

令和6年診療報酬改定のポイント 入院編

有限会社メディカルサポートシステムズ

認定医業経営コンサルタント

代表取締役社長 細谷 邦夫

医学管理等

栄養情報連携料の新設

□ 入院栄養食事指導料(週1回)

□ (廃止)栄養情報提供加算 50点 ⇒ (新)栄養情報連携料(入院中1回) 70点に移行

□ (新)栄養情報連携料(入院中1回) 70点

◆ 対象患者

- ・ 入院栄養食事指導料を算定した患者
- ・ 退院先が保険医療機関等(他院、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム又は指定障害者支援施設等若しくは福祉型障害児入所施設)で、栄養管理計画が策定されている患者

◆ 栄養管理計画

- ・ 退院後の栄養食事管理について指導を行った内容及び入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて説明
- ・ これをの医師又は管理栄養士に情報提供し共有する

◆ 上記に該当しない場合

- ・ 自院を退院後に他の保険医療機関等に転院又は入所する患者であって栄養管理計画が策定されているものについて、患者又はその家族等の同意を得て、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて当該他の保険医療機関等の管理栄養士に情報提供し、共有した場合に、入院中に1回に限り算定

◆ その他の算定要件

- ・ 退院時共同指導料2は別に算定不可
- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料(回復期リハビリテーション入院料1に限る)では、入院栄養食事指導料と同様に包括範囲外

在宅医療料

救急患者連携搬送料の新設

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

□(新)救急患者連携搬送料(要届出)

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

◆ 対象患者

- ・ 救急外来を受診した患者又は緊急入院後3日目までの患者

◆ 算定要件

- ・ 救急外来を受診した患者に対する初期診療を実施し、連携する他院において入院医療を提供することが適当と判断した上で、当該他院において入院医療を提供する目的で医師、看護師又は救急救命士が同乗の上、搬送を行った場合に算定
- ・ 救急搬送診療料は別に算定不可

◆ 施設基準

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

入院時食事療養費

入院時の食費の基準の見直し

- 入院時食事療養(I)・(Ⅱ)の費用の額及び入院時生活療養(I)・(Ⅱ)のうち食事の提供たる療養の費用の額について、それぞれ1食当たり30円引き上げる

□ 第一 食事療養

□ 入院時食事療養(I)(1食につき)

- (1) (2)以外の食事療養を行う場合

640円 ⇒ 670円

- (2) 流動食のみを提供する場合 575円 ⇒ 605円

- 注(略)

□ 入院時食事療養(Ⅱ)(1食につき)

- (1) (2)以外の食事療養を行う場合

506円 ⇒ 536円

- (2) 流動食のみを提供する場合 460円 ⇒ 490円

- 注(略)

□ 第二 生活療養

□ 入院時生活療養(I)

(1)健康保険法第六十三条第二項第二号イ及び高齢者の医療の確保に関する法律第六十四条第二項第二号イに掲げる療養(以下「食事の提供たる療養」という)(1食につき)

- イ,ロ以外の食事の提供たる療養を行う場合

554円 ⇒ 584円

- ロ,流動食のみを提供する場合 500円 ⇒ 530円

- (2)(略)

- 注(略)

□ 入院時生活療養(Ⅱ)

- (1)食事の提供たる療養(1食につき)

420円 ⇒ 450円

- (2)(略)注(略)

入院基本料

入院基本料①

□ A100 【一般病棟入院基本料】

□ 急性期一般入院基本料

□ 急性期一般入院料 1 1,650点 ⇒ 1,688点

□ 急性期一般入院料 2 1,619点 ⇒ 1,644点

□ 急性期一般入院料 3 1,545点 ⇒ 1,569点

□ 急性期一般入院料 4 1,440点 ⇒ 1,462点

□ 急性期一般入院料 5 1,429点 ⇒ 1,451点

□ 急性期一般入院料 6 1,382点 ⇒ 1,404点

□ 地域一般入院基本料

□ 地域一般入院料 1 1,159点 ⇒ 1,176点

□ 地域一般入院料 2 1,153点 ⇒ 1,170点

□ 地域一般入院料 3 988点 ⇒ 1,003点

□ 特別入院基本料 607点 ⇒ 612点

□ A102 【結核病棟入院基本料】

□ 7対1入院基本料 1,654点 ⇒ 1,677点

□ 10対1入院基本料 1,385点 ⇒ 1,405点

□ 13対1入院基本料 1,165点 ⇒ 1,182点

□ 15対1入院基本料 998点 ⇒ 1,013点

□ 18対1入院基本料 854点 ⇒ 868点

□ 20対1入院基本料 806点 ⇒ 819点

□ 特別入院基本料 581点 ⇒ 586点

□ 夜勤時間特別入院基本料 591点 ⇒ 596点

入院基本料②

□ A104 【特定機能病院入院基本料】

□ 一般病棟の場合

□ 7 対 1 入院基本料 1,718点 ⇒ 1,822点

□ 10対 1 入院基本料 1,438点 ⇒ 1,458点

□ 結核病棟の場合

□ 7 対 1 入院基本料 1,718点 ⇒ 1,822点

□ 10対 1 入院基本料 1,438点 ⇒ 1,458点

□ 13対 1 入院基本料 1,210点 ⇒ 1,228点

□ 15対 1 入院基本料 1,037点 ⇒ 1,053点

□ 精神病棟の場合

□ 7 対 1 入院基本料 1,450点 ⇒ 1,561点

□ 10対 1 入院基本料 1,373点 ⇒ 1,393点

□ 13対 1 入院基本料 1,022点 ⇒ 1,038点

□ 15対 1 入院基本料 933点 ⇒ 948点

□ A103 【精神病棟入院基本料】

□ 10対 1 入院基本料 1,287点 ⇒ 1,306点

□ 13対 1 入院基本料 958点 ⇒ 973点

□ 15対 1 入院基本料 830点 ⇒ 844点

□ 18対 1 入院基本料 740点 ⇒ 753点

□ 20対 1 入院基本料 685点 ⇒ 697点

□ 夜勤時間特別入院基本料 571点 ⇒ 576点

□ 特別入院基本料 561点 ⇒ 566点

□ A105 【専門病院入院基本料】

□ 7 対 1 入院基本料 1,667点 ⇒ 1,705点

□ 10対 1 入院基本料 1,396点 ⇒ 1,421点

□ 13対 1 入院基本料 1,174点 ⇒ 1,191点

入院基本料③

□ A106 【障害者施設等入院基本料】

□ 7 対 1 入院基本料 1,615点 ⇒ 1,637点

□ 10対 1 入院基本料 1,356点 ⇒ 1,375点

□ 13対 1 入院基本料 1,138点 ⇒ 1,155点

□ 15対 1 入院基本料 995点 ⇒ 1,010点

□ 特定入院基本料 969点 ⇒ 984点

□ 注 6 ,当該病棟に入院する重度の意識障害（脳卒中の後遺症であるものに限る）の患者であって、医療区分 2 の患者又は医療区分 1 の患者に相当するものについて

□ イ, 7 対 1 入院基本料又は 10対 1 入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合

□ (1) 医療区分 2 の患者に相当するもの1,469点 ⇒ 1,517点

□ (2) 医療区分 1 の患者に相当するもの1,358点 ⇒ 1,377点

□ □,13対 1 入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合

□ (1) 医療区分 2 の患者に相当するもの
1,343点 ⇒ 1,362点

□ (2) 医療区分 1 の患者に相当するもの
1,206点 ⇒ 1,224点

□ 八,15対 1 入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合

□ (1) 医療区分 2 の患者に相当するもの
1,244点 ⇒ 1,262点

□ (2) 医療区分 1 の患者に相当するもの
1,107点 ⇒ 1,124点

入院基本料③

■ 注13,当該病棟に入院する脳卒中又は脳卒中の後遺症の患者（重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く）であって、医療区分2の患者又は医療区分1の患者に相当するものについて

■ イ,7対1入院基本料又は10対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合

■ (1) 医療区分2の患者に相当するもの

1,345点 ⇒ 1,364点

■ (2) 医療区分1の患者に相当するもの

1,221点 ⇒ 1,239点

■ ロ,13対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合

■ (1) 医療区分2の患者に相当するもの

1,207点 ⇒ 1,225点

■ (2) 医療区分1の患者に相当するもの

1,084点 ⇒ 1,100点

■ ハ,15対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合

■ (1) 医療区分2の患者に相当するもの

1,118点 ⇒ 1,135点

■ (2) 医療区分1の患者に相当するもの

995点 ⇒ 1,010点

血友病患者の治療の評価の見直し

- 療養病棟入院基本料及び特定入院料等の薬剤費を包括している入院料等について、血友病治療薬に係る薬剤料の包括範囲を見直す
- 介護老人保健施設及び介護医療院で薬剤の費用が医療保険からの給付となっている血友病治療薬の対象範囲を見直す

◆ 施設基準

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

(中略)

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

※別表五の一の三、別表五の一の四、別表五の一の五についても同様

◆ 第十六介護老人保健施設入所者について算定できない検査等

一～二(略)

三 介護老人保健施設入所者について算定できる注射及び注射薬等の費用

(中略)

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

療養病棟入院基本料

療養病棟入院基本料の見直し

- 医療区分とADL区分に基づく9分類となっている現行の療養病棟入院基本料について、疾患・状態に係る3つの医療区分、処置等に係る3つの医療区分および3つのADL区分に基づく27分類及びスモンに関する3分類の合計30分類の評価に見直す
- 療養病棟入院基本料について、40歳未満の勤務医師、事務職員等の賃上げに資する措置として評価を見直す
- 療養病棟入院基本料の疾患及び状態に着目した医療区分について、疾患・状態及び処置等に着目した医療区分に見直す
- 中心静脈栄養について、患者の疾患及び状態並びに実施した期間に応じた医療区分に見直す。また、中心静脈栄養を終了後7日間に限り、終了前の医療区分により算定することができる
- 療養病棟入院基本料の注11に規定する経過措置を廃止した上で、廃止される経過措置のうち、入院患者のうち医療区分三の患者と医療区分二の患者との合計が五割以上の要件については、令和6年9月30日までの経過措置を設ける
- 医療区分、ADL区分ともに1である入院料27(現行の入院料I)について、1日につき2単位を超える疾患別リハビリテーション料を包括範囲に含める
- 療養病棟に入院中の患者に対し、「静脈経腸栄養ガイドライン」等を踏まえた栄養管理に係る説明を実施した上で、新たに経腸栄養を開始した場合に一定期間算定可能な経腸栄養管理加算を新設する

療養病棟入院基本料(1日につき)の再編①

□ 療養病棟入院料 1

□ イ 入院料 A 1,813点 ⇒ イ 入院料 1 1,964点

生活療養 1,798点 ⇒ 生活療養 1,949点

□ □ 入院料 B 1,758点 ⇒ □ 入院料 2 1,909点

生活療養 1,744点 ⇒ 生活療養 1,895点

□ 八 入院料 C 1,471点 ⇒ 八 入院料 3 1,621点

生活療養 1,457点 ⇒ 生活療養 1,607点

□ (新)二 入院料 4 1,692点

生活療養 1,677点

□ (新)ホ 入院料 5 1,637点

生活療養 1,623点

□ (新)へ 入院料 6 1,349点

生活療養 1,335点

□ (新)ト 入院料 7 1,644点

生活療養 1,629点

□ (新)チ 入院料 8 1,589点

生活療養 1,575点

□ 療養病棟入院料 1

□ (新)リ 入院料 9 1,301点

生活療養 1,287点

□ (新)ヌ 入院料 10 1,831点

□ 生活療養 1,816点

□ (新)ル 入院料 11 1,776点

生活療養 1,762点

□ (新)ヲ 入院料 12 1,488点

生活療養 1,474点

□ 二 入院料 D 1,414点 ⇒ ワ 入院料 13 1,455点

生活療養 1,399点 ⇒ 生活療養 1,440点

□ ホ 入院料 E 1,386点 ⇒ カ 入院料 14 1,427点

生活療養 1,372点 ⇒ 生活療養 1,413点

□ へ 入院料 F 1,232点 ⇒ ヨ 入院料 15 1,273点

生活療養 1,217点 ⇒ 生活療養 1,258点

□ (新)タ 入院料 16 1,371点

生活療養 1,356点

療養病棟入院基本料(1日につき)の再編②

□ 療養病棟入院料 1

□ (新)レ 入院料17	1,343点
生活療養	1,329点
□ (新)ソ 入院料18	1,189点
生活療養	1,174点
□ (新)ツ 入院料19	1,831点
生活療養	1,816点
□ (新)ネ 入院料20	1,776点
生活療養	1,762点
□ (新)ナ 入院料21	1,488点
生活療養	1,474点
□ (新)ヲ 入院料22	1,442点
生活療養	1,427点
□ (新)ム 入院料23	1,414点
生活療養	1,400点

