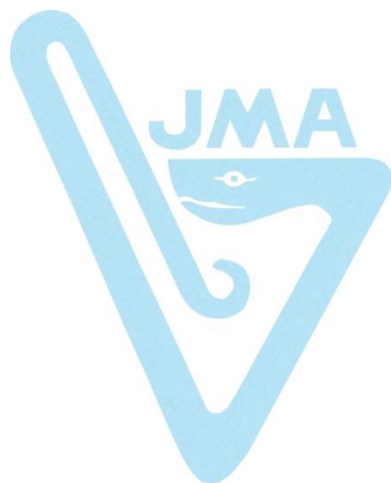


令和6年度診療報酬改定の概要について



公益社団法人 日本医師会



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

総論



令和6年度の診療報酬改定等に関する大臣折衝事項 (令和5年12月20日)

1. 診療報酬 + 0.88% (令和6年6月1日施行)

- ① 看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種（下記※に該当する者を除く）について、R6年度にベア+2.5%、R7年度にベア+2.0%を実施していくための特例的な対応 + 0.61%
- ② 入院時の食費基準額の引上げ（1食当たり30円）の対応（うち、患者負担については、原則、1食当たり30円、低所得者については、所得区分等に応じて10～20円） + 0.06%
- ③ 生活習慣病を中心とした管理料、処方箋料等の再編等の効率化・適正化 ▲ 0.25%
- ④ ①～③以外の改定分 + 0.46%（※40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上げに資する措置分（+0.28%程度）を含む）
うち各科改定率：医科+0.52%、歯科+0.57%、調剤+0.16%

2. 薬価等

- ① 薬価 ▲ 0.97% (令和6年4月1日施行)
- ② 材料価格 ▲ 0.02% (令和6年6月1日施行)

※ イノベーションの更なる評価等として、革新的新薬の薬価維持、有用性系評価の充実等への対応を含む。

※ 急激な原材料費の高騰、後発医薬品等の安定的な供給確保への対応として、不採算品再算定に係る特例的な対応を含む（対象：約2000品目程度）

※ イノベーションの更なる評価等を行うため、長期収載品の保険給付の在り方の見直しを行う。

⇒選定療養の仕組みを導入し、後発医薬品の上市後5年以上経過したもの又は後発医薬品の置換率が50%以上となったものを対象に、後発医薬品の最高価格帯との価格差の4分の3までを保険給付の対象とする（R6年10月1日施行）

3. 診療報酬・薬価等に関する制度改革事項

良質な医療を効率的に提供する体制の整備等の観点から、次の項目について、中央社会保険医療協議会での議論も踏まえて、改革を着実に進める。

- ・医療DXの推進による医療情報の有効活用等
- ・調剤基本料等の適正化

加えて、医療現場で働く方にとって、R6年度に2.5%、R7年度に2.0%のベースアップへと確実につながるよう、配分方法の工夫を行う。あわせて、今回の改定による医療従事者の賃上げの状況、食費を含む物価の動向、経営状況等について、実態を把握する。

財政審 秋の建議

本体マイナス改正 診療所 報酬単価 初再診を中心に5.5%程度引き下げ
改定率 マイナス1%（医療費ベースで4,800億円の削減）



1. 診療報酬 +0.88%（国費 800 億円程度（令和6年度予算額。以下同じ））

※1 うち、※2～4を除く改定分 +0.46%

各科改定率

医科 +0.52%

歯科 +0.57%

調剤 +0.16%

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

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

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

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

令和6年度診療報酬改定 本体計 +0.88

プラス分	※1	0.46	計 1.13
	※2	0.61	
	※3	0.06	
マイナス分	※4		-0.25
本体計			0.88

最近の診療報酬改定率の推移

	H 2 6 (2014)	H 2 8 (2016)	H 3 0 (2018)	R 2 (2020)	R 4 (2022)	R 6 (2024)
本体	+0.10%	+0.49%	+0.55%	+0.47%	+0.23%	+0.46%
うち	(消費税対応分) +0.63%			勤務医の働き 方改革への特 例的な対応 +0.08%	看護の 処遇改善 +0.20% リフィル処方 箋の導入・ 活用促進によ る効率化 ▲0.10% 不妊治療の 保険適用 +0.20% 小児の感染防 止対策に係る 加算措置の期 限到来 ▲0.10%	看護職員その 他医療関係職 種について、 ベアを実施し ていくための 特例的な対応 +0.61% 入院時の食費 基準額の引き 上げ(1食当た り30円)の対応 +0.06% 生活習慣病を 中心とした管理 料、処方箋料 等の再編等の 効率化・適正化 ▲0.25%
本体計	+0.73%	+0.49%	+0.55%	+0.55%	+0.43%	+0.88%
薬価等	▲0.63%	▲1.33%	▲1.74%	▲1.01%	▲1.37%	▲1.00%
ネット	+0.10%	▲0.84%	▲1.19%	▲0.46%	▲0.94%	▲0.12%

中医協は、配分の決定のみで、

- ・改定率決定
- ・予算大臣折衝内容の変更の権限はない

予算大臣折衝
改定のたびに対応すべき項目が具体化され、財源も紐付きとなり、中医協の裁量が縮小している



医政活動が必要・重要

令和6年度診療報酬改定の基本方針の概要

改定に当たっての基本認識

- ▶ 物価高騰・賃金上昇、経営の状況、人材確保の必要性、患者負担・保険料負担の影響を踏まえた対応
- ▶ 全世代型社会保障の実現や、医療・介護・障害福祉サービスの連携強化、新興感染症等への対応など医療を取り巻く課題への対応
- ▶ 医療DXやイノベーションの推進等による質の高い医療の実現
- ▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

改定の基本的視点と具体的方向性

(1) 現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進

【重点課題】

【具体的方向性の例】

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

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

【具体的方向性の例】

- 医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進
- 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組
- リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進
- 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価
- 外来医療の機能分化・強化等
- 新興感染症等に対応できる地域における医療提供体制の構築に向けた取組
- かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

(3) 安心・安全で質の高い医療の推進

【具体的方向性の例】

- 食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰を踏まえた対応
- 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価
- アウトカムにも着目した評価の推進
- 重点的な対応が求められる分野への適切な評価（小児医療、周産期医療、救急医療等）
- 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進
- 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
- 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病院薬剤師業務の評価
- 薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進
- 医薬品産業構造の転換も見据えたイノベーションの適切な評価や医薬品の安定供給の確保等

(4) 効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上

【具体的方向性の例】

- 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進、長期収載品の保険給付の在り方の見直し等
- 費用対効果評価制度の活用
- 市場実勢価格を踏まえた適正な評価
- 医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進（再掲）
- 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価（再掲）
- 外来医療の機能分化・強化等（再掲）
- 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進（再掲）
- 医師・病院薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進
- 薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進（再掲）

各 論



【主な改定項目】

1. 賃上げ・基本料等の引上げ

- (1) ベースアップ評価料
- (2) 基本料の引上げ
- (3) 入院料通則の改定

2. 医療DXの推進

- (1) マイナ保険証を中心とした医療DXの推進
- (2) 情報通信機器を用いた診療の推進等

3. 外来診療の機能分化・強化等

- (1) 生活習慣病に係る疾病管理・適正化項目
- (2) かかりつけ医機能に係る見直し
- (3) その他

4. 医療技術の適切な評価

- (1) 医療技術分科会の評価を踏まえた対応
- (2) 手術等の評価の見直し
- (3) 人工腎臓の評価の見直し
- (4) 実勢価格等を踏まえた評価の適正化

5. ポストコロナにおける感染症対策の推進

6. 入院医療

- (1) 地域包括医療病棟(新設)
- (2) 急性期・高度急性期入院医療
- (3) 回復期入院医療
- (4) 慢性期入院医療

7. 働き方改革・横断的事項

8. 同時報酬改定における対応

- (1) 介護報酬改定との連携
- (2) 障害福祉サービス等改定との連携

9. 質の高い訪問診療・訪問看護の確保

- (1) 在宅医療
- (2) 訪問看護

10. 救急医療

11. 小児医療及び周産期医療

12. がん医療及び緩和ケア

13. 精神医療

14. 認知症

15. リハビリテーション

16. 医薬品の安定供給、 後発医薬品やバイオ後続品の促進

17. DPC/PDPS・短期滞在手術等基本料等

18. 医療資源の少ない地域等への対応

19. その他

20. 経過措置・届出

1. 賃上げ・基本料等の引き上げ

(1) ベースアップ評価料

(2) 基本料の引き上げ

(3) 入院料通則の改定

令和6年度及び令和7年度における賃上げのイメージ

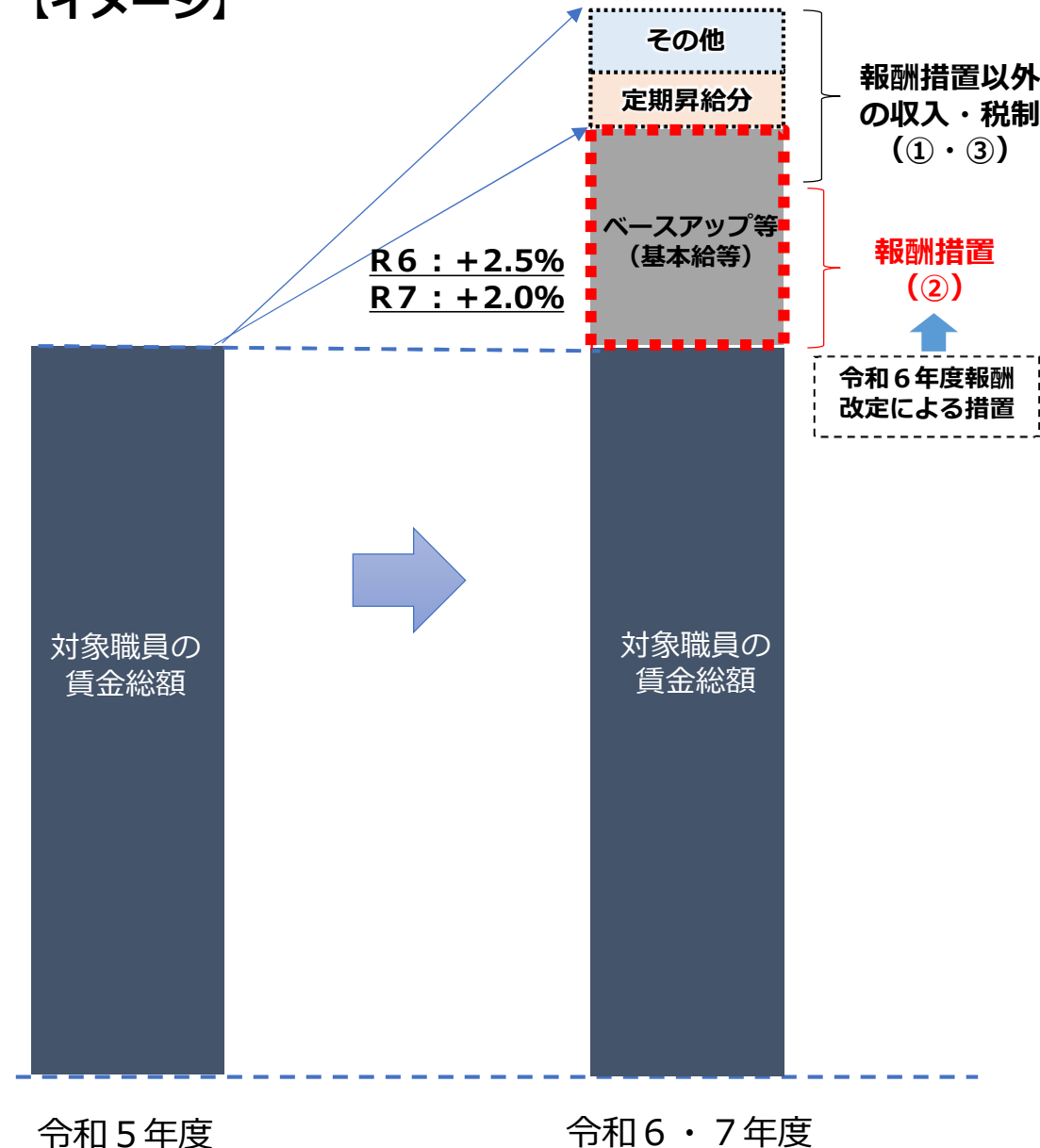
【基本的な方針】

■ 次の①～③を組み合わせた賃上げ対応

- ① 医療機関や事業所の過去の実績をベースにしつつ、更に
- ② 今般の報酬改定による上乗せの活用
- ③ 賃上げ促進税制の活用

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

【イメージ】



賃上げ促進税制の概要

- 令和6年度以降、賃上げに係る診療報酬項目については、賃上げ促進税制の対象となる給与等支給額に含めることが可能。
- 医療機関・薬局の規模及び雇用者の給与等支給額の前年度比に応じて、所定の税額控除を受けられる。
- さらに、上乗せ要件を達成することで、給与等支給額の増加額の最大45%の税額控除が可能。

中小規模の 医療法人立又は個人立の 医療機関・薬局

青色申告書を提出する、中小企業者等（資本金1億円以下の法人、協同組合等）又は従業員数1,000人以下の個人事業主

全雇用者の
給与等支給額
(前年度比)

税額控除率

+ 1.5%

15%

+ 2.5%

30%

中規模の 医療法人立又は個人立の 医療機関・薬局

青色申告書を提出する、従業員数2,000人以下の企業又は個人事業主

継続雇用者の
給与等支給額
(前年度比)

税額控除率

+ 3%

10%

+ 4%

25%

大規模の 医療法人立又は個人立の 医療機関・薬局

青色申告書を提出する、全企業又は個人事業主

継続雇用者の
給与等支給額
(前年度比)

税額控除率

+ 3%

10%

+ 4%

15%

+ 5%

20%

+ 7%

25%



【上乗せ要件】

①教育訓練費の増加

②子育てとの両立・女性活躍への支援

上乗せ要件も達成で
最大控除率**45%**

上乗せ要件も達成で
最大控除率**35%**

上乗せ要件も達成で
最大控除率**35%**

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

詳細は、右記QRコードのパンフレットをご確認ください。

なお、本内容は、令和5年12月の政府決定時点のもので、今後の国会審議等を踏まえて施策内容が変更となる可能性があります。



賃上げに係る評価の全体像

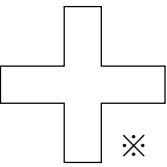
ベースアップ評価料

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

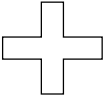
① 外来・在宅医療の患者に係る評価、訪問看護ステーションの利用者に係る評価

外来・在宅ベースアップ評価料(I)、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)、訪問看護ベースアップ評価料(I)
・ 届け出が必要、初再診料等に評価を上乗せ（区分は設けない）

（新）外来・在宅ベースアップ評価料（I）初診時 6点 再診時 2点 等



※ 入院に携わる職員のための評価



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

①' 賃金増率が低い場合の①への上乗せ評価

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

（新）外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 等

病院、有床診療所

② 入院患者に係る評価

入院ベースアップ評価料

・ 必要な評価の区分（165区分）を計算し、届出を行った施設について、入院料等に評価を上乗せ

（新）入院ベースアップ評価料（1日につき）

<u>1</u>	<u>入院ベースアップ評価料 1</u>	<u>1点</u>
<u>2</u>	<u>入院ベースアップ評価料 2</u>	<u>2点</u>
↓		
<u>165</u>	<u>入院ベースアップ評価料 165</u>	<u>165点</u>

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

初再診料、入院基本料等の引き上げ

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

・ 賃上げの計画及び毎年の実績（各年）についてベースアップ評価料①～③に伴う報告や抽出調査等により把握

賃上げに向けた評価の新設

<概要>

1. 改定財源 + 0.61% の対応
2. 看護職員、薬剤師、理学療法士、栄養士等のベアのため
初診料、再診料、訪問診療料、入院基本料等に対する上乗
せの点数を新設（※診療所も加算の対象）
3. 算定に際しては、賃上げの計画、賃金改善状況の報告等
も含めた届出が必要

賃上げに向けた評価の新設①

外来・在宅ベースアップ評価料(I)の新設【算定要件】

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

(新) 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）（1日につき）		
1	初診時	6点
2	再診時等	2点
3	訪問診療時	
イ	同一建物居住者等以外の場合	28点
ロ	イ以外の場合	7点

- [算定要件]
- (1) 主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。）の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中以外の患者に初診、再診又は訪問診療を行った場合に、所定点数を算定する。
 - (2) 1については、初診料、小児科外来診療料（初診時）又は小児かかりつけ診療料（初診時）を算定した日に限り、1日につき1回算定できる。
 - (3) 2については、再診料、外来診療料、短期滞在手術等基本料1、小児科外来診療料（再診時）、外来リハビリテーション診療料、外来放射線照射診療料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、小児かかりつけ診療料（再診時）又は外来腫瘍化学療法診療料を算定した日に限り、1日につき1回算定できる。
 - (4) 3のイについては、在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の同一建物居住者以外の場合又は在宅がん医療総合診療料（ただし、訪問診療を行った場合に限る。）を算定した日に限り、1日につき1回算定できる。
 - (5) 3のロについては、在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の同一建物居住者の場合又は在宅患者訪問診療料(Ⅱ)を算定した日に限り、1日につき1回算定できる。

賃上げに向けた評価の新設②

外来・在宅ベースアップ評価料(I)の新設【施設基準】

[施設基準の概要]

- (1) 外来医療又は在宅医療を実施している保険医療機関であること。
- (2) 主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下「対象職員」という。）が勤務していること。対象職員は下に示す職員であり、専ら事務作業（医師事務作業補助者、看護補助者等が医療を専門とする職員の補助として行う事務作業を除く）を行うものは含まれない。

主として医療に従事する職員（対象職員）

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

- (3) 当該評価料を算定する場合は、令和6年度及び令和7年度において対象職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実施しなければならない。
- (4) (3)について、当該評価料は、対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む）等の増加分に用いること。ただし、ベア等を行った保険医療機関において、患者数等の変動等により当該評価料による収入が上記の支給額を上回り、追加でベア等を行うことが困難な場合であって、賞与等の手当によって賃金の改善を行った場合又は令和6年度及び令和7年度において翌年度の賃金の改善のために繰り越しを行う場合（令和8年12月までに賃金の改善措置を行う場合に限る。）についてはこの限りではない。いずれの場合においても、賃金の改善の対象とする項目を特定して行うこと。なお、当該評価料によって賃金の改善を実施する項目以外の賃金項目（業績等に応じて変動するものを除く。）の水準を低下させてはならない。
- (5) 令和6年度に対象職員の基本給等を令和5年度と比較して2.5%以上引き上げ、令和7年度に対象職員の基本給等を令和5年度と比較して4.5%以上引き上げた場合については、40歳未満の勤務医及び勤務歯科医並びに事務職員等の当該保険医療機関に勤務する職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実績に含めることができること。
- (6) 「賃金改善計画書」及び「賃金改善実績報告書」を作成し、定期的に地方厚生(支)局長に報告すること。

賃上げに向けた評価の新設④

外来・在宅ベースアップ評価料(II)の新設【算定要件】

- 外来医療又は在宅医療を実施し、入院医療を実施していない診療所であって、勤務する看護職員、薬剤師その他の医療関係職種の賃金のさらなる改善を必要とする医療機関において、賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

(新)	外来・在宅ベースアップ評価料 (Ⅱ) (1日につき)	
	外来・在宅ベースアップ評価料 (Ⅱ) 1	
	イ 初診又は訪問診療を行った場合	8点
	ロ 再診時等	1点
	外来・在宅ベースアップ評価料 (Ⅱ) 2	
	イ 初診又は訪問診療を行った場合	16点
	ロ 再診時等	2点
	↓	
	外来・在宅ベースアップ評価料 (Ⅱ) 8	
	イ 初診、又は訪問診療を行った場合	64点
	ロ 再診時等	8点

- [算定要件]
- (1) 主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下「対象職員」という。）の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して診療を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。
- (2) イについては、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の1（初診時）若しくは3（訪問診療時）を算定した場合に、1日につき1回に限り算定できる。
- (3) ロについては、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の2（再診時等）を算定した場合に、1日につき1回に限り算定できる。

賃上げに向けた評価の新設⑤

外来・在宅ベースアップ評価料(II)の新設【施設基準】

[施設基準の概要]

- (1) 入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料 1 を除く。）を算定していない保険医療機関であること。
- (2) 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）を届け出ている保険医療機関であること。
- (3) 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される点数の見込みの10倍が、対象職員の給与総額の1.2%未満であること。
- (4) 下記の式【A】に基づき、該当する区分のいずれかを届け出ること。ただし、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の施設基準の届出を行う場合は、同一の区分を届け出ること。

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

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の区分

【A】	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の区分	点 数 （イ）	点 数 （ロ）
0を超える	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 1	8点	1点
1.5以上	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 2	16点	2点
↓			
7.5以上	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 8	64点	8点

賃上げに向けた評価の新設⑥

外来・在宅ベースアップ評価料(II)の新設【施設基準】（続き）

[施設基準の概要]

- (5) (4) について、届出に当たっては、別表に示した期間において【A】の算出を行うこと。
また、別表のとおり、毎年3、6、9、12月に上記の算定式により新たに算出を行い、区分に変更がある場合は算出を行った月内に地方厚生(支)局長に届出を行った上で、翌月から変更後の区分に基づく点数を算定すること。
ただし、前回届け出た時点と比較して、「対象職員の給与総額」、「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定される点数の見込み」、「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の算定回数の見込み」及び【A】のいずれの変化も1割以内である場合においては、区分の変更を行わないものとする。
新規届出時は、直近の別表の「算出を行う月」における対象となる期間の数値を用いること。ただし、令和6年6月3日までに届出を行った場合は、令和6年6月に区分の変更を行わないものとする。
- (6) 当該評価料を算定する場合は、令和6年度及び令和7年度において対象職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実施しなければならない。
- (7) (6) について、当該評価料は、対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む）等の増加分に用いること。ただし、ベア等を行った保険医療機関において、患者数等の変動等により当該評価料による収入が上記の支給額を上回り、追加でベア等を行うことが困難な場合であって、賞与等の手当によって賃金の改善を行った場合又は令和6年度及び令和7年度において翌年の賃金の改善のために繰り越しを行う場合(令和8年12月までに賃金の改善措置を行う場合に限る。)についてはこの限りではない。いずれの場合においても、賃金の改善の対象とする項目を特定して行うこと。なお、当該評価料によって賃金の改善を実施する項目以外の賃金項目（業績等に応じて変動するものを除く。）の水準を低下させてはならない。
- (8) 「賃金改善計画書」及び「賃金改善実績報告書」を作成し、定期的に地方厚生(支)局長に報告すること。
- (9) 常勤換算2人以上の対象職員が勤務していること。ただし、医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあつては、当該規定を満たしているものとする。

【別表】算出に当たって対象となる期間及び算定を開始する月について

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

賃上げに向けた評価の新設⑦

外来・在宅ベースアップ評価料(II)の新設【施設基準】（続き）

[施設基準の概要]

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

- ア 社会保険診療(租税特別措置法(昭和三十二年法律第二十六号)第二十六条第二項に規定する社会保険診療をいう。以下同じ。)に係る収入金額(労働者災害補償保険法(昭和二十二年法律第五十号)に係る患者の診療報酬(当該診療報酬が社会保険診療報酬と同一の基準によっている場合又は当該診療報酬が少額(全収入金額のおおむね百分の十以下の場合をいう。))の場合に限る。))を含む。)
- イ 健康増進法(平成十四年法律第百三号)第六条各号に掲げる健康増進事業実施者が行う同法第四条に規定する健康増進事業(健康診査に係るものに限る。以下同じ。)に係る収入金額(当該収入金額が社会保険診療報酬と同一の基準により計算されている場合に限る。)
- ウ 予防接種(予防接種法(昭和二十三年法律第六十八号)第二条第六項に規定する定期の予防接種等その他医療法施行規則第三十条の三十五の三第一項第二号口の規定に基づき厚生労働大臣が定める予防接種(平成二十九年厚生労働省告示第三百十四号)に規定する予防接種をいう。)に係る収入金額
- エ 助産(社会保険診療及び健康増進事業に係るものを除く。)に係る収入金額(一の分娩に係る助産に係る収入金額が五十万円を超えるときは、五十万円を限度とする。)
- オ 介護保険法の規定による保険給付に係る収入金額(租税特別措置法第二十六条第二項第四号に掲げるサービスに係る収入金額を除く。)
- カ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第六条に規定する介護給付費、特例介護給付費、訓練等給付費、特例訓練等給付費、特定障害者特別給付費、特例特定障害者特別給付費、地域相談支援給付費、特例地域相談支援給付費、計画相談支援給付費、特例計画相談支援給付費及び基準該当療養介護医療費並びに同法第七十七条及び第七十八条に規定する地域生活支援事業に係る収入金額
- キ 児童福祉法第二十一条の五の二に規定する障害児通所給付費及び特例障害児通所給付費、同法第二十四条の二に規定する障害児入所給付費、同法第二十四条の七に規定する特定入所障害児食費等給付費並びに同法第二十四条の二十五に規定する障害児相談支援給付費及び特例障害児相談支援給付費に係る収入金額
- ク 国、地方公共団体及び保険者等が交付する補助金等に係る収入金額

賃上げに向けた評価の新設⑨

入院ベースアップ評価料の新設【算定要件】

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

(新)	入院ベースアップ評価料（1日につき）		
1	入院ベースアップ評価料 1		1点
2	入院ベースアップ評価料 2		2点
↓			
165	入院ベースアップ評価料165		165点

[算定要件]

・主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。）の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）を算定している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

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

賃上げに向けた評価の新設⑩

入院ベースアップ評価料の新設【施設基準】

[施設基準の概要]

- (1) 入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）を算定している保険医療機関であること。
- (2) 外来・在宅ベースアップ評価料（I）の届出を行っている保険医療機関であること。
- (3) 外来・在宅ベースアップ評価料（I）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）により算定される点数の見込みの10倍の数が、対象職員の給与総額の2.3%未満であること。
- (4) 下記の式により算出した数【B】に基づき、該当する区分を届け出ること。

【B】 =

対象職員の給与総額×2.3% - （外来・在宅ベースアップ評価料（I）及び
歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）により算定される点数の見込み）×10円

当該保険医療機関の延べ入院患者数×10 円

入院ベースアップ評価料の区分

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

賃上げに向けた評価の新設⑪

入院ベースアップ評価料の新設【施設基準】（続き）

[施設基準の概要]

- (5) (4) について、届出に当たっては、別表に示した期間において【B】の算出を行うこと。
また、別表のとおり、毎年3、6、9、12月に上記の算定式により新たに算出を行い、区分に変更がある場合は算出を行った月内に地方厚生(支)局長に届出を行った上で、翌月から変更後の区分に基づく点数を算定すること。
ただし、前回届け出た時点と比較して、「対象職員の給与総額」、「外来・在宅ベースアップ評価料(I)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)により算定される点数の見込み」、「延べ入院患者数」及び【B】のいずれの変化も1割以内である場合においては、区分の変更を行わないものとする。
新規届出時は、直近の別表の「算出を行う月」における対象となる期間の数値を用いること。ただし、令和6年6月3日までに届出を行った場合は、令和6年6月に区分の変更を行わないものとする。
- (6) 当該評価料を算定する場合は、令和6年度及び令和7年度において対象職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実施しなければならない。
- (7) (6) について、当該評価料は、対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む)等の増加分に用いること。ただし、ベア等を行った保険医療機関において、患者数等の変動等により当該評価料による収入が上記の支給額を上回り、追加でベア等を行うことが困難な場合であって、賞与等の手当によって賃金の改善を行った場合又は令和6年度及び令和7年度において翌年の賃金の改善のために繰り越しを行う場合(令和8年12月までに賃金の改善措置を行う場合に限る。)についてはこの限りではない。いずれの場合においても、賃金の改善の対象とする項目を特定して行うこと。度なお、当該評価料によって賃金の改善を実施する項目以外の賃金項目(業績等に応じて変動するものを除く。)の水準を低下させてはならない。
- (8) 「賃金改善計画書」及び「賃金改善実績報告書」を作成し、定期的に地方厚生(支)局長に報告すること。
- (9) 常勤換算2名以上の対象職員が勤務していること。ただし、医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあつては、当該規定を満たしているものとする。
- (10) 当該保険医療機関において、社会保険診療等に係る収入金額の合計額が、総収入の80%を超えること。

【別表】 算出に当たって対象となる期間及び算定を開始する月について

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

訪問看護ステーションにおける賃上げに向けた評価の新設①

訪問看護ベースアップ評価料（I）の新設

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

（新） 訪問看護ベースアップ評価料（I） 780円（月1回）

[算定要件]
別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションが、主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制にある場合には、区分番号02の1を算定している利用者1人につき、訪問看護ベースアップ評価料（I）として、月1回に限り算定する。

- [施設基準]
- （1）主として医療に従事する職員（以下「対象職員」という。）が勤務していること。対象職員は別表1に示す職員であり、専ら事務作業（看護補助者等が医療を専門とする職員の補助として行う事務作業を除く。）を行うものは含まれない。
 - （2）当該評価料を算定する場合は、令和6年度及び令和7年度において対象職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実施しなければならない。ただし、令和6年度において、翌年度の賃金の改善のために繰り越しを行う場合においてはこの限りではない。
 - （3）（2）について、基本給、手当、賞与等のうち対象とする賃金項目を特定した上で行い、基本給又は決まって毎月支払われる手当（以下「基本給等」という。）の引上げにより改善を図ることを原則とする。
 - （4）対象職員の基本給等を令和5年度と比較して一定水準以上引き上げた場合は、事務職員等の当該訪問看護ステーションに勤務する職員の賃金の改善を行うことができること。
 - （5）令和6年度及び令和7年度における当該訪問看護ステーションに勤務する職員の賃金の改善に係る計画を作成していること。
 - （6）前号の計画に基づく職員の賃金の改善に係る状況について、定期的に地方厚生局長等に報告すること。

【別表1】主として医療に従事する職員

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

訪問看護ステーションにおける賃上げに向けた評価の新設②

訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の新設

➤ 訪問看護ステーションであって、勤務する看護職員その他の医療関係職種の賃金のさらなる改善を必要とする訪問看護ステーションにおいて、賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

(新) 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）		
<u>イ</u>	<u>訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ） 1</u>	<u>10円（月1回）</u>
<u>ロ</u>	<u>訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ） 2</u>	<u>20円（月1回）</u>
↓		
<u>ヌ</u>	<u>訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ） 10</u>	<u>100円（月1回）</u>
<u>ル</u>	<u>訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ） 11</u>	<u>150円（月1回）</u>
↓		
<u>ソ</u>	<u>訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ） 18</u>	<u>500円（月1回）</u>

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

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

医療保険の利用者割合

=

直近3か月の1月あたりの区分番号02の1の算定回数の平均

直近3か月の1月あたりの

医療保険制度給付の対象となる訪問看護を受けた者+介護保険制度給付の対象となる訪問看護を受けた者

訪問看護ステーションにおける賃上げに向けた評価の新設③

訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の新設

(3) 下記の式【C】に基づき、別表4に従い該当する区分のいずれかを届け出ること。

【C】

=

対象職員の給与総額×医療保険の利用者割合×1分2厘

- 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される金額の見込み

訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定回数の見込み

(4) (3) について、「対象職員の給与総額」は、直近12か月の1月あたりの平均の数値を用いること。訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定回数の見込みは、訪問看護管理療養費（月の初日の訪問の場合）の算定回数を用いて計算し、直近3か月の1月あたりの平均の数値を用いること。また、毎年3、6、9、12月に上記の算定式により新たに算出を行い、区分に変更がある場合は地方厚生局長等に届け出ること。

ただし、前回届け出た時点と比較して、直近3か月の【C】、対象職員の給与総額、訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される金額の見込み並びに訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定回数の見込みのいずれの変化も1割以内である場合においては、区分の変更を行わないものとすること。

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

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

(7) 令和6年度及び令和7年度における当該訪問看護ステーションに勤務する職員の賃金の改善に係る計画を作成していること。

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

(9) 対象職員が常勤換算で2人以上勤務していること。ただし、特定地域に所在する訪問看護ステーションにあっては、当該規定を満たしているものとする。

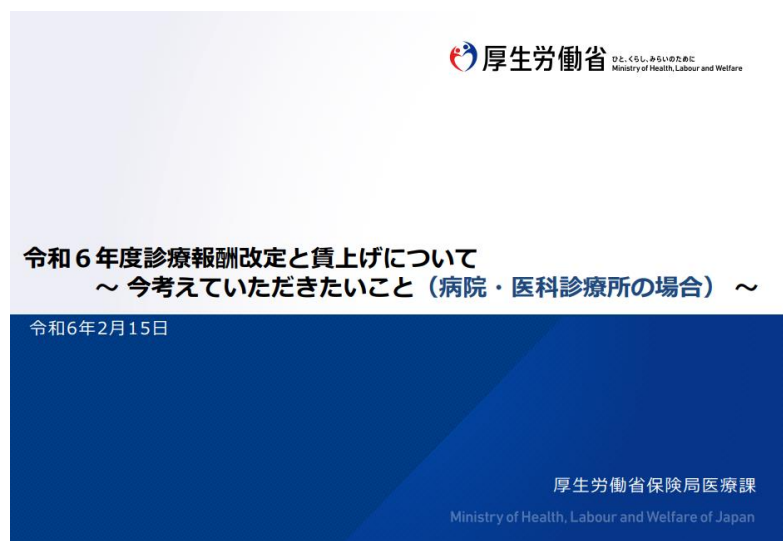
(10) 主として保険診療等から収入を得る訪問看護ステーションであること。

【別表4】訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の区分

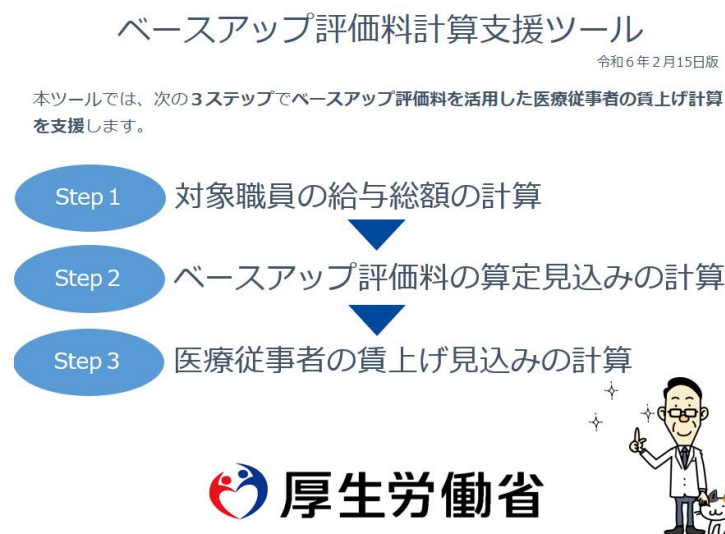
【C】	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の区分	金額
0を超える	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）1	10円
15以上	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）2	20円
↓	↓	↓
95以上	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）10	100円
125以上	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）11	150円
↓		↓
475以上	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）18	500円

(参考) 賃上げに関する詳細

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



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



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

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ） 施設基準に係る届出書添付書類

様式95

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

1 保険医療機関コード

保険医療機関名

2 届出を行う評価料

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

3 外来医療等の実施の有無

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

4 対象職員（常勤換算）数

人

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

※ 0より大きい数であればよい。

【記載上の注意】

1 「2」については、届出を行う評価料について☑を記載すること。

なお、いずれにも該当する保険医療機関にあつては、いずれも☑を記載すること。

2 「3」については、外来医療等の実施の有無について☑を記載すること。

なお、いずれにも該当する保険医療機関にあつては、いずれも☑を記載すること。

3 「4」については、届出時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。

常勤の職員の常勤換算数は1とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が1を超える場合は、1とする）。

4 本様式と合わせて「賃金改善計画書」を地方厚生（支）局へ提出すること。

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

1 保険医療機関コード
保険医療機関名

2 届出を行う評価料

- ☐ 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)
☒ 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)

3 該当する届出

算出を行う月(通知別表●を参照)
☐ 新規
☐ 区分変更 ☐ 3月 ☐ 6月 ☐ 9月 ☒ 12月

※ 新規の場合、届出月以前で最も近い月をチェックすること。

※ 例えば令和6年6月より算定を開始する場合、令和6年3月に算出を行う。

4 対象職員(常勤換算)数

人

※ 原則2以上であるが、以下の項目に該当する場合はその限りではない。

対象職員(常勤換算)数が2.0人未満の場合、特定地域(※)に所在する保険医療機関に該当するか。 ☐

※ 「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域

5 社会保険診療等に係る収入金額(※)の合計額が、総収入の80/100を超えること。 ☐

※ 【記載上の注意】3を参照

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

(1) 算出の際に用いる「対象職員の給与総額」等の期間

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

☐ 前年3月～2月 ☐ 前年6月～5月 ☐ 前年9月～8月 ☒ 前年12月～11月

② 対象職員の給与総額(対象期間の1月当たりの平均)

円 (前回届出時 円)

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

※ 新規届出時は前回届出時欄への記載は不要。

(2) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等の算定回数・金額の見込み

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

☐ 前年12月～2月 ☐ 3月～5月 ☐ 6月～8月 ☒ 9月～11月

【対象期間の1月当たりの平均回数(実績)】

① 初診料等の算定回数

回 (前回届出時 回)

