料】
  - 母体・胎児集中治療室管理料　7,381点　⇒　7,417点
  - 新生児集中治療室管理料　10,539点　⇒　10,584点
- Ａ３０３－２【新生児治療回復室入院医療管理料
  5,697点　⇒　5,728点
- Ａ３０５【一類感染症患者入院医療管理料】
  - 14日以内の期間　9,371点　⇒　9,413点
  - 15日以上の期間　8,108点　⇒　8,147点
- Ａ３０６【特殊疾患入院医療管理料】
- 特殊疾患入院医療管理料　2,070点　⇒　2,090点
  - 注４ 当該病室に入院する重度の意識障害（脳卒中の後遺症であるものに限る）の患者であって、医療区分２の患者又は医療区分１の患者に相当するものについて
    - イ,医療区分２の患者に相当するもの
      1,909点　⇒　1,927点
    - ロ,医療区分１の患者に相当するもの
      1,743点　⇒　1,761点
  - 注６ 当該病室に入院する脳卒中又は脳卒中の後遺症の患者（重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く）であって、医療区分２の患者又は医療区分１の患者に相当するものについて
    - イ,医療区分２の患者に相当するもの
      1,717点　⇒　1,734点
    - ロ,医療区分１の患者に相当するもの
      1,569点　⇒　1,588点

特定入院料③

- Ａ３０７【小児入院医療管理料】
  - 小児入院医療管理料１　4,750点　⇒　4,807点
  - 小児入院医療管理料２　4,224点　⇒　4,275点
  - 小児入院医療管理料３　3,803点　⇒　3,849点
  - 小児入院医療管理料４　3,171点　⇒　3,210点
  - 小児入院医療管理料５　2,206点　⇒　2,235点
    - (新)イ,保育士１名の場合　100点
    - (新)ロ,保育士２名以上の場合　180点
    - 重症児受入体制加算　200点　⇒加算1加算2へ
      - イ,重症児受入体制加算１　200点
      - ロ,重症児受入体制加算２　280点
    - 看護補助加算（入院した日から起算して14日を限度）　151点
    - 看護補助体制充実加算（入院した日から起算して14日を限度）　156点

- Ａ３０９【特殊疾患病棟入院料】
  - 特殊疾患病棟入院料１　2,070点　⇒　2,090点
  - 特殊疾患病棟入院料２　1,675点　⇒　1,694点
  - 注４ 当該病棟に入院する重度の意識障害（脳卒中の後遺症であるものに限る）の患者であって、医療区分２の患者又は医療区分１の患者に相当するものについて
    - イ,特殊疾患病棟入院料１の施設基準を届け出た病棟に入院している場合
      - (1) 医療区分２の患者に相当するもの　1,910点　⇒　1,928点
      - (2) 医療区分１の患者に相当するもの　1,745点　⇒　1,763点
    - ロ,特殊疾患病棟入院料２の施設基準を届け出た病棟に入院している場合
      - (1) 医療区分２の患者に相当するもの　1,657点　⇒　1,675点
      - (2) 医療区分１の患者に相当するもの　1,491点　⇒　1,508点

特定入院料④

- Ａ３０７【小児入院医療管理料】
  - 注６ 当該病棟に入院する脳卒中又は脳卒中の後遺症の患者（重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く）であって、医療区分２の患者又は医療区分１の患者に相当するものについて
    - イ,特殊疾患病棟入院料１の施設基準を届け出た病棟に入院している場合
      - (1) 医療区分２の患者に相当するもの
        1,717点 ⇒ 1,735点
      - (2) 医療区分１の患者に相当するもの
        1,569点 ⇒ 1,586点
    - ロ,特殊疾患病棟入院料２の施設基準を届け出た病棟に入院している場合
      - (1) 医療区分２の患者に相当するもの
        1,490点 ⇒ 1,507点
      - (2) 医療区分１の患者に相当するもの
        1,341点 ⇒ 1,357点

- (新)注7 当該病棟に入院する患者のうち、人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、血漿交換療法、腹膜灌流を行っている慢性腎臓病の患者（注４及び注６に規定する点数を算定する患者を除く）であって、基本診療料の施設基準等第５の３(1)のロに規定する医療区分２の患者に相当するものについては、注１の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する
  - イ,特殊疾患病棟入院料１の施設基準を届け出た病棟に入院している場合 2,010点
  - ロ,特殊疾患病棟入院料２の施設基準を届け出た病棟に入院している場合 1,615点

特定入院料⑤

- Ａ３１０【緩和ケア病棟入院料】
  - 緩和ケア病棟入院料１
    - 30日以内の期間　5,107点 ⇒ 5,135点
    - 31日以上60日以内の期間　4,554点 ⇒ 4,582点
    - 61日以上の期間　3,350点 ⇒ 3,373点
  - 緩和ケア病棟入院料２
    - 30日以内の期間　4,870点 ⇒ 4,897点
    - 31日以上60日以内の期間　4,401点 ⇒ 4,427点
    - 61日以上の期間　3,298点 ⇒ 3,321点
- Ａ３１１【精神科救急急性期医療入院料】
  - 30日以内の期間　2,400点 ⇒ 2,420点
  - 31日以上60日以内の期間　2,100点 ⇒ 2,120点
  - 61日以上90日以内の期間　1,900点 ⇒ 1,918点
  - （削除）院内標準診療計画加算
- Ａ３１１－２【精神科急性期治療病棟入院料】
  - 精神科急性期治療病棟入院料１
    - 30日以内の期間　2,000点 ⇒ 2,020点
    - 31日以上60日以内の期間　1,700点 ⇒ 1,719点
    - 61日以上90日以内の期間　1,500点 ⇒ 1,518点
  - 精神科急性期治療病棟入院料２
    - 30日以内の期間　1,885点 ⇒ 1,903点
    - 31日以上60日以内の期間　1,600点 ⇒ 1,618点
    - 61日以上90日以内の期間　1,450点 ⇒ 1,466点
  - （削除）院内標準診療計画加算
- Ａ３１１－３【精神科救急・合併症入院料】
  - 30日以内の期間　3,600点 ⇒ 3,624点
  - 31日以上60日以内の期間　3,300点 ⇒ 3,323点
  - 61日以上90日以内の期間　3,100点 ⇒ 3,123点
  - （削除）院内標準診療計画加算

特定入院料⑥

- Ａ３１１－４【児童・思春期精神科入院医療管理料】
  2,995点　⇒　3,016点
  - (新)精神科養育支援体制加算（入院初日）　300点
- Ａ３１２【精神療養病棟入院料】
  1,091点　⇒　1,108点
  - （削除）退院調整加算
- Ａ３１４【認知症病棟入院料】
- 認知症治療病棟入院料１
  - 30日以内の期間　1,811点　⇒　1,829点
  - 31日以上60日以内の期間　1,503点　⇒　1,521点
  - 61日以上の期間　1,204点　⇒　1,221点
- 認知症治療病棟入院料２
  - 30日以内の期間　1,318点　⇒　1,334点
  - 31日以上60日以内の期間　1,112点　⇒　1,129点
  - 61日以上の期間　988点　⇒　1,003点
  - （削除）退院調整加算

- Ａ３１７【特定一般病棟入院料】
  - 特定一般病棟入院料１　1,152点　⇒　1,168点
  - 特定一般病棟入院料２　987点　⇒　1,002点
- Ａ３１８【地域移行機能強化病棟入院料】
  1,539点　⇒　1,557点
- Ａ３１９【特定機能病院リハビリテーション病棟入院料】
  2,129点　⇒　2,229点
  （生活療養を受ける場合）　2,115点　⇒　2,215点
- (新)Ａ３０２－２ 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
- (新)Ａ３１５ 精神科地域包括ケア病棟入院料　1,535点
  - 自宅等移行初期加算　100点
  - 非定型抗精神病薬加算　15点

緩和ケア病棟における在宅療養支援の充実

- 緩和ケア病棟緊急入院初期加算における事前の文書による情報提供の要件について、ICTを活用して、受入れを行う保険医療機関において当該患者の診療情報等が確認できる体制が構築されている場合は、事前の文書による情報提供がない場合であっても、要件を満たすこととする

◆ 緩和ケア病棟緊急入院初期加算の算定要件

◆ (5)（略）また、在宅緩和ケアを受け、緊急に入院を要する可能性のある患者について、緊急時の円滑な受入れのため、病状及び投薬内容のほか、患者及び家族への説明等について、当該連携保険医療機関より予め文書による情報提供を受ける必要がある。ただし、当該情報についてICTの活用により、当該保険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。

障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料

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	改定後
【障害者施設等入院基本料】 ［算定要件］ （新設）	【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)のロに規定する医療区分２の患者に相当するものについては、注１及び注３の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。 イ　７対１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］ （新設）	【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］ （新設）	【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

障害者施設等入院基本料等の見直し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とする
- 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

（略）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

※特殊疾患入院施設管理加算、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料も同様

◆ 障害者施設等入院基本料の算定要件

(新)注13,当該病棟に入院している患者のうち、人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、血漿交換療法、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入院基本料又は10対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合　1,581点

ロ,13対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合　1,420点

ハ.15対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合　1,315点

障害者施設等入院基本料等の見直し②

◆ 特殊疾患入院医療管理料の算定要件

(新)注7,当該病棟に入院している患者のうち、人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、血漿交換療法、腹膜灌流を行っている慢性腎臓病の患者(注4及び注6に規定する点数を算定する患者を除く)であって、基本診療料の施設基準等第5の3(1)の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の規定にかかわらず、2,011点を算定する

◆ 特殊疾患病棟入院料の算定要件

(新)注7当該病棟に入院する患者のうち、人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、血漿交換療法、腹膜灌流を行っている慢性腎臓病の患者(注4及び注6に規定する点数を算定する患者を除く。)であって、基本診療料の施設基準等第5の3(1)の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の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する

イ,特殊疾患病棟入院料1の施設基準を届け出た病棟に入院している場合　2,010点

口,特殊疾患病棟入院料2の施設基準を届け出た病棟に入院している場合　1,615点

□ 夜間看護体制加算　150点　⇒　161点

精神科領域

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

● **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

地域定着も含めた退院支援

● **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

10

地域移行・地域定着に重点的な支援を提供する病棟の新設①

➢ 精神疾患患者の地域移行・地域定着を推進する観点から、多職種の重点的な配置、在宅医療の提供実績、自宅等への移行率の実績、診療内容に関するデータの提出等の施設基準を設定した病棟の評価を新設する

□ (新)精神科地域包括ケア病棟入院料(1日につき)(要届出)　1,535点

- □ 自宅等移行初期加算　100点
- □ 非定型抗精神病薬加算　15点

◆ 算定要件

(1)当該届出に係る精神病棟に入院している患者について、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

ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、精神病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により算定

(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

(3)過去1年以内に、当該入院料又は(2)に規定する加算を算定した患者については、(1)又は(2)に規定する期間の計算に当たって、直近1年間に当該入院料又は当該加算を算定していた期間を180日又は90日に算入するものとする

(4)精神病棟入院基本料の15対1入院基本料、18対1入院基本料並びに20対1入院基本料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料及び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)当該病棟に入院中の統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した1日当たりの抗精神病薬が2種類以下の場合に限り、非定型抗精神病薬加算として、1日につき15点を所定点数に加算する

地域移行・地域定着に重点的な支援を提供する病棟の新設②

◆ 施設基準

(1)主として地域生活に向けた重点的な支援を要する精神疾患を有する患者を入院させ、精神病棟を単位として行うものであること

(2)医療法施行規則第十九条第一項第一号に定める医師の員数以上の員数が配置されていること

(3)医療法施行規則第十九条第二項第二号に定める看護師及び准看護師の員数以上の員数が配置されていること

(4)当該病棟を有する保険医療機関において、常勤の精神保健指定医が二名以上配置され、かつ、当該病棟に専任の常勤精神科医が一名以上配置されていること

(5)当該病棟において、一日に看護を行う看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十三又はその端数を増すごとに一以上であること