□ 療養病棟入院料1

□ (新)ウ 入院料24	1,260点
生活療養	1,245点
□ ト 入院料G 968点 ⇒ ㇔ 入院料25	983点
生活療養 953点 ⇒ 生活療養	968点
□ チ 入院料H 920点 ⇒ ノ 入院料26	935点
生活療養 905点 ⇒ 生活療養	920点
□ リ 入院料 I 815点 ⇒ 才 入院料27	830点
生活療養 801点 ⇒ 生活療養	816点
□ (新)ク 入院料28	1,831点
生活療養	1,816点
□ (新)ヤ 入院料29	1,776点
生活療養	1,762点
□ (新)マ 入院料30	1,488点
生活療養	1,474点

療養病棟入院基本料(1日につき)の再編③

□ 療養病棟入院料2

□ イ 入院料 A 1,748点 ⇒ イ 入院料 1 1,899点

生活療養 1,734点 ⇒ 生活療養 1,885点

□ □ 入院料 B 1,694点 ⇒ □ 入院料 2 1,845点

生活療養 1,680点 ⇒ 生活療養 1,831点

□ 八 入院料 C 1,406点 ⇒ 八 入院料 3 1,556点

生活療養 1,392点 ⇒ 生活療養 1,542点

□ (新)二 入院料 4 1,627点

生活療養 1,613点

□ (新)ホ 入院料 5 1,573点

生活療養 1,559点

□ (新)へ 入院料 6 1,284点

生活療養 1,270点

□ (新)ト 入院料 7 1,579点

生活療養 1,565点

□ 療養病棟入院料2

□ (新)チ 入院料 8 1,525点

生活療養 1,511点

□ (新)リ 入院料 9 1,236点

生活療養 1,222点

□ (新)ヌ 入院料 10 1,766点

生活療養 1,752点

□ (新)ル 入院料 11 1,712点

生活療養 1,698点

□ (新)ヲ 入院料 12 1,423点

生活療養 1,409点

□ 二 入院料 D 1,349点 ⇒ ワ 入院料 13 1,389点

生活療養 1,335点 ⇒ 生活療養 1,375点

□ ホ 入院料 E 1,322点 ⇒ カ 入院料 14 1,362点

生活療養 1,307点 ⇒ 生活療養 1,347点

□ へ 入院料 F 1,167点 ⇒ コ 入院料 15 1,207点

生活療養 1,153点 ⇒ 生活療養 1,193点

療養病棟入院基本料(1日につき)の再編④

□ 療養病棟入院料2

□ (新)タ 入院料16	1,305点
生活療養	1,291点
□ (新)レ 入院料17	1,278点
生活療養	1,263点
□ (新)ソ 入院料18	1,123点
生活療養	1,109点
□ (新)ツ 入院料19	1,766点
生活療養	1,752点
□ (新)ネ 入院料20	1,712点
生活療養	1,698点
□ (新)ナ 入院料21	1,423点
生活療養	1,409点
□ (新)ラ 入院料22	1,376点
生活療養	1,362点
□ (新)ム 入院料23	1,349点
生活療養	1,334点

□ 療養病棟入院料2

□ (新)ウ 入院料24	1,194点
生活療養	1,180点
□ ト 入院料G 903点 ⇒ ㌦ 入院料25	918点
生活療養 889点 ⇒ 生活療養	904点
□ チ 入院料H 855点 ⇒ ノ 入院料26	870点
生活療養 841点 ⇒ 生活療養	856点
□ リ 入院料 I 751点 ⇒ 才 入院料27	766点
生活療養 736点 ⇒ 生活療養	751点
□ (新)ク 入院料28	1,766点
生活療養	1,752点
□ (新)ヤ 入院料29	1,712点
生活療養	1,698点
□ (新)マ 入院料30	1,423点
生活療養	1,409点
□ 特別入院基本料	577点 ⇒ 582点
生活療養	563点 ⇒ 568点

療養病棟入院基本料の厚生労働大臣が定める区分①

□ イ,入院料1

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

□ ロ,入院料2

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

□ ハ,入院料3

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

□ ニ,入院料4

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

□ ホ,入院料5

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

□ ヘ,入院料6

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

□ ト,入院料7

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

□ チ,入院料8

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

□ リ,入院料9

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

療養病棟入院基本料の厚生労働大臣が定める区分②

□ ヌ,入院料10

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

□ ル,入院料11

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

□ ヲ,入院料12

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

□ ワ,入院料13

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

□ カ,入院料14

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

□ 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、ADL区分一であるもの

□ 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、ADL区分三であるもの

□ 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、ADL区分二であるもの

□ 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、ADL区分一であるもの

□ ツ,入院料19

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

療養病棟入院基本料の厚生労働大臣が定める区分③

□ ネ,入院料20

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

□ ナ,入院料21

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

□ ラ,入院料22

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

□ ム,入院料23

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

□ ウ,入院料24

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

□ 𠂔,入院料25

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

□ ノ,入院料26

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

□ オ,入院料27

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

□ ク,入院料28

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

□ ヤ,入院料29

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

□ マ,入院料30

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

療養病棟入院基本料の疾患・状態及び処置等①

◆ 入院基本料Aに係る疾患・状態及び処置等

一、対象となる疾患・状態

スモン

医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態

二、対象となる処置等

中心静脈栄養(療養病棟入院基本料を算定する場合にあっては、広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻若しくは急性膵炎を有する患者を対象とする場合又は中心静脈栄養を開始した日から30日以内の場合に実施するものに限る)

点滴(二十四時間持続して実施しているものに限る)

人工呼吸器の使用

ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄

気管切開又は気管内挿管(発熱を伴う状態の患者に対して行うものに限る)

酸素療法(密度の高い治療を要する状態にある患者に対して実施するものに限る)

感染症の治療の必要性から実施する隔離室での管理

◆ 入院基本料B及び入院基本料Cに係る疾患・状態及び処置等

一、対象となる疾患・状態筋ジストロフィー症

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

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

悪性腫瘍(医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る)

(新)消化管等の体内からの出血が反復継続している状態

(新)他者に対する暴行が毎日認められる状態

二、対象となる(削除)状態(削除)処置等

(新)中心静脈栄養(広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻又は急性膵炎を有する患者以外を対象として、中心静脈栄養を開始した日から30日を超えて実施するものに限る)

以下、文言の微修正のため(略)

療養病棟入院基本料の疾患・状態及び処置等②

◆ 前ページの経過措置

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

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

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

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

□ (新)経腸栄養管理加算

(1日につき)(要届出)(入院中1回)(7日限度)

300点

◆ 算定要件

- 療養病棟入院基本料を算定している患者に経腸栄養を開始した場合、入院中1回に限り、経腸栄養を開始した日から7日を限度として所定点数に加算
- 栄養サポートチーム加算、入院栄養食事指導料、集団栄養食事指導料は別に算定不可

◆ 施設基準

- 適切な経腸栄養の管理と支援を行うにつき必要な体制が整備されていること

有床診療所入院基本料

26 有床診療所入院基本料

➤ 有床診療所療養病床入院基本料の看護職員及び看護補助者の人員配置基準を見直す

◆ 有床診療所療養病床入院基本料の施設基準等

◆ 看護職員 6対1 ⇒ 4対1

◆ 看護補助者 6対1 ⇒ 4対1

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

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

◆ ①入院基本料A

医療区分三の患者

◆ ②入院基本料B

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

◆ ③入院基本料C

医療区分二の患者(医療区分三の患者を除く)であって、ADL区分一であるもの

◆ ④入院基本料D

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

◆ ⑤5入院基本料E

◆ 医療区分一の患者であって、ADL区分二又はADL区分一であるもの

◆ 経過措置

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

27 有床診療所入院基本料

□ A108 【有床診療所入院基本料】

□ 有床診療所入院基本料 1

□ 14日以内の期間	917点	⇒	932点
□ 15日以上30日以内の期間	712点	⇒	724点
□ 31日以上の間	604点	⇒	615点

□ 有床診療所入院基本料 2

□ 14日以内の期間	821点	⇒	835点
□ 15日以上30日以内の期間	616点	⇒	627点
□ 31日以上の間	555点	⇒	566点

□ 有床診療所入院基本料 3

□ 14日以内の期間	605点	⇒	616点
□ 15日以上30日以内の期間	567点	⇒	578点
□ 31日以上の間	534点	⇒	544点

□ 有床診療所入院基本料 4

□ 14日以内の期間	824点	⇒	838点
□ 15日以上30日以内の期間	640点	⇒	652点
□ 31日以上の間	542点	⇒	552点

□ 有床診療所入院基本料 5

□ 14日以内の期間	737点	⇒	750点
□ 15日以上30日以内の期間	553点	⇒	564点
□ 31日以上の間	499点	⇒	509点

□ 有床診療所入院基本料 6

□ 14日以内の期間	543点	⇒	553点
□ 15日以上30日以内の期間	509点	⇒	519点
□ 31日以上の間	480点	⇒	490点

有床診療所療養病床入院基本料

□ 109 【有床診療所療養病床入院基本料】

□ 入院基本料 A 1,057点 ⇒ 1,073点

（生活療養を受ける場合） 1,042点 ⇒ 1,058点

□ 入院基本料 B 945点 ⇒ 960点

（生活療養を受ける場合） 929点 ⇒ 944点

□ 入院基本料 C 827点 ⇒ 841点

（生活療養を受ける場合） 813点 ⇒ 826点

□ 入院基本料 D 653点 ⇒ 665点

（生活療養を受ける場合） 638点 ⇒ 650点

□ 入院基本料 E 564点 ⇒ 575点

（生活療養を受ける場合） 549点 ⇒ 560点

□ 特別入院基本料 488点 ⇒ 493点

（生活療養を受ける場合） 473点 ⇒ 478点

特別入院基本料

特別入院基本料①

□ A300 【救命救急入院料】

□ 救命救急入院料 1

□ 3日以内の期間	10,223点 ⇒ 10,268点
□ 4日以上7日以内の期間	9,250点 ⇒ 9,292点
□ 8日以上の間	7,897点 ⇒ 7,934点

□ 救命救急入院料 2

□ 3日以内の期間	11,802点 ⇒ 11,847点
□ 4日以上7日以内の期間	10,686点 ⇒ 10,731点
□ 8日以上の間	9,371点 ⇒ 9,413点

□ 救命救急入院料 3

□ イ,救命救急入院料

□ (1) 3日以内の期間	10,223点 ⇒ 10,268点
□ (2) 4日以上7日以内の期間	9,250点 ⇒ 9,292点
□ (3) 8日以上の間	7,897点 ⇒ 7,934点

□ ロ,広範囲熱傷特定集中治療管理料

□ (1) 3日以内の期間	10,223点 ⇒ 10,268点
□ (2) 4日以上7日以内の期間	9,250点 ⇒ 9,292点
□ (3) 8日以上60日以内の期間	8,318点 ⇒ 8,356点

□ 救命救急入院料 4

□ イ,救命救急入院料

□ (1) 3日以内の期間	11,802点 ⇒ 11,847点
□ (2) 4日以上7日以内の期間	10,686点 ⇒ 10,731点
□ (3) 8日以上の間	9,371点 ⇒ 9,413点

□ ロ,広範囲熱傷特定集中治療管理料

□ (1) 3日以内の期間	11,802点 ⇒ 11,847点
□ (2) 4日以上7日以内の期間	10,686点 ⇒ 10,731点
□ (3) 8日以上14日以内の期間	9,371点 ⇒ 9,413点
□ (4) 15日以上60日以内の期間	8,318点 ⇒ 8,356点

