

中央社会保険医療協議会 総会（第 591 回） 議事次第

令和 6 年 7 月 3 日（水）

診療報酬基本問題小委員会終了後～

議 題

- 診療報酬基本問題小委員会からの報告について
- DPC 対象病院の退出に係る報告について
- 主な施設基準の届出状況等について
- 医療 DX の推進にかかる診療報酬上の対応について
- その他

入院・外来医療等の調査・評価分科会 今後の検討事項とスケジュール（案）

1. 背景

- 入院・外来医療等の調査・評価分科会（以下、「分科会」という。）においては、答申書附帯意見に関する事項等について、技術的な課題に関して専門的な調査及び検討を行うこととされている。
- また、分科会における技術的な検討課題の議論を、より効率的に進められるよう、分科会の下に専門的な視点からの調査・分析を行う作業グループを設置し、主な課題の作業を行っている。
 - ① 診療情報・指標等作業グループ
 - ② DPC/PDPS 等作業グループ

2. 令和８年度診療報酬改定に向けた対応（案）

- 今後、入院・外来調査の実施・分析とあわせ、次期診療報酬改定に係る議論を以下のように進めることとしてはどうか。

6月14日

- 今後の進め方
- 令和6・7年度調査項目（案）

以降

- 各作業グループにおける検討を開始
- 令和6年度調査内容（案）等、順次検討を進める

- また、DPC/PDPSについては、答申書附帯意見も踏まえ、DPCデータを用いた検討を行うことを基本としつつ、必要に応じて特別調査を実施することとしてはどうか。

各作業グループの作業内容

中医協	総	-1	-1参考
6	.	7	. 3

中医協	診	-1	-1参考
6	.	7	. 3

診調組	入	-1参考
6	.	6 . 1 4

平成30年7月18日中医協総会承認

● 診療情報・指標等作業グループ

- 1) 診療実績データの分析に関する事項
 - ・ 診療実績データ(DPCデータ)等を活用し、医療内容の評価指標や指標測定のための手法等に関する調査研究・分析
- 2) データの利活用の在り方に関する事項
 - ・ 診療実績データを提出する病棟の種類が拡大したことを踏まえたDPC退院患者調査における報告内容について
- 3) その他、データ提出に係る診療情報や指標に関する事項

● DPC/PDPS等作業グループ

- 1) DPC/PDPSの運用に関する事項
 - ・ 医療機関別係数のフォローアップについて
 - ・ DPC/PDPSの対象病院の要件について
- 2) DPC退院患者調査に関する事項
 - ・ DPC退院患者調査における報告内容について
 - ・ 病院情報の公表の取組について
- 3) その他DPC/PDPSに関する事項

中医協 総1-2
6 . 7 . 3

中医協 診1-2
6 . 7 . 3

診調組 入-2
6 . 6 . 1 4

令和6・7年度 入院・外来医療等の調査について

令和6年6月14日

令和6年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見(抜粋)

- 2 看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種を対象とした賃上げに係る評価について、各医療機関における賃上げが適切に実施されているか、実態を適切に把握した上で、検証を行うこと。また、40歳未満の勤務医師及び勤務歯科医師並びに薬局の勤務薬剤師、事務職員や歯科技工所で従事する者等についても賃上げの実態を適切に把握した上で、検証を行うこと。
- 4 医師の働き方改革の更なる推進を図る観点から、医療機関全体の取組に対する評価の在り方、タスクシフト・タスクシェアの進捗及び各医療従事者の負担の軽減、人材確保が困難である状況の中での看護補助者の定着等について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、実効性のある取り組みに繋がる評価の在り方等について引き続き検討すること。
- 5 新設された地域包括医療病棟において、高齢者の急性疾患の受け入れ状況、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理などのアウトカムなどについて、幅広くデータに基づいた分析を行い、評価の在り方について検討すること。また、地域包括医療病棟の新設に伴い、10対1の急性期一般病棟については、その入院機能を明確にした上で、再編を含め評価の在り方を検討すること。
- 6 急性期一般病棟入院基本料や高度急性期医療に係る評価、地域で急性期・高度急性期医療を集中的・効率的に提供する体制について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、人口構造や医療ニーズの変化も見据え、重症度、医療・看護必要度、SOFAスコア等、入院患者のより適切な評価指標や測定方法等、入院料の評価の在り方等について、引き続き検討すること。
- 7 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、障害者施設等入院基本料、療養病棟入院基本料等について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、求められている役割の更なる推進や提供されている医療の実態の反映の観点から、入院料の評価の在り方等について引き続き検討すること。

令和6年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見(抜粋)

- 8 救急医療管理加算の見直しについて、今回改定による影響の調査・検証を行い、より適切な患者の重症度に応じた評価の在り方について引き続き検討すること。
- 9 DPC/PDPS 及び短期滞在手術等基本料について、今回改定による在院日数等への影響の調査・検証を行うとともに、医療の質の向上と標準化に向け、診療実態を踏まえた更なる包括払いの在り方について引き続き検討すること。
- 11 地域包括診療料・加算における介護保険サービスとの連携に係る評価について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、介護保険サービスとの連携の推進について引き続き検討すること。
- 12 生活習慣病の管理について、今回の改定による影響の調査・検証を行うとともに、より適切な管理がなされるよう、患者の視点を十分に踏まえつつ、引き続き検討すること。加えて、他の疾病管理についても実態を踏まえた適切な評価の在り方について引き続き検討を行うこと。
- 13 かかりつけ医機能を有する医療機関について、改正医療法に基づく制度整備の状況を踏まえ、かかりつけ医機能がより発揮される評価の在り方を検討すること。
- 15 情報通信機器を用いた診療については、初診から向精神薬等を処方している医療機関や大半の診療を医療機関の所在地とは異なる都道府県の患者に対して行っている医療機関があることを踏まえ、今後、より丁寧に実態を把握するとともに、引き続き評価の在り方について検討すること。
- 18 回復期リハビリテーション入院医療管理料の新設に伴い、医療資源の少ない地域におけるリハビリテーションへの対応等について、今回改定による影響の調査・検証を行うこと。



答申書附帯意見に関する上記の事項について、入院・外来医療等の調査・評価分科会で調査・検証・検討を行うこととして、令和6年5月15日の中医協総会で了承された。

調査項目

【基本的な考え方】

- 以下に掲げる8項目について、令和6年度及び令和7年度の2か年で調査を実施する。
- 経過措置の設定の状況も踏まえながら、効果を検証するまでに一定程度の期間が必要であるもの等については令和7年度調査として実施する。
- 令和6年度調査で実施するものについても、改定による効果がより明らかになるよう、経過措置があるものは経過措置終了後に調査期間を設定する等の工夫を行う。
- 賃上げにかかる調査・検証については、別途、提出された賃金改善計画書等で把握する。

【調査項目】	令和6年度	令和7年度
(1)急性期医療及び救急医療等に対する評価の見直しの影響について	○	○
(2)特定集中治療室管理料等の集中治療を行う入院料の見直しの影響について	○	○
(3)地域包括医療病棟の新設の影響について	○	○
(4)地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の実績要件等の見直しの影響について	○	○
(5)療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響について	○	○
(6)医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等について	○	○
(7)外来医療に係る評価等について	○	○
(8)医療資源の少ない地域における保険医療機関の実態について		○

調査スケジュール(案)

＜令和6年度調査＞

令和6年

6月
┌
7月

調査項目
・内容の
決定

＜入院・外来医療等の調査・評価分科会＞
① 令和6年度及び令和7年度に実施する入院・外来医療等に関する調査項目・内容(案)を決定
＜中医協 基本問題小委員会・総会＞
② 調査項目・内容(案)を報告

7月
┌
10月

調査票の
作成・決定

＜入院・外来医療等の調査・評価分科会＞
③ 調査項目・内容をもとに、入院・外来医療等の調査・評価分科会委員より意見を求め、必要な修正を行い、調査票原案を作成
＜中医協 基本問題小委員会・総会＞
④ 調査票原案を報告

10月
┌
12月

調査の
実施

⑤ 調査票に基づき、調査実施

令和7年

1月
┌
2月

集計

⑥ 集計及び結果の分析

3月
┌

調査結果
報告

＜入院・外来医療等の調査・評価分科会＞
⑦ 調査結果の報告
＜中医協 基本問題小委員会・総会＞
⑧ 入院・外来医療等の調査・評価分科会から調査結果の報告(速報)

※スケジュールの変更が必要な場合には、分科会及び中医協において適宜検討を行う。
※分科会検討内容を中医協基本問題小委員会・総会へ報告し、中医協の意見を踏まえ、必要があれば修正を加える。

調査スケジュール(案)

＜令和7年度調査＞

令和7年

4月
～
5月

調査票の
作成・決定

＜入院・外来医療等の調査・評価分科会＞

- ① 調査項目・内容をもとに、入院・外来医療等の調査・評価分科会委員より意見を求め、必要な修正を行い、調査票原案を作成

＜中医協 基本問題小委員会・総会＞

- ② 調査票原案を報告

6月
～
7月

調査の
実施

- ③ 調査票に基づき、調査実施

8月

集計

- ④ 集計及び結果の分析

9月
～

調査結果
報告

＜入院・外来医療等の調査・評価分科会＞

- ⑤ 調査結果の報告

＜中医協 基本問題小委員会・総会＞

- ⑥ 入院・外来医療等の調査・評価分科会から調査結果の報告(速報)

※スケジュールの変更が必要な場合には、分科会及び中医協において適宜検討を行う。

※分科会検討内容を中医協基本問題小委員会・総会へ報告し、中医協の意見を踏まえ、必要があれば修正を加える。

調査項目・内容(案)

(1) 急性期医療及び救急医療に対する評価の見直しの影響について (令和6・7年度調査)

【附帯意見(抜粋)】

- 6 **急性期一般病棟入院基本料**や高度急性期医療に係る評価、地域で急性期・高度急性期医療を集中的・効率的に提供する体制について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、人口構造や医療ニーズの変化も見据え、**重症度、医療・看護必要度**、SOFA スコア等、**入院患者のより適切な評価指標や測定方法等、入院料の評価の在り方等**について、引き続き検討すること。
- 8 **救急医療管理加算**の見直しについて、今回改定による影響の調査・検証を行い、より適切な患者の重症度に応じた評価の在り方について引き続き検討すること。
- 9 **DPC/PDPS** 及び**短期滞在手術等基本料**について、今回改定による**在院日数等への影響**の調査・検証を行うとともに、医療の質の向上と標準化に向け、診療実態を踏まえた更なる包括払いの在り方について引き続き検討すること。

【関係する主な改定内容】

- ①一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目及び判定基準等の見直し
- ②急性期充実体制加算及び総合入院体制加算の見直し
- ③救急患者連携搬送料の新設
- ④感染対策向上加算等の見直し及び特定感染症入院医療管理加算等の新設
- ⑤急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進

【調査内容案】

調査対象：一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料等の届出を行っている医療機関

- 調査内容：(1)各医療機関における入院料の届出状況、職員体制、勤務状況
(2)重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の状況、急性期充実体制加算の届出状況
(3)各入院料等における患者の状況、医療提供内容、平均在院日数、入退院支援、退院先の状況
(4)リハビリテーション・栄養管理・口腔管理等の提供状況及びその実績等の状況 等

(2) 特定集中治療室管理料等の集中治療を行う入院料の見直しの影響について(令和6・7年度調査)

【附帯意見(抜粋)】

6 急性期一般病棟入院基本料や高度急性期医療に係る評価、地域で急性期・高度急性期医療を集中的・効率的に提供する体制について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、人口構造や医療ニーズの変化も見据え、重症度、医療・看護必要度、SOFAスコア等、入院患者のより適切な評価指標や測定方法等、入院料の評価の在り方等について、引き続き検討すること。

【関係する主な改定内容】

- ① 特定集中治療室用及びハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の見直し
- ② 特定集中治療室管理料等の評価体系の見直し
- ③ 特定集中治療室遠隔支援加算の新設

【調査内容案】

調査対象: 特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料等を算定している患者の入院している医療機関

- 調査内容: (1) 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の状況
(2) 当該管理料等における患者の状態、医療提供内容、入退室状況、生理学的スコア
(3) 医師の配置状況

等

(3) 地域包括医療病棟の新設の影響について (令和6・7年度調査)

【附帯意見(抜粋)】

5 新設された地域包括医療病棟において、高齢者の急性疾患の受け入れ状況、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理などのアウトカムなどについて、幅広くデータに基づいた分析を行い、評価の在り方について検討すること。また、地域包括医療病棟の新設に伴い、10対1の急性期一般病棟については、その入院機能を明確にした上で、再編を含め評価の在り方を検討すること。

【関係する主な改定内容】

①地域包括医療病棟入院料の新設

【調査内容案】

調査対象：地域包括医療病棟入院料の届出を行っている医療機関等

調査内容：(1) 高齢者の急性疾患の受入状況等

(2) リハビリテーション・栄養管理・口腔管理等の提供状況及びその実績等の状況

(3) 患者の状態、医療提供内容、平均在院日数、入退院支援、入院経路、退院先の状況

(4) 職員の配置状況

(5) 地域包括医療病棟の届出前の届出入院料 等

等

(4) 地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の実績要件等の見直しの影響について(令和6・7年度調査)

【附帯意見(抜粋)】

7 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、障害者施設等入院基本料、療養病棟入院基本料等について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、求められている役割の更なる推進や提供されている医療の実態の反映の観点から、入院料の評価の在り方等について引き続き検討すること。

【関係する主な改定内容】

- ①地域包括ケア病棟入院料における実績要件及び施設基準等の見直し
- ②地域包括ケア病棟入院料の初期加算の見直し
- ③回復期リハビリテーション病棟入院料の評価体系及び要件等の見直し
- ④回復期リハビリテーション病棟入院料における回復期リハビリテーションを要する状態の見直し

【調査内容案】

調査対象：地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行っている医療機関

- 調査内容：(1)地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の届出を行っている医療機関における在宅医療・救急医療等の提供状況
- (2)回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行っている医療機関におけるリハビリテーションの提供状況及びその実績、FIMIに係る研修の実施、職員の配置等の状況
- (3)各入院料等における患者の状態、医療提供内容、平均在院日数、入退院支援、退院先の状況 等

(5) 療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療における評価の見直しの影響について(令和6・7年度調査)

【附帯意見(抜粋)】

7 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、障害者施設等入院基本料、療養病棟入院基本料等について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、求められている役割の更なる推進や提供されている医療の実態の反映の観点から、入院料の評価の在り方等について引き続き検討すること。

【関係する主な改定内容】

- ①療養病棟入院基本料の医療区分に係る評価体系の見直し
- ②療養病棟入院基本料における中心静脈栄養の評価の見直し
- ③障害者施設等入院基本料の透析患者等に係る入院料の見直し
- ④緩和ケア病棟入院料における緊急入院に係る評価の見直し

【調査内容案】

調査対象：療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、緩和ケア病棟入院料等の届出を行っている医療機関

調査内容：(1)各医療機関における入院料の届出状況、職員体制、勤務状況

(2)入院患者の医療区分別患者割合の状況

(3)各入院料等における患者の状態、医療提供内容、平均在院日数、入退院支援、退院先、看取りの取組の状況 等

(6) 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進に係る評価等 について(令和6・7年度調査)

【附帯意見(抜粋)】

4 医師の働き方改革の更なる推進を図る観点から、医療機関全体の取組に対する評価の在り方、タスクシフト・タスクシェアの進捗及び各医療従事者の負担の軽減、人材確保が困難である状況の中での看護補助者の定着等について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、実効性のある取り組みに繋がる評価の在り方等について引き続き検討すること。

【関係する主な改定内容】

- ① 地域医療体制確保加算、手術・処置の時間外加算1等の見直し
- ② 看護職員夜間配置加算、看護補助体制充実加算等に係る評価の見直し
- ③ 医師事務作業補助体制加算、病棟薬剤業務実施加算の見直し

【調査内容案】

調査対象： 病院勤務医・看護職員の負担軽減に資する取組を要件とする項目(総合入院体制加算、医師事務作業補助体制加算、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、看護補助体制充実加算、病棟薬剤業務実施加算、地域医療体制確保加算、処置・手術の休日加算1・時間外加算1・深夜加算1等)を届け出ている医療機関 等

調査内容： 負担軽減に資する取組を要件とする加算の届出状況、職員体制(常勤配置等)、勤務状況(医師、看護職員の勤務時間等)、負担軽減に資する取組の実施状況及び今後取り組む予定の事項等

等

(7) 外来医療に係る評価等について(令和6・7年度調査)

【附帯意見(抜粋)】

- 11 地域包括診療料・加算における介護保険サービスとの連携に係る評価について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、介護保険サービスとの連携の推進について引き続き検討すること。
- 12 生活習慣病の管理について、今回の改定による影響の調査・検証を行うとともに、より適切な管理がなされるよう、患者の視点を十分に踏まえつつ、引き続き検討すること。加えて、他の疾病管理についても実態を踏まえた適切な評価の在り方について引き続き検討を行うこと。
- 13 かかりつけ医機能を有する医療機関について、改正医療法に基づく制度整備の状況を踏まえ、かかりつけ医機能がより発揮される評価の在り方を検討すること。
- 15 情報通信機器を用いた診療については、初診から向精神薬等を処方している医療機関や大半の診療を医療機関の所在地とは異なる都道府県の患者に対して行っている医療機関があることを踏まえ、今後、より丁寧に実態を把握するとともに、引き続き評価の在り方について検討すること。

【関係する主な改定内容】

- ① 地域包括診療料・加算等の見直し
- ② 生活習慣病に係る医学管理料の見直し
- ③ 情報通信機器を用いた診療の施設基準の見直し
- ④ 外来腫瘍化学療法診療料の見直し
- ⑤ 外来感染対策向上加算の見直し

【調査内容案】

調査対象: 地域包括診療料・加算、生活習慣病管理料、情報通信機器を用いた診療、外来腫瘍化学療法診療料、機能強化加算等の届出等を行っている医療機関

調査内容: 地域包括診療料・加算における介護保険サービスとの連携状況、生活習慣病や他の疾病管理に係る取組状況、情報通信機器を用いた診療に係る取組状況、外来腫瘍化学療法診療料の届出状況、かかりつけ医機能を有する医療機関の普及状況、紹介状なしの病院受診時の定額負担の徴収状況や、外来機能分化の取組状況 等

(8) 医療資源の少ない地域における保険医療機関の実態について (令和7年度調査)

【附帯意見(抜粋)】

18 回復期リハビリテーション入院医療管理料の新設に伴い、医療資源の少ない地域におけるリハビリテーションへの対応等について、今回改定による影響の調査・検証を行うこと。

【関係する主な改定内容】

・医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し(回復期リハビリテーション入院医療管理料の新設等)

【調査内容案】

調査対象: 回復期リハビリテーション入院医療管理料を届け出ている医療機関を含む、医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関

調査内容: 医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬項目の算定状況、職員体制、患者特性、地域の医療機関との連携状況、リハビリテーションの実施状況

等

過去の調査の回収率向上に向けた取組

	調査対象 施設数	回収 施設数
平成28年度調査	6,731	2,202 (32.7%)
平成29年度調査	4,300	2,059 (47.9%)
平成30年度調査	6,545	2,350 (35.9%)
令和元年度調査	4,300	1,781 (41.4%)
令和2年度調査	6,200	2,682 (43.3%)
令和3年度調査	6,200	3,142 (50.7%)
令和4年度調査	入院:6,000 / 外来:2,200	入院:2,466(41.1%) / 外来:823(37.4%)
令和5年度調査	入院:4,700 / 外来:2,000	入院:2,374(50.5%) / 外来:704(35.2%)

[回収率向上に向けた取組]

- ・調査対象施設が会員等となっている関係団体に対する調査への協力のアナウンスの依頼
- ・調査概要に関するリーフレットを作成し、対象医療機関に配布
- ・調査項目を目的に沿った必要最低限のものとし、調査内容を簡素化
- ・DPCデータ等の活用による調査項目の簡素化、調査票の合理化(平成30年度調査より追加)
- ・オンラインによる回答方法の活用(令和2年度調査より追加)



令和6年度・令和7年度調査についても、引き続き、上記の取組を継続し、回収率の向上を図ることとする。

中医協 総1-2参考
6 . 7 . 3

中医協 診1-2参考
6 . 7 . 3

診調組 入-2参考
6 . 6 . 1 4

参考

令和6年度診療報酬改定項目の概要

全般的事項

入院基本料等の見直し

入院基本料等の見直し

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

現行

【一般病棟入院基本料】	
急性期一般入院料 1	1,650点
【療養病棟入院基本料】	
療養病棟入院料 1 入院料 G	968点
【精神病棟入院基本料】	
15対1入院基本料	830点
【特定機能病院入院基本料】	
7対1入院基本料（一般病棟の場合）	1,718点
【回復期リハビリテーション病棟入院料】	
回復期リハビリテーション病棟入院料 4	1,841点
【地域包括ケア病棟入院料】	
地域包括ケア病棟入院料 1	2,809点

改定後

【一般病棟入院基本料】	
急性期一般入院料 1	1,688点
【療養病棟入院基本料】	
療養病棟入院料 1 入院料 25	983点
【精神病棟入院基本料】	
15対1入院基本料	844点
【特定機能病院入院基本料】	
7対1入院基本料（一般病棟の場合）	1,822点
【回復期リハビリテーション病棟入院料】	
回復期リハビリテーション病棟入院料 4	1,859点
【地域包括ケア病棟入院料】	
地域包括ケア病棟入院料 1（40日以内）	2,838点

（41日目以降は2,690点）

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

栄養管理体制の基準の明確化（入院料通則の改定①）

栄養管理体制の基準の明確化

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

現行

【入院基本料等の施設基準等】

5 栄養管理体制の基準

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

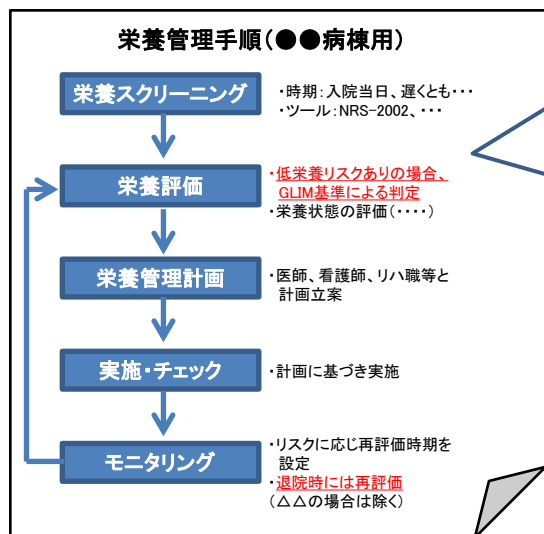
改定後

【入院基本料等の施設基準等】

5 栄養管理体制の基準

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

イメージ 各医療機関の機能や患者特性等に応じて栄養管理手順に位置づける



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

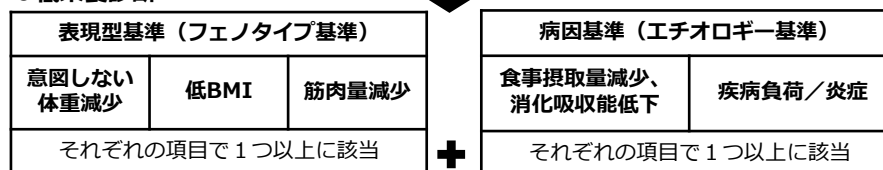
<参考> GLIM(Global Leadership Initiative on Malnutrition)基準

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

●栄養スクリーニング

- ・全ての対象者に対して栄養スクリーニングを実施し、低栄養リスクのある症例を特定
- ・検証済みのスクリーニングツール（例：MUST、NRS-2002、MNA-SFなど）を使用

●低栄養診断



↓ 低栄養と判定

↓ 重症度判定(中等度低栄養、重度低栄養)

※詳細は、日本栄養治療学会（JSPEN）HP「GLIM基準について」を参照

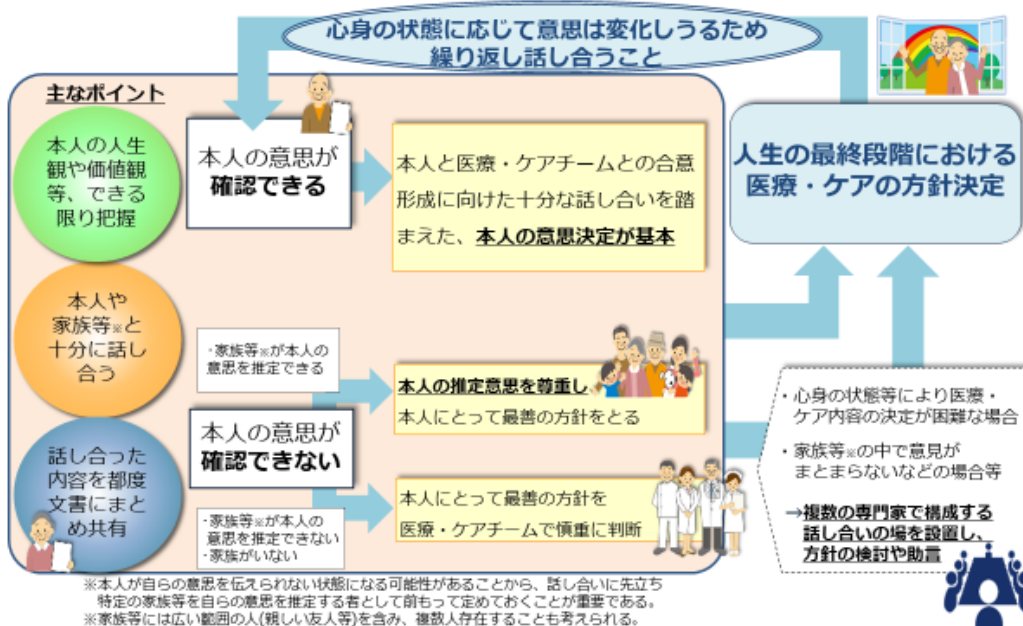
人生の最終段階における適切な意思決定支援の推進（入院料通則の改定②）

人生の最終段階における適切な意思決定支援の推進

- 人生の最終段階における適切な意思決定支援を推進する観点から、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」（以下、「ガイドライン」とする。）等の内容を踏まえ、**意思決定支援に関する指針を作成することを要件とする入院料等の対象を見直す。**
- ガイドライン等の内容を踏まえた**適切な意思決定支援に係る指針の作成を要件とする入院料の範囲を拡大**する。
- ガイドライン等の内容を踏まえた**適切な意思決定支援に係る指針の作成を、地域包括診療料等の要件に追加**する。

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

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



【指針の作成が要件となる対象】

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

[経過措置] 令和6年3月31日において現に入院基本料又は特定入院料に係る届出を行っている病棟については、令和7年5月31日までの間に限り、意思決定支援に関する指針の作成の基準に該当するものとみなす。

身体的拘束を最小化する取組の強化（入院料通則の改定③）

身体的拘束を最小化する取組の強化

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

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



【身体的拘束最小化の基準】

[施設基準]

- 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。
- (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。
- 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。
- 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。
- 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。
 - 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。
 - 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。
- (1)から(5)までの規定に関わらず、**精神科病院**（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む）**における身体的拘束の取扱いについては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定による**。

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

(1) 急性期医療及び救急医療に対する
評価の見直しの影響について

急性期一般入院料 1 等の施設基準の見直し

平均在院日数の基準の見直し

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

現行

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



改定後

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

重症度、医療・看護必要度の該当患者の要件の見直し

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

現行

【急性期一般入院料 1】
[施設基準]
当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床に、直近 3 月において入院している患者全体（延べ患者数）に占める重症度、医療・看護必要度 I 又は II の基準を満たす患者（別添 6 の別紙 7 による評価の結果、別表 1 のいずれかに該当する患者の割合が、基準以上であること。

別表 1

A 得点が 2 点以上かつ B 得点が 3 点以上の患者
A 得点が 3 点以上の患者
C 得点が 1 点以上の患者



改定後

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

別表 1 (基準：20% ※必要度 II の場合)

別表 2 (基準：27% ※必要度 II の場合)

A 得点が 3 点以上の患者
C 得点が 1 点以上の患者

A 得点が 2 点以上の患者
C 得点が 1 点以上の患者

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直し

評価項目の見直し

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

(改定内容)

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

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

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

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

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

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し

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

現行		必要度 I	必要度 II
急性期一般入院料1	許可病床200床以上	31%	28%
	許可病床200床未満	28%	25%
急性期一般入院料2	許可病床200床以上	27%	24%
	許可病床200床未満	25%	22%
急性期一般入院料3	許可病床200床以上	24%	21%
	許可病床200床未満	22%	19%
急性期一般入院料4	許可病床200床以上	20%	17%
	許可病床200床未満	18%	15%
急性期一般入院料5		17%	14%
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
急性期一般入院料1	割合①:21% 割合②:28%	割合①:20% 割合②:27%
急性期一般入院料2	22%	21%
急性期一般入院料3	19%	18%
急性期一般入院料4	16%	15%
急性期一般入院料5	12%	11%
7対1入院基本料(特定)	—	割合①:20% 割合②:27%
7対1入院基本料(結核)	8%	7%
7対1入院基本料(専門)	割合①:21% 割合②:28%	割合①:20% 割合②:27%
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%

【該当患者の基準】	
急性期1、7対1入院基本料(特定、専門)※1	割合① 以下のいずれか ・ A得点が3点以上 ・ C得点が1点以上 割合② 以下のいずれか ・ A得点が2点以上 ・ C得点が1点以上
急性期2～5等※2	以下のいずれか ・ A得点が2点以上かつB得点が3点以上 ・ A得点が3点以上 ・ C得点が1点以上
総合入院体制加算	以下のいずれか ・ A得点が2点以上 ・ C得点が1点以上
地域包括ケア病棟等	以下のいずれか ・ A得点が1点以上 ・ C得点が1点以上

※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

【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。 **10**

重症度、医療・看護必要度Ⅱの要件化

重症度、医療・看護必要度Ⅱを要件とする対象病院の拡大

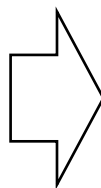
- 重症度、医療・看護必要度の測定に係る負担軽減及び測定の適正化を更に推進する観点から、急性期一般入院料1（許可病床数200床未満）又は急性期一般入院料2若しくは3（許可病床数200床以上400床未満）を算定する病棟及び救命救急入院料2若しくは4又は特定集中治療室管理料を算定する治療室について、重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いることを要件化する。

現行

【急性期一般入院料】

[施設基準]

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



改定後

【急性期一般入院料】

[施設基準]

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

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

[経過措置]

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

急性期充実体制加算の見直し

急性期充実体制加算の見直し

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

現行

【急性期充実体制加算】

(新設)

1	7日以内の期間	460点
2	8日以上11日以内の期間	250点
3	12日以上14日以内の期間	180点

(新設)

(新設)

注2 精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制を確保した保険医療機関に入院している患者については、精神科充実体制加算として、30点を更に所定点数に加算する。

[施設基準]

(急性期充実体制加算1)

手術等に係る実績について、(イ)及び、(ロ)から(ト)までのうち5つ以上を満たしていること。

(急性期充実体制加算2)

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

改定後

【急性期充実体制加算】

1 急性期充実体制加算1

イ	7日以内の期間	440点
ロ	8日以上11日以内の期間	200点
ハ	12日以上14日以内の期間	120点

2 急性期充実体制加算2

イ	7日以内の期間	360点
ロ	8日以上11日以内の期間	150点
ハ	12日以上14日以内の期間	90点

注2 小児患者、妊産婦である患者及び精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制を確保した保険医療機関に入院している患者については、小児・周産期・精神科充実体制加算として、次に掲げる点数を更に所定点数に加算する。

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

注3 精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制を確保した保険医療機関に入院している患者については、精神科充実体制加算として、30点を更に所定点数に加算する。

<手術等に係る実績の要件>

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

総合入院体制加算の見直し

総合入院体制加算の見直し

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

現行

【総合入院体制加算1】 **240点**

[施設基準]

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

【総合入院体制加算2】 **180点**

[施設基準]

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

【総合入院体制加算3】 120点

[施設基準]

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

(新設)

改定後

【総合入院体制加算1】 **260点**

[施設基準]

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

【総合入院体制加算2】 **200点**

[施設基準]

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

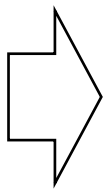
【総合入院体制加算3】 120点

[施設基準]

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

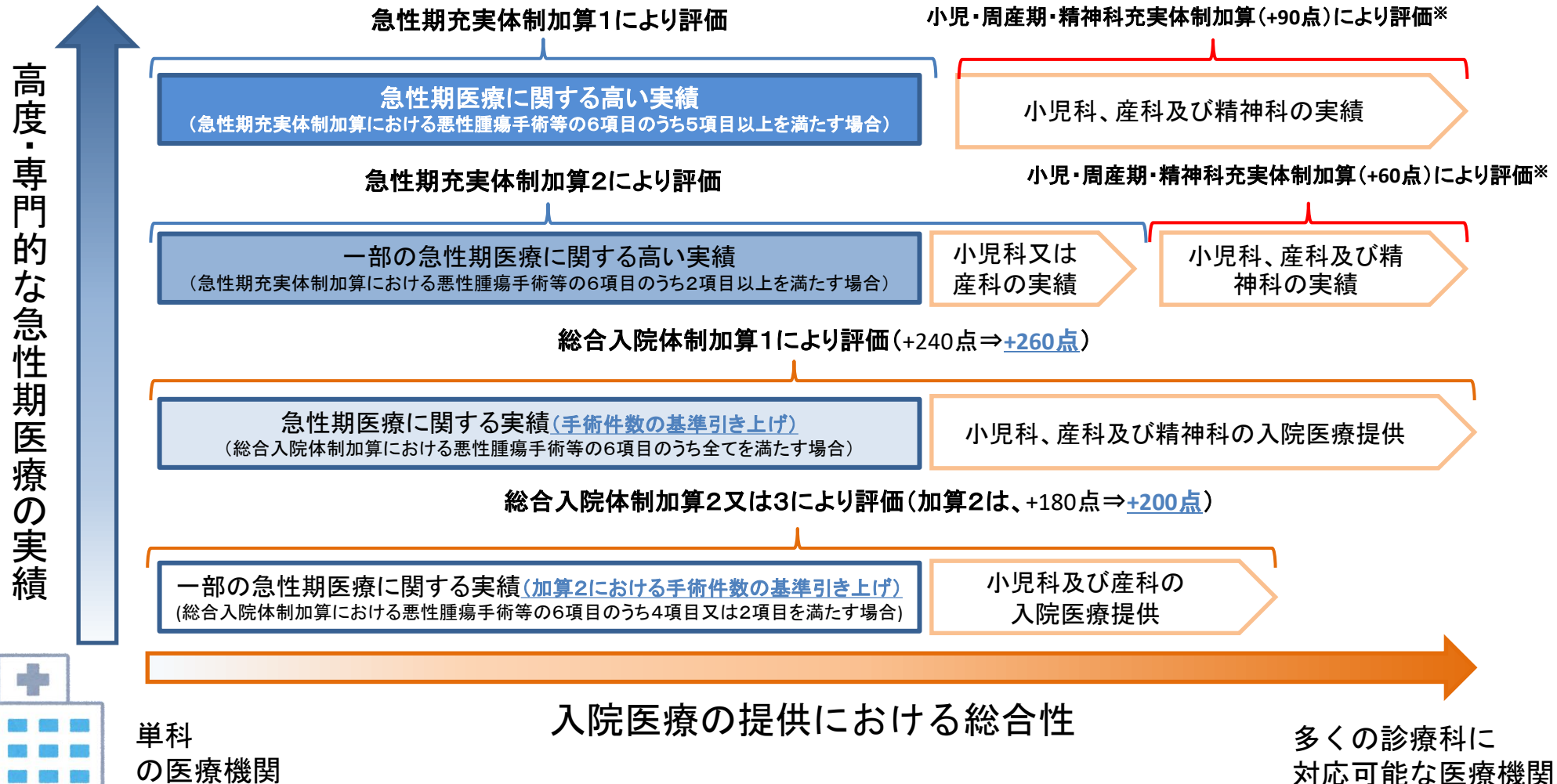
[施設基準（総合入院体制加算1、2及び3）]

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



急性期充実体制加算等の見直し

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



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

初期診療後の救急患者の転院搬送に対する評価

救急患者連携搬送料の新設

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

(新) 救急患者連携搬送料

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



[算定要件]

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

[施設基準]

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

急性期一般入院料1における在宅復帰率の基準の見直し

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

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

ポストコロナにおける感染症対策の評価①

感染対策向上加算及び外来感染対策向上加算の見直し

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

現行

【感染対策向上加算】【施設基準（抜粋）】

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

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

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

【外来感染対策向上加算】【施設基準（抜粋）】

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

改定後

【感染対策向上加算】【施設基準（抜粋）】

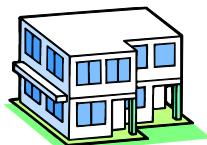
加算1：都道府県知事の指定を受けている第一種協定指定医療機関であること。

加算2：（加算1と同様）

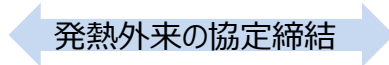
加算3：都道府県知事の指定を受けている第一種協定指定医療機関又は都道府県知事の指定を受けている第二種協定指定医療機関（発熱外来に係る措置を講ずるものに限る。）であること。

【外来感染対策向上加算】【施設基準（抜粋）】

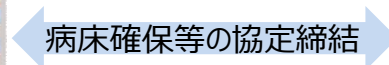
都道府県知事の指定を受けている第二種協定指定医療機関（発熱外来に係る措置を講ずるものに限る。）であること。



外来感染対策向上加算を
届け出る診療所



都道府県



感染対策向上加算を
届け出る病院等

ポストコロナにおける感染症対策の評価②

感染症の入院患者に対する感染対策の評価の新設

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

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

[算定要件]

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

[対象となる感染症]

狂犬病、鳥インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く。）、エムポックス、重症熱性血小板減少症候群（病原体がフレボウイルス属SFTSウイルスであるものに限る。）、腎症候性出血熱、ニパウイルス感染症、ハンタウイルス肺症候群、ヘンドラウイルス感染症、インフルエンザ（鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。）、後天性免疫不全症候群（ニューモシチス肺炎に限る。）、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第6条第8項に規定する指定感染症

[対象の入院料]

一般病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟及び精神病棟）、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料、有床診療所入院基本料、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイ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、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料及び特定一般病棟入院料

ポストコロナにおける感染症対策の評価③

感染症の入院患者に対する個室・陰圧室管理の評価の拡充

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

現行

【二類感染症患者療養環境特別加算】

[算定留意事項]

保険医療機関に入院している感染症法第6条第3項に規定する二類感染症に感染している患者及び同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者並びにそれらの疑似症患者について、必要を認めて個室又は陰圧室に入院させた場合に、個室加算又は陰圧室加算として、それぞれ所定点数に加算する。

[個室加算の対象となる感染症]

狂犬病、鳥インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く。）、エムボックス、重症熱性血小板減少症候群（病原体がフレボウイルス属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]

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

[対象の入院料]

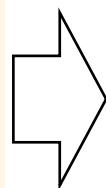
一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料、有床診療所入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料、精神科地域包括ケア病棟入院料、特定一般病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料及び特定機能病院リハビリテーション病棟入院料

改定後

【特定感染症患者療養環境特別加算】

[施設基準（抜粋）]

保険医療機関に入院している患者であって、二類感染症から五類感染症まで、新型インフルエンザ等感染症又は指定感染症の患者及びその疑似症患者のうち個室又は陰圧室に入院させる必要性が特に高い患者について、必要を認めて個室又は陰圧室に入院させた場合に、個室加算又は陰圧室加算として、それぞれ所定点数に加算する。ただし、疑似症患者については、初日に限り所定点数に加算する。