(6)(5)の規定にかかわらず、作業療法士、精神保健福祉士、公認心理師の数は、一以上であること

(7)(5)の規定にかかわらず、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十五又はその端数を増すごとに一以上であること

(8)当該病棟において、看護職員の最小必要数の四割以上が看護師であること

◆ 施設基準

(9)夜勤については、(5)の規定にかかわらず、看護職員の数が二以上であること

(10)当該地域における精神科救急医療体制の確保に協力するにつき必要な体制及び実績を有している保険医療機関であること

(11)精神障害者の地域生活に向けた重点的な支援を行うにつき十分な体制及び実績を有していること

(12)当該保険医療機関において、入院患者の退院に係る支援に関する部門が設置されていること

(13)入院患者の退院が着実に進められている医療機関であること

(14)精神障害者の地域生活を支援する関係機関等との連携を有していること

(15)データ提出加算の届出医療機関であること

◆ 経過措置

(1)令和6年3月31日において現に精神病棟を単位として届出を行う入院料に係る届出を行っている病棟については、令和7年5月31日までの間に限り、(10)、(11)及び(12)に該当するものとみなす

(2)令和6年3月31日において現に精神病棟を単位として届出を行う入院料に係る届出を行っている病棟については、令和7年9月30日までの間に限り、(13)及び(15)に該当するものとみなす

地域移行機能強化病棟入院料の継続と要件の見直し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
- 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については、令和6年3月31日までに届け出ることとしているところ、令和12年3月31日までに延長する

◆ 地域移行機能強化病棟入院料】の施設基準

(14)届出時点で、次のいずれの要件も満たしていること

ア(略)

イ,以下の式で算出される数値が~~2.4%以上~~⇒3.3%以上であること（略）

(15)算定開始以降、各月末時点で、以下の式で算出される数値が~~2.4%以上~~⇒3.3%以上であること（略）

(16)算定開始以降、1年ごとに1回以上、当該保険医療機関全体の精神病床について、当該保険医療機関の所在する都道府県に許可病床数変更の許可申請を行っていること。算定開始月の翌年以降の同じ月における許可病床数は、以下の式で算出される数値以下であること

届出前月末日時点での精神病床の許可病床数-(当該病棟の届出病床数の~~30%~~⇒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)

(中略)(削除)

◆ (1)地域移行機能強化病棟入院料の施設基準

◆ ト,当該病棟に専従の常勤の精神保健福祉士が一名以上配置~~されており、かつ、当該病棟に専任の常勤の精神保健福祉士が一名以上(入院患者数が四十を超える場合は二名以上)配置~~されていること

◆ (新)チ,当該病棟に退院調整を担当する者が一名以上(入院患者数が四十を超える場合は二名以上)配置されていること

◆ リ~ヲ(略)

地域移行機能強化病棟入院料の継続と要件の見直し①

◆ 地域移行機能強化病棟入院料】の施設基準

(8)当該病棟に1名以上の専従の常勤精神保健福祉士~~及び1名以上の専任の常勤精神保健福祉士(入院患者の数が40を超える場合は2名以上)~~が配置されていること

~~ただし、当該病棟の入院患者の数が40を超える場合であって、身体合併症等を有する患者の退院支援業務のために必要な場合には、1名以上の専従の常勤精神保健福祉士、1名以上の専任の常勤精神保健福祉士及び1名以上の専任の常勤社会福祉士が配置されていればよいこと~~

(9)(略)(10)当該病棟の入院患者の退院に向けた相談支援業務等を行う者(以下この項において「退院支援相談員」という)を、当該病棟に入院した患者1人につき1人以上指定し、当該保険医療機関内に配置していること

~~また、退院支援相談員のうち1名以上(入院患者の数が40を超える場合は2名以上)は、当該病棟に専任の常勤の者であること~~

退院支援相談員は、次のいずれかの者であること

ア,精神保健福祉士(当該病棟専従の者でも可)

イ,保健師、看護師、准看護師、作業療法士、社会福祉士又は公認心理師として、精神障害者に関する業務に従事した経験を3年以上有する者

※(10)のイに係る見直しについては、精神療養病棟入院料についても同様

(中略)(削除)

精神科入退院支援加算の新設と加算の廃止①

- 精神病床に入院する患者に対して、入院早期から包括的支援マネジメントに基づく入退院支援を行った場合の評価を新設する
- 精神科入退院支援加算の新設に伴い、精神科措置入院退院支援加算について評価を見直した上で当該加算の注加算として新設するとともに、精神科措置入院退院支援加算を廃止する
- 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

□(新)精神科入退院支援加算(退院時1回)(要届出)　1,000点

◆対象患者

◆退院困難な要因を有する入院中の患者であって、在宅での療養を希望するもの

◆算定要件

◆次に掲げる入退院支援のいずれかを行った場合に、退院時1回に限り、所定点数に加算

◆ただし、精神病棟入院基本料の注7若しくは精神療養病棟入院料の注6に規定する精神保健福祉士配置加算、精神科地域移行実施加算、精神科退院指導料を算定する場合は算定不可

ア,退院困難な要因を有する入院中の患者であって、在宅での療養を希望するもの(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く)又は第3節の特定入院料のうち、精神科入退院支援加算を算定できるものを現に算定している患者に限る)に対して入退院支援を行った場合

イ,連携する他の保険医療機関において当該加算を算定した患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く)又は第3節の特定入院料のうち、精神科入退院支援加算を算定できるものを現に算定している患者に限る)の転院(1回の転院に限る)を受け入れ、当該患者に対して入退院支援を行った場合

精神科入退院支援加算の新設と加算の廃止②

◆ 精神科入退院支援加算の施設基準

(1)当該保険医療機関内に、入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること

(2)当該部門に入退院支援及び地域連携の十分な経験を有する専従の看護師又は専従の精神保健福祉士が配置されていること

(3)当該部門に専従の看護師が配置されている場合にあっては専任の精神保健福祉士が、専従の精神保健福祉士が配置されている場合にあっては専任の看護師が配置されていること

(4)各病棟に、入退院支援及び地域連携業務に専従として従事する専任の看護師又は精神保健福祉士が配置されていること

(5)その他入退院支援等を行う十分な体制が整備されていること

◆精神科入退院支援加算の算定要件

~~注,精神保健福祉法第29条又は第29条の2に規定する入院措置に係る患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む)又は第3節の特定入院料のうち、精神科措置入院退院支援加算を算定できるものを現に算定している患者に限る)について、都道府県、保健所を設置する市又は特別区と連携して退院に向けた支援を行った場合に、退院時1回に限り、所定点数に加算する~~

(新)注2,精神保健福祉法第29条又は第29条の2に規定する入院措置に係る患者について、都道府県、保健所を設置する市又は特別区と連携して退院に向けた支援を行った場合に、入院前支援加算加算として、退院時1回に限り、300点を更に所定点数に加算する

◆精神科救急急性期医療入院料の算定要件

~~注4,当該病棟に入院している、別に厚生労働大臣が定める状態にある患者に対して、入院した日から起算して7日以内に、当該保険医療機関の医師、看護師、精神保健福祉士等が共同して院内標準診療計画を作成し、当該患者が入院した日から起算して60日以内に当該計画に基づき退院した場合に、院内標準診療計画加算として、退院時1回に限り200点を所定点数に加算する~~

※精神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の算定要件

~~注5,別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該病棟に入院している患者について退院支援計画を作成し、退院支援部署による退院調整を行った場合は、退院調整加算として、退院時に500点を所定点数に加算する~~

※認知症治療病棟入院料についても同様

182 不適切な養育等が疑われる小児患者に対する支援体制の評価の新設

➢ 児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟において、不適切な養育等が行われていることが疑われる患者に対して迅速かつ適切な対応が行われるよう、多職種による専任のチームを設置している場合の評価を新設する

□ (新)精神科養育支援体制加算(要届出)(入院初日限り)　300点

当該病棟又は治療室に入院している20歳未満の精神疾患を有する患者に対する支援体制

◆(新)(2)児童・思春期精神科入院医療管理料の注3に規定する精神科養育支援体制加算の施設基準

虐待等不適切な養育が行われていることが疑われる20歳未満の精神疾患を有する患者に対する支援を行うにつき十分な体制が整備されている

□ その他

□ 精神科措置入院退院支援加算　600点　⇒　300点

小児・周産期領域

小児緩和ケア診療加算の新設①

➢ 緩和ケアを要する小児患者に対して、小児科経験を有する医師及び看護師を含む緩和ケアチームによる診療及びその家族へのケアを行った場合の評価を新設する

□ (新)小児緩和ケア診療加算(1日につき)(要届出)　700点

◆対象患者

- ◆ 悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群、末期心不全の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ患者
- ◆ 末期心不全の患者とは、以下のアとイの基準及びウからオまでのいずれかの基準に該当するものをいう
  - ア,心不全に対して適切な治療が実施されていること
  - イ,器質的な心機能障害により、適切な治療にかかわらず、慢性的にNYHA重症度分類IV度の症状に該当し、頻回又は持続的に点滴薬物療法を必要とする状態であること
  - ウ,左室駆出率が20%以下であること
  - エ,医学的に終末期であると判断される状態であること
  - オ,ウ又はエに掲げる状態に準ずる場合であること

□ (新)小児個別栄養食事管理加算(1日につき)(要施設基準)　70点

◆算定要件

- 緩和ケアを要する15歳未満の小児に対して、緩和ケアに係る必要な栄養食事管理を行った場合

小児緩和ケア診療加算の新設②

◆ 小児緩和ケア診療加算の算定要件

- 緩和ケアを要する15歳未満の小児に対して、必要な診療を行った場合に、当該患者について、所定点数に加算
- 入院基本料(特別入院基本料等を除く)又は特定入院料のうち、小児緩和ケア診療加算を算定できるものを算定している患者

◆ 小児緩和ケア診療加算の施設基準

- 15歳未満の小児患者に対する緩和ケア診療を行うにつき十分な体制が整備されている
- 緩和ケアに関する研修を受けた医師(歯科併設の場合は医師又は歯科医師)が配置されていること
  - 自院で小児緩和ケア診療加算を算定する悪性腫瘍又は末期心不全の患者に対して緩和ケアを行う場合に限る)
- がん診療の拠点となる病院若しくは公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれらに準ずる病院である

◆ 小児個別栄養食事管理加算施設基準

- 緩和ケアを要する15歳未満の小児患者の個別栄養食事管理を行うにつき十分な体制が整備されている
- 緩和ケアを要する患者に対する個別栄養食事管理に係る必要な経験を有する管理栄養士が配置されている

➢ 小児特定集中治療室管理料について、臓器移植を行った小児の算定上限日数を延長する

◆小児特定集中治療室管理料の算定要件

◆注1（略）急性呼吸窮迫症候群又は心筋炎・心筋症のいずれかに該当する小児にあっては21日、臓器移植を行った小児にあっては30日、体外式心肺補助(ECMO)を必要とする状態の小児にあっては35日（略）

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)に対して、入院をする前段階において、患家を訪問し、あるいは情報通信機器を用いて患者の状態や医療的ケアの手技の確認等を実施した場合の評価を新設する
- 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

(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

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示を受けた看護職員が、入院前に別に厚生労働大臣が定める患者(当該保険医療機関の入院期間が通算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

◆施設基準

- 医療的ケア児(者)の入院医療について、十分な実績を有していること

◆経過措置

- 令和7年5月31日までの間は、上記の基準を満たしているものとする

医療的ケア児(者)に対する入院前支援の評価の新設

□ (新)医療的ケア児(者)入院前支援加算(情報通信機器を用いた場合)(要届出)(入院初日)　500点

◆ 算定要件

◆ 自院の医師又は当該医師の指示を受けた看護職員が、医療的ケア児(者)入院前支援加算を算定すべき入院前支援を情報通信機器を用いて行った場合は、保険医療機関ごとに患者1人につき1回に限り、入院初日に限り所定点数に加算する

◆ 施設基準

◆ 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること

◆ 入退院支援加算3の算定要件

(8)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、（略）

◆ 入退院支援加算3に関する施設基準

◆ ロ,当該部門に入退院支援、地域連携及び新生児の集中治療等に係る業務に関する十分な経験を有し、小児患者の在宅移行に関する研修を受けた専任の看護師が一名以上又は新生児の集中治療、入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専任の看護師及び専従の社会福祉士が一名以上配置されていること

