

# 令和6年度 診療報酬改定 (入院)



株式会社よんやく

**注：告示・通知を元に作成しておりますが、一部省略等しております。実際の算定及び届出の際は、基準のご確認をお願いいたします。**



# 第1章 基本診療料

## 第2部 入院料等

### 通則



# 第1章 基本診療料 第2部 入院料等 通則

## 栄養管理体制の基準

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

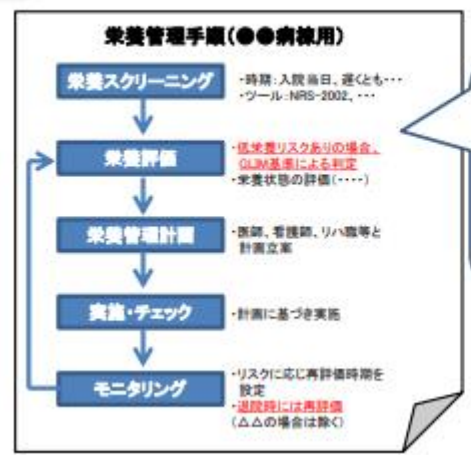
### 旧施設基準（通知）

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

### 新施設基準（通知）

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

イメージ 各医療機関の機能や患者特性等に応じて栄養管理手順に位置づける



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



# 第1章 基本診療料 第2部 入院料等 通則

## 意思決定支援の基準

旧 施設基準 (通知)	新 施設基準 (通知)
(新設)	<u>6 意思決定支援の基準</u> <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。ただし、小児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、小児入院医療管理料又は児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟のみを有する保険医療機関についてはこの限りでない。</u>

### 【指針の作成が要件となる対象】

#### ○ 入院料を算定する医療機関

※ **小児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、小児入院医療管理料又は児童・思春期精神科入院医療管理料**を算定する病棟のみを有するものを除く。

#### ○ 以下の届出を行う医療機関

・がん患者指導管理料 ・**地域包括診療料** ・**地域包括診療加算** ・**認知症地域包括診療料**  
・**認知症地域包括診療加算** ・在宅療養支援診療所、病院



# 第1章 基本診療料 第2部 入院料等 通則

## 身体拘束最小化の基準

旧 施設基準 (通知)	新 施設基準 (通知)
(新設)	<p>7 身体的拘束最小化の基準</p> <p><u>(1) 当該保険医療機関において、患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならないこと。</u></p> <p><u>(2) (1)の身体的拘束を行う場合には、その態様及び時間、その際の患者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならないこと。</u></p> <p><u>(3) 身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいうこと。</u></p> <p><u>(4) 当該保険医療機関において、身体的拘束最小化対策に係る専任の医師及び専任の看護職員から構成される身体的拘束最小化チームが設置されていること。なお、必要に応じて、薬剤師等、入院医療に携わる多職種が参加していることが望ましい。</u></p>

# 第1章 基本診療料 第2部 入院料等 通則

## 身体拘束最小化の基準

### 旧 施設基準 (通知)

(新設)

### 新 施設基準 (通知)

(5) 身体的拘束最小化チームでは、以下の業務を実施すること。

ア 身体的拘束の実施状況を把握し、管理者を含む職員に定期的に周知徹底すること。

イ 身体的拘束を最小化するための指針を作成し、職員に周知し活用すること。なお、アを踏まえ、定期的に当該指針の見直しを行うこと。また、当該指針には、鎮静を目的とした薬物の適正使用や(3)に規定する身体的拘束以外の患者の行動を制限する行為の最小化に係る内容を盛り込むことが望ましい。

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。

(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。

(7) 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又は病床については、令和7年5月31日までの間に限り、(1)から(5)までの基準を満たしているものとする。

# 第1章 基本診療料 第2部 入院料等 通則

## 身体拘束最小化の基準

### 旧 算定要件（告示）

#### 通則

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。

#### 8（略）

（新設）

### 新 算定要件（告示）

#### 通則

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、意思決定支援及び身体的拘束最小化について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第1節（特別入院基本料等を含む。）、第3節及び第4節（短期滞在手術等基本料1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を算定する

#### 8（略）

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



# 第1章 基本診療料 第2部 入院料等 通則

## 経過措置

### 【経過措置】

(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、**令和7年5月31日**までの間に限り、**第四の七**に該当するものとみなす。

### ※第四の七：適切な意思決定支援に関する指針

(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、**令和7年5月31日**までの間に限り、**第四の八**に該当するものとみなす。

### ※第四の八：身体的拘束の最小化を行うにつき十分な体制整備





**第1章 基本診療料**  
**第2部 入院料等**  
**第1節 入院基本料**



# A100 一般病棟入院基本料 急性期一般入院基本料

項目	看護	平均 在院日 数	重症度医療・看護必要度 旧 該当患者割合 I / II (※200床未満の経過措置)	重症度医療・看護必要度 新 該当患者割合 I / II	旧点数	新点数
1	7対1	<del>18日</del> 16日 以内	31% / 28% (28% / 25%)	<u>割合① 21% / 20%</u> <u>割合② 28% / 27%</u>	1,650	<u>1,688</u>
2	10対1	21日 以内	27% / 24% (25% / 22%)	<u>22% / 21%</u>	1,619	<u>1,644</u>
3			24% / 21% (22% / 19%)	<u>19% / 18%</u>	1,545	<u>1,569</u>
4			20% / 17% (18% / 15%)	<u>16% / 15%</u>	1,440	<u>1,462</u>
5			17% / 14%	<u>12% / 11%</u>	1,429	<u>1,451</u>
6			評価のみ	評価のみ	1,382	<u>1,404</u>



# 重症度医療・看護必要度の見直し

<ul style="list-style-type: none"> <li>・急性期一般入院料 1</li> <li>・7対1入院基本料（特定、専門）※1</li> </ul>	<p><b>割合①</b> 以下のいずれか</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・A得点が3点以上</li> <li>・C得点が1点以上</li> </ul> <hr/> <p><b>割合②</b> 以下のいずれか</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・A得点が2点以上</li> <li>・C得点が1点以上</li> </ul>
<p><b>急性期一般入院料 2～5等</b>※2</p>	<p>以下のいずれか</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・A得点が2点以上かつB得点が3点以上</li> <li>・A得点が3点以上</li> <li>・C得点が1点以上</li> </ul>
<p>総合入院体制加算</p>	<p>以下のいずれか</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・A得点が2点以上</li> <li>・C得点が1点以上</li> </ul>
<p>地域包括ケア病棟 等</p>	<p>以下のいずれか</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・A得点が1点以上</li> <li>・C得点が1点以上</li> </ul>

※1：B項目については、基準からは除外するが、当該評価票を用いて評価を行っていること

※2：7対1入院基本料（結核）、看護必要度加算、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算も同様



# 重症度医療・看護必要度の見直し

## 【基本的な考え方】

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

## 改定内容

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



# 重症度医療・看護必要度の見直し

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

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

（※2）A項目のうち「専門的な治療・処置」については、①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、③麻薬の使用（注射剤のみ）、⑦昇圧剤の使用（注射剤のみ）⑧抗不整脈剤

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

**B項目については変更なし**



# 重症度医療・看護必要度の見直し

## 【具体的な内容】

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。

改定後		
	必要度 I	必要度 II
7対1入院基本料（特定）	—	28%
7対1入院基本料（結核）	10%	8%
7対1入院基本料（専門）	30%	28%
看護必要度加算1（特定、専門）	22%	20%
看護必要度加算2（特定、専門）	20%	18%
看護必要度加算3（特定、専門）	18%	15%
総合入院体制加算1・2	33%	30%
総合入院体制加算3	30%	27%
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算	7%	6%
看護補助加算1	5%	4%
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注7	12%	8%



改定後		
	必要度 I	必要度 II
7対1入院基本料（特定）	—	①20% ②27%
7対1入院基本料（結核）	8%	7%
7対1入院基本料（専門）	①21% ②28%	①20% ②27%
看護必要度加算1（特定、専門）	18%	17%
看護必要度加算2（特定、専門）	16%	15%
看護必要度加算3（特定、専門）	13%	12%
総合入院体制加算1	33%	32%
総合入院体制加算2	31%	30%
総合入院体制加算3	28%	27%
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算	6%	5%
看護補助加算1	4%	3%
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注7	10%	8%

## 【経過措置】

令和6年3月31日時点で施設基準の届出あり⇒令和6年9月30日まで基準を満たしているものとする。



# 重症度医療・看護必要度の見直し

## 重症度、医療・看護必要度Ⅱを要件とする対象病院の拡大

重症度、医療・看護必要度の測定に係る負担軽減及び測定の適正化を更に推進する観点から、急性期一般入院料 1（許可病床数200床未満）又は急性期一般入院料 2 若しくは 3（許可病床数200床以上400床未満）を算定する病棟について、**重症度、医療・看護必要度Ⅱ**を用いることを要件化する。

### 旧 施設基準

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

### 新 施設基準

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



# 重症度医療・看護必要度の見直し

## 重症度、医療・看護必要度Ⅱを要件とする対象病院の拡大

### 旧

急性期一般入院料1	200床以上必須
急性期一般入院料2	400床以上必須
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	
急性期一般入院料6	必須要件なし

### 新

急性期一般入院料1	必須
急性期一般入院料2	200床以上必須
急性期一般入院料3	
急性期一般入院料4	400床以上必須
急性期一般入院料5	
急性期一般入院料6	必須要件なし



### 【経過措置】

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





## 旧 算定要件(告示)

10 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ～カ (略)

(新設)

ヨ～ラ (略)

ム 二類感染症患者療養環境特別加算

ウ～ク (略)

(新設)

ヤ～コ (略)

(新設)

エ～ヒ (略)

(新設)

モ～ス (略)

(新設)

ン～イホ

(新設)

## 新 算定要件 (告示)

10 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ～カ (略)

ヨ 特定感染症入院医療管理加算

タ～ム (略)

ウ 特定感染症患者療養環境特別加算

ヰ～ヤ (略)

マ 小児緩和ケア診療加算

ケ～テ (略)

アリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算 (急性期一般入院基本料に限る。)

サ～ス (略)

ン バイオ後続品使用体制加算

イイ～イハ (略)

イニ 医療的ケア児(者)入院前支援加算

イホ～イヌ (略)

イル 協力対象施設入所者入院加算

11 (略)

(削る)



## 【基本的な考え方】

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

旧 施設基準	新 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 <u>18日</u> ）以内であること。	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 <u>16日</u> ）以内であること。



# A100 一般病棟入院基本料 地域一般入院基本料

要届出

項目	看護	看護師比率	平均在院日数	看護必要度	旧点数	新点数
入院料 1	13対1	7割以上	24日以内	評価のみ	1,159	<u>1,176</u>
入院料 2				-	1,153	<u>1,170</u>
入院料 3	15対1	4割以上	60日以内	-	988	<u>1,003</u>



## 【具体的な内容】

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。

## 旧 施設基準（通知）

## 第2 病院の入院基本料等に関する施設基準

4の5の4 基本診療料の施設基準等第五の二の（1）のイの①の4について急性期一般入院料6を届け出る場合その他やむを得ない事情とは、新たに保険医療機関の指定を受け、入院基本料の施設基準に係る届出を行う場合、又は急性期一般入院基本料1から6のいずれかを既に届け出ている保険医療機関であって第26の4の4（3）の規定によりデータ提出加算を算定できなくなった場合は、新たに保険医療機関を指定する日又はデータ提出加算に係る施設基準を満たさなくなった日の属する月の翌月から起算して1年に限り、急性期一般入院料6について、データ提出加算に係る届出を行っているものとみなすことができる。

## 新 施設基準（通知）

## 第2 病院の入院基本料等に関する施設基準

4の5の4 基本診療料の施設基準等第五の二の（1）のイの①の4、第五の二の（1）のロの①の4及び第五の三の（1）のイの⑦について新規に保険医療機関を開設する場合であって急性期一般入院料6、地域一般入院料3又は療養病棟入院料2に係る届出を行う場合その他やむを得ない事情とは、新たに保険医療機関の指定を受け、入院基本料の施設基準に係る届出を行う場合、又は第26の4の3（3）の規定によりデータ提出加算を算定できなくなった場合をいい、新たに保険医療機関を指定する日又はデータ提出加算に係る施設基準を満たさなくなった日の属する月の翌月から起算して1年に限り、急性期一般入院料6、地域一般入院料3又は療養病棟入院料2について、データ提出加算に係る届出を行っているものとみなすことができる。

入院料		データ提出要件
A	急性期一般入院基本料 特定機能病院入院基本料（一般病棟） 専門病院入院基本料（7対1、10対1） 地域包括ケア病棟入院料 回復期リハビリテーション病棟入院料1～4	データの提出が必須
B	<b>地域一般入院基本料</b> 療養病棟入院基本料 専門病院入院基本料（13対1） 障害者施設等入院基本料 特殊疾患入院医療管理料 回復期リハビリテーション病棟5 特殊疾患病棟入院料 緩和ケア病棟入院料 精神科救急急性期医療入院料	データの提出が必須（ <b>経過措置②ア</b> ）
C	精神病棟入院基本料（10対1、13対1） 精神科急性期治療病棟入院料 児童・思春期精神科入院医療管理料	規定なし → データの提出が必須（経過措置①、②イ）

## 【経過措置】

- 令和6年3月31日時点において、「C」の入院料に係る届出を行っている保険医療機関については、令和8年5月31日までの間に限り、データ提出加算に係る要件を満たしているものとみなす。
- 令和6年3月31日時点において、「A」の入院料を算定する病棟又は病室のいずれも有しない保険医療機関であって、以下のいずれかに該当するもの、かつ、データ提出加算に係る届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものに限り、当分の間、データ提出加算に係る要件を満たしているものとみなす。  
**ア「B」の入院料を算定する病棟又は病室のいずれかを有するもののうち、これらの病棟又は病室の病床数の合計が200床未満のもの**  
 イ「C」の入院料を算定する病棟又は病室のいずれかを有するもの



# A100 一般病棟入院基本料（加算・減算など）

要届出

項 目	旧点数	新点数
特別入院基本料	607	<b>612</b>
月平均夜勤時間超過減算	-15%	→
初期加算		
14日以内	450	→
（特別入院基本料の場合）	300	→
15日以上30日以内	192	→
（特別入院基本料の場合）	155	→
重症児（者）受入連携加算	2,000	→
救急・在宅等支援病床初期加算	150	→
夜間看護体制特定日減算	-5%	→
夜勤時間特別入院基本料	100分の70	→
退院が特定の時間帯に集中	100分の92	→
入院日及び退院日が特定の日集中	100分の92	→
ADL維持向上等体制加算（14日を限度）	80	<b>削除</b>



# A101 療養病棟入院基本料

要届出

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

## 療養病棟入院基本料 1

【施設基準】

- ①看護配置：20：1以上
- ②医療区分2・3の患者が8割以上

## 療養病棟入院基本料 2

【施設基準】

- ①看護配置20：1以上
- ②医療区分2・3の患者が5割以上

## ADL区分

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

当日を含む過去3日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベルについて、下記の4項目に0～6の範囲で最も近いものを記入し合計する。  
新入院（転棟）の場合は、入院（転棟）後の状態について評価する。

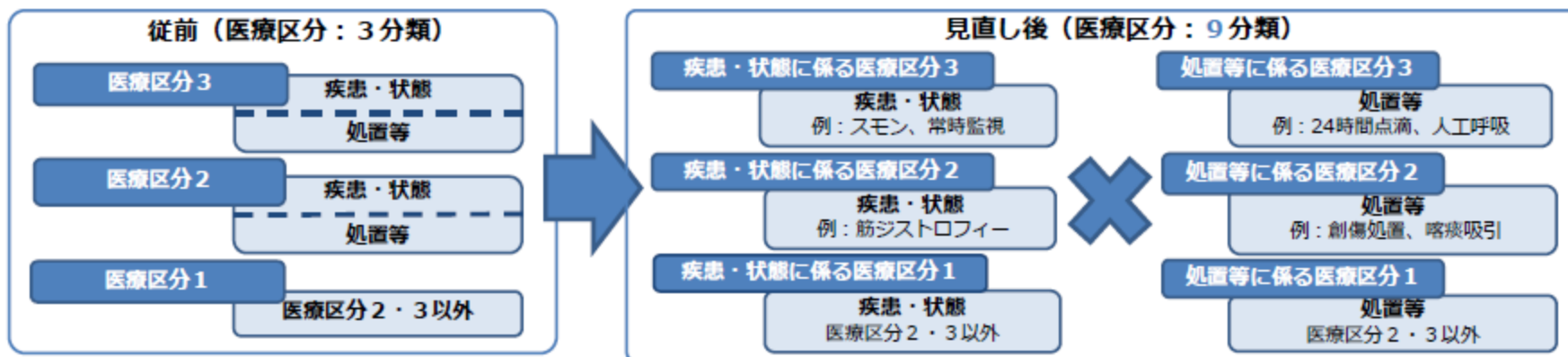
（0. 自立、1. 準備のみ、2. 観察、3. 部分的援助、4. 広範な援助、5. 最大の援助、6. 全面依存）

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

# A101 療養病棟入院基本料の見直し

## 療養病棟入院基本料の医療区分に係る評価体系の見直し

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



### 現行

【療養病棟入院料】

【算定要件】

1 療養病棟入院料 1

イ 入院料A  
(略)

リ 入院料I  
(略)

(新設)

1,813点

815点

### 改定後

【療養病棟入院料】

【算定要件】

1 療養病棟入院料 1

イ 入院料1  
(略)

リ 入院料27  
(略)

ヌ 入院料30

※療養病棟入院料2についても同様

1,964点

830点

1,488点





# A101 療養病棟入院基本料 医療区分

## 旧区分

### 医療区分3

#### 【疾患・状態】

- ・スモン
- ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態（他に医療区分2又は3に該当する項目がある場合）

