



2026年診療報酬改定の内容と対応策

株式会社リンクアップラボ 酒井 麻由美

はじめに

1-1. 新たな地域包括ケアシステムを目指した2026年改定概要

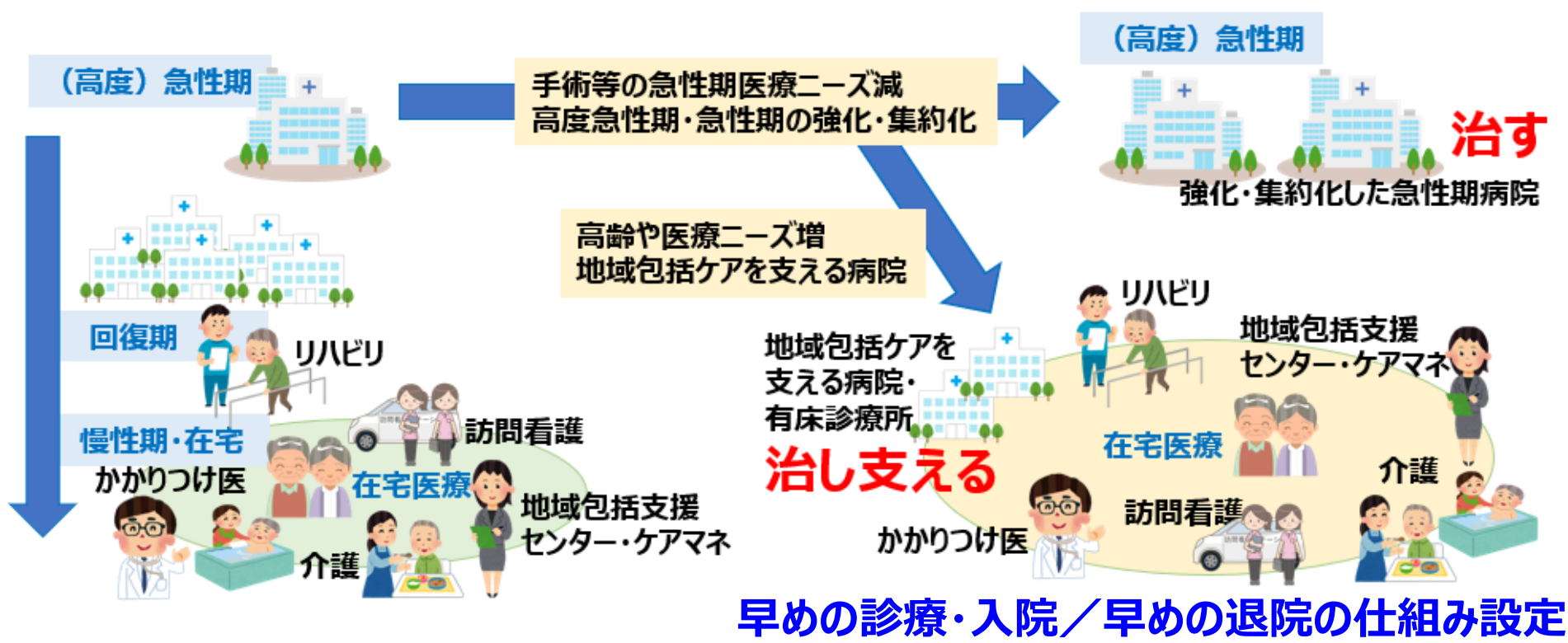
1-2. ベースアップ評価料含む人件費増への対応

新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要

医療提供体制の現状と目指すべき方向性

85歳以上の増加や人口減少がさらに進む2040年とその先を見据え、全ての地域・世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、**必要に応じて入院し日常生活に戻ることができ**、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を構築

- 「**治す医療**」と「**治し支える医療**」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築
- **外来・在宅、介護連携等も新たな地域医療構想の対象**とする



医療機関機能の協議にあたっての検討事項とデータ（案）

治す

治し支える

		求められる具体的な機能や体制
	急性期 拠点機能	<p>(急性期の総合的な診療機能)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 救急医療の提供 ● 手術等の医療資源を多く要する診療の、幅広い総合的な提供 <p>(急性期の提供等にあたっての体制について)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 総合的な診療体制を維持するために必要な医師数、病床稼働率 ● 急性期医療の提供や医師等の人材育成を行うための施設
	高齢者救急 ・地域急性 期機能	<p>(高齢者救急・地域急性期に関する診療機能)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 高齢者に多い疾患の受入 ● 入院早期からのリハビリテーションの提供 ● 時間外緊急手術等を要さないような救急への対応 ● 高齢者施設等との平時からの協力体制
	在宅医療等 連携機能	<p>(在宅医療・訪問看護の提供)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 在宅医療の提供の少ない地域において、在宅医療の提供 ● 訪問看護 S T を有する等による訪問看護の提供 <p>(地域との連携機能)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 地域の訪問看護ステーション等の支援 ● 高齢者施設の入所者や地域の診療所等で在宅医療を受けている患者等の緊急時の患者の受入れ体制の確保等、平時からの協力体制
	専門等機能	<ul style="list-style-type: none"> ● 特定の診療科に特化した手術等を提供 ● 有床診療所の担う地域に根ざした診療機能 ● 集中的な回復期リハビリテーション ● 高齢者等の中長期にわたる入院医療

I 物価や賃金、人手不足等の医療機関等を取りまく環境の変化への対応

令和8年度診療報酬改定について（令和7年12月24日大臣折衝事項）

1. 診療報酬 +3.09%（R8年度及びR9年度の2年度平均。R8年度+2.41%、R9年度+3.77%）（R8年6月施行）

※1 うち、賃上げ分 +1.70%（2年度平均。R8年度+1.23%、R9年度+2.18%） **令和8年、9年の2段階の引き上げ**

- ・ 医療現場での生産性向上の取組と併せ、R8・R9にそれぞれ3.2%（看護補助者、事務職員は5.7%）のペアを実現するための措置
- ・ うち、改定率の0.28%分は、医療機関等における賃上げ余力の回復・確保を図りつつ幅広い職種での賃上げを確実にするための特例的な対応

※2 うち、物価対応分 +0.76%（2年度平均。R8年度+0.55%、R9年度+0.97%）

- ・ 特に、R8以降の物価上昇への対応として+0.62%（R8年度+0.41%、R9年度+0.82%）を充て、施設類型ごとの費用関係データ等に基づき配分。（病院+0.49%、医科診療所+0.10%、歯科診療所+0.02%、保険薬局+0.01%）
- ・ また、改定率の0.14%分は、高度医療機能を担う病院（大学病院を含む）が物価高の影響を受けやすいこと等を踏まえた特例的な対応

※3 うち、食費・光熱水費分 +0.09%（入院時の食費基準額の引上げ（40円/食）、光熱水費基準額の引上げ（60円/日））

- ・ 患者負担の引上げ：食費は原則40円/食（低所得者は所得区分等に応じて20～30円/食）、光熱水費は原則60円（指定難病患者等は据え置き）

※4 うち、R6改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応分 +0.44%

- ・ 配分に当たっては、R7補正予算の効果を減じることのないよう、施設類型ごとのメリハリを維持（病院+0.40%、医科診療所+0.02%、歯科診療所+0.01%、保険薬局+0.01%）

※5 うち、後発医薬品への置換えの進展を踏まえた処方や調剤に係る評価の適正化、実態を踏まえた在宅医療・訪問看護関係の評価の適正化、長期処方・リフィル処方の取組強化等による効率化 ▲0.15%

※6 うち、※1～5以外分 +0.25% 各科改定率：医科+0.28%、歯科+0.31%、調剤+0.08%

2. 薬価等

薬価： ▲0.86%（R8年4月施行）
材料価格： ▲0.01%（R8年6月施行）
合計： ▲0.87%

3. 診療報酬制度関連事項

- ① R9年度における更なる調整及びR10年度以降の経済・物価動向等への対応の検討
- ② 賃上げの実効性確保のための対応
- ③ 医師偏在対策のための対応
- ④ 更なる経営情報の見える化のための対応

4. 薬価制度関連事項

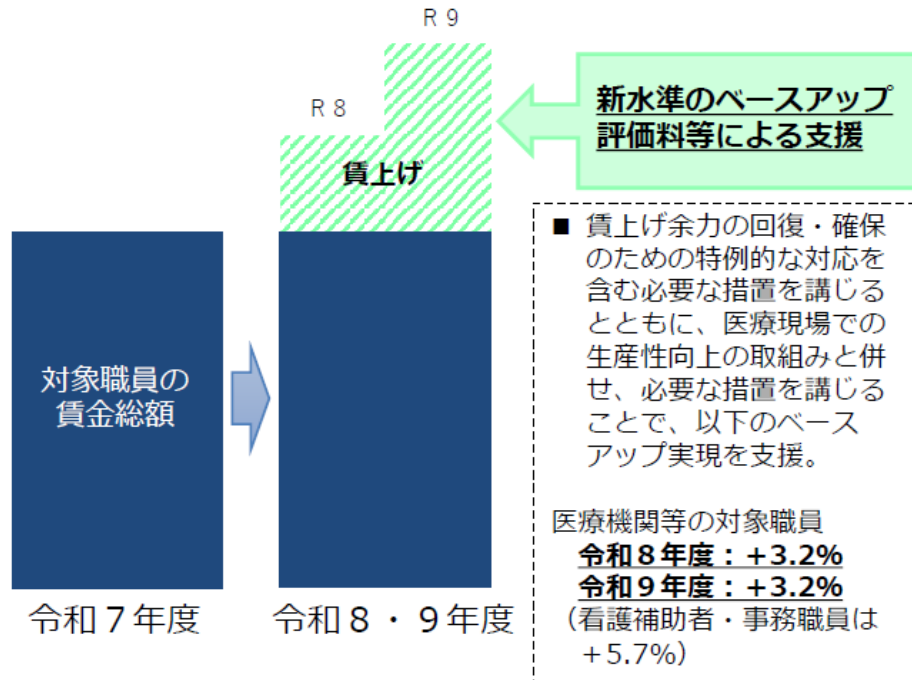
- ① R8年度薬価制度改革及びR9年度の薬価改定の実施
- ② 費用対効果評価制度の更なる活用

① 賃上げに向けた評価の見直し

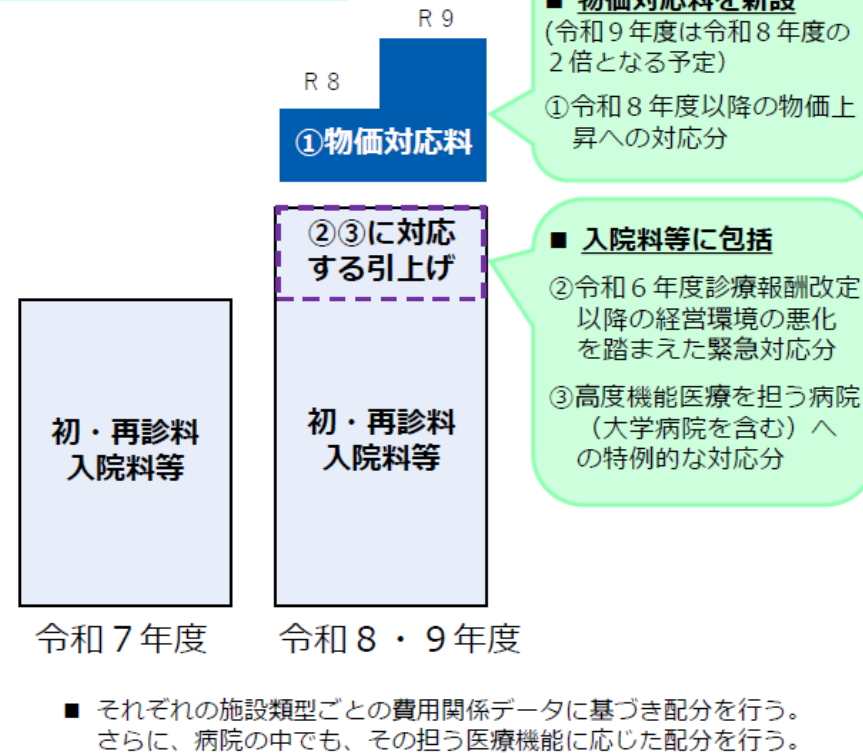
賃上げ・物価対応に係る全体像

【基本的な考え方】

賃上げ対応



物価対応



【令和8年度以降の対応】

- 令和8年度の医療機関の経営状況等について調査を実施。
- 実際に支給される給与(賞与を含む)に係る賃上げ措置の実績について詳細な把握を行う。



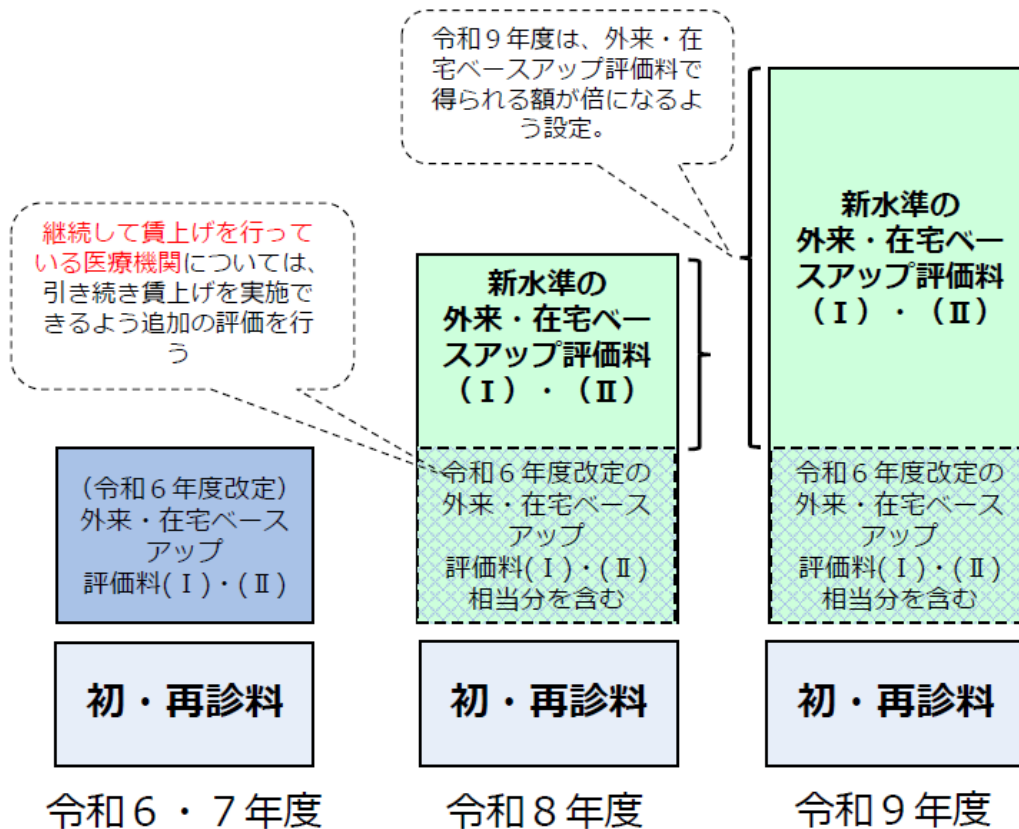
- 実際の経済・物価の動向が令和8年度診療報酬改定時の見通しから大きく変動し、医療機関等の経営状況に支障が生じた場合は、令和9年度予算編成において加減算を含め必要な調整(特例的な対応分を除く)を行う。

① 賃上げに向けた評価の見直し

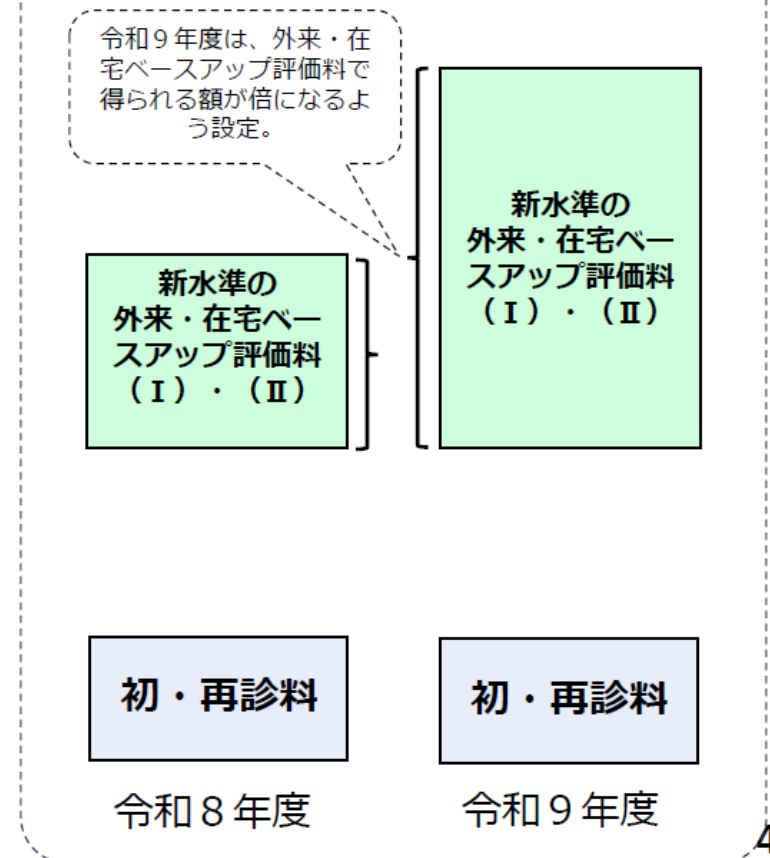
令和8年度改定における賃上げに係る評価のイメージ【外来・在宅】

- ▶ 外来医療又は在宅医療を実施している医療機関における賃上げ対応は、①新たな賃上げ目標に対応するための外来・在宅ベースアップ評価料の水準等の見直し、②令和6年度改定の外来・在宅ベースアップ評価料に相当する追加的評価の新設の2つの観点から、対応を行う。
- ▶ 令和9年度においては、①に相当する点数を倍増する。

令和7年度以前から継続して賃上げを行っている医療機関



令和8年度から賃上げを行う医療機関

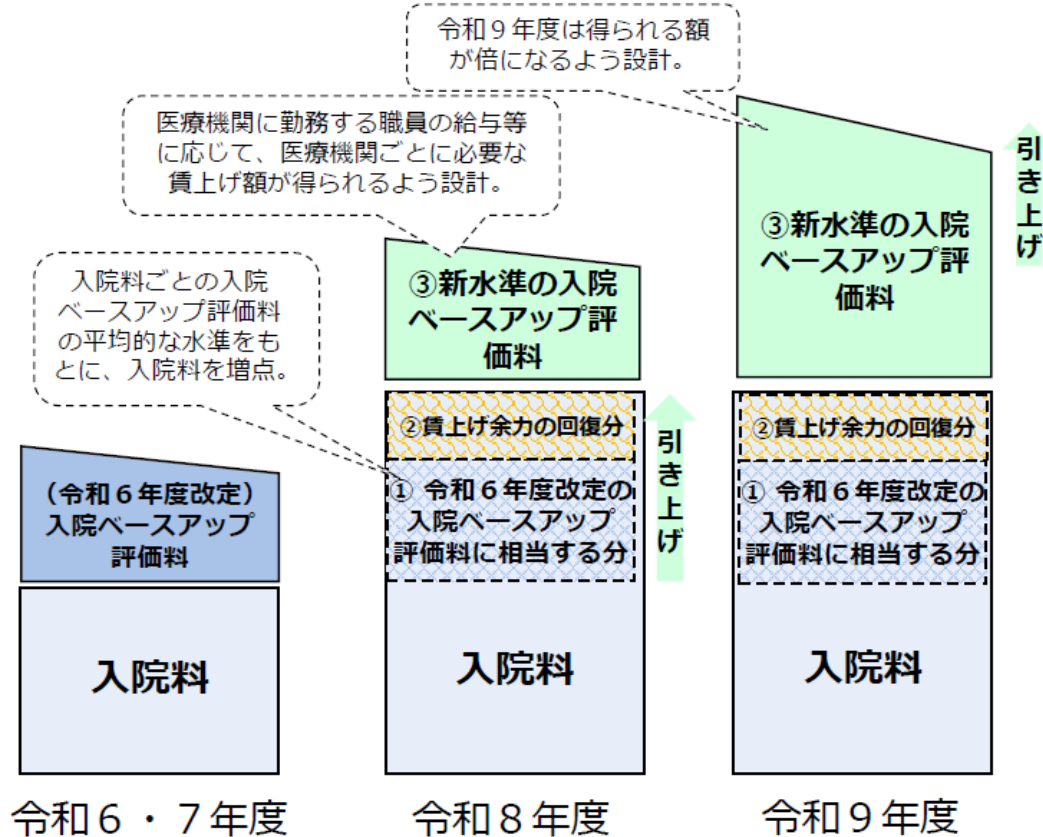


① 賃上げに向けた評価の見直し

令和8年度改定における賃上げに係る評価のイメージ【入院】

- 入院料における賃上げ対応は、①令和6年度改定の入院ベースアップ評価料及び②賃上げ余力の回復・確保分に相当する分については、入院料の増点を行うほか、③新たな賃上げ目標に対応する入院ベースアップ評価料の見直しを行う。
- 令和9年度においては、入院ベースアップ評価料で得られる額が倍になるよう区分等を見直す。

令和7年度以前から継続して賃上げを行っている医療機関

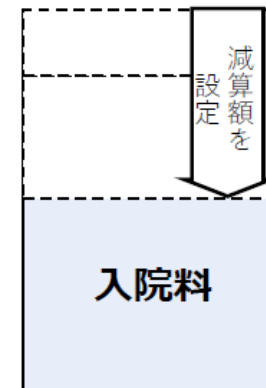


令和8年度から賃上げを行う医療機関

賃上げを行わない医療機関

令和6・7年度分のベースアップ評価料で求められた賃上げの水準を満たしていない一部の医療機関については、入院料を減算。

③新水準の入院ベースアップ評価料



① 賃上げに向けた評価の見直し

ベースアップ評価料の区分決定における「賃金改善算定基礎額」の算出方法

入院B U評価料、外来・在宅B U評価料（Ⅱ）、訪問看護B U評価料（Ⅱ）等では、届出時に、区分決定のために算出が必要。

※外来・在宅B U評価料（Ⅰ）、訪問看護B U評価料（Ⅰ）、調剤B U評価料では算出は不要。「賃金改善算定基礎額」は、対象職員の月額賃金総額、40歳未満の医師・歯科医師数に基づいて算出する

1.29の係数は、事業者が負担する以下のような経費等を踏まえたもの

- ・事業主が負担する法定福利費
- ・月額給与に伴って変動する賞与

月額賃金総額	「厚生労働省が定める数」		= ●
	R8.6~R9.5	R9.6~R10.5	
・基本給又は毎月決まって支払われる手当 + ・毎月、月ごとに変動して支払われる手当 (賞与等、特定の時期にのみ支払われる手当を含まない)	下記以外の対象職員	1.29×3.2%	= ●
	看護補助者・事務職員	1.29×5.7%	= ●
40歳以下の医師・歯科医師の人数 (常勤・非常勤別、経営者・役員を除く)	常勤	27,021円/人	= ●
	非常勤 (週22時間以上)	9,244円/人	= ●

これらの足したものが「賃金改善算定基礎額」

入院：「賃金改善算定基礎額」÷B U評価料の算定見込み回数（延べ入院患者数）、
 外来：「賃金改善算定基礎額」÷B U評価料の算定見込み回数（初診料・再診料等算定回数）
 により、届け出ることのできる区分が決定される。

① 賃上げに向けた評価の見直し

看護職員処遇改善評価料の区分の上限を算出する値(【A】)

【A】の値 0.0

$$\text{【A】} = \frac{\text{看護職員等の賃上げ必要額：} \\ \text{(当該保険医療機関の看護職員等の数} \times 12,000\text{円} \times 1.165)}{\text{当該保険医療機関の延べ入院患者数} \times 10 \text{円}}$$

入院ベースアップ評価料の区分の上限を算出する値(【C】)

【C】の値 0.0

$$\text{【C】} = \frac{\text{賃金改善算定基礎額} - \text{(外来・在宅ベースアップ評価料(I)及び} \\ \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)により算定される点数の見込み)} \times 10\text{円}}{\text{当該保険医療機関の延べ入院患者数} \times 10 \text{円}}$$

① 物件費の高騰を踏まえた対応

(新) 物価対応料 (1日につき)		R8年	R9年
1	外来・在宅物価対応料		
イ	初診時	2点	4点
ロ	再診時等	2点	4点
ハ	訪問診療時	3点	6点
2	入院物価対応料		
イ	急性期病院A一般入院料を算定する場合	66点	132点
ニ	急性期一般入院料1を算定する場合	58点	116点
ヨ	療養病棟入院料1の入院料1を算定する場合	18点	36点
イミ	精神病棟入院基本料の10対1入院基本料を算定する場合	13点	26点
イス	特定機能病院入院基本料の7対1入院基本料(一般病棟の場合)を算定する場合※1	84点	168点
ハケ	地域包括医療病棟入院料1を算定する場合	49点	98点
ハモ	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	19点	38点
二ハ	地域包括ケア病棟入院料1(40日以内の期間)を算定する場合	27点	54点

【算定要件】

- (1) 1のイについては保険医療機関において入院中の患者以外の患者に対して初診を行った場合に、所定点数を算定する。
- (2) 1のロについては、保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して再診又は短期滞在手術等基本料1を算定すべき手術若しくは検査を行った場合に、所定点数を算定する。
- (3) 1のハについては、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、訪問診療を行った場合に、所定点数を算定する。
- (4) 2については、第1章第2部第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。)、同部第3節の特定入院料又は同部第4節の短期滞在手術等基本料(短期滞在手術等基本料1を除く。)を算定している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。
- (5) 1及び2の点数について、令和9年6月以降は、所定点数の100分の200に相当する点数を算定する。

2 - 1. 外来・在宅医療

～外来医療の機能分化・強化等～

➤ 外来の機能分化の推進

- 特定機能病院等の外来診療料等の減算に係る逆紹介割合の基準の見直し
- 特定機能病院等からの紹介患者の初診に関する加算の新設

➤ 外来に係る評価の見直し

- 生活習慣病管理料の包括範囲や地域包括診療加算等の対象患者の見直し
- 外来データ提出加算の見直し

➤ DXの推進

- 電子的診療情報連携体制整備加算の新設

➤ 健康診断等の受診後の診察料等について

7. 外来医療の機能分化・強化等に係る全体像

○ 外来機能の明確化及び医療機関間の連携を推進する観点や、かかりつけ医機能に係る体制整備を推進する観点等を踏まえた、外来医療の機能分化・強化等に係る見直しの全体像は以下のとおり。



特定機能病院等

外来機能分化・連携

紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し

- 紹介割合・逆紹介割合が低い特定機能病院等を紹介状なしで受診した患者等に係る初診料及び外来診療料について、逆紹介割合の基準を引き上げる。
- 外来診療料の減算となる対象患者について、直近1年以内に12回以上再診を行った患者を加える。

連携強化診療情報提供料の対象拡大

- 共同で継続的に治療管理を担う際の評価について、対象患者と医療機関を拡大する。

その他

療養・就労両立支援指導料の見直し

- 治療と仕事の両立を推進する観点から、療養・就労両立支援指導料について、対象患者を拡大し、算定可能な期間の延長し、評価を引き上げる。

処方箋料の見直し

- 一般名処方加算の評価を見直す。バイオ後続品のあるバイオ医薬品の一般名処方を行う場合も評価の対象とする。



地域の診療所等

特定機能病院等紹介患者受入加算の新設

- 特定機能病院等からの紹介を受けた患者に対する初診を、診療所又は許可病床数が200床未満の病院が行った場合の評価を新設する。

かかりつけ医機能の強化

地域包括診療加算等の見直し

- 対象疾患を有する要介護高齢者等への対象患者の拡大、連携薬局の要件の見直し等を行う。

機能強化加算の見直し

- 業務継続計画を策定すること、外来/在宅データ提出加算の届出が望ましいことを要件とする。

時間外対応体制加算の充実

- 時間外対応加算の名称を変更し、評価を引き上げる。

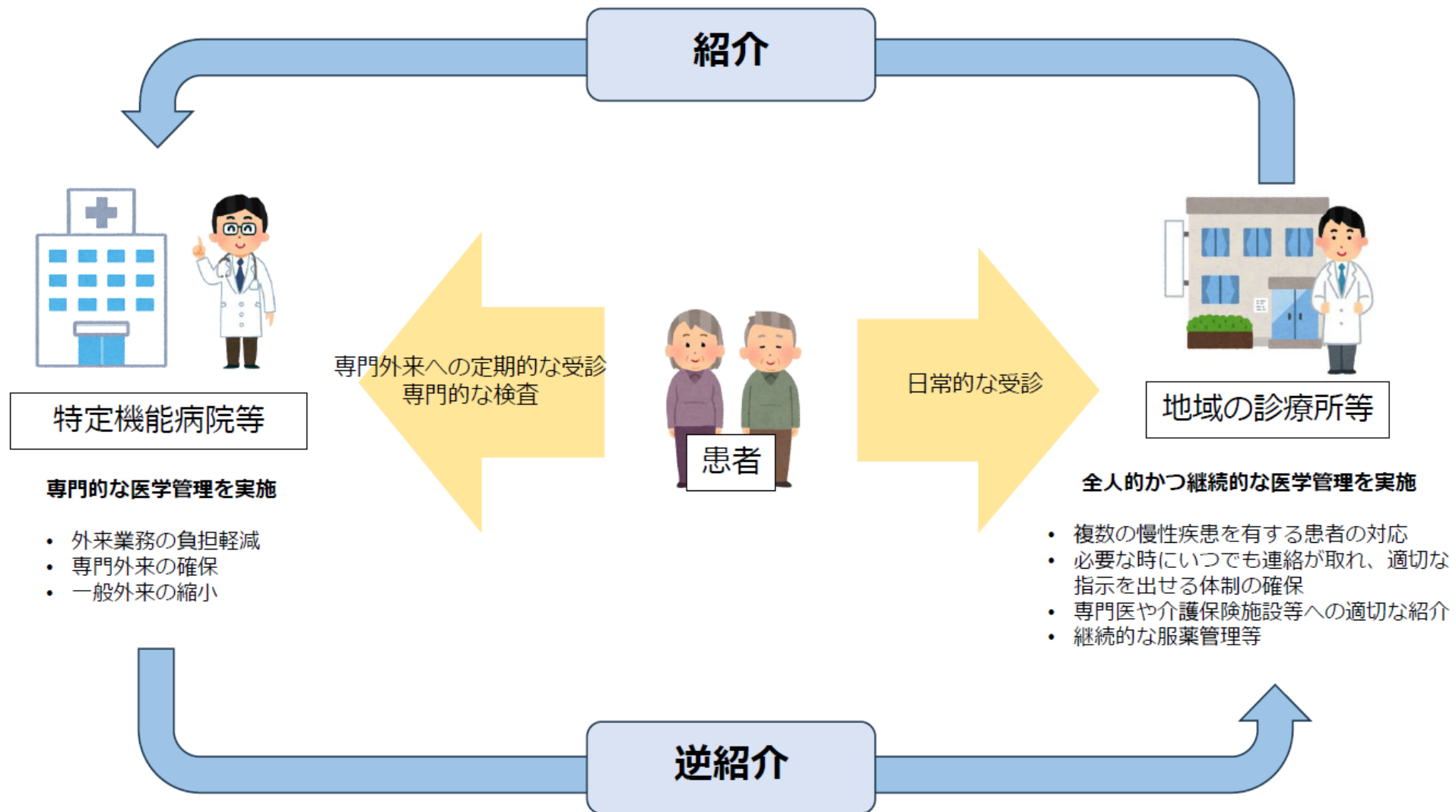
生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の見直し