◆ (2)当該入退院支援部門に入退院支援、5年以上の新生児集中治療及び小児の患者に対する看護に係る業務の経験を有し、小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任の看護師(3年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有するものに限る)又は入退院支援、5年以上の新生児集中治療及び小児の患者に対する看護に係る業務の経験有する専任の看護師(3年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有するものに限る）

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ことを要件とする
- 小児入院医療管理料で、小児の家族等が希望で付き添う場合は、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

◆小児入院医療管理料1、2、3及び4の施設基準

(1)~(5)(略)

(新)(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

◆小児入院医療管理料算定要件の追加

(新)(2)小児入院医療管理料を算定する場合であって、小児の家族等が希望により付き添うときは、当該家族等の食事や睡眠環境等の付き添う環境に対して配慮すること

小児入院医療管理料における保育士・看護補助者の評価の新設

- 小児入院医療管理料の注2及び注4の加算について、保育士を複数名かつ夜間に配置している場合の評価を新設する
- 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

保育士加算(名称不明)(要届出)

- イ,保育士1名の場合　100点
- ロ,保育士2名以上の場合　180点

重症児受入体制加算(要届出)

- イ,重症児受入体制加算1　200点
- ロ,重症児受入体制加算2　280点

◆施設基準

イ,保育士1名の場合の施設基準

1,当該病棟に専ら15歳未満の小児の療養生活の指導を担当する常勤の保育士(国家戦略特別区域法の事業実施区域内は国家戦略特別区域限定保育士)1名以上配置

2,(略)

ロ,保育士2名以上の場合の施設基準

1,当該病棟に専ら15歳未満の小児の療養生活の指導を担当する常勤の保育士(国家戦略特別区域法の事業実施区域内は国家戦略特別区域限定保育士)を2名以上配置

2,イの2を満たすもの

◆対象患者

- 小児入院医療管理料3、小児入院医療管理料4、小児入院医療管理料5を算定している患者

◆施設基準

イ,重症児受入体制加算1の施設基準

1,当該病棟に専ら15歳未満の小児の療養生活の指導を担当する常勤の保育士を1名以上配置

2・3(略)

ロ重症児受入体制加算2の施設基準

1,当該病棟に専ら15歳未満の小児の療養生活の指導を担当する常勤の保育士を2名以上配置

2,イの2及び3を満たすもの

小児入院医療管理料における保育士・看護補助者の評価の新設

□(新)看護補助加算(1日につき)　151点

◆看護補助加算の算定要件

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者(小児入院医療管理料1、小児入院医療管理料2又は小児入院医療管理料3を算定している患者に限る)について、入院した日から起算して14日を限度として所定点数に加算

◆看護補助加算の施設基準

- 当該病棟において、1日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が30又はその端数を増すごとに1に相当する数以上
- 当該病棟において、夜勤を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が75又はその端数を増すごとに1に相当する数以上
- 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

□(新)看護補助体制充実加算(1日につき)　156点

◆看護補助体制充実加算の算定要件

看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助の体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者(小児入院医療管理料1、小児入院医療管理料2又は小児入院医療管理料3を算定している患者及び看護補助加算を算定する患者に限る)について、入院した日から起算して14日を限度として、所定点数に加算

◆看護補助体制充実加算の施設基準

- (1)当該病棟において、1日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が30又はその端数を増すごとに1に相当する数以上
- (2)当該病棟において、夜勤を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が75又はその端数を増すごとに1に相当する数以上
- (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

母体・胎児集中治療室管理料の見直し

- 専任の医師が常時、母体・胎児集中治療室内に勤務していることとする要件について、当該医師は宿日直を担当する医師であってはならないことを明確化する
- 母体・胎児集中治療室内の医師の配置要件について、専ら産婦人科又は産科に従事する医師が常時2名以上当該保険医療機関内に勤務しており、当該医師に専任の医師を1名含む場合も、要件を満たすこととする

◆総合周産期特定集中治療室管理料に関する施設基準

(1)母体・胎児集中治療室管理料に関する施設基準

ア(略)

イ,以下のいずれかを満たすこと

1,専任の医師が常時、母体・胎児集中治療室内に勤務していること。当該専任の医師は、宿日直を行う医師ではないこと。ただし、患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を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

イ,以下のいずれかを満たすこと

(新)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

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、二十二週から三十二週未満である早産の患者であることを明確化する

◆別表第六の三,ハイリスク妊娠管理加算の対象患者

分娩時の妊娠週数が妊娠22週から32週未満の早産である患者

(中略)

医師少数地域等

超急性期脳卒中加算見直しと血栓回収療法における遠隔連携の評価

- 医師少数区域に所在する医療機関について、専門的な施設との連携の下で、脳梗塞発症後にt-PA療法を迅速に実施した場合に、超急性期脳卒中加算を算定可能とする
- 超急性期脳卒中加算の施設基準のうち、専門的な施設との連携の下で脳卒中の診療を行う医療機関について、専用の治療室及び脳外科的処置が迅速に行える体制の整備に係る要件を緩和する
- 医師少数区域又は医療資源の少ない地域に所在する一次搬送施設が基幹施設との連携により、脳梗塞の患者に対する血栓回収療法の適応を判断した上で、必要に応じて患者を基幹施設に転院搬送し、基幹施設で血栓回収療法が実施された場合の評価を新設する
- 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

195 地域包括ケア病棟入院料（特定地域）

地域包括ケア病棟入院料1のイ(特定地域)	2,440点(生活療養：2,425)
地域包括ケア病棟入院料1の口(特定地域)	2,311点(生活療養：2,296)
地域包括ケア入院医療管理料1のイ(特定地域)	2,440点(生活療養：2,425)
地域包括ケア入院医療管理料1の口(特定地域)	2,311点(生活療養：2,296)
地域包括ケア病棟入院料2のイ(特定地域)	2,251点(生活療養：2,237)
地域包括ケア病棟入院料2の口(特定地域)	2,132点(生活療養：2,118)
地域包括ケア入院医療管理料2のイ(特定地域)	2,251点(生活療養：2,237)
地域包括ケア入院医療管理料2の口(特定地域)	2,132点(生活療養：2,118)
地域包括ケア病棟入院料3のイ(特定地域)	1,990点(生活療養：1,976)
地域包括ケア病棟入院料3の口(特定地域)	1,885点(生活療養：1,871)
地域包括ケア入院医療管理料3のイ(特定地域)	1,990点(生活療養：1,976)
地域包括ケア入院医療管理料3の口(特定地域)	1,885点(生活療養：1,871)
地域包括ケア病棟入院料4のイ(特定地域)	1,779点(生活療養：1,765)
地域包括ケア病棟入院料4の口(特定地域)	1,685点(生活療養：1,671)
地域包括ケア入院医療管理料4のイ(特定地域)	1,779点(生活療養：1,765)
地域包括ケア入院医療管理料4の口(特定地域)	1,685点(生活療養：1,671)

入院基本料等加算

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1

15対1補助体制加算	1,050点	⇒	1,070点
20対1補助体制加算	835点	⇒	855点
25対1補助体制加算	705点	⇒	725点
30対1補助体制加算	610点	⇒	630点
40対1補助体制加算	510点	⇒	530点
50対1補助体制加算	430点	⇒	450点
75対1補助体制加算	350点	⇒	370点
100対1補助体制加算	300点	⇒	320点

◆ 医師事務作業補助体制加算1の施設基準に以下を追加

- ◆ 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2

15対1補助体制加算	975点	⇒	995点
20対1補助体制加算	770点	⇒	790点
25対1補助体制加算	645点	⇒	665点
30対1補助体制加算	560点	⇒	580点
40対1補助体制加算	475点	⇒	495点
50対1補助体制加算	395点	⇒	415点
75対1補助体制加算	315点	⇒	335点
100対1補助体制加算	260点	⇒	280点

診療録管理体制加算の見直し①

- 非常時に備えたサイバーセキュリティ対策が講じられるよう、専任の医療情報システム安全管理責任者の配置及び院内研修の実施を求める医療機関の対象範囲について、現行の許可病床数が400床以上の保険医療機関から許可病床数が200以上の保険医療機関に拡大する
- 医療情報システムのオフラインバックアップ体制の確保、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に基づく業務継続計画(BCP)の策定及び訓練の実施についても新たに評価を行う

- 診療録管理体制加算１　100点　⇒　140点
- 診療録管理体制加算２　30点　⇒　100点
- (新)診療録管理体制加算３　30点

◆七,診療録管理体制加算の施設基準

(1)診療録管理体制加算1

イ~ホ(略)

(新)ヘ,非常時における対応につき十分な体制が整備されていること

(2)診療録管理体制加算2

(1)のイからホを満たすものであること

(新)(3)診療録管理体制加算3

イ,(1)のイ、ロ及び二を満たすものであること

ロ,診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること

ハ,入院患者について疾病統計及び退院時要約が作成されていること

診療録管理体制加算の見直し②

◆診療録管理体制加算1に関する施設基準

（略）

(10)許可病床数が~~400床以上~~⇒200床以上の保険医療機関については、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に基づき、専任の医療情報システム安全管理責任者を配置すること。また、当該責任者は、職員を対象として、少なくとも年1回程度、定期的に必要な情報セキュリティに関する研修を行っていること。ただし、令和6年3月31日において、現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関(許可病床数が200床以上399床未満のものに限る。)については、令和7年5月31日までの間、当該基準を満たしているものとみなす

(新)(11)非常時に備えた医療情報システムのバックアップを複数の方式で確保し、その一部はネットワークから切り離したオフラインで保管していること

(新)(12)「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に基づき、非常時を想定した医療情報システムの利用が困難な場合の対応や復旧に至るまでの対応についての業務継続計画を策定し、少なくとも年1回程度、定期的に当該業務継続計画に基づく訓練・演習を実施すること。また、その結果を踏まえ、必要に応じて改善に向けた対応を行っていること

◆診療録管理体制加算2に関する施設基準

(1)1の(1)から(10)までを満たしていること

◆(新)診療録管理体制加算3に関する施設基準

(1)1の(1)から(4)まで、(9)及び(10)を満たしていること

(2)1名以上の専任の診療記録管理者が配置されていること

(3)入院患者についての疾病統計には、ICD大分類程度以上の疾病分類がされていること

(4)保管・管理された診療記録が疾病別に検索・抽出できること

(5)全診療科において退院時要約が全患者について作成されていること

200

後発医薬品使用体制加算の見直し

➢ 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

◆後発医薬品使用体制加算の施設基準の追加

イ~ハ(略)

(新)二,医薬品の供給が不足等した場合に当該保険医療機関における治療計画等の見直しを行う等、適切に対応する体制を有していること

(新)ホ,後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨並びに二の体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤を変更する可能性があること及び変更する場合には入院患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること

(新)ヘ,ホの掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること

◆経過措置

令和7年5月31日までの間に限りウェブサイトに掲載に該当するものとみなす

バイオ後続品の使用促進①

- 1.入院医療においてバイオ後続品を使用している保険医療機関において、患者に対して、バイオ後続品の有効性や安全性について十分な説明を行った上で使用し、成分の特性を踏まえた使用目標を達成した場合の評価を新設する
- 2.バイオ後続品導入初期加算の対象患者について、外来化学療法を実施している患者から、医療機関において注射するバイオ後続品を使用する全ての患者に見直す
- 3.2に伴い、外来腫瘍化学療法診療料におけるバイオ後続品導入初期加算は廃止する

□(新)バイオ後続品使用体制加算(入院初日)(要届出)　　100点

◆対象患者

入院患者であって、バイオ後続品のある先発バイオ医薬品(バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く)及びバイオ後続品を使用している患者

◆算定要件

- 入院基本料(特別入院基本料等含む)、特定入院料のうち、バイオ後続品使用体制加算を算定できるものを現に算定している患者
- バイオ後続品のある先発バイオ医薬品(バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く)及びバイオ後続品を使用する患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ入院初日に限り所定点数に加算

