

ほぼ骨子順

# 日医工医療行政情報

<https://stu-ge.nichiiko.co.jp/>

## 2024年度診療報酬改定 「告示・通知」から（医科抜粋版）

作成：日医工株式会社（公社）日本医業経営コンサルタント協会認定 登録番号第6178号 栗原盛一  
 日医工株式会社（公社）日本医業経営コンサルタント協会認定 登録番号第4828号 長岡俊広  
 日医工株式会社（公社）日本医業経営コンサルタント協会認定 登録番号第6345号 寺坂裕美

参考資料：2024年3月5日 「診療報酬の算定方法の一部を改正する告示\_別表第一（医科点数表）」  
 2024年3月5日 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について（通知）\_別添1（医科点数表）」  
 2024年3月5日 「特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件」  
 2024年3月5日 「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（通知）」  
 2024年3月5日 「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件」  
 2024年3月5日 「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（通知）」

資料No.20240308-2118

2024年3月5日の告示・通知の内容も含めて編集しています。  
 厚労省ホームページにて原本もご確認ください。

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです  
 が、その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接  
 または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます

# (新設) 外来・在宅ベースアップ評価料 ( I )

賃上げに向けた評価の新設

改定後

## (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	2点
3	訪問診療時	
イ	同一建物居住者以外の場合	28点
ロ	同一建物居住者の場合	7点

・外来又は在宅医療を実施している医療機関に勤務する看護職員、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

### [算定要件]

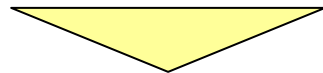
- 注1 1については、主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下この節において同じ。）の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して初診を行った場合に、所定点数を算定する。
- 2 2については、主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して再診又は短期滞在手術等基本料1を算定すべき手術又は検査を行った場合に、所定点数を算定する。
- 3 3のイについては、主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、次のいずれかに該当する訪問診療を行った場合に算定する。
- イ 当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合及び有料老人ホームその他これに準ずる施設（以下この区分番号及び区分番号O101において「有料老人ホーム等」という。）に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。）であって、当該患者が同一建物居住者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問診療を行う場合の当該患者をいう。以下この区分番号及び区分番号O101において同じ。）以外である場合

# (新設) 外来・在宅ベースアップ評価料 ( I )

賃上げに向けた評価の新設

## 改定後

- 区分番号 C 0 0 2 に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号 C 0 0 2 - 2 に掲げる施設入居時等医学総合管理料又は区分番号 C 0 0 3 に掲げる在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす他の保険医療機関の求めに応じ、当該他の保険医療機関から紹介された患者に対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った場合（有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。）であって、当該患者が同一建物居住者以外である場合
- ハ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）において、在宅での療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者であって通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に総合的な医療を提供した場合（訪問診療を行った場合に限る。）
- 4 3 の□については、主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、次のいずれかに該当する訪問診療を行った場合に算定する。
  - イ 当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合及び有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。）であって、当該患者が同一建物居住者である場合
  - 区分番号 C 0 0 2 に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号 C 0 0 2 - 2 に掲げる施設入居時等医学総合管理料又は区分番号 C 0 0 3 に掲げる在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす他の保険医療機関の求めに応じ、当該他の保険医療機関から紹介された患者に対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った場合（有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。）であって、当該患者が同一建物居住者である場合
  - ハ 有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して訪問診療を行った場合



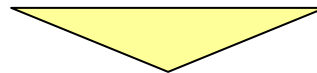
# (新設) 外来・在宅ベースアップ評価料 ( I )

賃上げに向けた評価の新設

## 改定後

### [施設基準]

- (1) 外来医療又は在宅医療を実施している保険医療機関であること。
- (2) 主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下「対象職員」という。）が勤務していること。対象職員は別表1に示す職員であり、専ら事務作業（医師事務作業補助者、看護補助者等が医療を専門とする職員の補助として行う事務作業を除く。）を行うものは含まれない。
- (3) 当該評価料を算定する場合は、令和6年度及び令和7年度において対象職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるもの除く。）を実施しなければならない。ただし、令和6年度において、翌年度の賃金の改善のために繰り越しを行う場合においてはこの限りではない。
- (4) (3) について、基本給、手当、賞与等のうち対象とする賃金項目を特定した上で行い、基本給又は決まって毎月支払われる手当（以下「基本給等」という。）の引上げにより改善を図ることを原則とする。
- (5) 対象職員の基本給等を令和5年度と比較して一定水準以上引き上げた場合は、40歳未満の勤務医（歯科医師を含む。以下同じ。）及び事務職員等の当該保険医療機関に勤務する職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるもの除く。）を行うことができること。
- (6) 令和6年度及び令和7年度における当該保険医療機関に勤務する職員の賃金の改善に係る計画を作成していること。
- (7) 前号の計画に基づく職員の賃金の改善に係る状況について、定期的に地方厚生局長等に報告すること。



# 外来・在宅ベースアップ評価料 ( I ) (II)

賃上げに向けた評価の新設

## 入院ベースアップ評価料

**別表 1**

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

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

# (新設) 外来・在宅ベースアップ評価料 (II)

賃上げに向けた評価の新設

改定後

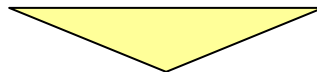
**(新) 外来・在宅ベースアップ評価料 (II) (1日につき)**

- |                                |            |
|--------------------------------|------------|
| <b>1 外来・在宅ベースアップ評価料 (II) 1</b> |            |
| イ 初診又は訪問診療を行った場合               | <b>8点</b>  |
| ロ 再診時                          | <b>1点</b>  |
| <b>2 外来・在宅ベースアップ評価料 (II) 2</b> |            |
| イ 初診又は訪問診療を行った場合               | <b>16点</b> |
| ロ 再診時                          | <b>2点</b>  |
| ↓                              |            |
| <b>8 外来・在宅ベースアップ評価料 (II) 8</b> |            |
| イ 初診又は訪問診療を行った場合               | <b>64点</b> |
| ロ 再診時                          | <b>8点</b>  |

・外来・在宅ベースアップ評価料 (I) を届け出た無床診療所は (II) の施設基準を満たすことで (I) も (II) も算定できる  
(病院、有床診療所は評価料 (I) と入院ベースアップ評価料を算定する)

[算定要件]

- 注1 主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して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 1のイ、2のイ、3のイ、4のイ、5のイ、6のイ、7のイ又は8のイについては、外来・在宅ベースアップ評価料 (I) の1又は3を算定する患者に対して診療を行った場合に算定する。
- 3 1のロ、2のロ、3のロ、4のロ、5のロ、6のロ、7のロ又は8のロについては、外来・在宅ベースアップ評価料 (I) の2を算定する患者に対して診療を行った場合に算定する。



# (新設) 外来・在宅ベースアップ評価料 ( II )

賃上げに向けた評価の新設

## 改定後

### [施設基準]

- (1) 入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料 1 を除く。）の届出を行っていない保険医療機関であること。
- (2) 外来・在宅ベースアップ評価料（ I ）の届出を行っている保険医療機関であること。
- (3) 外来・在宅ベースアップ評価料（ I ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（ I ）により算定される点数の見込みの10倍の数が、対象職員の給与総額の**1分2厘未満**であること。
- (4) 外来・在宅ベースアップ評価料（ II ）の保険医療機関ごとの区分については、当該保険医療機関における対象職員の給与総額、外来・在宅ベースアップ評価料（ I ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（ I ）により算定される点数の見込み並びに外来・在宅ベースアップ評価料（ II ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（ II ）の算定回数を見込みを用いて算出した数【A】に基づき、別表 2 に従い該当する区分のいずれかを届け出ること。ただし、歯科外来・在宅ベースアップ評価料（ II ）の施設基準の届出を行う保険医療機関については、同一の区分により届け出ること。

対象職員の給与総額 × 1分2厘 - （外来・在宅ベースアップ評価料（ I ）及び  
歯科外来・在宅ベースアップ評価料（ I ）により算定される点数の見込み） × 10 円

【A】 =

外来・在宅ベースアップ評価料（ II ）イの算定回数を見込み × 8  
 + 外来・在宅ベースアップ評価料（ II ）ロの算定回数を見込み  
 + 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（ II ）イの算定回数を見込み × 8  
 + 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（ II ）ロの算定回数を見込み

× 10 円

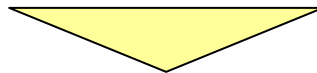
# (新設) 外来・在宅ベースアップ評価料 (Ⅱ)

賃上げに向けた評価の新設

## 改定後

### [施設基準]

- (5) (4) 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。外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の算定回数の見込みは、初診料等の算定回数を用いて計算し、**直近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【A】、対象職員の給与総額、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定される点数の見込み並びに外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の算定回数の見込みのいずれの変化も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。
- (6) 当該評価料を算定する場合は、令和6年度及び令和7年度において対象職員の賃金(役員報酬を除く。)の改善(定期昇給によるものを除く。)を実施しなければならない。ただし、令和6年度において、翌年度の賃金の改善のために繰り越しを行う場合においてはこの限りではない。
- (7) (6) について、基本給、手当、賞与等のうち対象とする賃金項目を特定した上で行い、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げにより改善を図ることを原則とする。
- (8) 令和6年度及び令和7年度における当該保険医療機関に勤務する職員の賃金の改善に係る計画を作成していること。
- (9) 前号の計画に基づく職員の賃金の改善に係る状況について、定期的に地方厚生局長等に報告すること。
- (10) 対象職員が常勤換算で2人以上勤務していること。ただし、特定地域に所在する保険医療機関にあっては、当該規定を満たしているものとする。
- (11) 主として保険診療等から収入を得る保険医療機関であること。



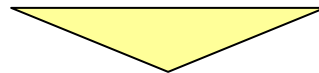


# (新設) 外来・在宅ベースアップ評価料 (II)

賃上げに向けた評価の新設

## 別表 2

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



# (新設) 入院ベースアップ評価料

賃上げに向けた評価の新設

改定後

## (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**

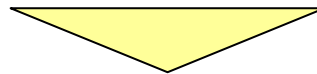
・病院又は有床診療所において、勤務する看護職員、薬剤師その他の医療関係職種の賃金の改善を実施している場合の評価を新設  
 ・外来・在宅ベースアップ評価料 (I) を届け出た病院・有床診療所は入院ベースアップ評価料の基準を満たすことでどちらも算定できる

### [算定要件]

注 主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、第1章第2部第1節の入院基本料 (特別入院基本料等を含む。) 、同部第3節の特定入院料又は同部第4節の短期滞在手術等基本料 (短期滞在手術等基本料1を除く。) を算定しているものについて、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

### [施設基準]

- (1) 入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料 (短期滞在手術等基本料1を除く。) の届出を行っている保険医療機関であること。
- (2) 主として医療に従事する職員 (医師及び歯科医師を除く。以下「対象職員」という。) が勤務していること。
- (3) 外来・在宅ベースアップ評価料 (I) 又は歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (I) の届出を行っている保険医療機関であること。
- (4) 外来・在宅ベースアップ評価料 (I) 及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (I) により算定される点数の見込みの10倍の数が、対象職員の給与総額の**2分3厘未満**であること。



# (新設) 入院ベースアップ評価料

賃上げに向けた評価の新設

## 改定後

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

$$\text{【B】} = \frac{\left[ \text{対象職員の給与総額} \times 2 \text{分} 3 \text{厘} - \left( \text{外来・在宅ベースアップ評価料（I）及び} \right. \right. \\
 \left. \left. \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）により算定される点数の見込み} \right) \times 10 \text{円} \right]}{\text{当該保険医療機関の延べ入院患者数} \times 10 \text{円}}$$

(6) (5) について、「対象職員の給与総額」は、**直近12か月**の1月あたりの平均の数値を用いること。延べ入院患者数は、**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【B】、対象職員の給与総額、外来・在宅ベースアップ評価料（I）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）により算定される点数の見込み並びに延べ入院患者数のいずれの変化も**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。

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

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

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

# (新設) 入院ベースアップ評価料

賃上げに向けた評価の新設

## 改定後

- (10) 前号の計画に基づく職員の賃金の改善に係る状況について、定期的に地方厚生局長等に報告すること。
- (11) 主として保険診療等から収入を得る保険医療機関であること。

## 別表 3

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

# 看護職員処遇改善評価料

賃上げに向けた評価の新設

改定前	改定後
<p>【看護職員処遇改善評価料】 [施設基準]</p> <p>1 看護職員処遇改善評価料に関する施設基準 (1)～(4) (略)</p> <p>(5) (3)について、安定的な賃金改善を確保する観点から、当該評価料による賃金改善の合計額の3分の2以上は、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げ（以下「ベア等」という。）により改善を図ること。ただし、「令和4年度（令和3年度からの繰越分）看護職員等処遇改善事業補助金」が交付された保険医療機関については、令和4年度中においては、同補助金に基づくベア等水準を維持することで足りるものとする。 (新設)</p> <p>(6)～(9) (略)</p>	<p>【看護職員処遇改善評価料】 [施設基準]</p> <p>1 看護職員処遇改善評価料に関する施設基準 (1)～(4) (略)</p> <p>(5) (3)について、安定的な賃金改善を確保する観点から、当該評価料による賃金改善の合計額の3分の2以上は、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げ（以下「ベア等」という。）により改善を図ること。ただし、<b>令和6年度及び令和7年度に、翌年度以降のベア等の改善のために繰り越しを行った場合においては、当該評価料の算定額から当該繰り越しを行った額を控除した額のうち3分の2以上をベア等により改善を図ること</b>で足りるものとする。</p> <p><b>(6) (5)について、原則として、賃金改善実施期間内に賃金の改善措置を行う必要があること。ただし、届出時点の計画を上回る収入が生じた場合又は看護職員が減った場合であつて、当該計画に基づく収入の3分の2以上を賃金の改善措置を行っている場合に限り、当該差分については、翌年度の12月までに賃金の改善措置を行えばよいものとする。</b></p> <p>(7)～(10) (略)</p>

・令和6年度及び令和7年度に賃金の改善を確実に実施するための施設基準見直し

# 一般病棟入院基本料

入院基本料等の見直し

	改定前	改定後
【一般病棟入院基本料】		
1 急性期一般入院基本料		
イ 急性期一般入院料 1	1,650 点	<b>1,688点</b>
ロ 急性期一般入院料 2	1,619 点	<b>1,644点</b>
ハ 急性期一般入院料 3	1,545 点	<b>1,569点</b>
ニ 急性期一般入院料 4	1,440 点	<b>1,462点</b>
ホ 急性期一般入院料 5	1,429 点	<b>1,451点</b>
ヘ 急性期一般入院料 6	1,382 点	<b>1,404点</b>
2 地域一般入院基本料		
イ 地域一般入院料 1	1,159 点	<b>1,176点</b>
ロ 地域一般入院料 2	1,153 点	<b>1,170点</b>
ハ 地域一般入院料 3	988 点	<b>1,003点</b>
特別入院基本料	607 点	<b>612点</b>

・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、評価の見直し

# 結核病棟入院基本料

入院基本料等の見直し

	改 定 前	改 定 後
【結核病棟入院基本料】		
1 7対1入院基本料	1,654 点	<b><u>1,677点</u></b>
2 10対1入院基本料	1,385 点	<b><u>1,405点</u></b>
3 13対1入院基本料	1,165 点	<b><u>1,182点</u></b>
4 15対1入院基本料	998 点	<b><u>1,013点</u></b>
5 18対1入院基本料	854 点	<b><u>868点</u></b>
6 20対1入院基本料	806 点	<b><u>819点</u></b>
特別入院基本料	581 点	<b><u>586点</u></b>

・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、評価の見直し

# 精神病棟入院基本料

入院基本料等の見直し

	改 定 前	改 定 後
【精神病棟入院基本料】		
1 10対1入院基本料	1,287 点	<b><u>1,306点</u></b>
2 13対1入院基本料	958 点	<b><u>973点</u></b>
3 15対1入院基本料	830 点	<b><u>844点</u></b>
4 18対1入院基本料	740 点	<b><u>753点</u></b>
5 20対1入院基本料	685 点	<b><u>697点</u></b>
特別入院基本料	561 点	<b><u>566点</u></b>

・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、評価の見直し



# 特定機能病院入院基本料

入院基本料等の見直し

	改 定 前	改 定 後
<b>【特定機能病院入院基本料】</b>		
1 一般病棟の場合	1,718 点	<b>1,822点</b>
イ 7対1入院基本料	1,438 点	<b>1,458点</b>
ロ 10対1入院基本料		
2 結核病棟の場合	1,718 点	<b>1,822点</b>
イ 7対1入院基本料	1,438 点	<b>1,458点</b>
ロ 10対1入院基本料	1,210 点	<b>1,228点</b>
ハ 13対1入院基本料	1,037 点	<b>1,053点</b>
ニ 15対1入院基本料		
3 精神病棟の場合	1,450 点	<b>1,551点</b>
イ 7対1入院基本料	1,373 点	<b>1,393点</b>
ロ 10対1入院基本料	1,022 点	<b>1,038点</b>
ハ 13対1入院基本料	933 点	<b>948点</b>
ニ 15対1入院基本料		

・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、評価の見直し

# 専門病院入院基本料

入院基本料等の見直し

	改定前	改定後
【専門病院入院基本料】		
1 7対1入院基本料	1,667 点	<b>1,705点</b>
2 10対1入院基本料	1,396 点	<b>1,421点</b>
3 13対1入院基本料	1,174 点	<b>1,191点</b>

・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、評価の見直し

# 障害者施設等入院基本料

入院基本料等の見直し

	改定前	改定後
<b>【障害者施設等入院基本料】</b>		
1 7対1入院基本料	1,615 点	<b>1,637点</b>
2 10対1入院基本料	1,356 点	<b>1,375点</b>
3 13対1入院基本料	1,138 点	<b>1,155点</b>
4 15対1入院基本料	995 点	<b>1,010点</b>
特定入院基本料	969 点	<b>984点</b>
注6 当該病棟に入院する重度の意識障害（脳卒中の後遺症であるものに限る。）の患者であって、医療区分2の患者又は医療区分1の患者に相当するものについて		
イ 7対1入院基本料又は10対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合		
(1) 医療区分2の患者に相当するもの	1,496 点	<b>1,517点</b>
(2) 医療区分1の患者に相当するもの	1,358 点	<b>1,377点</b>
ロ 13対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合		
(1) 医療区分2の患者に相当するもの	1,343 点	<b>1,362点</b>
(2) 医療区分1の患者に相当するもの	1,206 点	<b>1,224点</b>
ハ 15対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合		
(1) 医療区分2の患者に相当するもの	1,244 点	<b>1,262点</b>
(2) 医療区分1の患者に相当するもの	1,107 点	<b>1,124点</b>

・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、評価の見直し

# 障害者施設等入院基本料

入院基本料等の見直し

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



・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、評価の見直し

# 有床診療所入院基本料

入院基本料等の見直し

	改定前	改定後	
1 有床診療所入院基本料 1 イ 14日以内の期間 ロ 15日以上30日以内の期間 ハ 31日以上	・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、評価の見直し	917 点	<b>932点</b>
		712 点	<b>724点</b>
		604 点	<b>615点</b>
2 有床診療所入院基本料 2 イ 14日以内の期間 ロ 15日以上30日以内の期間 ハ 31日以上	821 点	<b>835点</b>	
	616 点	<b>627点</b>	
	555 点	<b>566点</b>	
3 有床診療所入院基本料 3 イ 14日以内の期間 ロ 15日以上30日以内の期間 ハ 31日以上	605 点	<b>616点</b>	
	567 点	<b>578点</b>	
	534 点	<b>544点</b>	
4 有床診療所入院基本料 4 イ 14日以内の期間 ロ 15日以上30日以内の期間 ハ 31日以上	824 点	<b>838点</b>	
	640 点	<b>652点</b>	
	542 点	<b>552点</b>	
5 有床診療所入院基本料 5 イ 14日以内の期間 ロ 15日以上30日以内の期間 ハ 31日以上	737 点	<b>750点</b>	
	553 点	<b>564点</b>	
	499 点	<b>509点</b>	
6 有床診療所入院基本料 6 イ 14日以内の期間 ロ 15日以上30日以内の期間 ハ 31日以上	543 点	<b>553点</b>	
	509 点	<b>519点</b>	
	480 点	<b>490点</b>	

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

# 有床診療所療養病床入院基本料

入院基本料等の見直し

	改定前	改定後
【有床診療所療養病床入院基本料】		
1 入院基本料 A (生活療養を受ける場合)	1,057 点 1,042 点	<b>1,073点</b> <b>1,058点</b>
2 入院基本料 B (生活療養を受ける場合)	945 点 929 点	<b>960点</b> <b>944点</b>
3 入院基本料 C (生活療養を受ける場合)	827 点 813 点	<b>841点</b> <b>826点</b>
4 入院基本料 D (生活療養を受ける場合)	653 点 638 点	<b>665点</b> <b>650点</b>
5 入院基本料 E (生活療養を受ける場合)	564 点 549 点	<b>575点</b> <b>560点</b>
特別入院基本料 (生活療養を受ける場合)	488 点 473 点	<b>493点</b> <b>478点</b>

・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、評価の見直し

# 救命救急入院料

	改 定 前	改 定 後
<b>【救命救急入院料】</b>		
1 救命救急入院料 1		
イ 3日以内の期間	10,223 点	<b><u>10,268点</u></b>
ロ 4日以上7日以内の期間	9,250 点	<b><u>9,292点</u></b>
ハ 8日以上14日以内の期間	7,897 点	<b><u>7,934点</u></b>
2 救命救急入院料 2		
イ 3日以内の期間	11,802 点	<b><u>11,847点</u></b>
ロ 4日以上7日以内の期間	10,686 点	<b><u>10,731点</u></b>
ハ 8日以上14日以内の期間	9,371 点	<b><u>9,413点</u></b>
3 救命救急入院料 3		
イ 救命救急入院料		
(1) 3日以内の期間	10,223 点	<b><u>10,268点</u></b>
(2) 4日以上7日以内の期間	9,250 点	<b><u>9,292点</u></b>
(3) 8日以上14日以内の期間	7,897 点	<b><u>7,934点</u></b>
ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料		
(1) 3日以内の期間	10,223 点	<b><u>10,268点</u></b>
(2) 4日以上7日以内の期間	9,250 点	<b><u>9,292点</u></b>
(3) 8日以上60日以内の期間	8,318 点	<b><u>8,356点</u></b>

・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、評価の見直し

# 救命救急入院料、ハイケアユニット入院医療管理料、 脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料

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

・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、評価の見直し



# 新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、 新生児治療回復室入院医療管理料、一類感染症患者入院管理料

	改定前	改定後
【新生児特定集中治療室管理料】		
1 新生児特定集中治療室管理料 1	10,539点	<u>10,584点</u>
2 新生児特定集中治療室管理料 2	8,434点	<u>8,472点</u>
【総合周産期特定集中治療室管理料】		
1 母体・胎児集中治療室管理料	7,381 点	<u>7,417点</u>
2 新生児集中治療室管理料	10,539 点	<u>10,584点</u>
【新生児治療回復室入院医療管理料】	5,697 点	<u>5,728点</u>
【一類感染症患者入院管理料】		
1 14日以内の期間	9,371 点	<u>9,413点</u>
2 15日以上期間	8,108 点	<u>8,147点</u>

・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、評価の見直し

# 特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料

	改定前	改定後
<b>【特殊疾患入院医療管理料】</b> 特殊疾患入院医療管理料 注4 当該病室に入院する重度の意識障害（脳卒中の後遺症であるものに限る。）の患者であって、医療区分2の患者又は医療区分1の患者に相当するものについて イ 医療区分2の患者に相当するもの ロ 医療区分1の患者に相当するもの  注6 当該病室に入院する脳卒中又は脳卒中の後遺症の患者（重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）であって、医療区分2の患者又は医療区分1の患者に相当するものについて イ 医療区分2の患者に相当するもの ロ 医療区分1の患者に相当するもの	2,070 点           1,909 点 1,743 点           1,717 点 1,569 点	<b><u>2,090点</u></b>           <b><u>1,927点</u></b> <b><u>1,761点</u></b>           <b><u>1,734点</u></b> <b><u>1,588点</u></b>
<b>【小児入院医療管理料】</b> 1 小児入院医療管理料 1 2 小児入院医療管理料 2 3 小児入院医療管理料 3 4 小児入院医療管理料 4 5 小児入院医療管理料 5	4,750 点 4,224 点 3,803 点 3,171 点 2,206 点	<b><u>4,807点</u></b> <b><u>4,275点</u></b> <b><u>3,849点</u></b> <b><u>3,210点</u></b> <b><u>2,235点</u></b>

・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、評価の見直し

# 特殊疾患病棟入院料

	改定前	改定後
<b>【特殊疾患病棟入院料】</b> 1 特殊疾患病棟入院料 1 2 特殊疾患病棟入院料 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、評価の見直し		
注4 当該病棟に入院する重度の意識障害（脳卒中の後遺症であるものに限る。）の患者であって、医療区分2の患者又は医療区分1の患者に相当するものについて イ 特殊疾患病棟入院料1の施設基準を届け出た病棟に入院している場合 (1) 医療区分2の患者に相当するもの (2) 医療区分1の患者に相当するもの ロ 特殊疾患病棟入院料2の施設基準を届け出た病棟に入院している場合 (1) 医療区分2の患者に相当するもの (2) 医療区分1の患者に相当するもの	2,070 点 1,675 点  1,910 点 1,745 点  1,657 点 1,491 点	<b>2,090点</b> <b>1,694点</b>  <b>1,928点</b> <b>1,763点</b>  <b>1,675点</b> <b>1,508点</b>
注6 当該病棟に入院する脳卒中又は脳卒中の後遺症の患者（重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）であって、医療区分2の患者又は医療区分1の患者に相当するものについて イ 特殊疾患病棟入院料1の施設基準を届け出た病棟に入院している場合 (1) 医療区分2の患者に相当するもの (2) 医療区分1の患者に相当するもの ロ 特殊疾患病棟入院料2の施設基準を届け出た病棟に入院している場合 (1) 医療区分2の患者に相当するもの (2) 医療区分1の患者に相当するもの	1,717 点 1,569 点  1,490 点 1,341 点	<b>1,735点</b> <b>1,586点</b>  <b>1,507点</b> <b>1,357点</b>

# 緩和ケア病棟入院料、精神科救急急性期医療入院料

	改 定 前	改 定 後
<b>【緩和ケア病棟入院料】</b>		
1 緩和ケア病棟入院料 1	5,107 点	<b><u>5,135点</u></b>
イ 30日以内の期間	4,554 点	<b><u>4,582点</u></b>
ロ 31日以上60日以内の期間	3,350 点	<b><u>3,373点</u></b>
ハ 61日以上の期間		
2 緩和ケア病棟入院料 2		
イ 30日以内の期間	4,870 点	<b><u>4,897点</u></b>
ロ 31日以上60日以内の期間	4,401 点	<b><u>4,427点</u></b>
ハ 61日以上の期間	3,298 点	<b><u>3,321点</u></b>
<b>【精神科救急急性期医療入院料】</b>		
1 30日以内の期間	2,400 点	<b><u>2,420点</u></b>
2 31日以上60日以内の期間	2,100 点	<b><u>2,120点</u></b>
3 61日以上90日以内の期間	1,900 点	<b><u>1,918点</u></b>

・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、評価の見直し

# 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

	改 定 前	改 定 後
【精神科急性期治療病棟入院料】		
1 精神科急性期治療病棟入院料 1		
イ 30日以内の期間	2,000 点	<b>2,020点</b>
ロ 31日以上60日以内の期間	1,700 点	<b>1,719点</b>
ハ 61日以上90日以内の期間	1,500 点	<b>1,518点</b>
2 精神科急性期治療病棟入院料 2		
イ 30日以内の期間	1,885 点	<b>1,903点</b>
ロ 31日以上60日以内の期間	1,600 点	<b>1,618点</b>
ハ 61日以上90日以内の期間	1,450 点	<b>1,466点</b>
【精神科救急・合併症入院料】		
1 30日以内の期間	3,600 点	<b>3,624点</b>
2 31日以上60日以内の期間	3,300 点	<b>3,323点</b>
3 61日以上90日以内の期間	3,100 点	<b>3,123点</b>
【児童・思春期精神科入院医療管理料】	2,995 点	<b>3,016点</b>
【精神療養病棟入院料】	1,091 点	<b>1,108点</b>

・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、評価の見直し

# 認知症治療病棟入院料、特定一般病棟入院料、 地域移行機能強化病棟入院料、特定機能リハビリテーション病棟入院料

	改定前	改定後
<b>【認知症病棟入院料】</b>		
1 認知症治療病棟入院料 1		
イ 30日以内の期間	1,811 点	<u>1,829点</u>
ロ 31日以上60日以内の期間	1,503 点	<u>1,521点</u>
ハ 61日以上	1,204 点	<u>1,221点</u>
2 認知症治療病棟入院料 2		
イ 30日以内の期間	1,318 点	<u>1,334点</u>
ロ 31日以上60日以内の期間	1,112 点	<u>1,129点</u>
ハ 61日以上	988 点	<u>1,003点</u>
<b>【特定一般病棟入院料】</b>		
1 特定一般病棟入院料 1	1,152 点	<u>1,168点</u>
2 特定一般病棟入院料 2	987 点	<u>1,002点</u>
<b>【地域移行機能強化病棟入院料】</b>	1,539 点	<u>1,557点</u>
<b>【特定機能病院リハビリテーション病棟入院料】</b>	2,129 点	<u>2,229点</u>
（生活療養を受ける場合）	2,115 点	<u>2,215点</u>

※ 療養病棟入院基本料、特定集中治療室管理料、地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料、特定一般入院料（注7の点数を算定する場合に限る。）及び短期滞在手術等基本料については各短冊を参照。

・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、評価の見直し

入院基本料等の見直し

# 入院料等【通則】

## (意思決定支援、身体的拘束の最小化、栄養管理体制)

改定前	改定後
<p>【入院料等】 [算定要件] 医科診療報酬点数表第1章第2部入院料等 通則</p> <p>7 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第1節（特別入院基本料等を含む。）及び第3節の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。</p> <p>8（略） （新設）</p> <div style="background-color: #E6E6FA; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>・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し、身体的拘束の最小化の実施体制を整備を規定 ・満たせない場合の減算規定追加</p> </div>	<p>【入院料等】 [算定要件] 医科診療報酬点数表第1章第2部入院料等 通則</p> <p>7 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策、栄養管理体制、<b>意思決定支援及び身体的拘束最小化</b>について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第1節（特別入院基本料等を含む。）<b>、第3節及び第4節（短期滞在手術等基本料1を除く。）</b>の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。</p> <p>8（略）</p> <p><b>9 7に規定する別に厚生労働大臣が定める基準のうち、身体的拘束最小化に関する基準を満たすことができない保険医療機関については、第1節（特別入院基本料等を除く。）<b>、第3節及び第4節（短期滞在手術等基本料1を除く。）の各区分に掲げるそれぞれの入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数から1日につき40点を減算する。</b></b></p>



入院基本料等の見直し

# 入院料等【通則】

## (意思決定支援、身体的拘束の最小化、栄養管理体制)

改定前	改定後
<p>[施設基準]                      第四 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制の基準</p> <p>一～六 (略)                      (新設)</p>	<p>[施設基準]                      第四 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策、栄養管理体制、<b>意思決定支援及び身体的拘束最小化</b>の基準</p> <p>一～六 (略)</p> <p><b>七 意思決定支援の基準</b>  <u>該保険医療機関において、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること（小児特定集中治療室管理料、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、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又は治療室のみを有するものを除く。）。</u></p> <p><b>八 身体的拘束最小化の基準</b>  <u>身体的拘束の最小化を行うにつき十分な体制が整備されていること。</u></p>
<p>・入院料の通則として、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた適切な意思決定支援に係る指針を作成を要件化</p> <p>※ただし、以下の病棟のみ有する医療機関は除外</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●小児特定集中治療室管理料</li> <li>●総合周産期特定集中治療室管理料</li> <li>●新生児特定集中治療室管理料</li> <li>●新生児治療回復室入院医療管理料</li> <li>●小児入院医療管理料</li> <li>●児童・思春期精神科入院医療管理料</li> </ul>	



入院基本料等の見直し

# 入院料等【通則】

## (意思決定支援、身体的拘束最小化、栄養管理体制)

改定前	改定後
<p>別添2 入院基本料等の施設基準等</p> <p>第1 入院基本料（特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算、夜勤時間特別入院基本料及び重症患者割合特別入院基本料（以下「特別入院基本料等」という。）及び特定入院基本料を含む。）及び特定入院料に係る入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び<b>栄養管理体制の基準</b></p> <p>入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び<b>栄養管理体制の基準</b>は、「基本診療料の施設基準等」の他、次のとおりとする。</p> <p>1～4 (略)</p> <p>5 栄養管理体制の基準</p> <p>(1) (略)</p> <p>(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<b>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）</b>を作成すること。</p> <p>(3)～(9) (略)</p>	<p>別添2 入院基本料等の施設基準等</p> <p>第1 入院基本料（特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算、夜勤時間特別入院基本料及び重症患者割合特別入院基本料（以下「特別入院基本料等」という。）及び特定入院基本料を含む。）及び特定入院料に係る入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策、<b>栄養管理体制、意思決定支援及び身体的拘束最小化の基準</b></p> <p>入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策、<b>栄養管理体制、意思決定支援及び身体的拘束最小化の基準</b>は、「基本診療料の施設基準等」の他、次のとおりとする。</p> <p>1～4 (略)</p> <p>5 栄養管理体制の基準</p> <p>(1) (略)</p> <p>(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<b>栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ<b>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）</b>を作成すること。</b></p> <p>(3)～(9) (略)</p>

・標準的な栄養評価手法の活用と退院時も含めた定期的な栄養状態の評価を手順に位置づけることを明確化

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

入院基本料等の見直し

# 入院料等【通則】

## (意思決定支援、身体的拘束最小化、栄養管理体制)

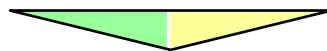
改定前	改定後
<p>(新設)</p>	<p><b>6 意思決定支援の基準</b>  <u>当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。</u></p> <p><b>7 身体的拘束最小化の基準</b></p> <p><b>(1)</b> <u>当該保険医療機関において、患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならないこと。</u></p> <p><b>(2)</b> <u>(1)の身体的拘束を行う場合には、その態様及び時間、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。</u></p> <p><b>(3)</b> <u>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。</u></p> <p><b>(4)</b> <u>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。</u></p>
<p>(新設)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>・緊急でやむを得ない場合を除いて身体的拘束を行ってはならない</li> <li>・身体的拘束を行う場合には詳細を記録</li> <li>・身体的拘束最小化チームの設置（必要に応じて薬剤師等入院に携わる多職種の参加が望ましい）</li> </ul> </div>	

入院基本料等の見直し

# 入院料等【通則】

## (意思決定支援、身体的拘束最小化、栄養管理体制)

改定前	改定後
<p>(新設)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>・身体的拘束の実施状況の把握と定期的な周知</li> <li>・身体的拘束を最小化するための指針の作成</li> <li>・職員を対象とした研修の定期的な実施</li> </ul> </div> <p>(新設)</p>	<p><b>(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。</b></p> <p><b>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。</b></p> <p><b>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。</b></p> <p><b>ウ 入院患者に係わる職員を対象として、身体的拘束の最小化に関する研修を定期的に行うこと。</b></p> <p><b>(6) (1)から(5)までの規定に関わらず、精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む）における身体的拘束の取扱いについては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）の規定による。</b></p>
<p><u>6</u> (略)</p>	<p><u>8</u> (略)</p>



# 入院料等【通則】

## (意思決定支援、身体的拘束最小化、栄養管理体制)

改 定 前	改 定 後
<p>【療養病棟入院基本料】 [施設基準] 三 療養病棟入院基本料の施設基準等 (1) 療養病棟入院基本料の注1本文に規定する入院料の施設基準</p> <p>イ 通則 ①～⑤ (略) ⑥ <u>当該保険医療機関において、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。</u> ⑦・⑧ (略)</p>	<p>【療養病棟入院基本料】 [施設基準] 三 療養病棟入院基本料の施設基準等 (1) 療養病棟入院基本料の注1本文に規定する入院料の施設基準</p> <p>イ 通則 ①～⑤ (略) <u>(削除)</u> ⑥・⑦ (略)</p>

・入院料全体の通則に盛り込まれたため削除



入院基本料等の見直し

# 入院料等【通則】

## (意思決定支援、身体的拘束最小化、栄養管理体制)

改定前	改定後
<p>第2 病院の入院基本料等に関する施設基準 4～4の10 (略)</p> <p><u>4の11 「基本診療料の施設基準等」の第五の三の(1)のイの⑥に規定する「適切な意思決定支援に関する指針」について</u>  <u>「適切な意思決定支援に関する指針を定めていること」とは、当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、意思決定支援に関する指針を定めていることをいう。</u></p> <p><u>4の12 (略)</u></p>	<p>第2 病院の入院基本料等に関する施設基準 4～4の10 (略)</p> <p><b><u>(削除)</u></b></p> <div style="border: 1px solid purple; background-color: #f0e0ff; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>・入院料全体の通則に盛り込まれたため削除</p> </div> <p>4の11 (略)</p> <p><b>※ 有床診療所在宅患者支援病床初期加算、地域包括ケア病棟入院料及び特定一般病棟入院料の注7に規定する施設基準についても同様。</b></p>



入院基本料等の見直し

# 入院料等【通則】

## (意思決定支援、身体的拘束最小化、栄養管理体制)

改定前	改定後
	<p>[経過措置]</p> <p>(1) 令和6年3月31日において現に入院基本料又は特定入院料に係る届出を行っている病棟（同日において、療養病棟入院基本料、有床診療所在宅患者支援病床初期加算、地域包括ケア病棟入院料及び特定一般入院料の注7に規定する施設基準の届出を行っている病棟を除く。）については、<b>令和7年5月31日</b>までの間に限り、第四の七に該当するものとみなす。</p> <p>(2) 令和6年3月31日において現に入院基本料又は特定入院料に係る届出を行っている病棟については、<b>令和7年5月31日</b>までの間に限り、第四の八に該当するものとみなす。</p>

# 特定入院料（施設基準を満たさなくなった場合）

## 改定後

### [算定要件]

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

- (1) A300救命救急入院料、A301特定集中治療室管理料、A301-2ハイケアユニット入院医療管理料、A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料、A301-4小児特定集中治療室管理料、A302新生児特定集中治療室管理料、A303総合周産期特定集中治療室管理料、A303-2新生児治療回復室入院医療管理料、A305一類感染症患者入院医療管理料の場合

### **急性期一般入院料6**

- (2) A307小児入院医療管理料（5の精神病棟を除く。）の場合

### **地域一般入院料3**

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

### **一般病棟入院基本料の特別入院基本料**

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

### **療養病棟入院基本料の入院料27**

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

### **精神病棟入院基本料の15対1入院基本料**

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

### **精神病棟入院基本料の特別入院基本料**

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

・特定入院料における施設基準を満たさなくなった場合の取扱いの明確化

# 初診料

初再診料等の評価の見直し

	改定前	改定後
【初診料】		
初診料	288点	<b>291点</b>
（情報通信機器を用いた場合）	251点	<b>253点</b>
（紹介のない場合）	214点	<b>216点</b>
（紹介のない場合・情報通信機器を用いた場合）	186点	<b>188点</b>
（妥結率が低い場合）	214点	<b>216点</b>
（妥結率が低い場合・情報通信機器を用いた場合）	186点	<b>188点</b>
（同一日2科目）	144点	<b>146点</b>
（同一日2科目・情報通信機器を用いた場合）	125点	<b>127点</b>
（同一日2科目・紹介のない場合）	107点	<b>108点</b>
（同一日2科目・紹介のない場合・情報通信機器を用いた場合）	93点	<b>94点</b>
（同一日2科目・妥結率が低い場合）	107点	<b>108点</b>
（同一日2科目・妥結率が低い場合・情報通信機器を用いた場合）	93点	<b>94点</b>

・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引き上げ



# 再診料、外来診療料

初再診料等の評価の見直し

	改定前	改定後
<b>【再診料】</b>		
再診料	73 点	<b>75点</b>
（情報通信機器を用いた場合）	73 点	<b>75点</b>
（妥結率が低い場合）	54 点	<b>55点</b>
（同一日 2 科目）	37 点	<b>38点</b>
（同一日 2 科目・妥結率が低い場合）	27 点	<b>28点</b>
<b>【外来診療料】</b>		
外来診療料	74 点	<b>76点</b>
（情報通信機器を用いた場合）	73 点	<b>75点</b>
（紹介がない場合）	55 点	<b>56点</b>
（妥結率が低い場合）	55 点	<b>56点</b>
（同一日 2 科目）	37 点	<b>38点</b>
（同一日 2 科目・紹介がない場合）	27 点	<b>28点</b>
（同一日 2 科目・妥結率が低い場合）	27 点	<b>28点</b>

・標準的な感染防止対策を日常的に講じる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引き上げ

# 医師事務作業補助体制加算

入院基本料等の見直し

改定前	改定後
<b>【医師事務作業補助体制加算】</b> 1 医師事務作業補助体制加算 1 イ 15対1 補助体制加算 1,050点 ロ 20対1 補助体制加算 835点 ハ 25対1 補助体制加算 705点 ニ 30対1 補助体制加算 610点 ホ 40対1 補助体制加算 510点 ヘ 50対1 補助体制加算 430点 ト 75対1 補助体制加算 350点 チ 100対1 補助体制加算 300点 2 医師事務作業補助体制加算 2 イ 15対1 補助体制加算 975点 ロ 20対1 補助体制加算 770点 ハ 25対1 補助体制加算 645点 ニ 30対1 補助体制加算 560点 ホ 40対1 補助体制加算 475点 ヘ 50対1 補助体制加算 395点 ト 75対1 補助体制加算 315点 チ 100対1 補助体制加算 260点	<b>【医師事務作業補助体制加算】</b> 1 医師事務作業補助体制加算 1 イ 15対1 補助体制加算 <b>1,070点</b> ロ 20対1 補助体制加算 <b>855点</b> ハ 25対1 補助体制加算 <b>725点</b> ニ 30対1 補助体制加算 <b>630点</b> ホ 40対1 補助体制加算 <b>530点</b> ヘ 50対1 補助体制加算 <b>450点</b> ト 75対1 補助体制加算 <b>370点</b> チ 100対1 補助体制加算 <b>320点</b> 2 医師事務作業補助体制加算 2 イ 15対1 補助体制加算 <b>995点</b> ロ 20対1 補助体制加算 <b>790点</b> ハ 25対1 補助体制加算 <b>665点</b> ニ 30対1 補助体制加算 <b>580点</b> ホ 40対1 補助体制加算 <b>495点</b> ヘ 50対1 補助体制加算 <b>415点</b> ト 75対1 補助体制加算 <b>335点</b> チ 100対1 補助体制加算 <b>280点</b>

・医師の業務への適切な支援を推進する観点から、評価を見直し

# 医師事務作業補助体制加算

入院基本料等の見直し

改定前	改定後
<p>[施設基準] 第4の2 医師事務作業補助体制加算 2 医師事務作業補助体制加算1の施設基準当該保険医療機関において、3年以上の医師事務作業補助者としての勤務経験を有する医師事務作業補助者が、それぞれの配置区分ごとに5割以上配置されていること。</p>	<p>[施設基準] 第4の2 医師事務作業補助体制加算 2 医師事務作業補助体制加算1の施設基準 当該保険医療機関において、3年以上の医師事務作業補助者としての勤務経験を有する医師事務作業補助者が、それぞれの配置区分ごとに5割以上配置されていること。<b>また、<u>医師事務作業補助者の勤務状況及び補助が可能な業務の内容を定期的に評価することが望ましい。</u></b></p>

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

# 特定集中治療室管理料

特定集中治療室管理料等の見直し

改定前	改定後
<b>【特定集中治療室管理料】</b> 1 特定集中治療室管理料 1 イ 7日以内の期間 <u>14,211点</u> ロ 8日以上期間 <u>12,633点</u> 2 特定集中治療室管理料 2 イ 特定集中治療室管理料 (1) 7日以内の期間 <u>14,211点</u> (2) 8日以上期間 <u>12,633点</u> ロ 広範囲熱傷特定集中治療室管理料 (1) 7日以内の期間 <u>14,211点</u> (2) 8日以上60日以内の期間 <u>12,833点</u> 3 特定集中治療室管理料 3 イ 7日以内の期間 <u>9,697点</u> ロ 8日以上期間 <u>8,118点</u> 4 特定集中治療室管理料 4 イ 特定集中治療室管理料 (1) 7日以内の期間 <u>9,697点</u> (2) 8日以上期間 <u>8,118点</u> ロ 広範囲熱傷特定集中治療室管理料 (1) 7日以内の期間 <u>9,697点</u> (2) 8日以上60日以内の期間 <u>8,318点</u> (新設)	<b>【特定集中治療室管理料】</b> 1 特定集中治療室管理料 1 イ 7日以内の期間 <b>14,406点</b> ロ 8日以上期間 <b>12,828点</b> 2 特定集中治療室管理料 2 イ 特定集中治療室管理料 (1) 7日以内の期間 <b>14,406点</b> (2) 8日以上期間 <b>12,828点</b> ロ 広範囲熱傷特定集中治療室管理料 (1) 7日以内の期間 <b>14,406点</b> (2) 8日以上60日以内の期間 <b>13,028点</b> 3 特定集中治療室管理料 3 イ 7日以内の期間 <b>9,890点</b> ロ 8日以上期間 <b>8,307点</b> 4 特定集中治療室管理料 4 イ 特定集中治療室管理料 (1) 7日以内の期間 <b>9,890点</b> (2) 8日以上期間 <b>8,307点</b> ロ 広範囲熱傷特定集中治療室管理料 (1) 7日以内の期間 <b>9,890点</b> (2) 8日以上60日以内の期間 <b>8,507点</b> <b>5 特定集中治療室管理料 5</b> イ <b>7日以内の期間</b> <b>8,890点</b> ロ <b>8日以上期間</b> <b>7,307点</b>
・SOFAスコアの基準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の新設	

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

# 特定集中治療室管理料

特定集中治療室管理料等の見直し

改定前	改定後
<p>(新設)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>・SOFAスコアの基準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の新設</p> </div> <p>[算定要件]</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があつて特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分（特定集中治療室管理料2及び4に限る。）に従い、14日（別に厚生労働大臣が定める状態の患者（特定集中治療室管理料2及び4に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。）にあつては60日、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であつて、急性血液浄化（腹膜透析を除く。）又は体外式心肺補助（ECMO）を必要とするものにあつては25日、臓器移植を行ったものにあつては30日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。</p>	<p><b>6 特定集中治療室管理料6</b></p> <p><b>イ 特定集中治療室管理料</b></p> <p><b>(1) 7日以内の期間</b> <span style="float: right;"><b>8,890点</b></span></p> <p><b>(2) 8日以上14日以内の期間</b> <span style="float: right;"><b>7,307点</b></span></p> <p><b>ロ 広範囲熱傷特定集中治療室管理料</b></p> <p><b>(1) 7日以内の期間</b> <span style="float: right;"><b>8,890点</b></span></p> <p><b>(2) 8日以上60日以内の期間</b> <span style="float: right;"><b>7,507点</b></span></p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があつて特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分（特定集中治療室管理料2、4<b>及び6</b>に限る。）に従い、14日（別に厚生労働大臣が定める状態の患者（特定集中治療室管理料2、4<b>及び6</b>に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。）にあつては60日、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であつて、急性血液浄化（腹膜透析を除く。）又は体外式心肺補助（ECMO）を必要とするものにあつては25日、臓器移植を行ったものにあつては30日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。</p>

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

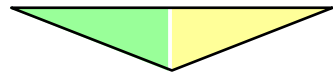
# 特定集中治療室管理料

特定集中治療室管理料等の見直し

改定前	改定後
<p>[施設基準]</p> <p>三 特定集中治療室管理料の施設基準等</p> <p>(1) 特定集中治療室管理料の注1に規定する入院基本料の施設基準</p> <p>イ 特定集中治療室管理料1の施設基準</p> <p>⑥ 次のいずれかに該当すること。</p> <p>(一) 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を八割以上入院させる治療室であること。</p> <p>(二) 診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を七割以上入院させる治療室であること。</p> <p>(新設)</p> <p>□ (略)</p> <p>八 特定集中治療室管理料3の施設基準</p> <p>④ 次のいずれかに該当すること。</p> <p>(一) 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を七割以上入院させる治療室であること。</p>	<p>[施設基準]</p> <p>三 特定集中治療室管理料の施設基準等</p> <p>(1) 特定集中治療室管理料の注1に規定する入院基本料の施設基準</p> <p>イ 特定集中治療室管理料1の施設基準</p> <p>⑥ <b>診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を8割以上入院させる治療室であること。</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>・必要度Ⅱを用いた評価の要件化</li> <li>・重症患者の受入実績追加（S O F Aスコアの導入）</li> <li>・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見直し</li> </ul> </div> <p>⑦ <b>入室時に重症な患者の受入れにつき、十分な実績を有していること。</b></p> <p>□ (略)</p> <p>八 特定集中治療室管理料3の施設基準</p> <p>④ <b>診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を7割以上入院させる治療室であること。</b></p>

答申にて⑤が④に変更

答申にて⑤が④に変更



# 特定集中治療室管理料

特定集中治療室管理料等の見直し

改定前	改定後
<p>(二) 診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を八割以上入院させる治療室であること。</p> <p>(新設)</p> <p>二 (略)</p> <p>(新設)</p>	<p>⑤ 入室時に重症の患者の受入れにつき、相当の実績を有していること。</p> <p>二 (略)</p> <p>ホ 特定集中治療室管理料5の施設基準</p> <p>① イの①、③及び④を満たすものであること。</p> <p>② 当該保険医療機関内に集中治療を行うにつき必要な医師が常時配置されていること。</p> <p>③ 八の③を満たすものであること。</p> <p>④ 診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を7割以上入院させる治療室であること。</p> <p>⑤ 届出時点で、継続して3月以上、特定集中治療室管理料1、2、3若しくは4又は救命救急入院料を算定していること。</p> <p>ハ 特定集中治療室管理料6の施設基準</p> <p>次のいずれにも該当するものであること。</p> <p>① ホを満たすものであること。</p> <p>② 広範囲熱傷特定集中治療を行うにつき十分な体制が整備されていること。</p>

答申にて⑥が⑤に変更

答申にて「③」が追加

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

# 特定集中治療室管理料

特定集中治療室管理料等の見直し

改定前	改定後
<p>1 特定集中治療室管理料 1 に関する施設基準 (1)～(9) (略) (10) 当該入院料を算定するものとして届け出ている治療室に入院している全ての患者の状態を、別添 6 の別紙 17 の「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて測定及び評価し、その結果、基準を満たす患者が、<u>重症度、医療・看護必要度 I の場合は 8 割以上、重症度、医療・看護必要度 II の場合は 7 割以上</u>いること。 (中略) (11) (略) (12) <u>特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度 I 又は II のいずれを用いて評価を行うかは、特定入院料の届出時に併せて届け出ること。なお、評価方法のみの変更を行う場合については、別添 7 の様式 43 を用いて届け出ること。ただし、評価方法のみの変更による新たな評価方法への切り替えは 4 月又は 10 月までに届け出ること。</u> (新設)</p> <p>2 (略)</p>	<p>1 特定集中治療室管理料 1 に関する施設基準 (1)～(9) (略) (10) 当該入院料を算定するものとして届け出ている治療室に入院している全ての患者の状態を、別添 6 の別紙 17 の「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて測定及び評価し、その結果、<b>基準を満たす患者が、重症度、医療・看護必要度 II による評価で 8 割以上</b>いること。 (中略) (11) (略) <u>(削除)</u></p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #FFDAB9; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>・必要度 II を用いた評価の要件化</p> </div> <div style="border: 1px solid black; background-color: #FFDAB9; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>・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</p> </div> <p><b>(12) 直近 12 か月の間に新たに治療室に入室する患者のうち、入室日の S O F A スコア 5 以上の患者が 10% 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。</b></p> <p>2 (略)</p>

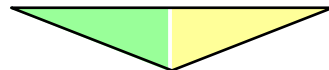


# 特定集中治療室管理料

特定集中治療室管理料等の見直し

改定前	改定後
<p>3 特定集中治療室管理料 3 に関する施設基準 (1)～(3) (略) (4) 当該入院料を算定するものとして届け出ている治療室に入院している全ての患者の状態を、別添 6 の別紙 17 の「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて測定及び評価し、その結果、基準を満たす患者が、<u>重症度、医療・看護必要度 I の場合は 7 割以上、重症度、医療・看護必要度 II の場合は 6 割以上</u>いること。 (中略)</p> <p>(新設)</p> <p>4 (略)</p> <p>(新設)</p>	<p>3 特定集中治療室管理料 3 に関する施設基準 (1)～(3) (略) (4) 当該入院料を算定するものとして届け出ている治療室に入院している全ての患者の状態を、別添 6 の別紙 17 の「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて測定及び評価し、その結果、基準を満たす患者が、<b>重症度、医療・看護必要度 II による評価で 7 割以上</b>いること。 (中略)</p> <p><b>(5) 直近 12 か月の間に新たに治療室に入室する患者のうち、入室日の S O F A スコア 3 以上の患者が 10% 以上</b>であること。15 歳未満の小児は対象から除くものであること。</p> <p>4 (略)</p> <p><b>5 特定集中治療室管理料 5 に関する施設基準</b> <b>(1) 専任の医師 (宿日直を行っている専任の医師を含む) が常時、保険医療機関内に勤務していること。</b></p>

・必要度IIを用いた評価の要件化



# 特定集中治療室管理料

特定集中治療室管理料等の見直し

改定前	改定後
	<p>(2) <u>集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師を当該治療室内に週20時間以上配置すること。なお、専任の常勤看護師を2名組み合わせることにより、当該治療室内に週20時間以上配置しても差し支えないが、当該2名の勤務が重複する時間帯については1名についてのみ計上すること。また、ここでいう「適切な研修」とは、国又は医療関係団体等が主催する600時間以上の研修（修了証が交付されるものに限る。）であり、講義及び演習により集中治療を必要とする患者の看護に必要な専門的な知識及び技術を有する看護師の養成を目的とした研修又は保健師助産師看護師法第37条の2第2項第5号に規定する指定研修機関において行われる集中治療を必要とする患者の看護に係る研修であること。</u></p> <p>(3) <u>特定集中治療室管理を行うにふさわしい専用の特定集中治療室を有しており、当該特定集中治療室の広さは、内法による測定で、1床当たり20平方メートル以上であること。ただし、新生児用の特定集中治療室にあつては、1床当たり9平方メートル以上であること。</u></p> <p>(4) <u>特定集中治療室管理料1の(5)から(9)まで、(11)及び(12)を満たすこと。</u></p>



本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

# 特定集中治療室管理料

特定集中治療室管理料等の見直し

改定前	改定後
	<p><b>(5) 当該入院料を算定するものとして届け出ている治療室に入院している全ての患者の状態を、別添6の別紙17の「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて測定及び評価し、その結果、重症度、医療・看護必要度Ⅱによる評価で7割以上いること。ただし、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料3に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する。なお、別添6の別紙17の「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」のB項目の患者の状況等については、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る基準に用いないが、当該評価票を用いて評価を行っていること。</b></p> <p><b>6 特定集中治療室管理料6に関する施設基準</b></p> <p><b>(1) 特定集中治療室管理料5の施設基準を満たすほか、広範囲熱傷特定集中治療管理を行うにふさわしい治療室を有しており、当該治療室の広さは、内法による測定で、1床当たり20平方メートル以上であること。</b></p> <p><b>(2) 当該保険医療機関に広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師が勤務していること。</b></p>

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

## 特定集中治療室管理料

特定集中治療室管理料等の見直し

### [経過措置]

- (1) 令和6年3月31日において現に特定集中治療室管理料1、特定集中治療室管理料2、特定集中治療室管理料3又は特定集中治療室管理料4に係る届出を行っている治療室（特定集中治療室管理料5又は特定集中治療室6に係る届出を行う治療室を含む。）については、**令和6年9月30日**までの間に限り、第九の三の(1)のイの⑥、ロの①（イの⑥に限る。）、ハの⑤、ニの①（ハの⑤に限る。）、ホの④又はヘの①（ホの④に限る）に該当するものとみなす。
- (2) 令和6年3月31日において現に救命救急入院料1、救命救急入院料2、救命救急入院料3又は救命救急入院料4に係る届出を行っている治療室については、**令和6年9月30日**までの間に限り、第九の三の(1)のホの④又はヘの①（ホの④に限る）に該当するものとみなす。
- (3) 令和6年3月31日において現に特定集中治療室管理料1、特定集中治療室管理料2、特定集中治療室管理料3又は特定集中治療室管理料4に係る届出を行っている治療室については、**令和6年9月30日**までの間に限り、第九の三の(1)のイの⑦、ロの①（イの⑦に限る。）、ハの⑥又はニの①（ハの⑥に限る。）に該当するものとみなす。
- (4) 特定集中治療室管理料5又は6に係る届出を行う治療室については、**令和8年5月31日**までの間に限り、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師を当該治療室内に **週20時間以上** 配置する要件について、該当するものとみなす。



# 特定集中治療室管理料

特定集中治療室管理料等の見直し

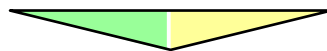
改定前	改定後
<p>【特定集中治療室管理料】 〔施設基準〕</p> <p>1 特定集中治療室管理料 1 に関する施設基準</p> <p>(1) 専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること。当該専任の医師に、特定集中治療の経験を5年以上有す医師を2名以上含むこと。ただし、患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない。</p> <p>(2)～(8) (略)</p> <p>(9) 当該治療室勤務の医師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での<u>当直勤務</u>を併せて行わないものとし、当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとする。</p> <p>(10)～(12) (略)</p> <p>2 (略)</p>	<p>【特定集中治療室管理料】 〔施設基準〕</p> <p>1 特定集中治療室管理料 1 に関する施設基準</p> <p>(1) 専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること。当該専任の医師に、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。<b>当該専任の医師は、宿日直を行う医師ではないこと。</b>ただし、患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない。</p> <p>(2)～(8) (略)</p> <p>(9) 当該治療室勤務の医師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での<b>勤務及び宿日直</b>を併せて行わないものとし、当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとする。</p> <p>(10)～(13) (略)</p> <p>2 (略)</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #FFDAB9; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>・治療室内に配置される専従の常勤医師は宿日直を行ってない医師であることを明確化</p> </div>



# 特定集中治療室管理料

特定集中治療室管理料等の見直し

改定前	改定後
<p>3 特定集中治療室管理料3に関する施設基準</p> <p>(1) 専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること。ただし、患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない。</p> <p>(2)～(4) (略)</p> <p>4 (略) (新設)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 20px;"> <p>・医療機関内に配置される医師は宿日直を行っている医師を含むことを明確化</p> </div>	<p>3 特定集中治療室管理料3に関する施設基準</p> <p>(1) 専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること。<b>当該専任の医師は、宿日直を行う医師でないこと。</b>ただし、患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない。</p> <p>(2)～(5) (略)</p> <p>4 (略)</p> <p><b>5 特定集中治療室管理料5に関する施設基準</b></p> <p><b>(1) 専任の医師（宿日直を行っている専任の医師を含む）が常時、保険医療機関内に勤務していること。</b></p> <p><b>(2)～(6) (略)</b></p> <p>※ <b>救命救急入院料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料及び新生児治療回復室入院医療管理料についても同様</b></p>



## (新設) 特定集中治療室遠隔支援加算

特定集中治療室管理料等の見直し

### 改定後

#### (新) 特定集中治療室遠隔支援加算 **980点**

[算定要件]

注7 特定集中治療室管理料5又は特定集中治療室管理料6を算定する保険医療機関であって別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たすものにおいて、特定集中治療室管理に係る専門的な医療機関として別に厚生労働大臣が定める保険医療機関と情報通信機器を用いて連携して特定集中治療室管理が行われた場合に、特定集中治療室遠隔支援加算として、**980点**を所定点数に加算する。

・治療室内に専従の常勤医師が配置されない区分（5又は6）で、遠隔ICUモニタリングにより特定集中治療室管理料1及び2の届出を行う施設から支援を受けることを評価

[施設基準]

- (9) 特定集中治療室管理料の注7に規定する厚生労働大臣が定める施設基準  
他の保険医療機関（(10)の基準を満たす保険医療機関に限る。）と情報通信機器を用いて連携して特定集中治療室管理を実施するための必要な体制が整備されていること。
- (10) 特定集中治療室管理料の注7に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関  
次のいずれにも該当する保険医療機関であること。
- イ 特定集中治療室管理料1又は特定集中治療室管理料2に係る届出を行っている保険医療機関であること。
  - ロ 特定集中治療室管理について情報通信機器を用いて支援を行うにつき十分な体制を有していること。
- 12 特定集中治療室管理料の「注7」に掲げる特定集中治療室遠隔支援加算の施設基準  
被支援側医療機関における施設基準を満たした上で、支援側医療機関の施設基準を満たす医療機関から入院患者についての常時モニタリングを受けるとともに助言を受けられる体制があること。
- (1) 被支援側医療機関における施設基準
- ア 特定集中治療室管理料5又は特定集中治療室管理料6の届出を行っていること。
  - イ 支援側医療機関から定期的に重症患者の治療に関する研修を受けていること。
  - ウ 情報セキュリティに必要な体制を整備した上で、支援側による電子カルテの確認及びモニタリングに必要な機器等を有している等関係学会の定める指針に従って支援を受ける体制を有していること。

## (新設) 特定集中治療室遠隔支援加算

特定集中治療室管理料等の見直し

### 改定後

#### (2) 支援側医療機関における施設基準

- ア 特定集中治療室管理料1又は特定集中治療室管理料2の届出を行っていること。
- イ 当該保険医療機関が支援する被支援側医療機関に、「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域又は医療法第三十条の四第六項に規定する医師の数が少ないと認められる同条第二項第十四号に規定する区域に所在する保険医療機関が含まれること。
- ウ 特定集中治療の経験を5年以上有する医師又は集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の看護師が、被支援側医療機関の特定集中治療室における患者のモニタリングを常時行うこと。
- エ 特定集中治療の経験を5年以上有する医師が、特定集中治療室内に勤務する専任の医師と別に配置されていること。
- オ ウの職員数は、被支援側の治療室における入院患者数が**30**又はその端数を増すごとに1以上であること。
- カ 被支援側の医療機関に対して定期的に重症患者の治療に関する研修を行うこと。
- キ 情報セキュリティに必要な体制を整備した上で、被支援側医療機関の電子カルテの確認及びモニタリングに必要な機器等を有する等関係学会の定める指針に従って支援を行う体制を有していること。

13～14 (略)

#### [経過措置]

特定集中治療室遠隔支援加算における支援側医療機関については、**令和7年5月31日**までの間に限り、施設基準のうち(2)イに該当するものとみなす。



# 薬剤総合評価調整加算

入院中の薬物療法の適正化に対する取組の推進

改定前	改定後
<p>【薬剤総合評価調整加算】 [算定要件]</p> <p>(1) 「注1」に規定する薬剤総合評価調整加算は、複数の内服薬が処方されている患者であって、薬物有害事象の存在や服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等のおそれのあるものに対して、処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、当該患者に対して療養上必要な指導を行う取組を評価したものであり、次に掲げる指導等を全て実施している場合に算定する。</p> <p>ア (略)</p> <p>イ アを踏まえ、患者の病状、副作用、療養上の問題点の有無を評価するために、医師、薬剤師及び看護師等の多職種によるカンファレンスを実施し、薬剤の総合的な評価を行い、適切な用量への変更、副作用の被疑薬の中止及びより有効性・安全性の高い代替薬への変更等の処方内容の変更を行う。また、評価した内容や変更の要点を診療録等に記載する。</p> <p>ウ 当該カンファレンスにおいて、処方の内容を変更する際の留意事項を多職種で共有した上で、患者に対して処方変更に伴う注意点を説明する。また、併せて当該患者に対し、ポリファーマシーに関する一般的な注意の啓発を行う。なお、ここでいうポリファーマシーとは、「単に服用する薬剤数が多いことではなく、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態」をいう。</p>	<p>【薬剤総合評価調整加算】 [算定要件]</p> <p style="text-align: right;">・カンファレンス要件の緩和</p> <p>(1) 「注1」に規定する薬剤総合評価調整加算は、複数の内服薬が処方されている患者であって、薬物有害事象の存在や服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等のおそれのあるものに対して、処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、当該患者に対して療養上必要な指導を行う取組を評価したものであり、次に掲げる指導等を全て実施している場合に算定する。</p> <p>ア (略)</p> <p>イ アを踏まえ、患者の病状、副作用、療養上の問題点の有無を評価するために、医師、薬剤師及び看護師等の多職種による<b>連携の下で</b>、薬剤の総合的な評価を行い、適切な用量への変更、副作用の被疑薬の中止及びより有効性・安全性の高い代替薬への変更等の処方内容の変更を行う。また、評価した内容や変更の要点を診療録等に記載し、多職種で共有すること</p> <p>ウ 処方の内容を変更する際の留意事項を多職種で共有した上で、患者に対して処方変更に伴う注意点を説明する。また、併せて当該患者に対し、ポリファーマシーに関する一般的な注意の啓発を行う。なお、ここでいうポリファーマシーとは、「単に服用する薬剤数が多いことではなく、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態」をいう。</p>

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

# 薬剤総合評価調整加算

入院中の薬物療法の適正化に対する取組の推進

改定前	改定後
<p>エ 処方変更による病状の悪化や新たな副作用の有無について、多職種で確認し、必要に応じて、<u>再度カンファレンスにおいて総合的に評価を行う。</u></p> <p>(新設)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>・カンファレンスの実施に限らず、多職種による薬物療法の総合的評価及び情報共有・連携ができる機会を活用することでも算定可</p> </div> <p>(新設)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>・実効性を担保するため、ポリファーマシー対策に係る評価方法についてあらかじめ手順書を作成する</p> </div> <p>(2)～(6) (略)</p> <p>(7) 持参薬の確認及び内服薬の総合的な評価及び変更に当たっては、「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）」（厚生労働省）、「高齢者の医薬品適正使用の指針（各論編（療養環境別））」（厚生労働省）、日本老年医学会の関連ガイドライン（高齢者の安全な薬物療法ガイドライン）等を参考にする。</p>	<p>エ 処方変更による病状の悪化や新たな副作用の有無について、多職種で確認し、必要に応じて、再評価を行う</p> <p><b>オ <u>イ、ウ、エを実施するに当たっては、ポリファーマシー対策に係るカンファレンスを実施する他、病棟等における日常的な薬物療法の総合的評価及び情報共有ができる機会を活用して、多職種が連携して実施すること。</u></b></p> <p><b>カ <u>(7)に規定するガイドライン等を参考にして、ポリファーマシー対策に関する手順書を作成し、保険医療機関内に周知活用すること。</u></b></p> <p>(2)～(6) (略)</p> <p>(7) 持参薬の確認及び内服薬の総合的な評価及び変更に当たっては、「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）」（厚生労働省）、「高齢者の医薬品適正使用の指針（各論編（療養環境別））」（厚生労働省）、日本老年医学会の関連ガイドライン（高齢者の安全な薬物療法ガイドライン）、「<b>病院における高齢者のポリファーマシー対策の始め方と進め方</b>」（厚生労働省）、「<b>ポリファーマシー対策の進め方</b>」（日本病院薬剤師会）等を参考にする。</p>

## 薬剤業務向上加算

薬剤師の養成強化による病棟薬剤業務の向上

改定後

### (新) 薬剤業務向上加算 (病棟薬剤業務実施加算 1) **100点**

[算定要件]

2 病棟薬剤業務の質の向上を図るための薬剤師の研修体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、病棟薬剤業務実施加算 1 を算定しているものについて、薬剤業務向上加算として、**週 1 回に限り100点**を所定点数に加算する。

[施設基準]

- (1) 免許取得直後の薬剤師を対象とした病棟業務等に係る総合的な研修が実施されていること。
- (2) 都道府県との協力の下で、当該保険医療機関の薬剤師が、一定期間、別の保険医療機関に勤務して地域医療に係る業務を実践的に修得する体制を整備していること。

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

# 外来腫瘍化学療法診療料

外来腫瘍化学療法診療料の見直し

改定前	改定後
<p>【外来腫瘍化学療法診療料】</p> <p>1 外来腫瘍化学療法診療料 1 イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 <u>700点</u></p> <p>□ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合 <u>400点</u></p> <p>2 外来腫瘍化学療法診療料 2 イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 <u>570点</u></p> <p>□ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合 <u>270点</u></p> <p>(新設)</p>	<p>【外来腫瘍化学療法診療料】</p> <p>1 外来腫瘍化学療法診療料 1 イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 <b>(1) 初回から3回目まで <u>800点</u></b> <b>(2) 4回目以降 <u>450点</u></b></p> <p>□ <u>イ以外の必要な治療管理を行った場合 <u>350点</u></u></p> <p>2 外来腫瘍化学療法診療料 2 イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 <b>(1) 初回から3回目まで <u>600点</u></b> <b>(2) 4回目以降 <u>320点</u></b></p> <p>□ <u>イ以外の必要な治療管理を行った場合 <u>220点</u></u></p> <p>3 外来腫瘍化学療法診療料 3 イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 <b>(1) 初回から3回目まで <u>540点</u></b> <b>(2) 4回目以降 <u>280点</u></b></p> <p>□ <u>イ以外の必要な治療管理を行った場合 <u>180点</u></u></p>

・「抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合」について、抗悪性腫瘍剤を投与した場合と抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合の評価に細分化  
 ・やむを得ない理由等により専任の医師、看護師又は薬剤師を院内に常時配置することが困難で、電話等による緊急相談等に24時間対応できる連絡体制を整備している医療機関の評価を新設

# 外来腫瘍化学療法診療料

外来腫瘍化学療法診療料の見直し

改定前	改定後
<p>[算定要件]</p> <p>注1 (略)</p> <p>2 1のイ及び2のイについては、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、月3回に限り算定する。</p> <p>3 1のロ及び2のロについては、1のイ又は2のイを算定する日以外の日において、当該患者に対して、<u>抗悪性腫瘍剤の投与その他の必要な治療管理を行った場合に、週1回に限り算定する。</u> (新設)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>・「抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合」について、抗悪性腫瘍剤を投与した場合と抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合の評価に細分化</p> </div> <p>(新設)</p> <p>4・5 (略)</p>	<p>[算定要件]</p> <p>注1 (略)</p> <p>2 1のイの(1)、2のイの(1)及び3のイの(1)については、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、月3回に限り算定する。</p> <p>3 1のイの(2)、2のイの(2)及び3のイの(2)については、1のイの(1)、2のイの(1)又は3のイの(1)を算定する日以外の日において、当該患者に対して、<u>抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、週1回に限り算定する。</u></p> <p>4 1のロについては、次に掲げるいずれかの治療管理を行った場合に、<u>週1回に限り算定する。</u>  <u>イ 1のイの(1)又は(2)を算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合</u>  <u>ロ 連携する他の保険医療機関が外来化学療法を実施している患者に対し、緊急に抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合</u></p> <p>5 2のロ及び3のロについては、2のイの(1)若しくは(2)又は3のイの(1)若しくは(2)を算定する日以外の日において、当該患者に対して、<u>抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合に、週1回に限り算定する。</u></p> <p>6・7 (略)</p>

# 外来腫瘍化学療法診療料（加算）

外来腫瘍化学療法診療料の見直し

改定前	改定後
<p><u>6</u> 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、<u>1</u>のイを算定した患者に対して、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、副作用の発現状況、治療計画等を文書により提供した上で、当該患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合は、連携充実加算として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。</p> <p><u>7</u> 当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。</p>	<p><u>8</u> 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、<b>1のイの(1)</b>を算定した患者に対して、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、副作用の発現状況、治療計画等を文書により提供した上で、当該患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合は、連携充実加算として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。 (削る)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>・バイオ後続品導入初期加算は、注射手技の加算となったため、診療料の加算からは削除</p> </div>



# 外来腫瘍化学療法診療料

外来腫瘍化学療法診療料の見直し

改定前	改定後
<p>(1) (略)</p> <p>(2) 「1」の「□」及び「2」の「□」に規定する点数は、注射による外来化学療法の実施その他必要な治療管理を実施中の期間に、当該外来化学療法を実施している保険医療機関において、当該外来化学療法又は治療に伴う副作用等で来院した患者に対し、診察（視診、聴診、打診及び触診等の身体診察を含む）の上、必要に応じて速やかに検査、投薬等を行う体制を評価したものである。</p> <p>なお、「外来化学療法の実施その他必要な治療管理を実施中の期間」とは、当該化学療法のレジメンの期間内とする。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>・診療料1届出医療機関で、あらかじめ診療料3の届出医療機関から患者の治療に必要な情報を文書で受理している場合、診療料3医療機関の患者が緊急に診療料1を受診した場合「1」の「□」を算定できる</p> </div> <p>(3)～(6) (略)</p> <p>(7) 「注6」に規定する連携充実加算については、外来腫瘍化学療法診療料1を届け出た保険医療機関において、外来腫瘍化学療法診療料1を算定する日に、次に掲げる全ての業務を実施した場合に月1回に限り算定する。</p> <p>ア～オ (略)</p> <p>(8) (略)</p>	<p>(1) (略)</p> <p>(2) 「1」の「□」、「2」の「□」及び「3」の「□」に規定する点数は、注射による外来化学療法の実施その他必要な治療管理を実施中の期間に、当該外来化学療法を実施している保険医療機関において、治療に伴う副作用等で来院した患者に対し、診察（視診、聴診、打診及び触診等の身体診察を含む）の上、必要に応じて速やかに検査、投薬等を行う体制を評価したものである。</p> <p><b>また、外来腫瘍化学療法診療料3の届出を行っている医療機関において外来化学療法を実施している患者が、連携する外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っている医療機関を緊急的な副作用等で受診した場合には、「1」の「□」を算定できる。ただし、あらかじめ治療等に必要情報を文書により当該外来腫瘍診療料3の届出を行っている医療機関から受理している場合に限る。</b>なお、「外来化学療法の実施その他必要な治療管理を実施中の期間」とは、当該化学療法のレジメンの期間内とする。</p> <p>(3)～(6) (略)</p> <p>(7) 「注8」に規定する連携充実加算については、外来腫瘍化学療法診療料1を届け出た保険医療機関において、外来腫瘍化学療法診療料1を算定する日に、次に掲げる全ての業務を実施した場合に月1回に限り算定する。</p> <p>ア～オ (略)</p> <p>(8) (略)</p>

# 外来腫瘍化学療法診療料

外来腫瘍化学療法診療料の見直し

改定前	改定後
<p>[施設基準] (1) 外来腫瘍化学療法診療料 1 の施設基準 イ～ハ (略) (新設)</p> <p>(新設) (2) (略) (新設)</p> <p>(3)・(4) (略)</p>	<p>[施設基準] (1) 外来腫瘍化学療法診療料 1 の施設基準 イ～ハ (略) <b>ニ 当該保険医療機関内に外来化学療法を担当する医師であって、緩和ケアに関する適切な研修を受けたものが配置されていること。</b> <b>ホ がん患者に対して指導管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。</b></p> <p>(2) (略) (3) <b>外来腫瘍化学療法診療料 3 の施設基準</b> <b>イ 外来化学療法及び当該外来化学療法に伴う副作用等に係る検査又は投薬等を行う体制が整備されていること。</b> <b>ロ 外来化学療法及び当該外来化学療法に伴う副作用等に係る検査又は投薬等を行うにつき十分な体制が整備されている別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。</b> <b>ハ (1)のロを満たすものであること。</b> (4)・(5) (略)</p>

・診療料 1 に医師の研修要件を追加  
(詳細は次ページ参照)

・診療料 3 は診療料 1 届出医療機関と  
あらかじめ連携体制の確保が必要  
(詳細は次ページ以降参照)





# 外来腫瘍化学療法診療料

外来腫瘍化学療法診療料の見直し

## 改定後

### 第6の8の4 外来腫瘍化学療法診療料

#### 1 外来腫瘍化学療法診療料 1

(1)～(7) (略)

(8) 区分番号「B001・22」に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料の届出を行っていること。

(9) 区分番号「B001・23」に掲げるがん患者指導管理料の□の届出を行っていることが望ましい。

(10) (2) に掲げる医師は、次に掲げるいずれかの研修を修了した者であること。

ア がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会

イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立研究開発法人国立がん研究センター主催）等

(11) 患者と患者を雇用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書の提出があった場合に、就労と療養の両立に必要な情報を提供すること並びに診療情報を提供した後の勤務環境の変化を踏まえ療養上必要な指導を行うことが可能である旨をウェブサイトに掲載していることが望ましい。

(12) 患者の急変時の緊急事態等に対応するための指針が整備されていることが望ましい。

(13) 外来腫瘍化学療法診療料 3 の届出を行っている他の保険医療機関において外来化学療法を実施している患者が、緊急時に当該保険医療機関に受診できる体制を確保している場合については、連携する医療機関の名称等をあらかじめ地方厚生(支)局長に届け出ていること。また、連携する医療機関の名称等については、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

(14) (5)、(6)及び(7)に係る対応を行っていることについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

(15) (5)、(6)、(7)及び(13)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。

#### 2 外来腫瘍化学療法診療料 2

(1) 1の(1)、(5)、(6)、(11) 及び(12) を満たしていること。

(2)～(3) (略)

・(1)～(7)は現行の施設基準

・診療料 1 の施設基準に「がん性疼痛緩和指導管理料」の届出を追加

・診療料 1 の施設基準に「がん患者指導管理料の□」の届出を行っていることが望ましいことを追加

・外来化学療法の体制について、ウェブサイトに掲載していること追加

・診療料 1 の施設基準に診療料 3 の医療機関と連携している場合は連携する医療機関をあらかじめ届出し、連携医療機関名を院内に掲示することを追加

(1・2 共通の追加基準)

・患者が事業者と共同して作成した勤務情報を記載した文書を、医療機関に提出した場合に就労と療養の両立に必要な情報提供を行うことと療養上の必要な指導を行うことについて、ウェブサイトに掲載していることが望ましいとして追加

・患者の急変時等の対応に関する指針を作成が望ましいことを追加

# 外来腫瘍化学療法診療料

外来腫瘍化学療法診療料の見直し

## 改定後

### 3 外来腫瘍化学療法診療料 3

- (1) 1の(1)、(6)、(11)及び(12)を満たしていること。
- (2) 2の(2)及び(3)を満たしていること。
- (3) 当該保険医療機関において化学療法を実施する患者に対して、外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っている他の保険医療機関との連携により、緊急時に有害事象等の診療ができる連携体制を確保していること。また、当該他の連携する医療機関の名称等については、あらかじめ地方厚生(支)局長に届け出を行い、かつ、その情報を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (4) (3)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。
- (5) 当該保険医療機関から、他の連携する保険医療機関に対して、緊急時に当該他の連携する保険医療機関に受診を希望する患者について、あらかじめ治療等に必要な情報を文書により、少なくとも治療開始時に1回は提供し、以降は適宜必要に応じて提供していること。
- (6) 標榜時間外において、当該保険医療機関で外来化学療法を実施している患者に関する電話等の問合せに応じる体制を整備すること。また、やむを得ない事由により電話等による問い合わせに応じることができなかつた場合であっても、速やかにコールバックすることができる体制がとられていること。

#### 〔経過措置〕

**令和7年5月31日**までの間に限り、1の(15)又は3の(4)を満たすものとする。

- ・(1)と(2)の基準：
  - ・外来化学療法実施のための専用ベッドのある治療室【1の(1)】
  - ・急変時の入院体制（他の医療機関との連携可）【1の(6)】
  - ・就労と療養の両立に必要な情報提供等が可能であることのウェブサイト掲載（望ましい）【1の(11)】
  - ・急変時の対応指針の整備（望ましい）【1の(12)】
  - ・化学療法の経験を有する専任看護師が化学療法実施時間帯に常時治療室に勤務【2の(2)】
  - ・化学療法につき専任の常勤薬剤師が勤務【2の(3)】
- ・(3)の基準：連携する診療料1医療機関名を届出し、院内に連携医療機関名を掲示（ウェブサイトにも掲載）

## (新設) がん薬物療法体制充実加算 外来腫瘍化学療法診療料の見直し

改定後

**(新) がん薬物療法体制充実加算 (外来腫瘍化学療法診療料 1) 100点**

[算定要件]

注9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、1のイの(1)を算定する患者に対して、当該保険医療機関の医師の指示に基づき薬剤師が、服薬状況、副作用の有無等の情報の収集及び評価を行い、医師の診察前に情報提供や処方案の提案等を行った場合は、がん薬物療法体制充実加算として、**月1回に限り100点**を所定点数に加算する。

[施設基準]

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

- ・医師の診察前に薬剤師が服薬状況や副作用の発現状況等について確認・評価を行い、医師に情報提供、処方に関する提案等を行った場合（いわゆる薬剤師外来）を評価
- ・「1のイの(1)を算定する患者（抗がん剤を投与した場合のうち初回から3回目まで）」が算定の対象

ICT、AI、IoT 等の活用による業務負担軽減の取組の推進

# 夜間看護体制加算（障害者施設等入院基本料）

改定前	改定後
<p>【夜間看護体制加算】 [施設基準]</p> <p>17 障害者施設等入院基本料の注10に規定する夜間看護体制加算について</p> <p>(1) 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、ア又はウを含む4項目以上を満たしていること。ただし、当該加算を算定する病棟が2交代制勤務又は変則2交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、ア及びウからコまでのうち、ア又はウを含む4項目以上を満たしていること。なお、各項目の留意点については、添3の第4の3の9の(3)と同様であること。</p> <p>ア～ケ（略） コ 当該病棟において、ICT、AI、IoT等の活用によって、看護要員の業務負担軽減を行っていること。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>・望ましい項目に「ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減」を追加</p> </div>	<p>【夜間看護体制加算】 [施設基準]</p> <p>17 障害者施設等入院基本料の注10に規定する夜間看護体制加算について</p> <p>(1) 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、ア又はウを含む4項目以上を満たしていること。ただし、当該加算を算定する病棟が2交代制勤務又は変則2交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、ア及びウからコまでのうち、ア又はウを含む4項目以上を満たしていること。<b>また、当該4項目以上にコが含まれることが望ましいこと。</b>なお、各項目の留意点については、別添3の第4の3の9の(3)と同様であること。</p> <p>ア～ケ（略） コ 当該病棟において、ICT、AI、IoT等の活用によって、看護要員の業務負担軽減を行っていること。</p> <p><b>※ 夜間看護体制加算（急性期看護補助体制加算）、看護職員夜間12対1配置加算1、看護職員16対1配置加算1、夜間看護体制加算（看護補助加算）、看護職員夜間配置加算（精神科救急急性期医療入院料）、看護職員夜間配置加算（精神科救急・合併症入院料）、時間外受入体制強化加算（小児入院医療管理料）も同様。</b></p>

## 事務等の簡素化・効率化

医療機関・薬局における事務等の簡素化・効率化

### 第1 基本的な考え方

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

### 第2 具体的な内容

1. 施設基準の届出について、1つの施設基準につき複数の届出様式の提出を求めているものの様式の統廃合及び必要以上に添付書類を求めている施設基準の添付書類の省略化などを行う。
2. レセプトの摘要欄に記載を求めている事項のうち、レセプトに記載されている情報等から確認できるもの、必要以上の記載項目と考えられるものについて、見直しを行い、医療機関・薬局のレセプト作成に係る事務負担軽減を図る。
3. 施設基準の届出について、現在紙で届け出ることとされている施設基準について電子的な届出を可能にすることで、医療機関・薬局の届出業務の効率化を行う。