#### 【医療処置】

- ・24時間持続点滴
- ・中心静脈栄養（摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制を有していない場合においては、療養病棟入院基本料の医療区分3の場合の点数に代えて、医療区分2の場合に相当する点数を算定）
- ・人工呼吸器使用 ・ドレーン法 ・胸腹腔洗浄
- ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管 ・感染隔離室における管理
- ・酸素療法（常時流量3L/分以上を必要とする状態等）

### 医療区分2

#### 【疾患・状態】

- ・筋ジストロフィー ・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
- ・その他の難病（スモンを除く）
- ・脊髄損傷（頸髄損傷） ・慢性閉塞性肺疾患（COPD）
- ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎 ・尿路感染症
- ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内（経過措置注11の病棟に入院する患者については、FIMの測定を行っていない場合は、医療区分1の場合に相当する点数を算定）
- ・脱水かつ発熱を伴う状態
- ・体内出血 ・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態 ・褥瘡 ・末梢循環障害による下肢末端開放創
- ・せん妄 ・うつ状態 ・暴行が毎日みられる状態（原因・治療方針を医師を含め検討）
- ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態（他に医療区分2又は3に該当する項目がない場合）

#### 【医療処置】

- ・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養 ・喀痰吸引（1日8回以上）
- ・気管切開・気管内挿管のケア ・頻回の血糖検査
- ・創傷（皮膚潰瘍 ・手術創 ・創傷処置）
- ・酸素療法（医療区分3に該当するもの以外のもの）

医療区分1

医療区分2・3に該当しない者



# A101 療養病棟入院基本料 医療区分

## 新区分

	疾患・状態	処置等
医療区分3	<ul style="list-style-type: none"> <li>・スモン</li> <li>・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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・中心静脈栄養（療養病棟入院基本料を算定する場合にあつては、広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻若しくは急性膵炎を有する患者を対象とする場合又は中心静脈栄養を開始した日から30日以内の場合に実施するものに限る）</li> <li>・二十四時間持続点滴</li> <li>・人工呼吸器の使用</li> <li>・ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄</li> <li>・気管切開又は気管内挿管（発熱を伴う状態の患者に対するものに限る）</li> <li>・酸素療法（密度の高い治療を要する状態の患者に対するものに限る）</li> <li>・感染症の治療の必要性から実施する隔離室での管理</li> </ul>
医療区分2	<ul style="list-style-type: none"> <li>・筋ジストロフィー症</li> <li>・多発性硬化症</li> <li>・筋萎縮性側索硬化症、</li> <li>・パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であつて生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。）</li> <li>・その他の指定難病等（スモンを除く。）</li> <li>・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。）</li> <li>・慢性閉塞性肺疾患 （ヒュー・ジョーンズ分類がⅤ度の状態に該当する場合に限る。）</li> <li>・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。）</li> <li>・消化管等の体内からの出血が反復継続している状態</li> <li>・他者に対する暴行が毎日認められる状態</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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）</li> <li>・肺炎に対する治療</li> <li>・尿路感染症に対する治療</li> <li>・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）</li> <li>・脱水に対する治療（発熱を伴う状態の患者に対するものに限る）</li> <li>・頻回の嘔吐に対する治療（発熱を伴う状態の患者に対するものに限る）</li> <li>・褥瘡に対する治療（皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が二箇所以上に認められる場合に限る。）</li> <li>・末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療</li> <li>・せん妄に対する治療</li> <li>・うつ症状に対する治療</li> <li>・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</li> <li>・経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養（発熱又は嘔吐を伴う状態の患者に対するものに限る）</li> <li>・一日八回以上の喀痰（かくたん）吸引</li> <li>・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）</li> <li>・頻回の血糖検査</li> <li>・創傷（手術創や感染創を含む。）、皮膚潰瘍又は下腿(たい)若しくは足部の蜂巣炎、膿(のう)等の感染症に対する治療</li> <li>・酸素療法（密度の高い治療を要する状態を除く）</li> </ul>

# A101 療養病棟入院基本料 医療区分 中心静脈栄養の取り扱いの変更

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



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。



旧 算定要件(告示)	新 算定要件 (告示)
<p>7 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。</p> <p>イ～ラ (略)</p> <p>(新設)</p> <p>ム～ヅ (略)</p> <p>(新設)</p>	<p>7 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。</p> <p>イ～ラ (略)</p> <p><u>ム 医療的ケア児(者)入院前支援加算</u></p> <p>ウ～ノ (略)</p> <p><u>オ 協力対象施設入所者入院加算</u></p>



## 【具体的な内容】

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。

## 旧 施設基準（通知）

## 第2 病院の入院基本料等に関する施設基準

4の5の4 基本診療料の施設基準等第五の二の（1）のイの①の4 について急性期一般入院料6を届け出る場合その他やむを得ない事情とは、新たに保険医療機関の指定を受け、入院基本料の施設基準に係る届出を行う場合、又は急性期一般入院基本料1から6のいずれかを既に届け出ている保険医療機関であって第26の4の4（3）の規定によりデータ提出加算を算定できなくなった場合は、新たに保険医療機関を指定する日又はデータ提出加算に係る施設基準を満たさなくなった日の属する月の翌月から起算して1年に限り、急性期一般入院料6について、データ提出加算に係る届出を行っているものとみなすことができる。

## 新 施設基準（通知）

## 第2 病院の入院基本料等に関する施設基準

4の5の4 基本診療料の施設基準等第五の二の（1）のイの①の4、第五の二の（1）のロの①の4及び第五の三の（1）のイの⑦について新規に保険医療機関を開設する場合であって急性期一般入院料6、地域一般入院料3又は療養病棟入院料基本料2に係る届出を行う場合その他やむを得ない事情とは、新たに保険医療機関の指定を受け、入院基本料の施設基準に係る届出を行う場合、又は第26の4の3（3）の規定によりデータ提出加算を算定できなくなった場合をいい、新たに保険医療機関を指定する日又はデータ提出加算に係る施設基準を満たさなくなった日の属する月の翌月から起算して1年に限り、急性期一般入院料6、地域一般入院料3又は療養病棟入院料基本料2について、データ提出加算に係る届出を行っているものとみなすことができる。

入院料		データ提出要件
A	急性期一般入院基本料 特定機能病院入院基本料（一般病棟） 専門病院入院基本料（7対1、10対1） 地域包括ケア病棟入院料 回復期リハビリテーション病棟入院料1～4	データの提出が必須
B	地域一般入院基本料 <b>療養病棟入院基本料</b> 専門病院入院基本料（13対1） 障害者施設等入院基本料 特殊疾患入院医療管理料 回復期リハビリテーション病棟5 特殊疾患病棟入院料 緩和ケア病棟入院料 精神科救急急性期医療入院料	データの提出が必須（ <b>経過措置②ア</b> ）
C	精神病棟入院基本料（10対1、13対1） 精神科急性期治療病棟入院料 児童・思春期精神科入院医療管理料	規定なし → データの提出が必須（経過措置①、②イ）

## 【経過措置】

- ① 令和6年3月31日時点において、「C」の入院料に係る届出を行っている保険医療機関については、令和8年5月31日までの間に限り、データ提出加算に係る要件を満たしているものとみなす。
- ② 令和6年3月31日時点において、「A」の入院料を算定する病棟又は病室のいずれも有しない保険医療機関であって、以下のいずれかに該当するもの、かつ、データ提出加算に係る届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものに限り、当分の間、データ提出加算に係る要件を満たしているものとみなす。
- ア「B」の入院料を算定する病棟又は病室のいずれかを有するもののうち、これらの病棟又は病室の病床数の合計が200床未満のもの**
- イ「C」の入院料を算定する病棟又は病室のいずれかを有するもの**

# A101 療養病棟入院基本料 注11経過措置

## 【具体的な内容】

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 **5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。

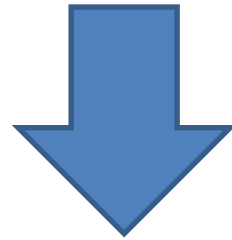
旧 算定要件（告示）	新 算定要件（告示）
<p>11 注1 に規定する病棟以外の病棟であって、注1 に規定する療養病棟入院料2 の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合（別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。）に限り、注2 の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、療養病棟入院料2 のそれぞれの所定点数（入院料D、E 又はF を算定する場合であって、心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を算定する患者に対して、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。</p>	<p><u>(削除)</u></p>



**廃止**

看護職員  
看護補助者配置  
25対1以上

(20対1未満) 又は (医療区分2・3が5割未満)



## 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。





# A101 療養病棟入院基本料 (リハビリ関連)

## 療養病床入院基本料の 包括範囲について

	包括範囲について
A 入院基本料等加算	—
B 医学管理等	—
C 在宅医療	—
D 検査	○
E 画像診断	○ ※一部を除く。
F 投薬	○ ※一部を除く。
G 注射	○ ※一部を除く。
H リハビリテーション	○ ※一部に限る。
I 精神科専門療法	—
J 処置	○ ※一部を除く。
K 手術	—
L 麻酔	—
M 放射線治療	—
N 病理診断	○

- 療養病棟入院基本料について、当該基本料に費用が含まれる範囲は左記のとおり。
- 例として、**手術や麻酔に係る費用は出来高で算定することができる。**

○: 包括範囲  
—: 包括範囲外

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**

## 摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制における入院料の取り扱いについて

旧 算定要件	新 算定要件
<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、A D L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、<u>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えん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。</u></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、A D L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<u>入院料1から12まで、19から21まで又は28から30までのいずれか</u>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えん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、<u>それぞれ1又は2の入院料13から18まで又は22から24までのいずれかを算定し、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27を算定する。</u></p>



## 【具体的な内容】

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。

項 目	旧点数	新点数
経腸栄養管理加算（1日につき）	新設	300

## 算定要件(告示)

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が、療養病棟入院基本料を算定する患者について、経腸栄養を開始した場合、経腸栄養管理加算として、入院中1回に限り、経腸栄養を開始した日から起算して7日を限度として、1日につき300点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号A233-2に掲げる栄養サポートチーム加算、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料又は区分番号B001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（通知）

- (1) 栄養サポートチーム加算を届け出ていること又は療養病棟における経腸栄養管理を担当する専任の管理栄養士を1名以上配置していること。
- (2) 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施する体制を有していること。なお、当該検査等については、耳鼻咽喉科又はリハビリテーション科その他必要な診療科を標榜する他の保険医療機関との協力により確保することも支えない。

## 算定要件(通知)

(17) 「注11」に規定する経腸栄養管理加算は、経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養（以下この項において「経腸栄養」という。）を開始することで栄養状態の維持又は改善が見込まれる患者に対して新たに経腸栄養を開始する場合に、日本臨床栄養代謝学会の「静脈経腸栄養ガイドライン」等の内容を踏まえた説明を本人又はその家族等を実施した上で、適切な経腸栄養の管理と支援を行うことを評価したものであり、次のアからウまでを実施した場合に算定できる。

ア 医師より本人又はその家族等に対し、「静脈経腸栄養ガイドライン」等を踏まえて経腸栄養と中心静脈栄養の適応やリスク等について説明を行うこと。なお、説明した内容の要点について診療録に記載すること。

イ 経腸栄養の開始に当たっては、開始時期や栄養管理の内容について、**医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等によるカンファレンスを実施**すること。なお、経腸栄養の開始後も定期的に多職種によるカンファレンスが実施されることが望ましい。

ウ 管理栄養士は、「静脈経腸栄養ガイドライン」等を参考に、医師、看護師、薬剤師等と連携し、下記の栄養管理を実施すること。ただし、**1日当たりの算定患者数は、管理栄養士1名につき、15人以内**とする。

(イ) 栄養アセスメント

(ロ) 経腸栄養の管理に係る計画の作成及び計画に基づく栄養管理の実施

(ハ) 経腸栄養開始後は、**1日に3回以上のモニタリング**を実施し、その結果を踏まえ、必要に応じた計画の見直し

(18) 「注11」に規定する経腸栄養管理加算は経腸栄養を開始した日から7日を限度に、経腸栄養を実施している期間に限り算定できる。なお、算定可能な日数を超えた場合においても、多職種による栄養管理を継続的に行うことが望ましい。

(19) 「注11」に規定する経腸栄養管理加算の算定対象となる患者は、次のア又はイに該当し、医師が適切な経腸栄養の管理と支援が必要と判断した者である。経腸栄養を行っている場合は、経口栄養又は中心静脈栄養を併用する場合においても算定できる。ただし、**入棟前の1か月間に経腸栄養が実施されていた患者については算定できない。**

ア 長期間、中心静脈栄養による栄養管理を実施している患者

イ 経口摂取が不可能となった又は経口摂取のみでは必要な栄養補給ができなくなった患者



# A101 療養病棟入院基本料 看護補助体制充実加算

項 目	旧点数	新点数
看護補助体制充実加算	55	分割
看護補助体制充実加算 1	新設	80
看護補助体制充実加算 2	新設	65
看護補助体制充実加算 3	新設	55

## 【具体的な内容】

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。

### 旧 算定要件（告示）

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。

- イ 夜間看護加算 50点
- ロ 看護補助体制充実加算 55点

### 新 算定要件（告示）

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、夜間看護加算として、1日につき50点を所定点数に加算する。この場合において注13に規定する看護補助体制充実加算は別に算定できない。

(削る)

(削る)



## 施設基準（通知より）

### (1) 看護補助体制充実加算1の施設基準

- ア** 当該保険医療機関において**3年以上**の看護補助者としての勤務経験を有する看護補助者が、**5割以上配置**されていること。
- イ** 主として直接患者に対し療養生活上の世話を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、**次に掲げる適切な研修を修了**した看護補助者であること。
- (イ) 国、都道府県及び医療関係団体等が主催する研修であること（12時間程度）
- (ロ) 講義及び演習により、次の項目を行う研修であること
- ① 直接患者に対し療養生活上の世話をを行うことに伴う医療安全
  - ② 直接患者に対し療養生活上の世話をを行うために必要な患者・家族等とのコミュニケーション
  - ③ 療養生活上の世話に関する具体的な業務（食事、清潔、排泄、入浴、移動等に関する各内容を含むこと）
- ウ** 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。
- エ** 当該病棟の看護師長等が11※の(6)のイ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)のイ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。
- オ** 当該保険医療機関における看護補助者の業務に必要な能力を段階的に示し、看護補助者の育成や評価に活用していること。

### (2) 看護補助体制充実加算2の施設基準

- (1)の**イからオ**を満たすものであること。

### (3) 看護補助体制充実加算3の施設基準

- (1)の**ウ及びエ**を満たすものであること。

※夜間看護加算については次スライドを参考

## 施設基準（通知より）

- (1) 当該病棟において、夜勤を行う看護要員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が16又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であること。ただし、看護要員の配置については、療養病棟入院基本料を届け出ている病棟間においてのみ傾斜配置できるものであること。なお、当該病棟において、夜勤を行う看護要員の数が前段に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護要員の数は、前段の規定にかかわらず、看護職員1を含む看護要員3以上であることとする。
- (2) 夜間看護加算を算定するものとして届け出た病床に入院している患者全体（延べ患者数）に占めるADL区分3の患者の割合が5割以上であること。
- (3) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。
  - ア 当該保険医療機関内に、看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関し、当該保険医療機関に勤務する看護職員の勤務状況を把握し、その改善の必要性等について提言するための責任者を配置すること。
  - イ 当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議（以下この項において「委員会等」という。）を設置し、「看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。当該委員会等は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。なお、当該委員会等は、当該保険医療機関における労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）第19条に規定する安全衛生委員会等、既存の委員会を活用することで差し支えない。
  - ウ イの計画は、現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取組み内容と目標達成年次等を含めた看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画とすること。また、当該計画を職員に対して周知徹底していること。
  - エ 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開すること。
- (4) 夜間看護加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、以下の基礎知識を習得できる内容を含む院内研修を年1回以上受講した者であること。なお、アについては、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。
  - ア 医療制度の概要及び病院の機能と組織の理解
  - イ 医療チーム及び看護チームの一員としての看護補助業務の理解
  - ウ 看護補助業務を遂行するための基礎的な知識・技術
  - エ 日常生活にかかわる業務



## 施設基準（通知より）

（4）夜間看護加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、以下の基礎知識を習得できる内容を含む院内研修を年1回以上受講した者であること。なお、アについては、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。

ア 医療制度の概要及び病院の機能と組織の理解

イ 医療チーム及び看護チームの一員としての看護補助業務の理解

ウ 看護補助業務を遂行するための基礎的な知識・技術

エ 日常生活にかかわる業務

オ 守秘義務、個人情報保護

カ 看護補助業務における医療安全と感染防止等

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

（6）当該病棟の看護師長等は、次のアに掲げる所定の研修（修了証が交付されるものに限る。）を修了していることが望ましいこと。また、当該病棟の全ての看護職員（アに掲げる所定の研修を修了した看護師長等を除く。）が次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が望ましいこと。ただし、それぞれの研修については、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。

ア 次に掲げる所定の研修

（イ）国、都道府県又は医療関係団体等が主催する研修であること（5時間程度）

（ロ）講義及び演習により、次の項目を行う研修であること

① 看護補助者の活用に関する制度等の概要

② 看護職員との連携と業務整理

③ 看護補助者の育成・研修・能力評価

④ 看護補助者の雇用形態と処遇等

イ 次の内容を含む院内研修

（イ）看護補助者との協働の必要性

（ロ）看護補助者の制度的な位置づけ

（ハ）看護補助者と協働する看護業務の基本的な考え方

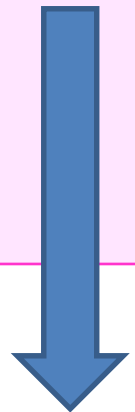
（ニ）看護補助者との協働のためのコミュニケーション

（ホ）自施設における看護補助者に係る規定及び運用





旧 算定要件 (告示)	新 算定要件 (告示)
<p><u>(新設)</u></p>	<p><u>注13 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。ただし、当該患者について、<b>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></u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>イ 看護補助体制充実加算1 80点</u></p> <p><u>ロ 看護補助体制充実加算2 65点</u></p> <p><u>ハ 看護補助体制充実加算3 55点</u></p>