バイオ後続品の使用促進②

➢ 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

◆ 施設基準

(1)バイオ後続品の使用を促進するための体制が整備されていること

(2)直近1年間にバイオ後続品のある先発バイオ医薬品(バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く)及びバイオ後続品の使用回数が100回を超えること

(3)自院で剤したバイオ後続品のある先発バイオ医薬品(バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く)及びバイオ後続品について、当該薬剤を合算した規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合について、以下のいずれも満たすこと

イ,次に掲げる成分について、当該保険医療機関において調剤した先発バイオ医薬品(バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く)及びバイオ後続品について、当該成分全体の規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合が80%以上であること。ただし、当該成分の規格単位数量が50未満の場合を除く

エポエチン、リツキシマブ、トラスツズマブ、テリパラチド

(3)

ロ,次に掲げる成分について、自院で調剤した先発バイオ医薬品(バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く)及びバイオ後続品について、当該成分全体の規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合が50%以上であること。ただし、当該成分の規格単位数量が50未満の場合を除く

ソマトロピン、インフリキシマブ、エタネルセプト、アガルシダーゼベータ、ベバシズマブ、インスリンリスプロ、インスリンアスパルト、アダリムマブ、ラニビズマブ

(4)バイオ後続品の使用に積極的に取り組んでいる旨を、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること

(5)(4)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること

◆ 経過措置

令和7年5月31日までの間に限りウェブサイトに掲載に該当するものとみなす

救急医療管理加算の見直し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
- 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
- 救急医療管理加算を算定する患者の状態について詳細を把握する観点から、患者の状態の分類について見直すとともに、診療報酬明細書の摘要欄の記載事項の定義を明確化する

□ 救急医療管理加算1　　1,050点（点数変更なし）

□ 救急医療管理加算2　　420点（点数変更なし）

□ (新)注1　ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に該当する保険医療機関においては、本文の規定にかかわらず、入院した日から起算して７日を限度として、210点を所定点数に加算する

◆ (2)救急医療管理加算1の対象となる患者は、「基本診療料の施設基準等別表七の三」(以下この項で「別表」という)に掲げる状態のうち一から十二までのいずれかの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいい、単なる経過観察で入院させる場合や、その後の重症化リスクが高いために入院させる場合等、入院時点で重症患者ではない患者は含まれない

◆ なお、当該加算は、入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して当該状態でなくても算定できる

◆ (3)救急医療管理加算2の対象となる患者は、別表の一から十二までに準ずる状態又は十三の状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいい、単なる経過観察で入院させる場合や、その後の重症化リスクが高いために入院させる場合等、入院時点で重症患者ではない患者は含まれない

◆ なお、当該加算は、患者が入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して当該状態でなくても算定できる

救急医療管理加算の見直し②

◆別表第七の三　救急医療管理加算に係る状態

一　吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態

二　意識障害又は昏睡

三　呼吸不全で重篤な状態

四　心不全で重篤な状態

五　急性薬物中毒

六　ショック

七　重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)

八　広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷

九　外傷、破傷風等で重篤な状態

十　緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態

十一　消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態

十二　蘇生術を必要とする重篤な状態

十三　その他の重症な状態

◆第2の2　救急医療管理加算

◆(新)救急医療管理加算の注1ただし書に規定する厚生労働大臣が定める施設基準

当該保険医療機関において、直近6か月間で、救急医療管理加算2を算定した患者のうち、「基本診療料の施設基準等」の別表第七の三の十三「その他の重症な状態」の患者の割合が5割以上であること

205 データ提出加算及びデータ提出加算に係る届出を要件とする入院料の見直し①

- データ提出加算について、データ提出に係る実態を踏まえ評価を見直す
- 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
- 十分に診療情報の管理等を行っているにもかかわらず、サイバー攻撃により適切なデータ提出が行えない場合があることを踏まえ、要件を見直す
- 新規に保険医療機関を開設する場合など、看護配置等の基準を満たしているにもかかわらず、データ提出加算に係る要件を満たさないために入院基本料が算定できない医療機関について、一定期間に限り入院基本料が算定できるよう、要件を見直す
- データ提出加算に係る届出を行っていることを要件とする入院料の範囲について、精神病棟入院基本料(10対1入院基本料及び13対1入院基本料に限る)、精神科急性期治療病棟入院料及び児童・思春期精神科入院医療管理料に拡大する

- データ提出加算１（入院初日）
  - 許可病床数が200床以上の病院の場合　140点 ⇒ 145点
  - 許可病床数が200床未満の病院の場合　210点 ⇒ 215点
- データ提出加算２（入院初日）
  - 許可病床数が200床以上の病院の場合　150点 ⇒ 155点
  - 許可病床数が200床未満の病院の場合　220点 ⇒ 225点
- データ提出加算３（入院期間が90日を超えるごとに１回）
  - 許可病床数が200床以上の病院の場合　140点 ⇒ 145点
  - 許可病床数が200床未満の病院の場合　210点 ⇒ 215点
- データ提出加算４（入院期間が90日を超えるごとに１回）
  - 許可病床数が200床以上の病院の場合　150点 ⇒ 155点
  - 許可病床数が200床未満の病院の場合　220点 ⇒ 225点
- （削除）提出データ評価加算

206 データ提出加算及びデータ提出加算に係る届出を要件とする入院料の見直し②

◆算定要件に以下を追加

◆(新)ただし、診療録管理体制加算1の届出を行っている保険医療機関において、サイバー攻撃により診療体制に甚大な影響等が発生し、データを継続的かつ適切に提出することが困難である場合は、この限りでない

◆データ提出加算が新たに要件となる入院基本料等

◆地域一般入院基本料、療養病棟入院基本料

データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。ただし、新規に保険医療機関を開設する場合であって地域一般入院料3に係る届出を行う場合その他やむを得ない事情があるときを除く

◆精神病棟入院基本料（10対1入院基本料、13対1入院基本料、精神科急性期治療病棟入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料

データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること

◆経過措置

◆精神病棟入院基本料(10対1入院基本料又は13対1入院基本料に限る)、精神科急性期治療病棟入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料

令和6年3月31日時点で上記の届出医療機関は、令和8年5月31日まで

◆令和6年3月31日時点で下記の届出医療機関は当分の間

急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る)、専門病院入院基本料(13対1入院基本料を除く)、回復期リハビリテーション病棟入院料1から4まで、地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟若しくは地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室のいずれも有さず、以下のいずれかに該当するもの、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるもの

ア,地域一般入院基本料、療養病棟入院料1若しくは2、療養病棟入院基本料の注11、専門病院入院基本料(13対1入院基本料に限る)、障害者施設等入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料5、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料若しくは精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟又は特殊疾患入院医療管理料を算定する病室のいずれかを有するもののうち、これらの病棟又は病室の病床数の合計が当該保険医療機関において200床未満のもの

イ,精神病棟入院基本料(10対1入院基本料及び13対1入院基本料に限る)、精神科急性期治療病棟入院料若しくは児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟又は児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病室のいずれかを有するもの

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。

介護保険施設入所者の病状の急変時の適切な入院受入れの推進

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

□ (新)協力対象施設入所者入院加算(要届出)

- □ 1,往診が行われた場合　600点
- □ 2,1以外の場合　200点

◆対象患者

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

◆算定要件

◆自院と協力医療機関である介護保険施設等(介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム)の入所者の病状の急変等に伴い、当該介護保険施設等の従事者等の求めに応じて当該保険医療機関又は当該保険医療機関以外の協力医療機関の医師が診療を行い、当該保険医療機関に入院させた場合に、協力対象施設入所者入院加算として、入院初日に限り所定点数に加算する

介護保険施設入所者の病状の急変時の適切な入院受入れの推進

□(新)協力対象施設入所者入院加算(要届出)

◆施設基準

(1)次のいずれにも該当するものであること

イ,介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム(以下この項において、「介護保険施設等」という)から協力医療機関として定められている保険医療機関であること

ロ,当該保険医療機関において、緊急時に当該介護保険施設等に入所している患者が入院できる病床を常に確保していること

ハ,次のいずれかに該当すること

1,在宅療養支援病院又は在宅療養支援診療所であること

2,在宅療養後方支援病院であること

3,地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟又は病室を有する保険医療機関であること

(2)当該介護保険施設等と平時からの連携体制を構築していること

(3)(2)に規定する連携体制を構築していることについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること

(4)(3)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること

◆経過措置

◆令和7年5月31日まではウェブサイトに掲載しているものとみなす

211 急性期におけるﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ、栄養管理、口腔管理の取組の推進

➢ 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を行う体制の確保に係る評価を新設するとともに、ADL維持向上等体制加算を廃止する

□(新)リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算(要届出)(1日につき)(14日限度)　120点

◆対象患者

◆急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料を算定する患者

◆算定要件

◆急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る)、専門病院入院基本料(7対1入院基本料又は10対1入院基本料に限る)を現に算定している患者について、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画を作成した日から起算して14日を限度として所定点数に加算

◆施設基準

(1)当該病棟に入院中の患者に対して、ADL等の維持、向上、及び栄養管理等に資する十分な体制が整備されていること

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

(3)当該病棟に専任の常勤の管理栄養士が一名以上配置されていること

(4)口腔管理を行うにつき必要な体制が整備されていること

入退院支援加算1・2の見直し①

- 1.入院前からの支援をより充実・推進する観点から、入院時支援加算1の評価を見直す
- 2.退院時における医療機関から介護支援専門員へ情報提供する様式を見直す
- 3.退院支援計画の内容に、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理等を含む退院に向けた入院中に行う療養支援の内容を盛り込むことを明記する
- 4.入退院支援加算の対象となる「退院困難な要因を有している患者」に、特別なコミュニケーション支援を要する者及び強度行動障害の状態の者を追加する
- 5.特別なコミュニケーション支援を要する者及び強度行動障害の状態の者に対し、入院前に医療機関と本人・家族等や障害福祉サービス事業者等とで事前調整を行うことの評価を新設する
- 6.入退院支援加算1の施設基準で求める連携機関数について、急性期病棟を有する医療機関では病院・診療所との連携を、地域包括ケア病棟を有する医療機関では介護サービス事業所及び障害福祉サービス事業所等との連携を一定程度求めることとする

◆退院困難な要因を追加

- ◆ 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<u>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</u>
- ◆ (新)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
- ◆ (新)オ,強度行動障害の状態の者カ~ソ(略)

◆退院支援計画の内容を追加

- ◆ (新)キ,リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理等を含む、退院に向けて入院中に必要な療養支援の内容並びに栄養サポートチム等の多職種チームとの役割分担

入退院支援加算1・2の見直し②

- 入院時支援加算1　230点　⇒　240点
- 入院時支援加算2　200点　⇒　200点
  - (新)入院事前調整加算　200点
    - ◆ 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

◆厚生労働大臣が定める患者

- 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
- 入退院支援加算を算定する患者

◆算定要件

- 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

◆入退院支援加算1の連携機関の規定を追加

- 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
- 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、施設サービス事業者、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

認知症ケア加算の見直し①

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

■ 認知症ケア加算1
- 14日以内の期間　160点 ⇒ 180点
- 15日以上の期間　30点 ⇒ 34点

■ 認知症ケア加算2
- 14日以内の期間　100点 ⇒ 112点
- 15日以上の期間　25点 ⇒ 28点

■ 認知症ケア加算3
- 14日以内の期間　40点 ⇒ 44点
- 15日以上の期間　10点 ⇒ 10点

■ 身体的拘束実施減算
- 100分の60 ⇒ 100分の40

◆ 算定要件の見直し

◆ (略)当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。この場合において、精神科リエゾンチーム加算(認知症ケア加算1を算定する場合に限る)又はせん妄ハイリスク患者ケア加算は別に算定できない。

◆ 算定要件の見直し

◆ (略)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、区分番号「A247-2」せん妄ハイリスク患者ケア加算の例によること~~

