

# 令和6年度診療報酬改定 における「多職種連携」 「4つの場面」関連まとめ

ぬまたとね医療・介護連携相談室

※3月末現在の情報のため、今後変更や修正の可能性があります

# 令和6年度診療報酬改定における多職種連携・4つの場面関連について

注) ● 多職種連携 ▲ 看取り ♡ 日常の療養支援 ◆ 緊急時の対応 ⊕ 入退院支援

## 目次 (※項目をクリックすると指定ページにジャンプします)

令和6年度診療報酬改定における多職種連携・4つの場面関連について	2
● 入院基本料等の施設基準等	2
1. 栄養管理体制の基準の明確化(入院通則改定) ●	2
2. 人生の最終段階における適切な意思決定支援の推進(入院通則の改定) ▲	3
3. 身体的拘束を最小化する取組の強化(入院料通則の改定) ●	4
4. 認知症ケア加算の見直し ●	5
● 同時報酬改定における対応	6
1. 医療と介護の連携の推進 ●	6
2. 入退院支援加算 ●	6
3. 医療機関と介護保険施設等の連携推進 ●	7
● 質の高い在宅医療・訪問看護の確保	11
1. かかりつけ医に係る見直し ● ♡ ▲	11
2. 在宅医療における診療報酬上の評価構造	12
● 救急医療・がん医療	19
1. 在宅医療におけるICTを用いた連携の推進 ◆ ▲ ♡	19
2. 外来腫瘍化学療法の普及・推進 ●	20
● 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組	21
1. 地域包括医療病棟入院料の算定要件及び施設基準 ● ⊕	22
● ポストコロナにおける感染対策の推進	23
1. 感染対策に関する介護保険施設等との連携の推進 ●	23
● リハビリテーションに係る医療介護障害連携	24
1. 退院時におけるリハビリテーションに係る医療・介護連携の推進 ● ⊕	24
● 医療的ケア児(者)に対する入院前支援の評価の新設 ⊕	25
● 入退院支援加算1・2の見直しについて(障害福祉) ⊕	25
● 有床診療所における医療・介護・障害連携の推進 ●	26
● 精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に向けた重点的な提供する病棟の評価の新設	27
1. 精神科入退院支援加算の新設 ● ⊕	28
● リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携	30
1. 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 ●	31
【リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算】	31
● その他、医療機能に応じた入院医療の評価(疑義解釈説明)	33
● 令和6年度診療報酬改定の施行時期等	35

# 令和6年度診療報酬改定における多職種連携・4つの場面関連について

注) ● 多職種連携 ▲ 看取り ◆ 日常の療養支援 ◆ 緊急時の対応 ⊕ 入退院支援

## 入院基本料等の施設基準等

### 1. 栄養管理体制の基準の明確化（入院通則改定）



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

**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

**栄養管理手順(●●病棟用)**

● 栄養スクリーニング

・時期: 入院当日、退院時、…  
・ツール: NRS-2002、…

● 栄養評価

・低栄養リスクありの場合、GLIM基準による判定  
・栄養状態の評価(……)

● 栄養管理計画

・医師、看護師、リハ職等と計画立案

● 実施・チェック

・計画に基づき実施

● モニタリング

・リスクに応じ再評価時期を決定  
・重症時には再評価(△△の場合は除く)

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**

表現型基準（フェノタイプ基準）			病因基準（エチオロギー基準）	
意図しない体重減少	低BMI	筋肉量減少	食事摂取量減少	疾病負荷/炎症
それぞれの項目で1つ以上に該当			それぞれの項目で1つ以上に該当	

↓  
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、日本臨床栄養代謝学会（JSPEN）HP「GLIM基準について」を参照

### 【入院料通則（栄養管理体制の基準）】

●問 23 栄養管理体制の基準について、「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。」とされているが、「標準的な栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価」の、具体的な内容如何。

（答）GLIM 基準による栄養状態の評価を位置づけ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、標準的な手法を栄養管理手順に位置づけた場合も含まれる。ただし、血中アルブミン 値のみで栄養状態の評価を行うことは標準的な手法に含まれないため、複 合的な栄養指標を用いた評価を位置づけること。