ICT、AI、IoT 等の活用による業務負担軽減の取組の推進

## 地域医療体制確保加算

改定前	改定後
<p>【地域医療体制確保加算】 [施設基準] 1 地域医療体制確保加算に関する施設基準 (新設)</p> <p>(4) (略)</p>	<p>【地域医療体制確保加算】 [施設基準] 1 地域医療体制確保加算に関する施設基準 <b>(4) 医師の労働時間について、原則として、タイムカード、ICカード、パソコンの使用時間の記録等の客観的な記録を基礎として確認し、適正に記録すること。また、当該保険医療機関に勤務する医療法施行規則第63条に定める特定地域医療提供医師及び連携型特定地域医療提供医師（以下、この項において、「対象医師」という。）の1年間の時間外・休日労働時間が、原則として、次のとおりであること。ただし、1年間の時間外・休日労働時間が次のとおりでない対象医師がいる場合において、その理由、改善のための計画を当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示する等の方法で公開した場合は、その限りでないこと。</b> <b>ア 令和6年度においては、1,785時間以下</b> <b>イ 令和7年度においては、1,710時間以下</b></p> <p>(5) (略)</p>

・医師の時間外・休日労働時間に係る基準を追加

## 時間外加算 1 (処置・手術通則)

改定前	改定後
<p>【時間外加算 1 (処置・手術通則)】 [施設基準]</p> <p>7 当該加算を算定する全ての診療科において、<u>次のいずれか</u>を実施していること。</p> <p>(1) 交代勤務制を導入しており、以下のアからキまでのいずれも実施していること。 ア～キ (略)</p> <p>(2) チーム制を導入しており以下のアからカまでのいずれも実施していること。 ア～カ (略)</p> <p>(3) 医師が時間外、休日又は深夜の手術等を行った場合の手当等を支給しており、以下のア又はイのいずれかを実施するとともに実施内容について就業規則に記載を行い、その写しを地方厚生(支)局長に届け出ていること。また、休日等において、当該診療科に1名以上の緊急呼出し当番を担う医師を置いていること。 (中略) ア・イ (略)</p> <p>[経過措置] (新設)</p>	<p>【時間外加算 1 (処置・手術通則)】 [施設基準]</p> <p>7 当該加算を算定する全ての診療科において、<b>(1)又は(2)のいずれか及び(3)</b>を実施していること。</p> <p>(1) 交代勤務制を導入しており、以下のアからキまでのいずれも実施していること。 ア～キ (略)</p> <p>(2) チーム制を導入しており以下のアからカまでのいずれも実施していること。 ア～カ (略)</p> <p>(3) 医師が時間外、休日又は深夜の手術等を行った場合の手当等を支給しており、以下のア又はイのいずれかを実施するとともに実施内容について就業規則に記載を行い、その写しを地方厚生(支)局長に届け出ていること。また、休日等において、当該診療科に1名以上の緊急呼出し当番を担う医師を置いていること。 (中略) ア・イ (略)</p> <p>[経過措置]</p> <p><b>令和6年3月31日時点で休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の届出を行っている保険医療機関については、7に係る規定は令和8年5月31日までの間に限り、なお従前の例による。</b></p> <p>※ 休日加算1及び深夜加算1についても同様。</p>

・交代勤務制又はチーム制のどちらかを実施し、加えて手当に関する要件を満たす必要がある(現行は3つのうちいずれかで良い)

## 特定集中治療室管理料等

特定集中治療室管理料等の見直し

「 I - 2 - ②」を参照のこと。



# 看護補助体制充実加算（急性期看護補助体制加算）

看護補助体制充実加算に係る評価の見直し

改定前	改定後
<p>【急性期看護補助体制加算】 [算定要件] 注4 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助に係る十分な体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、<u>看護補助体制充実加算</u>として、1日につき5点を更に所定点数に加算する。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>・看護補助者の定着に向けた取組及び看護補助者の経験年数に着目した評価を新設</li> <li>・身体的拘束の実施に着目した評価に見直し</li> </ul> </div> <p>(7) 「注4」に規定する看護補助体制充実加算は、看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する<u>十分な体制</u>を評価するものである。</p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>【急性期看護補助体制加算】 [算定要件] 注4 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助に係る十分な体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、<u>当該基準に係る区分に従い</u>、1日につき<u>次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。ただし、本文の規定にかかわらず、身体的拘束を実施した日は、看護補助体制充実加算2の例により算定する。</u></p> <p><b>イ 看護補助体制充実加算1 <span style="float: right;">20点</span></b> <b>ロ 看護補助体制充実加算2 <span style="float: right;">5点</span></b></p> <p>(7) 「注4」に規定する<u>看護補助体制充実加算1又は看護補助体制充実加算2</u>は、看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制<u>及び身体的拘束の最小化の取組</u>を評価するものである。</p> <p>(8) 「注4」については、<u>身体的拘束を実施した場合は、理由によらず、看護補助体制充実加算2の例により算定すること。</u></p>



# 看護補助体制充実加算（急性期看護補助体制加算）

看護補助体制充実加算に係る評価の見直し

改定前	改定後
<p>[施設基準] 七の三 急性期看護補助体制加算の施設基準 (新設)</p> <p>(9) <u>看護補助体制充実加算の施設基準</u> 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する十分な体制が整備されていること。</p> <p>10 看護補助体制充実加算の施設基準 (新設)</p> <p><u>(1)・(2) (略)</u> (新設)</p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>[施設基準] 七の三 急性期看護補助体制加算の施設基準 <b>(9) 看護補助体制充実加算 1 の施設基準</b> <u>看護職員及び看護補助者の業務分担及び協働に資する十分な体制が整備されていること。</u></p> <p><b>(10) 看護補助体制充実加算 2 の施設基準</b> <u>看護職員及び看護補助者の業務分担及び協働に資する必要な体制が整備されていること。</u></p> <p><b>10 看護補助体制充実加算の施設基準</b></p> <p><b>(1) 看護補助体制充実加算 1 の施設基準</b> <b>イ 当該保険医療機関において3年以上の看護補助者としての勤務経験を有する看護補助者が5割以上配置されていること。</b> <b>ロ・ハ (略)</b> <b>ニ 当該保険医療機関における看護補助者の業務に必要な能力を段階的に示し、看護補助者の育成や評価に活用していること。</b></p> <p><b>(2) 看護補助体制充実加算 2 の施設基準</b> <b>(1)のロ及びハを満たすものであること。</b></p>

[経過措置]

令和6年3月31日時点で看護補助体制充実加算に係る届出を行っている保険医療機関については、**令和6年9月30日**までの間に限り、10の(1)のイ及びニの基準を満たしているものとみなす。

※ 看護補助加算の看護補助体制充実加算も同様。

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

# 夜間看護体制加算（急性期看護補助体制加算）

看護補助体制充実加算に係る評価の見直し

改定前	改定後
<p>【急性期看護補助体制加算】                      注3 夜間における看護業務の体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、夜間看護体制加算として、<u>60点</u>を更に所定点数に加算する。</p>	<p>【急性期看護補助体制加算】                      注3 夜間における看護業務の体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、夜間看護体制加算として、<u>71点</u>を更に所定点数に加算する。</p>

## 夜間看護体制加算（看護補助加算）

看護補助体制充実加算に係る評価の見直し

改定前	改定後
<p>【看護補助加算】 注3 夜間における看護業務の体制につき別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、夜間看護体制加算として、入院初日に限り<u>165点</u>を更に所定点数に加算する。</p>	<p>【看護補助加算】 注3 夜間における看護業務の体制につき別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、夜間看護体制加算として、入院初日に限り<u>176点</u>を更に所定点数に加算する。</p>

# 夜間看護体制加算（障害者施設等入院基本料）

看護補助体制充実加算に係る評価の見直し

改定前	改定後
<p>【障害者施設等入院基本料】                      注10 夜間における看護業務の体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を現に算定している患者に限る。）について、夜間看護体制加算として、入院初日に限り150点を所定点数に加算する。</p>	<p>【障害者施設等入院基本料】                      注11 夜間における看護業務の体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を現に算定している患者に限る。）について、夜間看護体制加算として、入院初日に限り<b>161点</b>を所定点数に加算する。</p>

# 感染対策向上加算

感染対策向上加算等における  
専従要件の明確化

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

・チームの構成員の専従業務に介護保険施設等への助言が含まれることを明確化（業務に影響のない範囲として、月10時間以下と設定）



# 感染対策向上加算

感染対策向上加算等における  
専従要件の明確化

改定前	改定後
	<ul style="list-style-type: none"> <li><u>イ</u> 指定介護老人福祉施設</li> <li><u>ロ</u> 指定地域密着型介護老人福祉施設</li> <li><u>ハ</u> 介護老人保健施設</li> <li><u>ニ</u> 介護医療院</li> <li><u>ホ</u> 指定特定施設入居者生活介護事業所</li> <li><u>ヘ</u> 指定地域密着型特定施設入居者生活介護事業所</li> <li><u>ト</u> 指定介護予防特定施設入居者生活介護事業所</li> <li><u>チ</u> 指定認知症対応型共同生活介護事業所</li> <li><u>リ</u> 指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所</li> <li><u>ヌ</u> 指定障害者支援施設</li> <li><u>ル</u> 指定共同生活援助事業所</li> <li><u>ヲ</u> 指定福祉型障害児入所施設</li> <li><u>(中略)</u></li> </ul>

# 緩和ケア診療加算

感染対策向上加算等における  
専従要件の明確化

改定前	改定後
<p>【緩和ケア診療加算】 〔施設基準〕</p> <p>1 緩和ケア診療加算に関する施設基準</p> <p>(1) 当該保険医療機関内に、以下の4名から構成される緩和ケアに係るチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）が設置されていること。</p> <p>ア 身体症状の緩和を担当する専任の常勤医師 イ 精神症状の緩和を担当する専任の常勤医師 ウ 緩和ケアの経験を有する専任の常勤看護師 エ 緩和ケアの経験を有する専任の薬剤師</p> <p>なお、アからエまでのうちいずれか1人は専従であること。 ただし、緩和ケアチームが診察する患者数が1日に15人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない。</p> <p>(2) (略)</p> <p>(新設)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>・チームの構成員の専従業務に介護保険施設等への助言が含まれることを明確化（業務に影響のない範囲として、月10時間以下と設定）</p> </div> <p>(3)～(13) (略)</p>	<p>【緩和ケア診療加算】 〔施設基準〕</p> <p>1 緩和ケア診療加算に関する施設基準</p> <p>(1) 当該保険医療機関内に、以下の4名から構成される緩和ケアに係るチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）が設置されていること。</p> <p>ア 身体症状の緩和を担当する専任の常勤医師 イ 精神症状の緩和を担当する専任の常勤医師 ウ 緩和ケアの経験を有する専任の常勤看護師 エ 緩和ケアの経験を有する専任の薬剤師</p> <p>なお、アからエまでのうちいずれか1人は専従であること。 ただし、緩和ケアチームが診察する患者数が1日に15人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない。</p> <p>(2) (略)</p> <p><b>(3) (1)の緩和ケアチームの専従の職員について、介護保険施設等からの求めに応じ、当該介護保険施設等において緩和ケアの専門性に基づく助言を行う場合には、緩和ケアチームの業務について専従とみなすことができる。ただし、介護保険施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として月10時間以下であること。</b></p> <p>(4)～(14) (略)</p> <p>※ 外来緩和ケア管理料も同様。</p>



# 褥瘡ハイリスク患者ケア加算

感染対策向上加算等における  
専従要件の明確化

改定前	改定後
<p>【褥瘡ハイリスク患者ケア加算】 [施設基準]</p> <p>1 褥瘡ハイリスク患者ケア加算に関する施設基準</p> <p>(2) 褥瘡管理者は、その特性に鑑みて、褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定すべき患者の管理等に影響のない範囲において、オストミー・失禁のケアを行う場合には、専従の褥瘡管理者とみなすことができる。</p>	<p>【褥瘡ハイリスク患者ケア加算】 [施設基準]</p> <p>1 褥瘡ハイリスク患者ケア加算に関する施設基準</p> <p>(2) 褥瘡管理者は、その特性に鑑みて、褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定すべき患者の管理等に影響のない範囲において、オストミー・失禁のケアを行う場合 <b>又は介護保険施設等からの求めに応じ、当該介護保険施設等において褥瘡管理の専門性に基づく助言を行う場合には</b>、専従の褥瘡管理者とみなすことができる。<b>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。</b></p>

・チームの構成員の専従業務に介護保険施設等への助言が含まれることを明確化（業務に影響のない範囲として、月10時間以下と設定）

## ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減の取組の推進

ICT、AI、IoT等の活用による  
業務負担軽減の取組の推進

「 I - 3 - ①」を参照のこと。

# 時間外対応加算 (再診料)

時間外対応加算の見直し

改定前	改定後
<p>【時間外対応加算】 [算定要件] 注10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において再診を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</p> <p>イ 時間外対応加算 1 5点 （新設）</p> <p>ロ 時間外対応加算 2 3点</p> <p>ハ 時間外対応加算 3 1点</p> <p>[施設基準] 五 時間外対応加算の施設基準 (1) 時間外対応加算 1 の施設基準 当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、原則として当該保険医療機関において、常時対応できる体制にあること。</p>	<p>【時間外対応加算】 [算定要件] 注10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において再診を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</p> <p>イ 時間外対応加算 1 5点</p> <p><b>ロ 時間外対応加算 2 4点</b></p> <p><b>ハ 時間外対応加算 3 3点</b></p> <p><b>ニ 時間外対応加算 4 1点</b></p> <p>[施設基準] 五 時間外対応加算の施設基準 (1) 時間外対応加算 1 の施設基準 当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、原則として当該保険医療機関の常勤の医師又は看護師及び准看護師（以下「看護職員」という。）等により、常時対応できる体制にあること。</p>

・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（加算 2）を新設

# 時間外対応加算 (再診料)

時間外対応加算の見直し

改定前	改定後
<p>(新設)</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #E6E6FA; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>・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</p> </div> <p>(2) <u>時間外対応加算2</u>の施設基準            当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、原則として当該保険医療機関において対応できる体制にあること。</p> <p>(3) (略)</p>	<p>(2) <u>時間外対応加算2</u>の施設基準  <u>当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、原則として当該保険医療機関の非常勤の医師又は看護職員等により、常時対応できる体制にあること。</u></p> <p>(3) <u>時間外対応加算3</u>の施設基準            当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、原則として当該<b>保険医療機関の常勤の医師又は看護職員等により</b>対応できる体制にあること。</p> <p>(4) (略)</p>



# 時間外対応加算 (再診料)

時間外対応加算の見直し

改定前	改定後
<p>第2 時間外対応加算</p> <p>2 時間外対応加算1に関する施設基準            診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、原則として当該診療所において、常時対応できる体制がとられていること。また、やむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかつた場合であっても、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。</p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>第2 時間外対応加算</p> <p>2 時間外対応加算1に関する施設基準            診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、原則として当該診療所において、<b><u>当該診療所の常勤の医師、看護職員又は事務職員等により、常時対応できる体制がとられていること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤の医師、看護職員又は事務職員等により、常時対応できる体制がとられている場合には、当該基準を満たしているとみなすことができる。</u></b>また、やむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかつた場合であっても、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。</p> <p><b><u>3 時間外対応加算2に関する施設基準</u></b>  <b><u>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つた場合であっても、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。</u></b></p>



# 時間外対応加算 (再診料)

時間外対応加算の見直し

改定前	改定後
<p><u>3</u> 時間外対応加算2に関する施設基準</p> <p>(1) 診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において対応できる体制がとられていること。また、標榜時間内や標榜時間外の夜間の数時間に、やむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかつた場合であっても、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。</p> <p>(2) (略)</p> <p><u>4・5</u> (略)</p>	<p><u>4</u> 時間外対応加算3に関する施設基準</p> <p>(1) 診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において、<b><u>当該診療所の常勤の医師、看護職員又は事務職員等により、対応できる体制がとられていること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤の医師、看護職員又は事務職員等により、標榜時間外の夜間の数時間において対応できる体制がとられている場合には、当該基準を満たしていると見なすことができる。</u></b>また、標榜時間内や標榜時間外の夜間の数時間に、やむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかつた場合であっても、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。</p> <p>(2) (略)</p> <p><u>5・6</u> (略)</p>

# 小児かかりつけ診療料

時間外対応加算の見直し

改定前	改定後
<p>【小児かかりつけ診療料】 [施設基準]</p> <p>1 小児かかりつけ診療料 1 に関する施設基準 (2) 区分番号「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。</p> <p>2 小児かかりつけ診療料 2 に関する施設基準 (2) 次のいずれかの基準を満たしていること。 ア 区分番号「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。</p> <p>イ (略)</p>	<p>【小児かかりつけ診療料】 [施設基準]</p> <p>1 小児かかりつけ診療料 1 に関する施設基準 (2) 区分番号「A 0 0 1」の注10に規定する時間外対応加算 1 又は<b>時間外対応加算 3</b>に係る届出を行っていること。</p> <p>2 小児かかりつけ診療料 2 に関する施設基準 (2) 次のいずれかの基準を満たしていること。 ア 区分番号「A 0 0 1」の注10に規定する<b>時間外対応加算 2 又は時間外対応加算 4</b>に係る届出を行っていること。</p> <p>イ (略)</p>

# 特定集中治療室管理料等

特定集中治療室管理料等の見直し

「I - 2 - ②」を参照のこと。



# 超急性期脳卒中加算

超急性期脳卒中加算の見直し

改定前	改定後
<p>【超急性期脳卒中加算】 [施設基準] 六の三 超急性期脳卒中加算の施設基準等 (1) 超急性期脳卒中加算の施設基準 イ 次のいずれかに該当すること。 ① (略) ② 次のいずれにも該当すること。 1 当該保険医療機関（別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関に限る。）内に、脳卒中の診療に関する研修を受けた専任の常勤医師が一名以上配置されていること。  2 (略) □・八 (略)</p>	<p>【超急性期脳卒中加算】 [施設基準] 六の三 超急性期脳卒中加算の施設基準等 (1) 超急性期脳卒中加算の施設基準 イ 次のいずれかに該当すること。 ① (略) ② 次のいずれにも該当すること。 1 当該保険医療機関（別表第六の二に掲げる地域又は<b>医療法第三十条の四第六項に規定する医師の数が少ないと認められる同条第二項第十四号に規定する区域</b>に所在する保険医療機関に限る。）内に、脳卒中の診療に関する研修を受けた専任の常勤医師が一名以上配置されていること。  2 (略) □・八 (略)</p>

・医師少数区域の医療機関について、専門的な施設との連携の下で、脳梗塞発症後にt-PA療法を迅速に実施した場合も算定可能とする

# 超急性期脳卒中加算

超急性期脳卒中加算の見直し

改定前	改定後
<p>1 超急性期脳卒中加算に関する施設基準</p> <p>(1) 次のいずれかを満たしていること。</p> <p>ア (略)</p> <p>イ 次のいずれも満たしていること。</p> <p>(イ) 「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関であって、超急性期脳卒中加算に係る届出を行っている他の保険医療機関との連携体制が構築されていること。</p> <p>(ロ)・(ハ) (略)</p> <p>(2) 脳外科的処置が迅速に行える体制が整備されていること。</p> <p>(3) 脳卒中治療を行うにふさわしい専用の治療室を有していること。ただし、ICU やSCUと兼用であっても構わないものとする。</p> <p>(4)・(5) (略)</p>	<p>1 超急性期脳卒中加算に関する施設基準</p> <p>(1) 次のいずれかを満たしていること。</p> <p>ア (略)</p> <p>イ 次のいずれも満たしていること。</p> <p>(イ) 「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域<b>又は医療法第三十条の四第六項に規定する医師の数が少ないと認められる同条第二項第十四号に規定する区域</b>に所在する保険医療機関であって、超急性期脳卒中加算に係る届出を行っている他の保険医療機関との連携体制が構築されていること。</p> <p>(ロ)・(ハ) (略)</p> <p>(2) 脳外科的処置が迅速に行える体制が整備されていること。<b>ただし、(1)のイに該当する保険医療機関であって、連携する保険医療機関において脳外科的処置を迅速に行える体制が整備されている場合においては、この限りではない。</b></p> <p>(3) <b>(1)のアに該当する保険医療機関においては、</b>脳卒中治療を行うにふさわしい専用の治療室を有していること。ただし、ICUやSCUと兼用であっても構わないものとする。</p> <p>(4)・(5) (略)</p>

・医師少数区域の医療機関について、専門的な施設との連携の下で、脳梗塞発症後にt-PA療法を迅速に実施した場合も算定可能とする

# 経皮的脳血栓回収術

脳梗塞の患者に対する血栓回収療法における遠隔連携の評価

改定前	改定後
<p>【経皮的脳血栓回収術】 [算定要件] (新設)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>・医師少数区域又は医療資源の少ない地域に所在する一次搬送施設が基幹施設との連携により、血栓回収療法の適応を判断した上で、必要に応じて患者を基幹施設に転院搬送し、基幹施設で血栓回収療法が実施された場合の評価を新設</p> </div> <p>【手術通則】 [算定要件] 通則</p> <p>4 区分番号K007（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、K014-2、（中略）K169-3、（中略）K910-2からK910-6まで並びにK916からK917-3までに掲げる手術等については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p> <p>(中略)</p>	<p>【経皮的脳血栓回収術】 [算定要件]</p> <p><b>注</b> 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関との連携体制の確保により超急性期脳卒中加算の届出を行っている他の保険医療機関の救急患者について、<b>経皮的脳血栓回収術の適応判定について助言を行った上で、当該他の保険医療機関から搬送された当該患者に対して、経皮的脳血栓回収術を実施した場合は、脳血栓回収療法連携加算として、5,000点を所定点数に加算する。ただし、脳血栓回収療法連携加算を算定する場合は、区分番号A205-2に掲げる超急性期脳卒中加算は算定できない。</b></p> <p>【手術通則】 [算定要件] 通則</p> <p>4 区分番号K007（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、K014-2、（中略）K169-3、<b>K178-4（注に規定する加算を算定する場合に限る。）</b>、（中略）K910-2からK910-6まで並びにK916からK917-3までに掲げる手術等については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p> <p>(中略)</p>

# 経皮的脳血栓回収術

脳梗塞の患者に対する血栓回収療法における遠隔連携の評価

改定前	改定後
<p>[施設基準] 第十二 手術 一 医科点数表第二章第十部手術通則第4号に掲げる手術等の施設基準等 (1) (略) (2) 皮膚悪性腫瘍切除術（センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。）、（中略）内視鏡下脳腫瘍摘出術、（中略）体外受精・顕微授精管理料、受精卵・胚培養管理料及び胚凍結保存管理料の施設基準  イ・ロ (略)</p>	<p>[施設基準] 第十二 手術 一 医科点数表第二章第十部手術通則第4号に掲げる手術等の施設基準等 (1) (略) (2) 皮膚悪性腫瘍切除術（センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。）、（中略）内視鏡下脳腫瘍摘出術、<b>経皮的脳血栓回収術（脳血栓回収療法連携加算を算定する場合に限る。）</b>、（中略）体外受精・顕微授精管理料、受精卵・胚培養管理料及び胚凍結保存管理料の施設基準  イ・ロ (略)</p>

# 超急性期脳卒中加算

脳梗塞の患者に対する血栓回収療法における遠隔連携の評価

改定前	改定後
<p>【超急性期脳卒中加算】 [施設基準] 第3 超急性期脳卒中加算 1 超急性期脳卒中加算に関する施設基準 (1) 次のいずれかを満たしていること。 ア (略) イ 次のいずれも満たしていること。 (イ)～(ハ) (新設)</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #E6E6FA; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>・基幹施設との連携により超急性期脳卒中加算の届出を行う場合において、基幹施設に助言を求めた上で血栓回収療法の適応の判断を行うことを要件に追加</p> </div> <p>(2)～(5) (略)</p>	<p>【超急性期脳卒中加算】 [施設基準] 第3 超急性期脳卒中加算 1 超急性期脳卒中加算に関する施設基準 (1) 次のいずれかを満たしていること。 ア (略) イ 次のいずれも満たしていること。 (イ)～(ハ) <b>(二) 関係学会の定める指針に基づき、連携する超急性期脳卒中加算に係る届出を行っている他の保険医療機関と間で、脳梗塞患者に対する経皮的脳血栓回収術の適応の可否の判断における連携について協議し、手順書を整備した上で、対象となる患者について当該他の保険医療機関から助言を受けていること。</b> (2)～(5) (略) <b>(6) 令和6年3月31日時点で超急性期脳卒中加算に係る届出を行っている保険医療機関については、令和7年5月31日までの間に限り、1の(1)のイの(二)の基準を満たしているものとみなす。</b></p>

## DPC / PDPS

⑤ DPC / PDPSの見直し

「 II - 4 - ②」を参照のこと。

# 回復期リハビリテーション病棟入院料（医療資源の少ない地域）

改定前	改定後
<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】 1～5（略） （新設）</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>・医療資源の少ない地域において、回復期リハビリテーション病棟に相当する機能を有する病室について、届出を病室単位で可能な区分を新設</p> </div> <p>〔算定要件〕</p> <p>注1 主として回復期リハビリテーションを行う病棟に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であつて、別に厚生労働大臣が定める回復期リハビリテーションを要する状態にあるものについて、当該基準に係る区分に従い、当該病棟に入院した日から起算して、それぞれの状態に応じて別に厚生労働大臣が定める日数を限度として所定点数を算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、当該病棟が一般病棟であるときには区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により、当該病棟が療養病棟であるときには区分番号A101に掲げる療養病棟入院料1の入院料I又は療養病棟入院料2の入院料Iの例により、それぞれ算定する。</p>	<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】 1～5（略）</p> <p><b>6 回復期リハビリテーション入院医療管理料 <span style="color: red;">1,859点</span></b> <b>（生活療養を受ける場合にあっては、<span style="color: red;">1,845点</span>）</b></p> <p>〔算定要件〕</p> <p>注1 <b>1から5までについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（別に厚生労働大臣が定める回復期リハビリテーションを要する状態にあるものに限る。）</b>について、<b>6については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者（別に厚生労働大臣が定める回復期リハビリテーションを要する状態にあるものに限る。）</b>について、当該基準に係る区分に従い、当該病棟<b>又は病室</b>に入院した日から起算して、それぞれの状態に応じて別に厚生労働大臣が定める日数を限度として所定点数を算定する。ただし、当該病棟<b>又は病室</b>に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、当該病棟が一般病棟であるときには区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により、当該病棟が療養病棟であるときには区分番号A101に掲げる療養病棟入院料1の<b>入院料27</b>又は療養病棟入院料2の<b>入院料27</b>の例により、それぞれ算定する。</p>

# 回復期リハビリテーション病棟入院料（医療資源の少ない地域）

改定前	改定後
2 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（回復期リハビリテーション病棟入院料3、回復期リハビリテーション病棟入院料4又は回復期リハビリテーション病棟入院料5を現に算定している患者に限る。）が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注1のただし書に規定する場合を除く。）は、休日リハビリテーション提供体制加算として、患者1人につき1日につき60点を所定点数に加算する。	2 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（回復期リハビリテーション病棟入院料3、回復期リハビリテーション病棟入院料4、回復期リハビリテーション病棟入院料5又は <b>回復期リハビリテーション入院医療管理料</b> を現に算定している患者に限る。）が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注1のただし書に規定する場合を除く。）は、休日リハビリテーション提供体制加算として、患者1人につき1日につき60点を所定点数に加算する。



## 回復期リハビリテーション病棟入院料

改定前	改定後
<p>3 診療に係る費用（注2及び注4に規定する加算、当該患者に対して行った第2章第1部医学管理等の区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料（回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定するものに限る。）及び区分番号B001の34に掲げる二次性骨折予防継続管理料（〇に限る。）、第2部在宅医療、第7部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、第5節に掲げる看護職員処遇改善評価料、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流及び区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、<u>回復期リハビリテーション病棟入院料</u>に含まれるものとする。</p> <p>4・5 （略）</p>	<p>3 診療に係る費用（注2及び注4に規定する加算、当該患者に対して行った第2章第1部医学管理等の区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料（回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定するものに限る。）、<b>区分番号B011-6に掲げる栄養情報連携料（回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定するものに限る。）</b>及び区分番号B001の34に掲げる二次性骨折予防継続管理料（〇に限る。）、第2部在宅医療、第7部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、<b>第14部その他</b>、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、<b>特定感染症患者療養環境特別加算</b>、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流及び区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、<u>回復期リハビリテーション病棟入院料1、回復期リハビリテーション病棟入院料2、回復期リハビリテーション病棟入院料3、回復期リハビリテーション病棟入院料4、回復期リハビリテーション病棟入院料5及び回復期リハビリテーション入院医療管理料</u>に含まれるものとする。</p> <p>4・5 （略）</p>

# 回復期リハビリテーション病棟入院料

改定前	改定後
<p>[施設基準]            十 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等            (1) 通則            イ 回復期リハビリテーションの必要性の高い患者を八割以上入院させ、一般病棟又は療養病棟の病棟単位で行うものであること。            ロ～ニ (略)            ホ 当該病棟に専任の常勤医師が一名以上配置されていること。            ヘ 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十五（回復期リハビリテーション病棟入院料 1 及び 2 にあつては十三）又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上（回復期リハビリテーション病棟入院料 3 から 5 までであつて、看護補助者が夜勤を行う場合においては看護職員の数は一以上）であることとする。</p>	<p>[施設基準]            十 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等            (1) 通則            イ 回復期リハビリテーションの必要性の高い患者を八割以上入院させる<u>る</u>一般病棟又は療養病棟の病棟<b>又は病室</b>であること。            ロ～ニ (略)            ホ 当該病棟<b>又は病室を有する病棟</b>に専任の常勤医師が一名以上配置されていること。            ヘ 当該病棟<b>又は病室を有する病棟</b>において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟又は病室を有する病棟の入院患者の数が十五（回復期リハビリテーション病棟入院料 1 及び 2 にあつては十三）又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟<b>又は病室を有する病棟</b>における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上（回復期リハビリテーション病棟入院料 3 から 5 までを算定する病棟<b>及び回復期リハビリテーション入院医療管理料を算定する病室を有する病棟</b>であつて、看護補助者が夜勤を行う場合においては看護職員の数は一以上）であることとする。</p>



## 回復期リハビリテーション病棟入院料

改定前	改定後
<p>ト 当該病棟において、看護職員の最小必要数の四割（回復期リハビリテーション病棟入院料 1 及び 2 にあつては七割）以上が看護師であること。</p> <p>チ 当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が三十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護補助者の数は、本文の規定にかかわらず、二以上（看護職員が夜勤を行う場合においては、二から当該看護職員の数を減じた数以上）であることとする。なお、主として事務的業務を行う看護補助者を含む場合は、一日に事務的業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二百又はその端数を増すごとに一に相当する数以下であること。</p> <p>リ 当該病棟に専従の常勤の理学療法士が二名（回復期リハビリテーション病棟入院料 1 及び 2 にあつては三名）以上、作業療法士が一名（回復期リハビリテーション病棟入院料 1 及び 2 にあつては、二名）以上配置されていること。</p> <p>ヌ・ル（略）</p>	<p>ト 当該病棟<b>又は病室を有する病棟</b>において、看護職員の最小必要数の四割（回復期リハビリテーション病棟入院料 1 及び 2 にあつては七割）以上が看護師であること。</p> <p>チ 当該病棟<b>又は病室を有する病棟</b>において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟<b>又は病室を有する病棟</b>の入院患者の数が三十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟<b>又は病室を有する病棟</b>において、一日に看護補助を行う看護補助者が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟<b>又は病室を有する病棟</b>における夜勤を行う看護補助者の数は、本文の規定にかかわらず、二以上（看護職員が夜勤を行う場合においては、二から当該看護職員の数を減じた数以上）であることとする。なお、主として事務的業務を行う看護補助者を含む場合は、一日に事務的業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟<b>又は病室を有する病棟</b>の入院患者の数が二百又はその端数を増すごとに一に相当する数以下であること。</p> <p>（削除）</p> <p>リ・ヌ（略）</p>

## 回復期リハビリテーション病棟入院料

改定前	改定後
<p>(2) 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 の施設基準 (新設) <u>イ</u>～<u>チ</u> (略) (新設)</p> <p><u>リ</u> (略)</p> <p>(3) 回復期リハビリテーション病棟入院料 2 の施設基準 (2)のイ及びハからチまでを満たすものであること。</p> <p>(4) 回復期リハビリテーション病棟入院料 3 の施設基準 (新設)</p> <p><u>イ</u>～<u>ニ</u> (略) (新設)</p> <p><u>ホ</u> (略)</p> <p>(5) 回復期リハビリテーション病棟入院料 4 の施設基準 (4)のイからニまでを満たすものであること。</p> <p>(6) 回復期リハビリテーション病棟入院料 5 の施設基準 (新設)</p> <p>データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。 (新設)</p>	<p>(2) 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 の施設基準 <u>イ 当該病棟に専従の常勤の理学療法士が三名以上、作業療法士が二名以上配置されていること。</u> <u>ロ</u>～<u>リ</u> (略) <u>ヌ 病院の一般病棟又は療養病棟の病棟単位で行うものであること。</u> <u>ル</u> (略)</p> <p>(3) 回復期リハビリテーション病棟入院料 2 の施設基準 (2)のイ、<u>ロ</u>及び<u>ニ</u>から<u>ヲ</u>までを満たすものであること。</p> <p>(4) 回復期リハビリテーション病棟入院料 3 の施設基準 <u>イ 当該病棟に専従の常勤の理学療法士が二名以上、作業療法士が一名以上配置されていること。</u> <u>ロ</u>～<u>ホ</u> (略) <u>ヘ 病院の一般病棟又は療養病棟の病棟単位で行うものであること。</u> <u>ト</u> (略)</p> <p>(5) 回復期リハビリテーション病棟入院料 4 の施設基準 (4)のイからヘまでを満たすものであること。</p> <p>(6) 回復期リハビリテーション病棟入院料 5 の施設基準 <u>イ 当該病棟に専従の常勤の理学療法士が二名以上、作業療法士が一名以上配置されていること。</u> <u>ロ</u> データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。 <u>ハ 病院の一般病棟又は療養病棟の病棟単位で行うものであること。</u></p>

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

## 回復期リハビリテーション病棟入院料

改定前	改定後
(新設)	<p><b>(7) 回復期リハビリテーション入院医療管理料の施設基準</b></p> <p><b>イ 当該病室を有する病棟に専従の常勤の理学療法士が一名以上、専任の常勤の作業療法士が一名以上配置されていること。</b></p> <p><b>ロ 当該病室において、新規入院患者のうち三割以上が重症の患者であること。</b></p> <p><b>ハ 当該病室において、退院患者のうち他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合が七割以上であること。</b></p> <p><b>ニ 該病室において、新規入室患者のうち四割以上が別表第九に掲げる脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢そう損傷等の発症後若しくは手術後の状態又は義肢装着訓練を要する状態に該当する患者であること。</b></p> <p><b>ホ 当該病室において、重症者の三割以上が退院時に日常生活機能又はFIMが改善していること。</b></p> <p><b>ヘ 別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関であって、当該保険医療機関を中心とした半径十二キロメートル以内に当該病院以外の医療機関が回復期リハビリテーション病棟入院料1から5までを届出していないこと。</b></p> <p><b>ト データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。</b></p> <p><b>チ 病院の一般病棟又は療養病棟の病室を単位として行うものであること。</b></p>

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

## 地域包括ケア病棟入院料

改定前	改定後
<p>【地域包括ケア病棟入院料】 [施設基準] 十一の二 地域包括ケア病棟入院料の施設基準等 (4) 地域包括ケア病棟入院料 2 の施設基準 ニ 当該病棟（許可病床数が二百床以上の保険医療機関に限る。）において、入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が六割未満であること。</p>	<p>【地域包括ケア病棟入院料】 [施設基準] 十一の二 地域包括ケア病棟入院料の施設基準等 (4) 地域包括ケア病棟入院料 2 の施設基準 ニ 当該病棟（許可病床数が二百床以上の保険医療機関に限り、<b>別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関を除く。</b>）において、入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が六割未満であること。</p> <p>※ 地域包括ケア病棟入院料 4 についても同様。</p>

# 在宅療養支援診療所

改定前	改定後
<p>【在宅療養支援診療所】 〔施設基準〕</p> <p>六 在宅療養支援診療所の施設基準次のいずれかに該当するものであること。</p> <p>(1) 次のいずれの基準にも該当するものであること。</p> <p>イ～ハ (略)</p> <p>二 当該診療所において、患家の求めに応じて、二十四時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>・医療資源の少ない地域において、在支診・在支病の24時間の往診体制要件について、入院中の患者以外の患者が看護師等という場合にオンライン診療が実施できる体制を整備することで要件を満たす</p> </div> <p>ホ～ワ (略)</p> <p>(2) 他の保険医療機関（診療所又は許可病床数が二百床（基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあつては二百八十床）未満の病院に限る。）と地域における在宅療養の支援に係る連携体制を構築している保険医療機関である診療所であつて、次のいずれの基準にも該当するものであること。</p> <p>イ～ロ (略)</p>	<p>【在宅療養支援診療所】 〔施設基準〕</p> <p>六 在宅療養支援診療所の施設基準次のいずれかに該当するものであること。</p> <p>(1) 次のいずれの基準にも該当するものであること。</p> <p>イ～ハ (略)</p> <p>二 当該診療所において、患家の求めに応じて、二十四時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。<b><u>ただし、基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する診療所にあつては、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うことが二十四時間可能な体制を確保し、担当医及び担当看護師等の氏名、担当日等を文書により患家に提供している場合は、この限りでない。</u></b></p> <p>ホ～ワ (略)</p> <p>(2) 他の保険医療機関（診療所又は許可病床数が二百床（基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあつては二百八十床）未満の病院に限る。）と地域における在宅療養の支援に係る連携体制を構築している保険医療機関である診療所であつて、次のいずれの基準にも該当するものであること。</p> <p>イ～ロ (略)</p>

# 在宅療養支援診療所

改定前	改定後
<p>ハ 当該連携体制を構成する他の保険医療機関との連携により、患家の求めに応じて、二十四時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。</p> <div data-bbox="140 475 1031 618" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>・医療資源の少ない地域において、在支診・在支病の24時間の往診体制要件について、入院中の患者以外の患者が看護師等という場合にオンライン診療が実施できる体制を整備することで要件を満たす</p> </div> <p>二～ヲ (略)</p> <p>(3) 次のいずれにも該当するものであること。</p> <p>イ・ロ (略)</p> <p>ハ 当該診療所において、又は別の保険医療機関の保険医との連携により、患家の求めに応じて、二十四時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。</p>	<p>ハ 当該連携体制を構成する他の保険医療機関との連携により、患家の求めに応じて、二十四時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。<b><u>ただし、基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する診療所にあつては、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うことが二十四時間可能な体制を確保し、担当医及び担当看護師等の氏名、担当日等を文書により患家に提供している場合は、この限りでない。</u></b></p> <p>二～ヲ (略)</p> <p>(3) 次のいずれにも該当するものであること。</p> <p>イ・ロ (略)</p> <p>ハ 当該診療所において、又は別の保険医療機関の保険医との連携により、患家の求めに応じて、二十四時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。<b><u>ただし、基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する診療所にあつては、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うことが二十四時間可能な体制を確保し、担当医及び担当看護師等の氏名、担当日等を文書により患家に提供している場合は、この限りでない。</u></b></p> <p>※ 在宅療養支援病院についても同様。</p>



## 医療資源の少ない地域

改定前	改定後
<p>別表第六の二 厚生労働大臣が定める地域 一～三 (略) 四 <u>北海道帯広市、音更町、士幌町、上士幌町、鹿追町、新得町、清水町、芽室町、中札内村、更別村、大樹町、広尾町、幕別町、池田町、豊頃町、本別町、足寄町、陸別町及び浦幌町の地域</u> 五～十一 (略) 十二 <u>秋田県北秋田市及び上小阿仁村の地域</u> 十三 <u>秋田県大仙市、仙北市及び美郷町の地域</u>  十四 <u>秋田県湯沢市、羽後町及び東成瀬村の地域</u> 十五～十八 (略) (新設) 十九～二十九 (略) 三十 <u>島根県大田市及び邑智郡の地域</u> 三十一～四十 (略) (中略)</p> <p>[経過措置] (新設)</p>	<p>別表第六の二 厚生労働大臣が定める地域 一～三 (略) (削除)</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #FFDAB9; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>・対象地域の見直し</p> </div> <p>四～十 (略) (削除)</p> <p>十一 <u>秋田県大仙市、仙台市、美郷町、横手市、湯沢市、羽後町及び東成瀬村の地域</u> (削除)</p> <p>十二～十五 (略)</p> <p>十六 <u>石川県輪島市、珠洲市、穴水町及び能登町の地域</u> 十七～二十七 (略) (削除)</p> <p>二十八～三十七 (略) (中略)</p> <p>[経過措置] <b>令和6年3月31日において、現に改正前の厚生労働大臣が定める地域に存在する保険医療機関が、医療資源の少ない地域の評価に係る届出を行っている場合は、令和8年3月31日までの間、なお効力を有するものとする。</b></p>

# 医療情報取得加算（初診料）

医療情報・システム基盤整備  
体制充実加算の見直し

改定前	改定後
<p>【初診料】 [算定要件] 注15 初診に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、<u>医療情報・システム基盤整備体制充実加算1</u>として、月1回に限り4点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報等の提供を受けた場合にあつては、<u>医療情報・システム基盤整備体制充実加算2</u>として、月1回に限り2点を所定点数に加算する。</p>	<p>【初診料】 [算定要件] 注15 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して<b>十分な情報を取得した上で</b>初診を行った場合は、<b>医療情報取得加算1</b>として、月1回に限り<b>3点</b>を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報等の提供を受けた場合にあつては、<b>医療情報取得加算2</b>として、月1回に限り<b>1点</b>を所定点数に加算する。</p>

- ・オンライン資格確認等システムの導入が原則義務化に伴い、体制整備に係る評価から診療情報・薬剤情報の取得・活用の評価に見直し
- ・名称を医療情報・システム基盤整備体制充実加算から医療情報取得加算に変更
- ・初診料での算定では「月1回に限り」は変更なし
- ・マイナ保険証により診療情報等を取得した場合の点数は1点減額

# 医療情報取得加算（再診料）

医療情報・システム基盤整備  
体制充実加算の見直し

改定前	改定後
<p>【再診料】 [算定要件] 注18 <u>再診に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して再診を行った場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算3として、月1回に限り2点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあっては、この限りでない。</u> (新設)</p> <p>[施設基準] 第3 初・再診料の施設基準等 3の7 <u>医療情報・システム基盤整備体制充実加算の施設基準</u> (略)</p>	<p>【再診料】 [算定要件] (削除)</p> <div style="border: 1px solid #FF69B4; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>・再診料は、診療情報を取得しなかった場合の加算3のみ設定されていたが、情報を取得した場合に算定できる加算4を新設</li> <li>・再診料の加算は「月1回に限り」から「3月に1回に限り」に変更</li> </ul> </div> <p>注19 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で再診を行った場合は、医療情報取得加算3として、3月に1回に限り2点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあっては、医療情報取得加算4として、3月に1回に限り1点を所定点数に加算する。</u> ※ 外来診療料についても同様。</p> <p>[施設基準] 第3 初・再診料の施設基準等 3の7 <u>医療情報取得加算</u>の施設基準 (略)</p>

# 医療DX推進体制整備加算 (初診料)

医療DX推進体制整備加算の新設

改定後

## (新) 医療DX推進体制整備加算 (初診料) 8点

・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、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスを導入し、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

[算定要件]

注16 医療DX推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険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) 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令第1条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。
- (2) 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。
- (3) 医師が、電子資格確認を利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。
- (4) 電磁的記録をもって作成された処方箋を発行する体制を有していること。
- (5) 電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有していること。
- (6) マイナンバーカードの健康保険証利用について、実績を一定程度有していること。
- (7) 医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (8) (7)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。
- (9) 現行の医療情報・システム基盤整備体制充実加算と同様に、B001-2に掲げる小児科外来診療料、B001-2-7に掲げる外来リハビリテーション診療料、B001-2-8に掲げる外来放射線照射診療料、B001-2-11に掲げる小児かかりつけ診療料及びB001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料において、包括範囲外とする。

・マイナ保険証利用実績は2024年1月から毎月個別に通知予定とされている(2024年1月12日時点)

# 医療DX推進体制整備加算 (初診料)

医療DX推進体制整備加算の新設

## 改定後

### 〔経過措置〕

- (1) **令和7年3月31日**までの間に限り、(4)の基準に該当するものとみなす。
- (2) **令和7年9月30日**までの間に限り、(5)の基準に該当するものとみなす。
- (3) (6)については、**令和6年10月1日**から適用する。
- (4) **令和7年5月31日**までの間に限り、(8)の基準に該当するものとみなす。

- ・(2025年3月31日まで経過措置)電子処方箋発行体制【(4)の基準】
- ・(2025年9月30日まで経過措置)電子カルテ情報共有サービス活用体制【(5)の基準】
- ・(2024年10月1日から適用 = 2024年9月30日まで経過措置)マイナ保険証利用実績【(6)の基準】
- ・(2025年5月31日まで経過措置)ウェブサイト掲示【(8)の基準】

# 在宅医療DX情報活用加算

在宅医療における医療DXの推進

改定後

## (新) 在宅医療DX情報活用加算 10点

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

### 〔対象患者〕

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

### 〔算定要件〕

注13 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、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10点**を所定点数に加算する。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) 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令（昭和51年厚生省令第36号）第1条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。
- (2) 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。
- (3) 電磁的記録をもって作成された処方箋を発行する体制を有していること。
- (4) 電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有していること。
- (5) (2)の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (6) (5)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲示していること。

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

# 在宅医療DX情報活用加算

在宅医療における医療DXの推進

## 改定後

### [経過措置]

- (1) **令和7年3月31日**までの間に限り、(3)の基準に該当するものとみなす。
  - (2) **令和7年9月30日**までの間に限り、(4)の基準に該当するものとみなす。
  - (3) **令和7年5月31日**までの間に限り、(6)の基準に該当するものとみなす。
- (※) 在宅患者訪問診療料(Ⅱ)及び在宅がん医療総合診療料についても同様。

# 在宅がん医療総合診療料

在宅医療における医療DXの推進

改定前	改定後
<p>【在宅がん医療総合診療料】</p> <p>1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合</p> <p>イ 病床を有する場合</p> <p>(1) 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合 <u>1,800点</u></p> <p>(2) 処方箋を交付しない場合 2,000点</p> <p>□ 病床を有しない場合</p> <p>(1) 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合 <u>1,650点</u></p> <p>(2) 処方箋を交付しない場合 1,850点</p> <p>2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1に規定するものを除く。）の場合</p> <p>イ 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合 <u>1,495点</u></p> <p>□ 処方箋を交付しない場合 1,685点</p>	<p>【在宅がん医療総合診療料】</p> <p>1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合</p> <p>イ 病床を有する場合</p> <p>(1) 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合 <u>1,798点</u></p> <p>(2) 処方箋を交付しない場合 2,000点</p> <p>□ 病床を有しない場合</p> <p>(1) 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合 <u>1,648点</u></p> <p>(2) 処方箋を交付しない場合 1,850点</p> <p>2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1に規定するものを除く。）の場合</p> <p>イ 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合 <u>1,493点</u></p> <p>□ 処方箋を交付しない場合 1,685点</p>

・医療DX及び医薬品の安定供給に資する取組の推進に伴い、処方箋を交付する場合の点数を見直し



# 訪問看護医療DX情報活用加算

在宅医療における医療DXの推進

改定後

## (新) 訪問看護医療DX情報活用加算 **5点**

### [対象患者]

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

### [算定要件]

注17 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の看護師等（准看護師を除く。）が、健康保険法第3条第13項の規定による電子資格確認により、患者の診療情報を取得等した上で訪問看護・指導の実施に関する計画的な管理を行った場合には、訪問看護医療DX情報活用加算として、月1回に限り5点を所定点数に加算する。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C001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の注13（区分番号C001-2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C003に掲げる在宅がん医療総合診療料の注8にそれぞれ規定する在宅医療DX情報活用加算又は区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料の注17に規定する訪問看護医療DX情報活用加算を算定した月は、訪問看護医療DX情報活用加算は算定できない。

### [施設基準]

- (1) 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令第1条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。
- (2) 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。
- (3) (2)の体制に関する事項及び質の高い訪問看護を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して訪問看護を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (4) (3)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲示していること。

### [経過措置]

】 **令和7年5月31日**までの間に限り、(4)に該当するものとみなす。

# 総合入院体制加算

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

・救急時医療情報閲覧機能を導入していることを要件に追加

# 急性期充実体制加算

改定前	改定後
<p>【急性期充実体制加算】</p> <p>[施設基準]</p> <p>1 急性期充実体制加算に関する施設基準</p> <p>(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。</p> <p>ア・イ (略)</p> <p>(新設)</p> <p>[経過措置]</p> <p>(新設)</p>	<p>【急性期充実体制加算】</p> <p>[施設基準]</p> <p>1 急性期充実体制加算に関する施設基準</p> <p>(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。</p> <p>ア・イ (略)</p> <p><b>ウ 救急時医療情報閲覧機能を有していること。</b></p> <p>[経過措置]</p> <p><b>1の(5)のウに規定する救急時医療情報閲覧機能の要件については、令和7年4月1日以降に適用するものとする。</b></p>

・救急時医療情報閲覧機能を導入していることを要件に追加

# 救命救急入院料

改定前	改定後
<p>【救命救急入院料】 [施設基準]</p> <p>1 救命救急入院料 1 に関する施設基準 (新設)</p> <p>2 救命救急入院料 2 に関する施設基準 救命救急入院料 1 の(1)から(5)までの施設基準を満たすほか、特定集中治療室管理料の 1 又は 3 の施設基準を満たすものであること。</p> <p>[経過措置] (新設)</p>	<p>【救命救急入院料】 [施設基準]</p> <p>1 救命救急入院料 1 に関する施設基準 (8) <b>当該病院において救急時医療情報閲覧機能を有していること。</b></p> <p>2 救命救急入院料 2 に関する施設基準 救命救急入院料 1 の(1)から(5)まで<b>及び(8)</b>の施設基準を満たすほか、特定集中治療室管理料の 1 又は 3 の施設基準を満たすものであること。</p> <p>[経過措置] <b>1の(8)及び2(救命救急入院料1の(8)に限る。)に規定する救急時医療情報閲覧機能の要件については、令和7年4月1日以降に適用するものとする。</b></p>

・救急時医療情報閲覧機能を導入していることを要件に追加

# 看護師等遠隔診療補助加算（再診料、外来診療料）

へき地診療所等が実施する  
D to P with Nの推進

改定後

## （新）看護師等遠隔診療補助加算 **50点**

[算定要件]

注20 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は、**看護師等遠隔診療補助加算として、50点を所定点数に加算する。**

[施設基準]

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を行うにつき十分な体制が整備されていること。

・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、情報通信機器を用いた場合の再診料及び外来診療料に加算を新設

# 遠隔連携診療料

難病患者の治療に係る遠隔連携診療料の見直し

改定前	改定後
<p>【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、<u>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。</u></p> <p>[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。）</p>	<p>【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、治療を行うことを目的として、患者の同意を得て、<b>当該施設基準を満たす難病又は</b>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。</p> <p>[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。）  <b>□ 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</b></p>

・対象患者に、指定難病患者を追加

# 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料

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

改定前	改定後
<p>【在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料】 [算定要件] (新設)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>・情報通信機器を用いた診療を実施した場合の評価を新設</p> </div> <p>[施設基準] 六の四の三 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の遠隔モニタリング加算の施設基準 <u>電話以外による指導を行う場合は、情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。</u> (新設)</p>	<p>【在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料】 [算定要件] <b>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。</b></p> <p>[施設基準] 六の四の三 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の施設基準等 (削除)</p> <p><b>(1) 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の遠隔モニタリング加算の施設基準</b> <u>電話以外による指導を行う場合は、情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。</u></p> <p><b>(2) 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の注3の施設基準</b> <u>情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。</u></p>

# 小児特定疾患カウンセリング料

小児特定疾患カウンセリング料の見直し

改定前	改定後
<p>【小児特定疾患カウンセリング料】</p> <p>イ 医師による場合</p> <p>(1) 月の1回目 <span style="float: right;">500点</span></p> <p>(2) 月の2回目 <span style="float: right;">400点</span></p>	<p>【小児特定疾患カウンセリング料】</p> <p>イ 医師による場合</p> <p>(1) 初回 <span style="float: right;"><b>800点</b></span></p> <p>(2) 初回のカウンセリングを行った日後<b>1年以内</b>の期間に行った場合</p> <p>① 月の1回目 <span style="float: right;"><b>600点</b></span></p> <p>② 月の2回目 <span style="float: right;"><b>500点</b></span></p> <p>(3) 初回のカウンセリングを行った日から起算して<b>2年以内</b>の期間に行った場合((2)の場合を除く。)</p> <p>① 月の1回目 <span style="float: right;"><b>500点</b></span></p> <p>② 月の2回目 <span style="float: right;"><b>400点</b></span></p> <p>(4) 初回のカウンセリングを行った日から起算して<b>4年以内</b>の期間に行った場合((2)及び(3)の場合を除く。)</p> <p style="text-align: right;"><b>400点</b></p> <p>□ (略)</p>

・カウンセリングの実態を踏まえた要件と点数の見直し



# 小児特定疾患カウンセリング料

小児特定疾患カウンセリング料の見直し

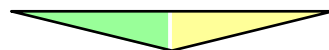
改定前	改定後
<p>[算定要件] 注 小児科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、小児科若しくは心療内科を担当する医師又は医師の指示を受けた公認心理師が、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中以外のものに対して、療養上必要なカウンセリングを同一月内に1回以上行った場合に、<u>2年を限度として月2回に限り算定する。</u>ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号I002に掲げる通院・在宅精神療法又は区分番号I004に掲げる心身医学療法を算定している患者については算定しない。</p> <p>(新設)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>・情報通信機器を用いた診療を実施した場合の評価を新設</p> </div> <p>[施設基準] (新設)</p>	<p>[算定要件] 注1 小児科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、小児科若しくは心療内科を担当する医師又は医師の指示を受けた公認心理師が、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中以外のものに対して、療養上必要なカウンセリングを同一月内に1回以上行った場合に、<b><u>初回のカウンセリングを行った日から起算して、2年以内の期間においては月2回に限り、2年を超える期間においては4年を限度として、月1回に限り、算定する。</u></b>ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号I002に掲げる通院・在宅精神療法又は区分番号I004に掲げる心身医学療法を算定している患者については算定しない。</p> <p><b><u>2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、小児特定疾患カウンセリング料イの(1)、(2)、(3)又は(4)を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、イの(1)、(2)の①若しくは②、(3)の①若しくは②若しくは(4)の所定点数に代えて、それぞれ696点、522点若しくは435点、435点若しくは348点若しくは348点を算定する。</u></b></p> <p>[施設基準] <b><u>(2)の2の2 小児特定疾患カウンセリング料の注2に規定する施設基準</u></b> <b><u>情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。</u></b></p>

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

# 通院・在宅精神療法（オンライン診療）

情報通信機器を用いた  
通院精神療法に係る評価の新設

改定前	改定後
<p>【通院・在宅精神療法】 [算定要件] (新設)</p> <p>・「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行った場合の評価を新設</p> <p>[施設基準] (新設)</p>	<p>【通院・在宅精神療法】 [算定要件]</p> <p><b>注12 1の八の(1)の①又は(2)の①については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、情報通信機器を用いた精神療法を行うことが適当と認められる患者に対し、情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、それぞれ<b>357点</b>又は<b>274点</b>を算定する。ただし、当該患者に対して、1回の処方において、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬を投与した場合には、算定できない。また、注3から注5まで及び注7から注11までに規定する加算は別に算定できない。</b></p> <p>[施設基準]</p> <p><b>一の一の九 通院・在宅精神療法の注12 に規定する施設基準</b> <b>情報通信機器を用いた精神療法を行うにつき十分な体制が整備されていること。</b></p>



# 通院・在宅精神療法（オンライン診療）

情報通信機器を用いた  
通院精神療法に係る評価の新設

改定前	改定後
<p>【情報通信機器を用いた診療】 [施設基準] 第1 情報通信機器を用いた診療 1 情報通信機器を用いた診療に係る施設基準 (1) 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されているものとして、以下のア～ウを満たすこと。 ア～ウ（略） （新設）  (2)（略）</p>	<p>【情報通信機器を用いた診療】 [施設基準] 第1 情報通信機器を用いた診療 1 情報通信機器を用いた診療に係る施設基準 (1) 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されているものとして、以下のア～エを満たすこと。 ア～ウ（略） <b><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に掲載していること。</u></b> (2)（略）</p>

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

# 超急性期脳卒中加算

超急性期脳卒中加算の見直し

「Ⅰ－6－③」を参照のこと。

# 血栓回収療法

脳梗塞の患者に対する血栓回収療法  
における遠隔連携の評価

「Ⅰ－6－④」を参照のこと。

# 診療録管理体制加算

情報通信機器を用いた  
通院精神療法に係る評価の新設

改定前	改定後
<p>【診療録管理体制加算】</p> <p>1 診療録管理体制加算 1                   100点</p> <p>2 診療録管理体制加算 2                   30点</p> <p>（新設）</p> <p>〔施設基準〕</p> <p>七 診療録管理体制加算の施設基準</p> <p>（1）診療録管理体制加算 1</p> <p>    イ～ホ（略）</p> <p>        （新設）</p> <p>（2）診療録管理体制加算 2</p> <p>    イ（1）のイ、ロ及びニを満たすものであること。</p> <p>    ロ <u>診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。</u></p> <p>    ハ <u>入院患者について疾病統計及び退院時要約が作成されていること。</u></p> <p>        （新設）</p>	<p>【診療録管理体制加算】</p> <p>1 診療録管理体制加算 1                   <b>140点</b></p> <p>2 診療録管理体制加算 2                   <b>100点</b></p> <p>3 <u>診療録管理体制加算 3</u>                   <b>30点</b></p> <p>〔施設基準〕</p> <p>七 診療録管理体制加算の施設基準</p> <p>（1）診療録管理体制加算 1</p> <p>    イ～ホ（略）</p> <p>        <u>△ 非常時における対応につき十分な体制が整備されていること。</u></p> <p>（2）診療録管理体制加算 2</p> <p>    <u>（1）のイからホを満たすものであること。</u></p> <p>（3）<u>診療録管理体制加算 3</u></p> <p>    イ（1）のイ、ロ及びニを満たすものであること。</p> <p>    ロ <u>診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。</u></p> <p>    ハ <u>入院患者について疾病統計及び退院時要約が作成されていること。</u></p>

# 診療録管理体制加算

情報通信機器を用いた  
通院精神療法に係る評価の新設

改定前	改定後
<p>1 診療録管理体制加算1に関する施設基準</p> <p>(7) 以下に掲げる項目を全て含む電子的な一覧表を有し、保管・管理された診療記録が、任意の条件及びコードに基づいて速やかに検索・抽出できること。なお、当該データベースについては、各退院患者の退院時要約が作成された後、速やかに更新されていること。また、当該一覧表及び診療記録に係る患者の個人情報の取扱いについては、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」(平成29年4月14日(個人情報保護委員会、厚生労働省))「以下「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」という。」に基づく管理が実施されていること。</p> <p>ア 退院患者の氏名、生年月日、年齢、性別、住所(郵便番号を含む。)</p> <p>イ 入院日、退院日</p> <p>ウ 担当医、担当診療科</p> <p>エ ICD(国際疾病分類)コードによって分類された疾患名</p> <p>オ 手術コード(医科点数表の区分番号)によって分類された当該入院中に実施された手術</p> <p>(8)~(9) (略)</p>	<p>1 診療録管理体制加算1に関する施設基準</p> <p>(7) 以下に掲げる項目を全て含む電子的な一覧表を有し、保管・管理された診療記録が、任意の条件及びコードに基づいて速やかに検索・抽出できること。なお、当該データベースについては、各退院患者の退院時要約が作成された後、速やかに更新されていること。また、当該一覧表及び診療記録に係る患者の個人情報の取扱いについては、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」(以下「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」という。)に基づく管理が実施されていること。</p> <p>ア 退院患者の氏名、生年月日、年齢、性別、住所(郵便番号を含む。)</p> <p>イ 入院日、退院日</p> <p>ウ 担当医、担当診療科</p> <p>エ ICD(国際疾病分類)コードによって分類された疾患名</p> <p>オ 手術コード(医科点数表の区分番号)によって分類された当該入院中に実施された手術</p> <p>(8)~(9) (略)</p>

# 診療録管理体制加算

情報通信機器を用いた  
通院精神療法に係る評価の新設

改定前	改定後
<p>(10) 許可病床数が<u>400床以上</u>の保険医療機関については、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に基づき、専任の医療情報システム安全管理責任者を配置すること。また、当該責任者は、職員を対象として、少なくとも年1回程度、定期的に必要な情報セキュリティに関する研修を行っていること。さらに、<u>当該保険医療機関は、非常時に備えた医療情報システムのバックアップ体制を確保することが望ましい。</u>ただし、<u>令和4年3月31日</u>において、現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関（許可病床数が400床以上のものに限る。）については、<u>令和5年3月31日</u>までの間、当該基準を満たしているものとみなす。</p> <p>(新設) <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">・非常時に備えたサイバーセキュリティ対策が講じられるよう、専任の医療情報システム安全管理責任者の配置及び院内研修の実施を求める加算1医療機関の対象範囲を、許可病床数が400床以上から拡大</span></p> <p>(新設) <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">・医療情報システムのオフラインバックアップ体制の確保、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に基づく業務継続計画（BCP）の策定及び訓練の実施を要件に追加</span></p>	<p>(10) 許可病床数が<b>200床以上</b>の保険医療機関については、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に基づき、専任の医療情報システム安全管理責任者を配置すること。また、当該責任者は、職員を対象として、少なくとも年1回程度、定期的に必要な情報セキュリティに関する研修を行っていること。ただし、<b>令和6年3月31日</b>において、現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関（許可病床数が<b>200床以上399床</b>未満のものに限る。）については、<b>令和7年5月31日</b>までの間、当該基準を満たしているものとみなす。</p> <p>(11) <b>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。</b></p> <p>(12) <b>「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に基づき、非常時を想定した医療情報システムの利用が困難な場合の対応や復旧に至るまでの対応についての業務継続計画を策定し、少なくとも年1回程度、定期的に当該業務継続計画に基づく訓練・演習を実施すること。また、その結果を踏まえ、必要に応じて改善に向けた対応を行っていること。</b></p>





# 診療録管理体制加算

情報通信機器を用いた  
通院精神療法に係る評価の新設

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

# プログラム医療機器等指導管理料

プログラム医療機器の使用に係る  
指導管理の評価

改定後

## (新) プログラム医療機器等指導管理料 **90点**

[対象患者]

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

[算定要件]

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、主に患者自らが使用するプログラム医療機器等（特定保険医療材料に限る。）に係る指導管理を行った場合は、プログラム医療機器等指導管理料として、**月に1回に限り**算定する。

[施設基準]

プログラム医療機器等の指導管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

## (新) 導入期加算 **50点**

[算定要件]

2 プログラム医療機器等に係る初回の指導管理を行った場合は、**当該初回の指導管理を行った月に限り**、導入期加算として、50点を更に所定点数に加算する。

・特定保険医療材料として評価されるプログラム医療機器を用いた医学管理等を行った場合の評価を新設し、禁煙治療補助システム指導管理加算を廃止

# 電子署名

診療報酬における書面要件の見直し

改定前	改定後
<p>[算定要件] 別添1 医科診療報酬点数表に関する事項 ＜通則＞ (新設)</p> <p>・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を明確化</p>	<p>[算定要件] 別添1 医科診療報酬点数表に関する事項 ＜通則＞ <b>9 文書による提供等をする事とされている個々の患者の診療に関する情報等を、電磁的方法によって、患者、他の保険医療機関、保険薬局、指定訪問看護事業者等に提供等する場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保するとともに、書面における署名又は記名・押印に代わり、本ガイドラインに定められた電子署名（厚生労働省の定める準拠性監査基準を満たす保健医療福祉分野PKI認証局の発行する電子証明書を用いた電子署名、認定認証事業者（電子署名及び認証業務に関する法律（平成12年法律第102号）第2条第3項に規定する特定認証業務を行う者をいう。）又は認証事業者（同条第2項に規定する認証業務を行う者（認定認証事業者を除く。）をいう。）の発行する電子証明書を用いた電子署名、電子署名等に係る地方公共団体情報システム機構の認証業務に関する法律（平成14年法律第153号）に基づき、平成16年1月29日から開始されている公的個人認証サービスを用いた電子署名等）を施すこと。</b></p> <p>※ 別添2 歯科診療報酬点数表に関する事項、別添3 調剤報酬点数表に関する事項についても同様。</p>

# 電子署名

診療報酬における書面要件の見直し

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

# 診療情報提供書

診療報酬における書面要件の見直し

改定前	改定後
<p>[算定要件] 別添1の2 &lt;通則&gt; (略) (新設)</p>	<p>[算定要件] 別添1の2 &lt;通則&gt; (略) <b>様式11について、電子カルテ情報共有サービスを用いて提供する場合には、一定のセキュリティが確保されていることから電子署名を行わなくても共有可能とする。</b></p>

# 書面揭示事項のウェブサイト掲載（療担規則）

書面揭示事項のウェブサイトへの掲載

改定前	改定後
<p>【保険医療機関及び保険医療養担当規則】 （揭示） 第二条の六（略） （新設）</p> <p>（食事療養） 第五条の三（略） 2～4（略） （新設）</p> <p>（保険外併用療養費に係る療養の基準等）（揭示） 第五条の四（略） 2（略） （新設）</p>	<p>【保険医療機関及び保険医療養担当規則】 （揭示） 第二条の六（略） <b><u>2 保険医療機関は、原則として、前項の厚生労働大臣が定める事項をウェブサイトに掲載しなければならない。</u></b></p> <p>（食事療養） 第五条の三（略） 2～4（略） <b><u>5 保険医療機関は、原則として、第4項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならない。</u></b></p> <p>（保険外併用療養費に係る療養の基準等）（揭示） 第五条の四（略） 2（略） <b><u>3 保険医療機関は、原則として、第2項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならない。</u></b></p>

〔経過措置〕

本改正に際し、**令和7年5月31日**までの経過措置を設ける。

・書面揭示事項は、原則ウェブサイトに掲載

# 後発医薬品使用体制加算

書面掲示事項のウェブサイトへの掲載

改定前	改定後
<p>【後発医薬品使用体制加算】 [施設基準] 三十五の三 後発医薬品使用体制加算の施設基準 (1) 後発医薬品使用体制加算 1 の施設基準 イ～ハ (略) ニ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。</p>	<p>【後発医薬品使用体制加算】 [施設基準] 三十五の三 後発医薬品使用体制加算の施設基準 (1) 後発医薬品使用体制加算 1 の施設基準 イ～ハ (略) ニ 医薬品の供給が不足等した場合に当該保険医療機関における治療計画等の見直しを行う等、適切に対応する体制を有していること。 <b>ホ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨並びに二の体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤を変更する可能性があること及び変更する場合には入院患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。</b> <b>△ ホの掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。</b></p>

・書面掲示事項は、原則ウェブサイトに掲載（経過措置あり）

[経過措置] 本改正に際し、**令和7年5月31日**までの経過措置を設ける。

※ 算定告示別表第一医科診療報酬点数表のうち、明細書発行体制等加算、第二部入院料等第一節入院基本料の一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料、有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料（以下「一般病棟入院基本料等」という。）、ハイリスク分娩等管理加算、後発医薬品使用体制加算、特定一般病棟入院料、外来後発医薬品使用体制加算、院内トリアージ実施料、ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)、ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅱ)、コンタクトレンズ検査料及び特掲診療料の施設基準等第12第2の医科点数表第2章第10部手術通則第5号及び第6号並びに歯科点数表第2章第9部手術通則第4号に掲げる手術についても同様。

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

# 血栓回収療法

医療機関・薬局における事務等の簡素化・効率化

「Ⅰ－3－②」を参照のこと



# 地域包括医療病棟入院料

地域で救急患者等を受け入れる病棟の評価

改定後

**(新) 地域包括医療病棟入院料 (1日につき) 3,050点**

[算定要件]

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た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。

3 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の特定入院料は、夜間看護体制特定日減算として、次のいずれにも該当する場合に限り、所定点数の**100分の5**に相当する点数を減算する。

イ 年6日以内であること。

ロ 当該日が属する月が連続する2月以内であること。

・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

[施設基準]

イ 病院の一般病棟を単位として行うものであること。

ロ 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が**十又はその端数を増すごとに一以上**であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、**二以上**であることとする。

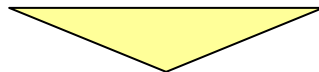
ハ 当該病棟において、看護職員の最小必要数の**七割以上**が看護師であること。

ニ 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**二名以上**配置されていること。

ホ 当該病棟に専任の常勤の管理栄養士が**一名以上**配置されていること。

ヘ 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。

ト 当該病棟に入院中の患者に対して、A D L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。



# 地域包括医療病棟入院料

地域で救急患者等を受け入れる病棟の評価

## 改定後

下記のいずれかに該当すること。

- ① 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 **Iの基準**を満たす患者を**一割六分以上**入院させる病棟であること。
- ② 診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、当該病棟において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 **IIの基準**を満たす患者を**一割五分以上**入院させる病棟であること。

リ 患者の状態に基づき、当該病棟に入院した日に介助を特に実施している患者を**五割以上**入院させる病棟であること。

ヌ 当該病棟の入院患者の平均在院日数が**二十一日以内**であること。

ル 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**八割以上**であること。

ロ 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**五分未満**であること。

ワ 当該病棟において、入院患者に占める、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者又は他の保険医療機関で区分番号C 0 0 4 - 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の割合が**一割五分以上**であること。

カ 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。

コ データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

ク 特定機能病院以外の病院であること。

ケ 急性期充実体制加算の届出を行っていない保険医療機関であること。

コ 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。

ク 脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

# 初期加算（地域包括医療病棟入院料）

地域で救急患者等を受け入れる病棟の評価

改定後

**（新）初期加算（1日につき） 150点**

[算定要件]

注2 入院した日から起算して**14日**を限度として、初期加算として、1日につき所定点数に加算する。

# 看護補助体制加算（地域包括医療病棟入院料）

地域で救急患者等を受け入れる病棟の評価

## 改定後

### （新）看護補助体制加算（1日につき）

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

#### 〔算定要件〕

注5 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助の体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、当該基準に係る区分に従い、入院した日から起算して**14日**を限度として、それぞれ所定点数に加算する。

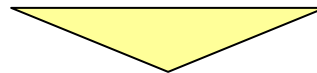
#### 〔施設基準〕

##### イ 25対1看護補助体制加算（看護補助者五割以上）の施設基準

- ① 当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二十五又はその端数を増すごとに一に相当する数以上であること。
- ② 看護補助者の配置基準に主として事務的業務を行う看護補助者を含む場合は、一日に事務的業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二百又はその端数を増すごとに一に相当する数以下であること。
- ③ 当該病棟において、看護補助者の最小必要数の五割以上が当該保険医療機関に看護補助者として勤務している者であること。
- ④ 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。

##### ロ 25対1看護補助体制加算（看護補助者五割未満）の施設基準

イの①、②及び④を満たすものであること。



# 看護補助体制加算（地域包括医療病棟入院料）

地域で救急患者等を受け入れる病棟の評価

## 改定後

### ハ 50対1 看護補助体制加算の施設基準

- ① 当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が五十又はその端数を増すごとに一に相当する数以上であること。
- ② イの②及び④を満たすものであること。

### ニ 75対1 看護補助体制加算の施設基準

- ① 当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が七十五又はその端数を増すごとに一に相当する数以上であること。
- ② イの②及び④を満たすものであること。

# 夜間看護補助体制加算（地域包括医療病棟入院料）地域で救急患者等を受け入れる病棟の評価

改定後

## （新）夜間看護補助体制加算（1日につき）

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

### 〔算定要件〕

注6 夜間における看護業務の補助の体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（看護補助体制加算を算定する患者に限る。）については、当該基準に係る区分に従い、1日につき次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。

### 〔施設基準〕

#### イ 夜間30対1看護補助体制加算の施設基準

当該病棟において、夜勤を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が三十又はその端数を増すごとに一に相当する数以上であること。

#### ロ 夜間50対1看護補助体制加算の施設基準

当該病棟において、夜勤を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が五十又はその端数を増すごとに一に相当する数以上であること。

#### ハ 夜間100対1看護補助体制加算の施設基準

当該病棟において、夜勤を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が百又はその端数を増すごとに一に相当する数以上であること。

# 夜間看護体制加算（地域包括医療病棟入院料）

地域で救急患者等を受け入れる病棟の評価

改定後

**（新）夜間看護体制加算（1日につき） 71点**

[算定要件]

注7 夜間における看護業務の体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（看護補助体制加算を算定する患者に限る。）については、夜間看護体制加算として、更に所定点数に加算する。

[施設基準]

- イ 夜勤時間帯に看護補助者を配置していること。
- ロ 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。

# 看護補助体制充実加算（地域包括医療病棟入院料）地域で救急患者等を受け入れる病棟の評価

改定後

<b>(新) 看護補助体制充実加算（1日につき）</b>	<b>看護補助体制充実加算 1</b>	<b>25点</b>
	<b>看護補助体制充実加算 2</b>	<b>15点</b>
	<b>看護補助体制充実加算 3</b>	<b>5点</b>

〔算定要件〕

注8 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助に係る十分な体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（看護補助者体制加算を算定する患者に限る。）については、当該基準に係る区分に従い、1日につきそれぞれ更に所定点数に加算する。ただし、本文の規定にかかわらず、身体的拘束を実施した日は、看護補助体制充実加算3の例により算定する。

〔施設基準〕

(1) 看護補助体制充実加算1の施設基準

- イ 当該保険医療機関において3年以上の看護補助者としての勤務経験を有する看護補助者が、それぞれの配置区分ごとに**5割以上**配置されていること。
- ロ 主として直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が100又はその端数を増すごとに1以上であること。当該看護補助者は、介護福祉士の資格を有する者又は看護補助者として3年以上の勤務経験を有し適切な研修を修了した看護補助者であること。
- ハ 看護補助体制充実加算に係る看護補助者に対する院内研修の内容については、別添2の第2の11の(4)の例による。ただし、エについては、看護補助者が行う業務内容ごとに業務範囲、実施手順、留意事項等について示した業務マニュアルを作成し、当該マニュアルを用いた院内研修を実施していること。
- ニ 当該病棟の看護師長等は所定の研修を修了していること。また当該病棟の全ての看護職員（所定の研修を修了した看護師長等を除く。）が院内研修を年**1回**以上受講していること。
- ホ 当該保険医療機関における看護補助者の業務に必要な能力を段階的に示し、看護補助者の育成や評価に活用していること。

(2) 看護補助体制充実加算2の施設基準 (1)のロからホを満たすものであること。

(3) 看護補助体制充実加算3の施設基準 (1)のハ及びニを満たすものであること。



# 看護職員夜間12対1、16対1配置加算 (地域包括医療病棟入院料)

地域で救急患者等を受け入れる病棟の評価

## 改定後

<b>(新) 看護職員夜間12対1配置加算 (1日につき)</b>	<u>看護職員夜間12対1配置加算 1</u>	<b>110点</b>
	<u>看護職員夜間12対1配置加算 2</u>	<b>90点</b>
<b>(新) 看護職員夜間16対1配置加算 (1日につき)</b>	<u>看護職員夜間16対1配置加算 1</u>	<b>70点</b>
	<u>看護職員夜間16対1配置加算 2</u>	<b>45点</b>

**[算定要件]**

注9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、当該基準に係る区分に従い、入院した日から起算して**14日**を限度として所定点数に加算する。

# 看護職員夜間12対1、16対1配置加算 (地域包括医療病棟入院料)

地域で救急患者等を受け入れる病棟の評価

## 改定後

### [施設基準]

#### イ 看護職員夜間12対1 配置加算 1 の施設基準

- ① 当該病棟において、夜勤を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十二又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、三以上であることとする。
- ② 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。
- ③ 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。

#### ロ 看護職員夜間12対1 配置加算 2 の施設基準

イの①及び②を満たすものであること。

#### ハ 看護職員夜間16対1 配置加算 1 の施設基準

- ① 当該病棟において、夜勤を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十六又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、三以上であることとする。
- ② イの②及び③を満たすものであること。

#### ニ 看護職員夜間16対1 配置加算 2 の施設基準

イの②及びハの①を満たすものであること。

# リハビリテーション・栄養・口腔連携加算 (地域包括医療病棟入院料)

地域で救急患者等を受け入れる  
病棟の評価

改定後

**(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]**

注10 リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理を連携・推進する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画を作成した日から起算して**14日**を限度として所定点数に加算する。この場合において、区分番号A 2 3 3 - 2に掲げる栄養サポートチーム加算は別に算定できない。

**[施設基準]**

- イ 当該病棟に入院中の患者に対して、A D L等の維持、向上及び栄養管理等に資する十分な体制が整備されていること。
- ロ 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。

# 協力対象施設入所者入院加算

(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)

介護保険施設入所者の病状の急変時の適切な入院受け入れの推進

改定後

**(新) 協力対象施設入所者入院加算**

- |          |                  |             |
|----------|------------------|-------------|
| <b>1</b> | <b>往診が行われた場合</b> | <b>600点</b> |
| <b>2</b> | <b>1 以外の場合</b>   | <b>200点</b> |

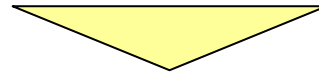
・施設の協力医療機関が施設入所者を受け入れた場合の評価を新設

**[対象患者]**

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

**[算定要件]**

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム（以下この区分番号において、「介護保険施設等」という。）であって当該保険医療機関を協力医療機関として定めているものに入所している患者の病状の急変等に伴い、当該介護保険施設等の従事者等の求めに応じて当該保険医療機関又は当該保険医療機関以外の協力医療機関が診療を行い、当該保険医療機関に入院させた場合に、協力対象施設入所者入院加算として、入院初日に限り所定点数に加算する。



# 協力対象施設入所者入院加算 (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)

介護保険施設入所者の病状の急変時の適切な入院受入れの推進

## 改定後

### [施設基準]

(1) 次のいずれにも該当するものであること。

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

(2) 当該介護保険施設等と平時からの連携体制を構築していること。

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

(4) (3) の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。

### [施設基準]

**令和7年5月31日**までの間に限り、(4) に該当するものとみなす。

# 在宅療養支援病院

医療機関と介護保険施設の連携の推進

改定前	改定後
<p>【在宅療養支援病院】 [施設基準] (1) 次のいずれの基準にも該当するものであること。 イ～ワ (略) (新設)</p> <p>1 在宅療養支援病院の施設基準 次の(1)から(3)までのいずれかに該当するものを在宅療養支援病院という。 (中略) (1) 病院であって、当該病院単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。 ア～タ (略) (新設)</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #E6E6FA; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>・施設基準に、介護保険施設の求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましいことを追加</p> </div>	<p>【在宅療養支援病院】 [施設基準] (1) 次のいずれの基準にも該当するものであること。 イ～カ (略) <b>コ 介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム（以下この号において、「介護保険施設等」という。）との協力が可能な体制をとっていること。</b></p> <p>1 在宅療養支援病院の施設基準 次の(1)から(3)までのいずれかに該当するものを在宅療養支援病院という。 (中略) (1) 病院であって、当該病院単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。 ア～タ (略) <b>チ 地域において、介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム（以下この項において、「介護保険施設等」という。）から協力医療機関となることを求められた場合、その求めに応じて当該介護保険施設の協力医療機関として定められることが望ましい。</b></p> <p>※ <b>機能強化型のうち連携型の在宅療養支援病院、機能強化型以外の在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、在宅療養支援診療所及び地域包括ケア病棟についても同様。</b></p>

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

# 介護老人保健施設入所者について 併設保険医療機関が算定できない診療料

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

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

# 介護老人保健施設入所者について 併設保険医療機関以外の 保険医療機関が算定できない費用

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

改定前	改定後
<p>第2部 併設保険医療機関以外の保険医療機関の療養に関する事項</p> <p>4 その他の診療料</p> <p>併設保険医療機関以外の保険医療機関に係る施設入所者共同指導料、施設入所者自己腹膜灌流薬剤料及び施設入所者材料料以外の診療料の算定は、第1章及び第2章の例による。ただし、第1章及び第2章に掲げる診療料のうち次に掲げるものについては算定しない。</p> <p>イ (略)</p> <p>□ 第2章特掲診療料第1部医学管理等に掲げる診療料（退院時共同指導料1、診療情報提供料（Ⅰ）（注4に掲げる場合に限る。）及び診療情報提供料（Ⅱ）を除く。）</p> <p>二～ル (略)</p>	<p>第2部 併設保険医療機関以外の保険医療機関の療養に関する事項</p> <p>4 その他の診療料</p> <p>併設保険医療機関以外の保険医療機関に係る施設入所者共同指導料、施設入所者自己腹膜灌流薬剤料及び施設入所者材料料以外の診療料の算定は、第1章及び第2章の例による。ただし、第1章及び第2章に掲げる診療料のうち次に掲げるものについては算定しない。</p> <p>イ (略)</p> <p>□ 第2章特掲診療料第1部医学管理等に掲げる診療料（<b>がん性疼痛緩和指導管理料、外来緩和ケア管理料（悪性腫瘍の患者に限る。）</b>、<b>外来放射線照射診療料</b>、退院時共同指導料1、診療情報提供料（Ⅰ）（注4に掲げる場合に限る。）及び診療情報提供料（Ⅱ）を除く。）</p> <p>二～ル (略)</p>



# 介護老人保健施設入所者について 算定できる投薬

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

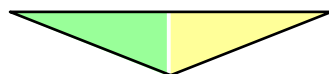
改定前	改定後
<p>【介護老人保健施設入所者について算定できない検査等】 [施設基準] 第十六 介護老人保健施設入所者について算定できない検査等 一 (略) (新設)  二 (略)</p>	<p>【介護老人保健施設入所者について算定できない検査等】 [施設基準] 第十六 介護老人保健施設入所者について算定できない検査等 一 (略) <b>二 介護老人保健施設入所者について算定できる投薬</b> <b>医科点数表 F 4 0 0 に掲げる処方箋料 (三に規定する薬剤を投与した場合に限る。)</b> 三 (略)</p>

・老健の医師及び老健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（抗がん剤、HIF-PH阻害剤、疼痛コントロールのための医療用麻薬、抗ウイルス剤（B型肝炎又はC型肝炎又は後天性免疫不全症候群又はHIV感染症の効能効果を有する薬剤のみ））を処方した場合、処方箋の発行にかかる費用を医療保険において算定可能とする

# 介護老人保健施設入所者について 算定できる費用

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

改定前	改定後
<p>三 介護老人保健施設入所者について算定できる注射及び注射薬の費用 (中略)</p> <p>医科点数表区分番号G001に掲げる静脈内注射（保険医療機関の保険医が平成十八年七月一日から令和六年三月三十一日までの間に介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成十一年厚生省令第四十号）附則第十三条に規定する転換を行って開設した介護老人保健施設（以下「療養病床から転換した介護老人保健施設」という。）に赴いて行うもの、医科点数表区分番号B001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料の1のイ若しくは2のイ又は医科点数表第二章第六部注射通則第6号に規定する外来化学療法加算を算定するものに限る。）</p> <div style="background-color: #E6E6FA; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>・末期の悪性腫瘍患者に対する放射線治療の医学管理及び緩和ケアの医学管理に関する費用を医療保険で算定可能とする</p> </div>	<p>四 介護老人保健施設入所者について算定できる注射及び注射薬の費用 (中略)</p> <p>医科点数表区分番号G001に掲げる静脈内注射（保険医療機関の保険医が平成十八年七月一日から令和八年三月三十一日までの間に介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成十一年厚生省令第四十号）附則第十三条に規定する転換を行って開設した介護老人保健施設（以下「療養病床から転換した介護老人保健施設」という。）に赴いて行うもの、<b>医科点数表区分番号B001-22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、医科点数表区分番号B001-24に掲げる外来緩和ケア管理料（悪性腫瘍の患者に限る。）、</b>医科点数表区分番号B001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料の1のイ若しくは2のイ又は医科点数表第二章第六部注射通則第6号に規定する外来化学療法加算を算定するものに限る。）</p> <p>※ <b>G004に掲げる点滴注射、G005に掲げる中心静脈栄養、G006に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈栄養についても同様。</b></p>