認知症ケア加算の見直し②

◆施設基準

◆1,認知症ケア加算1の施設基準

(1)自院内に、以下から構成される認知症ケアに係るチーム(以下「認知症ケアチーム」という)が設置されていること。このうち、イに掲げる看護師については、原則週16時間以上、認知症ケアチームの業務に従事すること。なお、認知症ケアチームは、身体的拘束最小化チームを兼ねることは差し支えない

ア~ウ(略)

(2)~(4)(略)

(5)認知症ケアチームは、以下の業務を行うこと。ア~ウ(略)

(新)エ,せん妄のリスク因子の確認のためのチェックリスト及びせん妄のハイリスク患者に対するせん妄対策のためのチェックリストを作成していること

(新)オ,チームにより、認知症患者に関わる職員を対象として、認知症患者のケアに関する研修を定期的に実施すること

(6)・(7)(略)

※認知症ケア加算2及び認知症ケア加算3も同様

◆経過措置

◆令和6年3月31日時点で認知症ケア加算の届出医療機関は、令和6年9月30日までの間、1の(5)のエ、2の(6)及び3の(2)の基準を満たしているものとみなす

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対策に係る評価方法についてあらかじめ手順書を作成等することとする

◆ 薬剤総合評価調整加算の算定要件

◆ (1)「注1」に規定する薬剤総合評価調整加算は、複数の内服薬が処方されている患者であって、(中略)場合に算定する

ア,(略)

イ,アを踏まえ、患者の病状、副作用、療養上の問題点の有無を評価するために、医師、薬剤師及び看護師等の多職種による連

イアを踏まえ、患者の病状、副作用、療養上の問題点の有無を評価するために、医師、薬剤師及び看護師等の多職種による連携の下で、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。(以下略)

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。(以下略)

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~~再評価を行う

(新)オ,イ、ウ、エを実施するに当たっては、ポリファーマシー対策に係るカンファレンスを実施する他、病棟等における日常的な薬物療法の総合的評価及び情報共有ができる機会を活用して、多職種が連携して実施すること

(新)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

◆ (2)~(6)(略)

◆ (7)持参薬の確認及び内服薬の総合的な評価及び変更に当たっては、(中略)「病院における高齢者のポリファーマシー対策の始め方と進め方」(厚生労働省)、「ポリファーマシー対策の進め方」(日本病院薬剤師会)等を参考にすること

病棟薬剤業務実施加算1の加算新設

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

□ (新)薬剤業務向上加算　　100点

◆ 算定要件

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

◆ 施設基準

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

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

□ 夜間看護体制加算、夜間看護体制加算(急性期看護補助体制加算)、看護職員夜間12対1配置加算1、看護職員16対1配置加算1、夜間看護体制加算(看護補助加算)、看護職員夜間配置加算(精神科救急急性期医療入院料)、看護職員夜間配置加算(精神科救急・合併症入院料)、時間外受入体制強化加算(小児入院医療管理料)

◆ 施設基準の例

◆ 障害者施設等入院基本料の注10に規定する夜間看護体制加算について

(1)次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、ア又はウを含む4項目以上を満たしていること。ただし、当該加算を算定する病棟が2交代制勤務又は変則2交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、ア及びウからコまでのうち、ア又はウを含む4項目以上を満たしていること。また、当該4項目以上にコが含まれることが望ましいこと。なお、各項目の留意点については、別添3の第4の3の9の(3)と同様であること

ア~ケ(略)

コ,当該病棟において、ICT、AI、IoT等の活用によって、看護要員の業務負担軽減を行っていること

看護補助体制充実加算に係る評価の見直し①

- 看護補助体制充実加算について、看護補助者の定着に向けた取組及び看護補助者の経験年数に着目した評価を新設する
- 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
- 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
- 療養病棟入院基本料等において、主として直接患者に対し療養生活上の世話を提供する看護補助者を一定数配置している場合の評価を新設するとともに、看護補助体制充実加算について、身体的拘束の実施に着目した評価に見直す
  - 障害者施設等入院基本料、地域包括ケア病棟入院料も同様

◆急性期看護補助体制加算の算定要件

◆注4,(略)当該基準に係る区分に従い、1日につき次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。ただし、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

□(新)看護補助体制充実加算1　20点

□看護補助体制充実加算2　5点

◆(7)看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制及び身体的拘束の最小化の取組を評価するものである

◆(新)(8)身体的拘束を実施した場合は、理由によらず、看護補助体制充実加算2の例により算定すること。

◆施設基準

◆七の三 急性期看護補助体制加算の施設基準

(新)(9)看護補助体制充実加算1の施設基準看護職員及び看護補助者の業務分担及び協働に資する十分な体制が整備されていること

(10)看護補助体制充実加算2の施設基準

看護職員及び看護補助者の業務分担及び協働に資する必要な体制が整備されていること

看護補助体制充実加算に係る評価の見直し②

◆ 10,看護補助体制充実加算の施設基準準

◆ (1)看護補助体制充実加算1の施設基準

イ,当該保険医療機関において3年以上の看護補助者としての勤務経験を有する看護補助者が5割以上配置されていること

ロ・ハ(略)

(新)二,当該保険医療機関における看護補助者の業務に必要な能力を段階的に示し、看護補助者の育成や評価に活用していること

◆ (新)(2)看護補助体制充実加算2の施設基準

(1)のロ及びハを満たすものであること

◆ 経過措置

◆ 令和6年3月31日時点で看護補助体制充実加算の届出医療機関は、令和6年9月30日までの間に限り、10の(1)のイ及び二の基準を満たしているものとみなす

※看護補助加算の看護補助体制充実加算も同様

□ 急性期看護補助体制加算　60点　⇒　71点

□ 看護補助加算　165点　⇒　176点

□ 障害者施設等入院基本料　150点⇒　161点

看護補助体制充実加算に係る評価の見直し③

- 看護補助体制充実加算(療養病棟入院基本料)
  - 夜間看護加算(要届出)(１日につき)
    50点(変更なし)

⇒　看護補助体制充実加算は別に算定不可

- 看護補助体制充実加算(要届出)(１日につき)　55点

↓

- 看護補助体制充実加算1(要届出)(１日につき)　80点
- 看護補助体制充実加算2(要届出)(１日につき)　65点
- 看護補助体制充実加算3(要届出)(１日につき)　55点

◆(新)身体的拘束を実施した日は、理由によらず、看護補助体制充実加算3の例により所定点数に算定

◆三 療養病棟入院基本料の施設基準

(9)夜間看護加算の施設基準

イ・ロ・ハ(略)

◆(10)看護補助体制充実加算の施設基準

イ,看護補助体制充実加算1の施設基準

①,(9)のイ及びロを満たすものであること

②,看護職員及び看護補助者の業務分担及び協働に資する十分な体制が整備されていること

◆(10)看護補助体制充実加算の施設基準

ロ,看護補助体制充実加算2の施設基準

①,(9)のイ及びロを満たすものであること

②,看護職員及び看護補助者の業務分担及び協働に資する必要な体制が整備されていること

ハ,看護補助体制充実加算3の施設基準

①,(9)のイ及びロを満たすものであること

②,看護職員及び看護補助者の業務分担及び協働に資する体制が整備されていること

看護補助体制充実加算に係る評価の見直し④

◆11の2 看護補助体制充実加算の施設基準施設基準

(1)看護補助体制充実加算1の施設基準

（新）イ,当該保険医療機関において3年以上の看護補助者としての勤務経験を有する看護補助者が、5割以上配置されていること

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

ハ・ニ（略）

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

(2)看護補助体制充実加算2の施設基準

(1)のロからホを満たすものであること

(3)看護補助体制充実加算3の施設基準

(1)のハ及びニを満たすものであること

看護補助体制充実加算に係る評価の見直し⑤

- 看護補助体制充実加算(障害者施設等入院基本料)
  - 看護補助加算
    - 14日以内の期間　146点
    - 15日以上30日以内の期間　121点
  - 看護補助体制充実加算
    - 14日以内の期間　151点
    - 15日以上30日以内の期間　126点

↓

  - 14日以内の期間
    - 看護補助体制充実加算1(要届出)(１日につき)　176点
    - 看護補助体制充実加算2(要届出)(１日につき)　161点
    - 看護補助体制充実加算3(要届出)(１日につき)　151点
  - 15日以上30日以内の期間
    - 看護補助体制充実加算1(要届出)(１日につき)　151点
    - 看護補助体制充実加算2(要届出)(１日につき)　136点
    - 看護補助体制充実加算3(要届出)(１日につき)　126点

◆施設基準

- 看護補助体制充実加算(療養病棟入院基本料)における見直しと同様

- 看護補助体制充実加算(地域包括ケア病棟入院料)
  - 看護補助者配置加算　160点(変更なし)
  - 看護補助体制充実加算　165点

↓

  - 看護補助体制充実加算1(要届出)(１日につき)　190点
  - 看護補助体制充実加算2(要届出)(１日につき)　175点
  - 看護補助体制充実加算3(要届出)(１日につき)　165点

◆施設基準

- 看護補助体制充実加算(療養病棟入院基本料)における見直しと同様

感染対策向上加算等の専従要件の明確化と要件見直し①

- 感染対策向上加算、緩和ケア診療加算、外来緩和ケア管理料及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算の施設基準で求める各チームに専従の者は、各加算等で求めるチーム構成員としての業務に影響のない範囲において、介護保険施設等からの求めに応じて当該構成員の専門性に基づく助言を行っても差し支えないこととする
- 感染対策向上加算1~3の施設基準における新興感染症発生時の対応に係る要件について、第8次医療計画における協定締結の類型に合わせた見直しを行う
- 感染対策向上加算1における感染制御チームの医師又は看護師の専従要件について、連携する介護保険施設等に対する感染対策に関する助言の必要性を踏まえた見直しを行う。また、介護保険施設等から依頼のあった場合に、現地に赴いての感染対策に関する助言を行うこと及び院内研修を合同で開催することが望ましいことを要件に追加する

◆算定要件に以下を追加

◆介護保険施設等(介護保険施設等又は指定障害者支援施設等)からの求めに応じ、当該介護保険施設等に対する助言に係る業務を行う場合には、感染制御チ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

◆介護保険施設等とは

指定介護老人福祉施設、指定地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、指定特定施設入居者生活介護事業所、指定地域密着型特定施設入居者生活介護事業所、指定介護予防特定施設入居者生活介護事業所、指定認知症対応型共同生活介護事業所、指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所、指定障害者支援施設、指定共同生活援助事業所、指定福祉型障害児入所施設

感染対策向上加算等の専従要件の明確化と要件見直し②

◆感染対策向上加算1の施設基準

(新)(16)感染症法第38条第2項の規定に基づき都道府県知事の指定を受けている第一種協定指定医療機関であること

(15)~(23)(略)

(新)(24)介護保険施設等から求めがあった場合には、当該施設等に赴いての実地指導等、感染対策に関する助言を行うとともに、(6)の院内感染対策に関する研修を介護保険施設等と合同で実施することが望ましい

◆感染対策向上加算2の施設基準

(新)(14)感染症法第38条第2項の規定に基づき都道府県知事の指定を受けている第一種協定指定医療機関であること

(15)~(17)(略)

(18)介護保険施設等から求めがあった場合には、当該施設等に赴いての実地指導等、感染対策に関する助言を行うとともに、(7)の院内感染対策に関する研修を介護保険施設等と合同で実施することが望ましい

◆感染対策向上加算3の施設基準

(新)(14)感染症法第38条第2項の規定に基づき都道府県知事の指定を受けている第一種協定指定医療機関又は同項の規定に基づき都道府県知事の指定を受けている第二種協定指定医療機関(第36条の2第1項の規定による通知(同項第2号に掲げる措置をその内容に含むものに限る)若しくは第36条の3第1項に規定する医療措置協定(同号に掲げる措置をその内容に含むものに限る)に基づく措置を講ずる医療機関に限る)であること

(15)~(17)(略)

(新)(18)介護保険施設等から求めがあった場合には、当該施設等に赴いての実地指導等、感染対策に関する助言を行うことが望ましい。なお、助言に当たっては、(7)の院内感染対策に関する研修を介護保険施設等と合同で実施することが望ましい