急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進

急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進①

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

(新) リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算（1日につき）

120点



より早期からの切れ目のないリハ（離床）・栄養・口腔の取組

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

多職種による評価と計画

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

急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進

急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進②

(新) リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算

【算定要件】 (概要)

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

【施設基準】 (概要)

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

DPC対象病院の基準の見直し

DPC対象病院の基準の見直し

- DPC/PDPSを安定的に運用するとともに、適切な包括評価を行う観点から、データ数に係る基準（1月あたりデータ数が90以上）及び適切なDPCデータの作成に係る基準をDPC対象病院の基準として新たに位置づける。

現行

【DPC対象病院の基準】

- 急性期一般入院基本料、特定機能病院等の7対1・10対1入院基本料の届出
- 診療録管理体制加算に係る届出
- 以下の調査に適切に参加
 - 当該病院を退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される調査「退院患者調査」
 - 中央社会保険医療協議会の要請に基づき、退院患者調査を補完することを目的として随時実施される調査「特別調査」
- 調査期間1月あたりのデータ病床比が0.875以上

(新設)

- 適切なコーディングに関する委員会を年4回以上開催



改定後

【DPC対象病院の基準】

- 急性期一般入院基本料、特定機能病院等の7対1・10対1入院基本料の届出
- 診療録管理体制加算に係る届出
- 以下の調査に適切に参加
 - 当該病院を退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される調査「退院患者調査」
 - 中央社会保険医療協議会の要請に基づき、退院患者調査を補完することを目的として随時実施される調査「特別調査」
- 調査期間1月あたりのデータ病床比が0.875以上
- **調査期間1月あたりのデータ数が90以上**
- **適切なデータ作成に係る以下の基準を満たす**
 - **「退院患者調査」の様式1（医療資源病名）における「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が10%未満**
 - **「退院患者調査」の様式間で記載矛盾のあるデータが1%未満**
 - **「退院患者調査」の様式1における未コード化傷病名の使用割合が2%未満**
- 適切なコーディングに関する委員会を年4回以上開催

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

医療機関別係数の見直し

基礎係数

- 現行の医療機関群の設定方法を維持し、3つの医療機関群を設定する。
- データ数に係る基準（1月あたりデータ数が90以上）を満たさない医療機関について評価を区別する。

医療機関群	評価区分	施設数	基礎係数
DPC標準病院群	データ数が90/月未満	103	1.0063
	それ以外の施設	1,423	1.0451
大学病院本院群		82	1.1182
DPC特定病院群		178	1.0718

機能評価係数 I

- 現行の評価手法を維持し、医科点数表の改定に応じて機能評価係数 I に反映する。
 - ・ 各項目の評価の見直しに伴う対応

機能評価係数 II

- 保険診療係数・救急医療係数を廃止・整理し、4つの係数（効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、地域医療係数）による評価体系へ再整理する（各評価項目の重みづけは等分とする）。
- 効率性係数及び地域医療係数について、評価の主旨や実態等を踏まえた評価手法の見直しを行う。

救急補正係数

- 従前の救急医療指数による評価手法を維持し、独立した医療機関別係数の項目として救急補正係数を設定する。

激変緩和係数

- 現行の設定方法を維持し、診療報酬改定がある年度については改定に伴う変動に関して、推計診療報酬変動率（出来高部分も含む）が2%を超えて変動しないよう激変緩和係数を設定する。

機能評価係数Ⅱの見直し①

機能評価係数Ⅱの見直し（概要）

- 機能評価係数Ⅱについて、既存の4つの評価項目（効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、地域医療係数）による評価体系へと整理し、以下のとおり見直す。

現行			
評価項目		重み付け	
保険診療係数		1.0	
効率性係数		1.0	
複雑性係数		1.0	
カバー率係数		1.0	
救急医療係数		1.0	
地域医療係数	体制評価係数	1.0	0.5
	定量評価係数		0.5



改定後		
見直しの内容	重み付け (※)	
<u>評価を廃止 (一部を体制評価指数で評価)</u>		
<u>評価手法の見直し、群別評価へ変更</u>	<u>1.2</u>	
現行の評価の継続	<u>1.2</u>	
現行の評価の継続	<u>1.2</u>	
<u>名称・係数の位置づけの見直し</u>	<u>(1.2)</u>	
<u>医療計画や実績分布等を踏まえた見直し 新たな評価項目の追加</u>	<u>1.2</u>	<u>0.7</u>
現行の評価の継続		0.5

(※) 全体を「6.0」とした場合（改定前後の比較のため）

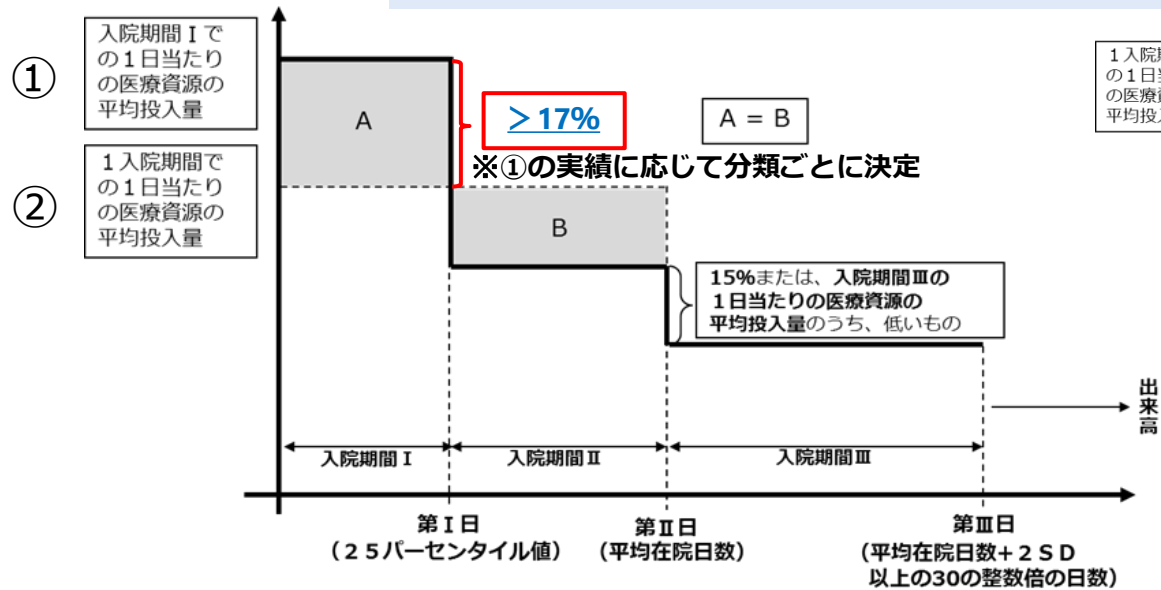
診断群分類点数表の見直し②

点数設定方式Bで設定する診断群分類の見直し

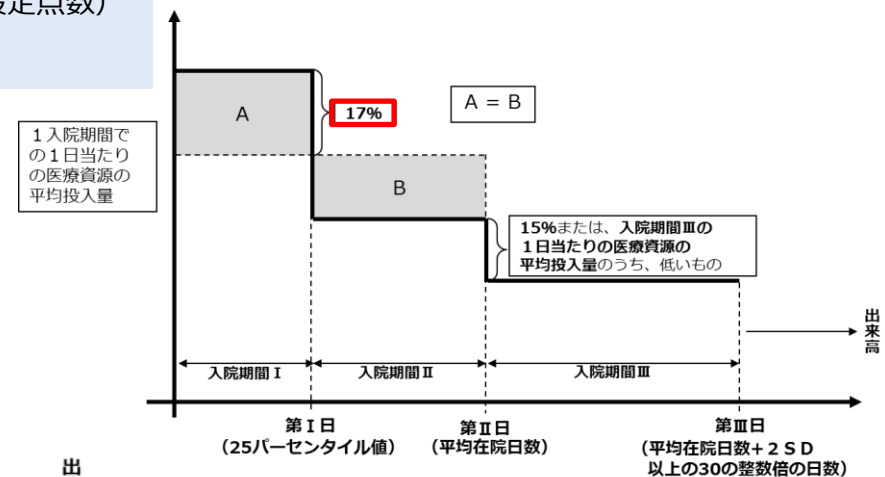
- 入院初期の医療資源投入量の多い診断群分類が増加している実態を踏まえ、点数設定方式Bにより設定する診断群分類の範囲を以下のとおり見直す。

点数設定方式B

「①>②+17%」となる診断群分類
 (期間Iでの1日当たり資源投入量>A方式での設定点数)
 ⇒ **点数設定方式Bの対象とする**



(参考) 点数設定方式A



現行

【診断群分類】
 <点数設定方式B> 257分類



改定後

【診断群分類】
 <点数設定方式B> **1,212分類**

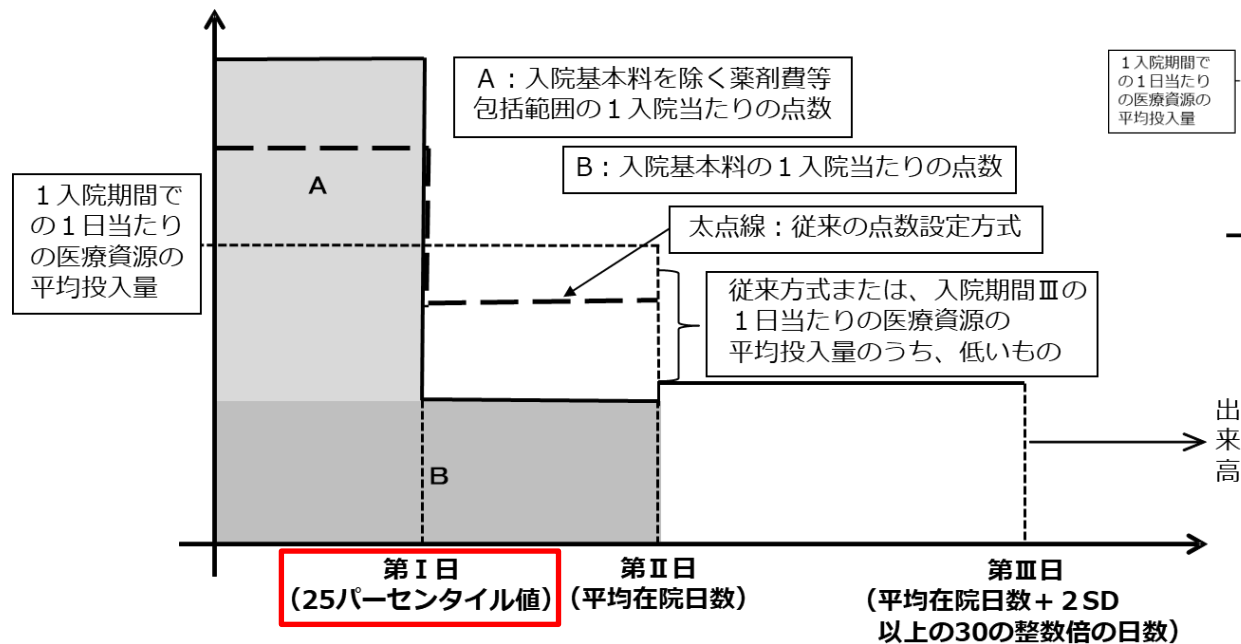
診断群分類点数表の見直し③

点数設定方式Eの新設①

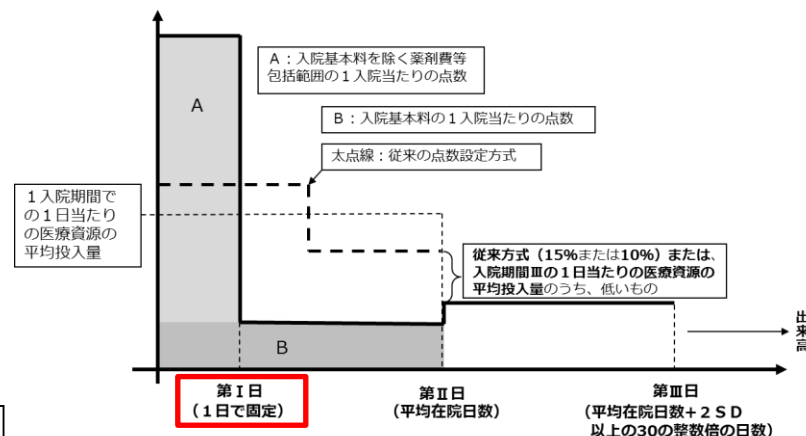
- より早期の退院への評価を充実化する観点から、一定程度標準化が進んでいる診断群分類であって、一定の入院期間が見込まれる分類への適用を念頭に、入院期間 I で入院基本料を除く 1 入院当たり包括範囲点数を支払う点数設定方式Eを新設する。

(新) 点数設定方式 E

(赤枠が点数設定方式Dとの相違点)



(参考) 点数設定方式D



短期滞在手術等基本料の評価の見直し

短期滞在手術等基本料1の見直し

- ▶ 短期滞在手術等基本料1について、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。

現行

【短期滞在手術等基本料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 | 2,947点 |
| ロ イ以外の場合 | 2,718点 |



改定後

【短期滞在手術等基本料1】

短期滞在手術等基本料1（日帰りの場合）

- | | |
|------------------------------------|--------|
| （改）イ 主として入院で実施されている手術を行った場合 | |
| （1）麻酔を伴う手術を行った場合 | 2,947点 |
| （2）（1）以外の場合 | 2,718点 |
| （改）ロ イ以外の場合 | |
| （1）麻酔を伴う手術を行った場合 | 1,588点 |
| （2）（1）以外の場合 | 1,359点 |

短期滞在手術等基本料3の見直し

- ▶ 短期滞在手術等基本料3について、実態を踏まえ、賃上げに資する措置も考慮した評価の見直しを行うとともに、一部の対象手術等について、評価の精緻化を行う。

（片側・両側で評価の区別を行う手術等）

- | | | | |
|------|-------------------|---|---|
| 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） | | |
| K242 | 斜視手術 | 2 | 後転法 |
| K242 | 斜視手術 | 3 | 前転法及び後転法の併施 |
| 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 |

(2) 特定集中治療室管理料等の集中治療を行う
入院料の見直しの影響について

特定集中治療室管理料の見直し①

特定集中治療室管理料の見直し

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

改定後

【特定集中治療室管理料1・2】

[施設基準]

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

【特定集中治療室管理料3・4】

[施設基準]

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

【特定集中治療室管理料5・6】（新設）

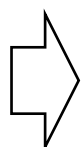
[施設基準]

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

現行

（7日以内の期間）

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



改定後

（7日以内の期間）

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

※ 治療室については、以下を明確化。

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

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

(参考) 特定集中治療室管理料の施設基準概要

	ICU1	ICU2	ICU3	ICU4	ICU5	ICU6
	7日以内 14,406点 8日以上 12,828点	7日以内 14,406点 8日以上 12,828点 ※広範囲熱傷特定集中治療室管理料は8～60日まで13,028点	7日以内 9,890点 8日以上 8,307点	7日以内 9,890点 8日以上 8,307点 ※広範囲熱傷特定集中治療室管理料は8～60日まで8,507点	7日以内 8,890点 8日以上 7,307点	7日以内 8,890点 8日以上 7,307点 ※広範囲熱傷特定集中治療室管理料は8～60日まで7,507点
医師の配置	<ul style="list-style-type: none"> 専任の医師が常時治療室内に勤務（特定集中治療の経験を5年以上有する医師を2名以上含む） 当該専任の医師は、宿日直を行う医師ではない 		<ul style="list-style-type: none"> 専任の医師が常時治療室内に勤務 当該専任の医師は、宿日直を行う医師ではない 		<ul style="list-style-type: none"> 専任の医師（宿日直許可を受けた上で宿日直を行っている専任の医師を含む）が常時保険医療機関内に勤務 	
	-	広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤医師が保険医療機関内勤務	-	広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤医師が保険医療機関内勤務	-	広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤医師が保険医療機関内勤務
看護師の配置	常時 2 : 1 <ul style="list-style-type: none"> 集中治療を必要とする患者の看護の経験5年以上、かつ、適切な研修を修了した専任の常勤看護師を治療室内に週20時間以上配置 					
臨床工学技士の配置	専任の臨床工学技士が常時院内勤務		-		-	
治療室の面積	1床あたり20㎡ ※新生児用は1床あたり9㎡	1床あたり20㎡	1床あたり15㎡ ※新生児用は1床あたり9㎡	1床あたり15㎡	1床あたり15㎡ ※新生児用は1床あたり9㎡	1床あたり15㎡
必要な装置・器具等	<ul style="list-style-type: none"> 救急蘇生装置（気管内挿管セット、人工呼吸装置等）、除細動器、ペースメーカー、心電計、ポータブルX線撮影装置、呼吸循環監視装置（新生児用の治療室の場合：経皮的酸素分圧監視装置又は経皮的動脈血酸素飽和度測定装置、酸素濃度測定装置、光線治療器） 自家発電装置を有している病院であって、当該病院において電解質定量検査・血液ガス分析を含む必要な検査が常時実施できること 手術室と同程度の空気清浄度を有する個室及び陰圧個室を設置することが望ましい 					
重症度、医療・看護必要度	ICU用必要度Ⅱの基準を満たす患者：8割以上		ICU用必要度Ⅱの基準を満たす患者：7割以上		ICU用必要度Ⅱの基準を満たす患者：7割以上	
重症患者の受入	入室日のS O F Aスコア5以上の患者：1割以上		入室日のS O F Aスコア3以上の患者：1割以上		-	

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

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

(参考)SOFAスコア

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

特定集中治療室管理料の見直し②

特定集中治療室遠隔支援加算の新設

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

(新) 特定集中治療室遠隔支援加算 980点

【算定要件】

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

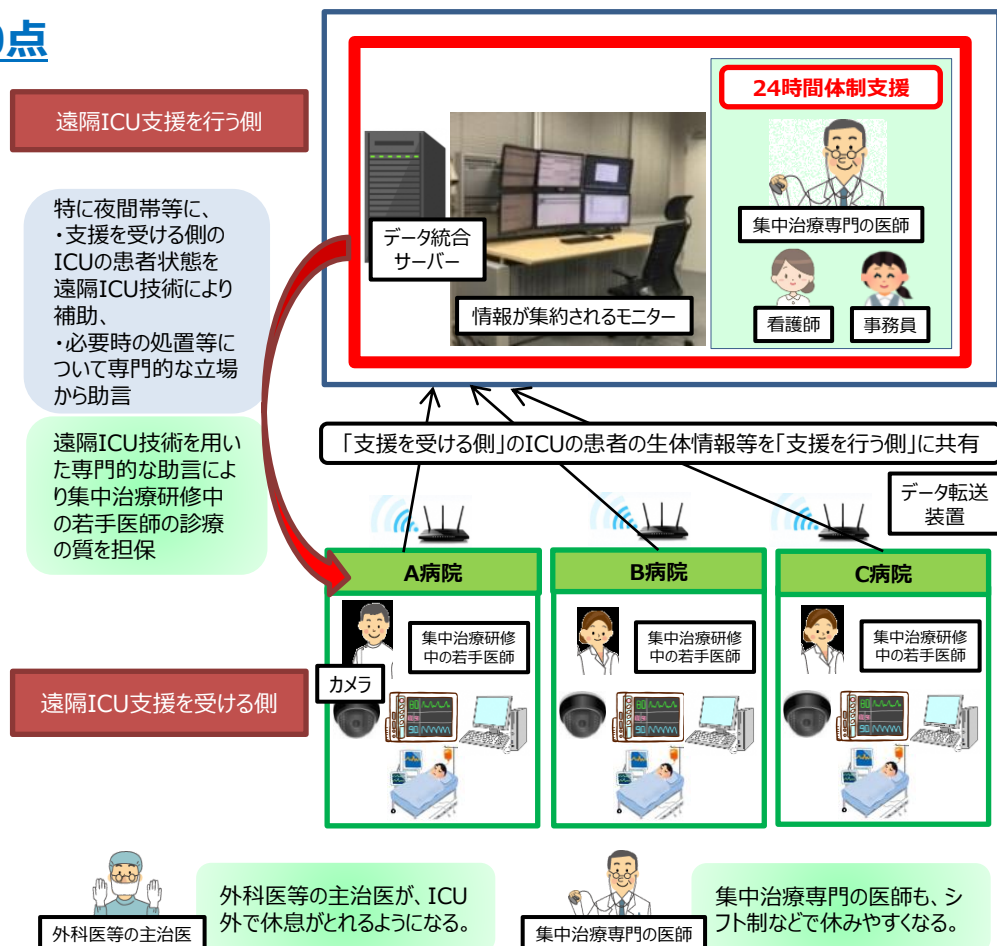
【施設基準】

(被支援側医療機関)

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

(支援側医療機関)

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



重症患者対応体制強化加算の要件の見直し

重症患者対応体制強化加算の要件の見直し

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

現行

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

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

改定後

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

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

【施設基準】

専従の常勤看護師 1名 以上	・集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験が5年以上かつ集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修を修了した看護師		
専従の常勤臨床工学技士 1名 以上	・救命救急入院料/特定集中治療室管理料の届出を行っている医療機関において5年以上勤務した臨床工学技士	<p style="text-align: center;">* 実施業務 *</p> <ul style="list-style-type: none"> ・集中治療を必要とする患者の看護に従事する看護職員を対象とした院内研修を、年1回以上実施。院内研修は、重症患者への看護実践のために必要な知識・技術の習得とその向上を目的とした、以下の内容を含む研修であること ① 重症患者の病態生理、全身管理の知識・看護 ② 人工呼吸器及び体外式膜型人工肺 (ECMO) を用いた重症患者の看護の実際 	
看護師 2名 以上 ※ <u>当該治療室の施設基準に係る看護師の数に含めないこと。</u> ※ <u>当該治療室以外の治療室又は病棟において勤務した場合、勤務した治療室又は病棟における看護師の数に含めないこと。</u>	・集中治療の看護に従事した経験が3年以上かつ集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修を受講。		<p style="text-align: center;">* 実施業務 *</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新興感染症の発生等の有事の際に、都道府県等の要請に応じて、他の医療機関等の支援を行う。(支援にあたる看護師は当該看護師であることが望ましい) ・地域の医療機関等が主催する集中治療を必要とする患者の看護に関する研修に講師として参加するなど、地域における集中治療の質の向上を目的として、地域の医療機関等と協働することが望ましい。
必要な届出	・区分番号「A200-2」急性期充実体制加算 ・区分番号「A234-2」感染対策向上加算1		
実績	・特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の「特殊な治療法等」に該当する患者が直近6か月で 1割5分以上 32		

ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の見直し

ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の見直し

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

現行

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

改定後

- 「心電図モニターの管理」及び「輸液ポンプの管理」の項目を削除
- 「創傷処置」及び「呼吸ケア」は、必要度IIで対象となる診療行為を実施した場合に評価し、「創傷処置」から褥瘡の処置を除外
- 「点滴ライン同時3本以上の管理」を「注射薬剤3種類以上の管理」に変更

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

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

基準	A得点3点以上かつB4得点以上
----	-----------------

	基準に該当する患者割合の基準
ハイケアユニット入院医療管理料1	8割
ハイケアユニット入院医療管理料2	6割

基準①	2, 7, 8, 9, 10又は11のうち1項目以上に該当
基準②	1～11のうち1項目以上に該当

	基準に該当する患者割合の基準(※)
ハイケアユニット入院医療管理料1	1割5分以上が基準①に該当かつ8割以上が基準②に該当
ハイケアユニット入院医療管理料2	1割5分以上が基準①に該当かつ6割5分以上が基準②に該当

※ 重症度、医療・看護必要度 I と II で共通

(3) 地域包括医療病棟の新設の影響について

地域包括医療病棟① 病棟のイメージ

背景

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

地域包括医療病棟における医療サービスのイメージ



救急患者を受け入れる体制を整備



一定の医療資源を投入し、急性期を速やかに離脱



早期の退院に向け、リハビリ、栄養管理等を提供



退院に向けた支援
適切な意思決定支援



早期の在宅復帰

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

包括的に提供

地域包括医療病棟② 施設基準等

地域包括医療病棟入院料の算定要件及び施設基準

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

(新) 地域包括医療病棟入院料（1日につき） 3,050点

[算定要件]

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



包括的に提供

[施設基準] (抜粋)

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

地域包括医療病棟③ 注加算

地域包括医療病棟入院料の注加算

(新) 初期加算 (1日につき) 150点

[算定要件]

入院した日から起算して14日を限度として算定する。

(新) 看護補助体制加算 (1日につき)

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

[算定要件]

入院した日から起算して14日を限度として算定する。

(新) 夜間看護体制加算 (1日につき) 71点

[算定要件]

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

[施設基準]

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

(新) 看護職員夜間12対1配置加算 (1日につき)

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

[算定要件]

入院した日から起算して14日を限度として算定する。

(新) リハビリテーション・栄養・口腔連携加算 (1日につき) 80点

[算定要件・施設基準]

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

(新) 夜間看護補助体制加算 (1日につき)

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

[算定要件]

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

(新) 看護補助体制充実加算 (1日につき)

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

[算定要件]

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

(新) 看護職員夜間16対1配置加算 (1日につき)

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

地域包括医療病棟④ 包括範囲

以下の診療の費用は**地域包括医療病棟入院料に含まれる**。(包括範囲)

地域包括医療病棟入院料に含まれる費用 (概要)

○ **入院基本料**

○ **入院基本料等加算**

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

○ **医学管理のうち、手術前医学管理料、手術後医学管理料**

○ **検査**

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

○ **画像診断**

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

○ **投薬、注射**

抗悪性腫瘍薬等の除外薬剤・注射薬、無菌製剤処理料を**除く**。

○ **リハビリテーション及び精神療法で使用される薬剤。(※1)**

○ **処置**

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

○ **病理標本作製料**

術中迅速病理組織標本作成を**除く**。

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

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

地域包括医療病棟の新設による今後の医療提供体制のイメージ

現行

令和6年度診療報酬改定後

急性期医療

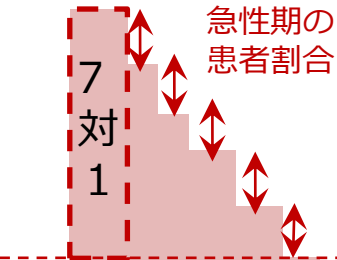
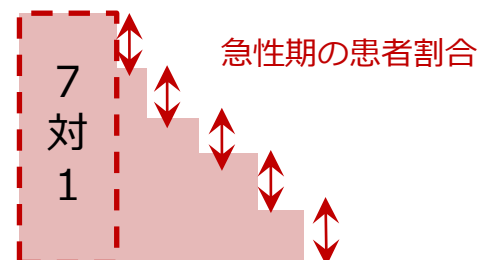
回復期医療

急性期医療

回復期医療

平均在院日数
18日

平均在院日数
16日



在宅復帰機能、リハビリテーション、栄養等に係る機能を重視した新たな入院料



重症度、医療・看護必要度及び平均在院日数の見直し

急性期一般病棟入院料

地域包括ケア病棟入院料 (包括評価)

急性期一般病棟入院料

地域包括医療病棟入院料 (包括評価)

地域包括ケア病棟入院料 (包括評価)

想定される地域包括医療病棟への移行のイメージ

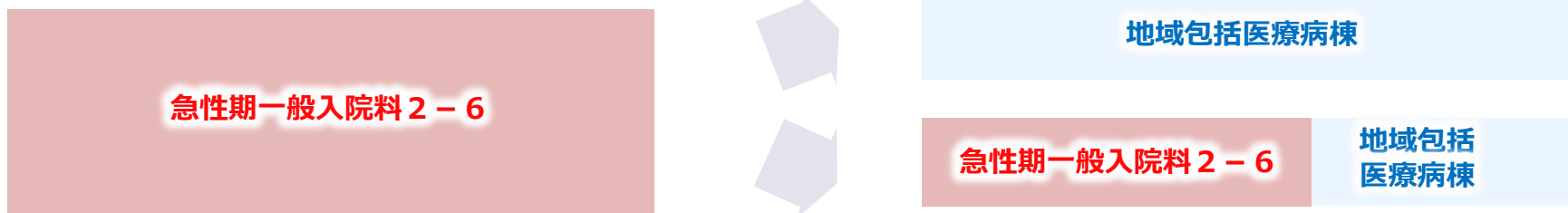
- 地域における、高齢化、救急医療提供体制、リハビリテーション等の提供体制等を踏まえて、急性期入院基本料1（7対1）、急性期入院基本料2-6を算定する急性期病棟、あるいは一定の救急医療の実績のある地域包括ケア病棟等から転換することが想定されている。

①急性期入院基本料1からの一部転換



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

②急性期入院基本料2-6からの転換



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

③地域包括ケア病棟からの転換



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

地域包括医療病棟における評価の観点

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

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

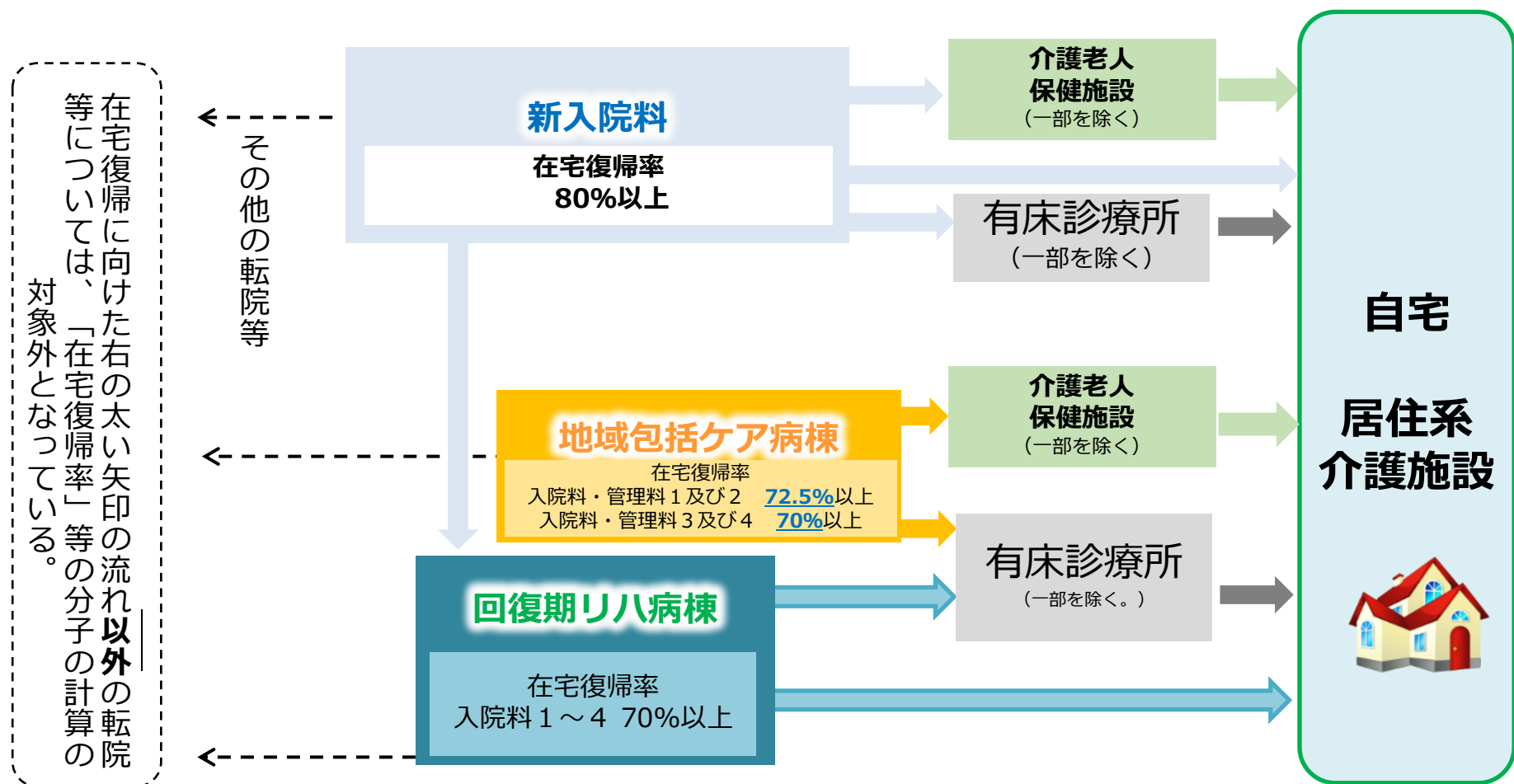
	ストラクチャー	プロセス	アウトカム・その他の実績要件
急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 10:1看護配置 ➤ DPCの包括範囲外の処置、検査等を算定可能 ➤ 夜間における画像検査等の体制確保 ➤ 看護職員夜間配置加算 		<ul style="list-style-type: none"> ➤ 救急搬送直接入棟患者割合:1割5分以上 ➤ 平均在院日数:21日以内 ➤ 重症度、医療・看護必要度:急性期病棟入院料4相当 ➤ 入棟初日のB項目3点以上の患者:50%以上
リハビリ等	<ul style="list-style-type: none"> ➤ PT/OT/ST 2名配置 ➤ 管理栄養士の専任配置 ➤ リハ・栄養・口腔に係る研修を修了した医師配置 ➤ 看護補助体制加算 ➤ 看護補助体制充実加算 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 原則48時間以内にADL、栄養状態、口腔状態の評価 ➤ 定期的なカンファレンスの開催 ➤ 休日リハの提供体制 ➤ 休日リハ提供量:平日の8割以上 ➤ 早期リハ実施割合:8割以上 ➤ 管理栄養士による <ul style="list-style-type: none"> ・GLIM基準を用いた栄養状態評価 ・週5回以上の食事観察 ➤ 歯科医療機関との連携 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 退院・転棟時にADLが低下する患者:5%以内 ➤ 退院・転棟時にADLが低下する患者:3%以内
在宅復帰機能	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 入退院支援加算1 	(入退院支援加算1)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 在宅復帰率:8割

※ 青字は注加算における要件等

地域包括医療病棟における在宅復帰率

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

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



急性期病棟、地域包括医療病棟及び地域包括ケア病棟の機能の比較（イメージ）

	急性期一般病棟入院料 1	地域包括医療病棟	地域包括ケア病棟入院料 1
病棟の趣旨	急性期医療を行う	高齢者急性期を主な対象患者として、治す医療とともに同時に支える医療（リハビリ等）を提供することで、より早期の在宅復帰を可能とする。	① 急性期治療を経過した患者の受け入れ。 ② 在宅で療養を行っている患者等の受け入れ ③ 在宅復帰支援
看護配置	7対1以上	10対1以上	13対1以上
重症度、医療・看護必要度の基準	<ul style="list-style-type: none"> 「A 3点以上又はC 1点以上」に該当する患者割合が20%以上 「A 2点以上又はC 1点以上」に該当する患者割合が27%以上 	<ul style="list-style-type: none"> 「A 2点以上かつB 3点以上」、「A 3点以上」、「C 1点以上」のいずれかに該当する患者割合が16%以上（必要度Ⅰ）又は15%以上（必要度Ⅱ） 入棟初日にB 3点以上の患者割合が50%以上 	<ul style="list-style-type: none"> 「A 1点以上又はC 1点以上」に該当する患者割合が10%以上（必要度Ⅰ）又は8%以上（必要度Ⅱ）
在院日数	平均在院日数 16日以内	平均在院日数 21日以内	60日まで算定可能
救急医療体制	- (救急医療管理加算等で評価)	24時間救急搬送を受け入れられる体制を構築していること 画像検査、血液学的検査等の24時間体制救急医療管理加算等による評価	二次救急医療機関又は救急告示病院 ※ 200床未満の病院の場合は救急医療の体制 ※ 一般病床の場合
救急実績	(地域医療体制確保加算等で実績に応じた評価)	緊急入院割合:緊急入院直接入棟 1割5分以上	自宅等からの緊急患者の受け入れ 3月で9人以上
リハビリ	-	PT、OT又はST 2名以上の配置、ADLに係る実績要件	PT、OT又はST 1名以上の配置
在宅復帰率	80%以上 (分子に地ケア、回リハ病棟等への退院を含む)	80%以上 (分子に回リハ病棟等への退院を含む)	72.5%以上 (分子に回リハ病棟等への退院を含まない)

(4) 地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション
病棟入院料の実績要件等の見直しの影響について

回復期リハビリテーション病棟に係る見直し①

入院料の評価の見直し

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

現行

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



改定後

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

[追加の施設基準]

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

回復期リハビリテーション病棟に係る見直し②

GLIM基準による栄養評価の要件化

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

栄養(※回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合は必ず記入)			
基礎情報	<input type="checkbox"/> 身長(*1): ()cm	<input type="checkbox"/> 体重: ()kg	<input type="checkbox"/> BMI(*1): ()kg/m ² *1:身長測定が困難な場合は省略可
栄養補給方法(複数選択可)	<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

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

- 2018年に世界の栄養学会 (ESPEN:欧州, ASPEN:北米, PENSA:アジア, FELANPE:南米) が低栄養の診断基準としてGLIM基準を策定
- 表現型 (体重減少、低BMI、筋肉量減少) と病因 (食事摂取量減少/消化吸収能低下、疾病負荷/炎症) により判定

※詳細は、日本栄養治療学会 (JSPEN) HP「GLIM基準について」を参照

定期的なFIMの測定の要件化

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

回復期リハビリテーション病棟に係る見直し③

運動器リハビリテーション料の算定単位数の見直し

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

現行

【算定上限緩和対象患者】

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



改定後

【算定上限緩和対象患者】

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

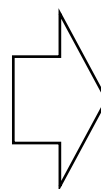
体制強化加算の廃止

- 回復期リハビリテーション病棟入院料の体制強化加算1及び2を廃止する。

現行

【回復期リハビリテーション病棟入院料1・2】

体制強化加算1	200点
体制強化加算2	80点



改定後

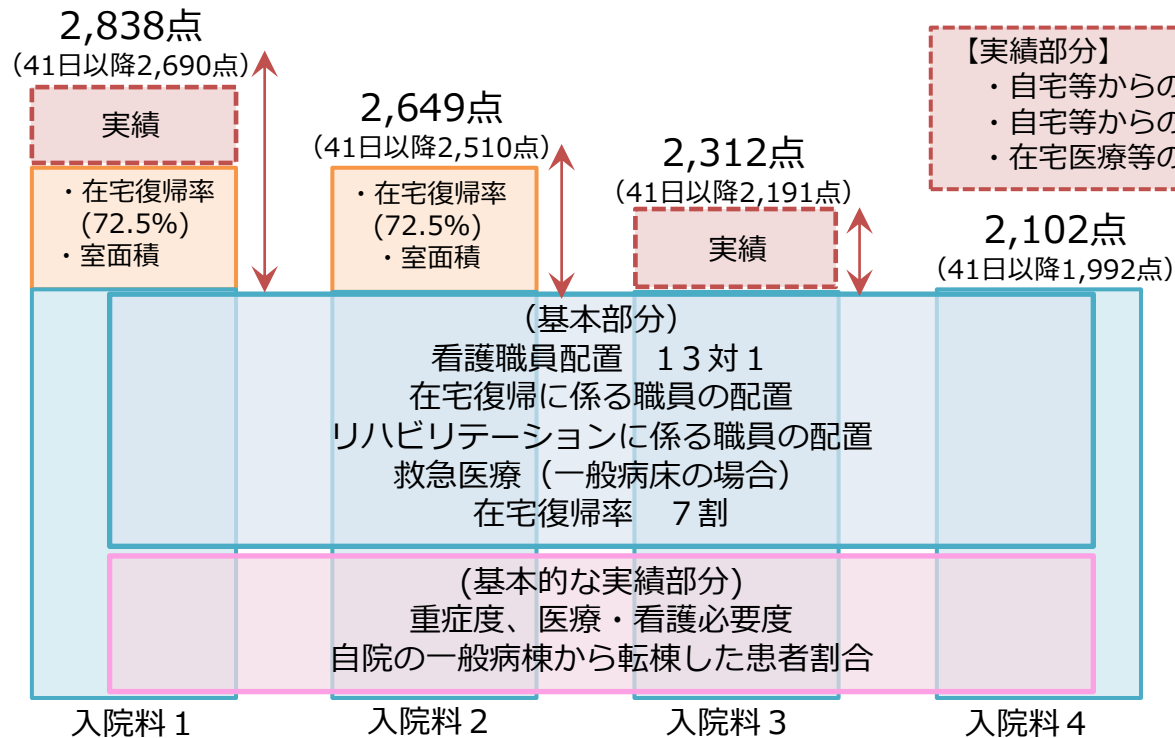
【回復期リハビリテーション病棟入院料1・2】
[廃止]