●問 24 栄養管理体制の基準における「退院時を含む定期的な評価」は、全ての 患者に退院時の評価を行う必要があるか。

（答）必ずしも全ての患者について退院時の評価を行う必要はないが、各医療 機関の機能や患者特性等に応じて、どのような患者や状況の場合に退院時 の評価を行うかなどを栄養管理手順に位置づけておくこと。

## 栄養情報連携料の新設

- 医療と介護における栄養情報連携を推進する観点から、入院栄養食事指導料の栄養情報提供加算について、名称、要件及び評価を見直す。

連携

### (新) 栄養情報連携料

70点

#### 【対象患者】

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

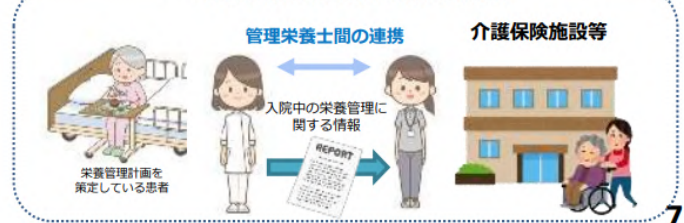
#### 【算定要件】

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

#### ＜入院中に栄養食事指導を行った患者＞



#### ＜介護保険施設等に退院する患者＞



71

## 2. 人生の最終段階における適切な意思決定支援の推進（入院通則の改定）

### 人生の最終段階における適切な意思決定支援の推進

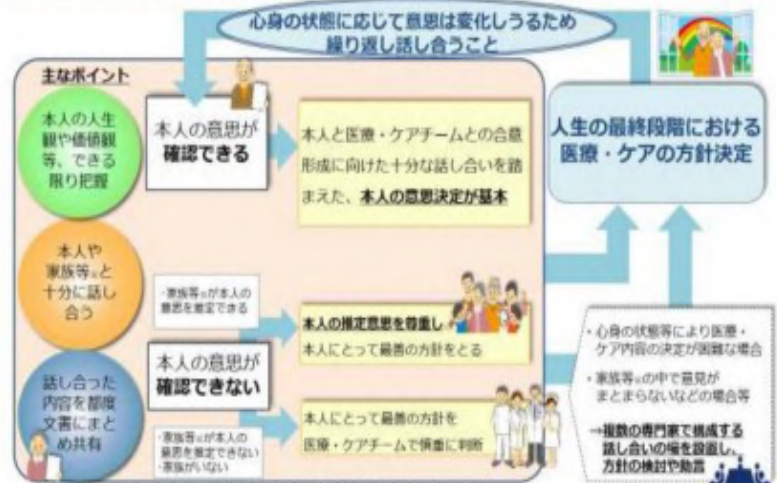
看取

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

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

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

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



※本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、話し合いに先立ち特定の家族等を自らの意思を決定する者として用いて決めておくことが重要である。  
※家族等には近い親類の(親しい)友人等を含み、複数人存在することも考えられる。

#### 【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
  - ・在宅栄養支援診療所・病院

## 【有床診療所在宅患者支援病床初期加算】

●問 36 「A108」有床診療所入院基本料の注3に規定する有床診療所在宅患者支援病床初期加算について、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、入院時に治療方針 医-11 に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行うことにより、自宅や介護保険施設等における療養の継続に係る後方支援を評価するものである。」とあるが、どのような患者が算定の対象となるのか。

(答) 算定の対象は、例えば、予後が数日から長くとも2~3ヶ月と予測が出来る場合、慢性疾患の急性増悪を繰り返し予後不良に陥る場合、脳血管疾患の後遺症や老衰など数ヶ月から数年にかけ死を迎える場合など、患者の年齢や疾患に関わらず、意思決定に対する支援が必要な患者であって医師の医学的判断によるものとなる。