- 生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の包括範囲の見直し、糖尿病患者の眼科・歯科連携に係る評価の新設等を行う。

特定疾患療養管理料の見直し

- 対象疾患を見直す。（非ステロイド性抗炎症薬の投与を受けている場合には、胃潰瘍及び十二指腸潰瘍の対象から除外）

外来医療の機能分化のイメージ



初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し

紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し

- 紹介患者・逆紹介患者の割合が低い特定機能病院等を紹介状なしで受診した患者等に係る初診料及び外来診療料について、**逆紹介割合の基準を引き上げる。**

	紹介割合の基準	逆紹介割合の基準
特定機能病院		
地域医療支援病院（一般病床200床未満を除く）	（現行）50%未満 → （改定後）50%未満	（現行）30%未満 → （改定後） 50%未満
紹介受診重点医療機関（一般病床200床未満を除く）		
許可病床400床以上（一般病床200床未満を除く）	（現行）40%未満 → （改定後）40%未満	（現行）20%未満 → （改定後） 40%未満

- 紹介患者・逆紹介患者の割合が低い特定機能病院等において外来診療料が減算となる対象患者について、**直近1年以内に12回以上再診を行った患者を加える。**

現行

【外来診療料】

【算定要件】

○減算の対象となる患者

他の病院（一般病床の病床数が200床未満のものに限る。）又は診療所に対し文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該病院を受診した患者（緊急その他やむを得ない事情がある場合を除く。）。

※患者に対し十分な情報提供を行い、患者の自由な選択と同意があった場合には、減算分に相当する療養部分について、選定療養としてその費用を患者から徴収することができる。

改定後

【外来診療料】

【算定要件】

○減算の対象となる患者

ア 他の病院（一般病床の病床数が200床未満のものに限る。）又は診療所に対し文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該病院を受診した患者（緊急その他やむを得ない事情がある患者を除く。）

※患者に対し十分な情報提供を行い、患者の自由な選択と同意があった場合には、減算分に相当する療養部分について、選定療養としてその費用を患者から徴収することができる。

イ 当該病院において過去1年間に12回以上外来診療料（同一日の複数科受診によるもの以外）を算定した患者ただし、次の患者を除く

- ① 過去1年間に、紹介を行った医療機関との連携により、「B005-11」遠隔連携診療料又は「B011」連携強化診療情報提供料を算定している患者
- ② 緊急その他やむを得ない事情がある患者
- ③ 専門性の高い医学管理を要する等の理由により、当該患者の他の医療機関への紹介が困難であり、自院において継続した通院が必要であると医師が認めた患者

※②又は③に該当する場合には、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

※イに該当する患者は、原則として他の病院（一般病床の病床数が200床未満のものに限る。）又は診療所に対し文書による紹介を行う旨の申出を行うことが望ましい。

（参考）紹介状なしで受診する場合等の患者定額負担 <今改定では変更なし>

[対象病院]	[定額負担の額]	[対象患者]
・特定機能病院	・初診：医科 7,000円	・初診 他の保険医療機関等からの紹介なしに受診した患者
・地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る）	・再診：医科 3,000円	・再診 当該病院等が逆紹介の申出を行ったにもかかわらず当該病院を受診した患者
・紹介受診重点医療機関（一般病床200床以上に限る）		

特定機能病院等とかかりつけ医機能を担う医療機関との連携の推進

特定機能病院等紹介患者受入加算の新設

- 特定機能病院等からの紹介を受けた患者に対する初診を、診療所又は許可病床数が200床未満の病院が行った場合の評価を新設する。

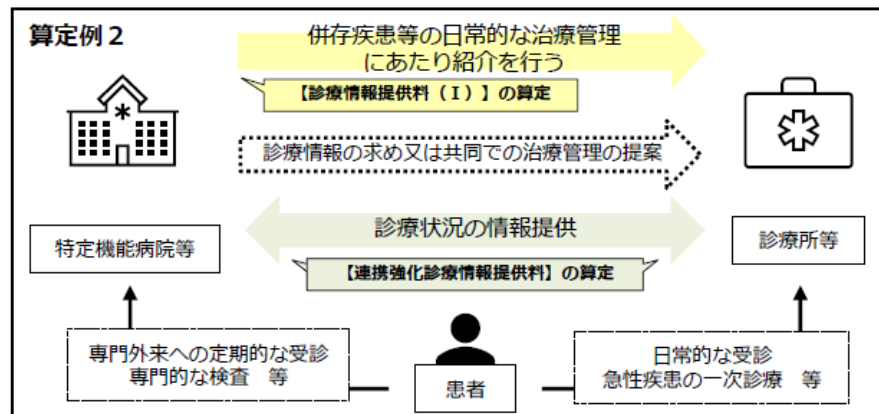
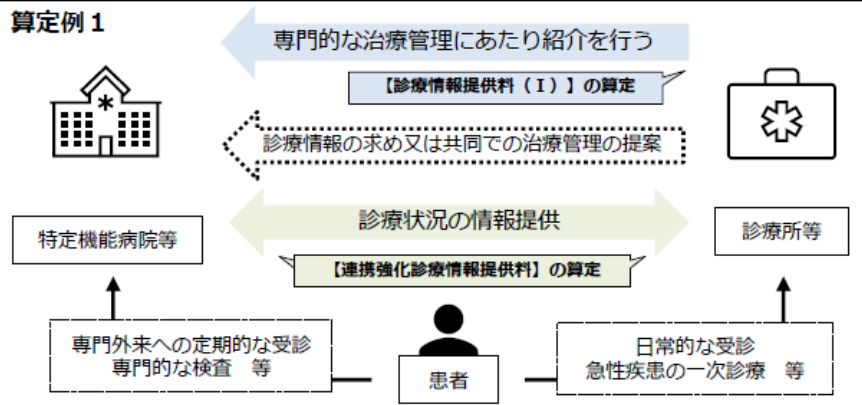
(新) 特定機能病院等紹介患者受入加算 60点

[算定要件]

保険医療機関（診療所又は許可病床数が200床未満である病院に限る。）において、特定機能病院、地域医療支援病院（一般病床の数が200床未満の病院を除く。）、紹介受診重点医療機関（一般病床の数が200床未満であるものを除く。）又は許可病床の数が400床以上の病院（一般病床の数が200床未満の病院を除く。）の紹介を受けて初診を行った場合、所定点数に加算する。

連携強化診療情報提供料の見直し

- 病院の専門医師と地域のかかりつけ医師が連携しながら共同で継続的に治療管理を行う取組を推進する観点から、連携強化診療情報提供料の評価体系を見直す。
 - 算定対象医療機関を、**特定機能病院等並びに許可病床数200床未満の病院及び診療所等に拡大し、紹介元及び紹介先医療機関のいずれの診療情報提供においても算定可能**とする。
 - 他の医療機関からの求めに応じた情報提供を行った場合のほか、**病院の専門医師と地域のかかりつけ医師が連携をしながら共同で継続的に治療管理を行うにあたり必要な情報提供を行った場合においても算定可能**とする。
 - 算定可能回数について、一律に、患者1人につき**3月に1回**へと見直す。



機能強化加算の見直し

機能強化加算の要件の見直し及び名称変更

- 外来医療における適切な役割分担を図り、専門医療機関への受診の要否の判断等を含むよりの確で質の高い診療機能を評価する趣旨を踏まえ、**機能強化加算について、新たに以下を要件とする。**
 - **外来データ提出加算、在宅データ提出加算の届出**を行っていることが望ましい。
 - **業務継続計画を策定し、当該計画に従い必要な措置を講じること。**また、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うこと。

(参考) 初診料・小児かかりつけ診療料 (初診時)

機能強化加算 80点

- 外来医療における適切な役割分担を図り、専門医療機関への受診の要否の判断等を含めた、よりの確で質の高い診療機能を評価する観点から、かかりつけ医機能に係る診療報酬を届け出ている医療機関において、初診時における診療機能を評価する。
(平成30年度診療報酬改定において新設)

[主な算定要件]

- 外来医療における適切な役割分担を図り、専門医療機関への受診の要否の判断等を含むよりの確で質の高い診療機能を評価する観点からかかりつけ医機能を有する医療機関における初診を評価するものであり、(略)初診料を算定する場合に、加算することができる。
- 必要に応じ、患者に対して以下の対応を行うとともに、当該対応を行うことができる旨を院内及びホームページ等に掲示し、必要に応じて患者に対して説明すること。
 - (イ) 患者が受診している他の医療機関及び処方されている医薬品を把握し、必要な服薬管理を行うとともに、診療録に記載すること。なお、必要に応じ、担当医の指示を受けた看護職員等が情報の把握を行うことも可能であること。
 - (ロ) 専門医師又は専門医療機関への紹介を行うこと。
 - (ハ) 健康診断の結果等の健康管理に係る相談に応じること。
 - (ニ) 保健・福祉サービスに係る相談に応じること。
 - (ホ) 診療時間外を含む、緊急時の対応方法等に係る情報提供を行うこと。

[主な施設基準]

- 診療所又は許可病床数が200床未満の病院であること。
- 適切な受診につながるような助言及び指導を行うこと等、質の高い診療機能を有する体制が整備されていること。
- 次のいずれかにおける届出を行っている。
 - ア 地域包括診療加算
 - イ 地域包括診療料
 - ウ 小児かかりつけ診療料
 - エ 在宅時医学総合管理料 (在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る)
 - オ 施設入居時等医学総合管理料 (在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る)
- 地域において包括的な診療を担う医療機関であることについて、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示する等の取組を行っていること。
- **健康保険法第六十八条の二第一項の規定により三年以内の期限が付された同法第六十三条第三項第一号の指定を受けた診療所以外の保険医療機関であること。**
- **「医療機関(災害拠点病院以外)における災害対応のためのBCP作成の手引き」等を参考に、医療機関の実情に応じて、業務継続計画を策定し、当該計画に従い必要な措置を講じること。また、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うこと。**
- **外来データ提出加算、在宅データ提出加算の届出**を行っていることが望ましい。

生活習慣病管理料 (I) (II)

	生活習慣病管理料 (I) 月1回 脂質異常症を主病とする場合 610点 高血圧症を主病とする場合 660点 糖尿病を主病とする場合 760点	生活習慣病管理料 (II) 月1回 333点
対象患者	脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者	
対象医療機関	許可病床数が200床未満の病院又は診療所	
包括範囲 (算定月に併算定不可)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 外来管理加算 (ただし、算定日とは別日であれば算定可) ・ 第1部医学管理等 (ただし、糖尿病合併症管理料、がん性疼痛緩和指導管理料、外来緩和ケア管理料、糖尿病透析予防指導管理料、慢性腎臓病透析予防指導管理料は併算定可能。) ・ 第3部検査 ・ 第6部注射 ・ 第13部病理 <p style="text-align: center;">血液検査等を少なくとも 6月に1回以上実施</p>	<p style="text-align: center;">出来高項目の追加</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 外来管理加算 (ただし、算定日とは別日であれば算定可) ・ 第1節医学管理料等 (ただし、外来栄養食事指導料、集団栄養食事指導料、糖尿病合併症管理料、がん性疼痛緩和指導管理料、外来緩和ケア管理料、糖尿病透析予防指導管理料、慢性腎臓病透析予防指導管理料、ニコチン依存症管理料、療養・就労両立支援指導料、プログラム医療機器等指導管理料、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、薬剤情報提供料は併算定可能。)
主な算定要件	<ul style="list-style-type: none"> ・ 初診料を算定した日の属する月においては、本管理料は算定しない。 ・ 糖尿病を主病とする場合にあっては、在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。 ・ 治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、栄養、運動、休養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、飲酒、服薬及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行うこと。(総合的な治療管理は、歯科医師、薬剤師、看護職員、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましい。) ・ 学会等の診療ガイドライン等や診療データベース等の診療支援情報を参考にする。 ・ 算定する患者について、保険者から特定保健指導を行う目的で情報提供の求めがある場合には、患者の同意のもと必要な協力を行う。 ・ 糖尿病の患者について、年1回程度眼科受診を指導し、歯周病の診断と治療のため、歯科受診を促すこと。 	
(療養計画書)	<ul style="list-style-type: none"> ・ (初回)療養計画書により丁寧に説明を行い、患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受ける。署名は不要に ・ (継続)療養計画書は、内容に変更があった場合又は概ね4月に1回は交付する。 ・ 電子カルテ情報共有サービスにおける患者サマリーに、療養計画書での記載事項を入力し、診療録にその記録及び患者の同意を得た旨を記録している場合は、療養計画書の作成及び交付をしているものとみなす。 	
主な施設基準	<ul style="list-style-type: none"> ・ 生活習慣に関する総合的な治療管理ができる体制を有していること。 ・ 28日以上長期処方又はリフィル処方について、対応が可能であること院内掲示する。 	

② 生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の見直し

➤ 生活習慣病に対する質の高い疾病管理を推進する観点から、生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）を以下のとおり見直す。

1. 包括範囲の見直し

- 生活習慣病管理料(Ⅱ)は、生活習慣に関する総合的な治療管理を行うことを評価したものであることを踏まえ、**医学管理の実施を適切に推進する観点から、医学管理料等に関する包括範囲を見直す。**
- 生活習慣病管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)について、糖尿病を主病とする患者に対して、併存する糖尿病以外の疾患に関する在宅自己注射指導管理を適切に推進する観点から、**糖尿病に対する適応のある薬剤以外の薬剤にかかる在宅自己注射指導管理料の算定を可能**とする。

2. 糖尿病患者の眼科・歯科連携に係る評価の新設

- 生活習慣病管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)について、糖尿病の重症化予防を推進する観点から、眼科又は歯科を標榜する他の医療機関との連携を行う場合の評価を新設する。

（新）眼科医療機関連携強化加算 60点（年1回）

[算定要件]

糖尿病を主病とする患者に対して、診療に基づき、糖尿病合併症の予防、診断又は治療を目的とする眼科診療の必要を認め、患者の同意を得て、患者が眼科を標榜する他の保険医療機関への受診を行うに当たり必要な連携を行った場合に算定する。



（新）歯科医療機関連携強化加算 60点（年1回）

[算定要件]

糖尿病を主病とする患者に対して、診療に基づき、歯周病の予防、診断又は治療を目的とする歯科診療の必要を認め、患者の同意を得て、患者が歯科を標榜する他の保険医療機関への受診を行うに当たり必要な連携を行った場合に算定する。



3. 生活習慣病管理料(Ⅰ)の要件見直し

- 生活習慣病管理料(Ⅰ)について、原則として、**必要な血液検査等を少なくとも6月に1回以上は行うことを要件**とする。

4. 療養計画書の負担軽減

- 生活習慣病管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)の療養計画書について、患者及び医療機関の負担を軽減する観点から、**患者の署名を受けるところを不要**とする。

5. 外来データ提出加算の見直し

- 外来データ提出加算について、生活習慣病に関連するガイドライン等に沿った診療を行う医療機関を高く評価する観点から、**診療報酬の請求状況、治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを提出した医療機関のうち、質の高い生活習慣病管理に係る実績を有する医療機関に対する評価を新設する**とともに、提出を求めるデータの簡素化等を踏まえ評価等を見直す。

② 生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の見直し

- 生活習慣病管理料(Ⅱ)は、生活習慣に関する総合的な治療管理を行うことを評価したものであることを踏まえ、**新たに以下の医学管理料等について、その実施を適切に推進する観点から、当該管理料の包括範囲から除く。**

生活習慣病に関連する総合的な治療管理の範囲を超えて、必要な患者に別途行われるべき医学管理	(参考) 引き続き包括範囲外である医学管理料等 <ul style="list-style-type: none"> ・ 外来栄養食事指導料 ・ 集団栄養食事指導料 ・ 糖尿病合併症管理料 ・ がん性疼痛緩和指導管理料 ・ 外来緩和ケア管理料 ・ 糖尿病透析予防指導管理料 ・ 慢性腎臓病透析予防指導管理料 ・ ニコチン依存症管理料 ・ 療養・就労両立支援指導料 ・ プログラム医療機器等指導管理料 ・ 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
<u>下肢創傷処置管理料</u>	
生活習慣病とは直接的な関係の乏しい疾患に関する医学管理（特定の疾病を主病とする患者のみに算定できるものを除く。）	
<u>特定薬剤治療管理料、悪性腫瘍特異物質治療管理料、高度難聴指導管理料、喘息治療管理料、がん患者指導管理料、植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料、乳腺炎重症化予防ケア・指導料、二次性骨折予防継続管理料、外来放射線照射診療料、外来腫瘍化学療法診療料、がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料、認知症専門診断管理料、肝炎インターフェロン治療計画料</u>	
時間外対応・救急対応に関する医学管理	
<u>地域連携夜間・休日診療料、救急外来医学管理料、救急救命管理料</u>	
情報提供等に関連する評価	
<u>傷病手当金意見書交付料、療養費同意書交付料</u>	

- 生活習慣病管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)について、糖尿病を主病とする患者に対して、併存する糖尿病以外の疾患に関する在宅自己注射指導管理を適切に推進する観点から、**糖尿病に対する適応のある薬剤以外の薬剤にかかる在宅自己注射指導管理料の算定を可能**とする。

現行

【生活習慣病管理料（Ⅰ）】【生活習慣病管理料（Ⅱ）】
 注1（中略）ただし、糖尿病を主病とする場合にあっては、区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。

【施設基準】
 （新設）



改定後

【生活習慣病管理料（Ⅰ）】【生活習慣病管理料（Ⅱ）】
 注1（中略）ただし、糖尿病を主病とする場合にあっては、**別に厚生労働大臣が定める薬剤を投与している場合であって**、区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。

【施設基準】

生活習慣病管理料(Ⅰ)及び生活習慣病管理料(Ⅱ)の注1に規定する厚生労働大臣が定める薬剤

インスリン製剤

グルカゴン様ペプチド-1受容体アゴニスト

インスリン・グルカゴン様ペプチド-1受容体アゴニスト配合剤

チルゼパチド製剤

診療実績データの提出に係る評価の見直し

診療実績データの提出に係る評価の見直し

- ▶ 外来データ提出加算について、生活習慣病に関連するガイドライン等に沿った診療を行う医療機関を高く評価する観点から、質の高い生活習慣病管理に係る実績を有する医療機関に対する評価を新設するとともに、提出を求めるデータの簡素化等を踏まえ、評価及び評価体系を見直す。

(新) 充実管理加算

1	充実管理加算 1	30点
2	充実管理加算 2	20点
3	充実管理加算 3	10点

[施設基準] (概要・抜粋)

- 脂質異常症/糖尿病/高血圧を主病として生活習慣病管理料 1 又は 2 を算定する患者について、届出時点における直前の厚生労働省保険局医療課が別途通知する集計期間の実績値が、充実管理加算の届出を行う保険医療機関全体のうち、上位20%であること（充実管理加算 1）
- 上記実績値が、充実管理加算の届出を行う保険医療機関全体のうち、上位50%であること（充実管理加算 2）
- 外来医療等調査に適切に参加し、調査に準拠したデータを提出すること。（共通）

[経過措置] (概要)

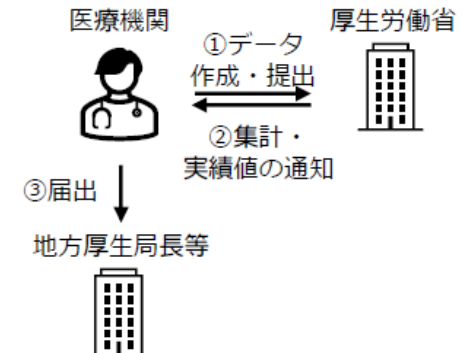
- 令和 8 年 3 月 31 日時点において現に外来データ提出加算に係る施設基準の届出を行っている医療機関にあっては、充実管理加算 1 の実績値に係る要件を満たすものとする。

各疾患の指標

脂質異常症	糖尿病	高血圧
<ul style="list-style-type: none"> ・ 継続して投薬による脂質異常症の治療管理を行う患者のうち集計期間中に、脂質異常症に係る検査を実施又は特定健康診査を受診した患者の割合 ・ 継続受診を行う患者の割合 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 集計期間中に、HbA1cに係る検査を実施又は特定健康診査を受診した患者の割合 ・ 集計期間中に、眼科医療機関連携強化加算又は歯科医療機関連携強化加算を算定した患者の割合 ・ 継続受診を行う患者の割合 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 継続受診を行う患者の割合

※ 各指標の上下限値の処理・標準化を行った上で実績値を算出する

届出のイメージ



外来様式1の見直し

外来様式1の見直し

- 医療機関の業務負担の軽減の観点から、調査項目の簡素化を行うとともに、データに基づく適切な評価を推進する観点から観点から、調査項目の新設を行う。

削除する項目

外来データ提出加算・充実管理加算

身長	脳卒中の初発の種類（既往含む）
体重	脳卒中の初発以外の発症（診断）年月
入院の有無	慢性腎臓病の診断年月
入院時のICD10コード	高尿酸血症の有無
脂質異常症-診断年月	高尿酸血症の診断年月
リスク分類・LDLコレステロール	尿酸値
糖尿病-診断年月	高血圧症-診断年月
血糖コントロール（HbA1c）	血圧分類
慢性合併症：網膜症	リスク層
慢性合併症：腎症	収縮期血圧
慢性合併症：神経障害	拡張期血圧
急性大動脈解離の有無（初発）	喫煙区分
急性大動脈解離の初発の発症年月	1日の喫煙本数
急性冠症候群の初発の種類（既往含む）	喫煙年数
急性冠症候群の初発の種類（既往含む）	急性冠症候群の初発の種類（既往含む）

新設する項目

外来データ提出加算・充実管理加算

認知症の有無	特定健康診査の受診の有無
介護保険制度における主治医意見書の作成の有無	特定健康診査の受診日

在宅データ提出加算

NRS
ブリストルスケール
褥瘡の状態
がん-ステージ分類
TNM分類

在宅データ提出加算

別表第8の3に掲げる患者の状態

(参考) 新規に届出を行う場合のスケジュール①

令和8年10月からデータの提出を開始する場合のスケジュール

	令和8年6月 ～7月	8月	9月	10月	令和8年11月 ～令和9年9月	令和9年10月 ～令和10年3月	令和10年4月 ～
令和8年5月20日までに様式7の10を提出	試行データ作成	試行データ提出	様式7の11届出	算定開始	継続的なデータ提出	実績値及び基準値の確定 →医療機関へ通知	実績に基づく加算の算定開始
算定できる加算 (※1)	-			充実管理加算3			充実管理加算 1～3

← 集計対象期間(令和10年度評価)
(令和8年10月～令和9年9月)
 ← 集計対象期間(令和11年度評価)
(令和9年10月～令和10年9月)

※1 令和7年10月から令和8年9月までの間継続してデータの提出している医療機関については、令和9年度より実績に基づく加算の算定が可能となる。

令和9年4月からデータの提出を開始する場合のスケジュール(※2)

	令和8年12月～ 令和9年1月	2月	3月	4月	令和9年5月～ 令和10年3月	4月～9月	10月～
令和8年11月20日までに様式7の10を提出	試行データ作成	試行データ提出	様式7の11届出	算定開始	継続的なデータ提出	実績値の確定 →医療機関へ通知	実績に基づく加算の算定開始
算定できる加算	-			充実管理加算3			充実管理加算 1～3

← 集計対象期間(令和10年度評価)
(令和9年4月～令和10年3月)
 ← 集計対象期間(令和11年度評価)
(令和9年10月～令和10年9月)

※2 基準値の集計は年1回のみ実施するが、実績値の集計については、新規にデータ提出を行う医療機関への対応として、年に2回実施することを予定している。

地域包括診療加算等の見直し（全体概要）

- 地域包括診療加算等について、対象疾患を有する要介護高齢者等への継続的かつ全人的な医療を推進する観点や、適切な服薬指導の実施を推進する観点から、対象患者や要件を見直す。
 1. 評価体系及び対象患者の見直し
 - 簡素化の観点から、認知症地域包括診療加算及び認知症地域包括診療料について、地域包括診療加算及び地域包括診療料と統合した評価体系に見直す。
 - 対象患者に、脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全又は慢性腎臓病等の疾患を有しており、かつ、介護給付又は予防給付を受けている要介護被保険者等である患者を追加する。
 2. 連携薬局の要件の見直し
 - 連携薬局について、緊急時に処方が必要となる解熱鎮痛剤等の薬剤の院内処方が可能な体制が整備されている保険医療機関に限り、24時間対応の体制が整備されていなくてもよいものとする。
 3. 認知症患者への診断後支援の推進
 - 担当医が、地域包括支援センター等と連携し、認知症患者の診断後支援に係る取組について、患者又はその家族に対して案内を行うことが望ましい旨を明記する。
 4. 薬剤適正使用連携加算の見直し
 - 地域包括診療加算及び地域包括診療料を算定し、他の保険医療機関にも併せて通院する患者について、処方内容、薬歴等に基づく相談・提案を当該他の医療機関に行い、当該患者が使用する薬剤の種類数が減少した場合においても、薬剤適正使用連携加算の算定を可能とする。
 5. 医療資源の少ない地域に配慮した医師配置要件の見直し
 - 医療資源の少ない地域においても、慢性疾患を有する患者に対する継続的かつ全人的な医療に係る評価を更に推進する観点から、当該地域において、地域包括診療加算及び地域包括診療料の医師配置に関する要件を緩和する。
 6. 外来データ提出加算の新設
 - 保険医療機関が診療報酬の請求状況、治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合の評価を新設する。
 7. 残薬対策・服薬管理等に係る要件の見直し
 - 診療の際、患家における残薬を確認した上で適切な服薬管理を行うことを要件とする。
 - 算定患者への処方薬を把握し管理する手段の一つとして、電子処方箋システムの活用が含まれることを明確化する。



地域包括診療加算等の見直し①

地域包括診療加算等の評価体系の見直し

- 簡素化の観点から、認知症地域包括診療加算及び認知症地域包括診療料について、地域包括診療加算及び地域包括診療料と統合した評価体系に見直す。

現行		改定後	
・認知症地域包括診療加算 1	38点	・地域包括診療加算 1 認知症を有する患者等の場合	38点
・地域包括診療加算 1	28点	その他の慢性疾患等を有する患者の場合	28点
・認知症地域包括診療加算 2	31点	・地域包括診療加算 2 認知症を有する患者等の場合	31点
・地域包括診療加算 2	21点	その他の慢性疾患等を有する患者の場合	21点
・認知症地域包括診療料 1	1,681点	・地域包括診療料 1 認知症を有する患者等の場合	1,682点
・地域包括診療料 1	1,660点	その他の慢性疾患等を有する患者の場合	1,661点
・認知症地域包括診療料 2	1,613点	・地域包括診療料 2 認知症を有する患者等の場合	1,614点
・地域包括診療料 2	1,600点	その他の慢性疾患等を有する患者の場合	1,601点



対象患者の見直し

- 地域包括診療加算等の対象患者を以下のとおり拡大する。

● 認知症を有する患者等の場合

以下の全てを満たす患者が対象となる。

- (イ) 認知症を有するもの又は介護給付若しくは予防給付を受けている要介護被保険者等（要介護被保険者、居宅要支援被保険者）であるもの
- (ロ) 認知症以外の1以上の疾病（疑いを除く。）を有するもの
- (ハ) 同月に、当該保険医療機関において以下のいずれの投薬も受けていないもの
 - ① 1処方につき5種類を超える内服薬があるもの
 - ② 1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬及び睡眠薬を合わせて3種類を超えて含むもの

● その他の慢性疾患等を有する患者

脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）若しくは認知症の6疾病のうち2以上（疑いを除く。）の疾患を有する患者又は脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全若しくは慢性腎臓病のいずれかの疾患を有しており、かつ介護給付若しくは予防給付を受けている要介護被保険者等である患者（いずれの疾病にも、疑いは含まない。）

地域包括診療加算等の見直し④

データ提出に係る評価の新設

- ▶ 地域包括診療加算及び地域包括診療料について、データに基づく適切な評価を推進する観点から、保険医療機関が診療報酬の請求状況、治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合の評価を新設する。

(新) 外来データ提出加算 10点

[算定要件] (概要・抜粋)

- 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況及び診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、外来データ提出加算として、月1回に限り10点を所定点数に加算する。

地域包括診療加算等における外来データ提出加算の届出に係るスケジュール（※1）

～令和8年 11月20日	令和9年12月 ～令和10年1月	2月	3月	4月～
様式7の10（※2） 届出	試行データ作成（※3）	試行データ提出	様式7の11（※4） 届出	算定開始