# 介護医療院入所者について 算定できる費用

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

改定前		改定後	
【介護医療院に入所している患者について算定できる費用】		【介護医療院に入所している患者について算定できる費用】	
患者の区分	診療報酬の算定方法に掲げる療養	患者の区分	診療報酬の算定方法に掲げる療養
<p>五 次に掲げる患者</p> <p>イ 介護医療院に入所している患者</p> <p>ロ 介護医療院において短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者</p>	<p>一 次に掲げる点数が算定されるべき療養（指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準別表の4のイからへまでの注11に規定する所定単位数を算定した日に行われたものを除く。）</p> <p>イ～メ（略） （新設）</p>	<p>五 次に掲げる患者</p> <p>イ 介護医療院に入所している患者</p> <p>ロ 介護医療院において短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者</p>	<p>一 次に掲げる点数が算定されるべき療養（指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準別表の4のイからへまでの注11に規定する所定単位数を算定した日に行われたものを除く。）</p> <p>イ～メ（略）</p> <p><b>ミ 別表第一区分番号C 1 1 6に掲げる在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指ミ別表第一区分番号C 1 1 6に掲げる在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料</b></p> <p>シ～ヒ（略）</p>
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p>・重症心不全患者に対する植込型補助人工心臓（非拍動流型）に係る指導管理の費用を医療保険で算定可能とする</p> </div>		
	<p>ミ～エ（略）</p>		

# 介護医療院入所者について 算定できる費用

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

改定前		改定後	
患者の区分	診療報酬の算定方法に 掲げる療養	患者の区分	診療報酬の算定方法に 掲げる療養
	(新設)		<b>モ 別表第一区分番号 F 4 0 0 に掲げる処方箋料 (特掲診療料の施設基準 等第十六第三号に掲げる 薬剤に係るものに限る。)</b>
	ヒ～ス (略)		<b>セ～イイ</b>

# 介護医療院入所者について 算定できる費用

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

改定前		改定後	
患者の区分	診療報酬の算定方法に掲げる療養	患者の区分	診療報酬の算定方法に掲げる療養
	二 次に掲げる点数が算定されるべき療養（指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準別表の4のイからへまでの注11に規定する所定単位数を算定した日に行われたものに限る。） イ～ス（略） （新設）  ン～イカ（略）		二 次に掲げる点数が算定されるべき療養（指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準別表の4のイからへまでの注11に規定する所定単位数を算定した日に行われたものに限る。）  イ～ス（略） <b>ミ 別表第一区分番号C116に掲げる在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料</b> <b>イイ～イヨ（略）</b>

# 特別養護老人ホーム等において算定可能な診療料

書面掲示事項のウェブサイトへの掲載

改定前	改定後
<p>【特別養護老人ホーム等において算定可能な診療料】</p> <p>4 特別養護老人ホーム等に入所している患者については、次に掲げる診療報酬等の算定の対象としない。</p> <p>(中略)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医科点数表区分番号C001の在宅患者訪問診療料 (I) 及び医科点数表区分番号C001-2の在宅患者訪問診療料 (II)</li> </ul> <p>(中略)</p> <p>また、特別養護老人ホームの入所者については、以下のア又はイのいずれかに該当する場合には在宅患者訪問診療料を算定することができる。ただし、看取り加算については、当該患者が介護福祉施設サービス又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る看取り介護加算（以下「看取り介護加算」という。）のうち、看取り介護加算（II）を算定していない場合に限り算定できる。</p> <p>ア 当該患者が末期の悪性腫瘍である場合</p> <p>イ 当該患者を当該特別養護老人ホーム（看取り介護加算の施設基準に適合しているものに限る。）において看取った場合（在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院又は当該特別養護老人ホームの協力医療機関の医師により、死亡日から遡って30日間に行われたものに限る。）</p>	<p>【特別養護老人ホーム等において算定可能な診療料】</p> <p>4 特別養護老人ホーム等に入所している患者については、次に掲げる診療報酬等の算定の対象としない。</p> <p>(中略)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医科点数表区分番号C001の在宅患者訪問診療料 (I) 及び医科点数表区分番号C001-2の在宅患者訪問診療料 (II)</li> </ul> <p>(中略)</p> <p>また、特別養護老人ホームの入所者については、以下のア又はイのいずれかに該当する場合、<b>指定障害者支援施設（生活介護を行う施設に限る。）</b>については、<b>以下のアに該当する場合には、それぞれ在宅患者訪問診療料を算定することができる。</b>ただし、看取り加算については、当該患者が介護福祉施設サービス又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る看取り介護加算（以下「看取り介護加算」という。）のうち、看取り介護加算（II）を算定していない場合に限り算定できる。</p> <p>ア 当該患者が末期の悪性腫瘍である場合</p> <p>イ 当該患者を当該特別養護老人ホーム（看取り介護加算の施設基準に適合しているものに限る。）において看取った場合（在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院又は当該特別養護老人ホームの協力医療機関の医師により、死亡日から遡って30日間に行われたものに限る。）</p> <p>※ <b>C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料及びC003に掲げる在宅がん医療総合診療料においても同様。</b></p>

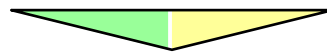
本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

# 入院している患者について算定できる費用

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

改定前		改定後	
【介護療養病床等に入院している患者について算定できる費用】		【入院している患者について算定できる費用】	
患者の区分	診療報酬の算定方法に掲げる療養	患者の区分	診療報酬の算定方法に掲げる療養
<p>二 <u>指定介護療養施設サービスを行う療養病床等（療養病床のうちその一部について専ら要介護者を入院させるものにあつては、当該専ら要介護者を入院させる部分に限る。以下「介護療養病床等」という。）以外の病床に入院している患者（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。）</u></p>	<p>次に掲げる点数が算定されるべき療養</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>一 別表第一及び別表第二に規定する点数</li> <li>二 別表第三区分番号15の4に掲げる退院時共同指導料</li> </ul>	<p>二 入院している患者</p>	<p>次に掲げる点数が算定されるべき療養</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>一 別表第一及び別表第二に規定する点数</li> <li>二 別表第三区分番号15の4に掲げる退院時共同指導料</li> </ul>

・介護療養病床等に係る記載を削除



# 入院している患者について算定できる費用

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

改定前		改定後	
【介護療養病床等に入院している患者について算定できる費用】		【入院している患者について算定できる費用】	
患者の区分	診療報酬の算定方法に掲げる療養	患者の区分	診療報酬の算定方法に掲げる療養
三 次に掲げる患者 イ <u>介護療養病床等（老人性認知症疾患療養病棟の病床を除く。）に入院している患者</u> ロ <u>短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室又は老人性認知症疾患療養病棟の病床（以下「療養室等」という。）において行われるものを除く。）又は介護予防短期入所療養介護（療養室等において行われるものを除く。）を受けている患者</u>	次に掲げる療養 一～三（略）	(削除)	(削除)

・介護療養病床等に係る記載を削除



# 入院している患者について算定できる費用

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

改定前		改定後	
【介護療養病床等に入院している患者について算定できる費用】		【入院している患者について算定できる費用】	
患者の区分	診療報酬の算定方法に掲げる療養	患者の区分	診療報酬の算定方法に掲げる療養
四 次に掲げる患者 イ <u>介護療養病床等（老人性認知症疾患療養病棟の病床に限る。）に入院している患者</u> ロ <u>老人性認知症疾患療養病棟の病床において短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者</u>	次に掲げる療養 一～三（略）	（削除）	（削除）
備考 一～十（略） 十一 <u>この表において「指定介護療養施設サービス」とは、健康保険法等の一部を改正する法律（平成十八年法律第八十三号）附則第百三十条の二第一項の規定によりなおその効力を有するものとされた同法第二十六条による改正前の介護保険法（以下「旧介護保険法」という。）第四十八条第一項第三号に規定する指定介護療養施設サービスをいう。</u> 十二 <u>この表において「療養病床等」とは、旧介護保険法第八条第二十六項に規定する療養病床等をいう。</u>		備考 一～十（略） （削除）	

・介護療養病床等に係る記載を削除

# 入院している患者について算定できる費用

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

改定前	改定後
<p><u>十二</u> この表において「療養病床等」とは、旧介護保険法第八条第二十六項に規定する療養病床等をいう。</p> <p><u>十三</u> この表において「老人性認知症疾患療養病棟」とは、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成十一年厚生省令第三十七号）第百四十四条に規定する老人性認知症疾患療養病棟をいう。</p> <p><u>十四</u> この表において「別表第一」とは、診療報酬の算定方法別表第一をいい、「別表第二」とは、診療報酬の算定方法別表第二をいい、「別表第三」とは、診療報酬の算定方法別表第三をいう。</p>	<p>・介護療養病床等に係る記載を削除</p> <p><u>十一</u> この表において「別表第一」とは、診療報酬の算定方法別表第一をいい、「別表第二」とは、診療報酬の算定方法別表第二をいい、「別表第三」とは、診療報酬の算定方法別表第三をいう。</p>

# 入院している患者について算定できる費用

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

改定前		改定後	
別表第二		別表第二	
診療報酬の算定方法に掲げる療養	算定方法	診療報酬の算定方法に掲げる療養	算定方法
<p>二 別表第一区分番号B009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）（注2に規定する場合に限る。）が算定されるべき療養</p>	<p>二 入院中の患者以外の患者について、同一月において、居宅療養管理指導又は介護予防居宅療養管理指導（医師が行う場合に限る。）を行い、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費を算定した場合には、算定できない。</p> <p>二 介護療養病床等（老人性認知症疾患療養病棟の病床を除く。）に入院している患者については、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている場合に限り、算定できる。</p>	<p>二 別表第一区分番号B009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）（注2に規定する場合に限る。）が算定されるべき療養</p>	<p>入院中の患者以外の患者について、同一月において、居宅療養管理指導又は介護予防居宅療養管理指導（医師が行う場合に限る。）を行い、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費を算定した場合には、算定できない。</p> <p>（削除）</p>
<p>備考 一～七（略） 八 この表において「老人性認知症疾患療養病棟」とは、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第百四十四条に規定する老人性認知症疾患療養病棟をいう。 九～二十九（略）</p>		<p>備考 一～七（略） （削除） 八～二十八（略）</p>	

・介護療養病床等に係る記載を削除

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

# 疾患別リハビリテーション料

リハビリテーションに係る医療・介護情報連携の推進

改定前	改定後
<p>【心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料】</p> <p>[施設基準]</p> <p>(2) 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料の施設基準イ～ニ（略）</p> <p>（新設）</p> <p>（新設）</p>	<p>【心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料】</p> <p>[施設基準]</p> <p>(2) 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料の施設基準イ～ニ（略）</p> <p><b>ホ 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及び運動器リハビリテーション料を行う保険医療機関においては、指定通所リハビリテーション事業所、指定訪問リハビリテーション事業所等とのリハビリテーションに係る連携を行うにつき必要な体制が整備されていること。</b></p> <p><b>ハ 他の保険医療機関とのリハビリテーションに係る連携を行うにつき必要な体制が整備されていること。</b></p>

・疾患別リハビリテーション料を算定する患者が、介護保険の通所リハビリテーション事業所等によるサービス利用へ移行する場合、又は他の医療機関等によるリハビリテーションの提供に移行する場合、移行先の事業所又は医療機関等に対しリハビリテーション実施計画書を提供する



# 心大血管疾患リハビリテーション料

リハビリテーションに係る医療・介護情報連携の推進

改定前	改定後
<p>【心大血管疾患リハビリテーション料】 [算定要件] (新設)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>・疾患別リハビリテーション料を算定する患者が、他の医療機関等によるリハビリテーションの提供に移行する場合、移行先の事業所又は医療機関等に対しリハビリテーション実施計画書を提供する</p> </div> <p>[施設基準] 1 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）に関する施設基準 (新設)</p>	<p>【心大血管疾患リハビリテーション料】 [算定要件] <b>(13) 心大血管疾患リハビリテーションを実施した患者であって、<u>転医や転院に伴い他の保険医療機関でリハビリテーションが継続される予定であるものについて、当該患者の同意が得られた場合、3月以内に作成したリハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画書等を当該他の保険医療機関に対して、文書により提供すること。なお、当該患者が、直近3月以内に目標設定等支援・管理料を算定している場合には、目標設定等支援・管理シートも併せて提供すること。</u></b></p> <p>[施設基準] 1 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）に関する施設基準 <b>(10) 心大血管疾患リハビリテーションを実施した患者であって、<u>他の保険医療機関でリハビリテーションが継続される予定であるものについて、当該患者の同意を得た上で、当該他の保険医療機関に対して、リハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画書等を文書により提供できる体制を整備していること。</u></b></p>

# 脳血管疾患等リハビリテーション料

リハビリテーションに係る医療・介護情報連携の推進

改定前	改定後
<p>【脳血管疾患等リハビリテーション料】 [算定要件] (新設)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 20px;"> <p>・疾患別リハビリテーション料を算定する患者が、他の医療機関等によるリハビリテーションの提供に移行する場合、移行先の事業所又は医療機関等に対しリハビリテーション実施計画書を提供する</p> </div>	<p>【脳血管疾患等リハビリテーション料】 [算定要件]</p> <p><b>(17) 要介護認定を申請中の者又は介護保険法第62条に規定する要介護被保険者等であって、介護保険によるリハビリテーションへの移行を予定しているものについて、当該患者の同意が得られた場合に、利用を予定している指定通所リハビリテーション事業所等に対して、<b>3月以内</b>に作成したリハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画書等を文書により提供すること。利用を予定している指定通所リハビリテーション事業所等とは、当該患者、患者の家族等又は当該患者のケアマネジメントを担当する居宅介護支援専門員を通じ、当該患者の利用について検討する意向が確認できた指定通所リハビリテーション事業所等をいう。なお、当該患者が、<b>直近3月以内</b>に目標設定等支援・管理料を算定している場合には、目標設定等支援・管理シートも併せて提供すること。</b></p> <p><b>(18) 脳血管疾患等リハビリテーションを実施した患者であって、転医や転院に伴い他の保険医療機関でリハビリテーションが継続される予定であるものについて、当該患者の同意が得られた場合、当該他の保険医療機関に対して、<b>3月以内</b>に作成したリハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画書等を文書により提供すること。なお、当該患者が、<b>直近3月以内</b>に目標設定等支援・管理料を算定している場合には、目標設定等支援・管理シートも併せて提供すること。</b></p> <p>※ 廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料についても同様。</p>

# 脳血管疾患等リハビリテーション料

リハビリテーションに係る医療・介護情報連携の推進

改定前	改定後
<p>[施設基準] 1 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）に関する施設基準（新設）</p> <div data-bbox="105 596 1031 733" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 20px;"> <p>・疾患別リハビリテーション料を算定する患者が、他の医療機関等によるリハビリテーションの提供に移行する場合、移行先の事業所又は医療機関等に対しリハビリテーション実施計画書を提供する</p> </div>	<p>[施設基準] 1 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）に関する施設基準 <b>(10) 要介護認定を申請中の者又は介護保険法第62条に規定する要介護被保険者等であって、介護保険によるリハビリテーションへの移行を予定しているものについて、当該患者の同意を得た上で、利用を予定している指定通所リハビリテーション事業所、指定訪問リハビリテーション事業所、指定介護予防通所リハビリテーション事業所又は指定介護予防訪問リハビリテーション事業所（以下「指定通所リハビリテーション事業所等」という。）に対して、リハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画書等を文書により提供できる体制を整備していること。</b> <b>(11) 脳血管疾患等リハビリテーションを実施した患者であって、他の保険医療機関でリハビリテーションが継続される予定であるものについて、当該他の医療機関に対して、当該患者の同意を得た上で、リハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画書等を文書により提供できる体制を整備していること。</b></p> <p>※ <b>心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）及び（Ⅲ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）及び（Ⅲ）、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料についても同様。</b></p>

# (廃止) リハビリテーション計画提供料

リハビリテーションに係る医療・介護情報連携の推進

改定前	改定後
<p><b>【リハビリテーション計画提供料】</b></p> <p>1 リハビリテーション計画提供料 275点</p> <p>2 リハビリテーション計画提供料 100点</p> <p><b>【リハビリテーション総合計画評価料】</b></p> <p>注4 <u>区分番号H003-3に掲げるリハビリテーション計画提供料の2を算定した患者（区分番号H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料の注2及び注3に規定する加算、区分番号H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料の注2及び注3に規定する加算又は区分番号H002に掲げる運動器リハビリテーション料の注2及び注3に規定する加算を算定している入院中の患者以外の患者（他の保険医療機関を退院したものに限る。）に限る。）である場合には算定できない。</u></p>	<p><b>【リハビリテーション計画提供料】</b> <b>(削除)</b></p> <p><b>【リハビリテーション総合計画評価料】</b> <b>(削除)</b></p>

・疾患別リハビリテーション料の算定要件や施設基準にリハビリテーション実施計画書を提供することが定められたため廃止



## 退院時共同指導料 2

退院時におけるリハビリテーション  
に係る医療・介護連携の推進

改定前	改定後
<p>【退院時共同指導料 2】 〔算定要件〕</p> <p>(7) 退院時共同指導料 2 の「注 1」は、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、当該患者が入院している保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と在宅療養担当医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が共同して行った場合に算定する。</p> <div data-bbox="78 939 1006 1116" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>・退院後在宅での療養を行う患者が退院後に介護保険のリハビリテーションを利用予定の場合、入院医療機関の医師等が、訪問・通所リハビリテーション事業所の医師・理学療法士等の参加を求めることが望ましいことを要件に追加</p> </div>	<p>【退院時共同指導料 2】 〔算定要件〕</p> <p>(7) 退院時共同指導料 2 の「注 1」は、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、当該患者が入院している保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と在宅療養担当医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が共同して行った場合に算定する。 <b><u>なお、退院後に介護保険によるリハビリテーション（介護保険法第 8 条第 5 項に規定する訪問リハビリテーション、同法第 8 条第 8 項に規定する通所リハビリテーション、同法第 8 条の 2 第 4 項に規定する介護予防訪問リハビリテーション又は同法第 8 条の 2 第 6 項に規定する介護予防通所リハビリテーションをいう。）を利用予定の場合、在宅での療養上必要な説明及び指導について、当該患者が入院している医療機関の保険医等が、介護保険によるリハビリテーションを提供する事業所の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の参加を求めることが望ましい。</u></b></p>

# 診療情報提供料(Ⅰ)

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

改定前	改定後
<p>【診療情報提供料(Ⅰ)】 [算定要件]</p> <p>(14) 「注4」については、精神障害者である患者であって、次に掲げる施設に入所している患者又は介護老人保健施設（当該保険医療機関と同一の敷地内にある介護老人保健施設その他これに準ずる介護老人保健施設を除く。「注5」において同じ。）に入所している患者の診療を行っている保険医療機関が、診療の結果に基づき、患者の同意を得て、当該患者が入所しているこれらの施設に対して文書で診療情報を提供した場合に算定する。</p> <p>ア グループホーム（障害者総合支援法第5条第17項に規定する共同生活援助を行う事業所をいう。）</p> <p>イ 障害者支援施設（障害者総合支援法第5条第11項に規定する障害者支援施設をいい、日中活動として同条第7項に規定する生活介護を行うものを除く。）</p> <p>ウ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則（平成18年厚生労働省令第19号）第6条の7第2号に規定する自立訓練（生活訓練）を行う事業所（新規）</p> <p style="text-align: right;">・情報提供先に、就労選択支援事業所を追加</p> <p>エ 障害者総合支援法第5条第13項に規定する就労移行支援を行う事業所</p> <p>オ 障害者総合支援法第5条第14項に規定する就労継続支援を行う事業所</p> <p>カ 障害者総合支援法第5条第28項に規定する福祉ホーム</p>	<p>【診療情報提供料(Ⅰ)】 [算定要件]</p> <p>(14) 「注4」については、精神障害者である患者であって、次に掲げる施設に入所している患者又は介護老人保健施設（当該保険医療機関と同一の敷地内にある介護老人保健施設その他これに準ずる介護老人保健施設を除く。「注5」において同じ。）に入所している患者の診療を行っている保険医療機関が、診療の結果に基づき、患者の同意を得て、当該患者が入所しているこれらの施設に対して文書で診療情報を提供した場合に算定する。</p> <p>ア グループホーム（障害者総合支援法第5条第17項に規定する共同生活援助を行う事業所をいう。）</p> <p>イ 障害者支援施設（障害者総合支援法第5条第11項に規定する障害者支援施設をいい、日中活動として同条第7項に規定する生活介護を行うものを除く。）</p> <p>ウ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則（平成18年厚生労働省令第19号）第6条の7第2号に規定する自立訓練（生活訓練）を行う事業所</p> <p><b>エ 障害者総合支援法第5条第13項に規定する就労選択支援を行う事業所</b></p> <p>オ 障害者総合支援法第5条第14項に規定する就労移行支援を行う事業所</p> <p>カ 障害者総合支援法第5条第15項に規定する就労継続支援を行う事業所</p> <p>キ 障害者総合支援法第5条第29項に規定する福祉ホーム</p>

# 入退院支援加算 1、入院時支援加算、入院事前調整加算

入退院支援加算 1・2  
の見直しについて

改定前	改定後
<p>【入退院支援加算】 〔算定要件〕 注1～6（略）</p> <p>7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して、入院前に支援を行った場合に、その支援の内容に応じて、次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。</p> <p>イ 入院時支援加算 1 <span style="float: right;">230点</span> ロ 入院時支援加算 2 <span style="float: right;">200点</span></p> <p>8（略） （新設）</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>・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 の点数を見直し</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>・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</p> </div> <p>(2) 入退院支援加算 1 にあつては、入退院支援及び地域連携業務に専従する職員（以下「入退院支援職員」という。）を各病棟に専任で配置し、原則として入院後 3 日以内に患者の状況を把握するとともに退院困難な要因を有している患者を抽出する。また、入退院支援加算 2 にあつては、患者の入院している病棟等において、原則として入院後 7 日以内に退院困難な要因を有している患者を抽出する。なお、ここでいう退院困難な要因とは、以下のものである。</p>	<p>【入退院支援加算】 〔算定要件〕 注1～6（略）</p> <p>7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して、入院前に支援を行った場合に、その支援の内容に応じて、次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。</p> <p>イ 入院時支援加算 1 <span style="float: right;"><b>240点</b></span> ロ 入院時支援加算 2 <span style="float: right;">200点</span></p> <p>8（略）</p> <p><b>9 別に厚生労働大臣が定める患者に対して、入院前に患者及びその家族等並びに当該患者の在宅での生活を支援する障害福祉サービス事業者等と事前に入院中の支援に必要な調整を行った場合に、入院事前調整加算として、200点を更に所定点数に加算する。</b></p> <p>(2) 入退院支援加算 1 にあつては、入退院支援及び地域連携業務に専従する職員（以下「入退院支援職員」という。）を各病棟に専任で配置し、原則として入院後 3 日以内に患者の状況を把握するとともに退院困難な要因を有している患者を抽出する。また、入退院支援加算 2 にあつては、患者の入院している病棟等において、原則として入院後 7 日以内に退院困難な要因を有している患者を抽出する。なお、ここでいう退院困難な要因とは、以下のものである。</p>

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

# 入退院支援加算 1

入退院支援加算 1・2 の見直しについて

改定前	改定後
<p>ア・イ (略)</p> <p>ウ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること (介護保険法施行令第 2 条各号に規定する特定疾病を有する 40 歳以上 65 歳未満の者及び 65 歳以上の者に限る。)</p> <p>(新設) ・対象患者に、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</p> <p>(新設)</p> <p>エ～ス (略)</p> <p>セ その他患者の状況から判断してアからスまでに準ずると認められる場合</p> <p>(3) (略)</p> <p>(4) ここでいう退院支援計画の内容は、以下の内容を含むものとする。</p> <p>ア～カ (略)</p> <p>(新設) ・退院支援計画の内容に、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理等を含む退院に向けた入院中に行う療養支援の内容を盛り込むことを明記</p> <p>(5)～(22) (略)</p>	<p>ア・イ (略)</p> <p>ウ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること <b>又は要支援状態であるとの疑いがあるが要支援認定が未申請であること</b> (介護保険法施行令第 2 条各号に規定する特定疾病を有する 40 歳以上 65 歳未満の者及び 65 歳以上の者に限る。)</p> <p><b>エ コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する者</b></p> <p><b>オ 強度行動障害の状態の者</b></p> <p>カ～ソ (略)</p> <p>タ その他患者の状況から判断してアからソまでに準ずると認められる場合</p> <p>(3) (略)</p> <p>(4) ここでいう退院支援計画の内容は、以下の内容を含むものとする。</p> <p>ア～カ (略)</p> <p><b>キ リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理等を含む、退院に向けて入院中に必要な療養支援の内容並びに栄養サポートチーム等の多職種チームとの役割分担</b></p> <p>(5)～(22) (略)</p>



# 入退院支援加算 1

入退院支援加算 1・2 の見直しについて

改定前	改定後
<p>・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</p> <p>(23)～(26) (略)</p> <p>[施設基準] 三十五の六 入退院支援加算の施設基準等 (新設)</p>	<p><b>(23) <u>注9に規定する入院事前調整加算を算定するに当たっては、コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する者又は強度行動障害の状態の者であって入院の決まったものについて、当該患者の特性を踏まえた入院中の治療や入院生活に係る支援が行えるよう、当該患者、その家族等及び当該患者の在宅における生活を支援する障害福祉サービス事業者等から事前に情報提供を受け、その内容を踏まえ、入院中の看護等に係る療養支援の計画を立て、患者及び入院予定先の病棟職員と共有した場合に算定する。</u></b></p> <p>(24)～(27) (略)</p> <p>[施設基準] 三十五の六 入退院支援加算の施設基準等</p> <p><b>(11) <u>入院事前調整加算に規定する厚生労働大臣が定める患者</u></b></p> <p><b>イ <u>コミュニケーションにつき特別な支援を要する者又は強度行動障害を有する者であること。</u></b></p> <p><b>ロ <u>入退院支援加算を算定する患者であること。</u></b></p>



# 入退院支援加算 1

入退院支援加算 1・2 の見直しについて

改定前	改定後
<p>【入退院支援加算】 〔施設基準〕 第26の5 入退院支援加算 1 入退院支援加算 1 に関する施設基準 (1)～(3) (略) (4) 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者等（以下「連携機関」という。）の数が 25 以上であること。また、(2)又は(3)の職員と、それぞれの連携機関の職員が年 3 回以上の頻度で対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて面会し、情報の共有等を行っていること。なお、面会には、個別の退院調整に係る面会等を含めて差し支えないが、年 3 回以上の面会の日付、担当者名、目的及び連携機関の名称等を一覧できるように記録すること。なお、患者の個人情報の取扱いについては、第21の1の(9)の例による。</p>	<p>【入退院支援加算】 〔施設基準〕 第26の5 入退院支援加算 1 入退院支援加算 1 に関する施設基準 (1)～(3) (略) (4) 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者等（以下「連携機関」という。）の数が25以上であること。<b>なお、急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）又は専門病院入院基本料（13対1入院基本料を除く。）を算定する病棟を有する場合は当該連携機関の数のうち1以上は保険医療機関であること。</b> <b>また、地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟又は病室を有する場合は当該連携機関の数のうち5以上は介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者であること。</b></p>
<p>・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</p>	

# 入退院支援加算 1

入退院支援加算 1・2 の見直しについて

改定前	改定後
(5)・(6) (略)	<p><b>加えて、</b>(2)又は(3)の職員と、それぞれの連携機関の職員が年3回以上の頻度で対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて面会し、情報の共有等を行っていること。なお、面会には、個別の退院調整に係る面会等を含めて差し支えないが、年3回以上の面会の日付、担当者名、目的及び連携機関の名称等を一覧できるように記録すること。なお、患者の個人情報 の取扱いについては、第21の1の(9)の例による。</p> <p>(5)・(6) (略)</p>

# 在宅療養指導料

在宅療養指導料の見直し

改定前	改定後
<p>【在宅療養指導料】 〔算定要件〕</p> <p>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つては、月2回）に限り算定する。</p> <p>(1) <u>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つて、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</u>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つては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>・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</p> </div> <p>(2)～(4) (略) (新設)</p>	<p>【在宅療養指導料】 〔算定要件〕</p> <p>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<b>又は退院後1月以内の慢性心不全</b>の患者に対して、医師の指示に基づき保健師、助産師又は看護師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に、患者1人につき月1回（初回の指導を行った月にあつては、月2回）に限り算定する。</p> <p>(1) <b>次のいずれかの患者</b>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つては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。  <b>ア 在宅療養指導〔管理料を算定している患者</b>  <b>イ 入院中の患者以外の患者であつて、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</b>  <b>ウ 退院後1月以内の患者であつて、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。）</b></p> <p>(2)～(4) (略)</p> <p>(5) <b>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。</b></p>

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。



# 認知症ケア加算

認知症ケア加算の見直し

改定前	改定後
<p>【認知症ケア加算】</p> <p>1 認知症ケア加算 1</p> <p style="padding-left: 20px;">イ 14日以内の期間 <u>160点</u></p> <p style="padding-left: 20px;">ロ 15日以上期間 <u>30点</u></p> <p>2 認知症ケア加算 2</p> <p style="padding-left: 20px;">イ 14日以内の期間 <u>100点</u></p> <p style="padding-left: 20px;">ロ 15日以上期間 <u>25点</u></p> <p>3 認知症ケア加算 3</p> <p style="padding-left: 20px;">イ 14日以内の期間 <u>40点</u></p> <p style="padding-left: 20px;">ロ 15日以上期間 <u>10点</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>注2 身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の<u>60</u>に相当する点数により算定する。</p>	<p>【認知症ケア加算】</p> <p>1 認知症ケア加算 1</p> <p style="padding-left: 20px;">イ 14日以内の期間 <b><u>180点</u></b></p> <p style="padding-left: 20px;">ロ 15日以上期間 <b><u>34点</u></b></p> <p>2 認知症ケア加算 2</p> <p style="padding-left: 20px;">イ 14日以内の期間 <b><u>112点</u></b></p> <p style="padding-left: 20px;">ロ 15日以上期間 <b><u>28点</u></b></p> <p>3 認知症ケア加算 3</p> <p style="padding-left: 20px;">イ 14日以内の期間 <b><u>44点</u></b></p> <p style="padding-left: 20px;">ロ 15日以上期間 <u>10点</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>注2 身体的拘束を実施した日は、所定点数の<b><u>100分の40</u></b>に点数により算定する。</p>

・身体的拘束を実施しなかった日と実施した日の点数をそれぞれ見直し



# 認知症ケア加算

認知症ケア加算の見直し

改定前	改定後
<p>【認知症ケア加算】 [算定要件]</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、認知症ケア加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して必要なケアを行った場合に、当該基準に係る区分に従い、当該患者が入院した日から起算し、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。<u>ただし、認知症ケア加算1を算定する場合は、区分番号A230-4に掲げる精神科リエゾンチーム加算は別に算定できない。</u></p> <p>(5) 認知症ケア加算1 イ 当該患者を診療する医師、看護師等は、認知症ケアチームと連携し、病棟職員全体で以下の対応に取り組む必要がある。 ① 当該患者の入院前の生活状況等を情報収集し、その情報を踏まえたアセスメントを行い、看護計画を作成する。その際、行動・心理症状がみられる場合には、その要因をアセスメントし、症状の軽減を図るための適切な環境調整や患者とのコミュニケーションの方法等について検討する。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>・認知症ケア加算で求めるアセスメント及び対応方策に、せん妄のリスク因子の確認及びせん妄対策を追加し、認知症ケア算定した場合はせん妄ハイリスク患者ケア加算の算定は不可とする</p> </div>	<p>【認知症ケア加算】 [算定要件]</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、認知症ケア加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して必要なケアを行った場合に、当該基準に係る区分に従い、当該患者が入院した日から起算し、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。<u>この場合において、区分番号A230-4に掲げる精神科リエゾンチーム加算（認知症ケア加算1を算定する場合に限る。）又は区分番号A247-2に掲げるせん妄ハイリスク患者ケア加算は別に算定できない。</u></p> <p>(5) 認知症ケア加算1 イ 当該患者を診療する医師、看護師等は、認知症ケアチームと連携し、病棟職員全体で以下の対応に取り組む必要がある。 ① 当該患者の入院前の生活状況等を情報収集し、その情報を踏まえたアセスメントを行い、看護計画を作成する。その際、行動・心理症状がみられる場合には、その要因をアセスメントし、症状の軽減を図るための適切な環境調整や患者とのコミュニケーションの方法等について検討する。<u>また、せん妄のリスク因子の確認を行い、ハイリスク患者に対するせん妄対策を併せて実施すること。せん妄のリスク因子の確認及びハイリスク患者に対するせん妄対策の取扱いについては、区分番号「A247-2」せん妄ハイリスク患者ケア加算の例によること。</u></p>

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

# 認知症ケア加算

認知症ケア加算の見直し

改定前	改定後
<p>[施設基準]</p> <p>1 認知症ケア加算 1 の施設基準</p> <p>(1) 当該保険医療機関内に、以下から構成される認知症ケアに係るチーム（以下「認知症ケアチーム」という。）が設置されていること。このうち、イに掲げる看護師については、原則週16時間以上、認知症ケアチームの業務に従事すること。 ア～ウ（略）</p> <p>(2)～(4)（略）</p> <p>(5) 認知症ケアチームは、以下の業務を行うこと。 ア～ウ（略） （新設）</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #E6E6FA; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>・加算で求めるアセスメント及び対応方策に、せん妄のリスク因子の確認及びせん妄対策を含める</p> </div> <p>エ チームにより、認知症患者に関わる職員を対象として、認知症患者のケアに関する研修を定期的実施すること。</p> <p>(6)・(7)（略）</p>	<p>[施設基準]</p> <p>1 認知症ケア加算 1 の施設基準(1) 当該保険医療機関内に、以下から構成される認知症ケアに係るチーム（以下「認知症ケアチーム」という。）が設置されていること。このうち、イに掲げる看護師については、原則週16時間以上、認知症ケアチームの業務に従事すること。<b>なお、認知症ケアチームは、身体的拘束最小化チームを兼ねることは差し支えない。</b> ア～ウ（略）</p> <p>(2)～(4)（略）</p> <p>(5) 認知症ケアチームは、以下の業務を行うこと。 ア～ウ（略）</p> <p><b>エ <u>せん妄のリスク因子の確認のためのチェックリスト及びせん妄のハイリスク患者に対するせん妄対策のためのチェックリストを作成していること。</u></b></p> <p><b>オ チームにより、認知症患者に関わる職員を対象として、認知症患者のケアに関する研修を定期的実施すること。</b></p> <p>(6)・(7)（略）</p> <p><b>※ <u>認知症ケア加算 2 及び認知症ケア加算 3 も同様。</u></b></p>
<p>[経過措置]</p> <p><b>令和6年3月31日時点で認知症ケア加算に係る届出を行っている保険医療機関については、令和6年9月30日までの間、1の(5)のエ、2の(6)及び3の(2)の基準を満たしているものとみなす。</b></p>	

# 入院基本料等

入院基本料等の見直し

「Ⅰ－１－②」を参照のこと

# 地域包括ケア病棟入院料

地域包括ケア病棟入院料の評価の見直し

改定前	改定後
<p>【地域包括ケア病棟入院料】</p> <p>1 地域包括ケア病棟入院料 1 (生活療養を受ける場合にあつては、</p> <p style="text-align: right;">2,809点 <u>2,794点</u></p> <p>2 地域包括ケア入院医療管理料 1 (生活療養を受ける場合にあつては、</p> <p style="text-align: right;">2,809点 <u>2,794点</u></p> <p>3 地域包括ケア病棟入院料 2 (生活療養を受ける場合にあつては、</p> <p style="text-align: right;">2,620点 <u>2,605点</u></p> <p>4 地域包括ケア入院医療管理料 2 (生活療養を受ける場合にあつては、</p> <p style="text-align: right;">2,620点 <u>2,605点</u></p>	<p>【地域包括ケア病棟入院料】</p> <p>1 地域包括ケア病棟入院料 1</p> <p style="padding-left: 20px;"><b>イ 40日以内の期間</b> (生活療養を受ける場合にあつては、</p> <p style="text-align: right;"><b>2,838点</b> <b>2,823点</b></p> <p style="padding-left: 20px;"><b>ロ 41日以上</b>の期間 (生活療養を受ける場合にあつては、</p> <p style="text-align: right;"><b>2,690点</b> <b>2,675点</b></p> <p>2 地域包括ケア入院医療管理料 1</p> <p style="padding-left: 20px;"><b>イ 40日以内の期間</b> (生活療養を受ける場合にあつては、</p> <p style="text-align: right;"><b>2,838点</b> <b>2,823点</b></p> <p style="padding-left: 20px;"><b>ロ 41日以上</b>の期間 (生活療養を受ける場合にあつては、</p> <p style="text-align: right;"><b>2,690点</b> <b>2,675点</b></p> <p>3 地域包括ケア病棟入院料 2</p> <p style="padding-left: 20px;"><b>イ 40日以内の期間</b> (生活療養を受ける場合にあつては、</p> <p style="text-align: right;"><b>2,649点</b> <b>2,634点</b></p> <p style="padding-left: 20px;"><b>ロ 41日以上</b>の期間 (生活療養を受ける場合にあつては、</p> <p style="text-align: right;"><b>2,510点</b> <b>2,495点</b></p> <p>4 地域包括ケア入院医療管理料 2</p> <p style="padding-left: 20px;"><b>イ 40日以内の期間</b> (生活療養を受ける場合にあつては、</p> <p style="text-align: right;"><b>2,649点</b> <b>2,634点</b></p> <p style="padding-left: 20px;"><b>ロ 41日以上</b>の期間 (生活療養を受ける場合にあつては、</p> <p style="text-align: right;"><b>2,510点</b> <b>2,495点</b></p>

・入院期間に応じた評価の見直し

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

# 地域包括ケア病棟入院料

地域包括ケア病棟入院料の評価の見直し

改定前		改定後	
5 地域包括ケア病棟入院料 3 (生活療養を受ける場合にあつては、	2,285点 2,270点)	<b>5 地域包括ケア病棟入院料 3</b> <b>イ 40日以内の期間</b> (生活療養を受ける場合にあつては、	<b>2,312点</b> <b>2,297点)</b>
		<b>ロ 41日以上</b> (生活療養を受ける場合にあつては、	<b>2,312点</b> <b>2,176点)</b>
6 地域包括ケア入院医療管理料 3 (生活療養を受ける場合にあつては、	2,285点 2,270点)	<b>6 地域包括ケア入院医療管理料 3</b> <b>イ 40日以内の期間</b> (生活療養を受ける場合にあつては、	<b>2,312点</b> <b>2,297点)</b>
		<b>ロ 41日以上</b> (生活療養を受ける場合にあつては、	<b>2,191点</b> <b>2,176点)</b>
7 地域包括ケア病棟入院料 4 (生活療養を受ける場合にあつては、	2,076点 2,060点)	<b>7 地域包括ケア病棟入院料 4</b> <b>イ 40日以内の期間</b> (生活療養を受ける場合にあつては、	<b>2,102点</b> <b>2,086点)</b>
		<b>ロ 41日以上</b> (生活療養を受ける場合にあつては、	<b>1,992点</b> <b>1,976点)</b>
8 地域包括ケア入院医療管理料 4 (生活療養を受ける場合にあつては、	2,076点 2,060点)	<b>8 地域包括ケア入院医療管理料 4</b> <b>イ 40日以内の期間</b> (生活療養を受ける場合にあつては、	<b>2,102点</b> <b>2,086点)</b>
		<b>ロ 41日以上</b> (生活療養を受ける場合にあつては、	<b>1,992点</b> <b>1,976点)</b>



本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

# 地域包括ケア病棟入院料

地域包括ケア病棟入院料の評価の見直し

改定前	改定後
<p>注2 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室を有するものについては、注1に規定する届出の有無にかかわらず、<u>地域包括ケア病棟入院料1（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料1（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料2（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料2（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料3（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料3（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料4（特定地域）又は地域包括ケア入院医療管理料4（特定地域）</u>について、所定点数に代えて、当該病棟又は病室に入院した日から起算して60日を限度として、1日につき、それぞれ<u>2,433点、2,433点、2,244点、2,244点、1,984点、1,984点、1,774点又は1,774点</u>（生活療養を受ける場合にあつては、それぞれ<u>2,418点、2,418点、2,230点、2,230点、1,970点、1,970点、1,760点又は1,760点</u>）を算定することができる。</p> <p>（中略）</p>	<p>注2 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室を有するものについては、注1に規定する届出の有無にかかわらず、<b><u>地域包括ケア病棟入院料1のイ（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料1のロ（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料1のイ（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料1のロ（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料2のイ（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料2のロ（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料2のイ（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料2のロ（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料3のイ（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料3のロ（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料3のイ（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料3のロ（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料4のイ（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料4のロ（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料4のイ（特定地域）又は地域包括ケア入院医療管理料4のロ（特定地域）</u></b>について、所定点数に代えて、当該病棟又は病室に入院した日から起算して60日を限度として、1日につき、それぞれ<b><u>2,440点、2,311点、2,440点、2,311点、2,251点、2,132点、2,251点、2,132点、1,990点、1,885点、1,990点、1,885点、1,779点、1,685点、1,779点又は1,685点</u></b>（生活療養を受ける場合にあつては、それぞれ<b><u>2,425点、2,296点、2,425点、2,296点、2,237点、2,118点、2,237点、2,118点、1,976点、1,871点、1,976点、1,871点、1,765点、1,671点、1,765点又は1,671点</u></b>）を算定することができる。</p> <p>（中略）</p>

・医療資源の少ない地域の取扱い

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

# 特定一般病棟入院料

地域包括ケア病棟入院料の評価の見直し

改定前	改定後
<p>【特定一般病棟入院料】 [算定要件]</p> <p>注7 当該病棟の病室のうち、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに入院する患者に対し、必要があって地域包括ケア入院医療管理が行われた場合には、注1から注6までの規定にかかわらず、当該病室に入院した日から起算して60日を限度として、それぞれ2,432点、2,243点、1,983点又は1,773点を算定する。ただし、当該病室に入院した患者が算定要件に該当しない場合は、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により算定する。</p>	<p>【特定一般病棟入院料】 [算定要件]</p> <p>注7 当該病棟の病室のうち、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに入院する患者に対し、必要があって地域包括ケア入院医療管理が行われた場合には、注1から注6までの規定にかかわらず、当該病室に入院した日から起算して60日を限度として、<b>40日以内の期間においては、それぞれ2,459点、2,270点、2,007点</b>又は<b>1,796点</b>を、<b>41日以上</b>の期間においては、それぞれ<b>2,330点、2,151点、1,902点</b>又は<b>1,702点</b>を算定する。ただし、当該病室に入院した患者が算定要件に該当しない場合は、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により算定する。</p>



# 地域包括ケア病棟入院料

地域包括ケア病棟入院料の評価の見直し

改定前	改定後
<p>【地域包括ケア病棟入院料】 〔施設基準〕 十一の二 地域包括ケア病棟入院料の施設基準等 (2) 地域包括ケア病棟入院料 1 の施設基準 ホ 次のいずれか二つ以上を満たしていること。 ① (略) ② 在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）及び精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）を前三月間において<u>六十回</u>以上算定している保険医療機関であること。</p>	<p>【地域包括ケア病棟入院料】 〔施設基準〕 十一の二 地域包括ケア病棟入院料の施設基準等 (2) 地域包括ケア病棟入院料 1 の施設基準 ホ 次のいずれか二つ以上を満たしていること。 ① (略) ② <b>退院後訪問指導料</b>、在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）、精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）、<b>指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成十二年厚生省告示第十九号）の指定居宅サービス介護給付費単位数表（以下「指定居宅サービス介護給付費単位数表」という。）の訪問看護費のロ及び指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成十八年厚生省告示第二百二十七号）の指定介護予防サービス介護給付費単位数表（以下「指定介護予防サービス介護給付費単位数表」という。）の介護予防訪問看護費のロ</b>を前三月間において<b>百五十回</b>以上算定している保険医療機関であること。 ③ 訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第六十七号）に規定する訪問看護基本療養費、精神科訪問看護基本療養費、<b>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</b>を前三月間において<b>八百回</b>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。</p>

・訪問看護実績の基準を見直し

# 地域包括ケア病棟入院料

地域包括ケア病棟入院料の評価の見直し

改定前	改定後
<p>④ (略)</p> <p>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。</p> <p>⑥ (略)</p>	<p>④ (略)</p> <p>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。</p> <p>⑥ (略)</p> <p>※ <b>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。</b></p>

**[経過措置]**

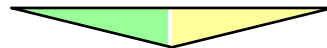
令和 6 年 3 月 31 日において現に地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟又は病室については、**令和 7 年 5 月 31 日**までの間に限り、第九の十一の二の(2)のホに該当するものとみなす。

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



# 地域包括ケア病棟入院料 1・2 地域包括ケア病棟の施設基準の見直し

改 定 前	改 定 後
<p>【地域包括ケア病棟入院料】 [施設基準]</p> <p>十一の二 地域包括ケア病棟入院料の施設基準等 (4) 地域包括ケア病棟入院料 2 の施設基準 ニ 当該病棟（許可病床数が二百床以上の保険医療機関に限る。）において、入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が六割未満であること。</p> <p>2 地域包括ケア病棟入院料 1 の施設基準 (1) 当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が7割2分5厘以上であること。<u>地域包括ケア病棟入院料に係る在宅等に退院するものとは、次のアからウまでのいずれにも該当しない患者をいう。</u> ア <u>他の保険医療機関（有床診療所入院基本料（別添2の第3の5の(1)のイの(イ)に該当するものに限る。）を算定する病床を除く。）に転院した患者</u> イ <u>介護老人保健施設に入所した患者</u> ウ <u>同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟への転棟患者</u></p>	<p>【地域包括ケア病棟入院料】 [施設基準]</p> <p>十一の二 地域包括ケア病棟入院料の施設基準等 (4) 地域包括ケア病棟入院料 2 の施設基準 ニ 当該病棟（許可病床数が二百床以上の保険医療機関に限る。）において、入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が<b style="color: red;">六割五分未満</b>であること。</p> <p>2 地域包括ケア病棟入院料 1 の施設基準 (1) 当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が7割2分5厘以上であること。</p>



# 地域包括ケア病棟入院料 1

地域包括ケア病棟の施設基準の見直し

改定前	改定後
<p>(2) 当該病棟から退院した患者数に占める在宅等に退院するものの割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出する。</p> <p>・在宅復帰率等の対象患者から、短期滞在手術等基本料3を算定する患者と短期滞在手術等基本料1の対象手術を実施した患者を除く</p> <p>ア 直近6か月間において、当該病棟から退院又は転棟した患者数（第2部「通則5」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く。）のうち、在宅等に退院するものの数</p>	<p>(2) 当該病棟から退院した患者数に占める在宅等に退院するものの割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出する。<b>ただし、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料3に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する。</b></p> <p>ア 直近6か月間において、当該病棟から退院又は転棟した患者数（第2部「通則5」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く。）のうち、在宅等に退院するものの数</p> <p><b>この場合において、在宅等に退院するものの数は、退院患者の数から、次に掲げる数を合計した数を控除した数をいう。</b></p> <p>① <b>他の保険医療機関（有床診療所入院基本料（別添2の第3の5の(1)のイの(イ)に該当するものに限る。）を算定する病床を除く。）に転院した患者の数</b></p> <p>② <b>介護老人保健施設（介護保健施設サービス費（Ⅰ）の介護保健施設サービス費（ii）若しくは介護保健施設サービス費（iv）又はユニット型介護保健施設サービス費（Ⅰ）のユニット型介護保健施設サービス費（ii）若しくは経過的ユニット型介護保健施設サービス費（ii）の届出を行っているものに限る。）に入所した患者の数の五割の数</b></p> <p>・在宅復帰率等の計算方法見直し</p>

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

# 地域包括ケア病棟入院料 1

地域包括ケア病棟の施設基準の見直し

改定前	改定後
<p>イ 直近6か月間に退院又は転棟した患者数（第2部「通則5」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く。）</p> <p>(5) 当該病棟に入棟した患者のうち、自宅等から入棟した患者の占める割合が2割以上であること。なお、自宅等から入棟した患者とは、自宅又は介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、認知症対応型グループホーム若しくは有料老人ホーム等（以下「有料老人ホーム等」という。）から入棟した患者のことをいう。ただし、当該入院料を算定する病棟を有する病院に有料老人ホーム等が併設されている場合は当該有料老人ホーム等から入棟した患者は含まれない。</p>	<p><b>③ 介護老人保健施設（介護保健施設サービス費（Ⅰ）の介護保健施設サービス費（ii）若しくは介護保健施設サービス費（iv）又はユニット型介護保健施設サービス費（Ⅰ）のユニット型介護保健施設サービス費（ii）若しくは経過的ユニット型介護保健施設サービス費（ii）の届出を行っていないものに限る。）に入所した患者の数</b></p> <p><b>④ 同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟への転棟患者の数</b></p> <p>イ 直近6か月間に退院又は転棟した患者数（第2「通則5」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く。）</p> <p>(5) 当該病棟に入棟した患者のうち、自宅等から入棟した患者の占める割合が2割以上であること。なお、自宅等から入棟した患者とは、自宅又は介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、認知症対応型グループホーム若しくは有料老人ホーム等（以下「有料老人ホーム等」という。）から入棟した患者のことをいう。ただし、当該入院料を算定する病棟を有する病院に有料老人ホーム等が併設されている場合は当該有料老人ホーム等から入棟した患者は含まれない。</p>



# 地域包括ケア病棟入院料 1

地域包括ケア病棟の施設基準の見直し

改定前	改定後
<p>(6) 自宅等から入棟した患者の占める割合は、直近3か月間に自宅等から入棟した患者を直近3か月に当該病棟に入棟した患者の数で除して算出するものであること。</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #E6E6FA; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>・在宅復帰率等の対象患者から、短期滞在手術等基本料3を算定する患者と短期滞在手術等基本料1の対象手術を実施した患者を除く</p> </div> <p>(新設)</p>	<p>(6) 自宅等から入棟した患者の占める割合は、直近3か月間に自宅等から入棟した患者を直近3か月に当該病棟に入棟した患者の数で除して算出するものであること。  <b>ただし、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料3に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する。</b></p> <p><b>(10) 令和6年3月31日時点で地域包括ケア病棟入院料1に係る届出を行っている保険医療機関については、令和7年5月31日までの間、(1)、(2)、(5)及び(6)の規定に限り、なお従前の例による。</b></p>

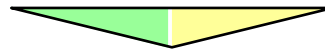


## 地域包括ケア入院医療管理料 1 地域包括ケア病棟の施設基準の見直し

改定前	改定後
<p>3 地域包括ケア入院医療管理料 1 の施設基準</p> <p>(1) 当該病室において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が7割2分5厘以上であること。当該病室から退院した患者数に占める在宅等に退院するものの割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出する。</p> <div style="border: 1px solid purple; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>・在宅復帰率等の対象患者から、短期滞在手術等基本料 3 を算定する患者と短期滞在手術等基本料 1 の対象手術を実施した患者を除く</p> </div> <p>ア～イ (略)</p> <p>(2) 当該病室に入室した患者のうち、自宅等から入室した患者の占める割合が2割以上であること。ただし、当該病室が10床未満の場合については自宅等から入室した患者を前3月において8人以上受け入れていること。なお、自宅等から入室した患者とは、自宅又は有料老人ホーム等から入室した患者のことをいう。ただし、当該入院料を算定する病室を有する病院に有料老人ホーム等が併設されている場合は当該有料老人ホーム等から入棟した患者は含まれない。</p>	<p>3 地域包括ケア入院医療管理料 1 の施設基準</p> <p>(1) 当該病室において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が7割2分5厘以上であること。当該病室から退院した患者数に占める在宅等に退院するものの割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出する。<b><u>ただし、短期滞入手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞入手術等基本料 3 に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する。</u></b></p> <p>ア～イ (略)</p> <p>(2) 当該病室に入室した患者のうち、自宅等から入室した患者の占める割合が2割以上であること。ただし、当該病室が10床未満の場合については自宅等から入室した患者を前3月において8人以上受け入れていること。なお、自宅等から入室した患者とは、自宅又は有料老人ホーム等から入室した患者のことをいう。ただし、当該入院料を算定する病室を有する病院に有料老人ホーム等が併設されている場合は当該有料老人ホーム等から入棟した患者は含まれない。<b><u>また、短期滞入手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞入手術等基本料 3 に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する。</u></b></p>

## 地域包括ケア入院医療管理料 1: 地域包括ケア病棟の施設基準の見直し

改定前	改定後
(新設)	<p><b>(7) 令和6年3月31日時点で地域包括ケア病棟入院医療管理料1に係る届け出を行っている保険医療機関については、令和7年5月31日までの間、(1)及び(2)の規定に限り、なお従前の例による。</b></p>





## 地域包括ケア病棟入院料 2

地域包括ケア病棟の施設基準の見直し

改定前	改定後
<p>4 地域包括ケア病棟入院料 2 の施設基準 (4) 次のいずれか 1 つ以上を満たしていること。 ア 当該病棟に入棟した患者のうち、自宅等から入棟した患者の占める割合が 2 割以上であること。なお、自宅等から入棟した患者とは、有料老人ホーム等から入棟した患者のことをいう。ただし、当該入院料を算定する病棟を有する病院に有料老人ホーム等が併設されている場合は当該有料老人ホーム等から入棟した患者は含まれない。自宅等から入棟した患者の占める割合は、直近 3 か月間に自宅等から入棟した患者を直近 3 か月に当該病棟に入棟した患者の数で除して算出するものであること。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>・在宅復帰率等の対象患者から、短期滞在手術等基本料 3 を算定する患者と短期滞在手術等基本料 1 の対象手術を実施した患者を除く</p> </div> <p>イ〜ク (略)</p>	<p>4 地域包括ケア病棟入院料 2 の施設基準 (4) 次のいずれか 1 つ以上を満たしていること。 ア 当該病棟に入棟した患者のうち、自宅等から入棟した患者の占める割合が 2 割以上であること。なお、自宅等から入棟した患者とは、有料老人ホーム等から入棟した患者のことをいう。ただし、当該入院料を算定する病棟を有する病院に有料老人ホーム等が併設されている場合は当該有料老人ホーム等から入棟した患者は含まれない。自宅等から入棟した患者の占める割合は、直近 3 か月間に自宅等から入棟した患者を直近 3 か月に当該病棟に入棟した患者の数で除して算出するものであること。<b><u>ただし、短期滞入手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞入手術等基本料 3 に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する。</u></b></p> <p>イ〜ク (略)</p>



## 地域包括ケア病棟入院料 2

地域包括ケア病棟の施設基準の見直し

改定前	改定後
<p>(5) 許可病床数が200床以上の病院にあっては、当該病棟における、入院患者に占める、同一の保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が<u>6割未満</u>であること。</p> <p>・在宅復帰率等の対象患者から、短期滞在手術等基本料3を算定する患者と短期滞在手術等基本料1の対象手術を実施した患者を除く</p> <p>(新設)</p>	<p>(5) 許可病床数が200床以上の病院にあっては、当該病棟における、入院患者に占める、同一の保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が<b>六割五分未満</b>であること。<b>ただし、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料3に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する。</b></p> <p><b>(6) 令和6年3月31日時点で地域包括ケア病棟入院料2に係る届け出を行っている保険医療機関については、令和7年5月31日までの間、(2)（2の(1)及び(2)に係るものに限る）及び(5)の規定に限り、なお従前の例による。</b></p>

## 地域包括ケア入院医療管理料 2 地域包括ケア病棟の施設基準の見直し

改定前	改定後
<p>5 地域包括ケア入院医療管理料 2 の施設基準 (3) 次のいずれか 1 つ以上を満たしていること。 ア 当該病室に入室した患者のうち、自宅等から入室した患者の占める割合が 2 割以上であること。ただし、当該病室が 10 床未満の場合については自宅等から入室した患者を前 3 月において 8 人以上受け入れていること。なお、自宅等から入室した患者とは、自宅又は有料老人ホーム等から入室した患者のことをいう。ただし、当該入院料を算定する病室を有する病院に有料老人ホーム等が併設されている場合は当該有料老人ホーム等から入棟した患者は含まれない。自宅等から入室した患者の占める割合は、直近 3 か月間に自宅等から入室した患者を直近 3 か月に当該病室に入室した患者の数で除して算出するものであること。</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #f0e0ff; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>・在宅復帰率等の対象患者から、短期滞在手術等基本料 3 を算定する患者と短期滞在手術等基本料 1 の対象手術を実施した患者を除く</p> </div> <p style="margin-top: 20px;">イ〜ク (略) (新設)</p> <p style="margin-top: 20px;"><b>※ 地域包括ケア病棟入院料 3 及び 4 並びに地域包括ケア入院医療管理料 3 及び 4 についても同様</b></p>	<p>5 地域包括ケア入院医療管理料 2 の施設基準 (3) 次のいずれか 1 つ以上を満たしていること。 ア 当該病室に入室した患者のうち、自宅等から入室した患者の占める割合が 2 割以上であること。ただし、当該病室が 10 床未満の場合については自宅等から入室した患者を前 3 月において 8 人以上受け入れていること。なお、自宅等から入室した患者とは、自宅又は有料老人ホーム等から入室した患者のことをいう。ただし、当該入院料を算定する病室を有する病院に有料老人ホーム等が併設されている場合は当該有料老人ホーム等から入棟した患者は含まれない。自宅等から入室した患者の占める割合は、直近 3 か月間に自宅等から入室した患者を直近 3 か月に当該病室に入室した患者の数で除して算出するものであること。<b>また、短期滞入手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞入手術等基本料 3 に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する。</b></p> <p style="margin-top: 10px;">イ〜ク (略)</p> <p><b>(4) 令和 6 年 3 月 31 日時点で地域包括ケア病棟入院医療管理料 2 に係る届け出を行っている保険医療機関については、令和 7 年 5 月 31 日までの間、(2) (3 の (1) に係るものに限る) 及び (3) の規定に限り、なお従前の例による。</b></p>

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。



# 介護障害連携加算（有床診療所入院基本料）

有床診療所における医療・介護・障害連携の推進

改定前	改定後
<p>[施設基準]</p> <p>二 有床診療所入院基本料の施設基準</p> <p>(10) 有床診療所入院基本料の注12に規定する<u>介護連携加算</u>の施設基準</p> <p>介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第2条各号に規定する疾病を有する40歳以上65歳未満の者又は65歳以上の者の受入れにつき、十分な体制を有していること。</p> <p>22 有床診療所入院基本料の「注12」に規定する<u>介護連携加算1</u>の施設基準</p> <p>次の施設基準を全て満たしていること。</p> <p>(1) 有床診療所入院基本料1又は有床診療所入院基本料2を届け出ている保険医療機関であること。</p> <p>(2) 5の(1)のイの(イ)を満たしていること。</p>	<p>[施設基準]</p> <p>二 有床診療所入院基本料の施設基準</p> <p>(10) 有床診療所入院基本料の注12に規定する<u>介護障害連携加算</u>の施設基準</p> <p>介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第2条各号に規定する疾病を有する40歳以上65歳未満の者<b>若しくは65歳以上の者又は重度の肢体不自由児（者）</b>の受入れにつき、十分な体制を有していること。</p> <p>22 有床診療所入院基本料の「注12」に規定する<u>介護障害連携加算1</u>の施設基準</p> <p>次の施設基準を全て満たしていること。</p> <p>(1) 有床診療所入院基本料1又は有床診療所入院基本料2を届け出ている保険医療機関であること。</p> <p>(2) <b>次のいずれかを満たすこと。</b></p> <p><b>ア</b> 5の(1)のイの(イ)を満たしていること。</p> <p><b>イ</b> <b>過去1年間に、介護保険法第8条第5項に規定する訪問リハビリテーション又は同法第8条の2第4項に規定する介護予防訪問リハビリテーションを提供した実績があること。</b></p>

・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

# 介護障害連携加算（有床診療所入院基本料）

有床診療所における医療・介護・障害連携の推進

改定前	改定後
	<p><b>ウ 過去1年間に、区分番号「C009」に掲げる在宅患者訪問栄養食事指導料又は介護保険法第8条第6項に規定する居宅療養管理指導（管理栄養士により行われるものに限る。）若しくは同法第8条の2第6項に規定する介護予防居宅療養管理指導（管理栄養士により行われるものに限る。）を提供した実績があること。</b></p> <p><b>エ 過去1年間に、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第5条第8項に規定する指定短期入所を提供した実績があること。</b></p>

・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



# 介護障害連携加算（有床診療所入院基本料）

有床診療所における医療・介護・障害連携の推進

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

・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

# 脳血管疾患等リハビリテーション料

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

改定前	改定後
<p>【脳血管疾患等リハビリテーション料】 〔施設基準〕 第40 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ) 1 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)に関する施設基準 (1) (略) (2) 次のアからエまでを全て満たしていること。 ア～エ (略) オ 次の(イ)又は(ロ)の要件を満たす場合であって、アからウまでの専従の従事者が疾患別リハビリテーションを提供すべき患者がいない時間帯には、脳血管疾患等リハビリテーションの実施時間中であっても、当該専従の従事者が、当該保険医療機関が行う通所リハビリテーションに従事しても差し支えない。</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #F0E68C; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>・医療保険の疾患別リハビリテーションと障害福祉サービスの自立訓練（機能訓練）を同時に実施する場合について、施設基準を緩和</p> </div> <p>(イ) 疾患別リハビリテーション料の施設基準における専従の従事者以外の全ての理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士が、介護保険のリハビリテーションその他疾患別リハビリテーション以外の業務に従事していること。</p> <p>(ロ) (略)</p>	<p>【脳血管疾患等リハビリテーション料】 〔施設基準〕 第40 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ) 1 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)に関する施設基準 (1) (略) (2) 次のアからエまでを全て満たしていること。 ア～エ (略) オ 次の(イ)又は(ロ)の要件を満たす場合であって、アからウまでの専従の従事者が疾患別リハビリテーションを提供すべき患者がいない時間帯には、脳血管疾患等リハビリテーションの実施時間中であっても、当該専従の従事者が、当該保険医療機関が行う通所リハビリテーション又は<b>障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則（平成18年厚生労働省令第19号）第6条の6第1号に規定する自立訓練（機能訓練）</b>（以下、「<b>自立訓練（機能訓練）</b>」という。）に従事しても差し支えない。</p> <p>(イ) 疾患別リハビリテーション料の施設基準における専従の従事者以外の全ての理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士が、介護保険のリハビリテーション、<b>自立訓練（機能訓練）</b>、その他疾患別リハビリテーション以外の業務に従事していること。</p> <p>(ロ) (略)</p>



## 脳血管疾患等リハビリテーション料

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

改定前	改定後
<p>(3) (略)</p> <p>(4) 当該療法を行うために必要な施設及び器械・器具として、以下のものを具備していること。これらの器械等については、当該保険医療機関が、指定通所リハビリテーションを実施する場合であって、リハビリテーションの提供に支障が生じない場合に、指定通所リハビリテーション事業所の利用者が使用しても差し支えない。</p> <p>(5)～(8) (略)</p> <p>(9) (2)のアからウまでの専従の従事者以外の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士については、疾患別リハビリテーションに従事している時間帯を除き、当該保険医療機関が行う通所リハビリテーションに従事可能であること。</p>	<p>(3) (略)</p> <p>(4) 当該療法を行うために必要な施設及び器械・器具として、以下のものを具備していること。これらの器械等については、当該保険医療機関が、指定通所リハビリテーション又は自立訓練（機能訓練）を実施する場合であって、リハビリテーションの提供に支障が生じない場合に、指定通所リハビリテーション事業所又は自立訓練（機能訓練）の利用者が使用しても差し支えない。</p> <p>(5)～(8) (略)</p> <p>(9) (2)のアからウまでの専従の従事者以外の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士については、疾患別リハビリテーションに従事している時間帯を除き、当該保険医療機関が行う通所リハビリテーション又は自立訓練（機能訓練）に従事可能であること。</p> <p><b>※ 廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、障害児（者）リハビリテーション料についても同様。</b></p>

# リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算

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

改定後

**(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**

[対象患者]

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

[算定要件]

注 リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理を連携・推進する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料（7対1入院基本料又は10対1入院基本料に限る。）を現に算定している患者に限る。）について、リハビリテーション、**栄養管理及び口腔管理に係る計画を作成した日から起算して14日を限度**として所定点数に加算する。この場合において、区分番号A 2 3 3 - 2に掲げる栄養サポートチーム加算は別に算定できない。

[施設基準]

- (1) 当該病棟に入院中の患者に対して、ADL等の維持、向上、及び栄養管理等に資する十分な体制が整備されていること。
- (2) 当該病棟に専従の常勤の理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が二名以上配置されていること、又は当該病棟に専従の常勤の理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が一名以上配置されており、かつ、当該病棟に専任の常勤の理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が一名以上配置されていること。
- (3) 当該病棟に専任の常勤の管理栄養士が一名以上配置されていること。
- (4) 口腔管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

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

# 早期リハビリテーション加算、急性期リハビリテーション加算

病態に応じた早期からの  
疾患別リハビリテーションの推進

改定前	改定後
<p>【心大血管疾患リハビリテーション料】 〔算定要件〕</p> <p>注2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、発症、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早いものから起算して30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。</p> <p>3 (略) (新設)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 20px;"> <p>・ADL・認知機能が低い患者、特定の医療行為を必要とする入院患者及び感染対策を必要とする入院患者に対し、疾患別リハビリテーションを提供した場合に加算を新設</p> </div>	<p>【心大血管疾患リハビリテーション料】 〔算定要件〕</p> <p>注2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、発症、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早いものから起算して30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、1単位につき<b>25点</b>を所定点数に加算する。</p> <p>3 (略)</p> <p><b>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、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者（入院中のものに限る。）であって、リハビリテーションを実施する日に別に厚生労働大臣が定める患者であるものに対してリハビリテーションを行った場合は、<b>発症、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早いものから起算して14日を限度として、急性期リハビリテーション加算として、1単位につき50点を更に所定点数に加算する。</b></b></p> <p>※ <u>脳血管疾患リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料についても同様。</u></p>



# 急性期リハビリテーション加算

病態に応じた早期からの  
疾患別リハビリテーションの推進

改定前	改定後
<p>【施設基準】</p> <p>第九 リハビリテーション</p> <p>一 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料の施設基準等</p> <p>(9) 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料に規定する初期加算の施設基準</p> <p>当該保険医療機関内にリハビリテーション科の常勤医師が配置されていること。</p> <p>(新設)</p>	<p>【施設基準】</p> <p>第九 リハビリテーション</p> <p>一 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料の施設基準等</p> <p>(9) 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料に規定する初期加算<b>及び急性期リハビリテーション加算</b>の施設基準</p> <p>当該保険医療機関内にリハビリテーション科の常勤医師が配置されていること。</p> <p><b>(10) 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料に規定する急性期リハビリテーション加算の対象となる患者</b></p> <p><b>別表第九の十に掲げる患者</b></p>
<p>別表第九の十 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料に規定する急性期リハビリテーション加算の対象となる患者</p> <p>次のいずれかに該当する入院中の患者</p> <p>一 相当程度以上の日常生活能力の低下を来している患者</p> <p>二 重度認知症の状態にあり、日常生活を送る上で介助が必要な患者</p> <p>三 特別な管理を要する処置等を実施している患者</p> <p>四 リハビリテーションを実施する上で感染対策が特に必要な感染症並びにそれらの疑似症患者</p>	

# 心大血管疾患リハビリテーション料

疾患別リハビリテーション料の  
実施者別区分の創設

改定前	改定後
<p>【心大血管疾患リハビリテーション料】</p> <p>1 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位） 205点</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>・リハビリテーションを実施した職種ごとの区分を新設</p> </div> <p>2 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位） 125点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、治療開始日から150日を限度として所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、150日を超えて所定点数を算定することができる。</p>	<p>【心大血管疾患リハビリテーション料】</p> <p>1 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>イ <u>理学療法士による場合</u> <span style="float: right;"><b>205点</b></span></li> <li>ロ <u>作業療法士による場合</u> <span style="float: right;"><b>205点</b></span></li> <li>ハ <u>医師による場合</u> <span style="float: right;"><b>205点</b></span></li> <li>ニ <u>看護師による場合</u> <span style="float: right;"><b>205点</b></span></li> <li>ホ <u>集団療法による場合</u> <span style="float: right;"><b>205点</b></span></li> </ul> <p>2 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>イ <u>理学療法士による場合</u> <span style="float: right;"><b>125点</b></span></li> <li>ロ <u>作業療法士による場合</u> <span style="float: right;"><b>125点</b></span></li> <li>ハ <u>医師による場合</u> <span style="float: right;"><b>125点</b></span></li> <li>ニ <u>看護師による場合</u> <span style="float: right;"><b>125点</b></span></li> <li>ホ <u>集団療法による場合</u> <span style="float: right;"><b>125点</b></span></li> </ul> <p>[算定要件]</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法<b>又は集団療法</b>であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、治療開始日から150日を限度として所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、150日を超えて所定点数を算定することができる。</p>

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

# 脳血管疾患リハビリテーション料

 疾患別リハビリテーション料の  
実施者別区分の創設

改定前	改定後
<p>【脳血管疾患リハビリテーション料】</p> <p>1 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位） 245点</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #E6E6FA; padding: 5px; margin: 10px 0;">                     ・リハビリテーションを実施した職種ごとの区分を新設                 </div> <p>2 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位） 200点</p> <p>3 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）（1単位） 100点</p>	<p>【脳血管疾患リハビリテーション料】</p> <p>1 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>イ <u>理学療法士による場合</u> <span style="float: right; color: red;">245点</span></li> <li>ロ <u>作業療法士による場合</u> <span style="float: right; color: red;">245点</span></li> <li>ハ <u>言語聴覚士による場合</u> <span style="float: right; color: red;">245点</span></li> <li>ニ <u>医師による場合</u> <span style="float: right; color: red;">245点</span></li> </ul> <p>2 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>イ <u>理学療法士による場合</u> <span style="float: right; color: red;">200点</span></li> <li>ロ <u>作業療法士による場合</u> <span style="float: right; color: red;">200点</span></li> <li>ハ <u>言語聴覚士による場合</u> <span style="float: right; color: red;">200点</span></li> <li>ニ <u>医師による場合</u> <span style="float: right; color: red;">200点</span></li> </ul> <p>3 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）（1単位）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>イ <u>理学療法士による場合</u> <span style="float: right; color: red;">100点</span></li> <li>ロ <u>作業療法士による場合</u> <span style="float: right; color: red;">100点</span></li> <li>ハ <u>言語聴覚士による場合</u> <span style="float: right; color: red;">100点</span></li> <li>ニ <u>医師による場合</u> <span style="float: right; color: red;">100点</span></li> <li>ホ <u>イからニまで以外の場合</u> <span style="float: right; color: red;">100点</span></li> </ul>

# 脳血管疾患リハビリテーション料

疾患別リハビリテーション料の  
実施者別区分の創設

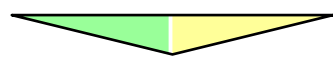
改定前	改定後
<p>[算定要件] 注5 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があつてそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。</p> <p>イ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位） 147点</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>・リハビリテーションを実施した職種ごとの区分を新設</p> </div> <p>ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位） 120点</p> <p>ハ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）（1単位） 60点</p>	<p>[算定要件] 注6 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であつて、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があつてそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。</p> <p>イ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) <u>理学療法士による場合</u> <span style="float: right;"><b>147点</b></span></li> <li>(2) <u>作業療法士による場合</u> <span style="float: right;"><b>147点</b></span></li> <li>(3) <u>言語聴覚士による場合</u> <span style="float: right;"><b>147点</b></span></li> <li>(4) <u>医師による場合</u> <span style="float: right;"><b>147点</b></span></li> </ul> <p>ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) <u>理学療法士による場合</u> <span style="float: right;"><b>120点</b></span></li> <li>(2) <u>作業療法士による場合</u> <span style="float: right;"><b>120点</b></span></li> <li>(3) <u>言語聴覚士による場合</u> <span style="float: right;"><b>120点</b></span></li> <li>(4) <u>医師による場合</u> <span style="float: right;"><b>120点</b></span></li> </ul> <p>ハ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）（1単位）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) <u>理学療法士による場合</u> <span style="float: right;"><b>60点</b></span></li> <li>(2) <u>作業療法士による場合</u> <span style="float: right;"><b>60点</b></span></li> <li>(3) <u>言語聴覚士による場合</u> <span style="float: right;"><b>60点</b></span></li> <li>(4) <u>医師による場合</u> <span style="float: right;"><b>60点</b></span></li> <li>(5) <u>(1)から(4)まで以外の場合</u> <span style="float: right;"><b>60点</b></span></li> </ul>

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

# 廃用症候群リハビリテーション料

 疾患別リハビリテーション料の  
実施者別区分の創設

改定前	改定後
<p>【廃用症候群リハビリテーション料】</p> <p>1 廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位）</p> <p style="text-align: right;">180点</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #E6E6FA; padding: 5px; margin: 10px 0;">                     ・リハビリテーションを実施した職種ごとの区分を新設                 </div> <p>2 廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位）</p> <p style="text-align: right;">146点</p> <p>3 廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）（1単位）</p> <p style="text-align: right;">77点</p>	<p>【廃用症候群リハビリテーション料】</p> <p>1 廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位）</p> <p style="margin-left: 20px;">イ <u>理学療法士による場合</u> <span style="float: right;"><u>180点</u></span></p> <p style="margin-left: 20px;">ロ <u>作業療法士による場合</u> <span style="float: right;"><u>180点</u></span></p> <p style="margin-left: 20px;">ハ <u>言語聴覚士による場合</u> <span style="float: right;"><u>180点</u></span></p> <p style="margin-left: 20px;">ニ <u>医師による場合</u> <span style="float: right;"><u>180点</u></span></p> <p>2 廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位）</p> <p style="margin-left: 20px;">イ <u>理学療法士による場合</u> <span style="float: right;"><u>146点</u></span></p> <p style="margin-left: 20px;">ロ <u>作業療法士による場合</u> <span style="float: right;"><u>146点</u></span></p> <p style="margin-left: 20px;">ハ <u>言語聴覚士による場合</u> <span style="float: right;"><u>146点</u></span></p> <p style="margin-left: 20px;">ニ <u>医師による場合</u> <span style="float: right;"><u>146点</u></span></p> <p>3 廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）（1単位）</p> <p style="margin-left: 20px;">イ <u>理学療法士による場合</u> <span style="float: right;"><u>77点</u></span></p> <p style="margin-left: 20px;">ロ <u>作業療法士による場合</u> <span style="float: right;"><u>77点</u></span></p> <p style="margin-left: 20px;">ハ <u>言語聴覚士による場合</u> <span style="float: right;"><u>77点</u></span></p> <p style="margin-left: 20px;">ニ <u>医師による場合</u> <span style="float: right;"><u>77点</u></span></p> <p style="margin-left: 20px;">ホ <u>イからニまで以外の場合</u> <span style="float: right;"><u>77点</u></span></p>





# 廃用症候群リハビリテーション料

疾患別リハビリテーション料の  
実施者別区分の創設

改定前	改定後
<p>[算定要件] 注5 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する患者であって、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があってそれぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から120日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。</p> <p>イ 廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位） 108点</p> <p>ロ 廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位） 88点</p> <p>ハ 廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）（1単位） 46点</p>	<p>[算定要件] 注6 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する患者であって、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があってそれぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から120日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。</p> <p>イ 廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位）</p> <p style="margin-left: 20px;">(1) <u>理学療法士による場合</u> <span style="color: red;">108点</span></p> <p style="margin-left: 20px;">(2) <u>作業療法士による場合</u> <span style="color: red;">108点</span></p> <p style="margin-left: 20px;">(3) <u>言語聴覚士による場合</u> <span style="color: red;">108点</span></p> <p style="margin-left: 20px;">(4) <u>医師による場合</u> <span style="color: red;">108点</span></p> <p>ロ 廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位）</p> <p style="margin-left: 20px;">(1) <u>理学療法士による場合</u> <span style="color: red;">88点</span></p> <p style="margin-left: 20px;">(2) <u>作業療法士による場合</u> <span style="color: red;">88点</span></p> <p style="margin-left: 20px;">(3) <u>言語聴覚士による場合</u> <span style="color: red;">88点</span></p> <p style="margin-left: 20px;">(4) <u>医師による場合</u> <span style="color: red;">88点</span></p> <p>ハ 廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）（1単位）</p> <p style="margin-left: 20px;">(1) <u>理学療法士による場合</u> <span style="color: red;">46点</span></p> <p style="margin-left: 20px;">(2) <u>作業療法士による場合</u> <span style="color: red;">46点</span></p> <p style="margin-left: 20px;">(3) <u>言語聴覚士による場合</u> <span style="color: red;">46点</span></p> <p style="margin-left: 20px;">(4) <u>医師による場合</u> <span style="color: red;">46点</span></p> <p style="margin-left: 20px;">(5) (1)から(4)まで以外の場合 <span style="color: red;">46点</span></p>

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

# 運動器リハビリテーション料

 疾患別リハビリテーション料の  
実施者別区分の創設

改定前	改定後
【運動器リハビリテーション料】 [算定要件] 1 運動器リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位） <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;">                         ・リハビリテーションを実施した職種ごとの区分を新設                     </div> 185点  2 運動器リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位） 170点  3 運動器リハビリテーション料（Ⅲ）（1単位） 85点	【運動器リハビリテーション料】 [算定要件] 1 運動器リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位） <u>イ</u> <u>理学療法士による場合</u> <span style="color: red; font-weight: bold;">185点</span> <u>ロ</u> <u>作業療法士による場合</u> <span style="color: red; font-weight: bold;">185点</span> <u>ハ</u> <u>医師による場合</u> <span style="color: red; font-weight: bold;">185点</span> 2 運動器リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位） <u>イ</u> <u>理学療法士による場合</u> <span style="color: red; font-weight: bold;">170点</span> <u>ロ</u> <u>作業療法士による場合</u> <span style="color: red; font-weight: bold;">170点</span> <u>ハ</u> <u>医師による場合</u> <span style="color: red; font-weight: bold;">170点</span> 3 運動器リハビリテーション料（Ⅲ）（1単位） <u>イ</u> <u>理学療法士による場合</u> <span style="color: red; font-weight: bold;">85点</span> <u>ロ</u> <u>作業療法士による場合</u> <span style="color: red; font-weight: bold;">85点</span> <u>ハ</u> <u>医師による場合</u> <span style="color: red; font-weight: bold;">85点</span> <u>ニ</u> <u>イからハまで以外の場合</u> <span style="color: red; font-weight: bold;">85点</span>



# 運動器リハビリテーション料

疾患別リハビリテーション料の  
実施者別区分の創設

改定前	改定後
<p>注5 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があってそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から150日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。</p> <p>イ 運動器リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位） 111点</p> <p>ロ 運動器リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位） 102点</p> <p>ハ 運動器リハビリテーション料（Ⅲ）（1単位） 51点</p>	<p>注6 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があってそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から150日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。</p> <p>イ 運動器リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位）</p> <p style="margin-left: 20px;">(1) <u>理学療法士による場合</u> <span style="color: red; font-weight: bold;">111点</span></p> <p style="margin-left: 20px;">(2) <u>作業療法士による場合</u> <span style="color: red; font-weight: bold;">111点</span></p> <p style="margin-left: 20px;">(3) <u>医師による場合</u> <span style="color: red; font-weight: bold;">111点</span></p> <p>ロ 運動器リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位）</p> <p style="margin-left: 20px;">(1) <u>理学療法士による場合</u> <span style="color: red; font-weight: bold;">102点</span></p> <p style="margin-left: 20px;">(2) <u>作業療法士による場合</u> <span style="color: red; font-weight: bold;">102点</span></p> <p style="margin-left: 20px;">(3) <u>医師による場合</u> <span style="color: red; font-weight: bold;">102点</span></p> <p>ハ 運動器リハビリテーション料（Ⅲ）（1単位）</p> <p style="margin-left: 20px;">(1) <u>理学療法士による場合</u> <span style="color: red; font-weight: bold;">51点</span></p> <p style="margin-left: 20px;">(2) <u>作業療法士による場合</u> <span style="color: red; font-weight: bold;">51点</span></p> <p style="margin-left: 20px;">(3) <u>医師による場合</u> <span style="color: red; font-weight: bold;">51点</span></p> <p style="margin-left: 20px;">(4) (1)から(3)まで以外の場合 <span style="color: red; font-weight: bold;">51点</span></p>

# 呼吸器リハビリテーション料

疾患別リハビリテーション料の  
実施者別区分の創設

改定前	改定後
<p>【呼吸器リハビリテーション料】</p> <p>1 呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位）</p> <p style="text-align: right;">175点</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;">                     ・リハビリテーションを実施した職種ごとの区分を新設                 </div> <p>2 呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位）</p> <p style="text-align: right;">85点</p>	<p>【呼吸器リハビリテーション料】</p> <p>1 呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位）</p> <p style="margin-left: 20px;"> <u>イ 理学療法士による場合</u> <span style="float: right;"><b>175点</b></span>  <u>ロ 作業療法士による場合</u> <span style="float: right;"><b>175点</b></span>  <u>ハ 言語聴覚士による場合</u> <span style="float: right;"><b>175点</b></span>  <u>ニ 医師による場合</u> <span style="float: right;"><b>175点</b></span> </p> <p>2 呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位）</p> <p style="margin-left: 20px;"> <u>イ 理学療法士による場合</u> <span style="float: right;"><b>85点</b></span>  <u>ロ 作業療法士による場合</u> <span style="float: right;"><b>85点</b></span>  <u>ハ 言語聴覚士による場合</u> <span style="float: right;"><b>85点</b></span>  <u>ニ 医師による場合</u> <span style="float: right;"><b>85点</b></span> </p>



# 呼吸器リハビリテーション料

呼吸器リハビリテーション料の見直し

改定前	改定後
<p>【呼吸器リハビリテーション料】                      [施設基準]                      別表第九の七 呼吸器リハビリテーション料の対象患者</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>一 肺炎、無気肺、その他の急性発症した呼吸器疾患の患者</li> <li>二 肺腫瘍、胸部外傷その他の呼吸器疾患又はその手術後の患者</li> <li>三 慢性閉塞性肺疾患（COPD）、気管支喘息その他の慢性の呼吸器疾患により、一定程度以上の重症の呼吸困難や日常生活能力の低下を来している患者</li> <li>四 食道癌、胃癌、肝臓癌、咽・喉頭癌等の手術前後の呼吸機能訓練を要する患者</li> </ul>	<p>【呼吸器リハビリテーション料】                      [施設基準]                      別表第九の七 呼吸器リハビリテーション料の対象患者</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>一 肺炎、無気肺、その他の急性発症した呼吸器疾患の患者</li> <li>二 肺腫瘍、胸部外傷その他の呼吸器疾患又はその手術後の患者</li> <li>三 慢性閉塞性肺疾患（COPD）、気管支喘息その他の慢性の呼吸器疾患により、一定程度以上の重症の呼吸困難や日常生活能力の低下を来している患者</li> <li>四 食道癌、胃癌、肝臓癌、咽・喉頭癌、<b>大腸癌、卵巣癌、膵癌等</b>の手術前後の呼吸機能訓練を要する患者</li> </ul>