□ A 3 0 1 - 2 【ハイケアユニット入院医療管理料】

□ ハイケアユニット入院医療管理料 1	6,855点 ⇒ 6,889点
□ ハイケアユニット入院医療管理料 2	4,224点 ⇒ 4,250点

□ A 3 0 1 - 3 【脳卒中ケアユニット入院医療管理料】

6,013点 ⇒ 6,045点

□ A 3 0 1 - 4 【小児特定集中治療室管理料】

□ 7日以内の期間	16,317点 ⇒ 16,362点
□ 8日以上の間	14,211点 ⇒ 14,256点

31 特別入院基本料②

□ A 3 0 2 【新生児特定集中治療室管理料】

- 新生児特定集中治療室管理料 1 10,539点 ⇒ 10,584点
- 新生児特定集中治療室管理料 2 8,434点 ⇒ 8,472点

□ A 3 0 3 【総合周産期特定集中治療室管理料】

- 母体・胎児集中治療室管理料 7,381点 ⇒ 7,417点
- 新生児集中治療室管理料 10,539点 ⇒ 10,584点

□ A 3 0 3 - 2 【新生児治療回復室入院医療管理料】

5,697点 ⇒ 5,728点

□ A 3 0 5 【一類感染症患者入院医療管理料】

- 14日以内の期間 9,371点 ⇒ 9,413点
- 15日以上期間 8,108点 ⇒ 8,147点

□ A 3 0 6 【特殊疾患入院医療管理料】

□ 特殊疾患入院医療管理料 2,070点 ⇒ 2,090点

- 注 4 当該病室に入院する重度の意識障害（脳卒中の後遺症であるものに限る）の患者であって、医療区分 2 の患者又は医療区分 1 の患者に相当するものについて

- イ,医療区分 2 の患者に相当するもの 1,909点 ⇒ 1,927点
- ロ,医療区分 1 の患者に相当するもの 1,743点 ⇒ 1,761点

- 注 6 当該病室に入院する脳卒中又は脳卒中の後遺症の患者（重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く）であって、医療区分 2 の患者又は医療区分 1 の患者に相当するものについて

- イ,医療区分 2 の患者に相当するもの 1,717点 ⇒ 1,734点
- ロ,医療区分 1 の患者に相当するもの 1,569点 ⇒ 1,588点

32 特別入院基本料③

■ A 3 0 7 【小児入院医療管理料】

■ 小児入院医療管理料 1	4,750点	⇒	4,807点
■ 小児入院医療管理料 2	4,224点	⇒	4,275点
■ 小児入院医療管理料 3	3,803点	⇒	3,849点
■ 小児入院医療管理料 4	3,171点	⇒	3,210点
■ 小児入院医療管理料 5	2,206点	⇒	2,235点

■ (新)イ,保育士 1 名の場合 100点

■ (新)ロ,保育士 2 名以上の場合 180点

■ 重症児受入体制加算 200点 ⇒加算1加算2
へ

■ イ,重症児受入体制加算 1 200点

■ ロ,重症児受入体制加算 2 280点

■ 看護補助加算（入院した日から起算して14日を限度） 151点

■ 看護補助体制充実加算（入院した日から起算して14日を限度） 156点

■ A 3 0 9 【特殊疾患病棟入院料】

■ 特殊疾患病棟入院料 1 2,070点 ⇒ 2,090点

■ 特殊疾患病棟入院料 2 1,675点 ⇒ 1,694点

■ 注 4 当該病棟に入院する重度の意識障害（脳卒中の後遺症であるものに限る）の患者であって、医療区分 2 の患者又は医療区分 1 の患者に相当するものについて

■ イ,特殊疾患病棟入院料 1 の施設基準を届け出た病棟に入院している場合

■ (1) 医療区分 2 の患者に相当するもの
1,910点 ⇒ 1,928点

■ (2) 医療区分 1 の患者に相当するもの
1,745点 ⇒ 1,763点

■ ロ,特殊疾患病棟入院料 2 の施設基準を届け出た病棟に入院している場合

■ (1) 医療区分 2 の患者に相当するもの
1,657点 ⇒ 1,675点

■ (2) 医療区分 1 の患者に相当するもの
1,491点 ⇒ 1,508点

特別入院基本料④

□ A 3 0 7 【小児入院医療管理料】

□ 注 6 当該病棟に入院する脳卒中又は脳卒中の後遺症の患者（重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く）であって、医療区分 2 の患者又は医療区分 1 の患者に相当するものについて

□ イ,特殊疾患病棟入院料 1 の施設基準を届け出た病棟に入院している場合

□ (1) 医療区分 2 の患者に相当するもの

1,717点 ⇒ 1,735点

□ (2) 医療区分 1 の患者に相当するもの

1,569点 ⇒ 1,586点

□ ロ,特殊疾患病棟入院料 2 の施設基準を届け出た病棟に入院している場合

□ (1) 医療区分 2 の患者に相当するもの

1,490点 ⇒ 1,507点

□ (2) 医療区分 1 の患者に相当するもの

1,341点 ⇒ 1,357点

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

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

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

34 特別入院基本料⑤

□ A 3 1 0 【緩和ケア病棟入院料】

□ 緩和ケア病棟入院料 1

□ 30日以内の期間	5,107点	⇒	5,135点
□ 31日以上60日以内の期間	4,554点	⇒	4,582点
□ 61日以上90日以内の期間	3,350点	⇒	3,373点

□ 緩和ケア病棟入院料 2

□ 30日以内の期間	4,870点	⇒	4,897点
□ 31日以上60日以内の期間	4,401点	⇒	4,427点
□ 61日以上90日以内の期間	3,298点	⇒	3,321点

□ A 3 1 1 【精神科救急急性期医療入院料】

□ 30日以内の期間	2,400点	⇒	2,420点
□ 31日以上60日以内の期間	2,100点	⇒	2,120点
□ 61日以上90日以内の期間	1,900点	⇒	1,918点
□ (削除) 院内標準診療計画加算			

□ A 3 1 1 - 2 【精神科急性期治療病棟入院料】

□ 精神科急性期治療病棟入院料 1

□ 30日以内の期間	2,000点	⇒	2,020点
□ 31日以上60日以内の期間	1,700点	⇒	1,719点
□ 61日以上90日以内の期間	1,500点	⇒	1,518点

□ 精神科急性期治療病棟入院料 2

□ 30日以内の期間	1,885点	⇒	1,903点
□ 31日以上60日以内の期間	1,600点	⇒	1,618点
□ 61日以上90日以内の期間	1,450点	⇒	1,466点

□ (削除) 院内標準診療計画加算

□ A 3 1 1 - 3 【精神科救急・合併症入院料】

□ 30日以内の期間	3,600点	⇒	3,624点
□ 31日以上60日以内の期間	3,300点	⇒	3,323点
□ 61日以上90日以内の期間	3,100点	⇒	3,123点

□ (削除) 院内標準診療計画加算

35 特別入院基本料⑥

□ A 3 1 1 - 4 【児童・思春期精神科入院医療管理料】
2,995点 ⇒ 3,016点

□ (新)精神科養育支援体制加算（入院初日） 300点

□ A 3 1 2 【精神療養病棟入院料】
1,091点 ⇒ 1,108点

□ （削除）退院調整加算

□ A 3 1 4 【認知症病棟入院料】

□ 認知症治療病棟入院料 1

□ 30日以内の期間 1,811点 ⇒ 1,829点

□ 31日以上60日以内の期間 1,503点 ⇒ 1,521点

□ 61日以上期間 1,204点 ⇒ 1,221点

□ 認知症治療病棟入院料 2

□ 30日以内の期間 1,318点 ⇒ 1,334点

□ 31日以上60日以内の期間 1,112点 ⇒ 1,129点

□ 61日以上期間 988点 ⇒ 1,003点

□ （削除）退院調整加算

□ A 3 1 7 【特定一般病棟入院料】

□ 特定一般病棟入院料 1 1,152点 ⇒ 1,168点

□ 特定一般病棟入院料 2 987点 ⇒ 1,002点

□ A 3 1 8 【地域移行機能強化病棟入院料】
1,539点 ⇒ 1,557点

□ A 3 1 9 【特定機能病院リハビリテーション病棟入院料】
2,129点 ⇒ 2,229点

（生活療養を受ける場合） 2,115点 ⇒ 2,215点

□ (新) A 3 0 2 - 2 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化
管理料（1日につき） 14,539点

□ (新) A 3 1 5 精神科地域包括ケア病棟入院料 1,535点

□ 自宅等移行初期加算 100点

□ 非定型抗精神病薬加算 15点

地域包括医療病棟入院料の新設①

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

□(新)地域包括医療病棟入院料(1日につき) (要届出)

3,050点

◆ 算定要件

- ◆ 当該届出に係る病棟に入院している患者について、所定点数を算定する。ただし、90日を超えて入院するものは、一般病棟入院基本料の地域一般入院料3の例により算定
- ◆ 夜間看護体制特定日減算
 - ・ 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関は、別に厚生労働大臣が定める日
 - ・ 次のいずれにも該当する場合に限り、所定点数の100分の5に相当する点数を減算
 - ・ 年6日以内であること
 - ・ 当該日が属する月が連続する2月以内であること

◆ 施設基準

- ◆ 常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が2名以上配置されていること
- ◆ 専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること
- ◆ 入院早期からのリハビリテーションを行うにつき必要な構造設備を有している

◆ 施設基準

- ◆ 病院の一般病棟を単位として行う
- ◆ 1日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が10又はその端数を増すごとに1以上であること。
 - ◆ ただし、当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数、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数は、本文の規定にかかわらず、2以上であること
- ◆ 看護職員の最小必要数の7割以上が看護師であること
- ◆ 当該病棟に入院中の患者に対して、ADL等の維持、向上及び栄養管理等に資する必要な体制を整備
- ◆ 次のいずれかに該当すること
 - イ、当該病棟において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰに係る評価票を用いて測定し、その結果、別表1の基準を満たす患者の割合が別表2のとおりであること
 - ロ、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に係る評価票を用いて測定し、その結果、別表1の基準を満たす患者の割合が別表2のとおりであること

地域包括医療病棟入院料の新設②

◆別表1

基準①:当該病棟に入院している患者について、 右記のいずれかに該当すること	A得点が2点以上かつB得点が3点以上
	A得点が3点以上
	C得点が1点以上
基準②:新たに入棟した患者について、右記に該当すること	入棟初日のB得点が3点以上

◆別表2

	イの場合	ロの場合
基準①の割合	1割6分以上	1割5以上
基準②の割合	5割以上	

地域包括医療病棟入院料の新設③

◆ 施設基準

- ◆ 平均在院日数が21日以内
- ◆ 退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が8割以上
- ◆ 入院患者に占める、自院の一般病棟から転棟したものの割合が5分未満
- ◆ 入院患者に占める、救急搬送された患者又は他院で救急患者連携搬送料を算定し当該他院から搬送された患者の割合が1割5分以上
- ◆ 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
- ◆ 届出が必要な項目
 - ・ データ提出加算
 - ・ 脳血管疾患等リハビリテーション料
 - ・ 運動器リハビリテーション料
 - ・ 入退院支援加算1
- ◆ 届出を行っていない項目
 - ・ 急性期充実体制加算の届出を行っていない医療機関
 - ・ 専門病院入院基本料の届出を行っていない医療機関

◆ 施設基準

- ◆ 特定機能病院以外の病院
- ◆ 夜間看護体制特定日減算に係る厚生労働大臣が定める保険医療機関許可病床数が100床未満
- ◆ 夜間看護体制特定日減算に係る厚生労働大臣が定める日次のいずれにも該当する各病棟において、夜間の救急外来を受診した患者に対応するため、当該各病棟のいずれか1病棟において夜勤を行う看護職員の数が、一時的に2未満となった日
 - イ,看護職員の数が一時的に2未満となった時間帯において、患者の看護に支障がないと認められること
 - ロ,看護職員の数が一時的に2未満となった時間帯において、看護職員及び看護補助者の数が、看護職員1を含む2以上であること。ただし、入院患者数が30人以下の場合にあっては、看護職員の数1以上であること

地域包括医療病棟入院料の新設④

□ (新)初期加算(1日につき) 150点

◆ 算定要件

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

□ (新)看護補助体制加算(1日につき)

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

◆ 算定要件

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

◆ (新)看護補助体制加算(1日につき)

◆ 施設基準

◆ 25対1看護補助体制加算(看護補助者5割以上)の施設基準

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

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

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

ニ,看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること

地域包括医療病棟入院料の新設⑤

◆ (2)25対1看護補助体制加算(看護補助者5割未満)の施設基準

◆ (1)のイ、ロ及び二を満たすものであること

◆ (3)50対1看護補助体制加算の施設基準

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

ロ,(1)のロ及び二を満たすものであること

◆ (4)75対1看護補助体制加算の施設基準

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

ロ,(1)のロ及び二を満たすものであること

□ (新)夜間看護補助体制加算(1日につき)