※1 例として、令和8年11月20日までに様式7の10の届出を行った場合のスケジュールを示している。

※2 外来データ提出加算の届出を希望する医療機関は、様式7の10を地方厚生（支）局医療課長を経由して、厚生労働省保険局医療課長に届出を行う。令和8年度及び令和9年度における届出の期限は、令和8年11月20日、令和9年2月22日、5月20日、8月20日、11月22日又は令和10年2月21日を予定（詳細は別途厚生労働省保険局医療課より発出される事務連絡等を参照。）。

※3 様式7の10の届出期限である月の翌月から起算して2月分の試行データを外来医療等調査事務局が提供するチェックプログラムによりエラーチェックを実施したうえで、提出ファイルを作成し、指定する提出期限までに外来医療等調査事務局に提出する。

※4 試行データが適切に作成及び提出されていた場合は、データ提出の実績が認められた保険医療機関として、外来医療等調査事務局から各医療機関の担当者宛てに電子メールにて事務連絡を送信する。その後、様式7の11を用いて、地方厚生（支）局長宛て届出を行う。届出が受理された翌月の1日（月の最初の開庁日に届出を行った場合は当月1日）から加算の算定が可能となる。

電子的診療情報連携体制整備加算の新設①

電子的診療情報連携体制整備加算の新設①

- 医療DX関連施策の進捗状況を踏まえ、普及した関連サービスの活用を基本としつつ、更なる関連サービスの活用による質の高い医療の提供を評価する観点から、医療情報取得加算及び医療DX推進体制整備加算の評価を見直す。



現行

【医療DX推進体制整備加算】

初診時（月に1回）	（医科）	（歯科）	（調剤）
・医療DX推進体制整備加算1	12点	11点	10点
・医療DX推進体制整備加算2	11点	10点	8点
・医療DX推進体制整備加算3	10点	8点	6点
・医療DX推進体制整備加算4	10点	9点	
・医療DX推進体制整備加算5	9点	8点	
・医療DX推進体制整備加算6	8点	6点	

※ 医科・歯科は初診料、調剤は調剤基本料

【医療情報取得加算】

初診時	
・医療情報取得加算	1点
再診時（3月に1回に限り算定）	
・医療情報取得加算	1点
調剤時（12月に1回に限り算定）	
・医療情報取得加算	1点

使ってみよう！
マイナ保険証



改定後

【電子的診療情報連携体制整備加算】

初診時（月に1回）	
・電子的診療情報連携体制整備加算1 / 2 / 3	15点 / 9点 / 4点

再診時（月に1回）

・電子的診療情報連携体制整備加算	2点
------------------	----

【電子的歯科診療情報連携体制整備加算】

初診時（月に1回）	
・電子的歯科診療情報連携体制整備加算1 / 2	9点 / 4点
再診時は医科と同様	

【電子的調剤情報連携体制整備加算】

調剤基本料（月に1回）	
・電子的調剤情報連携体制整備加算	8点

電子的診療情報連携体制整備加算の新設②

電子的診療情報連携体制整備加算の新設②

[施設基準（電子的診療情報連携体制整備加算1）]

- (1) オンライン請求を行っていること。
- (2) [診療報酬明細書を患者に無償で交付](#)していること。
- (3) オンライン資格確認を行う体制を有していること。
- (4) 医師又は歯科医師が、[オンライン資格確認等システム](#)を利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。
- (5) [マイナ保険証利用率](#)が、**30%以上**であること。
- (6) マイナポータルの医療情報等に基づき、患者からの健康管理に係る相談に応じる体制を有していること。
- (7) 明細書発行に関する事項、医療DX推進の体制に関する事項等について、当該保険医療機関の見やすい場所及びウェブサイトに掲載していること。
- (8) [電子処方箋](#)を発行する体制又は調剤した薬剤に関する情報を電子処方箋システムに登録する体制を有していること。
- (9) 以下のアからウの全て又はエを満たす[電子カルテを有していること](#)。
 - ア 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」に準拠した体制であること。
 - イ 電子処方箋管理サービスとの接続インターフェースを有していること。
 - ウ 電子カルテ情報共有サービスとの接続インターフェースを有していること。
 - エ 厚生労働省が認証する電子カルテ製品であること。
- (10) アを満たす又はイ及びウを満たすこと。
 - ア 国等が提供する[電子カルテ情報共有サービス](#)により取得される診療情報等を活用する体制を有していること。
 - イ [地域の複数の医療機関間で検査結果や画像情報等を含む診療情報を共有又は閲覧できるネットワーク](#)であって、以下の（イ）から（ハ）の全てを満たすものを活用する体制を有していること。
 - (イ) 当該ネットワークに参加している保険医療機関の数が10以上であり、そのうち診療情報を開示している病院の数が2以上であること。
 - (ロ) 登録患者数が1,000人以上であること又は新規登録患者数が年間100人以上であること。
 - (ハ) 当該ネットワークの運営主体が連携している医療機関名及び登録患者数をウェブサイトで公表していること。
 - ウ 以下の（イ）及び（ロ）を満たすこと。
 - (イ) 診療情報提供料（I）の検査・画像情報提供加算又は電子的診療情報評価料の施設基準を届け出ていること。
 - (ロ) 当該ネットワークに参加していること及び実際に患者の情報を共有している実績のある保険医療機関の名称について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

電子的診療情報連携体制整備加算1	(1)～(10)の全て
電子的診療情報連携体制整備加算2	(1)～(7)の全てかつ (8)～(10)のいずれか
電子的診療情報連携体制整備加算3	(1)～(7)の全て

電子的診療情報連携体制整備加算の新設③

電子的診療情報連携体制整備加算の新設③

- 医療DX関連施策の進捗状況を踏まえ、普及した関連サービスの活用を基本としつつ、更なる関連サービスの活用による質の高い医療の提供を評価する観点から、診療録管理体制加算の評価を見直し、電子的診療情報連携体制整備加算を新設する。

現行

- 【診療録管理体制加算 1】 140点
- 【診療録管理体制加算 2】 100点
- ・区分の見直し（診療録管理体制加算 2 → 1）
- ・許可病床数200床以上の保険医療機関については、専任の医療情報システム安全管理責任者を配置すること。
- 【診療録管理体制加算 3】 30点
- ・区分の見直し（診療録管理体制加算 3 → 2）



改定後

- (削除)
- 【診療録管理体制加算~~1~~】 100点
- (削除)
- 【診療録管理体制加算~~2~~】 30点

入院基本料等加算

(新) 電子的診療情報連携体制整備加算 1

(新) 電子的診療情報連携体制整備加算 2

160点 (入院初日)

80点 (入院初日)



[施設基準（電子的診療情報連携体制整備加算 1）]

- (1) オンライン請求を行っていること。
- (2) 明細書を患者に無償で交付していること。
- (3) オンライン資格確認を行う体制を有していること。
- (4) オンライン資格確認等システムを利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。
- (5) マイナ保険証利用率が、30%以上であること。
- (6) オンライン資格確認等システムを有していること。
- (7) マイナポータル上の医療情報等に基づき、患者からの健康管理に係る相談に応じる体制を有していること。
- (8) 明細書発行に関する事項、医療DX推進の体制に関する事項等について、当該保険医療機関及びウェブサイトに掲載していること。
- (9) 厚生労働省「安全管理ガイドライン」に準拠した体制であること。
- (10) 「安全管理ガイドライン」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。
- (11) 専任の医療情報システム安全管理責任者は、情報セキュリティマネジメントや情報処理安全確保支援士の資格を有していることが望ましい。
- (12) 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れたオフラインで保管していること。
- (13) 非常時を想定した医療情報システムの利用が困難な場合の対応や復旧に至るまでの対応についての業務継続計画（BCP）を策定し、少なくとも年1回程度、定期的に訓練・演習を実施すること。また、その結果を踏まえ、必要に応じて改善に向けた対応を行っていること。

健康診断等の受診後における初再診料等の算定方法の明確化

- 健康診断、検診及び予防接種等（健診等）の受診後に、健診等に関する疾病に対して保険診療を実施する場合について、当該保険診療に係る初再診料等の算定方法を明確化する。
 - 健診等の費用は、「療養の給付と直接関係ないサービス等」として別途徴収できることを明確化する。
 - 健診等受診後に、健診等に関する疾病について、同日に1回の受診で保険診療を行う場合、現行の初診料の取扱いと同様に、再診料及び外来診療料（再診料等）は算定できないことを明確化する。
 - 健診等受診後に、健診等に関する疾病について、別受診で保険診療を行う場合には、現行の保険診療における再診料の取扱いと同様に、再診料等を算定することを明確化する。

◆ 健診等に関する疾病に対して保険診療を実施する場合

（特定の疾病を対象としない健診等については、健診等の結果、診断された疾病又は疑いがあると診断された疾病を含む。）

		健康診断、検診、予防接種等（健診等）を基準として、保険診療を		
		同日に1回の受診で実施	同日別受診で実施	翌日以降に実施
当該保険医療機関において保険診療の受診をしたことのない患者		初診料・再診料等は算定不可(※)		再診料等を算定
保険医療機関に通院し、 保険診療で精査中・治療中の患者 （例：糖尿病で通院）	精査中・治療中の疾病と関連する健診等 （例：特定健診後に糖尿病の保険診療を実施）	初診料・再診料等は算定不可(※)		再診料等を算定
	精査中・治療中の疾病と関連しない健診等 （例：〇△がん検診後に〇△がんに関する保険診療を実施）	初診料・再診料等は算定不可(※)		再診料等を算定

（※）再診料等の費用が含まれる特掲診療料及び当該費用を併せて算定できない特掲診療料についても算定できない。ただし、第3部検査、第4部画像診断、第5部投薬、第6部注射、第7部リハビリテーション、第9部処置、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部病理診断に掲げる診療を保険診療として実施する場合（当該診療の費用が他の特掲診療料に含まれる場合を含む。）には、この限りではない。

- 健診等の結果、疾病又はその疑いがあると診断された患者について、治療方針を確立する等のために検査を行う必要がある場合には、当該検査が当該健診等の一環としてあらかじめ計画又は予定されていたものではないことが客観的に明らかである場合に限り、当該検査に係る費用について、診療報酬を算定できる。
- 当該健診等の結果、特に治療の必要性を認め治療を開始した場合には、当該治療に係る費用（上記で算定不可とされているものを除く。）について、診療報酬を算定できる。

◆ 健診等と直接関係のない疾病に対して保険診療を実施する場合

		健康診断、検診、予防接種等（健診等）を基準として、保険診療を		
		同日に1回の受診で実施	同日別受診で実施	翌日以降に実施
当該保険医療機関において保険診療の受診をしたことのない患者		初診料を算定		初診料を算定
保険医療機関に通院し、 保険診療で精査中・治療中の患者 （例：糖尿病で通院）	精査中・治療中の疾病と関連する健診等 （例：特定健診後に足関節捻挫の保険診療を実施）	再診料等を算定		再診料等を算定
	精査中・治療中の疾病と関連しない健診等 （例：がん検診に足関節捻挫の保険診療を実施）	再診料等を算定		再診料等を算定

2 - 2. 外来・在宅医療 ～オンライン診療～

- D to P with N のオンライン診療のルール等の明確化
- オンラインによる外来栄養食事指導料の見直し
- オンラインによる看護師の指導（在宅療養指導料）の評価

D to P with N のオンライン診療の評価に係る全体像（イメージ）

(A) 訪問看護指示書及び訪問看護計画に基づく定期的な訪問（訪問看護）

(B) 予定された訪問看護がない場合

① 医師と同一の医療機関の看護師等の場合

- 【医療機関で算定】
- 情報通信機器を用いた診療
 - 訪問看護の費用**（在宅患者訪問看護・指導料等）

- 【医療機関で算定】
- 情報通信機器を用いた診療
 - 訪問看護遠隔診療補助料**（在宅患者訪問看護・指導料は算定不可）

② 訪問看護の指示を受けた訪問看護STの看護師等の場合

- 【医療機関で算定】
- 情報通信機器を用いた診療
- 【訪看STで算定】
- 指定訪問看護の費用**（訪問看護療養費）

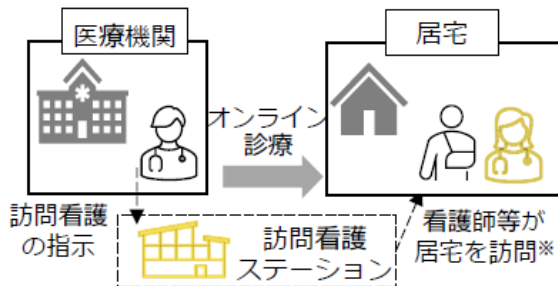
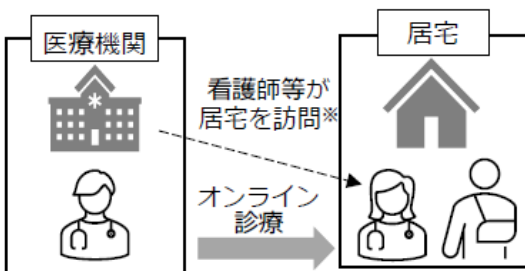
- <医療保険の訪問看護対象者>
- 情報通信機器を用いた診療 【医療機関で算定】
 - 訪問看護遠隔診療補助料** 【訪看STで算定】
- <医療保険の訪問看護対象者以外の場合>
- 情報通信機器を用いた診療 【医療機関で算定】
 - 訪問看護遠隔診療補助料** 【医療機関で算定 ※合議精算】

検査：[看護師等遠隔診療検査実施料](#)（第3節生体検査料、第4節診断穿刺・検体採取料） [第1節検体検査料は別途算定可](#)
 注射：[看護師等遠隔診療注射実施料](#)
 処置：[看護師等遠隔診療処置実施料](#) **薬剤料、特定保険医療材料料は別途算定可**

① 医師と同一の医療機関の看護師等の場合

② 訪問看護の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等の場合

(※) 看護師等が患者の居宅を訪問する場合における、訪問看護との関係



状況	想定される事例
(A) 訪問看護指示書及び訪問看護計画に基づく定期的な訪問（訪問看護）	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 訪問時に緊急に医師の診察が必要であると判断した場合 ✓ 予め訪問看護と医師の診察を同時刻に予定している場合
(B) 予定された訪問看護がない場合	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 医師の診察の補助の目的で訪問した場合

D to P with N のオンライン診療の評価の明確化①

訪問看護遠隔診療補助料の新設

- D to P with Nによるオンライン診療の適正な推進の観点から、訪問看護を同時に実施しない場合であって、看護師等が患家に訪問する場合の訪問及び診療の補助に係る評価を新設する。

(新) 訪問看護遠隔診療補助料 (1日につき) 265点

[留意事項通知 (主なもの)]

- 訪問看護遠隔診療補助料は、保険医療機関の医師が、情報通信機器を用いた診療に際し、当該保険医療機関の看護師等が行う指定訪問看護・指導又は訪問看護ステーションの看護師等が訪問看護計画書に基づいて行う指定訪問看護以外の場面で、在宅で療養を行っている又は緊急に診療を要する患者であって通院が困難なものに、看護師等が同席の下で診療を行う必要があると判断した場合に、患者の同意を得て、看護師等が患家を訪問し、情報通信機器を用いた診療の補助を行った場合に、月に1回に限り算定する。ただし、医師又は看護師の配置が義務付けられている施設に入所している患者（給付調整告示等により規定する場合を除く。）については、算定しない。
- 訪問看護遠隔診療補助料は、看護師等が患者と同席の下で行う診療のうちア又はイの場合における看護師等による訪問を評価するものである。
 - ア 医療保険又は介護保険の訪問看護と一体的に実施されない場合に、情報通信機器を用いた診療を行う保険医療機関自身が当該診療時に看護師等を患家に訪問させる場合
 - イ 医療保険又は介護保険の訪問看護と一体的に実施されない場合に、当該保険医療機関と連携する訪問看護ステーションによる訪問を併用して行われる場合
- 当該点数を算定する場合、「C005」在宅患者訪問看護・指導料、「C005-1-2」同一建物居住者訪問看護・指導料、「C007」訪問看護指示料、「I012」精神科訪問看護・指導料及び訪問看護療養費は別に算定できないが、「C005-2」在宅患者訪問点滴注射管理指導料は算定できる。
- 緊急に診療を要する患者であって通院が困難なものに対して行う場合については、患者又は家族等の患者の看護等に当たる者が、当該保険医療機関に対し緊急に直接診療を求め、当該保険医療機関の医師が、看護師等が同席の下で診療を行う必要があると判断し、可及的速やかに患家に看護師等を訪問させて診療の補助を行った場合に算定できるものであり、定期的ないし計画的に情報通信機器を用いた診療を行った場合には算定できない。
- 注1に規定する訪問看護ステーションの看護師等が訪問し診療の補助を行う場合、次の点に留意すること。
 - ア 患家への訪問は当該保険医療機関の依頼と患者の同意に基づき行われるものであることから、訪問にあたって訪問看護指示書の交付は不要。
 - イ 患家において行う情報通信機器を用いて行う診療の補助については、診療時に医師が情報通信機器を用いて指示を行う等の方法により、医師の指示に基づいて行うものであること。
 - ウ 当該点数は訪問看護ステーションからの訪問を評価したものであることから、当該診療報酬については、保険医療機関と訪問看護ステーションの間で合議の上、費用の精算を行うものとする。
 - エ 第3部検査等を含む当該診療の補助に伴う診療報酬の請求については、情報通信機器を用いた診療を行う保険医療機関が行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

[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。

D to P with N のオンライン診療の評価の明確化②

訪問看護遠隔診療補助料の新設②

- 訪問看護指示書の有効期間内の利用者について、訪問看護計画に基づき定期的に行う指定訪問看護以外で、主治医が情報通信機器を用いた診療に際し、看護職員が利用者と同席の下で緊急に診療を受ける必要があると判断した場合に、利用者の同意を得て、訪問看護ステーションの看護職員が訪問し、診療の補助を行うことに係る評価を新設する。

(新) 訪問看護遠隔診療補助料 (1日につき) 2,650円

[留意事項通知 (主なもの)]

- 主治医から訪問看護指示書を受けた利用者の訪問看護計画に基づき定期的に行う指定訪問看護以外であって、主治医が情報通信機器を用いた診療に際し、看護職員が利用者と同席の下で緊急に診療を受ける必要があると判断した場合に、利用者の同意を得て、看護職員が訪問し、診療の補助を行うことについて評価するものであること。
- 訪問看護ステーションの利用者に対して、看護職員が訪問看護計画書に基づき定期的に行う指定訪問看護以外の場合に訪問し、情報通信機器を用いた診療の補助を行った場合は、月に1回に限り算定する。
- 同一日に訪問看護基本療養費、精神科訪問看護基本療養費、訪問看護管理療養費、訪問看護情報提供療養費、訪問看護ターミナルケア療養費、訪問看護ベースアップ評価料及び訪問看護物価対応料は算定できない。
- 1人の利用者に対し、1つの訪問看護ステーションにおいてのみ算定できるものであること。また、同一の利用者について、保険医療機関において医科点数表の区分番号C005-1-3に掲げる訪問看護遠隔診療補助料を算定した場合には、算定できないこと。
- 主治医の求めに応じて、主治医の指示により、訪問看護計画書に基づき定期的に行う指定訪問看護以外の場合における情報通信機器を用いた診療に際し、居宅を訪問し診療の補助を行った場合に算定するものであり、訪問看護指示書の有効期間内にある者のみが算定できる。有効な訪問看護指示書の交付を受けていない利用者については、当該所定額を算定できず、保険医療機関において医科点数表の区分番号C005-1-3に掲げる訪問看護遠隔診療補助料を算定するものであること。
- 居宅を訪問し診療の補助を実施した日時、内容及び対応状況を訪問看護記録書に記録すること。指示を行った主治医は、指示内容を診療録に記録すること。
- 必要な場合は訪問看護指示の変更を受け、訪問看護計画について見直しを行うこと。
- オンライン指針に沿って診療及び診療の補助を行った場合に算定する。

[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保険医療機関と連携しながら診療の補助を行う体制が整備されていること。

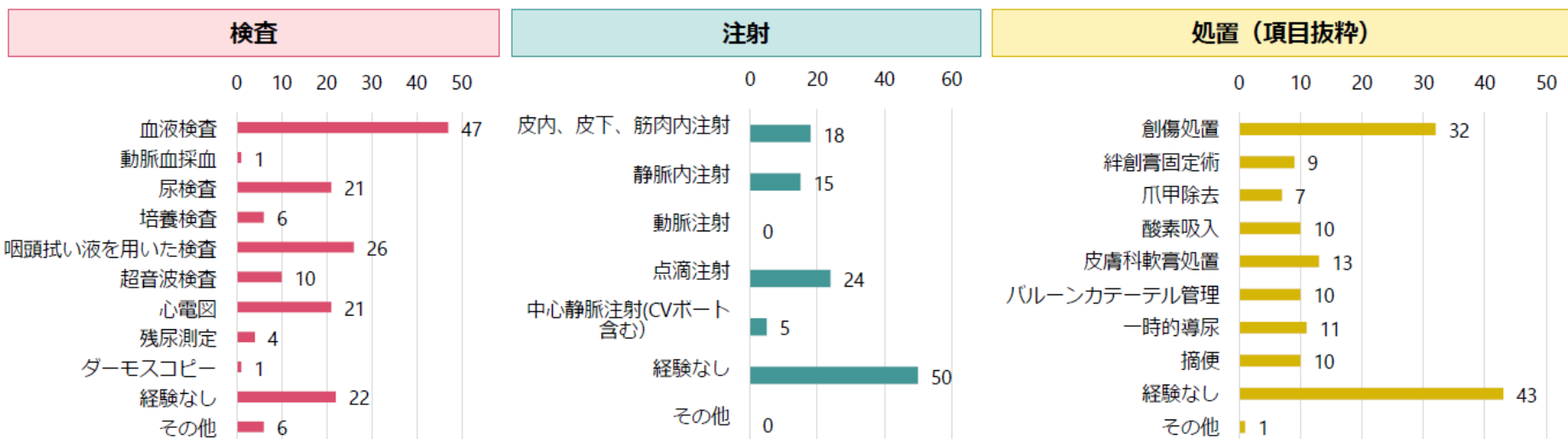
D to P with Nで実施される診療の補助行為

- 平成28年度診療報酬改定において、医師の指示に基づき、在宅医療において看護師等が医師の診療日以外の日に行った検体採取や、使用した特定保険医療材料及び薬剤に関する診療報酬上の取扱いが明確化された。
- 令和7年度厚生労働科学特別研究事業の調査によると、患者が看護師といる場合のオンライン診療において、看護師が実際に実施したことのある診療の補助行為として、検査としては採血、咽頭拭い液を用いた検査、尿検査、心電図等が挙げられ、処置・注射としては点滴注射、創傷処置、皮膚科軟膏処置等が挙げられた。

特定保険医療材料等の算定の明確化（平成28年度診療報酬改定）

訪問看護等	
薬剤	初診、再診又は在宅医療において、患者の診療を担う医師の指示に基づき、当該医師の診療日以外の日には訪問看護ステーション等の看護師等が、患者に対し点滴又は処置等を実施した場合は、当該保険医療機関において、点滴又は処置等に用いた薬剤及び特定保険医療材料（患者に使用した分に限る）の費用を算定できることとする。
特定保険医療材料	
検体検査	初診、再診又は在宅医療において、患者の診療を担う医師の指示に基づき、当該医師の診療日以外の日には訪問看護ステーション等の看護師等が、患者に対し検査のための検体採取等を実施した場合は、当該保険医療機関において、検体検査実施料の費用を算定できることとする。（当該医療機関は、検体採取に当たって必要な試験管等の材料を患者に対して支給する。）

D to P with Nで実施される診療の補助行為の例（調査項目抜粋）（n=81）



出典：令和7年度厚生労働科学特別研究事業「オンライン診療における安全性の向上と実効性の確保のために重要な診療情報や看護師が果たす役割の検討のための研究

D to P with N のオンライン診療の評価の明確化③

算定方法の明確化

- D to P with Nによるオンライン診療の適正な推進の観点から、在宅患者訪問看護・指導料等との併算定方法や、検査及び処置等の算定方法を明確化する。

現行

【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】
[算定要件（通知）]
（新設）

改定後

【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】
[算定要件（通知）]
(36) 訪問看護・指導の実施時に当該保険医療機関の保険医が情報通信機器を用いた診療を実施した場合に、在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料は算定できる。なお、この場合においても、訪問看護・指導の実施時間は十分に確保すること。

（新） 看護師等遠隔診療検査実施料

イ 1種類の場合 100点 ロ 2種類の場合 150点

[算定要件]

- 看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行った場合であって、第3節又は第4節に掲げる検査を実施した場合は、看護師等遠隔診療検査実施料として、第3節又は第4節の各区分の所定点数に代えて、1日につき、いずれかを算定する。

（新） 看護師等遠隔診療注射実施料 100点

[算定要件]

- 看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行った場合であって、第1節に掲げる注射を実施した場合は、看護師等遠隔診療注射実施料として、第1節の各区分の所定点数に代えて1日につき、算定する。ただし、第9部通則第9号に規定する看護師等遠隔診療処置実施料のロを算定する場合は算定しない。

（新） 看護師等遠隔診療処置実施料

イ 1種類の場合 100点 ロ 2種類の場合 150点

[算定要件]

- 看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行った場合であって、第1節に掲げる処置を実施した場合は、看護師等遠隔診療処置実施料として、第1節の各区分の所定点数に代えて、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを算定する。

情報通信機器等を用いた外来栄養食事指導料の見直し

情報通信機器又は電話による追加的な指導の評価

- 情報通信機器等を用いた外来栄養食事指導料について、2回目以降に情報通信機器又は電話により追加的な指導を行った場合の区分を新設する。

現行

【外来栄養食事指導料】

- 9 外来栄養食事指導料
 イ 外来栄養食事指導料 1
 (1) 初回 (略)
 (2) 2回目以降
 ① 対面で行った場合 200点
 ② 情報通信機器等を用いた場合 180点
 (新設)
 □ 外来栄養食事指導料 2
 (1) 初回 (略)
 (2) 2回目以降
 ① 対面で行った場合 190点
 ② 情報通信機器等を用いた場合 170点
 (新設)



改定後

【外来栄養食事指導料】

- 9 外来栄養食事指導料
 イ 外来栄養食事指導料 1
 (1) 初回 (略)
 (2) 2回目以降
 ① 対面で行った場合 200点
 ② 情報通信機器を用いた場合※電話は廃止 180点
 ③ (1)の①又は②の追加的な指導を行った場合 50点
 □ 外来栄養食事指導料 2
 (1) 初回 (略)
 (2) 2回目以降
 ① 対面で行った場合 190点
 ② 情報通信機器を用いた場合※電話は廃止 170点
 ③ (1)の①又は②の追加的な指導を行った場合 45点

[算定要件]

管理栄養士が(1)の患者に対し、対面又は情報通信機器を用いて指導を実施した上で、2回目以降、情報通信機器又は電話を活用した追加的な指導を行った場合に算定できる。なお、指導時間にかかわらず、必要な指導が行われた場合は算定可能である。

- 情報通信機器による指導の実施に当たって、事前に対面による指導と情報通信機器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場合に加えて、対面又は情報通信機器のいずれかによる指導計画を作成した場合も算定可能であることを明確化する。

情報通信機器を用いた療養指導の見直し

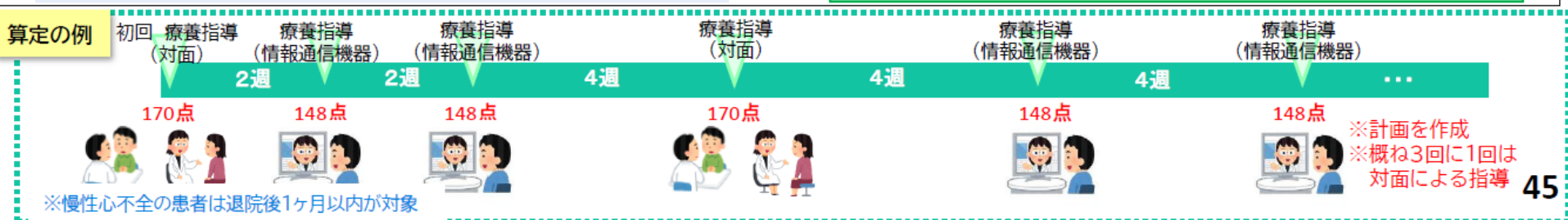
在宅療養指導料の見直し

- ▶ 情報通信機器を用いた療養指導について、対面と組み合わせた実施を適切に推進することにより、患者のセルフケア支援の充実や負担軽減を図る観点から、在宅療養指導料の算定対象者のうち、在宅自己注射指導管理料を算定している患者及び慢性心不全の患者に係る要件を見直す。

現行	
【在宅療養指導料】	
13 在宅療養指導料	170点
[算定要件]	
注1 第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者、器具を装着しておりその管理に配慮を必要とする患者又は退院後1月以内の慢性心不全の患者に対して、医師の指示に基づき保健師、助産師又は看護師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に、患者1人につき月1回（初回の指導を行った月にあつては、月2回）に限り算定する。	
2	（略）



改定後	
【在宅療養指導料】	
13 在宅療養指導料	
イ 初回	
対面で行った場合	170点
ロ 2回目以降	
(1) 対面で行った場合	170点
(2) 情報通信機器を用いた場合	148点
[算定要件]	
注1 第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者、器具を装着しておりその管理に配慮を必要とする患者又は退院後1月以内の慢性心不全の患者（ <u>ロの(2)については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、第2部第2節第1款在宅療養指導管理料のうちC101在宅自己注射指導管理料を算定している患者又は退院後1月以内の慢性心不全の患者に限る。</u> ）に対して、医師の指示に基づき保健師、助産師又は看護師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に、ロについては月1回（ <u>イを算定する月にあつては、イとロを合算して月2回</u> ）に限り算定する。	
2	（略）



2 - 3. 外来・在宅医療 ～医薬品の適正使用～

- 残薬対策（地域包括診療料等、在宅時総合医学管理料等）
- 医師と薬剤師の同時訪問の評価
- 処方せん料の見直し
- 長期処方、リフィル処方箋の活用
- 長期収載品の選定療養