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

# 療養病棟入院料 1

療養病棟入院基本料の見直し

改定前	改定後
<p>【療養病棟入院料】 [算定要件]</p> <p>1 療養病棟入院料 1</p> <p>イ 入院料 A <u>1,813点</u> (健康保険法第63条第2項第2号及び高齢者医療確保法第64条第2項第2号の療養(以下この表において「生活療養」という。)を受ける場合にあつては、1,798点)</p> <p>ロ 入院料 B <u>1,758点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、<u>1,744点</u>)</p> <p>ハ 入院料 C <u>1,471点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、<u>1,457点</u>) (新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>	<p>【療養病棟入院料】 [算定要件]</p> <p>1 療養病棟入院料 1</p> <p>イ <b>入院料 1 <u>1,964点</u></b> (健康保険法第63条第2項第2号及び高齢者医療確保法第64条第2項第2号の療養(以下この表において「生活療養」という。)を受ける場合にあつては、<b><u>1,949点</u></b>)</p> <p>ロ <b>入院料 2 <u>1,909点</u></b> (生活療養を受ける場合にあつては、<b><u>1,895点</u></b>)</p> <p>ハ <b>入院料 3 <u>1,621点</u></b> (生活療養を受ける場合にあつては、<b><u>1,607点</u></b>)</p> <p>ニ <b>入院料 4 <u>1,692点</u></b> (生活療養を受ける場合にあつては、<b><u>1,677点</u></b>)</p> <p>ホ <b>入院料 5 <u>1,637点</u></b> (生活療養を受ける場合にあつては、<b><u>1,623点</u></b>)</p> <p>ヘ <b>入院料 6 <u>1,349点</u></b> (生活療養を受ける場合にあつては、<b><u>1,335点</u></b>)</p> <p>ト <b>入院料 7 <u>1,644点</u></b> (生活療養を受ける場合にあつては、<b><u>1,629点</u></b>)</p> <p>チ <b>入院料 8 <u>1,589点</u></b> (生活療養を受ける場合にあつては、<b><u>1,575点</u></b>)</p> <p>リ <b>入院料 9 <u>1,301点</u></b> (生活療養を受ける場合にあつては、<b><u>1,287点</u></b>)</p>
<p>・9分類から疾患・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分類とスモンに関する3分類の合計30分類の評価に見直し</p>	

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工(株)が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

# 療養病棟入院料 1

療養病棟入院基本料の見直し

改定前	改定後
(新設)	又 入院料10 <b>1,831点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、 <b>1,816点</b> )
(新設)	ル 入院料11 <b>1,776点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、 <b>1,762点</b> )
(新設)	ヲ 入院料12 <b>1,488点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、 <b>1,474点</b> )
ニ 入院料D <b>1,414点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、 <b>1,399点</b> )	ワ 入院料13 <b>1,455点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、 <b>1,440点</b> )
ホ 入院料E <b>1,386点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、 <b>1,372点</b> )	カ 入院料14 <b>1,427点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、 <b>1,413点</b> )
ハ 入院料F <b>1,232点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、 <b>1,217点</b> )	ヤ 入院料15 <b>1,273点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、 <b>1,258点</b> )
(新設)	タ 入院料16 <b>1,371点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、 <b>1,356点</b> )
(新設)	レ 入院料17 <b>1,343点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、 <b>1,329点</b> )
(新設)	ソ 入院料18 <b>1,189点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、 <b>1,174点</b> )
(新設)	ツ 入院料19 <b>1,831点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、 <b>1,816点</b> )
(新設)	ネ 入院料20 <b>1,776点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、 <b>1,762点</b> )
(新設)	ナ 入院料21 <b>1,488点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、 <b>1,474点</b> )

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

# 療養病棟入院料 1

療養病棟入院基本料の見直し

改定前	改定後
(新設)	ラ 入院料22 <b>1,442点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、 <b>1,427点</b> )
(新設)	ル 入院料23 <b>1,414点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、 <b>1,400点</b> )
(新設)	ロ 入院料24 <b>1,260点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、 <b>1,245点</b> )
ト 入院料G 968点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>953点</u> )	リ 入院料25 <b>983点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、 <b>968点</b> )
チ 入院料H 920点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>905点</u> )	リ 入院料26 <b>935点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、 <b>920点</b> )
リ 入院料I 815点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>801点</u> )	ロ 入院料27 <b>830点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、 <b>816点</b> )
(新設)	ル 入院料28 <b>1,831点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、 <b>1,816点</b> )
(新設)	ロ 入院料29 <b>1,776点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、 <b>1,762点</b> )
(新設)	リ 入院料30 <b>1,488点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、 <b>1,474点</b> )



## 療養病棟入院料 2

療養病棟入院基本料の見直し

改定前	改定後
<p>2 療養病棟入院料 2</p> <p>イ 入院料 A 1,748点 (生活療養を受ける場合にあつては、1,734点)</p> <p>ロ 入院料 B 1,694点 (生活療養を受ける場合にあつては、1,680点)</p> <p>ハ 入院料 C 1,406点 (生活療養を受ける場合にあつては、1,392点) (新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>	<p>2 療養病棟入院料 2</p> <p>イ 入院料 1 <b>1,899点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、<b>1,885点</b>)</p> <p>ロ 入院料 2 <b>1,845点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、<b>1,831点</b>)</p> <p>ハ 入院料 3 <b>1,556点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、<b>1,542点</b>)</p> <p>ニ 入院料 4 <b>1,627点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、<b>1,613点</b>)</p> <p>ホ 入院料 5 <b>1,573点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、<b>1,559点</b>)</p> <p>ヘ 入院料 6 <b>1,284点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、<b>1,270点</b>)</p> <p>ト 入院料 7 <b>1,579点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、<b>1,565点</b>)</p> <p>チ 入院料 8 <b>1,525点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、<b>1,511点</b>)</p> <p>リ 入院料 9 <b>1,236点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、<b>1,222点</b>)</p> <p>ヌ 入院料 10 <b>1,766点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、<b>1,752点</b>)</p> <p>ル 入院料 11 <b>1,712点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、<b>1,698点</b>)</p> <p>ヲ 入院料 12 <b>1,423点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、<b>1,409点</b>)</p>

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

## 療養病棟入院料 2

療養病棟入院基本料の見直し

改定前	改定後
ニ 入院料D <u>1,349点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>1,335点</u> )	ワ 入院料13 <u>1,389点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>1,375点</u> )
ホ 入院料E <u>1,322点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>1,307点</u> )	カ 入院料14 <u>1,362点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>1,347点</u> )
へ 入院料F <u>1,167点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>1,153点</u> ) (新設)	コ 入院料15 <u>1,207点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>1,193点</u> )
(新設)	ク 入院料16 <u>1,305点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>1,291点</u> )
(新設)	ケ 入院料17 <u>1,278点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>1,263点</u> )
(新設)	コ 入院料18 <u>1,123点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>1,109点</u> )
(新設)	ツ 入院料19 <u>1,766点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>1,752点</u> )
(新設)	ネ 入院料20 <u>1,712点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>1,698点</u> )
(新設)	ナ 入院料21 <u>1,423点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>1,409点</u> )
(新設)	ニ 入院料22 <u>1,376点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>1,362点</u> )
(新設)	ム 入院料23 <u>1,349点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>1,334点</u> )
(新設)	ウ 入院料24 <u>1,194点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>1,180点</u> )

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

## 療養病棟入院料 2

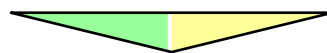
療養病棟入院基本料の見直し

改定前	改定後
ト 入院料G 903点 (生活療養を受ける場合にあつては、889点)	㊦ 入院料25 <b>918点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、 <b>904点</b> )
チ 入院料H 855点 (生活療養を受ける場合にあつては、841点)	㊧ 入院料26 <b>870点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、 <b>856点</b> )
リ 入院料I 751点 (生活療養を受ける場合にあつては、736点) (新設)	㊨ 入院料27 <b>766点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、 <b>751点</b> )
(新設)	㊩ 入院料28 <b>1,766点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、 <b>1,752点</b> )
(新設)	㊪ 入院料29 <b>1,712点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、 <b>1,698点</b> )
(新設)	㊫ 入院料30 <b>1,423点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、 <b>1,409点</b> )

# 療養病棟入院料

療養病棟入院基本料の見直し

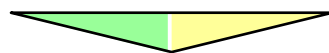
改定前	改定後
<p>[算定要件]</p> <p>注1 病院の療養病棟（医療法第7条第2項第4号に規定する療養病床（以下「療養病床」という。）に係る病棟として地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）であって、看護配置、看護師比率、看護補助配置その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分及び当該患者の疾患、状態、ADL等について別に厚生労働大臣が定める区分に従い、当該患者ごとにそれぞれ所定点数を算定する。ただし、1又は2の入院料A、B又はCを算定する場合であって、当該病棟において中心静脈栄養を実施している状態にある者の摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制が確保されていると認められない場合には、それぞれ1又は2の入院料D、E又はFを算定し、注3のただし書に該当する場合には、当該基準に係る区分に従い、それぞれ1又は2の入院料Iを算定する。</p>	<p>[算定要件]</p> <p>注1 病院の療養病棟（医療法第7条第2項第4号に規定する療養病床（以下「療養病床」という。）に係る病棟として地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）であって、看護配置、看護師比率、看護補助配置その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分及び当該患者の疾患、状態、ADL等について別に厚生労働大臣が定める区分に従い、当該患者ごとにそれぞれ所定点数を算定する。ただし、1又は2の<b>入院料1から3まで、10から12まで又は19から21までのいずれかを算定</b>する場合であって、当該病棟において中心静脈栄養を実施している状態にある者の摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制が確保されていると認められない場合には、それぞれ1又は2の<b>入院料4から6まで、13から15まで又は22から24までのいずれかを算定</b>し、注3のただし書に該当する場合には、当該基準に係る区分に従い、それぞれ1又は2の<b>入院料27</b>を算定する。</p>



# 療養病棟入院料

療養病棟入院基本料の見直し

改定前	改定後
<p>2 注1に規定する病棟以外の療養病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、<u>577点</u>（生活療養を受ける場合にあっては、<u>563点</u>）を算定できる。</p> <p>[施設基準]            三 療養病棟入院基本料の施設基準等            (1) 療養病棟入院基本料の注1本文に規定する入院料の施設基準            イ (略)            □ 療養病棟入院料1の施設基準            当該病棟の入院患者のうち別表第五の二に掲げる疾患及び状態にある患者（以下「医療区分三の患者」という。）と別表第五の三の一及び二に掲げる疾患及び状態にある患者並びに同表の三に掲げる患者（以下「医療区分二の患者」という。）との合計が八割以上であること。</p> <p>八 (略)</p>	<p>2 注1に規定する病棟以外の療養病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、<b>582点</b>（生活療養を受ける場合にあっては、<b>568点</b>）を算定できる。</p> <p>[施設基準]            三 療養病棟入院基本料の施設基準等            (1) 療養病棟入院基本料の注1本文に規定する入院料の施設基準            イ (略)            □ 療養病棟入院料1の施設基準            当該病棟の入院患者のうち別表第五の二の<b>一</b>に掲げる<b>疾患・状態にある患者及び同表の二に掲げる処置等が実施されている患者</b>（以下<b>単に</b>「医療区分三の患者」という。）と別表第五の三の<b>一</b>に<b>掲げる疾患・状態にある患者</b>及び同表の二に掲げる<b>処置等が実施されている患者</b>並びに同表の三に掲げる患者（以下<b>単に</b>「医療区分二の患者」という。）との合計が八割以上であること。</p> <p>八 (略)</p>



# 療養病棟入院料

療養病棟入院基本料の見直し

改定前	改定後
<p>(2) 療養病棟入院基本料の注1 本文に規定する厚生労働大臣が定める区分</p> <p>イ <u>入院料A</u> 医療区分三の患者であって、ADLの判定基準による判定が二十三点以上（以下「ADL区分三」という。）であるもの</p> <p>ロ <u>入院料B</u> 医療区分三の患者であって、ADLの判定基準による判定が十一点以上二十三点未満（以下「ADL区分二」という。）であるもの</p> <p>ハ <u>入院料C</u> 医療区分三の患者であって、ADLの判定基準による判定が十一点未満（以下「ADL区分一」という。）であるもの</p> <p>（新設）</p> <p>（新設）</p> <p>（新設）</p>	<p>(2) 療養病棟入院基本料の注1 本文に規定する厚生労働大臣が定める区分</p> <p>イ <u>入院料1</u> <b>別表第五の二に掲げる疾患・状態にある患者（ただし、スモンを除く。以下「疾患・状態に係る医療区分三の患者」という。）及び同表第五の二に掲げる処置等が実施されている患者（以下「処置等に係る医療区分三の患者」という。）</b>であって、ADLの判定基準による判定が二十三点以上（以下「ADL区分三」という。）であるもの</p> <p>ロ <u>入院料2</u> <b>疾患・状態に係る医療区分三の患者及び処置等に係る医療区分三の患者</b>であって、ADLの判定基準による判定が十一点以上二十三点未満（以下「ADL区分二」という。）であるもの</p> <p>ハ <u>入院料3</u> <b>疾患・状態に係る医療区分三の患者及び処置等に係る医療区分三の患者</b>であって、ADLの判定基準による判定が十一点未満（以下「ADL区分一」という。）であるもの</p> <p>ニ <u>入院料4</u> <b>疾患・状態に係る医療区分三の患者及び別表第五の三に掲げる処置等が実施されている患者（以下「処置等に係る医療区分二の患者」という。）</b>であって、ADL区分三であるもの</p> <p>ホ <u>入院料5</u> <b>疾患・状態に係る医療区分三の患者及び処置等に係る医療区分二の患者</b>であって、ADL区分二であるもの</p> <p>△ <u>入院料6</u> <b>疾患・状態に係る医療区分三の患者及び処置等に係る医療区分二の患者</b>であって、ADL区分一であるもの</p>

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

# 療養病棟入院料

療養病棟入院基本料の見直し

改定前	改定後
(新設)	ト 入院料7 疾患・状態に係る医療区分三の患者及び別表第五の二の二に掲げる処置等が実施されている患者並びに別表第五の三の二に掲げる処置等が実施されている患者以外の患者（以下「処置等に係る医療区分一の患者」という。）であって、ADL区分三であるもの
(新設)	チ 入院料8 疾患・状態に係る医療区分三の患者及び処置等に係る医療区分一患者であって、ADL区分二であるもの
(新設)	リ 入院料9 疾患・状態に係る医療区分三の患者及び処置等に係る医療区分一の患者であって、ADL区分一であるもの
(新設)	ヌ 入院料10 別表第五の三の一に掲げる疾患・状態にある患者並びに同表の三に掲げる患者（以下「疾患・状態に係る医療区分二の患者」という。）及び処置等に係る医療区分三の患者であって、ADL区分三であるもの
(新設)	ル 入院料11 疾患・状態に係る医療区分二の患者及び処置等に係る医療区分三の患者であって、ADL区分二であるもの
(新設)	ヲ 入院料12 疾患・状態に係る医療区分二の患者及び処置等に係る医療区分三の患者であって、ADL区分一であるもの
二 入院料D 医療区分二の患者であって、ADL区分三であるもの	ワ 入院料13 疾患・状態に係る医療区分二の患者及び処置等に係る医療区分二の患者であって、ADL区分三であるもの

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

# 療養病棟入院料

療養病棟入院基本料の見直し

改定前	改定後
<p>ホ 入院料E 医療区分二の患者であって、A D L 区分二であるもの</p>	<p>カ 入院料14 疾患・状態に係る医療区分二の患者及び処置等に係る医療区分二の患者であって、A D L 区分二であるもの</p> <p>コ 入院料15 疾患・状態に係る医療区分二の患者及び処置等に係る医療区分二の患者であって、A D L 区分一であるもの</p> <p>ク 入院料16 疾患・状態に係る医療区分二の患者及び処置等に係る医療区分一の患者であって、A D L 区分三であるもの</p> <p>ケ 入院料17 疾患・状態に係る医療区分二の患者及び処置等に係る医療区分一の患者であって、A D L 区分二であるもの</p> <p>コ 入院料18 疾患・状態に係る医療区分二の患者及び処置等に係る医療区分一の患者であって、A D L 区分一であるもの</p> <p>セ 入院料19 別表第五の二の一に掲げる疾患・状態にある患者並びに別表第五の三の一及び三に掲げる疾患・状態にある患者以外の患者（以下「疾患・状態に係る医療区分一の患者」という。）及び処置等に係る医療区分三の患者であって、A D L 区分三であるもの</p> <p>ソ 入院料20 疾患・状態に係る医療区分一の患者及び処置等に係る医療区分三の患者であって、A D L 区分二であるもの</p> <p>タ 入院料21 疾患・状態に係る医療区分一の患者及び処置等に係る医療区分三の患者であって、A D L 区分一であるもの</p>
<p>ヘ 入院料F 医療区分二の患者であって、A D L 区分一であるもの</p> <p>(新設)</p>	
<p>(新設)</p>	
<p>(新設)</p>	
<p>(新設)</p>	
<p>(新設)</p>	

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。



# 療養病棟入院料

療養病棟入院基本料の見直し

改定前	改定後
(新設)	<b>ラ 入院料22</b> <u>疾患・状態に係る医療区分一の患者及び処置等に係る医療区分二の患者であって、ADL区分三であるもの</u>
(新設)	<b>ム 入院料23</b> <u>疾患・状態に係る医療区分一の患者及び処置等に係る医療区分二の患者であって、ADL区分二であるもの</u>
(新設)	<b>ウ 入院料24</b> <u>疾患・状態に係る医療区分一の患者及び処置等に係る医療区分二の患者であって、ADL区分一であるもの</u>
ト 入院料G <u>別表第五の二に掲げる疾患及び状態にある患者並びに別表第五の三の一及び二に掲げる疾患及び状態にある患者並びに同表の三に掲げる患者以外の患者（以下「医療区分一の患者」という。）</u> であって、ADL区分三であるもの	<b>エ 入院料25</b> <u>疾患・状態に係る医療区分一の患者及び処置等に係る医療区分一の患者であって、ADL区分三であるもの</u>
チ 入院料H <u>医療区分一の患者</u> であって、ADL区分二であるもの	<b>ノ 入院料26</b> <u>疾患・状態に係る医療区分一の患者及び処置等に係る医療区分一の患者であって、ADL区分二であるもの</u>
リ 入院料I <u>医療区分一の患者</u> であって、ADL区分一であるもの	<b>オ 入院料27</b> <u>疾患・状態に係る医療区分一の患者及び処置等に係る医療区分一の患者であって、ADL区分一であるもの</u>
(新設)	<b>ク 入院料28</b> <u>別表第五の二に掲げる疾患・状態にある患者のうちスモンの患者であって、ADL区分三であるもの</u>
(新設)	<b>ヤ 入院料29</b> <u>別表第五の二に掲げる疾患・状態にある患者のうちスモンの患者であって、ADL区分二であるもの</u>



本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

## 療養病棟入院料

療養病棟入院基本料の見直し

改定前	改定後
(新設)	<p><b>マ 入院料30</b>  <u>別表第五の二に掲げる疾患・状態にある患者のうちスモンの患者</u>であって、<b>A D L 区分一であるもの</b></p>



# 療養病棟入院料

療養病棟入院基本料の見直し

改定前	改定後
<p>【療養病棟入院料】 [施設基準] 別表第五の二 療養病棟入院基本料の入院料A、入院料B及び入院料C並びに有床診療所療養病床入院基本料の入院基本料Aに係る疾患及び状態</p> <p>一 対象疾患の名称 スモン</p> <p>二 対象となる状態 <u>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</u> <u>中心静脈注射を実施している状態</u></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>・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し</p> </div> <p>二十四時間持続して点滴を実施している状態 人工呼吸器を使用している状態 <u>ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態</u> <u>気管切開又は気管内挿管が行われており、かつ、発熱を伴う状態</u></p>	<p>【療養病棟入院料】 [施設基準] 別表第五の二 療養病棟入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料の入院基本料Aに係る疾患・状態及び処置等</p> <p>一 <b>対象となる疾患・状態</b> スモン <b><u>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</u></b></p> <p>二 対象となる<b>処置等</b> (削除)</p> <p><b><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っては、広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻若しくは急性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></b> <b><u>点滴（二十四時間持続して実施しているものに限る。）</u></b> 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 <b><u>（発熱を伴う状態の患者に対して行うものに限る。）</u></b></p>



本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

# 療養病棟入院料

改定前	改定後
<p>酸素療法を実施している状態（密度の高い治療を要する状態に限る。） 感染症の治療の必要性から隔離室での管理を実施している状態</p> <p>別表第五の三 療養病棟入院基本料の入院料D、入院料E及び入院料F並びに有床診療所療養病床入院基本料の入院基本料B及び入院基本料Cに係る疾患及び状態等</p> <p>一 対象疾患の名称 筋ジストロフィー症 多発性硬化症、筋萎縮性側索硬化症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。））その他の指定難病等（スモンを除く。）脊髄損傷（頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢全てに認められる場合に限る。） 慢性閉塞性肺疾患（ヒュー・ジョーンズの分類がⅤ度の状態に該当する場合に限る。） 悪性腫瘍（医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。）</p>	<p>酸素療法（密度の高い治療を要する状態にある患者に対して実施するもの）に限る。） 感染症の治療の必要性から<b>実施する</b>隔離室での管理</p> <p>別表第五の三 療養病棟入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料の入院基本料B及び入院基本料Cに係る疾患・<b>状態</b>及び<b>処置</b>等</p> <p>一 対象となる<b>疾患・状態</b> 筋ジストロフィー症 多発性硬化症、筋萎縮性側索硬化症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。））その他の指定難病等（スモンを除く。）脊髄損傷（頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢全てに認められる場合に限る。） 慢性閉塞性肺疾患（ヒュー・ジョーンズの分類がⅤ度の状態に該当する場合に限る。） 悪性腫瘍（医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。） <b>消化管等の体内からの出血が反復継続している状態</b> <b>他者に対する暴行が毎日認められる状態</b></p>

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

# 療養病棟入院料

療養病棟入院基本料の見直し

改定前	改定後
<p>二 対象となる状態 (新設)</p> <p>肺炎に対する治療を実施している状態                      尿路感染症に対する治療を実施している状態                      傷病等によるリハビリテーションが必要な状態（原因となる傷病等の発症後、三十日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る。）                      脱水に対する治療を実施している状態かつ発熱を伴う状態</p> <p><u>消化管等の体内からの出血が反復継続している状態</u>  <u>頻回の嘔吐に対する治療を実施している状態かつ発熱を伴う状態</u>                      褥瘡に対する治療を実施している状態（皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が二箇所以上に認められる場合に限る。）                      末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療を実施している状態                      せん妄に対する治療を実施している状態                      うつ症状に対する治療を実施している状態                      他者に対する暴行が毎日認められる状態</p>	<p>二 対象となる<u>処置等</u></p> <p><b><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、消化管瘻又は急性碎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></b></p> <p>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 <b><u>（発熱を伴う状態の患者に対して実施するもの限る。）</u></b>                      （削除）                      頻回の嘔吐に対する治療 <b><u>（発熱を伴う状態に限る。）</u></b></p> <p>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<b><u>実施するもの</u></b>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</p> <p>せん妄に対する治療                      うつ症状に対する治療                      （削除）</p>

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

# 療養病棟入院料

療養病棟入院基本料の見直し

改定前	改定後
<p>人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法を実施している状態</p> <p>経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われており、かつ、発熱又は嘔吐を伴う状態</p> <p>一日八回以上の喀痰吸引を実施している状態</p> <p>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。）</p> <p>頻回の血糖検査を実施している状態</p> <p>創傷（手術創や感染創を含む。）、皮膚潰瘍又は下腿若しくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療を実施している状態</p> <p>酸素療法を実施している状態（密度の高い治療を要する状態を除く。）</p> <p>三（略）</p>	<p>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</p> <p>経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養（発熱又は嘔吐を伴う状態の患者に対して行うものに限る。）</p> <p>一日八回以上の喀痰吸引</p> <p>気管切開又は気管内挿管（発熱を伴う状態の患者に対して行うものを除く。）</p> <p>頻回の血糖検査</p> <p>創傷（手術創や感染創を含む。）、皮膚潰瘍又は下腿若しくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療</p> <p>酸素療法（密度の高い治療を要する状態にある患者に対して実施するものを除く。）</p> <p>三（略）</p>

[経過措置]

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

# 療養病棟入院基本料（旧注11）

療養病棟入院基本料の見直し

改定前	改定後
<p>【療養病棟入院基本料】 [算定要件] 注11 注1に規定する病棟以外の病棟であって、注1に規定する療養病棟入院料2の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合（別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。）に限り、注2の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、療養病棟入院料2のそれぞれの所定点数（入院料D、E又はFを算定する場合であって、<u>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</u>を算定する患者に対して、<u>機能的自立度評価法（Functional Independence Measure）の測定を行っていない場合には、それぞれ入院料G、H又はIの点数）の100分の75に相当する点数を算定する。</u></p>	<p>【療養病棟入院基本料】 [算定要件] <u>（削除）</u></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>・配置基準等を満たさない場合の減算規定の経過措置を廃止し、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、新たに経過措置を設ける</p> </div>



# 療養病棟入院基本料

療養病棟入院基本料の見直し

改定前	改定後
<p>[施設基準]</p> <p>三 療養病棟入院基本料の施設基準等</p> <p>(4) 療養病棟入院基本料に含まれるリハビリテーションの費用入院中の患者に対する心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料であって一日につき二単位を超えるもの（特掲診療料の施設基準等（平成二十年厚生労働省告示第六十三号）別表第九の三に規定する脳血管疾患等の患者であって発症後六十日以内のものに対して行ったものを除く。）の費用（療養病棟入院基本料の注11に規定する場合であって、当該入院基本料を算定する患者に対して、一月に一回以上、機能的自立度評価法（Functional Independence Measure）（以下「FIM」という。）の測定を行っていないときに限る。）は、当該入院基本料に含まれるものとする。</p> <p>(5) ～(6) 略</p> <p>(7) 療養病棟入院基本料の注11に規定する別に厚生労働大臣が定めるもの(1)のイの①若しくは③又はハに掲げる基準</p>	<p>[施設基準]</p> <p>三 療養病棟入院基本料の施設基準等</p> <p>(4) 療養病棟入院基本料に含まれるリハビリテーションの費用入院中の患者に対する心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料であって一日につき二単位を超えるもの（特掲診療料の施設基準等（平成二十年厚生労働省告示第六十三号）別表第九の三に規定する脳血管疾患等の患者であって発症後六十日以内のものに対して行ったものを除く。）の費用（<b>療養病棟入院料1の入院料27および療養病入院料2の入院料27を算定する日に限る。</b>）は、当該入院基本料に含まれるものとする。</p> <p>(5) ～(6) 略 (削除)</p>

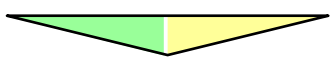
・医療区分、ADL区分ともに1である入院料27（現行の入院料I）について、1日につき2単位を超える疾患別リハビリテーション料を包括範囲に含める



# 療養病棟入院基本料（旧注11）

療養病棟入院基本料の見直し

改定前	改定後
<p>(8) 療養病棟入院基本料の注11に規定する別に厚生労働大臣が定める基準</p> <p>イ 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二十五又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、一以上であることとする。</p> <p>ロ 令和四年三月三十一日時点で、診療報酬の算定方法の一部を改正する件（令和四年厚生労働省告示第五十四号）による改正前の診療報酬の算定方法の医科点数表（以下「旧医科点数表」という。）の療養病棟入院基本料の注11の届出を行っている病棟であること。</p> <p>ハ 当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二十五又はその端数を増すごとに一以上であること。なお、主として事務的業務を行う看護補助者を含む場合は、一日に事務的業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二百又はその端数を増すごとに一に相当する数以下であること。</p> <p>(12) (略)</p>	<p>(削除)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>・配置基準等を満たさない場合の減算規定の経過措置を廃止し、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、新たに経過措置を設ける</p> </div> <p>(12) (略)</p>



## 療養病棟入院基本料（旧注11）

療養病棟入院基本料の  
見直し

### [経過措置]

- (1) 令和6年3月31日において現に療養病棟入院基本料の注11に係る届出を行っている保険医療機関については、**令和6年9月30日**までの間に限り、医療区分3の患者と医療区分2の患者の合計が5割以上であることの基準に該当するものとみなす。
- (2) 令和6年3月31日において現に療養病棟入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関については、**令和6年9月30日**までの間に限り、基本診療料の施設基準等第5の3の(4)を適用しないものとする。



# (新設) 経腸栄養管理加算 (療養病棟入院基本料)

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

改定後

**(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、区分番号A 2 3 3 - 2に掲げる栄養サポートチーム加算、区分番号B 0 0 1の10に掲げる入院栄養食事指導料、区分番号B 0 0 1の11に掲げる集団栄養食事指導料は別に算定できない。

**[施設基準]**

適切な経腸栄養の管理と支援を行うにつき必要な体制が整備されていること。

・「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」を踏まえた意思決定支援を実施した上で、新たに経腸栄養を開始した場合の加算を新設

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

## ⑥入院基本料等の見直し

入院基本料等の見直し

「Ⅰ－1－②」を参照のこと

## (新設) 栄養情報連携料

改定案

### (新) 栄養情報連携料 **70点**

#### [対象患者]

- ア 入院栄養食事指導料を算定した患者
- イ 退院先が他の保険医療機関、介護保険施設又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律第34条第1項規定する指定障害者支援施設等若しくは児童福祉法第42条第1号に規定する福祉型障害児入所施設（以下この区分番号において「保険医療機関等」という。）であり、栄養管理計画が策定されている患者

#### [算定要件]

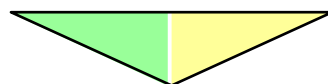
- (1) 区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料を算定した患者に対して、退院後の栄養食事管理について指導を行った内容及び入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて説明し、これを他の保険医療機関等の医師又は管理栄養士と共有した場合に、入院中1回に限り算定する。
- (2) (1)に該当しない場合であって、当該保険医療機関を退院後に他の保険医療機関等に転院又は入所する患者であって栄養管理計画が策定されているものについて、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて当該他の保険医療機関等の管理栄養士に共有した場合に、入院中に1回に限り算定する。
- (3) 区分番号B015に掲げる退院時共同指導料2は別に算定できない。
- (4) 区分番号A308に掲げる回復期リハビリテーション病棟入院料（回復期リハビリテーション入院料1に限る。）においては、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料と同様に、包括範囲外とする。

・医療と介護における栄養情報連携を推進する観点から、栄養情報提供加算を廃止し、栄養情報連携料として新設  
 ・他の保険医療機関又は介護保険施設等に転院又は入所する患者について、入院していた医療機関の管理栄養士と転院又は入所する先の医療機関又は介護保険施設等の管理栄養士が連携の上、入院中の栄養管理に関する情報を共有した場合も算定可能なる（現行は入院栄養食事指導料算定患者のみ）

# 急性期充実体制加算

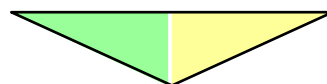
急性期充実体制加算の見直し

改定前	改定後
<p>【急性期充実体制加算】</p> <p>1 7日以内の期間 <u>460点</u></p> <p>2 8日以上11日以内の期間 <u>250点</u></p> <p>3 12日以上14日以内の期間 <u>180点</u></p> <p>(新設)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>・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小児科又は産科の実績を有する場合に応じた評価に分ける</p> </div> <p>[算定要件]</p> <p>注1 高度かつ専門的な医療及び急性期医療を提供する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、急性期充実体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号A200に掲げる総合入院体制加算は別に算定できない。</p>	<p>【急性期充実体制加算】</p> <p><b>1 急性期充実体制加算 1</b></p> <p>イ 7日以内の期間 <b><u>440点</u></b></p> <p>ロ 8日以上11日以内の期間 <b><u>200点</u></b></p> <p>ハ 12日以上14日以内の期間 <b><u>120点</u></b></p> <p><b>2 急性期充実体制加算 2</b></p> <p>イ 7日以内の期間 <b><u>360点</u></b></p> <p>ロ 8日以上11日以内の期間 <b><u>150点</u></b></p> <p>ハ 12日以上14日以内の期間 <b><u>90点</u></b></p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 高度かつ専門的な医療及び急性期医療を提供する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、急性期充実体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、<b>当該基準に係る区分に従い、かつ、</b>当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号A200に掲げる総合入院体制加算は別に算定できない。</p>



# 急性期充実体制加算 1

改定前	改定後
<p>[施設基準]</p> <p>一の二 急性期充実体制加算の施設基準等</p> <p>(1) 急性期充実体制加算の施設基準</p> <p>イ 一般病棟入院基本料（急性期一般入院料 1 に限る。）を算定する病棟を有する病院であること。</p> <p>ロ 地域において高度かつ専門的な医療及び急性期医療を提供するにつき十分な体制が整備されていること。</p> <p>ハ 高度かつ専門的な医療及び急性期医療に係る実績を十分有していること。</p> <p>ニ 入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制を確保していること。</p> <p>ホ 感染対策向上加算 1 に係る届出を行っている保険医療機関であること。</p> <p>ヘ 当該保険医療機関の敷地内において喫煙が禁止されていること。</p> <p>ト 公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれに準ずる病院であること。</p>	<p>[施設基準]</p> <p>一の二 急性期充実体制加算の施設基準等</p> <p>(1) 急性期充実体制加算 1 の施設基準</p> <p>イ 一般病棟入院基本料（急性期一般入院料 1 に限る。）を算定する病棟を有する病院であること。</p> <p>ロ 地域において高度かつ専門的な医療及び急性期医療を提供するにつき十分な体制が整備されていること。</p> <p>ハ 高度かつ専門的な医療及び急性期医療に係る実績を十分有していること。</p> <p>ニ 入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制を確保していること。</p> <p>ホ 感染対策向上加算 1 に係る届出を行っている保険医療機関であること。</p> <p>ヘ 当該保険医療機関の敷地内において喫煙が禁止されていること。</p> <p>ト 公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれに準ずる病院であること。</p>



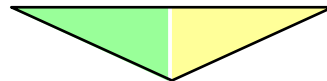
# 急性期充実体制加算

改定前	改定後
<p>第1の2 急性期充実体制加算</p> <p>1 急性期充実体制加算に関する施設基準</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 手術等に係る実績について、以下のいずれかを満たしていること。</p> <p>ア 以下のうち、(イ)及び、(ロ)から(ハ)までのうち4つ以上を満たしていること。</p> <p>(イ) 全身麻酔による手術について、2,000件/年以上（うち、緊急手術 350件/年以上）又は許可病床数 300床未滿の保険医療機関にあっては、許可病床 1床あたり6.5件/年以上（うち、緊急手術1.15件/年以上）</p> <p>(ロ) 悪性腫瘍手術について、400件/年以上又は許可病床数300床未滿の保険医療機関にあっては、許可病床 1床あたり1.0件/年以上</p> <p>(ハ) 腹腔鏡下手術又は胸腔鏡下手術について、400件/年以上又は許可病床数300床未滿の保険医療機関にあっては、許可病床 1床あたり 1.0件/年以上</p> <p>(ニ) 心臓カテーテル法による手術について、200件/年以上又は許可病床数300床未滿の保険医療機関にあっては、許可病床 1床あたり 0.6 件/年以上</p> <p>(ホ) 消化管内視鏡による手術について、600件/年以上又は許可病床数300床未滿の保険医療機関にあっては、許可病床数 1床あたり1.5 件/年以上</p> <p>(ヘ) 化学療法の実施について、1,000件/年以上又は許可病床数 300床未滿の保険医療機関にあっては、許可病床 1床あたり3.0件/年以上</p>	<p>第1の2 急性期充実体制加算</p> <p>1 通則</p> <p>(1) (略)</p> <p>(削除)</p>



# 急性期充実体制加算

改定前	改定後
<p><u>イ 以下のいずれかを満たし、かつ、アの(イ)及び、(ロ)から(ハ)までのうち2つ以上を満たしていること。</u></p> <p><u>(イ) 異常分娩の件数について、50件／年以上又は許可病床数 300床未満の保険医療機関にあつては、許可病床 1床あたり 0.1件／年以上</u></p> <p><u>(ロ) 6歳未満の乳幼児の手術件数 40件／年以上又は許可病床数 300床未満の保険医療機関にあつては、許可病床 1床あたり0.1件／年以上</u></p> <p>(3) (略)</p> <p>(4) <u>(2)のアの(ハ)を満たしているものとして当該加算の届出を行っている場合、外来における化学療法の実施を推進する体制として、次のいずれにも該当すること。</u></p> <p><u>ア 区分番号「B 0 0 1 - 2 - 12」の「1」外来腫瘍化学療法診療料 1の届出を行っていること。</u></p> <p><u>イ 区分番号「B 0 0 1 - 2 - 12」の「1」外来腫瘍化学療法診療料 1において、当該保険医療機関で実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会において、承認され、登録されている全てのレジメンのうち、4割以上のレジメンが外来で実施可能であること。</u></p> <p>(5)~(19) (略)</p>	<p><u>(2) (略)</u></p> <p><u>(削除)</u></p> <p><u>(3)~(17) (略)</u></p>



# 急性期充実体制加算 1

改定前	改定後
<p><b>(新設)</b></p> <p>&lt;現行の基準&gt;【300床未満の基準】</p> <p>(1)イ及びロからへまでのうち4つ以上</p> <p>イ 全身麻酔手術 2,000件/年以上 (うち、緊急手術350件/年以上) 【許可病床1床あたり6.5件/年以上 (うち、緊急手術1.15件/年以上)】</p> <p>ロ 悪性腫瘍手術 400件/年以上 【許可病床1床あたり1.0件/年以上】</p> <p>ハ 腹腔鏡下手術又は胸腔鏡下手術 400件/年以上 【許可病床1床あたり1.0件/年以上】</p> <p>ニ 心臓カテーテル法による手術 200件/年以上 【許可病床1床あたり0.6件/年以上】</p> <p>ホ 消化管内視鏡による手術 600件/年以上 【許可病床数1床あたり1.5件/年以上】</p> <p>ヘ 化学療法の実施 1,000件/年以上 【許可病床1床あたり3.0件/年以上】</p>	<p><b>2 急性期充実体制加算 1に関する施設基準</b></p> <p>(1) 手術等に係る実績について、以下のうち、イ及び、ロからトまでのうち<b>5つ以上</b>を満たしていること。</p> <p>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)</p> <p>ロ 悪性腫瘍手術について、400件/年以上</p> <p>ハ 腹腔鏡下手術又は胸腔鏡下手術について、400件/年以上</p> <p>ニ 心臓カテーテル法による手術について、200件/年以上</p> <p>ホ 消化管内視鏡による手術について、600件/年以上</p> <p>ヘ 化学療法の実施について、1,000件/年以上</p> <p><b>ト 心臓胸部大血管の手術について、100件/年以上</b></p> <p>(2) (1)のへを満たしているものとして当該加算の届出を行っている場合、<b>外来における化学療法の実施を推進する体制として、次のいずれにも該当すること。</b></p> <p><b>ア 区分番号「B001-2-12」の「1」外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っていること。</b></p> <p><b>イ 当該保険医療機関において化学療法を実施した患者全体に占める、外来で化学療法を実施した患者の割合が6割以上であること。</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・(1)許可病床300床未満医療機関用の基準は廃止</li> <li>・(1)ト：心臓胸部大血管手術の実績を追加 (いずれも2024/3/31時点で届出医療機関は経過措置あり)</li> <li>・外来化学療法実績を満たす場合の基準の追加 (2024/3/31時点での届出医療機関は経過措置あり)</li> </ul>	
<p><b>[経過措置]</b></p> <p>(1) 令和6年3月31日において現に急性期充実体制加算に係る届出を行っている保険医療機関については、<b>令和7年5月31日</b>までの間に限り、2の(2)又は3の(2)の基準を満たしているものとみなす。</p> <p>(2) 令和6年3月31日において現に急性期充実体制加算に係る届出を行っている保険医療機関のうち、急性期充実体制加算1に係る届出を行う保険医療機関については、<b>令和8年5月31日</b>までの間に限り、2の(1)のトの基準を満たしているものとみなす。</p> <p>(3) 令和6年3月31日において現に急性期充実体制加算に係る届出を行っている保険医療機関のうち許可病床数が300床未満の保険医療機関については、<b>令和8年5月31日</b>までの間に限り、施設基準のうち2(1)及び3(1)についてはなお従前の例による。</p>	

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

## 急性期充実体制加算 2

改定前	改定後
<p>[施設基準] 一の二 急性期充実体制加算の施設基準等 (新設)</p> <p>[施設基準 (通知)] (新設)</p>	<p>[施設基準] 一の二 急性期充実体制加算の施設基準等 <b>(2) 急性期充実体制加算 2 の施設基準</b> <u>イ (1)のイ、ロ及びニからトまでを満たすものであること。</u> <u>ロ 高度かつ専門的な医療及び急性期医療に係る相当の実績を有していること。</u></p> <p>[施設基準 (通知)] <b>3 急性期充実体制加算 2 の施設基準</b> <b>(1) 以下のいずれかを満たし、かつ、2の(1)のイ及び、ロからトまでのうち2つ以上を満たしていること。</b> <b>(イ) 異常分娩の件数について、50件／年以上</b> <b>(ロ) 6歳未満の乳幼児の手術件数40件／年以上</b> <b>(2) 2の(1)のへを満たしているものとして当該加算の届出を行っている場合、外来における化学療法の実施を推進する体制として、次のいずれにも該当すること。</b> <b>ア 区分番号「B001-2-12」の「1」外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っていること。</b> <b>イ 当該保険医療機関において化学療法を実施した患者全体に占める、外来で化学療法を実施した患者の割合が6割以上であること。</b></p>
<p>[経過措置] (1) 令和6年3月31日において現に急性期充実体制加算に係る届出を行っている保険医療機関については、<b>令和7年5月31日</b>までの間に限り、2の(2)又は3の(2)の基準を満たしているものとみなす。 (2) 令和6年3月31日において現に急性期充実体制加算に係る届出を行っている保険医療機関のうち、急性期充実体制加算1に係る届出を行う保険医療機関については、<b>令和8年5月31日</b>までの間に限り、2の(1)のトの基準を満たしているものとみなす。 (3) 令和6年3月31日において現に急性期充実体制加算に係る届出を行っている保険医療機関のうち許可病床数が300床未満の保険医療機関については、<b>令和8年5月31日</b>までの間に限り、施設基準のうち2(1)及び3(1)についてはなお従前の例による。</p>	<p>・2024/3/31時点での届出医療機関は(2)について経過措置あり</p>

# (新設) 小児・周産期・精神科充実体制加算 (急性期充実体制加算)

改定後

## 【急性期充実体制加算】(新) 小児・周産期・精神科充実体制加算

**イ 急性期充実体制加算 1 の場合**

**90点**

**ロ 急性期充実体制加算 2 の場合**

**60点**

・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の加算を新設

### [算定要件]

小児患者、妊産婦である患者及び精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制の確保につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、小児・周産期・精神科充実体制加算として、算定する急性期充実体制加算の区分に応じ、次に掲げる点数を更に所定点数に加算する。

### [施設基準 (告示)]

#### (3) 小児・周産期・精神科充実体制加算

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

### [施設基準 (通知)]

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

- (1) 異常分娩の件数が**50件**／年以上であること。以下のいずれかを満たし、かつ、2の(1)のイ及び、ロからトまでのうち2つ以上を満たしていること。
- (2) 6歳未満の乳幼児の手術件数が**40件**／年以上であること。
- (3) 医療法第7条第2項第1号に規定する精神病床を有していること。
- (4) 精神疾患を有する患者に対し、24時間対応できる体制を確保していること。
- (5) 区分番号「A 1 0 3」精神病棟入院基本料、区分番号「A 3 1 1」精神科救急急性期医療入院料、区分番号「A 3 1 1 - 2」精神科急性期治療病棟入院料、区分番号「A 3 1 1 - 3」精神科救急・合併症入院料、区分番号「A 3 1 1 - 4」児童・思春期精神科入院医療管理料、区分番号「A 3 1 5」精神科地域包括ケア病棟入院料又は区分番号「A 3 1 8」地域移行機能強化病棟入院料のいずれかの届出を行っており、現に精神疾患患者の入院を受け入れていること。

# 精神科充実体制加算（急性期充実体制加算）

改定前	改定後
<p><u>2</u> 精神疾患を有する患者の受入りに係る充実した体制の確保につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患については、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。</p> <p style="text-align: center;">・精神科充実体制加算の評価見直し</p> <p>[施設基準]  <u>(2)</u> 精神科充実体制加算の施設基準                      急性期の治療を要する精神疾患を有する患者等に対する診療を行うにつき充実した体制が整備されていること。</p> <p>第1の2 急性期充実体制加算  <u>2</u> 精神科充実体制加算の施設基準急性期の治療を要する精神疾患を有する患者の受入りに係る充実した体制として、次のいずれも満たすものであること。                      (1)・(2) (略)                      (3) 区分番号「A 1 0 3」精神病棟入院基本料、区分番号「A 3 1 1」精神科救急急性期医療入院料、区分番号「A 3 1 1 - 2」精神科急性期治療病棟入院料、区分番号「A 3 1 1 - 3」精神科救急・合併症入院料、区分番号「A 3 1 1 - 4」児童・思春期精神科入院医療管理料又は区分番号「A 3 1 8」地域移行機能強化病棟入院料のいずれかの届出を行っており、現に精神疾患患者の入院を受け入れていること。</p> <p><u>3</u> (略)</p>	<p><u>3</u> <b>注2に該当しない場合であって</b>、精神疾患を有する患者の受入りに係る充実した体制の確保につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、精神科充実体制加算として、<b>30点</b>を更に所定点数に加算する。</p> <p>[施設基準]  <u>(4)</u> 精神科充実体制加算の施設基準                      Ⅰ 急性期の治療を要する精神疾患を有する患者に対する診療を行うにつき充実した体制が整備されていること。                      Ⅱ <b>小児・周産期・精神科充実体制加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。</b></p> <p>第1の2 急性期充実体制加算  <u>5</u> 精神科充実体制加算の施設基準急性期の治療を要する精神疾患を有する患者の受入りに係る充実した体制として、次のいずれも満たすものであること。                      (1)・(2) (略) <span style="float: right;">答申では区分番号は掲載無</span>                      (3) 区分番号「A 1 0 3」精神病棟入院基本料、区分番号「A 3 1 1」精神科救急急性期医療入院料、区分番号「A 3 1 1 - 2」精神科急性期治療病棟入院料、区分番号「A 3 1 1 - 3」精神科救急・合併症入院料、区分番号「A 3 1 1 - 4」児童・思春期精神科入院医療管理料、<b>区分番号「A 3 1 5」精神科地域包括ケア病棟入院料又は</b>区分番号「A 3 1 8」地域移行機能強化病棟入院料のいずれかの届出を行っており、現に精神疾患患者の入院を受け入れていること。</p> <p><u>6</u> (略)</p>

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

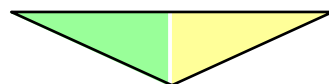
# 総合入院体制加算

総合入院体制加算の見直し

改定前	改定後
<p>【総合入院体制加算】</p> <p>1 総合入院体制加算 1 <u>240点</u></p> <p>2 総合入院体制加算 2 <u>180点</u></p> <p>3 (略)</p> <p>[施設基準]</p> <p>第1 総合入院体制加算</p> <p>1 総合入院体制加算 1 に関する施設基準等</p> <p>(3) 全身麻酔による手術件数が年<u>800件</u>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。</p> <p>ア～カ (略)</p> <p>(4)～(16) (略)</p> <p>(新設)</p>	<p>【総合入院体制加算】</p> <p>1 総合入院体制加算 1 <b>260点</b></p> <p>2 総合入院体制加算 2 <b>200点</b></p> <p>3 (略)</p> <p>[施設基準]</p> <p>第1 総合入院体制加算</p> <p>1 総合入院体制加算 1 に関する施設基準等</p> <p>(3) 全身麻酔による手術件数が年<b>2,000件</b>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。</p> <p>ア～カ (略)</p> <p>(4)～(16) (略)</p> <p><b>(17) 特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係がないこと。ただし、令和6年3月31日以前から、特定の保険薬局と不動産の賃貸借取引関係にある場合は、当該特別の関係がないものとみなすこと。</b></p>

・急性期充実体制加算 1 と同じ件数に

・新規に届出の場合は、「特定の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」も満たす必要がある



# 総合入院体制加算

総合入院体制加算の見直し

改定前	改定後
<p>2 総合入院体制加算2に関する施設基準等</p> <p>(1) 総合入院体制加算1の施設基準((1)、(6)から(10)まで及び(12)から(16)までに限る。)を満たしていること。</p> <p>(2) 全身麻酔による手術件数が年800件以上であること。なお、併せて以下のアからカまでの全てを満たすことが望ましいものであり、少なくとも4つ以上を満たしていること。手術等の定義については、1の(4)と同様である。 ア～カ (略)</p> <p>3 総合入院体制加算3に関する施設基準等</p> <p>(1) 総合入院体制加算1の施設基準((1)、(6)から(10)まで、(12)のイ、(13)、(14)及び(16)に限る。)を満たしていること。</p>	<p>2 総合入院体制加算2に関する施設基準等</p> <p>(1) 総合入院体制加算1の施設基準((1)、(6)から(10)まで及び(12)から(17)までに限る。)を満たしていること。</p> <p>(2) 全身麻酔による手術件数が年<b>1,200件</b>以上であること。なお、併せて以下のアからカまでの全てを満たすことが望ましいものであり、少なくとも4つ以上を満たしていること。手術等の定義については、1の(4)と同様である。 ア～カ (略)</p> <p>3 総合入院体制加算3に関する施設基準等</p> <p>(1) 総合入院体制加算1の施設基準((1)、(6)から(10)まで、(12)のイ、(13)、(14)、<b>(16)及び(17)</b>までに限る。)を満たしていること。</p>

・新規に届出の場合は、「特定の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」も満たす必要がある

# 急性期一般入院料 1 (平均在院日数)

急性期一般入院料 1 における平均在院日数の基準の見直し

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

・当初、厚労省からは「平均在院日数14日以内」の病院と「15日以上」の病院とでは、患者状態や医療資源量が大きく異なる事から「14日以内」への変更を提案したが、診療側が大きく反対し、公益裁定により16日となった



# 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目及び施設基準の見直し

1. 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の項目について、以下のとおり見直す。
  - 「創傷処置」の項目について **重症度、医療・看護必要度Ⅰにおける評価対象を、重症度、医療・看護必要度Ⅱにおいて評価対象となる診療行為を実施した場合とする**とともに、「**重度褥瘡処置**」に係る診療行為を評価対象から除外する。
  - 「呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）」の項目について、**重症度、医療・看護必要度Ⅰにおける評価対象を、重症度、医療・看護必要度Ⅱにおいて評価対象となる診療行為を実施した場合とする**。
  - 「注射薬剤 3 種類以上の管理」の項目について、**初めて該当した日から 7 日間を該当日数の上限とする**とともに、**対象薬剤から「アミノ酸・糖・電解質・ビタミン」等の静脈栄養に関する薬剤を除外**する。
  - 「専門的な治療・処置」の項目のうち「**抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）**」について、**対象薬剤から入院での使用割合が 6 割未満の薬剤を除外**する。
  - 「専門的な治療・処置」の項目のうち「**抗悪性腫瘍剤の内服の管理**」について、**対象薬剤から入院での使用割合が 7 割未満の薬剤を除外**する。
  - 「専門的な治療・処置」の項目のうち「**抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）**」、「**麻薬の使用（注射剤のみ）**」、「**昇圧剤の使用（注射剤のみ）**」、「**抗不整脈薬の使用（注射剤のみ）**」、「**抗血栓塞栓薬の使用**」及び「**無菌治療室での治療**」の評価について、**2 点から 3 点に変更**する。
  - 「救急搬送後の入院」及び「**緊急に入院を必要とする状態**」について、**評価日数を現在の 5 日間から 2 日間に変更**する。
  - C 項目の対象手術及び評価日数について、**実態を踏まえ見直す**。
  - 短期滞在手術等基本料の対象手術等を実施した患者を評価対象者に加える**。
2. 急性期一般入院料 1、特定機能病院入院基本料 7 対 1 及び専門病院入院基本料 7 対 1 における該当患者の基準及び割合の基準について、
  - ①「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
 の両者を満たすことを施設基準とする。

# 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目及び施設基準の見直し

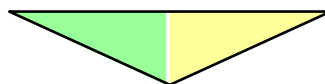
	改定前 (カッコ内は許可病床200床未満の場合の基準)		改定後	
	一般病棟用の重症度、 医療・看護必要度Ⅰの 割合	一般病棟用の重症度、 医療・看護必要度Ⅱの 割合	一般病棟用の重症度、医 療・看護必要度Ⅰの割合	一般病棟用の重症度、 医療・看護必要度Ⅱ の割合
急性期一般入院料 1	3割1分 (2割8分)	2割8分 (2割5分)	割合① : <b>2割1分</b> 割合② : <b>2割8分</b>	割合① : <b>2割</b> 割合② : <b>2割7分</b>
急性期一般入院料 2	2割7分 (2割5分)	2割4分 (2割2分)	<b>2割2分</b>	<b>2割1分</b>
急性期一般入院料 3	2割4分 (2割2分)	2割1分 (1割9分)	<b>1割9分</b>	<b>1割8分</b>
急性期一般入院料 4	2割 (1割8分)	1割7分 (1割5分)	<b>1割6分</b>	<b>1割5分</b>
急性期一般入院料 5	1割7分	1割4分	<b>1割2分</b>	<b>1割1分</b>
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。))		2割8分		割合① : <b>2割</b> 割合② : <b>2割7分</b>
7対1入院基本料 (結核病棟入院基本 料)	1割	0.8割	<b>0.8割</b>	<b>0.7割</b>
7対1入院基本料 (専門病院入院基本 料)	3割	2割8分	割合① : <b>2割1分</b> 割合② : <b>2割8分</b>	割合① : <b>2割</b> 割合② : <b>2割7分</b>

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

# 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目及び施設基準の見直し

	改定前		改定後	
看護必要度加算 1	2割2分	2割	<b>1割8分</b>	<b>1割7分</b>
看護必要度加算 2	2割	1割8分	<b>1割6分</b>	<b>1割5分</b>
看護必要度加算 3	1割8分	1割5分	<b>1割3分</b>	<b>1割2分</b>
総合入院体制加算 1	3割3分	3割	3割3分	<b>3割2分</b>
総合入院体制加算 2	3割3分	3割	<b>3割1分</b>	3割
総合入院体制加算 3	3割	2割7分	<b>2割8分</b>	2割7分
急性期看護補助体制加算	0.7割	0.6割	<b>0.6割</b>	<b>0.5割</b>
看護職員夜間配置加算	0.7割	0.6割	<b>0.6割</b>	<b>0.5割</b>
看護補助加算 1	0.5割	0.4割	<b>0.4割</b>	<b>0.3割</b>
地域包括ケア病棟入院料	1割2分	0.8割	<b>1割</b>	<b>0.8割</b>
特定一般病棟入院料の注7	1割2分	0.8割	<b>1割</b>	<b>0.8割</b>



本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

# 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 (経過措置)

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目及び施設基準の見直し

## [経過措置]

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

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

## 特定集中治療室管理料等の見直し

「Ⅰ－2－②」を参照のこと。

# ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度

ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の見直し

○以下の見直しを行う。

- (1) 「創傷処置」について、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価対象となる診療行為（重度褥瘡処置を除く。）が実施された場合を評価対象とする。
- (2) 「呼吸ケア」について、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価対象となる診療行為が実施された場合を評価対象とする。
- (3) 「点滴ライン同時3本以上の管理」について、「注射薬剤3種類以上の管理」に変更し、評価対象は一般病棟用の重症度、医療・看護必要度における同項目と同様とする。
- (4) 該当患者割合の基準について、「A得点3点以上かつB得点4点以上」に該当する患者の割合が一定以上であることから、以下の①及び②のいずれも満たすことに変更する。
  - ① A項目のうち、「蘇生術の施行」、「中心静脈圧測定」、「人工呼吸器の管理」、「輸血や血液製剤の管理」、「肺動脈圧測定」又は「特殊な治療法等」のいずれかに該当する患者の割合が一定以上であること。
  - ② A項目のうちいずれかに該当する患者の割合が一定以上であること。

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

	改定前	改定後	
	ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の割合	ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合	ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合
ハイケアユニット 入院医療管理料1	8割	割合①： <b>1割5分</b> 割合②： <b>8割</b>	割合①： <b>1割5分</b> 割合②： <b>8割</b>
ハイケアユニット 入院医療管理料2	6割	割合①： <b>1割5分</b> 割合②： <b>6割5分</b>	割合①： <b>1割5分</b> 割合②： <b>6割5分</b>

## 〔経過措置〕

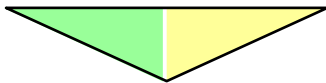
令和6年3月31日においてハイケアユニット入院医療管理料1又はハイケアユニット入院医療管理料2に係る届出を行っている病室については、**令和6年9月30日**までの間に限り、それぞれ当該入院料等に係る重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなす。

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

# 急性期一般入院料 1 ~ 3

重症度、医療・看護必要度Ⅱの要件化

改定前	改定後
<p>【急性期一般入院料】 [施設基準] イ 急性期一般入院基本料の施設基準</p> <p>① 通則</p> <p>5 許可病床数が200床以上の保険医療機関であって、急性期一般入院料1に係る届出を行っている病棟及び許可病床数が400床以上の保険医療機関であって、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。</p>	<p>【一般病棟入院基本料】 [施設基準] イ 急性期一般入院基本料の施設基準</p> <p>① 通則</p> <p>5 急性期一般入院料1に係る届出を行っている病棟（許可病床数が200床未満の保険医療機関であって、重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評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。</p>
<p>・許可病床数200床未満の病院で急性期一般入院料1を算定する病棟は重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うことを要件化（電子カルテシステムを導入していない場合を除く）</p>	
<p>4の2 急性期一般入院基本料、7対1入院基本料、10対1入院基本料及び地域一般入院基本料（地域一般入院料1に限る。）に係る重症度、医療・看護必要度については、次の点に留意する。</p> <p>(1) 急性期一般入院基本料、7対1入院基本料（結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（精神病</p>	<p>4の2 急性期一般入院基本料、7対1入院基本料、10対1入院基本料及び地域一般入院基本料（地域一般入院料1に限る。）に係る重症度、医療・看護必要度については、次の点に留意する。</p> <p>(1) 急性期一般入院基本料、7対1入院基本料（結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（精神病</p>



# 急性期一般入院料 1 ~ 3

重症度、医療・看護必要度Ⅱの要件化

改定前	改定後
<p>4の2 急性期一般入院基本料、7対1入院基本料、10対1入院基本料及び地域一般入院基本料（地域一般入院料1に限る。）に係る重症度、医療・看護必要度については、次の点に留意する。</p> <p>(1) 急性期一般入院基本料、7対1入院基本料（結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（精神病棟を除く。）及び専門病院入院基本料）、10対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料）及び地域一般入院料1を算定する病棟は、当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床に入院している全ての患者の状態を別添6の別紙7の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて測定を行い、その結果に基づいて評価を行っていること。なお、許可病床数200床以上の保険医療機関であって急性期一般入院料1を算定する病棟、許可病床数400床以上の保険医療機関であって急性期一般入院基本料（急性期一般入院料2から5までに限る。）を算定する病棟及び7対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。））を算定する病棟については、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うこと。</p> <p>・許可病床数200床以上400未満の病院で、急性期一般入院料2又は3を算定する病棟は重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うことを要件化（電子カルテシステムを導入していない場合を除く。）</p>	<p>4の2 急性期一般入院基本料、7対1入院基本料、10対1入院基本料及び地域一般入院基本料（地域一般入院料1に限る。）に係る重症度、医療・看護必要度については、次の点に留意する。</p> <p>(1) 急性期一般入院基本料、7対1入院基本料（結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（精神病棟を除く。）及び専門病院入院基本料）、10対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料）及び地域一般入院料1を算定する病棟は、当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床に入院している全ての患者の状態を別添6の別紙7の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて測定を行い、その結果に基づいて評価を行っていること。なお、<b>急性期一般入院料1を算定する病棟、許可病床数200床以上の保険医療機関であって急性期一般入院基本料（急性期一般入院料2及び3に限る。）を算定する病棟、許可病床数400床以上の保険医療機関であって急性期一般入院基本料（急性期一般入院料4及び5に限る。）を算定する病棟及び7対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。））を算定する病棟については、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うこと。また、「基本診療料の施設基準等」第五の二の(1)のイの①の5に掲げる、重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いた評価を行うことが困難であることに正当な理由がある場合とは、電子カルテシステムを導入していない場合が該当する。</b></p>



# 急性期一般入院料 1 ~ 3

重症度、医療・看護必要度Ⅱの要件化

改定前	改定後
<p>[経過措置] (新設)</p>	<p>[経過措置] 令和6年3月31日において現に急性期一般入院料1（許可病床数が200床未満の保険医療機関に限る。）又は急性期一般入院料2若しくは3（許可病床数が200床以上400床未満の保険医療機関に限る。）に係る届出を行っている病棟については、<b>令和6年9月30日</b>までの間に限り、第五の二の(1)のイの①の5に該当するものとみなす。</p>

# 救命救急入院料

重症度、医療・看護必要度Ⅱの要件化

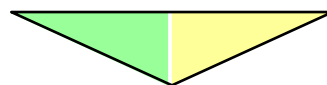
改定前	改定後
<p>【救命救急入院料】 [施設基準]</p> <p>二 救命救急入院料の施設基準等</p> <p>□ 救命救急入院料2の施設基準 次のいずれにも該当するものであること。</p> <p>① (略)</p> <p>② 次のいずれかに該当すること。</p> <p>1 三の(1)のイを満たすものであること。</p> <p>2 三の(1)のハを満たすものであること。</p> <p>二 救命救急入院料4の施設基準 次のいずれにも該当するものであること。</p> <p>① □を満たすものであること。</p> <p>② (略)</p>	<p>【救命救急入院料】 [施設基準]</p> <p>二 救命救急入院料の施設基準等</p> <p>□ 救命救急入院料2の施設基準 次のいずれにも該当するものであること。</p> <p>① (略)</p> <p>② 次のいずれかに該当すること。</p> <p>1 三の(1)のイを満たすものであること。</p> <p>2 三の(1)のハを満たすものであること。</p> <p>二 救命救急入院料4の施設基準 次のいずれにも該当するものであること。</p> <p>① □を満たすものであること。</p> <p>② (略)</p>

・救命救急入院料2又は4を算定する治療室は重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うことを要件化

# 特定集中治療室管理料

重症度、医療・看護必要度Ⅱの要件化

改定前	改定後
<p>【特定集中治療室管理料】 [施設基準] 三 特定集中治療室管理料の施設基準 （1）特定集中治療室管理料の注1に規定する入院基本料の施設基準 イ 特定集中治療室管理料1の施設基準 ①～⑤（略） ⑥ <u>次のいずれかに該当すること。</u> （一） <u>特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を八割以上入院させる治療室であること。</u> （二） <u>診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を七割以上入院させる治療室であること。</u></p>	<p>【特定集中治療室管理料】 [施設基準] 三 特定集中治療室管理料の施設基準 （1）特定集中治療室管理料の注1に規定する入院基本料の施設基準 イ 特定集中治療室管理料1の施設基準 ①～⑤（略） ⑥ 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を<b>八割以上</b>入院させる治療室</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>・特定集中治療室管理料を算定する治療室は重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うことを要件化（該当患者割合は引き上げ）</p> </div>



# 特定集中治療室管理料

重症度、医療・看護必要度Ⅱの要件化

改定前	改定後
<p>八 特定集中治療室管理料 3 の施設基準</p> <p>①～③ 略</p> <p>④ <u>次のいずれかに該当すること。</u></p> <p>(一) <u>特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を七割以上入院させる治療室であること。</u></p> <p>(二) <u>診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を六割以上入院させる治療室であること</u></p> <p>[経過措置]</p>	<p>八 特定集中治療室管理料 3 の施設基準</p> <p>①～③ (略)</p> <p>④ 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を<b>七割以上</b>入院させる治療室であること。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>・特定集中治療室管理料を算定する治療室は重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うことを要件化（該当患者割合は引き上げ）</p> </div> <p>[経過措置]</p> <p><b>令和6年3月31日</b>において現に救命救急入院料2若しくは4又は特定集中治療室管理料に係る届出を行っている病棟については、<b>令和6年9月30日</b>までの間に限り、第九の三の(1)のイの⑥又はハの④に該当するものとみなす。</p>

# 重症患者対応体制強化加算 (特定集中治療室管理料、救命救急入院料)

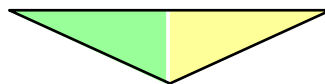
重症患者対応体制強化加算の  
要件の見直し

改定前	改定後
<p>【重症患者対応体制強化加算】 〔施設基準〕</p> <p>第2 特定集中治療室管理料</p> <p>9 特定集中治療室管理料の「注6」に掲げる重症患者対応体制強化加算の施設基準</p> <p>(12) 当該治療室に入院している全ての患者の状態を、別添6の別紙17の「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて測定及び評価し、「特殊な治療法等」に該当する患者が1割5分以上であること。なお、該当患者の割合については、<u>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。</u>ただし、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者に対して短期滞在手術等基本料3の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った場合（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料3に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する。</p>	<p>【重症患者対応体制強化加算】 〔施設基準〕</p> <p>第2 特定集中治療室管理料</p> <p>9 特定集中治療室管理料の「注6」に掲げる重症患者対応体制強化加算の施設基準</p> <p>(12) 当該治療室に入院している全ての患者の状態を、別添6の別紙17の「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて測定及び評価し、「特殊な治療法等」に該当する患者が<b style="color: red;">直近6か月間</b>で1割5分以上であること。ただし、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者に対して短期滞在手術等基本料3の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った場合（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料3に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する。</p>
<p>・重症患者の対応実績をもつ治療室を適切に評価するため 実績要件の評価方法を見直し</p>	<p>※ <b>救命救急入院料についても同様。</b></p>

# 短期滞在手術等基本料 1

短期滞在手術等基本料の評価の見直し

改定前	改定後
<p>【短期滞在手術等基本料 1】</p> <p>1 短期滞在手術等基本料 1（日帰りの場合）</p> <p>イ 麻酔を伴う手術を行った場合 2,947点</p> <p>ロ イ以外の場合 2,718点</p> <p>[算定要件] (新設)</p>	<p>【短期滞在手術等基本料 1】</p> <p>1 短期滞在手術等基本料 1（日帰りの場合）</p> <p><b>イ 主として入院で実施されている手術を行った場合</b></p> <p><b>(1)麻酔を伴う手術を行った場合 2,947点</b></p> <p><b>(2)(1)以外の場合 2,718点</b></p> <p><b>ロ イ以外の場合</b></p> <p><b>(1)麻酔を伴う手術を行った場合 1,588点</b></p> <p><b>(2)(1)以外の場合 1,359点</b></p> <p>[算定要件]</p> <p><b>(3) 短期滞在手術基本料の「1」の「イ」主として入院で実施されている手術を行った場合とは、以下に掲げる手術等を行った場合をいう。</b></p> <p><b>ア 「D287」内分泌負荷試験の「1」下垂体前葉負荷試験の「イ」成長ホルモン（GH）（一連として）</b></p> <p><b>イ 「D291-2」小児食物アレルギー負荷検査</b></p> <p><b>ウ 「K006」皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外）の「4」長径12センチメートル以上（6歳未満に限る。）</b></p> <p><b>エ 「K030」四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術の「2」手、足（手に限る。）</b></p>
<p>・対象手術等の外来での実施状況を踏まえた評価の見直し</p>	



# 短期滞在手術等基本料 1

短期滞在手術等基本料の評価  
の見直し

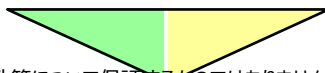
改定前	改定後
	<p><b>オ 「K048」骨内異物（挿入物を含む。）除去術の「4」鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（手に限る。）</b></p> <p><b>カ 「K068」半月板切除術</b></p> <p><b>キ 「K068-2」関節鏡下半月板切除術</b></p> <p><b>ク 「K282」水晶体再建術の「1」眼内レンズを挿入する場合の「イ」縫着レンズを挿入するもの</b></p> <p><b>ケ 「K282」水晶体再建術の「2」眼内レンズを挿入しない場合</b></p> <p><b>コ 「K282」水晶体再建術の「3」計画的後嚢切開を伴う場合</b></p> <p><b>サ 「K474」乳腺腫瘍摘出術の「1」長径5センチメートル未満</b></p> <p><b>シ 「K474」乳腺腫瘍摘出術の「2」長径5センチメートル以上</b></p> <p><b>ス 「K508」気管支狭窄拡張術（気管支鏡によるもの）</b></p> <p><b>セ 「K510」気管支腫瘍摘出術（気管支鏡又は気管支ファイバースコープによるもの）</b></p> <p><b>ソ 「K617」下肢静脈瘤手術の「1」抜去切除術</b></p> <p><b>タ 「K653」内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術の「1」早期悪性腫瘍粘膜切除術</b></p>



# 短期滞在手術等基本料 1

短期滞在手術等基本料の評価  
の見直し

改定前	改定後
(3)~(15) (略)	<p>チ「K834-3」顕微鏡下精索静脈瘤手術</p> <p>ツ「K841-2」経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術の「1」ホルミウムレーザー又は倍周波数レーザーを用いるもの</p> <p>テ「K841-2」経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術の「2」ツリウムレーザーを用いるものト「K841-2」経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術の「3」その他のもの</p> <p>(4)~(16) (略)</p>





# 短期滞在手術等基本料 3

短期滞在手術等基本料の評価  
の見直し

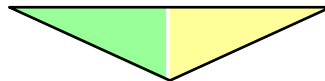
改定前	改定後
<p>【短期滞在手術等基本料 3】</p> <p>イ D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフ                      イー 3 1 及び 2 以外の場合                      イ 安全精度管理下で行うもの <u>10,549点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、<u>10,475点</u>)</p> <p>□ D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフ                      イー 3 1 及び 2 以外の場合                      □ その他のもの  <u>8,744点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、<u>8,670点</u>)</p> <p>ハ D 2 3 7 - 2 反復睡眠潜時試験 (MSLT)  <u>11,485点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、<u>11,411点</u>)</p> <p>ニ D 2 8 7 内分泌負荷試験 1 下垂体前葉負荷試験 イ 成長ホルモン (GH) (一連として)  <u>8,312点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、<u>8,238点</u>)</p> <p>ホ D 2 9 1 - 2 小児食物アレルギー負荷検査  <u>5,040点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、<u>4,966点</u>)</p> <p>ヘ D 4 1 3 前立腺針生検法 2 その他のもの  <u>10,197点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、<u>10,123点</u>)</p>	<p>【短期滞在手術等基本料 3】</p> <p>イ D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフ                      イー 3 1 及び 2 以外の場合                      イ 安全精度管理下で行うもの <b>9,537点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、<b>9,463点</b>)</p> <p>□ D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフ                      イー 3 1 及び 2 以外の場合                      □ その他のもの <b>8,400点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、<b>8,326点</b>)</p> <p>ハ D 2 3 7 - 2 反復睡眠潜時試験 (MSLT)  <b>12,676点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、<b>12,602点</b>)</p> <p>ニ D 2 8 7 内分泌負荷試験 1 下垂体前葉負荷試験 イ 成長ホルモン (GH) (一連として)  <b>9,194点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、<b>9,120点</b>)</p> <p>ホ D 2 9 1 - 2 小児食物アレルギー負荷検査  <b>5,278点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、<b>5,204点</b>)</p> <p>ヘ D 4 1 3 前立腺針生検法 2 その他のもの  <b>10,262点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、<b>10,188点</b>)</p>

・40歳未満の勤務医師、事務職員等の賃上げに資する措置も考慮した評価の見直しと、一部の対象手術等について、評価の精緻化

# 短期滞在手術等基本料 3

短期滞在手術等基本料の評価  
の見直し

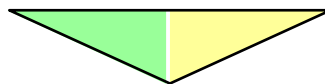
改定前	改定後
ト K007-2 経皮的放射線治療用金属マーカー留置術 33,572点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>33,498点</u> )	ト K007-2 経皮的放射線治療用金属マーカー留置術 <b>30,882点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、 <b>30,808点</b> )
チ K030 四肢・軀幹軟部腫瘍摘出術 2 手、足 (手に限る。) 16,224点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>16,150点</u> )	チ K030 四肢・軀幹軟部腫瘍摘出術 2 手、足 (手に限る。) <b>14,667点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、 <b>14,593点</b> )
リ K046 骨折観血的手術 2 前腕、下腿、手舟状骨 (手舟状骨に限る。) 32,937点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>32,863点</u> )	リ K046 骨折観血的手術 2 前腕、下腿、手舟状骨 (手舟状骨に限る。) <b>36,240点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、 <b>36,166点</b> )
ヌ K048 骨内異物 (挿入物を含む。) 除去術 3 前腕、下腿 (前腕に限る。) 20,611点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>20,537点</u> )	ヌ K048 骨内異物 (挿入物を含む。) 除去術 3 前腕、下腿 (前腕に限る。) <b>19,082点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、 <b>19,008点</b> )
ル K048 骨内異物 (挿入物を含む。) 除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指 (手、足) その他 (鎖骨に限る。) 21,057点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>20,983点</u> )	ル K048 骨内異物 (挿入物を含む。) 除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指 (手、足) その他 (鎖骨に限る。) <b>20,549点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、 <b>20,475点</b> )
ヲ K048 骨内異物 (挿入物を含む。) 除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指 (手、足) その他 (手に限る。) 15,180点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>15,106点</u> )	ヲ K048 骨内異物 (挿入物を含む。) 除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指 (手、足) その他 (手に限る。) <b>14,893点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、 <b>14,819点</b> )



## 短期滞在手術等基本料 3

短期滞在手術等基本料の評価  
の見直し

改定前	改定後
ワ K070 ガングリオン摘出術1 手、足、指（手、足） （手に限る。） 13,878点（生活療養を受ける場合にあつては、 <u>13,804点</u> ）	ワ K070 ガングリオン摘出術1 手、足、指（手、足） （手に限る。） <b>13,653点</b> （生活療養を受ける場合にあつては、 <b>13,579点</b> ）
カ K093-2 関節鏡下手根管開放手術 17,621点（生活療養を受ける場合にあつては、 <u>17,547点</u> ）	カ K093-2 関節鏡下手根管開放手術 <b>18,038点</b> （生活療養を受ける場合にあつては、 <b>17,964点</b> ）
コ K196-2 胸腔鏡下交感神経節切除術（両側） 35,663点（生活療養を受ける場合にあつては、 <u>35,589点</u> ）	コ K196-2 胸腔鏡下交感神経節切除術（両側） <b>32,137点</b> （生活療養を受ける場合にあつては、 <b>32,063点</b> ）
タ K202 涙管チューブ挿入術1 涙道内視鏡を用いるもの 11,312点（生活療養を受ける場合にあつては、 <u>11,238点</u> ）  （新設）	タ K202 涙管チューブ挿入術1 涙道内視鏡を用いるもの <u>（片側）</u> <b>8,663点</b> （生活療養を受ける場合にあつては、 <b>8,589点</b> ）
レ K217 眼瞼内反症手術 2皮膚切開法 10,654点（生活療養を受ける場合にあつては、 <u>10,580点</u> ）  （新設）	レ K202 涙管チューブ挿入術1 涙道内視鏡を用いるもの <u>（両側）</u> <b>13,990点</b> （生活療養を受ける場合にあつては、 <b>13,916点</b> ）
レ K217 眼瞼内反症手術 2皮膚切開法 10,654点（生活療養を受ける場合にあつては、 <u>10,580点</u> ）  （新設）	ソ K217 眼瞼内反症手術 2皮膚切開法 <u>（片側）</u> <b>6,524点</b> （生活療養を受ける場合にあつては、 <b>6,450点</b> ）
レ K217 眼瞼内反症手術 2皮膚切開法 10,654点（生活療養を受ける場合にあつては、 <u>10,580点</u> ）  （新設）	ツ K217 眼瞼内反症手術 2皮膚切開法 <u>（両側）</u> <b>14,425点</b> （生活療養を受ける場合にあつては、 <b>14,351点</b> ）



# 短期滞在手術等基本料 3

短期滞在手術等基本料の評価の見直し

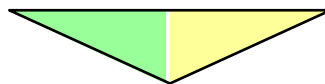
改 定 前	改 定 後
ソ K 2 1 9 眼瞼下垂症手術 1眼瞼挙筋前転法 18,016点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>17,942点</u> )  (新設)	ネ K 2 1 9 眼瞼下垂症手術 1眼瞼挙筋前転法 (片側) <b>11,000点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、 <b>10,926点</b> )
ツ K 2 1 9 眼瞼下垂症手術 3その他のもの 16,347点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>16,273点</u> )  (新設)	ナ K 2 1 9 眼瞼下垂症手術 1眼瞼挙筋前転法 (両側) <b>19,357点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、 <b>19,283点</b> )
ナ K 2 2 4 翼状片手術 (弁の移植を要するもの) 9,431点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>9,357点</u> )  (新設)	ウ K 2 1 9 眼瞼下垂症手術 3その他のもの (片側) <b>10,493点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、 <b>10,419点</b> )
ニ K 2 4 2 斜視手術 2 後転法 18,326点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>18,252点</u> )  (新設)	ム K 2 1 9 眼瞼下垂症手術 3その他のもの (両側) <b>17,249点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、 <b>17,175点</b> )
ニ K 2 4 2 斜視手術 2 後転法 18,326点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>18,252点</u> )  (新設)	ウ K 2 2 4 翼状片手術 (弁の移植を要するもの) (片側) <b>8,437点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、 <b>8,363点</b> )
ハ K 2 4 2 斜視手術 3 前転法及び後転法の併施 22,496点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>22,422点</u> )	中 K 2 2 4 翼状片手術 (弁の移植を要するもの) (両側) <b>13,030点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、 <b>12,956点</b> )
ハ K 2 4 2 斜視手術 3 前転法及び後転法の併施 22,496点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>22,422点</u> )	ノ K 2 4 2 斜視手術 2 後転法 (片側) <b>13,877点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、 <b>13,803点</b> )
ハ K 2 4 2 斜視手術 3 前転法及び後転法の併施 22,496点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>22,422点</u> )	オ K 2 4 2 斜視手術 2 後転法 (両側) <b>19,632点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、 <b>19,558点</b> )
ハ K 2 4 2 斜視手術 3 前転法及び後転法の併施 22,496点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>22,422点</u> )	ク K 2 4 2 斜視手術 3 前転法及び後転法の併施 (片側) <b>20,488点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、 <b>20,414点</b> )

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

# 短期滞在手術等基本料 3

短期滞在手術等基本料の評価  
の見直し

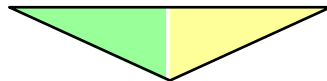
改 定 前	改 定 後
<p>(新設)</p> <p>△ K 2 5 4 治療的角膜切除術 1 エキシマレーザーによるもの (角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。) <u>20,426点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、<u>20,352点</u>)</p> <p>(新設)</p> <p>ウ K 2 6 8 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術 <u>37,155点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、<u>37,081点</u>)</p> <p>(新設)</p> <p>㊦ K 2 8 2 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 □ その他のもの (片側) <u>17,888点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、<u>17,814点</u>)</p>	<p>ヤ <u>K 2 4 2 斜視手術 3 前転法及び後転法の併施 (両側)</u> <u>33,119点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、<u>33,045点</u>)</p> <p>マ <u>K 2 5 4 治療的角膜切除術 1 エキシマレーザーによるもの (角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。)</u> (片側) <u>16,748点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、<u>16,674点</u>)</p> <p>ケ <u>K 2 5 4 治療的角膜切除術 1 エキシマレーザーによるもの (角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。)</u> (両側) <u>28,464点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、<u>28,390点</u>)</p> <p>㊧ <u>K 2 6 8 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術 (片側)</u> <u>34,516点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、<u>34,442点</u>)</p> <p>コ <u>K 2 6 8 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術 (両側)</u> <u>67,946点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、<u>67,872点</u>)</p> <p>エ <u>K 2 8 2 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 □ その他のもの (片側)</u> <u>17,457点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、<u>17,383点</u>)</p>



## 短期滞在手術等基本料 3

短期滞在手術等基本料の評価  
の見直し

改定前	改定後
ノ K 2 8 2 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 □ その他のもの (両側) 32,130点 (生活療養を受ける場合にあつては、32,056点)	テ K 2 8 2 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 □ その他のもの (両側) <b>31,685点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、 <b>31,611点</b> )
オ K 2 8 2 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合 (片側) 15,059点 (生活療養を受ける場合にあつては、14,985点)	ア K 2 8 2 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合 (片側) <b>14,901点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、 <b>14,827点</b> )
ク K 2 8 2 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合 (両側) 25,312点 (生活療養を受ける場合にあつては、25,238点)	サ K 2 8 2 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合 (両側) <b>25,413点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、 <b>25,339点</b> )
ヤ K 3 1 8 鼓膜形成手術 30,571点 (生活療養を受ける場合にあつては、30,497点)	キ K 3 1 8 鼓膜形成手術 <b>31,981点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、 <b>31,907点</b> )
マ K 3 3 3 鼻骨骨折整復固定術 18,809点 (生活療養を受ける場合にあつては、18,735点)	コ K 3 3 3 鼻骨骨折整復固定術 <b>16,988点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、 <b>16,914点</b> )
ケ K 3 8 9 喉頭・声帯ポリープ切除術 2 直達喉頭鏡又は ファイバースコープによるもの 26,312点 (生活療養を受ける場合にあつては、26,238点)	クロ K 3 8 9 喉頭・声帯ポリープ切除術 2 直達喉頭鏡又は ファイバースコープによるもの <b>24,709点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、 <b>24,635点</b> )



# 短期滞在手術等基本料 3

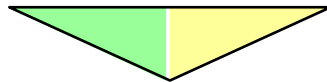
短期滞在手術等基本料の評価  
の見直し

改定前	改定後
㉔ K 4 7 4 乳腺腫瘍摘出術 1長径5センチメートル未満 17,302点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>17,228点</u> )	ミ K 4 7 4 乳腺腫瘍摘出術 1長径5センチメートル未満 <b>16,684点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、 <b>16,610点</b> )
㉕ K 4 7 4 乳腺腫瘍摘出術 2長径5センチメートル以上 25,366点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>25,292点</u> )	シ K 4 7 4 乳腺腫瘍摘出術 2長径5センチメートル以上 <b>22,904点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、 <b>22,830点</b> )
エ K 6 1 6 - 4 経皮的シャント 拡張術・血栓除去術 1 初回28,842点 (生活療養を受ける場合 にあつては、 <u>28,768点</u> )	㉖ K 6 1 6 - 4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1 初回 <b>26,013点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、 <b>25,939点</b> )
テ K 6 1 6 - 4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 2 1の実施後3月以内に実施する場合 28,884点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>28,810点</u> )	ヒ K 6 1 6 - 4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 2 1 の実施後3月以内に実施する場合 <b>26,057点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、 <b>25,983点</b> )
ア K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術 19,798点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>19,724点</u> )	㉗ K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術 <b>20,366点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、 <b>20,292点</b> )
サ K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法 (一連として) 9,149点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>9,075点</u> )	セ K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法 (一連として) <b>8,262点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、 <b>8,188点</b> )
キ K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術 9,494点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>9,420点</u> )	ス K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術 <b>9,258点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、 <b>9,184点</b> )
㉘ K 6 1 7 - 2 大伏在静脈抜去術 23,090点 (生活療養を受ける場合にあつては、 <u>23,016点</u> )	㉙ K 6 1 7 - 2 大伏在静脈抜去術 <b>20,829点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、 <b>20,755点</b> )

## 短期滞在手術等基本料 3

短期滞在手術等基本料の評価  
の見直し

改定前	改定後
<p>× K 6 1 7 - 4 下肢静脈瘤血管内焼灼術 20,130点 (生活療養を受ける場合にあつては、<u>20,05点</u>)</p>	<p><b>イイ</b> K 6 1 7 - 4 下肢静脈瘤血管内焼灼術 <b>19,368点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、<b>19,294点</b>)</p>
<p>≡ K 6 1 7 - 6 下肢静脈瘤血管内塞栓術 22,252点 (生活療養を受ける場合にあつては、<u>22,17点</u>)</p>	<p><b>イロ</b> K 6 1 7 - 6 下肢静脈瘤血管内塞栓術 <b>20,479点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、<b>20,405点</b>)</p>
<p>シ K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア (3 歳未満に限る。) <u>33,785点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、<u>33,71点</u>)</p>	<p><b>イハ</b> K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア (3 歳未満に限る。) <b>31,914点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、<b>31,840点</b>)</p>
<p>エ K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア (3 歳以上 6 歳未満に限る。) <u>24,296点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、<u>24,22点</u>)</p>	<p><b>イニ</b> K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア (3 歳以上 6 歳未満に限る。) <b>24,786点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、<b>24,712点</b>)</p>
<p>ヒ K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア (6 歳以上 15 歳未満に限る。) <u>21,275点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、<u>21,20点</u>)</p>	<p><b>イホ</b> K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア (6 歳以上 15 歳未満に限る。) <b>21,023点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、<b>20,949点</b>)</p>
<p>モ K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア (15 歳以上に限る。) <u>23,648点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、<u>23,57点</u>)</p>	<p><b>イハ</b> K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア (15 歳以上に限る。) <b>24,147点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、<b>24,073点</b>)</p>