□ 夜間30対1看護補助体制加算 125点

□ 夜間50対1看護補助体制加算 120点

□ 夜間100対1看護補助体制加算 105点

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

◆ 施設基準

(1)夜間30対1看護補助体制加算の施設基準

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

(2)夜間50対1看護補助体制加算の施設基準

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

(3)夜間100対1看護補助体制加算の施設基準

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

地域包括医療病棟入院料の新設⑥

□ (新)夜間看護体制加算(1日につき)

71点

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

◆ 施設基準

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

□ (新)看護補助体制充実加算(1日につき)

- 看護補助体制充実加算1 25点
- 看護補助体制充実加算2 15点
- 看護補助体制充実加算3 5点

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

◆ (1)看護補助体制充実加算1の施設基準

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

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

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

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

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

◆ (2)看護補助体制充実加算2の施設基準

(1)のロからホを満たすものであること

◆ (3)看護補助体制充実加算3の施設基準

(1)のハ及びニを満たすものであること

地域包括医療病棟入院料の新設⑦

□ (新)看護職員夜間12対1配置加算(1日につき)(要届出)(入院日から14日限度)

□ 看護職員夜間12対1配置加算1 110点

□ 看護職員夜間12対1配置加算2 90点

◆ (1)看護職員夜間12対1配置加算1の施設基準

イ、夜勤を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が12又はその端数を増すごとに1以上であること。ただし、当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数、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、本文の規定にかかわらず、3以上であることとする

ロ、看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備

ハ、夜間における看護業務の負担の軽減に資する十分な業務管理等の体制を整備

◆ (2)看護職員夜間12対1配置加算2の施設基準

(1)のイ及びロを満たすものであること

□ (新)看護職員夜間16対1配置加算(1日につき)(要届出)(入院日から14日限度)

□ 看護職員夜間16対1配置加算1 70点

□ 看護職員夜間16対1配置加算2 45点

◆ (3)看護職員夜間16対1配置加算1の施設基準

イ、夜勤を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が16又はその端数を増すごとに1以上であること。ただし、当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数、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、本文の規定にかかわらず、3以上であることとする

ロ、(1)のロ及びハを満たすものであること

◆ (4)看護職員夜間16対1配置加算2の施設基準

(1)のロ及び(3)のイを満たすものであること

□ (新)リハビリテーション・栄養・口腔連携加算(1日につき)(要届出) 80点

◆ 算定要件

- ・ リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画を作成した日から起算して14日を限度として所定点数に加算
- ・ 栄養サポートチーム加算は別に算定不可

◆ 施設基準

- ・ ADL等の維持、向上及び栄養管理等に資する十分な体制を整備
- ・ 口腔管理を行うにつき必要な体制を整備

地域包括ケア病棟入院料の見直し①

- ▶ 地域包括ケア病棟入院料の評価について、入院期間に応じた評価に見直す
- ▶ 入院基本料等の見直しに合わせて、40歳未満の勤務医師、事務職員等の賃上げに資する措置として、地域包括ケア病棟入院料の評価を見直す
- ▶ 地域包括ケア病棟を有する医療機関が提供する在宅医療等の実績を適切に評価する観点から、訪問看護に係る実績の基準を見直す

■ 地域包括ケア病棟入院料 1 2,809点 (2,794点) ⇒
 イ,40日以内の期間 2,838点(生活療養 2,823点)
 ロ,41日以上の期間 2,690点(生活療養 2,675点)

■ 地域包括ケア病棟入院料 2 2,620点(2,605点) ⇒
 イ,40日以内の期間 2,649点(生活療養 2,634点)
 ロ,41日以上の期間 2,510点(生活療養 2,495点)

■ 地域包括ケア病棟入院料 3 2,285点(2,270点) ⇒
 イ,40日以内の期間 2,312点(生活療養 2,297点)
 ロ,41日以上の期間 2,191点(生活療養 2,176点)

■ 地域包括ケア病棟入院料 4 2,076点(2,060点) ⇒
 イ,40日以内の期間 2,102点(生活療養 2,086点)
 ロ,41日以上の期間 1,992点(生活療養 1,976点)

■ 地域包括ケア入院医療管理料 1 2,809点(2,794点) ⇒
 イ,40日以内の期間 2,838点(生活療養 2,823点)
 ロ,41日以上の期間 2,690点(生活療養 2,675点)

■ 地域包括ケア入院医療管理料 2 2,620点(2,605点) ⇒
 イ,40日以内の期間 2,649点(生活療養 2,634点)
 ロ,41日以上の期間 2,510点(生活療養 2,495点)

■ 地域包括ケア入院医療管理料 3 2,285点(2,270点) ⇒
 イ,40日以内の期間 2,312点(生活療養 2,297点)
 ロ,41日以上の期間 2,191点(生活療養 2,176点)

■ 地域包括ケア入院医療管理料 4 2,076点(2,060点) ⇒
 イ,40日以内の期間 2,102点(生活療養 2,086点)
 ロ,41日以上の期間 1,992点(生活療養 1,976点)

地域包括ケア病棟入院料の見直し②

◆ 十一の二 地域包括ケア病棟入院料 の施設基準等

(2) 地域包括ケア病棟入院料 1 の施設基準

木 次のいずれか二つ以上を満たしていること。

- ① (略)
- ② 退院後訪問指導料、在宅患者訪問看護・指導料、同建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)、精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)、指定居宅サービス介護給付費単位数表の訪問看護費のロ及び指定介護予防サービス介護給付費単位数表の介護予防訪問看護費のロを前3月間において60回150回以上算定している
- ③ 訪問看護基本療養費、精神科訪問看護基本療養費、指定居宅サービス介護給付費単位数表の訪問看護費のイ及び指定介護予防サービス介護給付費単位数表の介護予防訪問看護費のイを前3月間において300回800回以上算定している訪問看護ステーションが自院に併設されている
- ④ (略)
- ⑤ 訪問介護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有している施設が自院に併設されている
- ⑥ (略)

◆ 施設基準

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

◆ 経過措置

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

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

地域包括ケア病棟入院料の見直し③

- 地域包括ケア病棟の在宅患者支援病床初期支援加算について、救急搬送患者の緊急入院を受け入れることによる負担等を考慮した評価体系に見直す

□ 在宅患者支援病床初期加算

- (1)介護老人保健施設から入院した患者の場合 500点



- ① 救急搬送された患者又は他院で救急患者連携搬送料を算定し当該他院から搬送された患者であって、入院初日から当該病棟に入院した患者の場合 580点
- ② ①の患者以外の患者の場合 480点

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



- ① 救急搬送された患者又は他院で救急患者連携搬送料を算定し当該他院から搬送された患者であって、入院初日から当該病棟に入院した患者の場合 480点
- ② ①の患者以外の患者の場合 380点

回復期リハビリテーション病棟の見直し①

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

回復期リハビリテーション病棟の見直し②

□ 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 ※カッコ内は生活療養の場合

□ 2,129点(2,115点) ⇒ 2,229点(2,215点)

□ 回復期リハビリテーション病棟入院料 2

2,066点(2,051点) ⇒ 2,166点(2,151点)

□ 回復期リハビリテーション病棟入院料 3

1,899点(1,884点) ⇒ 1,917点(1,902点)

□ 回復期リハビリテーション病棟入院料 4

1,841点(1,827点) ⇒ 1,859点(1,845点)

□ 回復期リハビリテーション病棟入院料 5

1,678点(1,664点) ⇒ 1,696点(1,682点)

□ 体制強化加算の廃止

◆ (削除)体制強化加算1——200点

◆ (削除)体制強化加算2——120点

◆ 算定要件

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

◆ 算定要件

(9)～(13) (略)

回復期リハビリテーション病棟入院料 1 を算定する場合は、栄養管理に関するものとして、次に掲げる内容を行う

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

イ～ウ (略)

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

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

イ～ウ (略)

(16)～(19) (略)

回復期リハビリテーション病棟の見直し③

◆ (2) 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 の施設基準

イ～ロ (略)

ハ 当該病棟に在宅復帰支援を担当する専従の常勤の社会福祉士等が一名以上配置

ニ～リ (略)

ヌ、当該保険医療機関の F I M 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 F I M の測定に関する研修を実施
ル地域支援事業に協力する体制を確保

ヲ、口腔管理を行うにつき必要な体制を整備

◆ (3) 回復期リハビリテーション病棟入院料 2 の施設基準

(2)のイ、ハからチまで、ル及びヲを満たすものであること

◆ (4) 回復期リハビリテーション病棟入院料 3 の施設基準

イ～ホ (略)

ヘ (2)のヌを満たすものであること

◆ (5)～(10) (略)

◆ 経過措置

◆ 社会福祉士の配置に係る施設基準

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

⇒ 令和7年5月31日まで

◆ 入退院時の栄養状態の評価に係る施設基準

- 令和6年3月31日時点で回復期リハビリテーション病棟入院料1の届出病棟

⇒ 令和6年9月30日まで

◆ FIMの測定に関する院内研修に係る施設基準

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

⇒ 令和6年9月30日まで

特定集中治療室管理料等の見直し①

- SOFAスコアが一定以上の患者の割合を特定集中治療室の患者指標に導入し、評価を見直す。また、この患者指標及び専任の常勤医師の治療室内の勤務を要件としない区分を新設する
- 重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いた評価を要件化については、Ⅱ-4-7を参照
- 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の項目及び該当基準について以下のとおり見直し、それに伴い施設基準における該当患者割合の基準についても見直す
 - 「輸液ポンプの管理」の項目を削除する
 - 重症度、医療・看護必要度の基準に該当する要件について、A得点が3点以上であることからA得点が2点以上であることに変更する
- 治療室内に配置される専任の常勤医師は宿日直を行ってない医師であること及び保険医療機関内に配置される医師は宿日直を行っている医師を含むことを明確化する
 - ※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
- 治療室内に専任の常勤医師が配置されない区分において、遠隔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する

特定集中治療室管理料等の見直し②

□ 特定集中治療室管理料1

□ 7日以内の期間	14,211点 ⇒ 14,406点
□ 8日以上60日以内の期間	12,633点 ⇒ 12,828点

□ 特定集中治療室管理料2

□ 特定集中治療室管理料

□ 7日以内の期間	14,211点 ⇒ 14,406点
□ 8日以上60日以内の期間	12,633点 ⇒ 12,828点

□ 広範囲熱傷特定集中治療室管理料

□ 7日以内の期間	14,211点 ⇒ 14,406点
□ 8日以上60日以内の期間	12,833点 ⇒ 13,028点

□ 特定集中治療室管理料3

□ 7日以内の期間	9,697点 ⇒ 9,890点
□ 8日以上60日以内の期間	8,118点 ⇒ 8,307点

□ 特定集中治療室管理料4

□ 特定集中治療室管理料

□ 7日以内の期間	9,697点 ⇒ 9,890点
□ 8日以上60日以内の期間	8,118点 ⇒ 8,307点

□ 広範囲熱傷特定集中治療室管理料

□ 7日以内の期間	9,697点 ⇒ 9,890点
□ 8日以上60日以内の期間	8,318点 ⇒ 8,507点

□ (新)特定集中治療室管理料5

□ 7日以内の期間	8,890点
□ 8日以上60日以内の期間	7,307点

□ (新)特定集中治療室管理料6

□ 特定集中治療室管理料

□ 7日以内の期間	8,890点
□ 8日以上60日以内の期間	7,307点

□ 広範囲熱傷特定集中治療室管理料

□ 7日以内の期間	8,890点
□ 8日以上60日以内の期間	7,507点

特定集中治療室管理料等の見直し③

◆ 特定集中治療室管理料1の施設基準

- (削除)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8割以上入院させる治療室であること
- 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8割以上入院させる治療室であること
- (新)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
- (新)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SOFA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

◆ 特定集中治療室管理料3の施設基準

- (削除)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7割以上入院させる治療室であること
- 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6割以上7割以上入院させる治療室であること
- (新)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
- (新)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SOFAスコア3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

◆ (新)ホ,特定集中治療室管理料5の施設基準

- 1,イの1、3及び4を満たすものであること
- 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
- 3,ハの3を満たすものであること
- 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
- 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

特定集中治療室管理料等の見直し④

◆ 5,特定集中治療室管理料5に関する施設基準

(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

(2)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

(3)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

(3)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

(4)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

(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り)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