残薬対策に係る地域包括診療加算等の見直し①

地域包括診療加算等の服薬管理等に係る要件の見直し

- 地域包括診療加算及び地域包括診療料について、診療の際、患家における残薬を確認した上で適切な服薬管理を行うことを要件とする。
- 地域包括診療加算及び地域包括診療料の算定患者への処方薬を把握し管理する手段の一つとして、電子処方箋システムの活用が含まれることを明確化する。

現行

【地域包括診療加算】 【地域包括診療料】

【算定要件】

オ 当該患者に対し、以下の指導、服薬管理等を行うこと。

(イ) (略)

(ロ) 他の保険医療機関と連携及びオンライン資格確認を活用して、患者が受診している医療機関を全て把握するとともに、当該患者に処方されている医薬品を全て管理し、診療録に記載すること。必要に応じ、担当医の指示を受けた看護職員等が情報の把握を行うことも可能であること。

(ハ)～(ル) (略)



改定後

【地域包括診療加算】 【地域包括診療料】

【算定要件】

オ 当該患者に対し、以下の指導、服薬管理等を行うこと。

(イ) (略)

(ロ) 他の保険医療機関と連携並びにオンライン資格確認及び電子処方箋システム等を活用して、患者が受診している医療機関を全て把握するとともに、当該患者に処方されている医薬品を全て管理し、診療録に記載すること。また、当該情報に基づき、薬物有害事象のリスクの低減、患者の服薬アドヒアランスの向上や服薬負担の軽減のために処方内容の調整を行う必要がある場合には、当該他の保険医療機関へ処方の変更を依頼するなどにより、処方内容の調整を行うこと。併せて、患家における残薬の状況を患者又はその家族から聴取し、その状況に応じて適切な服薬管理及び処方内容の調整を行うこと。また、担当医の指示を受けた看護職員等が情報の把握を行うことも可能であること。

(ハ)～(ル) (略)

在宅時医学総合管理料等の要件の新設

- 在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料において、診療の際、患家における残薬を確認した上で適切な服薬管理を行うことを要件とする。

現行

【在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料】

【算定要件】

(新設)



改定後

【在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料】

【施設基準】

患家における残薬の状況を患者又はその家族から聴取し、その状況に応じて適切な服薬管理及び処方内容の調整を行うこと。また、担当医の指示を受けた看護職員等が情報の把握を行うことも可能であること。

残薬対策の推進に向けた処方箋様式の見直し

- 保険医療機関と保険薬局が連携して円滑に処方内容を調整することができるよう、処方箋様式の備考欄のうち、保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応の欄について、「調剤する薬剤を減量した上で保険医療機関に情報提供する」ことも保険医療機関が指示できるよう見直し。

残薬対策に係る地域包括診療加算等の見直し②

訪問看護の運営基準の見直し

- 指定訪問看護の提供に当たり、服薬状況（残薬の状況を含む。）の確認も含めて状況等の把握を行う必要があることを明確化する。
- また、服薬状況について、主治医への情報提供とともに、薬局への情報提供を行うことが望ましいことを規定する。

現行

【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】
(心身の状況等の把握)

第九条 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護の提供に当たっては、指定訪問看護を受ける者(以下「利用者」という。)の心身の状況、病歴、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めなければならない。



改定後

【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】
(心身の状況等の把握)

第九条 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護の提供に当たっては、指定訪問看護を受ける者(以下「利用者」という。)の心身の状況、服薬状況、病歴、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めなければならない。

指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準について（通知）

4 運営に関する事項

(5) 心身の状況等の把握（基準省令第9条関係）

基準省令第9条は、適切な指定訪問看護が提供されるようにするため、利用者の病歴、病状、服薬状況（残薬の状況を含む。）、介護の状況、家屋の構造等の家庭環境、他の保健、医療又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるべきことを規定したものであり、これらの利用者に関する記録は、訪問看護記録書に記入し、基準省令第30条の規定に基づき保存しておかなければならないものであること。

(6)～(9) 略

(10) 主治医との関係（基準省令第16条関係）

①～④（略）

⑤ 訪問看護の実施に当たっては、特に保険医療機関内の場合と異なり、看護師が単独で行うことに十分留意するとともに慎重な状況判断等が要求されることを踏まえ、主治医との密接かつ適切な連携を図ること。また、主治医に対して、指定訪問看護の提供に当たり把握した利用者の心身の状況、服薬状況（残薬の状況を含む。）等に係る必要な情報の提供を行うこと。服薬状況（残薬の状況を含む。）については、必要に応じ、利用者の同意を得て利用者に対し調剤を行う保険薬局に情報を提供することが望ましい。

残薬対策に関する主な改定項目

処方時の対応

● 処方時の残薬確認

- ・在宅医療等においては、患家での残薬を確認した上で適切な服薬管理を行うことを求める。

● 処方箋様式の見直し

- ・処方箋様式に指示欄を設け、予め医師が指示していれば、「調剤する薬剤を減量した上で、**保険医療機関に情報提供する**」ことを可能とする。

処方箋			
(この処方箋は、次の医薬品以外に使用できる。)			
処方依頼者		調剤依頼者	
姓 名	〒	姓 名	〒
住所		住所	
科 別	処方依頼年月日	科 別	調剤依頼年月日
調剤依頼内容		調剤依頼内容	
処方指示	調剤する薬剤を減量した上で、 保険医療機関に情報提供する ()		
調剤依頼年月日		調剤依頼年月日	
<input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 調剤する薬剤を減量した上で、保険医療機関へ情報提供			

保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応

- 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤
- 調剤する薬剤を減量した上で、保険医療機関へ情報提供**

調剤時の対応

● 薬局による残薬の確認と調整の評価

- ・調剤報酬に、残薬を発見して調剤する薬剤を減量したときのの評価 **(新) 調剤時残薬調整加算**を新設

在宅訪問時の対応

● 訪問看護の情報連携推進 (訪問看護の運営基準での明確化)

- ・指定訪問看護の提供に当たり、**服薬状況(残薬の状況を含む。)**の確認も含めて利用状況等の把握を行う必要があることを規定する。
- ・服薬状況については、**薬局への情報提供**を行うことが望ましいことを規定する。

● かかりつけ薬剤師による残薬の確認

- ・かかりつけ薬剤師の患家への訪問による服薬管理、残薬状況の確認等の推進を行うため、**(新)かかりつけ薬剤師訪問加算**を新設



医師と薬剤師の同時訪問の推進（再掲）

医科 訪問診療薬剤師同時指導料の新設

- 在宅医療におけるポリファーマシー対策及び残薬対策を推進する観点から、訪問診療を行う医師と訪問薬剤管理指導等を行う薬剤師が、在宅患者を同時訪問することについて、新たな評価を行う。

（新） 訪問診療薬剤師同時指導料（6月に1回） 300点

【算定要件】

- 当該保険医療機関において在宅時医学総合管理料を算定し、他の保険医療機関又は保険薬局において在宅患者訪問薬剤管理指導料又は居宅療養管理指導費（薬剤師が行う場合）を算定する患者に対し、計画的に訪問診療を実施している保険医である医師と、訪問薬剤管理指導を行っている別の保険医療機関又は保険薬局の薬剤師が、事前に当該患者の同意を得た上で、患家に同時に訪問し処方調整等の必要な対応を共同して行った場合に算定する。
- 患者の生活実態に即した薬物療法の最適化を図る観点から、患家における残薬・服薬状況の確認、副作用の早期兆候把握、剤形・用法の変更等を患家において医師と薬剤師が協議し、必要に応じて、医師による処方設計の見直し及び薬剤師による即応的な薬学的支援を実施すること。
- 医師と薬剤師の協議の結果、処方内容に変更がない場合であっても当該指導料を算定することができる。
- 医師及び薬剤師が共同して行った指導の内容及び医師が処方薬の調整を行っていればその要点等について、診療録に記載すること。
- 当該保険医療機関を退院した患者に対して退院の日から起算して1月以内に行った指導の費用は、入院基本料に含まれるものとする。

調剤 訪問薬剤管理医師同時指導料の新設

（新） 訪問薬剤管理医師同時指導料（6月に1回） 150点

【算定要件】

- 在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに対し、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者に対して在宅患者訪問薬剤管理指導又は居宅療養管理指導を実施している保険薬剤師が、訪問診療を実施している保険医療機関の保険医と同時に患家を訪問し、薬学的管理指導を行った場合に、6月に1回に限り算定する。
- 算定対象患者は、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費（いずれも個人宅への訪問の場合に限る。）を算定する患者とする。
- 同時に訪問を行う「訪問診療を実施している保険医療機関の保険医」は、所属する保険医療機関において在宅時医学総合管理料を算定し、当該患家の患者の主治医であるものとする。
- 在宅患者緊急時等共同指導料又は在宅移行初期管理料に係る必要な指導等を同日に行った場合は、算定しない。

処方箋料の見直し

処方箋料の見直し

- 後発医薬品の置き換えの進展等を踏まえ、一般名処方加算の評価を見直す。

現行

【処方箋料】
注1～5 (略)
6 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算する。

イ 一般名処方加算1	10点
ロ 一般名処方加算2	8点

7・8 (略)



改定後

【処方箋料】
注1～5 (略)
6 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算する。

イ 一般名処方加算1	8点
ロ 一般名処方加算2	6点

7・8 (略)

- バイオ後続品の使用促進の観点から、一般名処方加算について、バイオ後続品のあるバイオ医薬品の一般名処方を行う場合も評価の対象とする。
- 同一の患者に対して、同一診療日に、一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を院外処方箋により投薬することは原則として認められていないが、緊急やむを得ずこのような投薬を行った場合の取扱いについて、明確化する。

現行

【処方箋料】
[算定要件]
(9) 同一の患者に対して、同一診療日に、一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を院外処方箋により投薬することは、原則として認められない。
また、注射器、注射針又はその両者のみを処方箋により投与することは認められない。



改定後

【処方箋料】
[算定要件]
(9) 同一の患者に対して、同一診療日に、一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を院外処方箋により投薬することは、原則として認められない。ただし、緊急やむを得ない事態が生じ、このような方法による投薬を行った場合は、「F000」調剤料及び「F100」処方料は算定せず、院内投薬に係る「F200」薬剤及び処方箋料を算定し、当該診療報酬明細書の「摘要欄」に、その日付並びに理由を記載すること。ここでいう「緊急やむを得ない事態」とは、常時院外処方箋による投薬を行っている患者に対して、患者の症状等から緊急に投薬の必要性を認めて臨時的に院内投薬を行った場合又は常時院内投薬を行っている患者に対して、当該保険医療機関で常用していない薬剤を緊急かつ臨時的に院外処方箋により投薬した場合をいう。
また、注射器、注射針又はその両者のみを処方箋により投与することは認められない。

長期処方・リフィル処方箋の活用に係る医学管理料等の見直し

長期処方・リフィル処方箋の活用に係る医学管理料等の見直し

- ▶ 長期処方及びリフィル処方箋による処方の活用を適切に推進する観点から、患者の状況等に合わせて医師の判断により、長期処方やリフィル処方箋による処方に対応可能であることを患者に周知することについて、以下の管理料等の要件に追加する。

- 特定疾患療養管理料
- 皮膚科特定疾患指導管理料
- 婦人科特定疾患治療管理料
- 耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料
- 二次性骨折予防継続管理料
- 小児科外来診療料

(参考) 引き続き要件である管理料等

- 地域包括診療加算
- 地域包括診療料
- 生活習慣病管理料 (I)
- 生活習慣病管理料 (II)



改定後

[算定要件]

患者の状態に応じ、28日以上 of 長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示するとともに、患者から求められた場合に、患者の状態を踏まえて適切に対応を行うこと。

[施設基準]

患者の状態に応じ、28日以上 of 長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示すること。

- ▶ リフィル処方箋の患者認知度を向上する観点から、処方箋様式にリフィル処方箋に関する説明を追記する。

改定後

※リフィル処方箋とは、症状が安定している患者に発行し、最大3回まで反復利用できる処方箋

長期収載品の選定療養

- ▶ 長期収載品の選定療養について、後発医薬品の供給状況や患者負担の変化にも配慮しつつ、創薬イノベーションの推進や後発医薬品の更なる使用促進に向けて、患者負担の見直しを行う。

現行

【長期収載品の選定療養の患者負担額】

後発医薬品のある先発医薬品の薬価から当該先発医薬品の後発医薬品の薬価を控除して得た価格に**四分の一**を乗じて得た価格を用いて診療報酬の算定方法の例により算定した点数に十円を乗じて得た額

改定後

【長期収載品の選定療養の患者負担額】

後発医薬品のある先発医薬品の薬価から当該先発医薬品の後発医薬品の薬価を控除して得た価格に**二分の一**を乗じて得た価格を用いて診療報酬の算定方法の例により算定した点数に十円を乗じて得た額



- ▶ 時間外の選定療養について、医療機関のみであったところを薬局についても追加する。

現行

【厚生労働大臣が定める評価療養、患者申出療養及び選定療養】

3 保険医療機関が表示する診療時間以外における診療

改定後

【厚生労働大臣が定める評価療養、患者申出療養及び選定療養】

3 保険医療機関**又は保険薬局**が表示する診療時間**又は開店時間**以外の時間における診療**等**

2-4. 外来・在宅医療 ～質の高い在宅医療の推進～

- **地域において重症患者の訪問診療や在宅看取り等を積極的に担う医療機関の評価**
 - 在宅医療充実体制加算の新設
- **在宅療養支援診療所・病院の見直し**
 - 連携型機能強化型在支診の細分化
 - 第三者によるオンコール、往診体制の要件の明確化
 - BCPの策定
- **在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料の月2回以上の要件設定**
- **退院直後の管理栄養士の関わりの評価**
- **在宅療養指導管理材料の見直し**
- **CPAP、SASの評価の見直し**



十分な経験を有する
在宅医療を提供する医師の配置

在宅看取り等の十分な実績

地域の重症患者への訪問診療の
提供



他の在宅医療機関の支援機能

連携型の機能強化型在宅療養支援
診療所・病院
➡地域の24時間往診体制への貢献
の度合いに応じて、よりきめ細かく評価
(他医の患者への緊急往診を評価)



医育機能

① 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の見直し

在宅医療充実体制加算の新設及び在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の廃止

- 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算について、在宅医療において積極的役割を担う医療機関を更に評価する観点から、在宅医療充実体制加算に名称を変更した上で、要件及び評価を見直す。

現行

【在宅時医学総合管理料】

在宅緩和ケア充実診療所・病院加算

(1) 単一建物診療患者が1人の場合	400点
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	200点
(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	100点
(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	85点
(5) (1)から(4)まで以外の場合	75点

【施設入居時等医学総合管理料】

在宅緩和ケア充実診療所・病院加算

(1) 単一建物診療患者が1人の場合	300点
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	150点
(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	75点
(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	63点
(5) (1)から(4)まで以外の場合	56点

【緊急往診加算、夜間・休日往診加算、深夜往診加算】

在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 100点

【ターミナルケア加算】

在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 1,000点

【在宅がん医療総合診療料】

在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 150点

【施設基準】

在宅緩和ケアを行うにつき十分な体制が整備され、相当の実績を有していること。

改定後

【在宅時医学総合管理料】

在宅医療充実体制加算

(1) 単一建物診療患者が1人の場合	<u>800点</u>
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	<u>400点</u>
(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	<u>200点</u>
(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	<u>170点</u>
(5) (1)から(4)まで以外の場合	<u>150点</u>

【施設入居時等医学総合管理料】

在宅医療充実体制加算

(1) 単一建物診療患者が1人の場合	<u>600点</u>
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	<u>300点</u>
(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	<u>150点</u>
(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	<u>126点</u>
(5) (1)から(4)まで以外の場合	<u>112点</u>

【緊急往診加算、夜間・休日往診加算、深夜往診加算】

在宅医療充実体制加算 200点

【ターミナルケア加算】

在宅医療充実体制加算 2,000点

【在宅がん医療総合診療料】

在宅医療充実体制加算 300点

【施設基準】

地域の重症な在宅患者に対し質の高い診療を行うにつき十分な体制が整備され、相当の実績を有していること。



在宅医療充実体制加算の新設②

在宅医療充実体制加算の施設基準

➤ **地域の重症な在宅患者に対し質の高い診療**を行うにつき十分な体制が整備され、相当の実績を有していること。

[具体的な要件の概要]

充実した人員等の体制	<ul style="list-style-type: none"> ○ 在宅医療を担当する常勤換算医師数が3名以上かつ常勤医師数が2名以上配置していること。 ○ 機能強化型の在支診・病であって、自院単独で24時間連絡体制及び往診体制を確保していること。
看取り・緩和ケア等の提供機能	<ul style="list-style-type: none"> ○ 過去1年間で、緊急往診の実績を30件以上かつ看取りの実績を30件以上有すること。 ○ 緩和ケア研修を修了している常勤の医師が、在宅医療を担当していること。 ○ 末期の悪性腫瘍等の患者自らが注射によりオピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法を実施した実績を、過去1年間に2件以上有していること、又は過去に5件以上実施した経験のある常勤の医師が配置されており、オピオイド系鎮痛薬を投与した実績を過去1年間に10件以上有していること。 ○ 緩和ケア病棟又は在宅での1年間の看取り実績が10件以上の保険医療機関において、3か月以上の勤務歴がある常勤の医師が在宅医療を担当していること。 ○ 看取り実績及び十分な緩和ケアが受けられる旨の掲示等、患者への必要な情報提供を行うこと。
重症患者の診療体制	<ul style="list-style-type: none"> ○ 当該保険医療機関が在宅医療を提供する患者のうち、「別表第8の2」に該当する重症度の高い患者が2割以上であること。 ○ 訪問診療を担当する時間について常勤換算した医師数1人当たりの、訪問診療を実施する患者の実人数が100人以下であること。
I C Tを活用した多職種連携	<ul style="list-style-type: none"> ○ 在宅医療情報連携加算に係る届出を行っていること。
医師等の教育実績	<ul style="list-style-type: none"> ○ 過去2年度以内に、以下のいずれかの実績があること。(在宅医療に携わるものに限る。) <ul style="list-style-type: none"> ・ 大学の医学部医学科の単位認定を目的とした地域医療実習生の受入 ・ 協力型臨床研修病院又は臨床研修協力施設として、地域医療の研修を目的とした研修医の受入 ・ 内科領域、総合診療領域又は小児科領域の専門研修基幹施設又は専門研修連携施設として、専門研修を目的とした専攻医の受入 ・ 地域枠等の卒業後に都道府県内で一定期間医師として就業する契約を当該都道府県と締結している医師又はこれに準ずる医師（研修医を含む。）の受入
在宅データの提出	<ul style="list-style-type: none"> ○ 在宅データ提出加算に係る届出を行っていることが望ましいこと。

(参考) 在宅療養支援診療所・病院の施設基準

	在宅療養支援診療所			在宅療養支援病院		
	機能強化型		従来型	機能強化型		従来型
	単独型	連携型		単独型	連携型	
全ての 在支診・在支 病の基準	① 24時間の連絡応需体制 ② 24時間の往診体制 ③ 24時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑥ 適切な意思決定支援に係る指針の作成 ⑦ 訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備 ⑧ 介護保険施設から求められた場合、協力医療機関として定められることが望ましい ⑨ <u>業務継続計画の策定</u>			① 許可病床200床未満*であること又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないこと ※ 医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては280床未満 ② 往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること		
機能強化型 在支診・在支 病に追加で求 める基準	① 在宅医療を担当する常勤の医師が3人以上 ② 過去1年間の緊急往診の実績が10件以上	① 在宅医療を担当する常勤の医師が連携内で3人以上 ② 過去1年間の緊急往診の実績が連携内で10件以上、かつ、各医療機関で4件以上 ③ <u>自院での連続する24時間の往診体制を月に4回以上確保</u>	① 在宅医療を担当する常勤の医師が3人以上 ② 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績が10件以上 ・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上 ・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ている	① 在宅医療を担当する常勤の医師が連携内で3人以上 ② 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績が10件以上、かつ各医療機関で4件以上 ・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上 ・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ている	④ 過去1年間の看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績のいずれかが4件以上 ⑤ 在宅医療の提供に係る積極的役割を担うことが望ましい ⑥ 3月に2,100回以上訪問診療を実施する場合、在宅データ提出加算の届出	④ 過去1年間の看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績のいずれかが4件以上 ⑤ 在宅医療の提供に係る積極的役割を担うことが望ましい ⑥ 3月に2,100回以上訪問診療を実施する場合、在宅データ提出加算の届出

在宅療養支援診療所・病院の見直し①

連携型機能強化型在宅療養支援診療所の細分化

- 連携型機能強化型在宅療養支援診療所において、地域の24時間医療提供体制を支える医療機関を更に評価する観点から、平時から訪問診療等を行っている医師により、時間外往診体制を確保している施設と、それ以外の施設に評価を分ける。

現行

【連携型機能強化型在宅療養支援診療所】

他の保険医療機関と地域における在宅療養の支援に係る連携体制（中略）を構築している診療所であって、以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。

ア・イ （略）

ウ 当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と協力して、患者の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患者に提供していること。（後略）

エ～ツ （略）



改定後

【連携型機能強化型在宅療養支援診療所】

他の保険医療機関と地域における在宅療養の支援に係る連携体制（中略）を構築している診療所であって、以下の要件のいずれかに該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。

ア 以下の要件のいずれにも該当すること。

①・② （略）

③ 当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と協力して、患者の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患者に提供していること。また、当該保険医療機関において普段から訪問診療等（往診担当日の前日又はそれ以前において当該保険医療機関の診療録を閲覧できる医師であって、必要に応じて往診の対象となる患者の診療方針等について訪問診療を行う医師と共有している、当該保険医療機関からの往診経験を10回以上有する往診担当医師を含む。）を行う医師による、連続する24時間の往診体制を月に4回以上確保していること。（後略）

④～⑱ （略）

イ 以下の要件のいずれにも該当すること。

※現行と同様

※ 機能強化型在宅療養支援診療所としての点数（往診加算、在宅ターミナルケア加算、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料）は、今後はアのみが対象となり、イの場合（現行の機能強化型在宅療養支援診療所の施設基準のうちアを満たさない場合は在宅療養支援診療所としての点数を算定する。

なお、アが連携型機能強化型在宅療養支援診療所の施設基準を満たすためには、引き続き、ア・イのいずれと連携することも可能。

在宅療養支援診療所・病院の見直し②

第三者による連絡体制・往診体制の代行に係る要件の明確化

- 安心・安全な医療提供体制を確保する観点から、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、**第三者（株式会社等）の利用によって24時間連絡体制及び往診体制を確保する場合に係る要件を明確化する。**

現行

【単独型機能強化型在宅療養支援診療所】
診療所であって、当該診療所単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。

ア (略)

イ 当該診療所において、24時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ指定するとともに、当該担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供していること。なお、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等を文書上に明示すること。

ウ 当該診療所において、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。（後略）

エ～ツ (略)

改定後

【単独型機能強化型在宅療養支援診療所】
診療所であって、当該診療所単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。

ア (略)

イ 当該診療所において、24時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ指定するとともに、当該担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供していること。なお、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等を文書上に明示すること。**また、患者又はその看護を行う家族に提供する連絡先をコールセンター等が担う場合は、その旨をあらかじめ患者又はその看護を行う家族に説明した上で、当該保険医療機関において当該コールセンター等からの連絡を24時間受ける体制を確保していること。**

ウ 当該診療所において、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。
（中略）**なお、やむを得ない事由により患家に事前に氏名を提供していない往診医が往診をする場合であっても、当該往診医は往診日以前に当該保険医療機関において当該保険医療機関の在宅医療を担当する常勤医師と事前に面談し、診療方針等の共有を行っている者に限られるものであり、それ以外の者が往診することは、往診が可能な体制の確保には該当しない。また、患家に事前に氏名を提供していない往診医による往診体制を確保している場合、当該医師は常時1人以下であること。**

エ～ツ (略)

※ 他の在宅療養支援診療所及び病院においても同様。

在宅療養支援診療所・病院の見直し③

業務継続計画の策定

- 災害時における在宅患者への診療体制を確保する観点から、在宅療養支援診療所・病院の要件に、業務継続計画の策定及び定期的な見直しを行うことを追加する。

現行

【在宅療養支援診療所・病院】
【施設基準】
(新設)



改定後

【在宅療養支援診療所・病院】
【施設基準】
「BCP策定の手引き」(厚生労働省在宅医療の災害時における医療提供体制強化支援事業専門家委員会作成)等を参考に、当該保険医療機関の実情に応じて、災害等の発生時において、当該保険医療機関において在宅医療の提供を行う患者に対する医療の提供を継続的に実施することを目指すこと、非常時の体制で早期の業務再開を図ること及び患者と職員の安全を確保すること等を目的とした計画(以下この項において「業務継続計画」という。)を策定し、当該計画に従い必要な措置を講ずること。また、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うこと。

看取り数等の報告要件の削除

- 業務の簡素化を図る観点から、看取り数等の報告に係る要件を削除する。

現行

【在宅療養支援診療所・病院】
【施設基準】
年に1回、在宅看取り数及び地域ケア会議等への出席状況等を別添2の様式11の3を用いて、地方厚生(支)局長に報告していること。



改定後

【在宅療養支援診療所・病院】
【施設基準】
(削除)

在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の見直し

月2回以上訪問診療区分における重症患者割合要件の新設

- 患者の医療・介護の状態を踏まえた適切な訪問診療の提供を推進する観点から、在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の「月2回以上訪問診療を行っている場合（難病等を除く。）」の算定に当たって、月2回以上の訪問診療を行う患者数に占める重症度の高い患者（別表第8の2）と包括的支援加算の対象患者（別表第8の3）のいずれかに該当する患者割合が2割以上であることを要件に追加する。

改定後

【在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料】

注16 月2回以上訪問診療を行っている場合（1のイの(2)、1のイの(3)、1のロの(2)、1のロの(3)、2のロ、2のハ、3のロ及び3のハ）について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、月1回訪問診療を行っている場合（それぞれ1のイの(4)、1のイの(4)、1のロの(4)、1のロの(4)、2のニ、2のニ、3のニ及び3のニ）を算定する。

【別に厚生労働大臣が定める基準】

以下のいずれかに該当すること。

- 直近3か月に、在宅患者訪問診療料を月2回以上算定する患者の延べ診療月数が30月未満であること。
- 直近3か月に、在宅患者訪問診療料を月2回以上算定する患者の延べ診療月数が30月以上であり、次を満たすこと。

$$\left[\begin{array}{l} \text{在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料の} \\ \text{「別に厚生労働大臣が定める状態の患者} \\ \text{〈別表第8の2に該当する患者〉に対し、} \\ \text{月2回以上訪問診療を行っている場合」の算定回数} \end{array} \right] + \left[\begin{array}{l} \text{在宅患者訪問診療料を} \\ \text{月2回以上算定し、} \\ \text{包括的支援加算を算定する患者の} \\ \text{延べ訪問診療月数} \end{array} \right] + \left[\begin{array}{l} \text{在宅がん医療総合診療料} \\ \text{を算定する患者の} \\ \text{延べ訪問診療月数} \end{array} \right] \geq 0.2$$

（注1）

注1 ただし、当該保険医療機関において、4か月前から1年前までの間に3月以上連続して訪問診療を行った後、当該保険医療機関の外来を直近3か月のうち1月以上を含む連続した3月受診した患者数がある場合は、当該患者数に3月を乗じた月数を差し引くことができる。

※ 当該基準の該当可否については、毎年2月、5月、8月及び11月に確認し、変更がある場合は同月中に速やかに届出を行うこと。

⑥ 在宅時医学総合管理料等及び在宅療養支援診療所等の見直し

(参考) 重症度の高い患者等

重症度の高い患者 (別表第8の2)

- 1 次に掲げる疾患に罹患している患者
末期の悪性腫瘍、スモン、指定難病、後天性免疫不全症候群、脊髄損傷、真皮を越える褥瘡
- 2 次に掲げる状態の患者
在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている状態、在宅血液透析を行っている状態、在宅酸素療法を行っている状態、在宅中心静脈栄養法を行っている状態、在宅成分栄養経管栄養法を行っている状態、在宅自己導尿を行っている状態、在宅人工呼吸を行っている状態、植込型脳・脊髄刺激装置による疼痛管理を行っている状態、肺高血圧症であってプロスタグランジン₂製剤を投与されている状態、気管切開を行っている状態、気管カニューレを使用している状態、ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態、人工肛門又は人工膀胱を設置している状態

包括的支援加算の対象患者 (別表第8の3)

以下のいずれかに該当する患者

- 要介護3以上に相当する患者
- 認知症高齢者の日常生活自立度でランクⅢ以上の患者
- 月4回以上の訪問看護を受ける患者
- 訪問診療時又は訪問看護時に、注射や処置を行っている患者
- 特定施設等の入居者の場合には、医師の指示を受けて、看護師が痰の吸引や経管栄養の管理等の処置を行っている患者
- 麻薬の投薬を受けている患者
- 医師の指導管理のもと、家族等が処置を行っている患者等、関係機関等との連携のために特に重点的な支援が必要な患者