## 3. 身体的拘束を最小化する取組の強化（入院料通則の改定）

連携

### 身体的拘束を最小化する取組の強化

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

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



#### 【身体的拘束最小化の基準】

##### 【施設基準】

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

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

## 【入院料通則（身体的拘束の最小化）】

●問 25 入院基本料を算定する病棟において1日に看護を行う看護要員の勤務時間数は、当該病棟で勤務する実働時間数のことをいうものであり、休憩時間以外の病棟で勤務しない時間は除かれるものであるが、院内感染防止対策委員会、安全管理のための委員会及び安全管理の体制確保のための職員研修を行う時間、褥瘡対策に関する委員会及び身体的拘束最小化チームに係る業務時間も除かれるのか。

(答) 入院基本料の施設基準の「院内感染防止対策の基準」、「医療安全管理体制の基準」、「褥瘡対策の基準」及び「身体的拘束最小化の基準」を満たすために必要な院内感染防止対策委員会、安全管理のための委員会及び安全管理の体制確保のための職員研修、褥瘡対策委員会並びに身体的拘束最小化チームに係る業務及び身体的拘束の最小化に関する職員研修へ参加する時間に限り、当該病棟で勤務する実働時間数に含んでも差し支えない。なお、参加した場合、病棟で勤務する実働時間としてみなされる委員会等及び研修は、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（令和6年3月5日保医発第0305第5号）」の別添2の第1の2、3、4及び7の規定に基づき実施されるものであること。なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について（その7）」（平成19年4月20日事務連絡）別添1の間33及び「疑義解釈資料の送付について（その1）」（平成24年3月30日事務連絡）別添1の間22は廃止する。

#### 4. 認知症ケア加算の見直し



**認知症ケア加算の見直し**

➤ 認知症ケア加算について、身体的拘束を実施しなかった日及び実施した日の点数をそれぞれ見直す。

現行	改定後
<p>【認知症ケア加算】</p> <p>1 認知症ケア加算1 イ 14日以内の期間 160点 / □ 15日以上の期間 30点</p> <p>2 認知症ケア加算2 イ 14日以内の期間 100点 / □ 15日以上の期間 25点</p> <p>3 認知症ケア加算3 イ 14日以内の期間 40点 / □ 15日以上の期間 10点</p> <p>【算定要件】 身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の60に相当する点数により算定する。</p>	<p>【認知症ケア加算】</p> <p>1 認知症ケア加算1 イ 14日以内の期間 <b>180点</b> / □ 15日以上の期間 <b>34点</b></p> <p>2 認知症ケア加算2 イ 14日以内の期間 <b>112点</b> / □ 15日以上の期間 <b>28点</b></p> <p>3 認知症ケア加算3 イ 14日以内の期間 <b>44点</b> / □ 15日以上の期間 10点</p> <p>【算定要件】 身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の<b>40</b>に相当する点数により算定する。</p>

➤ 認知症ケア加算で求めるアセスメント及び対応方策に、せん妄のリスク因子の確認及びせん妄対策を含めるとともに、認知症ケア加算を算定した場合はせん妄ハイリスク患者ケア加算の算定は不可とする。