**身体的拘束を実施した場合は看護補助体制充実加算3を算定**



# A108 有床診療所入院基本料

## 【基本的な考え方】

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、入院基本料等の評価を見直す。あわせて、退院後の生活を見据え、入院患者の栄養管理体制の充実を図る観点から、栄養管理体制の基準を明確化する。また、人生の最終段階における適切な意思決定支援を推進する観点から、当該支援に係る指針の作成を要件とする。さらに、医療機関における身体的拘束を最小化する取組を強化するため、医療機関において組織的に身体的拘束を最小化する体制の整備を求める。

項 目	旧点数	新点数
入院基本料 1		
14日以内	9 1 7	<u>932</u>
15日～30日	7 1 2	<u>724</u>
31日以上	6 0 4	<u>615</u>
入院基本料 2		
14日以内	8 2 1	<u>835</u>
15日～30日	6 1 6	<u>627</u>
31日以上	5 5 5	<u>566</u>
入院基本料 3		
14日以内	6 0 5	<u>616</u>
15日～30日	5 6 7	<u>578</u>
31日以上	5 3 4	<u>544</u>

項 目	旧点数	新点数
入院基本料 4		
14日以内	8 2 4	<u>838</u>
15日～30日	6 4 0	<u>652</u>
31日以上	5 4 2	<u>552</u>
入院基本料 5		
14日以内	7 3 7	<u>750</u>
15日～30日	5 5 3	<u>564</u>
31日以上	4 9 9	<u>509</u>
入院基本料 6		
14日以内	5 4 3	<u>553</u>
15日～30日	5 0 9	<u>519</u>
31日以上	4 8 0	<u>490</u>

## 旧 算定要件(告示)

8 当該診療所においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。  
イ～ト 救急医療管理加算

**(新設)**

チ～ワ (略)

カ 二類感染症患者療養環境特別加算

ヨ～ノ (略)

**(新設)**

オ (略)

**(新設)**

ク・ヤ (略)

**(新設)**

## 新 算定要件 (告示)

8 当該診療所においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。  
イ～ト (略)

**チ 特定感染症入院医療管理加算**

リ～カ (略)

**ヨ 特定感染症患者療養環境特別加算**

タ～オ (略)

**ク バイオ後続品使用体制加算**

ヤ (略)

**マ 医療的ケア児(者)入院前支援加算**

ケ・フ (略)

**コ 協力対象施設入所者入院加算**



# A108 有床診療所入院基本料（加算）

要届出

項 目	旧点数	新点数
重症児（者）受入連携加算	2,000	→
有床診療所急性期患者支援病床初期加算	150	→
有床診療所在宅患者支援病床初期加算	300	→
夜間緊急体制確保加算	15	→
医師配置加算 1	120	→
医師配置加算 2	90	→
看護配置加算 1	60	→
看護配置加算 2	35	→
夜間看護配置加算 1	105	→
夜間看護配置加算 2	55	→
看護補助配置加算 1	25	→
看護補助配置加算 2	15	→
看取り加算 （支援診の場合）	1,000 2,000	→ →
栄養管理実施加算	12	→
有床診療所在宅復帰機能強化加算	20	→
介護連携加算 <del>1</del> ⇒ 介護障害連携加算 1	192	→
介護連携加算 <del>2</del> ⇒ 介護障害連携加算 2	38	→



## 【具体的な内容】

介護連携加算について、介護障害連携加算と名称を改めるとともに、**肢体不自由児（者）**を算定可能な対象として追加する。

項 目	旧点数	新点数
<del>介護連携加算1</del> <b>介護障害連携加算1</b>	192 <b>新設</b>	(削除) <b>192</b>
<del>介護連携加算2</del> <b>介護障害連携加算2</b>	38 <b>新設</b>	(削除) <b>38</b>

## 旧 算定要件（告示）

注12 1 から3までを算定する診療所である保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たすものに入院している患者のうち、介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第2条各号に規定する疾病を有する40歳以上65歳未満のもの又は65歳以上のものについては、当該基準に係る区分に従い、入院日から起算して15日以降30日までの期間に限り、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

## 新 算定要件（告示）

注12 1 から3までを算定する診療所である保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たすものに入院している患者のうち、介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第2条各号に規定する疾病を有する40歳以上65歳未満のもの若しくは65歳以上のもの**又は重度の肢体不自由児（者）**については、当該基準に係る区分に従い、入院日から起算して15日以降30日までの期間に限り、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

## 【具体的な内容】

介護連携加算の施設基準である介護サービスの提供について、介護保険の訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導及び障害福祉サービスの医療型短期入所の提供実績を追加する。

旧 施設基準 (通知)	新 施設基準 (通知)
<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 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) <u>5の(1)のイの(イ)</u>を満たしていること。</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 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) <u>次のいずれかを満たすこと。</u></p> <p>ア <u>5の(1)のイの(イ)</u>を満たしていること。</p> <p>イ <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>ウ <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>エ <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>

旧 施設基準 (通知)	新 施設基準 (通知)
<p>23 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2</u>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) <u>5の(1)のイの(イ)</u>を満たしていること。</p>	<p>23 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2</u>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) <u>次のいずれかを満たすこと。</u></p> <p>ア <u>5の(1)のイの(イ)</u>を満たしていること。</p> <p>イ <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>ウ <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>エ <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>



# A109 有床診療所療養病床入院基本料

要届出

## 【基本的な考え方】

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、入院基本料等の評価を見直す。あわせて、退院後の生活を見据え、入院患者の栄養管理体制の充実を図る観点から、栄養管理体制の基準を明確化する。また、人生の最終段階における適切な意思決定支援を推進する観点から、当該支援に係る指針の作成を要件とする。さらに、医療機関における身体的拘束を最小化する取組を強化するため、医療機関において組織的に身体的拘束を最小化する体制の整備を求める。

項目	旧点数	新点数
入院基本料A	1,057 (1,042)	<u>1,073(1,053)</u>
入院基本料B	945 (929)	<u>960(944)</u>
入院基本料C	827 (813)	<u>841(826)</u>
入院基本料D	653 (638)	<u>665(650)</u>
入院基本料E	564 (549)	<u>575(560)</u>
特別入院基本料	488 (473)	<u>493(478)</u>

※ 各（ ）内は、生活療養を受ける場合



# A109 有床診療所療養病床入院基本料

## 第2節入院基本料等加算

要届出

旧 算定要件(告示)	新 算定要件 (告示)
<p>8 当該診療所においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。</p> <p>イ～レ (略)</p> <p><b><u>(新設)</u></b></p> <p>ソ・ツ (略)</p> <p><b><u>(新設)</u></b></p>	<p>8 当該診療所においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。</p> <p>イ～レ (略)</p> <p><b><u>ソ 医療的ケア児(者)入院前支援加算</u></b></p> <p>ツ・ネ (略)</p> <p><b><u>ナ 協力対象施設入所者入院加算</u></b></p>



# A109 有床診療所療養病床入院基本料（加算）

要届出

項 目	旧点数	新点数
褥瘡対策加算 1（1日につき）	15	→
褥瘡対策加算 2（1日につき）	5	→
重症児（者）受入連携加算	2,000	→
有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算	300	→
有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算	350	→
看取り加算 （支援診の場合）	1,000 (2,000)	→ →
栄養管理実施加算	12	→
有床診療所療養病床在宅復帰機能強化加算	10	→
慢性維持透析管理加算（1日につき）	100	→

## 【基本的な考え方】

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要件を見直す。

## 【具体的な内容】

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。

旧 施設基準	新 施設基準
<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<u>六</u>又はその端数を増すごとに<u>二</u>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<u>六</u>又はその端数を増すごとに<u>二</u>以上であること。</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<u>四</u>又はその端数を増すごとに<u>二</u>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<u>四</u>又はその端数を増すごとに<u>二</u>以上であること。</p>

旧 施設基準	新 施設基準
<p>③ (略) (新設)</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</p> <p><u>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</u></p>	<p>③ (略)</p> <p><u>④ 当該病棟の入院患者に関する□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> <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>



# A109 有床診療所療養病床入院基本料

## 旧 施設基準

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（以下この口において「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（以下この口において「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

(一) 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。

(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。

### ② 入院基本料 B

1 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

2 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

## 新 施設基準

(削除)

### 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。）であつて、ADL区分三又はADL区分二であるもの

(削除)



旧 施設基準	新 施設基準
<p>③ 入院基本料C  <u>1 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>  <u>2 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>④ 入院基本料D  <u>1 特定患者八割未満の場合にあつては、医療区分二の患者であつて、ADL区分三であるもの</u></p>	<p>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。）であつて、ADL区分一であるもの</p> <p><u>(削除)</u></p> <p>④ 入院基本料D  <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、ADL区分三であるもの</p>

旧 施設基準	新 施設基準
<p>⑤ 入院基本料 E</p> <p>1 <u>特定患者八割未満の場合にあっては、医療区分一の患者であって、A D L 区分二又は A D L 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っては、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って、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><u>(一) 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><u>(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。</u></p>	<p>⑤ 入院基本料 E</p> <p>医療区分一の患者であって、A D L 区分二又は A D L 区分一であるもの</p> <p><u>(削除)</u></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。



**第1章 基本診療料**  
**第2部 入院基本料等**  
**第2節 入院基本料等加算**





# A205 救急医療管理加算

項 目	旧点数	新点数
救急医療管理加算 1 (1日につき)(7日まで)	1,050	→
救急医療管理加算 2 (1日につき)(7日まで)	420	→
乳幼児加算	400	→
小児加算	200	→

## 【基本的な考え方】

救急医療管理加算について、入院時に重症であり緊急に入院を必要とする患者に対する入院医療を評価する趣旨を踏まえ、要件及び評価を見直す。

## 【具体的な内容】

- 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。

## 旧 算定要件 (告示)

注1 救急医療管理加算は、(途中省略)・・・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。

## 新 算定要件 (告示)

注1 救急医療管理加算は、(途中省略)・・・入院した日から起算して7日を限度として所定点数に加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に該当する保険医療機関においては、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。**

# A205 救急医療管理加算

## 旧 算定要件（通知：変更部分のみ）

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

ア吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態

イ意識障害又は昏睡

ウ呼吸不全又は心不全で重篤な状態

エ急性薬物中毒

オショック

カ重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）

キ広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷

ク外傷、破傷風等で重篤な状態

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

コ消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態

ク蘇生術を必要とする重篤な状態

シその他の重症な状態

## 新 算定要件（通知：変更部分のみ）

(2) 「注 1」ただし書は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に該当する保険医療機関において、救急医療管理加算 2 の対象となる患者に対して救急医療が行われた場合に、入院した日から起算して **7 日を限度として算定する。**

(3) 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 7 の 3」（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いずれかの状態にあって、医師が診察等の結果、入院時点で重症であり緊急に入院が必要であると認められた重症患者をいい、単なる経過観察で入院させる場合や、その後の重症化リスクが高いために入院させる場合等、入院時点で重症患者ではない患者は含まれない。

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

(削除)

旧 算定要件（通知：変更部分のみ）

(3) 救急医療管理加算2の対象となる患者は、(2)のアからサまでに準ずる状態又はシの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。

以下（略）

(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。

ア (2)のアからサまでのうち該当する状態

イ (2)のイ、ウ、オ、カ又はキの状態に該当する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標

ウ（略）

エ 重症患者の状態のうち、(2)のイに掲げる状態であって J C S (Japan Coma Scale) 0 の状態、(2)のウ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)のキに掲げる状態（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

新 算定要件（通知：変更部分のみ）

(4) 救急医療管理加算2の対象となる患者は、別表の一から十二までに準ずる状態又は十三の状態にあって、医師が診察等の結果、入院時点で重症であり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、入院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。

以下（略）

(5) 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。

ア 別表の一から十二までのうち該当する状態

イ 別表の二、三、四、六、七又は八の状態に該当する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標P/F 比は、酸素投与前の値とする。ただし、酸素投与前の測定が困難である場合は、酸素投与後の値である旨及び酸素投与後の値並びにFiO2を記載すること。また、酸素投与前の測定が困難であって、かつ、別表の三に掲げる状態であってP/F 比400 以上の場合は、呼吸不全と判断する根拠となった理学的所見について記載すること

ウ（略）

エ 重症患者の状態のうち、別表の二に掲げる状態であって J C S (Japan Coma Scale) 0 の状態、別表の三に掲げる状態であって P/F 比 400 以上の状態、別表の四に掲げる状態であって NYHA I 度の状態、又は別表の八に掲げる状態（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

## 旧 算定要件（通知：変更部分のみ）

## 新 算定要件（通知：変更部分のみ）

(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。

ア (2)のアからサまでに準ずる状態又はシの状態として該当するもの

イ (2)のイ、ウ、オ、カ又はキ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

ウ (略)

エ 重症患者の状態のうち、(2)のイに掲げる状態であって J C S (Japan Coma Scale) 0 の状態、(2)のウ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)のキに掲げる状態（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

(6) 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。

ア 別表の一から十二までに準ずる状態又は十三の状態として該当するもの

イ 別表の二、三、四、六、七又は八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/F 比は、酸素投与前の値とする。ただし、酸素投与前の測定が困難である場合は、酸素投与後の値である旨及び酸素投与後の値並びに FiO<sub>2</sub> を記載すること。また、酸素投与前の測定が困難であって、かつ、別表の三に掲げる状態に準ずる状態であって P/F 比 400 以上の場合は、呼吸不全と判断する根拠となった理学的所見について記載すること。）

ウ (略)

エ 重症患者の状態のうち、別表の二に掲げる状態であって J C S (Japan Coma Scale) 0 の状態、別表の三に掲げる状態であって P/F 比 400 以上の状態、別表の四に掲げる状態であって NYHA I 度の状態、又は別表の八に掲げる状態（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



# A205 救急医療管理加算

旧 施設基準（告示）	新 施設基準（告示）
<p>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。</p> <p>（新設）</p>	<p>六の二 救急医療管理加算の施設基準</p> <p>（1） <u>救急医療管理加算の注1 本文</u> に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準</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。</p> <p>（2） <u>救急医療管理加算の注1 ただし書</u> に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準</p> <p><u>救急医療管理加算2を算定した患者のうち、別表第七の三の十三の状態の患者の割合が一定割合以上であること。</u></p>

## 別表第7の3 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 ←



旧 施設基準 (通知)	新 施設基準 (通知)
<p>1 救急医療管理加算に関する施設基準 (1)～(3) (略) (新設)</p> <p>2 (略)</p>	<p>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)</p> <p>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</p> <p>当該保険医療機関において、直近 6 か月間で、<u>救急医療管理加算 2</u> 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 7 の 3 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。</p> <p>3 (略)</p>

救急医療管理加算 2 の点数が一定期間半減されることに

# A207-2 医師事務作業補助体制加算

要届出

項 目	旧点数	新点数	項 目	旧点数	新点数
<b>医師事務作業 補助体制加算 1</b>			<b>医師事務作業 補助体制加算 2</b>		
15対1	1,050	1,070	15対1	975	995
20対1	835	855	20対1	770	790
25対1	705	725	25対1	645	665
30対1	610	630	30対1	560	580
40対1	510	530	40対1	475	495
50対1	430	450	50対1	395	415
75対1	350	370	75対1	315	335
100対1	300	320	100対1	260	280

## 【基本的な考え方】

医師事務作業補助者による医師の業務への適切な支援を推進する観点から、医師事務作業補助体制加算について要件及び評価を見直す。

## 【具体的な内容】

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



## A207-3 急性期看護補助体制加算

項 目	旧点数	新点数
25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割以上)	240	→
25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割未満)	220	→
50対1急性期看護補助体制加算	200	→
75対1急性期看護補助体制加算	160	→
夜間30対1急性期看護補助体制加算	125	→
夜間50対1急性期看護補助体制加算	120	→
夜間100対1急性期看護補助体制加算	105	→
夜間看護体制加算	60	71
看護補助体制充実加算 <sub>1</sub>	分割	20
看護補助体制充実加算 <sub>2</sub>	5	5

●重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し

半年の経過措置あり（施設基準通知 1 1 参照）

	旧 該当患者割合 I / II	新 該当患者割合 I / II
急性期看護補助体制加算	7% / 6%	6% / 5%





## 【基本的な考え方】

看護職員及び看護補助者の業務分担・協働及び夜間における看護業務の負担軽減を更に推進する観点並びに身体的拘束の予防・最小化の取組を促進する観点から、看護補助体制充実加算の要件及び評価並びに夜間看護体制加算の評価を見直す。

## 【具体的な内容】

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。
2. 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。

### 旧算定要件：通知（変更部分のみ）

(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十分な体制を評価するものである。

(新設)

身体拘束の減算規定

### 新算定要件：通知（変更部分のみ）

(7) 「注4」に規定する看護補助体制充実加算1又は看護補助体制充実加算2は、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を評価するものである。

(8) 「注4」については、当該患者について、身体的拘束を実施した日は、看護補助体制充実加算1の届出を行っている場合であっても、看護補助体制充実加算2を算定すること。この場合において、看護補助体制充実加算2の届出は不要である。なお、この身体的拘束を実施した日の取扱いについては、令和7年6月1日より適用すること。

旧 施設基準 (告示)	新 施設基準 (告示)
<p>(新設)</p> <p>(9) 看護補助体制充実加算の施設基準 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>(9) <u>看護補助体制充実加算1の施設基準</u> <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>(10) <u>看護補助体制充実加算2の施設基準</u> <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>

旧 施設基準 (通知)	新 施設基準 (通知)
<p>(新設)</p> <p>(1)・(2) (略)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>	<p>(1) <u>看護補助体制充実加算1の施設基準</u> ア <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> イ・ウ (略)</p> <p>エ <u>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。</u></p> <p>(2) <u>看護補助体制充実加算2の施設基準</u> <u>(1)のイ及びウを満たすものであること。</u></p>