回復期リハビリテーション病棟入院料（主な施設基準）

		入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5 （※1）
職員の配置に関する施設基準	医師	専任常勤1名以上				
	看護職員	1.3対1以上（7割以上が看護師）	1.5対1以上（4割以上が看護師）			
	看護補助者	3.0対1以上				
	リハビリ専門職	専従常勤のPT3名以上、OT2名以上、ST1名以上	専従常勤のPT2名以上、OT1名以上			
	社会福祉士	専任常勤1名以上 ⇒ 専従常勤1名以上	-			
	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	○		-		
	FIMの測定に関する院内研修会	年1回以上開催	-	年1回以上開催	-	-
	リハビリ計画書への栄養項目記載/ GLIM基準による評価	○	GLIM基準を用いることが望ましい			
	口腔管理	○		-		
	第三者評価	受けていることが望ましい	-	受けていることが望ましい	-	-
	地域貢献活動	参加することが望ましい		-		
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	2,229点 （2,215点）	2,166点 （2,151点）	1,917点 （1,902点）	1,859点 （1,845点）	1,696点 （1,682点）	

※1：入院料5については、届出から2年間に限り届け出ることができる。

地域包括ケア病棟の施設基準（イメージ）



- 【実績部分】
- ・自宅等からの入棟患者割合 2割以上
 - ・自宅等からの緊急患者の受入れ9人以上
 - ・在宅医療等の提供等 2項目以上

地域包括ケア病棟の在宅患者支援病床初期加算の見直し

地域包括ケア病棟の在宅患者支援病床初期加算の見直し

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

現行

【在宅患者支援病床初期加算】

(1) 介護老人保健施設から入院した患者の場合 **500点**

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



改定後

【在宅患者支援病床初期加算】

(1) 介護老人保健施設から入院した患者の場合

- ① **救急搬送された患者又は他の保険医療機関で区分番号C004-2に掲げる救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者であって、入院初日から当該病棟に入院した患者の場合** **580点**
- ② **①の患者以外の患者の場合** **480点**

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

- ① **救急搬送された患者又は他の保険医療機関で区分番号C004-2に掲げる救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者であって、入院初日から当該病棟に入院した患者の場合** **480点**
- ② **①の患者以外の患者の場合** **380点**



地域包括ケア病棟入院料の評価の見直し

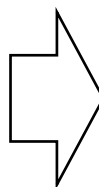
地域包括ケア病棟入院料の評価の見直し

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

現行

【地域包括ケア病棟入院料】

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 1	<u>2,809点</u>
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 2	<u>2,620点</u>
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 3	<u>2,285点</u>
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 4	<u>2,076点</u>



改定後

【地域包括ケア病棟入院料】

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

地域包括ケア病棟の施設基準の見直し

地域包括ケア病棟入院料における在宅医療等の実績の評価の見直し

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

現行

【地域包括ケア病棟入院料】

[施設基準]

地域包括ケア病棟入院料 1

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

[経過措置]

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

改定後

【地域包括ケア病棟入院料】

[施設基準]

地域包括ケア病棟入院料 1

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

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

地域包括ケア病棟の施設基準の見直し

	入院料1	管理料1	入院料2	管理料2	入院料3	管理料3	入院料4	管理料4
看護職員	13対1以上（7割以上が看護師）							
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置							
リハビリテーション実施	リハビリテーションを提供する患者については1日平均2単位以上提供していること							
救急の実施	一般病床において届け出る場合には、第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令に基づく認定された救急病院であること（ただし、200床未満の場合は救急外来を設置していること又は24時間の救急医療提供を行っていることで要件を満たす。）							
届出単位	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室
許可病床数200床未満	○		-		○		-	
室面積	6.4平方メートル以上				-			
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ 10%以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ 8%以上							
自院の一般病棟から転棟した患者割合※1	-		6割5分未満 (許可病床数200床以上の場合) (満たさない場合85/100に減算)		-		6割5分未満 (許可病床数200床以上の場合) (満たさない場合85/100に減算)	
自宅等から入棟した患者割合※1	2割以上 (管理料の場合、10床未満は3月で8人以上)		いずれか1つ以上 (満たさない場合90/100に減算) (「在宅医療等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい)		2割以上 (管理料の場合、10床未満は3月で8人以上)		いずれか1つ以上 (満たさない場合90/100に減算) (「在宅医療等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい)	
自宅等からの緊急患者の受入	3月で9人以上				3月で9人以上			
在宅医療等の実績	○（2つ以上）				○（2つ以上）			
在宅復帰率※1※2	7割2分5厘以上				7割以上（満たさない場合90/100に減算）			
入退院支援部門等	入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること 入院料及び管理料の1・2については入退院支援加算1を届け出ていること（許可病床数100床以上の場合） (満たさない場合90/100に減算)							

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

※1 自院の一般病棟から転棟した患者割合、自宅等から入棟した患者割合、在宅復帰率について、**短期滞在手術等基本料を算定する患者、短期滞在手術等基本料1の対象手術等を実施した患者、短期滞在手術等基本料3の算定要件を満たす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。**

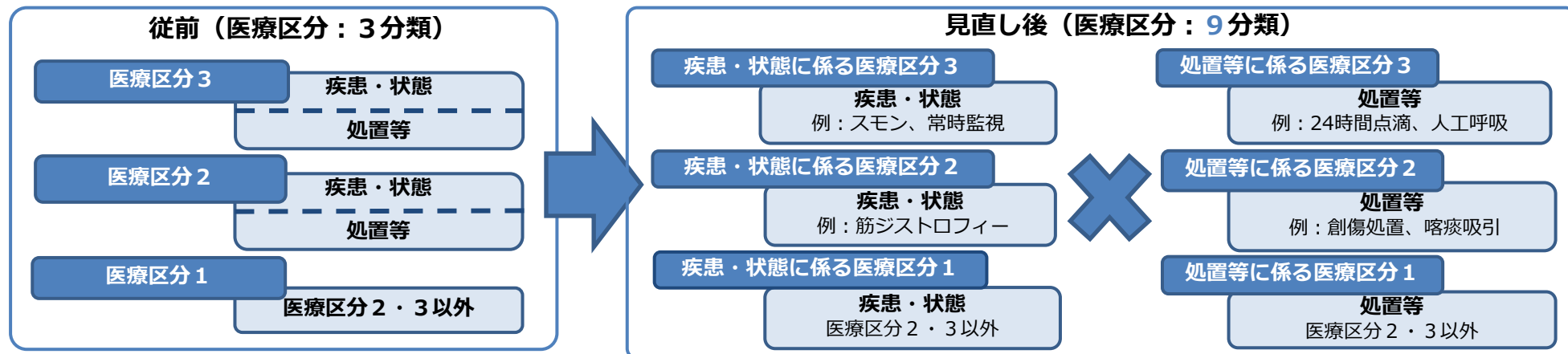
(5) 療養病棟入院基本料等の慢性期入院医療
における評価の見直しの影響について

療養病棟入院基本料の見直し

○ 療養病棟入院基本料について以下の見直しをおこなう。

1. 医療区分に係る評価体系の見直し

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



2. 療養病棟における中心静脈栄養の評価の見直し

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

3. 療養病棟におけるリハビリテーションの評価の見直し

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

4. 療養病棟入院基本料注11に規定する経過措置の廃止

- 療養病棟入院基本料の注11に規定する経過措置を廃止する。

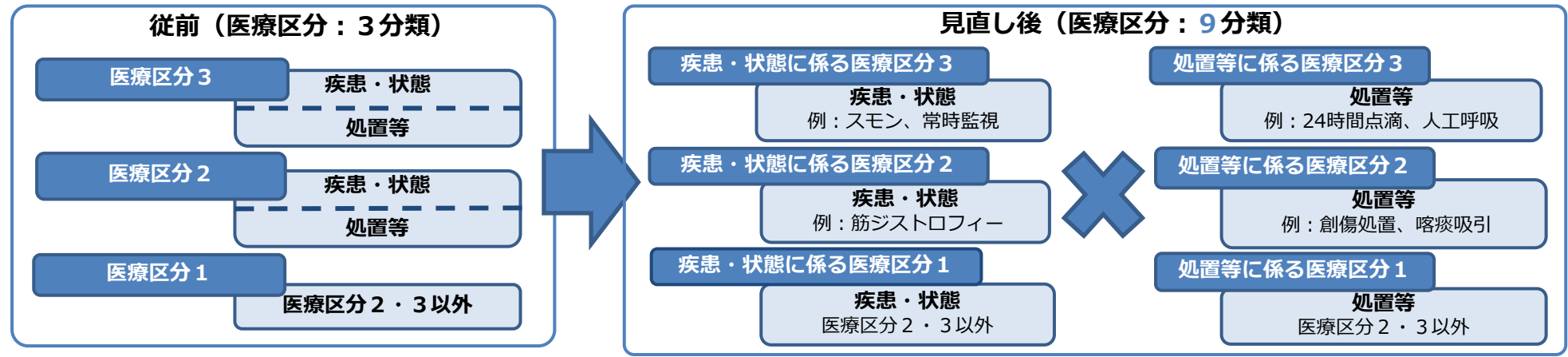
5. 療養病棟における適切な経腸栄養管理に係る評価の新設

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

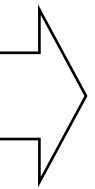
療養病棟入院基本料の見直し①

療養病棟入院基本料の医療区分に係る評価体系の見直し

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



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



改定後	
【療養病棟入院料】	
[算定要件]	
※療養病棟入院料2についても同様	
1 療養病棟入院料 1	
イ 入院料 <u>1</u> (略)	1,964点
リ 入院料 <u>27</u> (略)	830点
<u>マ</u> 入院料 <u>30</u>	1,488点

療養病棟入院基本料の概要

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

療養病棟入院基本料 1

【施設基準】

- ①看護配置：20：1以上
- ②医療区分2・3の患者が8割以上

療養病棟入院基本料 2

【施設基準】

- ①看護配置20：1以上
- ②医療区分2・3の患者が5割以上

ADL区分

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

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

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

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

療養病棟入院基本料の見直し②

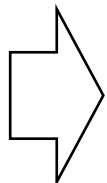
中心静脈栄養に係る評価の見直し

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

現行

【療養病棟入院料】
 [施設基準] (概要)
 医療区分3
 中心静脈注射を実施している状態

医療区分2
 (新設)



改定後

【療養病棟入院料】
 [施設基準] (概要)
 医療区分3
中心静脈栄養（療養病棟入院基本料を算定する場合にあっては、**広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻若しくは急性膵炎を有する患者を対象とする場合又は中心静脈栄養を開始した日から30日以内の場合に実施するものに限る。**）

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。**）

経腸栄養管理加算の新設

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

(新) 経腸栄養管理加算 (1日につき) 300点

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、療養病棟入院基本料を算定している患者について、経腸栄養を開始した場合、入院中1回に限り、経腸栄養を開始した日から7日を限度として所定点数に加算する。この場合において、栄養サポートチーム加算、入院栄養食事指導料、集団栄養食事指導料は別に算定できない。

[施設基準]

- 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。
- 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施する体制を有していること。なお、当該検査等については、耳鼻咽喉科又はリハビリテーション科その他必要な診療科を標榜する他の保険医療機関との協力により確保することでも差し支えない。

療養病棟入院基本料の見直し③

注11に規定する経過措置の廃止

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

現行

【療養病棟入院料】
[算定要件]

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

改定後

【療養病棟入院料】
[算定要件]
(削除)



療養病棟における適切なリハビリテーションの推進

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

現行

【療養病棟入院料】
[施設基準]

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

改定後

【療養病棟入院料】
[施設基準]

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



障害者施設等入院基本料等の患者割合に係る要件の見直し

障害者施設等入院基本料等の患者割合に係る要件の見直し

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

現行

【障害者施設等入院基本料】

【施設基準】

七 障害者施設等入院基本料の施設基準等

(1) 通則

障害者施設等一般病棟は、次のいずれにも該当する病棟であること。

イ 次のいずれかに該当する病棟であること。

① (略)

② 次のいずれにも該当する一般病棟であること。

- 1 重度の肢体不自由児（者）（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。第八の九の(1)において同じ。）、脊髄損傷等の重度障害者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。第八の九の(1)並びに第九の八の(1)のイ及び十二の(1)のイにおいて同じ。）、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等を **おおむね** 七割以上入院させている病棟であること。

2 (略)



改定後

【障害者施設等入院基本料】

【施設基準】

七 障害者施設等入院基本料の施設基準等

(1) 通則

障害者施設等一般病棟は、次のいずれにも該当する病棟であること。

イ 次のいずれかに該当する病棟であること。

① (略)

② 次のいずれにも該当する一般病棟であること。

- 1 重度の肢体不自由児（者）（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。第八の九の(1)において同じ。）、脊髄損傷等の重度障害者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。第八の九の(1)並びに第九の八の(1)のイ及び十二の(1)のイにおいて同じ。）、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等を七割以上入院させている病棟であること。

2 (略)

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

障害者施設等入院基本料等の見直し

障害者施設等入院基本料等の見直し

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

現行

【障害者施設等入院基本料】
[算定要件]
(新設)

【特殊疾患入院医療管理料】
[算定要件]
(新設)

【特殊疾患病棟入院料】
[算定要件]
(新設)

改定後

【障害者施設等入院基本料】
[算定要件]

注14 当該病棟に入院している患者のうち、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J038-2に掲げる持続緩徐式血液濾過、区分番号J039に掲げる血漿交換療法又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流を行っている慢性腎臓病の患者（注6及び注12に規定する点数を算定する患者を除く。）であつて、基本診療料の施設基準等第5の3(1)のロに規定する医療区分2の患者に相当するものについては、注1及び注3の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。

イ	7対1又は10対1入院基本料	1,581点
ロ	13対1入院基本料	1,420点
ハ	15対1入院基本料	1,315点

【特殊疾患入院医療管理料】
[算定要件]

注7 ※障害者施設等入院基本料の注14と同様
2,011点

【特殊疾患病棟入院料】
[算定要件]

注7 ※障害者施設等入院基本料の注14と同様
イ 特殊疾患病棟入院料1 **2,010点**
ロ 特殊疾患病棟入院料2 **1,615点**



在宅医療におけるICTを用いた連携の推進②

在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料の新設

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

(新) 在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料 200点

[算定要件]

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

緩和ケア病棟緊急入院初期加算の要件緩和

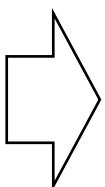
- 緩和ケア病棟における在宅療養支援をより推進する観点から、緊急入院初期加算の要件を見直す。

現行

【緩和ケア病棟緊急入院初期加算】

[算定要件] (該当部分概要)

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



改定後

【緩和ケア病棟緊急入院初期加算】

[算定要件] (該当部分概要)

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

(6) 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革 の推進に係る評価等について

地域医療体制確保加算の見直し

地域医療確保加算の要件の見直し

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

改定後

【地域医療体制確保加算】

[施設基準]

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

勤務医の働き方改革の取組の推進

処置及び手術の休日加算1等の要件の見直し

- 勤務医の働き方改革を推進する観点から、処置及び手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1について、交代勤務制又はチーム制のいずれか及び手当に関する要件を満たす必要があることとする。

現行

【休日加算1・時間外加算1・深夜加算1】
【施設基準】

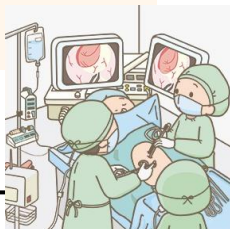
- 7 当該加算を算定する全ての診療科において、次のいずれかを実施していること。
- (1) 交代勤務制を導入しており、以下のアからキまでのいずれも実施していること。
ア～キ (略)
 - (2) チーム制を導入しており以下のアからカまでのいずれも実施していること。
ア～カ (略)
 - (3) 医師が時間外、休日又は深夜の手術等を行った場合の手当等を支給しており、以下のア又はイのいずれかを実施するとともに実施内容について就業規則に記載を行い、その写しを地方厚生(支)局長に届け出ていること。また、休日等において、当該診療科に1名以上の緊急呼出し当番を担う医師を置いていること。
(中略)
ア・イ (略)

改定後

【休日加算1・時間外加算1・深夜加算1】
【施設基準】

- 7 当該加算を算定する全ての診療科において、(1)又は(2)のいずれか及び(3)を実施していること。
- (1) 交代勤務制を導入しており、以下のアからキまでのいずれも実施していること。
ア～キ (略)
 - (2) チーム制を導入しており以下のアからカまでのいずれも実施していること。
ア～カ (略)
 - (3) 医師が時間外、休日又は深夜の手術等を行った場合の手当等を支給しており、以下のア又はイのいずれかを実施するとともに実施内容について就業規則に記載を行い、その写しを地方厚生(支)局長に届け出ていること。また、休日等において、当該診療科に1名以上の緊急呼出し当番を担う医師を置いていること。
(中略)
ア・イ (略)

※ 令和6年3月31日時点で休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の届出を行っている保険医療機関については、7に係る規定は令和8年5月31日までの間に限り、なお従前の例による。



医師事務作業補助体制加算の見直し

医師事務作業補助体制加算の要件の見直し

- 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。

改定後

【医師事務作業補助体制加算1】

[施設基準]

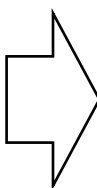
- 当該保険医療機関において、3年以上の医師事務作業補助者としての勤務経験を有する医師事務作業補助者が、それぞれの配置区分ごとに5割以上配置されていること。**また、医師事務作業補助者の勤務状況及び補助が可能な業務の内容を定期的に評価することが望ましい。**

医師事務作業補助体制加算の評価の見直し

- 医師事務作業補助体制加算の評価を見直す。

現行

配置	加算1	加算2
15対1	<u>1,050点</u>	<u>975点</u>
20対1	<u>835点</u>	<u>770点</u>
25対1	<u>705点</u>	<u>645点</u>
30対1	<u>610点</u>	<u>560点</u>
40対1	<u>510点</u>	<u>475点</u>
50対1	<u>430点</u>	<u>395点</u>
75対1	<u>350点</u>	<u>315点</u>
100対1	<u>300点</u>	<u>260点</u>



改定後

配置	加算1	加算2
15対1	<u>1,070点</u>	<u>995点</u>
20対1	<u>855点</u>	<u>790点</u>
25対1	<u>725点</u>	<u>665点</u>
30対1	<u>630点</u>	<u>580点</u>
40対1	<u>530点</u>	<u>495点</u>
50対1	<u>450点</u>	<u>415点</u>
75対1	<u>370点</u>	<u>335点</u>
100対1	<u>320点</u>	<u>280点</u>

看護補助者に係る評価の充実①

直接患者に対するケアを担う看護補助者の配置の評価

- 看護職員及び看護補助者の業務分担・協働を更に推進し、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、療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、地域包括医療病棟及び地域包括ケア病棟入院料について、主として直接患者に対し療養生活上の世話を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。

現行

【療養病棟入院料】

注12 イ 夜間看護加算	50点
□ 看護補助体制充実加算	55点

改定後

【療養病棟入院基本料】

注12 夜間看護加算	50点
注13 イ 看護補助体制充実加算 1	80点
□ 看護補助体制充実加算 2	65点
ハ 看護補助体制充実加算 3	55点

※障害者施設等入院基本料及び地域包括ケア病棟入院料の看護補助体制充実加算も同様に見直すとともに、地域包括医療病棟入院料に同様の加算を新設する。

[算定要件] (概要)

当該基準に係る区分に従い、それぞれ1日につき所定点数に加算する。ただし、本文の規定にかかわらず、**身体的拘束を実施した日は、看護補助体制充実加算3**の例により所定点数に加算する。

※身体的拘束を実施した日の取扱いは、令和7年6月1日以降より適用する。

[施設基準]

(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100対1以上**であること。当該看護補助者は、介護福祉士の資格を有する者又は看護補助者として3年以上の勤務経験を有し適切な研修を修了した看護補助者であること。
- ウ 看護補助体制充実加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、院内研修を年1回以上受講した者であること。ただし、看護補助者が受講する研修内容については、看護補助者が行う業務内容ごとに業務範囲、実施手順、留意事項等について示した業務マニュアルを作成し、当該マニュアルを用いた院内研修を実施していること。
- エ 当該病棟の看護師長等は所定の研修を修了していること。当該病棟の全ての看護職員が院内研修を年1回以上受講していること。
- 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。

看護補助者に係る評価の充実②

看護補助体制充実加算に係る評価の見直し

- 看護職員及び看護補助者の業務分担・協働を更に推進する観点及び身体的拘束の予防・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。また、身体的拘束の実施に着目した評価に見直す。

現行

【急性期看護補助体制加算】

注4 看護補助体制充実加算 5点

【看護補助加算】

注4 看護補助体制充実加算 5点

改定後

【急性期看護補助体制加算】

注4 **看護補助体制充実加算 1** 20点
 看護補助体制充実加算 2 5点

【看護補助加算】

注4 **看護補助体制充実加算 1** 20点
 看護補助体制充実加算 2 5点

[算定要件] (概要)

当該基準に係る区分に従い、それぞれ1日につき所定点数に加算する。

身体的拘束を実施した日は、看護補助体制充実加算2の例により算定すること。※身体的拘束を実施した日の取扱いは、令和7年6月1日以降より適用する。

[施設基準]

(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**配置配置されていること。
 イ 看護補助体制充実加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、院内研修を年1回以上受講した者であること。ただし、看護補助者が受講する研修内容については、看護補助者が行う業務内容ごとに業務範囲、実施手順、留意事項等について示した業務マニュアルを作成し、当該マニュアルを用いた院内研修を実施していること。
 ウ 当該病棟の看護師長等は所定の研修を修了していること。当該病棟の全ての看護職員が院内研修を年1回以上受講していること。
 エ 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)のイ及びウを満たすものであること。

夜間看護体制加算の評価の見直し

- 看護補助者の配置に係る評価における夜間看護体制加算の評価を見直す。

※急性期看護補助体制の注3「夜間看護体制加算」、看護補助加算の注3「夜間看護体制加算」、障害者施設等入院基本料の注10「夜間看護体制加算」が該当

入院中の薬物療法の適正化に対する取組の推進

薬剤総合評価調整加算の見直し

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

現行

【薬剤総合評価調整加算】 100点（退院時）

(1) (中略)

イ 患者の病状、副作用、療養上の問題点の有無を評価するために、医師、薬剤師及び看護師等の多職種による**カンファレンスを実施**し、薬剤の総合的な評価を行い、適切な用量への変更、副作用の被疑薬の中止及びより有効性・安全性の高い代替薬への変更等の処方内容の変更を行う。

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

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



改定後

【薬剤総合評価調整加算】 100点（退院時）

(1) (中略)

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

ウ 処方内容を変更する際の留意事項を多職種で共有した上で、患者に対して処方変更に伴う注意点を説明する。

エ 処方変更による病状の悪化や新たな副作用の有無について、多職種で確認し、必要に応じて、再評価を行う。

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

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

※取組の際の参考資料

「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）」（厚生労働省）

「高齢者の医薬品適正使用の指針（各論編（療養環境別）」（厚生労働省）

日本老年医学会の関連ガイドライン（高齢者の安全な薬物療法ガイドライン）

「病院における高齢者のポリファーマシー対策の始め方と進め方」（厚生労働省）

「ポリファーマシー対策の進め方」（日本病院薬剤師会）



薬剤師の養成強化による病棟薬剤業務の向上

薬剤業務向上加算の新設

- 病棟薬剤業務実施加算1（120点/週1回）について、免許取得直後の薬剤師を対象とした病棟業務等に係る総合的な研修体制を有するとともに、都道府県との協力の下で薬剤師が別の医療機関において地域医療に係る業務等を実践的に修得する体制を整備している医療機関が、病棟薬剤業務を実施する場合の加算を新設する。

(新) 薬剤業務向上加算 100点(週1回)



[算定要件]

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

[主な施設基準]

- (1) **免許取得直後の薬剤師を対象とした病棟業務等に係る総合的な研修が実施されていること**として以下の要件を満たすこと。
 - ア 研修を総括する責任者の配置及び研修の計画、実施等に関して検討するための委員会が設置されている
 - イ 十分な指導能力を有する常勤薬剤師が研修を受ける薬剤師の指導に当たっている
 - ウ 研修を受ける薬剤師の研修内容を定期的に評価・伝達する体制の整備及び研修修了判定が適切に実施されている
 - エ 調剤、病棟薬剤業務、チーム医療、医薬品情報管理等を広く修得できる研修プログラムに基づき研修を実施している
 - オ 研修プログラムを医療機関のウェブサイト等で公開するとともに、定期的に研修の実施状況の評価及び研修プログラムの見直しを実施している
- (2) **都道府県における薬剤師確保の取組を実施する部署と連携して自施設の薬剤師を他の保険医療機関（特別の関係にある保険医療機関を除く。）へ出向を実施させる体制**として、以下の要件を満たすこと。
 - ア 出向先は、薬剤師が不足している地域において病棟業務やチーム医療等の業務の充実が必要な保険医療機関である
 - イ 出向する薬剤師は、概ね3年以上の病院勤務経験を有し、当該保険医療機関において概ね1年以上勤務している常勤の薬剤師である
 - ウ 出向先の保険医療機関及び都道府県における薬剤師確保の取組を担当する部署との協議の上で、出向に関する具体的な計画が策定されている
- (3) 特定機能病院若しくは急性期充実体制加算1、2に係る届出を行っている保険医療機関であること。

感染対策向上加算等における専従要件の明確化（一部再掲）

感染対策向上加算等における専従要件の明確化

- 感染対策等の専門的な知見を有する者が、介護保険施設等からの求めに応じてその専門性に基づく助言を行えるようにする観点から、感染対策向上加算、緩和ケア診療加算、外来緩和ケア診療管理料及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算のチームの構成員の専従業務に当該助言が含まれることを明確化する。

現行

【感染対策向上加算】

[施設基準]

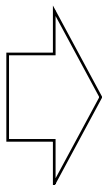
感染対策向上加算 1

感染防止対策部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。

ア～エ（略）

アに定める医師又はイに定める看護師のうち1名は専従であること。なお、感染制御チームの専従の職員については、抗菌薬適正使用支援チームの業務を行う場合及び感染対策向上加算2、感染対策向上加算3又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った他の保険医療機関に対する助言に係る業務を行う場合には、感染制御チームの業務について専従とみなすことができる。

（中略）



改定後

【感染対策向上加算】

[施設基準]

感染対策向上加算 1

感染防止対策部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。

ア～エ（略）

アに定める医師又はイに定める看護師のうち1名は専従であること。なお、感染制御チームの専従の職員については、抗菌薬適正使用支援チームの業務を行う場合及び感染対策向上加算2、感染対策向上加算3又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った他の保険医療機関に対する助言に係る業務を行う場合及び**介護保険施設等からの求めに応じ、当該介護保険施設等に対する助言に係る業務を行う場合**には、感染制御チームの業務について専従とみなすことができる。**ただし、介護保険施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として月10時間以下であること。**

介護保険施設等は次に掲げるものをいう。

- イ 指定介護老人福祉施設 □ 指定地域密着型介護老人福祉施設 八 介護老人保健施設
- 二 介護医療院 ホ 指定特定施設入居者生活介護事業所
- ハ 指定地域密着型特定施設入居者生活介護事業所
- ト 指定介護予防特定施設入居者生活介護事業所
- チ 指定認知症対応型共同生活介護事業所 リ 指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所
- 又 指定障害者支援施設 ル 指定共同生活援助事業所 ヲ 指定福祉型障害児入所施設

（中略）

※緩和ケア診療加算、外来緩和ケア診療管理料及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算も同様。

(7) 外来医療に係る評価等について

生活習慣病に係る疾病管理のイメージ

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

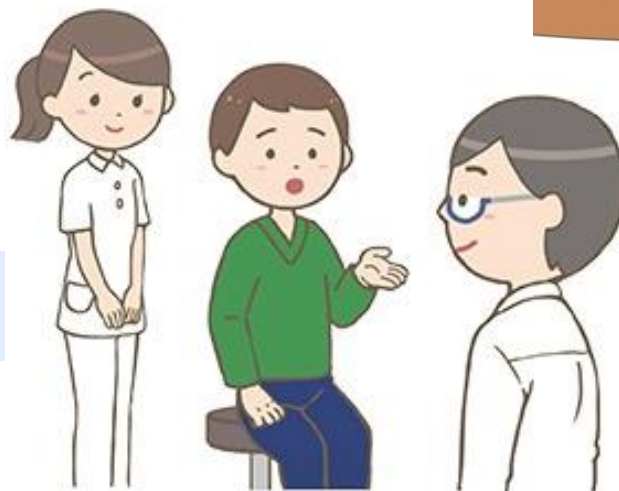


治療に係る情報についての
療養計画書を用いた説明



医療DXを活用した情報共有の推進

診療ガイドライン等を参考とした
質の高い疾病管理



歯科医師、薬剤師、看護師、
管理栄養士等による**多職種連携**

糖尿病患者に対する歯科受診の推奨



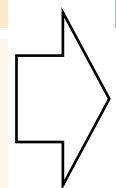
リフィル処方及び長期処方の活用



生活習慣病に係る医学管理料の見直し①

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

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



改定後

【生活習慣病管理料(Ⅰ)の算定要件】(概要)

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

生活習慣病に係る医学管理料の見直し②

生活習慣病管理料（Ⅱ）の創設

- 検査等を包括しない生活習慣病管理料（Ⅱ）を新設する。

（新） 生活習慣病管理料（Ⅱ） 333点（月1回に限る。）

〔算定要件〕

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

〔施設基準〕

- (1) 生活習慣病管理に関する総合的な治療管理ができる体制を有していること。なお、治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましい。
- (2) 患者の状態に応じ、28日以上 of 長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示すること。
- (3) 生活習慣病管理料(Ⅱ)を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行う場合に係る厚生労働大臣が定める施設基準情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

生活習慣病に係る医学管理料の見直し③

特定疾患療養管理料の対象疾患の見直し

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

現行

【特定疾患療養管理料】

[施設基準]

別表第一 特定疾患療養管理料並びに処方料並びに処方箋料の特定疾患処方管理加算1及び特定疾患処方管理加算2に規定する疾患

- 結核
- 悪性新生物
- 甲状腺障害
- 処置後甲状腺機能低下症
- 糖尿病
- スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害
- ムコ脂質症
- リポ蛋白代謝障害及びその他の脂(質)血症

- リポジストロフィー
- ローノア・ベンソード腺脂肪腫症
- 高血圧性疾患
- 虚血性心疾患
(中略)
- 性染色体異常
(新設)
(新設)

改定後

【特定疾患療養管理料】

[施設基準]

別表第一 特定疾患療養管理料並びに処方料並びに処方箋料の特定疾患処方管理加算1及び特定疾患処方管理加算2に規定する疾患

- 結核
- 悪性新生物
- 甲状腺障害
- 処置後甲状腺機能低下症
- (削除)
- スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害
- ムコ脂質症
- リポ蛋白代謝障害及びその他の脂(質)血症 (家族性高コレステロール血症等の遺伝性疾患に限る。)
- リポジストロフィー
- ローノア・ベンソード腺脂肪腫症
- (削除)
- 虚血性心疾患
(中略)
- 性染色体異常
- アナフィラキシー
- ギラン・バレー症候群



地域包括診療料等の見直し

地域包括診療料等の見直し

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

改定後

【地域包括診療料】 ※地域包括診療加算についても同様

[算定要件]

- 患者又はその家族からの求めに応じ、疾患名、治療計画等についての文書を交付し、適切な説明を行うことが望ましい。その際、文書の交付については電子カルテ情報共有システムにおける患者サマリーに入力し、診療録にその記録及び患者の同意を得た旨を残している場合は、文書を交付しているものとみなすものとする。
- 当該保険医療機関に通院する患者について、介護支援専門員及び相談支援専門員からの相談に適切に対応するとともに、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示すること。
- 患者の状態に応じ、28日以上長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示するとともに、患者から求められた場合に適切に対応すること。

[施設基準] ※地域包括診療加算についても同様

- 当該保険医療機関に、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師（以下この区分において「担当医」という。）を配置していること。また、担当医は認知症に係る適切な研修を修了していることが望ましい。
- 次に掲げる事項を院内掲示していること。
 - ア 健康相談及び予防接種に係る相談を実施していること。
 - イ 当該保険医療機関に通院する患者について、介護支援専門員及び相談支援専門員からの相談に適切に対応することが可能であること。
 - ウ 患者の状態に応じ、28日以上長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であること。
- 介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示し、かつ、要介護認定に係る主治医意見書を作成しているとともに、以下のいずれか一つを満たしていること。
 - ア～ケ(略) コ 担当医が、「認知症初期集中支援チーム」等、市区町村が実施する認知症施策に協力している実績があること。
- 以下のア～ウのいずれかを満たすこと。
 - ア 担当医が、サービス担当者会議に参加した実績があること。
 - イ 担当医が、地域ケア会議に出席した実績があること。
 - ウ 当該保険医療機関において、介護支援専門員と対面あるいはICT等を用いた相談の機会を設けていること。なお、対面で相談できる体制を構築していることが望ましい。
- 当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。

現行

地域包括診療加算 1	25点
地域包括診療加算 2	18点
認知症地域包括診療加算 1	35点
認知症地域包括診療加算 2	28点



改定後

地域包括診療加算 1	28点
地域包括診療加算 2	21点
認知症地域包括診療加算 1	38点
認知症地域包括診療加算 2	31点

時間外対応加算の見直し

時間外対応加算の見直し

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

改定後

時間外対応加算 1 5点

時間外対応加算 2 **4点**

[施設規準] (抜粋)

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

時間外対応加算 **3** 3点

時間外対応加算 **4** 1点

時間外対応加算の見直しを踏まえた小児科かかりつけ診療料の見直し

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

現行

【小児かかりつけ診療料 1】

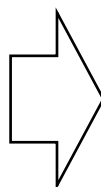
[施設基準] (抜粋)

- 区分番号「A001」の注10に規定する時間外対応加算1又は**時間外対応加算2**に係る届出を行っていること。

【小児かかりつけ診療料 2】

[施設基準] (抜粋)

- 次のいずれかの基準を満たしていること。
 - ア 区分番号「A001」の注10に規定する**時間外対応加算3**に係る届出を行っていること。
 - イ (略)



改定後

【小児かかりつけ診療料 1】

[施設基準] (抜粋)

- 区分番号「A001」の注10に規定する時間外対応加算1又は**時間外対応加算3**に係る届出を行っていること。

【小児かかりつけ診療料 2】

[施設基準] (抜粋)

- 次のいずれかの基準を満たしていること。
 - ア 区分番号「A001」の注10に規定する**時間外対応加算2**又は**時間外対応加算4**に係る届出を行っていること。
 - イ (略)

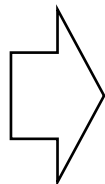
ポストコロナにおける感染症対策の評価④

発熱外来に対する評価の新設

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

現行

【外来感染対策向上加算】
[施設基準（抜粋）]
(新設)



改定後

【外来感染対策向上加算】
[施設基準（抜粋）]

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

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

(新) 発熱患者等対応加算

20点

[算定要件]

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

抗菌薬の使用実績に基づく評価の新設

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

(新) 抗菌薬適正使用体制加算

5点

[施設基準]

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

へき地診療所等が実施するD to P with Nの推進

へき地診療所等が実施するD to P with Nの推進

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

（新） 看護師等遠隔診療補助加算 50点

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、看護師等といる患者に対して情報通信機器を用いた診療を行った場合に、所定点数に加算する。

[施設基準]

次のいずれにも該当すること。

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



へき地診療所又はへき地医療拠点病院の医師



情報通信機器を用いた診療



患者が看護師等といる場合

情報通信機器を用いた診療の施設基準の見直し

情報通信機器を用いた診療の施設基準の見直し

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

現行

【情報通信機器を用いた診療】

【施設基準】

第1 情報通信機器を用いた診療

1 情報通信機器を用いた診療に係る施設基準

(1) 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されているものとして、以下のア～ウを満たすこと。

ア～ウ (略)

(新設)



改定後

【情報通信機器を用いた診療】

【施設基準】

第1 情報通信機器を用いた診療

1 情報通信機器を用いた診療に係る施設基準

(1) 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されているものとして、以下のア～ウを満たすこと。

ア～ウ (略)

エ 情報通信機器を用いた診療の初診の場合には向精神薬を処方しないことを当該保険医療機関のウェブサイト等に掲示していること。

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

(5)薬剤 処方・管理

②最低限遵守する事項

- i 現にオンライン診療を行っている疾患の延長とされる症状に対応するために必要な医薬品については、医師の判断により、オンライン診療による処方を可能とする。患者の心身の状態の十分な評価を行うため、初診からのオンライン診療の場合及び新たな疾患に対して医薬品の処方を行う場合は、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを参考に行うこと。

ただし、初診の場合には以下の処方は行わないこと。

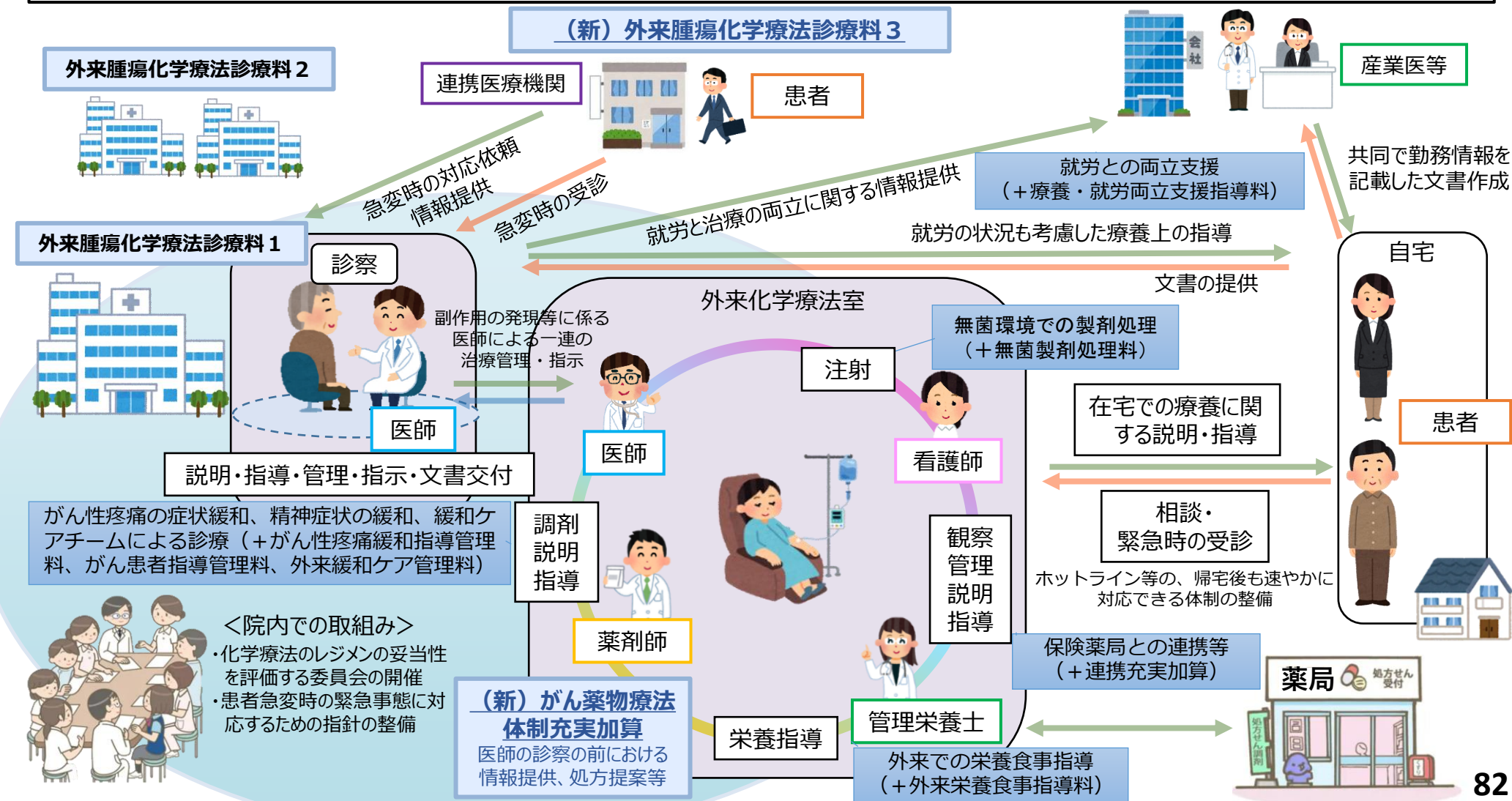
- ・ 麻薬及び向精神薬の処方
- ・ 基礎疾患等の情報が把握できていない患者に対する、特に安全管理が必要な薬品（診療報酬における薬剤管理指導料の「1」の対象となる薬剤）の処方
- ・ 基礎疾患等の情報が把握できていない患者に対する8日分以上の処方