特定集中治療室管理料等の見直し⑤

◆へ、特定集中治療室管理料6の施設基準

- 次のいずれにも該当するものであること
- 1,特定集中治療室管理料5を満たすものであること
- 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
- 特定集中治療室管理料6に関する施設基準
- (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
- (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

◆経過措置

(1)令和6年3月31日時点で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若しくは特定集中治療室管理料4又は救命救急入院料2若しくは4の届出治療室(特定集中治療室管理料5又は特定集中治療室6の届出治療室を含む)

- ◆ 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4、ニの1(ハの4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日時点で救命救急入院料1又は救命救急入院料3の届出治療室

- ◆ 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日時点で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の届出治療室

- ◆ 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5又はニの1(ハの5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

- ◆ 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等の見直し⑥

- 治療室内に配置される専任の常勤医師は宿日直を行っていない医師であること及び保険医療機関内に配置される医師は宿日直を行っている医師を含むことを明確化する

◆ 1、特定集中治療室管理料1に関する施設基準

(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。(新)当該専任の医師は、宿日直を行う医師ではないこと。

(新)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。

(2)~(8)(略)

(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(新)勤務及び宿日直(新)(削除)当直勤務(削除)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。

(10)~(13)(略)

2、(略)

◆ 3、特定集中治療室管理料3に関する施設基準

(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。(新)当該専任の医師は、宿日直を行う医師でないこと。(新)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。

(2)~(5)(略)

4、(略)

◆ (新)5、特定集中治療室管理料5に関する施設基準

(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。

(2)~(6)(略)

特定集中治療室管理料等の見直し⑦

- 治療室内に専任の常勤医師が配置されない区分において、遠隔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する

◆ (新)特定集中治療室遠隔支援加算 980点

◆ 算定要件

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

◆ 施設基準等

- 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)特定集中治療室遠隔支援加算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

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の届出医療機関

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

- ◆ 12,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

特定集中治療室管理料等の見直し⑧

- 治療室内に専任の常勤医師が配置されない区分において、遠隔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する

◆ (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

◆ (2)支援側医療機関における施設基準

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

特定集中治療室管理料等の見直し⑨

➤ 特定集中治療室等の治療室及び腹腔鏡手術等の施設基準に、医療安全対策加算1の届出を要件とする

◆ 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)⑦医療安全対策加算1に係る届出を行っている保険医療機関であること

ロ(略)

ハ,特定集中治療室管理料3の施設基準

1イの1、4及び7を満たすものであること

二(略)

◆ 経過措置

令和6年3月31日時点で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、特定集中治療室管理料4の届出医療機関は、令和7年5月31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1(イの7に限る)又は二の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

◆ 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

◆ (新)ハ,胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術(気管支形成を伴う肺切除に限る)、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、移植用部分肝採取術(生体)(腹腔鏡によるものに限る)、腹腔鏡下脾頭部腫瘍切除術、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

特定集中治療室管理料等の見直し⑩

➤ 特定集中治療室等の治療室及び腹腔鏡手術等の施設基準に、医療安全対策加算1の届出を要件とする

◆ 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)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

◆ 経過措置

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

緩和ケア病棟における在宅療養支援の充実

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

- ◆ 緩和ケア病棟緊急入院初期加算の算定要件

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

障害者施設等入院基本料等の見直し①

- 障害者施設等入院基本料2~4、特殊疾患入院施設管理加算、特殊疾患入院医療管理料及び特殊疾患病棟入院料の要件における重度の肢体不自由児(者)等の患者割合について、現行において「おおむね」として患者割合を示している取扱いを廃止するとともに、該当患者の割合については、暦月で6か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動にあつては、施設基準に係る変更の届出を行う必要はないこととする
- 障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料及び特殊疾患病棟入院料において、透析を実施する慢性腎臓病患者について、療養病棟入院基本料に準じた評価とする

◆ 障害者施設等入院基本料の施設基準等(1)通則

障害者施設等一般病棟は、次のいずれにも該当する病棟であること

(略) 重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等をおおむね七割以上入院させている病棟であること

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

◆ 障害者施設等入院基本料の算定要件

(新)注13,当該病棟に入院している患者のうち、人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、血漿交換療法、腹膜灌流を行っている慢性腎臓病の患者(注6及び注12に規定する点数を算定する患者を除く)であつて、基本診療料の施設基準等第5の3(1)のロに規定する医療区分2の患者に相当するものについては、注1及び注3の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する

イ,7対1入院基本料又は10対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合	1,581点
ロ,13対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合	1,420点
ハ,15対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合	1,315点

障害者施設等入院基本料等の見直し②

◆ 特殊疾患入院医療管理料の算定要件

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

◆ 特殊疾患病棟入院料の算定要件

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

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

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

入院基本料等加算

救急医療管理加算の見直し①

- 救急医療管理加算について、「経過観察が必要であるため入院させる場合」など算定の対象とならない場合を明確化する
- 救急医療管理加算2を算定する場合のうち、「その他の重症な状態」の割合が5割を超える保険医療機関について、評価を見直す
- 救急医療管理加算を算定する患者の状態について詳細を把握する観点から、患者の状態の分類について見直すとともに、診療報酬明細書の摘要欄の記載事項の定義を明確化する

□ 救急医療管理加算1 1,050点（点数変更なし）

□ 救急医療管理加算2 420点（点数変更なし）

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

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

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

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

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

救急医療管理加算の見直し②

◆ 別表第七の三 救急医療管理加算に係る状態

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

◆ 第2の2 救急医療管理加算

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

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

データ提出加算及びデータ提出加算に係る届出を要件とする入院料の見直し①

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

□ データ提出加算 1（入院初日）

- 許可病床数が200床以上の病院の場合 140点 ⇒ 145点
- 許可病床数が200床未満の病院の場合 210点 ⇒ 215点

□ データ提出加算 2（入院初日）

- 許可病床数が200床以上の病院の場合 150点 ⇒ 155点
- 許可病床数が200床未満の病院の場合 220点 ⇒ 225点

□ データ提出加算 3（入院期間が90日を超えるごとに1回）

- 許可病床数が200床以上の病院の場合 140点 ⇒ 145点
- 許可病床数が200床未満の病院の場合 210点 ⇒ 215点

□ データ提出加算 4（入院期間が90日を超えるごとに1回）

- 許可病床数が200床以上の病院の場合 150点 ⇒ 155点
- 許可病床数が200床未満の病院の場合 220点 ⇒ 225点

□ （削除）提出データ評価加算

データ提出加算及びデータ提出加算に係る届出を要件とする入院料の見直し②

◆ 算定要件に以下を追加

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

◆ データ提出加算が新たに要件となる入院基本料等

- ◆ 地域一般入院基本料、療養病棟入院基本料

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

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

データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること

◆ 経過措置

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

令和6年3月31日時点で上記の届出医療機関は、令和8年5月31日まで

- ◆ 令和6年3月31日時点で下記の届出医療機関は当分の間

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

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

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

介護保険施設入所者の病状の急変時の適切な入院受入れの推進

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

□(新)協力対象施設入所者入院加算(要届出)

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

◆対象患者

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

◆算定要件

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

介護保険施設入所者の病状の急変時の適切な入院受入れの推進

□(新)協力対象施設入所者入院加算(要届出)

◆施設基準

(1)次のいずれにも該当するものであること

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

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

ハ、次のいずれかに該当すること

1、在宅療養支援病院又は在宅療養支援診療所であること

2、在宅療養後方支援病院であること

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

(2)当該介護保険施設等と平時からの連携体制を構築していること

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

(4)(3)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること

◆経過措置

◆令和7年5月31日まではウェブサイトに掲載しているものとみなす

急性期におけるリハビリテーション、栄養管理、口腔管理の取組の推進

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

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

◆対象患者

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

◆算定要件

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

◆施設基準

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

入退院支援加算1・2の見直し①

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

◆ 退院困難な要因を追加

- ◆ ウ,要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること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
- ◆ (新)エ,コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する者
- ◆ (新)オ,強度行動障害の状態の者カ～ソ(略)

◆ 退院支援計画の内容を追加

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

入退院支援加算1・2の見直し②

□ 入院時支援加算1 230点 ⇒ 240点

□ 入院時支援加算2 200点 ⇒ 200点

□ (新)入院事前調整加算 200点

◆ 別に厚生労働大臣が定める患者に対して、入院前に患者及びその家族等並びに当該患者の在宅での生活を支援する障害福祉サービス事業者等と事前に入院中の支援に必要な調整を行った場合

◆ 厚生労働大臣が定める患者

- ・ コミュニケーションにつき特別な支援を要する者又は強度行動障害を有する者
- ・ 入退院支援加算を算定する患者

◆ 算定要件

- ・ コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する者又は強度行動障害の状態の者であって入院の決まったものについて、当該患者の特性を踏まえた入院中の治療や入院生活に係る支援が行えるよう、当該患者、その家族等及び当該患者の在宅における生活を支援する障害福祉サービス事業者等から事前に情報提供を受け、その内容を踏まえ、入院中の看護等に係る療養支援の計画を立て、患者及び入院予定先の病棟職員と共有した場合

◆ 入退院支援加算1の連携機関の規定を追加

- ・ 急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟の場合に限る)又は専門病院入院基本料(13対1入院基本料を除く)を算定する病棟を有する場合は当該連携機関の数のうち1以上は保険医療機関であること
- ・ 地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟又は病室を有する場合は当該連携機関の数のうち5以上は介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者、施設サービス事業者、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者であること

認知症ケア加算の見直し①

- 認知症ケア加算について、身体的拘束を実施しなかった日及び実施した日の点数をそれぞれ見直す
- 認知症ケア加算で求めるアセスメント及び対応方策に、せん妄のリスク因子の確認及びせん妄対策を含めるとともに、認知症ケア加算を算定した場合はせん妄ハイリスク患者ケア加算の算定は不可とする

□ 認知症ケア加算1

- 14日以内の期間 160点 ⇒ 180点
- 15日以上期間 30点 ⇒ 34点

□ 認知症ケア加算2

- 14日以内の期間 100点 ⇒ 112点
- 15日以上期間 25点 ⇒ 28点

□ 認知症ケア加算3

- 14日以内の期間 40点 ⇒ 44点
- 15日以上期間 10点 ⇒ 10点

□ 身体的拘束実施減算

- 100分の60 ⇒ 100分の40

◆ 算定要件の見直し

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

◆ 算定要件の見直し

- ◆ (略)症状の軽減を図るための適切な環境調整や患者とのコミュニケーションの方法等について検討する。また、せん妄のリスク因子の確認を行い、ハイリスク患者に対するせん妄対策を併せて実施すること。~~せん妄のリスク因子の確認及びハイリスク患者に対するせん妄対策の取扱いについては、区分番号「A247-2」せん妄ハイリスク患者ケア加算の例によること~~

認知症ケア加算の見直し②

◆施設基準

◆1,認知症ケア加算1の施設基準

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

ア~ウ(略)

(2)~(4)(略)

(5)認知症ケアチームは、以下の業務を行うこと。ア~ウ(略)

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

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

(6)・(7)(略)

※認知症ケア加算2及び認知症ケア加算3も同様

◆経過措置

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

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目及び施設基準の見直し①

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

◆ 経過措置

- ◆ 令和6年3月31日において現に次に掲げる入院料等に係る届出を行っている病棟又は病室については、令和6年9月30日までの間に限り、それぞれ当該入院料等に係る重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなす
 - ・ 急性期一般入院料1、急性期一般入院料2、急性期一般入院料3、急性期一般入院料4、急性期一般入院料5
 - ・ 7対1入院基本料(結核病棟入院基本料)、・ 7対1入院基本料(特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る))、7対1入院基本料(専門病院入院基本料)
 - ・ 看護必要度加算1、看護必要度加算2、看護必要度加算3
 - ・ 総合入院体制加算1、総合入院体制加算2、総合入院体制加算3
 - ・ 急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算
 - ・ 看護補助加算1
 - ・ 地域包括ケア病棟入院料
 - ・ 特定一般病棟入院料の注7

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目及び施設基準の見直し②

◆一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の項目の見直し内容

◆創傷処置

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

◆呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)