※ 看護補助加算の看護補助体制充実加算も同様。



# A207-3 急性期看護補助体制加算 夜間看護体制加算

## 【基本的な考え方】

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項目を見直す。

## 【具体的な内容】

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。

旧 施設基準（通知）	新 施設基準（通知）
<p>(2)次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、ア又はウを含む3項目以上を満たしていること。ただし、当該加算を算定する病棟が2交代制勤務又は変則2交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、ア及びウからケまでのうち、ア又はウを含む3項目以上を満たしていること。</p> <p style="text-align: center;">ア～ケ（略）</p>	<p>(2) 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、ア又はウを含む3項目以上を満たしていること。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3項目以上を満たしていること。また、<u>当該3項目以上にケが含まれることが望ましいこと。</u></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">ア～ク（略）</p> <p>ケ 当該病棟において、ICT、AI、IoT等の活用によって、看護要員の業務負担軽減を行っていること。</p>

看護職員夜間12対1配置加算1、看護職員夜間16対1配置加算1（A207-4 看護職員夜間配置加算） 夜間看護体制加算（A214 看護補助加算）も同様



# A209 特定感染症入院医療管理加算 (新設)

項 目	旧点数	新点数
<b>特定感染症入院医療管理加算 (1日につき)</b>		
<b>1 治療室の場合</b>	<b>新設</b>	<b>200</b>
<b>2 それ以外の場合</b>	<b>新設</b>	<b>100</b>

**【基本的な考え方】**  
院内感染防止等の観点から感染対策が特に必要となる感染症の入院患者について、必要な感染管理及び個室管理を新たに評価する。

**【具体的な内容】**  
1. 感染症法上の三類感染症、四類感染症、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する。

**【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（一般病床又は感染症病床に入院する患者に限る。）

# A209 特定感染症入院医療管理加算 (新設)

## 算定要件 (告示)

注 感染症法第6条第4項に規定する三類感染症の患者、同条第5項に規定する四類感染症の患者、同条第6項に規定する五類感染症の患者及び同条第8項に規定する指定感染症の患者並びにこ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。

(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SF-TS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 (短冊より引用)

## A209 特定感染症入院医療管理加算 (通知)

算定要件 (通知) ※原文を一部加工しています

- (1) 特定感染症入院医療管理加算は、院内感染対策において感染管理の必要性が特に高い次に掲げる感染症の患者及び疑似症患者であって、他者に感染させるおそれがあると医学的に認められる患者について、標準予防策に加えて、空気感染対策、飛沫感染対策、接触感染対策など**当該感染症の感染経路等の性質に応じた必要な感染対策を講じた上で入院医療を提供した場合**に加算する。ただし、疑似症患者については、初日に限り加算する。なお、当該患者に係る感染症について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。ア～ホ (略)
- (2) (1)のシ、セ、ナ、ニ、ノ、ヒ及びフについては、症状や所見から当該感染症が疑われ、分離・同定による当該細菌の検出及び薬剤耐性の確認を行い当該感染症と診断した場合に対象となり、単なる保菌者は対象とならない。
- (3) (1)の「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」とは、特定感染症入院医療管理加算を算定した日から起算して7日目以降に、患者から排出される検体から感染性を有する病原体が現に検出されており、他の患者への感染の危険性が特に高いと医学的に認められる患者のことをいう。この場合は、当該検体検査の結果及び他の患者への感染の危険性が特に高いと判断する根拠について診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (4) 特定感染症入院医療管理加算は、難病等特別入院診療加算と併せて算定できない。



# A209 特定感染症入院医療管理加算 (新設)

【具体的な内容】

2. 特定感染症入院医療管理加算の新設に伴い、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を見直す。

旧算定要件 (告示)	新算定要件 (告示)
<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>ロ入院基本料等加算 (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>ロ入院基本料等加算 (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、<u>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)</u>。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> <p>ハ～チ (略)</p> <p>※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。</p>

# A220-2 三類感染症患者療養環境特別加算

## 特定感染症患者療養環境特別加算 (名称変更)

項目	旧点数	新点数
<del>三類感染症患者療養環境特別加算(1日につき)</del> <u>特定感染症患者療養環境特別加算(1日につき)</u>		
1 個室加算	300	→
2 陰圧室加算	200	→

### 【基本的な考え方】

院内感染防止等の観点から感染対策が特に必要となる感染症の入院患者について、必要な感染管理及び個室管理を新たに評価する。

### 【具体的な内容】

感染症法上の二類感染症、三類感染症、四類感染症、五類感染症、新型インフルエンザ等感染症及び指定感染症に位置づけられる感染症であって、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の評価の必要性を踏まえ、二類感染症患者療養環境特別加算について、名称を特定感染症患者療養環境特別加算に見直すとともに、対象となる感染症の範囲を見直す。



# A220-2 三類感染症患者療養環境特別加算

## 特定感染症患者療養環境特別加算 (名称変更)

<p>旧 算定要件 (告示) 二類感染症患者療養環境特別加算</p>	<p>新 算定要件 (告示) 特定感染症患者療養環境特別加算</p>
<p>注 保険医療機関に入院している感染症法第6条第3項に規定する二類感染症に感染している患者及び同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者並びにそれらの疑似症患者（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> <p>(新設)</p>	<p>注 保険医療機関に入院している次に掲げる感染症の患者及びそれらの疑似症患者であって個室又は陰圧室に入院させる必要性が特に高い患者（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、<u>特定感染症患者療養環境特別加算</u>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、<u>初日に限り所定点数に加算する。</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>イ <u>感染症法第6条第3項に規定する二類感染症</u></li> <li>ロ <u>感染症法第6条第4項に規定する三類感染症</u></li> <li>ハ <u>感染症法第6条第5項に規定する四類感染症</u></li> <li>ニ <u>感染症法第6条第6項に規定する五類感染症</u></li> <li>ホ <u>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</u></li> <li>ヘ <u>感染症法第6条第8項に規定する指定感染症</u></li> </ul>

新 算定要件（通知）  
特定感染症患者療養環境特別加算

次のスライドに表示しています

- (1) 特定感染症患者療養環境特別加算の対象となる者は、次に掲げる感染症の患者及びそれらの疑似症患者であって、医学的に他者へ感染させるおそれがあると医師が認め、状態に応じて、個室に入院した者である。ただし、疑似症患者については、初日に限り加算する。なお、個室管理を必要とする原因となった感染症について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、当該加算を算定する場合、当該患者の管理に係る個室が特別の療養環境の提供に係る病室であっても差し支えないが、患者から特別の料金の徴収を行うことはできない。  
ア～ホ（略）
- (2) (1)のサ、ス、ト、ナ、ネ、ハ及びヒについては、症状や所見から当該感染症が疑われ、分離・同定による当該細菌の検出及び薬剤耐性の確認を行い当該感染症と診断した場合に対象となり、単なる保菌者は対象とならない。
- (3) 特定感染症患者療養環境特別加算の陰圧室加算の対象となる者は、次に掲げる感染症の患者及び当該感染症を疑う患者であって、医師が他者へ感染させるおそれがあると認め、状態に応じて、陰圧室に入院した者である。なお、陰圧室管理を必要とする原因となった感染症について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。  
ア 鳥インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く。）  
イ 麻しん  
ウ 新型コロナウイルス感染症  
エ 水痘  
オ 感染症法第6条第3項に規定する二類感染症  
カ 感染症法同法第6同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症  
キ 感染症法同法第6同条第8項に規定する指定感染症
- (4) 個室かつ陰圧室である場合には、個室加算及び陰圧室加算を併算定できる。
- (5) 陰圧室加算を算定する場合は、結核患者等を収容している日にあつては、病室及び特定区域の陰圧状態を煙管（ベビーパウダー等を用いて空気流の状況を確認する方法で代用可能）又は差圧計等によって点検し、記録をつけること。ただし、差圧計はその位置によって計測値が変わることに注意すること。差圧計によって陰圧の確認を行う場合、差圧計の動作確認及び点検を定期的実施すること。
- (6) 個室加算は、H I V感染者療養環境特別加算、重症者等療養環境特別加算、小児療養環境特別加算及び無菌治療室管理加算と併せて算定できない。

(個室加算の対象となる感染症) (新設)

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。）、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

(陰圧室加算の対象となる感染症) (新設)

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



# A 2 3 3 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算（新設）

項 目	旧点数	要届出 新点数
<b>リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算（1日につき）</b>	<b>新設</b>	<b>1 2 0</b>

**【基本的な考え方】**

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

**【具体的な内容】**

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、A D L 維持向上等体制加算を廃止する。

**【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



安静臥床は筋力低下をはじめ全身へ悪影響をもたらす



より早期からのリハ（離床）・栄養・口腔の取組



多職種による評価と計画

## 新 算定要件（告示）

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。

## 新 算定要件（通知）

- (1) リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算は、急性期医療において、当該病棟に入院中の患者のA D Lの維持、向上等を目的に、早期からの離床や経口摂取が図られるよう、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る多職種による評価と計画に基づき、医師、看護師、当該病棟に専従及び専任の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士（以下この項において「専従の理学療法士等」という。）、当該病棟に専任の管理栄養士及びその他必要に応じた他の職種により、以下のアからエまでに掲げる取組を行った場合に、患者1人につきリハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を作成した日から起算して**14日を限度に算定**できる。ただし、やむを得ない理由により、入棟後48時間を超えて計画を策定した場合においては、当該計画の策定日にかかわらず、入棟後3日目を起算日とする。
- ア 当該病棟に入棟した患者全員に対し、**原則入棟後48時間以内**にA D L、栄養状態、口腔状態について別紙様式7の2又はこれに準ずる様式を用いた評価に基づき、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を別紙様式7の2又はこれに準ずる様式を用いて作成すること。なお、リスクに応じた期間で定期的な再評価を実施すること。退棟時においても様式54又はこれに準ずる様式を用いた評価を行うこと及びリスクに応じた期間で再評価を実施することが望ましいこと。
- イ 入院患者のA D L等の維持、向上等に向け、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の評価と計画についてのカンファレンスが定期的開催されていること。なお、カンファレンスにおいては、必要に応じ、想定される退棟先の環境を踏まえた退棟後に起こりうるリスク、転倒リスクを踏まえた転倒防止対策、患者の機能予後、患者が再び実現したいと願っている活動や社会参加等について共有を行うこと。当該病棟におけるカンファレンスの内容を記録していること。
- ウ 適切な口腔ケアを提供するとともに、口腔状態に係る課題（口腔衛生状態の不良や咬合不良等）を認めた場合は必要に応じて当該保険医療機関の歯科医師等と連携する又は歯科診療を担う他の保険医療機関への受診を促すこと。
- エ 指導内容等について、診療録等に要点を簡潔に記載すること。

## 新 算定要件（通知）

（２）当該病棟の専従の理学療法士等は、当該病棟の患者に対し（１）のＡからＥまでの取組を実施するとともに、以下に掲げる疾患別リハビリテーション等の提供等により、全ての入院患者に対するＡＤＬの維持、向上等を目的とした指導を行うこととし、疾患別リハビリテーション等の対象とならない患者についても、ＡＤＬの維持、向上等を目的とした指導を行うこと。このため、専従の理学療法士等は**１日につき９単位を超えた疾患別リハビリテーション料等の算定はできないものとする。**

ア「Ｈ０００」心大血管疾患リハビリテーション料

イ「Ｈ００１」脳血管疾患等リハビリテーション料

ウ「Ｈ００１－２」廃用症候群リハビリテーション料

エ「Ｈ００２」運動器リハビリテーション料

オ「Ｈ００３」呼吸器リハビリテーション料

カ「Ｈ００４」摂食機能療法

キ「Ｈ００５」視能訓練

ク「Ｈ００７」障害児（者）リハビリテーション料

ケ「Ｈ００７－２」がん患者リハビリテーション料

コ「Ｈ００７－３」認知症患者リハビリテーショ

サ「Ｈ００８」集団コミュニケーション療法料

（３）専任の管理栄養士は、（１）のＡからＥまでの取組を実施するとともに、次に掲げる栄養管理を実施すること。

ア リハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画の作成に当たって、**原則入棟後４８時間以内に**、患者に  
対面の上、入院前の食生活や食物アレルギー等の確認を行うとともに、GLIM 基準を用いた**栄養状態の  
評価を行うこと。**

イ 週５回以上、食事の提供時間に、低栄養等のリスクの高い患者を中心に食事の状況を観察し、食欲や食  
事摂取量等の把握を行うこと。問題があった場合は、速やかに医師、看護師等と共有し、食事変更や食  
形態の調整等の対応を行うこと。

ウ 多職種のカンファレンスにおいて、患者の状態を踏まえ、必要に応じ食事調整（経口摂取・経管栄養の開始  
を含む。）に関する提案を行うこと。



## 新 施設基準（告示）

- (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。

## 新 施設基準（通知：主なもののみ抜粋）

- (1) 急性期一般入院基本料、7対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）又は10対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）を算定する病棟を単位として行うこと。
- (3) 当該病棟に専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。なお、当該専任の管理栄養士として配置される病棟は、1名につき1病棟に限る。
- (4) 当該保険医療機関において、以下のいずれも満たす常勤医師が1名以上勤務していること。
  - ア リハビリテーション医療に関する3年以上の経験を有していること。
  - イ 適切なリハビリテーション、栄養管理、口腔管理に係る研修を修了していること。
- (6) プロセス・アウトカム評価として、以下のア～エの基準を全て満たすこと。（以下省略）
- (7) 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)若しくは(Ⅲ)及び運動器リハビリテーション料(Ⅰ)若しくは(Ⅱ)に係る届け出を行っていること。
- (8) 入退院支援加算1の届出を行っていること。

# A234-2 感染対策向上加算

項 目	旧点数	新点数
感染対策向上加算 1 (入院初日)	7 1 0	→
感染対策向上加算 2 (入院初日)	1 7 5	→
感染対策向上加算 3 (入院初日及び入院期間90日を超えることに)	7 5	→
連携強化加算	3 0	→
サーベイランス強化加算	5	3
<b>抗菌薬適正使用加算</b>	<b>新設</b>	<b>5</b>

## 【基本的な考え方】

新興感染症発生・まん延時への備えを評価するとともに、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、感染対策向上加算について、要件を見直す。

## 【具体的な内容】

1. 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。
2. 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





旧施設基準：通知

1 感染対策向上加算1の施設基準

(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)

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。

(中略)

新施設基準：通知

1 感染対策向上加算1の施設基準

(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)

アに定める医師又はイに定める看護師のうち1名は専従であること。なお、感染制御チームの専従の職員については、抗菌薬適正使用支援チームの業務を行う場合及び感染対策向上加算2、感染対策向上加算3又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った他の保険医療機関に対する助言に係る業務を行う場合及び介護保険施設等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又は指定障害者支援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、介護保険施設等又は指定障害者支援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。

旧施設基準：通知

新施設基準：通知

(中略)

(3) ~ (8) (略)

(9) ビデオ通話を用いる場合において・・・ (以下省略)

(10) ~ (15) (略)

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

(17)~(23) (略)

(新設)

(中略)

(3) ~ (8) (略)

削除

(15) 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。

(16) ~ (22) (略)

(23) 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。



旧施設基準：通知

2 感染対策向上加算2の施設基準

- (1) ~ (13) (略)
- (14) 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。
- (15)~(17) (略)

(新設)

3 感染対策向上加算3の施設基準

- (1) ~ (3) (略)
- (4) (3)における適切な研修とは・・・(以下省略)
- (5) 感染防止対策の業務指針及び院内感染対策管理者又は感染制御チームの具体的な業務内容が整備されている。
- (6)、(7) (8) (略)
- (9) (8)に規定するカンファレンス等は・・・(以下省略)
- (10) (11) (略)
- (12) (13)

新施設基準：通知

2 感染対策向上加算2の施設基準

- (1) ~ (13) (略)
- (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) 介護保険施設等又は指定障害者支援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。

3 感染対策向上加算3の施設基準

- (1) ~ (8) (略)
- (削除)
- (削除)
- (削除)
- (削除)

旧施設基準：通知

新施設基準：通知

3 感染対策向上加算 3 の施設基準

(9) 2の(4)、(5)(9)、(12)、(13)及び(16)から(18)までを満たしていること  
(10) 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。

(14) 新興感染症の発生時に、都道府県等の要請を受けて…（以下省略）

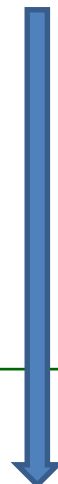
(15) (略)

(16)、(17)

(11) (略)

(削除)

(削除)



[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(15)、2(14)又は3(10)の基準を満たしているものとみなす。

# (参考) 医療措置協定の内容

		①病床確保	②発熱外来	③自宅療養者等に対する医療の提供	④後方支援	⑤人材派遣
協定の内容		<p>病床を確保し(※1)、入院医療を実施</p> <p>※1 新興感染症患者対応の病床を確保し、重症者用病床や、精神疾患を有する患者、妊産婦、小児等の特に配慮を有する患者を受け入れる病床の確保も図る</p>	<p>発熱症状のある者の外来を実施</p>	<p>自宅療養者等(※2)に対し、 ・病院・診療所により、往診等、電話・オンライン診療 ・薬局により、医薬品対応等 ・訪問看護事業所により、訪問看護等を実施</p> <p>※2 宿泊療養者、高齢者施設、障害者施設等の入所者を含む</p>	<p>(左記の病床確保等を行う協定締結医療機関を支援するため、) 医療機関において、 ①感染症患者以外の患者の受入 ②感染症から回復後に入院が必要な患者の転院の受入を実施</p>	<p>(感染症対応の支援を要する医療機関等を応援するため、) 医療機関において、 ①感染症患者に医療を提供する者 ②感染症予防等に従事する関係者を医療機関等に派遣</p>
	実施主体と指定要件	<p>第1種協定指定医療機関</p> <p>①従事者への感染防止措置 ②動線分離等の院内感染対策 ③都道府県知事からの要請への対応に必要な入院医療提供体制の整備</p>	<p>第2種協定指定医療機関</p> <p>①従事者への感染防止措置 ②動線分離等の院内感染対策 ③都道府県知事からの要請への対応に必要な診療・検査体制の整備</p>	<p>第2種協定指定医療機関</p> <p>①従事者への感染防止措置 ②都道府県知事からの要請への対応に必要な、往診等、電話・オンライン診療、調剤・医薬品等交付・服薬指導、訪問看護を行う体制の整備</p>		
新型コロナ対応で確保した最大規模の体制を目指す						
数値目標 (全国での数値目標) <予防計画>	①流行初期(3か月を基本)	約1.9万床	約1500機関	<p>・病院・診療所(約2.7万機関) ・薬局(約2.7万機関) ・訪問看護事業所(約2800機関)</p>	約3700機関	<p>・医師(約2100人) ・看護師(約4000人)</p>
	②流行初期以降(6ヶ月以内)	<p>約5.1万床</p> <p>流行初期以降開始時点: ①+約1.6万床(公的医療機関等)</p>	<p>約4.2万機関</p> <p>流行初期以降開始時点: ①+約3800機関(公的医療機関等)</p>			
流行初期医療確保措置の要件 (参酌して都道府県知事が定める基準)		<p>①発生の公表後、都道府県知事の要請後1週間以内を目途に措置を実施</p> <p>②30床以上の病床の確保</p> <p>③一般患者への対応について、後方支援を行う医療機関との連携も含めあらかじめ確認</p>	<p>①発生の公表後、都道府県知事の要請後1週間以内を目途に措置を実施</p> <p>②1日あたり20人以上の発熱患者を診察</p>	-	-	-