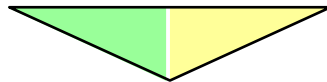




## 短期滞在手術等基本料 3

短期滞在手術等基本料の評価  
の見直し

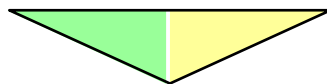
改定前	改定後
<p><u>セ</u> K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（3歳未満に限る。） 70,492点（生活療養を受ける場合にあつては、70,418点）</p>	<p><u>イト</u> K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（3歳未満に限る。） <b>63,751点</b>（生活療養を受ける場合にあつては、<b>63,677点</b>）</p>
<p><u>ス</u> K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（3歳以上6歳未満に限る。） 53,309点（生活療養を受ける場合にあつては、53,235点）</p>	<p><u>イチ</u> K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（3歳以上6歳未満に限る。） <b>50,817点</b>（生活療養を受ける場合にあつては、<b>50,743点</b>）</p>
<p><u>ン</u> K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（6歳以上15歳未満に限る。） 41,081点（生活療養を受ける場合にあつては、41,007点）</p>	<p><u>イリ</u> K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（6歳以上15歳未満に限る。） <b>37,838点</b>（生活療養を受ける場合にあつては、<b>37,764点</b>）</p>
<p><u>イイ</u> K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（15歳以上に限る。） 48,934点（生活療養を受ける場合にあつては、48,860点）</p>	<p><u>イヌ</u> K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（15歳以上に限る。） <b>49,389点</b>（生活療養を受ける場合にあつては、<b>49,315点</b>）</p>
<p><u>イロ</u> K 7 2 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径2センチメートル未満 12,560点（生活療養を受ける場合にあつては、12,486点）</p>	<p><u>イル</u> K 7 2 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径2センチメートル未満 <b>12,580点</b>（生活療養を受ける場合にあつては、<b>12,506点</b>）</p>



## 短期滞在手術等基本料 3

短期滞在手術等基本料の評価  
の見直し

改定前	改定後
<p><u>イハ</u> K 7 2 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 2 長径2センチメートル以上 16,258点 (生活療養を受ける場合にあつては、<u>16,184点</u>)</p>	<p><u>イコ</u> K 7 2 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 2 長径2センチメートル以上 <b>16,153点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、<b>16,079点</b>)</p>
<p><u>イニ</u> K 7 4 3 痔核手術 (脱肛を含む。) 2 硬化療法 (四段階注射法によるもの) 10,604点 (生活療養を受ける場合にあつては、<u>10,530点</u>)</p>	<p><u>イク</u> K 7 4 3 痔核手術 (脱肛を含む。) 2 硬化療法 (四段階注射法によるもの) <b>10,386点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、<b>10,312点</b>)</p>
<p><u>イホ</u> K 7 4 7 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術 (肛門ポリープ切除術に限る。) 10,792点 (生活療養を受ける場合にあつては、<u>10,718点</u>)</p>	<p><u>イカ</u> K 7 4 7 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術 (肛門ポリープ切除術に限る。) <b>10,017点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、<b>9,943点</b>)</p>
<p><u>イハ</u> K 7 4 7 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術 (肛門尖圭コンジローム切除術に限る。) 8,415点 (生活療養を受ける場合にあつては、<u>8,341点</u>)</p>	<p><u>イコ</u> K 7 4 7 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術 (肛門尖圭コンジローム切除術に限る。) <b>7,617点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、<b>7,543点</b>)</p>
<p><u>イト</u> K 7 6 8 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術 (一連につき) 25,894点 (生活療養を受ける場合にあつては、<u>25,820点</u>)</p>	<p><u>イタ</u> K 7 6 8 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術 (一連につき) <b>25,702点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、<b>25,628点</b>)</p>
<p><u>イチ</u> K 8 2 3 - 6 尿失禁手術 (ボツリヌス毒素によるもの) 24,703点 (生活療養を受ける場合にあつては、<u>24,629点</u>)</p>	<p><u>イレ</u> K 8 2 3 - 6 尿失禁手術 (ボツリヌス毒素によるもの) <b>23,829点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、<b>23,755点</b>)</p>



# 短期滞在手術等基本料 3

短期滞在手術等基本料の評価  
の見直し

改定前	改定後
<p><u>イ</u> K 8 3 4 - 3 顕微鏡下精索静脈瘤手術 23,870点 (生活療養を受ける場合にあつては、<u>23,796点</u>)</p>	<p><u>イ</u> K 8 3 4 - 3 顕微鏡下精索静脈瘤手術 <b>21,524点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、<b>21,450点</b>)</p>
<p><u>イヌ</u> K 8 6 7 子宮頸部 (腔部) 切除術 14,607点 (生活療養を受ける場合にあつては、<u>14,533点</u>)</p>	<p><u>イヌ</u> K 8 6 7 子宮頸部 (腔部) 切除術 <b>15,253点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、<b>15,179点</b>)</p>
<p><u>イル</u> K 8 7 2 - 3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜 ポリープ切除術 1 電解質溶液利用のもの <u>21,709点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、<u>21,635点</u>)</p>	<p><u>イネ</u> K 8 7 2 - 3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮 内膜ポリープ切除術 1 電解質溶液利用のもの <b>22,099点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、<b>22,025点</b>)</p>
<p><u>イロ</u> K 8 7 2 - 3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜 ポリープ切除術 2 その他のもの <u>18,652点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、<u>18,578点</u>)</p>	<p><u>イナ</u> K 8 7 2 - 3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮 内膜ポリープ切除術 2 その他のもの <b>18,115点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、<b>18,041点</b>)</p>
<p><u>イワ</u> K 8 7 3 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 1 電解質溶液 利用のもの <u>35,191点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、<u>35,117点</u>)</p>	<p><u>イラ</u> K 8 7 3 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 1 電解質溶液利 用のもの <b>36,674点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、<b>36,600点</b>)</p>
<p><u>イカ</u> K 8 7 3 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 2 その他のもの <u>33,460点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、<u>33,386点</u>)</p>	<p><u>イム</u> K 8 7 3 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 2 その他のもの <b>32,538点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、<b>32,464点</b>)</p>
<p><u>イコ</u> K 8 9 0 - 3 腹腔鏡下卵管形成術 <u>109,045点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、<u>108,971 点</u>)</p>	<p><u>イウ</u> K 8 9 0 - 3 腹腔鏡下卵管形成術 <b>100,243点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、<b>100,169点</b>)</p>
<p><u>イタ</u> M 0 0 1 - 2 ガンマナイフによる定位放射線治療 <u>58,496点</u> (生活療養を受ける場合にあつては、<u>58,422点</u>)</p>	<p><u>イチ</u> M 0 0 1 - 2 ガンマナイフによる定位放射線治療 <b>60,796点</b> (生活療養を受ける場合にあつては、<b>60,722点</b>)</p>

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工 (株) が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

## 地域包括医療病棟入院料

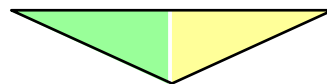
地域で救急患者等を受け入れる  
病棟の評価

「Ⅱ - 2 - ①」を参照のこと。

# 夜間看護加算、看護補助体制充実加算 (療養病棟入院基本料)

主としてケアを担う看護補助者の  
評価の新設

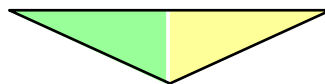
改定前	改定後
<p>【看護補助体制充実加算（療養病棟入院基本料）】 【算定要件】</p> <p>注12 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。</p> <p>イ 夜間看護加算 50点 ロ 看護補助体制充実加算 55点</p> <p>(新設) <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">・主として直接患者に対し療養生活上の世話を提供する看護補助者を一定数配置している場合の評価を新設</span></p> <p><span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">・身体的拘束の実施に着目した評価に見直し</span></p>	<p>【看護補助体制充実加算（療養病棟入院基本料）】 【算定要件】</p> <p>注12 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、<b>夜間看護加算</b>として、1日につき<b>50点</b>を所定点数に加算する。<u>この場合において注13の看護補助体制充実加算は別に算定できない。</u></p> <p><b>注13</b> 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。 <b>ただし、本文の規定にかかわらず、身体的拘束を実施した日は、看護補助体制充実加算3の例により所定点数に加算する。</b></p> <p>イ <b>看護補助体制充実加算 1</b> <span style="float: right;"><b>80点</b></span> ロ <b>看護補助体制充実加算 2</b> <span style="float: right;"><b>65点</b></span> ハ <b>看護補助体制充実加算 3</b> <span style="float: right;"><b>55点</b></span></p>



## 夜間看護加算、看護補助体制充実加算 (療養病棟入院基本料)

主としてケアを担う看護補助者の  
評価の新設

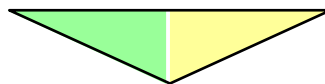
改定前	改定後
<p>(19) 「注12」に規定する夜間看護加算及び看護補助体制充実加算は、療養生活の支援が必要な患者が多い病棟において、看護要員の手厚い夜間配置を評価したものであり、当該病棟における看護に当たって、次に掲げる身体的拘束を最小化する取組を実施した上で算定する。 ア～オ (略)</p> <p>(20) 「注12」に規定する夜間看護加算及び看護補助体制充実加算を算定する各病棟における夜勤を行う看護要員の数は、「基本診療料の施設基準等」の第五の三の(1)イ①に定める夜間の看護職員の最小必要数を超えた看護職員1人を含む看護要員3人以上でなければ算定できない。 (中略)</p> <p>(新設)</p>	<p>(19) 「注12」<b>及び「注13」</b>に規定する夜間看護加算及び看護補助体制充実加算は、療養生活の支援が必要な患者が多い病棟において、看護要員の手厚い夜間配置を評価したものであり、当該病棟における看護に当たって、次に掲げる身体的拘束を最小化する取組を実施した上で算定する。 ア～オ (略)</p> <p>(20) 「注12」<b>及び「注13」</b>に規定する夜間看護加算及び看護補助体制充実加算を算定する各病棟における夜勤を行う看護要員の数は、「基本診療料の施設基準等」の第五の三の(1)イ①に定める夜間の看護職員の最小必要数を超えた看護職員1人を含む看護要員3人以上でなければ算定できない。 (中略)</p> <p><b>(21) 「注13」については、身体的拘束を実施した場合は、理由によらず、看護補助体制充実加算3の例により算定すること。</b></p>



# 夜間看護加算、看護補助体制充実加算 (療養病棟入院基本料)

主としてケアを担う看護補助者の  
評価の新設

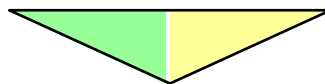
改定前	改定後
<p>[施設基準]</p> <p>三 療養病棟入院基本料の施設基準等</p> <p>(9) 療養病棟入院基本料の注12に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準</p> <p>イ 夜間看護加算の施設基準</p> <p>① 当該病棟において、夜勤を行う看護職員及び看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十六又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、夜勤を行う看護職員及び看護補助者の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員及び看護補助者の数は、本文の規定にかかわらず、看護職員一を含む三以上であることとする。</p> <p>②・③ (略)</p> <p>□ <u>看護補助体制充実加算の施設基準</u></p> <p>① <u>イの①及び②を満たすものであること。</u></p> <p>② <u>看護職員の負担軽減及び処遇改善に資する十分な体制が整備されていること。</u></p>	<p>[施設基準]</p> <p>三 療養病棟入院基本料の施設基準等</p> <p>(9) <b>夜間看護加算の施設基準</b></p> <p>イ 当該病棟において、夜勤を行う看護職員及び看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十六又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、夜勤を行う看護職員及び看護補助者の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員及び看護補助者の数は、本文の規定にかかわらず、看護職員一を含む三以上であることとする。</p> <p><b>□・八 (略)</b> <b>(削除)</b></p>



# 夜間看護加算、看護補助体制充実加算 (療養病棟入院基本料)

主としてケアを担う看護補助者の  
評価の新設

改定前	改定後
(新設)	<p><b>(10) 看護補助体制充実加算の施設基準</b></p> <p><b>イ 看護補助体制充実加算1の施設基準</b></p> <p>① (9)のイ及びロを満たすものであること。</p> <p>② <u>看護職員及び看護補助者の業務分担及び協働に資する十分な体制が整備されていること。</u></p> <p><b>ロ 看護補助体制充実加算2の施設基準</b></p> <p>① (9)のイ及びロを満たすものであること。</p> <p>② <u>看護職員及び看護補助者の業務分担及び協働に資する必要な体制が整備されていること。</u></p> <p><b>ハ 看護補助体制充実加算3の施設基準</b></p> <p>① (9)のイ及びロを満たすものであること。</p> <p>② <u>看護職員及び看護補助者の業務分担及び協働に資する体制が整備されていること。</u></p>





# 夜間看護加算、看護補助体制充実加算 (療養病棟入院基本料)

主としてケアを担う看護補助者の  
評価の新設

改定前	改定後
<p>11の2 療養病棟入院基本料の注12に規定する看護補助体制充実加算の施設基準</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(1) 11の(1)から(5)までを満たしていること。ただし、(4)のイについては、看護補助者が行う業務内容ごとに業務範囲、実施手順、留意事項等について示した業務マニュアルを作成し、当該マニュアルを用いて院内研修を実施していること。</p> <p>(2) 当該病棟の看護師長等が11の(6)のアに掲げる所定の研修を修了していること。また、当該病棟の全ての看護職員((6)のアに掲げる所定の研修を修了した看護師長等を除く。)が(6)のイの内容を含む院内研修を年1回以上受講していること。ただし、内容に変更がない場合は、2回目以降の受講は省略して差し支えない。</p>	<p>11の2 療養病棟入院基本料の注13に規定する看護補助体制充実加算の施設基準</p> <p>(1) 看護補助体制充実加算1の施設基準</p> <p>イ <u>当該保険医療機関において3年以上の看護補助者としての勤務経験を有する看護補助者が、5割以上配置されていること。</u></p> <p>ロ <u>主として直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が100又はその端数を増すごとに1以上であること。当該看護補助者は、介護福祉士の資格を有する者又は看護補助者として3年以上の勤務経験を有し適切な研修を修了した看護補助者であること。</u></p> <p>ハ 11の(1)から(5)までを満たしていること。ただし、(4)のイについては、看護補助者が行う業務内容ごとに業務範囲、実施手順、留意事項等について示した業務マニュアルを作成し、当該マニュアルを用いて院内研修を実施していること。</p> <p>ニ 当該病棟の看護師長等が11の(6)のアに掲げる所定の研修を修了していること。また、当該病棟の全ての看護職員(6)のアに掲げる所定の研修を修了した看護師長等を除く。)が(6)のイの内容を含む院内研修を年1回以上受講していること。ただし、内容に変更がない場合は、2回目以降の受講は省略して差し支えない。</p>

## 夜間看護加算、看護補助体制充実加算 (療養病棟入院基本料)

主としてケアを担う看護補助者の  
評価の新設

改定前	改定後
(新設)	<p><b>ホ 当該保険医療機関における看護補助者の業務に必要な能力を段階的に示し、看護補助者の育成や評価に活用していること。</b></p> <p><b>(2) 看護補助体制充実加算2の施設基準</b> <b>(1)のロからホを満たすものであること。</b></p> <p><b>(3) 看護補助体制充実加算3の施設基準</b> <b>(1)のハ及びニを満たすものであること。</b></p>
(新設)	
(新設)	

主としてケアを担う看護補助者の  
評価の新設

# 看護補助体制充実加算 (障害者施設等入院基本料)

改定前	改定後
<p>【看護補助体制充実加算（障害者施設等入院基本料）】</p> <p>注9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を現に算定している患者に限る。）については、当該基準に係る区分に従い、かつ、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。</p> <p>イ 看護補助加算</p> <p>(1) 14日以内の期間 146点</p> <p>(2) 15日以上30日以内の期間 121点</p> <p>ロ 看護補助体制充実加算</p> <p>(1) 14日以内の期間 151点</p> <p>(2) 15日以上30日以内の期間 126点</p> <p>(新設)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>・看護補助体制充実加算を3区分に分けて、身体拘束の実施にした評価に見直し</p> </div>	<p>【看護補助体制充実加算（障害者施設等入院基本料）】</p> <p>注9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を現に算定している患者に限る。）については、看護補助加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。<b>この場合において注10の看護補助体制充実加算は別に算定できない。</b></p> <p>イ 14日以内の期間 146点</p> <p>ロ 15日以上30日以内の期間 121点</p> <p><b>(削除)</b></p> <p><b>10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を現に算定している患者に限る。）については、当該基準に係る区分に従い、かつ、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。ただし、本文の規定にかかわらず、身体的拘束を実施した日は、看護補助体制充実加算3の例により1日につき所定点数に加算する。</b></p>

主としてケアを担う看護補助者の  
評価の新設

# 看護補助体制充実加算 (障害者施設等入院基本料)

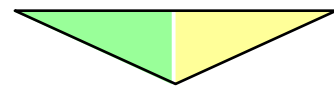
改定前	改定後
<p>10～12 (略)</p> <p>(13) 「注9」に規定する看護補助加算及び看護補助体制充実加算を算定する病棟は、身体的拘束を最小化する取組を実施した上で算定する。取組内容については、「(療養病棟入院基本料について)」の(19)の例による。</p> <p>[施設基準]</p>	<p><b>イ 14日以内の期間</b></p> <p><b>(1) 看護補助体制充実加算 1</b> <span style="float: right;"><b>176点</b></span></p> <p><b>(2) 看護補助体制充実加算 2</b> <span style="float: right;"><b>161点</b></span></p> <p><b>(3) 看護補助体制充実加算 3</b> <span style="float: right;"><b>151点</b></span></p> <p><b>ロ 15日以上30日以内の期間</b></p> <p><b>(1) 看護補助体制充実加算 1</b> <span style="float: right;"><b>151点</b></span></p> <p><b>(2) 看護補助体制充実加算 2</b> <span style="float: right;"><b>136点</b></span></p> <p><b>(3) 看護補助体制充実加算 3</b> <span style="float: right;"><b>126点</b></span></p> <p>11～13 (略)</p> <p>(13) 「注9」及び「注10」に規定する看護補助加算、看護補助体制充実加算 <b>1、看護補助体制充実加算 2 又は看護補助体制充実加算 3</b> を算定する病棟は、身体的拘束を最小化する取組を実施した上で算定する。取組内容については、「(療養病棟入院基本料について)」の(19)の例による。</p> <p>[施設基準]</p> <p>※ <b>看護補助体制充実加算 (療養病棟入院基本料) における見直しと同様。</b></p>

主としてケアを担う看護補助者の  
評価の新設

# 看護補助体制充実加算 (地域包括ケア病棟入院料)

改定前	改定後
<p>【看護補助体制充実加算（地域包括ケア病棟入院料）】</p> <p>注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日つき所定点数に加算する。</p> <p>イ 看護補助者配置加算 160点</p> <p>ロ 看護補助体制充実加算 165点</p> <p>(新設)</p>	<p>【看護補助体制充実加算（地域包括ケア病棟入院料）】</p> <p>注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室に入院している患者については、<b>看護補助者配置加算として、1日つき160点を所定点数に加算する。この場合において、注5の看護補助体制充実加算は別に算定できない。</b></p> <p>注5 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。ただし、本文の規定にかかわらず、身体的拘束を実施した日は、看護補助体制充実加算3の例により、1日につき所定点数に加算する。</u></p> <p>イ <u>看護補助体制充実加算1</u> 190点</p> <p>ロ <u>看護補助体制充実加算2</u> 175点</p> <p>ハ <u>看護補助体制充実加算3</u> 165点</p>
<p>5～12</p>	<p>6～13</p>

・看護補助体制充実加算を3区分に分けて、身体拘束の実施にした評価に見直し



# 看護補助体制充実加算 (地域包括ケア病棟入院料)

主としてケアを担う看護補助者の  
評価の新設

改定前	改定後
<p>[算定要件]</p> <p>(7) 「注4」に規定する看護補助者配置加算又は看護補助体制充実加算を算定する病棟は、身体的拘束を最小化する取組を実施した上で算定する。取組内容については、区分番号「A 1 0 1」療養病棟入院基本料の(19)の例による。</p> <p>(新設)</p> <p>[施設基準]</p>	<p>[算定要件]</p> <p>(7) 「注4」<b>及び「注5」</b>に規定する看護補助者配置加算、看護補助体制充実加算<b>1、看護補助体制充実加算2又は看護補助体制充実加算3</b>を算定する病棟は、身体的拘束を最小化する取組を実施した上で算定する。取組内容については、区分番号「A 1 0 1」療養病棟入院基本料の(19)の例による。</p> <p>(8) 「注5」については、<b>身体的拘束を実施した場合は、理由によらず、看護補助体制充実加算3の例により算定すること。</b></p> <p>[施設基準]</p> <p>※ <b>看護補助体制充実加算（療養病棟入院基本料）における見直しと同様。</b></p>

# 在宅患者支援病床初期加算 (地域包括ケア病棟入院料)

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

改定前	改定後
<p>【地域包括ケア病棟入院料】 〔算定要件〕</p> <p>注5 当該病棟又は病室に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に属する。）の一般病棟から転棟した患者については、急性期患者支援病床初期加算として、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又自宅から入院した患者については、治療方針に関する患者又はその家族の意思決定に対する支援を行った場合に、在宅患者支援病床初期加算として、転棟若しくは転院又は入院した日から起算して14日を限度として、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ 在宅患者支援病床初期加算</p> <p style="margin-left: 20px;">(1) 介護老人保健施設から入院した患者の場合</p> <p style="text-align: right; margin-left: 100px;"><b>500点</b></p>	<p>【地域包括ケア病棟入院料】 〔算定要件〕</p> <p>注6 当該病棟又は病室に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、急性期患者支援病床初期加算として、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者については、治療方針に関する患者又はその家族の意思決定に対する支援を行った場合に、在宅患者支援病床初期加算として、転棟若しくは転院又は入院した日から起算して14日を限度として、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ 在宅患者支援病床初期加算</p> <p style="margin-left: 20px;">(1) 介護老人保健施設から入院した患者の場合</p> <p style="margin-left: 40px;">① <b>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</b></p> <p style="text-align: right; margin-left: 100px;"><b>580点</b></p> <p style="margin-left: 40px;">② ①の患者以外の患者の場合</p> <p style="text-align: right; margin-left: 100px;"><b>480点</b></p>

・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し

## 在宅患者支援病床初期加算 (地域包括ケア病棟入院料)

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

改定前	改定後
<p>(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 <span style="float: right;"><u>400点</u></span></p>	<p>(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</p> <p style="margin-left: 20px;">① <u>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</u> <span style="float: right;"><b>480点</b></span></p> <p style="margin-left: 20px;">② <u>①の患者以外の患者の場合</u> <span style="float: right;"><b>380点</b></span></p>



# 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の評価及び要件の見直し

改定前		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 回復期リハビリテーション病棟入院料 1	2,129点	1 回復期リハビリテーション病棟入院料 1	<b>2,229点</b>
(生活療養を受ける場合にあつては、2,115点)		(生活療養を受ける場合にあつては、 <b>2,215点</b> )	
2 回復期リハビリテーション病棟入院料 2	2,066点	2 回復期リハビリテーション病棟入院料 2	<b>2,166点</b>
(生活療養を受ける場合にあつては、2,051点)		(生活療養を受ける場合にあつては、 <b>2,151点</b> )	
3 回復期リハビリテーション病棟入院料 3	1,899点	3 回復期リハビリテーション病棟入院料 3	<b>1,917点</b>
(生活療養を受ける場合にあつては、1,884点)		(生活療養を受ける場合にあつては、 <b>1,902点</b> )	
4 回復期リハビリテーション病棟入院料 4	1,841点	4 回復期リハビリテーション病棟入院料 4	<b>1,859点</b>
(生活療養を受ける場合にあつては、1,827点)		(生活療養を受ける場合にあつては、 <b>1,845点</b> )	
5 回復期リハビリテーション病棟入院料 5	1,678点	5 回復期リハビリテーション病棟入院料 5	<b>1,696点</b>
(生活療養を受ける場合にあつては、1,664点)		(生活療養を受ける場合にあつては、 <b>1,682点</b> )	
(新設)		6 回復期リハビリテーション入院医療管理料	<b>1,859点</b>
		(生活療養を受ける場合にあつては、 <b>1,845点</b> )	
[算定要件]		[算定要件]	
注4 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（回復期リハビリテーション病棟入院料1又は回復期リハビリテーション病棟入院料2を現に算定している患者に限る。）が入院する病棟について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注1のただし書に規定する場合を除く。）は、当該基準に係る区分に従い、患者1人につき1日につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。		(削除)	
イ 体制強化加算1	200点		
ロ 体制強化加算2	120点		

・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し  
 ・医療資源の少ない地域において病室単位で可能な区分6の新設（I-6㉔再掲）

・廃止

# 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の評価及び要件の見直し

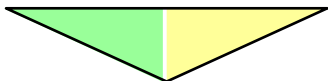
改定前	改定後
<p>5 5については、算定を開始した日から起算して2年（回復期リハビリテーション病棟入院料 1、回復期リハビリテーション病棟入院料2、回復期リハビリテーション病棟入院料3又は回復期リハビリテーション病棟入院料4を算定していた病棟にあつては、1年）を限度として算定する。</p> <p>(新設)</p> <p>・FIMの定期的な測定を要件化</p> <p>(8)～(12) (略)</p> <p>(13) 回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定するに当たっては、栄養管理に関するものとして、次に掲げる内容を行うこと。</p> <p>ア 当該入院料を算定する全ての患者について、患者ごとに行うリハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画の作成に当たっては、管理栄養士も参画し、患者の栄養状態を十分に踏まえて行うこと。なお、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書における栄養関連項目については、必ず記載すること。</p> <p>イ～ウ (略)</p> <p>・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化</p>	<p>4 5については、算定を開始した日から起算して2年（回復期リハビリテーション病棟入院料 1、回復期リハビリテーション病棟入院料2、回復期リハビリテーション病棟入院料3又は回復期リハビリテーション病棟入院料4を算定していた病棟にあつては、1年）を限度として算定する。</p> <p><b>(8) 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定するに当たっては、定期的に日常生活機能評価又はFIMの測定を行い、その結果について診療録等に記載すること。</b></p> <p>(9)～(13) (略)</p> <p>(14) 回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定するに当たっては、栄養管理に関するものとして、次に掲げる内容を行うこと。</p> <p>ア 当該入院料を算定する全ての患者について、患者ごとに行うリハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画の作成に当たっては、管理栄養士も参画し、患者の栄養状態を十分に踏まえて行うこと。<b>その際、栄養状態の評価には、GLIM基準を用いること。</b>なお、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書における栄養関連項目については、必ず記載すること。</p> <p>イ～ウ (略)</p>

# 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の評価及び要件の見直し

改定前	改定後
<p>(14) 回復期リハビリテーション病棟入院料2から5を算定するに当たっては、専任の常勤管理栄養士を配置し、栄養管理に関するものとして、次に掲げる内容を行うことが望ましい。</p> <p>ア 当該入院料を算定する全ての患者について、患者ごとに行うリハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書の作成に当たっては、管理栄養士も参画し、患者の栄養状態を十分に踏まえて行うとともに、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書における栄養関連項目に記載すること。</p> <p>イ～ウ (略)</p> <p>(15)～(18) (略)</p>	<p>(15) 回復期リハビリテーション病棟入院料2から5を算定するに当たっては、専任の常勤管理栄養士を配置し、栄養理に関するものとして、次に掲げる内容を行うことが望ましい。</p> <p>ア 当該入院料を算定する全ての患者について、患者ごとに行うリハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書の作成に当たっては管理栄養士も参画し、患者の栄養状態を十分に踏まえて行うとともに、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書における栄養関連項目に記載すること。<b>その際、栄養状態の評価には、GLIM基準を用いること。</b></p> <p>イ～ウ (略)</p> <p>(16)～(19) (略)</p>

・入退院時の栄養状態の評価にGLIM基準を用いること望ましいとする



# 回復期リハビリテーション病棟入院料

回復期リハビリテーション病棟入院料の評価及び要件の見直し

改定前	改定後
<p>[施設基準]</p> <p>十 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等</p> <p>(2) 回復期リハビリテーション病棟 入院料1の施設基準 イ～ロ (略)</p> <p>ハ 当該病棟に在宅復帰支援を担当する専任の常勤の社会福祉士等が一名以上配置されていること。 ニ～リ (略)</p> <p>(新設)</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #E6E6FA; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院料1・2の社会福祉士配置を専任から専従に変更</li> <li>・入院料1・2に口腔管理に必要な体制の整備を要件化</li> <li>・入院料1～3はFIMの測定に関する院内研修の実施を要件化 (いずれも経過措置あり)</li> </ul> </div> <p>(3) 回復期リハビリテーション病棟 入院料2の施設基準 (2)のイ及びハからチまでを満たすものであること。</p> <p>(4) 回復期リハビリテーション病棟 入院料3の施設基準 イ～ホ (略)</p> <p>(新設)</p> <p>(5)～(10) (略)</p> <p>(11) 体制強化加算の施設基準 (略)</p>	<p>[施設基準]</p> <p>十 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等</p> <p>(2) 回復期リハビリテーション病棟 入院料1の施設基準 イ～ロ (略)</p> <p>ハ 当該病棟に在宅復帰支援を担当する専従の常勤の社会福祉士等が一名以上配置されていること。 ニ～リ (略)</p> <p><b>ヌ 当該保険医療機関のFIMの測定を行う医師、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士等に対してFIMの測定に関する研修を実施していること。</b></p> <p><b>ル 地域支援事業に協力する体制を確保していること。</b></p> <p><b>ヲ 口腔管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。</b></p> <p>(3) 回復期リハビリテーション病棟 入院料2の施設基準 (2)のイ、ハからチまで、<b>ル及びヲ</b>を満たすものであること。</p> <p>(4) 回復期リハビリテーション病棟 入院料3の施設基準 イ～ホ (略)</p> <p><b>ハ (2)のヌを満たすものであること。</b></p> <p>(5)～(10) (略)</p> <p>(削除)</p>

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

## 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の評価及び要件の見直し

### 〔経過措置〕

- (1) 令和6年3月31日において現に回復期リハビリテーション病棟入院料1又は2に係る届出を行っている病棟については、**令和7年5月31日**までの間に限り、社会福祉士の配置に係る施設基準を満たすものとする。
- (2) 令和6年3月31日において現に回復期リハビリテーション病棟入院料1に係る届出を行っている病棟については、**令和6年9月30日**までの間に限り、入退院時の栄養状態の評価に係る施設基準を満たすものとする。
- (3) 令和6年3月31日において現に回復期リハビリテーション病棟入院料1又は3に係る届出を行っている病棟については、**令和6年9月30日**までの間に限り、FIMの測定に関する院内研修に係る施設基準を満たすものとする。

## 療養病棟入院基本料の見直し

療養病棟入院基本料の見直し

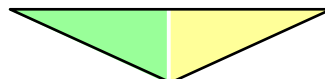
「Ⅱ－3－⑤」を参照のこと。

# 有床診療所療養病床入院基本料

有床診療所療養病床入院基本料の施設基準の見直し

改定前	改定後
<p>【有床診療所療養病床入院基本料】 〔施設基準〕</p> <p>三 有床診療所療養病床入院基本料の施設基準等</p> <p>(1) 通則 療養病床であること。</p> <p>(2) 有床診療所療養病床入院基本料の施設基準等</p> <p>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</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>③ (略)</p> <p>(新設)</p>	<p>【有床診療所療養病床入院基本料】 〔施設基準〕</p> <p>三 有床診療所療養病床入院基本料の施設基準等</p> <p>(1) 通則 療養病床であること。</p> <p>(2) 有床診療所療養病床入院基本料の施設基準等</p> <p>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</p> <p>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<b>四</b>又はその端数を増すごとに<b>一以上</b>であること。</p> <p>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<b>四</b>又はその端数を増すごとに<b>一以上</b>であること。</p> <p>③ (略)</p> <p>④ <u>当該病棟の入院患者に関する口の区分に係る疾患及び状態等並びにA D Lの判定基準による判定について、記録していること。</u></p>

・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し



# 有床診療所療養病床入院基本料

有床診療所療養病床入院基本料の施設基準の見直し

改定前	改定後
<p>□ 有床診療所療養病床入院基本料の注1本文に規定する厚生労働大臣が定める区分</p> <p>① 入院基本料A</p> <p>1 当該有床診療所の療養病床の入院患者のうち医療区分三の患者と医療区分二の患者との合計が八割未満である場合（以下この□において「特定患者八割未満の場合」という。）にあつては、 医療区分三の患者</p> <p>2 当該有床診療所の療養病床の入院患者のうち医療区分三の患者と医療区分二の患者との合計が八割以上である場合（以下この□において「特定患者八割以上の場合」という。）にあつては、次のいずれにも該当するものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関（以下この□において「四対一配置保険医療機関」という。）に入院している医療区分三の患者</p> <p>(一) 当該有床診療所に雇用され、その療養病床に務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。</p> <p>(二) 当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護補助者の数は、当該療養病床の入院患者の数が四又はその端数を増すごとに一以上であること。</p>	<p>□ 有床診療所療養病床入院基本料の注1本文に規定する厚生労働大臣が定める区分</p> <p>① 入院基本料A 医療区分三の患者</p> <p><u>(削除)</u></p>

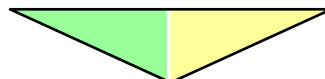
本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。



# 有床診療所療養病床入院基本料

有床診療所療養病床入院基本料の施設基準の見直し

改定前	改定後
<p>② 入院基本料B</p> <p>1 <u>特定患者八割未満の場合にあつては、医療区分二の患者（医療区分三の患者を除く。）であつて、ADL区分三又はADL区分二であるもの</u></p> <p>2 <u>特定患者八割以上の場合にあつては、四対一配置保険医療機関に入院している医療区分二の患者（医療区分三の患者を除く。）であつて、ADL区分三又はADL区分二であるもの</u></p> <p>③ 入院基本料C</p> <p>1 <u>特定患者八割未満の場合にあつては、医療区分二の患者（医療区分三の患者を除く。）であつて、ADL区分一であるもの</u></p> <p>2 <u>特定患者八割以上の場合にあつては、四対一配置保険医療機関に入院している医療区分二の患者（医療区分三の患者を除く。）であつて、ADL区分一であるもの</u></p>	<p>② 入院基本料B</p> <p>医療区分二の患者（医療区分三の患者を除く。）であつて、ADL区分三又はADL区分二であるもの</p> <p><u>(削除)</u></p> <p>③ 入院基本料C</p> <p>医療区分二の患者（医療区分三の患者を除く。）であつて、ADL区分一であるもの</p> <p><u>(削除)</u></p>



# 有床診療所療養病床入院基本料

有床診療所療養病床入院基本料の施設基準の見直し

改定前	改定後
<p>④ 入院基本料D</p> <p>1 特定患者八割未満の場合にあつては、医療区分一の患者であつて、A D L 区分三であるもの</p> <p>2 特定患者八割以上の場合にあつては、<u>四対一配置保険医療機関に入院している医療区分一の患者であつて、A D L 区分三であるもの</u></p> <p>⑤ 入院基本料E</p> <p>1 特定患者八割未満の場合にあつては、医療区分一の患者であつて、A D L 区分二又はA D L 区分一であるもの</p> <p>2 特定患者八割以上の場合にあつては、<u>四対一配置保険医療機関に入院している医療区分一の患者であつて、A D L 区分二又はA D L 区分一であるもの又は次のいずれかに該当しないものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者</u></p> <p>(一) <u>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。</u></p>	<p>④ 入院基本料D</p> <p><u>別表第五の二に掲げる疾患・状態にある患者及び処置等が実施されている患者並びに別表第五の三の一及び二に掲げる疾患・状態にある患者及び処置等が実施されている患者並びに同表の三に掲げる患者以外の患者（以下「医療区分一の患者」という。）</u>であつて、A D L 区分三であるもの <u>(削除)</u></p> <p>⑤ 入院基本料E</p> <p>医療区分一の患者であつて、A D L 区分二又はA D L 区分一であるもの <u>(削除)</u></p>

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

## 有床診療所療養病床入院基本料

有床診療所療養病床入院基本料の施設基準の見直し

改定前	改定後
<p>(二) 当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護補助者の数は、当該療養病床の入院患者の数が四又はその端数を増すごとに一以上であること。</p>	

### [経過措置]

令和6年3月31日において、現に有床診療所療養病床入院基本料の届出を行っている保険医療機関については、**令和6年9月30日**までの間に限り、なお従前の例による。

# 精神科養育支援体制加算 (児童・思春期精神科入院医療管理料)

児童・思春期精神科入院医療管理料における不適切な養育等が疑われる小児患者に対する支援体制の評価の新設

改定前	改定後
<p>【児童・思春期精神科入院医療管理料】 [算定要件] (新設)</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #f0e0ff; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>・不適切な養育等が行われていることが疑われる患者に対して迅速かつ適切な対応が行われるよう、多職種による専任のチームの設置を評価</p> </div> <p>[施設基準] 十五の三 児童・思春期精神科入院医療管理料の施設基準 (新設)</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) (略)</p> <p>(3) (略)</p> <p>(4) (略)</p> <p>(5) (略)</p> <p>(6) (略)</p> <p>(7) (略)</p> <p>(新設)</p>	<p>【児童・思春期精神科入院医療管理料】 [算定要件]</p> <p><b>注3 当該病棟に入院している20歳未満の精神疾患を有する患者に対する支援体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の病棟に入院している患者について、精神科養育支援体制加算として、入院初日に限り300点を所定点数に加算する。</b></p> <p>[施設基準] 十五の三 児童・思春期精神科入院医療管理料の施設基準等</p> <p><b>(1) 児童・思春期精神科入院医療管理料の施設基準</b></p> <p>ア (略)</p> <p>イ (略)</p> <p>ウ (略)</p> <p>エ (略)</p> <p>オ (略)</p> <p>カ (略)</p> <p>キ (略)</p> <p><b>(2) 児童・思春期精神科入院医療管理料の注3に規定する精神科養育支援体制加算の施設基準虐待等不適切な養育が行われていることが疑われる20歳未満の精神疾患を有する患者に対する支援を行うにつき十分な体制が整備されていること。</b></p>

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

# 障害者施設等入院基本料

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

改定前	改定後
<p>【障害者施設等入院基本料】 〔施設基準〕</p> <p>七 障害者施設等入院基本料の施設基準等</p> <p>(1) 通則</p> <p>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。</p> <p>イ 次のいずれかに該当する病棟であること。</p> <p>① (略)</p> <p>② 次のいずれにも該当する一般病棟であること。</p> <p>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。</p> <p>2 (略)</p>	<p>【障害者施設等入院基本料】 〔施設基準〕</p> <p>七 障害者施設等入院基本料の施設基準等</p> <p>(1) 通則</p> <p>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。</p> <p>イ 次のいずれかに該当する病棟であること。</p> <p>① (略)</p> <p>② 次のいずれにも該当する一般病棟であること。</p> <p>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。</p> <p>2 (略)</p> <p>※ <b>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。</b></p>
<p>・患者割合基準の「おおむね」を削除し、基準については、一定期間内の一次的な変動による変更の届出は不要である規定を追加（一定期間や変動割合は現時点では不明）</p>	

# 障害者施設等入院基本料

障害者施設等入院基本料等の  
見直し

改定前	改定後
<p>【障害者施設等入院基本料】 [算定要件] (新設)</p>	<p>【障害者施設等入院基本料】 [算定要件]</p> <p><b>注13 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。）であって、基本診療料の施設基準等第5の3(1)のロに規定する医療区分2の患者に相当するものについては、注1及び注3の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。</b></p> <p><b>イ 7対1入院基本料又は10対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合 1,581点</b></p> <p><b>ロ 13対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合 1,420点</b></p> <p><b>ハ 15対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合 1,315点</b></p>

・透析を実施する慢性腎臓病患者は、療養病棟入院基本料に準じた評価とする

# 特殊疾患入院医療管理料

障害者施設等入院基本料等の  
見直し

改定前	改定後
<p>【特殊疾患入院医療管理料】 [算定要件] (新設)</p>	<p>【特殊疾患入院医療管理料】 [算定要件] <b>注7 当該病棟に入院している患者のうち、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J038-2に掲げる持続緩徐式血液濾過、区分番号J039に掲げる血漿交換療法又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流を行っている慢性腎臓病の患者（注4及び注6に規定する点数を算定する患者を除く。）であって、基本診療料の施設基準等第5の3(1)のロに規定する医療区分2の患者に相当するものについては、注1の規定にかかわらず、<b>2,011点</b>を算定する。</b></p>

・透析を実施する慢性腎臓病患者は、療養病棟入院基本料に準じた評価とする

# 特殊疾患病棟入院料

障害者施設等入院基本料等の  
見直し

改定前	改定後
<p>【特殊疾患病棟入院料】 [算定要件] (新設)</p>	<p>【特殊疾患病棟入院料】 [算定要件] <b>注7 当該病棟に入院する患者のうち、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J038-2に掲げる持続緩徐式血液濾過、区分番号J039に掲げる血漿交換療法又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流を行っている慢性腎臓病の患者（注4及び注6に規定する点数を算定する患者を除く。）であって、基本診療料の施設基準等第5の3(1)の□に規定する医療区分2の患者に相当するものについては、注1の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。</b></p> <p><b>イ 特殊疾患病棟入院料1の施設基準を届け出た病棟に入院している場合 2,010点</b></p> <p><b>□ 特殊疾患病棟入院料2の施設基準を届け出た病棟に入院している場合 1,615点</b></p>

・透析を実施する慢性腎臓病患者は、療養病棟入院基本料に準じた評価とする



## 緩和ケア病棟緊急入院初期加算

障害者施設等入院基本料等の見直し

改定前	改定後
<p>【緩和ケア病棟緊急入院初期加算】 〔算定要件〕</p> <p>(5) 「注2」に規定する緩和ケア病棟緊急入院初期加算は、当該保険医療機関と連携して緩和ケアを提供する別の保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）（以下本項において「連携保険医療機関」という。）から在宅緩和ケアを受ける患者の病状が急変し、症状緩和のために一時的に入院治療を要する場合の緩和ケア病棟への受入れを通じ、在宅での緩和ケアを後方支援することを評価するものである。</p> <p>（中略）</p> <p>また、在宅緩和ケアを受け、緊急に入院を要する可能性のある患者について、緊急時の円滑な受入れのため、病状及び投薬内容のほか、患者及び家族への説明等について、当該連携保険医療機関より予め文書による情報提供を受ける必要がある。</p>	<p>【緩和ケア病棟緊急入院初期加算】 〔算定要件〕</p> <p>(5) 「注2」に規定する緩和ケア病棟緊急入院初期加算は、当該保険医療機関と連携して緩和ケアを提供する別の保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）（以下本項において「連携保険医療機関」という。）から在宅緩和ケアを受ける患者の病状が急変し、症状緩和のために一時的に入院治療を要する場合の緩和ケア病棟への受入れを通じ、在宅での緩和ケアを後方支援することを評価するものである。</p> <p>（中略）</p> <p>また、在宅緩和ケアを受け、緊急に入院を要する可能性のある患者について、緊急時の円滑な受入れのため、病状及び投薬内容のほか、患者及び家族への説明等について、当該連携保険医療機関より予め文書による情報提供を受ける必要がある。<b><u>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。</u></b></p>

・事前の文書による情報提供の要件について、ICTを活用して、受入医療機関で患者の診療情報等が確認できる体制が構築されている場合は、事前の文書による情報提供がない場合も要件を満たす

## 医療資源の少ない地域

医療資源の少ない地域に配慮した  
評価の見直し

「Ⅰ－６－⑥」を参照のこと。

## 医療資源の少ない地域の対象地域

医療資源の少ない地域の対象地域  
の見直し

「Ⅰ－６－⑦」を参照のこと。

# DPC/PDPS (基準の見直し)

DPC/PDPS の見直し

## 改定後

### (1) データ数について

急性期入院医療の標準化という制度の趣旨を踏まえ、適切な包括評価を行う観点から、「調査期間 1 月当たりのデータ数が90以上」であることをDPC対象病院の基準として位置づける。

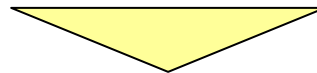
### (2) 適切なDPCデータの作成について

適切な提出データに基づく安定的な制度運用を行う観点から、機能評価係数Ⅱにおける保険診療係数において評価を行ってきた適切なDPCデータの作成に係る基準について、DPC対象病院の基準として位置づけを見直す。

### (3) DPC制度への参加等の手続きについて

データ数及び適切なDPCデータの作成に係る基準の運用については、令和8年度診療報酬改定時よりDPC制度への参加及びDPC制度からの退出に係る判定基準として用いることとする。

- ・現行のデータ数基準「データ/病床比が1月当たり0.875」から「1月当たりのデータ数が90以上」に変更
- ・「1月当たりのデータ数が90以上」は退出の判定基準にも用いられる



# DPC/PDPS (基礎係数)

DPC/PDPS の見直し

## 改定後

・データ数基準を満たさない病院は基礎係数を別に設定される

### (1) 基礎係数 (医療機関群の設定等)

医療機関群の設定について、従前の考え方を維持し、3つの医療機関群 (大学病院本院群、DPC特定病院群、DPC標準病院群) を設定する。**ただし、データ数に係る基準を満たさない医療機関については、基礎係数の評価を区別する。**

※データ数の算出にあたっては、新型コロナウイルス感染症に係る臨時的な取扱いを講ずる。

#### ① 設定要件

DPC特定病院群は、実績要件1から4までの全て (実績要件3については、6つのうち5つ) について、各要件の基準値を満たした医療機関とする。各要件の基準値は、大学病院本院群の最低値 (外れ値を除く。) とする。また、各医療機関の実績値は、令和4年10月から令和5年9月までの診療内容及び診断群分類に基づき算出する。

・実績要件1・2に変更なし

#### 【実績要件1】: 診療密度

1日当たり包括範囲出来高平均点数 (全病院患者構成、後発医薬品により補正)

- ・当該医療機関において症例数が一定以上 (1症例/月: 極端な個別事例を除外するため) の診断群分類に該当する患者について、当該医療機関が全DPC対象病院の平均的な患者構成と同様の患者群に対して診療を行ったと仮定した場合の1日当たり包括範囲出来高実績点数を算出する。
- ・当該医療機関における入院医療で用いられる医薬品のうち、「各先発医薬品の後発医薬品の有無に関する情報」(令和5年8月30日~令和5年9月30日) に掲載された「2: 後発医薬品がある先発医薬品」に該当する医薬品に対して薬価基準収載医薬品コード9桁 (成分、剤形によって分類された同一分類内の規格単位まで) が一致する「3: 後発医薬品」の薬価最低値に置き換えた場合の1日当たりの包括範囲出来高実績点数を算出する。

#### 【実績要件2】: 医師研修の実施

届出病床1床当たりの臨床研修医師の採用数 (基幹型臨床研修病院の免許取得後2年目まで)

- ・各医療機関が厚生労働省に報告している臨床研修医の採用数と、医療法上の許可病床総数により算出する。
- ・特定機能病院については、当該実績要件を満たしたものとして取り扱う。

# DPC/PDPS (基礎係数)

DPC/PDPS の見直し

## 改定後

### 【実績要件3】：医療技術の実施

#### ・外科系（外保連試案9.4版）

(3a)：手術実施症例 1 件当たりの外保連手術指数（外科医師数及び手術時間補正後）

(3b)：DPC算定病床当たりの同指数（外科医師数及び手術時間補正後）

(3c)：手術実施症例件数

・外保連試案の版数変更のみ

#### ・内科系（特定内科診療（2014年度版）（別表1））

(3A)：症例割合

(3B)：DPC算定病床当たりの症例件数

(3C)：対象症例件数

「(3a)：手術実施症例 1 件当たりの外保連手術指数（外科医師数及び手術時間補正後）」は、当該医療機関におけるDPC算定病床の全患者総計の外保連手術指数（※）を「(3c)：手術実施症例件数」で除して算出する。

「(3b)：DPC算定病床当たりの同指数（外科医師数及び手術時間補正後）」は、当該医療機関におけるDPC算定病床の全患者総計の外保連手術指数をDPC算定病床数で除して算出する。

「(3c)：手術実施症例件数」は、外保連試案（第9.4版）において技術度が設定されている手術が実施された症例を対象とする。ただし、点数設定から同等の技術と考えられるものについても対象とする。

「(3A)：症例割合」は、特定内科診療の対象症例数をDPC算定病床の全患者総計で除して算出する。

「(3B)：DPC算定病床当たりの症例件数」は、特定内科診療の対象症例数をDPC算定病床数で除して算出する。

「(3C)：対象症例件数」は、特定内科診療の対象DPCコードと条件に一致する症例を対象とする。

#### (※) 外保連手術指数の算出方法

外保連手術指数の集計においては、様式1に記載された手術のうち、複数の記載がある場合については、最も外保連手術指数が高い手術の指数に基づき評価する。外保連手術指数は、外保連試案（第9.4版）に記載されている、外科医師数を含めた時間当たりの人件費の相対値（下表参照。技術度B、外科医師数1人を1としてそれぞれ相対化。）に手術時間数を加味して各手術に重み付けし、集計対象手術それぞれについて合算し算出する。

# DPC/PDPS (基礎係数)

DPC/PDPS の見直し

改定後

**【例】 技術度 D、外科医師数 3、手術時間数 3 の手術は  $6.99 \times 3 = 20.97$**

外科医師数	7	6	5	4	3	2	1
E	13.37	13.10	12.83	12.55	11.55	9.27	5.56
D	8.09	7.81	7.54	7.27	6.99	5.99	3.71
C			4.11	3.83	3.56	3.29	2.29
B				1.82	1.55	1.27	1.00

技術度、外科医師数、手術時間数はいずれも外保連試案の規定を採用。

- ・ 外保連試案と結びつけられなかったKコード（医科点数表の手術コード）の手術については、医科点数表の点数設定を参考に、類似する手術が存在する場合には同じ技術度を付与する。それ以外のものについては集計の対象外とする。
- ・ 1つのKコードに複数の外保連試案コードが対応する場合は、外科医師数を最も重視する形で外保連手術指数を算出する。具体的には、次の順で対応する手術を1つに絞り、対応関係を作成する。
  1. 外科医師数
  2. 技術度
  3. 手術時間数
- ・ 内視鏡試案における評価は、「手技技術度」、「協力医師数 + 1」、「施行時間」。

# DPC/PDPS (基礎係数)

DPC/PDPS の見直し

No.	疾患名	対象DPCコードと条件	ポイント
1	重症脳卒中 (JCS30以上)	010040x199x\$xx (入院時JCS30以上) (DPC外含) 010060x199\$\$\$\$ (入院時JCS30以上) 010060x399\$\$\$\$ (入院時JCS30以上)	出血と梗塞 JCS30以上
2	髄膜炎・脳炎	010080xx99x\$x\$x (入院時JCS100以上、もしくは処置2ありのうちJ045\$人工呼吸あり)	処置2 (人工呼吸)
3	重症筋無力症クレーゼ	010130xx99x\$xx (処置2あり/なし) (ICD G700のみ) (DPC外含)	診断名 (ICD10) で判断
4	てんかん重積状態	010230xx99x\$\$\$ (処置2・副傷病あり/なし) (ICD G41\$のみ)	診断名 (ICD10) で判断
5	気管支喘息重症発作	040100xxxxx\$xx (処置2あり) (J045\$人工呼吸) (ICDJ46、J45\$のみ)	処置2 (人工呼吸)
6	間質性肺炎	040120xx99\$1xx (処置2あり) (J045\$人工呼吸) (DPC外含)	処置2 (人工呼吸)
7	COPD急性増悪	040250xx99x1xx (処置2あり) (PGI2ありの場合、J045\$人工呼吸があれば可)	処置2 (人工呼吸)
8	急性呼吸窮<促>迫症候群、ARDS	050030xx975\$\$\$ (処置1 5あり) (ICD I21\$のみ)	処置2 (人工呼吸)
9	急性心筋梗塞	050030xx975\$\$\$ (処置1 5あり) (ICD I21\$のみ)	Kコードあり
10	急性心不全	050130xx99\$\$\$xx (処置2あり E101SPECT・E100\$シンチグラム・G005中心静脈注射のみ除く) 050130xx975\$xx (処置1 5あり)	処置2 (人工呼吸)
11	解離性大動脈瘤	050161xx99\$\$\$xx (処置2あり G005中心静脈注射のみ除く) (DPC外含)	処置2 (人工呼吸・緊急透析)
12	肺塞栓症	050190xx975xxx (処置1 5あり) (ICD I822を除く) 050190xx99x\$xx (処置2あり G005中心静脈注射のみ除く) (ICD I822を除く)	処置2 (人工呼吸・緊急透析) Kコードあり
13	劇症肝炎	060270xx\$\$\$xx (手術あり/なし) (処置2あり G005中心静脈注射のみ除く) (ICD絞りなし)	処置2 (人工呼吸、PMX等)
14	重症急性膵炎	060350xx\$\$\$1x\$ (手術あり/なし) (処置2あり G005中心静脈注射のみ除く) (ICD K85\$のみ) (DPC外含)	処置2 (人工呼吸、CHDF等)
15	糖尿病性ケトアシドーシス	00040 (DPC 6 桁全て)	診断名あれば全て

・変更なし



# DPC/PDPS (基礎係数)

DPC/PDPS の見直し

No.	疾患名	対象DPCコードと条件	ポイント
16	甲状腺クリーゼ	100140xx99x\$\$\$x (処置 2 あり/なし) (ICD E055のみ)	診断名と手術なし
17	副腎クリーゼ	100202xxxxxx\$x (ICD E272のみ)	診断名あれば全て
18	難治性ネフローゼ症候群	110260xx99x\$xx (処置 2 あり/なし) (D412経皮的針生検又はD412-2経皮的腎生検法のいずれか一方が必須)	診断名、腎生検
19	急速進行性糸球体腎炎	110270xx99x\$xx (処置 2 あり/なし) (D412経皮的針生検又はD412-2経皮的腎生検法のいずれか一方が必須) (DPC外含)	診断名、腎生検
20	急性白血病	130010xx99x\$xx (化学療法あり) (ICD C910、C920、C950のみ) 130010xx97x\$xx (化学療法あり) (ICD C910、C920、C950のみ)	化学療法、実症例数
21	悪性リンパ腫	130020xx\$\$\$xx (化学療法あり) (ICD絞りなし) (DPC外含) 130030xx99x\$xx (化学療法あり) (ICD絞りなし) 130030xx97x\$\$\$x (化学療法あり) (ICD絞りなし) (DPC外含)	化学療法、実症例数
22	再生不良性貧血	130080 (DPC 6 桁全て) (ICD絞りなし)	実症例数
23	頸椎頸髄損傷	160870 (DPC 6 桁全て) (リハビリ実施必須) (ICD絞りなし)	リハビリ
24	薬物中毒	161070xxxxx\$xx (処置 2 あり G005中心静脈注射のみ除く) (ICD絞りなし) (DPC外含)	処置 2 (人工呼吸器、PMX等)
25	敗血症性ショック	180010x\$xxx3xx (処置 2 3 あり) (ICD絞りなし) (DPC外含)	処置 2 3 (PMX、CHDF)

## 改定後

### 【実績要件 4】：補正複雑性指数 (DPC補正後)

全DPC対象病院データの平均在院日数より長い平均在院日数を持つDPCで、かつ、1日当たり包括範囲出来高実績点数が平均値より高いDPCについて算出した複雑性指数

・変更なし

# DPC/PDPS (基礎係数)

DPC/PDPS の見直し

## 改定後

### ② 基準値

各要件の基準値は、大学病院本院群の実績値を踏まえて以下のとおりとする。

実績要件		令和6年度基準値
【実績要件1】：診療密度 1日当たり包括範囲出来高平均点数 (全病院患者構成、後発医薬品補正)		外れ値を除外し最低値を設定 (具体的な数値は最終データの確定により設定)
【実績要件2】：許可病床1床当たりの臨床研修医師数 (基幹型臨床研修病院における免許取得後2年目まで)		
【実績要件3】：医療技術の実施(6つのうち5つを満たす)		
外保連試算	(3a)：手術実施症例1件当たりの外保連手術指数	外れ値を除外し最低値を設定 (具体的な数値は最終データの確定により設定)
	(3b)：DPC算定病床当たりの同指数	
	(3c)：手術実施症例件数	
特定内科診療	(3A)：症例割合	
	(3B)：DPC算定病床当たりの症例件数	
	(3C)：対象症例件数	
【実績要件4】：補正複雑性指数(DPC補正後)		・変更なし

# DPC/PDPS (機能評価係数等)

DPC/PDPS の見直し

## 改定後

### (2) 機能評価係数Ⅰ

従前の評価方法を維持し、改定に伴う必要な見直しを行う。

### (3) 機能評価係数Ⅱ

**保険診療係数による評価は廃止し、一部の評価項目について体制評価指数での評価に移行**する。救急医療係数については医療機関別係数における位置づけを見直す。既存の4つの評価項目（地域医療、効率性、複雑性、カバー率）について、項目間での重み付けは等分とした上で、評価項目の再編を踏まえ、**地域医療係数において体制評価指数を重点評価**するよう見直す。

効率性係数について、医療機関群ごとの評価とするとともに、評価手法について必要な見直しを行う。地域医療指数における体制評価指数については、実績分布等を踏まえ、大学病院本院群及びDPC特定病院群における実績評価手法を見直すとともに、**「感染症」の項目において、医療計画における取組等を踏まえ、評価内容を見直す。**また、**新たな評価項目として、「臓器提供の実施」、「医療の質向上に向けた取組」及び「医師少数地域への医師派遣機能」（大学病院本院群に限る。）を追加**する。（別表2）

### (4) 救急補正係数

これまで機能評価係数Ⅱにおける評価項目であった救急医療係数について、評価の趣旨を踏まえ、医療機関別係数における評価項目としての位置づけを見直すとともに、名称を「救急補正係数」へ見直す。評価手法については、従前の考え方を維持し、機能評価係数Ⅱの各評価項目と重み付けは等分とする。

### (5) 激変緩和係数

従前の評価方法を維持し、診療報酬改定のある年度について、診療報酬改定等に伴う個別医療機関別係数の変動に関して、推計診療報酬変動率（出来高部分も含む。）がプラスマイナス2%を超えて変動しないよう、激変緩和係数を設定する（診療報酬改定のない年度の当該係数は0。）。

新たにDPC/PDPSに参加する医療機関のうち、診療報酬改定前の実績と比べて推計診療報酬変動率（出来高部分も含む。）が2%を超えて低く変動する医療機関については、当該医療機関の出来高実績点数に代えて、当該医療機関が所属する医療機関群の平均的な医療機関別係数の値を用いて推計診療報酬変動率を算出（補正診療報酬変動率）し、補正診療報酬変動率がマイナス2%を超えて低く変動する場合のみ、補正診療報酬変動率がマイナス2%となるように措置を行う。

# DPC/PDPS (診断群分類等)

DPC/PDPS の見直し

## 改定後

### 4. 診断群分類の見直し

・点数表の設定に用いるデータからデータ数が少ない医療機関のデータを除外

#### (1) 診断群分類点数表の見直し

医療資源の同等性、臨床的類似性等の観点から、診断群分類及び診断群分類ごとの評価を見直す。点数設定にあたっては、**データ数に係る基準を満たさない医療機関のデータを除外**して算出する。

#### (2) 点数設定方式Bで設定する診断群分類の見直し入院初期の医療資源投入量の多い診断群分類が増加している実態を踏まえ、「**入院期間 I での 1 日当たり包括範囲点数 / 1 入院期間での 1 日当たり包括範囲点数**」が**1.17 を超える分類**について、**点数設定方式Bにより設定**する。

#### (3) 点数設定方式Eの新設

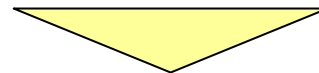
より早期の退院への評価を充実化する観点から、入院期間 I で入院基本料を除く 1 入院当たり包括範囲点数を支払う点数設定方式Eを新設し、一定程度標準化が進んでいると考えられる診断群分類の一部に適用する。

### 5. 退院患者調査の見直し

データに基づく適切な入院医療の評価を行う観点から、調査項目を見直す。また、診断群分類の設定に必要と考えられる項目の追加や不要と考えられる項目の削除等、必要な見直しを行う。

### 6. その他

血友病等に使用する血液凝固因子製剤については、他疾患を主病とする場合の包括点数で十分な評価を得ることが困難であることから、包括対象外となっている。現在、いわゆる「高額薬剤告示」において、「抗TFPI モノクローナル抗体（コンシズマブ（遺伝子組換え）」）を入院患者に対して使用する場合、当該患者は出来高により算定することとしているが、当該薬剤は血液凝固因子製剤と同様に血友病患者における出血傾向の抑制を目的とした効能・効果を有することから、当該薬剤については、包括対象外として取り扱うこととする。



# DPC/PDPS (機能評価係数Ⅱ)

DPC/PDPS の見直し

別表2 機能評価係数Ⅱの評価方法

<機能評価係数Ⅱの具体的な評価内容(令和6年度)> **太字下線部**が見直し内容

<項目>	評価の考え方	評価指標 (指数)
<b>保険診療指数 (廃止)</b>	<b>提出するデータの質 や医療の透明化、保 険診療の質的向上 等、医療の質的な向 上を目指す取組を評 価原則として1点、 右記の基準に該当し た場合はそれぞれ加 算又は減算</b>	<p style="text-align: right;">・廃止し、一部の内容を地域医療指数の体制評価指数に移行</p> <p><b>適切なDPCデータの作成</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が10%以上の場合、0.05点減算する。</li> <li>・DPCデータの様式間の記載矛盾のあるデータの件数が全体の1%以上の場合、0.05点減算する。</li> </ul> <p><b>様式1の親様式・子様式間(データ属性等(郵便番号、性別、生年月日等)、様式1とEFファイル間(入院日数入院料の算定回数の矛盾)、様式4とEFファイル(医科保険情報と先進医療等情報の矛盾)、DファイルとEFファイル(記入されている入院料等の矛盾)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・未コード化傷病名である傷病名の割合が2%以上の場合、0.05点減算する。(様式1で評価)</li> <li>・病院情報の公表：自院のホームページで公表した場合に0.05点加算する。</li> <li>・(保険診療への取組：令和6年度からの評価を検討)</li> </ul>
<b>地域医療指数</b>	体制評価指数と定量評価指数で(評価シエアは、1:17:5)構成  ・体制を重点的に評価	体制評価指数： <b>5疾病5事業等における急性期入院医療5疾病6事業等を含む医療提供体制における役割や実績</b> を評価(別頁に詳細を記載) 定量評価指数： [当該医療機関の所属地域における担当患者数] / [当該医療機関の所属地域における発生患者数]を1)小児(15歳未満)と2)それ以外(15歳以上)に分けてそれぞれ評価(1:1)。 DPC標準病院群は2次医療圏、大学病院本院群及びDPC特定病院群は3次医療圏のDPC対象病院に入院した患者を対象とする。

評価対象：令和4年10月1日～令和5年9月30日データ

**※ 診療実績に基づく指数については、新型コロナウイルス感染症に係る臨時的な取扱いを講ずる。**

# DPC/PDPS (機能評価係数II)

DPC/PDPS の見直し

<項目>	評価の考え方	評価指標 (指数)
効率性指数	各医療機関における在院日数短縮の努力を評価  ・算出方法の見直し	$\frac{\text{〔全DPC/PDPS対象病院の平均在院日数〕}}{\text{〔当該医療機関の患者構成が、全DPC/PDPS対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数〕}}$ $\frac{\text{〔全DPC/PDPS対象病院の患者構成が、当該医療機関と同じと仮定した場合の平均在院日数〕}}{\text{〔当該医療機関の平均在院日数〕}}$ ※ 当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。
複雑性指数	1入院当たり医療資源投入の観点から見た患者構成への評価	$\frac{\text{〔当該医療機関の包括範囲出来高点数（1入院当たり）を、包括対象の診断群分類ごとに全病院の平均包括範囲出来高点数に置き換えた点数〕}}{\text{〔全病院の平均1入院当たり包括点数〕}}$ ※ 当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。
カバー率指数	様々な疾患に対応できる総合的な体制について評価	$\frac{\text{〔当該医療機関で一定症例数以上算定しているDPC数〕}}{\text{〔全DPC数〕}}$ ※ 当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※ 全て（包括評価の対象・対象外の両方を含む）の支払分類を計算対象とする。
救急医療指数 (位置づけの見直し) ※救急補正係数として評価  ・機能評価係数IIでなく補正係数として独立	救急医療入院の対象となる患者治療に要する資源投入量の乖離を評価	$\frac{\text{1症例当たり〔以下の患者について、入院後2日間までの包括範囲出来高点数（出来高診療実績）と診断群分類点数表の設定点数との差額の総和〕}}{\text{2}}$ ※救急医療管理加算2相当の指数値は1/2 【「A205救急医療管理加算」の施設基準を取得している施設】 「救急医療入院」かつ以下のいずれかを入院初日から算定している患者 「A205救急医療管理加算」、「A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料」、「A300救命救急入院料」、「A301-4小児特定集中治療室管理料」、「A301特定集中治療室管理料」、「A302新生児特定集中治療室管理料」、「A301-2ハイケアユニット入院医療管理料」「A303総合周産期特定集中治療室管理料」 【「A205救急医療管理加算」の施設基準を取得していない施設】 「救急医療入院」の患者

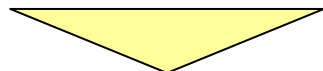
# DPC/ PDPS (機能評価係数II)

DPC/ PDPS の見直し

＜地域医療指数・体制評価指数の具体的な評価内容(令和6年度)＞ **太字下線部**が見直し内容

評価項目	概要	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
がん	がんの地域連携体制への評価 (0.5P)	退院患者の〔「B005-6 がん治療連携計画策定料」を算定した患者数〕 / 〔医療資源病名が悪性腫瘍に関連する病名である患者数〕		
	医療機関群ごとにがん診療連携拠点病院等の体制への評価 (0.5P)	「がん診療連携拠点病院の指定」、「小児がん拠点病院の指定」、「地域がん診療病院」、「特定領域がん診療連携拠点病院」(いずれかで 0.5P)	「都道府県がん診療連携拠点の指定」又は「小児がん拠点病院の指定」(0.5P)	「地域がん診療連携拠点病院の指定」(0.25P)
脳卒中	脳卒中の急性期の診療実績への評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ t-PA 療法の実施を評価 (0.25P)</li> <li>・ A205-2 超急性期脳卒中加算の算定実績又は血管内治療の実施実績を評価 (0.5P)</li> <li>・ A205-2 超急性期脳卒中加算の算定実績及び血管内治療の実施実績を評価 (1P)</li> </ul> (血管内治療の実施：入院2日目までに K178-31, K178-32, K178-4 のいずれかが算定されている症例の診療実績) ※ いずれかの最大値で評価。		

・変更なし



# DPC/ PDPS (機能評価係数II)

DPC/ PDPS の見直し

評価項目	概要	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
心筋梗塞等の 心血管疾患	緊急時の心筋梗塞 のPCIや外科治療の 実績 (0.5P)	医療資源を最も投入した傷病名が「急性心筋梗塞」であり、予定外の入院であって手術に係る時間外対応加算 (特例を含む)・休日加算・深夜加算が算定され、入院2日目までに経皮的冠動脈形成術等 (K546、K547、K548、K549、K550、K550-2、K551、K552、K552-2) のいずれかが算定されている症例の診療実績により評価		
	急性大動脈解離の 手術実績 (0.5P)	入院中にK5601、K5602、K5603、K5604、K5605、K560-21、K560-22、K560-23、K5612 のいずれかが算定されている症例の診療実績により評価		
精神疾患	精神科入院医療への 評価	A230-3精神科身体合併症管理加算の算定実績 (0.5P) A311-3精神科救急・合併症入院料の1件以上の算定実績 (1P)		
災害	災害時における医療への 体制を評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>・災害拠点病院の指定 (0.5P)</li> <li>・DMATの指定 (0.25P)</li> <li>・EMISへの参加 (0.25P)</li> <li>・BCPの策定 (災害拠点病院に指定されている場合を除く) (0.25P)</li> </ul>		
周産期	周産期医療への体制を 評価	「総合周産期母子医療センターの指定」、「地域周産期母子医療センターの指定」を評価 (いずれかで1P)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「総合周産期母子医療センターの指定」を重点的に評価 (1P)</li> <li>・「地域周産期母子医療センターの指定」は0.5P</li> </ul>	
へき地	へき地の医療への体制を 評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「へき地医療拠点病院の指定かつ巡回診療、医師派遣、代診医派遣を合算で年12回以上実施していること」又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていることを評価 (いずれかで1P)</li> <li>・「へき地医療拠点病院の指定 (巡回診療、医師派遣、代診医派遣を合算で年12回以上実施している場合を除く)」を評価 (0.5P)</li> </ul>		

・変更なし



# DPC/PDPS (機能評価係数II)

DPC/PDPS の見直し

評価項目	概要	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
救急	医療計画上の体制及び救急医療の実績を評価	二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設又は救命救急センターを評価 (0.1P)	<ul style="list-style-type: none"> <li>救命救急センター (0.5P)</li> <li>二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設 (0.1P)</li> </ul>	
		上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数 (最大0.9P)	上記体制を前提とし、救急車で来院し、入院となった患者数 (救急医療入院に限る) (最大0.5P)	
感染症	新興感染症等に係る医療への体制を評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ <u>新型インフルエンザ患者入院医療機関に該当 (0.25P) (令和6年度で終了)</u></li> <li>・ <u>新型コロナウイルス感染症に係る病床確保を行っていること (0.25P) (令和6年度で終了)</u></li> <li>※ <u>上記のいずれも満たした場合0.75P (令和6年度で終了)</u></li> <li>・ <u>GMISへの参加 (日次調査への年間の参加割合を線形で評価) (最大0.25P) (令和6年度で終了)</u></li> <li>・ <u>第一種協定指定医療機関に該当 (0.5P) (令和7年度以降の評価)</u></li> <li>・ <u>流行初期医療確保措置の対象となる協定の締結 (入院に係るものに限る) (0.5P) (令和7年度以降の評価)</u></li> </ul>		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">                 ・従来の評価は2024年度で終了し2024年度からは感染症法に基づく協定締結医療機関であることを評価             </div>				
治験等の実施	治験や臨床研究等の実績を評価	右記のいずれか1項目を満たした場合1P	治験等の実施 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 過去3カ年において、主導的に実施した医師主導治験が8件以上、又は主導的に実施した医師主導治験が4件以上かつ主導的に実施した臨床研究実績が40件以上 (1P)</li> <li>・ 20例以上の治験 (※) の実施、10例以上の先進医療の実施又は10例以上の患者申出療養の実施 (0.5P)</li> </ul> (※) 協力施設としての治験の実施を含む。	
			<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">                 ・「その他」から独立 (内容は変更なし)             </div>	

# DPC/ PDPS (機能評価係数Ⅱ)

DPC/ PDPS の見直し

評価項目	概要	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
臓器提供の実施  ・新設	法的脳死判定後の臓器提供に係る実績を評価	・ 過去3カ年において、法的脳死判定後の臓器提供の実績が1件以上 (1P)	・ 過去3カ年において、法的脳死判定後の臓器提供の実績が2件以上 (1P) ・ 過去3カ年において、法的脳死判定後の臓器提供の実績が1件以上 (0.5P)	
医療の質向上に向けた取組	医療の質に係るデータの提出や病院情報等の公開を評価	・ 医療の質指標に係るDPCデータの提出 (0.5P) (令和7年度以降の評価) ・ 病院情報の自院のホームページでの公表 (0.25P) (※) ・ 医療の質指標の自院のホームページでの公表 (0.25P) (令和7年度以降の評価) (※) 令和6年度は1Pとして評価		・ 保険診療指数から移行
医師少数地域への医師派遣機能  ・新設	医師派遣による地域医療体制維持への貢献を評価	(評価は行わない)	・ 「医師少数区域」へ常勤医師として半年以上派遣している医師数 (当該病院に3年以上在籍しているものに限る。) (1P)	(評価は行わない)

地域医療計画等における一定の役割を 12項目 (大学病院本院群にあっては 13項目) で評価  
 (1項目最大1P、上限は大学病院本院群：11P、DPC特定病院群：10P、DPC標準病院群：8P)

・項目数変更に伴うポイントの上限値変更

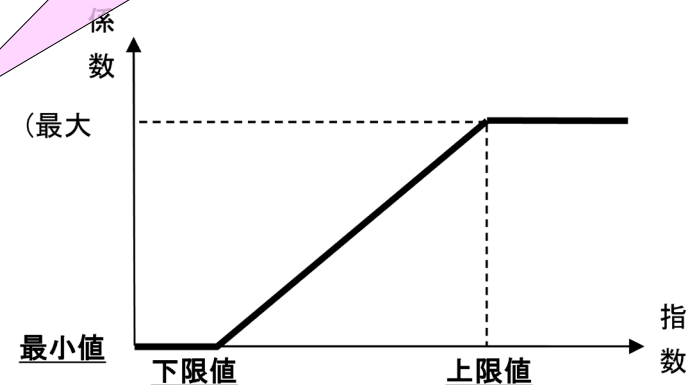
# DPC/PDPS (機能評価係数II)

DPC/PDPS の見直し

＜評価定義域の下限値・上限値及び評価値域の最小値＞

具体的な設定	指数		係数	評価の考え方
	上限値	下限値	最小値	
<b>保険診療</b>	<u>(固定の係数値のため設定なし。)</u>			<b>群ごとに評価</b>
効率性	97.5%tile 値	2.5%tile 値(※1)	0	<b>全群共通で群ごとに評価</b>
複雑性	97.5%tile 値	2.5%tile 値	0	群ごとに評価
カバー率	1.0	0	0	群ごとに評価
地域医療 (定量)	1.0	0	0	群ごとに評価
(体制)	1.0	0	0	
<b>救急医療救急補正</b>	97.5%tile 値	0 (※2)	0	全群共通で評価

・効率性は全軍共通評価から群ごとの評価に変更



## 改定後

(※1) 在院日数短縮の評価という趣旨から全群共通の下限値を設定 (※2) 報酬差額の評価という趣旨から設定  
 <地域医療指数・体制評価指数のうち実績評価を加味する項目>

- **がん地域連携体制への評価、緊急時の心筋梗塞のPCIや外科治療の実績、精神科身体合併症管理加算の算定実績、救急車来院による入院患者数、GMISへの参加、「医師少数区域」への派遣医師数**
  - ・ 特に規定する場合を除き、下限値は0ポイント(指数)、実績を有するデータ(評価指標が0でないデータ)の25%tile 値(大学病院本院群及びDPC特定病院群にあっては50%tile 値)を各項目の上限値とする。
- **脳卒中、急性大動脈解離に対する手術実績**
  - ・ 実績を有するデータ(評価指標が0でないデータ)の25%tile 値(大学病院本院群及びDPC特定病院群にあっては50%tile 値)を満たす場合は、各項目の上限値又は条件を満たすとする。25%tile 値(大学病院本院群及びDPC特定病院群にあっては50%tile 値)に満たない場合は、0ポイント(指数)又は条件を満たさないとする。

# 血友病治療薬に係る薬剤料

血友病患者の治療の評価の見直し

改定前	改定後
<p>[施設基準] 別表第五の一の二 特定入院基本料、療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料の注6及び注12の点数並びに有床診療所療養病床入院基本料に含まれない除外薬剤・注射薬並びに特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、認知症治療病棟入院料及び特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の除外薬剤・注射薬 (中略) <u>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</u></p>	<p>[施設基準] 別表第五の一の二 特定入院基本料、療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料の注6及び注12の点数並びに有床診療所療養病床入院基本料に含まれない除外薬剤・注射薬並びに特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、認知症治療病棟入院料及び特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の除外薬剤・注射薬 (中略) <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></p>
<p>第十六 介護老人保健施設入所者について算定できない検査等 一～二 (略) 三 介護老人保健施設入所者について算定できる注射及び注射薬等の費用 (中略) <u>血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂(う)回活性複合体の費用</u></p>	<p>※ <u>表五の一の三、別表五の一の四、別表五の一の五についても同様。</u></p> <p>第十六 介護老人保健施設入所者について算定できない検査等 一～二 (略) 三 介護老人保健施設入所者について算定できる注射及び注射薬等の費用 (中略) <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></p>

・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し

# 生活習慣病管理料 (I)

生活習慣病に係る医学管理料の見直し

改定前	改定後
<p>【生活習慣病管理料】 [算定要件] B 0 0 1 - 3 生活習慣病管理料</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 脂質異常症を主病とする場合 <u>570点</u></li> <li>2 高血圧症を主病とする場合 <u>620点</u></li> <li>3 糖尿病を主病とする場合 <u>720点</u></li> </ol> <p>注1 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C 1 0 1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。</p> <p>2 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った第2章第1部医学管理等（区分番号B 0 0 1の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B 0 0 1の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号B 0 0 1の24に掲げる外来緩和ケア管理料及び区分番号B 0 0 1の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料を除く。）、第3部検査、第6部注射及び第13部病理診断の費用は、<u>生活習慣病管理料</u>に含まれるものとする。</p>	<p>【生活習慣病管理料(I)】 [算定要件] B 0 0 1 - 3 生活習慣病管理料(I)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 脂質異常症を主病とする場合 <b>610点</b></li> <li>2 高血圧症を主病とする場合 <b>660点</b></li> <li>3 糖尿病を主病とする場合 <b>760点</b></li> </ol> <p>注1 <b>別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす</b>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C 1 0 1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。</p> <p>2 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った<b>区分番号A 0 0 1の注8に掲げる医学管理</b>、第2章第1部医学管理等（区分番号B 0 0 1の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B 0 0 1の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号B 0 0 1の24に掲げる外来緩和ケア管理料、<b>区分番号B 0 0 1の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料及び区分番号B 0 0 1の37に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料</b>を除く。）、第3部検査、第6部注射及び第13部病理診断の費用は、<b>生活習慣病管理料(I)</b>に含まれるものとする。</p>

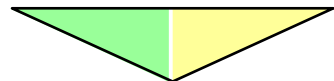
・従来の生活習慣病管理料の要件を見直し名称を生活習慣病管理料 (I) に変更

# 生活習慣病管理料 (I)

生活習慣病に係る医学管理料の見直し

改定前	改定後
<p>3・4 (略)</p> <p>(1) <u>生活習慣病管理料</u>は、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者の治療においては生活習慣に関する総合的な治療管理が重要であることから設定されたものであり、治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、飲酒及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、許可病床数が200床未満の病院及び診療所である保険医療機関において算定する。この場合において、当該治療計画に基づく総合的な治療管理は、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して<u>実施しても差し支えない</u>。なお、区分番号「A 0 0 0」初診料を算定した日の属する月においては、本管理料は算定しない。</p>	<p>3・4 (略)</p> <p>(1) <b>生活習慣病管理料(I)</b>は、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者の治療においては生活習慣に関する総合的な治療管理が重要であることから設定されたものであり、治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、飲酒及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、許可病床数が200床未満の病院及び診療所である保険医療機関において算定する。この場合において、当該治療計画に基づく総合的な治療管理は、<b>歯科医師</b>、薬剤師、看護師、管理栄養士等の多職種と連携して<b>実施することが望ましい</b>。なお、区分番号「A 0 0 0」初診料を算定した日の属する月においては、本管理料は算定しない。</p>

・多職種連携による治療管理を「差し支えない」から「望ましい」に変更



# 生活習慣病管理料 (I)

生活習慣病に係る医学管理料の見直し

改定前	改定後
<p>(2) <u>生活習慣病管理料</u>は、服薬、運動、休養、栄養、喫煙及び飲酒等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、患者に対して療養計画書（療養計画書の様式は、別紙様式9又はこれに準じた様式とする。）により丁寧に説明を行い、患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受けた場合に算定できるものである。また、交付した療養計画書の写しは診療録に添付しておくものとする。なお、療養計画書は、当該患者の治療管理において必要な項目のみを記載することで差し支えないが、糖尿病の患者については血糖値及びHbA1cの値を、高血圧症の患者については血圧の値を必ず記載すること。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;">                 ・電子カルテ情報共有サービス（2025年から運用開始予定）を活用する場合、血液検査項目についての記載は不要             </div> <p>(3) 当該患者の診療に際して行った第1部医学管理等（「B001」の「20」糖尿病合併症管理料、同「22」がん性疼痛緩和指導管理料、同「24」外来緩和ケア管理料及び同「27」糖尿病透析予防指導管理料を除く。）、第3部検査、第6部注射及び第13部病理診断の費用は全て所定点数に含まれる。</p>	<p>(2) <b><u>生活習慣病管理料(I)</u></b>は、服薬、運動、休養、栄養、喫煙及び飲酒等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、患者に対して療養計画書（療養計画書の様式は、別紙様式9又はこれに準じた様式とする。）により丁寧に説明を行い、患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受けた場合に算定できるものである。また、交付した療養計画書の写しは診療録に添付しておくものとする。なお、療養計画書は、当該患者の治療管理において必要な項目のみを記載することで差し支えないが、糖尿病の患者については血糖値及びHbA1cの値を、高血圧症の患者については血圧の値を必ず記載すること。<b>なお、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。</b></p> <p>(3) <b><u>生活習慣病管理料(I)</u></b>については、当該患者の診療に際して行った<b>「A001」の注8に掲げる医学管理、第2章第1部医学管理等</b>（「B001」の「20」糖尿病合併症管理料、同「22」がん性疼痛緩和指導管理料、同「24」外来緩和ケア管理料、同「27」糖尿病透析予防指導管理料<b>及び同「37」腎臓病透析予防指導管理料</b>を除く。）、第3部検査、第6部注射及び第13部病理診断の費用は全て所定点数に含まれる。</p>

# 生活習慣病管理料 (I)

生活習慣病に係る医学管理料の見直し

改定前	改定後
<p>(4) <u>生活習慣病管理料を算定している患者に対しては、少なくとも1月に1回以上の総合的な治療管理が行われなければならない。</u></p> <p>(5) 生活習慣病管理料を算定する月においては、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、飲酒、特定健診・特定保健指導に係る情報提供及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理に係る療養計画書（療養計画書の様式は、別紙様式9の2又はこれに準じた様式とする。）を交付するものとするが、当該療養計画書の内容に変更がない場合はこの限りでない。ただし、その場合においても4月に1回以上は交付するものとする。なお、交付した当該療養計画書の写しは診療録に添付しておくものとする。</p> <p>(新設)</p> <div data-bbox="176 982 1017 1129" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>・患者の求めに応じて、電子カルテ情報共有サービスにおける患者サマリーに、療養計画書の記載事項を入力した場合、療養計画書の作成及び交付をしているものとみなす</p> </div>	<p>(削除)</p> <div data-bbox="1259 268 1893 329" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>・月1回以上の治療管理要件の廃止</p> </div> <p>(4) 生活習慣病管理料を算定する月においては、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、飲酒、特定健診・特定保健指導に係る情報提供及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理に係る療養計画書（療養計画書の様式は、別紙様式9の2又はこれに準じた様式とする。）を交付するものとするが、当該療養計画書の内容に変更がない場合はこの限りでない。ただし、その場合においても、<b><u>患者又はその家族等から求めがあった場合にも交付するものとする</u></b>とともに、<b><u>概ね4月に1回以上は交付するものとする</u></b>。なお、交付した当該療養計画書の写しは診療録に添付しておくものとする。</p> <p>(5) <b><u>(2)及び(4)について、患者の求めに応じて、電子カルテ情報共有サービスにおける患者サマリーに、療養計画書での記載事項を入力し、診療録にその記録及び患者の同意を得た旨を残している場合は、療養計画書の作成及び交付をしているものとみなすものとする。ただし、この場合においても、(2)のとおり、生活習慣病管理料(I)を算定するにあたっては、服薬、運動、休養、栄養、喫煙及び飲酒等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、丁寧に説明を行い、患者の同意を得ることとする。</u></b></p>