また、重篤な副作用が発現するおそれのある医薬品の処方は特に慎重に行うとともに、処方後の患者の服薬状況の把握に努めるなど、そのリスク管理に最大限努めなければならない。

- ii 医師は、患者に対し、現在服薬している医薬品を確認しなければならない。この場合、患者は医師に対し正確な申告を行うべきである。

外来腫瘍化学療法の普及・推進（イメージ）

- 悪性腫瘍の患者に対する外来における安心・安全な化学療法の実施を推進する観点から、外来腫瘍化学療法診療料について、要件及び評価を見直すとともに、診察前に薬剤師が服薬状況等の確認・評価を行い、医師に情報提供、処方提案等を行った場合について新たな評価を行う。



外来腫瘍化学療法診療料の見直し①

外来腫瘍化学療法診療料の見直し

- 悪性腫瘍の患者に対する外来における安心・安全な化学療法の実施を推進する観点から、外来腫瘍化学療法診療料について、要件及び評価を見直すとともに、診察前に薬剤師が服薬状況等の確認・評価を行い、医師に情報提供、処方提案等を行った場合について新たな評価を行う。

現行

【外来腫瘍化学療法診療料】

- | | |
|-------------------------------------|------|
| 1 外来腫瘍化学療法診療料 1 | |
| イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合
(新設) | 700点 |
| □ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合
(新設) | 400点 |
| 2 外来腫瘍化学療法診療料 2 | |
| イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合
(新設) | 570点 |
| □ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合
(新設) | 270点 |

(新設)

改定後

【外来腫瘍化学療法】

- | | |
|---------------------|------|
| 1 外来腫瘍化学療法診療料 1 | |
| イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 | |
| (1) 初回から3回目まで | 800点 |
| (2) 4回目以降 | 450点 |
| □ イ以外の必要な治療管理を行った場合 | 350点 |
| 2 外来腫瘍化学療法診療料 2 | |
| イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 | |
| (1) 初回から3回目まで | 600点 |
| (2) 4回目以降 | 320点 |
| □ イ以外の必要な治療管理を行った場合 | 220点 |
| 3 外来腫瘍化学療法診療料 3 | |
| イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 | |
| (1) 初回から3回目まで | 540点 |
| (2) 4回目以降 | 280点 |
| □ イ以外の必要な治療管理を行った場合 | 180点 |

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

外来腫瘍化学療法診療料の見直し②（外来腫瘍化学療法診療料3（その1））

外来腫瘍化学療法診療料3の新設

- やむを得ない理由等により専任の医師、看護師又は薬剤師を院内に常時1人以上配置することが困難であって、電話等による緊急の相談等に24時間対応できる連絡体制を整備している医療機関の評価を新設する

（新） 外来腫瘍化学療法診療料3

イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合

（1）初回から3回目まで

540点

（2）4回目以降

280点

ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合

180点



【算定要件】

- (1) 外来腫瘍化学療法診療料は、入院中の患者以外の悪性腫瘍を主病とする患者に対して、患者の同意を得た上で、化学療法の経験を有する医師、化学療法に従事した経験を有する専任の看護師及び化学療法に係る調剤の経験を有する専任の薬剤師が必要に応じてその他の職種と共同して、注射による外来化学療法の実施その他の必要な治療管理を行った場合に算定する。
- (2) 「1」の「イ」の(1)、「2」の「イ」の(1)又は「3」の「イ」の(1)に規定する点数は、月の初日から起算して、抗悪性腫瘍剤を1回目に投与した日から3回目に投与した日に算定し、「1」の「イ」の(2)、「2」の「イ」(2)又「3」の「イ」の(2)に規定する点数は、月の初日から起算して、抗悪性腫瘍剤を4回目以降に投与した日に算定する。
- (3) 「1」の「ロ」、「2」の「ロ」及び「3」の「ロ」に規定する点数は、注射による外来化学療法の実施その他必要な治療管理を実施中の期間に、当該外来化学療法を実施している保険医療機関において、当該外来化学療法又は治療に伴う副作用等で来院した患者に対し、診察（視診、聴診、打診及び触診等の身体診察を含む）の上、必要に応じて速やかに検査、投薬等を行う体制を評価したものである。

また、外来腫瘍化学療法診療料3の届出を行っている保険医療機関において外来化学療法を実施している患者が、連携する外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っている保険医療機関を緊急的な副作用等で受診した場合には、「1」の「ロ」を算定できる。ただし、あらかじめ治療等に必要な情報を文書（電子媒体を含む。）により当該外来腫瘍診療料3の届出を行っている医療機関から受理している場合に限る。

なお、「外来化学療法の実施その他必要な治療管理を実施中の期間」とは、当該化学療法のレジメンの期間内とする。

- (4)～(7) (略)
- (8) 外来腫瘍化学療法診療料3の届出を行う医療機関は、外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っている他の連携する保険医療機関に対して、緊急時に当該他の連携する保険医療機関に受診を希望する患者について、あらかじめ治療等に必要な情報を文書により、少なくとも治療開始時に1回は提供し、以降は適宜必要に応じて提供していること。
- (9)、(10) (略)

外来腫瘍化学療法診療料の見直し②（外来腫瘍化学療法診療料3（その2））

外来腫瘍化学療法診療料3の新設

- ▶ やむを得ない理由等により専任の医師、看護師又は薬剤師を院内に常時1人以上配置することが困難であって、電話等による緊急の相談等に24時間対応できる連絡体制を整備している医療機関の評価を新設する。

（新） 外来腫瘍化学療法診療料3

イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合

（1）初回から3回目まで

540点

（2）4回目以降

280点

ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合

180点



【施設基準】

- （1） 外来腫瘍化学療法診療料1の施設基準のうち、(1)、(6)、(11)及び(12)を満たしていること。
- （2） 外来腫瘍化学療法診療料2の施設基準のうち、(2)及び(3)を満たしていること。
- （3） 当該保険医療機関において化学療法を実施する患者に対して、外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っている他の保険医療機関との連携により、緊急時に有害事象等の診療ができる連携体制を確保していること。また、当該他の連携する医療機関の名称等については、あらかじめ地方厚生(支)局長に届出を行い、かつ、その情報を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- （4） (3)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。ただし、ホームページ等を有しない保険医療機関については、この限りではない。
- （5） 標榜時間外において、当該保険医療機関で外来化学療法を実施している患者に関する電話等の問合せに応じる体制を整備すること。また、やむを得ない事由により電話等による問い合わせに応じることができなかつた場合であっても、速やかにコールバックすることができる体制がとられていること。
- （6） 令和7年5月31日までの間に限り、(4)の基準を満たしているものとする。

<外来腫瘍化学療法診療料1の施設基準（抜粋）>

- （1） 外来化学療法を実施するための専用のベッド（点滴注射による化学療法を実施するに適したリクライニングシート等を含む。）を有する治療室を保有していること。なお、外来化学療法を実施している間は、当該治療室を外来化学療法その他の点滴注射（輸血を含む。）以外の目的で使用することは認められないものであること。
- （6） 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制が確保されていること又は他の保険医療機関との連携により緊急時に当該患者が入院できる体制が整備されていること。
- （11） 患者と患者を雇用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書の提出があった場合に、就労と療養の両立に必要な情報を提供すること並びに診療情報を提供した後の勤務環境の変化を踏まえ療養上必要な指導を行うことが可能である旨をウェブサイトに掲載していることが望ましい。
- （12） 患者の急変時の緊急事態等に対応するための指針が整備されていることが望ましい。

<外来腫瘍化学療法診療料2の施設基準（抜粋）>

- （2） 化学療法の経験を有する専任の看護師が化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務していること。
- （3） 当該化学療法につき専任の常勤薬剤師が勤務していること。

外来腫瘍化学療法診療料の見直し③ (外来腫瘍化学療法診療料1)

外来腫瘍化学療法診療料1の施設基準の見直し

- 外来腫瘍化学療法診療料1について、実施医療機関における更なる体制整備等の観点から、次のとおり要件及び評価を見直す。

現行

【外来腫瘍化学療法診療料1】
【施設基準】
(1)～(7) (略)
(新設)



改定後

【外来腫瘍化学療法診療料1】
【施設基準】
(1)～(7) (略)
(8) 区分番号「B001」の「22」に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料の届出を行っていること。
(9) 区分番号「B001」の「23」に掲げるがん患者指導管理料の口の届出を行っていることが望ましい。
(10) (2)に掲げる医師は、次に掲げるいずれかの研修を修了した者であること。
ア がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会
イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立研究開発法人国立がん研究センター主催）等
(11) 患者と患者を雇用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書の提出があった場合に、就労と療養の両立に必要な情報を提供すること並びに診療情報を提供した後の勤務環境の変化を踏まえ療養上必要な指導を行うことが可能である旨をウェブサイトに掲載していることが望ましい。
(12) 患者の急変時の緊急事態等に対応するための指針が整備されていることが望ましい。
(13) 外来腫瘍化学療法診療料3の届出を行っている他の保険医療機関において外来化学療法を実施している患者が、緊急時に当該保険医療機関に受診できる体制を確保している場合については、連携する保険医療機関の名称等をあらかじめ地方厚生(支)局長に届け出ていること。また、連携する保険医療機関の名称等については、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
(14) (5)、(6)及び(7)に係る対応を行っていることについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
(15) (13)及び(14)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。ただし、ホームページ等を有しない保険医療機関については、この限りではない。

<外来腫瘍化学療法診療料1の施設基準(抜粋)>

- (2) 化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤医師が勤務していること。
(5) 専任の医師、看護師又は薬剤師が院内に常時1人以上配置され、本診療料を算定している患者から電話等による緊急の相談等に24時間対応できる連絡体制が整備されていること。
(6) 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制が確保されていること又は他の保険医療機関との連携により緊急時に当該患者が入院できる体制が整備されていること。
(7) 実施される化学療法のレジメン(治療内容)の妥当性を評価し、承認する委員会を開催していること。
当該委員会は、化学療法に携わる各診療科の医師の代表者(代表者数は、複数診療科の場合は、それぞれの診療科で1名以上(1診療科の場合は、2名以上)の代表者であること。)、業務に携わる看護師、薬剤師及び必要に応じてその他の職種から構成されるもので、少なくとも年1回開催されるものとする。

外来腫瘍化学療法診療料の見直し④ (がん薬物療法体制充実加算)

がん薬物療法体制充実加算の新設

- 悪性腫瘍の患者に対する外来における安心・安全な化学療法の実施を推進する観点から、医師が患者に対して診察を行う前に、薬剤師が服薬状況や副作用の発現状況等について収集・評価を行い、医師に情報提供、処方に関する提案等を行った場合の評価を新たに設ける。

(新) がん薬物療法体制充実加算 100点(月1回に限り)

[算定要件]

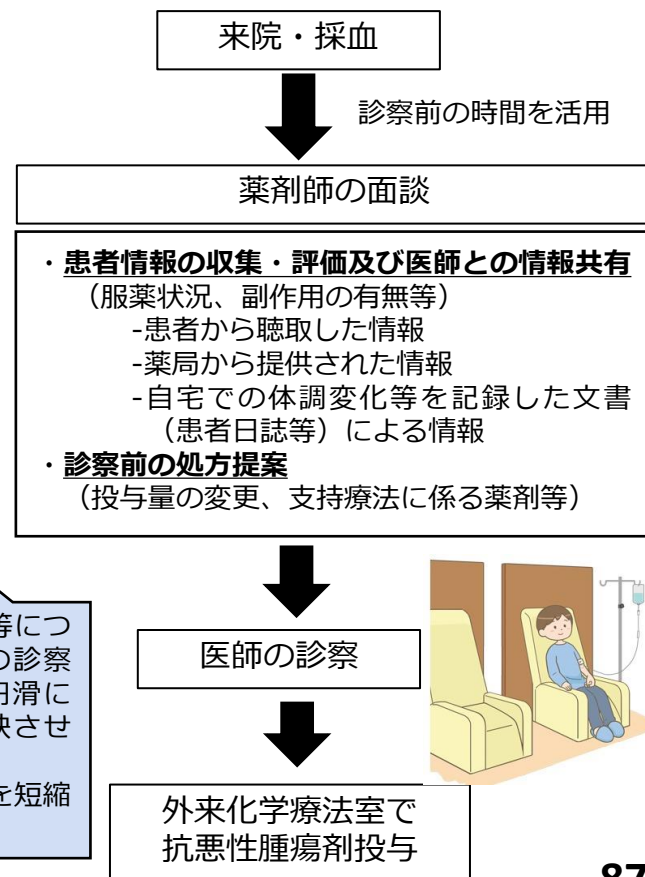
外来腫瘍化学療法診療料1のイの(1)を算定する患者に対して、当該保険医療機関の医師の指示に基づき薬剤師が、服薬状況、副作用の有無等の情報の収集及び評価を行い、医師の診察前に情報提供や処方の提案等を行った場合に月に1回に限り所定点数に加算する。

[施設基準]

- 化学療法に係る調剤の経験を5年以上有しており、40時間以上のがんに係る適切な研修を修了し、がん患者に対する薬剤管理指導の実績を50症例(複数のがん種であることが望ましい。)以上有する専任の常勤薬剤師が配置されていること。
- 患者の希望に応じて、患者の心理状況及びプライバシーに十分配慮した構造の個室を使用できるように備えていること。
- 薬剤師が、医師の診察前に患者から服薬状況、副作用等の情報収集及び評価を実施し、情報提供や処方提案等を行った上で、医師がそれを踏まえて、より適切な診療方針を立てることができる体制が整備されていること。



※副作用等情報や処方提案等について、薬剤師が「医師の診察前」に共有することで円滑に当日の処方や指示に反映させることができる
※医師の診察にかかる時間を短縮できる



慢性腎臓病の透析予防指導管理の評価の新設

慢性腎臓病の透析予防指導管理の算定要件及び施設基準

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

(新) 慢性腎臓病透析予防指導管理料

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

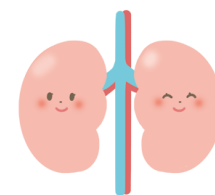
※ 情報通信機器を用いて行った場合は、それぞれ261点、218点

[算定要件] (抜粋)

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

[施設基準] (抜粋)

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



(8) 医療資源の少ない地域における 保険医療機関の実態について

医療資源の少ない地域に配慮した診療報酬上の評価（概要）

- 医療資源の少ない地域については、医療従事者が少ないことや、医療機関が少ないため機能分化が困難であることに着目し、施設基準の緩和等、その特性に配慮した評価を行っている。
- 急性期から回復期における機能分化が困難である観点から一般病棟入院基本料や地域包括ケア病棟入院料について要件緩和や混合病棟を認める等の対応を行っている。

<評価の概要>

項目名	医療資源の少ない地域に配慮した主な要件緩和等	緩和の対象
A 1 0 0 一般病棟入院基本料*	病棟ごとに違う区分の入院基本料の算定が可能	入院料の算定
A 1 0 8 有床診療所入院基本料	入院基本料 1～3の施設基準の一つとして、医療資源の少ない地域（特定地域）に所在する有床診療所であること	（入院料の要件）
A 2 0 7 医師事務補助体制加算	20対1から100対1までについて、医療資源の少ない地域に所在する医療機関であれば、要件を満たす（※）こととする	施設基準の要件
A 2 2 6 - 2 緩和ケア診療加算*	医師・看護師・薬剤師の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師の専従要件等の緩和	人員配置
A 2 3 3 - 2 栄養サポートチーム加算*	看護師・薬剤師・管理栄養士の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師・管理栄養士の専従要件等の緩和	人員配置
A 2 3 6 褥瘡ハイリスク患者ケア加算*	看護師等の専従要件の緩和	人員配置
A 2 4 6 入退院支援加算*	看護師・社会福祉士の要件の緩和	人員配置
A 3 0 8 - 3 地域包括ケア病棟入院料	看護職員配置が15対1以上 ^{※1} 看護職員の最小必要数の4割以上 ^{※2} が看護師、理学療法士等の専従要件の緩和 ※1 特定地域以外では13対1以上 ※2 特定地域以外では7割以上 許可病床数200床未満に限るとされている基準について、280床未満とする （地域包括ケア病棟入院医療管理料 1、2、3及び4、地域包括ケア病棟入院料 1及び3）	人員配置 病床数
A 3 1 7 特定一般病棟入院料	一般病棟が1病棟のみ（DPC対象病院を除く） 看護職員配置が13対1以上又は15対1以上 看護要員 1人当たりの月平均夜勤72時間要件なし	人員配置 夜勤の要件
A 2 4 8 精神疾患診療体制加算	許可病床数80床以上（特定地域以外は許可病床数100床以上）	病床数
A 2 4 9 精神科急性期医師配置加算	許可病床数80床以上（特定地域以外は許可病床数100床以上）	病床数
在宅療養支援病院	許可病床数280床未満（特定地域以外は許可病床数200床未満）	病床数
在宅療養後方支援病院	許可病床数160床以上（特定地域以外は許可病床数200床以上）	病床数
B 0 0 1 2 4 外来緩和ケア管理料*	医師・看護師の常勤要件の緩和及び医師・看護師・薬剤師の専従要件等の緩和	人員配置
B 0 0 1 2 7 糖尿病透析予防指導管理料*	医師・看護師又は保健師・管理栄養士の専任要件・常勤要件の緩和	人員配置
24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）	複数の訪問看護ステーションが連携して体制を確保した場合の対象地域を、医療資源の少ない地域にも拡大	施設基準の要件

*医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び急性期一般入院料 1 を算定している病院を除く）の一般病棟が対象。

（※）遠隔画像診断、処置の休日加算 1、時間外加算 1 及び深夜加算 1、手術の休日加算 1、時間外加算 1 及び深夜加算 1、保険医療機関間の連携による病理診断（受診側）、保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製（受信側）、保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診（受信側）についても同様。

医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し及び対象地域の見直し①

回復期リハビリテーション入院医療管理料の新設

- 医療資源の少ない地域に配慮した評価を適切に推進する観点から、医療資源の少ない地域において、回復期リハビリテーション病棟に相当する機能を有する病室について、**回復期リハビリテーション入院料の届出を病室単位で可能な区分を新設する。**

(新) 回復期リハビリテーション入院医療管理料 1,859点 (生活療養を受ける場合は1,845点)

[主な施設基準の概要]

- (1) 回復期リハビリテーションの必要性の高い患者を **8割以上**入院させていること。
- (2) 回復期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。
- (3) 回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対する1日当たりリハビリテーション提供単位数が平均2単位以上であること。
- (4) 当該病室を有する病棟に専任の常勤の医師が1名以上配置されていること。
- (5) **看護職員が15:1以上配置**されていること。また、**看護補助者が30:1以上配置**されていること。
- (6) 当該病室を有する病棟に**専従の常勤の理学療法士1名以上**及び**専任の常勤の作業療法士1名以上**配置されていること。また常勤の理学療法士又は作業療法士の配置に代えて、理学療法士又は作業療法士を複数人配置した場合であっても当該要件を満たす。
(当該理学療法士について、**当該病室を有する病棟におけるリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算に係る専従者と兼務可能**)
- (7) 当該病室において、新規入院患者のうち**3割以上が重症の患者**であること。また、**重症の患者の3割以上が退院時に入院時と比較して日常生活機能で3点又はFIM総得点で12点以上改善している**こと。
- (8) 退院患者のうち他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合が**7割以上**であること。
- (9) 医療資源の少ない地域に所属する医療機関であって、**当該病院を中心とした半径12キロメートル以内の当該病院を含む病院が回復期リハビリテーション病棟入院料1から5を届出していない**こと。
- (10) 当該病室において、**新規入棟患者のうち4割以上が別表第九の五に掲げる状態の患者**であること。

別表第九 回復期リハビリテーションを要する状態及び算定上限日数

- 一 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態又は義肢装着訓練を要する状態（算定開始日から起算して百五十日以内。ただし、高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合は、算定開始日から起算して百八十日以内）



医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し及び対象地域の見直し②

地域包括ケア病棟の要件の見直し

- 医療資源の少ない地域において、**地域包括ケア病棟入院料2及び4の施設基準における、「自院の一般病棟からの転棟患者の割合」に関する要件を緩和**する。

在支診・在支病の要件の見直し

- 医療資源の少ない地域において、在宅療養支援診療所・病院に係る24時間の往診体制の要件について、**入院中の患者以外の患者が看護師等という場合に情報通信機器を用いた診療が実施できる体制を整備することで要件を満たすこととする。**

対象地域の見直し

- 医療資源の少ない地域に配慮した評価を適切に推進する観点から、第8次医療計画における二次医療圏の見直しの予定等を踏まえ、医療資源の少ない地域の対象となる地域を見直す。

現行

【対象地域】

- 北海道帯広市、音更町、士幌町、上士幌町、鹿追町、新得町、清水町、芽室町、中札内村、更別村、大樹町、広尾町、幕別町、池田町、豊頃町、本別町、足寄町、陸別町及び浦幌町の地域
- 秋田県北秋田市及び上小阿仁村の地域
- 秋田県大仙市、仙北市及び美郷町の地域
- 秋田県湯沢市、羽後町及び東成瀬村の地域
- (新設)
- 島根県大田市及び邑智郡の地域

【経過措置】

令和6年3月31日において、現に改正前の厚生労働大臣が定める地域に存在する保険医療機関が、医療資源の少ない地域の評価に係る届出を行っている場合は、令和8年5月31日までの間、なお効力を有するものとする。

改定後

【対象地域】

- (削除)
- (削除)
- 秋田県大仙市、仙北市、美郷町、**横手市、湯沢市**、羽後町及び東成瀬村の地域
- **石川県輪島市、珠洲市、穴水町及び能登町の地域**
- (削除)

医療資源の少ない地域（令和6年度診療報酬改定）

都道府県	二次医療圏	市町村
北海道	南檜山	江差町、上ノ国町、厚沢部町、乙部町及び奥尻町
	日高	日高町、平取町、新冠町、浦河町、様似町、えりも町及び新ひだか町
	宗谷	稚内市、猿払村、浜頓別町、中頓別町、枝幸町、豊富町、礼文町、利尻町、利尻富士町及び幌延町
	根室	根室市、別海町、中標津町、標津町及び羅臼町
青森県	西北五地域	五所川原市、つがる市、鱒ヶ沢町、深浦町、鶴田町及び中泊町
	下北地域	むつ市、大間町、東通村、風間浦村及び佐井村
岩手県	岩手中部	花巻市、北上市、遠野市及び西和賀町
	気仙	大船渡市、陸前高田市及び住田町
	宮古	宮古市、山田町、岩泉町及び田野畑村
	久慈	久慈市、普代村、野田村及び洋野町
秋田県	県南	大仙市、仙北市、美郷町、 横手市 、湯沢市、羽後町、東成瀬村
山形県	最上	新庄市、金山町、最上町、舟形町、真室川町、大蔵村、鮭川村及び戸沢村
東京都	島しょ	大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村及び小笠原村
新潟県	魚沼	十日町市、魚沼市、南魚沼市、湯沢町及び津南町
	佐渡	佐渡市
石川県	能登北部	輪島市、珠洲市、穴水町、能登町
福井県	奥越	大野市、勝山市
山梨県	峡南	市川三郷町、早川町、身延町、南部町及び富士川町
長野県	木曾	木曾郡
	大北	大町市及び北安曇野郡
岐阜県	飛騨	高山市、飛騨市、下呂市及び白川村
愛知県	東三河北部	新城市、設楽町、東栄町及び豊根村
滋賀県	湖北	長浜市及び米原市
	湖西	高島市
兵庫県	但馬	豊岡市、養父市、朝来市、香美町及び新温泉町
奈良県	南和	五條市、吉野町、大淀町、下市町、黒滝村、天川村、野迫川村、十津川村、下北山村、上北山村、川上村、東吉野村
島根県	雲南	雲南市、奥出雲町及び飯南町
	隠岐	海士町、西ノ島町、知夫村、隠岐の島町
香川県	小豆	小豆郡
長崎県	五島	五島市
	上五島	小値賀町、新上五島町
	壱岐	壱岐市
	対馬	対馬市
鹿児島県	熊毛	西之表市、熊毛郡
	奄美	奄美市、大島郡
沖縄県	宮古	宮古島市、多良間村
	八重山	石垣市、竹富町、与那国町

上記のほか、離島振興法第二条第一項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法第一条に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法第四条第一項に規定する小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法第三条第三号に規定する離島の地域に該当する地域

超急性期脳卒中加算の見直し（再掲）

超急性期脳卒中加算の見直し

- 医師少数区域の医療機関において、専門的な医師が不在である場合に、基幹施設との適切な連携により急性期脳梗塞の患者に対する t-PA 療法を実施することを推進する観点から、超急性期脳卒中加算について要件を見直す。

現行

【超急性期脳卒中加算】

[施設基準]

- (1) 次のいずれかを満たしていること。
- ア 当該保険医療機関において、専ら脳卒中の診断及び治療を担当する常勤の医師（専ら脳卒中の診断及び治療を担当した経験を10年以上有するものに限る。）が1名以上配置されており、日本脳卒中学会等の関係学会が行う脳梗塞 t - P A 適正使用に係る講習会を受講していること。
- イ 次のいずれも満たしていること。
- (イ) 「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関であって、超急性期脳卒中加算に係る届出を行っている他の保険医療機関との連携体制が構築されていること。
- (ロ) 日本脳卒中学会が定める「脳卒中診療における遠隔医療 (Telestroke) ガイドライン」に沿った情報通信機器を用いた診療を行う体制が整備されていること。
- (ハ) 日本脳卒中学会等の関係学会が行う脳梗塞 t - P A 適正使用に係る講習会を受講している常勤の医師が1名以上配置されていること。
- (2) 脳外科的処置が迅速に行える体制が整備されていること。
- (3) 脳卒中治療を行うにふさわしい専用の治療室を有していること。ただし、ICUやSCUと兼用であっても構わないものとする。

改定後

【超急性期脳卒中加算】

[施設基準]

- (1) 次のいずれかを満たしていること。
- ア 当該保険医療機関において、専ら脳卒中の診断及び治療を担当する常勤の医師（専ら脳卒中の診断及び治療を担当した経験を10年以上有するものに限る。）が1名以上配置されており、日本脳卒中学会等の関係学会が行う脳梗塞 t - P A 適正使用に係る講習会を受講していること。
- イ 次のいずれも満たしていること。
- (イ) 「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域又は医療法第三十条の四第六項に規定する医師の数が少ないと認められる同条第二項第十四号に規定する区域に所在する保険医療機関であって、超急性期脳卒中加算に係る届出を行っている他の保険医療機関との連携体制が構築されていること。
- (ロ) 日本脳卒中学会が定める「脳卒中診療における遠隔医療 (Telestroke) ガイドライン」に沿った情報通信機器を用いた診療を行う体制が整備されていること。
- (ハ) 日本脳卒中学会等の関係学会が行う脳梗塞 t - P A 適正使用に係る講習会を受講している常勤の医師が1名以上配置されていること。
- (2) 脳外科的処置が迅速に行える体制が整備されていること。ただし、(1)のイに該当する保険医療機関であって、連携する保険医療機関において脳外科的処置を迅速に行える体制が整備されている場合においては、この限りではない。
- (3) (1)のアに該当する保険医療機関においては、脳卒中治療を行うにふさわしい専用の治療室を有していること。ただし、ICUやSCUと兼用であっても構わないものとする。



中医協 総1-3
6 . 7 . 3

中医協 診1-3
6 . 7 . 3

診調組 入-3
6 . 6 . 1 4

賃上げにかかる調査・検証について

令和6年6月14日

医療機関等における賃上げの実施状況の把握について

【附帯意見(抜粋)】

2 看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種を対象とした賃上げに係る評価について、各医療機関における賃上げが適切に実施されているか、実態を適切に把握した上で、検証を行うこと。また、40歳未満の勤務医師及び勤務歯科医師並びに薬局の勤務薬剤師、事務職員や歯科技工所で従事する者等についても賃上げの実態を適切に把握した上で、検証を行うこと。

【関係する改定内容】

- ①ベースアップ評価料の新設
- ②初再診料、入院基本料等の引き上げ

【把握の方法案】

①医療機関の賃上げ状況の把握

- ・看護職員等の医療関係職種の賃上げ状況
- ・40歳未満の医師・歯科医師、事務職員の賃上げ状況

→ ベースアップ評価料の賃金改善計画書・賃金改善実績報告書等により把握

②歯科技工所の賃上げ状況の把握

→ 関係団体とも連携しつつ別途、把握

③薬局に対する調査

→ 関係団体とも連携しつつ別途、把握

※ 入院料の通則の見直しの影響については入院・外来医療等の調査で実態を把握してはどうか。

D P C 対象病院の退出に係る報告について

- D P C 制度において、診療報酬改定以外の時期に特別の理由により緊急に D P C 制度から退出する場合は、退出の可否について厚生労働省保険局医療課において確認を行い、必要に応じて（※）中央社会保険医療協議会において審査・決定することとしている。

（※）退出の類型と審査・決定の主体に係る現行の整理

退出の類型	審査・決定の主体
病床機能の転換を理由に退出する場合	厚生労働省保険局医療課
予期せぬ事由により、D P C 制度への継続参加が困難となった場合	中央社会保険医療協議会
厚生労働省保険局医療課において審査及び決定することが困難と考えられる場合	

- 今般、以下の4病院から、病床機能の転換を理由としたD P C 制度からの退出に係る申請書が提出されたことから、厚生労働省保険局医療課において確認を行い、いずれもD P C 制度からの退出について可とする旨を決定したため、令和6年10月1日付でD P C 制度から退出することとなった。

医療機関名	退出理由
うへの病院 (福岡県)	地域医療において求められる役割を踏まえ、回復期機能を中心とした地域包括ケア病棟へ転換することで、地域密着型の医療を提供していくため。
公立つるぎ病院 (石川県)	今後 D P C 対象病院の基準を満たす見込みがなく、地域の医療需要の変化に対応し、地域包括医療病棟への病棟再編を行うため。
社会医療法人財団 天心堂へつぎ病院 (大分県)	内科系の救急患者の受入れを担う医療機関へと役割が変化してきており、地域の医療需要も踏まえ、地域包括医療病棟への病棟再編を行うため。
いちき串木野市医師会立 脳神経外科センター (鹿児島県)	今後 D P C 対象病院の基準を満たす見込みがなく、地域の医療需要の変化に対応し、地域包括医療病棟への病棟再編を行うため。

令和6年3月27日保医発第0327第12号
「DPC制度への参加等の手続きについて」（抜粋）

第1 4 DPC制度からの退出について

（略）

（2）退出の手続き

①、② （略）

③ 特別な理由により緊急に退出する必要がある場合

特別な理由により、①及び②の手続によらず緊急にDPC制度から退出する必要がある病院（特定機能病院を除く。）は、別紙10「DPC制度からの退出に係る申請書（特別な理由がある場合）」を地方厚生（支）局医療課長を経由して厚生労働省保険局医療課長に提出すること。

当該申請書が提出された場合は、退出の可否について厚生労働省保険局医療課において審査及び決定することとし、必要に応じて中央社会保険医療協議会において審査及び決定することとする。退出が認められた場合には、認められた月の4か月後の初日にDPC制度から退出するものとする（退出が認められた月の翌々月の初日以降新たに入院する患者から医科点数表により算定を行うものとする。）。

なお、審査後の決定内容は当該病院に通知するものとし、通知した決定に不服がある病院は、1回に限り別紙11に定める「不服意見書」を厚生労働省保険局医療課長に提出することができるものとする。この場合、提出された不服意見書を踏まえ、中央社会保険医療協議会において再度審査を行い、退出の可否を決定するものとする。

また、当該審査の内容については必要に応じ、厚生労働省保険局医療課より中央社会保険医療協議会に報告を行うものとする。

（特別な理由の例）

○ DPC調査に適切に参加できなくなった場合

④ （略）

（3）（略）

（4）退出した病院のDPC調査への参加について

①～③（略）

④ 特別な理由により緊急に退出する必要がある場合

特別な理由により緊急に退出した病院は、厚生労働省保険局医療課において定める期間について、DPC調査に適切に参加しなければならないものとする。

主な施設基準の届出状況等

- 診療報酬を算定するに当たり、施設基準の届出等が必要となる主なものについて、各年7月1日現在における届出状況を取り纏めたものである。
- 現時点の集計値であり、今後修正の可能性がある。
- 届出状況については、地方厚生（支）局において閲覧に供することとしている。

○ 保険医療機関等の推移

		令和3年	令和4年	令和5年
医科医療機関	病院	8,218	8,169	8,139
	診療所	88,163	88,636	88,632
歯科医療機関		69,977	69,807	69,182
薬局		59,814	60,607	61,059

※新型コロナウイルス感染症対応として、簡易な報告により特定集中治療室管理料等を算定している場合については、本来の届出状況をもとに掲載している。

1 初・再診料関係

名称	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段：病院数／下段：診療所数)		
		令和3年	令和4年	令和5年
情報通信機器を用いた診療に係る基準	・情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されている	—	505 4,993	818 7,713
機能強化加算	・次のいずれかに係る届出を行っている（地域包括診療加算、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料）等	1,302 13,888	1,304 13,438	1,289 13,518
外来感染対策向上加算	・専任の医師、看護師又は薬剤師等を院内感染管理者とする感染防止対策部門を有する診療所 ・院内感染に関する研修の定期的な実施 ・感染対策向上加算1の医療機関又は地域の医師会によるカンファレンスへの参加 ・新興感染症の発生時等に都道府県等の要請を受けて発熱患者の診療等を実施する体制 等	—	— 16,224	— 17,868

連携強化加算	・外来感染対策向上加算の届出 ・感染対策向上加算1の医療機関に対する感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等についての報告		—	2 6,734	3 7,468
サーベイランス強化加算	・外来感染対策向上加算の届出 ・地域や全国のサーベイランスへの参加		—	— 1,130	— 1,359
時間外対応加算	・診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、対応できる体制にある ・時間外対応の体制に応じて1～3に区分	1	— 11,061	— 11,321	— 11,354
		2	— 15,930	— 16,005	— 15,943
		3	— 232	— 343	— 364
地域包括診療加算	・診療所において、脂質異常症、高脂血症、糖尿病又は認知症のうち2以上の疾患を有する患者に対して、療養上必要な指導等を行うにつき必要な体制が整備されている		— 5,873	— 5,947	— 5,956

2 入院料等関係

(1) 入院基本料

名称	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段:医療機関数/中段:病棟数/下段:病床数)		
		令和3年	令和4年	令和5年
一般病棟入院基本料	・一般病棟における看護実質配置・看護師比率、平均在院日数等に応じて 急性期一般入院料1～7及び地域一般入院料1～3に区分	4,675	4,661	4,575
		12,539	12,507	12,333
		579,787	575,751	570,197
療養病棟入院基本料	・療養病棟における医療区分等に応じて区分	2,944	2,947	2,886
		4,457	4,329	4,291
		205,572	205,673	202,994
結核病棟入院基本料	・結核病棟における看護実質配置・看護師比率に応じて7対1から20対1に区分	167	170	169
		169	170	173
		3,414	3,386	3,564
精神病棟入院基本料	・精神病棟における看護実質配置・看護師比率、平均在院日数に応じて10対1から20対1に区分	1,150	1,180	1,159
		2,478	2,543	2,462
		138,818	140,478	135,986

特定機能病院入院基本料	・特定機能病院の一般病棟における看護実質配置・看護師比率、平均在院日数等に応じて7対1から10対1に区分	一般病棟	87 1,313 58,541	87 1,332 58,726	89 1,343 59,432
	・特定機能病院の結核病棟における看護実質配置・看護師比率等に応じて7対1から15対1に区分	結核病棟	9 9 143	10 10 158	9 9 131
	・特定機能病院の精神病棟における看護実質配置・看護師比率、平均在院日数等に応じて7対1から15対1に区分	精神病棟	70 70 2,721	70 70 2,703	71 71 2,690
専門病院入院基本料	・専門病院の一般病棟における看護実質配置・看護師比率、平均在院日数等に応じて7対1から13対1に区分		19 137 6,245	19 139 6,249	19 131 5,966
障害者施設等入院基本料	・児童福祉法に規定する肢体不自由児施設及び重症心身障害児施設等の一般病棟 ・重度の肢体不自由児(者)等を概ね7割以上入院させている一般病棟 ・上記について、看護実質配置・看護師比率に応じて7対1から15対1に区分		878 1,474 70,371	891 1,505 72,004	886 1,508 72,268
有床診療所入院基本料	・看護配置等に応じて1～6に区分		(診療所) 4,623 (病床数) 62,118	(診療所) 4,354 (病床数) 58,420	(診療所) 4,215 (病床数) 56,691
有床診療所療養病床入院基本料	・看護配置及び看護補助配置基準を満たしたもの ・患者の医療区分等に応じて区分		(診療所) 512 (病床数) 5,193	(診療所) 392 (病床数) 3,838	(診療所) 355 (病床数) 3,479

(2) 入院基本料等加算

名称	施設基準の概要	届出医療機関数			
		令和3年	令和4年	令和5年	
総合入院体制加算	<ul style="list-style-type: none"> 一般病棟入院基本料を算定する病棟を有する病院 急性期医療を行うにつき十分な体制が整備されている 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されている 等 急性期医療の実績等に応じて1～3に区分 	1	46	15	10
		2	199	103	80
		3	150	139	130
急性期充実体制加算	<ul style="list-style-type: none"> 急性期一般入院料1の届出 高度かつ専門的な医療及び急性期医療の提供に係る体制及び実績 入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制の確保 感染対策向上加算1の届出 等 		—	157	223
超急性期脳卒中加算	<ul style="list-style-type: none"> 脳卒中の診療につき十分な経験を有する専任の常勤医師の配置 薬剤師が常時配置されている 等 		1,060	1,081	1,082