# A234-2 感染対策向上加算

## 【基本的な考え方】

我が国におけるAccess 抗菌薬の使用比率が低い現状を踏まえ、適正使用を更に促進する観点から、**サーベイランス強化加算**について、抗菌薬の使用状況を考慮した評価体系に見直す。

## 【具体的な内容】

サーベイランス強化加算について、サーベイランスへの参加自体に対する評価と、サーベイランスにおける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に区分するよう見直しを行う。

旧算定要件：告示

新算定要件：告示

(新設)

注 5 感染対策向上加算を算定する場合には、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、**抗菌薬適正使用加算**として、**5点**を更に所定点数に加算する。

旧施設基準：告示	新施設基準：告示
(新設)	<u>(7) 抗菌薬適正使用加算の施設基準</u> <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>

旧施設基準：通知	新施設基準：通知
(新設)	<u>7 抗菌薬適正使用加算の施設基準</u> <u>(1) 抗菌薬の使用状況のモニタリングが可能な</u> <u>サーベイランスに参加していること。</u> <u>(2) 直近6か月における入院中の患者以外の患者</u> <u>に使用する抗菌薬のうち、Access抗菌薬に分</u> <u>類されるものの使用比率が60%以上又は(1)</u> <u>のサーベイランスに参加する病院又は有床診療</u> <u>所全体の上位30%以内であること。</u>

【届出に関する事項】

- (1)～(4) (略)
- (5) 抗菌薬適正使用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。
- (6) (略)



# A243 後発医薬品使用体制加算

項 目	旧点数	新点数
後発医薬品使用体制加算 1 (90%以上) (入院初日)	4 7	8 7
後発医薬品使用体制加算 2 (85%以上90%未満) (入院初日)	4 2	8 2
後発医薬品使用体制加算 3 (75%以上85%未満) (入院初日)	3 7	7 7

点数大幅アップ！

## 【具体的な内容】

**後発医薬品使用体制加算**及び外来後発医薬品使用体制加算について、医薬品の供給が不足等した場合における治療計画の見直し等に対応できる体制の整備並びに患者への説明及び院内掲示にかかる要件を設けるとともに、評価を見直す。

## 【具体的な内容】

保険医療機関及び保険医療養担当規則等について、**書面掲示することとされている事項**について、**原則として、ウェブサイトに掲載**しなければならないこととする。





# A243-2 バイオ後続品使用体制加算 (新設)

要届出

項目	旧点数	新点数
<b>バイオ後続品使用体制加算 (入院初日)</b>	<b>新設</b>	<b>100</b>

## 【基本的な考え方】

バイオ後続品に係る患者への適切な情報提供を推進する観点から、入院医療におい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い、バイオ医薬品ごとの特性を踏まえた使用数量割合の基準を満たす医療機関について新たな評価を行うとともに、バイオ後続品導入初期加算について対象患者を拡大する。

## 【具体的な内容】

1. 入院医療においてバイオ後続品を使用している保険医療機関において、患者に対して、バイオ後続品の有効性や安全性について十分な説明を行った上で使用し、成分の特性を踏まえた使用目標を達成した場合の評価を新設する。

## バイオ後続品使用体制加算の算定要件 (告示)

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。

# A243-2 バイオ後続品使用体制加算 (新設)

要届出

バイオ後続品使用体制加算の施設基準：通知（短冊より引用）

- (1) バイオ後続品の使用を促進するための体制が整備されていること。
- (2) **直近1年間**にバイオ後続品のある先発バイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く。）及びバイオ後続品の**使用回数が100回を超えること。**
- (3) 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エポイチン 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。

〔経過措置〕

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。



バイオ後続品使用体制加算の新設

- 入院医療においてバイオ後続品を使用している保険医療機関において、患者に対して、バイオ後続品の有効性や安全性について十分な説明を行った上で使用し、成分の特性を踏まえた使用目標を達成した場合の評価を新設する。

**(新) バイオ後続品使用体制加算 (入院初日) 100点**

[算定要件]

- バイオ後続品使用体制加算は、**入院及び外来においてバイオ後続品の導入に関する説明を積極的に行って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**保険医療機関であって、**当該医療機関の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（以下、「バイオ医薬品」という。）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が各成分に定められた割合以上**である医療機関において、バイオ医薬品を使用する患者について、入院期間中1回に限り、入院初日に算定する。

[施設基準] (概要)

- 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。
- 以下の①～③を満たすこと(ただし②と③の内、直近1年間の実績でどちらかの分母が50を超えない場合は50を超えるもののみ基準を満たしていれば良い)。

- ① 直近1年間の (1) 及び (2) に掲げるバイオ医薬品の使用回数の合計  $\geq$  **100回**
- ②  $\frac{\text{(1) に掲げるバイオ医薬品の内、バイオ後続品の規格単位数量の合計}}{\text{(1) に掲げるバイオ医薬品の規格単位数量の合計 (バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品を除く)}} \geq$  **0.8**
- ③  $\frac{\text{(2) に掲げるバイオ医薬品の内、バイオ後続品の規格単位数量の合計}}{\text{(2) に掲げるバイオ医薬品の規格単位数量の合計 (バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品を除く)}} \geq$  **0.5**

**(1) 置き換え割合80%以上が目標のバイオ医薬品**

- (イ) エポイチン
- (ロ) リツキシマブ
- (ハ) トラスツズマブ
- (ニ) テリパラチド

**(2) 置き換え割合50%以上が目標のバイオ医薬品**

- (イ) ソマトロピン
- (ハ) エタネルセプト
- (ホ) ベバシズマブ
- (ト) インスリンアスパルト
- (ロ) インフリキシマブ
- (ニ) アガルシダーゼベータ
- (ヘ) インスリンリスプロ
- (チ) アダリムマブ



# A245 データ提出加算

要届出

項 目	旧点数	新点数
データ提出加算1（入院初日） イ 許可病床数200床以上の病院の場合 ロ 許可病床数200床未満の病院の場合	140 210	145 215
データ提出加算2（入院初日） イ 許可病床数200床以上の病院の場合 ロ 許可病床数200床未満の病院の場合	150 220	155 225
データ提出加算3（入院期間が90日を超えるごとに1回） イ 許可病床数200床以上の病院の場合 ロ 許可病床数200床未満の病院の場合	140 210	145 215
データ提出加算4（入院期間が90日を超えるごとに1回） イ 許可病床数200床以上の病院の場合 ロ 許可病床数200床未満の病院の場合	150 220	155 225
提出データ評価加算	40	廃止

## 【基本的な考え方】

データに基づくアウトカム評価を推進する観点から、入院患者のデータ提出に係る実態を踏まえ、データ提出加算の評価及び要件を見直すとともに、**データ提出加算に係る届出を要件とする入院料の範囲を拡大。**

## 新たにデータ提出が必要となる入院料

- 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
- 児童・思春期精神科入院医療管理料



# A245 データ提出加算

## 【具体的な内容】

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。
2. **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。
3. 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。
4. **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。
5. 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。

### 旧算定要件：通知

- (1) (2) 略  
 (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。  
 （途中省略）

### 新算定要件：通知

- 1) (2) 略  
 (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。  
 （途中省略）  
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。

# データ提出加算に係る届出を要件とする入院料の見直し

- ▶ データに基づくアウトカム評価を推進する観点から、データ提出加算に係る届出を要件とする入院料の範囲を拡大する。

入院料		データ提出要件
A	急性期一般入院基本料 特定機能病院入院基本料（一般病棟） 専門病院入院基本料（7対1、10対1） 地域包括ケア病棟入院料 回復期リハビリテーション病棟入院料1～4	データの提出が必須
B	地域一般入院基本料 療養病棟入院基本料 専門病院入院基本料（13対1） 障害者施設等入院基本料 特殊疾患入院医療管理料 回復期リハビリテーション病棟5 特殊疾患病棟入院料 緩和ケア病棟入院料 精神科救急急性期医療入院料	データの提出が必須（経過措置②ア）
C	<b>精神病棟入院基本料（10対1、13対1）</b> <b>精神科急性期治療病棟入院料</b> <b>児童・思春期精神科入院医療管理料</b>	規定なし * <b>データの提出が必須</b> （経過措置①、②イ）

## 【経過措置】（概要）

- ① 令和6年3月31日時点において、「C」の入院料に係る届出を行っている保険医療機関については、**令和8年5月31日まで**の間に限り、データ提出加算に係る要件を満たしているものとみなす。
- ② 令和6年3月31日時点において、「A」の入院料を算定する病棟又は病室のいずれも有しない保険医療機関であって、以下のいずれかに該当するもの、かつ、データ提出加算に係る届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものに限り、**当分の間**、データ提出加算に係る要件を満たしているものとみなす。
  - ア 「B」の入院料を算定する病棟又は病室のいずれかを有するもののうち、これらの病棟又は病室の病床数の合計が200床未満のもの
  - イ 「C」の入院料を算定する病棟又は病室のいずれかを有するもの

- ▶ 地域一般入院料3及び療養病棟入院料2のデータ提出加算に係る要件について、新規に保険医療機関を開設する場合等において1年間に限り満たしているものとみなす措置を講ずる。



# A246 入退院支援加算

要届出

項 目	旧点数	新点数
入退院支援加算 1 (退院時1回)		
イ 一般病棟入院基本料等の場合	700	→
ロ 療養病棟入院基本料等の場合	1,300	→
入退院支援加算 2 (退院時1回)		
イ 一般病棟入院基本料等の場合 (特定地域)	190(95)	→
ロ 療養病棟入院基本料等の場合 (特定地域)	635(318)	→
入退院支援加算 3 (退院時1回)	1,200	→
地域連携診療計画加算	300	→
小児加算	200	→
入院時支援加算		
イ 入院時支援加算 1	230	240
ロ 入院時支援加算 2	200	→
総合機能評価加算	50	→
<b>入院事前調整加算</b>	<b>(新設)</b>	<b>200</b>

## 【基本的な考え方】

入退院支援における、関係機関との連携強化、生活に配慮した支援の強化及び入院前からの支援の強化の観点から、入退院支援加算 1 及び 2 について要件を見直す。

## 【具体的な内容】 入退院支援加算 1・2の見直し

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。

### 旧 算定要件：告示

注 1・2 (略)

注 3 (前文省略)

当該保険医療機関に入院している患者であって、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又は区分番号 A 3 0 3 の 2 に掲げる新生児集中治療室管理料を算定したことがあるもの（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、入退院支援加算 3 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、退院支援計画を作成し、入退院支援を行った場合

注 4～8 (略)

(新設)

### 新 算定要件：告示

注 1・2 (略)

注 3 (前文省略)

イ 当該保険医療機関に入院している患者であって、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 2 - 2 に掲げる新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料又は区分番号 A 3 0 3 の 2 に掲げる新生児集中治療室管理料を算定したことがあるもの（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、入退院支援加算 3 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、退院支援計画を作成し、入退院支援を行った場合

注 4～8 (略)

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。



# A246 入退院支援加算 1. 2

旧 算定要件：通知	新 算定要件：通知
(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。	(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。
ア～カ (略)	ア～カ (略)
(新設)	<u>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</u>
(5)～(26) (略)	(5) ～(22) (略)
(新設)	<u>(27) 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>
(23)～(26) (略)	(24)～(27) (略)

旧施設基準：告示	新施設基準：告示
三十五の六 入退院支援加算の施設基準等 (新設)	三十五の六 入退院支援加算の施設基準等 <u>(11) 入退院支援加算の注9に規定する厚生労働大臣が定める患者</u> 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> ロ <u>入退院支援加算を算定する患者であること。</u>



旧施設基準：通知

新施設基準：通知

(1)～(3) (略)

(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。

(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。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（特定機能病院、「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及び「A200」総合入院体制加算又は「A200-2」急性期充実体制加算に関する届出を行っている保険医療機関は除く）であること。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。

加えて、(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。

(5)・(6) (略)

感染症対策向上加算1の施設基準

(5)・(6) (略)

# A246 入退院支援加算 3

## 【基本的な考え方】

重症新生児に対する退院支援について、転院搬送された児においても退院支援が必要であることや治療室から小児病棟等を経て退院すること等、新生児の退院支援の実態を踏まえ、入退院支援加算 3 の要件を見直す。

## 【具体的な内容】 入退院支援加算 3 の見直し

1. 入退院支援加算 3 の算定対象について、**転院搬送された児であって退院困難な要因を有する患者の場合も算定可能とする。**

### 旧 算定要件：通知

(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。

ア～オ（略）

### 新 算定要件：通知

(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（他の保険医療機関において入退院支援加算 3 を算定していない患者を含む）又は他の保険医療機関において入退院支援加算 3 を算定した上で転院した患者について、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。

ア～オ（略）



# A246-2 精神科入退院支援加算（新設）

要届出

項目	旧点数	新点数
<u>精神科入退院支援加算（退院時1回）</u>	<u>新設</u>	<u>1,000</u>
<u>精神科措置入院退院支援加算</u>	<u>新設</u>	<u>300</u>

## 【基本的な考え方】

精神病床に入院する患者に対して、入院早期から実施する退院調整の効果を踏まえ、精神病床における入退院支援について新たな評価を行うとともに、既存の退院支援に係る評価について見直す。

## 【具体的な内容】

1. 精神病床に入院する患者に対して、入院早期から包括的支援マネジメントに基づく入退院支援を行った場合の評価を新設する。
2. 精神科入退院支援加算の新設に伴い、精神科措置入院退院支援加算について評価を見直した上で当該加算の注加算として新設するとともに、精神科措置入院退院支援加算を廃止する。
3. 精神科入退院支援加算の新設を踏まえ、院内標準診療計画加算及び退院調整加算を廃止する（※特定入院料の加算です）

## 精神科入退院支援加算の対象患者

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



# 精神科入退院支援加算の新設

- 精神病床に入院する患者に対して、入院早期から包括的支援マネジメントに基づく入退院支援を行った場合の評価を新設する。
- 精神科措置入院退院支援加算について、精神科入退院支援加算の注加算として統合する。

**(新) 精神科入退院支援加算**

**1,000点 (退院時 1回)**

**(新) 注2 精神科措置入院退院支援加算**

**300点 (退院時 1回)**



## [算定要件] (概要)

- (1) 原則として **入院後7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。
- (2) 退院困難な要因を有する患者について、原則として **7日以内**に **患者及び家族と病状や退院後の生活も含めた話し合い**を行うとともに、関係職種と連携し、**入院後7日以内**に **退院支援計画の作成に着手**する。
- (3) 退院支援計画の作成に当たっては、**入院後7日以内**に病棟の看護師及び病棟に専任の入退院支援職員並びに入退院支援部門の看護師及び精神保健福祉士等が共同して **カンファレンスを実施**する。
- (4) 当該患者について、**概ね3月に1回の頻度でカンファレンスを実施**し、支援計画の見直しを適宜行う。なお、医療保護入院の者について、精神保健福祉法第33条第6項第2号に規定する委員会の開催をもって、当該カンファレンスの開催とみなすことができる。

## [施設基準] (概要)

- (1) 当該保険医療機関内に入退院支援部門が設置されていること。
- (2) 当該入退院支援部門に **専従の看護師及び専任の精神保健福祉士**又は **専従の精神保健福祉士及び専任の看護師**が配置されていること。
- (3) 入退院支援及び地域連携業務に専従する看護師又は精神保健福祉士が、各病棟に専任で配置されていること。
- (4) 次のア又はイを満たすこと。
  - ア 以下の(イ)から(ホ)に掲げる、転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い **連携する機関の数の合計が10以上**であること。ただし、(イ)から(ホ)までのうち **少なくとも3つ以上との連携**を有していること。
    - (イ) 他の保険医療機関
    - (ロ) 障害者総合支援法に基づく障害福祉サービス等事業者
    - (ハ) 児童福祉支援法に基づく障害児相談支援事業所等
    - (ニ) 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又は施設サービス事業者
    - (ホ) 精神保健福祉センター、保健所又は都道府県若しくは市区町村の障害福祉担当部署
  - イ **直近1年間に**、**地域移行支援**を利用し退院した患者又は **自立生活援助**若しくは **地域定着支援**の利用に係る申請手続きを入院中に行った患者の数の合計が **5人以上**であること。

※精神科措置入院退院支援加算の要件については、現行と同様。

**第1章 基本診療料**  
**第2部 入院基本料等**  
**第3節 特定入院料**



### 第3節 特定入院料

【基本的な考え方】 特定入院料について、一時的に施設基準を満たさなくなった場合に算定する点数が示されておらず、入院料そのものが算定できなくなっていることを踏まえ、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を明確化する。