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

◆注射薬剤3種類以上の管理

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

◆専門的な治療・処置

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

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

◆C項目の対象手術及び評価日数について、実態を踏まえ見直す

◆短期滞在手術等基本料の対象手術等を実施した患者を評価対象者に加える

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目及び施設基準の見直し③

	改 定 案		現 行	
	一般病棟用の必要度Ⅰの割合	一般病棟用の必要度Ⅱの割合	一般病棟用の必要度Ⅰの割合	一般病棟用の必要度Ⅱの割合
急性期一般入院料 1	割合①：2割1分 割合②：2割8分	割合①：2割 割合②：2割7分	3割1分 (2割8分)	2割8分 (2割5分)
急性期一般入院料 2	2割2分	2割1分	2割7分 (2割5分)	2割4分 (2割2分)
急性期一般入院料 3	1割9分	1割8分	2割4分 (2割2分)	2割1分 (1割9分)
急性期一般入院料 4	1割6分	1割5分	2割 (1割8分)	1割7分 (1割5分)
急性期一般入院料 5	1割2分	1割1分	1割7分	1割4分
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))		割合①：2割 割合②：2割7分		2割8分
7対1入院基本料 (結核病棟入院基本料)	0.8割	0.7割	1割	0.8割
7対1入院基本料 (専門病院入院基本料)	割合①：2割1分 割合②：2割8分	割合①：2割 割合②：2割7分	3割	2割8分
看護必要度加算 1	1割8分	1割7分	2割2分	2割
看護必要度加算 2	1割6分	1割5分	2割	1割8分
看護必要度加算 3	1割3分	1割2分	1割8分	1割5分
総合入院体制加算 1	3割3分	3割2分	3割3分	3割
総合入院体制加算 2	3割1分	3割	3割3分	3割
総合入院体制加算 3	2割8分	2割7分	3割	2割7分
急性期看護補助体制加算	0.6割	0.5割	0.7割	0.6割
看護職員夜間配置加算	0.6割	0.5割	0.7割	0.6割
看護補助加算 1	0.4割	0.3割	0.5割	0.4割
地域包括ケア病棟入院料	1割	0.8割	1割2分	0.8割
特定一般病棟入院料の注 7	1割	0.8割	1割2分	0.8割

重症度、医療・看護必要度Ⅱの要件化

- 以下の病棟又は治療室については、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する
 - 許可病床数200床未満の保険医療機関において、急性期一般入院料1を算定する病棟(電子カルテシステムを導入していない場合を除く)
 - 許可病床数200床以上400床未満の保険医療機関において、急性期一般入院料2又は3を算定する病棟
 - 救命救急入院料2又は4を算定する治療室4.特定集中治療室管理料を算定する治療室

◆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、令和6年9月30日までの間に限り、第五の二の(1)のイの1の5に該当するものとみなす

◆経過措置

- 令和6年3月31日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、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又は八の4に該当するものとみなす

ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の見直し①

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

◆ 創傷処置

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

◆ 呼吸ケア

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

◆ 点滴ライン同時3本以上の管理

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

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

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

②A項目のうちいずれかに該当する患者の割合が一定以上であること

◆ 経過措置

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

ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の見直し②

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

地域医療体制確保加算の見直し

➤ 地域医療体制確保加算の施設基準に、医師の時間外・休日労働時間に係る基準を追加する

◆ 地域医療体制確保加算に関する施設基準

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

ア,令和6年度においては、1,785時間以下

イ,令和7年度においては、1,710時間以下

総合入院体制加算の見直し

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

□ 総合入院体制加算1 240点 ⇒ 260点

□ 総合入院体制加算2 180点 ⇒ 200点

□ 総合入院体制加算3(略)

◆ 1,総合入院体制加算1に関する施設基準等

(3)全身麻酔による手術件数が年800件以上⇒年2,000件以上であること。また、以下のアからカまでを全て満たしていること

ア～カ(略)

(4)～(16)(略)

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

◆ 2,総合入院体制加算2に関する施設基準等

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

(2)全身麻酔による手術件数が年800件以上⇒年1,200件以上であること。なお、併せて以下のアからカまでの全てを満たすことが望ましいものであり、少なくとも4つ以上を満たしていること。手術等の定義については、1の(4)と同様である

ア～カ(略)

◆ 3,総合入院体制加算3に関する施設基準等

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

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

➤ 急性期一般入院料1の施設基準のうち平均在院日数の基準について、18日から16日に見直す

◆ 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にあつては16日)以内であること

重症患者対応体制強化加算の要件の見直し

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

◆ 施設基準

- 「特殊な治療法等」に該当する患者が直近6か月間で1割5分以上

急性期充実体制加算の見直し①

- 悪性腫瘍手術等の実績要件のうち多くの基準を満たす場合とそれ以外であって小児科又は産科の実績を有する場合に応じた評価を行う
- 小児科、産科及び精神科の入院医療の提供に係る要件を満たす場合について、小児・周産期・精神科充実体制加算を新設する。
- 許可病床数300床未満の医療機関のみに適用される施設基準を廃止する
- 化学療法の実績要件について、外来で化学療法を実施している割合が一定以上であることを追加する
- 悪性腫瘍手術等の実績要件に、心臓胸部大血管手術に係る手術実績を追加する

□ 急性期充実体制加算1

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

□ (新)急性期充実体制加算2

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

□ (新)小児・周産期・精神科充実体制加算(要届出)

- 急性期充実体制加算1の場合 90点
- 急性期充実体制加算2の場合 60点

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

◆ 精神科充実体制加算の施設基準

イ,(変更なし)

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

急性期充実体制加算の見直し②

◆ (新)2,急性期充実体制加算1に関する施設基準

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

イ,全身麻酔による手術について、2,000件/年以上(うち、緊急手術350件/年以上)

ロ,悪性腫瘍手術について、400件/年以上

ハ,腹腔鏡下手術又は胸腔鏡下手術について、400件/年以上

ニ,心臓カテーテル法による手術について、200件/年以上

ホ,消化管内視鏡による手術について、600件/年以上

ヘ,化学療法の実施について、1,000件/年以上

ト,心臓胸部大血管の手術について、100件/年以上

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

ア,外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っていること

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

◆ (新)3,急性期充実体制加算2の施設基準

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

(イ)異常分娩の件数について、50件/年以上

(ロ)6歳未満の乳幼児の手術件数40件/年以上

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

ア,外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っていること

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

◆ (新)急性期充実体制加算2の施設基準

イ,急性期充実体制加算1のイ、ロ及びニからトまでを満たすものであること

ロ,高度かつ専門的な医療及び急性期医療に係る相当の実績を有していること

急性期充実体制加算の見直し③

◆ (新)小児・周産期・精神科充実体制加算の施設基準

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

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

◆ 経過措置

- (1)令和6年3月31日において現に急性期充実体制加算に係る届出を行っている保険医療機関については、令和7年5月31日までの間に限り、2の(2)又は3の(2)の基準を満たしているものとみなす
- (2)令和6年3月31日において現に急性期充実体制加算に係る届出を行っている保険医療機関のうち、急性期充実体制加算1に係る届出を行う保険医療機関については、令和8年5月31日までの間に限り、2の(1)のトの基準を満たしているものとみなす
- (3)令和6年3月31日において現に急性期充実体制加算に係る届出を行っている保険医療機関のうち許可病床数が300床未満の保険医療機関については、令和8年5月31日までの間に限り、施設基準のうち2(1)及び3(1)についてはなお従前の例による

時間外加算1、休日加算1、深夜加算1の施設基準の見直し

- 処置及び手術の休日加算1、時間外加算1、深夜加算1について、交代勤務制又はチーム制のいずれか及び手当に関する要件を満たす必要があることとする

◆ 時間外加算1、休日加算1、深夜加算1の施設基準

- ◆ 7,当該加算を算定する全ての診療科において、(1)又は(2)のいずれか及び(3)を実施していること

(1)交代勤務制を導入しており、以下のアからキまでのいずれも実施していること

ア～キ(略)

(2)チーム制を導入しており以下のアからカまでのいずれも実施していること

ア～カ(略)

(3)医師が時間外、休日又は深夜の手術等を行った場合の手当等を支給しており、以下のア又はイのいずれかを実施するとともに実施内容について就業規則に記載を行い、その写しを地方厚生(支)局長に届け出ていること。
また、休日等において、当該診療科に1名以上の緊急呼出し当番を担う医師を置いていること

(中略)

ア・イ(略)

◆ 経過措置

令和6年3月31日時点で休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の届出医療機関は、7に係る規定は令和8年5月31日までの間に限り、なお従前の例による

入院中の薬物療法の適正化に対する取組の推進

- 薬剤総合評価調整加算について、カンファレンスの実施に限らず、多職種による薬物療法の総合的評価及び情報共有・連携ができる機会を活用して必要な薬剤調整等が実施できるよう要件を見直す
- 必要な薬剤調整等の実効性を担保するため、医療機関内のポリファーマシー対策に係る評価方法についてあらかじめ手順書を作成等することとする

◆ 薬剤総合評価調整加算の算定要件

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

ア,(略)

イ,アを踏まえ、患者の病状、副作用、療養上の問題点の有無を評価するために、医師、薬剤師及び看護師等の多職種による連
イアを踏まえ、患者の病状、副作用、療養上の問題点の有無を評価するために、医師、薬剤師及び看護師等の多職種による連携の下で、薬剤の総合的な評価を行い、適切な用量への変更、副作用の被疑薬の中止及びより有効性・安全性の高い代替薬への変更等の処方内容の変更を行う。(以下略)

ウ,当該カンファレンスにおいて処方の内容を変更する際の留意事項を多職種で共有した上で、患者に対して処方変更に伴う注意点を説明する。(以下略)

エ,処方変更による病状の悪化や新たな副作用の有無について、多職種で確認し、必要に応じて、再度カンファレンスにおいて総合的に再評価を行う

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

(新)カ,(7)に規定するガイドライン等を参考にして、ポリファーマシー対策に関する手順書を作成し、保険医療機関内に周知し活用すること

- ◆ (2)~(6)(略)

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

病棟薬剤業務実施加算1の加算新設

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

□(新)薬剤業務向上加算

100点

◆算定要件

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

◆施設基準

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

ICT、AI、IOT等の活用による業務負担軽減の取組の推進

➤ ICTの活用等による看護職員の更なる業務負担軽減の観点から、「夜間看護体制加算」等の夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等のうち、「ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減」に取り組むことが望ましいこととする

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

◆ 施設基準の例

◆ 障害者施設等入院基本料の注10に規定する夜間看護体制加算について

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

ア~ケ(略)

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

看護補助体制充実加算に係る評価の見直し①

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

◆ 急性期看護補助体制加算の算定要件

- ◆ 注4,(略)当該基準に係る区分に従い、1日につき次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。ただし、身体的拘束を実施した日は、看護補助体制充実加算2の例により算定

□ (新)看護補助体制充実加算1 20点

□ 看護補助体制充実加算2 5点

- ◆ (7)看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制及び身体的拘束の最小化の取組を評価するものである
- ◆ (新)(8)身体的拘束を実施した場合は、理由によらず、看護補助体制充実加算2の例により算定すること。

◆ 施設基準

- ◆ 七の三 急性期看護補助体制加算の施設基準

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

(10)看護補助体制充実加算2の施設基準

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

看護補助体制充実加算に係る評価の見直し②

◆ 10,看護補助体制充実加算の施設基準

◆ (1)看護補助体制充実加算1の施設基準

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

ロ・ハ(略)

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

◆ (新)(2)看護補助体制充実加算2の施設基準

(1)のロ及びハを満たすものであること

◆ 経過措置

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

※看護補助加算の看護補助体制充実加算も同様

□ 急性期看護補助体制加算 60点 ⇒ 71点

□ 看護補助加算 165点 ⇒ 176点

□ 障害者施設等入院基本料 150点⇒ 161点

看護補助体制充実加算に係る評価の見直し③

□ 看護補助体制充実加算(療養病棟入院基本料)

□ 夜間看護加算(要届出)(1日につき)

50点(変更なし)

⇒ 看護補助体制充実加算は別に算定不可

□ 看護補助体制充実加算(要届出)(1日につき)

55点



□ 看護補助体制充実加算1(要届出)(1日につき)

80点

□ 看護補助体制充実加算2(要届出)(1日につき)

65点

□ 看護補助体制充実加算3(要届出)(1日につき)

55点

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

◆ 三 療養病棟入院基本料の施設基準

(9)夜間看護加算の施設基準

イ・ロ・ハ(略)