◆経過措置

令和6年3月31日時点で感染対策向上加算1、2又は3の届出医療機関は、令和6年12月31日までの間に限り、それぞれ1(16)、2(14)又は3(14)の基準を満たしているものとみなす

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

◆がん拠点病院加算の算定要件

注1　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に、他の保険医療機関等からの紹介により入院した悪性腫瘍と診断された患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く)、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術等基本料のうち、がん拠点病院加算を算定できるものを現に算定している患者に限る)について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。ただし、本文の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に、他の保険医療機関等からの紹介により入院した悪性腫瘍と診断された患者について、イ又は口の所定点数に代えて、それぞれ300点又は100点を所定点数に加算する

◆がん拠点病院加算の施設基準等

(1)がん診療連携拠点病院加算の施設基準がん診療の拠点となる病院として必要な体制を有しているものであること

(新)(2)がん診療連携拠点病院加算注1ただし書に規定する施設基準

がん診療の拠点となる病院として必要な体制を一部有しているものであること

(3)・(4)(略)

その他

- A214　看護補助加算
  - 夜間看護体制加算（入院初日）　165点　⇒　176点
  - (新)看護補助体制充実加算1　20点
  - (新)看護補助体制充実加算２　5点

- Ａ２３４－２　感染対策向上加算（入院初日）
  - サーベイランス強化加算　5点　⇒　3点

DPC /PDPSの見直し

DPC /PDPSの見直し①

- 1.診療報酬改定に関連した見直し 急性期入院医療の評価の見直しに伴い、必要な見直しを行う。
- 2.DPC対象病院の基準の見直し
- 3.医療機関別係数の見直し
- 4.診断群分類の見直し
- 5.退院患者調査の見直し
- 6.その他

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

【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

改定後

【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		82	1.1182
DPC特定病院群		178	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

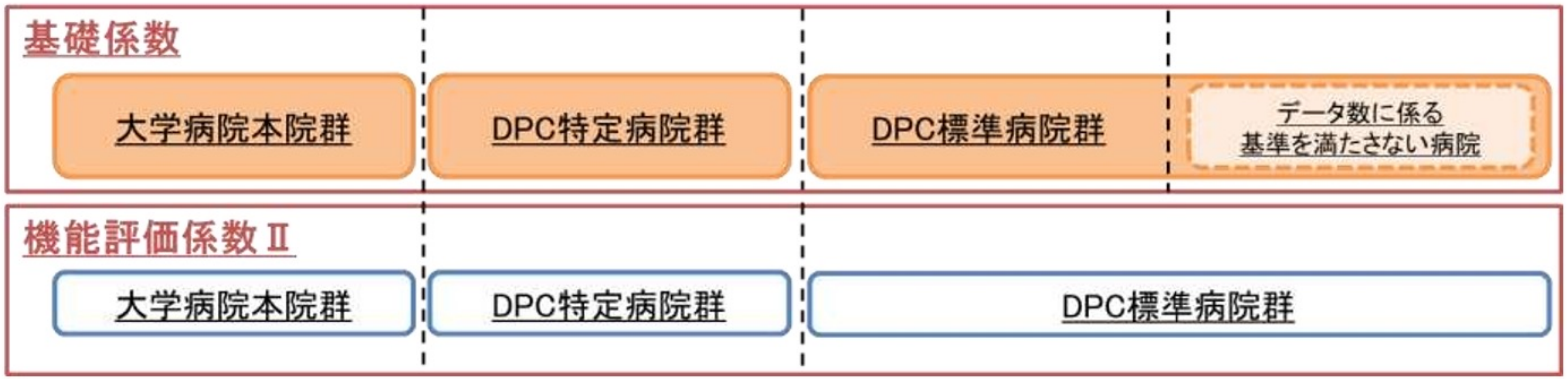
- 現行の設定方法を維持し、診療報酬改定がある年度については改定に伴う変動に関して、推計診療報酬変動率（出来高部分も含む）が2%を超えて変動しないよう激変緩和係数を設定する。

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	改定後
【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	【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）］ • 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	【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	【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	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＝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	【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）

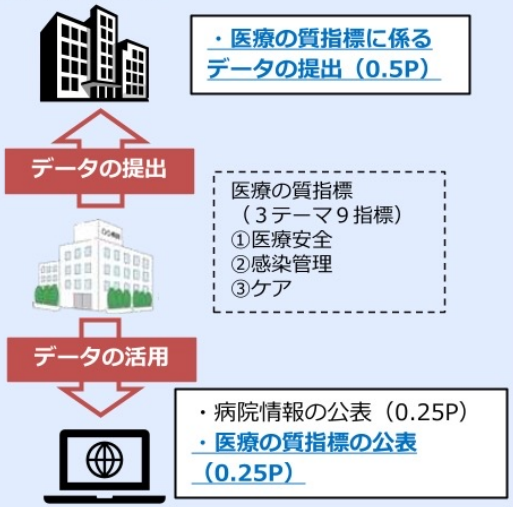
※大学病院本院群
DPC特定病院群
の場合



＜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

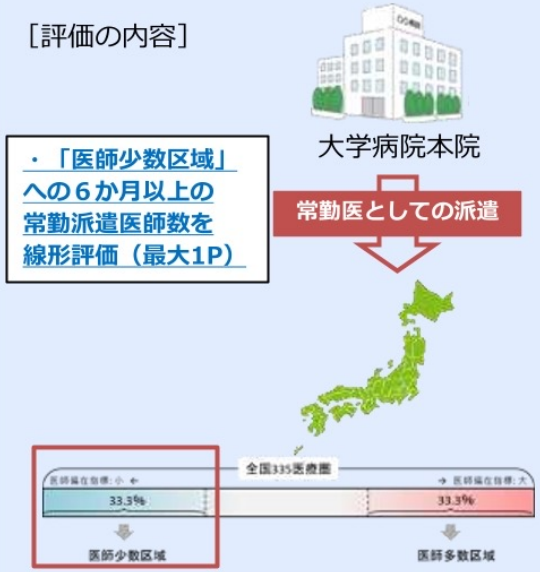
［評価の内容］



＜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）

<table>
<tr><th>評価項目</th><th>DPC標準病院群</th><th>大学病院本院群</th><th>DPC特定病院群</th></tr>
<tr><td rowspan="2">がん</td><td colspan="3">退院患者の〔「B005-6がん治療連携計画策定料」を算定した患者数〕／〔医療資源病名が悪性腫瘍に関連する病名である患者数（0.5P）</td></tr>
<tr><td>「がん診療連携拠点病院の指定」、「小児がん拠点病院の指定」、「地域がん診療病院」、「特定領域がん診療連携拠点病院」（いずれかで0.5P）</td><td colspan="2">「都道府県がん診療連携拠点の指定」又は「小児がん拠点病院」の指定（0.5P）
「地域がん診療連携拠点病院の指定」（0.25P）</td></tr>
<tr><td>脳卒中</td><td colspan="3">・t-PA療法の実施を評価(0.25P)
・A205-2超急性期脳卒中加算の算定実績又は血管内治療の実施実績を評価(0.5P)
・A205-2超急性期脳卒中加算の算定実績及び血管内治療の実施実績を評価（1P）
（血管内治療の実施：入院2日目までにK178-31、K178-32、K178-4のいずれかが算定されている症例の診療実績）
※ いずれかの最大値で評価。</td></tr>
<tr><td rowspan="2">心筋梗塞等の心血管疾患</td><td colspan="3">医療資源を最も投入した傷病名が「急性心筋梗塞」であり、予定外の入院であって手術に係る時間外対応加算（特例を含む）・休日加算・深夜加算が算定され、入院２日目までに経皮的冠動脈形成術等（K546、K547、K548、K549、K550、K550-2、K551、K552、K552-2）のいずれかが算定されている症例の診療実績により評価(0.5P)</td></tr>
<tr><td colspan="3">入院中にK5601、K5602、K5603、K5604、K5605、K560-21、K560-22、K560-23、K5612ｲのいずれかが算定されている症例の診療実績により評価（0.5P）</td></tr>
<tr><td>精神疾患</td><td colspan="3">A230-3精神科身体合併症管理加算の算定実績(0.5P)、A311-3精神科救急・合併症入院料の1件以上の算定実績(1P)</td></tr>
<tr><td>災害</td><td colspan="3">・災害拠点病院の指定（0.5P）
・DMATの指定（0.25P）
・EMISへの参加（0.25P）
・BCPの策定（災害拠点病院に指定されている場合を除く）（0.25P）</td></tr>
</table>

機能評価係数Ⅱの評価内容③（体制評価指数）

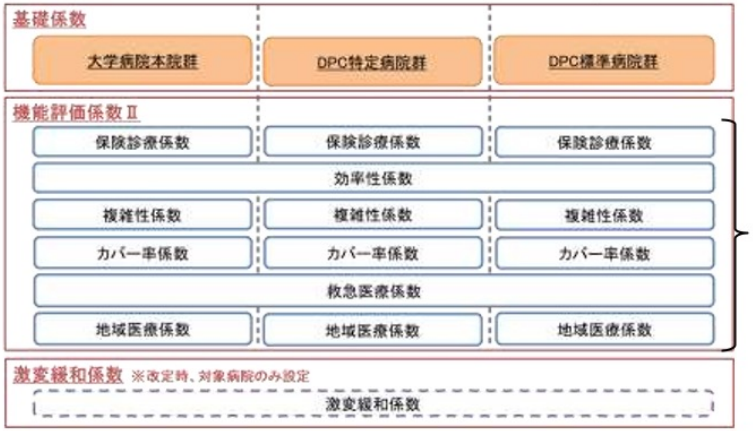
評価項目	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
周産期	「総合周産期母子医療センターの指定」、「地域周産期母子医療センターの指定」を評価（いずれかで1P）	・「総合周産期母子医療センターの指定」を重点的に評価（1P） ・「地域周産期母子医療センターの指定」(0.5P)	
へき地	・「へき地医療拠点病院の指定かつ巡回診療、医師派遣、代診医派遣を合算で年12回以上実施していること」又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていることを評価（いずれかで1P） ・「へき地医療拠点病院の指定（巡回診療、医師派遣、代診医派遣を合算で年12回以上実施している場合を除く）」を評価（0.5P）		
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）