【具体的な内容】 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	A 3 0 0 救命救急 入院料、 A 3 0 1 - 2 ハイケアユニット入院医療管理料、 A 3 0 1 - 4 小児特定集中治療室管理料、 A 3 0 3 総合周産期特定集中治療室管理料、 A 3 0 5 一類感染症患者入院医療管理料	A 3 0 1 特定集中治療室管理料、 A 3 0 1 - 3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料、 A 3 0 2 新生児特定集中治療室管理料、 A 3 0 3 - 2 新生児治療回復室入院医療管理料、 の場合	急性期一般入院料 6
2	A 3 0 7 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	A 3 0 6 特殊疾患入院医療管理料、 A 3 0 8 回復期リハビリテーション病棟入院料（一般病棟に限る。） A 3 0 8 - 3 地域包括ケア病棟入院料（一般病棟に限る。） A 3 1 0 緩和ケア病棟入院料（一般病棟に限る。） A 3 1 9 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料	A 3 0 9 特殊疾患病棟入院料、 A 3 1 7 特定一般病棟入院料、 の場合	一般病棟入院基本料 の特別入院基本料
4	A 3 0 8 回復期リハビリテーション病棟入院料（療養病棟に限る。） A 3 0 8 - 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	A 3 0 7 小児入院医療管理料（5の精神病棟に限る） A 3 1 1 - 2 精神科急性期治療病棟入院料、 A 3 1 8 地域移行機能強化病棟入院料	A 3 1 1 精神科救急急性期医療入院料、 A 3 1 1 - 3 精神科救急・合併症入院料、	精神病棟入院基本料 の15対1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、 A 3 1 2 精神療養病棟入院料、	A 3 1 4 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。

## 地域で救急患者等を受け入れる病棟の評価

## 【基本的な考え方】

高齢者の救急患者をはじめとした急性疾患等の患者に対する適切な入院医療を推進する観点から、高齢者の救急患者等に対して、一定の体制を整えた上で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提供することについて、新たな評価を行う。

## 【具体的な内容】

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。

項 目	旧点数	新点数
<u>地域包括医療病棟入院料（1日につき）</u>	<b>新設</b>	<b><u>3,050</u></b>
<u>初期加算（1日につき）</u>	<b>新設</b>	<b><u>150</u></b>
<u>看護補助体制加算（1日につき）</u>	<b>新設</b>	
<u>25対1看護補助体制加算（看護補助者5割以上）</u>		<b><u>240</u></b>
<u>25対1看護補助体制加算（看護補助者5割未満）</u>		<b><u>220</u></b>
<u>50対1看護補助体制加算</u>		<b><u>200</u></b>
<u>75対1看護補助体制加算</u>		<b><u>160</u></b>



# 地域包括医療病棟 施設基準等

## 地域包括医療病棟入院料の算定要件及び施設基準

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

### (新) 地域包括医療病棟入院料（1日につき）3,050点

#### [算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、所定点数を算定する。ただし、90日を超えて入院するものについては、区分番号A 1 0 0に掲げる一般病棟入院基本料の地域一般入院料3の例により、算定する。

#### [施設基準]（抜粋）

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



# 地域包括医療病棟 包括範囲

以下の診療の費用は**地域包括医療病棟入院料に含まれる**。（包括範囲）

地域包括医療病棟入院料に含まれる費用（概要）

## ○ **入院基本料**

## ○ **入院基本料等加算**

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

## ○ **医学管理のうち、手術前医学管理料、手術後医学管理料**

## ○ **検査**

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

## ○ **画像診断**

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

## ○ **投薬、注射**

抗悪性腫瘍薬等の除外薬剤・注射薬、無菌製剤処理料**を除く**。

## ○ **リハビリテーション及び精神療法で使用される薬剤**。（※1）

## ○ **処置**

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

## ○ **病理標本作製料**

術中迅速病理組織標本作成を**除く**。

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

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



# 地域包括医療病棟入院料 注加算

## 地域包括医療病棟入院料の注加算

### (新) 初期加算 (1日につき) 150点

[算定要件]

入院した日から起算して14日を限度として算定する。

### (新) 看護補助体制加算 (1日につき)

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

[算定要件]

入院した日から起算して14日を限度として算定する。

### (新) 夜間看護体制加算 (1日につき) 71点

[算定要件]

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

[施設基準]

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

### (新) 看護職員夜間12対1配置加算 (1日につき)

看護職員夜間12対1配置加算1	110点
看護職員夜間12対1配置加算2	90点

[算定要件]

入院した日から起算して14日を限度として算定する。

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

[算定要件・施設基準]

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

### (新) 夜間看護補助体制加算 (1日につき)

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

[算定要件]

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

### (新) 看護補助体制充実加算 (1日につき)

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

[算定要件]

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

### (新) 看護職員夜間16対1配置加算 (1日につき)

看護職員夜間16対1配置加算1	70点
看護職員夜間16対1配置加算2	45点

# 急性期病棟、地域包括医療病棟及び地域包括ケア病棟の機能の比較（イメージ）

	急性期一般病棟入院料 1	地域包括医療病棟	地域包括ケア病棟入院料 1
病棟の趣旨	急性期医療を行う	高齢者急性期を主な対象患者として、 治す医療とともに同時に支える医療 （リハビリ等）を提供することで、より 早期の在宅復帰を可能とする。	① 急性期治療を経過した患者の受け入れ。 ② 在宅で療養を行っている患者等の受け入れ ③ 在宅復帰支援
看護配置	7対1以上	10対1以上	13対1以上
重症度、医療・看護必要度の基準	・「A 3点以上又はC 1点以上」に該当する患者割合が 20%以上 ・「上」に該当する患者割合が 27%以上	・「A 2点以上かつB 3点以上」、「A 3点以上」、「C 1点以上」のいずれかに該当する患者割合が16%以上（必要度Ⅰ）又は15%以上（必要度Ⅱ）	・「A 1点以上又はC 1点以上」に該当する患者割合が10%以上（必要度Ⅰ）又は8%以上（必要度Ⅱ）
在院日数	平均在院日数16日以内	平均在院日数 21日以内	60日まで算定可能
救急医療体制	- (救急医療管理加算等で評価)	24時間救急搬送を受け入れられる体制を構築していること 画像検査、血液学的検査等の24時間体制 救急医療管理加算等による評価	二次救急医療機関又は救急告示病院 ※ 200床未満の病院の場合は救急医療の体制 ※ 一般病床の場合
救急実績	(地域医療体制確保加算等で実績に応じた評価)	緊急入院割合:緊急入院直接入棟 1割5分以上	自宅等からの緊急患者の受け入れ 3月で9人以上
リハビリ	-	PT、OT又はST 2名以上の配置、ADLに係る実績要件	PT、OT又はST 1名以上の配置
在宅復帰率	80%以上 (分子に地ケア、回り八病棟等への退院を含む)	80%以上 (分子に回り八病棟等への退院を含む)	72.5%以上 (分子に回り八病棟等への退院を含まない)



## A308 回復期リハビリテーション病棟入院料

【基本的な考え方】 より質の高いアウトカムに基づいた回復期リハビリテーション医療を推進する観点から、回復期リハビリテーション病棟の要件及び評価を見直す。

項 目	旧点数	新点数
1 回復期リハビリテーション病棟入院料 1	2, 1 2 9 (2,115)	<u>2, 2 2 9</u> <u>(2,215)</u>
2 回復期リハビリテーション病棟入院料 2	2, 0 6 6 (2,051)	<u>2, 1 6 6</u> <u>(2,151)</u>
3 回復期リハビリテーション病棟入院料 3	1, 8 9 9 (1,884)	<u>1, 9 1 7</u> <u>(1,902)</u>
4 回復期リハビリテーション病棟入院料 4	1, 8 4 1 (1,827)	<u>1, 8 5 9</u> <u>(1,845)</u>
5 回復期リハビリテーション病棟入院料 5	1, 6 7 8 (1,664)	<u>1, 6 9 6</u> <u>(1,682)</u>
<u>6 回復期リハビリテーション入院医療管理料 (病室単位可能)</u> <u>別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関</u>	新設	<u>1, 8 5 9</u> <u>(1,845)</u>
	※ 各 ( ) 内は、生活療養を受ける場合	
休日リハビリテーション提供体制加算 (3.4.5,回復期リハビリテーション入院医療管理料のみ)	6 0	→
体制強化加算 1 体制強化加算 2 (1.2のみ)	2 0 0 1 2 0	<del>削減</del> <del>削減</del>

# 回復期リハビリテーション病棟に係る見直し

## GLIM基準による栄養評価の要件化

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

栄養(※回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合は必ず記入)			
基礎情報	<input type="checkbox"/> 身長(*1): ( )cm	<input type="checkbox"/> 体重: ( )kg	<input type="checkbox"/> BMI(*1): ( )kg/m <sup>2</sup> *1:身長測定が困難な場合は省略可
栄養補給方法(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 経口( <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 補助食品), <input type="checkbox"/> 経管( <input type="checkbox"/> 経鼻胃管 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> その他), <input type="checkbox"/> 静脈( <input type="checkbox"/> 末梢 <input type="checkbox"/> 中心)		
嚥下調整食の必要性:	( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有:(学会分類コード ))		
栄養状態の評価:	① GLIM基準による評価(成人のみ):判定 <input type="checkbox"/> 低栄養非該当 <input type="checkbox"/> 低栄養( <input type="checkbox"/> 中等度低栄養、 <input type="checkbox"/> 重度低栄養) 該当項目 表現型( <input type="checkbox"/> 体重減少、 <input type="checkbox"/> 低BMI、 <input type="checkbox"/> 筋肉量減少) 病因( <input type="checkbox"/> 食事摂取量減少/消化吸収能低下、 <input type="checkbox"/> 疾病負荷/炎症)		
	② GLIM基準以外の評価: <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 過栄養 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
【上記で①「低栄養非該当」かつ②「問題なし」以外に該当した場合に記載】			
必要栄養量	熱量: ( )kcal	たんぱく質量 ( )g	
総摂取栄養量(経口・経腸・経静脈栄養の合計(*2))	熱量: ( )kcal	たんぱく質量 ( )g	*2:入院直後等で不明な場合は総提供栄養量でも可
<b>&lt;参考&gt; GLIM(Global Leadership Initiative on Malnutrition)基準</b>			
・ 2018年に世界の栄養学会 (ESPEN:欧州, ASPEN:北米, PENSA:アジア, FELANPE:南米) が低栄養の診断基準としてGLIM基準を策定			
・ 表現型 (体重減少、低BMI、筋肉量減少) と病因 (食事摂取量減少/消化吸収能低下、疾病負荷/炎症) により判定			
※詳細は、日本臨床栄養代謝学会 (JSPEN) HP「GLIM基準について」を参照			

## 定期的なFIMの測定の要件化

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

# A308 回復期リハビリテーション病棟入院料

旧 施設基準：告示（変更部分のみ）	新 施設基準 告示（変更部分のみ）
<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>(1) 通則 イ～チ（略）</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（略）</p> <p><u>(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></p> <p>イ～ロ（略）</p> <p>ハ 当該病棟に在宅復帰支援を担当する<u>専任</u>の常勤の社会福祉士等が一名以上配置されていること。</p> <p>ニ～チ（略）</p> <p><u>（新設）</u></p> <p><u>（新設）</u></p> <p><u>（新設）</u></p> <p>リ（略）</p> <p><u>（新設）</u></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>(1) 通則 イ～チ（略）</p> <p><u>削除</u></p> <p>ヌ・ル（略）</p> <p><u>(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></p> <p><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></p> <p>ロ～ハ（略）</p> <p>ニ 当該病棟に在宅復帰支援を担当する<u>専従</u>の常勤の社会福祉士等が一名以上配置されていること。</p> <p>ホ～リ（略）</p> <p><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></p> <p><u>ル 介護保険法第百十五条の四十五第一項から第三項までに規定する地域支援事業に協力する体制を確保していること。</u></p> <p><u>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。</u></p> <p>ワ（略）</p> <p><u>カ 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していること。</u></p>

旧 施設基準：告示（変更部分のみ）	新 施設基準 告示（変更部分のみ）
<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>(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>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>(新設)</u></p> <p><u>イ～ニ</u> (略) <u>(新設)</u></p> <p><u>ホ</u> (略) <u>(新設)</u></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></p> <p><u>ロ～ホ</u> (略)</p> <p><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> <p><u>ト</u> (略)</p> <p><u>チ (2)の力を満たすものであること。</u></p>
<p>(5)～(10) (略)</p> <p>(11) 体制強化加算の施設基準 (略)</p>	<p><u>削除</u></p>

〔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。





# A308 回復期リハビリテーション病棟入院料

## 【基本的な考え方】

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

## 【具体的な内容】

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。

運動器リハは6単位まで！

### 旧 施設基準：告示（変更部分のみ）

#### 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

脳血管疾患等の患者のうち発症後六十日以内のもの

入院中の患者であって、その入院する病棟等において早期歩行、ADLの自立等を目的として心大血管疾患リハビリテーション料(I)、脳血管疾患等リハビリテーション料(I)、廃用症候群リハビリテーション料(I)、運動器リハビリテーション料(I)又は呼吸器リハビリテーション料(I)を算定するもの

### 新 施設基準 告示（変更部分のみ）

#### 別表第九の三

医科点数表第二章第七部リハビリテーション通則第4号に規定する患者

回復期リハビリテーション病棟入院料又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（運動器リハビリテーション料を算定するものを除く。）

脳血管疾患等の患者のうち発症後六十日以内のもの

入院中の患者であって、その入院する病棟等において早期歩行、ADLの自立等を目的として心大血管疾患リハビリテーション料(I)、脳血管疾患等リハビリテーション料(I)、廃用症候群リハビリテーション料(I)、運動器リハビリテーション料(I)又は呼吸器リハビリテーション料(I)を算定するもの



# A308 回復期リハビリテーション病棟入院料

要届出

		入院料 1	入院料 2	入院料 3	入院料 4	入院料 5 (※ 1)
職員の配置に関する施設基準	医師	専任常勤 1 名以上				
	看護職員	1 3 対 1 以上 (7 割以上が看護師)	1 5 対 1 以上 (4 割以上が看護師)			
	看護補助者	3 0 対 1 以上				
	リハビリ専門職	専従常勤の P T 3 名以上、 O T 2 名以上、S T 1 名以上	専従常勤の P T 2 名以上、O T 1 名以上			
	社会福祉士	専任常勤 1 名以上 ⇒ <b>専従常勤 1 名以上</b>	-			
	管理栄養士	専任常勤 1 名	専任常勤 1 名の配置が望ましい			
リハビリテーションの提供体制等に関する施設基準	休日のリハビリテーション	○			-	
	<b>FIMの測定に関する院内研修会</b>	<b>年 1 回以上開催</b>	-	<b>年 1 回以上開催</b>	-	-
	リハビリ計画書への栄養項目記載/ <b>GLIM基準による評価</b>	○	<b>GLIM基準を用いることが望ましい</b>			
	<b>口腔管理</b>	○			-	
	第三者評価	受けていることが望ましい	-	受けていることが望ましい	-	-
	<b>地域貢献活動</b>	<b>参加することが望ましい</b>			-	
アウトカムに関する施設基準	新規入院患者のうちの、重症の患者の割合	4 割以上		3 割以上		-
	自宅等に退院する割合	7 割以上				
	リハビリテーション実績指数	40 以上	-	35 以上	-	-
	入院時に重症であった患者の退院時の日常生活機能評価 ( ) 内は FIM 総得点	3 割以上が 4 点 (16 点) 以上改善		3 割以上が 3 点 (12 点) 以上改善		-
点数 ( ) 内は生活療養を受ける場合	<b>2,229 点</b> ( <b>2,215 点</b> )	<b>2,166 点</b> ( <b>2,151 点</b> )	<b>1,917 点</b> ( <b>1,902 点</b> )	<b>1,859 点</b> ( <b>1,845 点</b> )	<b>1,696 点</b> ( <b>1,682 点</b> )	

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

## A308-3 地域包括ケア病棟入院料

## 【具体的な内容】

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。  
(40日以内と41日以上で区分)
2. 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。

項 目		旧点数	新点数
1. 地域包括ケア病棟入院料 1	<input checked="" type="checkbox"/> 40日以内の期間	2, 8 0 9 (2,794)	<u>2, 8 3 8 (2,823)</u>
	<input type="checkbox"/> 41日以上期間	組み換え	<u>2, 6 9 0 (2,675)</u>
2. 地域包括ケア入院医療管理料 1	<input checked="" type="checkbox"/> 40日以内の期間	2, 8 0 9 (2,794)	<u>2, 8 3 8 (2,823)</u>
	<input type="checkbox"/> 41日以上期間	組み換え	<u>2, 6 9 0 (2,675)</u>
3. 地域包括ケア病棟入院料 2	<input checked="" type="checkbox"/> 40日以内の期間	2, 6 2 0 (2,605)	<u>2, 6 4 9 (2,634)</u>
	<input type="checkbox"/> 41日以上期間	組み換え	<u>2, 5 1 0 (2,495)</u>
4. 地域包括ケア入院医療管理料 2	<input checked="" type="checkbox"/> 40日以内の期間	2, 6 2 0 (2,605)	<u>2, 6 4 9 (2,634)</u>
	<input type="checkbox"/> 41日以上期間	組み換え	<u>2, 5 1 0 (2,495)</u>
5. 地域包括ケア病棟入院料 3	<input checked="" type="checkbox"/> 40日以内の期間	2, 2 8 5 (2,270)	<u>2, 3 1 2 (2,297)</u>
	<input type="checkbox"/> 41日以上期間	組み換え	<u>2, 1 9 1 (2,176)</u>
6. 地域包括ケア入院医療管理料 3	<input checked="" type="checkbox"/> 40日以内の期間	2, 2 8 5 (2,270)	<u>2, 3 1 2 (2,297)</u>
	<input type="checkbox"/> 41日以上期間	組み換え	<u>2, 1 9 1 (2,176)</u>
7. 地域包括ケア病棟入院料 4	<input checked="" type="checkbox"/> 40日以内の期間	2, 0 7 6 (2,060)	<u>2, 1 0 2 (2,086)</u>
	<input type="checkbox"/> 41日以上期間	組み換え	<u>1, 9 9 2 (1,976)</u>
8. 地域包括ケア入院医療管理料 4	<input checked="" type="checkbox"/> 40日以内の期間	2, 0 7 6 (2,060)	<u>2, 1 0 2 (2,086)</u>
	<input type="checkbox"/> 41日以上期間	組み換え	<u>1, 9 9 2 (1,976)</u>