診療録管理体制加算	<ul style="list-style-type: none"> 診療記録管理を行うに必要な体制、適切な施設及び設備の整備 等 診療記録管理者の配置に応じて1及び2に区分 	1	1,765	1,793	1,798
		2	3,902	4,181	4,374
医師事務作業補助体制加算	<ul style="list-style-type: none"> 医師の事務作業を補助することに十分な体制が整備 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されている 等 医師事務作業補助者が業務を行う場所等に応じて1及び2に区分 	1	2,143	2,247	2,292
		2	866	893	848
急性期看護補助体制加算	<ul style="list-style-type: none"> 急性期医療を担う病院 一日に看護補助を行う看護補助者の数が一定数以上である 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されている 等 看護補助者の配置基準等に応じて25対1～75対1に区分 		2,854	2,857	2,848
看護職員夜間配置加算	<ul style="list-style-type: none"> 急性期医療を担う病院 ・看護職員の実質配置が12対1以上 病院勤務医及び看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されている 等 		1,320	1,358	1,389
特殊疾患入院施設管理加算	<ul style="list-style-type: none"> 重度の肢体不自由児(者)等を概ね7割以上入院させている一般病棟、精神病棟又は有床診療所 看護要員の実質配置が10対1以上 等 		965	957	953
看護配置加算	<ul style="list-style-type: none"> 当該病棟において、看護職員の最小必要数の7割以上が看護師である 等 		1,271	1,287	1,303
看護補助加算	<ul style="list-style-type: none"> 当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数が一定数以上である 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されている 等 		2,249	2,211	2,154
療養環境加算	<ul style="list-style-type: none"> 1床あたりの平均床面積が8平方メートル以上ある病室 等 		3,407	3,464	3,503
重症者等療養環境特別加算	<ul style="list-style-type: none"> 常時監視を要し、重症者等の看護を行うにつき十分な看護師等の配置 個室又は2人部屋の病床であって、重症者等を入院させるのに適したもの 等 		2,470	2,440	2,407
療養病棟療養環境加算	<ul style="list-style-type: none"> 長期にわたる療養を行うにつき十分な構造設備、必要な器械・器具が具備されている機能訓練室、適切な施設 医療法施行規則に定める医師・看護師等の員数以上の配置 等 床面積、廊下幅等に応じて1及び2に区分 	1	2,055	2,063	2,058
		2	440	430	418
療養病棟療養環境改善加算	<ul style="list-style-type: none"> 長期にわたる療養を行うにつき十分な構造設備、機能訓練室、適切な施設 医療法施行規則に定める医師・看護師等の員数以上の配置 療養環境の改善に資する計画を策定して報告 等 床面積、必要な器械・器具の有無に応じて1及び2に区分 	1	334	323	310
		2	35	35	32
診療所療養病床療養環境加算	<ul style="list-style-type: none"> 長期にわたる療養を行うにつき十分な構造設備、機能訓練室 医療法施行規則に定める医師及び看護師等の員数以上の配置 1床あたりの床面積6.4平方メートル以上、廊下幅1.8メートル以上、食堂・談話室の設置 等 		296	268	252

診療所療養病床療養環境改善加算	・長期にわたる療養を行うにつき十分な構造設備、機能訓練室 ・療養環境の改善に資する計画を策定して報告 等		59	55	48
緩和ケア診療加算	・緩和ケアに係るチーム(医師2名、看護師及び薬剤師)の設置 ・(財)日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている 等		515	531	546
有床診療所緩和ケア診療加算	・身体症状、精神症状の緩和を担当する常勤医師及び緩和ケアの経験を有する常勤看護師の配置 ・夜間に看護職員を1名以上配置 等		304	287	297
精神科応急入院施設管理加算	・「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」により都道府県知事が指定する精神病院 ・医療保護入院のための必要な専用病床の確保 等		425	433	436
精神病棟入院時医学管理加算	・医療法施行規則に定める医師の員数(療養病棟に係るものに限る。)以上の配置 ・当該地域の精神科救急医療体制確保のため整備された精神科救急医療施設 等		184	193	193
精神科地域移行実施加算	・地域移行を推進する部門を設置、組織的に実施する体制が整備 ・当該部門に専従の精神保健福祉士が配置 等		376	362	369
精神科身体合併症管理加算	・当該病棟に専任の内科又は外科の医師が配置 ・精神科以外の診療科の医療体制との連携が取られている病棟 等		1,120	1,122	1,125
精神科リエゾンチーム加算	・精神医療に係る専門的知識を有したチーム(医師、看護師、精神保健福祉士等)の設置 等		235	247	254
依存症入院医療管理加算	・アルコール依存症の診療を行うにつき必要な体制が整備されている		263	271	277
摂食障害入院医療管理加算	・摂食障害の診療を行うにつき必要な体制が整備されている		103	204	218
栄養サポートチーム加算	・栄養管理に係るチーム(医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等)の設置 等		1,697	1,725	1,806
医療安全対策加算	・医療安全対策に係る研修を受けた専従の薬剤師、看護師等を医療安全管理者として配置 ・医療安全管理部門を設置し、組織的に医療安全対策を実施する体制を整備 ・当該保険医療機関内に患者相談窓口を設置 等 ・医療安全管理者の専従要件に応じて1及び2に区分	1	1,807	1,805	1,806
		2	2,182	2,263	2,294
医療安全対策地域連携加算	・医療安全対策加算1又は2に係る施設基準の届出を行っている ・医療安全対策加算1を算定する他の保険医療機関及び医療安全対策加算2を算定する保険医療機関との連携により、医療安全対策を実施するための必要な体制を整備 ・医療安全管理部門への専任の医師の配置及び連携先保険医療機関の要件に応じて1及び2に区分	1	1,475	1,489	1,495
		2	1,498	1,517	1,592

感染防止対策加算	・感染防止対策部門に、感染制御チーム(医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師)を組織 ・感染防止対策加算を算定する医療機関と年4回程以上の合同カンファレンス ・院内の抗菌薬の適正使用を監視するための体制を整備 等	1	1,393	—	—
	・感染制御チームの研修要件及び専従要件に応じて1及び2に区分	2	2,744	—	—
感染防止対策地域連携加算	・感染防止対策加算1に係る届出を行った他の保険医療機関との連携により感染防止対策を実施するための必要な体制が整備されている		1,378	—	—
抗菌薬適正使用支援加算	・感染防止対策地域連携加算を算定する保険医療機関である ・抗菌薬を適正に使用するために必要な支援体制が整備されている		1,216	—	—
感染対策向上加算	・感染防止対策部門に、感染制御チーム(医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師)を組織 ・感染対策向上加算を算定する医療機関との合同カンファレンス ・院内の抗菌薬の適正使用を監視するための体制を整備 等 ・新興感染症の発生時等に都道府県等の要請を受けて対応する体制 ・感染制御チームの研修要件等及び新興感染症への体制に応じて1、2及び3に区分	1	—	1,248	1,300
		2	—	1,029	1,156
		3	—	2,024	2,056
患者サポート体制充実加算	・患者からの相談に対する窓口専任の医師、看護師、社会福祉士等1名以上を配置 ・患者のサポート等に関するマニュアルの作成、報告体制の整備、職員への研修等を実施		2,873	2,888	2,833
重症患者初期支援充実加算	・患者サポート体制充実加算の届出 ・特に重篤な患者及びその家族等に対する支援を行う体制		—	430	515
報告書管理体制加算	・医療安全対策加算1又は2の届出を行っている。 ・画像診断管理加算2若しくは3又は病理診断管理加算1若しくは2の届出を行っている。		—	340	518
褥瘡ハイリスク患者ケア加算	・褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた専従の看護師等を褥瘡管理者として配置 ・褥瘡の早期発見及び重症化予防のための総合的な褥瘡管理対策を行う体制の整備 等		825	833	844
ハイリスク妊娠管理加算	・専ら産婦人科又は産科に従事する医師が1名以上配置 等		1,912	1,895	1,868
ハイリスク分娩管理加算	・専ら産婦人科又は産科に従事する常勤医師が3名以上配置 ・常勤の助産師が3名以上配置 ・1年間の分娩実施件数が120件以上で、実施件数等を当該保険医療機関に掲示 等		742	751	751
地域連携分娩管理加算	・ハイリスク分娩管理加算の施設基準に該当 ・周産期医療に関する専門の保険医療機関との連携による、分娩管理のための十分な体制		—	65	74
精神科救急搬送患者地域連携紹介加算	・精神科救急患者の転院体制について、精神科救急搬送患者地域連携受入加算に係る届出を行っている 保険医療機関との間であらかじめ協議を行っている 等		163	162	160
精神科救急搬送患者地域連携受入加算	・精神科救急患者の転院体制について、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算に係る届出を行っている 保険医療機関との間であらかじめ協議を行っている 等		614	603	599
呼吸ケアチーム加算	・呼吸ケアチーム(専任の医師、看護師、臨床工学技士、理学療法士)の設置 ・人工呼吸器の離脱のために必要な診療を行うにつき十分な体制が整備されている 等		576	585	594
術後疼痛管理チーム加算	・麻酔科の標榜 ・手術後の患者の疼痛管理のための十分な体制		—	27	305

後発医薬品使用体制加算	・後発医薬品の使用を促進するための体制が整備されている 等	1	3,279	1	2,304	1	2,568
		2	619	2	1,110	2	951
		3	673	3	861	3	888
病棟薬剤業務実施加算	・病棟ごとに専任の薬剤師が配置されている ・薬剤師が実施する病棟薬剤業務が十分な時間(1病棟1週当たり20時間相当以上)が確保されている 等 ・病棟薬剤師の配置要件等に応じて1及び2に区分	1	1,915	1	1,990	1	2,010
		2	508	2	538	2	544
データ提出加算	・診療録管理体制加算に係る届出を行っている保険医療機関 等	5,373		5,770		5,968	
入退院支援加算	・入退院支援部門の設置 ・入退院支援部門及び各病棟の看護師・社会福祉士、連携機関の要件等に応じて1～3に区分	1	2,339	1	2,557	1	3,011
		2	2,154	2	2,032	2	1,685
		3	148	3	147	3	149
入院時支援加算	・入退院支援部門に入院前支援を行う者(専従の看護師又は専任の看護師及び社会福祉士)を配置 等	2,605		2,702		2,706	
認知症ケア加算	・認知症症状を考慮した看護計画を作成・実施し、定期的にその評価を行う ・認知症ケアチームの設置や研修を修了した看護師の配置等に応じて1～3に区分	1	750	1	774	1	803
		2	849	2	1,034	2	1,131
		3	2,319	3	2,213	3	2,166
せん妄ハイリスク患者ケア加算	・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)、救命救急入院料等を算定している ・せん妄のリスク因子の確認のため及びせん妄のハイリスク患者に対するせん妄対策のためのチェックリストを作成している	2,723		2,884		2,927	
精神疾患診療体制加算	・病床数が100床以上で、内科、外科を標榜し、当該診療科に係る入院医療を提供している ・救急医療を行うにつき必要な体制が整備されている 等	871		893		906	
精神科急性期医師配置加算	・入院患者数と常勤医師数の比が16対1以上 等	368		476		503	
排尿自立支援加算	・専任の常勤看護師等からなる排尿ケアチームが設置されている ・排尿ケアに関するマニュアルを作成し、院内研修を実施すること 等	914		963		1,015	
地域医療体制確保加算	・救急用自動車等による搬送件数が、年間2,000件以上であること ・病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること 等	972		1,053		1,124	

(3) 特定入院料

名称	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段：医療機関数／下段：病床数)					
		令和3年		令和4年		令和5年	
		1	2	1	2	1	2
救命救急入院料	<ul style="list-style-type: none"> 救命救急センターを有する病院 重篤な救急患者に対する医療を行うにつき必要な医師及び看護師の常時配置 重篤な救急患者に対する医療を行うにつき十分な専用施設、医師の配置等に応じて1～4に区分 	1	187	1	188	1	181
			3,593		3,640		3,523
		2	26	2	22	2	21
			200		167		160
		80		79		81	
		1,639		1,573		1,626	
		80		82		79	
		891		906		877	
早期離床・リハビリテーション加算	<ul style="list-style-type: none"> 早期離床・リハビリテーションに係るチームの設置 早期離床・リハビリテーションに関するプロトコルの整備 等 		-		124		161
早期栄養介入管理加算	<ul style="list-style-type: none"> 早期の経口移行・維持及び低栄養の改善等につながる栄養管理の実施 等 		-		82		116
特定集中治療室管理料	<ul style="list-style-type: none"> 集中治療を行う専任の医師を常時配置 常時、入院患者数と看護師数の比が2対1以上 集中治療を行うにつき十分な専用施設 等 集中治療を行うにつき必要な医師の常時配置及び看護配置等に応じて1～4に区分 	1	141	1	159	1	168
			1,487		1,656		1,771
		2	76	2	80	2	87
			867		927		973
		349		329		320	
		2,365		2,317		2,300	
		62		54		49	
		565		497		456	
早期離床・リハビリテーション加算	<ul style="list-style-type: none"> 早期離床・リハビリテーションに係るチームの設置 早期離床・リハビリテーションに関するプロトコルの整備 等 		357		387		426
早期栄養介入管理加算	<ul style="list-style-type: none"> 早期の経口移行・維持及び低栄養の改善等につながる栄養管理の実施 等 		291		348		393
ハイケアユニット入院医療管理料	<ul style="list-style-type: none"> 常時、入院患者数と看護師数の比が4対1以上 特定集中治療室に準じる設備 等 重症度等を満たしている患者の割合に応じて1及び2に区分 	1	621		643		679
			6,153		6,327		6,628
		30		37		35	
		309		363		349	
早期離床・リハビリテーション加算	<ul style="list-style-type: none"> 早期離床・リハビリテーションに係るチームの設置 早期離床・リハビリテーションに関するプロトコルの整備 等 		-		141		194
早期栄養介入管理加算	<ul style="list-style-type: none"> 早期の経口移行・維持及び低栄養の改善等につながる栄養管理の実施 等 		-		172		239

脳卒中ケアユニット入院医療管理料	・病院の治療室を単位とし、治療室の病床数は30床以下 ・脳卒中ケアユニット入院医療管理を行うにつき必要な医師の常時配置 ・常時、入院患者数と看護師数の比が3対1以上 等		194 1,592	203 1,667	207 1,734
早期離床・リハビリテーション加算	・早期離床・リハビリテーションに係るチームの設置 ・早期離床・リハビリテーションに関するプロトコルの整備 等		-	20	24
早期栄養介入管理加算	・早期の経口移行・維持及び低栄養の改善等につながる栄養管理の実施 等		-	53	70
小児特定集中治療室管理料	・小児集中治療を行う専任の小児科の医師を常時配置 ・常時、入院患者数と看護師数の比が2対1以上 ・集中治療を行うにつき十分な体制及び専門施設 等		9 100	16 161	16 161
早期離床・リハビリテーション加算	・早期離床・リハビリテーションに係るチームの設置 ・早期離床・リハビリテーションに関するプロトコルの整備 等		-	5	7
早期栄養介入管理加算	・早期の経口移行・維持及び低栄養の改善等につながる栄養管理の実施 等		-	1	3
新生児特定集中治療室管理料	・集中治療を行うにつき必要な医師等の常時配置 ・常時、入院患者数と助産師又は看護師の数の比が3対1以上 ・集中治療を行うにつき十分な専用施設 等 ・医師配置や新生児の受入実績等に応じて1及び2に区分	1	80 751	75 731	78 740
		2	149 885	153 909	148 899
総合周産期特定集中治療室管理料	・集中治療を行うにつき必要な医師等の常時配置 ・常時、入院患者数と助産師又は看護師の数の比が3対1以上 ・集中治療を行うにつき十分な専用施設 等		134	133	134
		母体・胎児集中治療室管理料 新生児集中治療室管理料	(病床数) 857 (病床数) 1,755	(病床数) 841 (病床数) 1,771	(病床数) 851 (病床数) 1,780
新生児治療回復室入院医療管理料	・新生児治療回復室入院医療管理を行うにつき必要な小児科の専任の医師の常時配置 ・常時、入院患者数と助産師又は看護師の数の比が6対1以上 ・新生児治療回復室入院医療管理を行うにつき十分な構造設備 等		200 2,899	203 2,972	208 3,086
一類感染症患者入院医療管理料	・常時、入院患者数と看護師数の比が2対1以上 等		33 105	33 103	33 103
特殊疾患入院医療管理料	・脊髄損傷等の重度障害者等を概ね8割以上入院させている病室 ・看護要員の実質配置が10対1以上 ・病棟における5割以上が看護職員(うち2割以上が看護師) 等		33 466	32 424	27 384

小児入院医療管理料	<ul style="list-style-type: none"> ・特定機能病院以外の病院で小児科を標榜している病院 ・医療法施行規則に定める医師の員数以上の配置 等 ・常勤医師数、平均在院日数及び看護配置等に応じて1～5に区分 	1	80	81	81			
		2	5,436	5,373	5,334			
		3	182	181	182			
		4	6,308	5,990	6,180			
		5	83	80	73			
回復期リハビリテーション病棟入院料	<ul style="list-style-type: none"> ・病棟における回復期リハビリテーションの必要性の高い患者が8割以上入院 ・看護補助者の実質配置が30対1以上 等 ・看護実質配置、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の配置、新規入院患者のうち重症の患者の割合、在宅復帰率、リハビリテーションの効果に係る実績指数等に応じて1～5に区分 	1	一般	900	938	962		
			療養	(病床数) 26,104	(病床数) 27,929	(病床数) 29,634		
		2	一般	189	193	189		
			療養	(病床数) 3,718	(病床数) 3,315	(病床数) 3,788		
		3	一般	351	332	340		
			療養	(病床数) 7,322	(病床数) 6,928	(病床数) 6,685		
		4	一般	57	64	62		
			療養	(病床数) 8,221	(病床数) 7,642	(病床数) 7,835		
		5	一般	51	33	67		
			療養	(病床数) 1,024	(病床数) 593	(病床数) 1,585		
		6	一般	37	11	-		
			療養	(病床数) 915	(病床数) 598	(病床数) 1,102		
		地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料	<ul style="list-style-type: none"> ・専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士1名以上 ・入退院支援及び地域連携業務を担う部門を設置している ・疾患別リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションの届出をしている ・看護職員の実質配置が13対1以上 等 ・在宅復帰率、地域包括ケアに関する実績等に応じて1～4に区分 	1	一般	1,313	1,412	1,499
					療養	47,546	45,482	48,397
				2	一般	1,267	1,156	1,143
					療養	44,086	38,258	37,253
				3	一般	50	36	34
					療養	1,308	870	816
			121	74				

		4	79	66	44
		一般			
		療養	1,866	1,264	870
				344	311
看護職員夜間配置加算	・夜勤を行う看護職員が16対1以上 等		35	39	38
			1,592	1,733	1,758
特殊疾患病棟入院料	・看護要員の実質配置(5割以上が看護職員)が10対1以上 ・看護職員の2割以上が看護師 等 ・該当患者の症状等に応じて1及び2に区分	1	102	102	102
		2	5,364	5,287	5,356
緩和ケア病棟入院料	・末期の悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の罹患患者が入院 ・看護師の実質配置が7対1以上 等	1	106	107	110
		2	7,766	7,958	8,062
精神科救急入院料	・急性期の精神疾患患者を入院させる精神病棟 ・医療法施行規則に定める医師、看護師及び准看護師の員数以上の配置 ・入院患者数と常勤医師数の比が16対1以上 ・当該病棟に1名以上且つ当該医療機関に5名以上の精神保健指定医の配置 ・看護師の実質配置が10対1以上 ・精神科救急医療施設 等 ・在宅復帰率等に応じて1及び2に区分	1	238	241	
		2	4,819	4,937	
看護職員夜間配置加算	・夜勤を行う看護職員が16対1以上 ・行動制限最小化委員会の設置 等		218	219	215
			4,211	4,250	3,994
精神科救急急性期医療入院料	・急性期の精神疾患患者を入院させる精神病棟 ・医療法施行規則に定める医師、看護師及び准看護師の員数以上の配置 ・入院患者数と常勤医師数の比が16対1以上 ・当該病棟に1名以上且つ当該医療機関に4名以上の精神保健指定医の配置 ・看護師の実質配置が10対1以上 ・精神科救急医療施設 等	1	167	—	—
		2	10,773	—	—
看護職員夜間配置加算			90	—	—
			5,557	—	—
看護職員夜間配置加算	・夜勤を行う看護職員が16対1以上 ・行動制限最小化委員会の設置 等		—	173	176
			—	10,875	11,113
看護職員夜間配置加算			—	97	96
			—	5,919	5,658

精神科急性期治療病棟入院料	<ul style="list-style-type: none"> 急性期の精神疾患患者を入院させる精神病棟 精神科救急医療施設 医療法施行規則に定める医師、看護師及び准看護師の員数以上の配置 当該病棟に1名以上かつ当該医療機関に2名以上の精神保健指定医の配置 等 看護配置等に応じて1及び2に区分 	1	367 16,627	367 16,560	365 16,517
		2	8 358	9 329	7 298
精神科救急・合併症入院料	<ul style="list-style-type: none"> 救命救急センターを有する病院 当該医療機関に精神科医5名以上且つ当該病棟に精神保健指定医3名以上の配置 看護師の実質配置が10対1以上 等 		11 424	11 390	11 390
		看護職員夜間配置加算	<ul style="list-style-type: none"> 夜勤を行う看護職員が16対1以上 行動最小化委員会の設置 等 	11 424	11 390
児童・思春期精神科入院医療管理料	<ul style="list-style-type: none"> 20歳未満の精神疾患を有する患者を概ね8割以上入院させる病棟又は治療室 小児医療及び児童・思春期の精神医療の経験を有する常勤医師が2名以上配置(うち1名以上は精神保健指定医) 看護師の実質配置が10対1以上 等 		47 1,555	50 1,690	53 1,776
精神療養病棟入院料	<ul style="list-style-type: none"> 長期の精神疾患患者を入院させる精神病棟 医療法施行規則に定める医師、看護師及び准看護師の員数以上の配置 等 		812 89,711	808 88,399	806 87,343
		精神保健福祉士配置加算	<ul style="list-style-type: none"> 当該病棟に1名以上の専従の精神保健福祉士の配置 退院支援部署の設置及び1名以上の専従の精神保健福祉士の配置 等 	21 1,682	21 1,551
認知症治療病棟入院料	<ul style="list-style-type: none"> 当該病棟において、看護職員の最小必要数の2割以上が看護師 等 看護配置等に応じて1及び2に区分 	1	550 38,154	554 38,590	558 39,132
		2	3 214	3 220	4 270
特定一般病棟入院料	<ul style="list-style-type: none"> 医療資源の少ない地域に属する保険医療機関において1病棟で構成 看護実質配置・看護師比率、平均在院日数に応じて1及び2に区分 	1	3 96	3 96	3 138
		2	2 79	2 79	2 79
地域移行機能強化病棟入院料	<ul style="list-style-type: none"> 1年以上の長期入院患者等を入院させる精神病棟 看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び看護補助者を15:1以上で配置 月当たり、届出病床数の1.5%以上の数の長期入院患者が退院 1年当たり届出病床数の5分の1以上の数の精神病床が減少 等 		32 1,336	27 1,129	25 743
特定機能病院リハビリテーション病棟入院料	<ul style="list-style-type: none"> 特定機能病院であること。 病棟における回復期リハビリテーションの必要性の高い患者が8割以上入院 等 		—	1 20	3 80

3 短期滞在手術等基本料

名称	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段：病院数／下段：診療所数)		
		令和3年	令和4年	令和5年
短期滞在手術等基本料 1	・短期滞在手術等を行うための体制、回復室の確保、看護配置 等	143 302	246 2,047	335 3,132

4 医学管理等

名称	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段：病院数／下段：診療所数)			
		令和3年	令和4年	令和5年	
ウイルス疾患指導料注2	・専任の医師、専任の看護師、専任の薬剤師の配置 ・当該療法を行うにつき十分な体制及び構造設備 等	121 3	129 3	148 3	
外来栄養食事指導料の注2	・専用のベッド等が配置された治療室の設置 ・専任の常勤管理栄養士の1名以上の配置 等	569 1	644 1	654 1	
外来栄養食事指導料の注3	・悪性腫瘍の患者の栄養管理に係る専門の研修を修了し、十分な経験を有する専任の常勤管理栄養士の配置	—	335 1	365 0	
喘息治療管理料	・専任の看護師又は准看護師の常時1人以上配置 ・喘息治療管理を行うにつき必要な器械・器具の具備、緊急時の入院体制の確保 等	240 353	240 367	238 359	
糖尿病合併症管理料	・糖尿病足病変の指導を担当する専任の常勤医師配置 ・糖尿病足病変の指導を担当する専任の看護師配置 等	1,686 1,039	1,695 1,117	1,701 1,217	
がん性疼痛緩和指導管理料	・緩和ケアを担当する医師(緩和ケアに係る研修を受けたものに限る。)が配置されている	3,141 4,540	3,166 4,903	3,176 5,264	
がん患者指導管理料	・がん患者に対して指導管理を行うにつき十分な体制が整備されている ・指導内容・職種等に応じてイ～ニに区分	イ	1,376 88	1,379 95	1,343 77
		ロ	1,373 83	1,375 90	1,368 90
		ハ	877 13	895 15	910 15
		ニ	627 38	716 49	762 60
外来緩和ケア管理料	・身体症状の緩和を担当する医師、精神症状の緩和を担当する医師、緩和ケアに関する担当の経験を有する看護師及び薬剤師の設置 等	421 2	439 1	455 1	
移植後患者指導管理料	・臓器・造血幹細胞移植に係るチーム(医師、看護師、薬剤師)の設置 ・移植医療に特化した専門外来の設置 等	328 4	338 5	345 4	
糖尿病透析予防指導管理料	・透析予防診療チーム(医師、看護師又は保健師、管理栄養士)の設置 ・糖尿病教室を定期的実施すること等により、糖尿病について患者及びその家族に対して説明 等	1,316 341	1,330 353	1,326 376	

小児運動器疾患指導管理料	・ 整形外科の診療に従事した経験を5年以上有し小児の運動器疾患に係る研修を修了した常勤の医師1名以上の配置 ・ 当該保健医療機関に小児運動器疾患の診断・治療に必要な単純撮影体制の整備		616	740	774
			1,421	1,898	2,079
乳腺炎重症化予防ケア・指導料	・ 乳腺炎の重症化及び再発予防の指導、乳房に係る疾患の診療の経験を有する医師の配置 ・ 乳腺炎及び母乳育児のケア・指導経験を有し、助産に関する専門の知識等を有する助産師の配置		786	779	769
			551	595	619
婦人科特定疾患治療管理料	・ 婦人科疾患の診療を行うにつき十分な経験を有する医師の配置		1,105	1,112	1,108
			2,380	2,490	2,583
腎代替療法指導管理料	・ 診療経験を有する専任の常勤医師や常勤看護師が連携して診療を行う体制があること 等		376	398	423
			75	77	81
一般不妊治療管理料	・ 当該保険医療機関において、不妊症患者に係る診療を年間20例以上実施していること 等		—	477	466
				1,534	1,595
生殖補助医療管理料	・ 配偶子・胚の管理に係る責任者の配置 ・ 日本産科婦人科学会の体外受精・胚移植に関する登録施設であること ・ 培養を行う設備、安全管理を行う体制の整備 等 ・ 患者からの相談に対応する専任の担当者の配置等の有無に応じて1及び2に区分	1	—	140	141
		2	—	254	270
二次性骨折予防継続管理料	・ 骨粗鬆症の診療を行うにつき十分な体制 ・ 骨粗鬆症の診療を担当する医師、看護師及び薬剤師が適切に配置されていること ・ 1については、一般病棟入院基本料等に係る届出を行っている保険医療機関 ・ 2については回復期リハビリテーション病棟又は地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関	1	—	1,555	1,899
		2	—	—	—
		3	—	1,265	1,614
下肢創傷処置管理料	・ 当該療養の十分な経験を有する整形外科、形成外科、皮膚科、外科、心臓血管外科又は循環器内科をする常勤医師の配置 ・ その他当該療養を行うにつき必要な体制		—	46	1,008
				11	1,213
地域連携小児夜間・休日診療料	・ 当該保険医療機関を主たる勤務先とする小児科担当医師と別の保険医療機関を主たる勤務先とする小児科担当医師との連携体制 等 ・ 医師の配置、24時間診療体制の有無に応じて1及び2に区分	1	70	69	67
		2	298	309	317
地域連携夜間・休日診療料	・ 夜間、休日において救急患者を診療できる体制を有している 等		92	93	93
			1	1	1
院内トリアージ実施料	・ 専任の医師又は救急医療に関する3年以上の経験を有する専任の看護師の配置 ・ 院内トリアージの実施基準を定め、定期的に見直し 等		144	140	141
			101	107	110
救急搬送看護体制加算	・ 救急患者の受け入れへの対応に係る専任の看護師の配置 ・ 救急外来への搬送件数、看護師の配置数に応じて1及び2に区分	1	1,342	1,367	1,382
		2	127	201	254
外来放射線照射診療料	・ 救急患者の受け入れへの対応に係る専任の看護師の配置 ・ 救急外来への搬送件数、看護師の配置数に応じて1及び2に区分	1	941	964	987
		2	—	—	—
外来放射線照射診療料	・ 放射線治療医、看護師、診療放射線技師、医療機器安全管理等を担当する技術者の配置 ・ 合併症発生等、緊急時に放射線治療医が対応できる連絡体制の確保		933	931	926
			14	14	17
外来放射線照射診療料	・ 放射線治療医、看護師、診療放射線技師、医療機器安全管理等を担当する技術者の配置 ・ 合併症発生等、緊急時に放射線治療医が対応できる連絡体制の確保		489	497	516
			15	16	18

地域包括診療料	・許可病床200床未満の病院又は診療所において、脂質異常症、高脂血症、糖尿病又は認知症のうち2以上の疾患を有する患者に対して、療養上必要な指導等を行うにつき必要な体制が整備されている		48 230	48 228	51 226
小児かかりつけ診療料	・小児科又は小児外科を専任する常勤の医師が配置されている ・小児外来医療において適切な専門医療機関等と連携している 等		1 1,788	—	—
小児かかりつけ診療料	・小児科又は小児外科を専任する常勤の医師が配置されている ・かかりつけ医として療養上必要な指導等を行うにつき必要な体制が整備されている 等 ・時間外対応体制に応じて1及び2に区分	1	—	— 1,865	— 1,922
		2	—	5 282	6 324
外来腫瘍化学療法診療料	・必要な機器及び十分な専用施設 等 ・専任の常勤医師の有無等に応じて1及び2に区分	1	—	1,578 36	1,607 21
		2	—	299 23	336 44
外来データ提出加算	・診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されている ・データ提出加算に係る届出を行っていない保険医療機関である		—	—	—
ニコチン依存症管理料	・禁煙治療の経験を有する医師、専任の看護職員の配置 ・医療機関の敷地内禁煙 等		2,714 14,706	2,661 14,569	2,597 14,349
開放型病院共同指導料	・当該病院の存する地域の全ての医師、歯科医師の利用の為に開放され、専用の病床を有する病院 等	(病院数)	956	963	963
ハイリスク妊産婦共同管理料 (I)	・産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関である ・年間分娩件数、ハイリスク分娩管理を共同で行う保険医療機関の名称等を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している 等		253 700	252 699	249 686
		(病院数)	708	715	715
がん治療連携計画策定料	・がん診療連携の拠点となる病院又はそれに準じる病院である ・当該地域において当該病院からの退院後の治療を担う複数の保険医療機関を記載した地域連携診療計画をあらかじめ作成している 等	(病院数)	708	715	715
がん治療連携指導料	・がん治療連携計画策定料を算定する病院の紹介を受けて、当該地域連携診療計画の対象となる患者に対して、当該地域連携診療計画に基づいた治療を行うことができる体制が整備されている 等		3,446 22,936	3,464 23,394	3,462 23,566
			841 3	873 3	896 4
外来排尿自立指導料	・専任の常勤看護師等からなる排尿ケアチームが設置されている 等		841 3	873 3	896 4
ハイリスク妊産婦連携指導料1	・精神疾患を有する妊産婦の診療について十分な実績を有している 等		362 267	387 291	395 294
			234 141	268 158	275 166
ハイリスク妊産婦連携指導料2	・精神疾患を有する妊産婦の診療について十分な実績を有している 等		234 141	268 158	275 166
			1,207 656	1,202 657	1,184 654
肝炎インターフェロン治療計画料	・肝炎に関する専門の保険医療機関である ・肝炎インターフェロン治療を行うにつき十分な経験を有する専任の医師が配置されている 等		1,207 656	1,202 657	1,184 654
こころの連携指導料 (I)	・精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関との連携体制を構築 等		—	44 360	55 367
			—	516 335	557 383
こころの連携指導料 (II)	・精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関である ・精神保健福祉士が1名以上配置		—	516 335	557 383

薬剤管理指導料	・薬剤師の配置 ・医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設 等		5,294 20	5,311 23	5,285 24
地域連携診療計画加算	・地域連携診療計画が作成され、一連の治療を担う連携保険医療機関等と共有されている 等		573 1,037	587 1,071	604 1,112
検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料	・患者の医療情報に関する電子的な送受信又は閲覧が可能なネットワークを構築する 等		975 3,087	1,000 3,225	1,018 3,319
医療機器安全管理料	・生命維持装置等の医療機器管理等を行う常勤臨床工学技士が1名以上配置 ・放射線治療を専ら担当する常勤医師が1名以上配置 等 ・臨床工学技士、医師配置等に応じて1及び2に区分	1	2,731 334	2,741 345	2,750 350
		2	560 17	561 18	572 18
精神科退院時共同指導料1及び2	・精神科退院時共同指導を行うにつき十分な体制の整備		345 140	370 159	378 174

5 在宅医療

名称	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段：病院数／下段：診療所数)		
		令和3年	令和4年	令和5年
在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料	・診療所又は許可病床数が200床未満の病院 ・在宅医療の調整担当者が1名以上配置されている 等	2,310 23,006	2,375 23,341	2,494 23,512
在宅データ提出加算	・診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されている ・データ提出加算に係る届出を行っていない保険医療機関である	—	—	—
在宅がん医療総合診療料	・在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に係る施設基準の届出を行っている ・在宅末期医療を提供するにつき必要な体制の整備、緊急時の入院体制の整備 等	878 12,046	901 12,252	954 12,023
救急搬送診療料の注4に規定する重症患者搬送加算	・重症患者の搬送を行うにつき十分な体制	—	62 —	60 —
在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料の注2	(緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師を訪問させるものに限る) ・緩和ケア等に係る専門の研修を受けた看護師が配置されている 等	900 74	924 82	951 91
在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料の注15に規定する訪問看護・指導体制充実加算	・24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保している ・訪問看護・指導に係る相当の実績を有している	24 117	29 126	29 130
在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料の注16に規定する専門管理加算	緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師 又は 特定行為研修を修了した看護師の配置	—	109 27	134 54
在宅療養後方支援病院	・許可病床数が200床以上の病院 ・在宅療養後方支援を行うにつき十分な体制が整備されている	(病院数) 413	(病院数) 444	(病院数) 576
在宅患者訪問褥瘡管理指導料	・常勤の医師、保健師・助産師・看護師又は准看護師及び管理栄養士の3名で構成された在宅褥瘡対策チームが設置されている 等	115 115	124 128	121 132
在宅血液透析指導管理料	・在宅血液透析に係る医療を提供するにつき必要な体制が整備されている	134 173	132 178	131 187

在宅植込型補助人工心臓 (非拍動流型) 指導管理料	・植込型補助人工心臓(非拍動流型)に係る施設基準に適合していること ・関係学会から認定され、その旨が広く周知された施設であること	57 0	61 0	68 0	
在宅腫瘍治療電場療法指導 管理料	・在宅腫瘍治療電場療法を行うにつき十分な体制が整備されている ・膠芽腫の治療の経験を経験を過去5年間に5例以上有すること 等	288 0	331 0	360 0	
在宅経肛門的自己洗腸指導 管理料	・経肛門的自己洗腸の指導を行うにつき十分な体制が整備されていること	98 11	115 12	130 15	
在宅療養支援診療所	・24時間連絡及び往診可能な体制 ・他の保険医療機関及び訪問看護ステーションと連携及び情報提供 可能な体制 等 ・常勤医師数、緊急往診件数、看取り件数等に応じて区分	機能強化型在宅療養支援診療所 (単独型)	217	244	262
		機能強化型在宅療養支援診療所 (連携型)	3,005	3,630	3,858
		在宅療養支援診療所	11,291	11,390	10,635
在宅療養支援病院	・24時間連絡及び往診可能な体制 ・他の保険医療機関及び訪問看護ステーションと連携及び情報提供 可能な体制 等 ・常勤医師数、緊急往診件数、看取り件数等に応じて区分	機能強化型在宅療養支援病院 (単独型)	225	267	293
		機能強化型在宅療養支援病院 (連携型)	392	454	489
		在宅療養支援病院	970	973	1,239
持続血糖測定器加算(間歇注入シリ ンポンプと連動する持続血糖測定 器を用いる場合)及び皮下連続式グ ルコース測定	・専門の知識及び5年以上の経験を有する常勤医師配置 ・持続皮下インスリン注入療法を行っていること 等	1,053 502	1,068 541	1,084 591	
持続血糖測定器加算(間歇注入シリ ンポンプと連動しない持続血糖測 定器を用いる場合)	・専門の知識及び5年以上の経験を有し、持続血糖測定器に係る適切な研修を修了した常勤医師配置 ・2年以上の経験を有し、持続血糖測定器に係る適切な研修を修了した常勤看護師又は薬剤師の配置 等	360 166	434 222	505 294	

6 検査

名称	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段：病院数/下段：診療所数)		
		令和3年	令和4年	令和5年
遺伝学的検査	・関係学会の作成する遺伝学的検査の実施に関する指針を遵守する	842 86	921 112	1,013 135
染色体検査の注2に規定す る基準	・当該検査を行うにつき必要な医師の配置 ・当該検査を行うにつき十分な体制が整備されている 等	—	139 115	169 153
骨髄微小残存病変量測定	・当該検査を行うにつき必要な医師の配置 ・当該検査を行うにつき十分な体制 等	242 1	271 1	292 1
BRCA1/2遺伝子検査	・当該検査を行うにつき必要な医師の配置 ・当該検査を行うにつき十分な体制が整備されている 等	934 80	1,079 103	1,174 132
がんゲノムプロファイリン グ検査	・当該検査を行うにつき必要な医師の配置 ・当該検査を行うにつき十分な体制が整備されている 等	217 0	233 0	249 0