② 再診料等の算定回数

回 (前回届出時 回)

③ 訪問診療料(同一建物以外)の算定回数

回 (前回届出時 回)

④ 訪問診療料(同一建物)の算定回数

回 (前回届出時 回)

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)施設基準に係る届出書添付書類

⑤ 歯科初診料等の算定回数

回 (前回届出時 回)

⑥ 歯科再診料等の算定回数

回 (前回届出時 回)

⑦ 歯科訪問診療料(同一建物以外)の算定回数

回 (前回届出時 回)

⑧ 歯科訪問診療料(同一建物)の算定回数

回 (前回届出時 回)

※ 算出対象期間の1月当たりの平均の算定回数(小数点第二位を四捨五入)を記載すること。

※ 自由診療の患者については、計上しない。

公費負担医療や労災保険制度等、診療報酬点数表に従って医療費が算定される患者については、計上する。

※ 新規届出時は前回届出時欄への記載は不要。

【合計】

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等の算定回数見込み

0.0 回 (前回届出時 0.0 回)

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等の算定により算定される点数の見込み

0.0 点 (前回届出時 0.0 点)

(3) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等により行われる給与の改善率

(前回届出時)

(4) 【B】の値

(前回届出時)

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

7 前回届け出た時点との比較

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

※ 上記全てに該当する場合、区分変更は不要。

8 6により算出した【B】に基づき、該当する区分

(1) 算定が可能となる区分

算定不可

算定不可

(2) 届出する区分(いずれかを選択)

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

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

【記載上の注意】

- 「2」については、届出を行う評価料について☑を記載すること。
なお、いずれにも該当する保険医療機関にあっては、いずれも☑を記載すること。
- 「4」については、届出時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。
常勤の職員の常勤換算数は1とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数(当該常勤でない職員の常勤換算数が1を超える場合は、1とする)。
- 「5」の「社会保険診療等に係る収入金額」については、社会保険診療報酬のほか、労災保険制度等の収入が含まれる。
- 「6」(1)②「対象職員の給与総額」については、賞与や法定福利費等の事業主負担分を含めた金額を計上すること(ただし、役員報酬については除く。)。
また、看護補助者処遇改善事業補助金や本評価料による賃金引上げ分については、含めないこと。
- 「6」①「初診料等に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
・医科点数表区分番号(以下5～8において、単に「区分番号」という。)A000に掲げる初診料
・区分番号B001-2に掲げる小児科外来診療料の1のイ若しくは2のイ
・区分番号B001-2-11に掲げる小児かかりつけ診療料の1のイの(1)、1のロの(1)、2のイの(1)若しくは2のロの(1)
- 「6」②「再診料等に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
・区分番号A001に掲げる再診料
・区分番号A002に掲げる外来診療料
・区分番号A400に掲げる短期滞在手術等基本料の1
・区分番号B001-2に掲げる小児科外来診療料の1のロ若しくは2のロ
・区分番号B001-2-7に掲げる外来リハビリテーション診療料
・区分番号B001-2-8に掲げる外来放射線照射診療料
・区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料
・区分番号B001-2-10に掲げる認知症地域包括診療料
・区分番号B001-2-11に掲げる小児かかりつけ診療料の1のイの(2)、1のロの(2)、2のイの(2)若しくは2のロの(2)
・区分番号B001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料

- 「6」③「訪問診療料(同一建物以外)に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
・区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の1のイ若しくは2のイ
・区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料(訪問診療を行った場合に限る。)
- 「6」④「訪問診療料(同一建物に係る算定回数)」については、以下の合計算定回数を記載すること。
・区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の1のロ若しくは2のロ
・区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)
- 「6」⑤「歯科初診料等に係る算定回数」については、歯科点数表区分番号(以下9～12において、単に「区分番号」という。)A000に掲げる初診料の合計算定回数を記載すること。
- 「6」⑥「歯科再診料等に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
・区分番号A002に掲げる再診料
・区分番号B004-1-6に掲げる外来リハビリテーション診療料
・区分番号B004-1-7に掲げる外来放射線照射診療料
・区分番号B004-1-8に掲げる外来腫瘍化学療法診療料
- 「6」⑦「歯科訪問診療料(同一建物以外)に係る算定回数」については、区分番号C000の1に掲げる歯科訪問診療料の1 歯科訪問診療(同一患家の患者について算定した場合を除く。)の合計算定回数を記載すること。
- 「6」⑧「歯科訪問診療料(同一建物)に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
・区分番号C000の1に掲げる歯科訪問診療料の1 歯科訪問診療1(同一患家の患者について算定した場合。)
・区分番号C000の2に掲げる歯科訪問診療料の2 歯科訪問診療2
・区分番号C000の3に掲げる歯科訪問診療料の3 歯科訪問診療3
・区分番号C000の4に掲げる歯科訪問診療料の4 歯科訪問診療4
・区分番号C000の5に掲げる歯科訪問診療料の5 歯科訪問診療5
・区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の注15
・区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の注19

(診療所) 賃金改善計画書

別添

(診療所) 賃金改善計画書 (令和 年度分)

保険医療機関コード

保険医療機関名

I. 賃金引上げの実施方法及び賃金改善実施期間等

①賃金引上げの実施方法

☒

令和6年度又は令和7年度において、一律の引上げを行う。

○

令和6年度及び令和7年度において、段階的な引上げを行う。

②賃金改善実施期間

令和 年 月 ~ 令和 年 月

1ヶ月

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

③ベースアップ評価料算定期間

令和 年 月 ~ 令和 年 月

1ヶ月

※ 「③ベースアップ評価料算定期間」中は、常にベースアップを実施する必要がある。

※ ベースアップとは、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げ（以下、「ベア等」という）をいい、定期昇給は含まない。

※ また、ベア等にはベア等を実施することにより運動して引き上がる賞与や時間外手当、法定福利費等の事業主負担の増額分についても含むこととする。なお、業績に運動して引き上がる賞与分については含まない。

II 外来・在宅ベースアップ評価料（II）等の届出有無

☒有

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

III-1. ベースアップ評価料による算定金額の見込み（③の期間中）

④算定金額の見込み

外来ベースアップ評価料（I）等による算定金額の見込み

0円

外来・在宅ベースアップ評価料（I）等の算定により算定される点数の見込み

0点

外来・在宅ベースアップ評価料（II）等による算定金額の見込み

-円

外来・在宅ベースアップ評価料（II）等の区分及び点数

(届出なし)

(イ) -点 (ロ) -点

外来・在宅ベースアップ評価料（II）等（初診時等）の算定回数

見込み

-回

外来・在宅ベースアップ評価料（II）等（再診時等）の算定回数

見込み

-回

⑤令和7年度への繰越予定額（令和6年度届出時のみ記載）

円

⑥前年度からの繰越額（令和7年度届出時のみ記載）

円

⑦算定金額の見込み（繰越額調整後）（④-⑤+⑥）

0円

※ 「⑦算定金額の見込み」については、対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む)等の増加分に充て、下記の「④うちベースアップ評価料による算定金額の見込み」と同額となること。

III-2. 全体の賃金改善の見込み額（③の期間中）

⑧全体の賃金改善の見込み額

円

⑨うちベースアップ評価料による算定金額の見込み（⑦の再掲）

0円

⑩うち⑨以外によるベア等実施分

円

⑪うち定期昇給相当分

円

⑫うちその他分（⑧-⑨-⑩-⑪）

0円

※ 「⑧全体の賃金改善の見込み額」については、賃金改善実施期間において、「賃金の改善措置が実施されなかった場合の給与総額」と、「賃金の改善措置が実施された場合の給与総額」との差分により判断すること。

※ 「⑩うち⑨以外によるベア等実施分」については、医療機関等における経営上の余剰や新たに「看護職員処遇改善評価料」等を届け出ることにより、当該年度においてベア等を実施した分を記載すること。

※ 「⑪うち定期昇給相当分」については、賃金改善実施期間において定期昇給により改善する賃金額を記載すること。

※ なお、定期昇給とは、毎年一定の時期を定めて、組織内の昇給制度に従って行われる昇給のことをいい、ベア等実施分と明確に区別できる場合にのみ記載すること。

※ 「⑫うちその他分」については、賃金改善実施期間において、定期昇給やベア等によらない、一時金による賃金改善額となること。

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

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

⑬対象職員の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）

人

⑭賃金改善する前の対象職員の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）

円

⑮賃金改善した後の対象職員の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）

円

⑯基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（⑮-⑭）

0円

⑰うち定期昇給相当分

円

⑱うちベア等実施分

円

⑲ベア等による賃金増率（⑱÷⑭）

#DIV/0!%

V. 看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の基本給等に係る事項

⑳看護職員等の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）

人

㉑賃金改善する前の看護職員等の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）

円

㉒賃金改善した後の看護職員等の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）

円

㉓基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（㉒-㉑）

0円

㉔うち定期昇給相当分

円

㉕うちベア等実施分

円

㉖ベア等による賃金増率（㉖÷㉑）

#DIV/0!%

VI. 薬剤師の基本給等に係る事項

㉗薬剤師の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）

人

㉘賃金改善する前の薬剤師の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）

円

㉙賃金改善した後の薬剤師の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）

円

㉚基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（㉙-㉘）

0円

㉛うち定期昇給相当分

円

㉜うちベア等実施分

円

㉝ベア等による賃金増率（㉝÷㉘）

#DIV/0!%

VII. 看護補助者の基本給等に係る事項

㉞看護補助者の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）

人

㉟賃金改善する前の看護補助者の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）

円

㊱賃金改善した後の看護補助者の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）

円

㊲基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（㊱-㊰）

0円

㊳うち定期昇給相当分

円

㊴うちベア等実施分

円

㊵ベア等による賃金増率（㊵÷㊰）

#DIV/0!%

143

Ⅷ. その他の対象職種の基本給等に係る事項

④①その他の対象職種の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）

人

④②賃金改善する前のその他の対象職種の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）

円

④③賃金改善した後のその他の対象職種の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）

円

④④基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（④③－④②）

0円

④⑤うち定期昇給相当分

円

④⑥うちベア等実施分

円

④⑦ベア等による賃金増率（④⑥÷④⑤）

#DIV/0!%

【ベースアップ評価料対象外職種について】

Ⅸ. 40歳未満の勤務医師、勤務歯科医師の基本給等に係る事項

④⑧40歳未満の勤務医師等の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）

人

④⑨賃金改善する前の40歳未満の勤務医師等の給与総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）

円

⑤①うち賃金改善する前の40歳未満の勤務医師等の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）

円

⑤②賃金改善した後の40歳未満の勤務医師等の給与総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）

円

⑤③うち賃金改善した後の40歳未満の勤務医師等の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）

円

⑤④給与総額に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（－⑤③）

0円

⑤⑤基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（－⑤③）⑤⑥

0円

⑤⑦うち定期昇給相当分

円

⑤⑧うちベア等実施分

円

⑤⑨ベア等による賃金増率（⑤⑧/⑤⑦）

#DIV/0!%

Ⅹ. 事務事務職員の基本給等に係る事項

⑤⑩事務職員の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）

人

⑤⑪賃金改善する前の事務職員の給与総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）

円

⑥①うち賃金改善する前の事務職員の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）

円

⑥②賃金改善した後の事務職員の給与総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）

円

⑥③うち賃金改善した後の事務職員の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月）

円

⑥④給与総額に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（－⑥③）⑥⑤

0円

⑥⑥基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（－⑥③）⑥⑦

0円

⑥⑨うち定期昇給相当分

円

⑥⑩うちベア等実施分

円

⑥⑪ベア等による賃金増率（⑥⑩/⑥⑨）

#DIV/0!%

Ⅺ. 賃金引上げを行う方法

⑥⑫賃上げの担保方法

☐ 就業規則の見直し

☐ 賃金規程の見直し

☐ その他の方法：具体的に（

）

⑥⑬賃金改善に関する規定内容（できる限り具体的に記入すること。）

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

令和

年

月

日

開設者名：

【記載上の注意】

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

144

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）（Ⅱ）

歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）（Ⅱ）

入院ベースアップ評価料

「賃金改善実績報告書」

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

(診療所) 実績報告書

別添

(診療所) 実績報告書 (令和 年度分)

保険医療機関コード

保険医療機関名

I. 賃金引上げの実施方法及び賃金改善実施期間等

①賃金引上げの実施方法

☒ 令和6年度又は令和7年度において、一律の引上げを行う。

☐ 令和6年度及び令和7年度において、段階的な引上げを行う。

②賃金改善実施期間

令和 0 年 0 月 ~ 令和 0 年 0 月 1 ヶ月

③ベースアップ評価料算定期間

令和 0 年 0 月 ~ 令和 年 月 1 ヶ月

II 外来・在宅ベースアップ評価料(II)等の届出有無

(IIに該当する場合) 外来・在宅ベースアップ評価料(II)等の実績額

☒ 有

④外来・在宅ベースアップ評価料(II)等の区分

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

⑤算定回数

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

⑥外来・在宅ベースアップ評価料(II)等による収入の実績額

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

III. 全体の賃金改善の実績額

⑦全体の賃金改善の実績額

⑧うち外来・在宅ベースアップ評価料(I)等による算定実績	円
⑨うち外来・在宅ベースアップ評価料(II)等による算定実績(④の再掲)	0 円
⑩⑧及び⑨における令和7年度への繰り越し予定額	円
⑪ベースアップ評価料の前年度からの繰越額(令和7年度届出時のみ記載)	円
⑫うち⑧及び⑨以外によるベア等実施分	円
⑬うち定期昇給相当分	円
⑭うちその他分(⑦-⑧-⑨-⑩-⑪-⑫-⑬)	0 円

⑮⑧及び⑨について全てベア等実施分に充当しているか。

☒ 問題なし

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

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

※「⑩うち⑧及び⑨以外によるベア等実施分」については、医療機関等における経営上の余剰や新たに「看護職員処遇改善評価料」等を届け出ることにより、当該年度においてベア等を実施した分を記載すること。

※「⑬うち定期昇給相当分」については、賃金改善実施期間において定期昇給により改善する賃金額を記載すること。

なお、定期昇給とは、毎年一定の時期を定めて、組織内の昇給制度に従って行われる昇給のことをいい、ベア等実施分と明確に区別できる場合にのみ記載すること。

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

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

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

⑮対象職員の常勤換算数(賃金改善実施期間(②)の開始月時点)

0.0 人

⑯賃金改善する前の対象職員の基本給等総額(賃金改善実施期間(②)の開始月時点)

0 円

⑰賃金改善した後の対象職員の基本給等総額(賃金改善実施期間(②)の開始月時点)

円

⑱基本給等に係る賃金改善の見込み額(1ヶ月分)(⑰-⑯)

0 円

⑲うち定期昇給相当分

円

⑳うちベア等実施分

円

㉑ベア等による賃金増率(㉑÷⑲)

#DIV/0! %

V. 看護職員等(保健師、助産師、看護師及び准看護師)の基本給等に係る事項

㉒看護職員等の常勤換算数(賃金改善実施期間(①)の開始月時点)

0.0 人

㉓賃金改善する前の看護職員等の基本給等総額(賃金改善実施期間(①)の開始月時点)

0 円

㉔賃金改善した後の看護職員等の基本給等総額(賃金改善実施期間(①)の開始月時点)

円

㉕基本給等に係る賃金改善の見込み額(1ヶ月分)(㉔-㉓)

0 円

㉖うち定期昇給相当分

円

㉗うちベア等実施分

円

㉘ベア等による賃金増率(㉘÷㉖)

#DIV/0! %

VI. 薬剤師の基本給等に係る事項

⑩薬剤師の常勤換算数（賃金改善実施期間（⑪）の開始月時点）	0.0	人
⑪賃金改善する前の薬剤師の基本給等総額（賃金改善実施期間（⑪）の開始月時点）	0	円
⑫賃金改善した後の薬剤師の基本給等総額（賃金改善実施期間（⑪）の開始月時点）		円
⑬基本給等に係る賃金改善の見込み額（１ヶ月分）（⑬－⑭）	0	円
⑭うち定期昇給相当分		円
⑮うちベア等実施分		円
⑯ベア等による賃金増率（⑮÷⑬）	#DIV/0!	%

Ⅶ. 看護補助者の基本給等に係る事項

⑦看護補助者の常勤換算数（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）	0.0	人
⑧賃金改善する前の看護補助者の基本給等総額（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）	0	円
⑨賃金改善した後の看護補助者の基本給等総額（賃金改善実施期間（①）の開始月時点）		円
⑩基本給等に係る賃金改善の見込み額（１ヶ月分）（③－⑧）	0	円
⑪うち定期昇給相当分		円
⑫うちベア等実施分		円
⑬ベア等による賃金増率（⑫÷⑩）	#DIV/0!	%

VII. その他の対象職種の基本給等に係る事項

44)その他の対象職種の常勤換算数（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）	0.0	人
45)賃金改善する前のその他の対象職種の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）	0	円
46)賃金改善した後のその他の対象職種の基本給等総額（賃金改善実施期間（②）の開始月時点）	円	
47)基本給等に係る賃金改善の見込み額（1ヶ月分）（46）－（45）	0	円
48)うち定期昇給相当分		円
49)うちベア等実施分		円
50)ベア等による賃金増率（49÷45）	#DIV/0!	%

【ベースアップ評価料対象外職種について】

X. 40歳未満の勤務医師、勤務歯科医師の基本給等に係る事項

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

XI. 事務職員の基本給等に係る事項

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

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

令和 年 月 日 開設者名：

【記載上の注意】

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

賃金引き上げ計画書作成のための計算シート(Ⅱを算定しない診療所向け)

1 保険医療機関コード
保険医療機関名

2 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等の届出について

届出を行う月

☐ 新規
☐ 区分変更
 (☐ 3月 ☒ 6月 ☐ 9月 ☐ 12月)

※ 新規の場合、届出月以前で最も近い月をチェックすること。

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

(1)算出の際に用いる「対象職員の給与総額」等の期間

①算出の際に用いる「対象職員の給与総額」の対象期間(上記「2」の入力に連動)

☐ 前年3月～2月 ☒ 前年6月～5月 ☐ 前年9月～8月 ☐ 前年12月～11月

②対象職員の給与総額(対象期間の1月当たりの平均)

円 (前回届出時 円)

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

また、看護補助者処遇改善事業補助金や本評価料による賃金引き上げ分については、含めないこと。

※ 新規届出時は前回届出時欄への記載は不要。

(2) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等の算定回数・金額の見込み

【算出の際に用いる「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等の対象期間」(上記「2」の入力に連動)

☐ 前年12月～2月 ☒ 3月～5月 ☐ 6月～8月 ☐ 9月～11月

【対象期間の1月当たりの平均回数(実績)】

①初診料等の算定回数

回 (前回届出時 回)

②再診料等の算定回数

回 (前回届出時 回)

③訪問診療料(同一建物以外)の算定回数

回 (前回届出時 回)

④訪問診療料(同一建物の算定回数

回 (前回届出時 回)

⑤歯科初診料等の算定回数

回 (前回届出時 回)

⑥歯科再診料等の算定回数

回 (前回届出時 回)

⑦歯科訪問診療料(同一建物以外)の算定回数

回 (前回届出時 回)

⑧歯科訪問診療料(同一建物)の算定回数

回 (前回届出時 回)

※ 算出対象となる期間の1月当たりの算定回数の平均の数値(小数点第二位を四捨五入)を記載すること。

※ 自由診療の患者については、計上しない。

公費負担医療や労災保険制度等、診療報酬点数表に従って医療費が算定される患者については、計上する。

※ 新規届出時は前回届出時欄への記載は不要。

【合計】

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等の算定回数見込み

0.0 回 (前回届出時 0.0 回)

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等の算定により算定される点数の見込み

0.0 点 (前回届出時 0.0 点)

(4) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等により行われる給与の改善率

#DIV/0! (前回届出時)

賃金引き上げ計画書作成のための計算シート
(Ⅱを算定しない診療所向け)

【記載上の注意】

4 「3」②「対象職員の給与総額」については、賞与や法定福利費等の事業主負担分を含めた金額を計上すること(ただし、役員報酬については除く。)

また、看護補助者処遇改善事業補助金や本評価料による賃金引き上げ分については、含めないこと。

5 「3」(2)「①初診料等に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。

- ・医科点数表区分番号(以下5～8において、単に「区分番号」という。)A000に掲げる初診料
- ・区分番号B001-2に掲げる小児科外来診療料の1のイ若しくは2のイ
- ・区分番号B001-2-11に掲げる小児かかりつけ診療料の1のイ(1)、1のロ(1)、2のイ(1)若しくは2のロ(1)

6 「3」(2)「②再診料等に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。

- ・区分番号A001に掲げる再診料
- ・区分番号A002に掲げる外来診療料
- ・区分番号A400に掲げる短期滞在手術等基本料の1
- ・区分番号B001-2に掲げる小児科外来診療料の1のロ若しくは2のロ
- ・区分番号B001-2-7に掲げる外来リハビリテーション診療料
- ・区分番号B001-2-8に掲げる外来放射線照射診療料
- ・区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料
- ・区分番号B001-2-10に掲げる認知症地域包括診療料
- ・区分番号B001-2-11に掲げる小児かかりつけ診療料の1のイ(2)、1のロ(2)、2のイ(2)若しくは2のロ(2)
- ・区分番号B001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料

7 「3」(2)「③訪問診療料(同一建物以外)に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。

- ・区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の1のイ若しくは2のイ
- ・区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料(訪問診療を行った場合に限る。)

8 「3」(2)「④訪問診療料(同一建物に係る算定回数)については、以下の合計算定回数を記載すること。

- ・区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の1のロ若しくは2のロ
- ・区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)

9 「3」(2)「⑤歯科初診料等に係る算定回数」については、歯科点数表区分番号(以下9～12において、単に「区分番号」という。)A000に掲げる初診料の合計算定回数を記載すること。

10 「3」(2)「⑥歯科再診料等に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。

- ・区分番号A002に掲げる再診料
- ・区分番号B004-1-6に掲げる外来リハビリテーション診療料
- ・区分番号B004-1-7に掲げる外来放射線照射診療料
- ・区分番号B004-1-8に掲げる外来腫瘍化学療法診療料

11 「3」(2)「⑦歯科訪問診療料(同一建物以外)に係る算定回数」については、区分番号C000の1に掲げる歯科訪問診療料の1 歯科訪問診療1(同一患者の患者について算定した場合を除く。)の合計算定回数を記載すること。

12 「3」(2)「⑧歯科訪問診療料(同一建物)に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。

- ・区分番号C000の1に掲げる歯科訪問診療料の1 歯科訪問診療1(同一患者の患者について算定した場合。)
- ・区分番号C000の2に掲げる歯科訪問診療料の2 歯科訪問診療2
- ・区分番号C000の3に掲げる歯科訪問診療料の3 歯科訪問診療3
- ・区分番号C000の4に掲げる歯科訪問診療料の4 歯科訪問診療4
- ・区分番号C000の5に掲げる歯科訪問診療料の5 歯科訪問診療5
- ・区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の注15
- ・区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の注19

1. 賃上げ・基本料等の引き上げ

(1) ベースアップ評価料

(2) 基本料の引き上げ

(3) 入院料通則の改定

初再診料等の評価の見直し

<概要>

1. 改定財源 + 0.28% 程度の対応
2. 40歳未満の勤務医師・事務職員等の賃上げ対応、外来診療における標準的な感染防止対策を日常的に講じることが必要となったことから、初診料・再診料等を増点（加算等ではなく本体を増点）

初再診料等の評価の見直し

初再診料等の評価の見直し

- 外来診療における標準的な感染防止対策を日常的に講じることが必要となったこと、職員の賃上げを実施すること等の観点から、初診料を3点、再診料と外来診療料をそれぞれ2点引き上げる。

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

入院基本料等の見直し

<概要>

1. 改定財源 + 0.28% 程度の対応
2. 40歳未満の勤務医師・事務職員等の賃上げのため
入院基本料（本体）を増点
3. あわせて、入院料の施設基準として、
 - ① 栄養管理体制の基準
 - ② 人生の最終段階における意思決定支援
 - ③ 身体的拘束最小化の取組が求められるようになる。

入院基本料等の見直し

入院基本料等の見直し

- 入院基本料等について、以下の見直しを行う。
 - 退院後の生活を見据え、入院患者の栄養管理体制の充実を図る観点から、栄養管理体制の基準を明確化する。
 - 人生の最終段階における適切な意思決定支援を推進する観点から、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、意思決定支援に関する指針を作成することを要件とする。
 - 医療機関における身体的拘束を最小化する取組を強化するため、医療機関において組織的に身体的拘束を最小化する体制の整備を求める。
 - 上記のほか、40歳未満の勤務医師、事務職員等の賃上げを実施すること等の観点から、入院基本料等の評価を見直す。

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

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

1. 賃上げ・基本料等の引き上げ

(1) ベースアップ評価料

(2) 基本料の引き上げ

(3) 入院料通則の改定

入院料通則の改定

<概要>

入院料の施設基準として、

- ① 退院後の生活を見据え、入院患者の栄養管理体制の充実を図る観点から、**栄養管理体制の基準を明確化**
- ② 人生の最終段階における意思決定支援
（**意思決定支援に関する指針の作成を要件とする入院料等の対象見直し**（小児入院医療管理料等のみの病院等を除く））
[経過措置] 令和7年5月31日まで（地域包括ケア病棟等を除く）
- ③ 身体拘束最小化の取組（**組織的に身体的拘束を最小化する体制を整備**（精神科病院・病室を除く））
[経過措置] 令和7年5月31日まで

が求められるようになる。

栄養管理体制の基準の明確化（入院料通則の改定①）

栄養管理体制の基準の明確化

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

現行

【入院基本料等の施設基準等】

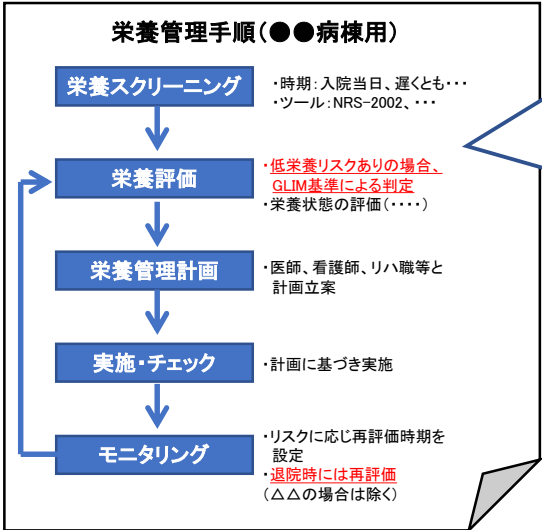
- 5 栄養管理体制の基準
- (1) (略)
- (2) 管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順（栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、定期的な評価等）を作成すること。
- (3)～(9) (略)

改定後

【入院基本料等の施設基準等】

- 5 栄養管理体制の基準
- (1) (略)
- (2) 管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順（**標準的な**栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、**退院時を含む**定期的な評価等）を作成すること。
- (3)～(9) (略)

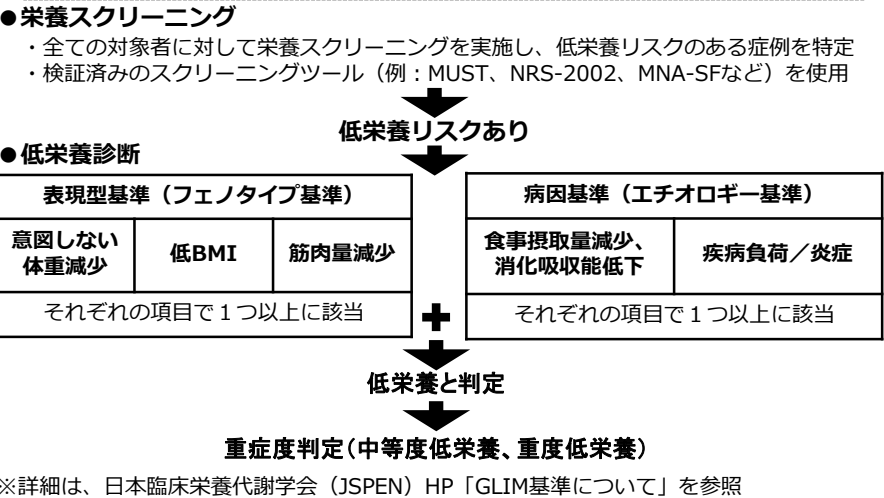
イメージ 各医療機関の機能や患者特性等に応じて栄養管理手順に位置づける



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

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

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



人生の最終段階における適切な意思決定支援の推進（入院料通則の改定②）

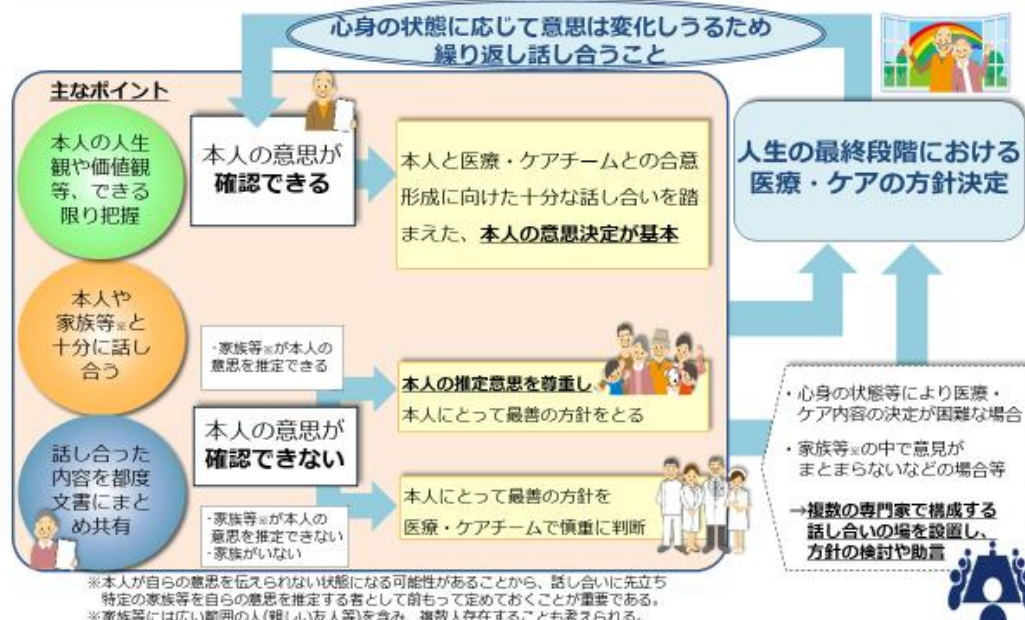
人生の最終段階における適切な意思決定支援の推進

- 人生の最終段階における適切な意思決定支援を推進する観点から、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」（以下、「ガイドライン」とする。）等の内容を踏まえ、**意思決定支援に関する指針を作成することを要件とする入院料等の対象を見直す。**

- ガイドライン等の内容を踏まえた**適切な意思決定支援に係る指針の作成を要件とする入院料の範囲を拡大**する。
- ガイドライン等の内容を踏まえた**適切な意思決定支援に係る指針の作成を、地域包括診療料等の要件に追加**する。

「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」における意思決定支援や方針決定の流れ（イメージ図）（平成30年版）

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



【指針の作成が要件となる対象】

- **入院料を算定する医療機関※**
 - ※ 小児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、小児入院医療管理料又は児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟のみを有するものを除く。
- 以下の届出を行う医療機関
 - ・がん患者指導管理料
 - ・**地域包括診療料**
 - ・**地域包括診療加算**
 - ・**認知症地域包括診療料**
 - ・**認知症地域包括診療加算**
 - ・在宅療養支援診療所・病院

身体的拘束を最小化する取組の強化（入院料通則の改定③）

身体的拘束を最小化する取組の強化

- 医療機関における身体的拘束を最小化する取組を強化するため、入院料の施設基準に、患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならないことを規定するとともに、医療機関において組織的に身体的拘束を最小化する体制を整備することを規定する。

- ・ 精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む）における身体的拘束の取扱いについては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定によるものとする。
- ・ 身体的拘束最小化に関する基準を満たすことができない保険医療機関については、入院基本料（特別入院基本料等を除く）、特定入院料又は短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）の所定点数から1日につき40点を減算する。



【身体的拘束最小化の基準】

〔施設基準〕

- （1）当該保険医療機関において、患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならないこと。
- （2）（1）の身体的拘束を行う場合には、その態様及び時間、その際の患者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならないこと。
- （3）身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいうこと。
- （4）当該保険医療機関において、身体的拘束最小化対策に係る専任の医師及び専任の看護職員から構成される身体的拘束最小化チームが設置されていること。なお、必要に応じて、薬剤師等、入院医療に携わる多職種が参加していることが望ましい。
- （5）身体的拘束最小化チームでは、以下の業務を実施すること。
 - ア 身体的拘束の実施状況を把握し、管理者を含む職員に定期的に周知徹底すること。
 - イ 身体的拘束を最小化するための指針を作成し、職員に周知し活用すること。なお、アを踏まえ、定期的に当該指針の見直しを行うこと。また、当該指針には、鎮静を目的とした薬物の適正使用や（3）に規定する身体的拘束以外の患者の行動を制限する行為の最小化に係る内容を盛り込むことが望ましい。
- （6）（1）から（5）までの規定に関わらず、精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む）における身体的拘束の取扱いについては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定による。

〔経過措置〕 令和6年3月31日において現に入院基本料又は特定入院料に係る届出を行っている病棟については、令和7年5月31日までの間に限り、身体的拘束最小化の基準に該当するものとみなす。

2. 医療DXの推進

- (1) マイナ保険証を中心とした医療DXの推進
- (2) 情報通信機器を用いた診療の推進等

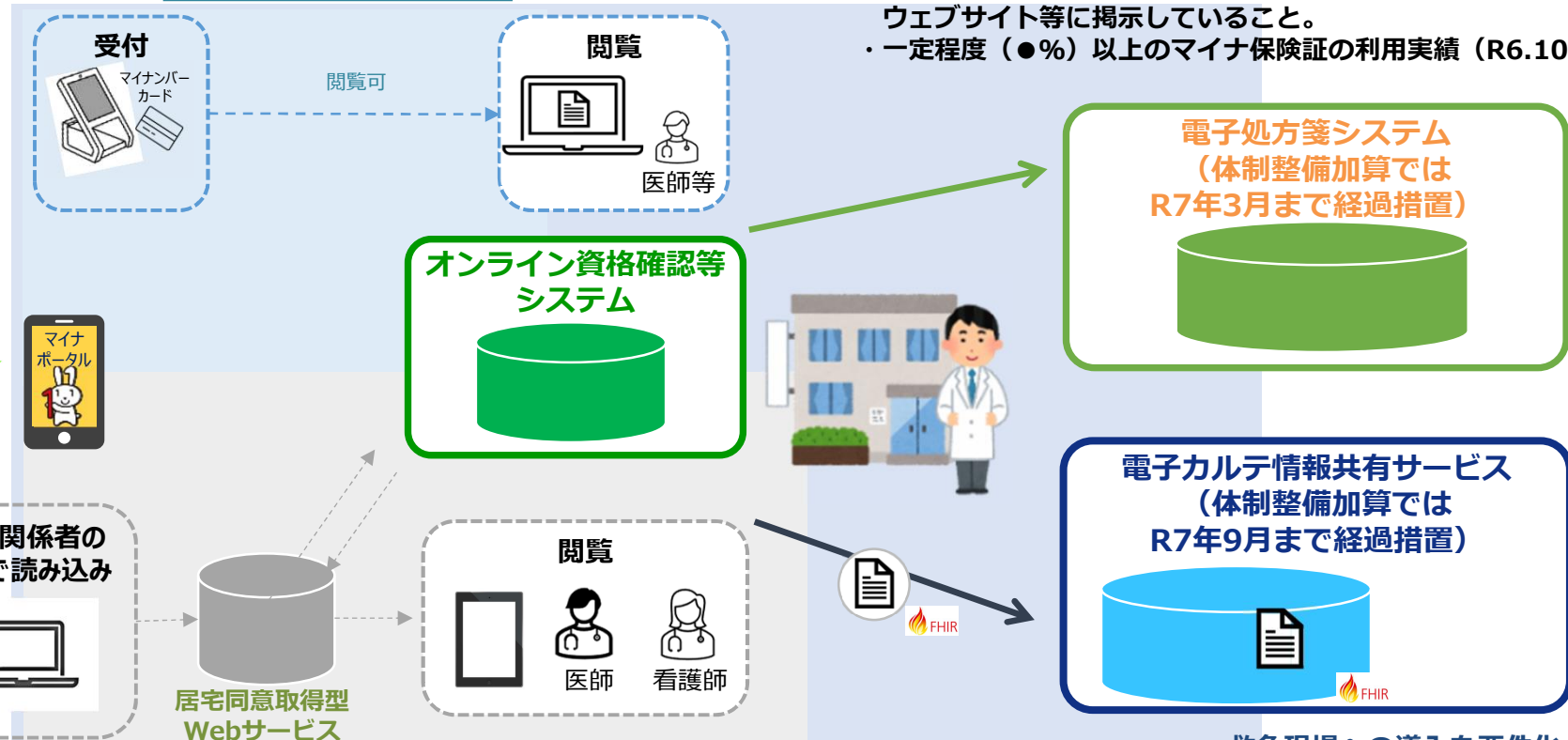
令和6年度診療報酬改定における医療DXに係る全体像

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

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

（新）医療DX推進体制整備加算 8点、6点（歯科）、4点（調剤）

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



（新）在宅医療DX情報活用加算 10点

（新）訪問看護医療DX情報活用加算 5点

（新）在宅医療DX情報活用加算（歯科） 8点

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

※答申書附帯意見 令和6年12月2日から現行の健康保険証の発行が終了することを踏まえ、令和6年度早期より、医療情報取得加算による適切な情報に基づく診療の在り方について見直しの検討を行うとともに、医療DX推進体制整備加算について、今後のマイナンバーカードの利用実態及びその活用状況を把握し、適切な要件設定に向けた検討を行うこと。