※ 各 ( ) 内は、生活療養を受ける場合

## A308-3 地域包括ケア病棟入院料

## 【具体的な内容】 在宅医療等の実績の評価の見直し

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

## 旧 施設基準 告示

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**六十回**以上算定している保険医療機関であること。
- ③ 訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法（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及び精神科訪問看護基本療養費を前三月間において**三百回**以上算定している訪問看護ステーションが当該保険医療機関に併設されていること。

## 新 施設基準 告示

十一の二 地域包括ケア病棟入院料の施設基準等

**(2) 地域包括ケア病棟入院料 1 の施設基準**

ホ 次のいずれか二つ以上を満たしていること。

- ① (略)
- ② 退院後訪問指導料、在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）、精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）、指定居宅サービス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。）の訪問看護費の〇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〇を前三月間において**百五十回**以上算定している保険医療機関であること。
- ③ 訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法（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、指定居宅サービス介護給付費単位数表の訪問看護費のイ及び指定介護予防サービス介護給付費単位数表の介護予防訪問看護費のイを前三月間において**八百回**以上算定している訪問看護ステーションが当該保険医療機関に併設されていること。

## A308-3 地域包括ケア病棟入院料

## 【具体的な内容】

地域包括ケア病棟入院料の施設基準において、在宅復帰率等の対象患者から、短期滞在手術等基本料3を算定する患者及び短期滞在手術等基本料1の対象手術を実施した患者を除くとともに、在宅復帰率の計算方法を改める。

## 旧 施設基準 告示

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。

## 新 施設基準 告示

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**六割五分未満**であること。

## 旧 施設基準 通知

**1 地域包括ケア病棟入院料の施設基準**  
**新設**

**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。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。
- ア 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
- イ 介護老人保健施設に入所した患者
- ウ 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

## 新 施設基準 通知

**1 地域包括ケア病棟入院料の施設基準**  
(12) 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等の協力医療機関として定められることが望ましい。

**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。



旧 地域包括ケア病棟入院料 1 の施設基準 通知

(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。

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



新 地域包括ケア病棟入院料 1 の施設基準 通知

(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。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。

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

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

- ① 他の保険医療機関（有床診療所入院基本料（別添 2 の第 3 の 5 の (1) のイの (イ) に該当するものに限る。）を算定する病床を除く。）に転院した患者の数
- ② 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 5 割の数

旧 地域包括ケア病棟入院料 1 の施設基準 通知	新 地域包括ケア病棟入院料 1 の施設基準 通知
<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>(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>	<p><u>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</u></p> <p><u>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</u></p> <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>(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。<u>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。</u></p>

## 旧 施設基準 通知

(新設)

### 3 地域包括ケア入院医療管理料 1 の施設基準

- (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。
- (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。

新設

## 新 施設基準 通知

- (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。

### 3 地域包括ケア入院医療管理料 1 の施設基準

- (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。なお、割合の算出方法は2の(2)の例による。
- (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。

(3) 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。また、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。



## 旧 施設基準 通知

(新設)

### 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。

イ～ク (略)

## 新 施設基準 通知

(7)令和 6 年 3 月 31 日時点で現に地域包括ケア入院医療管理料 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 )、( 2 )及び( 6 ) ( 2 の( 8 )のイ、ウ及びオに限る。) の規定に限り、なお従前の例による。

### 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。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。

イ～ク (略)



# 地域包括ケア病棟の施設基準の見直し

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

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

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

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

## A308-3 地域包括ケア病棟入院料

(看護補助者配置加算・看護補助体制充実加算)

項目	旧点数	新点数
看護職員配置加算	150	→
看護補助者配置加算	160	<b>削除</b>
看護補助体制充実加算	165	<b>削除</b>
イ 看護補助体制充実加算 <u>1</u>	<b>新設</b>	<b><u>190</u></b>
ロ 看護補助体制充実加算 <u>2</u>	<b>新設</b>	<b><u>175</u></b>
ハ 看護補助体制充実加算 <u>3</u>	<b>新設</b>	<b><u>165</u></b>

## A308-3 地域包括ケア病棟入院料

## (看護補助者配置加算・看護補助体制充実加算)

## 旧 算定要件(告示)

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日につき所定点数に加算する。

イ 看護補助者配置加算 160点

ロ 看護補助体制充実加算 165点

(新設)

## 新 算定要件(告示)

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、看護補助者配置加算として、1日につき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。

(削る)

(削る)

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、当該患者について、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。

イ 看護補助体制充実加算 1 190点

ロ 看護補助体制充実加算 2 175点

ハ 看護補助体制充実加算 3 165点



## A308-3 地域包括ケア病棟入院料 (加算)

項目	旧点数	新点数
<b>イ 急性期患者支援病床初期加算</b>		
<b>(1)急性期患者支援病床初期加算 (許可病床数400以上)</b>		
① 他の医療機関の一般病棟から転棟した患者の場合	150	→
② ①の患者以外の場合	50	→
<b>(2)急性期患者支援病床初期加算 (許可病床数400未満)</b>		
① 他の医療機関の一般病棟から転棟した患者の場合	250	→
② ①の患者以外の場合	125	→
<b>ロ 在宅患者支援病床初期加算</b>		
① 介護老人保健施設から入院した患者の場合	<u>500</u>	<b>分割</b>
<u>① 救急搬送された患者又は他の保険医療機関で急患者連携搬送料を算定し搬送された患者 (入院初日から当該病棟に入院の場合)</u>	<b>新設</b> <b>新設</b>	<u>580</u>
<u>② ①の患者以外の患者の場合</u>		<u>480</u>
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	<u>400</u>	<b>分割</b>
<u>① 救急搬送された患者又は他の保険医療機関で急患者連携搬送料を算定し搬送された患者 (入院初日から当該病棟に入院の場合)</u>	<b>新設</b>	<u>480</u>
<u>② ①の患者以外の患者の場合</u>	<b>新設</b>	<u>380</u>

# A308-3 地域包括ケア病棟入院料 (在宅患者支援病床初期加算)

【基本的な考え方】 地域包括ケア病棟における適切な在宅患者等の緊急入院の受入れを推進する観点から、在宅患者支援病床初期支援加算を見直す。

【具体的な内容】 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。

## 旧 算定要件 (告示)

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  
(中略)

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。

イ (略)

### □ 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

## 新 算定要件 (告示)

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  
(中略)

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。

イ (略)

### □ 在宅患者支援病床初期加算

(1) 介護老人保健施設から入院した患者の場合

① 救急搬送された患者又は他の保険医療機関で区分番号C004-2に掲げる救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者であって、入院初日から当該病棟に入院した患者の場合

**580点**

② ①の患者以外の患者の場合 **480点**



# A308-3 地域包括ケア病棟入院料 (在宅患者支援病床初期加算)

## 旧 算定要件 (告示)

(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

## 新 算定要件 (告示)

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

① 救急搬送された患者又は他の保険医療機関で区分番号C004-2に掲げる救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者であって、入院初日から当該病棟に入院した患者の場合 **480点**

② ①の患者以外の患者の場合 **380点**

# A311 精神科救急急性期医療入院料

項 目	旧点数	新点数
精神科救急急性期医療入院料（1日につき）		
1 30日以内の期間	2, 4 0 0	<u>2, 4 2 0</u>
2 31日以上60日以内	2, 1 0 0	<u>2, 1 2 0</u>
3 61日以上90日以内	1, 9 0 0	<u>1, 9 1 8</u>
非定型抗精神病薬加算	1 5	→
院内標準診療計画加算	2 0 0	<b>削除</b>
看護職員夜間配置加算	7 0	→
精神科救急医療体制加算		
1 精神科救急医療体制加算 1	6 0 0	→
2 精神科救急医療体制加算 2	5 9 0	→
3 精神科救急医療体制加算 3	5 0 0	→



# A311-2 精神科急性期治療病棟入院料

項 目	旧点数	新点数
<b>精神科急性期治療病棟入院料 1</b>		
イ 30日以内の期間	2, 0 0 0	<u>2, 0 2 0</u>
ロ 31日以上60日以内の期間	1, 7 0 0	<u>1, 7 1 9</u>
ハ 61日以上90日以内の期間	1, 5 0 0	<u>1, 5 1 8</u>
<b>精神科急性期治療病棟入院料 2</b>		
イ 30日以内の期間	1, 8 8 5	<u>1, 9 0 3</u>
ロ 31日以上90日以内の期間	1, 6 0 0	<u>1, 6 1 8</u>
ハ 61日以上90日以内の期間	1, 4 5 0	<u>1, 4 6 6</u>
<b>院内標準診療計画加算</b>	2 0 0	<b>削除</b>

## 【具体的な内容】

5. 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。

旧 施設基準	新 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>(新設)</u>	十五 精神科急性期治療病棟入院料の施設基準等 (1) 通則 ハ 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]

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、令和8年5月31日までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなす。

# A312 精神療養病棟入院料

項 目	旧点数	新点数
精神科療養病棟入院料	1,091	<b>1,108</b>
非定型抗精神病薬加算	15	→
イ 重症者加算 1	60	→
ロ 重症者加算 2	30	→
退院調整加算（退院時）	500	<b>削除</b>
精神保健福祉士配置加算	30	→

## 【具体的な内容】

3. 精神科入退院支援加算の新設を踏まえ、院内標準診療計画加算及び退院調整加算を廃止する。

## 旧 算定要件（告示）

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。

## 新 算定要件（告示）

(削除)



# A314 認知症治療病棟入院料

項 目	旧点数	新点数
認知症治療病棟入院料 1		
イ 30日以内の期間	1,811	<u>1,829</u>
ロ 31日以上60日以内の期間	1,503	<u>1,521</u>
ハ 61以上の期間	1,204	<u>1,221</u>
認知症治療病棟入院料 2		
イ 30日以内の期間	1,318	<u>1,334</u>
ロ 31日以上60日以内の期間	1,112	<u>1,129</u>
ハ 61以上の期間	988	<u>1,003</u>
退院調整加算（退院時）	300	<u>削除</u>
認知症夜間対応加算		
イ 30日以内の期間	84	→
ロ 31以上の期間	40	→

## 【具体的な内容】

3. 精神科入退院支援加算の新設を踏まえ、院内標準診療計画加算及び退院調整加算を廃止する。

### 旧 算定要件（告示）

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病院である保険医療機関において、当該病棟に6月以上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300点を所定点数に加算する。

### 新 算定要件（告示）

(削除)



## 精神科地域包括ケア病棟入院料

項 目	旧点数	新点数
<u>精神科地域包括ケア病棟入院料（1日につき）</u>	<b>新設</b>	<b>1,535</b>
<u>自宅等移行初期加算（1日につき90日間限）</u>	<b>新設</b>	<b>100</b>
<u>非定型抗精神病薬加算（1日につき）</u>	<b>新設</b>	<b>15</b>

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

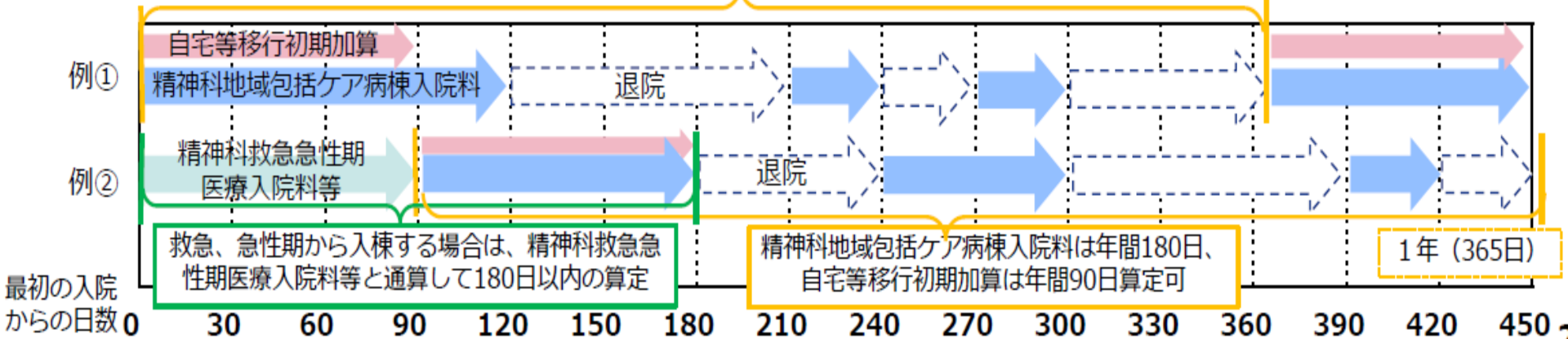
## 新 算定要件

- 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A311に掲げる精神科救急急性期医療入院料、区分番号A311-2に掲げる精神科急性期治療病棟入院料及び区分番号A311-3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A103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、注1本文及び注2に規定する点数を算定した患者（当該保険医療機関以外の保険医療機関で算定した患者を含む。）については、当該期間を注1本文及び注2に規定する期間に通算する。
- 4 区分番号A103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A312に掲げる精神療養病棟入院料、区分番号A314に掲げる認知症治療病棟入院料及び区分番号A318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る、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。
- 6 診療に係る費用（略）は、精神科地域包括ケア病棟入院料に含まれるものとする。 ← 告示・通知をご確認下さい。

[算定イメージ]

精神科地域包括ケア病棟入院料は年間180日、自宅等移行初期加算は年間90日算定可

1年(365日)



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

## 【施設基準】（概要）

### 自宅等への移行実績

- 当該病棟の入院患者のうち **7割以上**が入院日から起算して **6月以内に退院し、自宅等へ移行**すること。ただし、（★）を満たす医療機関においては、6割以上を満たすこと。

### かかりつけ精神科医機能

#### 【精神科回復期医療の提供】

#### 多職種の重点的な配置

- **看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師で13:1**（日勤帯は作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師の数が1以上）
- **看員職員で15:1以上**（必要最小数の4割以上が看護師）
- 夜勤の看護職員数2以上

#### 地域定着も含めた退院支援

- **精神科入退院支援加算の届出**（①）
- 精神障害者の地域生活を支援する関係機関等（※2）との連携  
（※2）障害福祉サービス等事業者、介護サービス事業所、行政機関（都道府県、保健所、市町村）等

#### 【精神科在宅医療の提供】精神科訪問診療、訪問看護等の提供実績

- ア又はイ及びウ～オのいずれかを満たしていること。（①） ※いずれも直近3か月間の算定回数
- ア 精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）及び（Ⅲ） **60回以上**
- イ 訪問看護ステーションにおける精神科訪問看護基本療養費 **300回以上**
- ウ 精神科退院時共同指導料 **3回以上**      エ 在宅精神療法 **20回以上**
- オ 精神科在宅患者支援管理料 **10回以上**（★）

#### 地域の精神科医療提供体制への貢献

- 当該保険医療機関の**常勤の精神保健指定医が、指定医の公務員としての業務**（※） **等を年1回以上**行っていること。（①）  
（※）措置入院時の診察、精神医療審査会における業務等

#### 精神科救急医療、時間外診療の提供

- ア又はイを満たしていること（①）
- ア **常時対応型施設又は身体合併症救急医療確保事業において指定を受けている医療機関**
- イ **病院群輪番型施設**であって、時間外、休日又は深夜において、**入院件数が年4件以上又は外来対応件数が年10件以上**

#### その他

- **データ提出加算に係る届出**（②）
- **クロザピンを処方する体制**
- 精神科救急急性期医療入院料を算定する病床数が120床以下
- 精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料又は精神科地域包括ケア病棟入院料を算定する病床数の合計が200床以下

【経過措置】（①）令和7年5月31日まで      （②）令和7年9月30日まで



# A318 地域移行機能強化病棟入院料

項 目	旧点数	新点数
地域移行機能強化病棟入院料	1,539	<b>1,557</b>
非定型抗精神病薬加算	15	→
イ 重症者加算 1	60	→
ロ 重症者加算 2	30	→

【基本的な考え方】 精神病棟の長期入院患者の地域移行を一層推進する観点から、地域移行機能強化病棟入院料について、当該入院料にかかる実績等を踏まえ、要件を見直すとともに、届出期間を延長する。

【具体的な内容】 1. 地域移行機能強化病棟入院料について、長期入院患者の退院実績に係る要件を見直す。

## 旧 施設基準（通知：変更部分のみ）

(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。  
 (中略)

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）  
 $\div$  当該病棟の届出病床数  $\times 100$  (%)

## 新 施設基準（通知：変更部分のみ）

(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 **3.3%** 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。  
 (中略)

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）  
 $\div$  当該病棟の届出病床数  $\times 100$  (%)

# A318 地域移行機能強化病棟入院料

## 旧 施設基準（通知：変更部分のみ）

(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）  
 $\div$  当該病棟の届出病床数  $\times 100(\%)$

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

届出前月末日時点での精神病床の許可病床数－  
 （当該病棟の届出病床数の **30%**  $\times$  当該病棟の算定年数）

(17) 地域移行機能強化病棟入院料に係る届出を取り下げる際には、許可病床数が以下の式で算出される数値以下であること。

届出前月末日時点での精神病床の許可病床数－  
 （当該病棟の届出病床数の **30%**  $\times$  当該病棟の算定月数  $\div 12$

（中略）

(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。

## 新 施設基準（通知：変更部分のみ）

(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 **3.3%** 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）  
 $\div$  当該病棟の届出病床数  $\times 100$