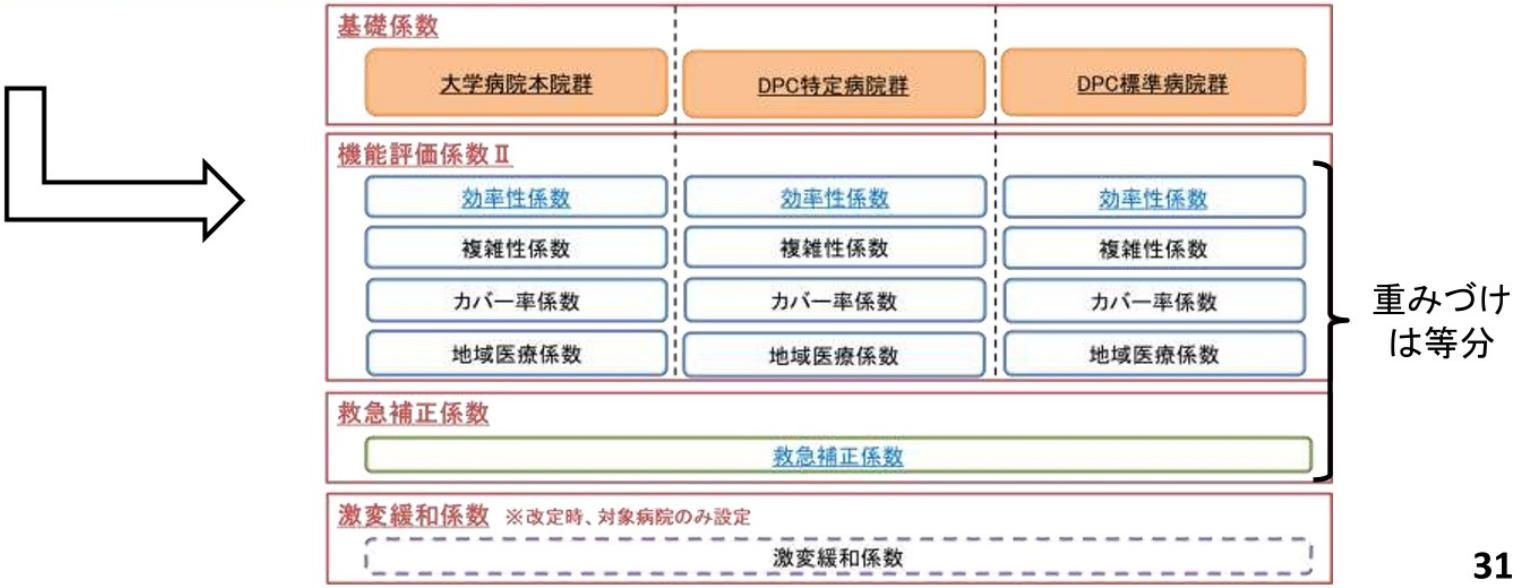
評価項目	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
治験等の実施	右記のいずれか1項目を満たした場合（1P）	治験等の実施 ・過去３カ年において、主導的に実施した医師主導治験が８件以上、又は主導的に実施した医師主導治験が４件以上かつ主導的に実施した臨床研究実績が40件以上（1P） ・20例以上の治験（※）の実施、10例以上の先進医療の実施又は10例以上の患者申出療養の実施(0.5P) （※）協力施設としての治験の実施を含む。	
臓器提供の実施	・過去3カ年において、法的脳死判定後の臓器提供の実績が1件以上（1P）	・過去3カ年において、法的脳死判定後の臓器提供の実績が2件以上（1P） ・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			見直し後	
		疾患コード	傷病名		疾患コード	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			見直し後	
		疾患コード	傷病名		疾患コード	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					
大腿骨骨折の続発・後遺症	T931					
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			見直し後	
		手術・処置等２			手術・処置等２	
		対応コード	処置等名称		対応コード	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	タファミジスメグルミン
					1	タファミジス

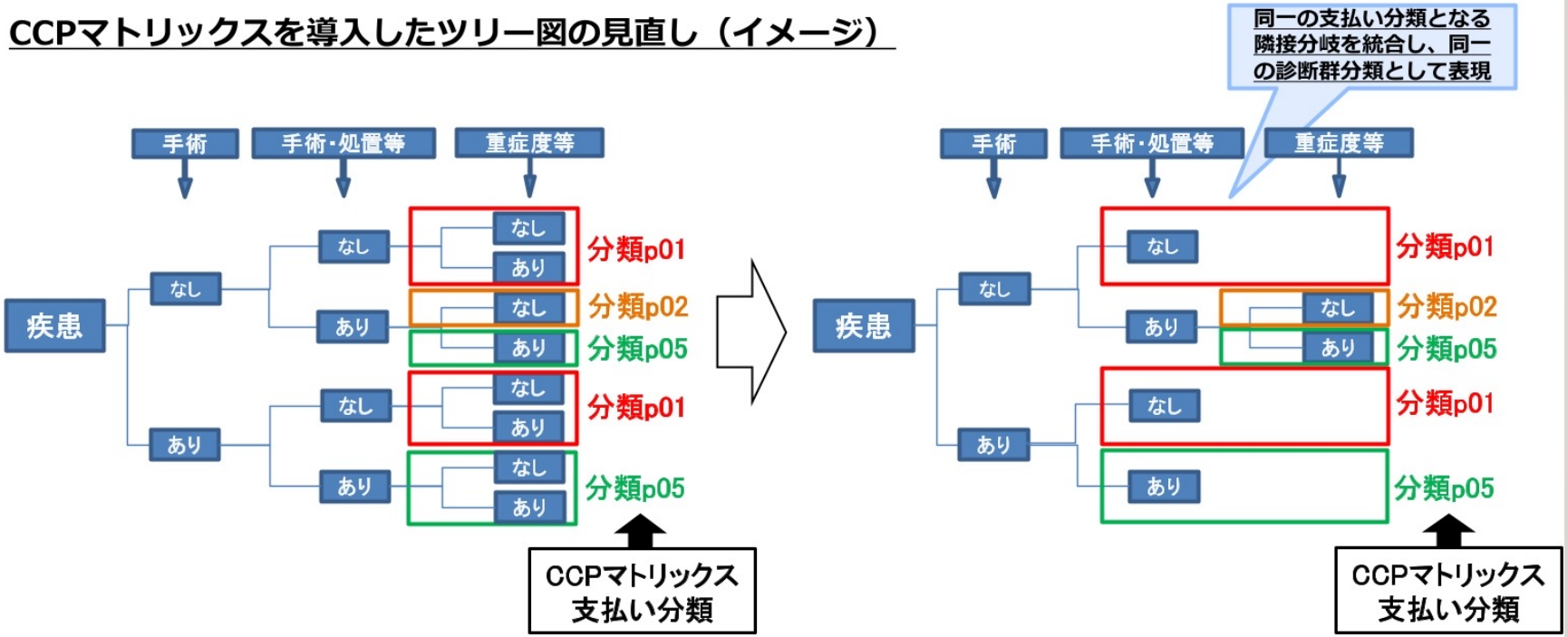
【例２：「110200」前立腺肥大症における手術の見直し】

疾患コード	傷病名	見直し前			見直し後	
		手術			手術	
		対応コード	点数表名称		対応コード	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

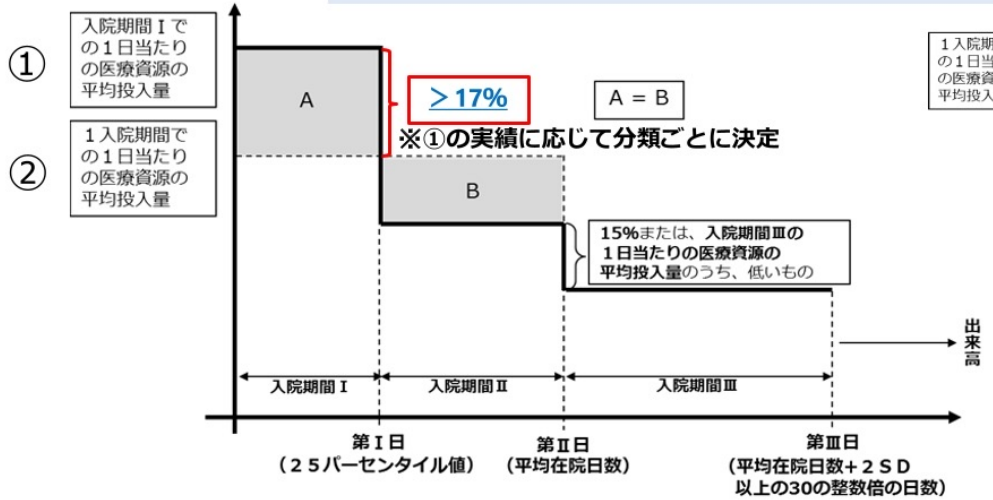
診断群分類点数表の見直し②

点数設定方式Bで設定する診断群分類の見直し

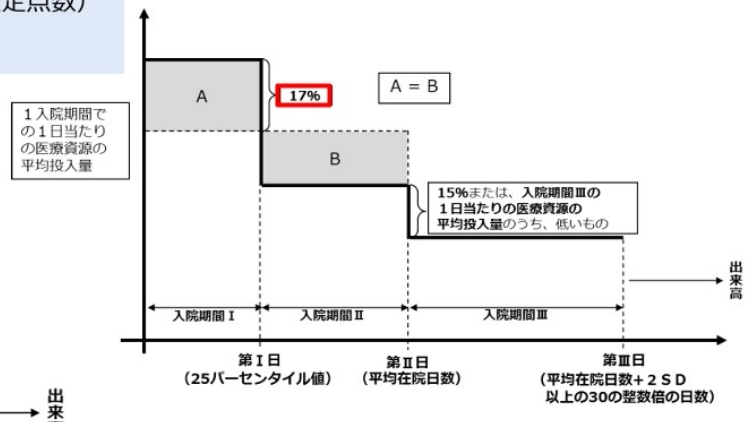
➢ 入院初期の医療資源投入量の多い診断群分類が増加している実態を踏まえ、点数設定方式Bにより設定する診断群分類の範囲を以下のとおり見直す。

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



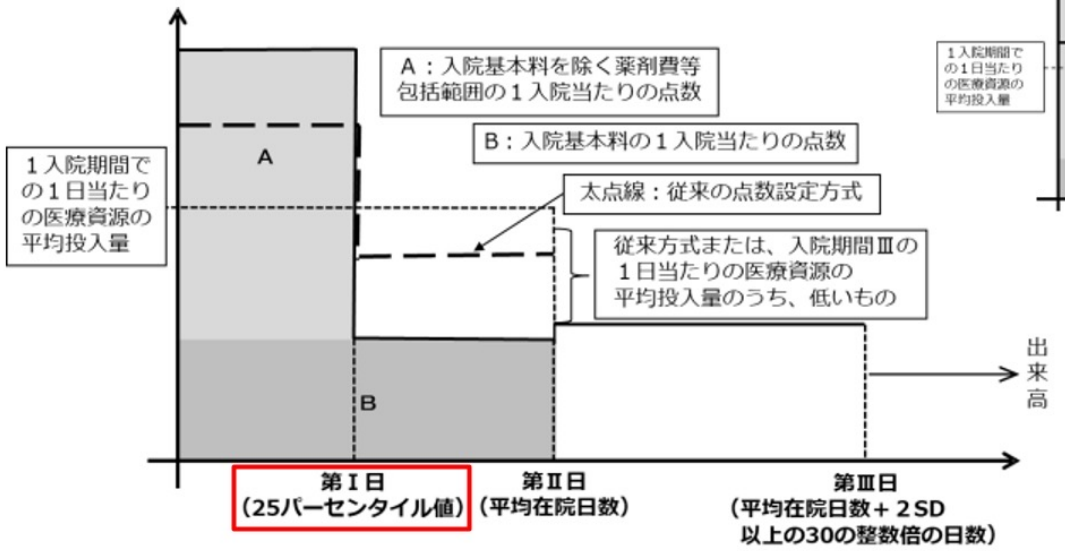
現行	改定後
【診断群分類】 ＜点数設定方式Ｂ＞　257分類	【診断群分類】 ＜点数設定方式Ｂ＞　**1,212分類**

診断群分類点数表の見直し③

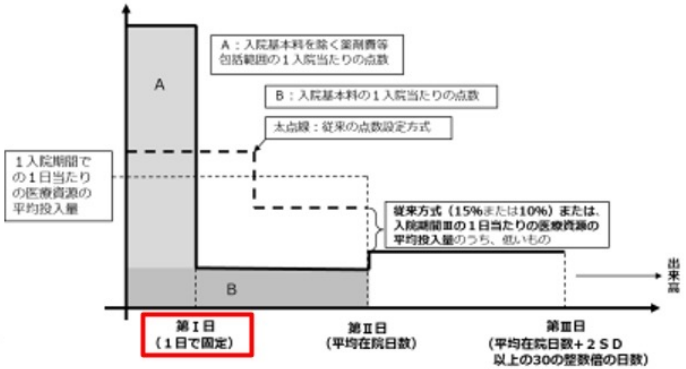
点数設定方式Eの新設①

- 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
040200xx01x00x	気胸	肺切除術等あり　処置等２なし　定義副傷病なし
060035xx0100xx	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　処置等２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見直し