医療DXの推進①

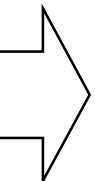
医療情報・システム基盤整備体制充実加算の見直し

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

現行

【医療情報・システム基盤整備体制充実加算】

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



改定後

【医療情報取得加算】

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



- 以下の場合を新たに評価
- 電子資格確認（オンライン資格確認）により当該患者に係る診療情報を取得等した場合
 - 他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合

【施設基準】

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

【施設基準】

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

医療DXの推進②

医療DX推進体制整備加算の新設

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

(新) 医療DX推進体制整備加算

8点



[算定要件]

医療DX推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療DX推進体制整備加算として、月1回に限り8点を所定点数に加算する。

[施設基準]

- (1) オンライン請求を行っていること。
- (2) オンライン資格確認を行う体制を有していること。
- (3) 医師が、電子資格確認を利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。
- (4) 電子処方箋を発行する体制を有していること。**(経過措置 令和7年3月31日まで)**
- (5) 電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有していること。**(経過措置 令和7年9月30日まで)**
- (6) マイナンバーカードの健康保険証利用の使用について、実績を一定程度有していること。**(令和6年10月1日から適用)**
- (7) 医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所及びウェブサイト等に掲示していること。

医療DXの推進③

在宅医療DX情報活用加算の新設

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

(新) 在宅医療DX情報活用加算
(新) 訪問看護医療DX情報活用加算

10点
5点



[対象患者]

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

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認等により得られる情報を踏まえて計画的な医学管理の下に、訪問して診療を行った場合は、在宅医療DX情報活用加算として、月1回に限り所定点数に8点を加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注15、区分番号A001に掲げる再診料の注19若しくは区分番号A002に掲げる外来診療料の注10にそれぞれ規定する医療情報取得加算、区分番号A000に掲げる初診料の注16に規定する医療DX推進体制整備加算、区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料の注8に規定する在宅医療DX情報活用加算又は区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料の注17（区分番号C005-1-2の注6の規定により準用する場合を含む。）若しくは区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料の注17にそれぞれ規定する訪問看護医療DX情報活用加算を算定した月は、在宅医療DX情報活用加算は算定できない。

[施設基準]

- (1) オンライン請求を行っていること。
- (2) オンライン資格確認を行う体制を有していること。
- (3) 電子処方箋を発行する体制を有していること。（経過措置 令和7年3月31日まで）
- (4) 電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有していること。（経過措置 令和7年9月30日まで）
- (5) (2)の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (6) (5)の掲示事項について、原則としてウェブサイトに掲示していること。

救急時医療情報閲覧機能の導入の推進

救急時医療情報閲覧機能の導入の要件化

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

現行

- 【急性期充実体制加算】
[施設基準]
第1の2 急性期充実体制加算
1 急性期充実体制加算に関する施設基準
(1) ～ (4) (略)
- (5) 24時間の救急医療提供として、次のいずれにも該当していること。
ア・イ (略)
(新設)



改定後

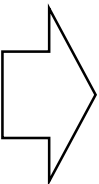
- 【急性期充実体制加算】
[施設基準]
第1の2 急性期充実体制加算
1 通則
(1) ・ (2) (略)
- (3) 24時間の救急医療提供として、次のいずれにも該当していること。
ア・イ (略)
ウ 救急時医療情報閲覧機能を有していること。
- [経過措置]
1の(3)のウに規定する救急時医療情報閲覧機能の要件については、令和7年4月1日以降に適用するものとする

診療録管理体制加算の見直し

診療録管理体制加算の見直し

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

現行	
【診療録管理体制加算 1】	100点
[施設基準]	
・ 許可病床数400床以上の保険医療機関については、専任の医療情報システム安全管理責任者を配置すること。	
(新設)	
(新設)	
【診療録管理体制加算 2】	30点
・ 区分の見直し（診療録管理体制加算 1 → 2）	
(新設)	
・ 区分の見直し（診療録管理体制加算 2 → 3）	



改定後	
【診療録管理体制加算 1】	<u>140点</u>
[施設基準]	
・ 許可病床数 <u>200床以上</u> 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。	
<u>・ 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。</u>	
<u>・ 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。</u>	
【診療録管理体制加算 2】	<u>100点</u>
・ 許可病床数 <u>200床以上</u> 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】	<u>30点</u>

2. 医療DXの推進

(1) マイナ保険証を中心とした医療DXの推進

(2) 情報通信機器を用いた診療の推進等

へき地診療所等が実施するD to P with Nの推進

へき地診療所等が実施するD to P with Nの推進

- へき地医療において、患者が看護師等という場合のオンライン診療（D to P with N）が有効であることを踏まえ、へき地診療所及びへき地医療拠点病院において、適切な研修を修了した医師が、D to P with Nを実施できる体制を確保している場合の評価を、情報通信機器を用いた場合の再診料及び外来診療料に新設する。

（新） 看護師等遠隔診療補助加算

50点

〔算定要件〕

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

〔施設基準〕

次のいずれにも該当すること。

- (1) 「へき地保健医療対策事業について」（平成13年5月16日医政発第529号）に規定するへき地医療拠点病院又はへき地診療所の指定を受けていること。
- (2) 当該保険医療機関に、へき地における患者が看護師等という場合の情報通信機器を用いた診療に係る研修な研修を修了した医師を配置していること。
- (3) 情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。



へき地診療所又はへき地医療拠点病院の医師



情報通信機器を用いた診療



患者が看護師等という場合

難病患者の治療に係る遠隔連携診療料の見直し

難病患者の治療に係る遠隔連携診療料の見直し

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

現行

【遠隔連携診療料】
[算定要件]

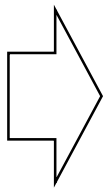
注 2 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、てんかんの治療を目的として、患者の同意を得て、てんかんに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、当該診療料を最初に算定した日から起算して1年を限度として、3月に1回に限り算定する。

[施設基準]

九の七の三 遠隔連携診療料の施設基準等

(1)・(2) (略)

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



改定後

【遠隔連携診療料】
[算定要件]

注 2 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、治療を目的として、患者の同意を得て、当該施設基準を満たす難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、3月に1回に限り算定する。

[施設基準]

九の七の三 遠隔連携診療料の施設基準等

(1)・(2) (略)

(3) 遠隔連携診療料の注 2 に規定する対象患者

イ てんかんの患者（知的障害を有するものに限る。）
ロ 難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病の患者

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

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

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

現行

【在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料】
[算定要件]
(新設)

[施設基準]
(新設)

改定後

【在宅持續陽壓呼吸療法指導管理料】
〔算定要件〕

注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2を算定すべき指導管理を情報通信機器を用いて行った場合は、2の所定点数に代えて、218点を算定する。

〔施設基準〕
情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

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

情報通信機器を用いた通院精神療法に係る評価の新設

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

- (新) 通院精神療法**
- ハ 情報通信機器を用いて行った場合**
- (1) 30分以上 (精神保健指定医による場合) 357点**
- (2) 30分未満 (精神保健指定医による場合) 274点**



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

[算定要件] (概要)
(1) 情報通信機器を用いた精神療法を行う際には、「**オンライン診療の適切な実施に関する指針**」及び「**情報通信機器を用いた精神療法に係る指針**」(以下「**オンライン精神療法指針**という。)」に沿った診療及び処方を行うこと。
(2) 当該患者に対して、1回の処方において3種類以上の抗うつ薬または3種類以上の抗精神病薬を投与した場合には、算定できない。

[施設基準] (概要)
(1) 情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。
(2) オンライン精神療法指針に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。
(3) オンライン精神療法指針において、「オンライン精神療法を実施する医師や医療機関については、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムに資するよう、地域における精神科医療の提供体制への貢献が求められる」とされていることから、**以下のア及びイを満たす**こと。

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

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

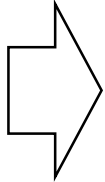
イ 情報通信機器を用いた精神療法を実施する精神保健指定医が、精神科救急医療体制の確保へ協力 ※ (イ) 又は (ロ) のいずれかの実績

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

情報通信機器を用いた診療の施設基準の見直し

情報通信機器を用いた診療の施設基準の見直し

- 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」及び情報通信機器を用いた診療の実態を踏まえ、情報通信機器を用いた診療の施設基準に、**情報通信機器を用いた診療の初診の場合には、向精神薬を処方しないことをウェブサイト等に掲示していることを追加**する。

現行		改定後
【情報通信機器を用いた診療】 【施設基準】 第 1 情報通信機器を用いた診療 1 情報通信機器を用いた診療に係る施設基準 (1) 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されているものとして、以下のア～ウを満たすこと。 ア～ウ (略) (新設)		【情報通信機器を用いた診療】 【施設基準】 第 1 情報通信機器を用いた診療 1 情報通信機器を用いた診療に係る施設基準 (1) 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されているものとして、以下のア～ウを満たすこと。 ア～ウ (略) <u>エ 情報通信機器を用いた診療の初診の場合には向精神薬を処方しないことを当該保険医療機関のウェブサイト等に掲示していること。</u>

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

(5)薬剤 処方・管理

②最低限遵守する事項

- i 現にオンライン診療を行っている疾患の延長とされる症状に対応するために必要な医薬品については、医師の判断により、オンライン診療による処方を可能とする。患者の心身の状態の十分な評価を行うため、初診からのオンライン診療の場合及び新たな疾患に対して医薬品の処方を行う場合は、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを参考に行うこと。
- ただし、初診の場合には以下の処方は行わないこと。
 - ・ 麻薬及び向精神薬の処方
 - ・ 基礎疾患等の情報が把握できていない患者に対する、特に安全管理が必要な薬品（診療報酬における薬剤管理指導料の「1」の対象となる薬剤）の処方
 - ・ 基礎疾患等の情報が把握できていない患者に対する 8 日分以上の処方また、重篤な副作用が発現するおそれのある医薬品の処方は特に慎重に行うとともに、処方後の患者の服薬状況の把握に努めるなど、そのリスク管理に最大限努めなければならない。
- ii 医師は、患者に対し、現在服薬している医薬品を確認しなければならない。この場合、患者は医師に対し正確な申告を行うべきである。

診療報酬における書面要件及び書面掲示のデジタル化について

診療報酬における書面要件の見直し

- 医療DXを推進する観点から、診療報酬上、書面での検査結果その他の書面の作成又は書面を用いた情報提供等が必要とされる項目について、**「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」の遵守を前提に、電磁的方法による作成又は情報提供等が可能であることについて明確化する。**
- 具体的には、
 - ・ 文書による提供等を行うこととされている個々の患者の診療に関する情報等を、電磁的方法によって、患者、他の保険医療機関、保険薬局又は指定訪問看護事業者等に提供等する場合は、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保するとともに、書面における署名又は記名・押印に代わり、当該ガイドラインに定められた電子署名を施すこととする。
 - ・ 診療情報提供書については、電子カルテ情報共有サービスを用いて提供する場合には、一定のセキュリティが確保されていることから電子署名を行わなくても共有可能とする。

書面掲示事項のウェブサイトへの掲載

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

※ 自ら管理するウェブサイトを有しない保険医療機関等は対象外。

※ 令和7年5月31日までの間の経過措置を設ける。

3. 外来診療の機能分化・強化等

(1) 生活習慣病にかかる疾病管理・適正化項目

(2) かかりつけ医機能に係る見直し

(3) その他

生活習慣病対策

- 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組を推進するため、主に以下の見直しを行う。

1. 生活習慣病管理料（Ⅱ）の新設（Ⅱ－5－①）

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

2. 生活習慣病管理料の評価及び要件の見直し（Ⅱ－5－①）

- 生活習慣病管理料における療養計画書を簡素化するとともに、令和7年から運用開始される予定の電子カルテ情報共有サービスを活用する場合、血液検査項目についての記載を不要とする。
- 診療ガイドライン等を参考として疾病管理を行うことを要件とする。
- 生活習慣病の診療の実態を踏まえ、少なくとも1月に1回以上の総合的な治療管理を行う要件を廃止する。
- 歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等の多職種と連携することを望ましい要件とするとともに、糖尿病患者に対して歯科受診を推奨することを要件とする。

3. 特定疾患療養管理料の見直し（Ⅱ－5－①）

- 特定疾患療養管理料の対象疾患から、生活習慣病である、糖尿病、脂質異常症及び高血圧を除外する。

4. 特定疾患処方管理加算の見直し（Ⅱ－5－②）

- リフィル処方及び長期処方の活用並びに医療DXの活用による効率的な医薬品情報の管理を適切に推進する観点から、処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算について、28日未満の処方を行った際の特定疾患処方管理加算1を廃止し、特定疾患処方管理加算2の評価を見直す。また、特定疾患処方管理加算について、リフィル処方箋を発行した場合も算定を可能とする。

5. 地域包括診療料等の見直し（Ⅱ－5－③）

- かかりつけ医機能の評価である地域包括診療料等について、リフィル処方及び長期処方の活用を推進する観点から、患者の状況等に合わせて医師の判断により、リフィル処方や長期処方を利用することが可能であることを、患者に周知することを要件に追加する。

6. 慢性腎臓病の透析予防指導管理の評価の新設（Ⅲ－5－④）

- 慢性腎臓病に対する重症化予防を推進する観点から、慢性腎臓病の患者に対して、透析予防診療チームを設置し、日本腎臓学会の「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン」等に基づき、患者の病期分類、食塩制限及び蛋白制限等の食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を必要に応じて個別に実施した場合の評価を新設する。

生活習慣病に係る疾病管理のイメージ

- 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組のイメージは以下のとおり。



治療に係る情報についての
療養計画書を用いた説明



医療DXを活用した情報共有の推進

診療ガイドライン等を参考とした
質の高い疾病管理



リフィル処方及び長期処方の活用



歯科医師、薬剤師、看護師、
管理栄養士等による多職種連携

糖尿病患者に対する歯科受診の推奨



生活習慣病に係る医学管理料の見直し

<概要>

1. 改定率に関する大臣合意（生活習慣病を中心とした管理料、処方箋料等の再編等の効率化・適正化 ▲0.25%）を踏まえた対応
2. 現行の生活習慣病管理料を生活習慣病管理料（Ⅰ）とする
（※外来管理加算を包括化等した上で点数を見直す）
3. 特定疾患療養管理料から糖尿病・脂質異常症・高血圧を除外した上で、検査料等が包括されない生活習慣病管理料（Ⅱ）として再編
4. 療養計画書の様式を簡素化（内容に変更がない場合は、概ね4月に1回の発行でよいが、患者の求めがあった場合は、その都度交付）
5. 月1回の算定を廃止
6. 長期処方やリフィル処方が可能であることを院内掲示

1. 診療報酬 +0.88%（国費 800 億円程度（令和6年度予算額。以下同じ））

※1 うち、※2～4を除く改定分 +0.46%

各科改定率	医科 +0.52%
	歯科 +0.57%
	調剤 +0.16%

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

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

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

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

生活習慣病に係る医学管理料の見直し①

- 生活習慣病に対する質の高い疾病管理を推進する観点から、生活習慣病管理料について要件及び評価を見直す。
 - 療養計画書を簡素化するとともに、電子カルテ情報共有サービスを活用する場合、血液検査項目についての記載を不要とする。
 - 診療ガイドライン等を参考として疾病管理を行うことを要件とする。
 - 少なくとも1月に1回以上の総合的な治療管理を行う要件を廃止する。
 - 歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等の多職種と連携することを望ましい要件とする。
 - 糖尿病患者に対して歯科受診を推奨することを要件とする。

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

改定後	
【生活習慣病管理料（Ⅰ）の算定要件】（概要）	
- 生活習慣病管理料は、栄養、運動、休養、喫煙、飲酒及び服薬等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、患者に対して療養計画書により丁寧に説明を行い、患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受けた場合に算定できるものである。<u>血液検査結果を療養計画書とは別に手交している場合又は患者の求めに応じて、電子カルテ情報共有サービスを活用して共有している場合であって、その旨を診療録に記載している場合は、療養計画書の血液検査項目についての記載を不要とする。</u> - 当該治療計画に基づく総合的な治療管理は、<u>歯科医師、薬剤師、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましい。</u> <u>「A001」の注8に掲げる医学管理、第2章第1部医学管理等（「B001」の略）及び同「37」腎臓病透析予防指導管理料を除く。）</u>、第3部検査、第6部注射及び第13部病理診断の費用は全て所定点数に含まれる。 <u>患者の求めに応じて、電子カルテ情報共有サービスにおける患者サマリーに、療養計画書での記載事項を入力し、診療録にその記録及び患者の同意を得た旨を残している場合は、療養計画書の作成及び交付をしているものとみなすものとする。ただし、この場合においても、生活習慣病管理料を算定するにあたっては、服薬、運動、休養、栄養、喫煙及び飲酒等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、丁寧に説明を行い、患者の同意を得ることとする。</u> - 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。 <u>患者の状態に応じ、28日以上長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示するとともに、患者から求められた場合に適切に対応すること。</u> - 糖尿病の患者については、患者の状態に応じて、年1回程度眼科の医師の診察を受けるよう指導を行うこと。<u>また、糖尿病の患者について、歯周病の診断と治療のため、歯科受診の推奨を行うこと。</u> <u>生活習慣病管理料(Ⅰ)を算定した日の属する月から起算して6月以内の期間においては、生活習慣病管理料(Ⅱ)は、算定できない。</u>	

生活習慣病に係る医学管理料の見直し②

生活習慣病管理料（Ⅱ）の創設

- 検査等を包括しない生活習慣病管理料（Ⅱ）を新設する。

（新）生活習慣病管理料（Ⅱ） 333点（月1回に限る。）

〔算定要件〕

- （1）別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合にあっては、区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。
- （2）生活習慣病管理を受けている患者に対して行った区分番号A001の注8に掲げる医学管理及び第2章第1部医学管理等（区分番号B001の9に掲げる外来栄養食事指導料、区分番号B001の11に掲げる集団栄養食事指導料、区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料、区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料、区分番号B001の37に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料、区分番号B001-3-2に掲げるニコチン依存症管理料、区分番号B001-9に掲げる療養・就労両立支援指導料、B005の14に掲げるプログラム医療機器等指導管理料、区分番号B009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）、区分番号B009-2に掲げる電子的診療情報評価料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）、区分番号B010-2に掲げる診療情報連携強化料、区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料及び区分番号B011-3に掲げる薬剤情報提供料を除く。）の費用は、生活習慣病管理料（Ⅱ）に含まれるものとする。
- （4）別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、生活習慣病管理料（Ⅱ）を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、290点を算定する。

〔施設基準〕

- （1）生活習慣病管理に関する総合的な治療管理ができる体制を有していること。なお、治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましい。
- （2）患者の状態に応じ、28日以上 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。
- （3）生活習慣病管理料（Ⅱ）を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行う場合に係る厚生労働大臣が定める施設基準情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

生活習慣病管理料の主な見直し

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

生活習慣病管理料(Ⅰ)と(Ⅱ)の比較

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

- ⇒ 生活習慣病管理料(Ⅱ)の点数(333点)は、
 特定疾患療養管理料(月1回)225点
 外来管理加算52点
 特定疾患処方管理加算(月1回)56点
 の合計点数と同じ点数
- ⇒ 脂質異常症、高血圧症、糖尿病は、
 特定疾患療養管理料と
 特定疾患処方管理加算の対象疾患から除外

【初回用】

※患者に対して療養計画書により丁寧に説明を行い、**患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受ける**

血液検査結果を療養計画書とは別に手交している場合又は患者の求めに応じて、**電子カルテ情報共有サービスを活用して共有している場合であって、その旨を診療録に記載している場合は、療養計画書の血液検査項目についての記載を不要**

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

(別紙様式9)

生活習慣病 療養計画書 初回用

(記入日: 年 月 日)

患者氏名: (男・女)		主病:	
生年月日: 明・大・昭・平・令 年 月 日生 (才)		□糖尿病 □高血圧症 □脂質異常症	
ねらい: 検査結果を理解できること・自分の生活上の問題点を抽出し、目標を設定できること			
【目標】	【目標】 □体重: (kg) □BMI: () □収縮期/拡張期血圧 (/ mmHg) □HbA1c: (%)		
	【①達成目標】: 患者と相談した目標 [] 【②行動目標】: 患者と相談した目標 []		
【重点を置く領域と指導項目】	□食事	□食事摂取量を適正にする □食塩・調味料を控える □野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす □外食の際の注意事項 () □油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす □その他 () □節酒: [減らす(種類・量:)を週 (回)] □間食: [減らす(種類・量:)を週 (回)] □食べ方: (ゆっくり食べる・その他 ()) □食事時間: 朝食、昼食、夕食を規則正しくとる	
	□運動	□運動処方: 種類(ウォーキング・) 時間(30分以上・), 頻度(ほぼ毎日・週 (日)) 強度(息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍 (拍/分 or) □日常生活の活動量増加(例: 1日1万歩・) □運動時の注意事項など()	
	□たばこ	□非喫煙者である □禁煙・節煙の有効性 □禁煙の実施方法等	
	□その他	□仕事 □余暇 □睡眠の確保(質・量) □減量 □家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等) □その他 ()	
【検査】	【血液検査項目】 (採血日 月 日) □総コレステロール (mg/dl) □血糖(□空腹時 □随時 □食後()時間) □中性脂肪 (mg/dl) (mg/dl) □HDLコレステロール (mg/dl) □HbA1c: (%) □LDLコレステロール (mg/dl) ※血液検査結果を手交している場合は記載不要 □その他 ()		
	【その他】 □栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満) □その他 ()		

実施項目は、□にチェック、()内には具体的に記入

患者署名

医師氏名

【継続用】

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

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

(別紙様式9の2)

生活習慣病 療養計画書 継続用

(記入日:

年 月 日)()回目

患者氏名: (男・女)
生年月日: 明・大・昭・平・令 年 月 日生(才)

主病:
☐糖尿病 ☐高血圧症 ☐脂質異常症

ねらい:重点目標の達成状況を理解できること・目標再設定と指導された生活習慣改善に取り組みること

【目標】☐体重:()kg ☐BMI:() ☐収縮期/拡張期血圧(/ mmHg)
☐HbA1c:()%

【①目標の達成状況】

{ }

【②達成目標】:患者と相談した目標

{ }

【③行動目標】:患者と相談した目標

{ }

【重点を置く領域と指導項目】

☐食事
☐今回は、指導の必要なし
☐食事摂取量を適正にする ☐食塩・調味料を控える
☐野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす ☐外食の際の注意事項()
☐油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす ☐その他()
☐節酒:(減らす(種類・量:)を週(回))
☐間食:(減らす(種類・量:)を週(回))
☐食べ方:(ゆっくり食べる・その他())
☐食事時間:朝食、昼食、夕食を規則正しくとる

☐運動
☐今回は、指導の必要なし
☐運動処方:種類(ウォーキング・)
時間(30分以上・)、頻度(ほぼ毎日・週(回))
強度(息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍(拍/分) or ())
☐日常生活の活動量増加(例:1日1万歩・)
☐運動時の注意事項など()

☐たばこ ☐禁煙・節煙の有効性 ☐禁煙の実施方法等

☐その他
☐仕事 ☐余暇 ☐睡眠の確保(質・量) ☐減量
☐家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等)
☐その他()

【検査】

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

【その他】

☐栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満)
☐その他()

※実施項目は、☐にチェック、()内には具体的に記入

患者署名 医師氏名

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

生活習慣病に係る診療のレセプトのイメージ

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

※ 200床未満の病院又は診療所において検査・処置等を実施せず処方箋を交付する場合

※ 生活習慣病管理料は検査・注射などの費用が包括されているため特定疾患療養管理料との単純比較は困難

特定疾患処方管理加算・処方箋料等の見直し

<概要>

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

処方箋料等の見直し

【院外処方】

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

【院内処方】

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

生活習慣病に係る医学管理料の見直し③

特定疾患療養管理料の対象疾患の見直し

- 特定疾患療養管理料の対象疾患から、生活習慣病である、**糖尿病、脂質異常症及び高血圧を除外**する。
（※ 1） 処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算についても同様。
（※ 2） 糖尿病が対象疾患から除外されたことに伴い、糖尿病透析予防指導管理料における算定要件「注 3」を削除する。
- より質の高い疾病管理を推進する観点から、特定疾患療養管理料の**対象疾患を追加**する。

現行		改定後
【特定疾患療養管理料】 〔施設基準〕 別表第一 特定疾患療養管理料並びに処方料並びに処方箋料の特定疾患処方管理加算 1 及び特定疾患処方管理加算 2 に規定する疾患 結核 悪性新生物 甲状腺障害 処置後甲状腺機能低下症 糖尿病 スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害 ムコ脂質症 リポ蛋白代謝障害及びその他の脂（質）血症 リポジストロフィー ローノア・ベンソード腺脂肪腫症 高血圧性疾患 虚血性心疾患 （中略） 性染色体異常 （新設） （新設）		【特定疾患療養管理料】 〔施設基準〕 別表第一 特定疾患療養管理料並びに処方料並びに処方箋料の特定疾患処方管理加算 1 及び特定疾患処方管理加算 2 に規定する疾患 結核 悪性新生物 甲状腺障害 処置後甲状腺機能低下症 <u>（削除）</u> スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害 ムコ脂質症 リポ蛋白代謝障害及びその他の脂（質）血症 <u>（家族性高コレステロール血症等の遺伝性疾患に限る。）</u> リポジストロフィー ローノア・ベンソード腺脂肪腫症 <u>（削除）</u> 虚血性心疾患 （中略） 性染色体異常 <u>アナフィラキシー</u> <u>ギラン・バレー症候群</u>

(参考) 外来データ提出加算について

〈共通項目〉

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

外来データ提出加算 50点（月1回）

〔算定要件〕

- 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における**診療報酬の請求状況、生活習慣病の治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は**、外来データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。

〔施設基準〕

- 外来患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されていること。

〈在宅データ提出加算特有の項目〉

大項目	項目名	大項目	項目名
外来受診情報	受診年月日	リスク分類・LDLコレステロール	リスク分類
	初診/再診		LDLコレステロール
	他院による紹介の有無	脳卒中の有無（初発）	脳卒中の有無（既往含む）
	診療科コード		脳卒中の初発の種類（既往含む）
糖尿病の有無	糖尿病の有無		脳卒中の初発の発症（診断）年月
	自院管理の有無	脳卒中（初発以外）	脳卒中の初発以外の種類（既往含む）
糖尿病の診断年月	診断年月		脳卒中の初発以外の発症（診断）年月
血糖コントロール・慢性合併症	血糖コントロール	急性冠症候群の有無（初発）	急性冠症候群の有無（既往含む）
	慢性合併症：網膜症		急性冠症候群の初発の種類（既往含む）
	慢性合併症：腎症		急性冠症候群の初発の発症（診断）年月
	慢性合併症：神経障害	急性冠症候群の（初発以外）	急性冠症候群の初発以外の種類（既往含む）
高血圧症の有無	高血圧症の有無		急性冠症候群の初発以外の発症（診断）年月
	自院管理の有無	心不全の有無	心不全の有無
高血圧症の診断年月	診断年月		心不全の診断年月
血圧	血圧分類	急性大動脈解離の有無（初発）	急性大動脈解離の有無（既往含む）
	リスク層		急性大動脈解離の初発の発症（診断）年月
	収縮期血圧	急性大動脈解離（初発以外）	急性大動脈解離の初発以外の発症（診断）年月
	拡張期血圧		
脂質異常症の有無	脂質異常症の有無	慢性腎臓病の有無	慢性腎臓病の有無
	自院管理の有無		慢性腎臓病の診断年月
脂質異常症の診断年月	診断年月	高尿酸血症の有無	高尿酸血症の有無
			高尿酸血症の診断年月
			尿酸値

生活習慣病管理料の算定に係る注意点

- 特定疾患療養管理料を算定していた生活習慣病（糖尿病、脂質異常症、高血圧）の患者さんに対して、令和6年6月以降、生活習慣病管理料（Ⅱ）に切り替えて算定される場合は、療養計画書を作成し丁寧に説明いただくとともに、**患者さんの同意を得た上で、療養計画書に患者署名をいただく必要があります。**
- また、令和6年5月末まで、生活習慣病管理料を算定していた患者さんについて、**令和6年6月以降、生活習慣病管理料（Ⅰ）を算定するのか、生活習慣病管理料（Ⅱ）を算定するのか、あらためて判断いただく必要があります。**
（生活習慣病管理料（Ⅰ）を算定した日の属する月から起算して、6月以内の期間については、生活習慣病管理料（Ⅱ）は算定できないこととされております。）

3. 外来診療の機能分化・強化等

(1) 生活習慣病にかかる疾病管理・適正化項目

(2) かかりつけ医機能に係る見直し

(3) その他

地域包括診療料等の見直し

<概要>

1. 地域包括診療加算の点数を見直す

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

2. 以下の要件を追加

- ① ケアマネとの連携を強化（サービス担当者会議の出席、ICT等での相談）
※当該保険医療機関において、介護支援専門員と対面あるいはＩＣＴ等を用いた相談の機会を設けていること。なお、対面で相談できる体制を構築していることが望ましい。（電話等による相談体制を構築している場合も該当する。）
- ② 認知症に関する研修を受けること（望ましい要件）
- ③ 長期処方、リフィル処方が可能なことを院内掲示
- ④ 人生の最終段階における意思決定支援の指針を作成
- ⑤ 患者や家族からの求めに応じて治療内容について文書を交付
- ⑥ ①、③については、原則として、ウェブサイトに掲載する

地域包括診療料・加算について

 中医協 総-8
 5. 6. 21

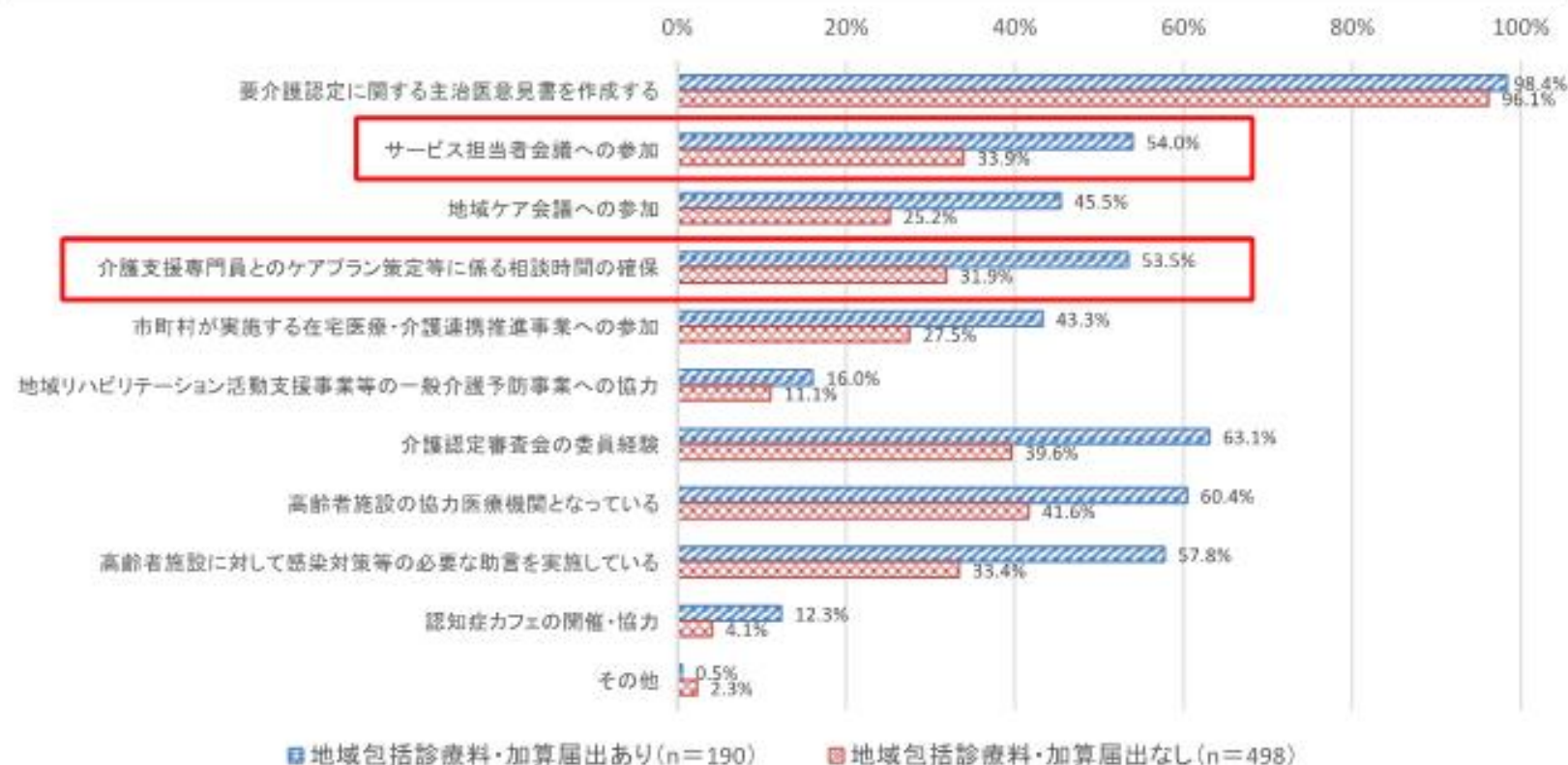
	地域包括診療料 1 1,660点 地域包括診療料 2 1,600点 (月1回)		地域包括診療加算 1 25点 地域包括診療加算 2 18点 (1回につき)
	病院	診療所	診療所
包括範囲	下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。 ・(再診料の)時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料 ・診療情報提供料(Ⅱ)(Ⅲ) ・在宅医療に係る点数(訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。) ・薬剤料(処方料、処方せん料を除く。) ・患者の病状の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

下線部は令和4年度診療報酬改定事項

介護との連携についての取組

中医協 総-1
5-10-20

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



出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（外来施設票）

患者に対する説明について

令和5年9月29日

第102回社会保障審議会医療部会

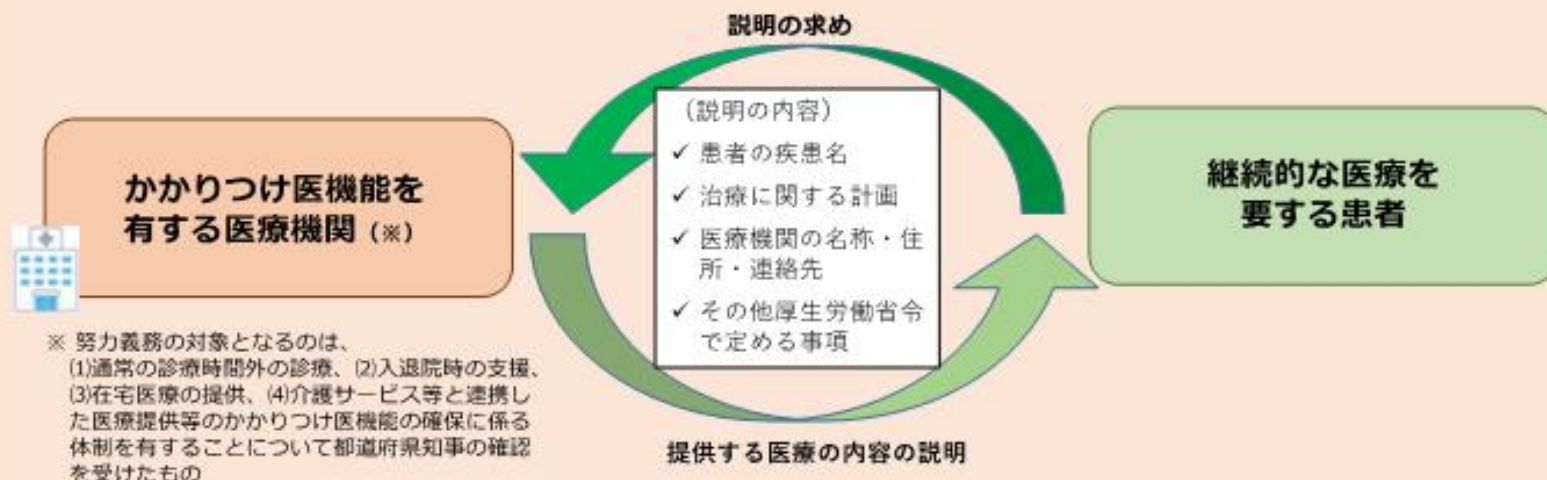
資料1

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

※ 説明は電磁的方法その他の厚生労働省令で定める方法により行う

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

※ 医療機関は正当な理由がある場合は説明を拒むことができる



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

※ 説明の具体的な内容等は、今後、有識者等の参画を得て検討。

かかりつけ医機能に係る評価等の併算定について

		評価の概要	算定のタイミング	併算定可能なもの
①	地域包括診療加算 認知症地域包括診療加算	外来の機能分化の観点から、主治医機能を持った中小病院及び診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うこと	初診時以外	⑤生活習慣病管理料、⑥特定疾患療養管理料、⑦外来管理加算は併算定可能。 ※⑤と⑥を同時に算定することは不可。
②	地域包括診療料 認知症地域包括診療料		初診時以外	①～⑦全て不可。
③	小児かかりつけ診療料	かかりつけ医として、患者の同意を得た上で、緊急時や明らかに専門外の場合等を除き継続的かつ全人的な医療を行うこと	初再診時	④機能強化加算は併算定可能。
④	機能強化加算	外来医療における適切な役割分担を図り、専門医療機関への受診の要否の判断等を含むより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	初診料算定時	③小児かかりつけ診療料は併算定可能。
⑤	生活習慣病管理料	脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者の治療において、治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、飲酒及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行うこと	初診料算定翌月以降	①地域包括診療加算・認知症地域包括診療加算、⑦外来管理加算は併算定可能。
⑥	特定疾患療養管理料	生活習慣病等を主病とする患者について、プライマリケア機能を担う地域のかかりつけ医師が計画的に療養上の管理を行うこと	初診料算定1か月超過以降	①地域包括診療加算・認知症地域包括診療加算、⑦外来管理加算は併算定可能。
⑦	外来管理加算（※）	処置、リハビリテーション等（診療報酬点数のあるものに限る。）を行わずに計画的な医学管理を行うこと	再診時	①地域包括診療加算・認知症地域包括診療加算、⑤生活習慣病管理料、⑥特定疾患療養管理料は併算定可能。 ※⑤と⑥を同時に算定することは不可。