角膜ジストロフィー遺伝子検査	・当該検査を行うにつき必要な医師の配置 ・当該検査を行うにつき十分な体制が整備されている 等		9 0	9 0	12 0
先天性代謝異常症検査	・当該検査を行うにつき必要な医師の配置 ・当該検査を行うにつき十分な体制が整備されている 等		461 7	523 10	560 11
抗アデノ随伴ウイルス9型(AAV9)抗体	・当該検査を行うにつき十分な体制が整備されている		—	80 1	84 1
抗HLA抗体(スクリーニング検査・抗体特異性同定検査)	・当該検査を行うにつき十分な体制が整備されている		140 1	144 1	145 1
HPV核酸検出及びHPV核酸検出(簡易ジェノタイプ判定)	・当該検査を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該検査を行うにつき十分な体制が整備されている 等		1,359 3,486	1,362 3,523	1,350 3,560
ウイルス・細菌核酸多項目同時検出	・当該検査を行うにつき必要な医師の配置 ・当該検査を行うにつき十分な体制が整備されている 等		156 0	166 0	240 0
検体検査管理加算	・院内検査を行っている病院、診療所 等 ・臨床検査を担当する常勤医師の有無、常勤臨床検査技師の配置に応じて1~4に区分	1	2,420 389	2,416 395	2,422 401
		2	2,418 63	2,433 62	2,461 60
		3	31 0	29 0	31 0
		4	756 1	770 1	765 1
国際標準検査管理加算	・国際標準化機構が定めた臨床検査に関する国際規格に基づく技術能力の認定を受けている		201 1	226 1	234 1
遺伝カウンセリング加算	・遺伝カウンセリングを要する治療に係る十分な経験を有する常勤医師が配置 ・患者又はその家族に対して、カウンセリングの内容が文書交付され、説明がなされている		350 43	398 97	470 121
遺伝性腫瘍カウンセリング加算	・がんゲノム医療中核拠点病院、がんゲノム医療拠点病院又はがんゲノム医療連携病院であること		209 0	225 0	242 0
心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算	・当該検査を行うにつき十分な専用施設 ・当該検査を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等		635 0	642 1	636 1
胎児心エコー法	・当該検査を行うにつき十分な体制 ・当該検査を行うにつき必要な医師の配置 等		357 51	367 53	366 55
人工臓器検査、人工臓器療法	・当該検査を行うにつき十分な専用施設 ・当該検査を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等		78 1	85 1	86 1
長期継続頭蓋内脳波検査	・当該検査を行うにつき十分な専用施設 ・当該検査を行うにつき必要な医師及び看護師の配置 等	(病院数)	326	(病院数) 324	(病院数) 321
長期脳波ビデオ同時記録検査1	・当該検査を行うにつき十分な体制 ・当該検査を行うにつき必要な医師の配置 等		38 0	41 0	44 0
単線維筋電図	・当該検査を行うにつき必要な医師の配置 ・当該検査を行うにつき十分な体制が整備されている 等		83 0	86 2	94 2

光トポグラフィー（減算対象外）	・当該検査を行うにつき十分な機器、施設 ・一定割合以上、別の保険医療機関からの依頼により検査を実施 等		34 0	34 0	33 0
脳磁図	・当該検査を行うにつき十分な機器、施設 ・当該検査を行うにつき十分な体制 等	自発活動を測定するもの	9 0	9 0	9 0
		その他のもの	24 3	24 3	22 3
終夜睡眠ポリグラフィー（安全精度管理下で行うもの）	・当該検査を行うにつき必要な医師の配置 ・当該検査を行うにつき十分な体制が整備されている 等		37 33	37 34	41 35
脳波検査判断料 1	・当該検査を行うにつき十分な体制 ・当該検査を行うにつき必要な医師の配置 等		205 15	218 17	233 17
遠隔脳波診断	・当該検査を行うにつき十分な体制 ・当該検査を行うにつき必要な医師の配置 等		12 4	13 6	13 7
神経学的検査	・当該検査を行うにつき必要な医師の配置 ・当該検査を行うにつき十分な体制が整備されている 等		1,466 1,514	1,487 1,568	1,471 1,610
補聴器適合検査	・当該検査を行うにつき必要な医師の配置 ・当該検査を行うにつき十分な装置・器具 等		307 468	324 499	327 518
黄斑局所網膜電図	・当該検査を行うにつき必要な医師の配置 ・当該検査を行うにつき十分な体制が整備されている 等		60 14	64 16	64 18
全視野精密網膜電図	・当該検査を行うにつき必要な医師の配置 ・当該検査を行うにつき十分な体制が整備されている 等		120 58	136 102	147 131
コンタクトレンズ検査料 1	・当該保険医療機関を受診した患者のうち、コンタクトレンズに係る検査を実施した患者の割合が3割未満である 等		921 6,328	918 6,370	907 6,385
コンタクトレンズ検査料 2	・コンタクトレンズ検査料 1 の施設基準の一部を満たしているが、算定した患者が年間10,000人未満である、自施設交付割合が9割5分未満等のいずれにも該当しない		0 4	0 4	0 3
コンタクトレンズ検査料 3	・コンタクトレンズ検査料 1 の施設基準の一部を満たしていないが、算定した患者が年間10,000人未満である、自施設交付割合が9割5分未満等のいずれかに該当する		4 614	4 610	3 585
小児食物アレルギー負荷検査	・当該検査を行うにつき必要な医師の配置 ・当該検査を行うにつき十分な体制が整備されている 等		942 931	966 1,011	974 1,071
内服・点滴誘発試験	・当該検査を行うにつき十分な体制 ・当該検査を行うにつき必要な医師の配置 等		386 7	384 7	379 7
前立腺針生検法（MRI撮影及び超音波検査融合画像によるもの）	・当該検査を行うにつき必要な医師の配置 ・当該検査を行うにつき十分な体制が整備されている 等		—	89 0	132 1
経気管支凍結生検法	・当該検査を行うにつき必要な医師の配置 等		101 0	122 0	141 0

7 画像診断

名称	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段：病院数／下段：診療所数)			
		令和3年	令和4年	令和5年	
画像診断管理加算	<ul style="list-style-type: none"> 放射線科を標榜する医療機関 画像診断を専ら担当する常勤医師の配置 画像診断を専ら担当する常勤医師により、すべての核医学診断、コンピュータ断層診断について画像情報等の管理等に応じて1～3に区分 	1	667 222	673 232	676 237
		2	1,073 0	1,082 0	1,079 0
		3	48 0	51 0	55 0
遠隔画像診断	(送信側) ・ 離島等に所在する保険医療機関 ・ 画像の撮影及び送受信を行うにつき十分な機器、施設 等 (受信側) ・ 画像診断を専ら担当する常勤医師の配置 ・ 遠隔画像診断を行うにつき十分な体制を整備した病院 等	送信側	238 212	236 212	244 219
		受信側	123 1	126 1	128 1
ポジトロン断層撮影	<ul style="list-style-type: none"> 画像診断を担当する常勤医師の配置 断層撮影を行うにつき十分な機器、施設 等 (共同利用率が30%未満の場合、所定点数の80%で算定) 		225 40	221 39	221 39
ポジトロン断層・コンピュータ断層複合撮影 (PET-CT)	<ul style="list-style-type: none"> 画像診断を担当する常勤医師の配置 断層撮影を行うにつき十分な機器、施設 等 (共同利用率が30%未満の場合、所定点数の80%で算定) 		338 57	335 55	337 56
CT撮影	<ul style="list-style-type: none"> 当該撮影を行うにつき十分な機器及び設備 等 		6,745 5,124	6,788 5,378	6,674 5,489
MRI撮影	<ul style="list-style-type: none"> 当該撮影を行うにつき十分な機器及び設備 等 		3,247 1,160	3,328 1,293	3,205 1,250
冠動脈CT撮影加算	<ul style="list-style-type: none"> 画像診断を専ら担当する常勤医師の配置 当該撮影を行うにつき十分な機器、施設 等 		1,123 14	1,136 13	1,130 14
血流予備量比コンピュータ断層撮影	<ul style="list-style-type: none"> 画像診断管理加算2又は3に関する施設基準を満たすこと 200床以上の病院であること 等 		90 0	129 0	164 0
外傷全身CT加算	<ul style="list-style-type: none"> 画像診断を専ら担当する常勤医師の配置 当該撮影を行うにつき十分な機器、施設 等 	(病院数)	173	174	174
心臓MRI撮影加算	<ul style="list-style-type: none"> 画像診断を専ら担当する常勤医師の配置 当該撮影を行うにつき十分な機器、施設 等 		955 11	973 11	960 11
乳房MRI撮影加算	<ul style="list-style-type: none"> 関係学会より乳癌の専門的な診療が可能として認定された施設である 当該撮影を行うにつき十分な機器、施設 等 		474 0	477 0	481 0
小児鎮静下MRI撮影加算	<ul style="list-style-type: none"> 小児救急医療を行うにつき十分な体制が整備されている 当該撮影を行うにつき十分な機器、施設 等 		316 0	328 0	330 0
頭部MRI撮影加算	<ul style="list-style-type: none"> 画像診断を専ら担当する常勤医師が3名以上配置 当該撮影を行うにつき十分な機器、施設 等 		137 0	160 0	173 0

全身MRI撮影加算	・画像診断管理加算2又は3に関する施設基準を満たすこと ・関係学会の定める指針に基づいて適切な被ばく線量管理を行っていること 等	95 0	103 0	106 0
肝エラストグラフィ加算	・画像診断を専ら担当する常勤医師が3名以上配置 ・当該撮影を行うにつき十分な機器、施設 等	—	34 0	37 0

8 投薬

名称	施設基準の概要	届出医療機関数		
		令和3年	令和4年	令和5年
抗悪性腫瘍剤処方管理加算	・当該処方を行うにつき必要な医師の配置 ・抗悪性腫瘍剤処方管理加算を行うにつき必要な体制が整備されている 等	1,293	1,297	1,294
外来後発医薬品使用体制加算	・後発医薬品の使用を決定する体制が整備された診療所 ・後発医薬品の規格単位数量が割合が一定以上であること 等	10,930	10,117	10,687

9 注射

名称	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段：病院数／下段：診療所数)			
		令和3年	令和4年	令和5年	
外来化学療法加算	・必要な機器及び十分な専用施設 等 ・専任の常勤医師の有無等に応じて1及び2に区分	1	1,653 65	1,660 66	1,656 67
		2	557 307	536 303	517 299
連携充実加算	・外来化学療法加算1に係る届出を行っている ・他の保険医療機関及び保険薬局との連携体制が確保されている 等	809 2	888 3	954 4	
無菌製剤処理料	・無菌製剤処理を行うにつき十分な施設 ・無菌製剤処理を行うにつき必要な体制が整備されている 等	(病院数) 2,482	(病院数) 2,502	(病院数) 2,503	

10 リハビリテーション

名称	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段：病院数／下段：診療所数)			
		令和3年	令和4年	令和5年	
心大血管疾患リハビリテーション料	・専任の常勤医師の配置 ・常勤の看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の適切な配置 ・リハビリテーションに関する記録を患者ごとに一元管理し従事者が閲覧可能 等 ・配置人員数に応じて(I)及び(II)に区分	(I)	1,284 85	1,340 106	1,377 122
		(II)	61 76	64 78	72 87
リハビリテーションデータ提出加算	・診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されている ・データ提出加算に係る届出を行っていない保険医療機関である	—	—	—	

脳血管疾患リハビリテーション料	<ul style="list-style-type: none"> ・専任の常勤医師の配置 ・常勤の看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の適切な配置 ・リハビリテーションに関する記録を患者ごとに一元管理し従事者が閲覧可能 等 ・配置人員数に応じて(Ⅰ)～(Ⅲ)に区分 	(Ⅰ)	3,050 89	3,062 93	3,080 100
		(Ⅱ)	1,655 354	1,658 365	1,660 374
		(Ⅲ)	1,207 1,697	1,195 1,712	1,200 1,701
運動器リハビリテーション料	<ul style="list-style-type: none"> ・専任の常勤医師の配置 ・常勤の看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の適切な配置 ・リハビリテーションに関する記録を患者ごとに一元管理し従事者が閲覧可能 等 ・配置人員数に応じて(Ⅰ)～(Ⅲ)に区分 	(Ⅰ)	4,791 1,760	4,797 1,901	4,809 2,064
		(Ⅱ)	894 3,374	892 3,356	890 3,309
		(Ⅲ)	515 864	507 856	504 831
呼吸器リハビリテーション料	<ul style="list-style-type: none"> ・専任の常勤医師の配置 ・常勤の看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の適切な配置 ・リハビリテーションに関する記録を患者ごとに一元管理し従事者が閲覧可能 等 ・配置人員数に応じて(Ⅰ)及び(Ⅱ)に区分 	(Ⅰ)	3,746 171	3,761 182	3,788 185
		(Ⅱ)	539 177	542 173	515 172
摂食嚥下機能回復体制加算	<ul style="list-style-type: none"> ・摂食嚥下支援チーム（医師又は歯科医師、看護師、言語聴覚士、管理栄養士等）の設置 ・摂食嚥下機能に係る療養の実績、人員配置等により1～3に区分 	1	221 0	209 1	56 1
		2	—	175 2	358 1
		3	—	57 0	94 0
難病患者リハビリテーション料	<ul style="list-style-type: none"> ・専任の常勤医師、専従の従事者 ・専用施設の保有、必要な器械・器具の具備 等 		14 67	13 68	13 71
障害児（者）リハビリテーション料	<ul style="list-style-type: none"> ・専任の常勤医師、専従の従事者 等 ・専用施設の保有、必要な器械・器具の具備 等 		242 166	246 168	250 175
がん患者リハビリテーション料	<ul style="list-style-type: none"> ・専任の常勤医師、専従の従事者 等 ・専用施設の保有、必要な器械・器具の具備 等 		1,917 9	1,935 11	1,953 12
認知症患者リハビリテーション料	<ul style="list-style-type: none"> ・専任の常勤医師、専従の従事者 等 ・専用施設の保有、必要な器械・器具の具備 等 		232 —	232 —	232 —
リンパ浮腫複合的治療料	<ul style="list-style-type: none"> ・専任の常勤医師、専任の従事者 等 ・必要な施設の保有、必要な器械・器具の具備 等 		129 3	138 3	141 4
集団コミュニケーション療法料	<ul style="list-style-type: none"> ・専任の常勤医師、専従の従事者 等 ・専用施設の保有、必要な器械・器具の具備 等 		807 134	802 136	782 129

1.1 精神科専門療法

名称	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段：病院数／下段：診療所数)			
		令和3年	令和4年	令和5年	
経頭蓋磁気刺激療法	・専門の知識及び5年以上の経験を有し、所定の研修を修了した常勤精神科医師配置 ・認知療法・認知行動療法に習熟した医師の配置 等	27 0	42 0	59 0	
児童思春期精神科専門管理加算	・常勤の精神保健指定医及び精神科医師、専任の精神保健福祉士又は臨床心理技術者の配置 ・精神療法を実施した16歳未満の患者数が月平均40人以上で、全体の50%以上であること 等	111 21	121 23	119 25	
療養生活環境整備指導加算	・当該指導に専任の精神保健福祉士1名の配置 ・保健師、看護師又は精神保健福祉士が同時に担当する対象患者の数は1人につき30人以下 等	126 82	148 119	152 130	
療養生活継続支援加算	・当該支援に専任の看護師又は精神保健福祉士1名の配置 ・看護師又は精神保健福祉士が同時に担当する対象患者の数は1人につき80人以下 等	—	421 268	383 306	
救急患者精神科継続支援料	・専任の常勤医師1名及び専任の常勤精神保健福祉士等1名の配置	53 0	57 0	42 0	
認知療法・認知行動療法	・認知療法・認知行動療法に習熟した医師の配置 ・精神保健指定医、地域の精神科救急医療体制の確保に協力等に応じて1～2に区分	1	327 455	330 470	331 472
		2	3 1	5 1	4 2
精神科作業療法	・精神科医師、作業療法士の配置 ・専用施設の保有 等	(病院数) 1,395	(病院数) 1,396	(病院数) 1,400	
精神科ショート・ケア	・精神科医師、従事者の配置 ・専用施設の保有 等 ・専従の従事者数、専用施設の広さに応じて大規模及び小規模に区分	大規模なもの	611 257	601 265	589 264
		小規模なもの	394 405	399 418	410 434
精神科デイ・ケア	・精神科医師、従事者の配置 ・専用施設の保有 等 ・専従の従事者数、専用施設の広さに応じて大規模及び小規模に区分	大規模なもの	739 315	724 315	712 314
		小規模なもの	373 313	382 317	382 321
精神科ナイト・ケア	・精神科医師、従事者の配置 ・専用施設の保有 等	111 127	107 128	107 126	
精神科デイ・ナイト・ケア	・精神科医師、従事者の配置 ・専用施設の保有 等	312 160	304 160	299 159	
抗精神病特定薬剤治療指導管理料 (治療抵抗性統合失調症治療指導管理料に限る。)	・統合失調症の治療、診断を行うにつき十分な経験を有する医師、薬剤師の配置 ・治療抵抗性統合失調症治療薬を投与している患者に対して、計画的な治療管理を継続して実施 等	516 6	536 6	558 7	
重度認知症患者デイ・ケア	・精神科医師、従事者の配置 ・専用施設の保有 等	184 111	191 109	197 106	
精神科在宅患者支援管理料	・精神科の常勤医師、常勤の精神保健福祉士及び作業療法士の配置 ・患者に対して、計画的かつ継続的な医療を提供できる体制の確保 等	104	104	107	
		125	124	125	

医療保護入院等診療料	・常勤精神保健指定医1名以上 ・行動制限最小化に係る委員会の設置 等	1,399 0	1,406 0	1,407 0
------------	---------------------------------------	------------	------------	------------

1.2 処置

名称	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段：病院数／下段：診療所数)			
		令和3年	令和4年	令和5年	
静脈圧迫処置（慢性静脈不全に対するもの）	・経験を有し、所定の研修を修了した常勤医師の配置 ・静脈疾患の診断に必要な検査機器を備えていること 等	176	291	363	
		64	96	125	
多血小板血漿処置	・形成外科、血管外科又は皮膚科の常勤医師2名以上配置 ・常勤の薬剤師又は臨床工学技士配置 等	16	29	37	
		0	0	0	
硬膜外自家血注入	・専門の知識及び1年以上の経験を有する医師を配置 ・必要な体制が整備されている 等	208	216	230	
		4	4	6	
エタノールの局所注入	・専門の知識及び5年以上の経験医師を配置 ・必要な器械・器具の具備 等	甲状腺	408	411	407
			110	113	117
		副甲状腺	363	364	359
		81	83	84	
人工腎臓	・透析用監視装置の台数 ・透析用監視装置の台数に対する人工腎臓を行う患者の数の割合	慢性維持透析を行った場合1	2,341	2,355	2,367
			2,164	2,189	2,199
		慢性維持透析を行った場合2	13	9	9
		35	33	30	
導入期加算1、導入期加算2及び腎代替療法実績加算、導入期加算3及び腎代替療法実績加算	・当該療法を行うにつき十分な説明を行っている ・当該療法を行うにつき十分な説明を行っている ・当該療法を行うにつき必要な実績を有している ・当該療法を行うにつき十分な説明を行っている ・腎移植実施施設として、（社）日本臓器移植ネットワークに登録 ・加算1又は2を算定している施設との連携	1	1,888	1,904	1,946
			1,895	1,940	2,011
		2及び腎代替療法実績加算	458	436	348
			145	147	94
		3及び腎代替療法実績加算	—	39	81
			0	0	
透析液水質確保加算及び慢性維持透析濾過加算	・透析治療に用いる装置及び透析液の水質を管理するにつき十分な体制が整備されている	2,098	2,149	2,204	
		2,011	2,052	2,098	
下肢末梢動脈疾患指導管理加算	・慢性維持透析を実施している患者全員に対し、療養上必要な指導管理を行っている ・十分な体制が整備されている 等	1,729	1,770	1,785	
		1,759	1,816	1,865	
心不全に対する遠赤外線温熱療法	・経験を有する常勤医師2名以上配置 ・研修を修了した医師の配置 等	13	13	12	
		0	1	1	
歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）	・事前に適切な計画を策定し、処置が終了した際には担当の多職種が参加するカンファレンスにより短期効果を検討 等	60	63	66	
		1	1	3	

13 手術

名称	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段：病院数/下段：診療所数)		
		令和3年	令和4年	令和5年
皮膚悪性腫瘍切除術（センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	209 0	215 0	219 0
皮膚移植術（死体）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	76 0	76 0	74 0
自家脂肪注入	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	— —	28 0	55 0
四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術及び骨悪性腫瘍手術の注に掲げる処理骨再建加算	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	78 0	81 0	84 0
緊急整復固定加算及び緊急挿入加算	・整形外科、内科及び麻酔科を標榜している ・緊急手術が可能な体制を有していること 等	— —	417 0	608 0
骨移植術（軟骨移植術を含む。）（同種骨移植（非生体）（同種骨移植（特殊なものに限る。）））	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	83 0	87 0	90 0
後縦靭帯骨化症手術（前方進入によるもの）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	329 2	337 2	346 3
椎間板内酵素注入療法	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	949 1	1,001 38	1,040 51
頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	56 0	56 0	56 0
脳刺激装置植込術及び脳刺激装置交換術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている 等	566 0	564 0	564 0
脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている 等	1,014 17	1,045 22	1,065 30
頭蓋内電極植込術（脳深部電極によるもの（7本以上の電極による場合）に限る。）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	6 0	11 0	14 0
仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術（便失禁に対して実施する場合）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	130 0	132 0	136 0
仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術（過活動膀胱に対して実施する場合）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	122 0	125 0	125 0
舌下神経電気刺激装置植込術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	— —	8 0	11 0
角膜移植術（内皮移植加算）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている 等	82 14	84 17	88 17
緑内障手術（緑内障手術（流出路再建術（眼内法）及び水晶体再建	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	357 460	555 841	597 1,001

植込型骨導補聴器（直接振動型）植込術、人工内耳植込術、植込型	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	147 0	150 0	150 0
鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	207 0	223 0	236 0
鏡視下喉頭悪性腫瘍手術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	202 0	217 0	228 0
喉頭形成手術（甲状軟骨固定用器具を用いたもの）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	43 1	43 1	40 1
上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	62 0	62 0	62 0
顎関節人工関節全置換術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	5 0	8 0	7 0
内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術、内視鏡下パセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）、内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	100 0	109 0	113 0
内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	56 0	63 0	72 0
乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（MRIによるもの）	・画像管理加算1、2又は3に関する施設基準を有する ・乳癌の専門的な診療が可能として認定されている 等	87 1	96 1	97 1
乳房切除術（性同一性障害の患者に対して行うものに限る。）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	6 0	7 0	7 0
乳がんセンチネルリンパ節加算	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	1,557 10	1,580 8	1,601 8
乳腺悪性腫瘍手術（乳頭乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴わないもの）及び乳頭乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴うもの））	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	328 5	334 5	338 5
胸腔鏡下拡大胸腺摘出術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	81 0	98 0	110 0
胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	138 0	165 0	198 0
胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	137 0	165 0	198 0
胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除で内視鏡支援機器を用いる場合）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	127 0	174 0	211 0
肺悪性腫瘍手術（壁側・臓側胸膜全切除（横隔膜、心膜合併切除を伴うもの）に限る。）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	117 0	123 0	122 0
胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（肺葉切除又は1肺葉を超えるもので内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	140 0	185 0	222 0
同種死体肺移植術	・肺の移植実施施設として移植関連学会合同委員会に選定されている	10 0	10 0	11 0

生体部分肺移植術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	9 0	10 0	10 0	
胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	57 0	92 0	112 0	
縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	31 0	54 0	62 0	
内視鏡下筋層切開術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	31 0	34 0	34 0	
食道縫合術（穿孔、損傷）（内視鏡によるもの）、内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術、胃瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、小腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、結腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、腎（腎盂）腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、尿管腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、膀胱腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、腔腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	610 0	658 0	693 0	
経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	823 0	861 0	891 0	
胸腔鏡下弁形成術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	258 0	289 0	315 0	
胸腔鏡下弁形成術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	21 0	21 0	24 0	
胸腔鏡下弁置換術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	254 0	289 0	317 0	
経カテーテル弁置換術（経心尖大動脈弁置換術及び経皮的動脈弁置換術）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	192 0	207 0	219 0	
経カテーテル弁置換術（経皮的肺動脈弁置換術）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	— —	15 0	25 0	
経皮的僧帽弁クリップ術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	66 0	112 0	143 0	
不整脈手術左心耳閉鎖術（胸腔鏡下によるもの）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	— —	143 0	194 0	
不整脈手術左心耳閉鎖術（経カテーテル的手術によるもの）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	112 0	127 0	143 0	
ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている	2,471 274	2,469 280	2,457 287	
ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術（リードレスペースメーカーの場合）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	604 2	668 3	732 7	
両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な機器 等	心筋電極の場合	161 0	181 0	185 0
		経静脈電極の場合	445 0	460 0	464 0

植込型除細動器移植術、植込型除細動器交換術及び経静脈電極抜去術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な機器 等	心筋リードを用いるもの	184	196	199
		経静脈リードを用いるもの又は皮下植込型リードを用いるもの、その他のもの	0	0	0
両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な機器 等	心筋電極の場合	456	473	475
		経静脈電極の場合	0	0	0
大動脈バルーンパンピング法（IABP法）	・当該検査を行うにつき必要な医師が配置されている		1,569	1,568	1,567
経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）	・当該検査を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき関係学会より認定されている 等		41	42	42
補助人工心臓	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な機器 等		184	216	241
小児補助人工心臓	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき関係学会より認定されている 等		141	139	135
植込型補助人工心臓（非拍動流型）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等		12	11	11
同種心移植術	・移植関係学会合同委員会において、心臓移植実施施設として選定されている		43	43	42
同種心肺移植術	・移植関係学会合同委員会において、心肺同時移植実施施設として選定されている		10	11	11
骨格筋由来細胞シート心表面移植術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等		3	3	3
経皮的下肢動脈形成術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等		8	10	11
腹腔鏡下リンパ節群郭清術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	後腹膜	252	259	267
		膀大動脈	0	0	0
腹腔鏡下十二指腸局所切除術（内視鏡処置を併施するもの）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等		42	47	50
腹腔鏡下胃切除術（単純切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等		0	0	0
腹腔鏡下噴門側胃切除術（単純切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等		121	134	139
腹腔鏡下胃全摘術（単純全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等		0	0	0
腹腔鏡下胃全摘術（単純全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等		191	206	216
腹腔鏡下胃切除術（単純切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等		0	0	0
腹腔鏡下噴門側胃切除術（単純切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等		165	231	272
腹腔鏡下胃全摘術（単純全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等		0	0	0
腹腔鏡下胃全摘術（単純全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等		154	230	271
腹腔鏡下胃全摘術（単純全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等		0	0	0
腹腔鏡下胃全摘術（単純全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等		153	227	269
腹腔鏡下胃全摘術（単純全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等		0	0	0

バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	439 0	473 0	490 0
胆管悪性腫瘍手術（膵頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴うものに限る。）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている 等	373 0	374 0	378 0
体外衝撃波胆石破碎術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な機器 等	413 0	412 0	399 0
腹腔鏡下肝切除術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	617 0	622 0	649 0
腹腔鏡下胆道閉鎖症手術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	3 0	5 0	5 0
生体部分肝移植術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	71 0	72 0	72 0
同種死体肝移植術	・移植関係学会合同委員会において、肝臓移植実施施設として選定されている	26 0	25 0	24 0
腹腔鏡下膵腫瘍摘出術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	429 0	454 0	473 0
腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	615 0	632 0	652 0
腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	24 0	57 0	57 0
腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	77 0	84 0	89 0
腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	17 0	34 0	55 0
同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術	・移植関係学会合同委員会において、膵臓移植実施施設として選定されている	17 0	19 0	19 0
同種死体膵島移植術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	1 0	4 0	5 0
生体部分小腸移植術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	9 0	9 0	9 0
同種死体小腸移植術	・移植関係学会合同委員会において、小腸移植実施施設として選定されている	10 0	11 0	11 0
早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	1,101 0	1,129 0	1,153 0
腹腔鏡下直腸切除・切断術（切除術、低位前方切除術及び切断術に限る。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	・当該検査を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該検査を行うにつき十分な体制が整備されている 等	213 0	313 0	394 0
体外衝撃波腎・尿管結石破碎術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な機器 等	820 3	810 3	788 3

腹腔鏡下腎盂形成手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	160 0	184 0	211 0
同種死体腎移植術	・腎臓移植実施施設として、（社）日本臓器移植ネットワークに登録されている	130 0	128 0	129 0
生体腎移植術	・当該検査を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該検査を行うにつき十分な体制が整備されている 等	177 0	176 0	179 0
膀胱水圧拡張術及びハンナ型間質性膀胱炎手術（経尿道）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	541 18	566 18	577 17
腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	186 0	211 0	238 0
精巣内精子採取術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	— —	104 70	110 75
尿道形成手術（前部尿道）（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	5 0	5 0	5 0
尿道下裂形成手術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	5 0	5 0	5 0
陰茎形成術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	5 0	5 0	5 0
陰茎全摘術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	5 0	5 0	5 0
精巣摘出術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	5 0	5 0	5 0
焦点式高エネルギー超音波療法	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	5 0	5 0	5 0
腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	252 0	255 0	261 0
腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	355 0	398 0	462 0
会陰形成手術（筋層に及ばないもの）（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	5 0	5 0	5 0
造脘術、腔閉鎖症術（遊離植皮によるもの、腸管形成によるもの、筋皮弁移植によるもの）（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	6 0	6 0	6 0
腹腔鏡下仙骨脛固定術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	240 2	274 2	309 3
子宮全摘術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	5 0	5 0	5 0
腹腔鏡下腔式子宮全摘術（性同一性障害患者に対して行う場合に限る。）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	5 0	5 0	5 0

腹腔鏡下腔式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	152 0	207 0	257 0	
腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡下手術用支援機器を用いる場合）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	108 0	127 0	155 0	
腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮頸がんに限る。）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	145 0	150 0	165 0	
子宮付属器腫瘍摘出術（両側）（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	5 0	5 0	5 0	
無心体双胎焼灼術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	12 0	13 0	13 0	
胎児輸血術及び臍帯穿刺	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	44 0	53 0	54 0	
体外式膜型人工肺管理料	・救命救急入院料、特定集中治療室管理料、小児特定集中治療室管理料のいずれかを届出 ・専任の臨床工学技士が常時1名以上配置。	— —	273 0	289 0	
医科点数表第2章第10部手術の通則の12に掲げる手術の休日加算1	・休日、時間外及び深夜の手術に対応するための十分な体制が整備されている ・病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されている 等	332 0	344 0	356 0	
医科点数表第2章第10部手術の通則の16に掲げる手術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	3,918 234	3,911 235	3,924 230	
医科点数表第2章第10部手術の通則の19に掲げる手術（遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者に対する乳房切除術に限る。）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	170 0	178 0	198 0	
医科点数表第2章第10部手術の通則の19に掲げる手術（遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者に対する子宮付属器腫瘍摘出術）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	191 0	206 0	240 0	
周術期栄養管理実施加算	・必要な医師及び管理栄養士の配置 ・総合入院体制加算又は急性期充実体制加算の届出	— —	241 0	286 0	
輸血管理料	・必要な医師及び従事者の配置 ・輸血製剤の適正使用 等 ・医師及び従事者の配置等に応じて（Ⅰ）及び（Ⅱ）に区分	（Ⅰ）	599 2	611 2	608 2
		（Ⅱ）	1,901 26	1,910 28	1,936 29
コーディネート体制充実加算	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・同種移植のコーディネートを行うにつき十分な体制が整備されている 等	87 0	100 0	108 0	
自己クリオプレシピテート作製術（用手法）	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・血液製剤の適正使用 等	90 0	91 0	92 0	
同種クリオプレシピテート作製術	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	109 0	116 0	124 0	
凍結保存同種組織加算	・当該療養を行うにつき必要な医師が配置されている ・当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている 等	8 0	9 0	10 0	

1 4 麻酔

名称	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段：病院数／下段：診療所数)			
		令和3年	令和4年	令和5年	
麻酔管理料	<ul style="list-style-type: none"> ・麻酔管理を行うにつき十分な体制が整備されている 等 ・麻酔科標榜医の配置等に応じて(Ⅰ)及び(Ⅱ)に区分 	(Ⅰ)	2,358 508	2,363 501	2,358 496
		(Ⅱ)	473 0	489 0	490 0
周術期薬剤管理加算	<ul style="list-style-type: none"> ・周術期の薬学的管理を行うにつき必要な専任の薬剤師が配置されている ・病棟薬剤業務実施加算1に係る届出を行っている 等 		— 236	— 328	

1 5 放射線治療

名称	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段：病院数／下段：診療所数)		
		令和3年	令和4年	令和5年
放射線治療専任加算	<ul style="list-style-type: none"> ・放射線治療を専ら担当する常勤医師又は歯科医師が配置 ・当該治療を行うにつき必要な体制、十分な機器、施設の保有 等 	594 17	597 19	610 20
外来放射線治療加算	<ul style="list-style-type: none"> ・放射線治療を専ら担当する常勤医師及び診療放射線技師が1名以上配置 ・当該治療を行うために必要な機器、施設 等 	588 17	592 19	605 20
遠隔放射線治療計画加算	<ul style="list-style-type: none"> ・放射線治療を専ら担当する常勤医師及び診療放射線技師が配置 ・当該治療を行うにつき必要な体制、十分な機器、施設の保有 等 	8 0	10 0	10 0
高エネルギー放射線治療	<ul style="list-style-type: none"> ・年間合計100例以上実施 等 	700 15	694 15	696 15
強度変調放射線治療 (IMRT)	<ul style="list-style-type: none"> ・放射線治療を専ら担当する常勤医師又は歯科医師が配置 ・当該治療を行うにつき必要な体制、十分な機器、施設の保有 等 	355 13	364 13	381 13
画像誘導放射線治療 (IGRT)	<ul style="list-style-type: none"> ・放射線治療を専ら担当する常勤医師又は歯科医師が1名以上配置 ・当該治療を行うにつき必要な体制、十分な機器、施設の保有 等 	538 16	551 17	569 18
定位放射線治療	<ul style="list-style-type: none"> ・放射線治療を専ら担当する常勤医師が1名以上配置 ・当該治療を行うにつき必要な体制、十分な機器、施設の保有 等 	526 17	526 17	526 17
粒子線治療	<ul style="list-style-type: none"> ・放射線治療を専ら担当する常勤医師が2名以上配置 ・当該治療を行うにつき必要な体制、十分な機器、施設の保有 等 	17 7	18 7	18 7
粒子線治療適応判定加算	<ul style="list-style-type: none"> ・放射線治療を専ら担当する常勤医師が2名以上配置 ・当該治療を行うにつき必要な体制 等 	17 7	18 7	18 7
粒子線治療医学管理加算	<ul style="list-style-type: none"> ・放射線治療を専ら担当する常勤医師が2名以上配置 ・当該治療を行うにつき十分な機器 等 	16 7	18 7	18 7
ホウ素中性子捕捉療法	<ul style="list-style-type: none"> ・放射線治療を専ら担当する常勤医師が1名以上配置 ・当該治療を行うにつき十分な機器 等 	— —	0 2	0 2

ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算	・放射線治療を専ら担当する常勤医師が1名以上配置 ・キヤンサーボードに係る体制 等	—	0	0
ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算	・放射線治療を専ら担当する常勤医師が1名以上配置 ・当該治療を行うにつき必要な体制、等	—	0	0
画像誘導密封小線源治療加算	・放射線治療を専ら担当する常勤医師又は歯科医師が配置 ・当該治療を行うにつき十分な機器 等	114	118	124
		0	0	0

1.6 病理

名称	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段：病院数／下段：診療所数)			
		令和3年	令和4年	令和5年	
保険医療機関間の連携による病理診断	(送信側) ・ 離島等に所在する保険医療機関等 ・ 病理標本の作製を行うにつき十分な体制の整備 等 (受信側) ・ 病理診断を行うにつき十分な体制を整備した病院 等	送信側	334 255	355 293	401 352
		受信側	135 16	140 21	145 23
保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製	(送信側) ・ 離島等に所在する保険医療機関等 ・ 病理組織標本の作製を行うにつき十分な体制の整備 等 (受信側) ・ 病理診断を担当する常勤医師の配置 ・ 病理診断を行うにつき十分な体制を整備した病院 等	送信側	121 0	121 0	124 0
		受信側	64 0	66 0	67 0
保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診	(送信側) ・ 離島等に所在する保険医療機関等 ・ 細胞診を行うにつき十分な体制の整備 等 (受信側) ・ 病理診断を担当する常勤医師の配置 ・ 病理診断を行うにつき十分な体制を整備した病院 等	送信側	71 0	70 0	69 0
		受信側	47 0	48 0	49 0
デジタル病理画像による病理診断	・ 病理診断管理加算又は口腔病理診断管理加算に係る届出を行っている ・ デジタル病理診断を行うにつき十分な体制が整備されている		66 2	71 5	75 8
病理診断管理加算	・ 病理診断を専ら担当する常勤医師が1名以上配置 ・ 病理標本作製及び病理診断を行うにつき十分な体制の整備 ・ 当該療養を行うにつき十分な設備及び機器 ・ 医師の配置、カンファレンスの実施等に応じて1及び2に区分	1	(病院数) 488	(病院数) 498	(病院数) 495
		2	(病院数) 333	(病院数) 333	(病院数) 349
悪性腫瘍病理組織標本加算	・ 病理診断を専ら担当する常勤医師が1名以上配置 ・ 病理診断を行うにつき十分な体制が整備されている		790 9	812 14	825 18

17 歯科

名称	施設基準の概要	届出医療機関数			
		令和3年	令和4年	令和5年	
初診料（歯科）の注1に掲げる基準	<ul style="list-style-type: none"> 十分な院内感染防止対策を講じている 歯科外来診療の院内感染防止対策に係る研修を4年に1回以上、定期的に受講している常勤の歯科医師が1名以上配置されている 職員を対象とした院内感染防止対策にかかる標準予防策等の院内研修等を実施している 等 	65,257	65,295	64,936	
地域歯科診療支援病院歯科初診料	<ul style="list-style-type: none"> 常勤の歯科医師、看護職員及び歯科衛生士の配置 当該歯科医療にかかる紹介率 等 	576	595	599	
歯科外来診療環境体制加算	<ul style="list-style-type: none"> 歯科外来診療における医療安全対策に係る研修を受けた常勤歯科医師の配置 歯科衛生士の配置、緊急時の対応を行うにつき必要な体制の整備 等 	1	31,616	33,016	34,075
		2	558	577	584
歯科診療特別対応連携加算	<ul style="list-style-type: none"> 著しく歯科治療が困難な患者にとって安心して安全な歯科医療の提供を行うにつき十分な機器等を有している 歯科診療を担当する他の保険医療機関(病院に限る。)との連携体制が整備されている 等 	853	740	790	
歯科疾患管理料の注11の総合医療管理加算・歯科治療時医療管理料	<ul style="list-style-type: none"> 当該療養を行うにつき、十分な経験を有する常勤の歯科医師、歯科衛生士等により、治療前、治療中及び治療後における当該患者の全身状態を管理できる体制が整備されている 当該患者の全身状態の管理を行うにつき十分な装置・器具を有している 等 	22,671	23,492	24,133	
医療機器安全管理料	<ul style="list-style-type: none"> 生命維持装置等の医療機器管理等を行う常勤臨床工学技士を1名以上配置 放射線治療を専ら担当する常勤医師が1名以上配置 等 	220	223	224	
在宅療養支援歯科診療所	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者の口腔機能管理に係る研修を受けた常勤の歯科医師が1名以上配置 当該地域において、在宅療養を担う保険医、介護・福祉関係者等との連携体制が整備 等 	1	1,550	1,800	1,942
		2	6,949	6,926	6,875
かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所	<ul style="list-style-type: none"> 歯科医師の複数名配置又は歯科医師及び歯科衛生士をそれぞれ1名以上配置 在宅療養を担う保険医等との連携体制の整備、緊急時の対応を行うにつき必要な体制の整備 等 	10,863	11,795	12,736	
歯科疾患在宅療養管理料の注4に掲げる在宅総合医療管理加算・在宅患者歯科治療時医療管理料	<ul style="list-style-type: none"> 当該療養を行うにつき、十分な経験を有する常勤の歯科医師、歯科衛生士等により、治療前、治療中及び治療後における当該患者の全身状態を管理できる体制が整備されている 歯科衛生士又は看護師の配置 等 	8,208	8,735	9,141	
歯科訪問診療料に係る地域医療連携体制加算	<ul style="list-style-type: none"> 地域歯科診療支援病院歯科初診料の届出をした病院等と連携している診療所 緊急時の連携体制の確保 等 	7,156	7,055	6,883	
歯科訪問診療料の注13に規定する基準	<ul style="list-style-type: none"> 直近1か月の歯科診療のうち、歯科訪問診療を提供した患者数の割合が9割5分未満 	39,844	40,361	40,651	
在宅歯科医療推進加算	<ul style="list-style-type: none"> 歯科訪問診療の月平均延べ患者数が5人以上であり、そのうち6割以上が歯科訪問診療1を算定 等 	2,092	2,145	2,191	