⑥ 在宅時医学総合管理料等及び 在宅療養支援診療所等の見直し

(参考) 令和8年度改定事項と在医総管・施設総管の関係

② 連携型機能強化型在支診の細分化

③ 第三者による連絡体制・往診体制の代行に係る要件の明確化

在宅時 医学総合管理料	機能強化型在支診・在支病 (病床あり)					機能強化型在支診・在支病 (病床なし)					連携型機能強化型在支診 (往診体制未確保)・ 従来型在支診・在支病					その他				
	1人	2~ 9人	10人 ~ 19人	20人 ~ 49人	50人 ~	1人	2~ 9人	10人 ~ 19人	20人 ~ 49人	50人 ~	1人	2~ 9人	10人 ~ 19人	20人 ~ 49人	50人 ~	1人	2~ 9人	10人 ~ 19人	20人 ~ 49人	50人 ~
①月2回以上訪問 (難病等)	5,385	4,485	2,865	2,400	2,110	4,985	4,125	2,625	2,205	1,935	4,585	3,765	2,385	2,010	1,765	3,235	2,820	1,785	1,500	1,315
②月2回以上訪問	4,485	2,385	1,185	1,065	905	4,085	2,185	1,085	970	825	3,685	1,985	985	875	745	2,735	1,460	735	655	555
③(うち1回は情報 通信機器を用いた 診療)	3,014	1,670	865	780	660	2,774	1,550	805	720	611	2,554	1,450	765	679	578	2,014	1,165	645	573	487
④月1回訪問	2,745	1,485	765	670	575	2,505	1,365	705	615	525	2,285	1,265	665	570	490	1,745	980	545	455	395
⑤(うち2月日は 情報通信機器を用 いた診療)	1,500	828	425	373	317	1,380	768	395	344	292	1,270	718	375	321	275	1,000	575	315	264	225
施設入居時等 医学総合管理料	1人	2~ 9人	10人 ~ 19人	20人 ~ 49人	50人 ~	1人	2~ 9人	10人 ~ 19人	20人 ~ 49人	50人 ~	1人	2~ 9人	10人 ~ 19人	20人 ~ 49人	50人 ~	1人	2~ 9人	10人 ~ 19人	20人 ~ 49人	50人 ~
①月2回以上訪問 (難病等)	3,885	3,225	2,865	2,400	2,110	3,585	2,955	2,625	2,205	1,935	3,285	2,685	2,385	2,010	1,765	2,435	2,010	1,785	1,500	1,315
②月2回以上訪問	3,185	1,685	1,185	1,065	905	2,885	1,535	1,085	970	825	2,585	1,385	985	875	745	1,935	1,010	735	655	555
③(うち1回は情報 通信機器を用いた 診療)	2,234	1,250	865	780	660	2,054	1,160	805	720	611	1,894	1,090	765	679	578	1,534	895	645	573	487
④月1回訪問	1,965	1,065	765	670	575	1,785	975	705	615	525	1,625	905	665	570	490	1,265	710	545	455	395
⑤(うち2月日は 情報通信機器を用 いた診療)	1,110	618	425	373	317	1,020	573	395	344	292	940	538	375	321	275	760	440	315	264	225

① 月2回区分における重症患者割合要件の新設

退院直後の訪問栄養食事指導に関する評価の新設

退院後訪問栄養食事指導料の新設

- 入院中に栄養管理の必要性が高い患者が、安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるよう支援する観点から、退院直後に、入院保険医療機関の管理栄養士が患家等を訪問し、患者又はその家族等に対して、退院後の在宅における栄養管理や食生活に関する指導を行った場合の評価を新設する。

(新) 退院後訪問栄養食事指導料 (1回につき) 530点

[対象患者]

疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する別表第三に掲げる特別食を必要とする患者、がん患者、摂食機能又は嚥下機能が低下した患者、低栄養状態にある患者

[算定要件]

- 保険医療機関を退院した対象患者に対して、円滑な在宅療養への移行及び在宅療養の継続のため、保険医療機関の医師の指示に基づき、当該保険医療機関の管理栄養士が患家等を訪問し、具体的な献立等によって栄養管理に係る指導を行った場合に、当該保険医療機関を退院した日から起算して1月以内(退院日を除く。)の期間に限り、4回を限度として算定する。
- この場合において、区分番号B001の9に掲げる外来栄養食事指導料及び区分番号C009に掲げる在宅患者訪問栄養食事指導料は別に算定できない。

退院した日から1月以内

1月超～

(新) 退院後訪問栄養食事指導料 (4回まで)

- ❌ 併算定不可
- ・ 外来栄養食事指導料
- ・ 在宅患者訪問栄養食事指導料
(管理栄養士による居宅療養管理指導【介護保険】)

引き続き、栄養食事指導が必要な場合は、下記を算定可

- ・ 外来栄養食事指導料
- ・ 在宅患者訪問栄養食事指導料
(管理栄養士による居宅療養管理指導【介護保険】)



在宅療養指導管理材料加算の見直し

在宅療養指導管理材料加算の見直し

- 患者ごとの適切な医療提供を推進する観点から、全ての在宅療養指導管理材料加算について、算定要件を「3月に3回」に統一する。

現行

【在宅療養指導管理材料加算】

[算定要件]

通則

- 1 本款各区分に掲げる在宅療養指導管理材料加算は、第1款各区分に掲げる在宅療養指導管理料のいずれかの所定点数を算定する場合に、特に規定する場合を除き、月1回に限り算定する。



改定後

【在宅療養指導管理材料加算】

[算定要件]

通則

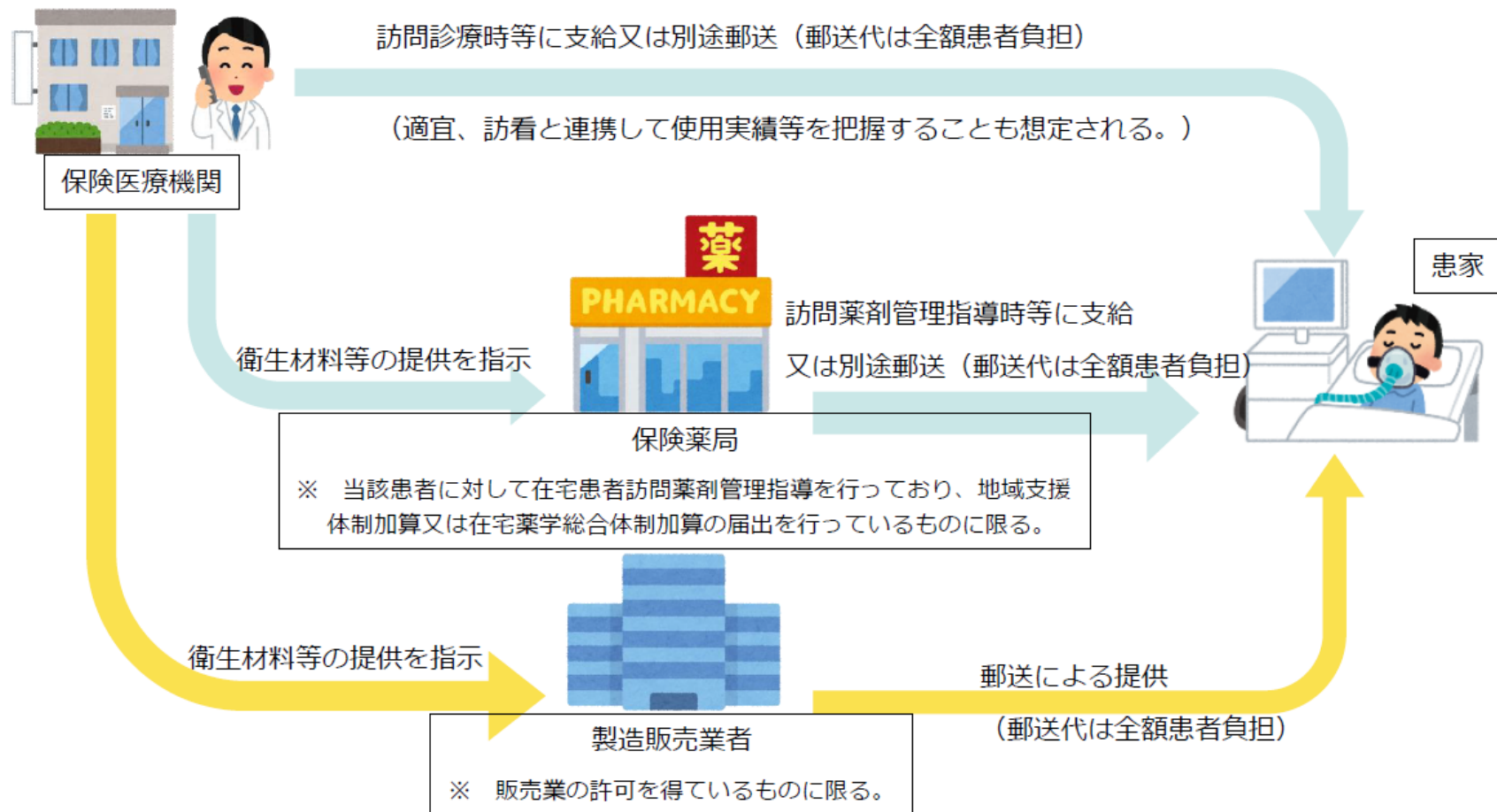
- 1 本款各区分に掲げる在宅療養指導管理材料加算は、第1款各区分に掲げる在宅療養指導管理料のいずれかの所定点数を算定する場合に、特に規定する場合を除き、**3月に3回**に限り算定する。

在宅療養指導管理材料加算の一覧		改定前	改定後		
C151 注入器加算	C166 携帯型ディスポーサブル注入ポンプ加算	月1回算定			
C153 注入器用注射針加算	C167 疼痛管理用送信機加算				
C154 紫外線殺菌機加算	C168 携帯型精密輸液ポンプ加算				
C155 自動腹膜灌流装置加算	C168-2 携帯型精密ネブライザー加算				
C156 透析液供給装置加算	C169 気管切開患者用人工鼻加算				
C160 在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算	C170 排痰補助装置加算				
C162 在宅経管栄養法用栄養管セット加算	C173 横隔神経電気刺激装置加算				
C164 人工呼吸器加算	C175 在宅抗菌薬吸入療法用ネブライザ加算				
C152 間歇注入シリンジポンプ加算	C152-4 持続皮下注入シリンジポンプ加算			2月に2回算定可能	3月に3回算定可能
C152-2 持続血糖測定器加算	C161 注入ポンプ加算				
C152-3 経腸投薬用ポンプ加算					
通則3 乳幼児呼吸管理材料加算	C165 在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算	3月に3回算定可能			
C150 自己血糖測定器加算	C171 在宅酸素療法材料加算				
C157 酸素ボンベ加算	C171-2 在宅持続陽圧呼吸療法材料加算				
C158 酸素濃縮装置加算	C171-3 在宅ハイフローセラピー材料加算				
C159 液化酸素装置加算	C172 在宅経肛門の自己洗腸用材料加算				
C159-2 呼吸同調式デマンドバルブ加算	C174 在宅ハイフローセラピー装置加算				
C163 特殊カテーテル加算					

在宅で使用する衛生材料等の提供ルールの見直し

在宅で使用する衛生材料等の提供ルールの見直し

- 医師が支給を決定した衛生材料及び特定保険医療材料について、医療機関や薬局からの送付だけでなく、**医師の指示に基づき製造販売業者（販売業の許可を得ているものに限る。）から自宅に直接郵送できる**こととする。



まとめ（クリニック・外来）

1. かかりつけ医機能を意識した対応

- ・機能強化加算の算定
- ・時間外対応加算への挑戦（オンコール当番設定）
- ・地域包括診療加算の算定（かかりつけ医機能で求められている内容が要件：将来対策）
- ・地域包括診療料への挑戦（高齢：地域包括診療料／高齢以外：生活習慣病管理料）

2. 通えない、通いづらい患者さんへどのように対応するのか

- ・在宅医療　　・オンライン診療
- ・訪問看護との連携：介護保険で訪問看護を組み込みオンラインでの対応
- ・高齢家庭の増加に対応すべく、介護認定の推進（ケアマネとの連携）、介護サービスの設定

3. 大病院含む病院との連携強化

- ・逆紹介を受けるべく、当院の機能を紹介するパンフレット等を病院の連携室に提示

4. 電子カルテ含むICTへの対応強化

- ・外来データ提出が拡大していく（紙カルテによるデータ作成は非効率）
- ・看護師、医事スタッフの確保にもつながる

5. 人財確保のための対応

- ・ベースアップ評価料は必須

6. 今後の改定は総力戦

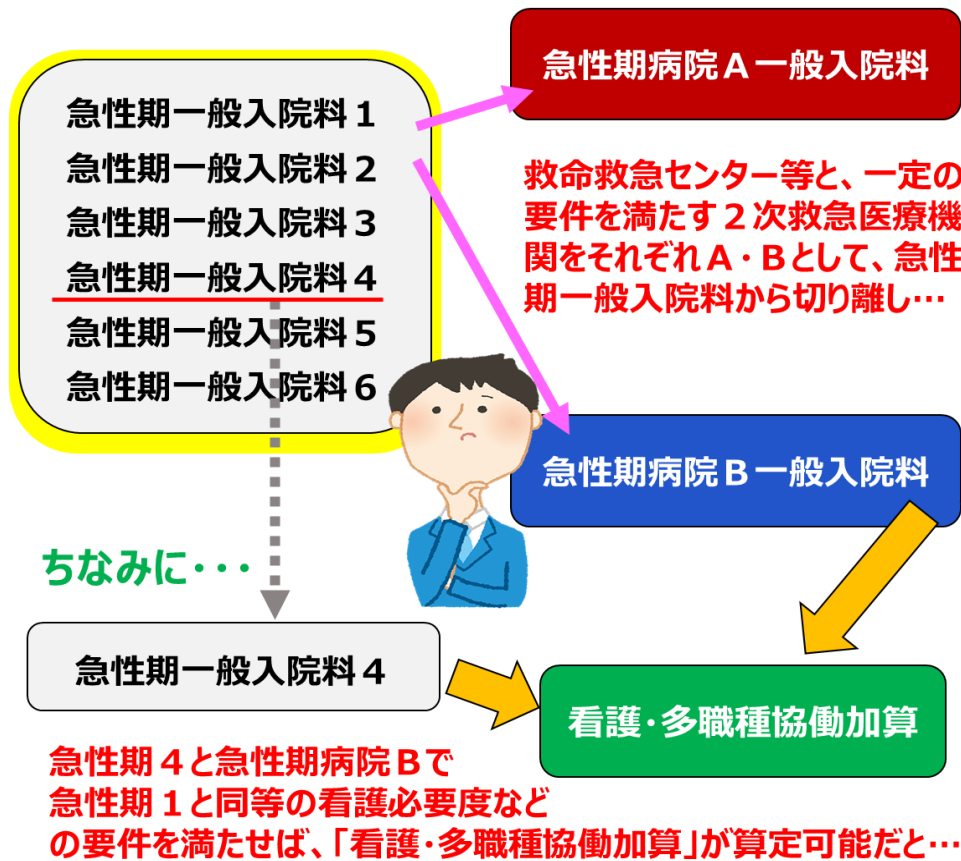
- ・全職員で改革を進めるために、これからの改革の流れと改定内容を知る。
- ・患者さんの不安や気持ちに寄り添う対応（全スタッフ）

3-1. 入院医療

～急性期入院医療の評価～

- 急性期・高度急性期の医療機関機能に応じた評価の見直し
- 多職種が病棟で協働する体制の評価
- DPC/PDPSの見直し
- 重症度、医療・看護必要度の見直し
- リハビリテーション・栄養管理・口腔管理等の高齢者の生活を支えるケアの推進

① 急性期病院一般入院基本料等の新設



(高度)救命救急センター等
救急車、ヘリ受入が年2,000件
&全麻手術が年1,200件
夜間受入が全体の10%以上
画像診断・検査24時間体制
看護配置7対1、平均在院日数16日
看護必要度はIは28%+35%、
IIは27%+34%
地ケア、地医療を持たない
老健、特養、介医からの救急搬送は、
軽症の場合、3日以内の転院が、
救急カウントの要件に

二次救急の医療機関で
救急車、ヘリ受入が年1,500件
又は救急500件&全麻手術500件
(指定地域の緩和基準あり)
夜間受入が全体の10%以上
看護配置10対1、平均在院日数21日
看護必要度はIは28%+35%、
IIは27%+34%
地医療を持たない
老健、特養、介医からの救急搬送は、
軽症の場合、3日以内の転院が、
救急カウントの要件に

急性期A (1,930点) と急性期1 (1,874点) の差…結果+56点
急性期B (1,643点) と急性期1 (1,874点) の差▲231点
看護・多職種協働加算+255点…結果+24点

急性期2 (1,779点) と急性期4 (1,597点) の差▲182点
看護・多職種協働加算+277点…結果+95点
急性期3 (1,704点) と急性期4 (1,597点) の差▲107点
看護・多職種協働加算+277点…結果+170点

多職種が病棟で協働する体制の評価

看護・多職種協働加算の新設

- **地域の急性期医療**を担う保険医療機関において、患者の早期退院やADLの維持、向上をめざし、**看護職員を含む多職種（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士又は臨床検査技師）が協働**して専門的な指導や診療の補助を行う体制を評価する加算を新設する。

(新) 看護・多職種協働加算（1日につき）

- | | | |
|----------|---|-------------|
| 1 | 看護・多職種協働加算 1 （急性期一般入院料4を算定する病棟の場合） | 277点 |
| 2 | 看護・多職種協働加算 2 （急性期病院B一般入院料を算定する病棟の場合） | 255点 |



[算定要件]

看護職員を含む多職種が協働して適時かつ適切に専門的な指導及び診療の補助を行う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のうち、急性期一般入院料4を算定している患者については看護・多職種協働加算1を、急性期病院B一般入院料を算定する患者については看護・多職種協働加算2を、それぞれ所定点数に加算する。

[施設基準]

- 当該病棟において、1日に患者に指導及び診療の補助を行う看護職員及び他の医療職種の数は、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以上**であること。（曜日や時間帯による傾斜配置可能）
- 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合に係る指数、平均在院日数、在宅復帰率及び常勤の医師の員数が**急性期一般入院料1と同等の基準**を満たすこと。入院料における看護職員の最小必要数+本加算による看護職員配置数の**7割以上が看護師**であること。
- 医療機関内で**多職種協働の目標や各職種が行う業務内容、情報共有の方法等について、文書で整理し、配置される多職種間で共有**していること。
- 病院の医療従事者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。

各職種が専門性を活かして行う業務の例

看護職員	入院患者に対する看護
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	随時、入院生活で患者が実際に活動する場面に合わせた評価、指導、訓練室でのリハビリテーションを生活場面で自ら行えるようになるための支援等を実施
管理栄養士	入院生活で患者が実際に食事や活動する場面を活用した食事状況の観察、食欲や嗜好の確認、必要栄養量や摂取栄養量の評価、食事変更の提案、食形態の調整、食事に関する相談対応等
臨床検査技師	適時の検体検査等の実施、結果の確認、異常値等の報告、検査室等病棟外で行うべき検査の調整等、検査の円滑な実施に資する業務

看護・多職種協働加算における職員配置の例

- 看護・多職種協働加算は、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士又は臨床検査技師のいずれかを配置し、各医療職種が専門性を発揮しながら協働する場合に算定できる。

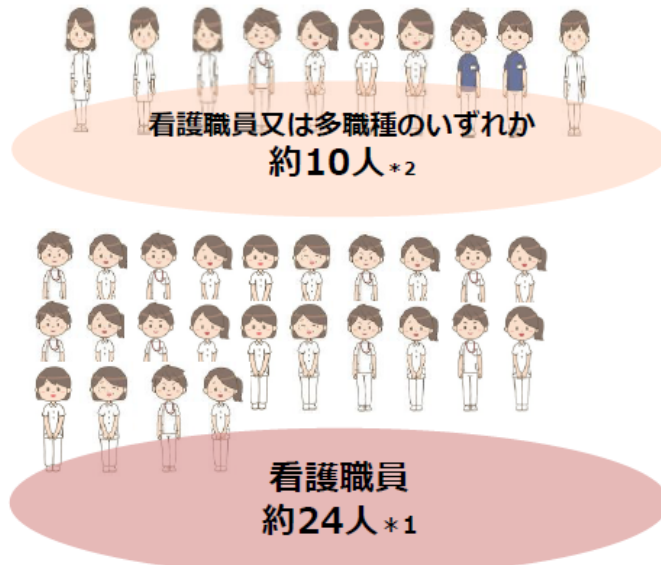
【施設基準】

- 当該病棟において、1日に患者に指導及び診療の補助を行う看護職員及び他の医療職の数は、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以上であること。
- 急性期一般入院料4又は急性期病院B一般入院料を算定する病棟であること。

配置人数の例（イメージ）

- 急性期病院B一般入院料
- 急性期一般入院料4

1病棟50床の場合



看護・多職種
協働加算
25対1

看護職員
配置
(10対1)

(参考)

- 急性期病院A一般入院料
- 急性期一般入院料1

1病棟50床の場合

看護職員
配置
(7対1)



*1 10対1配置：患者50人に対して、常時看護職員5人。
 $365日 \times 3勤務 = 1095勤務帯 / 年間$ $365日 \div 7日 = 52.142 (年52週)$
 $週40時間 \times 年52週 - 休暇や祝日35日 \times 8時間 = 年間労働時間1,800時間$
 必要な看護職員数 $\rightarrow 1095勤務帯 \times 8時間 \div 5 / 1800時間 = 24.3人 (24人)$

*2 25対1配置：患者50人に対して、常時看護職員・多職種2人。
 $365日 \times 3勤務 = 1095勤務帯 / 年間$ $365日 \div 7日 = 52.142 (年52週)$
 $週40時間 \times 年52週 - 休暇や祝日35日 \times 8時間 = 年間労働時間1,800時間$
 必要な看護職員数 $\rightarrow 1095勤務帯 \times 8時間 \div 2 / 1800時間 = 9.73人 (10人)$

*3 7対1配置：患者50人に対して、看護職員7.14→約7.2人。
 $365日 \times 3勤務 = 1095勤務帯 / 年間$ $365日 \div 7日 = 52.142 (年52週)$
 $週40時間 \times 年52週 - 休暇や祝日35日 \times 8時間 = 年間労働時間1,800時間$
 必要な看護職員数 $\rightarrow 1095勤務帯 \times 8時間 \times 7.2人 / 1800時間 = 35.04人 (35人)$

② 重症度、医療・看護必要度の見直し

第1 基本的な考え方

救急搬送症例や手術なし症例における重症度、医療・看護必要度の適切な評価を進める観点から、重症度、医療・看護必要度による評価の方法を見直す。

第2 具体的な内容

1. 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度におけるA項目「専門的な治療・処置」の項目のうち「抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）」並びにC項目「救命等に係る内科的治療」、「別に定める検査」及び「別に定める手術」について、**対象となる治療等を追加**する。
2. 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準該当割合に、**対象病棟における病床あたり救急搬送受入件数等に応じた加算を追加**する。
3. B項目の測定対象日について、**毎日測定するか、毎日測定しない場合には入院後4日間及び以降7日毎とし、測定日以外の評価について、直近の評価で代替可能**とする。

	改定前		改定後	
	看護必要度Ⅰの割合	看護必要度Ⅱの割合	看護必要度Ⅰの割合指数	看護必要度Ⅱの割合指数
急性期病院A 一般入院料	<u>(新設)</u>	<u>(新設)</u>	<u>①28% ②35%</u>	<u>①27% ②34%</u>
急性期病院B 一般入院料	<u>(新設)</u>	<u>(新設)</u>	<u>①28% ②35%</u>	<u>①27% ②34%</u>
急性期一般入院料1	①21% ②28%	①20% ②27%	<u>①28% ②35%</u>	<u>①27% ②34%</u>
急性期一般入院料2	22%	21%	<u>28%</u>	<u>27%</u>
急性期一般入院料3	19%	18%	<u>24%</u>	<u>23%</u>
急性期一般入院料4	16%	15%	<u>20%</u>	<u>19%</u>
急性期一般入院料5	12%	11%	<u>15%</u>	<u>14%</u>
地域包括医療病棟入院料	16%	15%	<u>19%</u>	<u>18%</u>
地域包括ケア病棟入院料	10%	8%	10%	8%

重症度、医療・看護必要度のA、B、C項目の対象の追加

A、B、C項目の対象の追加

- 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度におけるA項目「専門的な治療・処置」の項目のうち「抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）」並びにC項目「救命等に係る内科的治療」、「別に定める検査」及び「別に定める手術」について、以下の対象となる治療等を追加する。

A	モニタリング及び処置等	分類	名称
6	① 抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）	医薬品	ホリナートカルシウム 医薬品 ラスプリカーゼ（遺伝子組換え）

C	手術等の医学的状況	分類	名称
21	救命等に係る内科的治療	注射	中心静脈注射用カテーテル挿入
		注射	脳脊髄腔注射（腰椎）
		注射	カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入
		処置	腰椎穿刺
		処置	吸着式血液浄化法
		処置	カウンターショック（その他）
		処置	持続緩徐式血液濾過
		処置	エンドトキシン選択除去用吸着式血液浄化法
		手術	経皮経肝胆管ステント挿入術
		手術	内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術
		手術	経皮経肝バルーン拡張術
		22	別に定める検査
検査	経気管肺生検法		
検査	超音波検査（心臓超音波検査）（経食道心工 コー法）		
検査	組織試験採取、切採法（心筋）		
検査	E B U S - T B N A		
検査	気管支カテーテル気管支肺胞洗浄法検査		

C	手術等の医学的状況	分類	名称
23	別に定める手術	手術	内シャント設置術
		手術	胸水・腹水濾過濃縮再静注法
		手術	胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡 下胃瘻造設術を含む。）
		手術	経皮的胆管ドレナージ術
		手術	膵嚢胞外瘻造設術（内視鏡によるもの）
		手術	体外衝撃波胆石破碎術（一連につき）
		手術	小腸・結腸狭窄部拡張術（内視鏡によるもの）
		手術	経皮的肝膿瘍ドレナージ術
		手術	経皮的腹腔膿瘍ドレナージ術
		手術	内視鏡的胃、十二指腸ステント留置術
		手術	造血幹細胞採取（末梢血幹細胞採取）（自家移植）
		手術	内視鏡的胃、十二指腸狭窄拡張術
		手術	経皮経食道胃管挿入術（P T E G）
		手術	下部消化管ステント留置術
		手術	体外衝撃波脾石破碎術（一連につき）
		手術	肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法（一連として）（腹 腔鏡によるもの）
手術	肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法（一連として）（そ 他のもの）		
手術	薬剤投与用胃瘻造設術		

重症度、医療・看護必要度における救急患者応需係数と割合指数

- 救急搬送症例や手術なし症例における重症度、医療・看護必要度の適切な評価を進める観点から、急性期病院一般入院基本料等において、**救急患者応需係数を算出し、該当患者割合に加えることで求めた割合指数**を用いる。
- 救急患者応需係数は、**対象病棟における病床あたり年間救急搬送受入件数に応じて算出**する。

割合指数の算出方法

該当患者割合

- 例えば、急性期一般入院料4における、該当患者の基準^{※1}を満たす患者割合が**15%**とする。

救急患者応需係数^{※2}：

$$\frac{1 \text{ 病床あたりの救急搬送受入件数} / \text{年} \times 0.005}{\text{を該当患者割合に加算}}$$

を該当患者割合に加算

割合指数

- 該当患者割合が15%であるため、割合指数^{※3}は $15\% + 5\% = \mathbf{20\%}$ になる。

この割合が、施設基準における**割合指数の基準**を満たす必要がある。

- **救急搬送受入件数**は、入院しなかった場合を含む病院の受入件数全体を指す。割合指数を計算する病棟が複数種類ある場合は、それぞれの病棟に入院した救急搬送患者の比率に応じて、受入件数を按分したうえで計算する。



急性期一般4：100床



救急搬送受入1000件

(計算例)

割合指数を算出する必要のある病床が急性期一般入院料4の**100床**である病院において、年間**1000件**の救急搬送を受け入れている場合
 $1000 \text{ (件)} \div 100 \text{ (床)} = \mathbf{10 \text{ 件/床/年}}$

- **0.005**を乗じて、該当患者割合への加算 (= 救急患者応需係数) を計算する。

(計算例)

左例の場合、救急患者応需係数として $10 \times 0.005 = \mathbf{5\%}$ が該当患者割合に加算される。

- ※1 「A \geq 2点かつB \geq 3点」「A \geq 3点」「C \geq 1点」のいずれか
- ※2 救急患者応需係数の上限は1割
- ※3 患者該当割合の基準1と基準2がある場合は、それぞれの基準に係る該当患者割合に対し、それぞれ救急患者応需係数を加算する。**10**

⑮ DPC/PDPSの見直し

基礎係数の見直し

- 基本的な考え方については従前の設定方法を維持し、医療機関群（大学病院本院群、DPC特定病院群及びDPC標準病院群）の設定については、DPC標準病院群のうち、一定要件を満たす医療機関（「DPC標準病院群1」）については、それ以外の医療機関（「DPC標準病院群2」）と基礎係数の評価を区別する。

DPC標準病院群1の要件（※1※2）

- ① 救急車等による入院数が年間700人以上
- ② 救急車等による入院数が年間200人以上 かつ 全身麻酔による手術件数が年間500件以上
- ③ 救急車等による入院数が年間400人以上 かつ 救急車等による入院数が二次医療圏で最大
(人口20万人以下の二次医療圏に限る)
- ④ 救急車等による入院数が二次医療圏で最大
(離島のみで構成されている二次医療圏に限る)

※1 令和6年10月～令和7年9月DPCデータにより判定を行う。

※2 令和10年度診療報酬改定以降は急性期病院A一般入院料又は急性期病院B一般入院料の届出を行う医療機関とすることを念頭に、データの収集を行う。

基礎係数

大学病院本院群	DPC特定病院群	DPC標準病院群	
		DPC標準病院群1	DPC標準病院群2

医療機関群	基礎係数の評価区分	施設数	基礎係数
DPC標準病院群	DPC標準病院群1	1,142	1.0583
	DPC標準病院群2	290	1.0283
大学病院本院群		82	1.1245
DPC特定病院群		172	1.0769

リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取組の更なる推進

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の評価の見直し及び加算2の新設

- リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取組を更に推進する観点から、リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算について更に評価するとともに、施設基準を緩和した加算2を新設する。
- 加算2に従事する専従の理学療法士等においては、「A251」排尿自立支援加算、「A230-4」精神科リ工ゾンチーム加算、「H004」摂食嚥下機能回復体制加算における業務についても兼務できることとする。
- B I の測定に係る研修において、併せて F I M の測定に関する内容を含むことが望ましいこととする。

現行

【リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算】
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

[施設基準]

- プロセス・アウトカム評価
 - ・退院までに疾患別リハビリテーションを実施された患者のうち、入棟後3日までに開始した患者が8割以上
 - ・土曜日・日曜日・祝日における1日あたりの疾患別リハビリテーションの提供単位数が平日の8割以上
 - ・退院時にADLが低下した患者の割合が3%未滿
 - ・院内で発生した褥瘡のある患者の割合が2.5%未滿

- 当該保険医療機関において、B I の測定に関わる職員を対象としたB I の測定に関する研修会を年1回以上開催すること。

改定後

【リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算】
1 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算1
(1日につき) 150点
2 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算2
(1日につき) 90点