短期滞在手術等基本料３①

- 終夜睡眠ポリグラフィー
  - １及び２以外の場合
  - イ,安全精度管理下で行うもの　10,549点 ⇒ 9,537点
    - 生活療養を受ける場合　10,475点 ⇒ 9,463点
  - ロ,その他のもの　8,744点 ⇒ 8,400点
    - 生活療養を受ける場合　8,670点 ⇒ 8,326点
- 反復睡眠潜時試験(ＭＳＬＴ)11,485点 ⇒ 12,676点
  - 生活療養を受ける場合　11,411点 ⇒ 12,602点
- 内分泌負荷試験
  - 下垂体前葉負荷試験
    - 成長 ホルモン(ＧＨ)(一連として) 8,312点 ⇒ 9,194点
      - 生活療養を受ける場合　8,238点 ⇒ 9,120点
- 小児食物アレルギー負荷検査　5,040点 ⇒ 5,278点
  - 生活療養を受ける場合　4,966点 ⇒ 5,204点
- 前立腺針生検法
  - その他のもの　10,197点 ⇒ 10,262点
    - 生活療養を受ける場合　10,123点 ⇒ 10,188点
- 経皮的放射線治療用金属マーカー留置術　33,572点 ⇒ 30,882点
  - 生活療養を受ける場合　33,498点 ⇒ 30,808点
- 四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術 ２ 手、足(手に限る)　16,224点 ⇒ 14,667点
  - 生活療養を受ける場合　16,150点 ⇒ 14,593点
- 骨折観血的手術
  - 前腕、下腿、手舟状骨(手舟状骨に限る)　32,937点 ⇒ 36,240点
    - 生活療養を受ける場合　32,863点 ⇒ 36,166点
- 骨内異物(挿入物を含む)除去術
  - 前腕、下腿(前腕に限る)　20,611点 ⇒ 19,082点
    - 生活療養を受ける場合　20,537点 ⇒ 19,008点
- 骨内異物(挿入物を含む)除去術
  - 鎖骨、膝 蓋骨、手、足、指(手、足)その他(鎖骨に限る)　21,057点 ⇒ 20,549点
    - 生活療養を受ける場合　20,983点 ⇒ 20,475点

257 短期滞在手術等基本料３②

- 鎖骨、膝 蓋骨、手、足、指(手、足)その他(手に限る)
  15,180点 ⇒ 14,893点
  生活療養を受ける場合 15,106点 ⇒ 14,819点
- ガングリオン摘出術
  手、足、指(手、足)(手に限る) 13,878点 ⇒ 13,653点
  生活療養を受ける場合 13,804点 ⇒ 13,579点
- 関節鏡下手根管開放手術 17,621点 ⇒ 18,038点
  生活療養を受ける場合 17,547点 ⇒ 17,964点
- 胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)
  35,663点 ⇒ 32,137点
  生活療養を受ける場合 35,589点 ⇒ 32,063点
- 涙管チューブ挿入術
  - 涙道内視鏡を用いるもの(片側) 11,312点 ⇒ 8,663点
  - 生活療養を受ける場合 11,238点 ⇒ 8,589点
- (新)涙道内視鏡を用いるもの(両側) ⇒ 13,990点
  生活療養を受ける場合 ⇒ 13,916点
- 眼瞼内反症手術
  皮膚切開法(片側) 10,654点 ⇒ 6,524点
  生活療養を受ける場合 10,580点 ⇒ 6,450点
- (新)皮膚切開法(両側) ⇒ 14,425点
  生活療養を受ける場合 ⇒ 14,351点
- 眼瞼下垂症手術
  眼瞼挙筋前転法(片側) 18,016点 ⇒ 11,000点
  生活療養を受ける場合 17,942点 ⇒ 10,926点
- (新)眼瞼挙筋前転法(両側) ⇒ 19,357点
  生活療養を受ける場合 ⇒ 19,283点
- その他のもの(片側) 16,347点 ⇒ 10,493点
  生活療養を受ける場合 16,273点 ⇒ 10,419点
- (新)その他のもの(両側) ⇒ 17,249点
  生活療養を受ける場合 ⇒ 17,175点

短期滞在手術等基本料３③

- 翼状片手術(弁の移植を要するもの)(片側)
  9,431点 ⇒ 8,437点
  生活療養を受ける場合 9,357点 ⇒ 8,363点
- (新)翼状片手術(弁の移植を要するもの)(両側)
  ⇒ 13,030点
  生活療養を受ける場合 ⇒ 12,956点
- 斜視手術
  後転法(片側) 18,326点 ⇒ 13,877点
  生活療養を受ける場合 18,252点 ⇒ 13,803点
- (新)後転法(両側) ⇒ 19,632点
  生活療養を受ける場合 ⇒ 19,558点
- 前転法及び後転法の併施(片側) 22,496点 ⇒ 20,488点
  生活療養を受ける場合 22,422点 ⇒ 20,414点
- (新)前転法及び後転法の併施(両側) ⇒ 33,119点
  生活療養を受ける場合 ⇒ 33,045点
- 治療的角膜切除術
  エキシマレーザーによるもの(角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る)(片側) 20,426点 ⇒ 16,748点
  生活療養を受ける場合 20,352点 ⇒ 16,674点
- (新)エキシマレーザーによるもの(角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る)(両側) ⇒ 28,464点
  生活療養を受ける場合 ⇒ 28,390点
- 緑内障手術
  水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術(片側)
  37,155点 ⇒ 34,516点
  生活療養を受ける場合 37,081点 ⇒ 34,442点
- (新)水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術(両側)
  ⇒ 67,946点
  生活療養を受ける場合 ⇒ 67,872点

259 短期滞在手術等基本料３④

- 水晶体再建術
  - 眼内レンズを挿入する場合
    - その他のもの(片側) 17,888点 ⇒ 17,457点
    - 生活療養を受ける場合 17,814点 ⇒ 17,383点
    - その他のもの(両側) 32,130点 ⇒ 31,685点
    - 生活療養を受ける場合 32,056点 ⇒ 31,611点
  - 眼内レンズを挿入しない場合 (片側) 15,059点 ⇒ 14,901点
    - 生活療養を受ける場合 14,985点 ⇒ 14,827点
  - 眼内レンズを挿入しない場合 (両側) 25,312点 ⇒ 25,413点
    - 生活療養を受ける場合 25,238点 ⇒ 25,339点
- 鼓膜形成手術 30,571点 ⇒ 31,981点
  - 生活療養を受ける場合 30,497点 ⇒ 31,907点
- 鼻骨骨折整復固定術 18,809点 ⇒ 16,988点
  - 生活療養を受ける場合 18,735点 ⇒ 16,914点
- 喉頭・声帯ポリープ切除術
  - 直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの 26,312点 ⇒ 24,709点
    - 生活療養を受ける場合 26,238点 ⇒ 24,635点
- 乳腺腫瘍摘出術
  - 長径５センチメートル未満 17,302点 ⇒ 16,684点
    - 生活療養を受ける場合 17,228点 ⇒ 16,610点
  - 長径５センチメートル以上 25,366点 ⇒ 22,904点
    - 生活療養を受ける場合 25,292点 ⇒ 22,830点
- 経皮的シャント拡張術・血栓除去術
  - 初回 28,842点 ⇒ 26,013点
    - 生活療養を受ける場合 28,768点 ⇒ 25,939点
  - 初回実施後３月以内に実施する場合 28,884点 ⇒ 26,057点
    - 生活療養を受ける場合 28,810点 ⇒ 25,983点
- 下肢静脈瘤手術
  - 抜去切除術 19,798点 ⇒ 20,366点
    - 生活療養を受ける場合 19,724点 ⇒ 20,292点

短期滞在手術等基本料３⑤

- 硬化療法(一連として) 9,149点 ⇒ 8,262点
  - 生活療養を受ける場合 9,075点 ⇒ 8,188点
- 高位結紮術 9,494点 ⇒ 9,258点
  - 生活療養を受ける場合 9,420点 ⇒ 9,184点
- 大伏在静脈抜去術 23,090点 ⇒ 20,829点
  - 生活療養を受ける場合 23,016点 ⇒ 20,755点
- 下肢静脈瘤血管内焼灼術 20,130点 ⇒ 19,368点
  - 生活療養を受ける場合 20,056点 ⇒ 19,294点
- 下肢静脈瘤血管内塞栓術 22,252点 ⇒ 20,479点
  - 生活療養を受ける場合 22,178点 ⇒ 20,405点
- ヘルニア手術
  - 鼠径ヘルニア(３歳未満に限る) 33,785点 ⇒ 31,914点
    - 生活療養を受ける場合 33,711点 ⇒ 31,840点
  - 鼠径ヘルニア(３歳以上６歳未満に限る) 24,296点 ⇒ 24,786点
    - 生活療養を受ける場合 24,222点 ⇒ 24,712点
- ヘルニア手術
  - 鼠径ヘルニア(６歳以上15歳未満に限る) 21,275点 ⇒ 21,023点
    - 生活療養を受ける場合 21,201点 ⇒ 20,949点
  - 鼠径ヘルニア(15歳以上に限る) 23,648点 ⇒ 24,147点
    - 生活療養を受ける場合 23,574点 ⇒ 24,073点
- 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)
  - (３歳未満に限る) 70,492点 ⇒ 63,751点
    - 生活療養を受ける場合 70,418点 ⇒ 63,677点
  - (３歳以上６歳未満に限る) 53,309点 ⇒ 50,817点
    - 生活療養を受ける場合 53,235点 ⇒ 50,743点
  - (６歳以上15歳未満に限る) 41,081点 ⇒ 37,838点
    - 生活療養を受ける場合 41,007点 ⇒ 37,764点
  - (15歳以上に限る) 48,934点 ⇒ 49,389点
    - 生活療養を受ける場合 48,860点 ⇒ 49,315点

261 短期滞在手術等基本料３⑥

- 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術
  - 長径２センチメートル未満　12,560点 ⇒ 12,580点
    生活療養を受ける場合　12,486点 ⇒ 12,506点
  - 長径２センチメートル以上　16,258点 ⇒ 16,153点
    生活療養を受ける場合　16,184点 ⇒ 16,079点
- 痔核手術(脱肛を含む)
  - 硬化療法(四段階注射法によるもの)　10,604点 ⇒ 10,386点
    生活療養を受ける場合　10,530点 ⇒ 10,312点
- 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)　10,792点 ⇒ 10,017点
    生活療養を受ける場合　10,718点 ⇒ 9,943点
  - (肛門尖圭コンジロ ーム切除術に限る)
    8,415点 ⇒ 7,617点
    生活療養を受ける場合　8,341点 ⇒ 7,543点
- 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術(一連につき)
  25,894点 ⇒ 25,702点
  生活療養を受ける場合　25,820点 ⇒ 25,628点
- 尿失禁手術 (ボツリヌス毒素によるもの)
  24,703点 ⇒ 23,829点
  生活療養を受ける場合　24,629点 ⇒ 23,755点
- 顕微鏡下精索静脈瘤手術　23,870点 ⇒ 21,524点
  生活療養を受ける場合　23,796点 ⇒ 21,450点
- 子宮頸部(腟部)切除術　14,607点 ⇒ 15,253点
  生活療養を受ける場合　14,533点 ⇒ 15,179点
- 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
  - 電解質溶液利用のもの　21,709点 ⇒ 22,099点
    生活療養を受ける場合　21,635点 ⇒ 22,025点
  - その他のもの　18,652点 ⇒ 18,115点
    生活療養を受ける場合　18,578点 ⇒ 18,041点

短期滞在手術等基本料３⑦

- 子宮鏡下子宮筋腫摘出術
  - 電解質溶液利用のもの　35,191点 ⇒ 36,674点
    生活療養を受ける場合　35,117点 ⇒ 36,600点
  - その他のもの　33,460点 ⇒ 32,538点
    生活療養を受ける場合　33,386点 ⇒ 32,464点
- 腹腔鏡下卵管形成術　109,045点 ⇒ 100,243点
  生活療養を受ける場合　108,971点 ⇒ 100,169点
- ガンマナイフによる定位放射線治療
  58,496点 ⇒ 60,796点
  生活療養を受ける場合　58,422点 ⇒ 60,722点

ご清聴・ご視聴　ありがとうございました



外来点数マニュアル 2024年度版

診療報酬研究会編著 じほう社より刊行

患者さんと共有できて
文字が大きく見やすい

ご購入は
こちら

https://www.jiho.co.jp/shop/list/detail/tabid/272/catid/9/pdid/55603/Default.aspx

Youtubeで
医療関連情報発信中

https://www.youtube.com/
@MSG_med