口腔細菌定量検査	・当該療養を行うにつき、十分な経験を有する歯科医師が1名以上配置されていること。 ・当該保険医療機関内に口腔細菌定量分析装置を備えていること。		—	149	489
有床義歯咀嚼機能検査 1 のイ	・当該検査を行うにつき十分な体制が整備されている ・当該検査を行うにつき十分な機器を有している		592	605	611
有床義歯咀嚼機能検査 1 のロ及び咀嚼能力検査	・当該検査を行うにつき十分な体制が整備されている ・当該検査を行うにつき十分な機器を有している		5,160	5,933	6,568
有床義歯咀嚼機能検査 2 のイ	・当該検査を行うにつき十分な体制が整備されている ・当該検査を行うにつき十分な機器を有している		193	202	210
有床義歯咀嚼機能検査 2 のロ及び咬合圧検査	・当該検査を行うにつき十分な体制が整備されている ・当該検査を行うにつき十分な機器を有している		730	799	1,012
精密触覚機能検査	・当該検査に係る研修を受けた歯科医師の配置 ・当該検査を行うにつき十分な機器を有している		332	342	383
睡眠時歯科筋電図検査	・当該検査を行うにつき十分な体制が整備されている ・当該検査を行うにつき十分な機器を有している		372	485	576
う蝕歯無痛的高洞形成加算	・当該療養を行うにつき十分な機器及び施設 等		4,769	4,987	5,255
歯科画像診断管理加算	・地域歯科診療支援病院歯科初診料の届出を行った歯科医療機関 ・画像診断を専ら担当する常勤歯科医師の配置 ・画像診断を専ら担当する常勤歯科医師により、すべての歯科用3次元エックス線断層撮影について画像情報等の管理等に応じて1及び2に区分	1	28	28	28
		2	26	26	26
口腔粘膜処置	・当該処置を行うにつき十分な体制が整備されている ・当該処置を行うにつき十分な機器を有している		15,856	16,381	16,882
口腔粘膜血管腫凝固術	・当該手術を行うにつき十分な体制が整備されている ・当該手術を行うにつき十分な機器を有している		394	444	493
レーザー機器加算	・当該手術を行うにつき十分な体制が整備されている ・当該手術を行うにつき十分な機器を有している		14,726	15,224	15,728
手術用顕微鏡加算	・専門の知識及び3年以上の経験を有する歯科医師を1名以上配置 ・当該処置を行うにつき必要な機器の設置		5,899	7,142	8,250
CAD/CAM冠及びCAD/CAMインレー	・専門の知識及び3年以上の経験を有する歯科医師が1名以上配置 ・保険医療機関内に歯科技工士を配置 等		56,071	57,726	58,317
手術時歯根面レーザー応用加算	・当該療養を行うにつき十分な機器及び施設 等		3,587	3,836	4,126
歯科技工加算 1 及び 2	・常勤の歯科技工士を配置している ・歯科技工室及び歯科技工に必要な機器を整備している 等		6,819	6,699	6,584
歯科麻酔管理料	・常勤の麻酔に従事する歯科医師が配置されている ・麻酔管理を行うにつき十分な体制が整備されている 等		142	151	152

歯周組織再生誘導手術	・ 歯科又は歯科口腔外科を担当する歯科医師として相当の経験を有する歯科医師が1名以上配置	7,930	8,056	8,143
広範囲顎骨支持型装置埋入手術	・ 歯科又は歯科口腔外科を担当する歯科医師として相当の経験を有する歯科医師が2名以上配置 ・ 当該療養を行うにつき十分な体制 等	305	317	318
顎関節人工関節全置換術（歯科）	・ 緊急事態に対応するための体制その他療養を行うにつき必要な体制が整備されている ・ 当該医療機関内に当該療養を行うにつき必要な歯科医師及び看護師が配置されている 等	15	38	47
歯根端切除手術の注3	・ 専門の知識及び3年以上の経験を有する歯科医師を1名以上配置 ・ 当該手術を行うにつき必要な機器の設置	5,400	6,546	7,571
クラウン・ブリッジ維持管理料	・ クラウン・ブリッジの維持管理を行うにあたって、必要な体制が整備されている	68,834	68,656	68,037
歯科矯正診断料	・ 歯科矯正治療の経験を5年以上有する専任の歯科医師が1名以上勤務している ・ 十分な専用施設 等	1,728	1,744	1,763
顎口腔機能診断料	・ 障害者総合支援法に基づく都道府県知事の指定 ・ 十分な専用施設 等	1,031	1,044	1,061

18 調剤

名称	施設基準の概要	届出薬局数			
		令和3年	令和4年	令和5年	
調剤基本料1	・調剤基本料2、3-イ、3-ロ、3-ハ、特別調剤基本料以外（医療資源の少ない地域にある薬局は除く）	50,883	42,582	41,892	
調剤基本料2	・次のいずれかに該当 ① 処方箋受付回数月4,000回超かつ処方箋集中度70%超 ② 処方箋受付回数月2,000回超かつ処方箋集中度85%超 ③ 処方箋受付回数月1,800回超かつ処方箋集中度95%超 ④ 特定の医療機関からの処方箋受付回数の合計が月4,000回超	1,434	1,393	1,443	
調剤基本料3	・同一グループ薬局による処方箋受付回数が月3万5千回超4万回以下であり、同一グループの保険薬局の数が300未満の場合において、次のいずれかに該当 ① 処方箋集中度95%超 ② 医療機関との間で不動産の賃貸借取引がある	イ	3,056	2,837	2,752
	・同一グループ薬局による処方箋受付回数が月4万回超40万回以下であり、同一グループの保険薬局の数が300未満の場合において、次のいずれかに該当 ① 処方箋集中度85%超 ② 医療機関との間で不動産の賃貸借取引がある	ロ	3,579	3,820	3,838
	・同一グループ薬局による処方箋受付回数が月40万回超える又は同一グループの保険薬局の数が300以上である場合において、次のいずれかに該当 ① 処方箋集中度85%超 ② 医療機関との間で不動産の賃貸借取引がある	ハ	—	9,125	10,143
	・同一グループ薬局による処方箋受付回数が月40万回超える又は同一グループの保険薬局の数が300以上であって、処方箋集中度が85%以下である場合				
調剤基本料1（注1のただし書に該当する場合）	・医療を提供しているが医療資源の少ない地域（施設基準告示別表第六の二）に所在 ・当該地域が中学校区内の医療機関数が10以下で許可病床数200床以上の病院がない ・処方箋受付回数が1月に2,500回以下等		152	185	192
地域支援体制加算	・地域医療に貢献する体制を有することを示す実績を有する ・24時間調剤、在宅対応体制が整備されている ・在宅療養を担う医療機関、訪問看護ステーションとの連携体制が整備されている等 ・算定する調剤基本料、かかりつけ薬剤師指導料等の算定実績等により1～4に区分	1	—	10,027	6,993
		2	—	11,701	10,915
		3	—	945	3,743
		4	—	454	1,865

連携強化加算	・他の保険薬局等との連携に係る体制が整備されている ・災害や新興感染症の発生時等に、都道府県等から医薬品の供給等について協力の要請があった場合には、地域の関係機関と連携し、必要な対応を行う 等	—	5,619	13,094	
後発医薬品調剤体制加算	・当該保険薬局において調剤した薬剤の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合に応じて1~3に区分 ・後発医薬品の調剤を積極的に行っている旨、後発医薬品調剤体制加算を算定している旨を当該保険薬局の見えやすい場所に掲示 等	1	5,263	12,530	10,617
		2	12,739	20,332	20,166
		3	28,974	12,165	17,093
無菌製剤処理加算	・2名以上の保険薬剤師がいる ・無菌製剤処理を行うための無菌室、クリーンベンチ又は安全キャビネットを備えている 等	3,242	4,474	5,231	
在宅患者調剤加算	・在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の届出を行っている ・在宅業務に対応できる体制が整備されている 等	20,312	22,424	24,050	
特定薬剤管理指導加算2	・保険薬剤師として5年以上の薬局勤務経験を有する薬剤師が勤務している ・麻薬小売業者の免許を取得し、必要な指導を行うことができる体制が整備されている ・保険医療機関が実施する抗悪性腫瘍剤の化学療法に係る研修会に年1回以上参加している 等	7,255	7,942	8,274	
かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料	・以下の要件を全て満たす保険薬剤師が配置されている ①保険薬剤師として3年以上の薬局勤務経験、当該保険薬局に週32時間以上勤務、1年以上在籍 ②薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得 ③医療に係る地域活動の取組に参画	33,395	35,382	36,664	
在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算	・麻薬小売業者の免許を取得し、必要な指導を行うことができる ・高度管理医療機器の販売業の許可を受けている	—	5,223	5,848	
在宅中心静脈栄養法加算	・高度管理医療機器の販売業の許可を受けている又は管理医用機器の販売業の届出を行っている	—	7,261	7,943	
在宅患者訪問薬剤管理指導料	・在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、名称、所在地、開設者の氏名及び在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の届出を行っている	53,680	54,875	55,791	

19 その他

名称	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段：病院数／下段：診療所数)		
		令和3年	令和4年	令和5年
入院時食事療養（Ⅰ）	・管理栄養士又は栄養士により行われている ・「厚生労働大臣が定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法」に規定する基準に該当する保険医療機関でない 等	8,022 1,209	7,979 1,169	7,952 1,125

主な施設基準の届出状況等 一部修正について

2 入院料等関係

(2) 入院基本料等加算

名称	施設基準の概要	届出医療機関数					
		令和3年		令和4年			
感染防止対策加算	<ul style="list-style-type: none"> ・感染防止対策部門に、感染制御チーム(医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師)を組織 ・感染防止対策加算を算定する医療機関と年4回程以上の合同カンファレンス ・院内の抗菌薬の適正使用を監視するための体制を整備 等 ・感染制御チームの研修要件及び専従要件に応じて1及び2に区分 	1	1,393	-			
		2	2,744	-			
感染防止対策地域連携加算	・感染防止対策加算1に係る届出を行った他の保険医療機関との連携により感染防止対策を実施するための必要な体制が整備されている	1,378		-			
抗菌薬適正使用支援加算	<ul style="list-style-type: none"> ・感染防止対策地域連携加算を算定する保険医療機関である ・抗菌薬を適正に使用するために必要な支援体制が整備されている 	誤	1,225	-			
		正	1,216	-			
入退院支援加算	<ul style="list-style-type: none"> ・入退院支援部門の設置 ・入退院支援部門及び各病棟の看護師・社会福祉士、連携機関の要件等に応じて1～3に区分 	1	2,339	1	2,557		
		2	誤	2,155	2	誤	2,033
			正	2,154		正	2,032
		3	148	3	147		
入院時支援加算	・入退院支援部門に入院前支援を行う者(専従の看護師又は専任の看護師及び社会福祉士)を配置	誤	2,685	誤	2,788		
		正	2,605	正	2,702		
認知症ケア加算	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症症状を考慮した看護計画を作成・実施し、定期的にその評価を行う ・認知症ケアチームの設置や研修を修了した看護師の配置等に応じて1～3に区分 	1	750	1	774		
		2	849	2	誤	1,035	
				正	1,034		
		3	2,319	3	2,313		

(3) 特定入院料

名称	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段：医療機関数/下段：病床数)			
		令和3年		令和4年	
救命救急入院料	<ul style="list-style-type: none"> ・救命救急センターを有する病院 ・重篤な救急患者に対する医療を行うにつき必要な医師及び看護師の常時配置 ・重篤な救急患者に対する医療を行うにつき十分な専用施設、医師の配置等に応じて1～4に区分 	1	187	1	188
			3,593		3,640
		2	26	2	22
			200		167
		3	80	3	79
			1,639		1,573
		4	80	4	82
			891		906
早期離床・リハビリテーション加算	<ul style="list-style-type: none"> ・早期離床・リハビリテーションに係るチームの設置 ・早期離床・リハビリテーションに関するプロトコルの整備 等 		-	誤	96
				正	124
早期栄養介入管理加算	・早期の経口移行・維持及び低栄養の改善等につながる栄養管理の実施 等		-	誤	72
				正	82
特定集中治療室管理料	<ul style="list-style-type: none"> ・集中治療を行う専任の医師を常時配置 ・常時、入院患者数と看護師数の比が2対1以上 ・集中治療を行うにつき十分な専用施設 等 ・集中治療を行うにつき必要な医師の常時配置及び看護配置等に応じて1～4に区分 	1	141	1	159
			1,487		1,656
		2	76	2	80
			867		927
		3	349	3	329
			2,365		2,317
		4	62	4	54
			565		497
早期離床・リハビリテーション加算	<ul style="list-style-type: none"> ・早期離床・リハビリテーションに係るチームの設置 ・早期離床・リハビリテーションに関するプロトコルの整備 等 	誤	341	誤	369
		正	357	正	387
早期栄養介入管理加算	・早期の経口移行・維持及び低栄養の改善等につながる栄養管理の実施 等	誤	279	誤	340
		正	291	正	348

ハイケアユニット入院医療管理料	<ul style="list-style-type: none"> ・常時、入院患者数と看護師数の比が4対1以上 ・特定集中治療室に準じる設備 等 ・重症度等を満たしている患者の割合に応じて1及び2に区分 	1		621	643		
		2		6,153	6,327		
				30	37		
				309	363		
早期離床・リハビリテーション加算	<ul style="list-style-type: none"> ・早期離床・リハビリテーションに係るチームの設置 ・早期離床・リハビリテーションに関するプロトコルの整備 等 			-	誤 140		
					正 141		
早期栄養介入管理加算	<ul style="list-style-type: none"> ・早期の経口移行・維持及び低栄養の改善等につながる栄養管理の実施 等 			-	誤 171		
					正 172		
地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料	<ul style="list-style-type: none"> ・専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士1名以上 ・入退院支援及び地域連携業務を担う部門を設置している ・疾患別リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションの届出をしている ・看護職員の実質配置が13対1以上 等 ・在宅復帰率、地域包括ケアに関する実績等に応じて1～4に区分 	1		1,313	1,412		
			一般療養	47,546	45,482		
		2		1,267	1,156		
			一般療養	44,086	38,258		
		3		50	36		
			一般療養	1,308	870		
		4		79	121		
			一般療養	1,866	1,264		
							344
		看護職員夜間配置加算	<ul style="list-style-type: none"> ・夜勤を行う看護職員が16対1以上 等 			誤 67	誤 68
						2,740	2,223
						正 35	正 39
				1,592	1,733		
精神科救急急性期医療入院料	<ul style="list-style-type: none"> ・急性期の精神疾患患者を入院させる精神病棟 ・医療法施行規則に定める医師、看護師及び准看護師の員数以上の配置 ・入院患者数と常勤医師数の比が16対1以上 ・当該病棟に1名以上且つ当該医療機関に4名以上の精神保健指定医の配置 ・看護師の実質配置が10対1以上 ・精神科救急医療施設 等 			-	173		
					10,875		
看護職員夜間配置加算	<ul style="list-style-type: none"> ・夜勤を行う看護職員が16対1以上 ・行動制限最小化委員会の設置 等 			-	誤 98		
					5,867		
				-	正 97		
					5,919		
精神療養病棟入院料	<ul style="list-style-type: none"> ・長期の精神疾患患者を入院させる精神病棟 ・医療法施行規則に定める医師、看護師及び准看護師の員数以上の配置 等 			812	808		
				89,711	88,399		
精神保健福祉士配置加算	<ul style="list-style-type: none"> ・当該病棟に1名以上の専従の精神保健福祉士の配置 ・退院支援部署の設置及び1名以上の専従の精神保健福祉士の配置 等 			誤 92	誤 84		
				8,076	7,198		
				正 21	正 21		
				1,682	1,551		

主な選定療養に係る報告状況

- 保険医療機関等から地方厚生（支）局への報告が必要な事項のうち、主な事項について全国の状況を集計したものである。
- 現時点の集計値であり、今後修正の可能性がある。
- 届出状況については、地方厚生（支）局において閲覧に供することとしている。

1 特別の療養環境の提供

(1) 特別の療養環境の提供に係る病床数の推移

区 分	令和2年7月1日現在		令和3年7月1日現在		令和4年7月1日現在		令和5年7月1日現在	
病床数（総病床数に占める割合）	床	%	床	%	床	%	床	%
1人室	182,246	(13.6)	167,888	(14.2)	183,075	(13.9)	182,959	(13.9)
2人室	40,974	(3.1)	35,882	(3.0)	39,346	(3.0)	38,173	(2.9)
3人室	4,404	(0.3)	3,938	(0.3)	4,021	(0.3)	4,102	(0.3)
4人室	39,410	(2.9)	36,987	(3.1)	40,314	(3.1)	40,790	(3.1)
合 計	267,034	(19.9)	244,695	(20.7)	266,756	(20.3)	266,024	(20.1)
当該医療機関における総病床数	1,342,249床		1,182,575床		1,315,107床		1,320,748床	

(2) 1日当たり徴収額 金額階級別病床数

① 令和2年7月1日現在

	~ 1,100円	~ 2,200円	~ 3,300円	~ 4,400円	~ 5,500円	~ 8,800円	~ 11,000円	~ 16,500円	~ 33,000円	~ 55,000円	~ 110,000円	110,001円 ~	合計病床数	1日当たり 平均徴収額 (推計)
1人室	6,504	13,047	21,315	16,752	28,127	40,994	20,460	20,658	11,663	2,296	347	83	182,246床	8,221円
2人室	7,982	11,957	8,572	3,852	3,839	3,141	1,096	450	77	2	6	0	40,974床	3,122円
3人室	1,134	1,161	891	448	320	354	57	39	0	0	0	0	4,404床	2,851円
4人室	10,155	11,930	8,314	1,955	3,583	3,406	53	12	2	0	0	0	39,410床	2,641円
合計	25,775	38,095	39,092	23,007	35,869	47,895	21,666	21,159	11,742	2,298	353	83	267,034床	6,527円
													参考 最低	50円
													参考 最高	385,000円

② 令和3年7月1日現在

	~ 1,100円	~ 2,200円	~ 3,300円	~ 4,400円	~ 5,500円	~ 8,800円	~ 11,000円	~ 16,500円	~ 33,000円	~ 55,000円	~ 110,000円	110,001円 ~	合計病床数	1日当たり 平均徴収額 (推計)
1人室	5,991	11,652	19,311	14,870	26,534	37,327	19,033	19,509	11,037	2,240	334	50	167,888床	8,315円
2人室	6,853	10,204	7,624	3,283	3,635	2,775	1,028	444	34	2	0	0	35,882床	3,151円
3人室	939	1,124	766	374	286	352	52	39	6	0	0	0	3,938床	2,938円
4人室	9,412	11,662	7,352	1,980	3,229	3,310	28	12	2	0	0	0	36,987床	2,639円
合計	23,195	34,642	35,053	20,507	33,684	43,764	20,141	20,004	11,079	2,242	334	50	244,695床	6,613円
													参考 最低	50円
													参考 最高	385,000円

③ 令和4年7月1日現在

	~ 1,100円	~ 2,200円	~ 3,300円	~ 4,400円	~ 5,500円	~ 8,800円	~ 11,000円	~ 16,500円	~ 33,000円	~ 55,000円	~ 110,000円	110,001円 ~	合計病床数	1日当たり 平均徴収額 (推計)
1人室	6,584	12,864	20,846	16,408	27,998	41,425	20,725	21,119	12,341	2,361	349	55	183,075床	8,322円
2人室	7,510	11,267	8,686	3,574	3,849	2,980	1,013	413	50	4	0	0	39,346床	3,101円
3人室	1,037	1,159	699	377	380	281	43	45	0	0	0	0	4,021床	2,826円
4人室	9,891	11,976	8,500	2,437	3,741	3,731	24	12	2	0	0	0	40,314床	2,705円
合計	25,022	37,266	38,731	22,796	35,968	48,417	21,805	21,589	12,393	2,365	349	55	266,756床	6,620円
													参考 最低	50円
													参考 最高	385,000円

④ 令和5年7月1日現在

	~ 1,100円	~ 2,200円	~ 3,300円	~ 4,400円	~ 5,500円	~ 8,800円	~ 11,000円	~ 16,500円	~ 33,000円	~ 55,000円	~ 110,000円	110,001円 ~	合計病床数	1日当たり 平均徴収額 (推計)
1人室	6,485	12,657	20,591	16,021	27,897	41,036	21,167	21,161	13,199	2,326	357	62	182,959床	8,437円
2人室	7,258	10,621	8,619	3,608	3,688	2,861	1,042	410	48	18	0	0	38,173床	3,137円
3人室	999	1,125	894	378	348	279	40	39	0	0	0	0	4,102床	2,808円
4人室	9,875	11,858	8,924	2,558	3,656	3,885	20	12	2	0	0	0	40,790床	2,724円
合計	24,617	36,261	39,028	22,565	35,589	48,061	22,269	21,622	13,249	2,344	357	62	266,024床	6,714円
													参考 最低 最高	50円 385,000円

2 病床数が200以上の病院において受けた初診

(1) 報告医療機関数の推移

	令和2年7月1日現在	令和3年7月1日現在	令和4年7月1日現在	令和5年7月1日現在
報告病院数	1,165	1,164	1,152	1,146
				参考 徴収額の最低 最高 平均
				200円 16,500円 5,914円

(2) 金額階級別医療機関数

※医科歯科併設の病院であって、それぞれ別途徴収額を定めている病院については、医科・歯科それぞれを1施設として集計している

① 令和2年7月1日現在

		~ 550円	~ 1,100円	~ 1,650円	~ 2,200円	~ 2,750円	~ 3,300円	~ 3,850円	~ 4,400円	~ 4,950円	~ 5,500円	~ 6,600円	~ 7,700円	7,701円 ~	合計
病院数	医科	20	110	94	116	39	85	3	9	0	659	4	2	24	1,165
	歯科	7	50	37	54	22	251	3	6	0	210	2	2	12	656

② 令和3年7月1日現在

		~ 550円	~ 1,100円	~ 1,650円	~ 2,200円	~ 2,750円	~ 3,300円	~ 3,850円	~ 4,400円	~ 4,950円	~ 5,500円	~ 6,600円	~ 7,700円	7,701円 ~	合計
病院数	医科	28	93	88	98	34	71	4	7	0	705	7	3	26	1,164
	歯科	29	43	38	44	19	272	4	4	0	218	3	1	16	691

③ 令和4年7月1日現在

		~ 550円	~ 1,100円	~ 1,650円	~ 2,200円	~ 2,750円	~ 3,300円	~ 3,850円	~ 4,400円	~ 4,950円	~ 5,500円	~ 6,600円	~ 7,700円	7,701円 ~	合計
病院数	医科	16	88	82	90	33	58	6	7	0	723	6	13	30	1,152
	歯科	5	39	33	43	19	280	3	4	0	231	2	2	18	679

④ 令和5年7月1日現在

		~ 550円	~ 1,100円	~ 1,650円	~ 2,200円	~ 2,750円	~ 3,300円	~ 3,850円	~ 4,400円	~ 4,950円	~ 5,500円	~ 6,600円	~ 7,700円	7,701円 ~	合計
病院数	医科	15	75	82	88	29	57	5	8	1	44	2	690	50	1,146
	歯科	6	35	32	39	17	30	2	4	0	293	0	187	32	677

3 病床数が200以上の病院において受けた再診

(1) 報告医療機関数の推移

	令和2年7月1日現在	令和3年7月1日現在	令和4年7月1日現在	令和5年7月1日現在
報告医療機関数	668	730	745	768
			参考	徴収額の最低 330円
				最高 11,000円
				平均 3,291円

(2) 金額階級別医療機関数 (令和5年7月1日現在)

		~ 550円	~ 1,100円	~ 1,650円	~ 2,200円	~ 2,750円	~ 3,300円	~ 3,850円	~ 4,400円	~ 4,950円	~ 5,500円	5,501円 ~	合計
病院数	医科	8	6	6	3	14	696	6	8	4	10	7	768
	歯科	4	2	6	276	16	189	4	5	1	5	7	515

4 予約に基づく診察

	令和2年7月1日現在	令和3年7月1日現在	令和4年7月1日現在	令和5年7月1日現在
報告医療機関数	790	797	866	920
			参考	予約料の最低 20円
				最高 48,000円
				平均 2,879円

5 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間における診察

	令和2年7月1日現在	令和3年7月1日現在	令和4年7月1日現在	令和5年7月1日現在
報告医療機関数	446	452	471	462
			参考 徴収額の最低	150円
			最高	103,400円
			平均	3,651円

6 前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金加金の支給

	令和2年7月1日現在	令和3年7月1日現在	令和4年7月1日現在	令和5年7月1日現在
報告医療機関数	686	547	537	430
			参考 平均額(1歯につき)	100,301円
			金合金	92,429円
			白金加金	108,656円

7 金属床による総義歯の提供

	令和2年7月1日現在	令和3年7月1日現在	令和4年7月1日現在	令和5年7月1日現在
報告医療機関数	6,916	6,626	6,057	5,824
			参考 平均額(1床当たり)	297,816円
			白金加金(上顎)	565,274円
			白金加金(下顎)	551,317円
			金合金(上顎)	509,646円
			金合金(下顎)	510,623円
			コバルトクロム合金(上顎)	259,519円
			コバルトクロム合金(下顎)	267,486円
			チタン合金(上顎)	342,457円
			チタン合金(下顎)	352,807円
			その他の金属(上顎)	288,902円
			その他の金属(下顎)	276,112円

8 う蝕に罹患している患者の指導管理

	令和2年7月1日現在	令和3年7月1日現在	令和4年7月1日現在	令和5年7月1日現在
報告医療機関数	4,595	4,255	4,179	3,919
			参考 平均額	1,448円
			フッ化物局所応用(1口腔1回につき)	1,434円
			小窩裂溝填塞(1歯につき)	1,508円

9 入院期間が180日を超える入院

	令和2年7月1日現在	令和3年7月1日現在	令和4年7月1日現在	令和5年7月1日現在
報告医療機関数	620	506	584	421
参考 徴収した料金(1人1日当たり)				最低 500円
				最高 2,840円
				平均 1,983円

10 医科点数表及び歯科点数表に規定する回数を超えて受けた診療

	令和2年7月1日現在	令和3年7月1日現在	令和4年7月1日現在	令和5年7月1日現在
報告医療機関数	872	889	935	887
内訳(複数選択有り)				
検査	220	240	235	249
リハビリテーション	646	640	695	631
精神科専門療法	6	9	5	7
参考 徴収した料金(1人1日当たり)				
検査				最低 410円
				最高 6,730円
				平均 1,646円
リハビリテーション				最低 120円
				最高 9,250円
				平均 1,981円
精神科専門療法				最低 200円
				最高 7,700円
				平均 2,548円

11 白内障に罹患している患者に対する水晶体再建に使用する眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給

	令和2年7月1日現在	令和3年7月1日現在	令和4年7月1日現在	令和5年7月1日現在
報告医療機関数	386	927	1,000	1,066
参考 平均額(1眼当たり)				356,494円
多焦点後房レンズ				339,581円
挿入器付後房レンズ				390,426円

医療DXの推進に係る 診療報酬上の評価について (ヒアリング結果概要等)

医療DX推進体制整備加算に係るヒアリング

ヒアリング方法

- 令和6年6月20日～6月27日にかけて、13病院、10医科診療所、10歯科診療所、11薬局開設者（全国チェーン6法人、地域チェーン5法人）にヒアリングを実施。

ヒアリング対象の属性

【病院】

- 所在都道府県：千葉、埼玉、東京、長野、愛知、石川、滋賀、岡山、福岡、佐賀、鹿児島
- マイナ保険証利用率：最低0.3%、最高72%

【医科診療所】

- 所在都道府県：新潟、栃木、埼玉、東京、神奈川、岐阜、大阪、広島、島根、鹿児島
- マイナ保険証利用率：最低0.1%、最高83%

【歯科診療所】

- 所在都道府県：宮城、東京、静岡、長野、三重、山口、愛媛
- マイナ保険証利用率：最低1.7%、最高33%

【薬局】

- 対象：全国チェーン、地域チェーン（北海道、岐阜、広島、愛媛、沖縄）の各法人の薬局
- マイナ保険証利用率（薬局ごと）：

A法人（地域チェーン）	最低0%、最高16%
B法人（地域チェーン）	最低2%、最高31%
C法人（全国チェーン）	最低0.5%、最高81%

※マイナ保険証利用率を聴取・確認できた法人についてのみ記載

※マイナ保険証利用率は、支払基金から通知された3月請求実績のマイナ保険証利用率

医療DX推進体制整備加算に係るヒアリング

ヒアリング結果

①病院

<マイナ保険証の利用が進んだ事例について>

- 「マイナンバーカードか保険証はお持ちですか？」と**マイナ保険証の利用を促す積極的な声掛け**や、カードリーダーにおける読み込み時の患者と職員の二人三脚の対応姿勢が利用促進の要因
- **早期からの声かけ、ポスターの掲示**が結果に繋がっていると思う。
- **コンシェルジュを配置**し、他の支援と合わせてマイナ保険証を案内、カードリーダーの操作もサポートすることが利用率向上に繋がっている。

<マイナ保険証の利用が進みにくい事例について>

- 子ども病院なので、**患者は全て子ども。子どもの場合、顔認証が実施しづらく、マイナ保険証を保有していない子どもが多い**。また、公費補助（自治体による乳幼児医療無償化）との連携ができておらず、結局公費の受給証も出すことになるため、現状では患者にとってマイナ保険証を出してもらおうことのメリットを感じづらい。
- 医師、事務職員に**どんなメリットがあるのか理解できていない**ため、窓口での声掛けが進まない。
- 患者へのサポート等を含めると、**マイナ保険証利用の方が時間を要することもある**ため、従来の保険証を利用される傾向にある。
- 患者の中にはそもそも**マイナ保険証の利用登録をしていない人も多い**。また、マイナ保険証を使う際の**情報流出が怖い**といった意見も寄せられる。
- **患者側の理解が乏しく、窓口で声かけをしても効果が上がらない**。

<その他>

- 利用者資格について、**公費関係（難病、透析等）についてはマイナ保険証とリンクしておらず**、紙でしか確認できない為、声かけをしても反応が薄い。
- セキュリティ上の懸念から、**オンライン資格確認システムと院内の医療情報システムが連携しておらず**、職員の負担増加懸念から積極的なマイナ保険証利用の推進は行えていない。
- 加算の施設基準のうち、**電子処方箋**については、ほとんどが院内処方であり、**費用対効果を考えた際に電子処方箋の発行状況を取れるかどうかわからない**。また、人的資源への指導や投資に対して、それに見合った経済的効果があるか検討中であり届出できない。
- 加算の施設基準のうち、**診察室等でマイナ保険証を利用して取得した診療情報を活用できる体制の要件や、電子処方箋の要件**について、現状のシステムは未対応。**高齢の医師が多いことから運用変更にも手間がかかり、システム改修にも費用がかかる**ことから、対応できず届出に至っていない。

医療DX推進体制整備加算に係るヒアリング

ヒアリング結果

②医科診療所

<マイナ保険証の利用が進んだ事例について>

- **患者側にわかりやすいメリットがあると利用率が高くなる。**
- 現行の保険証で受付をした患者には、**電子カルテを覗いてもらい、ご自身の薬剤情報、特定健診の情報が確認できず、診療に活用できないことを説明**すると効果的。
- **マイナ保険証を利用すると自己負担が下がる旨を伝えると喜んでもらえる**ので職員も前向きに声かけしている印象。
- 義務化前の早期導入時（2022年12月より）から長期間にわたり**患者へ声掛け**をしているのが、**利用率向上につながっている**。

<マイナ保険証の利用が進みにくい事例について>

- **一人一人にマイナ保険証の活用のお願いや説明をすると受付が遅れ**、診療もスムーズに行えず、ひいては患者さんの待ち時間も長くなるため。更に現状では保険証とマイナの両方が混在しているため**受付の処理業務が複雑化**し、ミスも起こりやすくなる。
- 本人確認を顔認証で出来なかった場合、暗証番号の入力をお願いしているが、**暗証番号を覚えている患者が少なく、受付業務がスムーズに行えない**。
- 当院は高齢者の患者が多いが、**高齢者は独自での操作が難しく、使ってもらう際も介助・説明が必要**となる。
- カードリーダーが**読み取りエラーを起こしてしまい**、患者がマイナ保険証の使用に嫌気が差してしまう。

<その他>

- **発熱外来は外で受付**するため、物理的に紙保険証での対応となっている。
- **オンライン診療が多いが、患者側の環境でマイナ保険証の読み込みに対応しておらず、利用率が上がらない**。
- 加算の施設基準のうち、診察室等でマイナ保険証を利用して取得した診療情報を活用できる体制の要件、電子カルテ情報共有サービスの導入要件について、**紙のカルテを電子カルテに移行するシステムが分からず、どの業者に依頼すればいいのかすら分からない**為、移行できていない。マイナ保険証の時のように、メーカーを絞り込み国で決まったシステムを導入したい。
- 電子処方箋の要件について、現電子処方せんシステムをポータルサイト資料で確認したが、**一人の患者につきデータと紙の両方で運用が必要と解釈した**。更に、**医師の処方入力も今より多くの処理が必要と感じ、対応が難しいと考えている**為、届出ない。

医療DX推進体制整備加算に係るヒアリング

ヒアリング結果

③歯科診療所

<マイナ保険証の利用が進んだ事例について>

- 受付でマイナ保険証の利用に関する積極的な声かけをすることで、マイナ保険証を持っている患者のマイナ保険証の利用促進につながった。
- マイナ保険証のメリットを受付だけではなく、チェアサイドでも歯科医師や歯科衛生士から患者へ伝えることにより、マイナ保険証の利用率が向上した。
- 診察券に「マイナ保険証をお持ちください」と記載した付箋を貼ることで、利用率の向上につながった。
- 「マイナ保険証を使うと自己負担額が安くなります」等の患者のメリットを周知することで、利用率の向上につながった。

<マイナ保険証の利用が進みにくい事例について>

- 患者がマイナンバーカード自体を保有していないため、医療機関がマイナ保険証の利用を呼びかけても、利用率が上がらない。
- 患者がマイナ保険証へ不信感を持っているため、また、マイナ保険証のメリットが患者に浸透していないため、医療機関がマイナ保険証の利用を促進しても、利用率が上がらない。
- 他の医療機関では健康保険証を使用している患者に対して、マイナ保険証の提示を求めても、患者の理解が得られにくい。
- 現行の健康保険証でも困らないので、マイナ保険証を利用が進まない。
- 当初カードリーダーの読み取りエラーが多かったことから、また読み取りエラーが起こるのではないかと利用に消極的になってしまう。

<その他>

- 公費補助とマイナ保険証が連携できていないため、マイナ保険証を出してもらってもあわせて紙も出してもらう必要があり、マイナ保険証のメリットが感じられにくい。

医療DX推進体制整備加算に係るヒアリング

ヒアリング結果

④薬局

<マイナ保険証の利用が進んだ事例について>

- **全店舗で一斉に声かけ、チラシ配布、マイナ保険証利用に関する掲示、相談応需を開始し、継続して取り組みを行う**ことで法人全体での利用率が向上した。**薬局スタッフ全員が制度を理解し、患者へ説明出来るよう本部から呼びかけをした。**
- 処方箋を交付した**医療機関でのマイナ保険証の利用率が高い**と、患者の理解が得やすく薬局においても利用率が高くなる。
- 薬局から**医療機関に対して声かけ**を行い、**一緒にマイナ保険証の利用推進に取り組む**ことで利用率が向上した。

<マイナ保険証の利用が進みにくい事例について>

- 同一法人内で同様に声掛け等の取り組みを行っているにもかかわらず、**地域の医療機関等の対応に差があるため、各薬局での利用率の伸び方に差が生じてしまっている。**
- 処方箋を交付した**医療機関でマイナ保険証の利用が進んでいない**場合、薬局で声かけをすると、受診時に求められなかったことを薬局で求めることに対して疑問の声があり、その**説明に時間を要する**ことがある。**薬局のみの働きかけでは限界があり、医療機関側での利用推進をあわせて行わないと利用率は向上しない。**
- **通常の受付窓口以外（ドライブスルー形式等）で対応する方式をとっている薬局**では、**1台しかないカードリーダーを受付の都度移動することができない**ため、マイナ保険証での受付ができず、利用率が伸びない。
- 薬局では**患者以外の方（代理人）**が来局することも多いが、その場合、**マイナンバーカードが利用できない。**

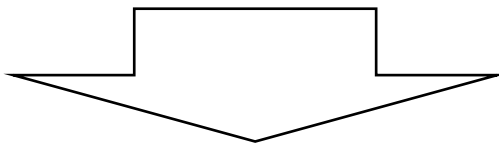
<その他>

- これまで薬局では処方箋を受付に提出することで済んでいたが、マイナ保険証で受付処理を行うことは、利用を促す説明も含め、受付時間が多くかかることになり、**薬局における受付対応時の患者の動線の工夫が必要。**
- **システムの入れ替えやシステム障害**への対応などで一定期間カードリーダーが使用できない場合に、マイナ保険証の**利用率が一時的に低下**することがある。
- マイナ保険証の利用促進のためには、DXを整備する必要性や効果を薬局の薬剤師が理解する必要がある。薬剤師が併用薬剤の禁忌に気づけるなど患者の利益にもつながった事例もあるが、現状は**周辺の医療機関では電子処方箋がほとんど交付されておらず、システムを導入するコスト増、紙の処方箋と電子処方箋が併存する時期の薬局業務の大幅な負担増・混乱の印象を持ってしまっている**ことが多い。

医療DX推進体制整備加算等に関する課題と論点

(医療DX推進体制整備加算等をめぐる各種課題について)

- 医療機関・薬局がマイナ保険証の利用促進の取組を行うことで、患者がマイナ保険証を実際に利用することにつながっている一方、取組の効果の発現までに時間がかかることや、声かけ等の取組を行ってもマイナ保険証の持参につながらない事例も確認されている。
- 医療DX推進体制整備加算のマイナ保険証利用実績要件の設定に当たっては、こうした事情を踏まえつつ、利用率の設定により医療機関・薬局のマイナ保険証利用促進の取組がより進展し、患者が医療DXを通じた質の高い医療にアクセスできるようにすることが重要である。
- 本年12月2日からは、現行の健康保険証の発行が終了することを踏まえ、診療報酬の評価の在り方を改めて検討する必要がある。



【論点】

- 足元のマイナ保険証利用率や、医療機関・薬局のマイナ保険証利用促進の取組等を踏まえ、医療DX推進体制整備加算のマイナ保険証利用実績要件等の在り方について、どのように考えるか。
- 医療情報取得加算について、令和6年12月2日から現行の健康保険証の発行が終了することを踏まえ、医療情報取得加算による適切な情報に基づく診療の評価の在り方について令和6年度早期より見直しの検討を行うことについてどのように考えるか。

參考資料

医療DX推進体制整備加算に係るヒアリングについて（案）

概要

- 令和6年度診療報酬改定で新設された医療DX推進体制整備加算については、医療機関等が満たすべき要件の1つとして「マイナ保険証の利用実績が一定以上であること」を設けており、この要件は、令和6年10月1日から適用されることとなっている。
- 令和6年2月14日の中医協答申附帯意見において、**医療DX推進体制整備加算**については、「**今後のマイナンバーカードの保険証利用の利用実態及びその活用状況を把握し、適切な要件設定に向けて検討を行うこと**」とされているところ。
- これを踏まえ、今月、マイナンバーカードの保険証利用の利用実態等に係る医療機関・薬局へのヒアリングを実施することとする。