◆ (10)看護補助体制充実加算の施設基準

イ,看護補助体制充実加算1の施設基準

①,(9)のイ及びロを満たすものであること

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

◆ (10)看護補助体制充実加算の施設基準

ロ,看護補助体制充実加算2の施設基準

①,(9)のイ及びロを満たすものであること

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

ハ,看護補助体制充実加算3の施設基準

①,(9)のイ及びロを満たすものであること

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

看護補助体制充実加算に係る評価の見直し④

◆ 11の2 看護補助体制充実加算の施設基準施設基準

(1)看護補助体制充実加算1の施設基準

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

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

ハ・ニ（略）

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

(2)看護補助体制充実加算2の施設基準

(1)のロからホを満たすものであること

(3)看護補助体制充実加算3の施設基準

(1)のハ及びニを満たすものであること

看護補助体制充実加算に係る評価の見直し⑤

□ 看護補助体制充実加算(障害者施設等入院基本料)

□ 看護補助加算

□ 14日以内の期間	146点
□ 15日以上30日以内の期間	121点

□ 看護補助体制充実加算

□ 14日以内の期間	151点
□ 15日以上30日以内の期間	126点



□ 14日以内の期間

□ 看護補助体制充実加算1(要届出)(1日につき)	176点
□ 看護補助体制充実加算2(要届出)(1日につき)	161点
□ 看護補助体制充実加算3(要届出)(1日につき)	151点

□ 15日以上30日以内の期間

□ 看護補助体制充実加算1(要届出)(1日につき)	151点
□ 看護補助体制充実加算2(要届出)(1日につき)	136点
□ 看護補助体制充実加算3(要届出)(1日につき)	126点

◆ 施設基準

- 看護補助体制充実加算(療養病棟入院基本料)における見直しと同様

□ 看護補助体制充実加算(地域包括ケア病棟入院料)

□ 看護補助者配置加算 160点(変更なし)

□ 看護補助体制充実加算 165点



□ 看護補助体制充実加算1(要届出)(1日につき) 190点

□ 看護補助体制充実加算2(要届出)(1日につき) 175点

□ 看護補助体制充実加算3(要届出)(1日につき) 165点

◆ 施設基準

- 看護補助体制充実加算(療養病棟入院基本料)における見直しと同様

感染対策向上加算等の専従要件の明確化と要件見直し①

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

◆算定要件に以下を追加

- ◆ 介護保険施設等(介護保険施設等又は指定障害者支援施設等)からの求めに応じ、当該介護保険施設等に対する助言に係る業務を行う場合には、感染制御チームの業務について専従とみなすことができる。ただし、介護保険施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として月10時間以下であること

◆介護保険施設等とは

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

感染対策向上加算等の専従要件の明確化と要件見直し②

◆ 感染対策向上加算1の施設基準

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

(15)~(23)(略)

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

◆ 感染対策向上加算2の施設基準

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

(15)~(17)(略)

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

◆ 感染対策向上加算3の施設基準

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

(15)~(17)(略)

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

◆ 経過措置

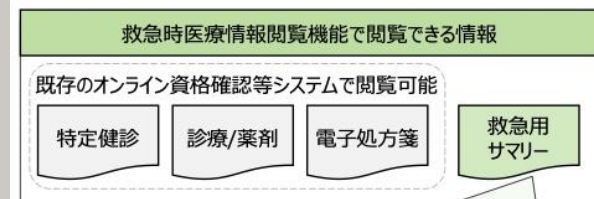
令和6年3月31日時点で感染対策向上加算1、2又は3の届出医療機関は、令和6年12月31日までの間に限り、それぞれ1(16)、2(14)又は3(14)の基準を満たしているものとみなす

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

- 令和7年4月1日以降に適用

2. 閲覧できる情報

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



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

※1：電子処方箋情報については、既に電子処方箋管理サービスを導入済みの医療機関等で登録された情報が閲覧可能。(救急用サマリーでは電子処方箋管理サービスに登録された情報のうち調剤情報のみ閲覧可能)

※2：薬剤情報については令和3年9月診療分のレセプト（医科・歯科・調剤・DPC）から抽出した情報、特診情報については令和4年6月以降に提出されたレセプト（医科・歯科・調剤・DPC）から抽出した情報、特診健診情報については令和2年度以降に実施し、順次登録された情報が閲覧可能。

[救急用サマリーの表示イメージ（PDF）](#)

救急用

診療／薬剤情報一覧

作成日: 2022年8月26日

1 / 1 ページ

氏名カナ

19141 105

氏名

診療 太郎

生年月日

1962年5月21日

性別

男

年齢

60歳

保険者番号

12345678

健保保険証等記号

1234567

健保保険者番号等

12345

教養

00

この診療／薬剤情報一覧は、以下情報での診療行為及び医薬品使用を表しています。但し、一部は表示されない場合があります。

【問い合わせ先】※当院にない場合は、診療行為／医薬品が表されない場合があります。

受診履歴

※国産品又は2000年3月～2000年3月までの診療を表示

診療機関名	受診日
廣橋クリニック	22年7月
廣橋薬局	22年6月

調剤結果情報

※国産品又は2000年3月～2000年3月までの診療を表示

調剤	処方 使用	医薬品名	調剤数量
年月日	区分 区分	(成分名) *4	1回
22年9月	内1	【用法】 / < 1 回服用 > / 【用法等の特別指示】 *	1回
22年9月	2回	フルトラム (テスト1回投) 内服 内服 1. フルトラム 125mg エゾゾール 50mg 4回 (フルタカザンプロピオン酸エステル - ホルステロールマホ酸塩水和物) 【1日2回朝夕食後 服用】	42回投 1処方分

レセプトに基づく処方依頼

※国産品又は2000年3月～2000年3月までの診療を表示

調剤	処方 使用	医薬品名	調剤数量
年月日	区分 区分	(成分名)	1回
22年7月	1回	廣橋クリニック 内服 内服 1. ギンタマイシン錠 500mg 1回 1日4回 *1 mg (ギンタマイシン錠500mg)	10g 1処方分
22年6月	1回	オンライン薬局 (廣橋薬局) 内服 内服 1. 胸) マイスリー錠 5mg (ゾルピデム錠50mg) 【1日1回就寝前服用】	1錠 14日分

【注意事項】

※ 1. 医薬品の成分、入剤、内服方法が分岐し、【内服】とは入剤及び【用法】以外で調剤された医薬品を表します。

※ 2. 調剤行為の成分、入剤、内服方法が分岐しています。

※ 3. 処方指示の調剤レセプトの場合に準拠しています。

※ 4. 調剤行為の成分、入剤、内服方法が分岐しています。

次回へ続く

救急用

※データ表示期間を限定

3. 病院でできるようになること

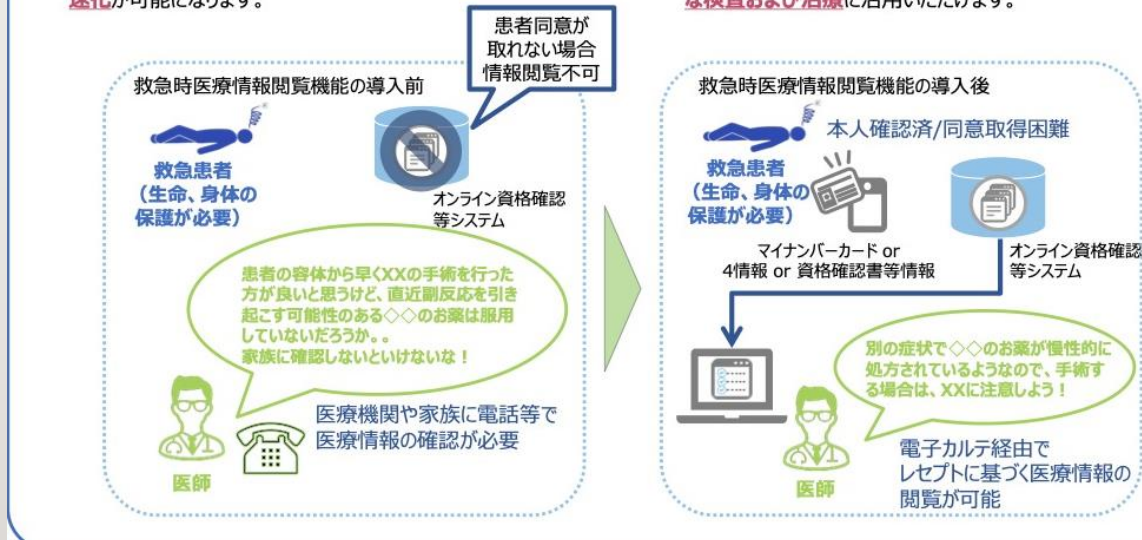
救急時において、意識障害等の同意取得困難な患者に対しても、薬剤情報や手術情報等のレセプトに基づく医療情報を閲覧し、迅速かつ適切な検査・治療等に活用できるようになります。

疾患の推測とそれに伴う治療方針の検討の迅速化

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

薬剤情報や手術情報を踏まえた適切な治療

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



医師事務作業補助体制加算の見直し

□ 医師事務作業補助体制加算1

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

◆ 医師事務作業補助体制加算1の施設基準に以下を追加

- ◆ また、医師事務作業補助者の勤務状況及び補助が可能な業務の内容を定期的に評価することが望ましい

□ 医師事務作業補助体制加算2

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

DPC /PDPSの見直し

DPC /PDPSの見直し①

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

◆2.DPC対象病院の基準の見直し

◆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

◆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

◆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

DPC /PDPSの見直し②(3.医療機関別係数の見直し)

◆(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
- データ数に係る基準を満たさない医療機関は、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
- 各医療機関の実績値の算出期間
 - 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

DPC /PDPSの見直し②(3.医療機関別係数の見直し)

◆(1)基礎係数(医療機関群の設定等)

◆①設定要件

◆【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)
 - ⇒ 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
 - ⇒ 特定機能病院は、当該実績要件を満たしたものとして取り扱う

DPC /PDPSの見直し②(3.医療機関別係数の見直し)

◆(1)基礎係数(医療機関群の設定等)

◆①設定要件

◆【実績要件3】:医療技術の実施

- 外科系(外保連試算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

- 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

DPC /PDPSの見直し②(3.医療機関別係数の見直し)

◆(1)基礎係数(医療機関群の設定等)

◆①設定要件

◆【実績要件3】:医療技術の実施

- 「(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)」
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)」
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」
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」
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」
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」
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

DPC /PDPSの見直し②(3.医療機関別係数の見直し)

◆(1)基礎係数(医療機関群の設定等)

◆①設定要件

◆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

- ◆ 【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	13.1	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

- ◆ 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の見直し②(3.医療機関別係数の見直し)

◆(1)基礎係数(医療機関群の設定等)

◆①設定要件

◆【実績要件3】:医療技術の実施

- ◆ 別表1 特定内科診療25疾患については個別改定項目P347～349を参照

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001210979.pdf>

◆【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

◆②基準値

- 各要件の基準値は個別改定項目P349～350を参照

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001210979.pdf>

DPC /PDPSの見直し②(3.医療機関別係数の見直し)

◆(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
- 効率性係数は、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は個別改定項目P352～354を参照

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001210979.pdf>

DPC /PDPSの見直し②(3.医療機関別係数の見直し)

◆(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の見直し②(3.医療機関別係数の見直し)

◆4.診断群分類の見直し

◆(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

短期滞在手術等基本料の見直し

112 短期滞在手術等基本料 3 ①

□ 終夜睡眠ポリグラフィー

1 及び 2 以外の場合

イ,安全精度管理下で行うもの 10,549点 ⇒ 9,537点

生活療養を受ける場合 10,475点 ⇒ 9,463点

ロ,その他のもの 8,744点 ⇒ 8,400点

生活療養を受ける場合 8,670点 ⇒ 8,326点

□ 反復睡眠潜時試験(M S L T) 11,485点 ⇒ 12,676点

生活療養を受ける場合 11,411点 ⇒ 12,602点

□ 内分泌負荷試験

下垂体前葉負荷試験

成長 ホルモン(G H)(一連として) 8,312点 ⇒ 9,194点

生活療養を受ける場合 8,238点 ⇒ 9,120点

□ 小児食物アレルギー負荷検査 5,040点 ⇒ 5,278点

生活療養を受ける場合 4,966点 ⇒ 5,204点

□ 前立腺針生検法

その他のもの 10,197点 ⇒ 10,262点

生活療養を受ける場合 10,123点 ⇒ 10,188点

□ 経皮的放射線治療用金属マーカー留置術

33,572点 ⇒ 30,882点

生活療養を受ける場合 33,498点 ⇒ 30,808点

□ 四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術 2 手、足(手に限る)