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。



# 生活習慣病管理料 (I)

生活習慣病に係る医学管理料の見直し

改定前	改定後
<p>(6) <u>当該月に生活習慣病管理料を算定した患者の病状の悪化等</u>の場合には、翌月に生活習慣病管理料を算定しないことができる。</p> <p>(7)・(8) (略)</p> <p>(9) 学会等の診療ガイドライン等や診療データベース等の診療支援情報を、<u>必要に応じて、参考にする。</u> (新設)</p> <p style="text-align: right;">・長期処方、リフィル処方箋の推進</p> <p>(10) (略)</p> <p>(11) 糖尿病の患者については、患者の状態に応じて、年1回程度眼科の医師の診察を受けるよう指導を行うこと。</p> <p>(12)～(14) (略)</p>	<p>(削除)</p> <p style="text-align: center;">・ガイドライン等を参考とした治療管理を行うことを要件化</p> <p>(6)・(7) (略)</p> <p>(8) 学会等の診療ガイドライン等や診療データベース等の診療支援情報を参考にする。</p> <p>(9) <u>患者の状態に応じ、28日以上</u>の長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示するとともに、患者から求められた場合に適切に対応すること。</p> <p>(10) (略)</p> <p>(11) 糖尿病の患者については、患者の状態に応じて、年1回程度眼科の医師の診察を受けるよう指導を行うこと。<b>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。</b></p> <p>(12)～(14) (略)</p> <p style="text-align: center;">・糖尿病患者に歯科受診を推奨することを要件化</p>

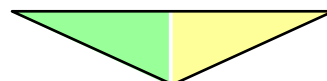
# 生活習慣病管理料 (I)

生活習慣病に係る医学管理料の見直し

改定前	改定後
<p>[施設基準] 四の九 <u>生活習慣病管理料の注4</u>に規定する施設基準 (新設)</p> <p>(1) 外来患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されていること。 (2) データ提出加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。</p> <p>第6の9 生活習慣病管理料 (新設)</p> <p>1~3 (略)</p>	<p>[施設基準] 四の九 <u>生活習慣病管理料 (I)</u> の施設基準 <b>(1) 生活習慣病管理料 (I) の注1に規定する施設基準</b> <b>生活習慣病管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。</b> <b>(2) 生活習慣病管理料 (I) の注4に規定する施設基準</b> イ 外来患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されていること。 □ データ提出加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。</p> <p>第6の9 生活習慣病管理料 <b>1 生活習慣病管理料 (I) の注1に規定する施設基準</b> <b>(1) 患者の状態に応じ、28日以上 of 長期の投薬を行うこと</b> <b>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。</b> <b>(2) 治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましいこと。</b> <b>2~4 (略)</b></p>

・長期処方、リフィル処方箋の推進

・多職種連携による治療管理の推進



# 生活習慣病管理料(Ⅱ)

生活習慣病に係る医学管理料の見直し

改定後

## (新) 生活習慣病管理料(Ⅱ) **333点**

・検査等を包括しない生活習慣病管理料(Ⅱ)の新設

### [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。
- (2) 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った区分番号A001の注8に掲げる医学管理及び第2章第1部第1節医学管理等（区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料、区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料及び区分番号B001の37に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料を除く。）の費用は、生活習慣病管理料(Ⅱ)に含まれるものとする。
- (3) 生活習慣病管理料(Ⅰ)を算定した日の属する月から起算して**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。
- (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) 生活習慣病管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- (2) 患者の状態に応じ、28日以上 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) 治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましいこと。
- (4) 生活習慣病管理料(Ⅱ)を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行う場合に係る厚生労働大臣が定める施設基準情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

# 血糖自己測定指導加算 (生活習慣病管理料(Ⅱ))

生活習慣病に係る医学管理料の見直し

改定後

**(新) 血糖自己測定指導加算 500点**

・加算の新設

[算定要件]

糖尿病を主病とする患者（2型糖尿病の患者であってインスリン製剤を使用していないものに限る。）に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行った場合は、血糖自己測定指導加算として、**年1回**に限り所定点数に**500点**を加算する。

# 外来データ提出加算 (生活習慣病管理料(Ⅱ))

改定後

**(新) 外来データ提出加算 50点**

・加算の新設

[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]

- (1) 外来患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されていること。
- (2) データ提出加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。

# 特定疾患療養管理料

生活習慣病に係る医学管理料の見直し

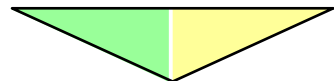
改定前	改定後
<p>【特定疾患療養管理料】 [施設基準] 別表第一 特定疾患療養管理料並びに処方料並びに処方箋料の特定疾患処方管理加算 1 及び特定疾患処方管理加算 2 に規定する疾患</p> <p>結核 悪性新生物 甲状腺障害 処置後甲状腺機能低下症 糖尿病 スフィンゴリピド代謝障害 及びその他の脂質蓄積障害 ムコ脂質症 リポ蛋白代謝障害及びその他の脂（質）血症</p> <p>リポジストロフィー ローノア・ベンソード腺脂肪腫症 高血圧性疾患 虚血性心疾患 （中略） （新設） （新設）</p>	<p>【特定疾患療養管理料】 [施設基準] 別表第一 特定疾患療養管理料並びに処方料並びに処方箋料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

・対象疾患から、糖尿病、脂質異常症、高血圧を除外  
（生活習慣病管理料との整理）

# 特定疾患処方管理加算（処方料）

特定疾患処方管理加算の見直し

改定前	改定後
<p>【処方料】 [算定要件] 注5 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算1として、月2回に限り、1処方につき18点を所定点数に加算する。</p> <p>6 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算2として、月1回に限り、1処方につき66点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一月に特定疾患処方管理加算1は算定できない。</p> <p>7～9 （略）</p>	<p>【処方料】 [算定要件] (削除)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>・リフィル処方箋、長期処方の活用、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、処方日数が28日以内の特定疾患処方管理加算1を廃止</p> </div> <p>5 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上処方を行った場合は、<b>特定疾患処方管理加算</b>として、月<b>1</b>回に限り、1処方につき<b>56点</b>を所定点数に加算する。</p> <p>6～8 （略）</p>

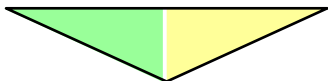


# 特定疾患処方管理加算（処方箋料）

特定疾患処方管理加算の見直し

改定前	改定後
<p>【処方箋料】 [算定要件]</p> <p>4 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方箋を交付した場合は、特定疾患処方管理加算1として、月2回に限り、処方箋の交付1回につき18点を所定点数に加算する。</p> <p>5 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算2として、月1回に限り、1処方につき66点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一月に特定疾患処方管理加算1は算定できない。</p>	<p>【処方箋料】 [算定要件] (削除)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>・リフィル処方箋、長期処方の活用、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、処方日数が28日以内の特定疾患処方管理加算1を廃止</p> </div> <p>4 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上処方（<b>リフィル処方箋の複数回の使用による合計の処方期間が28日以上を含む。</b>）を行った場合は、<b>特定疾患処方管理加算2</b>として、<b>月1回</b>に限り、1処方につき<b>56点</b>を所定点数に加算する。</p>

・リフィル処方箋の合計処方期間が28日以上の場合も算定可





# 特定疾患処方管理加算（処方料、処方箋料）

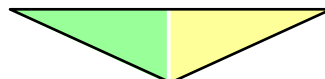
特定疾患処方管理加算の見直し

改定前	改定後
<p>【処方料及び処方箋料】 〔施設基準〕</p> <p>一の二 処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算 1 及び特定疾患処方管理加算 2 に規定する疾患</p> <p>(1) 医科点数表の処方料並びに処方箋料の<u>特定疾患処方管理加算 1 及び特定疾患処方管理加算 2</u>に規定する疾患</p> <p style="padding-left: 20px;">分類表に規定する疾病のうち別表第一に掲げる疾病</p> <p>(2) 歯科点数表の処方料及び処方箋料の<u>特定疾患処方管理加算 1 及び特定疾患処方管理加算 2</u>に規定する疾患</p> <p style="padding-left: 20px;">分類表に規定する疾病のうち別表第四に掲げる疾病</p> <p>別表第一 特定疾患療養管理料並びに処方料並びに処方箋料の特定疾患処方管理加算 1 及び特定疾患処方管理加算 2 に規定する疾患 (中略)</p>	<p>【処方料及び処方箋料】 〔施設基準〕</p> <p>一の二 処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算 1 及び特定疾患処方管理加算 2 に規定する疾患</p> <p>(1) 医科点数表の処方料並びに処方箋料の<b>特定疾患処方管理加算</b>に規定する疾患</p> <p style="padding-left: 20px;">分類表に規定する疾病のうち別表第一に掲げる疾病</p> <p>(2) 歯科点数表の処方料及び処方箋料の<b>特定疾患処方管理加算</b>に規定する疾患</p> <p style="padding-left: 20px;">分類表に規定する疾病のうち別表第四に掲げる疾病</p> <p>別表第一 特定疾患療養管理料並びに処方料並びに処方箋料の特定疾患処方管理加算に規定する疾患 (中略)</p>

# 地域包括診療料、認知症地域包括診療料

地域包括診療料等の見直し

改定前	改定後
<p>【地域包括診療料】</p> <p>1 地域包括診療料 1 1,660点</p> <p>2 地域包括診療料 2 1,600点</p> <p>【認知症地域包括診療料】</p> <p>1 認知症地域包括診療料 1 1,681点</p> <p>2 認知症地域包括診療料 2 1,613点</p>	<div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">点数は変更なし</div> <p>【地域包括診療料】</p> <p>1 地域包括診療料 1 1,660点</p> <p>2 地域包括診療料 2 1,600点</p> <p>【認知症地域包括診療料】</p> <p>1 認知症地域包括診療料 1 1,681点</p> <p>2 認知症地域包括診療料 2 1,613点</p>



本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

# 地域包括診療料

地域包括診療料等の見直し

改定前	改定後
<p>【地域包括診療料】 〔算定要件〕 (新設)</p> <p>・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、治療計画等の記載事項を入力した場合、治療計画を交付しているものとみなす</p> <p>(4)・(5) (略) (新設)</p> <p>・介護支援専門員（ケアマネジャー）、相談支援員との相談に応じることを追加</p> <p>(新設)</p> <p>・リフィル処方への推進</p> <p>(新設)</p> <p>(6)～(8) (略)</p>	<p>【地域包括診療料】 〔算定要件〕</p> <p><b>(4) 患者又はその家族からの求めに応じ、疾患名、治療計画等についての文書を交付し、適切な説明を行うことが望ましい。その際、文書の交付については電子カルテ情報共有システムにおける患者サマリーに入力し、診療録にその記録及び患者の同意を得た旨を残している場合は、文書を交付しているものとみなすものとする。</b></p> <p>(5)・(6) (略)</p> <p><b>(7) 当該保険医療機関に通院する患者について、介護保険法第7条第5項に規定する介護支援専門員及び障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定計画相談支援の事業の人員及び運営に関する基準（平成24年厚生労働省令第28号）第3条第1項に規定する相談支援専門員からの相談に適切に対応するとともに、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示すること。</b></p> <p><b>(8) 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。</b></p> <p><b>(9) (7)及び(8)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。</b></p> <p>(10)～(12) (略)</p>

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

# 地域包括診療料

地域包括診療料等の見直し

改定前	改定後
<p>[施設基準] 四の八 地域包括診療料の施設基準 (1) 地域包括診療料 1 の施設基準 イ・ロ (略) (新設)</p> <p>ハ 地域包括診療加算の届出を行っていないこと。</p> <p>(2) 地域包括診療料 2 の施設基準 (1)のイ及びハを満たすものであること。</p> <p>1 地域包括診療料 1 に関する施設基準 (1)から(8)までの基準を全て満たしていること。 (1) (略) (2) 当該医療機関に、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師 (以下この区分において「担当医」という。) を配置していること。 (3) 健康相談及び予防接種に係る相談を実施している旨を院内掲示していること。</p>	<p>[施設基準] 四の八 地域包括診療料の施設基準 (1) 地域包括診療料 1 の施設基準 イ・ロ (略) <b>ハ 当該保険医療機関において、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。</b> <b>ニ 地域包括診療加算の届出を行っていないこと。</b></p> <p>(2) 地域包括診療料 2 の施設基準 (1)のイ、<b>ハ及びニ</b>を満たすものであること。</p> <p>1 地域包括診療料 1 に関する施設基準 (1)から<b>(10)</b>までの基準を全て満たしていること。 (1) (略) (2) 当該<b>保険</b>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。<b>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。</b> (3) <b>次に掲げる事項を院内掲示していること。</b> <b>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。</b> <b>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。</b> <b>ウ 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。</b></p>
<p>・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に追加</p>	<p>・担当医が認知症に係る適切な研修を修了していることが望ましいことを要件に追加</p>

# 地域包括診療料

地域包括診療料等の見直し

改定前	改定後
<p>(新設)</p> <p>(4)～(5) (略)</p> <p>(6) 介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示し、かつ、要介護認定に係る主治医意見書を作成しているとともに、以下のいずれか一つを満たしていること。 ア～ケ (略) (新設)</p> <p>(7) (略) (新設)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>・担当医のサービス担当者会議への参加実績、担当医の地域ケア会議への参加実績又は医療機関において介護支援専門員と対面若しくはICT等での相談の機会を設けていることを施設基準に追加</p> </div>	<p><b>(4) (3)のア、イ及びウの掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。</b></p> <p><b>(5)～(6) (略)</b></p> <p><b>(7) 介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示し、かつ、要介護認定に係る主治医意見書を作成しているとともに、以下のいずれか一つを満たしていること。 ア～ケ (略)</b></p> <p><b>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。</b></p> <p><b>(8) (略)</b></p> <p><b>(9) 以下のア～ウのいずれかを満たすこと。</b></p> <p><b>ア 担当医が、指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第38号）第13条第9号に規定するサービス担当者会議に参加した実績があること。</b></p> <p><b>イ 担当医が、地域ケア会議に出席した実績があること。</b></p> <p><b>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。</b></p>

# 地域包括診療料

地域包括診療料等の見直し

改定前	改定後
(8) (略) (新設)  2 地域包括診療料 2 に関する施設基準 1 の(1)から(7)までの基準を全て満たしていること。	(10) (略) (11) <u>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。</u>  2 地域包括診療料 2 に関する施設基準 1 の(1)から(9)まで及び(11)の基準を全て満たしていること。  ※ <u>地域包括診療加算、認知症地域包括診療料、認知症地域包括診療加算についても同様。</u>

- [経過措置] (1) 地域包括診療料等の施設基準については、令和6年3月31日において現に届出を行っている保険医療機関については、**同年9月30日**までの間に限り、なお従前の例による。
- (2) **令和7年5月31日**までの間に限り、1の(4)を満たすものとする。

# 地域包括診療加算、認知症地域包括診療加算

地域包括診療料等の見直し

改定前	改定後
<p>【再診料】</p> <p>注12 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）又は認知症のうち2以上の疾患を有する患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、地域包括診療加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</p> <p>イ 地域包括診療加算 1 <u>25点</u>                  □ 地域包括診療加算 2 <u>18点</u></p> <p>13 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）において、認知症の患者（認知症以外に1以上の疾患（疑いのものを除く。）を有するものであって、1処方につき5種類を超える内服薬の投薬を行った場合及び1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬又は睡眠薬を合わせて3種類を超えて投薬を行った場合のいずれにも該当しないものに限る。）に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、認知症地域包括診療加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</p> <p>イ 認知症地域包括診療加算 1 <u>35点</u>                  □ 認知症地域包括診療加算 2 <u>28点</u></p>	<p>【再診料】</p> <p>注12 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）又は認知症のうち2以上の疾患を有する患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、地域包括診療加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</p> <p>イ 地域包括診療加算 1 <b>28点</b>                  □ 地域包括診療加算 2 <b>21点</b></p> <p>13 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）において、認知症の患者（認知症以外に1以上の疾患（疑いのものを除く。）を有するものであって、1処方につき5種類を超える内服薬の投薬を行った場合及び1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬又は睡眠薬を合わせて3種類を超えて投薬を行った場合のいずれにも該当しないものに限る。）に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、認知症地域包括診療加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</p> <p>イ 認知症地域包括診療加算 1 <b>38点</b>                  □ 認知症地域包括診療加算 2 <b>31点</b></p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #FFDAB9; padding: 5px; margin-top: 10px;">                     ・地域包括資料料と同様に見直し                 </div>

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

# 感染対策向上加算

感染対策向上加算の見直し

改定前	改定後
<p>【感染対策向上加算】 〔施設基準〕 二十九の二 感染対策向上加算の施設基準等 (1) 感染対策向上加算 1 の施設基準 イ～ハ (略) ニ 感染防止対策につき、感染対策向上加算 2 又は感染対策向上加算 3 に係る届出を行っている保険医療機関等と連携していること。 (新設)</p> <p>ホ・ハ (略)</p> <p>(2) 感染対策向上加算 2 の施設基準イ～ニ (略) (新設)</p> <p>(3) 感染対策向上加算 3 の施設基準 イ～ニ (略) (新設)</p>	<p>【感染対策向上加算】 〔施設基準〕 二十九の二 感染対策向上加算の施設基準等 (1) 感染対策向上加算 1 の施設基準 イ～ハ (略) ニ 感染防止対策につき、感染対策向上加算 2 又は感染対策向上加算 3 に係る届出を行っている保険医療機関等と連携していること。 <b><u>ホ 介護保険施設等又は指定障害者支援施設等と協力が可能な体制をとっていること。</u></b> ヘ・ト (略)</p> <p>(2) 感染対策向上加算 2 の施設基準イ～ニ (略) <b><u>ホ (1)のホを満たしていること。</u></b></p> <p>(3) 感染対策向上加算 3 の施設基準 イ～ニ (略) <b><u>ホ (1)のホを満たしていること。</u></b></p>

・感染対策における介護保険施設等との連携を推進する観点から追加



# 感染対策向上加算 1

感染対策向上加算の見直し

改定前	改定後
<p>第21 感染対策向上加算</p> <p>1 感染対策向上加算 1 の施設基準</p> <p>(2) 感染防止対策部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。</p> <p>ア～エ (略)</p> <p>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。</p> <p>(中略)</p>	<p>第21 感染対策向上加算</p> <p>1 感染対策向上加算 1 の施設基準</p> <p>(2) 感染防止対策部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。</p> <p>ア～エ (略)</p> <p>アに定める医師又はイに定める看護師のうち 1 名は専従であること。なお、感染制御チームの専従の職員については、抗菌薬適正使用支援チームの業務を行う場合、感染対策向上加算 2、感染対策向上加算 3 又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った他の保険医療機関に対する助言に係る業務を行う場合 <b>及び介護保険施設等又は指定障害者支援施設等（以下この区分において「介護保険施設等」という。）からの求めに応じ、当該介護保険施設等に対する助言に係る業務を行う場合には、感染制御チームの業務について専従とみなすことができる。ただし、介護保険施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として月 10 時間以下であること。また、介護保険施設等は次に掲げるものをいう。</b></p>

・感染制御チームの医師又は看護師の専従要件について、連携する介護保険施設等に対する感染対策に関する助言も含まれることを明確化





# 感染対策向上加算 2・3

感染対策向上加算の見直し

改定前	改定後
<p>2 感染対策向上加算 2 の施設基準</p> <p>(14) <u>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。</u></p> <p>(15)～(17) (略)</p> <p>(新規)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>・第一種協定指定医療機関であることに変更 (経過措置あり)</li> <li>・介護保険施設等から依頼のあった場合に、現地に赴いての感染対策に関する助言を行うことと院内研修を合同で開催することが望ましいことを要件に追加</li> </ul> </div> <p>3 感染対策向上加算 3 の施設基準</p> <p>(14) <u>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。</u></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>・第一種協定指定医療機関又は第二種協定指定医療機関であることに変更 (経過措置あり)</li> <li>・介護保険施設等から依頼のあった場合に、現地に赴いての感染対策に関する助言を行うことと院内研修を合同で開催することが望ましいことを要件に追加</li> </ul> </div>	<p>2 感染対策向上加算 2 の施設基準</p> <p>(14) <u>感染症法第38条第2項の規定に基づき都道府県知事の指定を受けている第一種協定指定医療機関であること。</u></p> <p>(15)～(17) (略)</p> <p><b>(18) <u>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現地指導等、感染対策に関する助言を行うとともに、(7)の院内感染対策に関する研修を介護保険施設等と合同で実施することが望ましい。</u></b></p> <p>3 感染対策向上加算 3 の施設基準</p> <p>(14) <u>感染症法第38条第2項の規定に基づき都道府県知事の指定を受けている第一種協定指定医療機関又は同項の規定に基づき都道府県知事の指定を受けている第二種協定指定医療機関 (第36条の2第1項の規定による通知 (同項第2号に掲げる措置をその内容に含むものに限る。)) 若しくは第36条の3第1項に規定する医療措置協定 (同号に掲げる措置をその内容に含むものに限る。)) に基づく措置を講ずる医療機関に限る。) であること。</u></p> <p>(15)～(17) (略)</p> <p><b>(18) <u>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現地指導等、感染対策に関する助言を行うことが望ましい。なお、助言に当たっては、(7)の院内感染対策に関する研修を介護保険施設等と合同で実施することが望ましい。</u></b></p>

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工 (株) が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

# 感染対策向上加算

感染対策向上加算の見直し

## 〔経過措置〕

令和6年3月31日において現に感染対策向上加算1、2又は3の届出を行っている保険医療機関については、**令和6年12月31日**までの間に限り、それぞれ1(16)、2(14)又は3(14)の基準を満たしているものとみなす。

# 外来感染対策向上加算

外来感染対策向上加算の見直し

改定前	改定後
<p>【外来感染対策向上加算】 [算定要件] 注11 組織的な感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において初診を行った場合は、外来感染対策向上加算として、月1回に限り6点を所定点数に加算する。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 20px;"> <p>・適切な感染防止対策を講じた上で発熱患者等の診療を行った場合の加算を新設</p> </div> <p>[施設基準] 三の三 医科初診料及び医科再診料の外来感染対策向上加算の施設基準 (1) (略) (2) 当該保険医療機関内に感染防止対策部門を設置し、組織的に感染防止対策を実施する体制が整備されていること。 (3) (略)</p>	<p>【外来感染対策向上加算】 [算定要件] 注11 組織的な感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において初診を行った場合は、外来感染対策向上加算として、月1回に限り6点を所定点数に加算する。<b>ただし、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で初診を行った場合については、発熱患者等対応加算として、月1回に限り20点を更に所定点数に加算する。</b></p> <p>[施設基準] 三の三 医科初診料及び医科再診料の外来感染対策向上加算の施設基準 (1) (略) (2) 当該保険医療機関内に感染防止対策部門を設置し、組織的に感染防止対策を実施する体制<b>及び感染症の患者を適切に診療する体制</b>が整備されていること。 (3) (略)</p>



# 外来感染対策向上加算

外来感染対策向上加算の見直し

改定前	改定後
<p>1 外来感染対策向上加算に関する施設基準 (1) ~ (12) (略) (新設)</p> <p>・受診歴の有無に関係なく発熱患者等の受入を行うことの公表を追加</p> <p>(13) 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること。</p> <p>・第二種協定指定医療機関であることに変更 (経過措置あり)</p> <p>(14)~(16) (略) (新設)</p> <p>・いわゆる後遺症患者への検査体制又は専門医との連携体制があることが望ましいことを追加</p> <p>(17) (略)</p> <p>[経過措置] (新設)</p> <p>※ 再診料、医学管理料等のうち外来感染対策向上加算の対象となるもの及び精神科訪問看護・指導料における外来感染対策向上加算についても同様。</p>	<p>1 外来感染対策向上加算に関する施設基準 (1) ~ (12) (略) <b>(13) 当該医療機関の外来において、受診歴の有無に関わらず、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者の受入を行う旨を公表し、受入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。</b></p> <p><b>(14) 感染症法第38条第2項の規定に基づき都道府県知事の指定を受けている第二種協定指定医療機関 (第36条の2第1項の規定による通知 (同項第2号に掲げる措置をその内容に含むものに限る。)) 又は医療措置協定 (同号に掲げる措置をその内容に含むものに限る。)) に基づく措置を講ずる医療機関に限る。)</b> であること。</p> <p>(15)~(17) (略)</p> <p>(18) <b>感染症から回復した患者の罹患後症状が持続している場合に、当該患者の診療について必要に応じて精密検査が可能な体制又は専門医への紹介が可能な連携体制があることが望ましいこと。</b></p> <p>(19) (略)</p> <p>[経過措置] 令和6年3月31日において現に外来感染対策向上加算の届出を行っている保険医療機関については、<b>令和6年12月31日</b>までの間に限り、1の(14)の基準を満たしているものとみなす。</p>

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工 (株) が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

# 外来感染対策向上加算

外来感染対策向上加算の見直し

改定前	改定後
<p>【在宅医療】 [算定要件] 通則</p> <p>5 組織的な感染防止対策につき区分番号A000に掲げる初診料の注11 及び区分番号A001に掲げる再診料の注15 に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において、第1節の各区分に掲げる在宅患者診療・指導料のうち次に掲げるものを算定した場合は、外来感染対策向上加算として、月1回に限り6点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料の注11、区分番号A001に掲げる再診料の注15、第1部の通則第3号又は区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料の注13 にそれぞれ規定する外来感染対策向上加算を算定した月は、別に算定できない。</p>	<p>【在宅医療】 [算定要件] 通則</p> <p>5 組織的な感染防止対策につき区分番号A000に掲げる初診料の注11 及び区分番号A001に掲げる再診料の注15 に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において、第1節の各区分に掲げる在宅患者診療・指導料のうち次に掲げるものを算定した場合は、外来感染対策向上加算として、月1回に限り6点を所定点数に加算する。<b>ただし、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で診療を行った場合については、発熱患者等対応加算として、月1回に限り20点を更に所定点数に加算する。なお、区分番号A000に掲げる初診料の注11、区分番号A001に掲げる再診料の注15、第1部の通則第3号又は区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料の注13にそれぞれ規定する外来感染対策向上加算を算定した月は、別に算定できない。</b></p> <p>イ 往診料 □～又（略） 6・7（略）</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>・適切な感染防止対策を講じた上で発熱患者等の診療を行った場合の加算を新設</p> </div>
<p>【経過措置】 <b>令和6年3月31日において現に外来感染対策向上加算の届出を行っている保険医療機関については、令和6年12月31日までの間に限り、施設基準のうち1の(14)の基準を満たしているものとみなす。</b></p>	

# 特定感染症入院医療管理加算

感染症の入院患者に対する感染対策及び個室管理の評価

改定後

## (新) 特定感染症入院医療管理加算 (1日につき)

- 1 治療室の場合 **200点**
- 2 それ以外の場合 **100点**

・感染症法上の三類、四類、五類感染症及び指定感染症に位置付けられる感染症の患者及び疑似症患者のうち感染対策が特に必要な患者を入院させて適切な感染管理を行った場合の加算を新設

### [対象患者]

感染症法上の三類感染症の患者、四類感染症の患者、五類感染症の患者及び指定感染症の患者並びにそれらの疑似症患者のうち感染対策が特に必要なもの

### [算定要件]

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

※ 感染対策が特に必要な患者については、次の感染症に感染した患者を想定。

(三類感染症、四類感染症、五類感染症及び指定感染症のうち、感染対策が特に重要である感染症)

狂犬病、鳥インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く。）、エムポックス、重症熱性血小板減少症候群（病原体がフレボウイルス属SFTSウイルスであるものに限る。）、腎症候性出血熱、ニパウイルス感染症、ハンタウイルス肺症候群、ヘンドラウイルス感染症、インフルエンザ（鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。）、後天性免疫不全症候群（ニューモシスチス肺炎に限る。）、麻しん、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症、RSウイルス感染症、カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症、感染性胃腸炎（病原体がノロウイルスであるものに限る。）、急性弛緩性麻痺（急性灰白髄炎を除く。病原体がエンテロウイルスによるものに限る。）、新型コロナウイルス感染症、侵襲性髄膜炎菌感染症、水痘、先天性風しん症候群、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症、バンコマイシン耐性腸球菌感染症、百日咳、風しん、ペニシリン耐性肺炎球菌感染症、無菌性髄膜炎（病原体がパルボウイルスB19によるものに限る。）、薬剤耐性アシネトバクター感染症、薬剤耐性緑膿菌感染症及び流行性耳下腺炎並びに感染症法上の指定感染症



## 二類感染症患者入院診療加算

感染症の入院患者に対する感染対策及び個室管理の評価

改定前	改定後
<p>【特定集中治療室管理料】</p> <p>注3 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、特定集中治療室管理料に含まれるものとする。</p> <p>イ 入院基本料</p> <p>□ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）</p> <p>ハ～チ（略）</p>	<p>【特定集中治療室管理料】</p> <p>注3 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、特定集中治療室管理料に含まれるものとする。</p> <p>イ 入院基本料</p> <p>□ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、<b>特定感染症入院医療管理加算、難病等特別入院診療加算（二類感染症患者入院診療加算に限る。）</b>、地域加算、（中略）、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #FFDAB9; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>・特定感染症入院医療管理加算の新設に伴う、二類感染症患者入院診療加算が算定可能な入院料の範囲の見直し</p> </div> <p>ハ～チ（略）</p> <p><b>※救命救急入院料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料についても同様。</b></p>

# 特定感染症患者療養環境特別加算

感染症の入院患者に対する感染対策及び個室管理の評価

改定前	改定後
<p>【二類感染症患者療養環境特別加算】 [算定要件] 注 保険医療機関に入院している<u>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</u>（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、二類感染症患者療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、必要を認めて個室又は陰圧室に入院させた場合に、個室加算又は陰圧室加算として、それぞれ所定点数に加算する。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 20px;"> <p>・個室管理又は陰圧室管理の必要性が特に高い患者を個室又は陰圧室で管理した場合を評価するために、名称の変更と対象となる感染症の見直し</p> </div> <p>(1) <u>二類感染症患者療養環境特別加算の対象となる者は、感染症法第6条第3項に規定する二類感染症の疾病を有する患者、新型インフルエンザの患者及びそれらの疑似症患者</u>であって、保険医が他者に感染させるおそれがあると認め、状態に応じて、個室または陰圧室に入院した者である。</p>	<p>【特定感染症患者療養環境特別加算】 [算定要件] 注 保険医療機関に入院している<b>患者であって、次に掲げる感染症の患者及びその疑似症患者のうち個室又は陰圧室に入院させる必要性が特に高い患者</b>（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、特定感染症患者療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、必要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。</p> <p><b>イ 感染症法第6条第3項に規定する二類感染症</b> <b>ロ 感染症法第6条第4項に規定する三類感染症</b> <b>ハ 感染症法第6条第5項に規定する四類感染症</b> <b>ニ 感染症法第6条第6項に規定する五類感染症</b> <b>ホ 感染症法第6条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症</b> <b>ヘ 感染症法第6条第8項に規定する指定感染症</b></p> <p>(1) <b>特定感染症患者療養環境特別加算の対象となる者は、以下の感染症の患者及び当該感染症を疑う患者</b>であって、保険医が他者に感染させるおそれがあると認め、状態に応じて、個室または陰圧室に入院した者である。</p>

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

# 特定感染症患者療養環境特別加算

感染症の入院患者に対する感染対策及び個室管理の評価

改定前	改定後
(新設)	<p><b>(個室加算の対象となる感染症)</b>  <u>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SFTSウイルスであるものに限る。）、腎症候性出血熱、ニパウイルス感染症、ハンタウイルス肺症候群、ヘンドラウイルス感染症、インフルエンザ（鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。）、麻しん、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症、RSウイルス感染症、カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症、感染性胃腸炎（病原体がノロウイルスであるものに限る。）、急性弛緩性麻痺（急性灰白髄炎を除く。病原体がエンテロウイルスによるものに限る。）、新型コロナウイルス感染症、侵襲性髄膜炎菌感染症、水痘、先天性風しん症候群、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症、バンコマイシン耐性腸球菌感染症、百日咳、風しん、ペニシリン耐性肺炎球菌感染症、無菌性髄膜炎（病原体がパルボウイルスB19によるものに限る。）、薬剤耐性アシネトバクター感染症、薬剤耐性緑膿菌感染症及び流行性耳下腺炎並びに感染症法第6条第3項に規定する二類感染症、同法同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症及び同法同条第8項に規定する指定感染症</u></p>
(新設)	<p><b>(陰圧室加算の対象となる感染症)</b> <u>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</u></p>

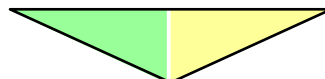
本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

# サーベイランス強化加算、抗菌薬適正使用体制加算 (感染対策向上加算)

サーベイランス強化加算等の見直し

改定前	改定後
<p>【感染対策向上加算】 [算定要件] 注4 感染対策向上加算2又は感染対策向上加算3を算定する場合について、感染防止対策に資する情報を提供する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、サーベイランス強化加算として、<u>5点</u>を更に所定点数に加算する。 (新設)</p>	<p>【感染対策向上加算】 [算定要件] 注4 感染対策向上加算2又は感染対策向上加算3を算定する場合について、感染防止対策に資する情報を提供する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、サーベイランス強化加算として、<b>3点</b>を更に所定点数に加算する。 <b>5 感染対策向上加算を算定する場合について、抗菌薬の使用状況につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、抗菌薬適正使用体制加算として、5点を更に所定点数に加算する。</b></p>

- ・Access抗菌薬の使用比率が低い現状を踏まえ、サーベイランスへの参加自体に対する評価（サーベイランス強化加算）と抗菌薬の適正使用状況のモニタリングにより、目標値を達成している又は参加医療機関の中で実績が上位である医療機関に対する評価（抗菌薬適正使用体制加算）に分ける
- ・サーベイランス強化加算は加算2又は3届出医療機関が対象だが、抗菌薬適正使用体制加算は「感染対策向上加算を算定する場合」とされているため加算1届出医療機関も算定可能と考えられる



# 抗菌薬適正使用体制加算（感染対策向上加算）サーベイランス強化加算等の見直し

改定前	改定後
<p>[施設基準] 二十九の二 感染対策向上加算の施設基準等 (新設)</p> <p>第21 感染対策向上加算 (新設)</p> <p>7 届出に関する事項 (1)～(4) (略) (新設)</p> <p>(5) (略)</p>	<p>[施設基準] 二十九の二 感染対策向上加算の施設基準等 <b><u>(7) 抗菌薬適正使用体制加算の施設基準</u></b> <b><u>抗菌薬の適正使用につき十分な実績を有していること。</u></b></p> <p>第21 感染対策向上加算 <b><u>7 抗菌薬適正使用体制加算の施設基準</u></b> <b><u>(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。</u></b> <b><u>(2) 直近6か月における外来で使用する抗菌薬のうち、Access抗菌薬に分類されるものの使用比率が60%以上又は(1)のサーベイランスに参加する病院又は有床診療所全体の上位30%以内であること。</u></b></p> <p>8 届出に関する事項 (1)～(4) (略) <b><u>(5) 抗菌薬適正使用体制加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式1の5を用いること。</u></b> <b><u>(6) (略)</u></b></p>

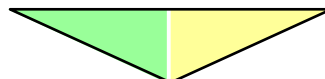
・外来で使用する抗菌薬のうち、Access抗菌薬に分類される薬剤の使用比率が60%以上又は、モニタリングが可能なサーベイランスに参加する病院と有床診療所全体の上位30%以内であれば、加算が算定できる

・感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE）のサイトでは、2024年4月に外来抗菌薬集計機能を実装予定と案内されている

# 抗菌薬適正使用体制加算（外来感染対策向上加算）サーベイランス強化加算等の見直し

改定前	改定後
<p>【外来感染対策向上加算】 [算定要件] (新設)</p> <p>15 (略)</p>	<p>【外来感染対策向上加算】 [算定要件]</p> <p><b>注15 注11 に該当する場合であって、抗菌薬の使用状況につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において初診を行った場合は、抗菌薬適正使用体制加算として、<b>月1回に限り5点を更に所定点数に加算する。</b></b></p> <p><b>16</b> (略)</p>

・Access抗菌薬の使用比率が低い現状を踏まえ、抗菌薬の適正使用状況のモニタリングにより、目標値を達成している又は参加医療機関の中で実績が上位である医療機関に対する評価を新設



# 抗菌薬適正使用体制加算（外来感染対策向上加算）サーベイランス強化加算等の見直し

改定前	改定後
<p>[施設基準] 三の六 削除</p> <p>(新設)</p>	<p>[施設基準] <b>三の六 抗菌薬適正使用体制加算の施設基準</b> <b><u>抗菌薬の適正使用につき十分な実績を有していること。</u></b></p> <p><b>第1の6の2 抗菌薬適正使用体制加算</b></p> <p><b>1 抗菌薬適正使用体制加算</b></p> <p><b>(1) <u>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。</u></b></p> <p><b>(2) <u>直近6か月における外来で使用する抗菌薬のうちAccess抗菌薬に分類されるものの使用比率が60%以上又は(1)のサーベイランスに参加する診療所全体の上位30%以内であること。</u></b></p> <p><b>2 届出に関する事項</b> <b><u>抗菌薬適正使用体制加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式1の5を用いること。</u></b></p> <p><b>※ <u>再診料、医学管理料等及び在宅患者診療・指導料のうち外来感染対策向上加算の対象となるもの並びに精神科訪問看護・指導料におけるサーベイランス強化加算についても同様。</u></b></p>

- ・外来で使用する抗菌薬のうち、Access抗菌薬に分類される薬剤の使用比率が60%以上又は、モニタリングが可能なサーベイランスに参加する病院と有床診療所全体の上位30%以内であれば、加算が算定できる
- ・感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE）のサイトでは、2024年4月に外来抗菌薬集計機能を実装予定と案内されている

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

# 地域包括診療料

地域包括診療料等の見直し

「Ⅱ－5－③」を参照のこと。



# 時間外対応加算

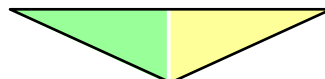
時間外対応加算の見直し

「Ⅰ－6－①」を参照のこと。

# 小児かかりつけ診療料

小児かかりつけ診療料の見直し

改定前	改定後
<p>【小児かかりつけ診療料】</p> <p>1 小児かかりつけ診療料 1</p> <p>イ 処方箋を交付する場合</p> <p>(1) 初診時 <u>641点</u></p> <p>(2) 再診時 <u>448点</u></p> <p>ロ 処方箋を交付しない場合</p> <p>(1) 初診時 <u>758点</u></p> <p>(2) 再診時 <u>566点</u></p> <p>2 小児かかりつけ診療料 2</p> <p>イ 処方箋を交付する場合</p> <p>(1) 初診時 <u>630点</u></p> <p>(2) 再診時 <u>437点</u></p> <p>ロ 処方箋を交付しない場合</p> <p>(1) 初診時 <u>747点</u></p> <p>(2) 再診時 <u>555点</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>(1)～(5) (略)</p> <p>(6) 小児かかりつけ診療料の算定に当たっては、以下の指導等を行うこと。</p>	<p>【小児かかりつけ診療料】</p> <p>1 小児かかりつけ診療料 1</p> <p>イ 処方箋を交付する場合</p> <p>(1) 初診時 <b>652点</b></p> <p>(2) 再診時 <b>458点</b></p> <p>ロ 処方箋を交付しない場合</p> <p>(1) 初診時 <b>769点</b></p> <p>(2) 再診時 <b>576点</b></p> <p>2 小児かかりつけ診療料 2</p> <p>イ 処方箋を交付する場合</p> <p>(1) 初診時 <b>641点</b></p> <p>(2) 再診時 <b>447点</b></p> <p>ロ 処方箋を交付しない場合</p> <p>(1) 初診時 <b>758点</b></p> <p>(2) 再診時 <b>565点</b></p> <p>[算定要件]</p> <p>(1)～(5) (略)</p> <p>(6) 小児かかりつけ診療料の算定に当たっては、以下の指導等を行うこと。</p>



# 小児かかりつけ診療料

小児かかりつけ診療料の見直し

改定前	改定後
<p>ア～エ (略) (新設) (新設) オ かかりつけ医として、上記アからエまでに掲げる指導等を行う旨を患者に対して書面（別紙様式10を参考とし、各医療機関において作成すること。）を交付して説明し、同意を得ること。また、小児かかりつけ医として上記アからエまでに掲げる指導等を行っている旨を、当該保険医療機関の外来受付等の見やすい場所に掲示していること。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>・望ましいことを要件に追加</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 発達障害を疑う児（こども）の診察等を行うこと</li> <li>● 不適切な養育にも繋がりうる育児不安等の相談に乗ること</li> </ul> </div> <p>[施設基準] 1 小児かかりつけ診療料 1 に関する施設基準 (1)～(3) (略) (新設)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>・望ましいことを要件に追加</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 医師が発達障害等に関する適切な研修及び虐待に関する適切な研修を受講していること</li> </ul> </div> <p>2 小児かかりつけ診療料 2 に関する施設基準 (1) 1の(1)及び(3)の基準を満たしていること。 (2) (略)</p>	<p>ア～エ (略) <b>オ 発達障害の疑いがある患者について、診療及び保護者からの相談に対応するとともに、必要に応じて専門的な医療を要する際の紹介等を行うこと。</b> <b>カ 不適切な養育にも繋がりうる育児不安等の相談に適切に対応すること。</b> キ かかりつけ医として、上記アからカまでに掲げる指導等を行う旨を患者に対して書面（別紙様式10を参考とし、各医療機関において作成すること。）を交付して説明し、同意を得ること。また、小児かかりつけ医として上記アからカまでに掲げる指導等を行っている旨を、当該保険医療機関の外来受付等の見やすい場所に掲示していること。</p> <p>[施設基準] 1 小児かかりつけ診療料 1 に関する施設基準 (1)～(3) (略) <b>(4) (1)に掲げる医師は、発達障害等に関する適切な研修及び虐待に関する適切な研修を修了していることが望ましい。</b> 2 小児かかりつけ診療料 2 に関する施設基準 (1) 1の(1)、(3)及び(4)の基準を満たしていること。 (2) (略)</p>

# 介護保険施設等連携往診加算（往診料）

介護保険施設入所者の病状の急変時の適切な往診の推進

## 改定後

### （新） 介護保険施設等連携往診加算 **200点**

・介護保険施設等の入所者の病状の急変時に、施設の協力医療機関であって、定期的なカンファレンスを実施するなど、平時からの連携体制を構築している医療機関の医師が往診を行った場合の評価を新設

#### [対象患者]

往診を行う保険医の所属する保険医療機関と平時からの連携体制を構築している介護保険施設等に入所する者

#### [算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム（以下この区分番号において、「介護保険施設等」という。）の協力医療機関であって、当該介護保険施設等に入所している患者の病状の急変等に伴い、往診を行った場合に、介護保険施設等連携往診加算として、**200点**を所定点数に加算する。

#### [施設基準]

- (1) 介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム（以下この**項**において、「介護保険施設等」という。）において、協力医療機関として定められている保険医療機関であって、当該介護保険施設等から24時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定し、その連絡先を当該介護保険施設等に提供していること。
- (2) 当該介護保険施設等と連携体制が確保されていること。
- (3) (2) に規定する連携体制を構築していることについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (4) (3) の事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。

#### [経過措置]

**令和7年5月31日**までの間に限り、(4) に該当するものとみなす。

# 往診時医療情報連携加算（往診料）

地域における24時間の在宅医療提供体制の構築の推進

## 改定後

**（新） 往診時医療情報連携加算 200点**

・在支診又は在支病でない医療機関が、在支診や在支病と平時から連携体制を構築した上で、往診を行った場合の評価を新設

### [対象患者]

在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院以外の保険医療機関において、訪問診療を受けている患者

### [算定要件]

在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院以外の保険医療機関に限る。）によって計画的な医学管理の下に主治医として定期的に訪問診療を行っている患者に対して、往診を行った場合、往診時医療情報連携加算として**200点**を所定点数に加算する。

# 往診料

往診に関する評価の見直し

改定前	改定後
<p>【往診料】 [算定要件]</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める時間において入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している場合に緊急に行う往診、夜間（深夜を除く。）又は休日の往診、深夜の往診を行った場合には、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院（地域において在宅療養を提供する診療所がないことにより、当該地域における退院後の患者に対する在宅療養の提供に主たる責任を有する病院であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）等の区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。</p> <p>イ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの保険医が行う場合</p> <p>(1)～(2) (略)</p> <p>□ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（イに規定するものを除く。）の保険医が行う場合</p> <p>(1)～(3) (略)</p> <p>ハ イから□までに掲げるもの以外の保険医療機関の保険医が行う場合</p> <p>(1)～(3) (略)</p>	<p>【往診料】 [算定要件]</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める時間において入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している場合に緊急に行う往診、夜間（深夜を除く。）又は休日の往診、深夜の往診を行った場合には、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院（地域において在宅療養を提供する診療所がないことにより、当該地域における退院後の患者に対する在宅療養の提供に主たる責任を有する病院であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）等の区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。</p> <p>イ <b>別に厚生労働大臣が定める患者に対し</b>、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの保険医が行う場合</p> <p>(1)～(2) (略)</p> <p>□ <b>別に厚生労働大臣が定める患者に対し</b>、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（イに規定するものを除く。）の保険医が行う場合</p> <p>(1)～(3) (略)</p> <p>ハ <b>別に厚生労働大臣が定める患者に対し</b>、イから□までに掲げるもの以外の保険医療機関の保険医が行う場合</p> <p>(1)～(3) (略)</p>

# 緊急往診加算、夜間・休日往診加算、深夜往診加算（往診料）

往診に関する評価の見直し

改定前	改定後
<p>(新設)</p> <p>注6 注1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の保険医が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算1又は在宅療養実績加算2として、100点、75点又は50点を、それぞれ更に所定点数に加算する。</p>	<p><b>二 別に厚生労働大臣が定める患者以外の患者に対して行う場合</b></p> <p><b>(1) 緊急往診加算 325点</b></p> <p><b>(2) 夜間・休日往診加算 405点</b></p> <p><b>(3) 深夜往診加算 485点</b></p> <p>注6 注1の<b>イから八までの場合</b>については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の保険医が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算1又は在宅療養実績加算2として、100点、75点又は50点を、それぞれ更に所定点数に加算する。</p>

## 往診料

往診に関する評価の見直し

改定前	改定後
<p>[施設基準]</p> <p>一の三 往診料に規定する時間</p> <p style="text-align: center;"><u>保険医療機関において専ら診療に従事している一部の時間</u></p>	<p>[施設基準]</p> <p>一の三 往診料に規定する時間<b>及び別に厚生労働大臣が定める患者</b></p> <p><b>(1) 厚生労働大臣が定める時間</b><u>保険医療機関において専ら診療に従事している一部の時間</u></p> <p><b>(2) 厚生労働大臣が定める患者次のいずれかに該当するものであること。</b></p> <p><b>イ</b> <u>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（Ⅰ）、在宅患者訪問診療料（Ⅱ）又は在宅がん医療総合診療料を算定しているもの</u></p> <p><b>ロ</b> <u>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（Ⅰ）、在宅患者訪問診療料（Ⅱ）又は在宅がん医療総合診療料を算定しているもの</u></p> <p><b>ハ</b> <u>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</u></p> <p><b>ニ</b> <u>往診を行う保険医療機関と平時からの連携体制を構築している 介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム（以下この項において、「介護保険施設等」という。）に入所する患者</u></p>



在宅医療におけるICTを用いた  
医療情報連携の推進

# 在宅医療情報連携加算 (在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料)

改定後

(新) **在宅医療情報連携加算 (在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料)** **100点**

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの同意を得て、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、管理栄養士、介護支援専門員又は相談支援専門員等であって当該患者に関わる者がICTを用いて記録した当該患者に係る診療情報等を活用した上で計画的な医学管理を行った場合に、在宅医療情報連携加算として、**月1回**に限り、**100点**を所定点数に加算する。

[施設基準]

- (1) 在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの診療情報等について、ICTを用いて常時確認できる体制を有し、関係機関と平時からの連携体制を構築していること。
- (2) 診療情報等を活用した上で計画的な医学管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (3) (1) に規定する連携体制を構築している医療機関であることについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (4) (3) の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。

[経過措置]

**令和7年5月31日**までの間に限り、(4) に該当するものとみなす。

・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

# 在宅医療情報連携加算 (在宅がん医療総合診療料)

在宅医療におけるICTを用いた  
医療情報連携の推進

改定後

**(新) 在宅医療情報連携加算 (在宅がん医療総合診療料) 100点**

**[算定要件]**

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの同意を得て、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、管理栄養士、介護支援専門員又は相談支援専門員等であって当該患者に関わる者がICT用いて記録した当該患者に係る診療情報等を活用した上で計画的な医学管理を行った場合に、在宅医療情報連携加算として、**月1回**に限り、**100点**を所定点数に加算する。

**[施設基準]**

- (1) 在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの診療情報等について、ICTを用いて常時確認できる体制を有し、関係機関と平時からの連携体制を構築していること。
- (2) 診療情報等を活用した上で計画的な医学管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (3) (1) に規定する連携体制を構築している医療機関であることについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (4) (3) の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。

**[経過措置]**

**令和7年5月31日**までの間に限り、(4) に該当するものとみなす。

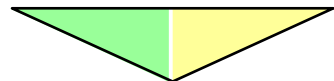
・他の保険医療機関等の関係職種がICTを用いて記録した患者に係る診療情報等を活用し療情報等を活用した上で、医師が計画的な医学管理を行った場合の評価を新設

在宅療養移行加算の見直し

# 在宅療養移行加算

## (在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料)

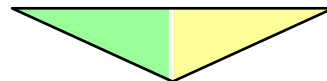
改定前	改定後
<p>【在宅療養移行加算】 [算定要件]</p> <p>注9 3を算定する患者であって継続的に診療を行っているものに対して、<u>保険医療機関（診療所に限る。）</u>が、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関において又は他の保険医療機関等との連携により、常時往診を行う体制等を確保した上で訪問診療を行った場合に、当該体制等に応じて、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</p> <p>イ 在宅療養移行加算 1 <u>216点</u> ロ 在宅療養移行加算 2 <u>116点</u></p> <p>(20) 在宅時医学総合管理料の「注9」又は施設入居時等医学総合管理料の「注5」の規定により準用する在宅時医学総合管理料の「注9」に規定する在宅療養移行加算1及び2は、在宅療養支援診療所以外の診療所が、当該診療所の外来を4回以上受診した後に訪問診療に移行した患者に対して訪問診療を実施した場合に、以下により算定する。</p>	<p>【在宅療養移行加算】 [算定要件]</p> <div style="border: 1px solid pink; padding: 2px; display: inline-block; margin-bottom: 10px;">・病院も算定可</div> <p>注9 3を算定する患者であって継続的に診療を行っているものに対して、保険医療機関が、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関において又は他の保険医療機関等との連携により、常時往診を行う体制等を確保した上で訪問診療を行った場合に、当該体制等に応じて、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</p> <p>イ 在宅療養移行加算 1 <span style="color: red;"><b>316点</b></span> ロ 在宅療養移行加算 2 <span style="color: red;"><b>216点</b></span> <b>ハ 在宅療養移行加算 3</b> <span style="color: red;"><b>216点</b></span> <b>ニ 在宅療養移行加算 4</b> <span style="color: red;"><b>116点</b></span></p> <p>(20) 在宅時医学総合管理料の「注9」又は施設入居時等医学総合管理料の「注5」の規定により準用する在宅時医学総合管理料の「注9」に規定する在宅療養移行加算<b>1、2、3及び4</b>は、在宅療養支援診療所<b>及び在宅療養支援病院</b>以外の<b>保険医療機関</b>が、当該<b>保険医療機関</b>の外来を4回以上受診した後に訪問診療に移行した患者に対して訪問診療を実施した場合に、以下により算定する。</p>



# 在宅療養移行加算

## (在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料)

改定前	改定後
<p>ア 在宅療養移行加算 1 については、以下の全ての要件を満たして訪問診療を実施した場合に算定する。なお、在宅療養移行加算 1 を算定して訪問診療及び医学管理を行う月のみ以下の体制を確保すればよく、地域医師会等の協力を得て(イ)又は(ロ)に規定する体制を確保することでも差し支えない。</p> <p>(イ)～(ハ) (略) (新設)</p>	<p>ア 在宅療養移行加算 1 については、以下の全ての要件を満たして訪問診療を実施した場合に、<b>在宅療養移行加算 2 については以下の(イ)から(ハ)までを満たして訪問診療を実施した場合に</b>、算定する。なお、在宅療養移行加算 1 <b>及び 2</b> を算定して訪問診療及び医学管理を行う月のみ以下の体制を確保すればよく、地域医師会等の協力を得て(イ)又は(ロ)に規定する体制を確保することでも差し支えない。</p> <p>(イ)～(ハ) (略)</p> <p><b>(二) 当該医療機関が保有する患者の診療情報及び患者の病状の急変時の対応方針等の情報について、当該医療機関と連携する他の医療機関に対して、月に 1 回程度の定期的なカンファレンスにより適切に提供していること。なお、当該情報についてはICT等を活用して連携する他の医療機関が常に確認できる体制を確保することでも差し支えない。</b></p>



在宅療養移行加算の見直し

# 在宅療養移行加算

## (在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料)

改定前	改定後
<p>イ 在宅療養移行加算 2 については、以下の全ての要件を満たして訪問診療を実施した場合に算定する。なお、在宅療養移行加算 2 を算定して訪問診療及び医学管理を行う月のみ以下の体制を確保すればよく、市町村や地域医師会との協力により(イ)又は(ロ)に規定する体制を確保することでも差し支えない。</p> <p>(イ)～(二) (新設)</p>	<p>イ 在宅療養移行加算 3 については、以下の全ての要件を満たして訪問診療を実施した場合に、<b>在宅療養移行加算 4 については以下の (イ) から (二) までを満たして訪問診療を実施した場合に算定する。</b>なお、在宅療養移行加算 3 及び 4 を算定して訪問診療及び医学管理を行う月のみ以下の体制を確保すればよく、市町村や地域医師会との協力により(イ)又は(ロ)に規定する体制を確保することでも差し支えない。</p> <p>(イ)～(二)</p> <p><b>(ホ) 当該医療機関が保有する患者の診療情報及び患者の病状の急変等の際の対応方針等の情報について、当該医療機関と連携する他の医療機関に対して、月に 1 回程度の定期的なカンファレンスにより適切に提供していること。なお、当該情報についてはICT等を活用して連携する他の医療機関が常に確認できる体制を確保することでも差し支えない。</b></p>

# 在宅麻薬等注射指導管理料

在宅における注射による麻薬の投与に係る評価の新設

改定前	改定後
<p><b>【在宅悪性腫瘍等患者指導管理料】</b></p> <p style="text-align: right;">1,500点</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>・名称とともに疾患を考慮した評価体系に見直し                      ・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</p> </div> <p>[算定要件]                      注 <u>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。</u>                      (新設)</p> <p>(新設)</p>	<p><b>【在宅麻薬等注射指導管理料】</b></p> <p><b>1 悪性腫瘍の場合</b> <span style="float: right;">1,500点</span></p> <p><b>2 筋萎縮性側索硬化症又は筋ジストロフィーの場合</b> <span style="float: right;"><b>1,500点</b></span></p> <p><b>3 心不全又は呼吸器疾患の場合</b> <span style="float: right;"><b>1,500点</b></span></p> <p>[算定要件]                      注 <b>1</b> <u>1については、悪性腫瘍の患者であって、入院中の患者以外の末期の患者に対して、在宅における麻薬等の注射に関する指導管理を行った場合に算定する。</u></p> <p><b>2</b> <u>2については、筋萎縮性側索硬化症又は筋ジストロフィーの患者であって、入院中の患者以外の患者に対して、在宅における麻薬等の注射に関する指導管理を行った場合に算定する。</u></p> <p><b>3</b> <u>3については、1又は2に該当しない場合であって、緩和ケアを要する心不全又は呼吸器疾患の患者であって、入院中の患者以外の末期の患者に対して、在宅における麻薬の注射に関する指導管理を行った場合に算定する。</u></p>

# 在宅腫瘍化学療法注射指導料、 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料

在宅における注射による麻薬の投与に係る  
評価の新設

改定前	改定後
<p>(新設)</p> <p style="text-align: center;">・疾患を考慮した評価体系に見直し</p> <p>【在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料】 1,500点</p> <p>[算定要件] 注 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関の保険医が、他の保険医療機関において<u>区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料</u>を算定する指導管理を受けている患者に対し、当該他の保険医療機関と連携して、同一日に当該患者に対する悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法に関する指導管理を行った場合に算定する。</p>	<p>【在宅腫瘍化学療法注射指導管理料】 <b>1,500点</b></p> <p>[算定要件] 注 <u>悪性腫瘍の患者であって、入院中の患者以外の患者に対して、在宅における抗悪性腫瘍剤等の注射に関する指導管理を行った場合に算定する。</u></p> <p>【在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料】 1,500点</p> <p>[算定要件] 注 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関の保険医が、他の保険医療機関において<u>区分番号C108に掲げる在宅麻薬等注射指導管理料の1又は区分番号C108-2に掲げる在宅腫瘍化学療法注射指導管理料</u>を算定する指導管理を受けている患者に対し、当該他の保険医療機関と連携して、同一日に当該患者に対する<u>麻薬等又は抗悪性腫瘍剤等の注射</u>に関する指導管理を行った場合に算定する。</p>

# 注入ポンプ加算

在宅における注射による麻薬の投与に係る評価の新設

改定前	改定後
<p>【注入ポンプ加算】</p> <p style="text-align: right;">1,250点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注 <u>在宅中心静脈栄養法、在宅成分栄養経管栄養法若しくは在宅小児経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者、在宅における鎮痛療法若しくは悪性腫瘍の化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の患者又は別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、注入ポンプを使用した場合に、2月に2回に限り、第1款の所定点数に加算する。</u></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 20px;"> <p>・心不全又は呼吸器疾患の末期の患者に対する注射による麻薬の投与を行った場合を追加</p> </div>	<p>【注入ポンプ加算】</p> <p style="text-align: right;">1,250点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注 <u>次のいずれかに該当する</u>入院中の患者以外の患者に対して、注入ポンプを使用した場合に、2月に2回に限り、第1款の所定点数に加算する。</p> <p><b>イ <u>在宅中心静脈栄養法、在宅成分栄養経管栄養法又は在宅小児経管栄養法を行っている患者</u></b></p> <p><b>ロ <u>次のいずれかに該当する患者</u></b></p> <p>(1) <u>悪性腫瘍の患者であって、在宅において麻薬等の注射を行っている末期の患者</u></p> <p>(2) <u>筋萎縮性側索硬化症又は筋ジストロフィーの患者であって、在宅において麻薬等の注射を行っている患者</u></p> <p>(3) <u>(1)又は(2)に該当しない場合であって、緩和ケアを要する心不全又は呼吸器疾患の患者に対して、在宅において麻薬の注射を行っている末期の患者</u></p> <p><b>ハ <u>悪性腫瘍の患者であって、在宅において抗悪性腫瘍剤等の注射を行っている患者</u></b></p> <p><b>ニ <u>別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている患者</u></b></p>



# 携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算

在宅における注射による麻薬の投与に係る  
評価の新設

改定前	改定後
<p>【携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算】</p> <p style="text-align: right;">2,500点</p> <p>[算定要件] 注 在宅における悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、携帯型ディスポーザブル注入ポンプを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p>	<p>【携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算】</p> <p style="text-align: right;">2,500点</p> <p>[算定要件] 注 <b>次のいずれかに該当する</b>入院中の患者以外の患者に対して、携帯型ディスポーザブル注入ポンプを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。  <b>イ 悪性腫瘍の患者であって、在宅において麻薬等の注射を行っている末期の患者</b>  <b>ロ 悪性腫瘍の患者であって、在宅において抗悪性腫瘍剤等の注射を行っている患者</b>  <b>ハ イ又はロに該当しない場合であって、緩和ケアを要する心不全又は呼吸器疾患の患者に対して、在宅において麻薬の注射を行っている末期の患者</b></p>

・心不全又は呼吸器疾患の末期の患者に対する注射による麻薬の投与を行った場合を追加

# 在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料

在宅における質の高い  
緩和ケアの提供の推進

改定後

(新) **在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料** **200点**

[対象患者]

在宅医療情報連携加算を算定している患者であって、在宅での療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者

[算定要件]

- (1) 訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの同意を得て、末期の悪性腫瘍の患者の病状の急変等に伴い、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、管理栄養士、介護支援専門員又は相談支援専門員等がICTを用いて記録した当該患者に係る人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を取得した上で療養上必要な指導を行った場合に、**月1回**に限り算定する。
- (2) 在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料は、他の保険医療機関等の関係職種がICTを用いて記録した患者に係る診療情報等を活用した上で、医師が計画的な医学管理を行っている患者に対し、共有されている当該患者の人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を取得した上で療養上必要な指導を行った場合に、当該指導を行った日に限り算定できる。

・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

# 在宅ターミナルケア加算、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算 1・2、酸素療法加算、看取り加算（往診料）

改定後

・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、算定可能となる

## 【往診料】（新）在宅ターミナルケア加算

イ 有料老人ホーム等に入居する患者以外の患者

(1) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合

① 病床を有する場合 **6,500点**

② 病床を有しない場合 **5,500点**

(2) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（(1)に規定するものを除く。）の場合 **4,500点**

(3) (1)及び(2)に掲げるもの以外の場合 **3,500点**

ロ 有料老人ホーム等に入居する患者

(1) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合

① 病床を有する場合 **6,500点**

② 病床を有しない場合 **5,500点**

(2) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（(1)に規定するものを除く。）の場合 **4,500点**

(3) (1)及び(2)に掲げるもの以外の場合 **3,500点**

### 【算定要件】

注3 在宅で死亡した患者（往診を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）であって、その死亡日及び死亡日前14日以内に、区分番号B004に掲げる退院時共同指導料1を算定し、かつ、往診を実施した場合には、当該患者に係る区分等に従い、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号C001の注6に規定する在宅ターミナルケア加算及び区分番号C001-2の注5に規定する在宅ターミナルケア加算は算定できない。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算1又は在宅療養実績加算2として、それぞれ**1,000点**、**750点**又は**500点**を、がん患者に対して酸素療法を行っていた場合は酸素療法加算として**2,000点**を更に所定点数に加算する。

4 往診を行い、在宅で患者を看取った場合（注3に規定する在宅ターミナルケア加算を算定する場合に限る。）には、看取り加算として、**3,000点**を所定点数に加算する。この場合において、区分番号C001の注7（区分番号C001-2の注6の規定により準用する場合を含む）に規定する看取り加算は算定できない。

# 在宅ターミナルケア加算、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算 1・2、酸素療法加算、看取り加算 (在宅患者訪問診療料 (I))

改定前	改定後
<p>【在宅患者訪問診療料 (I)】 [算定要件]</p> <p>注6 在宅で死亡した患者（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）に対してその死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上の往診又は訪問診療を実施した場合（1を算定する場合に限る。）には、当該患者に係る区分等に従い、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算 1 又は在宅療養実績加算 2 として、それぞれ1,000点750点又は500点を、がん患者に対して酸素療法を行っていた場合は酸素療法加算として2,000点を更に所定点数に加算する。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>・看取り加算は、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なる</p> </div> <p>イ・ロ（略）</p>	<p>【在宅患者訪問診療料 (I)】 [算定要件]</p> <p>注6 在宅で死亡した患者（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）に対してその死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上の往診若しくは訪問診療を実施した場合（1を算定する場合に限る。）又は区分番号B004に掲げる退院時共同指導料1を算定し、かつ、訪問診療を実施した場合（1を算定する場合に限る。）には、当該患者に係る区分等に従い、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。<b>この場合において、区分番号C000の注3に規定するターミナルケア加算は算定できない。</b>ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算 1 又は在宅療養実績加算 2 として、それぞれ1,000点、750点又は500点を、がん患者に対して酸素療法を行っていた場合は酸素療法加算として2,000点を更に所定点数に加算する。</p> <p>イ・ロ（略）</p>

# 在宅ターミナルケア加算、在宅緩和ケア充実診療 在宅療養実績加算 1・2、酸素療法加算、看取り加算 (在宅患者訪問診療料 (Ⅱ))

在宅ターミナルケア加算等の見直し

改定前	改定後
<p>【在宅患者訪問診療料 (Ⅱ)】 [算定要件]</p> <p>注5 患者の居住する有料老人ホーム等で死亡した患者（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に当該有料老人ホーム等以外で死亡した患者を含む。）に対してその死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上の往診又は訪問診療を実施した場合（注1のイの場合に限る。）には、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算1又は在宅療養実績加算2として、それぞれ1,000点、750点又は500点を、がん患者に対して酸素療法を行っていた場合は酸素療法加算として2,000点を、更に所定点数に加算する。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>・看取り加算は、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なる</p> </div> <p>イ・ロ (略)</p>	<p>【在宅患者訪問診療料 (Ⅱ)】 [算定要件]</p> <p>注5 患者の居住する有料老人ホーム等で死亡した患者（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に当該有料老人ホーム等以外で死亡した患者を含む。）に対してその死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上の往診<b>若しくは</b>訪問診療を実施した場合（注1のイの場合に限る。）<b>又は区分番号B004に掲げる退院時共同指導料1を算定し、かつ、訪問診療を実施した場合（注1のイの場合に限る。）</b>には、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。<b>この場合において、区分番号C000の注3に規定するターミナルケア加算は算定できない。</b>ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算1又は在宅療養実績加算2として、それぞれ1,000点、750点又は500点を、がん患者に対して酸素療法を行っていた場合は酸素療法加算として2,000点を、更に所定点数に加算する。</p> <p>イ・ロ (略)</p>



# 在宅時医学総合管理料（機能強化型）

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

改定前	改定後
(3) 月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（(1)及び(2)の場合を除く。）	(3) 月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（(1)及び(2)の場合を除く。）
① 単一建物診療患者が1人の場合 <span style="float: right;">3,029点</span>	① 単一建物診療患者が1人の場合 <span style="float: right;">3,014点</span>
② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <span style="float: right;">1,685点</span>	② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <span style="float: right;">1,670点</span>
③ <u>①及び②以外の場合</u> <span style="float: right;">880点</span>	③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 <span style="float: right;">865点</span>
(新設)	④ <u>単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合</u> <span style="float: right;">780点</span>
(新設)	⑤ <u>①から④まで以外の場合</u> <span style="float: right;">660点</span>
(4) 月1回訪問診療を行っている場合	(4) 月1回訪問診療を行っている場合
① 単一建物診療患者が1人の場合 <span style="float: right;">2,760点</span>	① 単一建物診療患者が1人の場合 <span style="float: right;">2,745点</span>
② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <span style="float: right;">1,500点</span>	② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <span style="float: right;">1,485点</span>
③ <u>①及び②以外の場合</u> <span style="float: right;">780点</span>	③ <u>単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合</u> <span style="float: right;">765点</span>
(新設)	④ <u>単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合</u> <span style="float: right;">670点</span>
(新設)	⑤ <u>①から④まで以外の場合</u> <span style="float: right;">575点</span>

# 在宅時医学総合管理料（機能強化型）

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

改定前	改定後
<p>(5) 月1回訪問診療等を行っている場合であって、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合</p> <p>① 単一建物診療患者が1人の場合 1,515点</p> <p>② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 843点</p> <p>③ ①及び②以外の場合 440点</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>□ 病床を有しない場合</p> <p>(1) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合</p> <p>① 単一建物診療患者が1人の場合 5,000点</p> <p>② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 4,140点</p> <p>③ ①及び②以外の場合 2,640点</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>	<p>(5) 月1回訪問診療等を行っている場合であって、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合</p> <p>① 単一建物診療患者が1人の場合 <b>1,500点</b></p> <p>② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <b>828点</b></p> <p>③ <b>単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合</b> <b>425点</b></p> <p>④ <b>単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合</b> <b>373点</b></p> <p>⑤ <b>①から④まで以外の場合</b> <b>317点</b></p> <p>□ 病床を有しない場合</p> <p>(1) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合</p> <p>① 単一建物診療患者が1人の場合 <b>4,985点</b></p> <p>② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <b>4,125点</b></p> <p>③ <b>単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合</b> <b>2,625点</b></p> <p>④ <b>単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合</b> <b>2,205点</b></p> <p>⑤ <b>①から④まで以外の場合</b> <b>1,935点</b></p>

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。



# 在宅時医学総合管理料（機能強化型）

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

改定前	改定後
<p>(2) 月2回以上訪問診療を行っている場合（(1)の場合を除く。）</p> <p>① 単一建物診療患者が1人の場合 4,100点</p> <p>② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 2,200点</p> <p>③ ①及び②以外の場合 1,100点</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(3) 月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（(1)及び(2)の場合を除く。）</p> <p>① 単一建物診療患者が1人の場合 2,789点</p> <p>② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,565点</p> <p>③ ①及び②以外の場合 820点</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>	<p>(2) 月2回以上訪問診療を行っている場合（(1)の場合を除く。）</p> <p>① 単一建物診療患者が1人の場合 4,085点</p> <p>② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 2,185点</p> <p>③ <b>単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合</b> 1,085点</p> <p>④ <b>単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合</b> 970点</p> <p>⑤ <b>①から④まで以外の場合</b> 825点</p> <p>(3) 月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（(1)及び(2)の場合を除く。）</p> <p>① 単一建物診療患者が1人の場合 2,774点</p> <p>② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,550点</p> <p>③ <b>単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合</b> 805点</p> <p>④ <b>単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合</b> 720点</p> <p>⑤ <b>①から④まで以外の場合</b> 611点</p>

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

# 在宅時医学総合管理料（機能強化型）

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

改定前	改定後
(4) 月1回訪問診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が1人の場合 <div style="text-align: right;">2,520点</div> ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <div style="text-align: right;">1,380点</div> ③ <u>①及び②以外の場合</u> <div style="text-align: right;">720点</div> (新設) (新設)	(4) 月1回訪問診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が1人の場合 <div style="text-align: right;"><b>2,505点</b></div> ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <div style="text-align: right;"><b>1,365点</b></div> ③ <b><u>単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合</u></b> <div style="text-align: right;"><b>705点</b></div> ④ <b><u>単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合</u></b> <div style="text-align: right;"><b>615点</b></div> ⑤ <u>①から④まで以外の場合</u> <div style="text-align: right;"><b>525点</b></div>
(5) 月1回訪問診療等を行っている場合であって、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が1人の場合 <div style="text-align: right;">1,395点</div> ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <div style="text-align: right;">783点</div> ③ <u>①及び②以外の場合</u> <div style="text-align: right;">410点</div> (新設) (新設)	(5) 月1回訪問診療等を行っている場合であって、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 ① 単一建物診療患者が1人の場合 <div style="text-align: right;"><b>1,380点</b></div> ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <div style="text-align: right;"><b>768点</b></div> ③ <b><u>単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合</u></b> <div style="text-align: right;"><b>395点</b></div> ④ <b><u>単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合</u></b> <div style="text-align: right;"><b>344点</b></div> ⑤ <u>①から④まで以外の場合</u> <div style="text-align: right;"><b>292点</b></div>

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

# 在宅時医学総合管理料（在支診・在支病）

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

改定前	改定後
2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1に規定するものを除く。）の場合 イ 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が1人の場合 <div style="text-align: right; margin-left: 200px;"><u>4,600点</u></div> (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <div style="text-align: right; margin-left: 200px;"><u>3,780点</u></div> (3) (1)及び(2)以外の場合 <div style="text-align: right; margin-left: 200px;"><u>2,400点</u></div> (新設)  (新設)	2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1に規定するものを除く。）の場合 イ 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が1人の場合 <div style="text-align: right; margin-left: 200px;"><b>4,585点</b></div> (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <div style="text-align: right; margin-left: 200px;"><b>3,765点</b></div> (3) <b>単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合</b> <div style="text-align: right; margin-left: 200px;"><b>2,385点</b></div> (4) <b>単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合</b> <div style="text-align: right; margin-left: 200px;"><b>2,010点</b></div> (5) <b>(1)から(4)まで以外の場合</b> <div style="text-align: right; margin-left: 200px;"><b>1,765点</b></div>
□ 月2回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。） (1) 単一建物診療患者が1人の場合 <div style="text-align: right; margin-left: 200px;"><u>3,700点</u></div> (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <div style="text-align: right; margin-left: 200px;"><u>2,000点</u></div> (3) (1)及び(2)以外の場合 <div style="text-align: right; margin-left: 200px;"><u>1,000点</u></div> (新設)  (新設)	□ 月2回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。） (1) 単一建物診療患者が1人の場合 <div style="text-align: right; margin-left: 200px;"><b>3,685点</b></div> (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <div style="text-align: right; margin-left: 200px;"><b>1,985点</b></div> (3) <b>単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合</b> <div style="text-align: right; margin-left: 200px;"><b>985点</b></div> (4) <b>単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合</b> <div style="text-align: right; margin-left: 200px;"><b>875点</b></div> (5) <b>(1)から(4)まで以外の場合</b> <div style="text-align: right; margin-left: 200px;"><b>745点</b></div>

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

# 在宅時医学総合管理料（在支診・在支病）

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

改定前	改定後
<p>八月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（イ及びロの場合を除く。）</p> <p>(1) 単一建物診療患者が1人の場合 <span style="float: right;">2,569点</span></p> <p>(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <span style="float: right;">1,465点</span></p> <p>(3) (1)及び(2)以外の場合 <span style="float: right;">780点</span></p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>二月1回訪問診療を行っている場合</p> <p>(1) 単一建物診療患者が1人の場合 <span style="float: right;">2,300点</span></p> <p>(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <span style="float: right;">1,280点</span></p> <p>(3) (1)及び(2)以外の場合 <span style="float: right;">680点</span></p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>	<p>八月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（イ及びロの場合を除く。）</p> <p>(1) 単一建物診療患者が1人の場合 <span style="float: right; color: red;">2,554点</span></p> <p>(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <span style="float: right; color: red;">1,450点</span></p> <p><b>(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合</b> <span style="float: right; color: red;">765点</span></p> <p><b>(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合</b> <span style="float: right; color: red;">679点</span></p> <p><b>(5) (1)から(4)まで以外の場合</b> <span style="float: right; color: red;">578点</span></p> <p>二月1回訪問診療を行っている場合</p> <p>(1) 単一建物診療患者が1人の場合 <span style="float: right; color: red;">2,285点</span></p> <p>(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <span style="float: right; color: red;">1,265点</span></p> <p><b>(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合</b> <span style="float: right; color: red;">665点</span></p> <p><b>(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合</b> <span style="float: right; color: red;">570点</span></p> <p><b>(5) (1)から(4)まで以外の場合</b> <span style="float: right; color: red;">490点</span></p>

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

## 在宅時医学総合管理料（在支診・在支病）

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

改定前	改定後
<p>ホ 月1回訪問診療等を行っている場合であって、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合</p> <p>(1) 単一建物診療患者が1人の場合 1,285点</p> <p>(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 733点</p> <p>(3) (1)及び(2)以外の場合 390点</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>	<p>ホ 月1回訪問診療等を行っている場合であって、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合</p> <p>(1) 単一建物診療患者が1人の場合 <b>1,270点</b></p> <p>(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <b>718点</b></p> <p><b>(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 375点</b></p> <p><b>(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 321点</b></p> <p><b>(5) (1)から(4)まで以外の場合 275点</b></p>

**在宅時医学総合管理料（在支診・在支病以外）** 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

改定前	改定後
<p>3 1及び2に掲げるもの以外の場合</p> <p>イ 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月に2回以上訪問診療を行っている場合</p> <p>(1) 単一建物診療患者が1人の場合 <span style="float: right;">3,450点</span></p> <p>(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <span style="float: right;">2,835点</span></p> <p>(3) (1)及び(2)以外の場合 <span style="float: right;">1,800点</span></p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>ロ 月2回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。）</p> <p>(1) 単一建物診療患者が1人の場合 <span style="float: right;">2,750点</span></p> <p>(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <span style="float: right;">1,475点</span></p> <p>(3) (1)及び(2)以外の場合 <span style="float: right;">750点</span></p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>	<p>3 1及び2に掲げるもの以外の場合</p> <p>イ 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月に2回以上訪問診療を行っている場合</p> <p>(1) 単一建物診療患者が1人の場合 <span style="float: right;">3,435点</span></p> <p>(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <span style="float: right;">2,820点</span></p> <p>(3) <u>単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合</u> <span style="float: right;">1,785点</span></p> <p>(4) <u>単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合</u> <span style="float: right;">1,500点</span></p> <p>(5) <u>(1)から(4)まで以外の場合</u> <span style="float: right;">1,315点</span></p> <p>ロ 月2回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。）</p> <p>(1) 単一建物診療患者が1人の場合 <span style="float: right;">2,735点</span></p> <p>(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <span style="float: right;">1,460点</span></p> <p>(3) <u>単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合</u> <span style="float: right;">735点</span></p> <p>(4) <u>単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合</u> <span style="float: right;">655点</span></p> <p>(5) <u>(1)から(4)まで以外の場合</u> <span style="float: right;">555点</span></p>

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

# 在宅時医学総合管理料（在支診・在支病以外）

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

改定前	改定後
八月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（イ及びロの場合を除く。） (1) 単一建物診療患者が1人の場合 <div style="text-align: right;">2,029点</div> (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <div style="text-align: right;">1,180点</div> (3) (1)及び(2)以外の場合 <div style="text-align: right;">660点</div> (新設) (新設)	八月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（イ及びロの場合を除く。） (1) 単一建物診療患者が1人の場合 <div style="text-align: right; color: red;">2,014点</div> (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <div style="text-align: right; color: red;">1,165点</div> (3) <b>単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合</b> <div style="text-align: right; color: red;">645点</div> (4) <b>単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合</b> <div style="text-align: right; color: red;">573点</div> (5) <b>(1)から(4)まで以外の場合</b> <div style="text-align: right; color: red;">487点</div>
二月1回訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が1人の場合 <div style="text-align: right;">1,760点</div> (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <div style="text-align: right;">995点</div> (3) (1)及び(2)以外の場合 <div style="text-align: right;">560点</div> (新設) (新設)	二月1回訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が1人の場合 <div style="text-align: right; color: red;">1,745点</div> (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <div style="text-align: right; color: red;">980点</div> (3) <b>単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合</b> <div style="text-align: right; color: red;">545点</div> (4) <b>単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合</b> <div style="text-align: right; color: red;">455点</div> (5) <b>(1)から(4)まで以外の場合</b> <div style="text-align: right; color: red;">395点</div>

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

# 在宅時医学総合管理料（在支診・在支病以外）

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

改定前	改定後
ホ 月 1 回訪問診療等を行っている場合であって、2 月に 1 回 に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合	ホ 月 1 回訪問診療等を行っている場合であって、2 月に 1 回 に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合
(1) 単一建物診療患者が 1 人の場合 <div style="text-align: right;">1,015点</div>	(1) 単一建物診療患者が 1 人の場合 <div style="text-align: right; color: red;">1,000点</div>
(2) 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 <div style="text-align: right;">590点</div>	(2) 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 <div style="text-align: right; color: red;">575点</div>
(3) (1)及び(2)以外の場合 <div style="text-align: right;">330点</div>	(3) <b>単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合</b> <div style="text-align: right; color: red;">315点</div>
(新設)	(4) <b>単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合</b> <div style="text-align: right; color: red;">264点</div>
(新設)	(5) <b>(1)から(4)まで以外の場合</b> <div style="text-align: right; color: red;">225点</div>



# 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 (在医総管)

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

改定前	改定後
[算定要件] 注1～6 (略) 7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ更に所定点数に加算する イ 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 (1) 単一建物診療患者が1人の場合 <div style="text-align: right;">400点</div> (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <div style="text-align: right;">200点</div> (3) (1)及び(2)以外の場合 <div style="text-align: right;">100点</div> (新設) (新設)	[算定要件] 注1～6 (略) 7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ更に所定点数に加算する。 イ 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 (1) 単一建物診療患者が1人の場合 <div style="text-align: right;">400点</div> (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <div style="text-align: right;">200点</div> (3) <b>単一建物診療患者が10人以上19以下の場合</b> <div style="text-align: right;">100点</div> (4) <b>単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合</b> <div style="text-align: right;"><b>85点</b></div> (5) <b>(1)から(4)まで以外の場合</b> <div style="text-align: right;"><b>75点</b></div>

・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

# 在宅療養実績加算 (在医総管)

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

改定前	改定後
□ 在宅療養実績加算 1 (1) 単一建物診療患者が1人の場合 <div style="text-align: right;">300点</div> (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <div style="text-align: right;">150点</div> (3) <u>(1)及び(2)以外の場合</u> <div style="text-align: right;">75点</div> (新設) (新設)	□ 在宅療養実績加算 1 (1) 単一建物診療患者が1人の場合 <div style="text-align: right;">300点</div> (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <div style="text-align: right;">150点</div> (3) <b><u>単一建物診療患者が10人以上19以下の場合</u></b> <div style="text-align: right;">75点</div> (4) <b><u>単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合</u></b> <div style="text-align: right; color: red;"><b>63点</b></div> (5) <b><u>(1)から(4)まで以外の場合</u></b> <div style="text-align: right; color: red;"><b>56点</b></div>
八 在宅療養実績加算 2 (1) 単一建物診療患者が1人の場合 <div style="text-align: right;">200点</div> (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <div style="text-align: right;">100点</div> (3) <u>(1)及び(2)以外の場合</u> <div style="text-align: right;">50点</div> (新設) (新設)	八 在宅療養実績加算 2 (1) 単一建物診療患者が1人の場合 <div style="text-align: right;">200点</div> (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <div style="text-align: right;">100点</div> (3) <b><u>単一建物診療患者が10人以上19以下の場合</u></b> <div style="text-align: right;">50点</div> (4) <b><u>単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合</u></b> <div style="text-align: right; color: red;"><b>43点</b></div> (5) <b><u>(1)から(4)まで以外の場合</u></b> <div style="text-align: right; color: red;"><b>38点</b></div>

# 訪問回数の多い医療機関の減算 (在医総管、施医総管)

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

改定前	改定後
<p>8~13 (略) (新設)</p> <p>・訪問診療の算定回数等が一定数を超える保険医療機関について、単一建物診療患者の数が10人以上である患者に対する減算の新設 ・看取りの件数等、一定の基準を満たす場合は除外</p> <p>【施設基準】 第四 在宅医療一の六 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の施設基準 (新設)</p>	<p>8~13 (略)</p> <p><u>14 1のイの(1)の③から⑤、1のイの(2)の③から⑤、1のイの(3)の③から⑤、1のイの(4)の③から⑤、1のイの(5)の③から⑤、1のロの(1)の③から⑤、1のロの(2)の③から⑤、1のロの(3)の③から⑤、1のロの(4)の③から⑤、1のロの(5)の③から⑤、2のイの(3)から(5)、2のロの(3)から(5)、2のハの(3)から(5)、2のニの(3)から(5)、2のホの(3)から(5)、3のイの(3)から(5)、3のロの(3)から(5)、3のハの(3)から(5)、3のニの(3)から(5)及び3のホの(3)から(5)について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、それぞれ所定点数の<b>100分の60</b>に相当する点数を算定する。</u></p> <p>【施設基準】 第四 在宅医療一の六 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の施設基準 <u>(10) 在宅時医学総合管理料の注14 (施設入居時等医学総合管理料の注5の規定により準用する場合を含む。)に規定する別に厚生労働大臣が定める基準当該保険医療機関の訪問診療の回数及び当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関 (令和6年3月31日までに開設した保険医療機関を除く。)の訪問診療の回数の合計が一定数を超えないこと。</u></p>

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工 (株) が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