調査方法

- 調査客体数：
病院・医科診療所・歯科診療所・薬局 各10施設程度
※利用率等を踏まえ抽出
- 調査方法：ヒアリング
- 調査内容：医療機関・薬局におけるマイナンバーカードの保険証利用状況、利用促進の取組状況、課題等について

スケジュール

6月12日	中医協でヒアリング実施を報告
6月中・下旬	ヒアリング開始
7月中旬	ヒアリング結果を中医協で報告

中医協附帯意見

- 令和6年2月14日 中医協答申附帯意見（抄）

（医療DX）

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

加えて、医療DX推進体制整備加算について、電子処方箋の導入状況および電子カルテ共有サービスの整備状況を確認しつつ、評価の在り方について引き続き検討すること。

医療DXの推進①

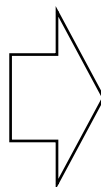
医療情報・システム基盤整備体制充実加算の見直し

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

現行

【医療情報・システム基盤整備体制充実加算】

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



改定後

【医療情報取得加算】

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



以下の場合を新たに評価

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

【施設基準】

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

【施設基準】

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

医療DXの推進②

医療DX推進体制整備加算の新設

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

(新)	医療DX推進体制整備加算	8点
(新)	医療DX推進体制整備加算 (歯科点数表初診料)	6点
(新)	医療DX推進体制整備加算 (調剤基本料)	4点



[算定要件 (医科医療機関)]

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

[施設基準 (医科医療機関)]

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

オンライン資格確認の利用状況

※利用率=マイナ保険証利用件数/オンライン資格確認利用件数

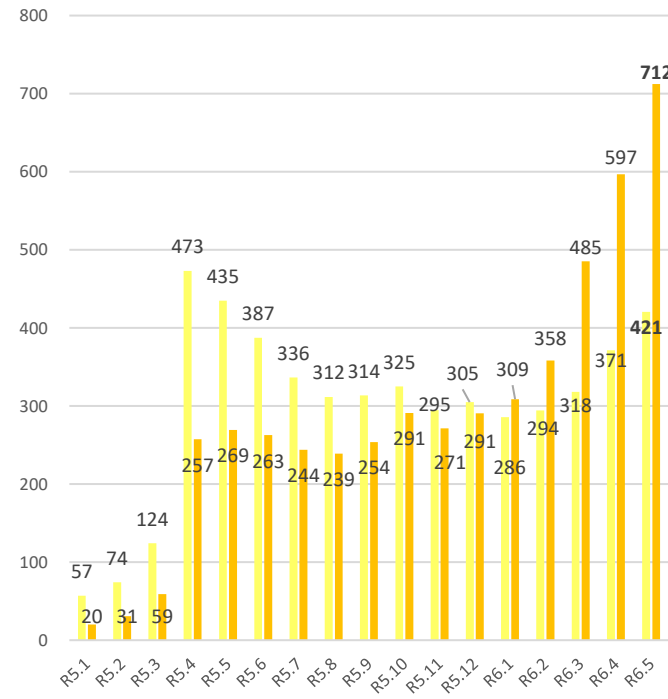
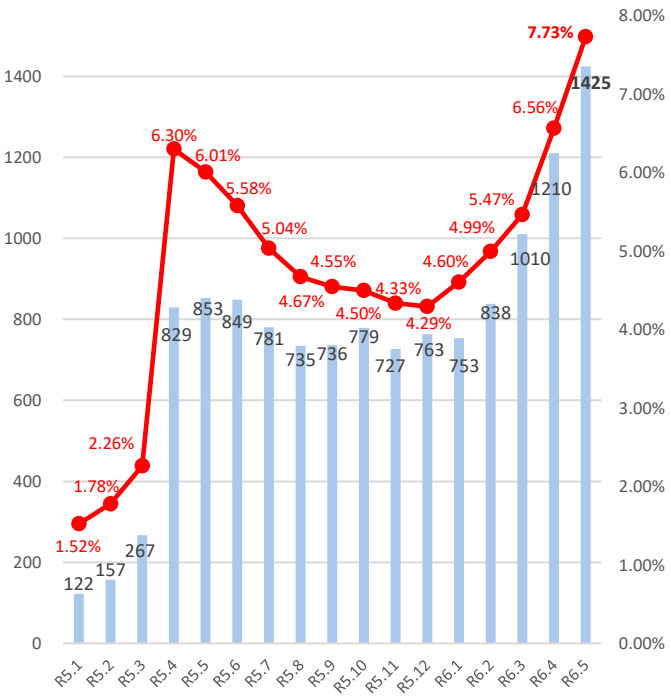
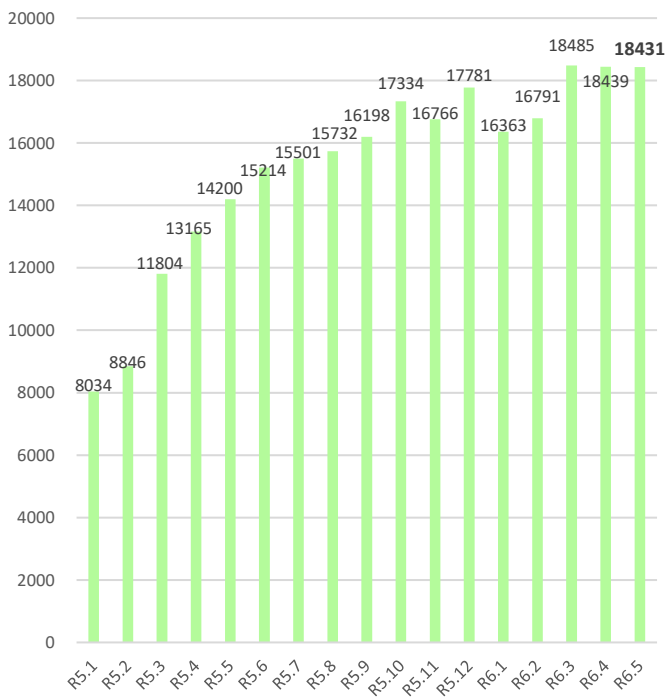
■ オンライン資格確認の利用件数 (万件)

■ マイナ保険証の利用件数 (万件)

● 利用率

■ 薬剤情報閲覧の利用件数 (万件)

■ 診療情報閲覧の利用件数 (万件)



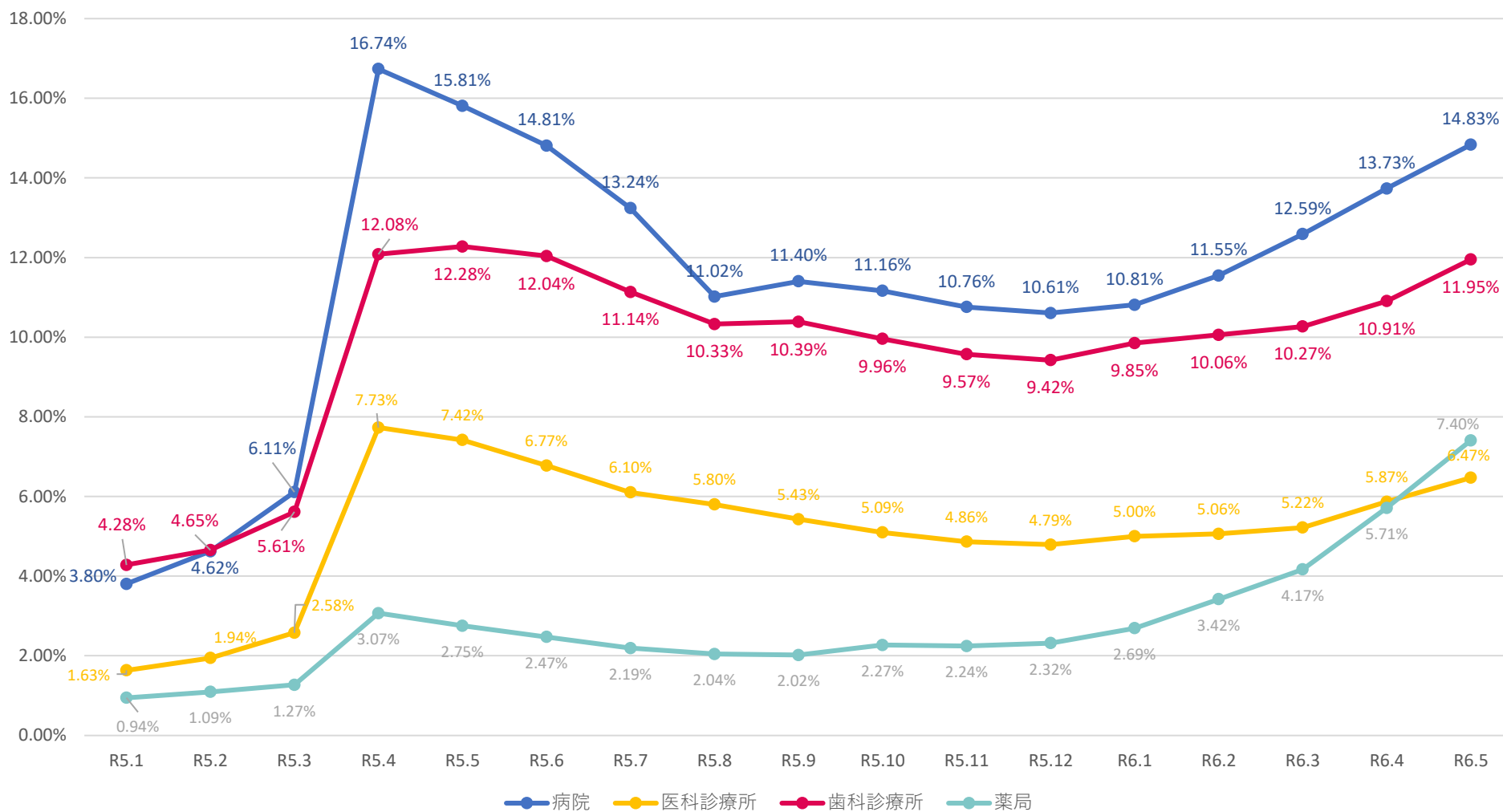
【5月分実績の内訳】

※紙の保険証受診であってオンライン資格確認を利用しない場合も含めた資格確認総件数は、直近で約2.46億件 (令和5年6月)

	合計	マイナンバーカード	保険証
病院	10,176,697	1,509,531	8,667,166
医科診療所	77,201,345	4,995,047	72,206,298
歯科診療所	12,425,963	1,484,922	10,941,041
薬局	84,506,824	6,257,580	78,249,244
総計	184,310,829	14,247,080	170,063,749

	特定健診等情報 (件)	薬剤情報 (件)	診療情報 (件)
病院	367,170	271,931	581,212
医科診療所	1,399,628	2,035,294	3,519,935
歯科診療所	245,070	274,733	173,232
薬局	1,942,723	1,624,301	2,849,133
総計	3,954,591	4,206,259	7,123,512

施設類型別のマイナ保険証利用率の推移

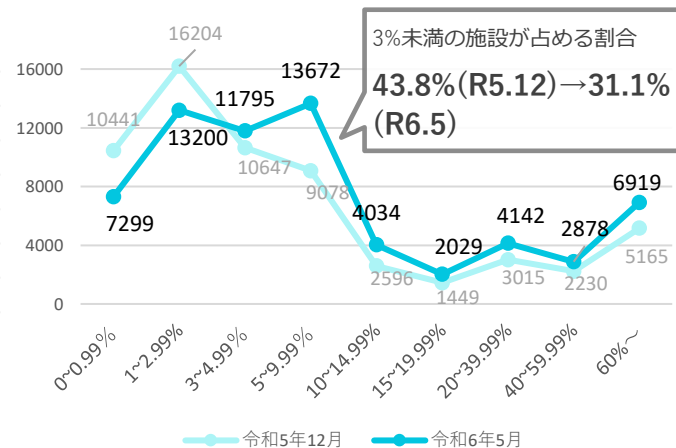
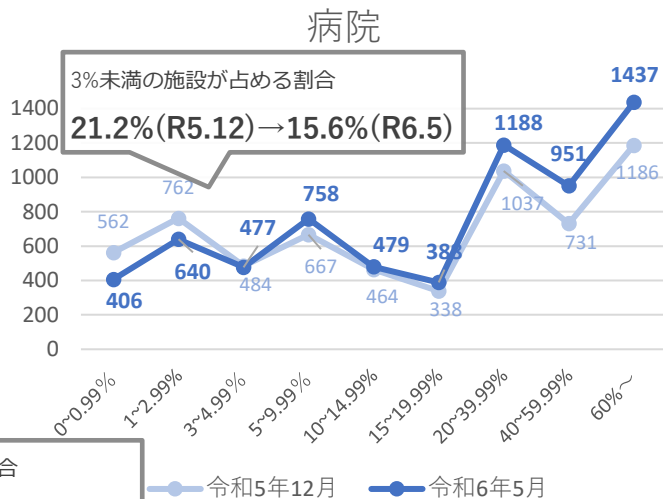


マイナ保険証の利用状況

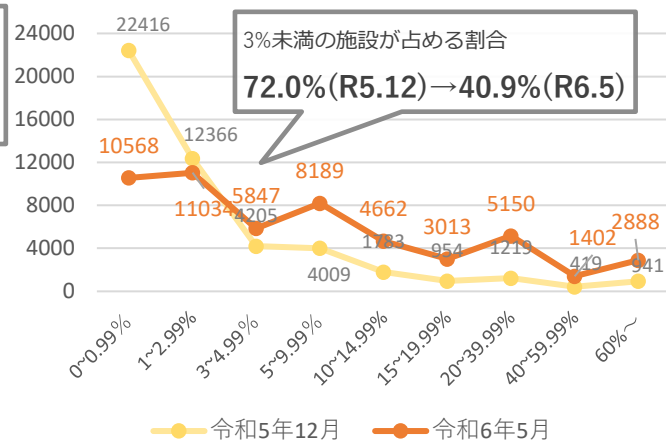
■ マイナ保険証利用割合ごとの施設数の分布（利用件数割合）

令和5年12月、令和6年5月時点

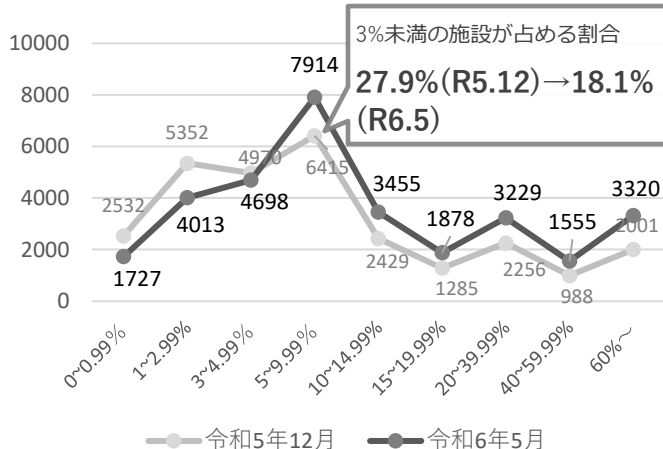
内科診療所



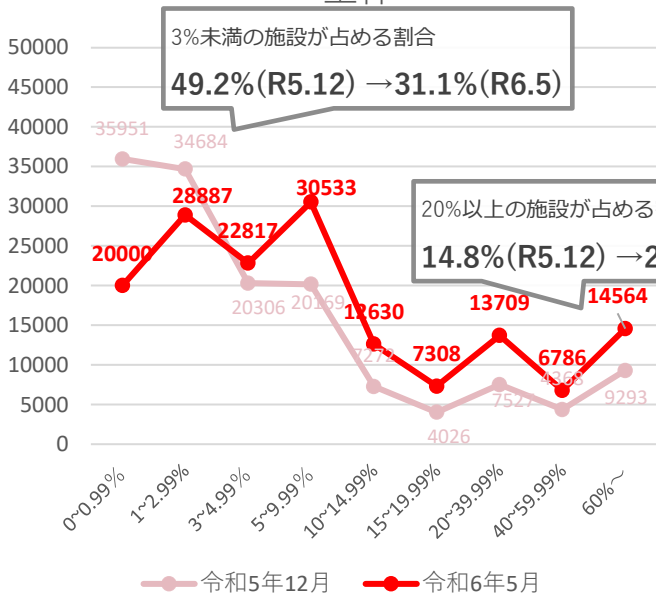
薬局



歯科診療所



全体



※ 利用割合 = MNC利用件数 / オン資利用件数

※ オンライン資格確認利用件数50以上等の施設を対象に算出（施設数：143,596(R5.12)、157,234(R6.5)）

オンライン資格確認 マイナ保険証の利用実績 (都道府県別の医療機関・薬局での利用(令和6年5月))

○ 都道府県別のマイナ保険証の利用率(令和6年5月)は以下のとおり。

※黄色=上位5県 灰色=下位5県

都道府県名	利用率
北海道	8.32%(+1.19%)
青森県	5.99%(+1.39%)
岩手県	9.25%(+1.15%)
宮城県	7.11%(+1.01%)
秋田県	7.18%(+1.72%)
山形県	7.94%(+1.03%)
福島県	10.68%(+1.72%)
茨城県	9.53%(+1.39%)
栃木県	9.71%(+1.61%)
群馬県	8.95%(+1.44%)
埼玉県	6.94%(+0.93%)
千葉県	8.44%(+1.32%)
東京都	7.25%(+0.96%)
神奈川県	7.49%(+1.29%)

全国	7.73%(+1.17%)
----	---------------

都道府県名	利用率
新潟県	11.03%(+1.79%)
富山県	12.52%(+2.07%)
石川県	12.17%(+2.02%)
福井県	11.63%(+1.68%)
山梨県	6.53%(+0.96%)
長野県	6.73%(+1.22%)
岐阜県	7.35%(+1.38%)
静岡県	8.93%(+1.65%)
愛知県	5.84%(+1.03%)
三重県	7.17%(+1.06%)
滋賀県	8.43%(+1.37%)
京都府	8.33%(+1.27%)
大阪府	6.85%(+0.93%)
兵庫県	7.31%(+1.03%)
奈良県	7.51%(+0.98%)
和歌山県	5.02%(+0.67%)

都道府県名	利用率
鳥取県	10.98%(+1.28%)
島根県	10.33%(+1.61%)
岡山県	7.49%(+1.16%)
広島県	8.23%(+1.33%)
山口県	9.85%(+1.71%)
徳島県	6.09%(+1.25%)
香川県	8.32%(+1.00%)
愛媛県	5.44%(+1.04%)
高知県	7.02%(+1.51%)
福岡県	7.20%(+1.00%)
佐賀県	8.33%(+0.99%)
長崎県	7.90%(+0.97%)
熊本県	8.20%(+0.98%)
大分県	7.29%(+0.87%)
宮崎県	9.70%(+0.65%)
鹿児島県	11.98%(+1.14%)
沖縄県	3.42%(+0.14%)

※ 利用率 = マイナ保険証利用件数 ÷ オンライン資格確認利用件数
(括弧内の値は令和6年4月の値からの変化量(%ポイント))

【病院】

順位	都道府県	利用率	MNC利用件数	オン資件数
1 (1)	富山	24.05%	34,347	142,792
2 (2)	鹿児島	21.26%	44,861	210,968
3 (4)	茨城	21.15%	38,159	180,398
4 (3)	石川	20.76%	24,667	118,808
5 (7)	千葉	19.32%	79,961	413,878
6 (5)	山形	19.12%	16,258	85,050
7 (10)	福島	18.98%	29,106	153,340
8 (8)	宮城	18.87%	28,761	152,406
9 (14)	栃木	18.81%	21,570	114,680
10 (6)	鳥取	18.27%	9,261	50,679
11 (15)	山口	18.27%	22,941	125,590
12 (16)	香川	17.28%	14,453	83,643
13 (11)	岩手	17.23%	19,949	115,799
14 (12)	滋賀	17.14%	14,131	82,440
15 (13)	山梨	17.10%	8,019	46,884
16 (9)	宮崎	17.10%	25,880	151,318
17 (17)	奈良	16.60%	17,612	106,119
18 (19)	北海道	16.47%	89,152	541,227
19 (18)	兵庫	16.37%	58,714	358,632
20 (20)	京都	15.77%	28,011	177,568
21 (23)	神奈川	15.25%	80,980	531,033
22 (26)	新潟	14.99%	24,171	161,242
23 (32)	広島	14.82%	33,276	224,488
24 (22)	大阪	14.81%	90,487	611,003
25 (21)	東京	14.64%	139,373	952,211
26 (24)	島根	14.63%	7,614	52,039
27 (25)	静岡	14.63%	40,928	279,775
28 (33)	愛媛	14.52%	17,899	123,236
29 (29)	岐阜	14.42%	21,190	146,973
30 (30)	長崎	14.28%	21,008	147,082

【医科】

※ () 内は4月実績の順位

順位	都道府県	利用率	MNC利用件数	オン資件数
1 (2)	福井	10.95%	36,347	332,028
2 (1)	鹿児島	10.88%	107,775	990,762
3 (5)	新潟	9.34%	103,383	1,106,654
4 (6)	富山	9.13%	49,009	536,814
5 (3)	鳥取	9.00%	27,457	304,993
6 (4)	宮崎	8.89%	53,097	597,435
7 (8)	石川	8.77%	55,703	635,439
8 (7)	島根	8.57%	34,388	401,104
9 (9)	滋賀	8.04%	50,108	623,508
10 (10)	岩手	8.01%	49,956	623,372
11 (15)	秋田	7.85%	31,553	401,949
12 (12)	静岡	7.81%	182,078	2,331,340
13 (11)	香川	7.73%	34,427	445,451
14 (13)	栃木	7.60%	82,094	1,080,013
15 (17)	福島	7.30%	71,606	980,446
16 (14)	北海道	7.20%	188,875	2,623,625
17 (19)	千葉	7.14%	212,904	2,980,551
18 (21)	山口	7.05%	68,021	964,156
19 (16)	京都	7.05%	87,832	1,245,763
20 (18)	茨城	7.00%	90,162	1,288,057
21 (22)	群馬	6.76%	84,242	1,246,717
22 (20)	奈良	6.75%	53,980	799,673
23 (23)	宮城	6.63%	99,698	1,503,835
24 (24)	山形	6.61%	51,804	783,886
25 (26)	三重	6.48%	83,885	1,294,463
26 (25)	広島	6.47%	131,366	2,030,523
27 (31)	岐阜	6.39%	92,994	1,455,919
28 (28)	長崎	6.30%	68,475	1,086,937
29 (30)	熊本	6.30%	90,184	1,432,550
30 (29)	神奈川	6.29%	367,090	5,838,047

【歯科】

順位	都道府県	利用率	MNC利用件数	オン資件数
1 (1)	宮崎	23.51%	15,937	67,800
2 (2)	鹿児島	19.38%	31,530	162,708
3 (3)	岩手	18.90%	16,594	87,806
4 (4)	富山	18.05%	18,314	101,463
5 (5)	三重	17.62%	24,696	140,163
6 (6)	石川	17.53%	16,420	93,692
7 (7)	奈良	17.10%	16,031	93,754
8 (9)	岐阜	16.54%	29,771	180,038
9 (8)	和歌山	16.22%	8,341	51,438
10 (16)	秋田	15.64%	11,813	75,543
11 (12)	京都	15.23%	25,178	165,275
12 (14)	山口	15.12%	19,639	129,888
13 (10)	山梨	15.11%	6,804	45,019
14 (13)	山形	14.99%	15,929	106,270
15 (11)	福井	14.63%	9,394	64,223
16 (18)	静岡	14.61%	52,120	356,652
17 (19)	広島	14.59%	39,805	272,779
18 (15)	福島	14.45%	21,404	148,079
19 (17)	熊本	14.19%	25,653	180,762
20 (20)	群馬	14.14%	26,357	186,339
21 (21)	長野	13.91%	21,334	153,336
22 (30)	鳥取	13.05%	10,926	83,749
23 (22)	滋賀	12.83%	14,684	114,411
24 (23)	長崎	12.79%	18,467	144,348
25 (26)	大分	12.70%	9,981	78,608
26 (28)	佐賀	12.63%	10,751	85,154
27 (27)	高知	12.61%	8,496	67,391
28 (24)	兵庫	12.43%	59,403	477,831
29 (25)	福岡	12.31%	66,434	539,556
30 (31)	愛知	12.07%	85,975	712,542

【調剤】

※ () 内は4月実績の順位

順位	都道府県	利用率	MNC利用件数	オン資件数
1 (1)	石川	13.29%	76,505	575,777
2 (2)	福島	12.24%	115,646	944,532
3 (5)	富山	11.91%	77,462	650,242
4 (4)	新潟	11.80%	176,226	1,493,212
5 (6)	福井	11.57%	31,894	275,679
6 (7)	島根	11.36%	39,655	349,034
7 (3)	鳥取	11.18%	32,532	291,082
8 (9)	山口	10.98%	93,463	851,153
9 (11)	栃木	10.33%	136,903	1,325,459
10 (8)	佐賀	10.26%	43,303	422,041
11 (10)	鹿児島	9.91%	99,311	1,002,531
12 (13)	群馬	9.85%	97,314	988,026
13 (12)	茨城	9.84%	184,904	1,878,834
14 (14)	熊本	8.92%	84,335	945,157
15 (18)	静岡	8.59%	257,855	3,001,162
16 (19)	広島	8.46%	134,295	1,587,377
17 (20)	千葉	8.03%	316,708	3,945,456
18 (16)	岩手	8.03%	65,672	818,137
19 (17)	長崎	8.03%	58,833	733,116
20 (15)	宮崎	7.86%	67,154	853,855
21 (25)	福岡	7.78%	239,591	3,079,484
22 (26)	京都	7.71%	106,640	1,384,019
23 (23)	北海道	7.65%	326,948	4,274,819
24 (28)	岡山	7.53%	74,386	987,879
25 (30)	神奈川	7.47%	483,434	6,468,881
26 (24)	香川	7.31%	38,432	525,514
27 (33)	徳島	7.26%	25,211	347,101
28 (22)	山形	7.26%	69,512	957,042
29 (32)	滋賀	7.24%	59,432	820,337
30 (29)	東京	7.15%	687,711	9,624,520

医療機関等におけるマイナ保険証の利用時に生じる主な事象・課題への対応

主な事象・課題

解決に向けた対応

健康保険証は有効なのにマイナ保険証で「無効」と表示される

保険資格の確認ができず10割負担での請求を行う

顔認証付きカードリーダーが起動しない

顔認証付きカードリーダーで顔認証ができない

電子証明書の有効期限が切れるとマイナ保険証として使えなくなる

- 転職や転居等により資格変更があった際に新しい資格情報が迅速に登録されるよう、昨年6月に省令改正を行い、資格取得の届出から5日以内（資格変更から10日以内）にシステム登録を求めているが、更に保険者に対し、迅速化を図るために改善計画の策定を求め、フォローアップ調査を実施。
- オン資未登録のままマイナ保険証を使ってしまう事態を回避するために、①データ登録までの期間の周知、②登録が終わったことを通知する仕組みを導入。
- カードリーダーの起動時の不具合は、顔認証付きカードリーダーやPC（資格確認端末）の日々のシャットダウン、スケジュール機能の利用により、定期的に電源のオン・オフ（シャットダウン・再起動）を行うことで解消。
- 顔認証時の読み取りエラーは、カードを袋にいれたまま置く、カメラに近づき過ぎる、逆光や外光の影響を受けることなどが主な原因であり、エラー時の対応について周知。
- 電子証明書の有効期間の3か月前からJ-LISより更新手続きのご案内が送付されるほか、有効期限満了日まで3か月以下の場合には顔認証付きカードリーダーの画面上で更新のアラート表示を行っている。
- 本年12月より、電子証明書の有効期間満了後3か月間は、引き続き資格確認を行えるよう対応。また、12月2日以降は、有効期限満了日から更新なく一定期間経過した場合には、資格確認書を職権交付。

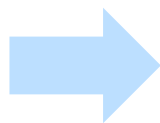
マイナンバーカードでオンライン資格確認が行えない場合には、

- 「資格(無効)」画面に表示された喪失済みの資格や過去の受診歴から確認した資格情報で請求を行うか、
- 被保険者番号等が不詳でも本人に資格申立書を記載いただき「不詳レセプト」として請求を行い、マイナ保険証を持参した患者に対して、紙の保険証の提示がなくとも適切な自己負担割合（3割等）の支払を求めよう周知。

医療機関等におけるマイナ保険証の利用時に生じる主な事象・課題への対応

主な事象・課題

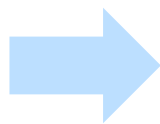
過去に別人との紐付け誤りが報じられたこともあり、安心してマイナ保険証を利用できない



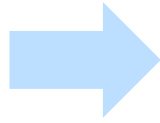
高齢者がうまくマイナ保険証を使えない、暗証番号を忘れて入力できない



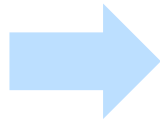
顔認証付きカードリーダーがクリニックに1台しかないので待合室が混雑する



通常の受付窓口以外で対応する方式（ドライブスルー形式等）をとっている薬局では、1台のカードリーダーで対応することになり、マイナ保険証での受付が困難



資格確認時に表示された情報に「●」が出る



解決に向けた対応

- 全ての登録済みデータ（1.6億件）について、住民基本台帳情報との突合を完了し、そのうち確認が必要なデータについて保険者等による確認作業も完了。
- 新規加入者の登録時に全てのデータについて住民基本台帳情報と突合するチェックシステムの仕組みを本年5月から実施。
- 暗証番号の入力や顔認証が困難な場合には、目視モードによる資格確認も可能であり、引き続き周知。また、今後、来年春を目途としたシステム改修により、窓口での目視モードの操作を簡便化。
- 暗証番号を3回誤入力した場合でも、顔認証や目視モードの対応が可能。また、暗証番号を設定しない顔認証カードでもマイナ保険証としての利用が可能。
- 令和5年度補正予算によるカードリーダーの増設補助を通じて、対象となる施設（※）では増設が可能。補助の要件としている利用件数の判定期間を本年3月から7月に延長。
※ 昨年10月～本年7月のいずれかの月のマイナ保険証の利用件数が500件以上の施設が対象
- 同意の画面操作について、本年秋頃を目途に包括同意等を順次改善予定。
- 医療機関等の窓口において資格確認ができない場合として、居宅同意取得型（※）を活用したマイナ保険証による受付が可能。運用について9月頃までに提示予定。
※ 診療／薬剤情報等の照会可能期間は、外来・往診と同様の取扱いとし、同意情報登録後24時間を想定。
- 医療機関等へのマニュアルで示しているとおり、カナ氏名を確認することによる受付や、「●」表記のままでもレセプト請求が可能であり、「●」表記のままや漢字に置き換えても返戻されない。
- 上記を再周知するとともに、レセコンやオンライン資格確認等システム、保険者システムの文字コードの違いを踏まえつつ、よく「●」表記となる漢字から修正を検討。

※不具合等でお困りの際は、オンライン資格確認等コールセンター（0800-080-4583：通話無料）までお問い合わせ下さい。

保 医 発 0627 第 1 号
令 和 6 年 6 月 27 日

地方厚生（支）局医療課長
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）長 } 殿

厚生労働省保険局医療課長
（ 公 印 省 略 ）

「コラテジェン筋注用 4mg」の保険診療上の取扱いについて

今般、令和6年6月27日医薬機審発0627第1号厚生労働省医薬局医療機器審査管理課長通知「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第23条の26第5項の規定に基づき行われた申請の取下げについて」において、再生医療等製品「コラテジェン筋注用4mg」（以下「本品」という。）の製造販売承認の失効について通知されたところですが、それに伴う保険診療上の取扱いを下記のとおりお示ししますので、十分御了知の上、遺憾のないよう、貴管下の保険医療機関、審査支払機関等に対して周知徹底をお願いします。

記

1. 本品については、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）第23条の26第1項の規定に基づく製造販売承認が失効したことにより、薬価基準から削除することとなること。
なお、これに伴う薬価基準等の一部改正については、目下準備を進めていること。
2. 市場に流通している本品については、速やかに回収措置が講じられることとなるので、薬価基準からの削除の前であっても、保険診療上、その使用を差し控えられたいこと。

医薬機審発 0627 第1号
令和6年6月27日

各都道府県衛生主管部(局)長

厚生労働省医薬局医療機器審査管理課長
(公 印 省 略)

医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律
第23条の26第5項の規定に基づき行われた申請の取下げについて

今般、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律(昭和35年法律第145号。以下「医薬品医療機器等法」という。)第23条の26第5項の規定に基づきアンジェス株式会社(以下「同社」という。)から改めて申請のあった再生医療等製品「コラテジェン筋注用4mg」(以下「本品」という。)について、別添のとおり、同社から本品に係る当該申請の取下げ願が提出されたため、本品の医薬品医療機器等法第23条の26第1項の規定に基づく製造販売承認は失効しましたので、御了知の上、関係各方面に対して周知方御配慮願います。

(別添)

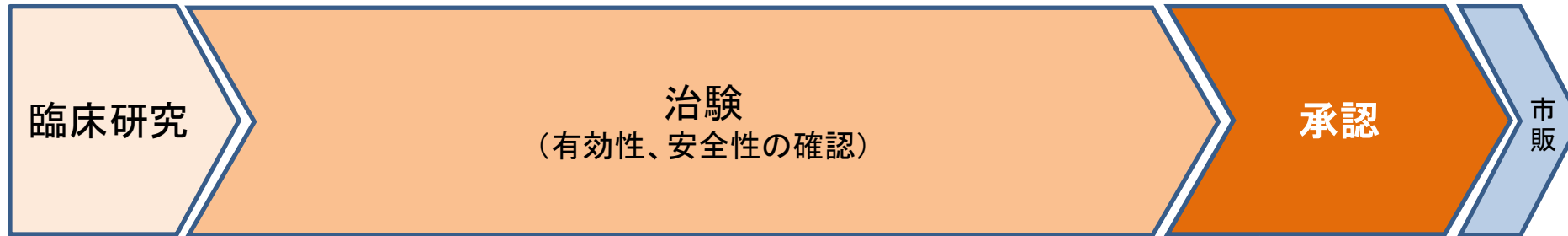
販売名	一般的名称	製造販売業者	申請日	期限到来日	申請取下げ日
コラテ ジェン 筋注用 4mg	ベペルミノゲ ン ペルプラ スミド	アンジェス 株式会社	令和5年 5月31日	令和6年 3月25日	令和6年 6月27日

(参考①) 再生医療等製品の条件及び期限付き承認制度

<再生医療等製品に従来の承認制度を適用する場合の問題点>

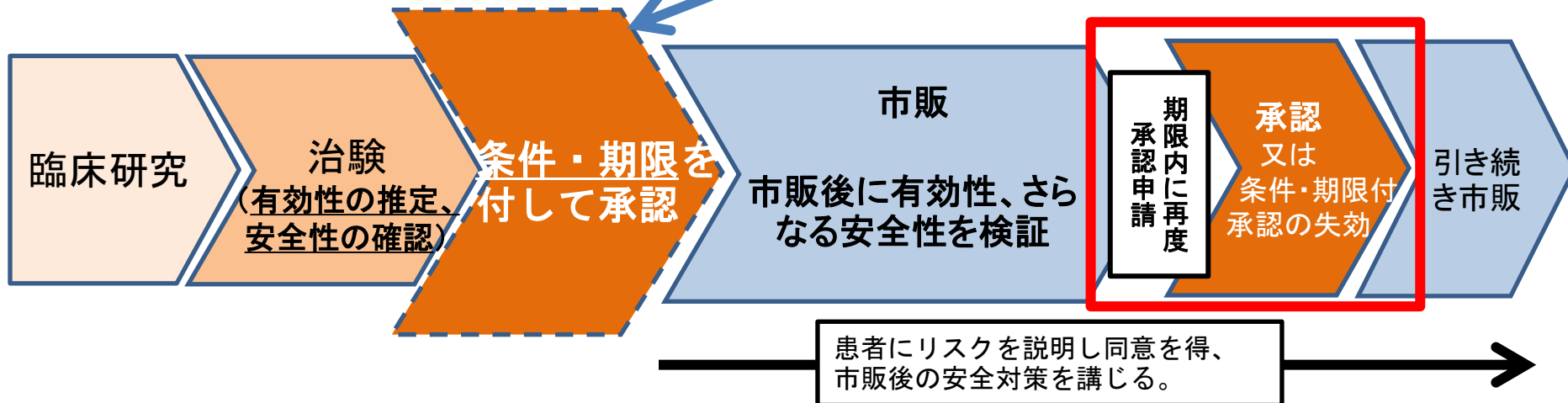
人の細胞を用いることから、個人差を反映して品質が不均一となるため、有効性を確認するためのデータの収集・評価に長時間を要する。

【従来の承認までの道筋】



※患者のアクセスをより早く！

【再生医療等製品の早期の実用化に対応した承認制度】



・有効性については、一定数の限られた症例から、従来より短期間で有効性を推定。

・安全性については、急性期の副作用等は短期間で評価を行うことが可能。

(参考②) 条件及び期限付き承認を受けた再生医療等製品一覧

	ハートシート (テルモ株式会社)	ステミラック注 (ニプロ株式会社)	コラテジェン筋注用4mg (アンジェス株式会社)	デリタクト注 (第一三共株式会社)
製品	ヒト(自己)骨格筋由来細胞シート	ヒト(自己)骨髄由来間葉系幹細胞	ヒト肝細胞増殖因子(HGF)を発現するプラスミドDNA	改変ヘルペスウイルス
適応症	下記の基準のすべてを満たす、薬物治療や侵襲的治療を含む標準治療で効果不十分な虚血性心疾患による重症心不全の治療 <対象とする心不全の状態> ・NYHA心機能分類がⅢ又はⅣ度 ・安静時における左室駆出率が35%以下	脊髄損傷に伴う神経症候及び機能障害の改善。ただし、外傷性脊髄損傷で、ASIA機能障害尺度がA、B又はCの患者に限る。	標準的な薬物治療の効果が不十分で血行再建術の施行が困難な慢性動脈閉塞症(閉塞性動脈硬化症及びパーヴァージャー病)における潰瘍の改善	悪性神経膠腫
承認日	2015年9月18日 (承認期限5年+3年延長)	2018年12月28日 (承認期限7年)	2019年3月26日 (承認期限5年)	2021年6月11日 (承認期限7年)
承認時 評価資料	・国内臨床試験：単群(7例)、多施設(3施設)	・国内臨床試験：単群(13例)、単施設	・二重盲検比較試験(ASO第Ⅲ相試験) ・一般臨床試験(TAO一般臨床試験) ・臨床研究(先進医療B臨床研究)	・国内臨床試験：単群(19例)、単施設
市販後 承認条件 評価	・本品60例 ・外部対照120例 ・主要評価項目：生命予後(心臓疾患関連死)	<u>コホート①</u> AIS A、20～70歳の頸髄損傷患者 ・本品27症例 ・外部対照群54症例 ・主要評価項目：AIS2段階以上の改善(受傷後6～8週から180日) <u>コホート②</u> AIS B及びC、20～70歳の頸髄損傷患者 ・本品63症例 ・外部対照125症例 ・主要評価項目：AIS1段階以上の改善(受傷後6～8週から180日)	・本品120例 ・外部対照80例 ・主要評価項目：本品初回投与後12週時点での評価対象潰瘍の完全閉鎖率	<u>①使用成績比較調査</u> 本品投与全例と対照群*において、以下のそれぞれについてOSを主要評価項目として比較検定を行う ・初発(残存)膠芽腫(目標150例) ・再発膠芽腫(目標100例) ・悪性神経膠腫(目標60～100例) *対照群：本品納入施設において、本品初回投与日の2年6カ月前から2年前の6カ月の間に悪性神経膠腫と診断された全ての患者。10因子によるマッチングを行う。 <u>②製造販売後臨床試験</u> 下位に病変を要する悪性神経膠腫患者を対象にOS及び安全性を評価する。対照群は、使用成績比較調査の対照群のうち下位に病変を有する患者とする。