16,224点 ⇒ 14,667点

生活療養を受ける場合 16,150点 ⇒ 14,593点

□ 骨折観血的手術

前腕、下腿、手舟状骨(手舟状骨に限る)

32,937点 ⇒ 36,240点

生活療養を受ける場合 32,863点 ⇒ 36,166点

□ 骨内異物(挿入物を含む)除去術

前腕、下腿(前腕に限る) 20,611点 ⇒ 19,082点

生活療養を受ける場合 20,537点 ⇒ 19,008点

□ 骨内異物(挿入物を含む)除去術

鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他(鎖骨に限る)

21,057点 ⇒ 20,549点

生活療養を受ける場合 20,983点 ⇒ 20,475点

113 短期滞在手術等基本料 3 ②

□ 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指(手、足)その他(手に限る)	15,180点 ⇒ 14,893点
生活療養を受ける場合	15,106点 ⇒ 14,819点
□ ガングリオン摘出術	
手、足、指(手、足)(手に限る)	13,878点 ⇒ 13,653点
生活療養を受ける場合	13,804点 ⇒ 13,579点
□ 関節鏡下手根管開放手術	17,621点 ⇒ 18,038点
生活療養を受ける場合	17,547点 ⇒ 17,964点
□ 胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)	35,663点 ⇒ 32,137点
生活療養を受ける場合	35,589点 ⇒ 32,063点
□ 涙管チューブ挿入術	
□ 涙道内視鏡を用いるもの(片側)	11,312点 ⇒ 8,663点
□ 生活療養を受ける場合	11,238点 ⇒ 8,589点
□ (新)涙道内視鏡を用いるもの(両側)	⇒ 13,990点
生活療養を受ける場合	⇒ 13,916点

□ 眼瞼内反症手術	
皮膚切開法(片側)	10,654点 ⇒ 6,524点
生活療養を受ける場合	10,580点 ⇒ 6,450点
□ (新)皮膚切開法(両側)	⇒ 14,425点
生活療養を受ける場合	⇒ 14,351点
□ 眼瞼下垂症手術	
眼瞼挙筋前転法(片側)	18,016点 ⇒ 11,000点
生活療養を受ける場合	17,942点 ⇒ 10,926点
□ (新)眼瞼挙筋前転法(両側)	⇒ 19,357点
生活療養を受ける場合	⇒ 19,283点
□ その他のもの(片側)	16,347点 ⇒ 10,493点
生活療養を受ける場合	16,273点 ⇒ 10,419点
□ (新)その他のもの(両側)	⇒ 17,249点
生活療養を受ける場合	⇒ 17,175点

114 短期滞在手術等基本料 3 ③

□ 翼状片手術(弁の移植を要するもの)(片側)

9,431点 ⇒ 8,437点

生活療養を受ける場合

9,357点 ⇒ 8,363点

□ (新)翼状片手術(弁の移植を要するもの)(両側)

⇒ 13,030点

生活療養を受ける場合

⇒ 12,956点

□ 斜視手術

後転法(片側)

18,326点 ⇒ 13,877点

生活療養を受ける場合

18,252点 ⇒ 13,803点

□ (新)後転法(両側)

⇒ 19,632点

生活療養を受ける場合

⇒ 19,558点

□ 前転法及び後転法の併施(片側)

22,496点 ⇒ 20,488点

生活療養を受ける場合

22,422点 ⇒ 20,414点

□ (新)前転法及び後転法の併施(両側)

⇒ 33,119点

生活療養を受ける場合

⇒ 33,045点

□ 治療的角膜切除術

エキシマレーザーによるもの(角膜ジストロフィー又は带状角膜変性に係るものに限る)(片側) 20,426点 ⇒ 16,748点

生活療養を受ける場合

20,352点 ⇒ 16,674点

□ (新)エキシマレーザーによるもの(角膜ジストロフィー又は带状角膜変性に係るものに限る)(両側)

⇒ 28,464点

生活療養を受ける場合

⇒ 28,390点

□ 緑内障手術

水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術(片側)

37,155点 ⇒ 34,516点

生活療養を受ける場合

37,081点 ⇒ 34,442点

□ (新)水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術(両側)

⇒ 67,946点

生活療養を受ける場合

⇒ 67,872点

115 短期滞在手術等基本料 3 ④

□ 水晶体再建術

□ 眼内レンズを挿入する場合

□ その他のもの(片側) 17,888点 ⇒ 17,457点

□ 生活療養を受ける場合 17,814点 ⇒ 17,383点

□ その他のもの(両側) 32,130点 ⇒ 31,685点

□ 生活療養を受ける場合 32,056点 ⇒ 31,611点

□ 眼内レンズを挿入しない場合 (片側) 15,059点 ⇒ 14,901点

生活療養を受ける場合 14,985点 ⇒ 14,827点

□ 眼内レンズを挿入しない場合 (両側) 25,312点 ⇒ 25,413点

生活療養を受ける場合 25,238点 ⇒ 25,339点

□ 鼓膜形成手術 30,571点 ⇒ 31,981点

生活療養を受ける場合 30,497点 ⇒ 31,907点

□ 鼻骨骨折整復固定術 18,809点 ⇒ 16,988点

生活療養を受ける場合 18,735点 ⇒ 16,914点

□ 喉頭・声帯ポリープ切除術

□ 直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの

26,312点 ⇒ 24,709点

生活療養を受ける場合 26,238点 ⇒ 24,635点

□ 乳腺腫瘍摘出術

□ 長径 5 センチメートル未満 17,302点 ⇒ 16,684点

生活療養を受ける場合 17,228点 ⇒ 16,610点

□ 長径 5 センチメートル以上 25,366点 ⇒ 22,904点

生活療養を受ける場合 25,292点 ⇒ 22,830点

□ 経皮的シャント拡張術・血栓除去術

□ 初回 28,842点 ⇒ 26,013点

生活療養を受ける場合 28,768点 ⇒ 25,939点

□ 初回実施後 3 月以内に実施する場合 28,884点 ⇒ 26,057点

生活療養を受ける場合 28,810点 ⇒ 25,983点

□ 下肢静脈瘤手術

□ 抜去切除術 19,798点 ⇒ 20,366点

生活療養を受ける場合 19,724点 ⇒ 20,292点

116 短期滞在手術等基本料 3 ⑤

□ 硬化療法(一連として)	9,149点 ⇒ 8,262点
生活療養を受ける場合	9,075点 ⇒ 8,188点
□ 高位結紮術	9,494点 ⇒ 9,258点
生活療養を受ける場合	9,420点 ⇒ 9,184点
□ 大伏在静脈抜去術	23,090点 ⇒ 20,829点
生活療養を受ける場合	23,016点 ⇒ 20,755点
□ 下肢静脈瘤血管内焼灼術	20,130点 ⇒ 19,368点
生活療養を受ける場合	20,056点 ⇒ 19,294点
□ 下肢静脈瘤血管内塞栓術	22,252点 ⇒ 20,479点
生活療養を受ける場合	22,178点 ⇒ 20,405点
□ ヘルニア手術	
□ 鼠径ヘルニア(3歳未満に限る)	33,785点 ⇒ 31,914点
生活療養を受ける場合	33,711点 ⇒ 31,840点
□ 鼠径ヘルニア(3歳以上6歳未満に限る)	24,296点 ⇒ 24,786点
生活療養を受ける場合	24,222点 ⇒ 24,712点

□ ヘルニア手術	
□ 鼠径ヘルニア(6歳以上15歳未満に限る)	21,275点 ⇒ 21,023点
生活療養を受ける場合	21,201点 ⇒ 20,949点
□ 鼠径ヘルニア(15歳以上に限る)	23,648点 ⇒ 24,147点
生活療養を受ける場合	23,574点 ⇒ 24,073点
□ 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)	
□ (3歳未満に限る)	70,492点 ⇒ 63,751点
生活療養を受ける場合	70,418点 ⇒ 63,677点
□ (3歳以上6歳未満に限る)	53,309点 ⇒ 50,817点
生活療養を受ける場合	53,235点 ⇒ 50,743点
□ (6歳以上15歳未満に限る)	41,081点 ⇒ 37,838点
生活療養を受ける場合	41,007点 ⇒ 37,764点
□ (15歳以上に限る)	48,934点 ⇒ 49,389点
生活療養を受ける場合	48,860点 ⇒ 49,315点

117 短期滞在手術等基本料 3 ⑥

□ 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術

□ 長径 2 センチメートル未満	12,560点 ⇒ 12,580点
生活療養を受ける場合	12,486点 ⇒ 12,506点
□ 長径 2 センチメートル以上	16,258点 ⇒ 16,153点
生活療養を受ける場合	16,184点 ⇒ 16,079点

□ 痔核手術(脱肛を含む)

□ 硬化療法(四段階注射法によるもの)	10,604点 ⇒ 10,386点
生活療養を受ける場合	10,530点 ⇒ 10,312点

□ 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術

□ (肛門ポリープ切除術に限る)	10,792点 ⇒ 10,017点
生活療養を受ける場合	10,718点 ⇒ 9,943点
□ (肛門尖圭コンジローム切除術に限る)	8,415点 ⇒ 7,617点
生活療養を受ける場合	8,341点 ⇒ 7,543点

□ 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術(一連につき)

	25,894点 ⇒ 25,702点
生活療養を受ける場合	25,820点 ⇒ 25,628点

□ 尿失禁手術 (ボツリヌス毒素によるもの)

	24,703点 ⇒ 23,829点
生活療養を受ける場合	24,629点 ⇒ 23,755点

□ 顕微鏡下精索静脈瘤手術

	23,870点 ⇒ 21,524点
生活療養を受ける場合	23,796点 ⇒ 21,450点

□ 子宮頸部(腔部)切除術

	14,607点 ⇒ 15,253点
生活療養を受ける場合	14,533点 ⇒ 15,179点

□ 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術

□ 電解質溶液利用のもの	21,709点 ⇒ 22,099点
生活療養を受ける場合	21,635点 ⇒ 22,025点
□ その他のもの	18,652点 ⇒ 18,115点
生活療養を受ける場合	18,578点 ⇒ 18,041点

118 短期滞在手術等基本料 3 ⑦

□ 子宮鏡下子宮筋腫摘出術

□ 電解質溶液利用のもの	35,191点	⇒	36,674点
生活療養を受ける場合	35,117点	⇒	36,600点
□ その他のもの	33,460点	⇒	32,538点
生活療養を受ける場合	33,386点	⇒	32,464点

□ 腹腔鏡下卵管形成術

生活療養を受ける場合	108,971点	⇒	100,169点
------------	----------	---	----------

□ ガンマナイフによる定位放射線治療

	58,496点	⇒	60,796点
生活療養を受ける場合	58,422点	⇒	60,722点



MSG メディカルサポートグループ

@MSG_med チャンネル登録者数 6660 人 137 本の動画

このチャンネルは、株式会社MMS、有限会社メデ… >

🔔 登録済み ▼

ホーム

動画

ライブ

再生リスト

コミュニティ

チャンネル

概要

新しい順

人気の動画

古い順



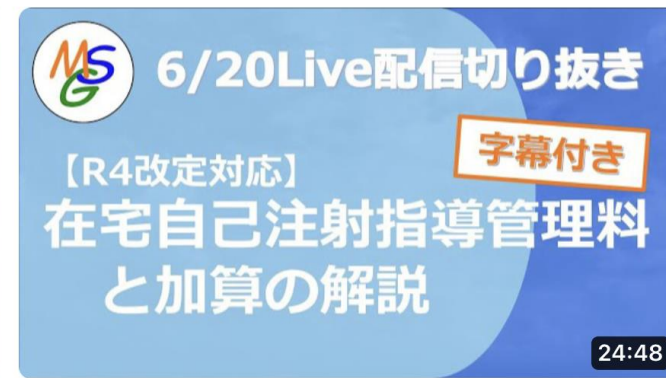
パワーハラスメントの基礎知識

456 回視聴・2 週間前



COVID-19 特例の解説【医科、調剤、R5/5/8 以降】(字幕付、Live 配信再編集…

630 回視聴・2 週間前



在宅自己注射指導管理料と加算の算定解説【令和4年4月版】(Live切り抜き、字…

922 回視聴・3 週間前





ご視聴 ありがとうございます



MSGチャンネルにて様々な
情報提供を行なっております

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



拙著がじほう社より刊行されております

『患者さんと共有できる外来点数マニュアル 2022年度版』



<https://www.jiho.co.jp/shop/list/detail/tabid/272/catid/10800/pdid/54088/Default.aspx>