**施設入居時等医学総合管理料（機能強化型）** 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

改定前	改定後
<p>1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合 イ 病床を有する場合</p> <p>(1) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合</p> <p>① 単一建物診療患者が1人の場合 3,900点</p> <p>② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 3,240点</p> <p>③ ①及び②以外の場合 2,880点</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(2) 月2回以上訪問診療を行っている場合（(1)の場合を除く。）</p> <p>① 単一建物診療患者が1人の場合 3,200点</p> <p>② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,700点</p> <p>③ ①及び②以外の場合 1,200点</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>	<p>1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合 イ 病床を有する場合</p> <p>(1) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合</p> <p>① 単一建物診療患者が1人の場合 <b>3,885点</b></p> <p>② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <b>3,225点</b></p> <p>③ <u>単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合</u> <b>2,865点</b></p> <p>④ <u>単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合</u> <b>2,400点</b></p> <p>⑤ <u>①から④まで以外の場合</u> <b>2,110点</b></p> <p>(2) 月2回以上訪問診療を行っている場合（(1)の場合を除く。）</p> <p>① 単一建物診療患者が1人の場合 <b>3,185点</b></p> <p>② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <b>1,685点</b></p> <p>③ <u>単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合</u> <b>1,185点</b></p> <p>④ <u>単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合</u> <b>1,065点</b></p> <p>⑤ <u>①から④まで以外の場合</u> <b>905点</b></p>

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

**施設入居時等医学総合管理料（機能強化型）** 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

改定前	改定後
<p>(3) 月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（(1)及び(2)の場合を除く。）</p> <p>① 単一建物診療患者が1人の場合 2,249点</p> <p>② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,265点</p> <p>③ ①及び②以外の場合 880点</p> <p>（新設）</p> <p>（新設）</p>	<p>(3) 月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（(1)及び(2)の場合を除く。）</p> <p>① 単一建物診療患者が1人の場合 <b>2,234点</b></p> <p>② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <b>1,250点</b></p> <p>③ <u>単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合</u> <b>865点</b></p> <p>④ <u>単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合</u> <b>780点</b></p> <p>⑤ <u>①から④まで以外の場合</u> <b>660点</b></p>
<p>(4) 月1回訪問診療を行っている場合</p> <p>① 単一建物診療患者が1人の場合 1,980点</p> <p>② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,080点</p> <p>③ ①及び②以外の場合 780点</p> <p>（新設）</p> <p>（新設）</p>	<p>(4) 月1回訪問診療を行っている場合</p> <p>① 単一建物診療患者が1人の場合 <b>1,965点</b></p> <p>② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <b>1,065点</b></p> <p>③ <u>単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合</u> <b>765点</b></p> <p>④ <u>単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合</u> <b>670点</b></p> <p>⑤ <u>①から④まで以外の場合</u> <b>575点</b></p>

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

**施設入居時等医学総合管理料（機能強化型）** 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

改定前	改定後
<p>(5) 月1回訪問診療等を行っている場合であって、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合</p> <p>① 単一建物診療患者が1人の場合 1,125点</p> <p>② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 633点</p> <p>③ ①及び②以外の場合 440点</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>□ 病床を有しない場合</p> <p>(1) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合</p> <p>① 単一建物診療患者が1人の場合 3,600点</p> <p>② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 2,970点</p> <p>③ ①及び②以外の場合 2,640点</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>	<p>(5) 月1回訪問診療等を行っている場合であって、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合</p> <p>① 単一建物診療患者が1人の場合 <b>1,110点</b></p> <p>② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <b>618点</b></p> <p>③ <u>単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合</u> <b>425点</b></p> <p>④ <u>単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合</u> <b>373点</b></p> <p>⑤ <u>①から④まで以外の場合</u> <b>317点</b></p> <p>□ 病床を有しない場合</p> <p>(1) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合</p> <p>① 単一建物診療患者が1人の場合 <b>3,585点</b></p> <p>② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <b>2,955点</b></p> <p>③ <u>単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合</u> <b>2,625点</b></p> <p>④ <u>単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合</u> <b>2,205点</b></p> <p>⑤ <u>①から④まで以外の場合</u> <b>1,935点</b></p>

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

**施設入居時等医学総合管理料（機能強化型）** 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

改定前	改定後
<p>(2) 月2回以上訪問診療を行っている場合（(1)の場合を除く。）</p> <p>① 単一建物診療患者が1人の場合 2,900点</p> <p>② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,550点</p> <p>③ ①及び②以外の場合 1,100点</p> <p>（新設）</p> <p>（新設）</p>	<p>(2) 月2回以上訪問診療を行っている場合（(1)の場合を除く。）</p> <p>① 単一建物診療患者が1人の場合 <b>2,885点</b></p> <p>② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <b>1,535点</b></p> <p>③ <u>単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合</u> <b>1,085点</b></p> <p>④ <u>単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合</u> <b>970点</b></p> <p>⑤ <u>①から④まで以外の場合</u> <b>825点</b></p>
<p>(3) 月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（(1)及び(2)の場合を除く。）</p> <p>① 単一建物診療患者が1人の場合 2,069点</p> <p>② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,175点</p> <p>③ ①及び②以外の場合 820点</p> <p>（新設）</p> <p>（新設）</p>	<p>(3) 月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（(1)及び(2)の場合を除く。）</p> <p>① 単一建物診療患者が1人の場合 <b>2,054点</b></p> <p>② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <b>1,160点</b></p> <p>③ <u>単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合</u> <b>805点</b></p> <p>④ <u>単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合</u> <b>720点</b></p> <p>⑤ <u>①から④まで以外の場合</u> <b>611点</b></p>

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

**施設入居時等医学総合管理料（機能強化型）** 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

改定前	改定後
<p>(4) 月1回訪問診療を行っている場合</p> <p>① 単一建物診療患者が1人の場合 1,800点</p> <p>② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 990点</p> <p>③ ①及び②以外の場合 720点</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>	<p>(4) 月1回訪問診療を行っている場合</p> <p>① 単一建物診療患者が1人の場合 <b>1,785点</b></p> <p>② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <b>975点</b></p> <p>③ <b>単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合</b> <b>705点</b></p> <p>④ <b>単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合</b> <b>615点</b></p> <p>⑤ <b>①から④まで以外の場合</b> <b>525点</b></p>
<p>(5) 月1回訪問診療等を行っている場合であって、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合</p> <p>① 単一建物診療患者が1人の場合 1,035点</p> <p>② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 588点</p> <p>③ ①及び②以外の場合 410点</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>	<p>(5) 月1回訪問診療等を行っている場合であって、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合</p> <p>① 単一建物診療患者が1人の場合 <b>1,020点</b></p> <p>② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <b>573点</b></p> <p>③ <b>単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合</b> <b>395点</b></p> <p>④ <b>単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合</b> <b>344点</b></p> <p>⑤ <b>①から④まで以外の場合</b> <b>292点</b></p>

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。



## 施設入居時等医学総合管理料（在支病・在支診）

改定前	改定後
2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1に規定するものを除く。）の場合 イ 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が1人の場合 3,300点 (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <div style="text-align: right;">2,700点</div> (3) (1)及び(2)以外の場合 <div style="text-align: right;">2,400点</div> (新設) (新設)	2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1に規定するものを除く。）の場合 イ 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が1人の場合 <b>3,285点</b> (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <div style="text-align: right;"><b>2,685点</b></div> <b>(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合</b> <div style="text-align: right;"><b>2,385点</b></div> <b>(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合</b> <div style="text-align: right;"><b>2,010点</b></div> <b>(5) (1)から(4)まで以外の場合</b> <div style="text-align: right;"><b>1,765点</b></div>
□ 月2回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。） (1) 単一建物診療患者が1人の場合 2,600点 (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <div style="text-align: right;">1,400点</div> (3) (1)及び(2)以外の場合 <div style="text-align: right;">1,000点</div> (新設) (新設)	□ 月2回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。） (1) 単一建物診療患者が1人の場合 <b>2,585点</b> (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <div style="text-align: right;"><b>1,385点</b></div> <b>(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合</b> <div style="text-align: right;"><b>985点</b></div> <b>(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合</b> <div style="text-align: right;"><b>875点</b></div> <b>(5) (1)から(4)まで以外の場合</b> <div style="text-align: right;"><b>745点</b></div>

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

# 施設入居時等医学総合管理料（在支病・在支診）

改定前	改定後
八月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（イ及びロの場合を除く。） (1) 単一建物診療患者が1人の場合 1,909点 (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <span style="float: right;">1,105点</span> (3) (1)及び(2)以外の場合 <span style="float: right;">780点</span> (新設) (新設)	八月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（イ及びロの場合を除く。） (1) 単一建物診療患者が1人の場合 <b>1,894点</b> (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <span style="float: right;"><b>1,090点</b></span> <b>(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合</b> <span style="float: right;"><b>765点</b></span> <b>(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合</b> <span style="float: right;"><b>679点</b></span> <b>(5) (1)から(4)まで以外の場合</b> <span style="float: right;"><b>578点</b></span>
二月1回訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が1人の場合 1,640点 (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <span style="float: right;">920点</span> (3) (1)及び(2)以外の場合 <span style="float: right;">680点</span> (新設) (新設)	二月1回訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が1人の場合 <b>1,625点</b> (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <span style="float: right;"><b>905点</b></span> <b>(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合</b> <span style="float: right;"><b>665点</b></span> <b>(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合</b> <span style="float: right;"><b>570点</b></span> <b>(5) (1)から(4)まで以外の場合</b> <span style="float: right;"><b>490点</b></span>

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

## 施設入居時等医学総合管理料（在支病・在支診）

改定前	改定後
<p>ホ 月 1 回訪問診療等を行っている場合であって、2 月に 1 回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合</p> <p>(1) 単一建物診療患者が 1 人の場合 955点</p> <p>(2) 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 553点</p> <p>(3) (1)及び(2)以外の場合 390点</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>	<p>ホ 月 1 回訪問診療等を行っている場合であって、2 月に 1 回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合</p> <p>(1) 単一建物診療患者が 1 人の場合 <b>940点</b></p> <p>(2) 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 <b>538点</b></p> <p><b>(3) 単一建物診療患者が 10人以上19人以下の場合 375点</b></p> <p><b>(4) 単一建物診療患者が 20人以上49人以下の場合 321点</b></p> <p><b>(5) (1)から(4)まで以外の場合 275点</b></p>



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

## 施設入居時等医学総合管理料（在支病・在支診以外）

改定前	改定後
八月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（イ及びロの場合を除く。） (1) 単一建物診療患者が1人の場合 1,549点 (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <div style="text-align: right;">910点</div> (3) (1)及び(2)以外の場合 <div style="text-align: right;">660点</div> (新設) (新設)	八月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（イ及びロの場合を除く。） (1) 単一建物診療患者が1人の場合 <b style="color: red;">1,534点</b> (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <div style="text-align: right;"><b style="color: red;">895点</b></div> (3) <b style="color: red;">単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合</b> <div style="text-align: right;"><b style="color: red;">645点</b></div> (4) <b style="color: red;">単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合</b> <div style="text-align: right;"><b style="color: red;">573点</b></div> (5) <b style="color: red;">(1)から(4)まで以外の場合</b> <div style="text-align: right;"><b style="color: red;">487点</b></div> 二月1回訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が1人の場合 <b style="color: red;">1,265点</b> (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <div style="text-align: right;"><b style="color: red;">710点</b></div> (3) <b style="color: red;">単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合</b> <div style="text-align: right;"><b style="color: red;">545点</b></div> (4) <b style="color: red;">単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合</b> <div style="text-align: right;"><b style="color: red;">455点</b></div> (5) <b style="color: red;">(1)から(4)まで以外の場合</b> <div style="text-align: right;"><b style="color: red;">395点</b></div>
二月1回訪問診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が1人の場合 1,280点 (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <div style="text-align: right;">725点</div> (3) (1)及び(2)以外の場合 <div style="text-align: right;">560点</div> (新設) (新設)	

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

## 施設入居時等医学総合管理料（在支病・在支診以外）

改定前	改定後
木月1回訪問診療等を行っている場合であって、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が1人の場合 775点 (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <div style="text-align: right;">455点</div> (3) (1)及び(2)以外の場合 <div style="text-align: right;">330点</div> (新設) (新設)	木月1回訪問診療等を行っている場合であって、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合 (1) 単一建物診療患者が1人の場合 <b>760点</b> (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <div style="text-align: right;"><b>440点</b></div> (3) <b>単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合</b> <div style="text-align: right;"><b>315点</b></div> (4) <b>単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合</b> <div style="text-align: right;"><b>264点</b></div> (5) <b>(1)から(4)まで以外の場合</b> <div style="text-align: right;"><b>225点</b></div>

・施設入居時等医学総合管理料についても訪問診療の算定回数等が一定数を超える保険医療機関について、単一建物診療患者の数が10人以上である患者に対する減算あり（看取りの件数等、一定の基準を満たす場合は除外）

# 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 (施医総管)

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

改定前	改定後
<p>[算定要件] 注1・2 (略)</p> <p>3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ更に所定点数に加算する。</p> <p>イ 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算</p> <p>(1) 単一建物診療患者が1人の場合 300点</p> <p>(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 150点</p> <p>(3) (1)及び(2)以外の場合 75点</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>	<p>[算定要件] 注1・2 (略)</p> <p>3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ更に所定点数に加算する。</p> <p>イ 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算</p> <p>(1) 単一建物診療患者が1人の場合 300点</p> <p>(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 150点</p> <p>(3) <b>単一建物診療患者が10人以上19以下の場合</b> 75点</p> <p>(4) <b>単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合</b> <b>63点</b></p> <p>(5) <b>(1)から(4)まで以外の場合</b> <b>56点</b></p>

・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

# 在宅療養実績加算 (施医総管)

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

改定前	改定後
<p>□ 在宅療養実績加算 1</p> <p>(1) 単一建物診療患者が 1 人の場合 225点</p> <p>(2) 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 110点</p> <p>(3) (1)及び(2)以外の場合 56点</p> <p style="padding-left: 20px;">(新設)</p> <p style="padding-left: 20px;">(新設)</p>	<p>□ 在宅療養実績加算 1</p> <p>(1) 単一建物診療患者が 1 人の場合 225点</p> <p>(2) 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 110点</p> <p>(3) <u>単一建物診療患者が10人以上19以下の場合</u> 56点</p> <p>(4) <u>単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合</u> <b style="color: red;">47点</b></p> <p>(5) <u>(1)から(4)まで以外の場合</u> <b style="color: red;">42点</b></p>
<p>ハ 在宅療養実績加算 2</p> <p>(1) 単一建物診療患者が 1 人の場合 150点</p> <p>(2) 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 75点</p> <p>(3) (1)及び(2)以外の場合 40点</p> <p style="padding-left: 20px;">(新設)</p> <p style="padding-left: 20px;">(新設)</p>	<p>ハ 在宅療養実績加算 2</p> <p>(1) 単一建物診療患者が 1 人の場合 150点</p> <p>(2) 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 75点</p> <p>(3) <u>単一建物診療患者が10人以上19以下の場合</u> 40点</p> <p>(4) <u>単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合</u> <b style="color: red;">33点</b></p> <p>(5) <u>(1) から(4)まで以外の場合</u> <b style="color: red;">30点</b></p>



# 機能強化型在支診・在支病 (データ提出加算)

在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の見直し

改定前	改定後
<p>【在宅療養支援診療所】 [施設基準] 第三 医学管理等 六 在宅療養支援診療所の施設基準 (1) 次のいずれの基準にも該当するものであること イ～ワ (略) (新設)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>・各年5月から7月までの訪問診療の回数が一定回数を超える機能強化型在支診・在支病は在宅データ提出加算の届出を要件化</p> </div>	<p>【在宅療養支援診療所】 [施設基準] 第三 医学管理等 六 在宅療養支援診療所の施設基準 (1) 次のいずれの基準にも該当するものであること イ～ヨ (略) <b>タ 訪問診療の回数が一定数以上の場合にあっては、在宅データ提出加算に係る届出を行っている医療機関であること。</b></p> <p>※ <b>第三の六の(2)及び機能強化型の在宅療養支援病院についても同様。</b></p>

[経過措置]

- 第三の六の(1) **タ**、第三の六の(2) **ヨ**、第四の一の(1) **タ**及び第四の一の(2) **タ**に係る規定は、令和6年3月31日において現に機能強化型の在宅療養診療所及び在宅療養病院の届出を行っている場合は、**令和7年5月31日**までの間に限り、在宅データ提出加算に係る基準を満たすものとする。
- 第四の一の六(10)に係る規定は、令和6年3月31日において現に在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の届出を行っている保険医療機関については、**令和6年9月30日**までは当該基準を満たすものとする。

# 在宅療養支援診療所（施設基準）

在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院  
における訪問栄養食事指導の推進

改定前	改定後
<p>【在宅療養支援診療所】 〔施設基準〕 (1) 次のいずれの基準にも該当するものであること。 イ～ワ（略） （新規） 1 在宅療養支援診療所の施設基準 次の(1)から(3)までのいずれかに該当するものを在宅療養支援診療所という。 （中略） (1) 診療所であって、当該診療所単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。 （新設）</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>・医師が栄養管理の必要性を認めた患者に対して訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備を推進する観点から望ましいとする要件を追加</p> </div>	<p>【在宅療養支援診療所】 〔施設基準〕 (1) 次のいずれの基準にも該当するものであること。 イ～ワ（略） <b>カ 訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制をとっていること。</b> 1 在宅療養支援診療所の施設基準 次の(1)から(3)までのいずれかに該当するものを在宅療養支援診療所という。 （中略） (1) 診療所であって、当該診療所単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。 <b>タ 当該診療所において、当該診療所の管理栄養士又は当該診療所以外（公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」又は他の保険医療機関に限る。）の管理栄養士との連携により、医師が栄養管理の必要性を認めた患者に対して訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を整備することが望ましい。</b></p>

# 在宅療養支援病院（施設基準）

在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院  
における訪問栄養食事指導の推進

改定前	改定後
<p>【在宅療養支援病院】 〔施設基準〕</p> <p>(1) 次のいずれの基準にも該当するものであること。 イ～ワ（略） （新規）</p> <p>1 在宅療養支援病院の施設基準 次の(1)から(3)までのいずれかに該当するものを在宅療養支援病院という。 （中略）</p> <p>(1) 病院であって、当該病院単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。 （新設）</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>・医師が栄養管理の必要性を認めた患者に対して訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備を推進する観点から望ましいとする要件を追加</p> </div>	<p>【在宅療養支援病院】 〔施設基準〕</p> <p>(1) 次のいずれの基準にも該当するものであること。 イ～ワ（略） <b>カ 訪問栄養食事指導を行うにつき十分な体制が整備されていること。</b></p> <p>1 在宅療養支援病院の施設基準 次の(1)から(3)までのいずれかに該当するものを在宅療養支援病院という。 （中略）</p> <p>(1) 病院であって、当該病院単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。 <b>チ 当該病院において、当該病院の管理栄養士により、医師が栄養管理の必要性を認めた患者に対して訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を整備すること。</b></p> <p>※ <b>機能強化型のうち連携型の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院並びに機能強化型以外の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院についても同様。</b></p>
<p>〔経過措置〕</p> <p><b>令和6年3月31日において現に在宅療養支援病院に係る届出を行っている保険医療機関について、運営する「栄養ケア・ステーション」又は他の保健医療機関については、令和7年5月31日までの間に限り、第四の一の(1)のカ、(2)のカ若しくは(3)のヲに該当するものとみなす。</b></p>	

# 包括的支援加算（在医総管、施医総管）

改定前	改定後
<p>【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】</p> <p>〔施設基準〕</p> <p>別表第八の三 在宅時医学総合管理料の注10（施設入居時等医学総合管理料の注5の規定により準用する場合を含む。）に規定する別に厚生労働大臣が定める状態の患者 <b>要介護二</b>以上の状態又はこれに準ずる状態</p> <p>日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さのために、介護を必要とする認知症の状態</p> <p>頻回の訪問看護を受けている状態</p> <p>訪問診療又は訪問看護において処置を受けている状態</p> <p>介護保険法第八条第十一項に規定する特定施設等看護職員が配置された施設に入居し、医師の指示を受けた看護職員による処置を受けている状態</p> <p>（新設）</p> <p>その他関係機関との調整等のために訪問診療を行う医師による特別な医学管理を必要とする状態</p>	<p>【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】</p> <p>〔施設基準〕</p> <p>別表第八の三 在宅時医学総合管理料の注10（施設入居時等医学総合管理料の注5の規定により準用する場合を含む。）に規定する別に厚生労働大臣が定める状態の患者 <b>要介護三</b>以上の状態又はこれに準ずる状態</p> <p>日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さ<b>が見られ</b>、介護を必要とする認知症の状態頻回の訪問看護を受けている状態</p> <p>訪問診療又は訪問看護において処置を受けている状態</p> <p>介護保険法第八条第十一項に規定する特定施設等看護職員が配置された施設に入居し、医師の指示を受けた看護職員による処置を受けている状態</p> <p><b>麻薬の投薬を受けている状態</b></p> <p>その他関係機関との調整等のために訪問診療を行う医師による特別な医学管理を必要とする状態</p>

- ・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見直し
- ・対象患者に「麻薬の投薬を受けている状態」を追加

# 在宅患者訪問診療料（Ⅰ） 1、（Ⅱ）

訪問診療の頻度が高い医療機関の  
在宅患者訪問診療料の見直し

改定前	改定後
<p>【在宅患者訪問診療料（Ⅰ） 1】 [算定要件] (新設)</p> <p>・在支診・在支病について、一人あたりの訪問診療の回数が基準を超える場合の在宅患者訪問診療料を見直し</p> <p>【在宅患者訪問診療料（Ⅱ）】 (新設)</p>	<p>【在宅患者訪問診療料（Ⅰ） 1】 [算定要件]</p> <p><b>注12</b> 1について、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定める基準に適合しなくなった場合には、当該基準に適合しなくなった後の直近1月に限り、同一患者につき同一月において訪問診療を<b>5回以上</b>実施した場合における<b>5回目以降</b>の当該訪問診療については、所定点数の<b>100分の50</b>に相当する点数により算定する。</p> <p>【在宅患者訪問診療料（Ⅱ）】 <b>注6</b> 注1のイの場合について、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定める基準に適合しなくなった場合には、当該基準に適合しなくなった後の直近1月に限り、同一患者につき同一月において訪問診療を<b>5回以上</b>実施した場合における<b>5回目以降</b>の当該訪問診療については、所定点数の<b>100分の50</b>に相当する点数により算定する。</p>

# 在宅患者訪問診療料 (Ⅰ) 1、(Ⅱ)

訪問診療の頻度が高い医療機関の在宅患者訪問診療料の見直し

改定前	改定後
<p>[施設基準] (新設)</p>	<p>[施設基準] 一の五の二 在宅患者訪問診療料 (Ⅰ) 及び在宅患者訪問診療料 (Ⅱ) に規定する別に厚生労働大臣が定める基準 患者一人当たりの直近3月の訪問診療の回数が一定数未満である 第9 在宅患者訪問診療料 (Ⅰ) 及び在宅患者訪問診療料 (Ⅱ) に規定する場合の施設基準以下のいずれにも該当する場合当該医療機関において次のアに掲げる数をイに掲げる数で除した値が12未満であること。なお、アの数が120を超えない場合はこの限りではない。 ア 直近3月に訪問診療を行った回数 (別表第七に掲げる別に厚生労働大臣の定める疾病等の患者、死亡した者、末期心不全の患者、呼吸器疾患の終末期患者、当該期間中に訪問診療を新たに開始した患者又は終了した患者に行う場合を除く。) イ 直近3月に訪問診療を行った患者の数 (別表第七に掲げる別に厚生労働大臣の定める疾病等の患者、末期心不全の患者、呼吸器疾患の終末期患者又は当該期間中に訪問診療を新たに開始した患者、訪問診療を終了した患者若しくは死亡した患者に行った場合を除く。)</p>
<p>[経過措置] (新設)</p>	<p>[経過措置] 令和六年三月三十一日において現に在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に係る届出を行っている保険医療機関については、令和6年9月30日までの間に限り、第四の一の五の二に該当するものとみなす。</p>

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工 (株) が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

## 頻回訪問加算（在医総管、施医総管）

訪問診療の頻度が高い医療機関の  
在宅患者訪問診療料の見直し

改定前	改定後
<p>【在宅時医学総合管理料】 [算定要件] 注5 在宅時医学総合管理料を算定すべき医学管理に関し特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものに限る。）に対して、1月に4回以上の往診又は訪問診療を行った場合には、患者1人につき1回に限り、<u>頻回訪問加算</u>として、<u>600点</u>を所定点数に加算する。</p>	<p>【在宅時医学総合管理料】 [算定要件] 注5 在宅時医学総合管理料を算定すべき医学管理に関し特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものに限る。）に対して、1月に4回以上の往診又は訪問診療を行った場合には、患者1人につき1回に限り、<u>頻回訪問加算</u>として、<u>次に掲げる点数</u>を所定点数に加算する。 <b>イ 初回の場合 800点</b> <b>ロ 2回目以降の場合 300点</b></p> <p>※ <u>施設入居時等医学総合管理料においても同様。</u></p>

・初回と2回目以降の評価に分ける

# ハイリスク妊産婦連携指導料

母子に対する適切な訪問看護の推進

改定前	改定後
<p>【ハイリスク妊産婦連携指導料 1】 [算定要件]</p> <p>(5) 当該患者の診療方針等に係るカンファレンスを概ね2ヶ月に1回の頻度で開催されている。また、当該カンファレンスには以下に掲げる者が参加していること。 ア～オ（略） （新設）</p> <p>【ハイリスク妊産婦連携指導料 2】 [算定要件]</p> <p>(5) 当該患者の診療方針等に係るカンファレンスを概ね2ヶ月に1回の頻度で開催されている。また、当該カンファレンスには以下に掲げる者が参加していること。 ア～オ（略） （新設）</p>	<p>【ハイリスク妊産婦連携指導料 1】 [算定要件]</p> <p>(5) 当該患者の診療方針等に係るカンファレンスを概ね2ヶ月に1回の頻度で開催されている。また、当該カンファレンスには以下に掲げる者が参加していること。 ア～オ（略） <b><u>カ 必要に応じて、当該患者の訪問看護を担当する訪問看護ステーションの保健師、助産師又は看護師</u></b></p> <p>【ハイリスク妊産婦連携指導料 2】 [算定要件]</p> <p>(5) 当該患者の診療方針等に係るカンファレンスを概ね2ヶ月に1回の頻度で開催されている。また、当該カンファレンスには以下に掲げる者が参加していること。 ア～オ（略） <b><u>カ 必要に応じて、当該患者の訪問看護を担当する訪問看護ステーションの保健師、助産師又は看護師</u></b></p>

・ハイリスク妊産婦に対する支援を充実する観点から、ハイリスク妊産婦連携指導料の多職種カンファレンスの参加者に、訪問看護ステーションの看護師等を加える



# 訪問看護指示料

訪問看護療養費明細書の電子化に伴う訪問看護指示書の記載事項及び様式見直し

改定前	改定後
<p>【訪問看護指示料】 [算定要件]</p> <p>(5) 患者の主治医は、指定訪問看護の必要性を認めた場合には、診療に基づき速やかに訪問看護指示書及び特別訪問看護指示書（以下この項において「訪問看護指示書等」という。）を作成すること。当該訪問看護指示書等には、緊急時の連絡先として、診療を行った保険医療機関の電話番号等を必ず記載した上で、訪問看護ステーション等に交付すること。</p> <p>なお、訪問看護指示書等は、特に患者の求めに応じて、患者又はその家族等を介して訪問看護ステーション等に交付できるものであること。</p>	<p>【訪問看護指示料】 [算定要件]</p> <p>(5) 患者の主治医は、指定訪問看護の必要性を認めた場合には、診療に基づき速やかに訪問看護指示書及び特別訪問看護指示書（以下この項において「訪問看護指示書等」という。）を作成すること。当該訪問看護指示書等には、緊急時の連絡先として、診療を行った保険医療機関の電話番号等を必ず記載した上で、訪問看護ステーション等に交付すること。</p> <p><b>また、当該訪問看護指示書等には、原則として主たる傷病名の傷病名コードを記載すること。</b></p> <p>なお、訪問看護指示書等は、特に患者の求めに応じて、患者又はその家族等を介して訪問看護ステーション等に交付できるものであること。</p>

・令和6年6月から訪問看護レセプトのオンライン請求が開始されることを踏まえ、訪問看護指示書の主たる傷病名について、傷病名コードを記載することとし、当該様式を見直し

# 精神科訪問看護指示料

訪問看護療養費明細書の電子化に伴う訪問看護指示書の記載事項及び様式見直し

改定前	改定後
<p>【精神科訪問看護指示料】 [算定要件]</p> <p>(5) 患者の診療を行った精神科の医師は、指定訪問看護の必要性を認めた場合には、診療に基づき速やかに精神科訪問看護指示書及び精神科特別訪問看護指示書（以下この項において「精神科訪問看護指示書等」という。）を作成すること。当該精神科訪問看護指示書等には、緊急時の連絡先として、診療を行った保険医療機関の電話番号等を必ず記載した上で、訪問看護ステーションに交付すること。</p> <p>なお、精神科訪問看護指示書等は、特に患者の求めに応じて、患者又はその家族等を介して訪問看護ステーションに交付できるものであること。</p>	<p>【精神科訪問看護指示料】 [算定要件]</p> <p>(5) 患者の診療を行った精神科の医師は、指定訪問看護の必要性を認めた場合には、診療に基づき速やかに精神科訪問看護指示書及び精神科特別訪問看護指示書（以下この項において「精神科訪問看護指示書等」という。）を作成すること。当該精神科訪問看護指示書等には、緊急時の連絡先として、診療を行った保険医療機関の電話番号等を必ず記載した上で、訪問看護ステーションに交付すること。<b>また、当該精神科訪問看護指示書等には、原則として主たる傷病名の傷病名コードを記載すること。</b></p> <p>なお、精神科訪問看護指示書等は、特に患者の求めに応じて、患者又はその家族等を介して訪問看護ステーションに交付できるものであること。</p>

・令和6年6月から訪問看護レセプトのオンライン請求が開始されることを踏まえ、訪問看護指示書の主たる傷病名について、傷病名コードを記載することとし、当該様式を見直し

# 遠隔死亡診断補助加算

ICTを活用した遠隔死亡診断の補助に対する評価の新設

改定前	改定後
<p>【在宅患者訪問看護・指導料】 [算定要件] (新設)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>・医師が行う死亡診断等について、ICTを活用した在宅での看取りに関する研修を受けた医療機関の看護師が補助した場合を評価</p> </div> <p>17・18 (略)</p> <p>[施設基準] (新設)</p>	<p>【在宅患者訪問看護・指導料】 [算定要件]</p> <p><b>注17 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号C001の注8（区分番号C001-2の注6の規定により準用する場合を含む。）に規定する死亡診断加算及び区分番号C005の注10（区分番号C005-1-2の注6の規定により準用する場合を含む。）に規定する在宅ターミナルケア加算を算定する患者（別に厚生労働大臣が定める地域に居住する患者に限る。）に対して、医師の指示の下、情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修を受けた看護師が、情報通信機器を用いて医師の死亡診断の補助を行った場合は、遠隔死亡診断補助加算として、<b>150点</b>を所定点数に加算する。</b></p> <p>18・19 (略)</p> <p>[施設基準]</p> <p><b>四の三の六 在宅患者訪問看護・指導料の注17（同一建物居住者訪問看護・指導料の注6の規定により準用する場合を含む。）に規定する遠隔死亡診断補助加算に関する施設基準</b>  <b>情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修を受けた看護師が配置されていること。</b></p> <p>※ 同一建物居住者訪問看護・指導料についても同様。</p>

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

# 入院時食事療養(I)・(II)、入院時生活療養(I)・(II)

入院時の食費の基準の見直し

改定前	改定後
<p>【食事療養及び生活療養の費用額算定表】</p> <p>第一 食事療養</p> <p>1 入院時食事療養(I) (1食につき)</p> <p>(1) (2)以外の食事療養を行う場合 <u>640円</u></p> <p>(2) 流動食のみを提供する場合 <u>575円</u></p> <p>注 (略)</p> <p>2 入院時食事療養(II) (1食につき)</p> <p>(1) (2)以外の食事療養を行う場合 <u>506円</u></p> <p>(2) 流動食のみを提供する場合 <u>460円</u></p> <p>注 (略)</p> <p>第二 生活療養</p> <p>1 入院時生活療養(I)</p> <p>(1) 健康保険法第六十三条第二項第二号イ及び高齢者の医療の確保に関する法律第六十四条第二項第二号イに掲げる療養 (以下「食事の提供たる療養」という。) (1食につき)</p> <p>イ □以外の食事の提供たる療養を行う場合 <u>554円</u></p> <p>□ 流動食のみを提供する場合 <u>500円</u></p> <p>(2) (略)</p> <p>注 (略)</p> <p>2 入院時生活療養(II)</p> <p>(1) 食事の提供たる療養 (1食につき) <u>420円</u></p> <p>(2) (略)</p> <p>注 (略)</p>	<p>【食事療養及び生活療養の費用額算定表】</p> <p>第一 食事療養</p> <p>1 入院時食事療養(I) (1食につき)</p> <p>(1) (2)以外の食事療養を行う場合 <b>670円</b></p> <p>(2) 流動食のみを提供する場合 <b>605円</b></p> <p>注 (略)</p> <p>2 入院時食事療養(II) (1食につき)</p> <p>(1) (2)以外の食事療養を行う場合 <b>536円</b></p> <p>(2) 流動食のみを提供する場合 <b>490円</b></p> <p>注 (略)</p> <p>第二 生活療養</p> <p>1 入院時生活療養(I)</p> <p>(1) 健康保険法第六十三条第二項第二号イ及び高齢者の医療の確保に関する法律第六十四条第二項第二号イに掲げる療養 (以下「食事の提供たる療養」という。) (1食につき)</p> <p>イ □以外の食事の提供たる療養を行う場合 <b>584円</b></p> <p>□ 流動食のみを提供する場合 <b>530円</b></p> <p>(2) (略)</p> <p>注 (略)</p> <p>2 入院時生活療養(II)</p> <p>(1) 食事の提供たる療養 (1食につき) <b>450円</b></p> <p>(2) (略)</p> <p>注 (略)</p>

・それぞれ1食あたり30円の引き上げ

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工(株)が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

# 一般不妊治療管理料

一般不妊治療管理料及び胚凍結保存管理料の見直し

改定前	改定後
<p>【一般不妊治療管理料】                      [施設基準]                      イ～ハ (略)                      ニ 一般不妊治療を行うにつき必要な実績を有していること。                      [施設基準通知]                      (1) (略)                      (2) 当該保険医療機関内に、産科、婦人科若しくは産婦人科について合わせて5年以上又は泌尿器科について5年以上の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。                      (3) 当該保険医療機関において、不妊症の患者に係る診療を年間20例以上実施していること。                      (4) (略)                      (新設)                      (5) 令和4年9月30日までの間に限り、(2)から(4)までの基準を満たしているものとする。</p>	<p>【一般不妊治療管理料】                      [施設基準]                      イ～ハ (略)                      (削除)                      [施設基準通知]                      (1) (略)                      (2) 当該保険医療機関内に、産科、婦人科若しくは産婦人科について合わせて5年以上又は泌尿器科について5年以上の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。<b>また、そのうち1名以上は、不妊症の患者に係る診療を主として実施する医師として20例以上の症例を実施していること。</b>                      (削除)                      (3) (略)                      (4) <b>国が示す不妊症に係る医療機関の情報提供に関する事業に協力すること。</b>                      (削除)</p>

・症例基準を医療機関単位から医師単位に見直し  
 ・情報提供事業への協力要件の追加

# 胚凍結保存管理料

一般不妊治療管理料及び胚凍結保存管理料の見直し

改定前	改定後
<p>【胚凍結保存管理料】 [算定要件] 注 1については、凍結保存を開始した場合に、凍結する初期胚又は胚盤胞の数に応じて算定し、2については、凍結保存の開始から1年を経過している場合であって、凍結胚の保存に係る維持管理を行った場合に、<u>当該凍結保存の開始日から起算して3年を限度として、1年に1回に限り算定する。</u></p>	<p>【胚凍結保存管理料】 [算定要件] 注 1については、凍結保存を開始した場合に、凍結する初期胚又は胚盤胞の数に応じて算定し、2については、凍結保存の開始から1年を経過している場合であって、凍結胚の保存に係る維持管理を行った場合に、1年に1回に限り算定する。</p>

・胚の凍結保存を適切に評価する観点から算定上限年数の廃止

# 遺伝学的検査

遺伝学的検査の見直し

改定前	改定後
<p>【遺伝学的検査】 [算定要件] (1) 遺伝学的検査は以下の遺伝子疾患が疑われる場合に行うものとし、原則として患者1人につき1回に限り算定できる。 (中略) ア～ウ (略) エ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの</p> <p>① (略)</p> <p>② プリオン病、クリオピリン関連周期熱症候群、<u>神経フェリチン症</u>、先天性大脳白質形成不全症(中枢神経白質形成異常症を含む。)、環状20番染色体症候群(中略)、先天異常症候群、副腎皮質刺激ホルモン不応症、<u>DYT1ジストニア</u>、<u>DYT6ジストニア/PTD</u>、<u>DYT8ジストニア/PNKD1</u>、<u>DYT11ジストニア/MDS</u>、<u>DYT12/RDP/AHC/CAPOS</u>及びパントテン酸キナーゼ関連神経変性症/<u>NBIA1</u>、<u>根性点状軟骨異形成症1型</u>及び家族性部分性脂肪萎縮症</p>	<p>【遺伝学的検査】 [算定要件] (1) 遺伝学的検査は以下の遺伝子疾患が疑われる場合に行うものとし、原則として患者1人につき1回に限り算定できる。 (中略) ア～ウ (略) エ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの</p> <p>① (略)</p> <p>② プリオン病、クリオピリン関連周期熱症候群、<b>脳内鉄沈着神経変性症</b>、先天性大脳白質形成不全症(中枢神経白質形成異常症を含む。)、環状20番染色体症候群(中略)、先天異常症候群、副腎皮質刺激ホルモン不応症、根性点状軟骨異形成症1型及び家族性部分性脂肪萎縮症</p>

・診断に当たり遺伝学的検査の実施が必須の指定難病を対象疾患に追加

# 遺伝学的検査

遺伝学的検査の見直し

改定前	改定後
<p>③ 神経有棘赤血球症、先天性筋無力症候群、原発性免疫不全症候群、ペリー症候群、クルーゾン症候群、ファイファー症候群、アントレー・ビクスラー症候群、タンジール病、先天性赤血球形成異常性貧血、若年発症型両側性感音難聴、尿素サイクル異常症、マルファン症候群、血管型エーラスダンロス症候群、<u>遺伝性自己炎症疾患及びエプスタイン症候群</u></p> <p>オ 臨床症状や他の検査等では診断がつかない場合に、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの</p> <p>① T N F 受容体関連周期性症候群、中條 - 西村症候群、家族性地中海熱、ベスレムミオパチー、過剰自己貪食を伴うX連鎖性ミオパチー、非ジストロフィー性ミオトニー症候群、<u>遺伝性周期性四肢麻痺、禿頭と変形性脊椎症を伴う常染色体劣性白質脳症、結節性硬化症及び肥厚性皮膚骨膜炎</u></p>	<p>③ 神経有棘赤血球症、先天性筋無力症候群、原発性免疫不全症候群、ペリー症候群、クルーゾン症候群、ファイファー症候群、アントレー・ビクスラー症候群、タンジール病、先天性赤血球形成異常性貧血、若年発症型両側性感音難聴、尿素サイクル異常症、マルファン症候群、血管型エーラスダンロス症候群、<u>遺伝性自己炎症疾患、エプスタイン症候群及び遺伝性ジストニア</u></p> <p>オ 臨床症状や他の検査等では診断がつかない場合に、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの</p> <p>① T N F 受容体関連周期性症候群、中條 - 西村症候群、家族性地中海熱、ベスレムミオパチー、過剰自己貪食を伴うX連鎖性ミオパチー、非ジストロフィー性ミオトニー症候群、<u>遺伝性周期性四肢麻痺、禿頭と変形性脊椎症を伴う常染色体劣性白質脳症、結節性硬化症、肥厚性皮膚骨膜炎、神経線維腫症、アレキサンダー病、非特異性多発性小腸潰瘍症及びTRPV4異常症</u></p>

・診断に当たり遺伝学的検査の実施が必須の指定難病を対象疾患に追加



# 遺伝学的検査

遺伝学的検査の見直し

改定前	改定後
<p>② ソトス症候群、CPT2欠損症、CACT欠損症、OCTN-2異常症、シトリン欠損症、非ケトーシス型高グリシン血症、β-ケトチオラーゼ欠損症、メチルグルタコン酸血症、グルタル酸血症2型、先天性副腎低形成症、ATR-X症候群、ハッチンソン・ギルフォード症候群、軟骨無形成症、ウンフェルリヒト・ルンドボルグ病、ラフォラ病、セピアプテリン還元酵素欠損症、芳香族L-アミノ酸脱炭酸酵素欠損症、オスラー病、CFC症候群、コストロ症候群、チャージ症候群、リジン尿性蛋白不耐症、副腎白質ジストロフィー、ブラウ症候群、瀬川病、鰓耳腎症候群、ヤング・シン普森症候群（中略）</p> <p>③ ドラベ症候群、コフィン・シリス症候群、歌舞伎症候群、肺胞蛋白症（自己免疫性又は先天性）、ヌーナン症候群、骨形成不全症、脊髄小脳変性症（多系統萎縮症を除く）、古典型エーラスダンロス症候群、非典型溶血性尿毒症症候群、アルポート症候群、ファンconi貧血、遺伝性鉄芽球性貧血、アラジール症候群、ルビンシュタイン・テビ症候群及びミトコンドリア病</p>	<p>② ソトス症候群、CPT2欠損症、CACT欠損症、OCTN-2異常症、シトリン欠損症、非ケトーシス型高グリシン血症、β-ケトチオラーゼ欠損症、メチルグルタコン酸血症、グルタル酸血症2型、先天性副腎低形成症、ATR-X症候群、ハッチンソン・ギルフォード症候群、軟骨無形成症、ウンフェルリヒト・ルンドボルグ病、ラフォラ病、セピアプテリン還元酵素欠損症、芳香族L-アミノ酸脱炭酸酵素欠損症、オスラー病、CFC症候群、コストロ症候群、チャージ症候群、リジン尿性蛋白不耐症、副腎白質ジストロフィー、ブラウ症候群、鰓耳腎症候群、ヤング・シン普森症候群（中略）</p> <p>③ ドラベ症候群、コフィン・シリス症候群、歌舞伎症候群、肺胞蛋白症（自己免疫性又は先天性）、ヌーナン症候群、骨形成不全症、脊髄小脳変性症（多系統萎縮症を除く）、古典型エーラスダンロス症候群、非典型溶血性尿毒症症候群、アルポート症候群、ファンconi貧血、遺伝性鉄芽球性貧血、アラジール症候群、ルビンシュタイン・テビ症候群、<b>ミトコンドリア病及び線毛機能不全症候群（カルタゲナー症候群を含む。）</b></p>

・診断に当たり遺伝学的検査の実施が必須の指定難病を対象疾患に追加

# 遺伝学的検査

遺伝学的検査の見直し

改定前	改定後
<p>【遺伝学的検査】 [算定要件] 注 別に厚生労働大臣が定める疾患の患者については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。 (新設)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>患者から1回に採取した検体を用いて複数の遺伝子疾患に対する遺伝学的検査を行った場合を評価に追加</p> </div> <p>[施設基準] 三の一の二 遺伝学的検査の施設基準等 (1) 遺伝学的検査の施設基準当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。 (2) 遺伝学的検査の注に規定する疾患 難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病のうち、当該疾患に対する遺伝学的検査の実施に当たって十分な体制が必要なもの (新設)</p>	<p>【遺伝学的検査】 [算定要件] <b>注1</b> 別に厚生労働大臣が定める疾患の患者については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。 <b>2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、患者から1回に採取した検体を用いて複数の遺伝子疾患に対する検査を実施した場合は、主たる検査の所定点数及び当該主たる検査の所定点数の100分の50に相当する点数を合算した点数により算定する。</b></p> <p>[施設基準] 三の一の二 遺伝学的検査の施設基準等 (1) 遺伝学的検査の<b>注1に規定する施設基準</b> 当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。 (2) 遺伝学的検査の<b>注1に規定する疾患</b> 難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病のうち、当該疾患に対する遺伝学的検査の実施に当たって十分な体制が必要なもの <b>(3) 遺伝学的検査の注2に規定する施設基準</b> <b>イ 当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。</b> <b>ロ 当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。</b> <b>ハ 遺伝カウンセリング加算の施設基準を満たしていること。</b></p>

# 自己抗体検査

抗HLA抗体検査の算定要件の見直し

改定前	改定後
<p>【自己抗体検査】 [算定要件]</p> <p>(29)「46」の抗HLA抗体（スクリーニング検査）は、肺移植、心移植、肝移植、脾移植、小腸移植又は腎移植後の患者に対して実施した場合に、原則として1年に1回に限り算定する。ただし、抗体関連拒絶反応を強く疑う場合等、医学的必要性がある場合には、1年に1回に限り更に算定できる。なお、この場合においては、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な必要性を記載すること。</p> <p style="text-align: right;">・対象患者の追加</p> <p>(30)「47」の抗HLA抗体（抗体特異性同定検査）は、「46」の抗HLA抗体（スクリーニング検査）によって陽性が確認された症例について、抗体関連拒絶反応の確定診断を目的に行われた場合に算定する。ただし、抗体関連拒絶反応と診断された患者の経過観察時に行った場合には、1年に2回に限り更に算定できる。なお、この場合においては、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な必要性を記載すること。</p> <p>・1年に2回に限り更に算定できる場合に抗HLA抗体（抗体特異性同定検査）を行い、かつ、その結果に基づき必要な脱感作療法を行った場合を追加</p>	<p>【自己抗体検査】 [算定要件]</p> <p>(29)「46」の抗HLA抗体（スクリーニング検査）は、肺移植、心移植、肝移植、脾移植、小腸移植又は腎移植後の患者<b>若しくは日本臓器移植ネットワークに移植希望者として登録された患者であって、輸血歴や妊娠歴等から医学的に既存抗体陽性が疑われるもの</b>に対して実施した場合に、原則として1年に1回に限り算定する。ただし、抗体関連拒絶反応を強く疑う場合等、医学的必要性がある場合には、1年に1回に限り更に算定できる。なお、この場合においては、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な必要性を記載すること。</p> <p>(30)「47」の抗HLA抗体（抗体特異性同定検査）は、「46」の抗HLA抗体（スクリーニング検査）によって陽性が確認された症例について、抗体関連拒絶反応の確定診断を目的に行われた場合、<b>又は抗HLA抗体獲得の確定を目的に行われた場合</b>に算定する。ただし、抗体関連拒絶反応と診断された患者の経過観察時に行った場合<b>又は日本臓器移植ネットワークに移植希望者として登録された患者であって、「47」の抗HLA抗体（抗体特異性同定検査）の結果が陽性であったものに対して脱感作療法を行った場合</b>には、1年に2回に限り更に算定できる。なお、この場合においては、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な必要性を記載すること。</p>

# 導入期加算（人工腎臓）

人工腎臓に係る導入期加算の見直し

改定前	改定後
<p>【導入期加算（人工腎臓）】</p> <p>〔算定要件〕</p> <p>注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合には、導入期加算として、導入期1月に限り1日につき、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</p> <p>イ（略）</p> <p>□ 導入期加算2 <u>400点</u></p> <p>ハ 導入期加算3 <u>800点</u></p> <p>〔施設基準〕</p> <p>二の二 人工腎臓に規定する厚生労働大臣が定める施設基準等</p> <p>(1) 導入期加算の施設基準</p> <p>イ 導入期加算1の施設基準 当該療法を行うにつき十分な説明を行っていること。</p> <p>□ 導入期加算2の施設基準</p> <p>①・②（略） （新設）</p> <p>ハ 導入期加算3の施設基準</p> <p>①・②（略） （新設）</p>	<p>【導入期加算（人工腎臓）】</p> <p>〔算定要件〕</p> <p>注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合には、導入期加算として、導入期1月に限り1日につき、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</p> <p>イ（略）</p> <p>□ 導入期加算2 <b>410点</b></p> <p>ハ 導入期加算3 <b>810点</b></p> <p>〔施設基準〕</p> <p>二の二 人工腎臓に規定する厚生労働大臣が定める施設基準等</p> <p>(1) 導入期加算の施設基準</p> <p>イ 導入期加算1の施設基準 当該療法を行うにつき必要な説明を行っていること。</p> <p>□ 導入期加算2の施設基準</p> <p>①・②（略）</p> <p><b>③ 当該療法を行うにつき十分な説明を行っていること。</b></p> <p>ハ 導入期加算3の施設基準</p> <p>①・②（略）</p> <p><b>③ 当該療法を行うにつき十分な説明を行っていること。</b></p>

・心血管障害の治療法の説明を要件として追加するとともに、点数の見直し

# 導入期加算（人工腎臓）

人工腎臓に係る導入期加算の見直し

改定前	改定後
<p>第57の2 人工腎臓</p> <p>2 導入期加算の施設基準</p> <p>(1) 導入期加算1の施設基準</p> <p>ア 関連学会の作成した資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき、患者ごとの適応に応じて、腎代替療法について、患者に対し<u>十分な説明</u>を行っていること。</p> <p>イ (略)</p> <p>(2) 導入期加算2の施設基準</p> <p>次の全てを満たしていること。</p> <p>ア～オ (略)</p> <p>(新設)</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #E6E6FA; padding: 5px; display: inline-block; margin-top: 10px;">             ・心血管障害の治療法の説明を要件として追加         </div> <p>(3) 導入期加算3の施設基準</p> <p>次のすべてを満たしていること。</p> <p>ア～カ (略)</p> <p>(新設)</p>	<p>第57の2 人工腎臓</p> <p>2 導入期加算の施設基準</p> <p>(1) 導入期加算1の施設基準</p> <p>ア 関連学会の作成した資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき、患者ごとの適応に応じて、腎代替療法について、患者に対し<u>必要な説明</u>を行っていること。</p> <p>イ (略)</p> <p>(2) 導入期加算2の施設基準</p> <p>次の全てを満たしていること。</p> <p>ア～オ (略)</p> <p><b><u>カ (1)のアに加え、患者ごとの適応に応じて、心血管障害を含む全身合併症の状態及び当該合併症について選択することができる治療法について、患者に対し十分な説明を行っていること。</u></b></p> <p>(3) 導入期加算3の施設基準</p> <p>次のすべてを満たしていること。</p> <p>ア～カ (略)</p> <p><b><u>キ (2)の力を満たしていること。</u></b></p>

特定集中治療室管理料、救命救急入院料、ハイケアユニット入院医療管理料、  
脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、  
新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料（医療安全対策加算 1）

改定前	改定後
<p>【特定集中治療室管理料】 [施設基準] 三 特定集中治療室管理料の施設基準等 (1) 特定集中治療室管理料の注 1 に規定する入院基本料の施設基準 イ 特定集中治療室管理料 1 の施設基準 ①～⑥（略） （新設）</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #E6E6FA; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 20px;"> <p>・医療安全対策加算 1 の届出を要件化（経過措置あり）</p> </div> <p>□（略） 八 特定集中治療室管理料 3 の施設基準 ① イの①及び④を満たすものであること。 二（略）</p>	<p>【特定集中治療室管理料】 [施設基準] 三 特定集中治療室管理料の施設基準等 (1) 特定集中治療室管理料の注 1 に規定する入院基本料の施設基準 イ 特定集中治療室管理料 1 の施設基準 ①～⑥（略） <b>⑦ 医療安全対策加算 1 に係る届出を行っている保険医療機関であること。</b> □（略） 八 特定集中治療室管理料 3 の施設基準 ① イの①、④<b>及び⑦</b>を満たすものであること。 二（略）</p>

改定後
<p>[経過措置] 令和 6 年 3 月 31 日において現に特定集中治療室管理料 1、特定集中治療室管理料 2、特定集中治療室管理料 3 又は特定集中治療室管理料 4 に係る届出を行っている保険医療機関については、<b>令和 7 年 5 月 31 日まで</b>の間に限り、第九の三の(1)のイの⑦□の①（イの⑦に限る。）、八の①（イの⑦に限る。）又はこの①（イの⑦に限る。）に該当するものとみなす。 ※ 救命救急入院料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料及び総合周産期特定集中治療室管理料についても同様。</p>

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

# 手術【通則】（医療安全対策加算 1）

改定前	改定後
<p>【手術通則】                      [施設基準]                      第十二 手術                      一 医科点数表第二章第十部手術通則第 4 号に掲げる手術等の施設基準等                      (2) 皮膚悪性腫瘍切除術（センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。）、（中略）及び胚凍結保存管理料の施設基準イ・ロ（略）                      （新設）</p>	<p>【手術通則】                      [施設基準]                      第十二 手術                      一 医科点数表第二章第十部手術通則第 4 号に掲げる手術等の施設基準等                      (2) 皮膚悪性腫瘍切除術（センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。）、（中略）及び胚凍結保存管理料の施設基準イ・ロ（略）  <b>八 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（気管支形成を伴う肺切除に限る。）、胸腔鏡下弁形成術、経カテーテル弁置換術、胸腔鏡下弁置換術、経皮的僧帽弁クリップ術、胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術、不整脈手術（左心耳閉鎖術（胸腔鏡下によるもの及び経カテーテル的手術によるものに限る。）に限る。）、腹腔鏡下リンパ節群郭清術（後腹膜、傍大動脈及び側方に限る。）、腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術、腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術、腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術、腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術、腹腔鏡下十二指腸局所切除術（内視鏡処置を併施するもの）、腹腔鏡下胃切除術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）に限る。）、腹腔鏡下噴門側胃切除術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）に限る。）、腹腔鏡下胃全摘術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）に限る。）、腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）、腹腔鏡下胆嚢悪性腫瘍手術（胆嚢床切除を伴うもの）、腹腔鏡下胆道閉鎖症手術、腹腔鏡下肝切除術、</b></p>

・医療安全対策加算 1 の届出を要件化（経過措置あり）

## 手術【通則】（医療安全対策加算 1）

改定前	改定後
	<p><b>移植用部分肝採取術（生体）（腹腔鏡によるものに限る。）、腹腔鏡下腓頭部腫瘍切除術、腹腔鏡下小切開副腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術、腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）、腹腔鏡下尿管悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）、腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術、腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術、腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術、腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術、腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術、腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術、腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）、腹腔鏡下仙骨腔固定術、腹腔鏡下腔式子宮全摘術（一の(3)に規定する患者に対して行う場合に限る。）、腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術及び腹腔鏡下子宮瘢痕部修復術については、医療安全対策加算 1 に係る届出を行っている保険医療機関であること。</b></p>





## 手術【通則】（医療安全対策加算 1）

改定前	改定後
<p>二の五 医科点数表第二章第十部手術通則第18号に掲げる手術の施設基準等                      (2) 鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）、（中略）腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）の施設基準                      イ・ロ（略）                      （新設）</p> <p>[経過措置]                      （新設）</p>	<p>二の五 医科点数表第二章第十部手術通則第18号に掲げる手術の施設基準等                      (2) 鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）、（中略）腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）の施設基準                      イ・ロ（略）  <b>ハ 医療安全対策加算 1 に係る届出を行っている保険医療機関であること。</b></p> <p>[経過措置]  <b>令和六年三月三十一日において医科点数表第 2 章第 10 部手術の通則の第 4 号又は第 18 号に係る届出を行っている場合については、令和七年五月三十一日までの間に限り、第十二の一の（2）のハ又は二の五の（2）のハに該当するものとみなす。</b></p>

# 手術

## 改定後

【診療報酬改定において対応する優先度が高い技術のうち、学会等から医療技術評価分科会に提案があったものの例】

- (1) 内視鏡手術用支援機器を用いた弁置換術
- (2) 大腿骨骨切り術
- (3) 抗MDA5抗体陽性皮膚筋炎に伴う急速進行性間質性肺炎に対する血漿交換療法
- (4) ポジトロン断層撮影18F標識フルシクロビンを用いた場合
- (5) 排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査 その他のもの

【診療報酬改定において対応する優先度が高い技術のうち、先進医療として実施されているもの】

- (1) 陽子線治療 (※ 1)
- (2) 重粒子線治療 (※ 2)
- (3) 腹腔鏡下膀胱尿管逆流防止術
- (4) 腹腔鏡下スリーブ状胃切除及び十二指腸空腸バイパス術
- (5) 遺伝子パネル検査による遺伝性網膜ジストロフィーの遺伝子診断 (※ 3)

※ 1 : 早期肺癌 (I期~II A期) に係るもの。なお、切除不能のものに限る。

※ 2 : 早期肺癌 (I期~II A期)、大型の局所進行子宮頸部扁平上皮癌、婦人科領域悪性黒色腫に係るもの。なお、いずれも切除不能のものに限る。

※ 3 : 遺伝子診断以外の遺伝カウンセリングの部分について保険適用

・新規技術の保険導入及び既記載技術の再評価 (廃止を含む。)

【診療報酬改定において対応する優先度が高い技術のうち、保険医療材料等専門組織において審議を行った技術】

- (1) インフルエンザ核酸検出
- (2) プログラム医療機器による大腸内視鏡検査における大腸上皮性病変の検出支援

・直近の診療報酬改定において保険適用されるまでの間、評価療養として実施可能にする

【廃止を行う技術の例】

- (1) アレキサンダー手術

・既記載技術の再評価 (廃止を含む。)  
 ・算定回数が極めて少なく、他の技術により置き換えられている技術について、項目を削除

# 手術

改定後

・C 2 区分で保険適用された新規医療材料等について、技術料を新設

【技術の例】

(新) **乳腺悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法 (一連として) 15,000点**

- 注 1 フュージョンイメージングを用いて行った場合は、**フュージョンイメージング加算**として、**200点**を所定点数に加算する。
- 2 放射性同位元素及び色素を用いたセンチネルリンパ節生検を行った場合又はインドシアニングリーンを用いたリンパ節生検を行った場合には、**乳がんセンチネルリンパ節加算 1**として、**5,000点**を所定点数に加算する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。
- 3 放射性同位元素又は色素を用いたセンチネルリンパ節生検を行った場合には、**乳がんセンチネルリンパ節加算 2**として、**3,000点**を所定点数に加算する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。

3. 外科系学会社会保険委員会連合「外保連試案2024」等における、手術等に係る人件費及び材料に係る費用の調査結果等を参考とし、技術料の見直しを行う。

4. 治療薬の適応の判断に用いられるPET 検査について迅速な保険適用が可能となるように、医療機関が購入したPET 製剤を使用するPET 検査について、保険医療材料等専門組織及び薬価算定組織において保険適用の妥当性、準用技術料の設定及び薬価について審議を行うこととする。

# 検査

## 改定後

### 【検査の例】

(新) **微生物核酸同定・定量検査**

**A群β溶血連鎖球菌 204点**

・E 3 区分で保険適用された新規体外診断用医薬品等について、検査料を新設

# (廃止) 明細書無料発行の免除規定

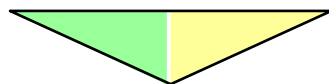
改定前	改定後
<p>【医療費の内容が分かる領収証の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について】</p> <p>1～9 (略)</p> <p>10 指定訪問看護事業者においても、患者から求められたときは、<u>明細書の発行に努めること。</u></p> <p>11～13 (略)</p> <p>(新設)</p>	<p>【医療費の内容が分かる領収証の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について】</p> <p>1～9 (略)</p> <p>10 指定訪問看護事業者においては、<u>領収証兼明細書を無償で交付すること。なお、令和7年5月31日までの間に限り、現行の領収証を交付することで足りる。</u></p> <p>11～13 (略)</p> <p><u>14「正当な理由」については、令和10年以降の標準型レセプトコンピュータ提供が実施される時期を目途に廃止する予定であることに留意すること。</u></p>

・診療所（医科・歯科）の明細書無料発行の免除規定について、標準型レセコンの提供等により、全ての医療機関で明細書の発行が可能になった時期（令和10年以降）を目処として廃止する

# データ提出加算

改定前	改定後
<p>【データ提出加算】</p> <p>[算定要件]</p> <p>1 データ提出加算 1 (入院初日)</p> <p>イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 <u>140点</u></p> <p>ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 <u>210点</u></p> <p>2 データ提出加算 2 (入院初日)</p> <p>イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 <u>150点</u></p> <p>ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 <u>220点</u></p> <p>3 データ提出加算 3 (入院期間が90日を超えるごとに1回)</p> <p>イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 <u>140点</u></p> <p>ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 <u>210点</u></p> <p>4 データ提出加算 4 (入院期間が90日を超えるごとに1回)</p> <p>イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 <u>150点</u></p> <p>ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 <u>220点</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に入院している患者については、提出データ評価加算として、40点を更に所定点数に加算する。</p>	<p>【データ提出加算】</p> <p>[算定要件]</p> <p>1 データ提出加算 1 (入院初日)</p> <p>イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 <b>145点</b></p> <p>ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 <b>215点</b></p> <p>2 データ提出加算 2 (入院初日)</p> <p>イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 <b>155点</b></p> <p>ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 <b>225点</b></p> <p>3 データ提出加算 3 (入院期間が90日を超えるごとに1回)</p> <p>イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 <b>145点</b></p> <p>ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 <b>215点</b></p> <p>4 データ提出加算 4 (入院期間が90日を超えるごとに1回)</p> <p>イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 <b>155点</b></p> <p>ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 <b>225点</b></p> <p>[算定要件]</p> <p><b>(削除)</b></p>

・データ提出の実態を踏まえた点数の見直し  
 ・未コード化傷病名の使用状況を踏まえた提出データ評価加算の廃止



# データ提出加算

改定前	改定後
<p>(3) データの提出（データの再照会に係る提出を含む。）に遅延等が認められた場合、当該月の翌々月について、当該加算は算定できない。なお、遅延等とは、厚生労働省がD P C調査の一部事務を委託するD P C調査事務局宛てに、D P C導入の影響評価に係る調査実施説明資料（以下「調査実施説明資料」という。）に定められた期限までに、当該医療機関のデータが提出されていない場合（提出時刻が確認できない手段等、調査実施説明資料にて定められた提出方法以外の方法で提出された場合を含む。）、提出されたデータが調査実施説明資料に定められたデータと異なる内容であった場合（データが格納されていない空の媒体が提出された場合を含む。）をいう。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>・十分に診療情報の管理等を行っているにもかかわらず、サイバー攻撃により適切なデータ提出が行えない場合があることを踏まえた要件の見直し</p> </div> <p style="margin-top: 20px;">[施設基準] (3) 提出データ評価加算の施設基準 (略)</p>	<p>(3) データの提出（データの再照会に係る提出を含む。）に遅延等が認められた場合、当該月の翌々月について、当該加算は算定できない。なお、遅延等とは、厚生労働省がD P C調査の一部事務を委託するD P C調査事務局宛てに、D P C導入の影響評価に係る調査実施説明資料（以下「調査実施説明資料」という。）に定められた期限までに、当該医療機関のデータが提出されていない場合（提出時刻が確認できない手段等、調査実施説明資料にて定められた提出方法以外の方法で提出された場合を含む。）、提出されたデータが調査実施説明資料に定められたデータと異なる内容であった場合（データが格納されていない空の媒体が提出された場合を含む。）をいう。</p> <p><b>ただし、区分番号「A 2 0 7」に掲げる診療録管理体制加算1の届出を行っている保険医療機関において、サイバー攻撃により診療体制に甚大な影響等が発生し、データを継続的かつ適切に提出することが困難である場合は、この限りでない。</b></p> <p style="margin-top: 20px;">[施設基準] <b>(削除)</b></p>

# 地域一般入院基本料（データ提出加算）

改定前	改定後
<p>【地域一般入院基本料】 [施設基準] □ 地域一般入院基本料の施設基準 ① 通則 4 データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。</p>	<p>【地域一般入院基本料】 [施設基準] □ 地域一般入院基本料の施設基準 ① 通則 4 データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。<b>ただし、新規に保険医療機関を開設する場合であって地域一般入院料3に係る届出を行う場合その他やむを得ない事情があるときを除く。</b></p>
<p>[経過措置] 令和6年3月31日において、急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料（13対1入院基本料を除く。）、回復期リハビリテーション病棟入院料1から4まで又は地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟若しくは地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室のいずれも有しない保険医療機関であって、以下のいずれかに該当するもの、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものに限り、当分の間、当該基準を満たしているものとみなす。</p> <p>ア 地域一般入院基本料、療養病棟入院料1若しくは2、療養病棟入院基本料の注11、専門病院入院基本料（13対1入院基本料に限る。）、障害者施設等入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料5、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料若しくは精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟又は特殊疾患入院医療管理料を算定する病室のいずれかを有するもののうち、これらの病棟又は病室の病床数の合計が当該保険医療機関において200床未満のもの</p> <p>イ 精神病棟入院基本料（10対1入院基本料及び13対1入院基本料に限る。）、精神科急性期治療病棟入院料若しくは児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟又は児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病室のいずれかを有するもの</p>	

・新規に医療機関を開設する場合など、看護配置等の基準を満たしているが、データ提出加算の要件を満たさないために入院基本料が算定できない場合に、一定期間に限り入院基本料が算定できるよう見直し



## 療養病棟入院基本料（データ提出加算）

改定前	改定後
<p>【療養病棟入院基本料】                      [施設基準]                      三 療養病棟入院基本料の施設基準等                      (1) 療養病棟入院基本料の注1 本文に規定する入院料の施設基準                      イ 通則                      ⑧ データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。</p>	<p>【療養病棟入院基本料】                      [施設基準]                      三 療養病棟入院基本料の施設基準等                      (1) 療養病棟入院基本料の注1 本文に規定する入院料の施設基準                      イ 通則                      ⑧ データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。<b>ただし、新規に保険医療機関を開設する場合であって療養病棟入院料2に係る届出を行う場合その他やむを得ない事情があるときを除く。</b></p>
<p>[経過措置]                      令和6年3月31日において、急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料（13対1入院基本料を除く。）、回復期リハビリテーション病棟入院料1から4まで又は地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟若しくは地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室のいずれも有しない保険医療機関であって、以下のいずれかに該当するものかつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものに限り、当分の間、当該基準を満たしているものとみなす。                      ア 地域一般入院基本料、療養病棟入院料1若しくは2、療養病棟入院基本料の注11、専門病院入院基本料（13対1入院基本料に限る。）、障害者施設等入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料5、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料若しくは精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟又は特殊疾患入院医療管理料を算定する病室のいずれかを有するもののうち、これらの病棟又は病室の病床数の合計が当該保険医療機関において200床未満のもの                      イ 精神病棟入院基本料（10対1入院基本料及び13対1入院基本料に限る。）、精神科急性期治療病棟入院料若しくは児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟又は児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病室のいずれかを有するもの</p>	
<p>・新規に医療機関を開設する場合など、看護配置等の基準を満たしているが、データ提出加算の要件を満たさないために入院基本料が算定できない場合に、一定期間に限り入院基本料が算定できるよう見直し</p>	

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

# 精神病棟入院基本料（データ提出加算）

改定前	改定後
<p>【精神病棟入院基本料】 [施設基準] 四の二 精神病棟入院基本料の施設基準等 (1) 精神病棟入院基本料の注1に規定する入院基本料の施設基準 イ 十対一入院基本料の施設基準 (新設) □ 十三対一入院基本料の施設基準 (新設)</p>	<p>【精神病棟入院基本料】 [施設基準] 四の二 精神病棟入院基本料の施設基準等 (1) 精神病棟入院基本料の注1に規定する入院基本料の施設基準 イ 十対一入院基本料の施設基準 <b>⑤ データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。</b> □ 十三対一入院基本料の施設基準 <b>⑥ データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。</b></p>
<p>[経過措置] 令和6年3月31日時点において現に精神病棟入院基本料（10対1入院基本料又は13対1入院基本料に限る。）、精神科急性期治療病棟入院料又は児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関については、<b>令和8年5月31日</b>までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなす。</p> <p>令和6年3月31日において、急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料（13対1入院基本料を除く。）、回復期リハビリテーション病棟入院料1から4まで又は地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟若しくは地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室のいずれも有しない保険医療機関であって、以下のいずれかに該当するもの、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものに限り、当分の間、当該基準を満たしているものとみなす。</p> <p>ア 地域一般入院基本料、療養病棟入院料1若しくは2、療養病棟入院基本料の注11、専門病院入院基本料（13対1入院基本料に限る。）、障害者施設等入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料5、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料若しくは精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟又は特殊疾患入院医療管理料を算定する病室のいずれかを有するもののうち、これらの病棟又は病室の病床数の合計が当該保険医療機関において200床未満のもの</p> <p>イ 精神病棟入院基本料（10対1入院基本料及び13対1入院基本料に限る。）、精神科急性期治療病棟入院料若しくは児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟又は児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病室のいずれかを有するもの</p>	

・データ提出加算届出の要件化（経過措置あり）

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

## 精神科急性期治療病棟入院料（データ提出加算）

改定前	改定後
<p>【精神科急性期治療病棟入院料】                      [施設基準]                      十五 精神科急性期治療病棟入院料の施設基準等                      (1) 通則                      (新設)</p>	<p>【精神科急性期治療病棟入院料】                      [施設基準]                      十五 精神科急性期治療病棟入院料の施設基準等                      (1) 通則  <u>へデータ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。</u></p>
<p>[経過措置]                      令和6年3月31日時点において現に精神病棟入院基本料（10対1入院基本料又は13対1入院基本料に限る。）、精神科急性期治療病棟入院料又は児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関については、<b>令和8年5月31日</b>までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなす。</p> <p>令和6年3月31日において、急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料（13対1入院基本料を除く。）、回復期リハビリテーション病棟入院料1から4まで又は地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟若しくは地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室のいずれも有しない保険医療機関であって、以下のいずれかに該当するもの、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものに限り、当分の間、当該基準を満たしているものとみなす。</p> <p>ア 地域一般入院基本料、療養病棟入院料1若しくは2、療養病棟入院基本料の注11、専門病院入院基本料（13対1入院基本料に限る。）、障害者施設等入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料5、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料若しくは精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟又は特殊疾患入院医療管理料を算定する病室のいずれかを有するもののうち、これらの病棟又は病室の病床数の合計が当該保険医療機関において200床未満のもの</p> <p>イ 精神病棟入院基本料（10対1入院基本料及び13対1入院基本料に限る。）、精神科急性期治療病棟入院料若しくは児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟又は児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病室のいずれかを有するもの</p>	

・データ提出加算届出の要件化（経過措置あり）

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

# 児童・思春期精神科入院医療管理料（データ提出加算）

改定前	改定後
<p>【児童・思春期精神科入院医療管理料】 [施設基準] 十五の三 児童・思春期精神科入院医療管理料の施設基準 (新設)</p>	<p>【児童・思春期精神科入院医療管理料】 [施設基準] 十五の三 児童・思春期精神科入院医療管理料の施設基準 <b>(8) データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。</b></p>
<p>・データ提出加算届出の要件化 (経過措置あり)</p>	
<p>[経過措置] 令和6年3月31日時点において現に精神病棟入院基本料（10対1入院基本料又は13対1入院基本料に限る。）、精神科急性期治療病棟入院料又は児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関については、<b>令和8年5月31日</b>までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなす。</p> <p>令和6年3月31日において、急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料（13対1入院基本料を除く。）、回復期リハビリテーション病棟入院料1から4まで又は地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟若しくは地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室のいずれも有しない保険医療機関であって、以下のいずれかに該当するもの、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものに限り、当分の間、当該基準を満たしているものとみなす。</p> <p>ア 地域一般入院基本料、療養病棟入院料1若しくは2、療養病棟入院基本料の注11、専門病院入院基本料（13対1入院基本料に限る。）、障害者施設等入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料5、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料若しくは精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟又は特殊疾患入院医療管理料を算定する病室のいずれかを有するもののうち、これらの病棟又は病室の病床数の合計が当該保険医療機関において200床未満のもの</p> <p>イ 精神病棟入院基本料（10対1入院基本料及び13対1入院基本料に限る。）、精神科急性期治療病棟入院料若しくは児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟又は児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病室のいずれかを有するもの</p>	

# 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（リハビリテーション）

回復期リハビリテーション病棟における運動器リハビリテーション料の算定単位数の見直し

改定前	改定後
<p>【リハビリテーション】 [施設基準] 別表第九の三 医科点数表第二章第七部リハビリテーション通則第4号に規定する患者 回復期リハビリテーション病棟入院料又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定する患者</p> <p>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、A D L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</p>	<p>【リハビリテーション】 [施設基準] 別表第九の三 医科点数表第二章第七部リハビリテーション通則第4号に規定する患者 回復期リハビリテーション病棟入院料又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定する患者 <b><u>(運動器リハビリテーション料を算定するものを除く。)</u></b> 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、A D L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</p>

・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は、疾患別リハビリテーション料の算定数の上限が緩和されているが、緩和の対象から運動器リハビリテーション算定患者を除外

# 救急患者連携搬送料

初期診療後の救急患者の転院搬送に対する評価

## 改定後

### (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**

・救急搬送の受入れに関する実績のある医療機関から、救急外来を受診した患者又は入院3日目までの患者について、医師、看護師又は救急救命士が同乗し連携する他の医療機関に転院搬送する場合の評価を新設

#### [対象患者]

救急外来を受診した患者又は緊急入院後3日目までの患者

#### [算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、救急外来を受診した患者に対する初期診療を実施し、連携する他の保険医療機関において入院医療を提供することが適当と判断した上で、当該他の保険医療機関において入院医療を提供する目的で医師、看護師又は救急救命士が同乗の上、搬送を行った場合に算定する。この場合において、区分番号C004に掲げる救急搬送診療料は別に算定できない。

#### [施設基準]

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

# 急性期一般入院料 1、7対1入院基本料（在宅復帰率）

改定前	改定後
<p>【施設基準】</p> <p>第2 病院の入院基本料等に関する施設基準</p> <p>4の4 急性期一般入院料 1、7対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）に係る自宅等に退院するものの割合について</p> <p>(1)急性期一般入院料 1、7対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）に係る自宅等に退院するものとは、他の保険医療機関（地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む。）、回復期リハビリテーション病棟入院料、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を算定する病棟及び病室を除く。）に転院した患者以外の患者をいう。</p> <p>(2) 当該病棟から退院した患者数に占める自宅等に退院するものの割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出する。</p> <p>ア 直近6か月間において、当該病棟から退院した患者数（第2部「通則5」に規定する入院期間が通算される再入院患者、同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟への転棟患者及び死亡退院した患者を除く。）のうち、自宅等に退院するものの数</p> <p>イ 直近6か月間に退院した患者数（第2部「通則5」に規定する入院期間が通算される再入院患者、同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟への転棟患者及び死亡退院した患者を除く。）</p>	<p>【施設基準】</p> <p>第2 病院の入院基本料等に関する施設基準</p> <p>4の4 急性期一般入院料 1、7対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）に係る自宅等に退院するものの割合について</p> <p>(1) 急性期一般入院料 1、7対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）に係る自宅等に退院するものとは、他の保険医療機関（地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む。）、回復期リハビリテーション病棟入院料、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を算定する病棟及び病室を除く。）<b>(2)において同じ。</b>）に転院した患者以外の患者をいう。</p> <p>(2) 当該病棟から退院した患者数に占める自宅等に退院するものの割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出する。</p> <p>ア 直近6か月間において、当該病棟から退院した患者数（第2部「通則5」に規定する入院期間が通算される再入院患者、同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟への転棟患者、<b>区分番号「C004-2」救急患者連携搬送料を算定し他の保険医療機関に転院した患者</b>及び死亡退院した患者を除く。）のうち、自宅等に退院するものの数</p> <p>イ 直近6か月間に退院した患者数（第2部「通則5」に規定する入院期間が通算される再入院患者、同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟への転棟患者、<b>区分番号「C004-2」救急患者連携搬送料を算定し他の保険医療機関に転院した患者</b>及び死亡退院した患者を除く。）</p>

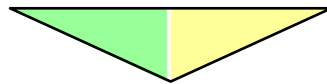
・救急患者連携搬送料の新設に伴う、急性期一般入院料の在宅復帰率基準の見直し

# 救急医療管理加算

救急医療管理加算の見直し

改定前	改定後
<p>【救急医療管理加算】 [算定要件] 注1 救急医療管理加算は、地域における救急医療体制の計画的な整備のため、入院可能な診療応需の態勢を確保する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該態勢を確保している日に救急医療を受け、緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、救急医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該患者の状態に従い、入院した日から起算して7日を限度として所定点数に加算する。</p>	<p>【救急医療管理加算】 [算定要件] 注1 救急医療管理加算は、地域における救急医療体制の計画的な整備のため、入院可能な診療応需の態勢を確保する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該態勢を確保している日に救急医療を受け、緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、救急医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該患者の状態に従い、入院した日から起算して7日を限度として所定点数に加算する。<b>ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に該当する保険医療機関においては、本文の規定にかかわらず、入院した日から起算して7日を限度として、210点を所定点数に加算する。</b></p>

・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」の割合が一定割合を超える保険医療機関の評価を見直し





# 救急医療管理加算

救急医療管理加算の見直し

改定前	改定後
<p>(2) 救急医療管理加算 1 の対象となる患者は、次に掲げる状態のうちアからサのいずれかの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。</p> <p>なお、当該加算は、入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して当該状態でなくても算定できる。</p> <p><u>ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態</u>  <u>イ 意識障害又は昏睡</u>  <u>ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態</u>  <u>エ 急性薬物中毒</u>  <u>オ ショック</u>  <u>カ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）</u>  <u>キ 広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷</u>  <u>ク 外傷、破傷風等で重篤な状態</u>  <u>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</u>  <u>コ 消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態</u>  <u>カ 蘇生術を必要とする重篤な状態</u>  <u>シ その他の重症な状態</u></p>	<p>(2) 救急医療管理加算 1 の対象となる患者は、<b>「基本診療料の施設基準等別表七の三」（以下この項で「別表」という。）</b>に掲げる状態のうち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<b>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。</b></p> <p>なお、当該加算は、入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して当該状態でなくても算定できる。</p> <p><b>（削除）</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>・「経過観察が必要であるため入院させる場合」など入院時点で重症患者ではない患者は算定対象外であることの明確化</p> </div>

# 救急医療管理加算

救急医療管理加算の見直し

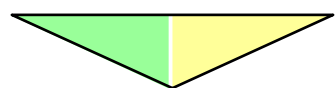
改定前	改定後
<p>(3) 救急医療管理加算 2 の対象となる患者は、(2)の<u>ア</u>から<u>サ</u>までに準ずる状態又は<u>シ</u>の状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。</p> <p>・入院時点で重症患者ではない患者は算定対象外であることの明確化</p> <p>なお、当該加算は、患者が入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して当該状態でも算定できる。</p> <p>(4) 救急医療管理加算 1 を算定する場合は、以下の内容について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p> <p>ア (2)の<u>ア</u>から<u>サ</u>までのうち該当する状態</p> <p>イ (2)の<u>イ</u>、<u>ウ</u>、<u>オ</u>、<u>カ</u>又は<u>キ</u>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> <p>ウ (略)</p> <p>エ 重症患者の状態のうち、(2)の<u>イ</u>に掲げる状態であって J C S (Japan Coma Scale) 0 の状態、(2)の<u>ウ</u>に掲げる状態であって NYHA I 度若しくは P/F 比 400 以上の状態、又は(2)の<u>キ</u>に掲げる状態 (顔面熱傷若しくは気道熱傷を除く。) であって Burn 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</p> <p>・算定患者の状態を詳細に把握するため、患者の状態の分類について見直し、診療報酬明細書の摘要欄の記載事項の定義を明確化</p>	<p>(3) 救急医療管理加算 2 の対象となる患者は、<b>別表の一</b>から<b>十二</b>までに準ずる状態又は<b>十三</b>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<b>いい</b>、<b>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。</b></p> <p>なお、当該加算は、患者が入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して当該状態でも算定できる。</p> <p>(4) 救急医療管理加算 1 を算定する場合は、以下の内容について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p> <p>ア <b>別表の一</b>から<b>十二</b>までのうち該当する状態</p> <p>イ <b>別表の二</b>、<b>三</b>、<b>四</b>、<b>六</b>、<b>七</b>又は<b>八</b>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 (<b>P/F 比は、酸素投与前の値とする。</b>)</p> <p>ウ (略)</p> <p>エ 重症患者の状態のうち、<b>別表の二</b>に掲げる状態であって J C S (Japan Coma Scale) 0 の状態、<b>別表の三</b>に掲げる状態であって P/F 比 400 以上の状態、<b>別表の四</b>に掲げる状態であって NYHA I 度の状態、又は<b>別表の八</b>に掲げる状態 (顔面熱傷若しくは気道熱傷を除く。) であって Burn 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</p>

# 救急医療管理加算

救急医療管理加算の見直し

改定前	改定後
<p>(5) 救急医療管理加算2を算定する場合は、以下の内容について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p> <p>ア (2)の<u>ア</u>から<u>サ</u>までに準ずる状態又は<u>シ</u>の状態として該当するもの</p> <p>イ (2)の<u>イ</u>、<u>ウ</u>、<u>オ</u>、<u>カ</u>又は<u>キ</u>に準ずる状態に該当する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標</p> <p>ウ (略)</p> <p>エ 重症患者の状態のうち、(2)の<u>イ</u>に掲げる状態であってJCS (Japan Coma Scale) 0の状態、(2)の<u>ウ</u>に掲げる状態であってNYHA I度若しくはP/F比400以上の状態、又は(2)の<u>キ</u>に掲げる状態（顔面熱傷若しくは気道熱傷を除く。）であってBurn 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</p>	<p>(5) 救急医療管理加算2を算定する場合は、以下の内容について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p> <p>ア <b>別表の一</b>から<b>十二</b>までに準ずる状態又は<b>十三</b>の状態として該当するもの</p> <p>イ <b>別表の二、三、四、六、七</b>又は<b>八</b>に準ずる状態に該当する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標 <b>(P/F比は、酸素投与前の値とする。)</b></p> <p>ウ (略)</p> <p>エ 重症患者の状態のうち、<b>別表の二</b>に掲げる状態であってJCS (Japan Coma Scale) 0の状態、<b>別表の三</b>に掲げる状態であってP/F比400以上の状態、<b>別表の四</b>に掲げる状態であってNYHA I度の状態、又は<b>別表の八</b>に掲げる状態（顔面熱傷若しくは気道熱傷を除く。）であってBurn 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</p>

・算定患者の状態を詳細に把握するため、患者の状態の分類について見直し、診療報酬明細書の摘要欄の記載事項の定義を明確化

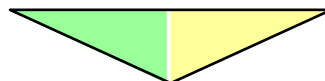


# 救急医療管理加算

救急医療管理加算の見直し

改定前	改定後
<p>[施設基準] 六の二 救急医療管理加算の施設基準</p> <p>休日又は夜間における救急医療の確保のための診療を行っていること。 (新設)</p>	<p>[施設基準] 六の二 救急医療管理加算の施設基準</p> <p><b>(1) 救急医療管理加算の注1 本文に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準</b> 休日又は夜間における救急医療の確保のための診療を行っていること。</p> <p><b>(2) 救急医療管理加算の注1 ただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準</b> <b>救急医療管理加算2を算定した患者のうち、別表第七の十三の状態の患者の割合が一定割合以上であること。</b></p>

・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」の割合が一定割合を超える保険医療機関の評価を見直す



# 救急医療管理加算

救急医療管理加算の見直し

## 改定後

### 別表第七の三 救急医療管理加算に係る状態

- 一 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
- 二 意識障害又は昏睡
- 三 呼吸不全で重篤な状態
- 四 心不全で重篤な状態
- 五 急性薬物中毒
- 六 ショック
- 七 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
- 八 広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷
- 九 外傷、破傷風等で重篤な状態
- 十 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又は t-PA 療法を必要とする状態
- 十一 消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態
- 十二 蘇生術を必要とする重篤な状態
- 十三 その他の重症な状態