かかりつけ医機能に係る評価等の併算定の実態

○ かかりつけ医機能に係る評価等の併算定の実態は以下のとおり。

①地域包括診療加算の算定回数、またそのうち同日に併算定している件数・割合

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

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

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

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

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

④生活習慣病管理料の算定回数、またそのうち同日に併算定している件数・割合

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

⑤特定疾患療養管理料の算定回数、またそのうち同日に併算定している件数・割合

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

⑥外来管理加算の算定回数、またそのうち同日に併算定している件数・割合

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

出典：NDBデータ(令和4年4～6月診療分)

地域包括診療料等の見直し

地域包括診療料等の見直し

- かかりつけ医機能の評価である地域包括診療料等について、かかりつけ医と介護支援専門員との連携の強化、かかりつけ医の認知症対応力向上、リフィル処方及び長期処方の活用、適切な意思決定支援及び医療DXを推進する観点から、以下のとおり要件及び評価を見直す。

改定後

- 【地域包括診療料】 ※地域包括診療加算についても同様
- [算定要件]
- 患者又はその家族からの求めに応じ、疾患名、治療計画等についての文書を交付し、適切な説明を行うことが望ましい。その際、文書の交付については電子カルテ情報共有システムにおける患者サマリーに入力し、診療録にその記録及び患者の同意を得た旨を残している場合は、文書を交付しているものとみなすものとする。
 - 当該保険医療機関に通院する患者について、介護支援専門員及び相談支援専門員からの相談に適切に対応するとともに、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示すること。
 - 患者の状態に応じ、28日以上長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示するとともに、患者から求められた場合に適切に対応すること。
- [施設基準] ※地域包括診療加算についても同様
- 当該保険医療機関に、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師（以下この区分において「担当医」という。）を配置していること。また、担当医は認知症に係る適切な研修を修了していることが望ましい。
 - 次に掲げる事項を院内掲示していること。 ア 健康相談及び予防接種に係る相談を実施していること。
イ 当該保険医療機関に通院する患者について、介護支援専門員及び相談支援専門員からの相談に適切に対応することが可能であること。
ウ 患者の状態に応じ、28日以上長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であること。
 - 介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示し、かつ、要介護認定に係る主治医意見書を作成しているとともに、以下のいずれか一つを満たしていること。
ア～ケ（略） コ 担当医が、「認知症初期集中支援チーム」等、市区町村が実施する認知症施策に協力している実績があること。
 - 以下のア～ウのいずれかを満たすこと。
ア 担当医が、サービス担当者会議に参加した実績があること。 イ 担当医が、地域ケア会議に出席した実績があること。 ウ 当該保険医療機関において、介護支援専門員と対面あるいはICT等を用いた相談の機会を設けていること。なお、対面で相談できる体制を構築していることが望ましい。
 - 当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。

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

処方等に関する評価の見直し

リフィル処方及び長期処方の推進

- リフィル処方及び長期処方を適切に推進する観点から、以下の見直しを行う。
- リフィル処方及び長期処方の活用並びに医療DXの活用による効率的な医薬品情報の管理を適切に推進する観点から、処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算について、28日未満の処方を行った際の特定疾患処方管理加算1を廃止し、特定疾患処方管理加算2の評価を見直す(66点→56点)。また、特定疾患処方管理加算について、リフィル処方箋を発行した場合も算定を可能とする。
- かかりつけ医機能の評価である地域包括診療料等について、リフィル処方及び長期処方の活用を推進する観点から、患者の状況等に合わせて医師の判断により、リフィル処方や長期処方を活用することが可能であることを、患者に周知することを要件に追加する。

処方箋料の見直し及び後発医薬品の使用促進等の推進

- 後発医薬品の使用促進を推進する等の観点から、以下の見直しを行う。

現行		改定後	
【一般名処方加算】		【一般名処方加算】	
一般名処方加算 1	7点	一般名処方加算 1	<u>10点</u>
一般名処方加算 2	5点	一般名処方加算 2	<u>8点</u>
【後発医薬品使用体制加算】		【後発医薬品使用体制加算】	
後発医薬品使用体制加算 1	47点	後発医薬品使用体制加算 1	<u>87点</u>
後発医薬品使用体制加算 2	42点	後発医薬品使用体制加算 2	<u>82点</u>
後発医薬品使用体制加算 3	37点	後発医薬品使用体制加算 3	<u>77点</u>
【外来後発医薬品使用体制加算】		【外来後発医薬品使用体制加算】	
外来後発医薬品使用体制加算 1	5点	外来後発医薬品使用体制加算 1	<u>8点</u>
外来後発医薬品使用体制加算 2	4点	外来後発医薬品使用体制加算 2	<u>7点</u>
外来後発医薬品使用体制加算 3	2点	外来後発医薬品使用体制加算 3	<u>5点</u>
【薬剤情報提供料】		【薬剤情報提供料】	
	10点		<u>4点</u>
【処方箋料】		【処方箋料】※処方箋料を包括している評価も同様	
1 向精神薬他剤投与を行った場合	28点	1 向精神薬他剤投与を行った場合	<u>20点</u>
2 1 以外の場合の他剤投与又は 向精神薬長期処方を行った場合	40点	2 1 以外の場合の他剤投与又は 向精神薬長期処方を行った場合	<u>32点</u>
3 1 及び 2 以外の場合	68点	3 1 及び 2 以外の場合	<u>60点</u>

時間外対応加算の見直し

時間外対応加算の見直し

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

改定後

時間外対応加算 1 5 点

時間外対応加算 2 4 点

【施設規準】（抜粋）

診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、診療所の非常勤の医師、看護職員又は事務職員等が、常時、電話等により対応できる体制がとられていること。また、必要に応じて診療録を閲覧することができる体制及びやむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかった場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。

時間外対応加算 3 3 点

時間外対応加算 4 1 点

時間外対応加算の見直しを踏まえた小児科かかりつけ診療料の見直し

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

現行

【小児かかりつけ診療料 1】

【施設基準】（抜粋）

- ・ 区分番号「A 0 0 1」の注 10 に規定する時間外対応加算 1 又は 時間外対応加算 2 に係る届出を行っていること。

【小児かかりつけ診療料 2】

【施設基準】（抜粋）

- ・ 次のいずれかの基準を満たしていること。
ア 区分番号「A 0 0 1」の注 10 に規定する 時間外対応加算 3 に係る届出を行っていること。
イ （略）

改定後

【小児かかりつけ診療料 1】

【施設基準】（抜粋）

- ・ 区分番号「A 0 0 1」の注 10 に規定する時間外対応加算 1 又は 時間外対応加算 3 に係る届出を行っていること。

【小児かかりつけ診療料 2】

【施設基準】（抜粋）

- ・ 次のいずれかの基準を満たしていること。
ア 区分番号「A 0 0 1」の注 10 に規定する 時間外対応加算 2 又は時間外対応加算 4 に係る届出を行っていること。
イ （略）

3. 外来診療の機能分化・強化等

- (1) 生活習慣病にかかる疾病管理・適正化項目
- (2) かかりつけ医機能に係る見直し
- (3) その他

慢性腎臓病の透析予防指導管理の評価の新設

慢性腎臓病の透析予防指導管理の算定要件及び施設基準

- 慢性腎臓病の患者に対して、透析予防診療チームを設置し、日本腎臓学会の「エビデンスに基づく CKD 診療ガイドライン」等に基づき、患者の病期分類、食塩制限及び蛋白制限等の食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を必要に応じて個別に実施した場合の評価を新設する。

(新) 慢性腎臓病透析予防指導管理料

<u>1 初回の指導管理を行った日から起算して 1 年以内の期間に行った場合</u>	<u>300 点</u>
<u>2 初回の指導管理を行った日から起算して 1 年を超えた期間に行った場合</u>	<u>250 点</u>

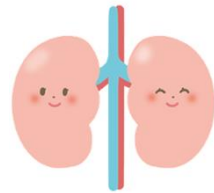
※ 情報通信機器を用いて行った場合は、それぞれ 261 点、218 点

[算定要件] (抜粋)

慢性腎臓病の患者（糖尿病患者又は現に透析療法を行っている患者を除く。）であって、医師が透析予防に関する指導の必要性があると認めた入院中の患者以外の患者に対して、医師、看護師又は保健師及び管理栄養士等が共同して必要な指導を行った場合に、月 1 回に限り算定する。

[施設基準] (抜粋)

- (1) 当該保険医療機関内に、以下から構成される慢性腎臓病透析予防診療チームが設置されていること。
ア 慢性腎臓病指導の経験を有する専任の医師（5 年以上の経験）
イ 慢性腎臓病指導の経験を有する専任の看護師（3 年以上の経験）又は保健師（2 年以上の経験）
ウ 慢性腎臓病指導の経験を有する専任の管理栄養士（3 年以上の経験）
(2) (1) のア、イ及びウに掲げる慢性腎臓病透析予防診療チームに所属する者のいずれかは、慢性腎臓病の予防指導に係る適切な研修を修了した者であることが望ましいこと。
(3) (1) のア及びイに規定する医師、看護師又は保健師のうち、少なくとも 1 名以上は常勤であること。
(4) (1) に規定する医師、看護師又は保健師及び管理栄養士のほか、薬剤師、理学療法士が配置されていることが望ましいこと。
(5) 腎臓病教室を定期的に実施すること等により、腎臓病について患者及びその家族に対して説明が行われていること。
(6) 慢性腎臓病透析予防指導管理料を算定する場合は、様式を用いて、患者の人数、状態の変化等について、報告を行うこと。



在宅療養指導料の見直し

在宅療養指導料の見直し

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

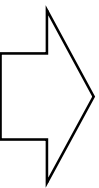
現行

【在宅療養指導料】

[算定要件]

注 1 第 2 部第 2 節第 1 款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者又は器具を装着しておりその管理に配慮を必要とする患者に対して、医師の指示に基づき保健師、助産師又は看護師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に、患者 1 人につき月 1 回（初回の指導を行った月にあっては、月 2 回）に限り算定する。

(1) 在宅療養指導管理料を算定している患者又は入院中の患者以外の患者であって、器具（人工肛門、人工膀胱、気管カニューレ、留置カテーテル、ドレーン等）を装着しており、その管理に配慮を要する患者に対して指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月 2 回に限り、その他の月にあっては月 1 回に限り算定する。



改定後

【在宅療養指導料】

[算定要件]

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

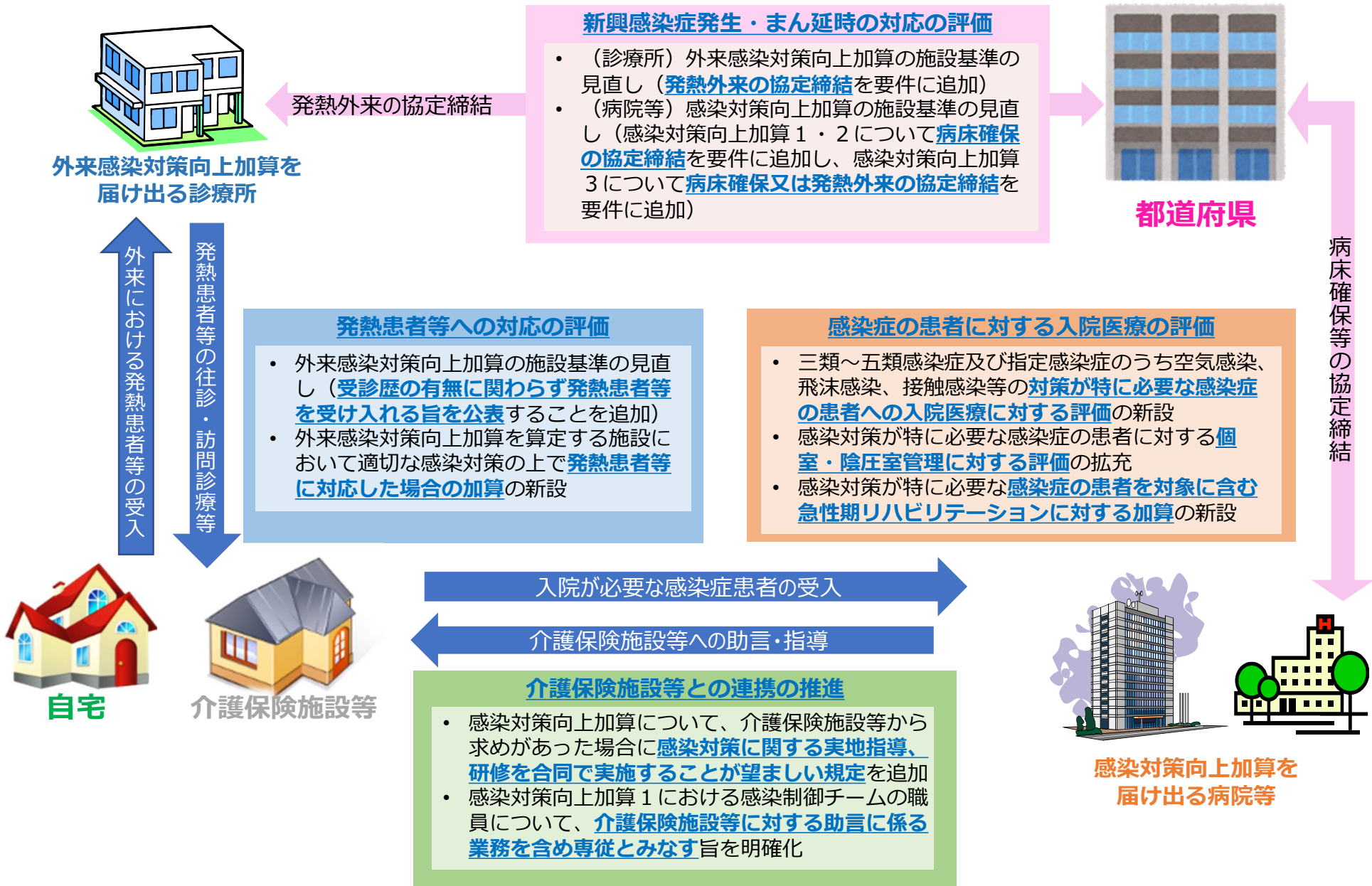
(1) 次のいずれかの患者に対して指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月 2 回に限り、その他の月にあっては月 1 回に限り算定する。

- ア 在宅療養指導管理料を算定している患者
- イ 入院中の患者以外の患者であって、器具（人工肛門、人工膀胱、気管カニューレ、留置カテーテル、ドレーン等）を装着しており、その管理に配慮を要する患者
- ウ 退院後 1 月以内の患者であって、過去 1 年以内に心不全による入院が、当該退院に係る直近の入院を除き、1 回以上ある慢性心不全の患者（治療抵抗性心不全の患者を除く。）

- (2)・(3) (略)
- (4) 当該療養上の指導を行う保健師、助産師又は看護師は、在宅療養支援向上のための適切な研修を修了していることが望ましいこと。

5. ポストコロナにおける感染症対策の推進

ポストコロナにおける感染症対策に係る評価の見直しの全体像



ポストコロナにおける感染症対策の評価

< 感染対策向上加算及び外来感染対策向上加算の見直し >

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

< 感染症の入院患者に対する感染対策の評価の新設 >

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

< 感染症の入院患者に対する個室・陰圧室管理の評価の拡充 >

二類感染症患者療養環境特別加算について、名称を**特定感染症患者療養環境特別加算に見直す**とともに、対象となる感染症及び入院料の範囲を見直す。

ポストコロナにおける感染症対策の評価①

感染対策向上加算及び外来感染対策向上加算の見直し

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

現行

【感染対策向上加算】【施設基準（抜粋）】

加算1：新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること。

加算2：新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること。

加算3：新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者若しくは疑い患者を受け入れる体制又は発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること。

【外来感染対策向上加算】【施設基準（抜粋）】

新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること。

改定後

【感染対策向上加算】【施設基準（抜粋）】

加算1：都道府県知事の指定を受けている**第一種協定指定医療機関**であること。

加算2：（加算1と同様）

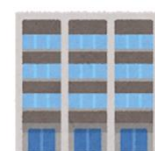
加算3：都道府県知事の指定を受けている**第一種協定指定医療機関又は都道府県知事の指定を受けている第二種協定指定医療機関**（発熱外来に係る措置を講ずるものに限る。）であること。

【外来感染対策向上加算】【施設基準（抜粋）】

都道府県知事の指定を受けている第二種協定指定医療機関（発熱外来に係る措置を講ずるものに限る。）であること。



発熱外来の協定締結



都道府県

病床確保等の協定締結



感染対策向上加算を
届け出る病院等

ポストコロナにおける感染症対策の評価②

感染症の入院患者に対する感染対策の評価の新設

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

<u>(新)</u>	<u>特定感染症入院医療管理加算</u>	<u>治療室の場合</u>	<u>200点</u>
		<u>それ以外の場合</u>	<u>100点</u>

[算定要件]

感染症法上の三類感染症の患者、四類感染症の患者、五類感染症の患者及び指定感染症の患者並びにそれらの疑似症患者のうち感染対策が特に必要なものに対して、適切な感染防止対策を実施した場合に、1 入院に限り 7 日（当該感染症を他の患者に感染させるおそれが高いことが明らかであり、感染対策の必要性が特に認められる患者に対する場合を除く。）を限度として、算定する。ただし、疑似症患者については、初日に限り所定点数に加算する。

[対象となる感染症]

狂犬病、鳥インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く。）、エムボックス、重症熱性血小板減少症候群（病原体がフレボウイルス属 S F T S ウイルスであるものに限る。）、腎症候性出血熱、ニパウイルス感染症、ハンタウイルス肺症候群、ヘンドラウイルス感染症、インフルエンザ（鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。）、後天性免疫不全症候群（ニューモシスチス肺炎に限る。）、麻しん、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症、R S ウイルス感染症、カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症、感染性胃腸炎（病原体がノロウイルスであるものに限る。）、急性弛緩性麻痺（急性灰白髄炎を除く。病原体がエンテロウイルスによるものに限る。）、新型コロナウイルス感染症、侵襲性髄膜炎菌感染症、水痘、先天性風しん症候群、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症、バンコマイシン耐性腸球菌感染症、百日咳、風しん、ペニシリン耐性肺炎球菌感染症、無菌性髄膜炎（病原体がパルボウイルス B 19 によるものに限る。）、薬剤耐性アシネトバクター感染症、薬剤耐性緑膿菌感染症及び流行性耳下腺炎並びに感染症法第 6 条第 8 項に規定する指定感染症

[対象の入院料]

一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料、有床診療所入院基本料、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイクアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料、総合周産期特定集中治療室管理料及び新生児治療回復室入院医療管理料

ポストコロナにおける感染症対策の評価③

感染症の入院患者に対する個室・陰圧室管理の評価の拡充

- 二類感染症患者療養環境特別加算について、名称を特定感染症患者療養環境特別加算に見直すとともに、対象となる感染症及び入院料の範囲を見直す。

現行	改定後
【二類感染症患者療養環境特別加算】 〔算定留意事項〕 保険医療機関に入院している感染症法第 6 条第 3 項に規定する二類感染症に感染している患者及び同条第 7 項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者並びにそれらの疑似症患者について、必要を認めて個室又は陰圧室に入院させた場合に、個室加算又は陰圧室加算として、それぞれ所定点数に加算する。	【特定感染症患者療養環境特別加算】 〔施設基準（抜粋）〕 保険医療機関に入院している患者であって、<u>二類感染症から五類感染症まで、新型インフルエンザ等感染症又は指定感染症の患者及びその疑似症患者のうち個室又は陰圧室に入院させる必要性が特に高い患者</u>について、必要を認めて個室又は陰圧室に入院させた場合に、個室加算又は陰圧室加算として、それぞれ所定点数に加算する。ただし、疑似症患者については、初日に限り所定点数に加算する。

〔個室加算の対象となる感染症〕

狂犬病、鳥インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く。）、エムボックス、重症熱性血小板減少症候群（病原体がフレボウイルス属 S F T S ウイルスであるものに限る。）、腎症候性出血熱、ニパウイルス感染症、ハンタウイルス肺症候群、ヘンドラウイルス感染症、インフルエンザ（鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。）、麻しん、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症、R S ウイルス感染症、カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症、感染性胃腸炎（病原体がノロウイルスであるものに限る。）、急性弛緩性麻痺（急性灰白髄炎を除く。病原体がエンテロウイルスによるものに限る。）、新型コロナウイルス感染症、侵襲性髄膜炎菌感染症、水痘、先天性風しん症候群、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症、バンコマイシン耐性腸球菌感染症、百日咳、風しん、ペニシリン耐性肺炎球菌感染症、無菌性髄膜炎（病原体がパルボウイルス B 19 によるものに限る。）、薬剤耐性アシネトバクター感染症、薬剤耐性緑膿菌感染症及び流行性耳下腺炎並びに感染症法第 6 条第 3 項に規定する二類感染症、同法同条第 7 項に規定する新型インフルエンザ等感染症及び同法同条第 8 項に規定する指定感染症

〔陰圧室加算の対象となる感染症〕

鳥インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く。）、麻しん、新型コロナウイルス感染症及び水痘並びに感染症法第 6 条第 3 項に規定する二類感染症、同法同条第 7 項に規定する新型インフルエンザ等感染症及び同法同条第 8 項に規定する指定感染症

〔対象の入院料〕

一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料、有床診療所入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料、精神科地域包括ケア病棟入院料、特定一般病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料及び特定機能病院リハビリテーション病棟入院料

<発熱外来に対する評価の新設>

- 外来感染対策向上加算の施設基準に、感染対策を講じた上で発熱患者等を受け入れること等を追加する。
- 受診歴の有無に関わらず発熱患者等を受け入れる体制を有した上で、実際に発熱患者等に対応した場合の発熱患者等対応加算を新設する。

<抗菌薬の使用実績に基づく評価の新設>

我が国における Access 抗菌薬の使用比率が低い現状を踏まえ、適正使用を更に促進する観点から、外来感染対策向上加算及び感染対策向上加算に抗菌薬適正使用体制加算を新設する。

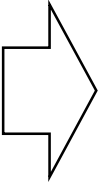
<感染対策に関する介護保険施設等との連携の推進>

- 感染対策向上加算の見直し
 - ・ 感染対策向上加算の施設基準に、連携する介護保険施設等から求めがあった場合に現地に赴いての感染対策に関する助言を行うこと及び院内研修を合同で開催することが望ましいことを追加する。
 - ・ 感染対策の専門的な知見を有する者が、介護保険施設等からの求めに応じて専門性に基づく助言を行えるようにする観点から、感染対策向上加算におけるチームの職員の専従業務に当該助言が含まれることを明確化する。

ポストコロナにおける感染症対策の評価④

発熱外来に対する評価の新設

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

現行		改定後
【外来感染対策向上加算】 [施設基準（抜粋）] (新設)		【外来感染対策向上加算】 [施設基準（抜粋）] • 当該医療機関の外来において、受診歴の有無に関わらず、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者の受入れを行う旨を公表し、受入れを行うために必要な感染防止対策として発熱患者の動線を分ける等の対応を行う体制を有していること。 • 回復した患者の罹患後症状が持続している場合に、必要に応じて精密検査が可能な体制または専門医への紹介が可能な連携体制があることが望ましい。

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

(新) 発熱患者等対応加算

20点

[算定要件]

外来感染対策向上加算を算定する場合において、発熱その他感染症を疑わせる症状を呈する患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で診療を行った場合は、月1回に限り更に所定点数に加算する。

抗菌薬の使用実績に基づく評価の新設

- 我が国における Access 抗菌薬の使用比率が低い現状を踏まえ、適正使用を更に促進する観点から、外来感染対策向上加算及び感染対策向上加算に抗菌薬適正使用加算を新設する。

(新) 抗菌薬適正使用体制加算

5点

[施設基準]

- (1) 抗菌薬の使用状況のモニタリングが可能なサーベイランスに参加していること。
- (2) 直近6か月において使用する抗菌薬のうち、Access抗菌薬に分類されるものの使用比率が60%以上又はサーベイランスに参加する医療機関全体の上位30%以内であること。

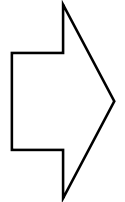
感染対策に関する介護保険施設等との連携の推進

感染対策向上加算の見直し

- 感染対策向上加算の施設基準に、連携する介護保険施設等から求めがあった場合に現地に赴いての感染対策に関する助言を行うこと及び院内研修を合同で開催することが望ましいことを追加する。

現行

【感染対策向上加算】
[施設基準（抜粋）]
(新設)



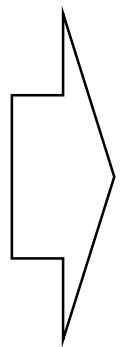
改定後

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

- 感染対策の専門的な知見を有する者が、介護保険施設等からの求めに応じて専門性に基づく助言を行えるようにする観点から、感染対策向上加算におけるチームの職員の専従業務に当該助言が含まれることを明確化する。

現行

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



改定後

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



6. 医療機能に応じた入院医療の評価

- (1) 地域包括医療病棟（新設）
- (2) 急性期・高度急性期入院医療
- (3) 回復期入院医療
- (4) 慢性期入院医療

地域で救急患者等を受け入れる病棟の新設

< 概要 >

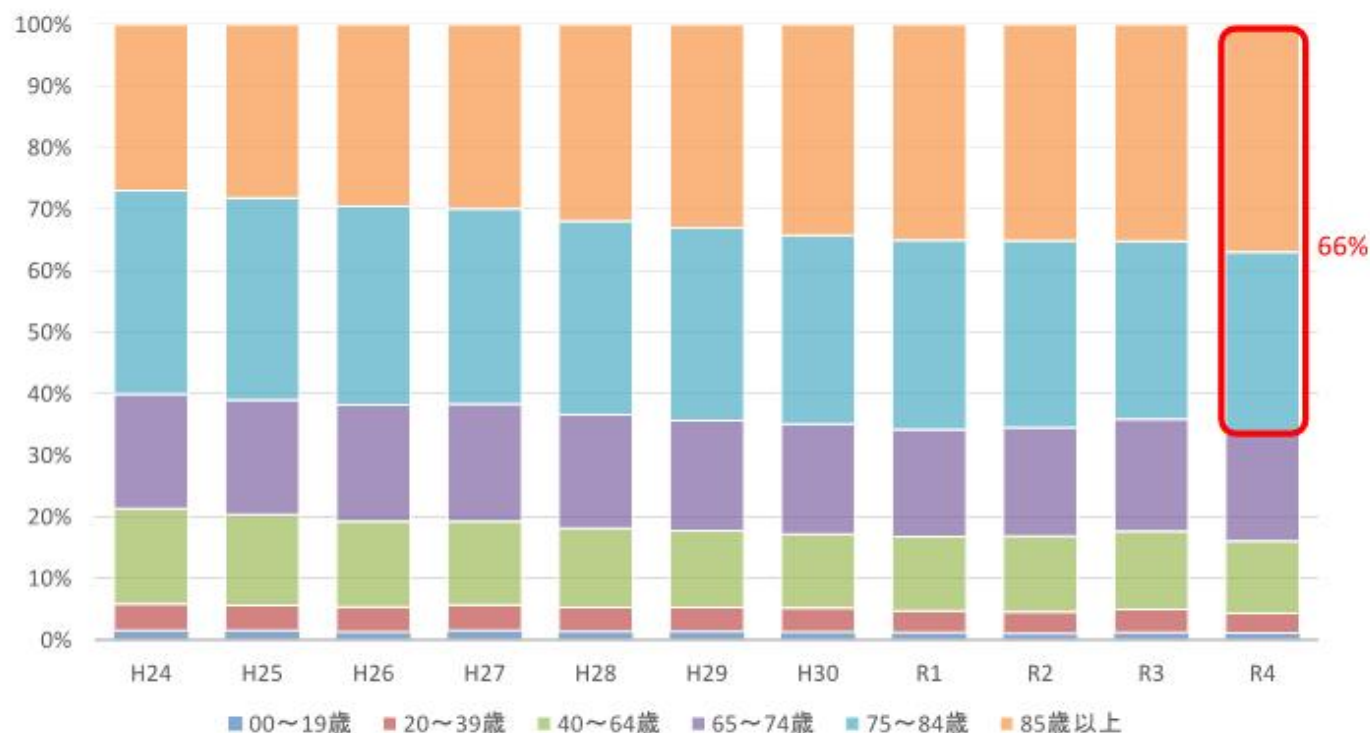
1. 高齢者救急に対応する入院料として、新たな入院料（**地域包括医療病棟入院料**）を新設
2. 主な施設基準等
 - ①看護配置 **10対1**
 - ②平均在院日数 **21日**
 - ③一般病棟用重症度、医療・看護必要度
延べ患者数のうち「**A 3 点以上、A 2 点以上かつB 3 点以上、又はC 1 点以上**」の**該当割合16%以上**（**必要度Ⅰ**の場合）又は**15%以上**（**必要度Ⅱ**の場合）であるとともに、入棟患者のうち入院初日に「**B 3 点以上**」の**該当割合50%以上**
 - ④在宅復帰率 **80%以上**
 - ⑤救急搬送割合 **15%以上** 等

入院患者の年齢構成の推移①（急性期一般入院料）

意見交換 資料-5 参考-1
R 5 . 3 . 1 5 改

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

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



出典：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

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

高齢者に多い疾患ごとの各入院料種別の入院先の割合

診調組 入-1
5 . 8 . 1 0

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

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

	急性期一般 入院料1 (353,143床)	急性期一般 入院料2-3 (15,941床)	急性期一般 入院料4-6 (135,739床)	地域一般 入院料1-2 (19,121床)	地域一般 入院料3 (29,777床)	その他の DPC算定病床 ^{*2} (113,549床)	地域包括 ケア病棟 (98,546床)	地域包括ケア病棟 のうち 転院入院以外
(全疾患)	55.9% (26.8%)	2.3% (27.6%)	17.0% (24.2%)	1.6% (19.6%)	0.9% (11.1%)	15.6% (35.2%)	6.7% (10.3%)	5.4% (12.5%)
1 コロナウイルス感染症2019、ウイルスが同定されたもの	52.8% (47.9%)	2.5% (37.9%)	20.3% (28.6%)	7.7% (30.4%)	0.8% (23.1%)	13.2% (48.6%)	2.8% (14.2%)	1.6% (21.2%)
2 食物及び吐物による肺臓炎	53.7% (65.9%)	3.0% (47.2%)	23.5% (37.2%)	2.1% (21.4%)	1.3% (9.4%)	9.1% (81.8%)	7.4% (19.1%)	5.8% (23.9%)
3 うっ血性心不全	56.3% (38.4%)	2.4% (30.6%)	15.3% (26.8%)	1.0% (13.2%)	0.6% (7.7%)	19.6% (66.4%)	4.8% (9.4%)	3.7% (11.8%)
4 老人性初発白内障	57.8% (0.0%)	1.2% (0.0%)	3.6% (0.0%)	0.0% (0.0%)	0.0% (0.0%)	20.2% (0.1%)	17.1% (0.1%)	17.1% (0.1%)
5 大腸<結腸>のポリープ	47.8% (0.4%)	1.8% (0.7%)	9.2% (0.7%)	0.6% (0.7%)	0.2% (1.3%)	30.1% (0.2%)	10.3% (0.1%)	10.3% (0.1%)
6 大腿骨頸部骨折 閉鎖性	56.7% (61.4%)	3.5% (51.1%)	28.0% (42.1%)	2.7% (31.1%)	1.3% (25.8%)	2.8% (69.8%)	5.0% (13.0%)	2.0% (31.4%)
7 転子骨骨折 閉鎖性	56.9% (69.8%)	3.7% (60.8%)	27.8% (46.5%)	2.4% (29.6%)	1.2% (25.4%)	2.7% (73.9%)	5.3% (14.0%)	2.0% (34.6%)
8 尿路感染症、部位不明	51.7% (57.3%)	3.1% (40.4%)	26.5% (32.4%)	2.3% (17.9%)	1.4% (10.0%)	4.9% (71.0%)	10.2% (16.8%)	9.3% (18.3%)
9 老人性白内障	56.9% (0.1%)	1.2% (0.3%)	3.9% (0.1%)	0.1% (0.0%)	0.0% (0.0%)	24.6% (0.1%)	13.5% (0.0%)	13.4% (0.0%)
10 肺炎、詳細不明	37.1% (53.1%)	2.7% (36.1%)	36.4% (32.0%)	4.2% (20.5%)	2.8% (12.9%)	5.9% (69.9%)	10.9% (16.3%)	10.1% (17.3%)
11 腰椎骨折 閉鎖性	35.5% (54.3%)	3.2% (40.4%)	35.0% (30.9%)	3.8% (21.6%)	2.1% (15.8%)	1.4% (59.5%)	19.0% (20.3%)	16.1% (23.7%)
12 前立腺の悪性新生物<腫瘍>	70.0% (3.1%)	1.7% (3.9%)	7.0% (5.8%)	0.3% (7.8%)	0.2% (4.3%)	18.0% (2.3%)	2.8% (3.4%)	2.5% (3.8%)
13 その他の型の狭心症	86.0% (2.4%)	1.0% (0.8%)	5.6% (3.0%)	0.1% (8.5%)	0.0% (25.0%)	7.2% (7.5%)	0.2% (6.2%)	0.1% (7.9%)
14 脳動脈の血栓症による脳梗塞	53.0% (52.7%)	2.2% (42.8%)	14.4% (34.8%)	0.8% (14.7%)	0.3% (16.6%)	27.9% (68.9%)	1.4% (12.7%)	0.8% (22.3%)
15 体液量減少(症)	30.1% (52.0%)	2.8% (39.1%)	39.8% (30.1%)	3.7% (25.4%)	2.7% (14.6%)	1.6% (73.1%)	19.2% (17.4%)	18.1% (18.4%)
16 気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>、上葉、気管支又は肺	69.8% (6.6%)	1.0% (11.9%)	5.5% (11.6%)	0.2% (16.4%)	0.1% (2.2%)	22.2% (4.9%)	1.2% (11.1%)	0.9% (13.9%)
17 慢性腎臓病、ステージ5	61.9% (10.0%)	2.0% (12.1%)	14.1% (10.1%)	1.2% (4.7%)	1.2% (4.1%)	11.5% (20.3%)	8.1% (2.8%)	6.6% (3.3%)
18 脊柱管狭窄(症) 腰部	54.0% (6.9%)	2.8% (11.0%)	25.0% (9.1%)	2.0% (12.2%)	1.0% (7.4%)	6.8% (2.0%)	8.4% (8.2%)	6.9% (9.7%)
19 急性尿管周囲炎	64.2% (50.1%)	2.9% (40.4%)	18.9% (33.1%)	1.1% (16.0%)	0.5% (11.9%)	6.8% (60.6%)	5.6% (18.5%)	5.1% (19.8%)
20 気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>、下葉、気管支又は肺	70.6% (6.6%)	0.9% (13.2%)	5.9% (11.4%)	0.2% (12.3%)	0.1% (6.7%)	21.0% (4.7%)	1.3% (7.5%)	1.0% (9.5%)
21 脳動脈の血栓症による脳梗塞	41.7% (64.4%)	1.8% (51.8%)	11.7% (39.2%)	0.8% (9.4%)	0.5% (1.8%)	41.6% (84.8%)	2.0% (10.2%)	0.9% (22.2%)
22 その他の原発性腸関節症	52.7% (1.9%)	3.1% (3.8%)	28.1% (3.8%)	1.9% (5.6%)	1.7% (3.4%)	5.1% (0.4%)	7.3% (4.9%)	5.3% (6.5%)
23 細菌性肺炎、詳細不明	63.0% (50.3%)	3.0% (41.8%)	16.9% (35.5%)	1.3% (17.3%)	0.6% (7.3%)	11.0% (63.8%)	4.3% (19.1%)	3.9% (20.9%)
24 一側性又は悪性不明の脱臼ヘルニア、閉塞及び壊瘍を伴わないもの	69.5% (1.0%)	2.2% (1.6%)	6.8% (1.6%)	0.2% (1.7%)	0.1% (11.8%)	17.5% (0.6%)	3.8% (0.4%)	3.8% (0.3%)
25 肝及び肝内胆管の悪性新生物<腫瘍>、肝細胞癌	62.8% (7.5%)	1.9% (9.7%)	6.6% (15.2%)	0.4% (15.0%)	0.4% (5.5%)	25.6% (5.6%)	2.3% (6.8%)	1.8% (8.7%)