[施設基準]

- 加算2のプロセス・アウトカム評価（加算1は不変）
 - ・退院までに疾患別リハビリテーションを実施された患者のうち、入棟後3日までに開始した患者が8割以上
 - ・土曜日・日曜日・祝日における1日あたりの疾患別リハビリテーションの提供単位数が平日の7割以上
 - ・退院時にADLが低下した患者の割合が5%未滿
 - ・院内で発生した褥瘡のある患者の割合が2.5%未滿

- 当該保険医療機関において、B I の測定に関わる職員を対象としたB I の測定に関する研修会を年1回以上開催すること。なお、当該職員研修会においては、併せて機能的自立度評価法（Functional Independence Measure）（以下「F I M」という。）の測定に関する内容も含むことが望ましい。





3-2. 入院医療 ～救急医療の評価～

- 救急外来医療の24時間提供体制の評価の拡充（救急外来医学管理料の新設）
- 救急患者連携搬送料について民間救急等を活用した転院搬送や下り搬送の受入側を評価

① 救急外来医療に係る評価の再編

(参考) 救急外来医療に係る評価の再編のイメージ

	現行	改定後
	夜間・土曜・休日	平日の日中 夜間・土曜・休日
救急搬送の場合 	救急搬送看護体制加算 1 : 400点 2 : 200点 夜間休日救急搬送医学管理料600点 (初診のみ)	救急搬送医学管理料 (初診・再診患者) 1 : 800点 2 : 600点 3 : 200点 救急外来緊急検査対応加算 1 : 300点 2 : 200点 時間外救急搬送加算 休日等夜間 : 300点、 平日夜間 : 250点 休日等日中 : 200点
救急搬送以外の救急患者の場合 	院内トリアージ実施料 300点 (トリアージ実施患者のみ)	夜間休日救急医学管理料 (初診・再診患者) 1 : 600点 2 : 400点 3 : 50点 救急外来緊急検査対応加算 1 : 300点 2 : 200点 院内トリアージ実施体制加算 (初診・再診患者) 50点

意識障害の患者に対し、救急時医療情報閲覧機能及び電子処方箋システムを用いて診療情報を取得した場合に、**救急時医療情報取得加算として、月に1回に限り、50点**を所定点数に加算

(参考) 救急患者連携搬送料の概要



第三次救急医療機関等
(地域の基幹となる救急医療機関)

救急患者連携搬送料 1

- イ 医師、看護師又は救急救命士が同乗して搬送
 - 入院中の患者以外の患者の場合 2,400点
 - 入院初日の患者の場合 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
- その他
 - 入院中の患者以外の患者の場合 1,000点
 - 入院初日の患者の場合 500点
 - 入院2日目の患者の場合 350点
 - 入院3日目の患者の場合 200点

(例1) 搬送元の医師、看護師、救急救命士が同乗
(搬送元又は搬送先の緊急自動車により搬送)

搬送料 1 イを算定

搬送料 2 □を算定

(例2) 搬送先の医師、看護師、救急救命士が同乗
(搬送元又は搬送先の緊急自動車により搬送)

搬送料 1 □を算定

搬送料 2 イを算定

(例3) その他
(搬送元、搬送先や患者等搬送事業者の自動車により搬送 ※市町村、都道府県等の救急隊の自動車を除く)

搬送料 1 □を算定

搬送料 2 □を算定

転院受入医療機関
(特定機能病院、救命救急センター、急性期総合体制加算届出医療機関を除く)

救急患者連携搬送料 2

- イ 医師、看護師又は救急救命士が同乗して搬送 800点 (入院初日)
- その他 200点 (入院初日)

長時間加算 700点

➤ 医師、看護師又は救急救命士が同乗して搬送する場合に、当該搬送に要した時間が30分を超えた場合に所定点数に加算する。

3-3. 入院医療

～包括期・慢性期入院医療の見直し～

➤「治し、支える医療」の実現に向けた各評価の見直し

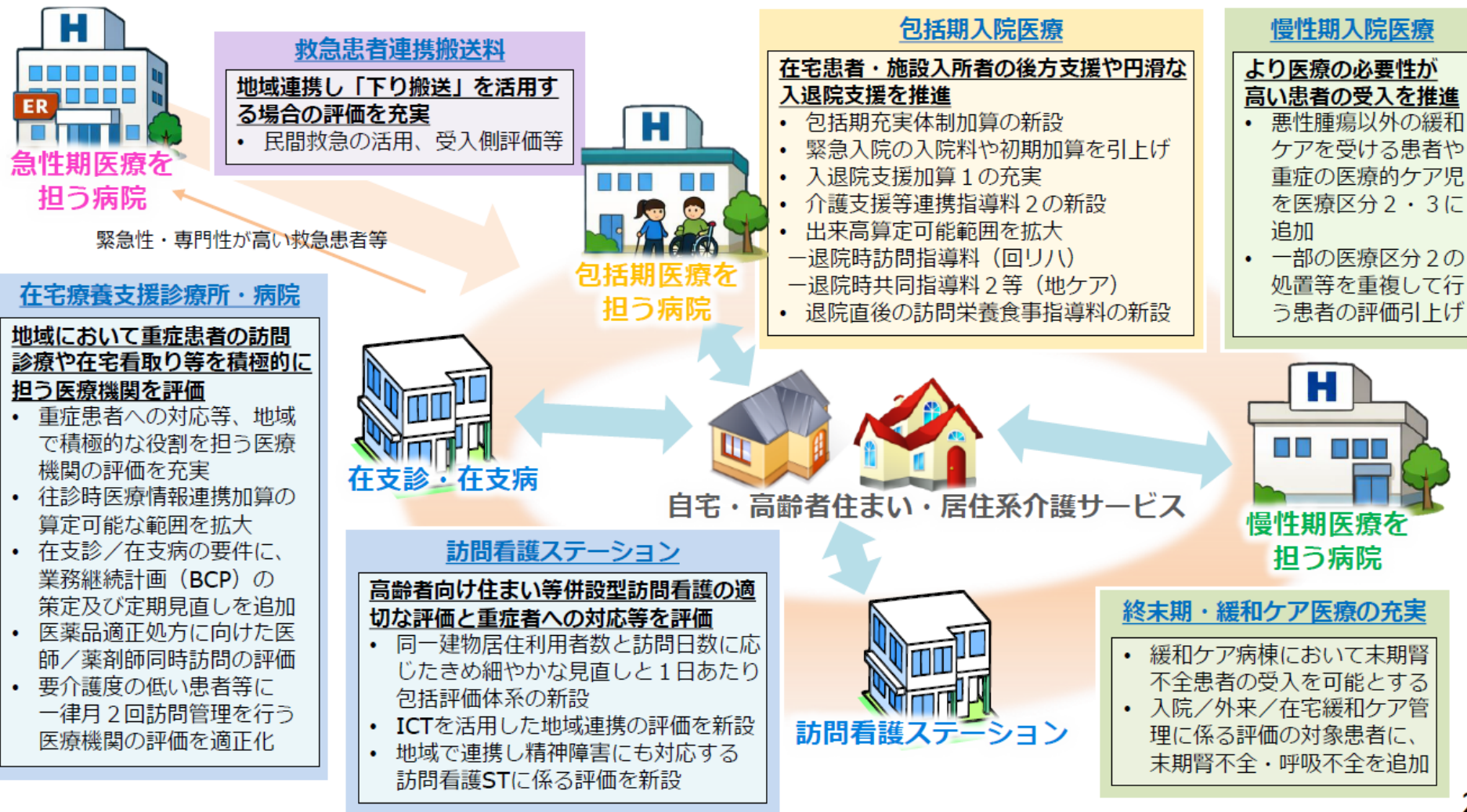
- 協力医療機関が施設と行なうカンファレンス要件の見直し
- 地域包括医療病棟の見直し（高齢者特性に配慮した要件見直しなど）
- 在宅療養患者や介護保険施設等入所者の後方支援機能（緊急入院等）の評価
- 地域包括ケア病棟の見直し（緊急入院受入れの評価、リハ・口腔・栄養連携加算の設定）
- 入院中の歯科治療推進の評価（歯科医両機関との連携）
- 回復期リハビリテーション病棟の見直し（実績指数要件の対象拡大など）
- 療養病棟入院基本料の医療区分要件の見直し
- 短期滞在手術等基本料の見直し

➤ 質の高い包括期入院医療の評価

- 生活に配慮した支援を強化するための入退院支援加算1の引上げ
- 身体的拘束の最小化を組織的に行う際の評価の新設
- 医療安全対策加算の見直し
- 病棟における薬剤師のポリファーマシーへの関わりの評価

2040年とその先を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進

- 入院分野では、在宅・介護施設からの緊急入院の受け入れ、円滑な入退院の実現、高齢者が必要となるリハビリテーション・栄養管理・口腔管理の充実など見直しを実施。
- 在宅医療・訪問看護分野においては、平時からの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、重症患者や住まいの特性に合わせて評価の見直しを実施。



協力医療機関が施設と行うカンファレンス等に係る施設基準の見直し

協力対象施設入所者入院加算等における施設基準の見直し

▶ **協力対象施設入所者入院加算**及び往診料の注10に掲げる**介護保険施設等連携往診加算**の施設基準における、協力医療機関と介護保険施設とで行う**カンファレンスの頻度**について、有機的な連携体制を保ちつつ業務効率化を図る観点から、**ICTによる情報共有を行う場合は年1回、ICTによる情報共有を行わない場合は原則年3回**に見直す。

現行

【協力対象施設入所者入院加算】 【介護保険施設等連携往診加算】 [施設基準]

○ ICTによる情報連携の実施状況に応じて、いずれかの要件を満たすこと。

(ICTによる情報連携をしている場合)

- ・ 介護保険施設から協力医療機関に対し、入所者の診療情報及び病状急変時の対応方針等が適切に提供されており、ICTを活用してそれらを常に確認可能な体制を有していること。
- ・ 当該介護保険施設等と協力医療機関である保険医療機関において、当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、**年3回以上**の頻度でカンファレンスを実施していること。

(ICTによる情報連携をしていない場合)

当該介護保険施設等と協力医療機関である保険医療機関において、当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、**1月に1回以上**の頻度でカンファレンスを実施していること。



改定後

【協力対象施設入所者入院加算】 【介護保険施設等連携往診加算】 [施設基準]

○ ICTによる情報連携の実施状況に応じて、いずれかの要件を満たすこと。

(ICTによる情報連携をしている場合)

- ・ 介護保険施設から協力医療機関に対し、入所者の診療情報及び病状急変時の対応方針等が適切に提供されており、ICTを活用してそれらを常に確認可能な体制を有していること。
- ・ 当該介護保険施設等と協力医療機関である保険医療機関において、当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、**年1回以上**の頻度でカンファレンスを実施していること。

(ICTによる情報連携をしていない場合)

当該介護保険施設等と協力医療機関である保険医療機関において、介護保険施設等の入所者の病状が急変した場合等における対応方針等の共有を図るため、**年に3回以上**の頻度でカンファレンスを実施していること*。

※当該介護保険施設等において、**入所者の入院を年に2件以上**受け入れており、その都度適切な情報共有が行われている場合には、カンファレンスの実施は**年に1回以上**の頻度であれば良い。

⑨ 地域包括医療病棟の見直し

地域包括医療病棟において、高齢者の中等症までの救急疾患等の幅広い受入を推進する観点から、高齢者の生理学的特徴や頻度の高い疾患を踏まえ、平均在院日数、ADL低下割合及び重症度、医療・看護必要度の基準を見直す。また、医療資源投入量や急性期病棟の併設状況に応じた評価を導入する。更に、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取組を推進する観点から、加算の体系を見直す。

1. 地域包括医療病棟において診療を担うことが期待される誤嚥性肺炎や尿路感染症の医療資源投入量その他の特徴を踏まえ、手術や緊急入院の有無に応じて入院料を分けるとともに、包括期の病棟のみで患者の診療を行う場合の救急受入等の負担を考慮し、急性期病棟の併設がない場合の診療を更に評価する。

		改定前	改定後
地域包括医療病棟入院料（1日につき）		3,050点	<u>（削除）</u>
1 地域包括医療病棟入院料 1 * 一般病棟入院基本料併設なし	イ入院料 1	<u>（新設）</u>	3,367点
	ロ入院料 2		3,267点
	ハ入院料 3		3,117点
2 地域包括医療病棟入院料 2	イ入院料 1	<u>（新設）</u>	3,316点
	ロ入院料 2		3,216点
	ハ入院料 3		3,066点

改定後

【地域包括医療病棟入院料】【算定要件】

入院料 1については、**緊急入院の患者**であって、入院時の主傷病に対して**入院中に手術**（医科点数表の第二章第十部第一節に掲げるものに限る。以下この項において同じ。）**を実施しないもの、（予定外入院、手術なし）**

入院料 2については、**緊急入院の患者**であって入院時の主傷病に対して入院中に手術を実施するもの及び予定された入院の患者であって入院中に手術を実施しないもの、**（予定外入院手術あり、予定入院手術なし）**

入院料 3については**予定された入院の患者**であって、**入院時の主傷病に対して手術を実施するもの**について算定する。
（予定入院、手術あり）

地域包括医療病棟入院料の見直し

地域包括医療病棟の施設基準の見直し

- ▶ **高齢者の中等症までの救急疾患等の幅広い受入を推進**する観点から、高齢者の生理学的特徴や頻度の高い疾患の特徴を踏まえ、**平均在院日数**、**ADL低下割合**及び**重症度**、**医療・看護必要度の基準**を見直す。

	改定前 (変更のない項目は記載を省略)	改定後 ★経過措置あり	
看護職員の配置		10対1 (7割以上が看護師)	
多職種の配置		常勤のPT, OT, STが専従で1名、専任で1名 常勤の管理栄養士が専任で1名	
重症度、医療・看護必要度の基準	以下のいずれかを満たす A3点以上、A2点以上かつ B3点以上、C1点以上	以下のいずれかを満たす A2点以上、C1点以上	
重症度、医療・看護必要度	必要度Ⅰ <u>16%</u> 必要度Ⅱ <u>15%</u>	基準該当患者割合に係る指数 (※)として 必要度Ⅰ 19% 必要度Ⅱ 18% ※該当患者割合+救急搬送応需係数	
初日のB項目が3点以上の患者の割合		5割以上	
平均在院日数	<u>21日</u>	20日を原則として、85歳以上の患者の割合が2割を増すごとに+1日 (85歳以上が2割以上なら21日、4割以上なら22日、6割以上なら23日)	
在宅復帰率		80%以上	
ADLが低下した患者の割合	<u>5%未満</u>	7%未満 (85歳以上の患者の割合が2割未満の場合には5%)	
同一医療機関の一般病棟からの転棟		5%未満	
救急搬送後の患者の割合		15%以上	
届出・併設等不可	急性期充実体制加算1又は2 特定機能病院 専門病院入院基本料	地域包括医療病棟1	地域包括医療病棟2
		急性期総合体制加算★ 一般病棟入院基本料 特定機能病院、専門病院入院基本料	急性期総合体制加算★ 急性期病院A, B入院料★ 特定機能病院、専門病院入院基本料
点数	<u>3,050点</u>	3,117~3,367点	3,066~3,316点

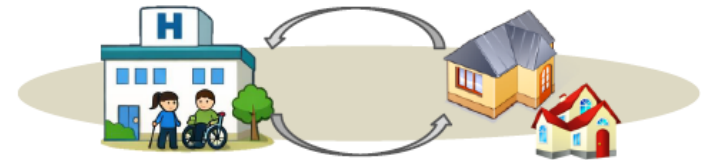
包括期入院医療における充実した後方支援の評価

包括期充実体制加算の新設

- 高齢者救急、在宅医療及び介護保険施設の後方支援を更に充実させる観点から、一定の体制及び実績を有する許可病床数200床未満の地域包括医療病棟又は地域包括ケア病棟で算定可能な包括期充実体制加算を新設する。

新) 包括期充実体制加算（1日につき） 80点 入院した日から14日間

平時からの連携、必要時の入院受入と充実した退院支援



[施設基準]

- 許可病床数が200床未満（別表第六の二に掲げる人口の少ない地域に所在する場合は280床未満）であること。
- 地域包括医療病棟入院料又は地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟を有する病院であること。
- 「A100」のうち急性期病院一般入院基本料及び急性期一般入院基本料を算定する病棟を有しない病院であること。
- 協力対象施設入所者入院加算（※）、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。
- 地域において高齢者の救急患者を受け入れ、在宅医療や介護保険施設等の後方支援を担うにつき十分な体制や実績を有していること。

地域において高齢者の救急患者を受け入れ、在宅医療や介護保険施設等の後方支援を担うにつき十分な体制や実績

施設後方支援の体制（※）	原則 <u>3以上の施設の協力医療機関</u> になること ※近隣<半径10km以内>に協力医療機関を定めていない施設がない場合を除く	（老健、特養、介医）
後方支援の実績	①及び②を満たす ① 自宅等からの <u>緊急入院</u> が <u>直近3か月</u> で <u>15件以上</u> ② <u>在宅患者緊急入院診療加算1～3</u> の算定回数が <u>直近1年</u> で合わせて <u>12回以上</u> 又は <u>協力対象施設入所者入院加算1・2</u> の算定回数が <u>直近1年</u> で合わせて <u>4回以上</u>	
救急医療の実績	<u>救急搬送及び下り搬送からの入院</u> が全入院患者の <u>8%以上</u>	
入退院支援の実績	<u>退院時共同指導料2</u> と <u>介護支援等連携指導料2</u> の算定回数が <u>直近3か月</u> で合わせて <u>3回以上</u>	

※ 在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、地域包括ケア病棟を有する医療機関のいずれでもない場合は除く。

後方支援の実績	①及び②を満たす ① 自宅等からの緊急入院が直近3か月で15件以上 ② 在宅患者緊急入院診療加算1～3の算定回数が直近1年で合わせて12回以上 又は 協力対象施設入所者入院加算1・2の算定回数が直近1年で合わせて4回以上
---------	---

区分	概要	主な要件	備考
在宅患者緊急入院診療加算（入院初日） 1. 2,500点 2. 2,000点 3. 1,000点	他医療機関（クリニック）の在宅患者の急変等の受入れを評価 診療所で在医総管等、在宅療養指導管理等（在宅酸素、在宅持続陽圧等）を算定している 患者の病状の急変等に伴い当該診療所の保険医の求めに応じて入院させた場合	1：連携強化型在支診・在支病、後方支援病院 2：連携医療機関 3：それ以外	特別な関係でも可能
協力対象施設入所者入院加算（入院初日） 1. 往診後600点 2. 1以外200点	特養、老健、介護医療院の患者の病状の急変等により入院が必要となった場合に、 当該施設等の従事者の求めに応じて診療が行われ、入院の必要性を認め入院させた場合	協力医療機関であること及び在支診、在支病院、後方支援病院又は地ケア病棟を有する医療機関	特別な関係不可

③ 地域包括ケア病棟における初期加算等の 評価の見直し

初期加算や連携に係る評価の見直し

- 地域包括ケア病棟における在宅医療や協力対象施設の後方支援の機能をより高く評価する観点から、**在宅患者支援病床初期加算**について、①の対象を**救急搬送された患者から緊急入院した患者に拡大**するとともに、評価を見直す。

現行

【在宅患者支援病床初期加算】

[算定要件]

- (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救急患者連携搬送料を算定し
他の保険医療機関から搬送された患者 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救急患者連携搬送料を算定し
他の保険医療機関から搬送された患者 480点
- ② ①の患者以外の患者の場合 380点

改定後

【在宅患者支援病床初期加算】

[算定要件]

- (1) 介護老人保健施設から入院した患者の場合
- ① 緊急入院した患者の場合 590点
- ② ①の患者以外の患者の場合 410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 緊急入院した患者の場合 490点
- ② ①の患者以外の患者の場合 310点

- 後方支援における連携を個別に評価する観点から、**「B005」退院時共同指導料2**及び**「B005-1-2」介護支援等連携指導料**について、包括範囲から除外し、**出来高算定**とする。

③ 地域包括ケア病棟における初期加算等の 評価の見直し

後方支援の実績	①及び②を満たす ① 自宅等からの <u>緊急入院</u> が <u>直近3か月</u> で <u>15件以上</u> ② <u>在宅患者緊急入院診療加算1～3</u> の算定回数が <u>直近1年</u> で合わせて <u>12回以上</u> 又は <u>協力対象施設入所者入院加算1・2</u> の算定回数が <u>直近1年</u> で合わせて <u>4回以上</u>
救急医療の実績	<u>救急搬送及び下り搬送からの入院</u> が全入院患者の <u>8%以上</u>
入退院支援の実績	<u>退院時共同指導料2</u> と <u>介護支援等連携指導料2</u> の算定回数が <u>直近3か月</u> で合わせて <u>3回以上</u>

退院時共同指導料

退院前に在宅で関わる医療機関や訪看、介護事業所等との連携を評価



入院中の医療機関の
医師、看護師等、薬剤師、リハ、
管理栄養士、社会福祉士のいずれか

退院時共同指導料2 400点

退院後医療機関に加えて下記より2者以上参加

退院時共同指導料2の加算

多機関共同指導加算2,000点

もしくは医師同士の参加であれば 200点



退院後の医療機関とカンファレンス（オンラインでも可） プラス多職種

退院時共同指導料1

在支診1,500点

上記以外900点

退院後の在宅医療を担う医療機関の
医師、看護師等、薬剤師、リハ、
管理栄養士、社会福祉士のいずれか



訪問看護ステーションの看護師など

医療8,000円
介護600単位



居宅介護支援事業所の
ケアマネジャー



歯科医師
または歯科衛生士

在支歯診900点
上記以外500点



調剤薬局の
薬剤師



指定計画相談支援事業者
などの相談支援専門員

介護支援等連携指導料の見直し

入院前からの支援の強化

- 入退院支援及び地域連携業務を担う部門の担当者が、平時から連携体制を構築している介護支援専門員等と共同して、患者の状態を踏まえて導入が望ましい介護サービス等について説明及び指導を行った場合の評価を新設する。

現行	
介護支援等連携指導料	400点



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

[算定要件]

介護支援等連携指導料 2 は、入退院支援加算 1 の届出を行っている病棟に入院中の患者に対して、患者の同意を得て、**平時から以下のアの体制を確保した上で、イ及びウに掲げる連携体制を構築している介護支援専門員又は相談支援専門員と共同**して、患者の心身の状況等を踏まえ導入が望ましいと考えられる介護等サービスや、当該地域において提供可能な介護等サービス等に関する説明及び指導を行った場合に、当該入院中 2 回に限り算定できる。

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

入退院支援の規程作成

入退院支援および介護連携に関する規程（案） ←

第1条（目的） ←

本規程は、患者が入院から退院後まで継続して適切な医療および介護サービスを受けられるよう、地域の介護支援専門員（以下「ケアマネジャー」という）等との円滑な連携体制を整備することを目的とする。 ←

第2条（入院時の情報提供） ←

1. 入院前に担当のケアマネジャー等が決まっている患者については、原則として入院日から7日以内に、当該ケアマネジャー等に対し、入院の事実および必要な情報を提供しなければならない。 ←
2. 情報提供にあたっては、患者の病状、ADL（日常生活動作）、入院に至った経緯等を共有し、退院支援の早期着手に努めるものとする。 ←

第3条（未申請者への対応） ←

1. 要介護または要支援状態の疑いがあるが、要介護認定が未申請である患者に対しては、入院中に担当のケアマネジャー等が決定できるよう、以下の支援を行う。 ←
 - 患者および家族に対し、居宅介護支援事業所や地域包括支援センターへ相談するよう促す。 ←
 - 介護保険制度の利用手続きについて必要な助言を行う。 ←
2. 担当のケアマネジャー等が決定次第、速やかに連絡を取り、必要な情報提供を行うものとする。 ←

第4条（退院に向けた連携） ←

1. 患者の退院が見込まれる7日前までに、担当のケアマネジャー等へ連絡を行い、退院後のケアプラン作成に必要な情報提供（退院時サマリーの共有や退院前カンファレンスの実施等）を行うものとする。 ←
2. 入院中の状態変化や、退院後に必要とされる医療的処置、指導事項について、ケアマネジャー等と十分な共有を図る。 ←

第5条（守秘義務） ←

本規程に基づく情報の提供にあたっては、あらかじめ患者本人または家族等から文書による同意を得るものとし、個人情報の保護に十分に配慮しなければならない。 ←



入退院支援の
担当者がサービス
担当者会議や
退院カンファレンスに
参加していること



退院後は、
かかりつけ医機能に
基づく支援
（症状安定後は、
かかりつけ医機能を持
つ医療機関に受診
することへの支援）

① リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取組の更なる推進

地域包括ケア病棟入院料におけるリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の新設

- 地域包括ケア病棟においてもリハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取組を推進する観点から、地域包括ケア病棟の配置等に合わせたリハビリテーション・栄養・口腔連携加算を新設する。
- 地域包括ケア病棟においてもリハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取組を推進する観点から、地域包括ケア病棟の配置等に合わせたリハビリテーション・栄養・口腔連携加算を新設する。

(新) リハビリテーション・栄養・口腔連携加算 30点

[算定要件]

注14 リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理を連携・推進する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算として、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30点を所定点数に加算する。

[施設基準]

- 専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置（専任として配置される病棟は、1名につき1病棟まで）
- 経験・件数要件を満たす常勤医師が1名以上勤務していること
- 適切な口腔ケアの提供、口腔状態に係る課題を認めた場合に、歯科への受診を促す体制（望ましい要件）
- プロセス・アウトカム評価
 - ア 入棟した患者のうち、入棟後3日目までに疾患別リハビリテーションを実施した患者の割合が6割以上
 - イ 土曜日・日曜日・祝日における1日あたりの疾患別リハビリテーションの提供単位数が平日の7割以上
 - ウ 院内で発生した褥瘡のある患者の割合が2.5%未満

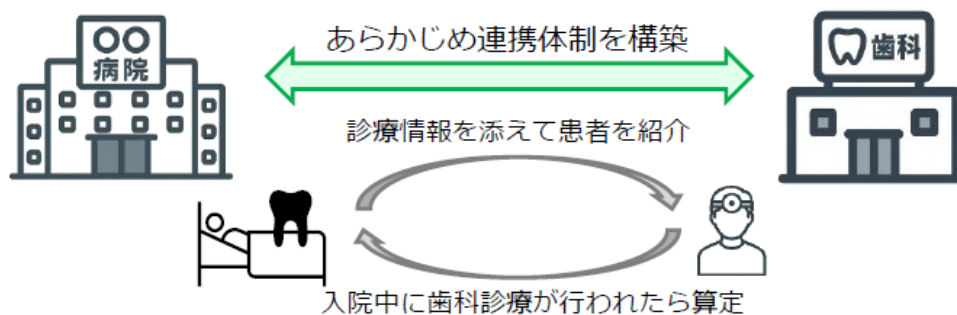
- 当該加算を算定する患者について、「B001の10」入院栄養食事指導料及び「B011の6」栄養情報連携料の算定を可能とする。

歯科医療機関との連携の推進

口腔管理連携加算の新設

- 入院患者が有する口腔状態の課題への質の高い対応を推進する観点から、医科点数表により診療報酬を算定する保険医療機関が、歯科医療機関とあらかじめ連携体制を構築し、口腔状態の課題を有する入院患者が歯科診療を受けられるよう連携を行った場合の評価として、口腔管理連携加算を新設する。

(新) 口腔管理連携加算 600点



[算定要件]

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に入院している患者のうち、口腔状態に係る課題のために医科における治療上の課題を生じており、医師等が入院中の歯科受診が必要と判断した者について、連携体制を構築している他の歯科医療機関に対し、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行い、入院中に歯科診療が行われた場合に、歯科診療が行われた日に入院中1回に限り算定する。この場合において、区分番号B009診療情報提供料(I)は、所定点数に含まれるものとする。

[施設基準]

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

回復期リハビリテーション病棟入院料の評価の見直しの全体像

より質の高い取組への新たな評価

- 回復期リハビリテーション病棟における特に質の高い取組を新たに評価する。
 - **回復期リハビリテーション強化体制加算**の新設
 - ・ より高い実績指数、退院前訪問指導や排尿自立支援の実施に関する基準を設定
 - **退院前訪問指導料**の出来高算定化

質の高い取組の要件化

- 回復期リハビリテーション病棟に求められる質の高い取組を各入院料において要件化する。
 - **土曜・休日を含め全ての日にリハビリテーションを提供できる体制**を備えていることを入院料3, 4においても要件化
 - 患者数や実績指数の**ウェブサイトでの公表**を要件
 - **高次脳機能障害に係る退院支援**の強化
 - 実施が望ましい取組について、望ましいこととする入院料の範囲を入院料3, 4まで拡大する。
 - ・ **地域支援事業**への参加
 - ・ **口腔管理体制**の整備

アウトカム評価の充実（実績指数に関する見直し）

- リハビリテーションによるアウトカムの改善状況を更に評価に活かすため、**実績指数の算出方法と基準を見直す**。
 - 実績指数に関する基準の見直し
 - ・ 実績指数の基準の引上げ（入院料1, 3）
 - ・ 実績指数の基準の導入（入院料2, 4）
 - ・ 1日につき6単位以上の疾患別リハを算定するための実績指数の基準の見直し
 - 実績指数の算出方法の見直し
 - ・ 歩行・トイレ動作の自立をより高く評価
 - ・ 実績指数の算出から除外できる患者の範囲を縮小し、その分除外できる割合を低減

重症患者の基準等の実情に沿った見直し

- アウトカム評価の充実を踏まえ、実績指数と重複する観点を整理し、医療機関の入院受入を柔軟化する。
 - 重症患者の基準に関する見直し
 - ・ **重症患者の対象の範囲を見直す**とともに、入院が求められる**重症患者の割合の基準を引き下げ**
 - ・ 評価尺度の簡素化の観点から、日常生活機能評価よりもFIMの測定が望ましいこととする
 - **重症患者のうち退院時に改善した割合の要件を削除**