(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 **40%**  $\times$  当該病棟の算定年数）

(17) 地域移行機能強化病棟入院料に係る届出を取り下げる際には、許可病床数が以下の式で算出される数値以下であること。

届出前月末日時点での精神病床の許可病床数－  
 （当該病棟の届出病床数の **40%**  $\times$  当該病棟の算定月数  $\div 12$

（中略）

(削除)





【具体的な内容】  
2. 当該病棟において、専任の精神保健福祉士の配置に係る要件を緩和する。

旧 施設基準（告示：変更部分のみ）	新 施設基準（告示：変更部分のみ）
<p>二十 地域移行機能強化病棟入院料の施設基準等</p> <p>(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 <u>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。</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p>チ～ル（略）</p>	<p>二十 地域移行機能強化病棟入院料の施設基準等</p> <p>(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 <u>上配置されていること。</u></p> <p>チ 当該病棟に <u>退院調整を担当する者</u> 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。</p> <p>リ～ヲ（略）</p>

# A318 地域移行機能強化病棟入院料

旧 施設基準（通知：変更部分のみ）	新 施設基準（通知：変更部分のみ）
<p>(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。<u>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。</u></p> <p>(9) (略)</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「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）</p> <p>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>(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。</p> <p>(9) (略)</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（以下この項において「退院支援相談員」という）を、当該病棟に入院した患者1人につき1人以上指定し、当該保険医療機関内に配置していること。<u>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。</u>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）</p> <p>イ 保健師、看護師、准看護師、作業療法士、社会福祉士 <u>又は公認心理師</u>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) 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。</p>

**第1章 基本診療料**  
**第2部 入院料等**  
**第4節 短期滞在手術等基本料**

【具体的な内容】

1. 短期滞在手術等基本料 1 について、対象手術等の入院外での実施状況を踏まえ、適切な評価を行う観点から、評価を見直す。

項 目	旧点数	新点数
1 短期滞在手術等基本料 1 (日帰りの場合)		
イ 麻酔を伴う手術を行った場合	2, 9 4 7	<u>(細分化)</u>
ロ イ以外の場合	2, 7 1 8	<u>(細分化)</u>
<u>イ 主として入院で実施されている手術を行った場合</u>		
<u>(1) 麻酔を伴う手術を行った場合</u>	<u>(新設)</u>	<u>2, 9 4 7</u>
<u>(2) (1) 以外の場合</u>	<u>(新設)</u>	<u>2, 7 1 8</u>
<u>ロ イ以外の場合</u>		
<u>(1) 麻酔を伴う手術を行った場合</u>	<u>(新設)</u>	<u>1, 5 8 8</u>
<u>(2) (1) 以外の場合</u>	<u>(新設)</u>	<u>1, 3 5 9</u>

# A400 短期滞在手術等基本料 1

## (参考) 短期滞在手術等基本料の対象手術等

### 短期滞在手術等基本料 1 の対象手術等

#### (「イ」主として入院で実施されている手術を行った場合の対象手術等)

- D287 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)
- D291-2 小児食物アレルギー負荷検査
- K006 皮膚、皮下腫瘍摘出術 (露出部以外) 4 長径十二センチメートル以上 (六歳未満に限る。)
- K030 四肢・躯幹部腫瘍摘出術 2 手、足 (手に限る。)
- 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。)
- K068 半月板切除術
- K068-2 関節鏡下半月板切除術
- K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 イ 縫着レンズを挿入するもの
- K282 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合
- K282 水晶体再建術 3 計画的後囊切開を伴う場合
- K474 乳腺腫瘍摘出術 1 長径5センチメートル未満
- K474 乳腺腫瘍摘出術 2 長径5センチメートル以上
- K508 気管支狭窄拡張術 (気管支鏡によるもの)
- 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)
- K617 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術
- K653 内視鏡的胃、十二指腸ポリポー・粘膜切除術 1 早期悪性腫瘍粘膜切除術
- K834-3 顕微鏡下精索静脈瘤手術
- K841-2 経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 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
- K841-2 経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 2 ツリウムレーザーを用いるもの
- K841-2 経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 3 その他のもの

#### (「ロ」イ以外の場合の対象手術等)

- K005 皮膚、皮下腫瘍摘出術 (露出部) 3 長径四センチメートル以上 (六歳未満に限る。)
- K006 皮膚、皮下腫瘍摘出術 (露出部以外) 3 長径六センチメートル以上十二センチメートル未満 (六歳未満に限る。)
- K008 腋臭症手術
- K070 ガングリオン摘出術 1 手、足、指 (手、足) (手に限る。)
- K093 手根管開放手術
- K093-2 関節鏡下手根管開放手術
- K202 涙管チューブ挿入術 1 涙道内視鏡を用いるもの
- K217 眼瞼内反症手術 2 皮膚切開法
- K219 眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前転法
- K219 眼瞼下垂症手術 3 その他のもの
- K224 翼状片手術 (弁の移植を要するもの)
- K254 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。)
- K268 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術
- K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの
- K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1 初回
- K616-4 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
- K617 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法 (一連として)
- K617 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術
- K617-4 下肢静脈瘤血管内焼灼術
- K617-6 下肢静脈瘤血管内塞栓術
- K721 内視鏡的大腸ポリポー・粘膜切除術 1 長径二センチメートル未満
- K743 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)
- K747 肛門良性腫瘍、肛門ポリポー、肛門尖圭コンジローム切除術 (肛門ポリポー、肛門尖圭コンジローム切除術に限る。)
- K823-6 尿失禁手術 (ボツリヌス毒素によるもの)



# 0102 入院ベースアップ評価料（1日につき）

要届出

項目	旧点数	新点数
入院ベースアップ評価料1～165	新設	1点～165点

**【具体的な内容】**

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

**新 算定要件（告示）**

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。

**主として医療に従事する職員（対象職員）**

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



## 新 施設基準（通知）

- (1) 医科点数表又は歯科点数表第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。）、同部第三節の特定入院料又は同部第四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)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。
- (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を合算した数に10円を乗じた額が、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、この項において「対象職員」という。)の給与総額の2分3厘(2.3%)未満であること。対象職員は別表4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。
- (4) 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の見込みを用いて次の式により算出した数【C】に基づき、別表6に従い該当する区分を届け出ること。

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



## 新 施設基準（通知）

- (5) (4)について、算出を行う月、その際に用いる「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」及び「延べ入院患者数」の対象となる期間、算出した【C】に基づき届け出た区分に従って算定を開始する月は別表7のとおりとする。象職員の給与総額は、別表7の対象となる12か月の期間の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(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」は、初診料等の算定回数を用いて計算し、別表7の対象となる3か月の期間の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、別表7の対象となる3か月の期間の1月あたりの延べ入院患者数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(支)局長に届出を行った上で、翌月(毎年4、7、10、1月)から変更後の区分に基づく点数を算定すること。なお、区分の変更に係る届出においては、「当該評価料による賃金の改善措置が実施されなかった場合の賃金総額」について対象職員の賃金総額を算出すること。ただし、前回届け出た時点と比較して、別表7の対象となる3か月の「対象職員の給与総額」、「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定される点数の見込み」、「延べ入院患者数」及び【C】のいずれの変化も1割以内である場合においては、区分の変更を行わないものとする。新規届出時(区分変更により新たな区分を届け出る場合を除く。以下この項において同じ。)は、直近の別表7の「算出を行う月」における対象となる期間の数値を用いること。ただし、令和6年6月3日までに届出を行った場合は、令和6年6月に区分の変更を行わないものとする。
- (6) 当該評価料を算定する場合は、令和6年度及び令和7年度において対象職員の賃金(役員報酬を除く。)の改善(定期昇給によるものを除く。)を実施しなければならない。



## 新 施設基準（通知）

- (7) (6)について、ベア等により改善を図るため、当該評価料は、**対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む)等の増加分に用いること。**ただし、ベア等を行った保険医療機関において、患者数等の変動等により当該評価料による収入が上記の増加分に用いた額を上回り、追加でベア等を行うことが困難な場合であって、賞与等の手当によって賃金の改善を行った場合又は令和6年度及び令和7年度において翌年度の賃金の改善のために繰り越しを行う場合(令和8年12月までに賃金の改善措置を行う場合に限る。)についてはこの限りではない。ただし、いずれの場合においても、賃金の改善の対象とする項目を特定して行うこと。なお、当該評価料によって賃金の改善を実施する項目以外の賃金項目(業績等に応じて変動するものを除く。)の水準を低下させてはならない。また、賃金の改善は、当該保険医療機関における「当該評価料による賃金の改善措置が実施されなかった場合の賃金総額」と、「当該評価料による賃金の改善措置が実施された場合の賃金総額」との差分により判断すること。
- (8) **令和6年度及び令和7年度における「賃金改善計画書」を作成していること。**
- (9) 常勤換算2名以上の対象職員が勤務していること。ただし、「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っては、この限りでない。



## 新 施設基準（通知）

- (10) 当該保険医療機関において、以下に掲げる社会保険診療等に係る収入金額(以下、「社会保険診療等収入金額」という。)の合計額が、総収入の100の80を超えること。
- ア 社会保険診療(租税特別措置法(昭和32年法律第26号)第26条第2項に規定する社会保険診療をいう。以下同じ。)に係る収入金額(労働者災害補償保険法(昭和22年法律第50号)に係る患者の診療報酬(当該診療報酬が社会保険診療報酬と同一の基準によっている場合又は当該診療報酬が少額(全収入金額のおおむね100の10以下の場合をいう。)の場合に限る。)を含む。)
  - イ 健康増進法(平成14年法律第103号)第6条各号に掲げる健康増進事業実施者が行う同法第四条に規定する健康増進事業(健康診査に係るものに限る。以下同じ。)に係る収入金額(当該収入金額が社会保険診療報酬と同一の基準により計算されている場合に限る。)
  - ウ 予防接種(予防接種法(昭和23年法律第68号)第3条第6項に規定する定期の予防接種等その他医療法施行規則第30条の35の3第2項第2号ロの規定に基づき厚生労働大臣が定める予防接種(平成29年厚生労働省告示第314号)に規定する予防接種をいう。)に係る収入金額
  - エ 助産(社会保険診療及び健康増進事業に係るものを除く。)に係る収入金額(1の分娩に係る助産に係る収入金額が50万円を超えるときは、50万円を限度とする。)
  - オ 介護保険法の規定による保険給付に係る収入金額(租税特別措置法第26条第2項第4号に掲げるサービスに係る収入金額を除く。)
  - カ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第6条に規定する介護給付費、特例介護給付費、訓練等給付費、特例訓練等給付費、特定障害者特別給付費、特例特定障害者特別給付費、地域相談支援給付費、特例地域相談支援給付費、計画相談支援給付費、特例計画相談支援給付費及び基準該当療養介護医療費並びに同法第77条及び第78条に規定する地域生活支援事業に係る収入金額
  - キ 児童福祉法第21条の5の2に規定する障害児通所給付費及び特例障害児通所給付費、同法第24条の2に規定する障害児入所給付費、同法第24条の7に規定する特定入所障害児食費等給付費並びに同法第24条の25に規定する障害児相談支援給付費及び特例障害児相談支援給付費に係る収入金額
  - ク 国、地方公共団体及び保険者等が交付する補助金等に係る収入金額



## 新 施設基準（通知）

- (11) 当該保険医療機関は、当該評価料の趣旨を踏まえ、労働基準法等を遵守すること。
- (12) 当該保険医療機関は、対象職員に対して、賃金改善を実施する方法等について、2の届出に当たり作成する「賃金改善計画書」の内容を用いて周知するとともに、就業規則等の内容についても周知すること。また、対象職員から当該評価料に係る賃金改善に関する照会を受けた場合には、当該対象者についての賃金改善の内容について、書面を用いて説明すること等により分かりやすく回答すること。



【別表6】入院ベースアップ評価料の区分		
【C】	入院ベースアップ評価料の区分	点数
0以上1.5未満	入院ベースアップ評価料1	1点
1.5以上2.5未満	入院ベースアップ評価料2	2点
↓		
164.5以上	入院ベースアップ評価料165	165点

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



令和6年度診療報酬改定 I-1 医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組-①

## 賃上げに係る評価の全体像

### ベースアップ評価料

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

**① 外来・在宅医療の患者に係る評価、訪問看護ステーションの利用者に係る評価**  
 外来・在宅ベースアップ評価料(I)、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)、訪問看護ベースアップ評価料(I)  
 ・届け出が必要、初再診料等に評価を上乗せ（区分は設けない）

**(新) 外来・在宅ベースアップ評価料 (I) 初診時 6点 再診時 2点 等**

**+** ※ 入院に携わる職員のための評価

病院、有床診療所

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

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

**(新) 外来・在宅ベースアップ評価料(II) 等**

**② 入院患者に係る評価**  
 入院ベースアップ評価料  
 ・必要な評価の区分（165区分）を計算し、届出を行った施設について、入院料等に評価を上乗せ

**(新) 入院ベースアップ評価料（1日につき）**

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

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

### 初再診料、入院基本料等の引き上げ

40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上げに資する措置  
 ・賃上げの計画及び毎年の実績（各年）についてベースアップ評価料①～③に伴う報告や抽出調査等により把握



入院時食事療養費  
入院時生活療養費



# 入院時食事（生活）療養費

項目	旧金額（円）	新金額（円）
<b>入院時食事療養（Ⅰ）</b> <b>要届出</b> (1) (2) 以外の場合（1食につき） (2) 流動食のみを提供する場合（1食につき） 注（略）	640 575	<u>670</u> <u>605</u>
<b>入院時食事療養（Ⅱ）</b> (1) (2) 以外の場合（1食につき） (2) 流動食のみを提供する場合（1食につき） 注（略）	506 460	<u>536</u> <u>490</u>

項目	旧金額（円）	新金額（円）
<b>入院時生活療養（Ⅰ）</b> <b>要届出</b> (1) イ（ロ）以外の場合（1食につき） ロ 流動食のみを提供する場合（1食につき） (2)（略） 注（略）	554 500	<u>584</u> <u>530</u>
<b>入院時生活療養（Ⅱ）</b> (1) 食事の提供たる療養（1食につき） (2)（略） 注（略）	420	<u>450</u>



# 入院時食事療養費の標準負担額（1食につき）

一般 (70歳未満)	70歳以上の 高齢者	標準負担額		
			旧金額 (円)	新金額 (円)
一般 (下記以外)	一般 (下記以外)		460	<u>490</u>
		指定難病患者・小児慢性特定疾病児童等	260	<u>280</u>
低所得者（住 民税非課税）	低所得者Ⅱ		210	<u>230</u>
		過去一年間の入院期間が90日超	160	<u>180</u>
該当なし	低所得者Ⅰ		100	<u>110</u>

低所得者Ⅱ ①世帯全員が住民税非課税であって、「低所得者Ⅰ」以外の者

低所得者Ⅰ ①世帯全員が住民税非課税で、世帯の各所得が必要経費・控除を差し引いたときに0円となる者、あるいは②老齢福祉年金受給者





# 入院時生活療養費・生活療養標準負担額

療養病床に入院する65歳以上の患者			標準負担額	
			上段：食費（1食） 下段：居住費（1日）	
			旧金額（円）	新金額（円）
一般	①一般の患者（下記のいずれにも該当しない者）	入院時生活療養（Ⅰ）を算定する 医療機関に入院	460 370	<u>490</u> →
		入院時生活療養（Ⅱ）を算定する 医療機関に入院	420 370	<u>450</u> →
	②厚生労働大臣が定める者〔=重篤な病状又は集中的治療を要する者等〕（低所得者Ⅰ・Ⅱを除く）	入院時生活療養（Ⅰ）を算定する 医療機関に入院	460 370	<u>490</u> →
		入院時生活療養（Ⅱ）を算定する 医療機関に入院	420 370	<u>450</u> →
	③指定難病患者（低所得者Ⅰ・Ⅱを除く）		260 0	<u>280</u> →



# 入院時生活療養費・生活療養標準負担額

療養病床に入院する65歳以上の患者			標準負担額	
			旧金額 (円)	新金額 (円)
低所得者Ⅱ	④低所得者Ⅱ (※) (⑤⑥に該当しない者)		210 370	<u>230</u> →
	⑤低所得者Ⅱ〔重篤な病状又は集中的治療を要する者等〕	申請月以前の12月以内の入院日数が90日以下	210 370	<u>230</u> →
		申請月以前の12月以内の入院日数が90日超	160 370	<u>180</u> →
	⑥低所得者Ⅱ (指定難病患者)	申請月以前の12月以内の入院日数が90日以下	210 0	<u>230</u> →
申請月以前の12月以内の入院日数が90日超		160 0	<u>180</u> →	

※低所得者Ⅱ：70歳未満の低所得者（住民税非課税/限度額適用区分「オ」）は、70歳以上の「低所得者Ⅱ」に相当。「低所得者Ⅰ」は70歳以上のみに適用される。



# 入院時生活療養費・生活療養標準負担額

療養病床に入院する65歳以上の患者		標準負担額 上段：食費（1食） 下段：居住費（1日）	
		旧金額（円）	新金額（円）
低所得者 I	⑦低所得者 I（⑧⑨⑩⑪に該当しない者）	130 370	<u>140</u> →
	⑧低所得者 I〔重篤な病状又は集中的治療を要する者等〕	100 370	<u>110</u> →
	⑨低所得者 I（指定難病患者） ⑩低所得者 I / 老齢福祉年金受給者 ⑪境界層該当者（※）	100 0	<u>110</u> →

※境界層該当者：負担の低い基準を適用すれば生活保護を必要としない状態になる者。



ご清聴ありがとうございました  
お疲れ様でした

よんやくは、人々の暮らしと健康を  
「守る」「支える」「届ける」ことを  
喜びとする会社を目指します

注：告示・通知を元に作成しておりますが、一部省略等しております。実際の算定及び届出の際は、基準のご確認をお願いいたします。



株式会社よんやく

まっすぐに、着実に。日々の積み重ねが生み出す、地域の幸せ。