^{*1} 入院初日にDPC算定病床^{*2}又は地域包括ケア病棟に入院する75歳以上の入院患者について件数の多い医療資源病名上位25

^{*2} 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般)、専門病院入院基本料(7対1、10対1、13対1)、救命救急入院料・特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、臨床上ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復入院医療管理料、一類感染症患者入院医療管理料、小児入院医療管理料及び短期療育手術等基本料3を算定する病床

^{*3} 病床数は令和4年7月1日時点

出典：DPCデータ(令和4年1月～12月)

- 75歳以上の患者に多い疾患のうち一部は、急性期一般入院料1を算定する場合と地域一般入院料を算定する場合とで、医療資源投入量に大きな差はみられなかった。

(全体の平均が2.4倍であるところ、例えば「食物及び吐物による肺臓炎」は1.2倍、「尿路感染症、部位不明」は1.4倍にとどまる。)

高齢者に多い疾患における入院料間の医療資源投入量の比較①

診療組 入-1
5. 8. 10

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

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

傷病名	1日当たり医療資源投入量				75歳以上で多い疾患順位	75歳以上症例に占める割合
	急1における1日平均(高)	急1/地1-2の比	急2-6/地1-2の比	急1/急2-6の比		
(全疾患-全年齢)	3,448	2.41	1.43	1.69	-	-
全疾患-75歳以上	2,762	2.33	1.34	1.73	-	100.0%
コロナウイルス感染症2019、ウイルスが特定されたもの	2,334	1.12	0.90	1.25	1	3.9%
食物及び吐物による肺臓炎	1,026	1.24	1.02	1.21	2	3.3%
脳動脈の血栓症による脳梗塞	1,208	1.33	1.06	1.26	14	1.2%
尿の排泄及び便秘、他に分類されないもの 部位不明	674	1.34	1.08	1.24	35	0.6%
肺炎、詳細不明	1,160	1.36	1.08	1.26	10	1.5%
体液量減少(症)	868	1.38	1.09	1.26	15	1.1%
細菌性肺炎、詳細不明	1,177	1.40	1.13	1.24	23	0.8%
尿路感染症、部位不明	957	1.40	1.12	1.26	8	1.5%
大腸(結腸)のポリプ	3,223	1.42	1.05	1.35	5	1.8%
慢性腎臓病、ステージ5	2,320	1.45	1.13	1.28	17	1.0%
急性尿管管炎腎臓炎	1,023	1.48	1.14	1.30	19	0.9%
その他の急性性膀胱炎	5,327	1.52	1.31	1.16	22	0.8%
股関節骨折 閉鎖性	2,886	1.66	1.30	1.27	7	1.6%
大腿骨頭部骨折 閉鎖性	3,850	1.68	1.33	1.26	6	1.6%
穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患	1,695	1.70	1.18	1.44	26	0.8%
その他の膀胱炎	1,091	1.75	1.41	1.24	36	0.5%
結核の慢性新生物<腫瘍>、S状結腸	3,529	1.83	1.36	1.34	38	0.5%
痔柱管狭窄(症) 腫瘍	4,845	1.86	1.37	1.36	18	1.0%
うつ山性心不全	1,447	1.87	1.19	1.57	3	3.1%
心不全、詳細不明	1,420	1.95	1.17	1.67	27	0.7%
脳動脈の血栓症による脳梗塞	1,486	2.12	1.57	1.35	21	0.9%
前立腺の悪性新生物<腫瘍>	3,379	2.17	1.25	1.74	12	1.3%
外傷性硬膜下出血 頭蓋内に達する開放創を伴わないもの	1,987	2.22	1.55	1.44	30	0.6%
直腸の悪性新生物<腫瘍>	3,508	2.42	1.89	1.28	29	0.6%
胆管炎	2,175	2.60	1.61	1.61	34	0.6%
肋骨骨折 閉鎖性	1,754	2.63	1.59	1.66	11	1.3%
結腸の悪性新生物<腫瘍>、上行結腸	3,631	2.67	2.00	1.33	37	0.5%
胆管炎を伴う胆管結石	3,140	2.73	1.90	1.44	28	0.7%
一側性又は患側不明のせきやく乾癆ヘルニア、閉塞及び欠損を伴わないもの	5,888	2.81	2.08	1.36	24	0.8%
胆管炎及び胆嚢のうく囊 炎を伴わない胆管結石	3,832	2.88	1.95	1.47	33	0.6%
胸椎骨折 閉鎖性	2,037	3.02	1.62	1.86	31	0.6%
気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>、下葉、気管支又は肺	3,145	3.33	2.18	1.53	20	0.9%
気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>、上葉、気管支又は肺	3,317	3.67	2.46	1.49	16	1.1%
肺の悪性新生物<腫瘍>、肺頭部	2,624	3.80	2.34	1.62	39	0.5%
肝及び胆内臓の悪性新生物<腫瘍>、肝臓癌	3,577	5.26	2.93	1.80	25	0.8%

※1 入院初日にDPC算定病床又は地域包括ケア病棟に入院する75歳以上の患者の傷病のうち0.5%以上を占める39傷病のうち、地域一般入院料1-2を算定している症例が50例未満である疾患(老人性初発白内障、老人性核白内障、その他の型の狭心症、胃の悪性新生物<腫瘍>、胃体部)を除いたもの。

※2 一日平均出来高換算点数から、A(入院料)及びH(リハビリテーション)を除いたもの。

出典: DPCデータ(令和4年1月~12月)

地域包括医療病棟① 病棟のイメージ

背景

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

地域包括医療病棟における医療サービスのイメージ



救急患者を受け入れる体制を整備



一定の医療資源を投入し、急性期を速やかに離脱



早期の退院に向け、リハビリ、栄養管理等を提供



退院に向けた支援
適切な意思決定支援



早期の在宅復帰



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

包括的に提供

地域包括医療病棟② 施設基準等

地域包括医療病棟入院料の算定要件及び施設基準

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

(新) 地域包括医療病棟入院料（1日につき） 3,050点

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、所定点数を算定する。ただし、90日を超えて入院するものについては、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の地域一般入院料3の例により、算定する。



[施設基準]（抜粋）

- (1) 看護職員が10:1以上配置されていること。
- (2) 当該病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が2名以上、専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。
- (3) 入院早期からのリハビリテーションを行うにつき必要な構造設備を有していること。（病室6.4㎡/1人以上、廊下幅1.8m以上が望ましい 等）
- (4) 当該病棟に入院中の患者に対して、ADL等の維持、向上及び栄養管理等に資する必要な体制が整備されていること。
（ADLが入院時と比較して低下した患者の割合が5%未満であること 等）
- (5) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を用いて評価し、延べ患者数のうち「A3点以上、A2点以上かつB3点以上、又はC1点以上」に該当する割合が16%以上（必要度Ⅰの場合）又は15%以上（必要度Ⅱの場合）であるとともに、入棟患者のうち入院初日に「B3点以上」に該当する割合が50%以上であること。
- (6) 当該病棟の入院患者の平均在院日数が21日以内であること。
- (7) 当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が8割以上であること。
- (8) 当該病棟において、入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が5%未満であること。
- (9) 当該病棟において、入院患者に占める、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者又は他の保険医療機関で救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者の割合が1割5分以上であること。
- (10) 地域で急性疾患等の患者に包括的な入院医療及び救急医療を行うにつき必要な体制を整備していること。
（2次救急医療機関又は救急告示病院であること、常時、必要な検査、CT撮影、MRI撮影を行う体制にあること 等）
- (11) データ提出加算及び入退院支援加算1に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (12) 特定機能病院以外の病院であること。(13) 急性期充実体制加算及び専門病院入院基本料の届出を行っていない保険医療機関であること。
- (14) 脳血管疾患等リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

地域包括医療病棟③ 注加算

地域包括医療病棟入院料の注加算

(新) 初期加算（1日につき） 150点

[算定要件]
入院した日から起算して14日を限度として算定する。

<u>(新) 看護補助体制加算（1日につき）</u>	
<u>25対1看護補助体制加算（看護補助者5割以上）</u>	<u>240点</u>
<u>25対1看護補助体制加算（看護補助者5割未満）</u>	<u>220点</u>
<u>50対1看護補助体制加算</u>	<u>200点</u>
<u>75対1看護補助体制加算</u>	<u>160点</u>

[算定要件]
入院した日から起算して14日を限度として算定する。

(新) 夜間看護体制加算（1日につき） 71点

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

[施設基準]
夜勤時間帯に看護補助者を配置していること。
夜間における看護業務の負担の軽減に資する十分な業務管理等の体制が整備されていること。

(新) 看護職員夜間12対1配置加算（1日につき） 看護職員夜間12対1配置加算1 110点 / 看護職員夜間12対1配置加算2 90点

[算定要件]
入院した日から起算して14日を限度として算定する。

(新) リハビリテーション・栄養・口腔連携加算（1日につき） 80点

[算定要件・施設基準]
リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算と同等の施設基準を満たした保険医療機関において、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画を作成した日から14日を限度として算定する。

(新) 夜間看護補助体制加算（1日につき）

<u>夜間30対1看護補助体制加算</u>	<u>125点</u>
<u>夜間50対1看護補助体制加算</u>	<u>120点</u>
<u>夜間100対1看護補助体制加算</u>	<u>105点</u>

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

(新) 看護補助体制充実加算（1日につき）

<u>看護補助体制充実加算1</u>	<u>25点</u>
<u>看護補助体制充実加算2</u>	<u>15点</u>
<u>看護補助体制充実加算3</u>	<u>5点</u>

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

(新) 看護職員夜間16対1配置加算（1日につき） 看護職員夜間16対1配置加算1 70点 / 看護職員夜間16対1配置加算2 45点

地域包括医療病棟④ 包括範囲

以下の診療の費用は地域包括医療病棟入院料に含まれる。（包括範囲）

地域包括医療病棟入院料に含まれる費用（概要）

○ 入院基本料

○ 入院基本料等加算

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

○ 医学管理のうち、手術前医学管理料、手術後医学管理料

○ 検査

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

○ 画像診断

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

○ 投薬、注射

抗悪性腫瘍薬等の除外薬剤・注射薬、無菌製剤処理料を除く。

○ リハビリテーション及び精神療法で使用される薬剤。（※1）

○ 処置

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

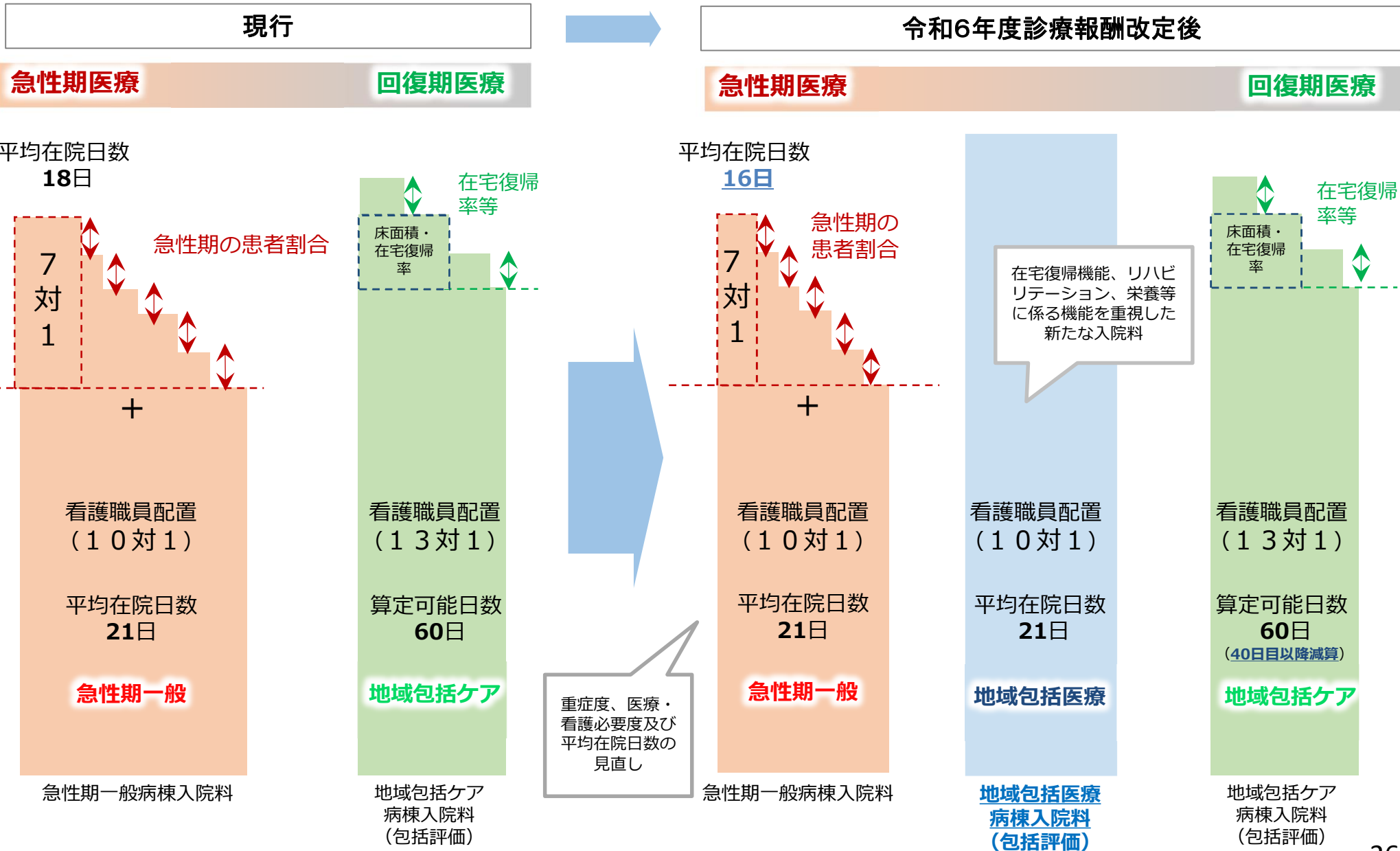
○ 病理標本作製料

術中迅速病理組織標本作成を除く。

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

※ 他、手術、麻酔等の費用は地域包括医療病棟入院料に含まれない。（包括範囲外）

地域包括医療病棟の新設による今後の医療提供体制のイメージ



想定される地域包括医療病棟への移行のイメージ

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

①急性期一般入院料1からの一部転換



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

②急性期一般入院料2 - 6からの転換



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

③地域包括ケア病棟からの転換



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

地域包括医療病棟における評価の観点

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

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

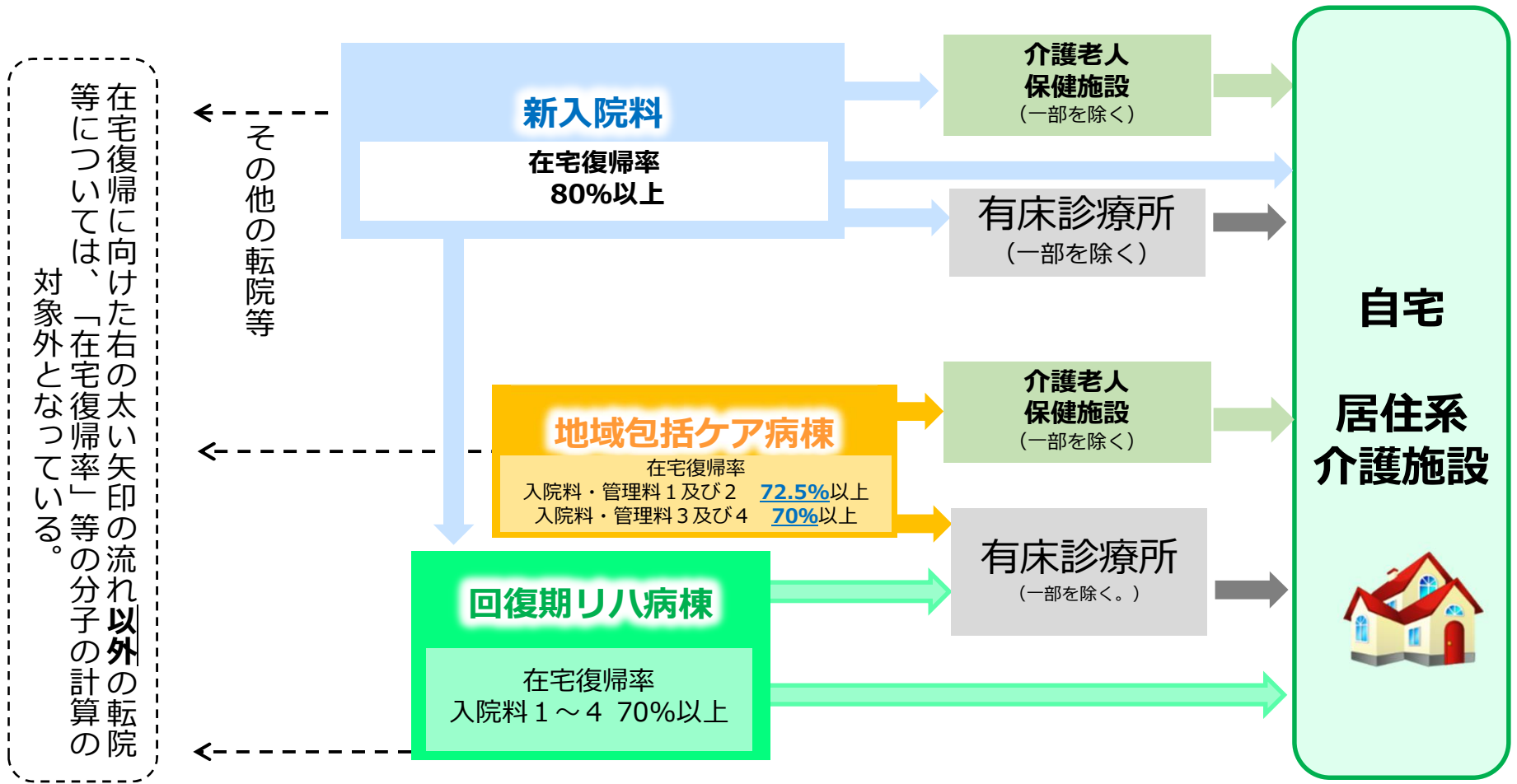
	ストラクチャー	プロセス	アウトカム・その他の実績要件
急性期機能	➤ 10：1看護配置 ➤ DPCの包括範囲外の処置、検査等を算定可能 ➤ 夜間における画像検査等の体制確保 ➤ 看護職員夜間配置加算		➤ 救急搬送直接入棟患者割合：1割5分以上 ➤ 平均在院日数：21日以内 ➤ 重症度、医療・看護必要度：急性期病棟入院料4相当 ➤ 入棟初日のB項目3点以上の患者：50%以上
リハビリ等	➤ PT/OT/ST 2名配置 ➤ 管理栄養士の専任配置 ➤ リハ・栄養・口腔に係る研修を修了した医師配置 ➤ 看護補助体制加算 ➤ 看護補助体制充実加算	➤ 原則48時間以内にADL、栄養状態、口腔状態の評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

※ 青字は注加算における要件等

地域包括医療病棟における在宅復帰率

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

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



急性期病棟、地域包括医療病棟及び地域包括ケア病棟の機能の比較（イメージ）

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

6. 医療機能に応じた入院医療の評価

- (1) 地域包括医療病棟の新設
- (2) 急性期・高度急性期入院医療
- (3) 回復期入院医療
- (4) 慢性期入院医療

急性期一般入院料 1 等の施設基準の見直し

平均在院日数の基準の見直し

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

現行	改定後
【急性期一般入院基本料】 [施設基準] 当該病棟の入院患者の平均在院日数が21日（急性期一般入院料 1 にあっては18日）以内であること。	【急性期一般入院基本料】 [施設基準] 当該病棟の入院患者の平均在院日数が21日（急性期一般入院料 1 にあっては16日）以内であること。

重症度、医療・看護必要度の該当患者の要件の見直し

- 急性期一般入院料 1、特定機能病院入院基本料 7 対 1 及び専門病院入院基本料 7 対 1 における該当患者の基準及び割合の基準について、以下のいずれも満たすことを施設基準とする。
- ①「A 3 点以上」又は「C 1 点以上」に該当する割合が一定以上であること
 - ②「A 2 点以上」又は「C 1 点以上」に該当する割合が一定以上であること

現行		改定後							
【急性期一般入院料 1】 [施設基準] 当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床に、直近 3 月において入院している患者全体（延べ患者数）に占める重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡの基準を満たす患者（別添 6 の別紙 7 による評価の結果、別表 1 のいずれかに該当する患者の割合が、基準以上であること。		【急性期一般入院料 1】 [施設基準] 当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床に、直近 3 月において入院している患者全体（延べ患者数）に占める重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡの基準を満たす患者（別添 6 の別紙 7 による評価の結果、別表 1 のいずれかに該当する患者の割合が基準以上であるとともに、別表 2 のいずれかに該当する患者の割合が基準以上であること。							
別表 1		別表 1 (基準：20% ※必要度Ⅱの場合) 別表 2 (基準：27% ※必要度Ⅱの場合)							
<table><tr><td>A 得点が 2 点以上かつ B 得点が 3 点以上の患者</td></tr><tr><td>A 得点が 3 点以上の患者</td></tr><tr><td>C 得点が 1 点以上の患者</td></tr></table>	A 得点が 2 点以上かつ B 得点が 3 点以上の患者	A 得点が 3 点以上の患者	C 得点が 1 点以上の患者	<table><tr><td>A 得点が 3 点以上の患者</td></tr><tr><td>C 得点が 1 点以上の患者</td></tr></table>	A 得点が 3 点以上の患者	C 得点が 1 点以上の患者	<table><tr><td>A 得点が 2 点以上の患者</td></tr><tr><td>C 得点が 1 点以上の患者</td></tr></table>	A 得点が 2 点以上の患者	C 得点が 1 点以上の患者
A 得点が 2 点以上かつ B 得点が 3 点以上の患者									
A 得点が 3 点以上の患者									
C 得点が 1 点以上の患者									
A 得点が 3 点以上の患者									
C 得点が 1 点以上の患者									
A 得点が 2 点以上の患者									
C 得点が 1 点以上の患者									

急性期一般入院料 1 における平均在院日数の見直し

公益裁定について①

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

令和 6 年 1 月 31 日

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

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

3. シミュレーションにおける評価項目の見直しによる影響について、該当患者割合の基準を満たす医療機関割合の変化が、急性期一般入院料 1 のうち重症度、医療・看護必要度 I を用いる医療機関において大きく、中でも案 1 及び案 3 による見直しの場合に特に大きいことが示された。したがって、該当患者割合の基準を現行の水準とした場合、相当数の医療機関が基準を満たさなくなることが想定される。
4. 一方で、患者の状態に応じた適切な入院料が選択され、医療資源が適切に配分されるよう、地域医療に配慮しつつも、急性期一般入院料 1 から他の入院料への転換を含めた、適切な機能分化が促される取組を進めることは重要である。今回の診療報酬改定において後期高齢者の中等症の急性疾患ニーズに応える地域包括医療病棟が新設されること、入院基本料の見直しが見込まれていること及び前回改定における重症度、医療・看護必要度の見直しにおいて、一定程度の医療機関が基準を満たさなくなることが想定されていたにもかかわらず、実際には急性期一般入院料 1 の病床数は増加したことを考慮すると、今回の改定においては該当患者割合の基準を一定程度高く設定することが、将来の医療ニーズ及び人口構成の変化を踏まえ、入院患者の状態に応じて適切に医療資源を投入する体制の構築を進めるに当たり重要と考えられる。

(※ 1) 各見直し案による評価項目に係る変更内容

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

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

(※2) 該当患者割合①：「A 3点以上」又は「C 1点以上」に該当する患者の割合

該当患者割合②：「A 2点以上」又は「C 1点以上」に該当する患者の割合

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

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

(※3) 「A 2点以上かつB 3点以上」、「A 3点以上」又は「C 1点以上」に該当する患者の割合

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

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

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直し

評価項目の見直し

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

(改定内容)

- ・「創傷処置」について、評価対象を、必要度Ⅱにおいて対象となる診療行為を実施した場合に統一するとともに、「重度褥瘡処置」に係る診療行為を対象から除外
- ・「呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）」について、評価対象を、必要度Ⅱにおいて評価対象となる診療行為を実施した場合に統一
- ・「注射薬剤3種類以上の管理」について、7日間を該当日数の上限とするとともに、対象薬剤から静脈栄養に関する薬剤を除外
- ・「抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）」について、対象薬剤から入院での使用割合が6割未満の薬剤を除外
- ・「抗悪性腫瘍剤の内服の管理」について、対象薬剤から入院での使用割合が7割未満の薬剤を除外
- ・「抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）」、「麻薬の使用（注射剤のみ）」、「昇圧剤の使用（注射剤のみ）」、「抗不整脈薬の使用（注射剤のみ）」、「抗血栓塞栓薬の使用」及び「無菌治療室での治療」の評価について、2点から3点に変更
- ・「救急搬送後の入院」及び「緊急に入院を必要とする状態」について、評価日数を2日間に変更
- ・C項目の対象手術及び評価日数の実態を見直し
- ・短期滞在手術等基本料の対象手術等を実施した患者を評価対象者に追加

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

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

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

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

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し

➤ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直しに伴い、該当患者割合の基準を見直す。

現行				改定後	【該当患者の基準】			
		必要度Ⅰ	必要度Ⅱ					
急性期一般入院料1	許可病床200床以上	31%	28%	急性期一般入院料1	割合①： 21% 割合②： 28%	割合①:20% 割合②:27%	急性期 1、 7 対 1 入院基本料 (特定、専門) ※ 1	割合① 以下のいずれか ・ A 得点が 3 点以上 ・ C 得点が 1 点以上
	許可病床200床未満	28%	25%					
急性期一般入院料2	許可病床200床以上	27%	24%	急性期一般入院料2	22%	21%	急性期 2 ～ 5 等 ※ 2	以下のいずれか ・ A 得点が 2 点以上かつ B 得点が 3 点以上 ・ A 得点が 3 点以上 ・ C 得点が 1 点以上
	許可病床200床未満	25%	22%	急性期一般入院料3	19%	18%		
急性期一般入院料3	許可病床200床以上	24%	21%	急性期一般入院料4	16%	15%		
	許可病床200床未満	22%	19%	急性期一般入院料5	12%	11%		
急性期一般入院料4	許可病床200床以上	20%	17%	7 対 1 入院基本料 (特定)	—	割合①:20% 割合②:27%		
	許可病床200床未満	18%	15%	7 対 1 入院基本料 (結核)	8%	7%		
急性期一般入院料5		17%	14%	7 対 1 入院基本料 (専門)	割合①:21% 割合②:28%	割合①:20% 割合②:27%	地域包括 ケア病棟等	以下のいずれか ・ A 得点が 1 点以上 ・ C 得点が 1 点以上
7 対 1 入院基本料 (特定)		—	28%	看護必要度加算 1 (特定、専門)	18%	17%		
7 対 1 入院基本料 (結核)		10%	8%	看護必要度加算 2 (特定、専門)	16%	15%		
7 対 1 入院基本料 (専門)		30%	28%	看護必要度加算 3 (特定、専門)	13%	12%	※ 1: B 項目については、基準からは除外するが、当該評価票を用いて評価を行っていること ※ 2: 7 対 1 入院基本料 (結核)、看護必要度加算、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算も同様	
看護必要度加算 1 (特定、専門)		22%	20%	総合入院体制加算 1	33%	32%		
看護必要度加算 2 (特定、専門)		20%	18%	総合入院体制加算 2	31%	30%		
看護必要度加算 3 (特定、専門)		18%	15%	総合入院体制加算 3	28%	27%	【経過措置】 令和 6 年 3 月 31 日時点で施設基準の届出あり ⇒ 令和 6 年 9 月 30 日まで基準を満たしているものとする。	
総合入院体制加算 1・2		33%	30%	急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算	6%	5%		
総合入院体制加算 3		30%	27%	看護補助加算 1	4%	3%		
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算		7%	6%	地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注 7	12%	8%		
看護補助加算 1		5%	4%					
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注 7		12%	8%					

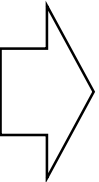
重症度、医療・看護必要度Ⅱの要件化

重症度、医療・看護必要度Ⅱを要件とする対象病院の拡大

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

現行

【急性期一般入院料】
[施設基準]
許可病床数が200床以上の保険医療機関であって、急性期一般入院料1に係る届出を行っている病棟及び許可病床数が400床以上の保険医療機関であって、急性期一般入院料2から5までに係る届出を行っている病棟については、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うこと。



改定後

【急性期一般入院料】
[施設基準]
急性期一般入院料1に係る届出を行っている病棟（許可病床数が200床未満の保険医療機関であって、重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うことが困難であることについて正当な理由があるものを除く。）、許可病床数が200床以上であって急性期一般入院料2又は3に係る届出を行っている病棟及び許可病床数が400床以上の保険医療機関であって急性期一般入院料4又は5に係る届出を行っている病棟については、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うこと。

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

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

リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進

< 概要 >

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

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

**リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算
（1日につき120点）**

を新設する。

急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進

急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進①

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

(新) リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算（1日につき）

120点



より早期からの切れ目のないリハ（離床）・栄養・口腔の取組

- ・疾患別リハビリテーション等の提供によるADL等の改善
- ・土曜日、日曜日及び祝日に行うリハビリテーションの提供
- ・入棟後早期のリハビリテーションの実施
- ・病棟専任の管理栄養士による早期評価と介入

多職種による評価と計画

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

急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進

急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進②

(新) リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算

【算定要件】（概要）

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

【施設基準】（概要）

- 急性期一般入院基本料、7対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）又は10対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）を算定する病棟を単位として行うこと。
- 当該病棟に、専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が2名以上配置されている。なお、うち1名は専任の従事者でも差し支えない。
- 当該病棟に専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。
- 当該保険医療機関において、一定の要件を満たす常勤医師が1名以上勤務していること。
- プロセス・アウトカム評価として、以下のア～エの基準を全て満たすこと。
 - ア 入棟後3日までに疾患別リハビリテーション料が算定された患者割合が8割以上であること。
 - イ 土日祝日における1日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数が平日の提供単位数の8割以上であること。
 - ウ 退院又は転棟した患者（死亡退院及び終末期のがん患者を除く。）のうち、退院又は転棟時におけるA D Lが入院時と比較して低下した患者の割合が3%未満であること。
 - エ 院内で発生した褥瘡（DESIGN-R2020分類d2以上とする。）を保有している入院患者の割合が2.5%未満であること。
- 脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料に係る届出を行っていること。
- 入退院支援加算1の届出を行っていること。
- 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。

特定集中治療室管理料の見直し

< 概要 >

- 適切な集中治療を推進する観点から、**重症患者の受入及び多様な医師の人員配置を考慮**した評価体系に見直す。
- 特定集中治療室管理料について、高度急性期の入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、**特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度を見直し**、また、**入室時にSOFAスコアが一定以上**である患者の割合を評価する観点から要件を見直すとともに、評価を見直す。
 - ① **SOFAスコアが一定以上の患者の割合**を特定集中治療室の患者指標に導入し、評価を見直す。また、この患者指標及び**専従の常勤医師の治療室内の勤務を要件としない区分**（管理料5・6）を新設する。
 - ② **重症度、医療・看護必要度Ⅱ**を用いて評価を行うことを**要件化**する。
 - ③ 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の項目及び該当基準について以下のとおり見直し、それに伴い施設基準における該当患者割合の基準についても見直す。
 - ・ **「輸液ポンプの管理」の項目を削除**する。
 - ・ 重症度、医療・看護必要度の基準に該当する要件について、**「A得点が3点以上であること」から「A得点が2点以上であること」に変更**する。

特定集中治療室管理料の見直し①

特定集中治療室管理料の見直し

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

改定後

【特定集中治療室管理料 1・2】

[施設基準]

- 直近 1 年の間に新たに治療室に入室する患者のうち、入室日の S O F Aスコア 5 以上の患者が 1 割以上であること。ただし、15歳未満の小児は対象から除くものであること。
- 重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて患者の状態を評価し、基準を満たす患者が 8 割以上いること。
- 専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること。当該専任の医師に、特定集中治療の経験を 5 年以上有する医師を 2 名以上含むこと。当該専任の医師は、宿日直を行う医師ではないこと。

【特定集中治療室管理料 3・4】

[施設基準]

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

【特定集中治療室管理料 5・6】（新設）

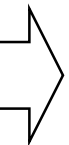
[施設基準]

- 重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて患者の状態を評価し、基準を満たす患者が 7 割以上いること。
- 専任の医師（宿日直を行っている専任の医師を含む）が常時、保険医療機関内に勤務していること。

現行

（7日以内の期間）

特定集中治療室管理料 1・2	14,211点
特定集中治療室管理料 3・4	9,697点
（新設）	



改定後

（7日以内の期間）

特定集中治療室管理料 1・2	14,406点
特定集中治療室管理料 3・4	9,890点
特定集中治療室管理料 5・6	8,890点

※ 治療室については、以下を明確化。

- 治療室内に配置される専任の常勤医師は宿日直を行っていない医師であること（救命救急入院料、小児特定集中治療室管理料及び新生児特定集中治療室管理料 1）
- 保険医療機関内に配置される医師は宿日直を行っている医師を含むこと（ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、新生児特定集中治療室管理料 2 及び新生児治療回復室入院医療管理料）

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

(参考) 特定集中治療室管理料の施設基準概要

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

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

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

(参考)SOFAスコア

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

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

< 特定集中治療室遠隔支援加算の新設 >

治療室内に専任の常勤医師が配置されない区分において、遠隔モニタリングにより**特定集中治療室管理料 1 及び 2 の届出を行う施設から支援を受けることを評価する。**（**特定集中治療室遠隔支援加算 980点**）

重症患者対応体制強化加算の要件の見直し

重症患者に対応する体制を確保し、重症患者の対応実績を有する治療室を適切に評価するため、**重症患者対応体制強化加算の実績要件の評価方法を見直す。**

ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の見直し

- ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の**項目及び該当基準について見直す。**
- 該当患者割合の基準について見直すとともに、**レセプト電算処理システム用コードを用いた評価を導入する。**

特定集中治療室管理料の見直し②

特定集中治療室遠隔支援加算の新設

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

(新) 特定集中治療室遠隔支援加算

980点

【算定要件】

特定集中治療室管理料5又は特定集中治療室管理料6を算定する保険医療機関であって別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たすものにおいて、特定集中治療室管理に係る専門的な医療機関として別に厚生労働大臣が定める保険医療機関と情報通信機器を用いて連携して特定集中治療室管理がおこなわれた場合に所定点数に加算する。

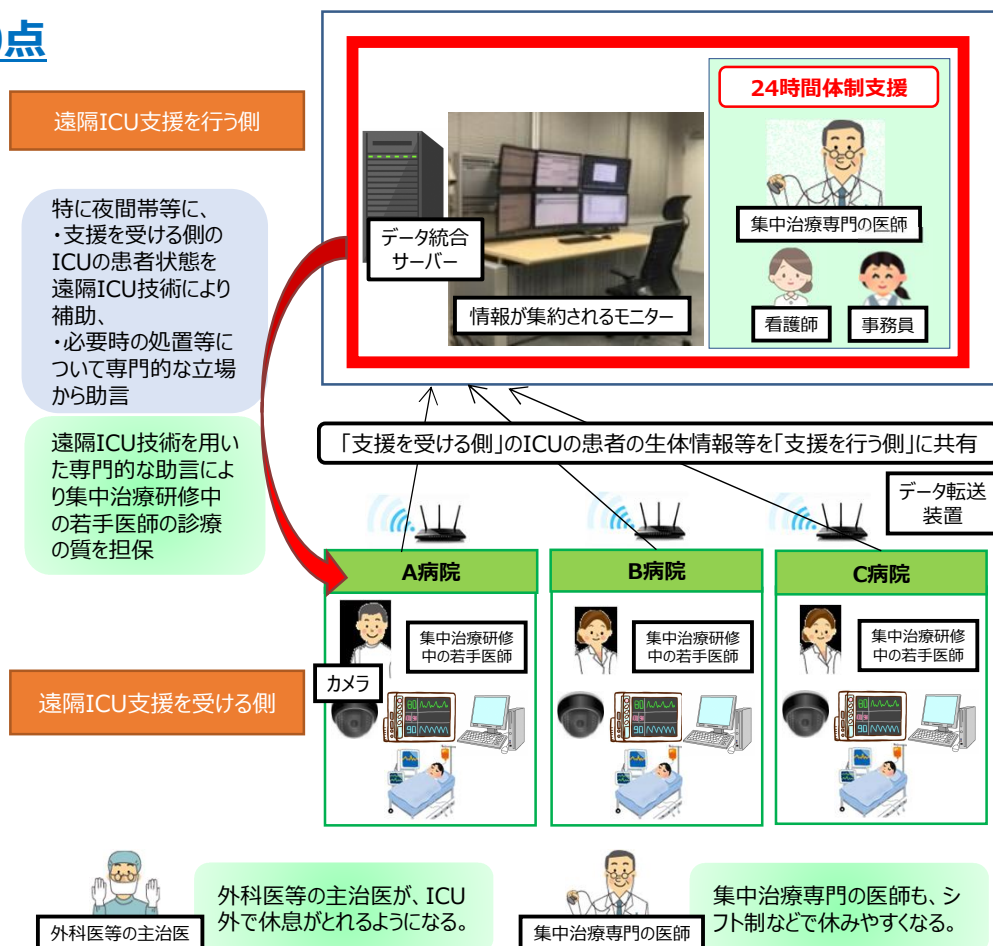
【施設基準】

(被支援側医療機関)