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 ※
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	1.3対1以上（7割以上が看護師）	1.5対1以上（4割以上が看護師）		
	看護補助者	3.0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	専従常勤1名以上	専従常勤1名以上が望ましい		-
	管理栄養士	専任常勤1名	専任常勤1名以上の配置が望ましい		
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	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	○	体制整備が望ましい		-
	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		参加することが望ましい	
	高次脳機能障害の退院支援	○			
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	3割5分以上		2割5分以上	
	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	42以上	32以上	37以上	32以上
点数 ()内は生活療養を受ける場合	2,346点 (2,326点)	2,274点 (2,253点)	2,062点 (2,041点)	2,000点 (1,980点)	1,794点 (1,774点)

※ 入院料5については、算定を開始した日から起算して2年（回復期リハビリテーション病棟入院料1、回復期リハビリテーション病棟入院料2、回復期リハビリテーション病棟入院料3又は回復期リハビリテーション病棟入院料4を算定していた病棟にあっては、1年）を超えて算定する場合、100分の80に相当する点数を算定する。

回復期リハビリテーション強化体制加算の新設

回復期リハビリテーション強化体制加算の新設

- 回復期リハビリテーション病棟入院料1を届け出ている病棟を対象に、実績指数、排尿自立支援加算の届出及び退院前訪問指導の実施割合等を要件とする回復期リハビリテーション強化体制加算を新設する。

(新) 回復期リハビリテーション強化体制加算 80点

[算定要件]

回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する病棟について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合は、回復期リハビリテーション強化体制加算として、患者1人につき1日につき80点を所定点数に加算する。

[施設基準]

- (1) 回復期リハビリテーション病棟入院料1の届出を行っていること。
- (2) 届出を行う月及び各年度4月、7月、10月及び1月に算出したリハビリテーション実績指数が48以上であること。
- (3) A251に掲げる排尿自立支援加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。また、H004摂食機能療法の注3に規定する摂食嚥下機能回復体制加算1に係る届出を行っている保険医療機関であることが望ましいこと。
- (4) 直近6か月間に自宅へ退院した患者のうち、1割以上に退院前訪問指導を実施していること。

リハビリテーション実績指数の算出方法等の見直し①

リハビリテーション実績指数の算出方法の見直し

- リハビリテーション実績指数の算出方法について、FIM運動項目のうち「歩行・車椅子」及び「トイレ動作」の得点について、入棟時又は入室時に5点以下、かつ退棟時又は退室時に6点以上に上がった場合、分子のFIM運動項目利得に1点を加えることとする。

<実績指数の算出方法（改定後）>

$$\frac{\text{患者毎の} \left(\begin{array}{l} \textcircled{1} \text{ FIM得点[運動項目の退棟時と入棟時の差]} \\ \text{+} \\ \text{「歩行・車椅子」及び「トイレ動作」が入棟中又は入室中に5点以下から} \\ \text{6点以上に上がった場合、それぞれ1点を加える。} \end{array} \right) \text{の全患者の合計}}{\text{患者毎の} \left(\begin{array}{l} \textcircled{2} \text{ 入棟から退棟までの在棟日数} \\ \text{状態ごとの回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数} \end{array} \right) \text{の全患者の合計}}$$

[改定後のリハビリテーション実績指数の算出方法に基づく、計算例]

前月までの6か月間に退棟した患者	FIM得点(運動項目)の退棟時と入棟時の差	「歩行・車椅子」が入棟時5点以下、かつ退棟時6点以上の場合	「トイレ動作」が入棟時5点以下、かつ退棟時6点以上の場合	①	②
患者A	20	○(+1)	○(+1)	22	0.6
患者B	25	○(+1)	—	26	0.7
患者C	20	—	○(+1)	21	0.4
患者D	25	—	—	25	0.5
計				94	2.2

➡ 上記の例におけるリハビリテーション実績指数は、 $94 \div 2.2 = 42.7$ となる。

リハビリテーション実績指数の算出方法等の見直し②

リハビリテーション実績指数の除外対象患者・除外できる割合の見直し

- 回復期リハビリテーション病棟において、より質の高いアウトカム評価を推進する観点から、リハビリテーション実績指数の除外対象患者の基準及び除外できる割合を見直す。

現行

【実績指数の除外対象患者】

- ① F I M運動項目の得点が20点以下のもの
- ② F I M運動項目の得点が76点以上のもの
- ③ F I M認知項目の得点が24点以下のもの
- ④ 年齢が80歳以上のもの
- ⑤ 基本診療料の施設基準等別表第九に掲げる「急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態」に該当するもの

【実績指数の算出から除外できる患者割合】
100分の30を超えない範囲



改定後

【実績指数の除外対象患者】

- ① F I M運動項目の得点が20点以下のもの
※①のうち、退院までの疾患別リハビリテーション料の1日あたり平均実施単位数が6単位を超えたものについては、実績指数の算出対象に含める。
- ② F I M運動項目の得点が76点以上のもの
- ③ F I M認知項目の得点が14点以下のもの
(削除)
- ④ 基本診療料の施設基準等別表第九に掲げる「急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態」に該当するもの

【実績指数の算出から除外できる患者割合】
100分の20を超えない範囲

「効果に係る相当程度の実績が認められない場合」の基準の見直し

- 基本診療料の施設基準等別表第九の三に規定する「効果に係る相当程度の実績が認められない場合」について、リハビリテーション実績指数が2回連続して27を下回った場合から、30を下回った場合に見直す。

※「効果に係る相当程度の実績が認められない場合」に該当した場合、1日につき6単位を超える疾患別リハビリテーション料は回復期リハビリテーション病棟入院料等に包括される。

入退院支援加算の見直し①

入退院支援加算1の評価の見直し

- ▶ 地域包括医療病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料における入退院支援加算1の評価を見直す。

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

入院中の患者に対する家族等による面会に係る基準（入退院支援加算）の新設

- ▶ 正当な理由なく入院中の患者に対する家族等による面会を妨げないように、入退院支援加算に規定を設ける。

第26の5 入退院支援加算

- 1 入退院支援加算1に関する施設基準 ※入退院支援加算2及び入退院支援加算3においても同様。
- (2) 第35の6(1)ホの規定について、入院中の患者とその家族等との面会は、患者の療養生活の質の向上及び尊厳の保持に資するのみならず、円滑な退院支援を行う上でも重要であることから、感染対策等の正当な理由なく、入院中の患者に対する家族等による面会を妨げてはならないこと。また、やむを得ず面会の制限を行う場合であっても、当該制限が必要以上に厳格なものとならないよう配慮すること。なお、これらを踏まえ、面会に関する規定を策定するとともに、当該規定について定期的に見直しを行うこと。併せて、患者及びその家族等に対し、当該規定の内容が十分に周知されるよう、病棟等の見やすい場所に掲示すること。

退院先となる介護保険施設等への誘導に係る基準の新設

- ▶ 入退院支援を行うにあたり、保険医療機関から退院先となる介護保険施設等への誘導を行うことによって、当該介護保険施設等から金品を收受し、誘引その他の財産上の利益を收受していないことを施設基準に規定する。

- (1) 入退院支援加算1に関する施設基準 ※入退院支援加算2～3も同様。
- ホ 退院患者を特定の介護保険施設等へ誘導することによって、当該介護施設等から金品その他の財産上の利益を收受していないこと。

入退院支援加算の見直し②

入退院支援加算の算定対象の見直し

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

現行

【入退院支援加算 1 及び 2】

〔算定要件〕 退院困難な要因

ア～イ (略)

ウ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること又は要支援状態であるとの疑いがあるが要支援認定が未申請であること（介護保険法施行令第 2 条各号に規定する特定疾病を有する 40 歳以上 65 歳未満の者及び 65 歳以上の者に限る。）

エ～ソ (略)

タ その他患者の状況から判断してアからソまでに準ずると認められる場合

改定後

【入退院支援加算 1 及び 2】

〔算定要件〕 退院困難な要因

ア～イ (略)

ウ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること若しくは要支援状態であるとの疑いがあるが要支援認定が未申請であること又は現に認定を受けている要介護状態区分若しくは要支援状態区分以外の区分に該当する疑いがあるが変更の申請がされていないこと（介護保険法施行令第 2 条各号に規定する特定疾病を有する 40 歳以上 65 歳未満の者及び 65 歳以上の者に限る。）

エ～ソ (略)

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

チ その他患者の状況から判断してアからソまでに準ずると認められる場合

患者の検査・画像情報の提供を行った場合の加算の新設

- 地域連携診療計画加算に係る情報提供時に患者の検査・画像情報の提供を行った場合の加算を新設する。

注 5 注 4 の加算を算定する患者について、添付の必要を認め、当該患者の同意を得て、別の保険医療機関、精神障害者施設又は介護老人保健施設若しくは介護医療院に対して、退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付して情報提供を行った場合は更に 200 点を所定点数に加算する。

⑪ 療養病棟入院基本料の見直し

改定前	改定後
<p>【別表】 一 対象となる疾患・状態 (新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>	<p>【別表】 [施設基準] 一 対象となる疾患・状態</p> <p>末期呼吸器疾患（適切な治療が実施されているにもかかわらず、ヒュー・ジョーンズの分類がV度の状態に該当し、呼吸困難に対して医療用麻薬の投与によるコントロールが必要な状態に限る。）</p> <p>末期心不全（器質的な心機能障害により、適切な治療が実施されているにもかかわらず、慢性的にN Y H A重症度分類IV度の症状に該当し、頻回若しくは持続的に医療用麻薬の投与又はその他の点滴薬物療法による苦痛及び症状のコントロールが必要な状態に限る。）</p> <p>末期腎不全（器質的な腎障害により、適切な治療が実施されているにもかかわらず、慢性的に日本腎臓学会慢性腎臓病重症度分類Stage G5以上に該当し、腎代替療法を必要とする状態であるが、透析療法の開始又は継続が困難である場合であって、医療用麻薬等の投与による苦痛のコントロールが必要な状態に限る。）</p> <p>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</p> <p>区分番号A 2 1 2に掲げる超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算の注2に規定する準超重症の状態（15歳未満の小児患者に限る。）</p>

⑪ 療養病棟入院基本料の見直し

改定前	改定後
<p>【別表】 二対象となる処置等 (新設)</p>	<p>感染症の治療＋創傷処置がある場合は、医療区分3の評価になる。</p> <p>【別表】〔施設基準〕 二対象となる処置等</p> <p>(1) 感染症の治療に係る処置 肺炎に対する治療、<u>尿路感染症に対する治療、 脱水に対する治療（発熱を伴う状態の患者に対して実施するものに限る。） 頻回の嘔吐に対する治療（発熱を伴う状態に限る。） 経鼻胃管及び胃瘻等の経腸栄養（発熱又は嘔吐を伴う状態の患者に対して行うものに限る。）</u></p> <p>(2) 創傷の治療に係る処置及び器具の管理等を伴う処置 <u>褥瘡に対する治療（皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が二箇所以上に認められる場合に実施するものに限る。） 末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療 創傷（手術創や感染創を含む。）、皮膚潰瘍又は下腿若しくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療 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三十日を超えて実施するものに限る。） 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 気管切開又は気管内挿管（発熱を伴う状態の患者に対して行うものを除く。）</u></p> <p>(3) その他の処置 <u>一日八回以上の喀痰吸引、 頻回の血糖検査 酸素療法（密度の高い治療を要する状態にある患者に対して実施するものを除く。） せん妄に対する治療 うつ症状に対する治療</u></p> <p>(4) 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。）</p>

⑫ 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評価体系

患者像	90日以内	90日を超える期間
<ul style="list-style-type: none"> ● 重度の肢体不自由児（者） （脳卒中の後遺症及び認知症を除く） ● 脊髄損傷等の重度障害者（同上） ● 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 	障害者施設等入院基本料（出来高） ※90日以降も特定患者*に該当しない（＝特定除外）	
重度の意識障害者（脳卒中の後遺症）のうち医療区分1, 2（注6）	療養病棟入院基本料に準じた体系（包括） 医療区分と配置基準に応じた点数（注6）	
<ul style="list-style-type: none"> ● 脳卒中、脳卒中の後遺症 ● 廃用症候群 （脳卒中又は廃用症候群の発症前から重度の肢体不自由児（者）であった患者、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）のうち医療区分1, 2（注13） 	療養病棟に準じた体系（包括） 医療区分と配置基準に応じた点数（注13）	特定患者： 特定入院基本料（包括） 特定除外： 左の算定を継続（包括）
人工腎臓等を継続的に行っている慢性腎臓病の患者のうち医療区分2（注6及び注13を除く）（注14）	療養病棟に準じた体系（包括） 配置基準に応じた点数（注14）	左の算定を継続（包括） ※人工腎臓の頻度が少ない等により特定除外の項番10に該当しない場合は、特定入院基本料（包括）
上記いずれにも該当しない患者	障害者施設等入院基本料（出来高） 特定患者： 特定入院基本料（包括） 特定除外： 左の算定を継続（出来高）	

* 特定患者：90日を超える期間、同一の保険医療機関の障害者施設等入院基本料を算定する病棟に入院している患者のうち、留意事項通知(6)の表に特に規定される状態に該当しないものをいい、90日を超える期間は特定入院基本料を算定する。当該表で特に規定される患者については、特定除外として90日より前の算定方法が継続される。

短期滞在手術等基本料3の見直し

短期滞在手術等基本料3の見直し

- **DPC対象病院であっても短期滞在手術等基本料3を算定**するよう、要件を見直す。

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



改定後	
短期滞在手術等基本料3	

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

現行	
[対象手術の追加・評価の見直しの例]	
K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 □ その他のもの (片側) (新設)	17,457点



改定後	
[対象手術の追加・評価の見直しの例]	
K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 □ その他のもの (片側)	18,001点
K872-3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術 2 組織切除回収システム利用によるもの	16,876点

- 外来での実施率が特に高い手術等について、評価を見直すとともに、これらを外来で一定程度実施している医療機関において、医学的に入院での手術等が特に必要な患者に対して、入院でこれらの手術等を実施した場合の評価を行う。

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

[施設基準] (概要)

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

計算の例

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



当該医療機関の外来実施率

$$\frac{90+10}{100+20}$$

想定される外来実施率

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

短期滞在手術等基本料 1 の見直し

短期滞在手術等基本料 1 の見直し

- 短期滞在手術等基本料 1 について、適切な評価を行う観点から、評価を見直す。

現行

- 【短期滞在手術等基本料 1】
- イ 主として入院で実施されている手術を行った場合
(略)
 - イ以外の場合
 - (1) 麻酔を伴う手術を行った場合 1,588点
 - (2) (1) 以外の場合 1,359点



改定後

- 【短期滞在手術等基本料 1】
- イ 主として入院で実施されている手術を行った場合
(略)
 - イ以外の場合
 - (1) 麻酔を伴う手術を行った場合 795点
 - (2) (1) 以外の場合 680点

身体的拘束最小化の取組の更なる推進①

身体的拘束最小化の基準（入院料通則）の充実

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

現行

【入院料通則：身体的拘束最小化の基準】

[施設基準（通知）]

- ・当該保険医療機関において、患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならないこと。

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

改定後

【入院料通則：身体的拘束最小化の基準】

[施設基準（通知）]

- ・患者の尊厳の保持及び療養環境の質の確保の観点から、当該保険医療機関において、患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならないこと。また、こうした組織風土の醸成に努めること。

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



身体的拘束最小化の取組の更なる推進②

身体的拘束最小化の実績等に係る基準（入院料通則）を新設

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

身体的拘束最小化の基準（入院料通則）

身体的拘束最小化の体制に係る基準（R6改定～）

⇒ 基準を満たせない場合は、入院料を**40点減算**

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



身体的拘束最小化の実績等に係る基準（R8改定で新設）

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

以下のいずれかを満たすこと。

ア 身体的拘束の**実施割合が集計**されており、**1割5分以下**であること。

イ 身体的拘束の**原則廃止に向けて、以下の全ての取組を継続**して行っていること。

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

※精神病床においては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定に基づいて取り扱う場合は基準を満たしているものとみなす。

身体的拘束最小化の取組の更なる推進③

身体的拘束の実施割合の計算方法

- 身体的拘束最小化の基準に係る実施割合の計算方法は、以下のとおり。

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

- ※1 以下の場合には身体的拘束を実施した日数に含めない。

ア センサークリップ等のみを使用する場合

（患者の動作により容易に外れ、自発的な運動を制限することはない状況に限る）

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

（使用中は職員が介助等のために常に当該患者の側に付き添っており、処置や移動の終了時に確実に解除している場合のみ）

ウ 患者が訓練のために自由に車椅子を操作することのできる状態であって、患者等の同意を得た上で、車椅子操作による訓練の時間中のみ安全確保のために固定ベルトを使用する場合

（車椅子の前にオーバーテーブルを設置する、車椅子をロックする等の方法により、患者本人の活動を制限している場合は該当せず、身体的拘束を実施した日としてカウントする）

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

「A300」救命救急入院料

「A302」新生児特定集中治療室管理料

「A301」特定集中治療室管理料

「A302-2」新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料

「A301-2」ハイケアユニット入院医療管理料

「A303」総合周産期特定集中治療室管理料

「A301-3」脳卒中ケアユニット入院医療管理料

「A303-2」新生児治療回復室入院医療管理料

「A301-4」小児特定集中治療室管理料

身体的拘束最小化に係る特に高い取組の評価

身体的拘束最小化推進体制加算の新設

- 身体的拘束の最小化に向け、管理者等を中心として身体的拘束を原則として行わないという組織風土を醸成し、組織的に特に質の高い取組を行う体制について、新たな評価を設ける。

(新) 身体的拘束最小化推進体制加算（1日につき） 40点

[対象病棟]

療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料、
特殊疾患入院医療管理料、地域包括ケア病棟入院料、特殊疾患病棟入院料を算定している病棟
(※ 同じ入院料を算定する病棟全体で届け出る)



[施設基準（抜粋）]

- 病院長や看護部長が、身体的拘束の最小化に向けて病院全体で取り組むことについて表明し、職員に周知していること。
- 院内で身体的拘束の最小化に関する講習が年2回以上実施されており、入院患者に関わる全ての職員が受講していること。
- 身体的拘束最小化チームにより、身体的拘束に使用する用具が病棟外の1か所で管理され、使用状況、解除に向けた検討状況を把握するとともに、必要に応じて解除に向けた提案が行われていること。
- 身体的拘束の最小化に向けた具体的な取組を検討するための委員会を3か月に1回以上実施していること。
- 身体的拘束を行われている患者がいる場合、最小化チームによる巡回が定期的に行われ、病棟の職員と共に解除に向けた具体的な検討が行われていること。
- 身体的拘束を行わずにケアするための用具の導入について職員が提案することができ、積極的に導入するような仕組みを有すること。
- 身体的拘束を検討する可能性のある患者の入棟を制限していないこと。
- 身体的拘束が実施される可能性のある全ての患者に対し、病院として身体的拘束を原則行わない方針であることや、身体的拘束を行うリスクと行わないリスク等について説明し、患者及び家族の意向を十分に聴取していること。
- 加算を算定することのできる入院料を算定した日数に占める身体的拘束を実施した日数の割合が3%以下（届出から1年間は5%以下）であること。
- 身体的拘束を原則として行わない方針であること、取組の内容、身体的拘束の実施状況（実施割合等）について院内掲示及びウェブサイトに掲載していること。

認知症ケア加算の見直し

認知症ケア加算の見直し

- 認知症を有する患者へのアセスメントやケアの充実を図りながら身体的拘束の最小化の取組を推進する観点から、認知症ケア加算について評価を見直す。

現行

[算定要件 (告示)]

【認知症ケア加算】

1 認知症ケア加算 1				
イ 14日以内の期間	180点 / □	15日以上	の期間	34点
2 認知症ケア加算 2				
イ 14日以内の期間	112点 / □	15日以上	の期間	28点
3 認知症ケア加算 3				
イ 14日以内の期間	44点 / □	15日以上	の期間	10点

[算定要件]

注2 身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。



改定後

[算定要件 (告示)]

【認知症ケア加算】

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

[算定要件]

注2 身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の20に相当する点数により算定する。

- 認知症を有する患者へのアセスメントやケアの充実を図りながら、認知症ケアチームと病院管理者等の責任者が協働のもと組織内で統一した取組が図られ、身体的拘束の最小化を目指した適切な取り組みが推進されるよう、見直す。

現行

[算定要件 (通知)]

A 2 4 7 認知症ケア加算

(6) 認知症ケア加算 1

ア・イ (略)

(新設)

ウ (略)



改定後

[算定要件 (通知)]

A 2 4 7 認知症ケア加算

(6) 認知症ケア加算 1

ア・イ (略)

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

エ (略)

医療安全対策加算の見直し

医療安全対策加算の見直し

- ▶ 患者への安心・安全な医療の提供を更に推進する観点から、医療安全対策加算について要件及び評価を充実する。

現行

- 【医療安全対策加算】
- 1 医療安全対策加算 1 85点
2 医療安全対策加算 2 30点
- [施設基準]
- (1) 医療安全管理体制に関する基準
(追加)
- (2) 医療安全管理者の行う業務に関する事項
(追加)
- (3) 医療安全管理部門が行う業務に関する基準
(追加)



改定後

- 【医療安全対策加算】
- 1 医療安全対策加算 1 160点
2 医療安全対策加算 2 70点
- [施設基準]
- (1) 医療安全管理体制に関する基準
- 当該保険医療機関の管理者が、医療事故調査制度に係る適切な研修を修了していることが望ましい。
- (2) 医療安全管理者の行う業務に関する事項
- 医療安全対策上の必要に応じて他の部門で開催される会議への参加その他医療安全対策の推進に関する業務を行うこと。
- (3) 医療安全管理部門が行う業務に関する基準
- (加算1のみ)「病院等において把握すべき重大事象の類型化について」(医政局地域医療計画課長通知)に示す、患者への影響度が大きい回避可能性は必ずしも高くない事象について、医療安全管理部門に情報を集積して発生の傾向を把握し、必要に応じて検証の実施、検証結果の記録、医療安全管理委員会への検証結果の報告、及び必要な対策を実施する体制を整備すること。

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

- 【医療安全対策加算 2】
- [施設基準]
- (1) 医療安全管理体制に関する基準
- ア 以下のいずれかの体制を有していること。
- (イ) ※現行と同様
- (ロ) 医療安全管理者であって、医療安全対策に係る適切な研修を修了し、医療安全管理部門での1年以上の業務経験を有する専任の職員が配置されていること。この場合、医療安全管理者とは別に、看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理部門に配置されていること。

医療安全対策加算の見直し

医療安全対策地域連携加算の見直し

- 多様な規模・機能の医療機関同士が連携し、医療安全に関する取組を互いに評価し改善に繋げる体制の構築を推進する観点から、医療安全対策地域連携加算 1 について、特定機能病院においても算定可能とする。
- また、医療安全に関する課題等の情報共有や対応困難事例に関する相談体制の整備等を行う取組を推進する観点から、施設基準を追加する。

現行

【医療安全対策地域連携加算】

[算定要件]

医療安全対策に関する医療機関間の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合している保険医療機関（特定機能病院を除く。）に入院している患者については、それぞれ更に所定点数に加算する。

[施設基準]
(追加)

改定後

【医療安全対策地域連携加算】

[算定要件]

医療安全対策に関する医療機関間の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合している保険医療機関（**医療安全対策地域連携加算 2 については、**特定機能病院を除く。）に入院している患者については、それぞれ更に所定点数に加算する。

[施設基準]

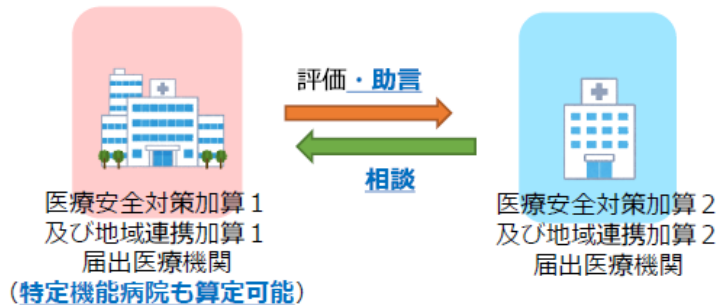
(加算 1)

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

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

(加算 2)

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



病棟薬剤業務実施加算について

- ▶ 病棟薬剤業務実施加算について、ポリファーマシー対策や施設間の薬剤情報連携、転院・退院時の服薬指導等に資する薬学的介入の実績を適切に評価する観点から、薬剤総合評価調整加算等の算定回数が多い場合の評価を見直す。

現行

【(医科点数表) 病棟薬剤業務実施加算】

1	病棟薬剤業務実施加算 1 (週 1 回)	120点
2	病棟薬剤業務実施加算 2 (1日につき)	100点

改定後

【(医科点数表) 病棟薬剤業務実施加算】

1	(新) 病棟薬剤業務実施加算 1 (週 1 回)	300点
2	病棟薬剤業務実施加算 2 (週 1 回)	120点
3	病棟薬剤業務実施加算 3 (1日につき)	100点

〔施設基準〕

三十五の四 病棟薬剤業務実施加算の施設基準

(1) 病棟薬剤業務実施加算 1 の施設基準

- イ 病棟ごとに専任の薬剤師が配置されていること。
- ロ 薬剤師が実施する病棟における薬剤関連業務につき、病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性に資するために十分な時間が確保されていること。

ハ 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設を有すること。

- ニ 当該保険医療機関における医薬品の使用に係る状況を把握するとともに、医薬品の安全性に係る重要な情報を把握した際に、速やかに必要な措置を講じる体制を有していること。

ホ 薬剤管理指導料の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関であること。

ト 薬剤総合評価調整業務及び退院時薬剤情報管理指導につき十分な実績を有していること。

(2) 病棟薬剤業務実施加算 2 の施設基準

- (1)のイからホまで該当する保険医療機関であること。

(3) 病棟薬剤業務実施加算 3 の施設基準

イ～ホ (略)

(4) (略)



【A250】薬剤総合評価調整加算の算定回数が直近 3 ヶ月で 10 回
 【B014】退院時薬剤情報管理指導料の算定割合が直近 3 ヶ月における退院患者に対する退院時薬剤情報管理指導料の算定割合が 4 割以上

薬剤総合評価調整加算について

- 処方変更理由や服薬状況等の薬剤情報が適切に共有されないことによりポリファーマシー対策が途切れてしまうことを防止する観点（転院・退院等があっても継続的な薬物治療を行う観点）から、病院薬剤師による施設間の薬剤情報連携が充実されるよう、薬剤総合評価調整加算の要件及び評価を見直す。

現行

【（医科点数表）薬剤総合評価調整加算】

薬剤総合評価調整加算 100点

注1 入院中の患者について、次のいずれかに該当する場合に、退院時1回に限り所定点数に加算する。

- イ 入院前に6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていた患者について、当該処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、かつ、療養上必要な指導を行った場合
- ロ 精神病棟に入院中の患者であって、入院直前又は退院1年前のいずれか遅い時点で抗精神病薬を4種類以上内服していたものについて、当該抗精神病薬の処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、かつ、療養上必要な指導を行った場合

改定後

【（医科点数表）薬剤総合評価調整加算】

薬剤総合評価調整加算 160点

注1 入院中の患者について、次のいずれかに該当する場合に、退院時1回に限り所定点数に加算する。

- イ 入院前に6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていた患者について、当該処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、かつ、療養上必要な指導及び**情報連携を行った場合**
- ロ 精神病棟に入院中の患者であって、入院直前又は退院1年前のいずれか遅い時点で抗精神病薬を4種類以上内服していたものについて、当該抗精神病薬の処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、かつ、療養上必要な指導及び**情報連携を行った場合**

現行

【（医科点数表）退院時薬剤情報管理指導料】

注2 保険医療機関が、入院前の内服薬の変更をした患者又は服用を中止した患者について、保険薬局に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、その理由や変更又は中止後の当該患者の状況を文書により提供した場合に、**退院時薬剤情報連携加算**として、60点を所定点数に加算する。

改定後

【（医科点数表）退院時薬剤情報管理指導料】

注2 削除

退院時薬剤情報管理指導料：保険薬局への情報提供のみ



薬剤総合調整加算：転院先・転所先・保険薬局等へ情報提供先が**拡大**

2

3-4. 入院医療

～リハビリテーション料の評価～

- 摂食嚥下機能回復への取り組み強化（STの配置の緩和、アウトカム要件の見直し）
- 離床を供わないリハビリの減算
- 発症早期のリハビリの推進
- 休日のリハビリテーションの評価
- 疾患別リハビリ7単位以上の対象患者の見直し
- 疾患別リハビリ専従スタッフの業務内容の拡大
- 慢性心不全の再入院予防の評価

質の高い摂食嚥下機能回復に係る取組の推進①

摂食嚥下機能回復体制加算の施設基準の見直し

- 摂食嚥下機能回復体制加算 1 及び 2 の施設基準のうち、**摂食嚥下支援チームの言語聴覚士**の専従要件を見直し、**専任の従事者でも可**とする。

現行

【摂食嚥下機能回復体制加算】

[施設基準]

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



改定後

【摂食嚥下機能回復体制加算】

[施設基準]

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

- 療養病棟で算定される**摂食嚥下機能回復体制加算 3 の実績**について、1 及び 2 と同様に、**経腸栄養から経口摂取へ回復した患者についても算入可能**とする。

現行

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



改定後

- 3 摂食嚥下機能回復体制加算 3 に関する施設基準
 - (3) 当該保険医療機関において、療養病棟入院料 1 又は 2 を算定する病棟の入院患者における、**ア及びイの前年の実績の合計数が 2 名以上**であること。
 - ア 中心静脈栄養を実施していた患者のうち、嚥下機能評価を実施した上で嚥下リハビリテーション等を行い、嚥下機能が回復し、中心静脈栄養を終了した者
 - イ **鼻腔栄養を実施していた患者又は胃瘻を造設していた患者のうち、嚥下機能評価を実施した上で嚥下リハビリテーション等を行い、嚥下機能が回復し、経口摂取のみの栄養方法を行う状態に回復した者**

疾患別リハビリテーション料の訓練内容に応じた評価の見直し

離床を伴わずに行うリハビリテーションの区分の新設

- より質の高いリハビリテーションを推進する観点から、疾患別リハビリテーション料について、訓練内容に応じた評価に見直す。具体的には、ベッド上のみでポジショニングや拘縮の予防を目的としたリハビリテーションのみを行う場合について、減算及び算定単位数の制限を設ける。