### 第2の2 救急医療管理加算

- 1 救急医療管理加算の注1 本文に関する施設基準  
(1)～(3) (略)
- 2 **救急医療管理加算の注1 ただし書に規定する厚生労働大臣が定める施設基準**  
**当該保険医療機関において、直近6か月間で、救急医療管理加算2を算定した患者のうち、「基本診療料の施設基準等」の別表第七の三の十三「その他の重症な状態」の患者の割合が5割以上であること。**
- 3 (略)

# 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料

改定後

(新) **新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料 (1日につき) 14,539点**

[対象患者]

集中治療が必要な重症新生児

(※) 具体的には区分番号 A 3 0 2 に掲げる新生児特定集中治療室管理料の算定対象となる患者であって、以下のいずれかに該当する患者

- ・体外式膜型人工肺を実施している
- ・腎代替療法（血液透析、腹膜透析等）を実施している
- ・交換輸血を実施している
- ・低体温療法を実施している
- ・出生時体重が**750g**未満であって人工呼吸管理を実施している
- ・人工呼吸管理下に一酸化窒素吸入療法を実施している
- ・人工呼吸管理下に胸腔・腹腔ドレーン管理を実施している
- ・開胸手術、開頭手術、開腹手術等の術後に人工呼吸管理を実施している
- ・新興感染症や先天性感染症等のために陰圧個室管理など厳重な感染対策を行いながら人工呼吸管理を実施している（合併症として発生した感染症は不可）

・新生児の集中治療を行うために十分な体制と実績を有する新生児特定集中治療室で、高度な医療が必要な重症新生児に対し、手厚い看護配置での看護を行う場合の評価の新設

# 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料

## 改定後

### [算定要件]

- (1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対して、必要があって新生児特定集中治療室管理が行われた場合に、区分番号 A 3 0 2 に掲げる新生児特定集中治療室管理料、区分番号 A 3 0 3 の 2 に掲げる新生児集中治療室管理料及び区分番号 A 3 0 3 - 2 に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して、当該管理料の届出を行っている病床を有する治療室に入室した日から起算して**7日**を限度として、所定点数を算定する。
- (2) 当該治療室に入室した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号 A 3 0 2 の 1 に掲げる新生児特定集中治療室管理料 1 の例により算定する。
- (3) 当該治療室に入室した患者が算定要件を満たす状態になった時点（入室時含む）から24時間以内は、A 3 0 2 の 1 に掲げる新生児特定集中治療室管理料 1 の施設基準により看護を実施することができるが、この場合は、新生児特定集中治療室管理料 1 の例により算定する。

### [施設基準]

- (1) 区分番号 A 3 0 2 の 1 の新生児特定集中治療室管理料 1 又は A 3 0 3 の 2 の新生児集中治療室管理料の届出を行っている治療室の病床を単位として行うものであること。
- (2) 当該病床を有する治療室内に重症新生児に対する集中治療を行うにつき十分な医師が常時配置されていること。
- (3) 当該治療室内の当該管理料の届出を行っている病床における助産師又は看護師の数は、常時、当該病床に係る入院患者の数が二又はその端数を増すごとに一以上であること。
- (4) 重症新生児に対する集中治療を行うにつき十分な体制及び専用施設を有していること。
- (5) 重症新生児に対する集中治療を行うにつき十分な実績を有していること。

・新生児の集中治療を行うために十分な体制と実績を有する新生児特定集中治療室で、高度な医療が必要な重症新生児に対し、手厚い看護配置での看護を行う場合の評価の新設

# 小児緩和ケア診療加算（入院基本料等加算）

改定後

## （新）小児緩和ケア診療加算（1日につき）700点

・緩和ケアを要する小児患者に対し、経験を有する医師及び看護師を含む緩和ケアチームによる診療やその家族へのケアを評価

### 〔対象患者〕

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

### 〔算定要件〕

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、緩和ケアを要する**15歳未満**の小児に対して、必要な診療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、小児緩和ケア診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。以下この区分番号において同じ。）について、所定点数に加算する。

### 〔施設基準〕

- （1）**15歳未満**の小児患者に対する緩和ケア診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- （2）当該体制において、緩和ケアに関する研修を受けた医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、医師又は歯科医師）が配置されていること（当該保険医療機関において小児緩和ケア診療加算を算定する悪性腫瘍又は末期心不全の患者に対して緩和ケアを行う場合に限る。）。
- （3）がん診療の拠点となる病院若しくは公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれらに準ずる病院であること。

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。



# 小児個別栄養食事管理加算（小児緩和ケア診療加算）

改定後

(新) **小児個別栄養食事管理加算（1日につき）70点**

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、緩和ケアを要する**15歳未満**の小児に対して、緩和ケアに係る必要な栄養食事管理を行った場合には、小児個別栄養食事管理加算として、**70点**を更に所定点数に加算する。

[施設基準]

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

# 小児特定集中治療室管理料

小児特定集中治療室管理料における算定上限日数の見直し

改定前	改定後
<p>【小児特定集中治療室管理料】 [算定要件]</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、15歳未満の小児（児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）に対し、必要があって小児特定集中治療室管理が行われた場合に、14日（急性血液浄化（腹膜透析を除く。）を必要とする状態、心臓手術ハイリスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮迫症候群又は心筋炎・心筋症のいずれかに該当する小児にあつては21日、体外式心肺補助（ECMO）を必要とする状態の小児にあつては35日、手術を必要とする先天性心疾患の新生児にあつては55日）を限度として算定する。</p>	<p>【小児特定集中治療室管理料】 [算定要件]</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、15歳未満の小児（児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）に対し、必要があって小児特定集中治療室管理が行われた場合に、14日（急性血液浄化（腹膜透析を除く。）を必要とする状態、心臓手術ハイリスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮迫症候群又は心筋炎・心筋症のいずれかに該当する小児にあつては21日、<b>臓器移植を行った小児にあつては30日</b>、体外式心肺補助（ECMO）を必要とする状態の小児にあつては35日、手術を必要とする先天性心疾患の新生児にあつては55日）を限度として算定する。</p>

・臓器移植を行った小児の算定上限日数を延長

# 小児抗菌薬適正使用体制加算

小児抗菌薬適正使用支援加算及び  
小児科外来診療料の見直し

改定前	改定後
<p>【小児科外来診療料】 [算定要件] 注4 1のイ又は2のイについて、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、急性気道感染症又は急性下痢症により受診した患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、月1回に限り80点を所定点数に加算する。</p>	<p>【小児科外来診療料】 [算定要件] 注4 1のイ又は2のイについて、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、急性気道感染症、<b>急性中耳炎、急性副鼻腔炎</b>又は急性下痢症により受診した患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、月1回に限り80点を所定点数に加算する。 <b>※ 小児かかりつけ診療料についても同様。</b></p>

・小児抗菌薬適正使用支援加算の対象疾患に、急性中耳炎及び急性副鼻腔炎を追加

# 小児科外来診療料

小児抗菌薬適正使用支援加算及び  
小児科外来診療料の見直し

改定前	改定後
<p>【小児科外来診療料】</p> <p>1 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合</p> <p>イ 初診時 <u>599点</u></p> <p>□ 再診時 <u>406点</u></p> <p>2 1 以外の場合</p> <p>イ 初診時 <u>716点</u></p> <p>□ 再診時 <u>524点</u></p>	<p>【小児科外来診療料】</p> <p>1 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合</p> <p>イ 初診時 <b>604点</b></p> <p>□ 再診時 <b>410点</b></p> <p>2 1 以外の場合</p> <p>イ 初診時 <b>721点</b></p> <p>□ 再診時 <b>528点</b></p>

・新型コロナウイルスの検査の取扱いの変更や処方等に係る評価体系の見直し等を踏まえた点数の見直し

# 医療的ケア児（者）入院前支援加算（入院基本料等加算）

医療的ケア児（者）に対する入院前支援の評価の新設

## 改定後

### （新）医療的ケア児（者）入院前支援加算 **1,000点**

[対象患者]

医療的ケア判定スコア**16点以上**の医療的ケア児（者）

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示を受けた看護職員が、入院前に別に厚生労働大臣が定める患者（当該保険医療機関の入院期間が通算**30日以上**のものを除く。）の患家等を訪問し、患者の状態、療養生活環境及び必要な処置等を確認した上で療養支援計画を策定し、入院前又は入院した日に当該計画書を患者又はその家族等に説明し、文書により提供した場合に、保険医療機関ごとに患者1人につき**1回**に限り、入院初日に限り所定点数に加算する。

区分番号A 2 4 6の注7に掲げる入院時支援加算は別に算定できない。

[施設基準]

医療的ケア児（者）の入院医療について、十分な実績を有していること。

[経過措置]

**令和7年5月31日**までの間は、上記の基準を満たしているものとする。

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

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示を受けた看護職員が、医療的ケア児（者）入院前支援加算を算定すべき入院前支援を情報通信機器を用いて行った場合は、保険医療機関ごとに患者1人につき**1回**に限り、入院初日に限り所定点数に加算する。

[施設基準]

情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

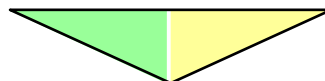
医療的ケア児の入院前に、患家を訪問又はオンライン診療で患者の状態や医療的ケアの手技の確認等の評価

# 入退院支援加算 3

入退院支援加算 3 の見直し

改定前	改定後
<p>【入退院支援加算 3】 [算定要件] (8) 入退院支援加算 3 は、当該入院期間中に区分番号「A 3 0 2」新生児特定集中治療室管理料又は区分番号「A 3 0 3」総合周産期特定集中治療室管理料の「2」新生児集中治療室管理料を算定した退院困難な要因を有する患者及び他の保険医療機関において入退院支援加算 3 を算定した上で転院した患者について、当該患者又はその家族の同意を得て退院支援計画を策定し、当該計画に基づき退院した場合に算定する。なお、ここでいう退院困難な要因とは、以下のものである。</p> <p>ア～オ（略）</p>	<p>【入退院支援加算 3】 [算定要件] (8) 入退院支援加算 3 は、当該入院期間中に区分番号「A 3 0 2」新生児特定集中治療室管理料又は区分番号「A 3 0 3」総合周産期特定集中治療室管理料の「2」新生児集中治療室管理料を算定した退院困難な要因を有する患者 <b>（他の保険医療機関において入退院支援加算 3 を算定していない患者を含む）</b>又は他の保険医療機関において入退院支援加算 3 を算定した上で転院した患者について、当該患者又はその家族の同意を得て退院支援計画を策定し、当該計画に基づき退院した場合に算定する。なお、ここでいう退院困難な要因とは、以下のものである。</p> <p>ア～オ（略）</p>

・転院搬送された児（こども）で退院困難な要因を有する患者の場合も算定可



# 入退院支援加算 3

入退院支援加算 3 の見直し

改定前	改定後
<p>【入退院支援加算 3】 [施設基準] 三十五の六 入退院支援加算の施設基準等 (3) 入退院支援加算 3 に関する施設基準 □ 当該部門に新生児の集中治療、入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有し、小児患者の在宅移行に関する研修を受けた専任の看護師が一名以上又は新生児の集中治療、入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専任の看護師及び専従の社会福祉士が一名以上配置されていること。</p> <p>第26の5 入退院支援加算 3 入退院支援加算 3 に関する施設基準 (2) 当該入退院支援部門に入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有し、小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任の看護師又は入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専任の看護師及び専従の社会福祉士が配置されていること。なお、当該専従の社会福祉士は、週30時間以上入退院支援に係る業務に従事していること。また、当該専従の社会福祉士については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専従の非常勤社会福祉士を2名以上組み合わせることにより、常勤社会福祉士と同じ時間帯にこれらの非常勤社会福祉士が配置されている場合には、当該基準を満たしているとみなすことができる。</p> <p>・施設基準の専任看護師の経験について、新生児の集中治療だけでなく小児科病棟における経験も含まれる</p>	<p>【入退院支援加算 3】 [施設基準] 三十五の六 入退院支援加算の施設基準等 (3) 入退院支援加算 3 に関する施設基準 □ 当該部門に<b>入退院支援、地域連携及び新生児の集中治療等に係る業務</b>に関する十分な経験を有し、小児患者の在宅移行に関する研修を受けた専任の看護師が一名以上又は新生児の集中治療、入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専任の看護師及び専従の社会福祉士が一名以上配置されていること。</p> <p>第26の5 入退院支援加算 3 入退院支援加算 3 に関する施設基準 (2) 当該入退院支援部門に入退院支援、5年以上の新生児集中治療<b>及び小児の患者に対する看護</b>に係る業務の経験を有し、小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任の看護師<b>（3年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有するものに限る。）</b>又は入退院支援、5年以上の新生児集中治療<b>及び小児の患者に対する看護</b>に係る業務の経験有する専任の看護師<b>（3年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有するものに限る。）</b>及び専従の社会福祉士が配置されていること。なお、当該専従の社会福祉士は、週30時間以上入退院支援に係る業務に従事していること。また、当該専従の社会福祉士については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専従の非常勤社会福祉士を2名以上組み合わせることにより、常勤社会福祉士と同じ時間帯にこれらの非常勤社会福祉士が配置されている場合には、当該基準を満たしているとみなすことができる。</p>

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

# 小児入院医療管理料 3

一般病棟と一体的に運用する小児入院医療管理料3の見直し

改定前	改定後
<p>【小児入院医療管理料】 [施設基準] 2 小児入院医療管理料 1、2、3 及び 4 の施設基準 (1)~(5) (略) (新設)</p>	<p>【小児入院医療管理料】 [算定要件] 2 小児入院医療管理料 1、2、3 及び 4 の施設基準 (1)~(5) (略) <b>(6) 小児入院医療管理料 3 を算定しようとする保険医療機関であって、平均入院患者数が概ね30名程度以下の小規模な病棟を有する場合は、急性期一般入院料 1、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）の 7 対 1 入院基本料又は専門病院入院基本料の 7 対 1 入院基本料を算定すべき病棟と当該小児病棟を併せて 1 看護単位とすることができる。ただし、この場合は次の点に留意すること。</b> <b>ア 小児入院医療管理料 3 を算定する病床を集めて区域特定する等により、小児患者が安心して療養生活を送れる環境を整備すること。</b> <b>イ アの区域特定した病床における夜勤については、看護職員を2人以上配置していることが望ましく、かつ、当該病棟における夜勤については、看護職員を3人以上配置していることが望ましい。</b></p>

・小児入院医療管理料 3 について、7 対 1 一般病棟と一体的に運用することが可能となる  
 ・一体的な運用を行い成人患者との混合病棟となる場合は、小児用の病床を集めて区域特定することが必要



# 保育士配置の加算（小児入院医療管理料）

小児入院医療管理料における保育士・看護補助者の評価の新設

改定前	改定後
<p>【小児入院医療管理料】 [算定要件] 注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の病棟において小児入院医療管理が行われた場合は、1日につき<u>100点</u>を所定点数に加算する。</p>	<p>【小児入院医療管理料】 [算定要件] 注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の病棟において小児入院医療管理が行われた場合は、<b>当該基準の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ</b>1日につき所定点数に加算する。 <b>ア 保育士1名の場合 100点</b> <b>イ 保育士2名以上の場合 180点</b></p>

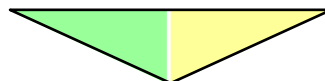
・保育士を複数名かつ夜間に配置している場合を評価



# 保育士配置の加算（小児入院医療管理料）

小児入院医療管理料における保育士・看護補助者の評価の新設

改定前	改定後
<p>[施設基準]</p> <p>九 小児入院医療管理料の施設基準</p> <p>(7) 小児入院医療管理料の注2に規定する加算の施設基準</p> <p>イ 当該病棟に専ら十五歳未満の小児の療養生活の指導を担当する常勤の保育士（国家戦略特別区域法（平成二十五年法律第百七号）第十二条の五第五項に規定する事業実施区域内にある保険医療機関にあっては、保育士又は当該事業実施区域に係る国家戦略特別区域限定保育士）が一名以上配置されていること。</p> <p>□（略） （新設）</p>	<p>[施設基準]</p> <p>九 小児入院医療管理料の施設基準</p> <p>(7) 小児入院医療管理料の注2に規定する加算の施設基準</p> <p><b>イ 保育士1名の場合の施設基準</b></p> <p>① 当該病棟に専ら十五歳未満の小児の療養生活の指導を担当する常勤の保育士（国家戦略特別区域法（平成二十五年法律第百七号）第十二条の五第五項に規定する事業実施区域内にある保険医療機関にあっては、保育士又は当該事業実施区域に係る国家戦略特別区域限定保育士）が一名以上配置されていること。</p> <p>②（略）</p> <p><b>ロ 保育士2名以上の場合の施設基準</b></p> <p>① <b>当該病棟に専ら十五歳未満の小児の療養生活の指導を担当する常勤の保育士（国家戦略特別区域法（平成二十五年法律第百七号）第十二条の五第五項に規定する事業実施区域内にある保険医療機関にあっては、保育士又は当該事業実施区域に係る国家戦略特別区域限定保育士）が二名以上配置されていること。</b></p> <p>② <b>イの②を満たすものであること。</b></p>



# 重症時受入体制加算（小児入院医療管理料）

小児入院医療管理料における保育士・看護補助者の評価の新設

改定前	改定後
<p>【小児入院医療管理料】 〔算定要件〕 注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（小児入院医療管理料3、小児入院医療管理料4又は小児入院医療管理料5を算定している患者に限る。）について、重症児受入体制加算として、<u>1日につき200点を所定点数に加算する。</u></p> <p>〔施設基準〕 九 小児入院医療管理料の施設基準 (8) 小児入院医療管理料の注4に規定する加算の施設基準 イ 当該病棟に専ら十五歳未満の小児の療養生活の指導を担当する常勤の保育士が一名以上配置されていること。 ロ・ハ (略) （新設）</p>	<p>【小児入院医療管理料】 〔算定要件〕 注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（小児入院医療管理料3、小児入院医療管理料4又は小児入院医療管理料5を算定している患者に限る。）について、<b>当該基準の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</b></p> <p><b>ア 重症児受入体制加算 1 200点</b> <b>イ 重症児受入体制加算 2 280点</b></p> <p>〔施設基準〕 九 小児入院医療管理料の施設基準 8) 小児入院医療管理料の注4に規定する加算の施設基準 <b>イ 重症児受入体制加算 1 の施設基準</b> ① 当該病棟に専ら十五歳未満の小児の療養生活の指導を担当する常勤の保育士が一名以上配置されていること。 ②・③ (略) <b>ロ 重症児受入体制加算 2 の施設基準</b> ① 当該病棟に専ら十五歳未満の小児の療養生活の指導を担当する常勤の保育士が二名以上配置されていること。 ② <b>イの②及び③を満たすものであること。</b></p>

・保育士を複数名かつ夜間に配置している場合を評価

# 小児入院医療管理料

小児入院医療管理料における保育士・看護補助者の評価の新設

改定前	改定後
<p>【小児入院医療管理料】 [算定要件] (新設)</p>	<p>【小児入院医療管理料】 [算定要件] <b>(2) 小児入院医療管理料を算定する場合であって、小児の家族等が希望により付き添うときは、当該家族等の食事や睡眠環境等の付き添う環境に対して配慮すること。</b></p>

・小児の家族等が希望により付き添う場合、家族等の食事や睡眠環境等の付き添う環境に配慮することを要件化

# 看護補助加算、看護補助体制充実加算 (小児入院医療管理料)

小児入院医療管理料における保育士・看護補助者の評価の新設

改定後

・夜間を含めた看護補助者の配置を評価

## (新) 看護補助加算 (1日につき) **151点**

[算定要件]

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

[施設基準]

- (1) 当該病棟において、1日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が30又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であること。
- (2) 当該病棟において、夜勤を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が75又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であること。
- (3) 看護職員の負担軽減及び処遇改善に資する体制が整備されていること。

## (新) 看護補助体制充実加算 (1日につき) **156点**

[算定要件]

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

[施設基準]

- (1) 当該病棟において、1日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が30又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であること。
- (2) 当該病棟において、夜勤を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が75又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であること。
- (3) 看護職員の負担軽減及び処遇改善に資する十分な体制が整備されていること。

# 母体・胎児集中治療室管理料

母体・胎児集中治療室管理料の見直し

改定前	改定後
<p>【母体・胎児集中治療室管理料】                      [施設基準]                      第6 総合周産期特定集中治療室管理料                      1 総合周産期特定集中治療室管理料に関する施設基準                      (1) 母体・胎児集中治療室管理料に関する施設基準                      ア (略)                      イ 専任の医師が常時、母体・胎児集中治療室内に勤務していること。ただし、患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>・専任医師が常時、治療室内に勤務している要件について、当該医師は宿日直を担当する医師であってはならないことを明確化</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>・医師の配置要件について、専ら産婦人科又は産科に従事する医師が常時2名以上、医療機関内に勤務し、当該医師に専任の医師を1名含む場合も、要件を満たす</p> </div> <p>ウ～キ (略)                      ク 当該治療室勤務の医師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での当直勤務を併せて行わないものとし、当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとする。</p>	<p>【母体・胎児集中治療室管理料】                      [施設基準]                      第6 総合周産期特定集中治療室管理料                      1 総合周産期特定集中治療室管理料に関する施設基準                      (1) 母体・胎児集中治療室管理料に関する施設基準                      ア (略)                      イ <b>以下のいずれかを満たすこと。</b></p> <p>① 専任の医師が常時、母体・胎児集中治療室内に勤務していること。<b>当該専任の医師は、宿日直を行う医師ではないこと。</b>ただし、患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない。<b>なお、当該治療室勤務の医師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での勤務及び宿日直を併せて行わないものとする。</b></p> <p>② <b>専ら産婦人科又は産科に従事する医師（宿日直を行う医師を含む。）が常時2名以上当該保険医療機関内に勤務していること。そのうち1名は専任の医師とし、当該治療室で診療が必要な際に速やかに対応できる体制をとること。</b>なお、当該医師は当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での勤務及び宿日直を併せて行わないものとする。</p> <p>ウ～キ (略)                      ク 当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとする。</p>

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

# ハイリスク妊娠管理加算

ハイリスク妊娠管理加算の見直し

改定前	改定後
<p>【ハイリスク妊娠管理加算】                      [施設基準]                      別表第六の三 ハイリスク妊娠管理加算の対象患者                      妊娠二十二週から三十二週未満の早産の患者                      (中略)</p>	<p>【ハイリスク妊娠管理加算】                      [施設基準]                      別表第六の三 ハイリスク妊娠管理加算の対象患者  <b>分娩時の妊娠週数が</b>妊娠二十二週から三十二週未満の早産<b>である</b>患者                      (中略)</p>

・早産に係る対象患者の見直し

## 難治性がん性疼痛緩和指導管理加算（がん性疼痛緩和指導管理料）

改定前	改定後
<p>【がん性疼痛緩和指導管理料】 [算定要件] (新設)</p> <p>2～3 (略) [施設基準] (新設)</p> <p>(11)の2 <u>がん性疼痛緩和指導管理料の注3</u>に規定する施設基準 (略)</p>	<p>【がん性疼痛緩和指導管理料】 [算定要件] <b>注2</b> <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がん性疼痛緩和のための専門的な治療が必要な患者に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が、その必要性及び診療方針等について文書により説明を行った場合に、難治性がん性疼痛緩和指導管理加算として、患者1人につき1回に限り所定点数に100点を加算する。</u></p> <p>3～4 (略) [施設基準]</p> <p><b>(11)の2</b> <u>がん性疼痛緩和指導管理料の注2に規定する施設基準</u> <u>がん患者に対するがん疼痛の症状緩和を目的とした放射線治療及び神経ブロックを実施する体制及び実績を有していること。</u></p> <p><b>(11)の3</b> <u>がん性疼痛緩和指導管理料の注4</u>に規定する施設基準 (略)</p>

・放射線治療と神経ブロックの実施体制と実績のある医療機関において、当該治療が必要な患者に、診療方針等について文書を用いた説明を評価



# がん拠点病院加算

がん拠点病院加算の見直し

改定前	改定後
<p>【がん拠点病院加算】 [算定要件] 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に、他の保険医療機関等からの紹介により入院した悪性腫瘍と診断された患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術等基本料のうち、がん拠点病院加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。</p> <p>・都道府県がん診療連携拠点病院及び特定領域がん診療連携拠点病院の特例型に指定された医療機関が算定する項目の明確化</p> <p>[施設基準] 二十七 がん拠点病院加算の施設基準等 (1) がん診療連携拠点病院加算の施設基準 がん診療の拠点となる病院であること。</p> <p>(新設)</p> <p>(2)・(3) (略)</p> <p>・地域がん診療拠点病院の特例型に指定された医療機関が算定する項目を新設</p>	<p>【がん拠点病院加算】 [算定要件] 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に、他の保険医療機関等からの紹介により入院した悪性腫瘍と診断された患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術等基本料のうち、がん拠点病院加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。<b>ただし、本文の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に、他の保険医療機関等からの紹介により入院した悪性腫瘍と診断された患者について、イ又はロの所定点数に代えて、それぞれ300点又は100点を所定点数に加算する。</b></p> <p>[施設基準] 二十七 がん拠点病院加算の施設基準等 (1) がん診療連携拠点病院加算の施設基準 がん診療の拠点となる病院として<u>必要な体制を有しているもの</u>であること。 <b>(2) がん診療連携拠点病院加算注1 ただし書に規定する施設基準</b> <u>がん診療の拠点となる病院として必要な体制を一部有しているものであること。</u> <b>(3)・(4) (略)</b></p>

# 精神科地域包括ケア病棟入院料

精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に向けた重点的な支援を提供する病棟の評価の新設

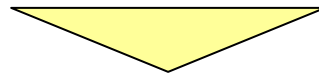
## 改定後

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

#### [算定要件]

- (1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た精神病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神病棟に入院している患者について、区分番号A 3 1 1に掲げる精神科救急急性期医療入院料、区分番号A 3 1 1 - 2に掲げる精神科急性期治療病棟入院料及び区分番号A 3 1 1 - 3に掲げる精神科救急・合併症入院料を算定した期間と通算して**180日**を限度として、所定点数を算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号A 1 0 3に掲げる精神病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により算定する。
- (2) 当該病棟に転棟若しくは転院又は入院した日から起算して**90日間**に限り、自宅等移行初期加算として、**100点**を加算する。
- (3) 過去1年以内に、当該入院料又は(2)に規定する加算を算定した患者については、(1)又は(2)に規定する期間の計算に当たって、直近1年間に当該入院料又は当該加算を算定していた期間を**180日**又は**90日**に算入するものとする。
- (4) 区分番号A 1 0 3に掲げる精神病棟入院基本料の15対1入院基本料、18対1入院基本料並びに20対1入院基本料、区分番号A 3 1 2に掲げる精神療養病棟入院料、区分番号A 3 1 4に掲げる認知症治療病棟入院料及び区分番号A 3 1 8に掲げる地域移行機能強化病棟入院料を届け出ている病棟から、当該病棟への転棟は、患者1人につき**1回**に限る。
- (5) 当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した1日当たりの抗精神病薬が2種類以下の場合に限り、非定型抗精神病薬加算として、1日につき**15点**を所定点数に加算する。

・精神疾患患者の地域移行、地域定着を推進する観点から、多職種の重点的な配置、在宅医療の実績、自宅等移行率の実績、データの提出等の施設基準を設定した病棟を新設



# 精神科地域包括ケア病棟入院料

精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に向けた重点的な支援を提供する病棟の評価の新設

## 改定後

### [施設基準]

- (1) 主として地域生活に向けた重点的な支援を要する精神疾患を有する患者を入院させ、精神病棟を単位として行うものであること。
- (2) 医療法施行規則第十九条第一項第一号に定める医師の員数以上の員数が配置されていること。
- (3) 医療法施行規則第十九条第二項第二号に定める看護師及び准看護師の員数以上の員数が配置されていること。
- (4) 当該病棟を有する保険医療機関において、常勤の精神保健指定医が二名以上配置され、かつ、当該病棟に専任の常勤精神科医が一名以上配置されていること。
- (5) 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十三又はその端数を増すごとに一以上であること。
- (6) (5)の規定にかかわらず、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師の数は、一以上であること。
- (7) (5)の規定にかかわらず、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十五又はその端数を増すごとに一以上であること。
- (8) 当該病棟において、看護職員の最小必要数の四割以上が看護師であること。
- (9) 夜勤については、(5)の規定にかかわらず、看護職員の数が二以上であること。
- (10) 当該地域における精神科救急医療体制の確保に協力するにつき必要な体制及び実績を有している保険医療機関であること。
- (11) 精神障害者の地域生活に向けた重点的な支援を行うにつき十分な体制及び実績を有していること。
- (12) 精神障害者の地域生活を支援する関係機関等との連携を有していること。
- (13) データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

### [経過措置]

- (1) 令和6年3月31日において現に精神病棟を単位として届出を行う入院料に係る届出を行っている病棟については、**令和7年5月31日**までの間に限り、(10)、(11)及び(12)に該当するものとみなす。
- (2) 令和6年3月31日において現に精神病棟を単位として届出を行う入院料に係る届出を行っている病棟については、**令和7年9月30日**までの間に限り、(13)及び(15)に該当するものとみなす。

# 地域移行機能強化病棟入院料

地域移行機能強化病棟入院料の継続と要件の見直し

改定前	改定後
<p>【地域移行機能強化病棟入院料】 [施設基準]</p> <p>(14)届出時点で、次のいずれの要件も満たしていること。 ア (略) イ 以下の式で算出される数値が2.4%以上であること。なお、自宅等への退院とは、患家、介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設へ移行することをいう。ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設に入所した場合を除いたものをいう。 当該保険医療機関に1年以上入院していた患者のうち、当該病棟から自宅等に退院した患者の数の1か月当たりの平均（届出の前月までの3か月間における平均）÷当該病棟の届出病床数×100（%）</p> <p>(15)算定開始以降、各月末時点で、以下の式で算出される数値が2.4%以上であること。 当該保険医療機関に1年以上入院していた患者のうち、算定開始以降に当該病棟から自宅等に退院した患者数の1か月当たりの平均（地域移行機能強化病棟入院料を算定した全期間における平均）÷当該病棟の届出病床数×100（%）</p>	<p>【地域移行機能強化病棟入院料】 [施設基準]</p> <p>(14)届出時点で、次のいずれの要件も満たしていること。 ア (略) イ 以下の式で算出される数値が<b>3.3%以上</b>であること。なお、自宅等への退院とは、患家、介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設へ移行することをいう。ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設に入所した場合を除いたものをいう。 当該保険医療機関に1年以上入院していた患者のうち、当該病棟から自宅等に退院した患者の数の1か月当たりの平均（届出の前月までの3か月間における平均）÷当該病棟の届出病床数×100（%）</p> <p>(15)算定開始以降、各月末時点で、以下の式で算出される数値が<b>3.3%以上</b>であること。 当該保険医療機関に1年以上入院していた患者のうち、算定開始以降に当該病棟から自宅等に退院した患者数の1か月当たりの平均（地域移行機能強化病棟入院料を算定した全期間における平均）÷当該病棟の届出病床数×100（%）</p>

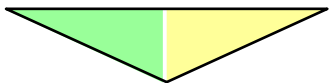
・長期入院患者の退院実績要件の見直し

# 地域移行機能強化病棟入院料

地域移行機能強化病棟入院料の継続と要件の見直し

改定前	改定後
<p>(16)算定開始以降、1年ごとに1回以上、当該保険医療機関全体の精神病床について、当該保険医療機関の所在する都道府県に許可病床数変更の許可申請を行っていること。算定開始月の翌年以降の同じ月における許可病床数は、以下の式で算出される数値以下であること。 届出前月末日時点での精神病床の許可病床数 - (当該病棟の届出病床数の <u>30%</u> × 当該病棟の算定年数)</p> <p>(17)地域移行機能強化病棟入院料に係る届出を取り下げる際には、許可病床数が以下の式で算出される数値以下であること。 届出前月末日時点での精神病床の許可病床数 - (当該病棟の届出病床数の <u>30%</u> × 当該病棟の算定月数 ÷ 12)</p> <p>(中略)</p> <p>(21)令和2年3月31日において現に地域移行機能強化病棟入院料の届出を行っている病棟については、(14)から(17)までの規定に限り、なお従前の例による。</p>	<p>(16)算定開始以降、1年ごとに1回以上、当該保険医療機関全体の精神病床について、当該保険医療機関の所在する都道府県に許可病床数変更の許可申請を行っていること。算定開始月の翌年以降の同じ月における許可病床数は、以下の式で算出される数値以下であること。 届出前月末日時点での精神病床の許可病床数 - (当該病棟の届出病床数の <b>40%</b> × 当該病棟の算定年数)</p> <p>(17)地域移行機能強化病棟入院料に係る届出を取り下げる際には、許可病床数が以下の式で算出される数値以下であること。 届出前月末日時点での精神病床の許可病床数 - (当該病棟の届出病床数の <b>40%</b> × 当該病棟の算定月数 ÷ 12)</p> <p>(中略)</p> <p><b>(削除)</b></p>

・長期入院患者の退院実績要件の見直し

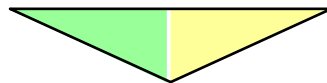


# 地域移行機能強化病棟入院料

地域移行機能強化病棟入院料の継続と要件の見直し

改定前	改定後
<p>【地域移行機能強化病棟入院料】 〔施設基準〕 二十 地域移行機能強化病棟入院料の施設基準等 (1) 地域移行機能強化病棟入院料の施設基準 ト 当該病棟に専従の常勤の精神保健福祉士が一名以上配置されており、かつ、当該病棟に専任の常勤の精神保健福祉士が一名以上（入院患者数が四十を超える場合は二名以上）配置されていること。 (新設) チ〜ル (略) (8) 当該病棟に1名以上の専従の常勤精神保健福祉士及び1名以上の専任の常勤精神保健福祉士（入院患者の数が40を超える場合は2名以上）が配置されていること。ただし、当該病棟の入院患者の数が40を超える場合であって、身体合併症等を有する患者の退院支援業務のために必要な場合には、1名以上の専従の常勤精神保健福祉士、1名以上の専任の常勤精神保健福祉士及び1名以上の専任の常勤社会福祉士が配置されていればよいこと。 (9) (略)</p>	<p>【地域移行機能強化病棟入院料】 〔施設基準〕 二十 地域移行機能強化病棟入院料の施設基準等 (1) 地域移行機能強化病棟入院料の施設基準 ト 当該病棟に専従の常勤の精神保健福祉士が一名以上配置されていること。 チ 当該病棟に退院調整を担当する者が一名以上（入院患者数が四十を超える場合は二名以上）配置されていること。 リ〜ヲ (略) (8) 当該病棟に1名以上の専従の常勤精神保健福祉士が配置されていること。 (9) (略)</p>

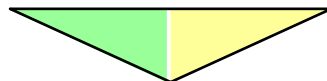
・専任の精神保健福祉士の配置要件を緩和



# 地域移行機能強化病棟入院料

地域移行機能強化病棟入院料の継続と要件の見直し

改定前	改定後
<p>(10)当該病棟の入院患者の退院に向けた相談支援業務等を行う者（以下「退院支援相談員」という）を、当該病棟に入院した患者1人につき1人以上指定し、当該保険医療機関内に配置していること。なお、退院支援相談員は、次のいずれかの者であること。</p> <p>ア 精神保健福祉士（当該病棟専従の者でも可）                      イ 保健師、看護師、准看護師、作業療法士又は社会福祉士として、精神障害者に関する業務に従事した経験を3年以上有する者</p>	<p>(10)当該病棟の入院患者の退院に向けた相談支援業務等を行う者（以下<u>この項において</u>「退院支援相談員」という）を、当該病棟に入院した患者1人につき1人以上指定し、当該保険医療機関内に配置していること。<b>また、退院支援相談員のうち1名以上（入院患者の数が40を超える場合は2名以上）は、当該病棟に専任の常勤の者であること。</b>なお、退院支援相談員は、次のいずれかの者であること。</p> <p>ア 精神保健福祉士（当該病棟専従の者でも可）                      イ 保健師、看護師、准看護師、作業療法士、<b>社会福祉士又は公認心理師</b>として、精神障害者に関する業務に従事した経験を3年以上有する者</p> <p><b>※ (10)のイに係る見直しについては、精神療養病棟入院料についても同様。</b></p>



# 地域移行機能強化病棟入院料

地域移行機能強化病棟入院料の継続と要件の見直し

改定前	改定後
<p>【地域移行機能強化病棟入院料】 〔施設基準〕 第21 地域移行機能強化病棟入院料 3 届出に関する事項 地域移行機能強化病棟入院料に係る届出は、別添 7 の様式 9、様式20（作業療法等の経験を有する看護職員及び専任の社会福祉士（身体合併症等を有する患者の退院支援業務のために 1 名以上の専従の常勤精神保健福祉士及び 1 名以上の専任の常勤保健福祉士に加えて配置する場合に限る。））については、その旨を備考欄に記載すること。）及び様式57の 4 を用いること。作業療法士及び精神保健福祉士を看護配置に含める場合には、様式 9 の勤務実績表において、当該作業療法士及び当該精神保健福祉士を准看護師として記入すること。また、当該届出は令和 6 年 3 月 31 日までに限り行うことができるものであること。この場合において、病棟の勤務実績表で看護要員の職種が確認できる場合は、様式20の当該看護要員のみを省略することができること（作業療法等の経験を有する看護職員を除く。）。なお、重症者加算 1 について、精神療養病棟入院料の重症者加算 1 の届出を行っている場合は、地域移行機能強化病棟入院料の重症者加算 1 として特に地方厚生（支）局長に対して届出を行う必要はないこと。</p>	<p>【地域移行機能強化病棟入院料】 〔施設基準〕 第21 地域移行機能強化病棟入院料 3 届出に関する事項 地域移行機能強化病棟入院料に係る届出は、別添 7 の様式 9、様式20（作業療法等の経験を有する看護職員については、その旨を備考欄に記載すること。）及び様式57の 4 を用いること。作業療法士及び精神保健福祉士を看護配置に含める場合には、様式 9 の勤務実績表において、当該作業療法士及び当該精神保健福祉士を准看護師として記入すること。また、当該届出は<b>令和12年3月31日</b>までに限り行うことができるものであること。この場合において、病棟の勤務実績表で看護要員の職種が確認できる場合は、様式20の当該看護要員のみを省略することができること（作業療法等の経験を有する看護職員を除く。）。なお、重症者加算 1 について、精神療養病棟入院料の重症者加算 1 の届出を行っている場合は、地域移行機能強化病棟入院料の重症者加算 1 として特に地方厚生（支）局長に対して届出を行う必要はないこと。</p>

・届出可能期間を6年延長



# 精神科入退院支援加算

精神科入退院支援加算の新設

## 改定後

(新) **精神科入退院支援加算 (退院時 1 回) 1,000点**

・入院早期からの包括的支援マネジメントに基づく入退院支援を評価

### [対象患者]

退院困難な要因を有する入院中の患者であって、在宅での療養を希望するもの

### [算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、次に掲げる入退院支援のいずれかを行った場合に、退院時 1 回に限り、所定点数に加算する。ただし、区分番号 A 1 0 3 に掲げる精神病棟入院基本料の注 7 若しくは区分番号 A 3 1 2 に掲げる精神療養病棟入院料の注 6 に規定する精神保健福祉士配置加算、区分番号 A 2 3 0 - 2 に掲げる精神科地域移行実施加算又は区分番号 I 0 1 1 に掲げる精神科退院指導料を算定する場合は、算定できない。

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

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

### [施設基準]

- (1) 当該保険医療機関内に、入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること。
- (2) 当該部門に入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の精神保健福祉士が配置されていること。
- (3) 当該部門に専従の看護師が配置されている場合にあつては専任の精神保健福祉士が、専従の精神保健福祉士が配置されている場合にあつては専任の看護師が配置されていること。
- (4) 各病棟に、入退院支援及び地域連携業務に専従として従事する専任の看護師又は精神保健福祉士が配置されていること。
- (5) その他入退院支援等を行うにつき十分な体制が整備されていること。

# 精神科措置入院退院支援加算

精神科入退院支援加算の新設

改定前	改定後
<p>【精神科措置入院退院支援加算】 [算定要件] 注 精神保健福祉法第29条又は第29条の2に規定する入院措置に係る患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、精神科措置入院退院支援加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、都道府県、保健所を設置する市又は特別区と連携して退院に向けた支援を行った場合に、退院時1回に限り、所定点数に加算する。</p> <p>【精神科入退院支援加算】 [算定要件] (新設)</p>	<p>【精神科措置入院退院支援加算】 [算定要件] <b>(削除)</b></p> <p>【精神科入退院支援加算】 [算定要件] 注2 精神保健福祉法第29条又は第29条の2に規定する入院措置に係る患者について、都道府県、保健所を設置する市又は特別区と連携して退院に向けた支援を行った場合に、精神科措置入院退院支援加算として、退院時1回に限り、<b>300点</b>を更に所定点数に加算する。</p>

・精神科入退院支援加算の新設に伴い、単独の入院基本料等加算としては廃止され、新設加算に付随する加算として移行  
・評価も600点から300点に見直し

# (廃止) 院内標準診療計画加算 (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)

改定前	改定後
<p>【精神科救急急性期医療入院料】 [算定要件] 注4 当該病棟に入院している、別に厚生労働大臣が定める状態にある患者に対して、入院した日から起算して7日以内に、当該保険医療機関の医師、看護師、精神保健福祉士等が共同して院内標準診療計画を作成し、当該患者が入院した日から起算して60日以内に当該計画に基づき退院した場合に、院内標準診療計画加算として、退院時1回に限り200点を所定点数に加算する。</p>	<p>【精神科救急急性期医療入院料】 [算定要件] <b>(削除)</b></p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #FFDAB9; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>・精神科入退院支援加算の新設に伴い廃止</p> </div> <p>※ <b>精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料についても同様。</b></p>

# (廃止) 退院調整加算 (精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料)

改定前	改定後
<p>【精神療養病棟入院料】 [算定要件] 注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該病棟に入院している患者について退院支援計画を作成し、退院支援部署による退院調整を行った場合は、退院調整加算として、退院時に500点を所定点数に加算する。</p>	<p>【精神療養病棟入院料】 [算定要件] <b>(削除)</b></p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #FFDAB9; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p>・精神科入退院支援加算の新設に伴い廃止</p> </div> <p>※ 認知症治療病棟入院料についても同様。</p>

# 療養生活継続支援加算 (通院・在宅精神療法)

療養生活環境整備指導加算及び  
療養生活継続支援加算の見直し

改定前	改定後
<p><b>【通院・在宅精神療法】</b> 〔算定要件〕</p> <p>注8 1を算定する患者であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、<u>直近の入院において、区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料1を算定した患者</u>に対して、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師又は精神保健福祉士が、療養生活環境を整備するための指導を行った場合に、療養生活環境整備指導加算として、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、月1回に限り250点を所定点数に加算する。</p> <p>9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、<u>1</u>を算定する患者であって、重点的な支援を要するものに対して、精神科を担当する医師の指示の下、看護師又は精神保健福祉士が、当該患者が地域生活を継続するための面接及び関係機関との連絡調整を行った場合に、療養生活継続支援加算として、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、月1回に限り350点を所定点数に加算する。<u>ただし、注8に規定する加算を算定した場合は、算定しない。</u></p>	<p><b>【通院・在宅精神療法】</b> 〔算定要件〕 (削除)</p> <div style="border: 1px solid purple; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>・療養生活継続支援加算と療養生活環境整備指導加算を統合し、在宅精神療法算定患者も算定対象に追加 療養生活環境整備加算⇒イ 療養生活継続支援加算⇒ロ</p> </div> <p><b>8</b> 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重点的な支援を要する<b>患者</b>に対して、精神科を担当する医師の指示の下、<b>保健師</b>、看護師又は精神保健福祉士が、当該患者が地域生活を継続するための面接及び関係機関との連絡調整を行った場合に、療養生活継続支援加算として、<b>次に掲げる区分に従い</b>、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、月1回に限り、<b>いずれかを</b>所定点数に加算する。 <b>イ 直近の入院において、区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料1を算定した患者の場合 500点</b> <b>ロ イ以外の患者の場合 350点</b></p>

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

# 療養生活継続支援加算 (通院・在宅精神療法)

療養生活環境整備指導加算及び  
療養生活継続支援加算の見直し

改定前	改定後
<p>[施設基準] 一の一の四 <u>通院・在宅精神療法の注8に規定する施設基準療養生活環境整備のための指導を行うにつき十分な体制が確保されていること。</u> 一の一の五 <u>通院・在宅精神療法の注9に規定する施設基準療養生活を継続するための支援を行うにつき十分な体制が確保されていること。</u></p>	<p>[施設基準] <u>(削除)</u>  一の一の五 通院・在宅精神療法の<b>注8</b>に規定する施設基準療養生活を継続するための支援を行うにつき十分な体制が確保されていること。</p>

# 通院・在宅精神療法

通院・在宅精神療法の見直し及び  
早期診療体制充実加算の新設

改定前	改定後
<p>【通院・在宅精神療法（1回につき）】</p> <p>1 通院精神療法 イ（略） □ 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合 (1) 精神保健指定医による場合 <u>560点</u> (2) (1)以外の場合 <u>540点</u> ハイ及びロ以外の場合 (1) 30分以上の場合（略） (2) 30分未満の場合 ① 精神保健指定医による場合 <u>330点</u> ② ①以外の場合 <u>315点</u></p> <p>2 在宅精神療法 イ（略） □ 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合 (1) 精神保健指定医による場合 <u>620点</u> (2) (1)以外の場合 <u>600点</u> ハイ及びロ以外の場合 (1) 60分以上の場合 ① 精神保健指定医による場合 <u>550点</u> ② ①以外の場合 <u>530点</u> (2) 30分以上60分未満の場合（略） (3) 30分未満の場合 ① 精神保健指定医による場合 <u>330点</u> ② ①以外の場合 <u>315点</u></p>	<p>【通院・在宅精神療法（1回につき）】</p> <p>1 通院精神療法 イ（略） □ 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合 (1) 精神保健指定医による場合 <b>600点</b> (2) (1)以外の場合 <b>550点</b> ハイ及びロ以外の場合 (1) 30分以上の場合（略） (2) 30分未満の場合 ① 精神保健指定医による場合 <b>315点</b> ② ①以外の場合 <b>290点</b></p> <p>2 在宅精神療法 イ（略） □ 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合 (1) 精神保健指定医による場合 <b>640点</b> (2) (1)以外の場合 <u>600点</u> ハイ及びロ以外の場合 (1) 60分以上の場合 ① 精神保健指定医による場合 <b>590点</b> ② ①以外の場合 <b>540点</b> (2) 30分以上60分未満の場合（略） (3) 30分未満の場合 ① 精神保健指定医による場合 <b>315点</b> ② ①以外の場合 <b>290点</b></p>

・60分以上の精神療法と30分未満の精神療法の評価見直し

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

# (新設) 早期診療体制充実加算 (通院・在宅精神療法)

通院・在宅精神療法の見直し及び  
早期診療体制充実加算の新設

改定前	改定後
<p>【通院・在宅精神療法】 [算定要件] (新設)</p> <p>[施設基準] (新設)</p>	<p>【通院・在宅精神療法】 [算定要件] <b>注11 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、<u>通院・在宅精神療法を行った場合は、早期診療体制充実加算として、次に掲げる区分に従い、それぞれ所定点数に加算する。</u></b></p> <p><b>イ 病院の場合</b></p> <p>(1) 当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から <b>3年以内の期間</b>に行った場合 <b>20点</b></p> <p>(2) (1)以外の場合 <b>15点</b></p> <p><b>ロ 診療所の場合</b></p> <p>(1) 当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から <b>3年以内の期間</b>に行った場合 <b>50点</b></p> <p>(2) (1)以外の場合 <b>15点</b></p> <p>[施設基準] <b>一の一の八 通院・在宅精神療法の注11に規定する施設基準精神疾患の早期発見及び症状の評価等の必要な診療を行うにつき十分な体制が確保されていること。</b></p>

・精神疾患の早期発見や症状の評価等の必要な診療を行うための十分な体制をもつ医療機関を評価



# (新設) 児童思春期支援指導加算 (通院・在宅精神療法)

児童思春期支援  
指導加算の新設

改定前	改定後
<p>【通院・在宅精神療法】 [算定要件] (新設)</p> <p>・20歳未満の患者に対する多職種連携による外来診療の実施を評価</p> <p>[施設基準] (新設)</p>	<p>【通院・在宅精神療法】 [算定要件]</p> <p><b>注10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、20歳未満の患者に対して、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師等が共同して必要な支援を行った場合は、児童思春期支援指導加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。ただし、イについては、1回に限り算定する。また、注3又は注4に規定する加算を算定した場合は、算定しない。</b></p> <p><b>イ 60分以上の通院・在宅精神療法を行った場合（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から3月以内の期間に行った場合に限る。） 1,000点</b></p> <p><b>ロ イ以外の場合</b></p> <p><b>(1) 当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から2年以内の期間に行った場合 450点</b></p> <p><b>(2) (1)以外の場合 250点</b></p> <p>[施設基準]</p> <p><b>一の一の七 通院・在宅精神療法の注10に規定する施設基準二十歳未満の精神疾患を有する患者の支援を行うにつき必要な体制及び実績を有していること。</b></p>

# 20歳未満加算、児童思春期精神科専門管理加算 (通院・在宅精神療法)

児童思春期支援  
指導加算の新設

改定前	改定後
<p>【通院・在宅精神療法】 [算定要件]</p> <p>注3 20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から1年以内の期間に行った場合に限る。）は、<u>350点</u>を所定点数に加算する。ただし、注4に規定する加算を算定した場合は、算定しない。</p> <p>4 特定機能病院若しくは区分番号A311-4に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行った保険医療機関又は当該保険医療機関以外の保険医療機関であって別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、通院・在宅精神療法を行った場合は、児童思春期精神科専門管理加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。ただし、口については、1回に限り算定する。</p> <p>イ・口（略）</p>	<p>【通院・在宅精神療法】 [算定要件]</p> <p>注3 20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から1年以内の期間に行った場合に限る。）は、<b>320点</b>を所定点数に加算する。ただし、注4 <b>又は注10</b>に規定する加算を算定した場合は、算定しない。</p> <p>4 特定機能病院若しくは区分番号A311-4に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行った保険医療機関又は当該保険医療機関以外の保険医療機関であって別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、通院・在宅精神療法を行った場合は、児童思春期精神科専門管理加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。ただし、口については、1回に限り算定する。<b>また、注3 又は注10に規定する加算を算定した場合は、算定しない。</b></p> <p>イ・口（略）</p>

・児童思春期支援指導加算の新設に伴う評価の見直し

# (新設) 心理支援加算 (通院・在宅精神療法)

改定前	改定後
<p>【通院・在宅精神療法】 [算定要件] (新設)</p>           <p>[施設基準] (新設)</p>	<p>【通院・在宅精神療法】 [算定要件]</p> <p><b>注9 心理に関する支援を要する患者として別に厚生労働大臣が定める患者に対して、精神科を担当する医師の指示を受けた公認心理師が必要な支援を行った場合に、心理支援加算として、初回算定日の属する月から起算して2年を限度として、月2回に限り250点を所定点数に加算する。</b></p>  <p>[施設基準]</p> <p><b>一の一の六 通院・在宅精神療法の注9に規定する別に厚生労働大臣が定める患者 心的外傷に起因する症状を有する患者</b></p>

・心的外傷に起因する症状を有する患者（いわゆるPTSD患者）に対して、精神科担当医の指示を受けた公認心理師が支援を行った場合の評価を新設

# 精神科在宅患者支援管理料

精神科在宅患者支援  
管理料の見直し

改定前	改定後
<p>【精神科在宅患者支援管理料】 [算定要件]</p> <p>(2) 「1」のイ及び「2」のイについては、以下の<u>全て</u>に該当する患者に対して、初回の算定日から起算して6月以内に限り、月1回に限り算定すること。</p> <p>ア、イ（略） <u>（新規）</u></p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #E6E6FA; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p>・精神科在宅患者支援管理料の算定患者に、一定の基準を満たす患者を追加</p> </div> <p>(3) 「1」のロ及び「2」のロについては、(2)の<u>ア</u>若しくは<u>イ</u>に該当する患者又は以下の<u>全て</u>に該当する患者に対して、初回の算定日から起算して6月以内に限り、月1回に限り算定すること。</p> <p>ア～ウ（略） <u>（新規）</u></p>	<p>【精神科在宅患者支援管理料】 [算定要件]</p> <p>(2) 「1」のイ及び「2」のイについては、以下の<u>ア及びイに該当する患者又はウ</u>に該当する患者に対して、初回の算定日から起算して6月以内に限り、月1回に限り算定すること。</p> <p>ア、イ（略） <u>ウ 「在宅医療における包括的支援マネジメント導入基準」において、コア項目を1つ以上満たす者又は5点以上である者</u></p> <p>(3) 「1」のロ及び「2」のロについては、(2)の<u>ア</u>若しくは<u>イ</u>に該当する患者又は以下の<u>アからウまでの全て</u>若しくは<u>エ</u>に該当する患者に対して、初回の算定日から起算して6月以内に限り、月1回に限り算定すること。</p> <p>ア～ウ（略） <u>エ 過去6月以内に精神科地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟から退院した患者</u></p>

・精神科在宅患者支援管理料の算定患者に、精神科地域包括ケア病棟入院料から退院した患者を追加

# (新設) 慢性腎臓病透析予防指導管理料

慢性腎臓病の透析予防指導管理の評価の新設

改定後

## (新) 慢性腎臓病透析予防指導管理料

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

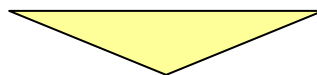
### [対象患者]

入院中以外の慢性腎臓病の患者（糖尿病患者又は現に透析療法を行っている患者を除く。）であって、透析を要する状態となることを予防するために重点的な指導管理を要する患者

### [算定要件]

- (1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、慢性腎臓病の患者（糖尿病患者又は現に透析療法を行っている患者を除き、別に厚生労働大臣が定める者に限る。）であって、医師が透析予防に関する指導の必要性があると認めた入院中の患者以外の患者に対して、当該保険医療機関の医師、看護師又は保健師及び管理栄養士等が共同して必要な指導を行った場合に、**月1回**に限り算定する。
- (2) 区分番号 B 0 0 1 の 9 に掲げる外来栄養食事指導料及び区分番号 B 0 0 1 の 11 に掲げる集団栄養食事指導料は、所定点数に含まれるものとする。
- (3) 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、慢性腎臓病透析予防指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、1 又は 2 の所定点数に代えて、**261点**又は**218点**を算定する。

・透析予防診療チームを設置し、ガイドライン等に基づき、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を評価



# (新設) 慢性腎臓病透析予防指導管理料

慢性腎臓病の透析予防指導管理の評価の新設

## 改定後

### 〔施設基準〕

- (1) 当該保険医療機関内に、以下から構成される慢性腎臓病透析予防診療チームが設置されていること。
  - ア 慢性腎臓病指導の経験を有する専任の医師
  - イ 慢性腎臓病指導の経験を有する専任の看護師又は保健師
  - ウ 慢性腎臓病指導の経験を有する専任の管理栄養士
- (2) (1)のアに掲げる医師は、慢性腎臓病の予防指導に従事した経験を5年以上有する者であること。
- (3) (1)のイに掲げる看護師は、慢性腎臓病の予防指導に従事した経験を3年以上有する者であること。
- (4) (1)のイに掲げる保健師は、慢性腎臓病の予防指導に従事した経験を2年以上有する者であること。
- (5) (1)のウに掲げる管理栄養士は、慢性腎臓病の栄養指導に従事した経験を3年以上有する者であること。
- (6) (1)ア、イ及びウに掲げる慢性腎臓病透析予防診療チームに所属する者のいずれかは、慢性腎臓病の予防指導に係る適切な研修を修了した者であることが望ましいこと。
- (7) (2)から(4)までに規定する医師、看護師又は保健師のうち、少なくとも1名以上は常勤であること。
- (8) (2)から(5)までに規定する医師、看護師又は保健師及び管理栄養士のほか、薬剤師、理学療法士が配置されていることが望ましいこと。
- (9) 腎臓病教室を定期的実施すること等により、腎臓病について患者及びその家族に対して説明が行われていること。ただし、当該教室は区分番号B001「26」糖尿病透析予防指導管理料に規定する糖尿病教室の実施により代えることとしても差し支えない。ただし、腎臓病についての内容が含まれる場合に限る。
- (10) 慢性腎臓病透析予防指導管理料を算定する場合は、様式を用いて、患者の人数、状態の変化等について、報告を行うこと。
- (11) 慢性腎臓病透析予防指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行う場合に係る厚生労働大臣が定める施設基準情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

いわゆる同一敷地内薬局に関する評価の見直し

## 処方箋料（敷地内医療機関）

改定前	改定後
<p>【処方箋料】 [算定要件] 注1～8（略） （新設）</p>	<p>【処方箋料】 [算定要件] 注1～8（略） <b>9 1、2及び3について、直近3月に処方箋を交付した回数 が一定以上である保険医療機関が、別表第三調剤報酬点 数表区分番号00調剤基本料に掲げる特別調剤基本料A を算定する薬局であって、当該保険医療機関から集中的に 処方箋を受け付けているものと不動産取引等その他の特別 の関係を有する場合は、1、2又は3の所定点数に代えて、 それぞれ18点、29点又は42点を算定する。</b></p>

- ・1月あたりの処方箋の交付が平均4,000回を超える医療機関が、当該医療機関の交付する処方箋による調剤の割合が9割を超える薬局と不動産取引等の特別な関係を有する場合の処方箋料を減額（「4,000回」と「9割」は短冊に記載されている）
- ・通常の処方箋料は、1（向精神薬多剤投与）：20点、2（7種類以上投与又は向精神薬長期投与）：32点、3（それ以外）：60点

# 長期収載品の選定療養

長期収載品の保険給付の在り方の見直し

## 第1 基本的な考え方

医療保険財政の中で、イノベーションを推進する観点から、長期収載品について、保険給付の在り方の見直しを行うこととし、選定療養の仕組みを導入する。

## 第2 具体的な内容

1. 長期収載品の保険給付の在り方の見直しとして、選定療養の仕組みを導入し、**後発医薬品の上市後5年以上経過したもの又は後発医薬品の置換率が50%以上となった長期収載品**を対象に、後発医薬品の最高価格帯との価格差の4分の3までを保険給付の対象とする。
2. 医療上の必要性があると認められる場合（例：医療上の必要性により医師が銘柄名処方（後発品への変更不可）をした場合）や、後発医薬品を提供することが困難な場合（例：薬局に後発医薬品の在庫が無い場合）については、選定療養とはせず、引き続き、保険給付の対象とする。
3. 長期収載品は、**準先発品を含むこととし、バイオ医薬品は対象外**とする。また、**後発医薬品への置換率が極めて低い場合（置換率が1%未満）である長期収載品は**、上市後5年以上経過したものであっても、後発医薬品を提供することが困難な場合に該当することから、**対象外**とする。
4. あわせて、次のような対応を行う。
  - ・ **長期収載品の投与に係る特別の料金その他必要な事項を**当該保険医療機関及び当該保険薬局内の**見やすい場所に掲示**しなければならないものとする。
  - ・ 医療上の必要性があると認められる場合について、処方等の段階で明確になるよう、**処方箋様式を改正**する。

[施行日等]

**令和6年10月1日から施行・適用**する。

・院内処方の取扱いは資料作成時点では不明



# 長期収載品の選定療養（処方箋様式）

改定前		改定後				
処 方	変更不可	<p>個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更に差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。</p> <p style="text-align: right; font-size: small;">提出すること。</p> <p style="text-align: right; font-size: small;">リフィル可 <input type="checkbox"/> ( 回)</p>	処 方	変更不可 <small>(医療上必要)</small>	患者希望	<p>個々の処方薬について、医療上の必要性があるため、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更に差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。また、患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合には、「患者希望」欄に「レ」又は「×」を記載すること。</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #FFDAB9; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p>・「患者希望」欄の追加</p> </div> <p style="text-align: right; font-size: small;">リフィル可 <input type="checkbox"/> ( 回)</p>
↓		↓				
処 方	変更不可	<p>個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更に差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。</p>	処 方	変更不可 <small>(医療上必要)</small>	患者希望	<p>個々の処方薬について、<b>医療上の必要性があるため</b>、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更に差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。<b>また、患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合には、「患者希望」欄に「レ」又は「×」を記載すること。</b></p>

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

# 医薬品取引状況に係る報告

医薬品取引状況に係る報告  
の見直し

改定前	改定後
<p>【初診料】 [算定要件] (10) 「注4」に規定する保険医療機関において、医薬品価格調査の信頼性を確保する観点から、毎年9月末日においても妥結率が低い状況又は妥結率、単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況が報告していない状況のまま、初診を行った場合は、特定妥結率初診料を算定する。</p> <p>(11) 妥結率、単品単価契約率及び一律値引き契約の取扱いについては、基本診療料施設基準通知の別添1の第2の5を参照のこと。</p> <p>(12) (11)に規定する報告の際には、保険医療機関と卸売販売業者で取引価格の決定に係る契約書の写し等妥結率の根拠となる資料を併せて提出すること。</p> <p>[施設基準] 一の二 医科初診料の特定妥結率初診料、医科再診料の特定妥結率再診料及び外来診療料の特定妥結率外来診療料の施設基準 (1) (略) (2) 当該保険医療機関における医療用医薬品の取引価格の妥結率、単品単価契約率(略)及び一律値引き契約(略)に係る状況について、地方厚生局長等に報告していない保険医療機関であること。</p>	<p>【初診料】 [算定要件] (10) 「注4」に規定する保険医療機関において、医薬品価格調査の信頼性を確保する観点から、毎年9月末日においても妥結率が低い状況又は妥結率、<b>医療用医薬品の取引に係る状況及び流通改善に関する取組</b>に係る状況が報告していない状況のまま、初診を行った場合は、特定妥結率初診料を算定する。</p> <p>(11) 妥結率、<b>医療用医薬品の取引及び流通改善に関する取組</b>の取扱いについては、基本診療料施設基準通知の別添1の第2の5を参照のこと。</p> <p>(12) (11)に規定する報告の際には、保険医療機関と卸売販売業者で取引価格の決定に係る契約書の写し等妥結率の根拠となる資料を併せて提出すること。</p> <p><b>※ 再診料及び外来診療料においても同様の取扱いとなる。</b></p> <p>[施設基準] 一の二 医科初診料の特定妥結率初診料、医科再診料の特定妥結率再診料及び外来診療料の特定妥結率外来診療料の施設基準 (1) (略) (2) 当該保険医療機関における医療用医薬品の取引価格の妥結率、<b>医療用医薬品の取引に係る状況及び流通改善に関する取組</b>に係る状況について、地方厚生局長等に報告していない保険医療機関であること。</p>

・「単品単価契約率及び一律値引きに係る状況」から「取引に係る状況」に変更  
・「流通改善に係る取組」を報告事項に追加

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

# プログラム医療機器についての評価療養

## 第1 基本的な考え方

イノベーションの促進の観点から、一般的に侵襲性が低いプログラム医療機器の特性も踏まえつつ、薬事上の第1段階承認を取得したプログラム医療機器及びチャレンジ申請を行うプログラム医療機器の使用又は支給について、評価療養として実施可能とする。

## 第2 具体的な内容

1. 薬事上の第1段階承認を取得しているものの保険適用がされていないプログラム医療機器であって、市販後に臨床的エビデンスが確立された後、承認事項一部変更承認申請等を行うことで第2段階承認を取得し、保険適用を目指しているものの使用又は支給であって、次の事項を満たすものについて、保険診療との併用を認め、評価療養として実施可能とする。
  - (1) 第1段階承認を取得後、第2段階承認の申請前のものについては、当該プログラム医療機器の第2段階承認及び保険適用のための準備に必要と認められる期間に限り実施可能とする。
  - (2) 第2段階承認の申請中のものについては、第2段階承認の申請に係る使用目的等に従って、第2段階承認の申請が受理されてから2年間に限り実施可能とする。
  - (3) 第2段階承認を取得後、保険適用前のものについては、必要な体制が整備された病院若しくは診療所又は薬局において、保険適用を希望した日から起算して**240日間**に限り実施可能とする。
2. 既に保険適用されているプログラム医療機器であって、保険適用されていない範囲における使用に係る有効性に関し、使用成績を踏まえた再評価を目指すものの使用又は支給であって、次の事項を満たすものについて、保険診療との併用を認め、評価療養として実施可能とする。
  - (1) 使用成績を踏まえた再評価に係る申請前のものについては、再評価のための申請に係る権利の取得の際に付された条件に従って、再評価のための準備に必要と認められる期間に限り実施可能とする。
  - (2) 使用成績を踏まえた再評価に係る申請中のものについては、再評価の申請を行った日から起算して**240日間**に限り実施可能とする。

# 一般名処方加算

医療DX及び医薬品の安定供給に資する取組の推進に伴う処方等に係る評価の再編

改定前	改定後
<p>F400 処方箋料 [算定要件] 注7 薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算する。</p> <p>イ 一般名処方加算 1 <u>7点</u> ロ 一般名処方加算 2 <u>5点</u></p> <p>[施設基準] 第七 投薬 (新設)</p>	<p>F400 処方箋料 [算定要件] 注6 <u>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、</u>薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算する。</p> <p>イ 一般名処方加算 1 <b>10点</b> ロ 一般名処方加算 2 <b>8点</b></p> <p>[施設基準] 第七 投薬 <u>五 医科点数表区分番号 F 4 0 0 に掲げる処方箋料の注 7 及び歯科点数表区分番号 F 4 0 0 に掲げる処方箋料の注 6 に規定する一般名処方加算の施設基準</u> <u>(1) 薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付する場合には、医薬品の供給状況等を踏まえつつ、一般名処方の趣旨を患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。</u> <u>(2) (1)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。</u></p> <p>[経過措置] <b>令和7年5月31日までの間に限り、(2)に該当するものとみなす。</b></p>

・2023年4月～12月の特例は+2点（1：9点、2：7点）で、改定後は更に+1点

・2023年4月～12月の特例で設定された要件の追加  
・短冊では「地方厚生局長等に届け出た保健医療機関」とはなっていないため、特例と同様に届出は不要と考えられる

# 後発医薬品使用体制加算

医療DX及び医薬品の安定供給に資する取組の推進に伴う処方等に係る評価の再編

改定前	改定後
<p>【後発医薬品使用体制加算】</p> <p>1 後発医薬品使用体制加算 1 <u>47点</u></p> <p>2 後発医薬品使用体制加算 2 <u>42点</u></p> <p>3 後発医薬品使用体制加算 3 <u>37点</u></p> <p>[施設基準]</p> <p>三十五の三 後発医薬品使用体制加算の施設基準</p> <p>(1) 後発医薬品使用体制加算 1 の施設基準</p> <p>イ～ハ (略)</p> <p>(新設)</p> <p>ニ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。</p> <p>(新設)</p>	<p>【後発医薬品使用体制加算】</p> <p>1 後発医薬品使用体制加算 1 <b>87点</b></p> <p>2 後発医薬品使用体制加算 2 <b>82点</b></p> <p>3 後発医薬品使用体制加算 3 <b>77点</b></p> <p>[施設基準]</p> <p>三十五の三 後発医薬品使用体制加算の施設基準</p> <p>(1) 後発医薬品使用体制加算 1 の施設基準</p> <p>イ～ハ (略)</p> <p><b>ニ 医薬品の供給が不足等した場合に当該保険医療機関における治療計画等の見直しを行う等、適切に対応する体制を有していること。</b></p> <p><b>ホ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨並びに二の体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤を変更する可能性があること及び変更する場合には入院患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。</b></p> <p><b>ハ ホの掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。</b></p> <p>[経過措置]</p> <p><b>令和7年5月31日までの間に限り、(1)のハ、(2)のハ又は(3)のハに該当するものとみなす。</b></p> <p><b>※加算 2、3 も同様</b></p>
<p>・2023年4月～12月の特例は+20点 (1 : 67点、2 : 62点、3 : 57点) 改定後は更に+20点</p>	
<p>・2023年4月～12月の特例で設定された要件の追加 (ハは経過措置あり)</p> <p>・数量シェア基準 (1 : 90%以上、2 : 85%以上 90%未満、3 : 75%以上85%未満) は変更なしか？</p>	

# 外来後発医薬品使用体制加算

医療DX及び医薬品の安定供給に資する取組の推進に伴う処方等に係る評価の再編

改定前	改定後
<p>【外来後発医薬品使用体制加算】</p> <p>イ 外来後発医薬品使用体制加算 1 <u>5点</u></p> <p>ロ 外来後発医薬品使用体制加算 2 <u>4点</u></p> <p>ハ 外来後発医薬品使用体制加算 3 <u>2点</u></p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 外来後発医薬品使用体制加算 1 の施設基準</p> <p>イ～ハ (略)</p> <p>(新設)</p> <p>ニ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。</p>	<p>【外来後発医薬品使用体制加算】</p> <p>イ 外来後発医薬品使用体制加算 1 <b>8点</b></p> <p>ロ 外来後発医薬品使用体制加算 2 <b>7点</b></p> <p>ハ 外来後発医薬品使用体制加算 3 <b>5点</b></p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 外来後発医薬品使用体制加算 1 の施設基準</p> <p>イ～ハ (略)</p> <p><b>ニ 医薬品の供給が不足した場合に、医薬品の処方等の変更等に関して適切な対応ができる体制が整備されていること。</b></p> <p><b>ホ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨並びにニの体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤を変更する可能性があること及び変更する場合には患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。</b></p> <p><b>ハ ホの掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。</b></p> <p>[経過措置]</p> <p><b>令和7年5月31日までの間に限り、(1)のハ、(2)のハ又は(3)のハに該当するものとみなす。</b></p> <p><b>※加算 2、3 も同様</b></p>
<p>・2023年4月～12月の特例は+2点（1：7点、2：6点、3：4点）で改定後は更に+1点</p>	
<p>・2023年4月～12月の特例で設定された要件の追加（ハは経過措置あり）</p> <p>・数量シェア基準（1：90%以上、2：85%以上90%未満、3：75%以上85%未満）は変更なしか？</p>	

## 薬剤情報提供料、処方箋料

医療DX及び医薬品の安定供給に資する取組の推進に伴う処方等に係る評価の再編

改定前	改定後
<p>【薬剤情報提供料】 薬剤情報提供料 <u>10点</u></p> <p>【処方箋料】</p> <p>1 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合 <u>28点</u></p> <p>2 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く。）を行った場合 <u>40点</u></p> <p>3 1及び2以外の場合 <u>68点</u></p>	<p>【薬剤情報提供料】 薬剤情報提供料 <b>4点</b></p> <p>【処方箋料】</p> <p>1 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合 <b>20点</b></p> <p>2 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く。）を行った場合 <b>32点</b></p> <p>3 1及び2以外の場合 <b>60点</b></p>

・医療DXの推進による効率的な処方体系の整備が進められていることや一般名処方加算等の見直しに伴う点数の見直し

# 湿布薬

医療DX及び医薬品の安定供給に資する取組の推進に伴う処方等に係る評価の再編

改定前	改定後
<p>【第5部 投薬】 通則</p> <p>5 入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき63枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、区分番号F000に掲げる調剤料、区分番号F100に掲げる処方料、区分番号F200に掲げる薬剤（当該超過分に係る薬剤料に限る。）、区分番号F400に掲げる処方箋料及び区分番号F500に掲げる調剤技術基本料は、算定しない。</p> <p>ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず63枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。</p> <p>[算定留意事項]</p> <p>第5部 投薬 &lt;通則&gt;</p> <p>10「通則5」の湿布薬とは、<u>貼付剤のうち、薬効分類上の鎮痛、鎮痒、収斂、消炎剤（ただし、専ら皮膚疾患に用いるものを除く。）</u>をいう。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>・用語の見直しと2023年4月5日の疑義解釈の内容（「各種がんにおける鎮痛」目的は対象外）を追加</p> </div> <p>F400 処方箋料</p> <p>(15) 保険医療機関及び保険医療養担当規則において、投与量に限度が定められている医薬品及び湿布薬については、リフィル処方箋による処方を行うことはできない。</p>	<p>【第5部 投薬】 通則</p> <p>5 入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき63枚を超えて<b>貼付剤</b>を投薬した場合は、区分番号F000に掲げる調剤料、区分番号F100に掲げる処方料、区分番号F200に掲げる薬剤（当該超過分に係る薬剤料に限る。）、区分番号F400に掲げる処方箋料及び区分番号F500に掲げる調剤技術基本料は、算定しない。</p> <p>ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず63枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。</p> <p>[算定留意事項]</p> <p>第5部 投薬 &lt;通則&gt;</p> <p>10「通則5」の<b>貼付剤</b>とは、<b>鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤（ただし、麻薬若しくは向精神薬であるもの又は専ら皮膚疾患に用いるものを除く。）</b>をいう。<b>ただし、各種がんにおける鎮痛の目的で用いる場合はこの限りでない。</b></p> <p>F400 処方箋料</p> <p>(15) 保険医療機関及び保険医療養担当規則において、投与量に限度が定められている医薬品及び<b>貼付剤</b>については、リフィル処方箋による処方を行うことはできない。</p>



# バイオ後続品使用体制加算

バイオ後続品の使用促進

改定後

## (新) バイオ後続品使用体制加算 (入院初日) 100点

### [対象患者]

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

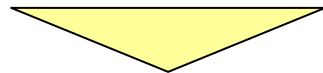
### [算定要件]

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等含む。）又は第3節の特定入院料のうち、バイオ後続品使用体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって、バイオ後続品のある先発バイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く。）及びバイオ後続品を使用する患者について、バイオ後続品使用体制加算として、入院初日に限り所定点数に加算する。

### [施設基準]

- (1) バイオ後続品の使用を促進するための体制が整備されていること。
- (2) 直近1年間にバイオ後続品のある先発バイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く。）及びバイオ後続品の使用回数が**100回**を超えること。

- ・入院医療においてバイオ後続品を使用している医療機関において、患者に対して、バイオ後続品の有効性や安全性について十分な説明を行った上で使用し、成分の特性を踏まえた使用目標を達成した場合の評価を新設
- ・直近1年間の最低使用回数が設定（後発医薬品でいうところのカットオフ値代わりか？）されたが、数え方は現時点では不明（「規格単位数量」とは記載されていない）



# バイオ後続品使用体制加算

バイオ後続品の使用促進

## 改定後

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

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

① エポエチン ② リツキシマブ ③ トラスツズマブ ④ テリパラチド

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

① ソマトロピン ② インフリキシマブ ③ エタネルセプト ④ アガルシダーゼベータ ⑤ ベバシズマブ  
⑥ インスリンリスプロ ⑦ インスリンアスパルト ⑧ アダリムマブ ⑨ ラニビズマブ

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

(5) (4) の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。

### [施設基準]

**令和7年5月31日**までの間に限り、(5) に該当するものとみなす。

・(3)の数量割合や、最低数量については「期間単位数量」で算出する  
・「当該保険医療機関において調剤した」とあるため、入院・外来に関わらず使用数量が計算対象に含まれると考えられる

# バイオ後続品導入初期加算

バイオ後続品の使用促進

改定前	改定後
<p>【第6部 注射】 〔算定要件〕 通則</p> <p>7 前号に規定する場合であって、当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り150点を更に所定点数に加算する。</p> <p>【外来腫瘍化学療法診療料】 注7 当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り150点を更に所定点数に加算する。</p>	<p>【第6部 注射】 〔算定要件〕 通則</p> <p>・外来化学療法加算の算定が前提であったが見直しにより、外来で注射のバイオ後続品を使用する全ての患者に対象拡大</p> <p>7 <b>入院中の患者以外の患者に対する注射に当たって、</b>バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り150点を更に所定点数に加算する。</p> <p>【外来腫瘍化学療法診療料】 <b>(削除)</b></p> <p>・上記の見直しに伴い廃止</p>

# 手術（再製造単回使用医療機器の使用）

再製造単回使用医療機器の使用に対する評価

改定前	改定後
<p>【第10部 手術】 通則 (新設)</p> <p>[施設基準] (新設)</p>	<p>【第10部 手術】 通則</p> <p><b>21 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、再製造単回使用医療機器（特定保険医療材料に限る。）を手術に使用した場合に、再製造単回使用医療機器使用加算として当該特定保険医療材料の所定点数の<b>100分の10</b>に相当する点数を当該手術の所定点数に加算する。</b></p> <p>[施設基準]</p> <p><b>二の八 医科点数表第2章第10部第21号に規定する再製造単回使用医療機器使用加算の施設基準</b></p> <p><b>(1) 再製造単回使用医療機器の使用に係る実績を有していること。</b></p> <p><b>(2) 再製造単回使用医療機器の使用につき必要な体制が整備されていること。</b></p>

・再製造単回使用医療機器とは、1回に限って使用できる医療機器（単価医師用医療機器：SUD）で使用済みになったものを医療機器メーカーの責任のもと適切に収集・分解・洗浄・部品交換・再組立て滅菌等の処理を行い再び使用できるようにしたもの

・原則、元の医療機器の償還価格に0.7を掛けたものを再製造単回使用医療機器の償還価格としている（元の医療機器より安い）が、普及の課題として研修の定期的な受講や回収品の補完など管理が煩雑であるとされており、一定程度の使用実績がある医療機関に対し、使用した場合の評価を新設

# 検査

実勢価格等を踏まえた検体検査等の評価の適正化

改定前	改定後
<p>【評価を見直す検査の例】                      【血液化学検査】                      注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の1から8までに掲げる検査を5項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。                      イ・ロ（略）                      ハ 10項目以上 <u>106点</u></p> <p>【SARS-CoV-2抗原検出（定性）】 <u>300点</u></p>	<p>【血液化学検査】                      注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の1から8までに掲げる検査を5項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。                      イ・ロ（略）                      ハ 10項目以上 <b>103点</b></p> <p>【SARS-CoV-2抗原検出（定性）】 <b>150点</b></p>

・検査の実勢価格等に基づく見直し

# 在宅療養指導管理材料加算

実勢価格等を踏まえた検体  
検査等の評価の適正化

改定前	改定後
<p>【在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算】 2 CPAPを使用した場合 <u>1,000点</u></p> <p>【在宅ハイフローセラピー装置加算】 <u>1,600点</u></p>	<p>【在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算】 2 CPAPを使用した場合 <b>960点</b></p> <p>【在宅ハイフローセラピー装置加算】 <b>1 自動給水加湿チャンバーを用いる場合 3,500点</b> <b>2 1以外の場合 2,500点</b></p>

・実勢価格と材料の使用実態等を踏まえた見直し

# 検査 (BCG法)

実勢価格等を踏まえた検体検査等の評価の適正化

改定前	改定後
<p>【血液化学検査】 [経過措置] 4 第2章の規定にかかわらず、区分番号D007の1に掲げるアルブミン（BCP改良法・BCG法）のうち、BCG法によるものは、<u>令和6年3月31日</u>までの間に限り、算定できるものとする。</p>	<p>【血液化学検査】 [経過措置] 4 第2章の規定にかかわらず、区分番号D007の1に掲げるアルブミン（BCP改良法・BCG法）のうち、BCG法によるものは、<b>令和8年5月31日</b>までの間に限り、算定できるものとする。</p>

・アルブミン（BCP改良法・BCG法）のうち、BCG法によるものについて、臨床実態等を踏まえ、算定可能な期間を延長

# 人工腎臓

人工腎臓の評価の見直し

改定前	改定後
<p>【人工腎臓（1日につき）】</p> <p>1 慢性維持透析を行った場合 1</p> <p>イ 4時間未満の場合 <u>1,885点</u></p> <p>ロ 4時間以上5時間未満の場合 <u>2,045点</u></p> <p>ハ 5時間以上の場合 <u>2,180点</u></p> <p>2 慢性維持透析を行った場合 2</p> <p>イ 4時間未満の場合 <u>1,845点</u></p> <p>ロ 4時間以上5時間未満の場合 <u>2,005点</u></p> <p>ハ 5時間以上の場合 <u>2,135点</u></p> <p>3 慢性維持透析を行った場合 3</p> <p>イ 4時間未満の場合 <u>1,805点</u></p> <p>ロ 4時間以上5時間未満の場合 <u>1,960点</u></p> <p>ハ 5時間以上の場合 <u>2,090点</u></p>	<p>【人工腎臓（1日につき）】</p> <p>1 慢性維持透析を行った場合 1</p> <p>イ 4時間未満の場合 <b>1,876点</b></p> <p>ロ 4時間以上5時間未満の場合 <b>2,036点</b></p> <p>ハ 5時間以上の場合 <b>2,171点</b></p> <p>2 慢性維持透析を行った場合 2</p> <p>イ 4時間未満の場合 <b>1,836点</b></p> <p>ロ 4時間以上5時間未満の場合 <b>1,996点</b></p> <p>ハ 5時間以上の場合 <b>2,126点</b></p> <p>3 慢性維持透析を行った場合 3</p> <p>イ 4時間未満の場合 <b>1,796点</b></p> <p>ロ 4時間以上5時間未満の場合 <b>1,951点</b></p> <p>ハ 5時間以上の場合 <b>2,081点</b></p>

・包括薬剤の実勢価格を踏まえた点数の見直し

本資料は、2024年3月5日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。



# 処置、検査、麻酔

検査、処置及び麻酔の見直し

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

・効率的な検査、処置及び麻酔の実施を図る観点から、点数の見直し

# 薬剤の容器

投薬用の容器に関する取扱いの見直し

改定前	改定後
<p>(医科診療報酬点数表) 【第5部 投薬】 &lt;通則&gt; 1・2 (略) 3 <u>投薬時における薬剤の容器は、原則として保険医療機関から患者へ貸与するものとする。なお、患者が希望する場合には、患者にその実費を求めて容器を交付できるが、患者が当該容器を返還した場合には、当該容器本体部分が再使用できるものについて当該実費を返還しなければならない。</u> 4・5 (略)</p>	<p>(医科診療報酬点数表) 【第5部 投薬】 &lt;通則&gt; 1・2 (略) 3 <b><u>投薬時において薬剤の容器を交付する場合は、その実費を徴収できる。</u></b>  4・5 (略)</p>

・衛生上の理由等で容器が再利用されていない現状を踏まえた見直し



**薬剤師の皆様に見て頂きたい**

# Oncology関連コンテンツのご紹介

会員登録  
不要

**「薬剤師のためのBasic Evidence」と「診療現場最前線」**  
2つのコンテンツをセットで閲覧することで  
オンコロジー分野の基礎と実践を総合的に学ぶことができます。

## 薬剤師のためのBasic Evidence

各種ガイドラインの薬物療法を中心とし、薬剤師に役立つ内容を分かりやすくまとめています。  
これからオンコロジーを学ぼうとお考えの薬剤師や、基礎的な知識を改めて整理したいという薬剤師にぴったりのコンテンツです。

## 診療現場最前線

さまざまな職種の先生方の取り組みを紹介しているため、処方意図から患者指導まで幅広く実践的な内容を知ることができます。  
薬薬連携実践のヒントも得ることができ、連携にお悩みの薬剤師の参考になるコンテンツです。

## ■ アクセス方法



<https://www.nichiiko.co.jp/medicine/oncology-contents/>



202300001296

<https://www.nichiiko.co.jp/medicine/oncology-contents/>



日医工がお届けする **Stu-GE** は、

医療従事者の方のための医療行政情報サイトです。

ご覧頂ける  
テーマ別  
情報一覧

- 診療報酬改定関連の速報情報
- 診療報酬点数の施設基準や算定要件の情報
- 調剤報酬全点数情報
- 地域連携薬局、専門医療機関連携薬局の施設基準
- DPC/PDPS関連 新規薬価収載に係る包括評価対象外薬剤一覧  
DPC公開データを用いた各種医療圏分析
- その他医療制度に関する情報

会員登録は、**無料**

いますぐ、会員登録サイトで登録を!!

**会員特典1** メールマガジンの受信

**会員特典2** 会員限定コンテンツの閲覧

スマートフォンで簡単登録

パソコン画面で入力



<https://stu-ge.nichiiko.co.jp/registrations/index>