支援側医療機関の施設基準を満たす他の保険医療機関と情報通信機器を用いて連携して特定集中治療室管理を実施するための必要な体制が整備されていること。

(支援側医療機関)

- ・ 特定集中治療室管理料1又は特定集中治療室管理料2に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- ・ 特定集中治療室管理について情報通信機器を用いて支援を行うにつき十分な体制を有していること。



重症患者対応体制強化加算の要件の見直し

重症患者対応体制強化加算の要件の見直し

- 重症患者に対応する体制を確保し、重症患者の対応実績を有する治療室を適切に評価するため、重症患者対応体制強化加算の実績要件の評価方法を見直す。

現行

【重症患者対応体制強化加算】
(救命救急入院料2・4、特定集中治療室管理料1～5)
【施設基準】

当該治療室に入院している全ての患者の状態を、別添6の別紙17の「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて測定及び評価し、「特殊な治療法等」に該当する患者が1割5分以上であること。なお、該当患者の割合については、暦月で6か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動にあっては、施設基準に係る変更の届出を行う必要はないこと。

改定後

【重症患者対応体制強化加算】
(救命救急入院料2・4、特定集中治療室管理料1～5)
【施設基準】

当該治療室に入院している全ての患者の状態を、別添6の別紙17の「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて測定及び評価し、「特殊な治療法等」に該当する患者が直近6か月間で1割5分以上であること。

[施設基準]

専従の常勤看護師 1名 以上		・ 集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験が5年以上かつ集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修を修了した看護師	
専従の常勤臨床工学技士 1名 以上		・ 救命救急入院料/特定集中治療室管理料の届出を行っている医療機関において5年以上勤務した臨床工学技士	* 実施業務 * ・ 集中治療を必要とする患者の看護に従事する看護職員を対象とした院内研修を、年1回以上実施。院内研修は、重症患者への看護実践のために必要な知識・技術の習得とその向上を目的とした、以下の内容を含む研修であること ① 重症患者の病態生理、全身管理の知識・看護 ② 人工呼吸器及び体外式膜型人工肺（ECMO）を用いた重症患者の看護の実際
看護師 2名 以上 ※ <u>当該治療室の施設基準に係る看護師の数に含めないこと。</u> ※ <u>当該治療室以外の治療室又は病棟において勤務した場合、勤務した治療室又は病棟における看護師の数に含めないこと。</u>		・ 集中治療の看護に従事した経験が3年以上かつ集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修を受講。	* 実施業務 * ・ 新興感染症の発生等の有事の際に、都道府県等の要請に応じて、他の医療機関等の支援を行う。（支援にあたる看護師は当該看護師であることが望ましい） ・ 地域の医療機関等が主催する集中治療を必要とする患者の看護に関する研修に講師として参加するなど、地域における集中治療の質の向上を目的として、地域の医療機関等と協働することが望ましい。
必要な届出	・ 区分番号「A200-2」急性期充実体制加算 ・ 区分番号「A234-2」感染対策向上加算1		
実績	・ 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の「特殊な治療法等」に該当する患者が直近6か月で 1割5分以上		

ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の見直し

ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の見直し

➤ ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の項目及び該当基準について見直す。

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

改定後		
・「心電図モニターの管理」及び「輸液ポンプの管理」の項目を削除 ・「創傷処置」及び「呼吸ケア」は、必要度Ⅱで対象となる診療行為を実施した場合に評価し、「創傷処置」から褥瘡の処置を除外 ・「点滴ライン同時3本以上の管理」を「注射薬剤3種類以上の管理」に変更		
A モニタリング及び処置等	0 点	1 点
1 <u>創傷の処置(褥瘡の処置を除く)</u>	なし	あり
2 蘇生術の施行	なし	あり
3 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合及び人工呼吸器の装着の場合を除く)	なし	あり
4 <u>注射薬剤3種類以上の管理(最大7日間)</u>	なし	あり
5 動脈圧測定(動脈ライン)	なし	あり
6 シリンジポンプの管理	なし	あり
7 中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	なし	あり
8 人工呼吸器の装着	なし	あり
9 輸血や血液製剤の管理	なし	あり
10 肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル)	なし	あり
11 特殊な治療法等 (CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO、IMPELLA)	なし	あり

➤ 該当患者割合の基準について見直すとともに、レセプト電算処理システム用コードを用いた評価を導入する。

基準	A 得点 3 点以上かつ B 4 得点以上
基準に該当する患者割合の基準	
ハイケアユニット入院医療管理料 1	<u>8 割</u>
ハイケアユニット入院医療管理料 2	<u>6 割</u>

基準①	<u>2, 7, 8, 9, 10又は11のうち 1 項目以上に該当</u>
基準②	<u>1～11のうち 1 項目以上に該当</u>
基準に該当する患者割合の基準 (※)	
ハイケアユニット入院医療管理料 1	<u>1 割 5 分以上が基準①に該当かつ 8 割以上が基準②に該当</u>
ハイケアユニット入院医療管理料 2	<u>1 割 5 分以上が基準①に該当かつ 6 割 5 分以上が基準②に該当</u>

※ 重症度、医療・看護必要度ⅠとⅡで共通

急性期充実体制加算の見直し

<概要>

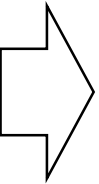
1. 悪性腫瘍手術等の実績を有する場合（加算1）と小児科又は産科の実績を有する場合（加算2）に評価を分ける。
2. 小児科、産科及び精神科の入院医療の提供に係る要件を満たす場合について、**小児・周産期・精神科充実体制加算**を新設する。
3. **許可病床数300床未満の医療機関のみに適用される施設基準を廃止する。等**

急性期充実体制加算の見直し

急性期充実体制加算の見直し

➤ 悪性腫瘍手術等の実績要件のうち多くの基準を満たす場合とそれ以外であって小児科又は産科の実績を有する場合に応じた評価を行うとともに、小児科、産科及び精神科の入院医療の提供に係る要件を満たす場合について、小児・周産期・精神科充実体制加算を新設する。また、手術等の実績要件に、心臓胸部大血管の手術を追加する。

現行		改定後
【急性期充実体制加算】 (新設)		【急性期充実体制加算】
1 7日以内の期間	460点	<u>1 急性期充実体制加算 1</u>
2 8日以上11日以内の期間	250点	イ 7日以内の期間 <u>440点</u>
3 12日以上14日以内の期間	180点	ロ 8日以上11日以内の期間 <u>200点</u>
(新設)		ハ 12日以上14日以内の期間 <u>120点</u>
		<u>2 急性期充実体制加算 2</u>
		イ <u>7日以内の期間</u> <u>360点</u>
		ロ <u>8日以上11日以内の期間</u> <u>150点</u>
		ハ <u>12日以上14日以内の期間</u> <u>90点</u>
(新設)		<u>注2</u> 小児患者、妊産婦である患者及び精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制を確保した保険医療機関に入院している患者については、 <u>小児・周産期・精神科充実体制加算として、次に掲げる点数を更に所定点数に加算する。</u>
		イ <u>急性期充実体制加算 1の場合</u> <u>90点</u>
		ロ <u>急性期充実体制加算 2の場合</u> <u>60点</u>
注2 精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制を確保した保険医療機関に入院している患者については、精神科充実体制加算として、30点を更に所定点数に加算する。		注3 精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制を確保した保険医療機関に入院している患者については、精神科充実体制加算として、30点を更に所定点数に加算する。



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

(急性期充実体制加算 2)
(チ)又は(リ)のいずれかを満たし、手術等に係る実績について、(イ)及び、(ロ)から(ト)までのうち2つ以上を満たしていること。

<手術等に係る実績の要件>
(イ) 全身麻酔による手術について、2,000 件／年以上 (うち、緊急手術350 件／年以上)
(ロ) 悪性腫瘍手術について、400 件／年以上
(ハ) 腹腔鏡下手術又は胸腔鏡下手術について、400 件／年以上
(ニ) 心臓カテーテル法による手術について、200 件／年以上
(ホ) 消化管内視鏡による手術について、600 件／年以上
(ヘ) 化学療法の実施について、1,000 件／年以上
(ト) 心臓胸部大血管の手術について、100 件／年以上
(チ) 異常分娩の件数が50 件／年以上であること。
(リ) 6歳未満の乳幼児の手術件数が40 件／年以上であること。

総合入院体制加算の見直し

<概要>

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

総合入院体制加算の見直し

総合入院体制加算の見直し

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

現行

【総合入院体制加算 1】 240点

[施設基準]

- 全身麻酔による手術件数が年800件以上であること。また、以下のアからカまでを全て満たしていること。
ア～カ（略）

【総合入院体制加算 2】 180点

[施設基準]

- 全身麻酔による手術件数が年800件以上であること。なお、併せて以下のアからカまでの全てを満たすことが望ましいものであり、少なくとも4つ以上を満たしていること。
ア～カ（略）

【総合入院体制加算 3】 120点

[施設基準]

- 全身麻酔による手術件数が年800件以上であること。なお、併せて以下のアからカまでの全てを満たすことが望ましいものであり、少なくとも2つ以上を満たしていること。
ア～カ（略）

(新設)



改定後

【総合入院体制加算 1】 260点

[施設基準]

- 全身麻酔による手術件数が年2,000件以上であること。また、以下のアからカまでを全て満たしていること。
ア～カ（略）

【総合入院体制加算 2】 200点

[施設基準]

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

【総合入院体制加算 3】 120点

[施設基準]

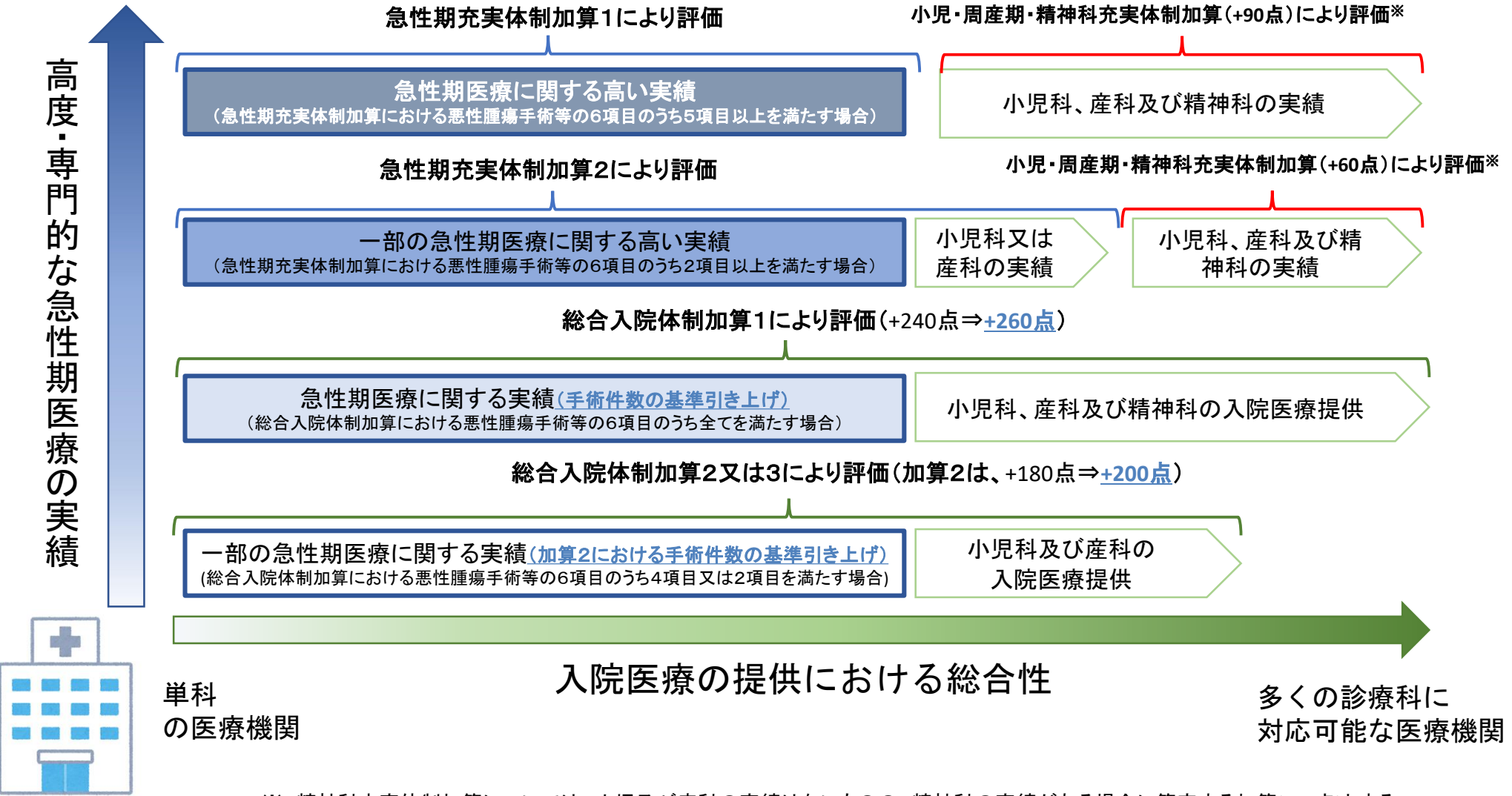
- 全身麻酔による手術件数が年800件以上であること。なお、併せて以下のアからカまでの全てを満たすことが望ましいものであり、少なくとも2つ以上を満たしていること。
ア～カ（略）

[施設基準（総合入院体制加算 1、2 及び 3）]

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

急性期充実体制加算等の見直し

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

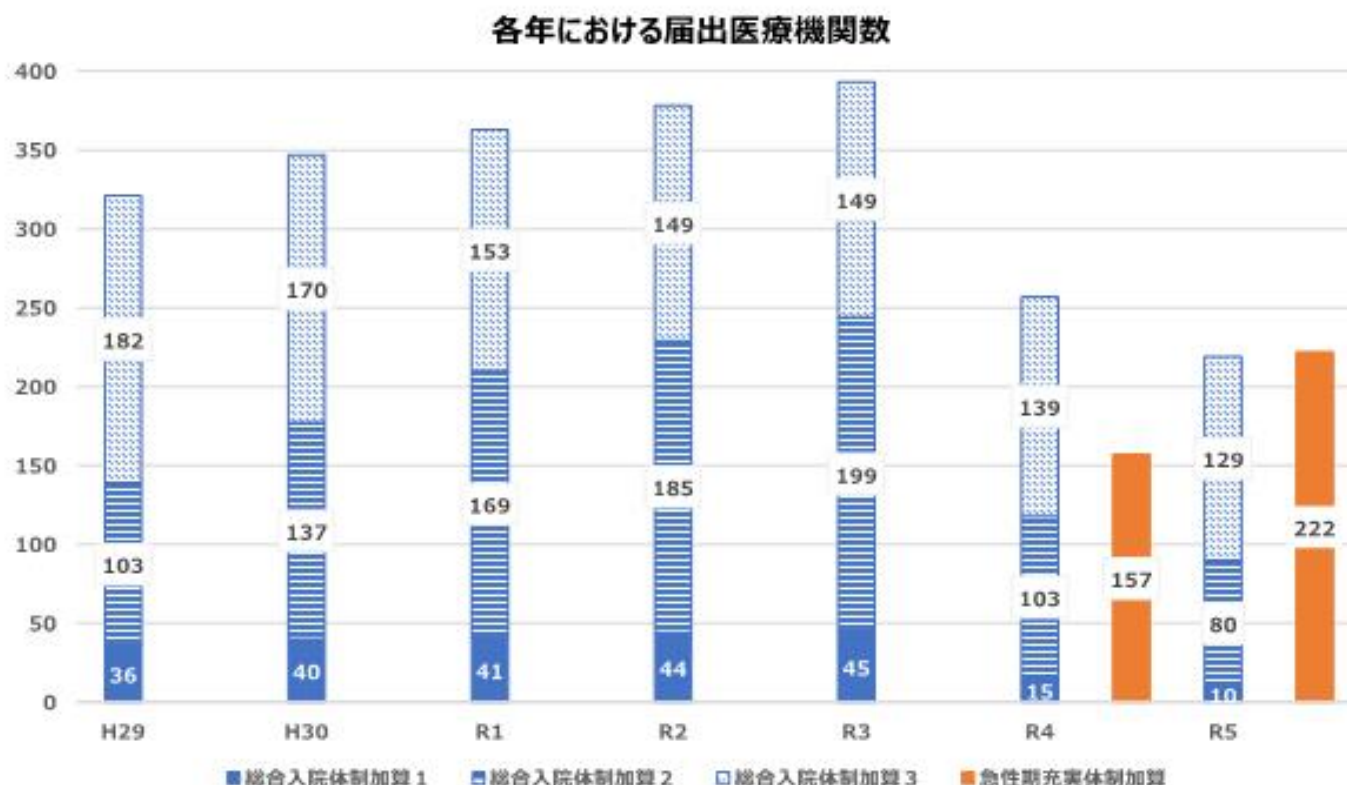


※ 精神科充実体制加算については、小児及び産科の実績はないものの、精神科の実績がある場合に算定する加算(+30点)とする。

総合入院体制加算及び急性期充実体制加算の届出状況

中医協 総-6
5. 5. 17改

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



出典：保険局医療課調べ（各年7月1日の状況、令和5年分は速報値）

6. 医療機能に応じた入院医療の評価

- (1) 地域包括医療病棟の新設
- (2) 急性期・高度急性期入院医療
- (3) 回復期入院医療
- (4) 慢性期入院医療

回復期リハビリテーション病棟入院料の評価及び要件の見直し

<概要>

1. 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 及び 2 の評価を見直す。
2. 回復期リハビリテーション病棟入院料の**体制強化加算 1 及び 2 を廃止**する。
3. **回復期リハビリテーション病棟入院料 1 及び 2**について、**専従の社会福祉士の配置を要件**とする。
4. **回復期リハビリテーション病棟入院料 1**について、入退院時の栄養状態の評価に**GLIM 基準を用いることを要件**とするとともに、回復期リハビリテーション病棟入院料 2 から 5 までにおいては、GLIM 基準を用いることが望ましいこととする。
5. **回復期リハビリテーション病棟入院料 1 及び 2**について、**口腔管理を行うにつき必要な体制が整備されていることを要件**とする。
6. 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 及び 2 について、地域貢献活動に参加することが望ましいこととする。
7. **回復期リハビリテーション病棟入院料 1 及び 3**については、**FIM の測定に関する院内研修を行うことを要件**とする。
8. **回復期リハビリテーション病棟 1 から 5 まで**について、**FIM を定期的に測定することを要件**とする。
9. 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 から 5 までについて、40 歳未満の勤務医師、事務職員等の賃上げに資する措置として評価を見直す。

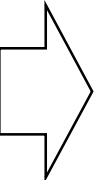
回復期リハビリテーション病棟に係る見直し①

入院料の評価の見直し

- 40歳未満の勤務医師、事務職員等の賃上げに資する措置としての入院基本料等の評価の見直し及び、回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準の見直しに伴い、回復期リハビリテーション病棟入院料の評価を引き上げる。

現行

【回復期リハビリテーション病棟入院料】	
回復期リハビリテーション病棟入院料 1	2,129点
(生活療養を受ける場合)	2,115点)
回復期リハビリテーション病棟入院料 2	2,066点
(生活療養を受ける場合)	2,051点)
回復期リハビリテーション病棟入院料 3	1,899点
(生活療養を受ける場合)	1,884点)
回復期リハビリテーション病棟入院料 4	1,841点
(生活療養を受ける場合)	1,827点)
回復期リハビリテーション病棟入院料 5	1,678点
(生活療養を受ける場合)	1,664点)



改定後

【回復期リハビリテーション病棟入院料】	
回復期リハビリテーション病棟入院料 1	<u>2,229点</u>
(生活療養を受ける場合)	<u>2,215点)</u>
回復期リハビリテーション病棟入院料 2	<u>2,166点</u>
(生活療養を受ける場合)	<u>2,151点)</u>
回復期リハビリテーション病棟入院料 3	<u>1,917点</u>
(生活療養を受ける場合)	<u>1,902点)</u>
回復期リハビリテーション病棟入院料 4	<u>1,859点</u>
(生活療養を受ける場合)	<u>1,845点)</u>
回復期リハビリテーション病棟入院料 5	<u>1,696点</u>
(生活療養を受ける場合)	<u>1,682点)</u>

[追加の施設基準]

- 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 及び 2 については、専従の社会福祉士等の配置を要件とする。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 及び 3 については、当該保険医療機関において、FIMの測定に関わる職員を対象とした FIMの測定に関する研修会を年 1 回以上開催することを要件とする。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 及び 2 については、当該入院料を算定する患者について、口腔状態に係る課題を認めた場合は、適切な口腔ケアを提供するとともに、必要に応じて歯科医療機関への受診を促すことを要件とする。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 及び 2 については、市町村の要請を受けて、「地域支援事業実施要綱」（平成18年6月9日老発0609001第1号厚生労働省老健局長通知）に規定する地域リハビリテーション活動支援事業等の地域支援事業に、地域の医師会等と連携し、参加していることが望ましいこととする。

回復期リハビリテーション病棟に係る見直し②

GLIM基準による栄養評価の要件化

- 回復期リハビリテーション病棟入院料1について、入退院時の栄養状態の評価にGLIM基準を用いることを要件とするとともに、回復期リハビリテーション病棟入院料2から5までにおいては、GLIM基準を用いることが望ましいこととする。

栄養(※回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合は必ず記入)			
基礎情報	☐ 身長(*1): ()cm	☐ 体重: ()kg	☐ BMI(*1): ()kg/m ² *1:身長測定が困難な場合は省略可
栄養補給方法(複数選択可)	☐ 経口(☐ 食事 ☐ 補助食品), ☐ 経管(☐ 経鼻胃管 ☐ 胃瘻 ☐ その他), ☐ 静脈(☐ 末梢 ☐ 中心)		
嚥下調整食の必要性:	(☐ 無 ☐ 有: (学会分類コード))		
栄養状態の評価:	① GLIM基準による評価(成人のみ): 判定 ☐ 低栄養非該当 ☐ 低栄養(☐ 中等度低栄養、 ☐ 重度低栄養) 該当項目 表現型(☐ 体重減少、 ☐ 低BMI、 ☐ 筋肉量減少) 病因(☐ 食事摂取量減少/消化吸収能低下、 ☐ 疾病負荷/炎症)		
	② GLIM基準以外の評価: ☐ 問題なし ☐ 過栄養 ☐ その他 ()		
【上記で①「低栄養非該当」かつ②「問題なし」以外に該当した場合に記載】			
必要栄養量	熱量: ()kcal	たんぱく質量 ()g	
総摂取栄養量(経口・経腸・経静脈栄養の合計(*2))	熱量: ()kcal	たんぱく質量 ()g	*2:入院直後等で不明な場合は総提供栄養量でも可

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

- 2018年に世界の栄養学会(ESPEN:欧州, ASPEN:北米, PENSA:アジア, FELANPE:南米)が低栄養の診断基準としてGLIM基準を策定
 - 表現型(体重減少、低BMI、筋肉量減少)と病因(食事摂取量減少/消化吸収能低下、疾病負荷/炎症)により判定
- ※詳細は、日本臨床栄養代謝学会(JSPEN) HP「GLIM基準について」を参照

定期的なFIMの測定の要件化

- 回復期リハビリテーション病棟入院料及び回復期リハビリテーション入院医療管理料を算定するに当たっては、定期的(2週間に一回以上)にFIMの測定を行い、その結果について診療録等に記載することを要件とする。

回復期リハビリテーション病棟に係る見直し③

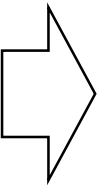
運動器リハビリテーション料の算定単位数の見直し

- 回復期リハビリテーション病棟における運動器疾患に対してリハビリテーションを行っている患者については、1日6単位を超えた実施単位数の増加に伴うADLの明らかな改善が見られなかったことを踏まえ、疾患別リハビリテーション料に係る算定単位数上限緩和対象患者の見直しを行う。

現行

【算定上限緩和対象患者】

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



改定後

【算定上限緩和対象患者】

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

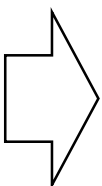
体制強化加算の廃止

- 回復期リハビリテーション病棟入院料の体制強化加算1及び2を廃止する。

現行

【回復期リハビリテーション病棟入院料1・2】

体制強化加算1	200点
体制強化加算2	80点



改定後

【回復期リハビリテーション病棟入院料1・2】

[廃止]

回復期リハビリテーション病棟入院料（主な施設基準）

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

※ 1：入院料 5 については、届出から 2 年間に限り届け出ることができる。

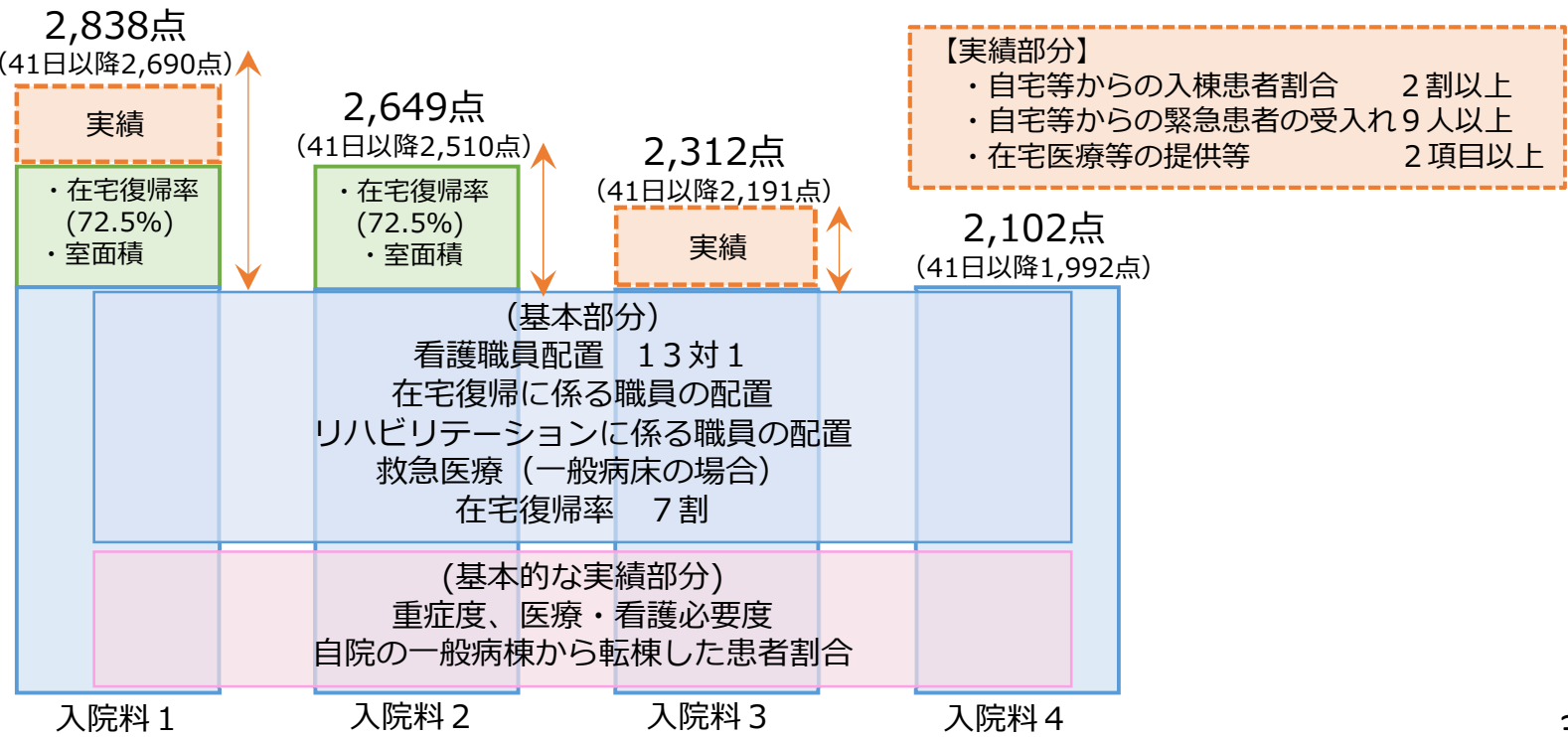
地域包括ケア病棟入院料の評価の見直し

地域包括ケア病棟入院料の施設基準の見直し

<概要>

1. 医療資源の投入量を踏まえて、**40日目以降の入院料を見直す**
2. **賃上げ**に資する措置として、点数を上乗せ
3. 実績要件のうち、**訪問看護については介護の訪問看護を含めること**にする
4. **在宅復帰率の計算方法を見直す**（短期滞在手術等基本料1の対象患者を除外、いわゆる在宅強化型老健と超強化型老健への入所者の一部を分子にカウントする。）

地域包括ケア病棟の施設基準（イメージ）



地域包括ケア病棟の在宅患者支援病床初期加算の見直し

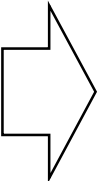
地域包括ケア病棟の在宅患者支援病床初期加算の見直し

- 地域包括ケア病棟における適切な在宅患者等の緊急入院の受入れを推進する観点から、地域包括ケア病棟の在宅患者支援病床初期支援加算について、救急搬送患者の緊急入院を受け入れることによる負担等を考慮した評価体系に見直す。

現行

【在宅患者支援病床初期加算】

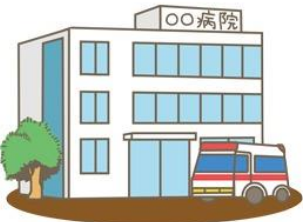
- (1) 介護老人保健施設から入院した患者の場合 **500点**
- (2) 介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者の場合 **400点**



改定後

【在宅患者支援病床初期加算】

- (1) 介護老人保健施設から入院した患者の場合
 - ① 救急搬送された患者又は他の保険医療機関で区分番号C004-2に掲げる救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者であって、入院初日から当該病棟に入院した患者の場合 **580点**
 - ② ①の患者以外の患者の場合 **480点**
- (2) 介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者の場合
 - ① 救急搬送された患者又は他の保険医療機関で区分番号C004-2に掲げる救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者であって、入院初日から当該病棟に入院した患者の場合 **480点**
 - ② ①の患者以外の患者の場合 **380点**



転院（下り搬送）による救急医療体制の役割分担（イメージ）

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

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

休日・夜間の救急医療体制の役割分担

「転院（下り搬送）」なし

【休日・夜間】
中等症患者

【休日・夜間】
中等症患者

空きベッドがない！
⇒ 本来必要な重症患者
の受入れができない

重症患者

306

患者数が減少！
⇒ 病院経営に悪影響

転院（下り搬送）の促進

「転院（下り搬送）」あり

【休日・夜間】
中等症患者

【休日・夜間】
中等症患者

重症患者の受入れが可能な
体制を維持できる

重症患者

転院

転院

【患者にとって】：身近な病院で必要な医療を受けられる
【周辺病院にとって】：患者数を確保できる

地域包括ケア病棟入院料の評価の見直し

地域包括ケア病棟入院料の評価の見直し

- 適切な在宅復帰支援を推進する観点から、地域包括ケア病棟入院料の評価について、入院期間に応じた評価体系に見直す。

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

地域包括ケア病棟の施設基準の見直し

地域包括ケア病棟入院料における在宅医療等の実績の評価の見直し

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

現行

【地域包括ケア病棟入院料】

〔施設基準〕

地域包括ケア病棟入院料 1

- ① (略)
- ② 在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）及び精神科訪問看護・指導（Ⅲ）を前三月間において六十回以上算定している保険医療機関であること。
- ③ 訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法に規定する訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を前三月間において三百回以上算定している訪問看護ステーションが当該保険医療機関に併設されていること。
- ④ (略)
- ⑤ 介護保険法第八条第二項に規定する訪問介護、同条第四項に規定する訪問看護、同条第五項に規定する訪問リハビリテーション、同法第八条の二第三項に規定する介護予防訪問看護又は同条第四項に規定する介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有している施設が当該保険医療機関に併設されていること。
- ⑥ (略)

〔経過措置〕

令和 6 年 3 月 31 日において現に地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟又は病室については、令和 7 年 5 月 31 日までの間に限り、②、③又は⑤のそれぞれに該当するものとみなす。

改定後

【地域包括ケア病棟入院料】

〔施設基準〕

地域包括ケア病棟入院料 1

- ① (略)
- ② **退院後訪問指導料**、在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）、精神科訪問看護・指導（Ⅲ）、**指定居宅サービス介護給付費単位数表の訪問看護費の口**及び指定介護予防サービス介護給付費単位数表の**介護予防訪問看護費の口**を前三月間において**百五十回以上**算定している保険医療機関であること。
- ③ 訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法に規定する訪問看護基本療養費、精神科訪問看護基本療養費、指定居宅サービス介護給付費単位数表の**訪問看護費のイ**及び指定介護予防サービス介護給付費単位数表の**介護予防訪問看護費のイ**を前三月間において**八百回以上**算定している訪問看護ステーションが当該保険医療機関に併設されていること。
- ④ (略)
- ⑤ 介護保険法第八条第二項に規定する訪問介護、同条第五項に規定する訪問リハビリテーション又は第八条の二の第四項に規定する介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有している施設が当該保険医療機関に併設されていること。
- ⑥ (略)

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

地域包括ケア病棟の施設基準の見直し

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

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

※ 1 自院の一般病棟から転棟した患者割合、自宅等から入棟した患者割合、在宅復帰率について、**短期滞在手術等基本料3を算定する患者及び短期滞在手術等基本料1の対象手術を実施した患者を対象から除く。**

※ 2 **在宅復帰率の分子に、在宅強化型（超強化型を含む）の介護老人保健施設への退院患者の数の半数を加える。**

6. 医療機能に応じた入院医療の評価

- (1) 地域包括医療病棟の新設
- (2) 急性期・高度急性期入院医療
- (3) 回復期入院医療
- (4) 慢性期入院医療

療養病棟入院基本料の見直し

<概要>

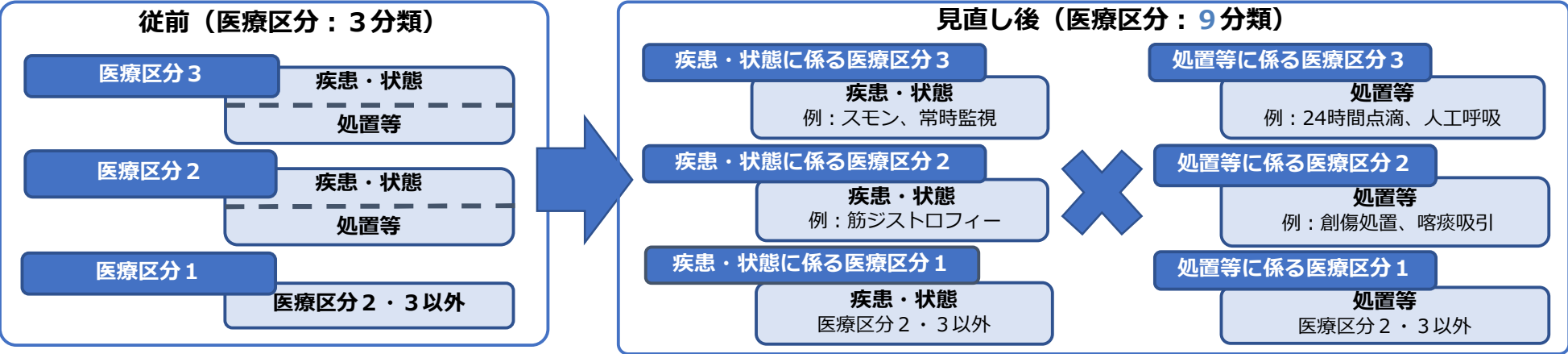
1. 医療区分とA D L区分に基づく9分類となっている現行の療養病棟入院基本料について、疾患・状態に係る3つの医療区分、処置等に係る3つの医療区分および3つのA D L区分に基づく**27 分類**及び**スモンに関する3分類の合計30 分類の評価**に見直す。
2. 40歳未満の勤務医師、事務職員等の**賃上げ**に資する措置として評価を見直す。
3. **中心静脈栄養**の扱いを見直す。
→ **患者の疾患及び状態並びに実施した期間に応じた医療区分に見直す**（中心静脈栄養を終了後7日間に限り、終了前の医療区分により算定することが可）
4. **注11の経過措置は廃止**（※経過措置あり）
5. 経腸栄養を開始した場合の加算（**経腸栄養管理加算**）を新設