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

[算定要件]

注8 特定の患者に離床を伴わずに20分以上個別療法であるリハビリテーションを行った場合は、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。この場合、通則第4号にかかわらず、患者1人につき1日2単位まで算定する。

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

特定の患者とは、個別療法を実施する日に、ベッド上から移動せずにポジショニング又は拘縮の予防等を主たる目的とした他動的な訓練のみを行う入院中の患者のうち、以下のいずれにも該当しないものをいう。

減算等の対象外

- ア 「A300」救命救急入院料等の治療室に係る入院料、疾患別リハビリテーションの注に規定する早期リハビリテーション加算、初期加算及び急性期リハビリテーション加算のいずれかを算定している患者（=急性期に算定する入院料や加算を算定する患者）
- イ 患者の疾患及び状態により、ベッド上からの移動が困難である15歳未満の小児患者。
- ウ 患者の疾患及び状態により、ベッド上からの移動が困難な患者であって、当該個別療法を3単位以上行うことが医学的に必要であると医師が特に認めたもの。この場合においては、当該患者がベッド上からの移動が困難な医学的理由、長時間のリハビリテーションが必要な理由及び訓練内容について、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

発症早期のリハビリテーションの更なる推進

早期リハビリテーション加算の改定

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

現行

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

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

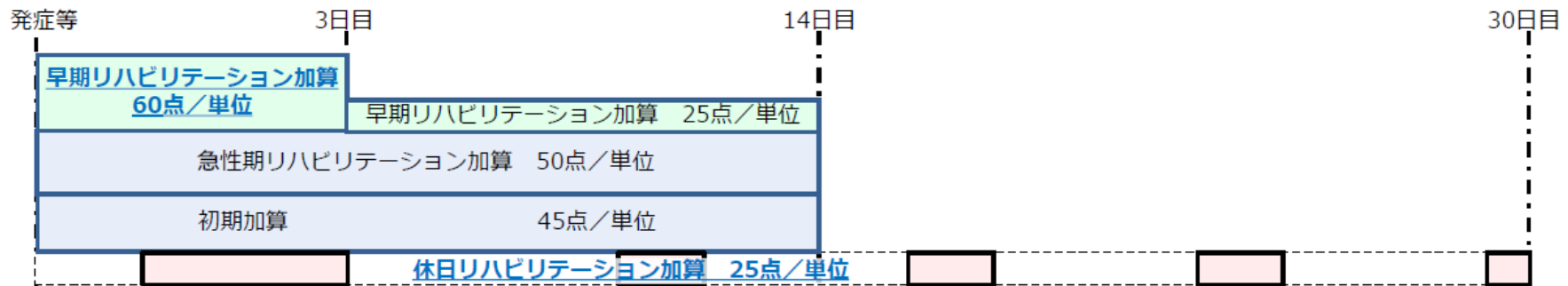
改定後

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

[算定要件]
入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、入院した日から起算して14日を限度として、早期リハビリテーション加算として、所定点数に加算する。
ただし、他の保険医療機関から転院してきた患者については、転院前の保険医療機関に入院した日を起算日とする。

※ 他の疾患別リハビリテーション料についても同様

【算定イメージ】



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

休日のリハビリテーションの適切な評価

休日リハビリテーション加算の新設

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

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

【疾患別リハビリテーション料】

[算定要件]

- 各疾患別リハビリテーション料に定める対象者（下表参照）に対して、土曜日、休日にリハビリテーションを行った場合は、加算の起算日（下表参照）から起算して30日目までを限度として、休日リハビリテーション加算として、1単位につき25点を所定点数に加算する。

疾患別リハビリテーション料	休日リハ加算の対象者	休日リハ加算の起算日
心大血管疾患リハビリテーション料 呼吸器リハビリテーション料	<ul style="list-style-type: none"> • 入院中のもの 	発症、手術若しくは急性増悪から7日目 又は治療開始日のいずれか早いもの
脳血管疾患等リハビリテーション料	<ul style="list-style-type: none"> • 入院中のもの • 入院中の患者以外の患者（脳卒中の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を地域連携診療計画加算を算定して退院したものに限る。） 	発症、手術又は急性増悪
廃用症候群リハビリテーション料	<ul style="list-style-type: none"> • 入院中のもの 	発症、手術若しくは急性増悪 又は当該患者の廃用症候群の急性増悪
運動器リハビリテーション料	<ul style="list-style-type: none"> • 入院中のもの • 入院中の患者以外の患者（大腿骨頸部骨折の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を地域連携診療計画加算を算定して退院したものに限る。） 	発症、手術又は急性増悪

疾患別リハビリテーション料の算定単位数上限緩和対象患者の見直し

疾患別リハビリテーション料の算定単位数上限緩和対象患者の見直し

- 疾患別リハビリテーション料に係る算定単位数の上限が緩和される対象患者について、令和6年度改定で回復期リハビリテーション病棟における運動器リハビリテーションの算定上限が6単位となった趣旨を踏まえ、上限単位数の緩和対象を明確化する。

現行

【第7部 リハビリテーション】

[施設基準]

別表第九の三 医科点数表第二章第七部リハビリテーション
通則第4号に規定する患者

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



改定後

【第7部 リハビリテーション】

[施設基準]

別表第九の三 医科点数表第二章第七部リハビリテーション
通則第4号に規定する患者

- 回復期リハビリテーション病棟入院料又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（運動器リハビリテーション料を算定するものを除く。）
- 脳血管疾患等の患者のうち**発症日、手術日又は急性増悪の日から**六十日以内のもの
- 入院中の患者であって、その入院する病棟等において早期歩行、ADLの自立等を目的として心大血管疾患リハビリテーション料（I）、脳血管疾患等リハビリテーション料（I）、廃用症候群リハビリテーション料（I）又は呼吸器リハビリテーション料（I）を算定するもの

疾患別リハビリテーション料の療法士による指導等の更なる推進

疾患別リハビリテーション料における専従療法士が実施可能な業務の明確化

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

【疾患別リハビリテーション料】

【施設基準】

<疾患別リハビリテーション料の専従者が従事できる業務>

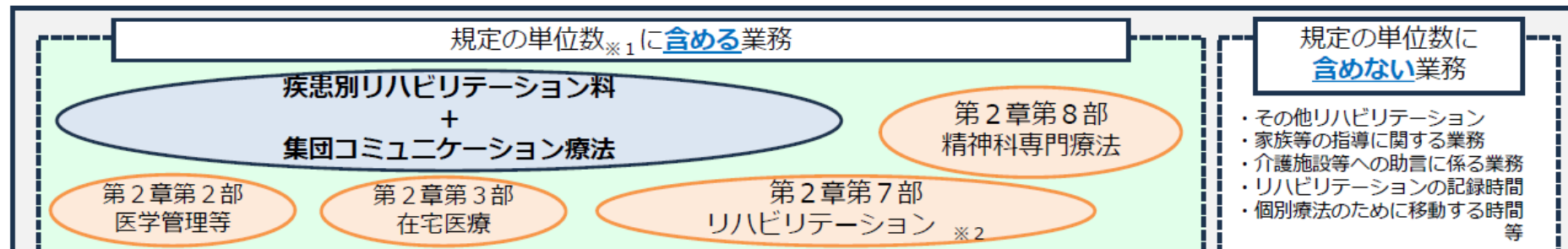
- ・ 第2章第1部医学管理
- ・ 第2部在宅医療
- ・ 第7部リハビリテーション
- ・ 第8部精神科専門療法
- ・ その他リハビリテーション、患者・家族等の指導に係る業務
- ・ 介護施設等への助言業務

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

<疾患別リハビリテーション料の専従者その他の専従者との兼任>

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

- 従事することのできる業務の拡大に伴って、単純な労働時間の増加に繋がらないよう、専従の従事者1人の1日当たりの実施単位数の算出にあたっては、当該従事者が疾患別リハビリテーション料及び集団コミュニケーション療法以外の特掲診療料に係る業務に従事した場合、従事した時間を全て合算して20分以上であれば、20分につき1単位とみなし、当該実施単位数に含めることとする。



※1 1日当たり18単位を標準とし、適当の実施単位数として108単位まで、1日当たりの実施単位数として24単位までが上限。

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

慢性心不全の再入院予防の評価の新設

心不全再入院予防継続管理料の新設

- 心不全治療による再入院予防を推進する観点から、急性心不全で入院した患者に対して、早期から多職種による介入を実施し、退院後も必要な治療を地域で連携して実施した場合について、新たな評価を行う。

(新) 心不全再入院予防継続管理料

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

	管理料 1 (入院中)	管理料 2 (外来)	管理料 3 (外来)
主な施設基準	<ul style="list-style-type: none"> ○一般病棟入院基本料、7対1入院基本料、10対1入院基本料(特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。)又は専門病院入院基本料に限る。)に係る届出 ○心不全再入院予防チーム(心不全指導の経験を3年(医師は5年)以上有する常勤の医師、看護師又は保健師、管理栄養士)の設置(いずれかは研修を修了した者であることが望ましい) ○常勤の薬剤師及び理学療法士の配置 ○心大血管疾患リハビリテーション料に係る届出 ○院内職員、3を算定する保険医療機関等を対象とした研修会を年に各1回以上実施 		<ul style="list-style-type: none"> ○心不全再入院予防チーム(心不全指導の経験を3年(医師は5年)以上有する医師、看護師又は保健師、うち1名以上は常勤)の設置 ○栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備 ○管理料1又は2の医療機関が主催する研修会への参加
主な算定要件	<ul style="list-style-type: none"> ○心不全を主病とする患者に対し、以下を全て満たす場合に算定 <ul style="list-style-type: none"> ・心不全に対し、ガイドラインに基づいて心機能の評価、原疾患の精査、リスク評価及び必要な治療等を実施されていること。 ・当該入院中に早期離床・リハビリテーション加算又は心大血管疾患リハビリテーション料を算定していること。 ・当該入院中に入院栄養食事指導料又は薬剤管理指導料のうち、いずれか1つを算定していること。 	<ul style="list-style-type: none"> ○初回算定日の6月以内に1を算定していた入院中の患者以外の患者であって、心不全を主病とするものに対し、ガイドラインに基づき、心不全再入院予防チームが治療効果の評価等を実施し、薬物治療に加え、医師の指示のもと、心不全に関する当該患者に必要な療養指導、食事指導又は運動指導のうちいずれかを1つ以上を個別に合計30分以上実施した場合に算定 	<ul style="list-style-type: none"> ○初回算定日の6月以内に1又は2を算定していた入院中の患者以外の患者であって、心不全を主病とするものに対し、ガイドラインに基づき、治療効果の評価等を実施し、必要な治療を継続して実施した場合に算定
	<ul style="list-style-type: none"> ○心不全再入院予防チームは、心不全のリスク要因に関する評価を行い、その結果に基づき指導計画を作成する。心不全再入院予防チームは、心不全のリスク要因に関する評価結果、指導計画及び実施した指導内容を診療録、療養指導記録又は栄養指導記録に添付又は記載 		

3-5. 入院医療

～業務効率化・負担軽減等に向けた取組み～

- **I C T等の活用による業務効率化・負担軽減**
 - 見守りや記録等で I C Tを組織的に活用した際の看護配置基準の柔軟化
 - 生成 A I等を組織的に活用した際の医師事務作業補助体制加算の柔軟化
- **様式9の計算方法の見直し**
- **事務長の簡素化・効率化**
- **やむを得ない事情で看護要員が不足する場合の取扱いの柔軟化**
 - 見守りや記録等で I C Tを組織的に活用した際の看護配置基準の柔軟化
 - 生成 A I等を組織的に活用した際の医師事務作業補助体制加算の柔軟化

① ICT等の活用による看護業務効率化の推進




ICT機器等の活用により看護要員の業務を軽減したうえで、適切に患者の看護を行うことができる体制がある場合は、**看護職員に対する看護師の比率等について、1割以内の減少である場合は、入院基本料等の基準を満たすものとして、所定点数を算定できるよう見直す。**

<対象病棟>

急性期一般入院料、急性期病院一般入院料、7対1、10対1入院基本料、地域包括医療病棟入院料、小児入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料

<19 情報通信機器等を用いた看護職員及び看護補助者の業務の効率化についての施設基準>

(1) 看護及び看護補助業務の効率化等に当たって、当該病棟において、以下のアからウまでに掲げるICT、AI、IoTの機器等（以下「ICT機器等」という）を全て導入しており、当該病棟の看護職員等が広く使用していること。

ア 見守り	イ 記録	ウ 医療従事者間の情報共有
<ul style="list-style-type: none"> 病室に設置されたカメラ等から送信された映像や病床に設置されたセンサー等の機器 看護職員が遠隔で複数の患者の行動・体動・日常生活の状況等を総合的かつ効率的に把握できる <p>(例) 見守りカメラ、スマートグラス</p> 	<ul style="list-style-type: none"> 音声入力による看護記録の作成や電子カルテの情報からの自動的なサマリーの生成等、看護記録の作成等の効率化に大きく資する機器 <p>(例) スマートフォン、音声入力システム</p> 	<ul style="list-style-type: none"> 業務中に手に持たずに複数人と同時に通話できる機器や、病棟の看護職員と病院の医師が携帯リアルタイムに情報を共有できる端末等、直接対面せずに、多人数の職員間での情報共有を効率的に実施できる機器 <p>(例) インターコミュニケーションシステム (例) モバイル端末のチャット機能</p> 

① ICT等の活用による看護業務効率化の推進

ア 見守り	看護職員が遠隔で複数の患者の行動・体動・日常生活の状況等を総合的かつ効率的に把握でき、訪室回数等の減少等による業務の効率化を図りつつ、患者の転倒転落の予防、異常の早期発見、身体的拘束の最小化、医療安全その他患者の生命・身体の保護を図るものをいう。なお、当該機器を病室に設置する際には、患者等のプライバシーに配慮する観点から、患者又はその家族等に必要な説明を行い、同意を得ることとする。また、患者の状態や、患者又はその家族等の意向に応じ、一部の患者に機器を使用せず個別に見守りを行うこと又は機器の使用を一時的に停止することは差し支えない。
イ 看護記録	看護記録の作成等の効率化に大きく資する機器であって、当該機器の使用により、業務時間外の記録の作成にかかる時間が減少する等の効果があるものをいう。ただし、データの入力から記録・保存・活用までを一体的に支援するものに限る（複数の機器の連携によるものを含む。）。
ウ 情報共有	直接対面せずに、多人数の職員間での情報共有を効率的に実施できる機器であって、当該機器の使用により報告・連絡に要する時間や、報告・連絡に伴う移動や待機の時間が減少する等の効果があるものをいう。

【施設基準（通知）】

(2) 厚生労働省の定める「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」及び総務省・経済産業省「医療情報を取り扱う情報システム・サービスの提供事業者における安全管理ガイドライン」に準拠していること。

(3) ICT機器等を導入した病棟の看護要員（常勤職員に限る。）の**1人1月当たりの超過勤務時間の状況**（原則として、タイムカードやPC等のログイン及びログアウトの時間を把握できる電子計算機の使用により把握すること。）について、**平均10時間以下であるとともに、非常勤職員を含めて導入前と比較して増加する傾向にないこと。**

(4) ICT機器等の導入前後における看護要員の業務内容、**業務量及び業務時間並びに看護要員の事務作業時間及び業務負担等について、年1回程度、定量的又は定性的な評価を実施**すること。その結果を病院内の職員に周知するとともに、衛生委員会その他これに準ずる会議体において確認し、必要に応じて適切な対策を講じること。

(5) 中央社会保険医療協議会の要請に基づき、厚生労働大臣が実施するICT機器等の活用状況や看護業務の改善に係る継続的な取組状況等に関する随時調査に適切に参加すること

(6) 1日当たり勤務する看護要員の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護職員の数に対する看護師の比率については、基本診療料の施設基準等の第五、第九及び第十に規定する基準に対し、**1割以内の減少であること。**

(7) 毎年8月において、(1)及び(3)について、届け出ること。

② 医師事務作業補助体制加算の見直し

第1 基本的な考え方

ICT機器等の活用による医師事務に係る業務効率化・負担軽減等の業務改善推進の観点から、医師事務作業補助体制加算の人員配置基準を柔軟化する。

第2 具体的な内容

1. **ICT機器等を活用**した医師事務作業の業務効率化・負担軽減に取り組む医療機関について、**医師事務作業補助者の人員配置基準を柔軟化**する。
2. 医師事務業務の実態を踏まえ、医師事務作業補助者が実施可能な**業務範囲を明確化**する。

改定後

【医師事務作業補助体制加算】

【算定要件】

(1)～(2) (略)

(3) 医師事務作業補助者の業務は、医師（歯科医師を含む。）の指示の下に、診断書・診療情報提供書・返信・診療サマリー・診療計画書等の文書作成補助、診療記録・検査オーダー・食事オーダー・クリニカルパス・地域連携パスへの代行入力、患者・家族への説明文書の準備・作成、診療録・画像検査結果等の整理、医療の質の向上に資する事務作業（診療に関するデータ整理、院内がん登録等の統計・調査・入力作業、教育や研修・カンファレンスのための準備作業等）、入院時の案内等の病棟における患者対応業務及び行政上の業務（救急医療情報システムへの入力、感染症サーベイランス事業に係る入力等）への対応に限定するものであること。なお、医師以外の職種の指示の下に行う業務、診療報酬の請求事務（DPCのコーディングに係る業務を含む。）、窓口・受付業務、医療機関の経営、運営のためのデータ収集業務、看護業務の補助及び物品運搬業務等については医師事務作業補助者の業務としないこと。

② 医師事務作業補助体制加算の見直し

① 医療文書等の文書作成補助システム	① 生成AIを活用し、退院時要約、診断書及び紹介状等の原案作成を自動的に行い、当該業務を大幅に効率化
② 医療文書用の音声入力システム	② 診療録、退院時要約、診断書及び紹介状の作成に対応する医療文書等への入力を行う
③ ロボティック・プロセス・オートメーション（RPA）	③ 救急医療情報システム等への医療データ等の定型的な入力作業等を自動化
④ 10種類以上の患者向け説明動画	④ 入退院時の説明、検査・処置、麻酔・鎮静、手術、インフォームド・コンセント及び医療安全・感染対策等に関する説明動画

<p>ア. ①生成AIを用いた文書作成補助システムの活用</p> <p>イ. ①～④の機器が厚労省及び総務・総務省・経済産業省のガイドライン等に準拠</p> <p>ウ. 生成AI等は、経済産業省及び総務省AI事業者ガイドラインを遵守</p> <p>エ. 全ての医師事務に操作方法等を研修し、常時ICT機器を用いて業務を遂行できる体制</p>	医師事務作業補助者1人を1.2人としてカウント
<p>上記に加え、下記の②～④のいずれか1種類以上を活用</p> <p>②医療文書用の音声入力システム（汎用音声入力機能を除く。）</p> <p>③ロボティック・プロセス・オートメーション（RPA）</p> <p>④10種類以上の患者向け説明動画</p>	医師事務作業補助者1人を1.3人としてカウント

(2) (1) のオ又はカの算入方法により新たに届け出る場合（オの算入方法とカの算入方法を相互に変更する場合を除く。）には、当該届出を行う直近3月以上の期間において、当該算入方法を用いずに、当該配置区分又はこれを上回る配置区分について、引き続き算定していること。

(3) (2) により届け出る保険医療機関は、ICT機器等の導入前後における医師事務作業補助者の業務内容、業務量及び業務時間並びに医師の事務作業時間及び負担感等について、年1回程度、定量的又は定性的な評価を実施するとともに、その結果を労働安全衛生法第18条に規定する衛生委員会その他これに準ずる会議体において確認し、必要に応じて適切な対策を講ずること。

入院基本料等の通則の見直し

入院診療計画、身体的拘束最小化についての基準の変更

- 入院診療計画の基準について、**入院期間が2日以内**であると見込まれる場合等であって、診療や退院後の治療や生活に支障がないと認められる患者に対して入院診療に関する必要な説明を行った場合は、**患者への文書を用いた説明及び交付は行わなくても差し支えない**こととする。さらに、**医師や患者等の署名は不要とし、説明日及び説明者を診療録に記載**することとする。
- **身体的拘束最小化の基準**は、令和6年度改定で新設された部分を「体制に係る基準」と位置づけたうえで、**実績や取組に係る基準を新設**し、体制のみを満たし実績等を満たさない場合は、入院基本料等を20点減算することとする。

身体的拘束最小化の体制に係る基準（R6改定～）

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

身体的拘束最小化の実績等に係る基準（R8改定で新設）

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

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

入院中の患者への家族等による面会に係る基準の新設

- 正当な理由なく**入院中の患者に対する家族等による面会を妨げない**よう、入院基本料等の通則及び入退院支援加算に新たに規定を設ける。

〔施設基準〕

第五 病院の入院基本料の施設基準等 一 通則

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

※特定入院料の施設基準等においても同様。

医療機関等における事務等の簡素化・効率化

事務等の簡素化・効率化

➤ 医療機関等における医療DXへの対応及び業務の簡素化を図る観点から、診療に係る様式の簡素化や署名・記名押印の見直し、施設基準等に係る届出や報告事項を見直す。

- 医療DXへの対応を見据え、既存の様式も含め、各種様式の共通項目については、可能な範囲で記載の統一を図る。
- 入院診療計画書のような業務負担の大きい計画書やその他煩雑な計画書について、様式の簡素化や運用の見直しを行うとともに、各種様式の署名又は記名・押印について、代替方法で担保できるものは廃止する。

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

- 施設基準等届出のオンライン化を引き続き進めるとともに、円滑にオンライン化が進むよう、届出様式の削減や届出項目を最小化する。
- 施設基準等の適合性や診療報酬に関する実績を確認するために、毎年、地方厚生（支）局長や厚生労働省に報告を求めている様式について、他に代替方法がないものや次期報酬改定に必要なものに限定するとともに、添付書類の省略等の簡素化を図る。
- 歯科診療報酬において保険適用について事前承認を求めることとされているもののうち、通知等で明確化されているものを、事前承認の対象から除外する。

様式9の見直し

病棟における勤務時間に算入できる内容の見直し

- 入院基本料等の施設基準に係る届出を行うに当たって看護要員の必要数及び配置数を算出するために使用する「様式9」について、医療現場の実態を踏まえ、また、業務の簡素化の観点から、入院患者の看護に影響のない範囲で病棟における勤務時間に算入できる内容を見直す。

【施設基準】

(2) 看護要員の数については、次の点に留意する。

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

【別紙5】病棟の勤務時間数に算入できるもの（一部抜粋）

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

様式9の見直し

小数点以下の処理方法の見直し

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

現行

様式9 入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類（一部抜粋）

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

改定後

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

<シミュレーション>

平均入院患者数44.21人の13対1の病棟の場合

	現行	改定後
平均入院患者数	小数点以下切り上げ 45人	小数点第2位切り上げ 44.3人
1日当り看護職員 必要数	小数点以下切り上げ $45人 \div 13 \times 3 = 10.38人 = 11人$	小数点第2位切り上げ $44.3人 \div 13 \times 3 = 10.22人 = 10.3人$
1月当り看護職員 必要数	$11人 \times 30日 = 330人$ $330人 \times 8時間 = 2,640時間$	$10.3人 \times 30日 = 309人$ $309人 \times 8時間 = 2,472時間$
差	—	▲21人、▲168時間

入院基本料等における各種基準の計算方法の明確化

各入院料における施設基準の要件の計算対象の明確化

- 急性期一般入院料等における自宅等に退院するものの割合の計算において、当該病棟において他の入院料（病床単位で算定可能な特定入院料や短期滞在手術等基本料）を算定する患者は計算の対象外とする。
- 療養病棟入院基本料の注 10 に規定する在宅復帰機能強化加算についても同様の対応を行う。
- 特定入院料における各種基準の計算方法においても、当該病棟内の他の入院料（病床単位で算定可能な特定入院料や短期滞在手術等基本料）を算定する患者は計算の対象外であることを通則に規定し明確化する。

現行

【病院の入院基本料等に関する施設基準】

4の4 急性期一般入院料等に係る自宅等に退院するものの割合について

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

・死亡退院した患者はア及びイの数から除く。

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

イ 直近6か月間に退院した患者数

改定後

【病院の入院基本料等に関する施設基準】

4の4 急性期一般入院料1等に係る自宅等に退院するものの割合について

- (2) 当該病棟から退院した患者数に占める自宅等に退院するものの割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出する。ただし、
- ・第2部「通則5」に規定する入院期間が通算される再入院患者
 - ・同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟への転棟患者
 - ・「C004-2」救急患者連携搬送料を算定し他の保険医療機関に転院した患者
 - ・退院時に他の入院料を届け出ている病床又は病室に入院していた患者
 - ・「A400」短期滞在手術等基本料を算定する患者

・死亡退院した患者は計算対象から除外する。

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

イ 直近6か月間に退院した患者数



やむを得ない事情における施設基準等に関する取扱いの見直し

- 医療現場を取り巻く人手不足の状況下で、質の高い医療提供体制の維持とそのための人材確保の取組の両立を図る観点から、公共職業安定所や無料職業紹介事業者、適正認定事業者を活用する等により、**平時から看護職員確保の取組を行っているにもかかわらず、やむを得ない事情によって一時的に看護職員確保ができない場合について、看護職員の配置基準を柔軟化**する。

現行

【施設基準（告示）】第一 届出の通則

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

【施設基準（通知）】（概要）

・ 1日当たり勤務する看護要員の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護職員の数に対する看護師の比率については、暦月で1か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動の場合は変更の届出を行わなくてもよい。

改定後

【施設基準（告示）】第一 届出の通則

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

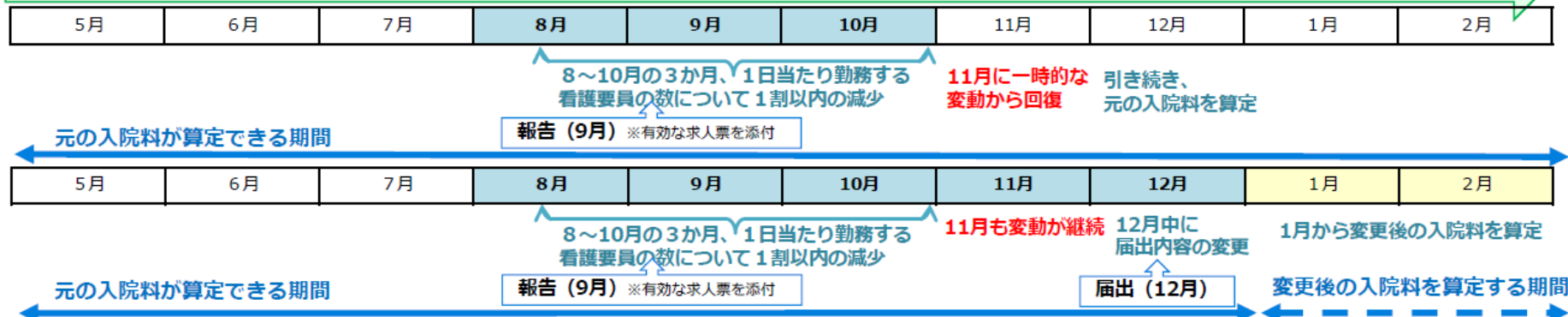
【施設基準（通知）】（概要）

- ・ 1日当たり勤務する看護要員の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護職員の数に対する看護師の比率については、暦月で1か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動の場合は変更の届出を行わなくてもよい。
- ・ **突発的で想定が困難な事象によりやむを得ない事情が生じ、1日当たり勤務する看護要員の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護師及び准看護師の数に対する看護師の比率について、暦月で1か月を超える期間の1割以内の一時的な変動があった場合、次の全てに該当するときは、3か月を超えない期間に限り変更の届出を行わなくてもよい（1年に1回に限る。）**
 - （1）公共職業安定所又は都道府県ナースセンター等の無料職業紹介事業者を活用して看護職員の確保に係る取組を行っていること。やむを得ない事情が生じていない場合においても、看護職員の求人を行う場合には、公共職業安定所又は無料職業紹介事業者の活用等の看護職員の確保に係る取組を行っていることが望ましい。**
 - （2）民間職業紹介事業者を利用する場合には、医療・介護・保育分野における適正な有料職業紹介事業者認定制度による適正認定事業者を含むこと。**
 - （3）当該医療機関が自ら採用情報をウェブサイトで公表する等、看護職員確保に係る取組を積極的に行っていることが望ましい。**
 - （4）やむを得ない事情が生じた場合であって、一時的に看護職員の確保ができない場合においては、一部の看護要員へ過度な業務負担とならないよう、保険医療機関は看護要員の適正な労働時間管理を行い、体制の整備を図るよう努めること。**

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

看護職員の確保に係る取組

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



まとめ（病院）

1. 地域の状況を確認し、求められる機能・役割を確認

- ・人口動態/医療需要/介護需要/地理的状況
- ・人口に対する機能別医療機関や介護施設・高齢者住宅の整備状況

2. どのような医療機能を目指すのか

- ・医療機関機能と病床機能（どんな機能で受け入れていくのか）
- ・外来機能と在宅機能（どんな機能で受け入れていくのか）
- ・連携機能（どことどのような連携を行っていくのか）

3. 機能と経営の視点をどのように職員に伝え、理解してもらうのか

- ・中長期事業計画を示す

4. ナースステーションではなく、スタッフステーションと捉える

- ・病棟に多職種がいる時間が出来れば、病棟でカンファレンスが可能に。
- ・病棟を拠点に、医師、看護、薬剤、リハ、栄養、検査が動いていく仕組みに。

5. 診療報酬内容（算定要件、施設基準）を戦略と捉える

- ・「退院」「連携」「介護」という名前の診療報酬の算定が仕組みをつくる

6. ICTの導入が目的ではなく、効率化、質の向上を目的とする

- ・導入することによって、何を達成するのかを決めて、導入後も継続モニタリング

7. 今後の改定は総力戦

- ・全職員で改革を進めるために、これからの改革の流れと改定内容を知る。
知らなければ協力できないし、思いを共有できない。



リンクアップラボ

<http://linkuplabo.com/>

酒井 麻由美

✉ linkup@linkuplabo.com

〒812-0013

福岡市博多区博多駅東2-8-28博多Qビル4階

TEL:092-409-9783 FAX:092-409-9784