療養病棟入院基本料の見直し

○ 療養病棟入院基本料について以下の見直しをおこなう。

1. 医療区分に係る評価体系の見直し

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



2. 療養病棟における中心静脈栄養の評価の見直し

- 中心静脈栄養について、**患者の疾患及び状態並びに実施した期間に応じた医療区分に見直す**。また、中心静脈栄養を終了後7日間に限り、終了前の医療区分により算定することができる。

3. 療養病棟におけるリハビリテーションの評価の見直し

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

4. 療養病棟入院基本料注11に規定する経過措置の廃止

- 療養病棟入院基本料の注11に規定する経過措置を廃止する。

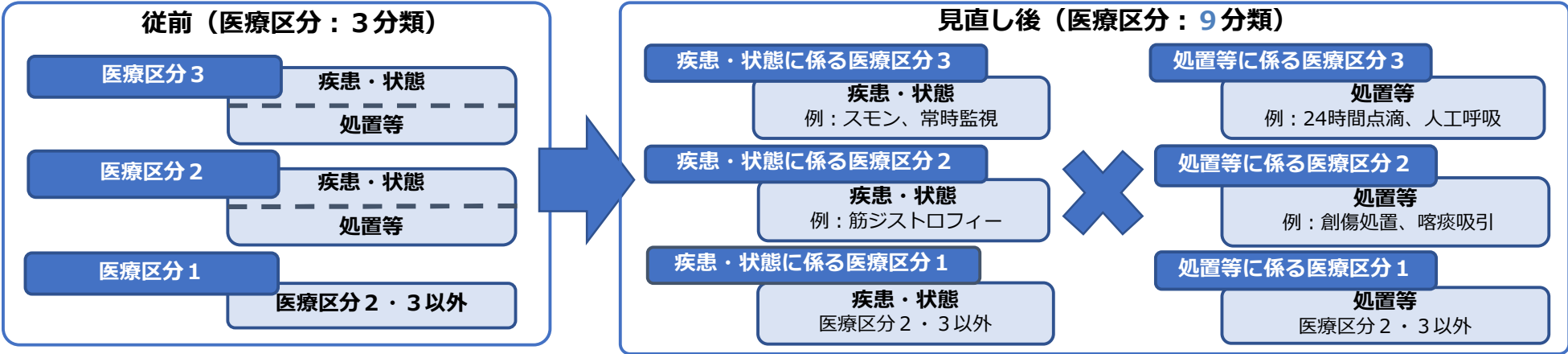
5. 療養病棟における適切な経腸栄養管理に係る評価の新設

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

療養病棟入院基本料の見直し①

療養病棟入院基本料の医療区分に係る評価体系の見直し

- 疾患・状態と処置等の医療区分と医療資源投入量の関係性を踏まえ、医療区分とA D L区分に基づく9分類となっている現行の療養病棟入院基本料について、疾患・状態に係る3つの医療区分、処置等に係る3つの医療区分および3つのA D L区分に基づく27分類及びスモンに関する3分類の合計30分類の評価に見直す。
- 療養病棟入院基本料の疾患及び状態に着目した医療区分について、疾患・状態及び処置等に着目した医療区分に見直す。



現行	
【療養病棟入院料】 [算定要件]	
1 療養病棟入院料 1	
イ 入院料A (略)	1,813点
リ 入院料I (略) (新設)	815点

改定後	
【療養病棟入院料】 [算定要件]	
1 療養病棟入院料 1	
イ 入院料1 (略)	1,964点
リ 入院料27 (略)	830点
マ 入院料30	1,488点

※療養病棟入院料2についても同様

療養病棟入院基本料の概要

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

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

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

ADL区分

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

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

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

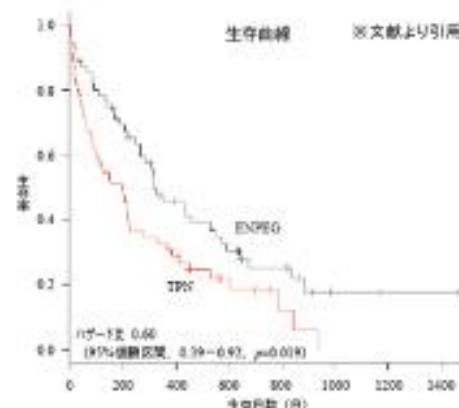
療養病棟における中心静脈栄養と経腸栄養

診調組 入-1
5 : 8 : 1 0

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

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

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



- 療養病床における嚥下障害を有する長期療養患者を対象とした研究において、経管栄養群(60例)は中心静脈栄養群(51例)に比べ、抗菌薬使用の月平均使用日数が短く、入院生存期間が長かった。
- 平成18年度の医療区分適用後に中心静脈栄養の患者数は増加し、中心静脈栄養の選択理由は腸管使用が不可能な患者のみからそれ以外に拡大し、カテ感染が増加したとの報告がある。

森藤 雅彦 消化と吸収(0389-3626)44巻2号 Page98-102(2022.07)

近藤由利ほか 日本医療マネジメント学会雑誌(1881-2503)8巻1号 Page233(2007.07)

中心静脈栄養の適応疾患

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

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

浅根公男ほか、Medical Practice(0910-1551)29巻9号 Page1507-1510(2012.09)

- 中心静脈栄養は、一般的には短腸症候群や消化吸収不良症候群など、腸管機能不全により14日以上
の長期静脈栄養管理が予測される症例が適応となる。

土師 誠二、診断と治療(0370-999X)101巻10号 Page1521-1526(2013.10)

- 中心静脈栄養の絶対的適応としては①短腸症候群急性期、②炎症性腸疾患急性期、③消化管瘻発症期、④イレウス、⑤重症膵炎急性期、⑥消化管機能不全による栄養障害時があげられる。

高松 英夫ほか、日本臨床(0047-1852)68巻増刊3 静脈・経腸栄養 Page13-18(2010.03)

療養病棟入院基本料の見直し②

中心静脈栄養に係る評価の見直し

➤ 療養病棟における中心静脈栄養について、患者の疾患及び状態並びに実施した期間に応じた医療区分に見直す。中心静脈栄養を終了後7日間に限り、終了前の医療区分により算定することができる。

現行	改定後
【療養病棟入院料】 〔施設基準〕（概要） 医療区分3 中心静脈注射を実施している状態	【療養病棟入院料】 〔施設基準〕（概要） 医療区分3 <u>中心静脈栄養（療養病棟入院基本料を算定する場合にあつては、広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻若しくは急性膵炎を有する患者を対象とする場合又は中心静脈栄養を開始した日から30日以内の場合に実施するものに限る。）</u>
医療区分2 （新設）	医療区分2 <u>中心静脈栄養（広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻又は急性膵炎を有する患者以外を対象として、中心静脈栄養を開始した日から30日を超えて実施するものに限る。）</u>

経腸栄養管理加算の新設

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

（新） 経腸栄養管理加算（1日につき） 300点

- 〔算定要件〕
別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、療養病棟入院基本料を算定している患者について、経腸栄養を開始した場合、入院中1回に限り、経腸栄養を開始した日から7日を限度として所定点数に加算する。この場合において、栄養サポートチーム加算、入院栄養食事指導料、集団栄養食事指導料は別に算定できない。
- 〔施設基準〕
(1) 栄養サポートチーム加算を届け出ていること又は療養病棟における経腸栄養管理を担当する専任の管理栄養士を1名以上配置していること。
(2) 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施する体制を有していること。なお、当該検査等については、耳鼻咽喉科又はリハビリテーション科その他必要な診療科を標榜する他の保険医療機関との協力により確保することでも差し支えない。

療養病床の人員配置標準に係る経過措置

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

療養病床の人員配置標準に係る経過措置等に関する調査（※）

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

【対象】特例措置の対象となっている病院、診療所

※令和4年6月時点で療養病床入院基本料の注11に規定する点数を算定する病床を有する病院、有床診療所療養病床入院基本料を届け出ている診療所及び介護療養型医療施設（752医療機関）

【結果】令和5年11月13日時点において、医療療養病床を有する医療機関のうち、

- 医療法施行規則における経過措置の対象となっており、令和6年4月以降の対応方針が未定の医療機関は1施設（診療所）となっている。

（※）医政局総務課による調査

療養病棟入院基本料の見直し③

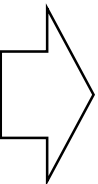
注11に規定する経過措置の廃止

- 医療法に基づく医療療養病床の人員配置標準に係る経過措置の終了を踏まえ、療養病棟入院基本料の注11に規定する経過措置を廃止した上で、廃止される経過措置のうち、入院患者のうち医療区分三の患者と医療区分二の患者との合計が五割以上の要件については、令和 6 年 9 月 30 日までの経過措置を設ける。

現行

【療養病棟入院料】
[算定要件]

注11 注 1 に規定する病棟以外の病棟であって、注 1 に規定する療養病棟入院料 2 の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合（別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。）に限り、注 2 の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（略）の100分の75に相当する点数を算定する。



改定後

【療養病棟入院料】
[算定要件]
(削除)

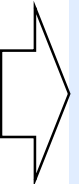
療養病棟における適切なリハビリテーションの推進

- 適切なリハビリテーションを推進する観点から、医療区分、ADL区分ともに 1 である入院料27（従前の入院料 I）について、1 日につき 2 単位を超える疾患別リハビリテーション料を包括範囲に含める。

現行

【療養病棟入院料】
[施設基準]

- (4) 療養病棟入院基本料に含まれるリハビリテーションの費用
入院中の患者に対する心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料であって一日につき二単位を超えるもの（略）の費用（療養病棟入院基本料の注11に規定する場合であって、当該入院基本料を算定する患者に対して、一月に一回以上、機能的自立度評価法（Functional Independence Measure）の測定を行っていないときに限る。）は、当該入院基本料に含まれるものとする。



改定後

【療養病棟入院料】
[施設基準]

- (4) 療養病棟入院基本料に含まれるリハビリテーションの費用
入院中の患者に対する心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料であって一日につき二単位を超えるもの（略）の費用（療養病棟入院料 1 の入院料27および療養病棟入院料 2 の入院料27を算定する日に限る。）は、当該入院基本料に含まれるものとする。

療養病棟入院基本料に係る医療区分について

	疾患・状態	処置等
医療区分3	・スモン ・医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態	・中心静脈栄養（療養病棟入院基本料を算定する場合にあつては、<u>広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻若しくは急性睪炎を有する患者を対象とする場合又は中心静脈栄養を開始した日から30日以内の場合に実施するものに限る</u>） ・二十四時間持続点滴 ・人工呼吸器の使用 ・ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄 ・気管切開又は気管内挿管（発熱を伴う状態の患者に対するものに限る） ・酸素療法（密度の高い治療を要する状態の患者に対するものに限る） ・感染症の治療の必要性から実施する隔離室での管理
医療区分2	・筋ジストロフィー症 ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症、 ・パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であつて生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。）） ・その他の指定難病等（スモンを除く。） ・脊髄損傷（頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢全てに認められる場合に限る。） ・慢性閉塞性肺疾患（ヒュー・ジョーンズの分類がⅤ度の状態に該当する場合に限る。） ・悪性腫瘍（医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。） ・消化管等の体内からの出血が反復継続している状態 ・他者に対する暴行が毎日認められる状態	・<u>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、消化管瘻又は急性睪炎を有する患者以外を対象として、中心静脈栄養を開始した日から30日を超えて実施するものに限る）</u> ・肺炎に対する治療 ・尿路感染症に対する治療 ・傷病等によるリハビリテーション（原因となる傷病等の発症後、三十日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る） ・脱水に対する治療（発熱を伴う状態の患者に対するものに限る） ・頻回の嘔吐に対する治療（発熱を伴う状態の患者に対するものに限る） ・褥瘡に対する治療（皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が二箇所以上に認められる場合に限る。） ・末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療 ・せん妄に対する治療 ・うつ症状に対する治療を ・人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法 ・経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養（発熱又は嘔吐を伴う状態の患者に対するものに限る） ・一日八回以上の喀痰（かくたん）吸引 ・気管切開又は気管内挿管が行われている状態（発熱を伴う状態を除く） ・頻回の血糖検査 ・創傷（手術創や感染創を含む。）、皮膚潰瘍又は下腿(たい)若しくは足部の蜂巣炎、膿(のう)等の感染症に対する治療を ・酸素療法（密度の高い治療を要する状態を除く）
医療区分1		医療区分2・3に該当しない者

障害者施設等入院基本料等の見直し

<概要>

1. 障害者施設等入院基本料2～4、特殊疾患入院施設管理加算、特殊疾患入院医療管理料及び特殊疾患病棟入院料の要件における重度の肢体不自由児（者）等の患者割合について、**現行において「おおむね」として患者割合を示している取扱いを廃止するとともに、該当患者の割合については、「暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動にあつては、施設基準に係る変更の届出を行う必要はない」**こととする。
2. 障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料及び特殊疾患病棟入院料において、**透析を実施する慢性腎臓病患者について、療養病棟入院基本料に準じた評価とする。**

障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料等の主な施設基準等

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

322

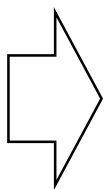
障害者施設等入院基本料等の患者割合に係る要件の見直し

障害者施設等入院基本料等の患者割合に係る要件の見直し

- 障害者施設等入院基本料2～4等の要件における、重度の肢体不自由児（者）等の患者割合について、現行において「おおむね」として患者割合を示している取扱いを廃止する。
- なお、該当患者の割合については、暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動にあつては、施設基準に係る変更の届出を行う必要はないこととする。

現行

【障害者施設等入院基本料】
【施設基準】
七 障害者施設等入院基本料の施設基準等
(1) 通則
障害者施設等一般病棟は、次のいずれにも該当する病棟であること。
イ 次のいずれかに該当する病棟であること。
① (略)
② 次のいずれにも該当する一般病棟であること。
1 重度の肢体不自由児（者）（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。第八の九の(1)において同じ。）、脊髄損傷等の重度障害者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。第八の九の(1)並びに第九の八の(1)のイ及び十二の(1)のイにおいて同じ。）、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等を **おおむね** 七割以上入院させている病棟であること。
2 (略)



改定後

【障害者施設等入院基本料】
【施設基準】
七 障害者施設等入院基本料の施設基準等
(1) 通則
障害者施設等一般病棟は、次のいずれにも該当する病棟であること。
イ 次のいずれかに該当する病棟であること。
① (略)
② 次のいずれにも該当する一般病棟であること。
1 重度の肢体不自由児（者）（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。第八の九の(1)において同じ。）、脊髄損傷等の重度障害者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。第八の九の(1)並びに第九の八の(1)のイ及び十二の(1)のイにおいて同じ。）、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等を七割以上入院させている病棟であること。
2 (略)

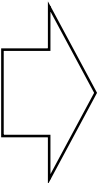
※ 特殊疾患入院施設管理加算、特殊疾患入院医療管理料及び特殊疾患病棟入院料についても同様。

障害者施設等入院基本料等の見直し

障害者施設等入院基本料等の見直し

- 患者の状態に応じた適切な管理を更に推進する観点から、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料及び特殊疾患病棟入院料において、透析を実施する慢性腎臓病患者について、療養病棟入院基本料に準じた評価とする。

現行
【障害者施設等入院基本料】 [算定要件] (新設)
【特殊疾患入院医療管理料】 [算定要件] (新設)
【特殊疾患病棟入院料】 [算定要件] (新設)



改定後
【障害者施設等入院基本料】 [算定要件] <u>注14 当該病棟に入院している患者のうち、区分番号 J 0 3 8 に掲げる人工腎臓、区分番号 J 0 3 8 - 2 に掲げる持続緩徐式血液濾過、区分番号 J 0 3 9 に掲げる血漿交換療法又は区分番号 J 0 4 2 に掲げる腹膜灌流を行っている慢性腎臓病の患者（注 6 及び注 12 に規定する点数を算定する患者を除く。）であつて、基本診療料の施設基準等第 5 の 3 (1) の口 に規定する医療区分 2 の患者に相当するものについては、注 1 及び注 3 の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。</u>
<u>イ</u> 7 対 1 又は 10 対 1 入院基本料 1,581 点
<u>ロ</u> 13 対 1 入院基本料 1,420 点
<u>ハ</u> 15 対 1 入院基本料 1,315 点
【特殊疾患入院医療管理料】 [算定要件] <u>注 7</u> ※障害者施設等入院基本料の注 14 と同様 2,011 点
【特殊疾患病棟入院料】 [算定要件] <u>注 7</u> ※障害者施設等入院基本料の注 14 と同様
<u>イ</u> 特殊疾患病棟入院料 1 2,010 点
<u>ロ</u> 特殊疾患病棟入院料 2 1,615 点

有床診療所療養病床入院基本料の施設基準の見直し

有床診療所療養病床入院基本料の施設基準の見直し

- 医療法施行規則による療養病床の人員配置標準に係る経過措置の終了に伴い、有床診療所療養病床入院基本料の看護職員及び看護補助者の人員配置基準を見直す。

現行		改定後
【有床診療所療養病床入院基本料】 [施設基準] 三 有床診療所療養病床入院基本料の施設基準等 (1) 通則 療養病床であること。 (2) 有床診療所療養病床入院基本料の施設基準等 イ 有床診療所療養病床入院基本料の注 1 に規定する入院基本料の施設基準 ① 当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護職員の数は、当該療養病床の入院患者の数が六又はその端数を増すごとに一以上であること。 ② 当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護補助者の数は、当該療養病床の入院患者の数が六又はその端数を増すごとに一以上であること。 ③ (略)		【有床診療所療養病床入院基本料】 [施設基準] 三 有床診療所療養病床入院基本料の施設基準等 (1) 通則 療養病床であること。 (2) 有床診療所療養病床入院基本料の施設基準等 イ 有床診療所療養病床入院基本料の注 1 に規定する入院基本料の施設基準 ① 当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護職員の数は、当該療養病床の入院患者の数が四又はその端数を増すごとに一以上であること。 ② 当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護補助者の数は、当該療養病床の入院患者の数が四又はその端数を増すごとに一以上であること。 ③ (略)

8. 同時報酬改定における対応

(1) 介護報酬改定との連携

(2) 障害福祉サービス等改定との連携

医療と介護の連携の推進

○ 医療・介護サービス連携を推進するために、主に以下の見直しをおこなう。

1. 医療機関と介護保険施設等の連携の推進（II-2-③）

- 医療機関と介護保険施設等の適切な連携を推進する観点から、在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、在宅療養支援診療所及び地域包括ケア病棟において、介護保険施設等の求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましいことを施設基準とする。

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

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

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

- 介護保険施設等に入所している高齢者が、可能な限り施設内における生活を継続できるよう支援する観点から、介護保険施設等の入所者の病状の急変時に、介護保険施設等の協力医療機関であって、平時からの連携体制を構築している医療機関の医師が往診を行った場合について、新たな評価を行う。

2. 地域包括診療料等の見直し（II-7-①）

- かかりつけ医機能の評価である地域包括診療料等について、かかりつけ医と介護支援専門員との連携の強化する観点から、算定要件に介護支援専門員および相談支援員との相談に応じること及びその旨を院内掲示すること等を追加する。

3. 介護保険施設等及び障害者支援施設における医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し（II-2-④）

- 医療と介護の両方を必要とする状態の患者が可能な限り施設での生活を継続するために、介護保険施設等において対応が困難な医療行為について医療保険による算定を可能とする。

4. 入退院支援加算1・2の見直し（II-2-⑧）

- 入退院支援における、関係機関との連携強化等の観点から、退院時における医療機関から介護支援専門員へ情報提供する様式の見直し、入退院支援加算1の施設基準で求める連携機関数について、急性期病棟を有する医療機関では病院・診療所との連携を、地域包括ケア病棟を有する医療機関では介護サービス事業所及び障害福祉サービス事業所等との連携を一定程度求めることとする。

5. リハビリテーションに係る医療・介護情報連携の推進（II-2-⑤）

- 医療機関と介護保険の訪問・通所リハビリテーション事業所のリハビリテーションに係る連携を更に推進する観点から、介護保険の通所リハビリテーションなどへ移行する場合に、移行先の事業所等にリハビリテーション実施計画書を提供することとする。

6. 医療と介護における栄養情報連携の推進（II-3-⑦）

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

医療と介護の連携の推進（イメージ）

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

介護保険施設等と連携する医療機関

【在宅医療を担う医療機関や感染対策を担う医療機関等】

介護保険施設等との連携の推進

- ・ **介護保険施設等の求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましいことを要件化**
在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、在宅療養支援診療所及び地域包括ケア病棟を有する病院において、要件化
- ・ **感染症対策向上加算等の専従要件の明確化**
介護保険施設等からの求めに応じて行う専門性に基づく助言が感染対策向上加算等のチームの構成員の専従業務に含まれることを明確化する
- ・ **介護保険施設等連携往診加算の新設**
入所者の病状の急変時に、介護保険施設等の協力医療機関であって、平時からの連携体制を構築している医療機関の医師が往診を行った場合についての評価
- ・ **介護保険施設等における医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し**
高度な薬学的管理を必要とする薬剤を処方した場合の「F400 処方箋料」を医療保険からの給付とする等の見直し
- ・ **協力対象施設入所者入院加算の新設**
介護保険施設等の入所者の病状の急変時に、介護保険施設等と平時からの連携体制を構築している保険医療機関の医師が診察を実施した上で、入院の必要性を判断し、入院をさせた場合の評価

●：診療報酬 ■：介護報酬

(1) 平時からの連携
(カンファレンス等による入所者の情報の共有等)

- **協力対象施設入所者入院加算等の基準として規定**
- **感染症対策向上加算等の専従要件の明確化**
- **協力医療機関連携加算の新設**
- **高齢者施設等感染対策向上加算の新設**

(2) 急変時の電話相談・診療の求め

(3) 相談対応・医療提供

- **介護保険施設等連携往診加算の新設**
- **医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し**

(4) 入院調整

- **協力対象施設入所者入院加算の新設**
- **退所時情報提供加算の見直し**

(5) 早期退院

- **退院が可能となった場合の速やかな受入りの努力義務化**

医師等と介護支援専門員との連携

介護保険施設等

【特養・老健・介護医療院】

協力医療機関等との連携の強化

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

居宅介護支援事業所

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

地域包括診療料等を算定する医療機関

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

医療機関と介護保険施設等の連携の推進

- 介護保険施設等の入所者の病状急変時における適切な対応及び施設内における生活の継続支援を推進する観点から、介護保険施設等の入所者の病状の急変時に当該介護保険施設等に協力医療機関として定められている保険医療機関であって、当該介護保険施設等と平時からの連携体制を構築している保険医療機関の医師が診察を実施した上で、入院の必要性を判断し、入院をさせた場合の評価して、協力対象施設入所者入院加算を新設する。
- 介護保険施設等に入所している高齢者が、可能な限り施設内における生活を継続できるよう支援する観点から、介護保険施設等の入所者の病状の急変時に、介護保険施設等の協力医療機関であって、平時からの連携体制を構築している医療機関の医師が往診を行った場合について、介護保険施設等連携往診加算を新設する。

医療機関と介護保険施設等の連携の推進①

協力対象施設入所者入院加算の新設

- 介護保険施設等の入所者の病状急変時における適切な対応及び施設内における生活の継続支援を推進する観点から、介護保険施設等の入所者の病状の急変時に当該介護保険施設等に協力医療機関として定められている保険医療機関であって、当該介護保険施設等と平時からの連携体制を構築している保険医療機関の医師が診察を実施した上で、入院の必要性を判断し、入院をさせた場合の評価を新設する。

<u>(新)</u>	<u>協力対象施設入所者入院加算（入院初日）</u>	<u>1</u>	<u>往診が行われた場合</u>	<u>600点</u>
		<u>2</u>	<u>1以外の場合</u>	<u>200点</u>

[対象医療機関]

在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、在宅療養後方支援病院、地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟又は病室を有する病院

[算定要件]

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

[施設基準]（概要）

- (1) 当該医療機関が介護保険施設等から協力医療機関として定められている等、緊急時の連絡体制及び入院受入体制等を確保していること。
- (2) 次のいずれかの要件を満たすもの。

- ア 次の（イ）及び（ロ）に該当していること。
- （イ）入院受入れを行う保険医療機関の保険医がICTを活用して当該診療情報及び病状急変時の対応方針を常に確認可能な体制を有していること。
- （ロ）介護保険施設等と当該介護保険施設の協力医療機関において、当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、年3回以上の頻度でカンファレンスを実施していること。
- イ 介護保険施設等と協力医療機関として定められている医療機関において、当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、1月に1回以上の頻度でカンファレンスを実施していること。
- (3) 介護保険施設等に協力医療機関として定められており、当該介護保険施設等において療養を行っている患者の病状の急変等に対応すること及び協力医療機関として定められている介護保険施設等の名称について、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること。

医療機関と介護保険施設等の連携の推進②

介護保険施設等連携往診加算の新設

- 介護保険施設等に入所している高齢者が、可能な限り施設内における生活を継続できるよう支援する観点から、介護保険施設等の入所者の**病状の急変時に、介護保険施設等の協力医療機関であって、平時からの連携体制を構築している医療機関の医師が往診を行った場合**について、新たな評価を行う。

(新) 介護保険施設等連携往診加算 200点

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

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

医療機関と介護保険施設等の連携の推進

- 医療機関と介護保険施設等の適切な連携を推進する観点から、**在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、在宅療養後方支援病院及び地域包括ケア病棟を有する病院**において、**介護保険施設等の求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましいこと**を施設基準とする。

医療と介護の連携の推進

- 医療と介護の両方を必要とする状態の患者が可能な限り施設での生活を継続するために、**介護保険施設等における医療保険で給付できる医療サービスの範囲を見直す。**
- 血友病患者における治療の選択肢を拡げる観点から、**療養病棟入院基本料及び特定入院料等の薬剤費を包括している入院料等**について、血友病治療薬に係る薬剤料の**包括範囲を見直す**とともに**介護老人保健施設及び介護医療院**で薬剤の費用が医療保険からの給付となっている血友病治療薬の**対象範囲を見直す。**
- 入院前からの支援をより充実・推進する観点から、**入院時支援加算 1 の評価を見直す。**
- 入退院支援における関係機関との連携強化の観点から、**入退院支援加算 1 の施設基準で求める連携機関数**について、急性期病棟を有する医療機関では病院・診療所との連携を、地域包括ケア病棟を有する医療機関では介護サービス事業所及び障害福祉サービス事業所等との連携を一定程度求める。
- 退院時のリハビリテーションに係る医療機関と介護保険の訪問・通所リハビリテーション事業所との間の連携により、退院後早期に継続的で質の高いリハビリテーションを推進する観点から、**退院時共同指導料 2 について要件を見直す。**
- 医療と介護における栄養情報連携を推進する観点から、**入院栄養食事指導料の栄養情報提供加算**について、**名称、要件及び評価を見直す。**

介護保険施設等における生活に配慮した医療の推進等

介護保険施設等における医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し

➤ 医療と介護の両方を必要とする状態の患者が可能な限り施設での生活を継続するために、介護保険施設等における医療保険で給付できる医療サービスの範囲を見直す。

[新たに医療保険で算定可能となる医療サービス]

- 介護老人保健施設に入所している末期の悪性腫瘍の患者に対する「B001-22 がん性疼痛緩和指導管理料」、「B001-24 外来緩和ケア管理料」及び「B001-2-8 外来放射線照射診療料」（麻薬の投与に係る「G 注射」の費用を含む）。
- 介護老人保健施設に入所している患者に対し、当該介護老人保健施設の医師及び当該介護老人保健施設の併設医療機関に所属する医師以外の医師が、高度な薬学的管理を必要とする薬剤を処方した場合の「F400 処方箋料」。
- 介護老人保健施設及び介護医療院における重症心不全患者に対する「C116 在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料」。
- 介護老人保健施設及び介護医療院に入所している患者に対し、当該施設の医師以外の医師が、高度な薬学的管理を必要とする薬剤に係る処方箋を発行した場合、応需した保険薬局における「調剤報酬（調剤基本料、薬剤調製料、調剤管理料、服薬管理指導料3、外来服薬支援料2、薬剤料、特定保険医療材料料）」。
- 新興感染症等発生時において、施設に入所している感染症患者に対して医師の処方箋に基づき薬剤師が訪問して薬学的管理及び指導を実施した場合の「在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1」。

血友病患者の治療の評価の見直し

➤ 血友病患者における治療の選択肢を拡げる観点から、療養病棟入院基本料及び特定入院料等の薬剤費を包括している入院料等について、血友病治療薬に係る薬剤料の包括範囲を見直すとともに介護老人保健施設及び介護医療院で薬剤の費用が医療保険からの給付となっている血友病治療薬の対象範囲を見直す。

現行		改定後
血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体	➡	<u>血友病の患者に使用する医薬品（血友病患者における出血傾向の抑制の効能又は効果を有するものに限る。）</u>

入退院支援加算 1・2 の見直しについて①

入院時支援加算 1 の見直し

- 入院前からの支援をより充実・推進する観点から、入院時支援加算 1 の評価を見直す。

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

入退院支援加算 1 の施設基準で求める連携機関数について

- 入退院支援における関係機関との連携強化の観点から、入退院支援加算 1 の施設基準で求める連携機関数について、急性期病棟を有する医療機関では病院・診療所との連携を、地域包括ケア病棟を有する医療機関では介護サービス事業所及び障害福祉サービス事業所等との連携を一定程度求める。

現行	改定後
【入退院支援加算 1】 【施設基準】 (4) 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する連携機関の数が25以上であること。	【入退院支援加算 1】 【施設基準】 (4) 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する連携機関の数が25以上であること。なお、 <u>急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）又は専門病院入院基本料（13 対 1 入院基本料を除く。）</u> を算定する病棟を有する場合は当該連携機関の数のうち 1 以上は保険医療機関であること。 また、 <u>地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟又は病室を有する場合は当該連携機関の数のうち 5 以上は介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者</u> であること。

生活に配慮した支援の強化

- 退院支援計画の内容に、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理等を含む、退院に向けて入院中に必要な療養支援の内容並びに栄養サポートチーム等の多職種チームとの役割分担を盛り込むことを明記する。

8. 同時報酬改定における対応

(1) 介護報酬改定との連携

(2) 障害福祉サービス等改定との連携

医療と障害福祉サービスの連携の推進

- 医療と障害福祉サービスの連携及び高齢化する障害者施設における適切な医療提供に向けた取組等を推進するために、主に以下の見直しをおこなう。
- 1. **障害者支援施設における医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し**（II-2-④）
 - 医療と介護の両方を必要とする状態の患者が可能な限り施設での生活を継続するために、障害者支援施設に入所している末期の悪性腫瘍の患者に対して行った訪問診療の費用を医療保険において算定可能とする。
- 2. **医療的ケア児（者）に対する入院前支援の評価の新設**（III-4-2-⑦）
 - 医療的ケア児（者）が入院する際の在宅からの継続的なケアを確保する観点から、事前に自宅等を訪問し、患者の状態や人工呼吸器の設定等のケア状態の把握を行った場合について、新たな評価を行う。
- 3. **入退院支援加算1・2の見直し**（II-2-⑧）
 - 入退院支援加算の対象となる「退院困難な要因を有している患者」に、特別なコミュニケーション支援を要する者及び強度行動障害の状態の者を追加する。
 - 特別なコミュニケーション支援を要する者及び強度行動障害の状態の者に対し、入院前に医療機関と本人・家族等や障害福祉サービス事業者等とで事前調整を行うことの評価を新設する。
- 4. **リハビリテーションに係る医療・介護・障害福祉サービス連携の推進**（II-2-⑮）
 - 医療保険のリハビリテーションと障害福祉サービスである自立訓練（機能訓練）の円滑な移行を推進する観点から、医療保険の疾患別リハビリテーションと障害福祉サービスの自立訓練（機能訓練）を同時に実施する場合について、疾患別リハビリテーション料の施設基準を緩和する。
- 5. **有床診療所における医療・介護・障害連携の推進**（II-2-⑭）
 - 有床診療所による医療・介護・障害福祉サービスにおける連携を推進するために、介護連携加算を介護障害連携加算と名称を改めるとともに、肢体不自由児（者）を算定可能な対象として追加する。また、施設基準である介護サービスの提供について、介護保険の訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導及び障害福祉サービスの医療型短期入所の提供実績を追加する。
- 6. **就労支援に係る医療機関と障害福祉サービスの連携の推進**（II-2-⑦）
 - 精神障害の特性を踏まえ医療機関と障害福祉サービスとの連携を推進する観点から、診療情報提供料（I）の注4に規定する情報提供先に、就労選択支援事業所を追加する。

9. 質の高い訪問診療・訪問看護の確保

(1) 在宅医療

(2) 訪問看護

訪問診療・往診等に関する見直し

質の高い在宅医療提供体制の構築の推進

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

【見直しの概要（主なもの）】

・在宅医療情報連携加算の新設

他の保険医療機関等の関係職種がICTを用いて記録した患者に係る診療情報等を活用した上で、医師が計画的な医学管理を行った場合の評価

・在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料の新設

在宅で療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者の病状の急変時に、ICTの活用によって、医療従事者等の間で共有されている人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を踏まえ医師が療養上必要な指導を行った場合の評価

・往診時医療情報連携加算の新設

在支診・在支病と連携体制を構築する在支診・在支病以外の医療機関が訪問診療を行っている患者に、在支診・在支病が往診を行った場合の評価

・在宅療養移行加算の見直し

対象となる範囲を病院まで拡大するとともに、他の医療機関と平時からの連携体制を構築している場合の評価の見直し

・在宅ターミナルケア加算等の見直し

在宅ターミナルケア加算について、退院時共同指導を実施した上で訪問診療又は往診を実施している場合においても、算定可能とするとともに、看取り加算について、退院時共同指導を実施した上で往診を行い、在宅で患者を看取った場合に往診料においても算定可能とする

患者の状態に応じた適切な訪問診療・往診等の推進

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

【見直しの概要（主なもの）】

・在宅時医学総管理料・施設入居時等医学総管理料の見直し

在宅時医学総管理料等における単一建物診療患者の数が10人以上の場合の評価の細分化、及び単一建物診療患者の数が10人以上の患者について、訪問診療の算定回数が多い医療機関について、看取りの件数等に係る一定の基準を満たさない場合の評価の見直し

・往診料の見直し

往診を行う保険医療機関において訪問診療を行っている患者等以外の患者に対する緊急の往診に係る評価の見直し

・在宅患者訪問診療料の見直し

在支診・在支病における患者1人当たりの訪問診療の回数が一定以上の場合における、5回目以降の在宅患者訪問診療料の評価の見直し

質の高い在宅医療提供体制の構築の推進

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

<在宅医療におけるICTを活用した連携の推進>

- ・ 他の保険医療機関等の関係職種がICTを用いて記録した患者に係る診療情報等を活用した上で、医師が計画的な医学管理を行った場合の評価として、在宅医療情報連携加算（在医総管・施設総管・在宅がん医療総合診療料）を新設する。
- ・ 在宅で療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者の病状の急変時に、ICTの活用によって、医療従事者等の間で共有されている人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を踏まえ医師が療養上必要な指導を行った場合の評価として、在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料を新設する。
- ・ 緩和ケア病棟における在宅療養支援をより推進する観点から、緊急入院初期加算の要件を見直す。

在宅医療におけるICTを用いた連携の推進

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



在宅医療におけるICTを用いた連携の推進①

在宅医療情報連携加算の新設

- 他の保険医療機関等の関係職種がICTを用いて記録（以下、単に「記録」とする。）した患者に係る診療情報等を活用した上で、医師が計画的な医学管理を行った場合の評価を新設する。

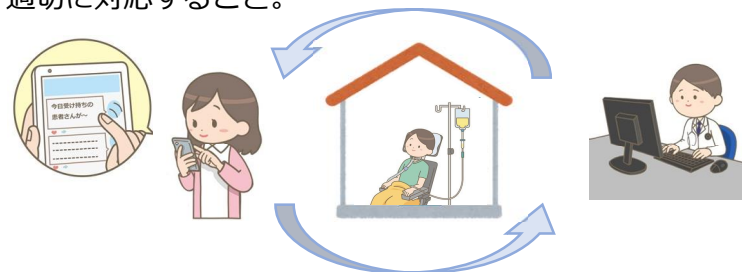
（新）在宅医療情報連携加算（在医総管・施設総管・在宅がん医療総合診療料） 100点

〔算定要件〕（概要）

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

〔施設基準〕（概要）

- （1） 患者の診療情報等について、連携する関係機関とICTを用いて共有し、常に確認できる体制を有しており、共有できる体制にある連携する関係機関（特別の関係にあるものを除く。）の数が、5以上であること。
- （2） 地域において、連携する関係機関以外の保険医療機関等が、当該ICTを用いた情報を共有する連携体制への参加を希望した場合には連携体制を構築すること。ただし、診療情報等の共有について同意していない患者の情報については、この限りでない。
- （3） 厚生労働省の定める「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。
- （4） （1）に規定する連携体制を構築していること及び実際に患者の情報を共有している実績のある連携機関の名称等について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示及び原則としてウェブサイトに掲載していること。



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

在宅医療におけるICTを用いた連携の推進②

在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料の新設

- 在宅で療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者の病状の急変時に、ICTの活用によって、医療従事者等の間で共有されている人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を踏まえ医師が療養上必要な指導を行った場合の評価を新設する。

(新) 在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料 200点

[算定要件]

- 過去30日以内に在宅医療情報連携加算を算定している末期の悪性腫瘍の患者に対し、医療関係職種等が、当該患者の人生の最終段階における医療・ケアに関する情報について、当該患者の計画的な医学管理を行う医師が常に確認できるように記録している場合であって、当該患者の病状の急変時等に、当該医師が当該患者の人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を活用して患家において、当該患者及びその家族等に療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。
- 在宅で療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者に対して診療等を行う医師は、療養上の必要な指導を行うにあたり、活用された当該患者の人生の最終段階における医療・ケアに関する情報について、当該情報を記録した者の氏名、記録された日、取得した情報の要点及び患者に行った指導の要点を診療録に記載すること。

緩和ケア病棟緊急入院初期加算の要件緩和

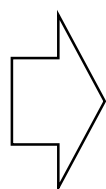
- 緩和ケア病棟における在宅療養支援をより推進する観点から、緊急入院初期加算の要件を見直す。

現行

【緩和ケア病棟緊急入院初期加算】

[算定要件] (該当部分概要)

緩和ケア病棟緊急入院初期加算は、在宅緩和ケアを受け、緊急に入院を要する可能性のある患者について、緊急時の円滑な受入れのため、病状及び投薬内容のほか、患者及び家族への説明等について、当該連携保険医療機関より予め文書による情報提供を受ける必要がある。



改定後

【緩和ケア病棟緊急入院初期加算】

[算定要件] (該当部分概要)

緩和ケア病棟緊急入院初期加算は、在宅緩和ケアを受け、緊急に入院を要する可能性のある患者について、緊急時の円滑な受入れのため、病状及び投薬内容のほか、患者及び家族への説明等について、当該連携保険医療機関より予め文書による情報提供を受ける必要がある。ただし、当該情報についてICTの活用により、当該保険医療機関が常に連携保険医療機関の有する診療情報の閲覧が可能な場合、文書による情報提供に関する要件を満たしているとみなすことができる。

質の高い在宅医療提供体制の構築の推進

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

<地域における24時間の在宅医療提供体制の推進>

- ・ 地域における24時間の在宅医療の提供体制の構築を推進する観点から、在支診・在支病と連携体制を構築している在支診・在支病以外の他の保険医療機関が訪問診療を行っている患者に対して、在支診・在支病が往診を行った場合について、往診時医療情報連携加算を新設する。
- ・ 在支診・在支病院以外の保険医療機関が行う訪問診療について、在宅での療養を行っている患者が安心して24時間対応を受けられる体制の整備を促進する観点から、在宅療養移行加算について、対象となる範囲を病院まで拡大するとともに、他の保険医療機関と定期的なカンファレンスやICTを用いて平時からの連携体制を構築している場合の評価を見直す。

<在宅ターミナルケア加算等の見直し>

- ・ 本人の望む場所でより患者の希望に沿った看取りを支援する観点から、在宅ターミナルケア加算について、死亡日及び死亡日前14日以内に退院時共同指導を実施した上で訪問診療又は往診を実施している場合においても、算定可能とするとともに、看取り加算について、退院時共同指導を実施した上で往診を行い、在宅で患者を看取った場合に往診料においても算定可能とする。

在宅ターミナルケア加算等の見直し

- 本人の望む場所でより患者の希望に沿った看取りを支援する観点から、在宅ターミナルケア加算について、死亡日及び死亡日前14日以内に退院時共同指導を実施した上で訪問診療又は往診を実施している場合においても、算定可能とするとともに、看取り加算について、退院時共同指導を実施した上で往診を行い、在宅で患者を看取った場合に往診料においても算定可能とする。

(新) 往診料 在宅ターミナルケア加算 3,500～6,500点

- [算定要件]
- 在宅ターミナルケア加算は、死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に退院時共同指導を行った上で往診を行った患者が、在宅で死亡した場合（往診を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。）に算定する。この場合、診療内容の要点等を診療録に記載すること。また、ターミナルケアの実施については、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、患者本人及びその家族等と話し合いを行い、患者本人の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応すること。

(新) 往診料 看取り加算 3,000点

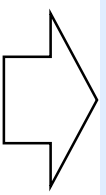
- [算定要件]
- 看取り加算は、事前に当該患者又はその家族等に対して、療養上の不安等を解消するために十分な説明と同意を行った上で、死亡日前14日以内に退院時共同指導を行った上で死亡日に往診を行い、当該患者を患家で看取った場合に算定する。この場合、診療内容の要点等を当該患者の診療録に記載すること。

≪在宅患者訪問診療料のターミナルケア加算の見直し≫

現行

【在宅患者訪問診療料 在宅ターミナルケア加算】

在宅ターミナルケア加算は、死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に2回以上往診又は訪問診療を行った患者が、在宅で死亡した場合（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。）に算定する。この場合、診療内容の要点等を診療録に記載すること。また、ターミナルケアの実施については、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、患者本人及びその家族等と話し合いを行い、患者本人の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応すること。



改定後

【在宅患者訪問診療料 在宅ターミナルケア加算】

在宅ターミナルケア加算は、死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に2回以上往診又は訪問診療を行った患者若しくは退院時共同指導を行った患者が、在宅で死亡した場合（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。）に算定する。この場合、診療内容の要点等を診療録に記載すること。また、ターミナルケアの実施については、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、患者本人及びその家族等と話し合いを行い、患者本人の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応すること。

質の高い在宅医療提供体制の構築の推進

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

<在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の見直し>

- ・在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の算定における単一建物診療患者の数が10人以上19人以下、20人以上49人以下及び50人以上の場合の評価を新設する。
- ・在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料を届出している保険医療機関のうち、当該医療機関の直近3月の訪問診療の算定回数等が2,100回を超える保険医療機関（看取りの件数等に係る一定の基準を満たす場合を除く。）について、単一建物診療患者の数が10人以上である患者に対する在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の評価を見直す。

<在宅療養支援診療所・病院の要件の見直し>

- ・訪問栄養食事指導の推進を図る観点から、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について要件を見直す。

在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の見直し②

- 訪問診療の算定回数が多い医療機関における在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の評価を見直す。
- [概要]
- 単一建物診療患者の数が10人以上の患者について、当該保険医療機関における直近3月間の訪問診療回数及び当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関（令和6年3月31日以前に開設されたものを除く。）における直近3月間の訪問診療回数を合算した回数が2,100回以上の場合であって、次の要件をいずれかを満たさない場合はそれぞれ所定点数の100分の60に相当する点数を算定する。
 - (イ) 直近1年間に5つ以上の保険医療機関から、文書による紹介を受けて訪問診療を開始した実績があること。
 - (ロ) 当該保険医療機関において、直近1年間の在宅における看取りの実績を20件以上有していること又は重症児の十分な診療実績等を有していること。
 - (ハ) 直近3か月に在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定した患者のうち、施設入居時等医学総合管理料を算定した患者の割合が7割以下であること。
 - (二) 直近3月間に在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定した患者のうち、要介護3以上又は「特掲診療料の施設基準等」別表第八の二に掲げる別に厚生労働大臣が定める状態の患者の割合が5割以上であること。

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

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

- 機能強化型の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、各年度5月から7月の訪問診療の算定回数が2,100回を超える場合においては、データに基づく適切な評価を推進する観点から次年の1月から在宅データ提出加算に係る届出を要件とする。

(参考) 在宅データ提出加算について

〈共通項目〉

〈在宅データ提出加算特有の項目〉

在宅データ提出加算 50点（月1回）

〔算定要件〕

- 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、外来データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。

〔施設基準〕

- 在宅患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されていること。

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

大項目	項目名	大項目	項目名
療養情報	在宅療養を始めた年月	患者の状態	患者の状態
	療養を行っている場所		
訪問診療の状況	訪問診療日	バーセルインデックス	バーセルインデックス
	主たる訪問診療を行う医療機関		
訪問看護の状況	訪問看護日	排泄	排泄の状況
	自院での実施の有無		ブリストルスケール
訪問の主傷病	自院診断の有無	排尿	排尿の状況
	ICD10コード		
	傷病名コード	褥瘡	褥瘡の状況
	修飾語コード		
	傷病名	低栄養	低栄養の有無
救急受診の状況	救急受診日		摂食・嚥下障害の有無
	受診先		経管・経静脈栄養の状況
	受診経路	がんの傷病	自院診断の有無
入院の状況	転帰		ICD10コード
	入院年月日		傷病名コード
	退院年月日		修飾語コード
	受診先		傷病名
	ICD10コード	がんのStaging分類	ステージ分類
	傷病名コード		UICC 病期分類(T)
	修飾語コード		UICC 病期分類(N)
短期入所の状況	主病名		UICC 病期分類(M)
	入所年月日		UICC 病期分類(版)
	退所年月日	がんのNRS	NRS
往診の状況	短期入所利用サービス		
	往診日		
	主たる訪問診療を行う医療機関		
	ICD10コード		
	傷病名コード		
	修飾語コード		
	傷病名		

質の高い在宅医療提供体制の構築の推進

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

＜往診料の見直し＞

- ・ 患者の状態に応じた適切な往診の実施を推進する観点から、**緊急の往診に係る評価を見直す**。
- ・ これまでと同点数の、往診料＋「緊急往診加算」・「夜間・休日往診加算」・「深夜往診加算」を算定するためには、以下のいずれかに該当する必要がある。
 - ① 往診を行う保険医療機関において**過去60日以内に在宅患者訪問診療料等を算定**している患者
 - ② 往診を行う保険医療機関と**連携体制を構築している他の保険医療機関において、過去60日以内に在宅患者訪問診療料等を算定**している患者
 - ③ 往診を行う保険医療機関の**外来において継続的に診療**を受けている患者
 - ④ 往診を行う保険医療機関と**平時からの連携体制を構築している介護保険施設等に入所**する患者

質の高い在宅医療提供体制の構築の推進

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

<在宅患者訪問診療料の見直し>

- ・ 在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、過去3月の患者（一部の状態を除く。）一人あたりの訪問診療の回数が平均で12回を超える場合の在宅患者訪問診療料を見直す。

<頻回訪問加算の見直し>

- ・ 頻回訪問加算について、当該加算を算定してからの期間に応じた評価に見直す。

<包括的支援加算の見直し>

- ・ 包括的支援加算について、要介護度と認知症高齢者の日常生活自立度に関する対象患者の範囲を要介護度三以上と認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢ以上に見直す（障害者支援区分についての変更は無い）とともに、包括的支援加算の対象患者に新たに「麻薬の投薬を受けている状態」を追加する。

<在宅における心不全の患者等への指導管理に係る評価の新設>

患者の状態に応じた適切な在宅医療の提供の推進①

在宅患者訪問診療料の見直し

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

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

頻回訪問加算の見直し

- 頻回訪問加算について、当該加算を算定してからの期間に応じた評価に見直す。

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

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

[対象患者] ①または②に該当する患者

- ①末期の悪性腫瘍の患者
- ②以下のうち、2つの状態に該当する患者

(「ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態」及び「人工肛門又は人工膀胱を設置している状態」のみの組み合わせは除く)

在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅悪性腫瘍等患者指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理、在宅肺高血圧症患者指導管理又は在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者、ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態、人工肛門又は人工膀胱を設置している状態

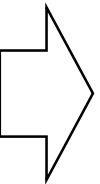
患者の状態に応じた適切な在宅医療の提供の推進②

包括的支援加算の見直し

- 在宅医療を行っている患者の状態に応じた評価を更に推進する観点から、包括的支援加算について、要介護度と認知症高齢者の日常生活自立度に関する対象患者の範囲を要介護度三以上と認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢ以上に見直す（障害者支援区分についての変更は無い）とともに、包括的支援加算の対象患者に新たに「麻薬の投薬を受けている状態」を追加する。

・ 包括的支援加算(在医総管・施設総管)

150点（月1回）

現行		改定後
[対象患者] 以下のいずれかに該当する患者 (1) 要介護2以上に相当する患者 (2) 認知症高齢者の日常生活自立度でランクⅡb以上の患者 (3) 月4回以上の訪問看護を受ける患者 (4) 訪問診療時又は訪問看護時に、注射や処置を行っている患者 (5) 特定施設等の入居者の場合には、医師の指示を受けて、看護師が痰の吸引や経管栄養の管理等の処置を行っている患者（新設） (6) 医師の指導管理のもと、家族等が処置を行っている患者等、関係機関等との連携のために特に重点的な支援が必要な患者		[対象患者] 以下のいずれかに該当する患者 (1) 要介護3以上に相当する患者 (2) 認知症高齢者の日常生活自立度でランクⅢ以上の患者 (3) 月4回以上の訪問看護を受ける患者 (4) 訪問診療時又は訪問看護時に、注射や処置を行っている患者 (5) 特定施設等の入居者の場合には、医師の指示を受けて、看護師が痰の吸引や経管栄養の管理等の処置を行っている患者 (6) 麻薬の投薬を受けている患者 (7) 医師の指導管理のもと、家族等が処置を行っている患者等、関係機関等との連携のために特に重点的な支援が必要な患者

在宅における心不全の患者等への指導管理に係る評価の新設

在宅悪性腫瘍等患者指導管理料の見直し

- 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料等について、**名称を変更**するとともに、疾患を考慮した評価体系に見直した上で、**心不全又は呼吸器疾患の末期の患者に対する注射による麻薬の投与を用いた指導管理についての評価**を新設する。

現行		改定後
【在宅悪性腫瘍等患者指導管理料】 1,500点		【在宅麻薬等注射指導管理料】
在宅における鎮痛療法又は悪性腫瘍の化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の患者に対して、当該療法に関する指導管理を行った場合に算定する。		1 悪性腫瘍の場合 1,500点 悪性腫瘍の末期の患者に対して、在宅における麻薬等の注射に関する指導管理を行った場合に算定。
		2 筋萎縮性側索硬化症又は筋ジストロフィーの場合 1,500点 筋萎縮性側索硬化症又は筋ジストロフィーの患者であって、在宅における麻薬等の注射に関する指導管理を行った場合に算定。
		3 (新) 心不全又は呼吸器疾患の場合 1,500点 1又は2に該当しない場合であって、 緩和ケアを要する心不全又は呼吸器疾患の末期の患者 に対して、在宅における麻薬の注射に関する指導管理を行った場合に算定。
		【在宅悪性腫瘍化学療法注射指導管理料】 1,500点 悪性腫瘍の患者に対して、在宅における抗悪性腫瘍剤等の注射に関する指導管理を行った場合に算定する。

※ 注入ポンプ加算及び携帯型ディスプレイサブル注入ポンプ加算の対象患者についても、同様の見直しを行う。

在宅強心剤持続投与指導管理料の新設（医療技術評価分科会を踏まえた対応）

(新) 在宅強心剤持続投与指導管理料 1,500点

- [算定要件] (主なもの)
- 在宅強心剤持続投与指導管理料は、**循環血液量の補正のみでは心原性ショック（Killip 分類 class IV）からの離脱が困難な心不全の患者であって、安定した病状にある患者**に対して、携帯型ディスプレイサブル注入ポンプ又は輸液ポンプを用いて強心剤の持続投与を行い、当該治療に関する指導管理を行った場合に算定。
 - 実施に当たっては、関係学会の定める診療に関する指針を遵守すること。
 - 当該指導管理料を算定する医師は、心不全の治療に関し、専門の知識並びに5年以上の経験を有する常勤の医師であること。

10. 救急医療

初期診療後の救急患者の転院搬送に対する評価

<概要>

1. 三次救急医療機関等に救急搬送された患者について連携する他の医療機関でも対応が可能と判断する場合に、連携する他の医療機関に看護師等が同乗の上で転院搬送する場合の評価として、救急患者連携搬送料を新設する。
2. 救急患者連携搬送料の新設に伴い、急性期一般入院料1等における在宅復帰率に関する施設基準について、救急患者連携搬送料を算定し他の保険医療機関に転院した患者を対象から除外する。

初期診療後の救急患者の転院搬送に対する評価

救急患者連携搬送料の新設

- 三次救急医療機関等に救急搬送された患者について連携する他の医療機関でも対応が可能と判断する場合に、連携する他の医療機関に看護師等が同乗の上で転院搬送する場合の評価を新設する。

(新) 救急患者連携搬送料		
1	入院中の患者以外の患者の場合	1,800点
2	入院1日目の患者の場合	1,200点
3	入院2日目の患者の場合	800点
4	入院3日目の患者の場合	600点



[算定要件]
別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、救急外来を受診した患者に対する初期診療を実施し、連携する他の保険医療機関において入院医療を提供することが適当と判断した上で、当該他の保険医療機関において入院医療を提供する目的で医師、看護師又は救急救命士が同乗の上、搬送を行った場合に算定する。この場合において、区分番号C 0 0 4に掲げる救急搬送診療料は別に算定できない。

- [施設基準]
- (1) 救急搬送について、相当の実績を有していること。
 - (2) 救急患者の転院体制について、連携する他の保険医療機関等との間であらかじめ協議を行っていること。
 - (3) 連携する他の保険医療機関へ搬送を行った患者の臨床経過について、転院搬送先の保険医療機関から診療情報の提供が可能な体制が整備されていること。
 - (4) 連携する他の保険医療機関へ搬送した患者の病状の急変に備えた緊急の診療提供体制を確保していること。

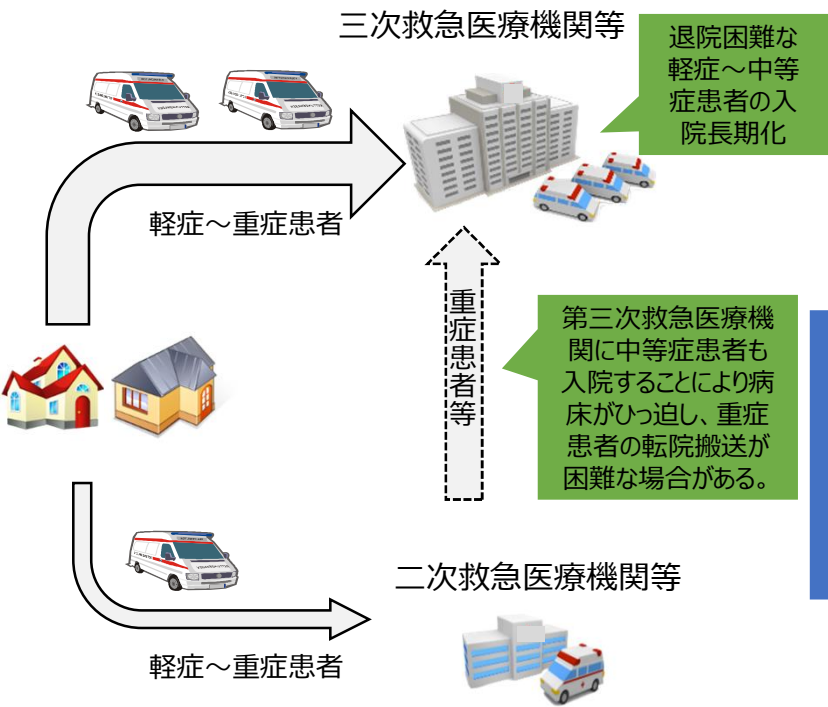
急性期一般入院料1における在宅復帰率の基準の見直し

- 救急患者連携搬送料の新設に伴い、急性期一般入院料1等における在宅復帰率に関する施設基準について、救急患者連携搬送料を算定し他の保険医療機関※に転院した患者を対象から除外する。

※地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む。）、回復期リハビリテーション病棟入院料、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を算定する病棟及び病室を除く。

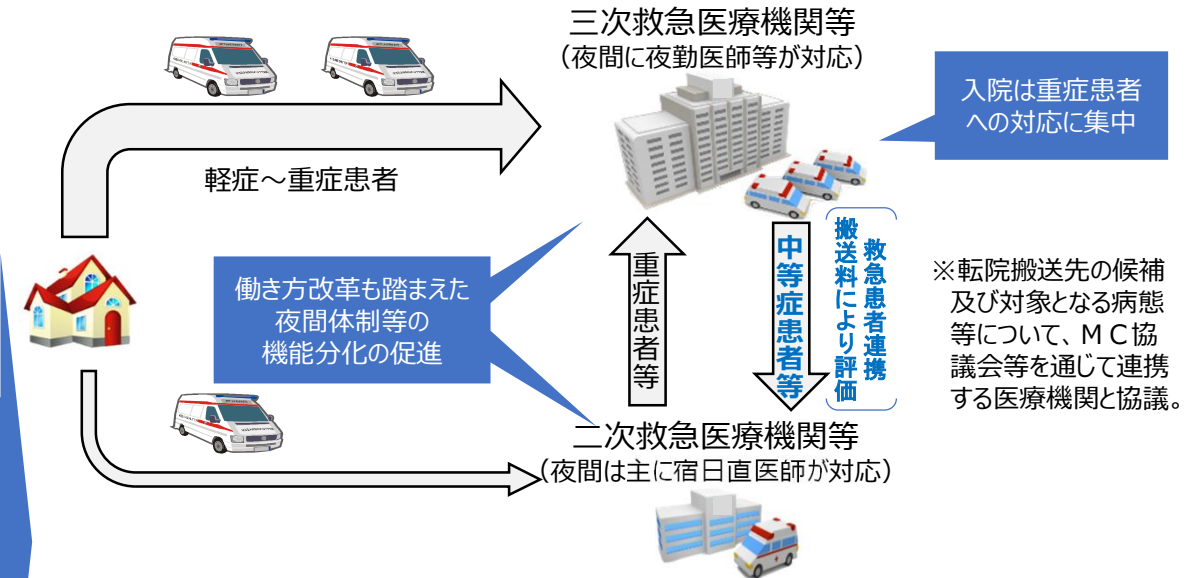
高齢者等の救急搬送に対する評価の見直しを通じた救急医療提供体制のイメージ

○これまでの救急医療提供体制における課題等

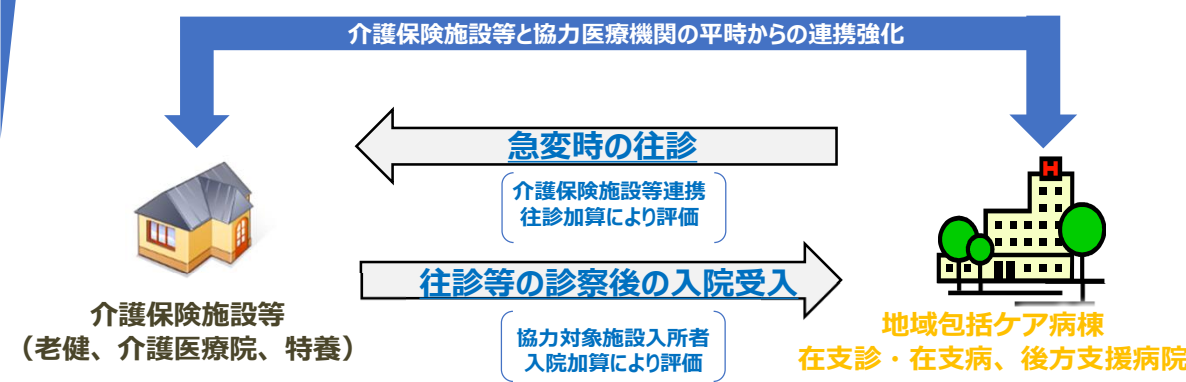


○初期診療後の適切な転院搬送の促進を通じた救急医療提供体制

※いわゆる下り搬送による患者と救急医療機関のマッチングは、地域による対応の一例であり、救急搬送先の選定における適切なマッチング等、それぞれの地域における救急医療提供体制が構築されることが考えられる。



○介護保険施設等との連携促進を通じた救急医療提供体制



救急医療管理加算の見直し

- 救急医療管理加算について、入院時に重症であり緊急に入院を必要とする患者に対する入院医療を評価する趣旨を踏まえ、要件及び評価を見直す。
 - 1. 救急医療管理加算について、「経過観察が必要であるため入院させる場合」など算定の対象とならない場合を明確化する。
 - 2. 救急医療管理加算2を算定する場合のうち、「その他の重症な状態」の割合が5割を超える保険医療機関について、評価を見直す。
※過去6ヶ月間で救急医療管理加算2を算定した患者のうち、「その他の重症な状態」の割合が5割以上の場合は点数が420点から210点に減額
 - 3. 救急医療管理加算を算定する患者の状態について詳細を把握する観点から、患者の状態の分類について見直す（呼吸不全と心不全を別項目とする）とともに、診療報酬明細書の摘要欄の記載事項の定義を明確化する。

救急医療管理加算の概要

A205 救急医療管理加算（1日につき／入院した日から7日間に限る）

- 1 救急医療管理加算1 1,050点
2 救急医療管理加算2 420点

【算定要件】(抜粋)

- 救急医療管理加算1の対象となる患者は、ア～サいずれかの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。なお、当該加算は、入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して重症患者の状態でなくても算定できる。
- 救急医療管理加算2の対象となる患者は、アからサまでに準ずる重篤な状態又はシの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。なお、当該加算は、入院時においてアからケまでに準ずる重篤な状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続してアからケまでに準ずる重篤な状態でなくても算定できる。
- 救急医療管理加算の算定に当たって、以下について診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- ◆ アからサのうち該当する状態(加算2の場合は、アからサのうち準ずる状態又はシの状態のうち該当するもの)
 - ◆ イ、ウ、オ、カ又はキを選択する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標
 - ◆ 当該重症な状態に対して、入院後3日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なもの
 - ◆ イの状態に該当する場合はJCS 0の状態、ウの状態に該当する場合はNYHA1又はP/F比400以上の状態及びキの状態(気道熱傷及び顔面熱傷を除く。)に該当する場合はBurn Index 0の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠

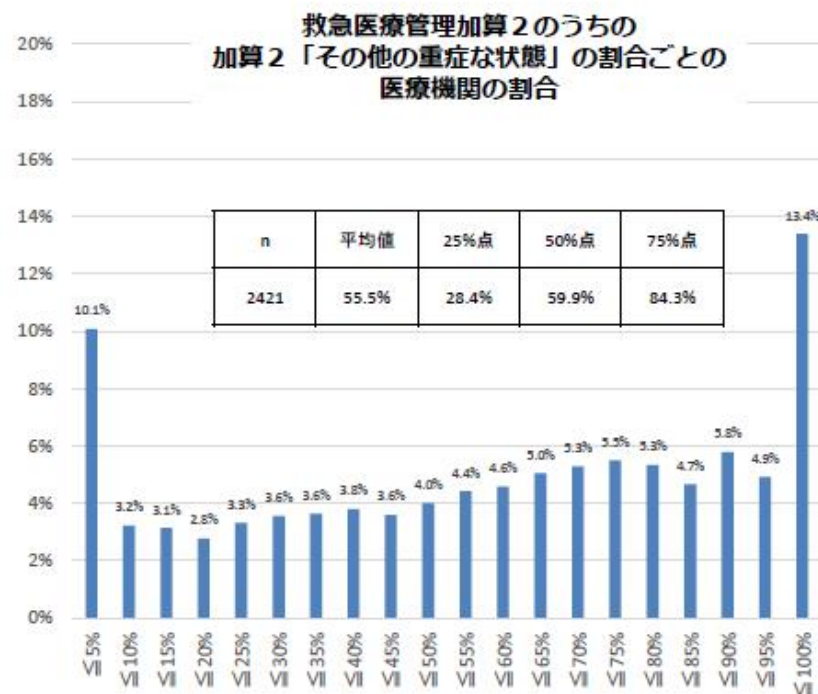
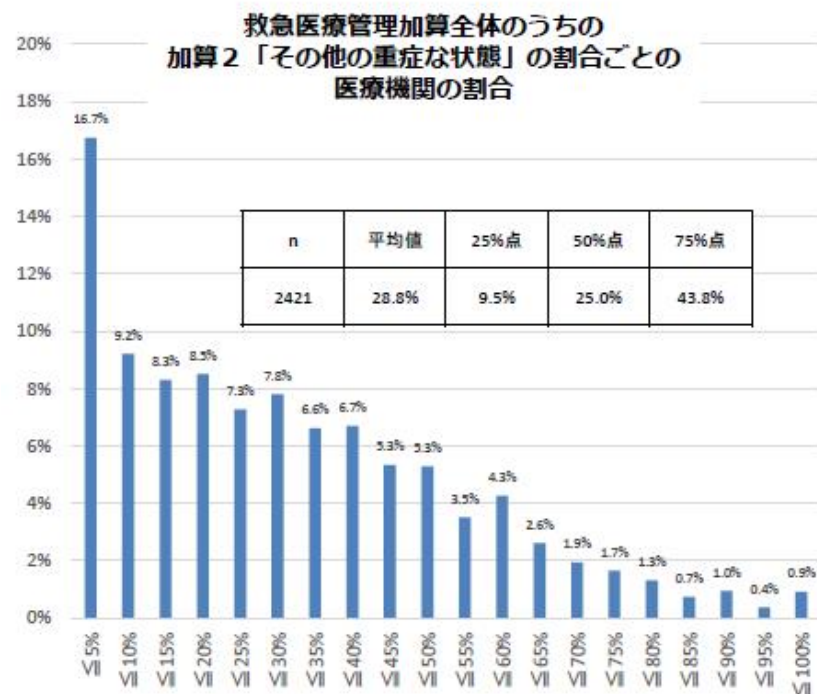
ア 吐血、咯血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態	カ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)	サ 蘇生術を必要とする重篤な状態
イ 意識障害又は昏睡	キ 広範囲熱傷	シ その他の重症な状態
ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態	ク 外傷、破傷風等で重篤な状態	
エ 急性薬物中毒	ケ 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態	
オ ショック	コ 消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態	

【施設基準】(抜粋)

- (1) 休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っているとして認められる次に掲げる保険医療機関であって、医療法第30条の4の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている救急医療機関であること若しくは都道府県知事又は指定都市市長の指定する精神科救急医療施設であること。
- ア 地域医療支援病院(医療法第4条第1項に規定する地域医療支援病院)
- イ 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所
- ウ 「救急医療対策の整備事業について」に規定された病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院
- (2) 第二次救急医療施設として必要な診療機能及び専用病床を確保するとともに、診療体制として通常の当直体制のほかに重症救急患者の受入れに対応できる医師等を始めとする医療従事者を確保していること。
- (3) 夜間又は休日において入院治療を必要とする重症患者に対して救急医療を提供する日を地域の行政部門、医師会等の医療関係者及び救急搬送機関等にあらかじめ周知していること。
- (4) 施設基準に係る届出を行うこと。

救急搬送医療管理加算のうち「その他の重症な状態」の割合

- 救急医療管理加算全体のうち「その他の重症な状態」を選択する割合については、半数の医療機関が25%以下であった一方で、50%を超える医療機関が18%あった。
- 救急医療管理加算2のうち「その他の重症な状態」を選択する割合については、95%以上である医療機関が13.4%あった。



出典：DPCデータ（令和4年4月～令和5年3月） ※救急医療管理加算を100件以上入力している医療機関が対象。新型コロナにより入院した患者を除く。

救急医療管理加算の見直し

救急医療管理加算の見直し

➤ 救急医療管理加算2を算定する場合のうち「その他の重症な状態」の割合が5割を超える保険医療機関について、評価を見直す。

現行

【救急医療管理加算】
[算定要件]
(略) 緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者について、当該患者の状態に従い、入院した日から起算して7日を限度として所定点数に加算する。



改定後

【救急医療管理加算】
[算定要件]
(略) 緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者について、当該患者の状態に従い、入院した日から起算して7日を限度として所定点数に加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に該当する保険医療機関において、救急医療管理加算2を算定する患者については、本文の規定にかかわらず、入院した日から起算して7日を限度として、210点を所定点数に加算する。
【ただし書きに規定する施設基準】
救急医療管理加算2を算定する患者のうち、5割以上が「その他の重症な状態」であること。

➤ 「経過観察が必要であるため入院させる場合」など算定の対象とならない場合を明確化するとともに、患者の状態について詳細を把握する観点から、患者の状態の分類等について見直しを行う。

現行

【救急医療管理加算】
[算定要件]
・救急医療管理加算1の対象となる患者は、次に掲げる状態のうちアからサのいずれかの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。
ア、イ (略)
ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
エ～シ (略)
・救急医療管理加算1を算定する場合は、以下の内容について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- イ、ウ、オ、カ又はキの状態に該当する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標



改定後

【救急医療管理加算】
[算定要件]
・救急医療管理加算1の対象となる患者は、別表に掲げる状態のうち一から十二までのいずれかの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいい、単なる経過観察で入院させる場合や、その後の重症化リスクが高いために入院させる場合等、入院時点で重症患者ではない患者は含まれない。
一、二 (略)
三 呼吸不全で重篤な状態 四 心不全で重篤な状態
五～十三 (略)
・救急医療管理加算1を算定する場合は、以下の内容について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- 別表の二、三、四、六、七又は八の状態に該当する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標 (P/F比は、酸素投与前の値とする。ただし、酸素投与前の測定が困難である場合は、酸素投与後の値である旨及び酸素投与後の値並びにFiO2を記載すること。また、酸素投与前の測定が困難であって、かつ、別表の三に掲げる状態であってP/F比400以上の場合は、呼吸不全と判断する根拠となった理学的所見について記載すること。)

P/F比400以上又はNYHA分類 1度で救急医療管理加算 1 を算定する場合の傷病

○ 呼吸器疾患によりP/F比400以上の状態で救急医療管理加算1を算定したと考えられる患者の「緊急入院が必要である理由」には、「呼吸状態が今後増悪する可能性があるため」、「経過観察が必要なため」が含まれていた一方で、「SpO2低下のため」など通常はP/F比400以上に該当しないと考えられる理由も含まれていた。また、心疾患によりNYHA 1度の状態で救急医療管理加算1を算定したと考えられる患者の「緊急入院が必要である理由」には、「精査のため」が含まれていた。

呼吸器疾患により救急医療管理加算 1 を算定する患者のうちP/F比400以上とされている患者における傷病名及び緊急入院が必要である理由 (n=122)

傷病名	患者数	割合	緊急入院が必要である理由	患者数	割合
肺炎（細菌性、ウイルス性その他）	44	36.1%	SpO2低下のため	30	24.6%
			気胸で胸腔ドレナージが必要なため	15	12.3%
			気胸で入院が必要なため	11	9.0%
			肺炎で入院が必要なため	9	7.4%
気管支炎	30	24.6%	呼吸状態が今後増悪する可能性があるため	8	6.6%
気胸	25	20.5%	経過観察が必要なため	7	5.7%
			食欲低下のため	6	4.9%
気管支喘息	9	7.4%	陥没呼吸があるため	5	4.1%
			点滴治療が必要なため	5	4.1%
			咳嗽症状のため	4	3.3%
間質性肺炎	3	2.5%	咳嗽症状・中耳炎のため	2	1.6%
			気管支炎で入院が必要なため	2	1.6%
COPD	2	1.6%	呼吸苦のため	2	1.6%
			詳細の記載なし	2	1.6%
インフルエンザ	2	1.6%	肺性心のため	2	1.6%
			喘息の治療が必要なため	2	1.6%
肺塞栓症	2	1.6%	CRP高値のため	1	0.8%
			けいれん・呼吸抑制のため	1	0.8%
過敏性肺炎	1	0.8%	ショックのため	1	0.8%
			意識障害・食事摂取困難のため	1	0.8%
緊張性気胸	1	0.8%	検査値異常のため	1	0.8%
			腫瘍による上気道狭窄のため	1	0.8%
誤嚥性肺炎	1	0.8%	縦隔気腫のため	1	0.8%
			膿胸で胸腔ドレナージが必要なため	1	0.8%
縦隔気腫	1	0.8%	発熱・食欲低下のため	1	0.8%
			喘鳴があるため	1	0.8%

心疾患により救急医療管理加算 1 を算定する患者のうちNYHA 1度とされている患者における傷病名及び緊急入院が必要である理由 (n=20)

傷病名	患者数	割合	緊急入院が必要である理由	患者数	割合
うっ血性心不全	5	25.0%	意識消失の精査のため	6	30.0%
感染性心内膜炎	4	20.0%	心不全のため	3	15.0%
心室性頻拍	3	15.0%	アブレーション治療の検討が必要なため	2	10.0%
WPW症候群	1	5.0%	感染性心内膜炎による意識障害・大動脈弁閉鎖不全のため	1	5.0%
右心不全	1	5.0%	感染性心内膜炎による塞栓症を疑うため	1	5.0%
狭心症の術後	1	5.0%	胸部絞扼感のため	1	5.0%
狭心症発作	1	5.0%	緊急透析が必要なため	1	5.0%
心疾患の疑い	1	5.0%	血圧測定不能のため	1	5.0%
大動脈弁閉鎖不全症	1	5.0%	抗がん剤による治療が必要なため	1	5.0%
			心室性頻拍のため	1	5.0%
不安定狭心症	1	5.0%	心室性不整脈のため	1	5.0%
不整脈の疑い	1	5.0%	不安定狭心症のため	1	5.0%

出典：保険局医療課調べ（令和5年4月～9月審査データより抜粋）