現行	改定後
<p>【認知症ケア加算1】</p> <p>【算定要件】 当該患者を診療する医師、看護師等は、認知症ケアチームと連携し、病棟職員全体で以下の対応に取り組む必要がある。</p> <p>① 当該患者の入院前の生活状況等を情報収集し、その情報を踏まえたアセスメントを行い、看護計画を作成する。その際、行動・心理症状がみられる場合には、その要因をアセスメントし、症状の軽減を図るための適切な環境調整や患者とのコミュニケーションの方法等について検討する。</p> <p>【施設基準】 認知症ケアチームは、以下の業務を行うこと。 (新設)</p>	<p>【認知症ケア加算1】※認知症ケア加算2・3も同様</p> <p>【算定要件】 当該患者を診療する医師、看護師等は、認知症ケアチームと連携し、病棟職員全体で以下の対応に取り組む必要がある。</p> <p>① 当該患者の入院前の生活状況等を情報収集し、その情報を踏まえたアセスメントを行い、看護計画を作成する。その際、行動・心理症状がみられる場合には、その要因をアセスメントし、症状の軽減を図るための適切な環境調整や患者とのコミュニケーションの方法等について検討する。<b>また、せん妄のリスク因子の確認を行い、ハイリスク患者に対するせん妄対策を併せて実施すること。せん妄のリスク因子の確認及びハイリスク患者に対するせん妄対策の取扱いについては、せん妄ハイリスク患者ケア加算の例によること。</b></p> <p>【施設基準】 認知症ケアチームは、以下の業務を行うこと。 <b>せん妄のリスク因子の確認のためのチェックリスト及びせん妄のハイリスク患者に対するせん妄対策のためのチェックリストを作成していること。</b></p> <p>【経過措置】 令和6年3月31日時点で認知症ケア加算に係る届出を行っている保険医療機関は、令和6年9月30日までの間、せん妄のリスク因子等のチェックリストの作成に係る基準を満たしているものとみなす。</p>

#### 【認知症ケア加算】

●問 71 「A247」認知症ケア加算1の施設基準において、「認知症ケアチームは、第1の7の(4)に規定する身体的拘束最小化チームを兼ねることは差し支えない」とされているが、認知症ケアチームの専任の常勤看護師が身体的拘束最小化チームに係る業務を兼務した時間は、認知症ケアチームの業務として施設基準で求める「原則週16時間以上、認知症ケアチームの業務に従事すること」に含めてよいか。

(答) 含めてよい。

1. 医療と介護の連携の推進



医療と介護の連携の推進（イメージ）

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

### 介護保険施設等と連携する医療機関

【在宅医療を担う医療機関や感染対策を担う医療機関等】

#### 介護保険施設等との連携の推進

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

#### 地域包括診療料等を算定する医療機関

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

●：診療報酬 ■：介護報酬

### 介護保険施設等

【特養・老健・介護医療院】

#### 協力医療機関等との連携の強化

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

(1) 平時からの連携 (カンファレンス等による入所者の情報の共有等)

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

(2) 急変時の電話相談・診療の求め

(3) 相談対応・医療提供

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

(4) 入院調整

- 協力対象施設入所者入院加算の新設
- 退所時情報提供加算の見直し

(5) 早期退院

- 退院が可能となった場合の速やかな受け入れの努力義務化

医師等と介護支援専門員との連携

2. 入退院支援加算

入退院支援加算 1・2の見直しについて①



入院時支援加算 1の見直し

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

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

入退院支援加算 1の施設基準で求める連携機関数について

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

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

生活に配慮した支援の強化

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

\* 入退院支援加算 1・2の見直しについて②③は障害福祉サービス等改定との連携参照

## 医療機関と介護保険施設等の連携の推進

連携

### 協力医療機関の入院の受け入れ等に関する加算の新設

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

#### (新) 協力対象施設入所者入院加算（入院初日）

1 往診が行われた場合	600点
2 1以外の場合	200点

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

#### (新) 介護保険施設等連携往診加算 200点

## 医療機関と介護保険施設等の連携の推進

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

33

#### 【協力対象施設入所者入院加算・介護保険施設等連携往診加算】

●問 75 「A253」協力対象施設入所者入院加算及び「C000」往診料の「注 10」に規定する介護保険施設等連携往診加算における「介護保険施設等」について、「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する 基準」（平成十八年厚生労働省令第三十四号）第三十条第一項に規定する指定地域密着型介護老人福祉施設は含まれるか。

（答）含まれる。

●問 76 協力対象施設入所者入院加算及び往診料の「注 10」に規定する介護保険施設等連携往診加算の施設基準において、当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るためにカンファレンスを実施することとされているが、当該カンファレンスにはどのような職種が参加すればよいか。

（答）医師又は看護職員等の医療関係職種が参加すること。

●問 77 問 76 のカンファレンスについて、協力医療機関として定められている全ての介護保険施設等とカンファレンスを実施していない場合においても算定可能か。



(答) 算定可能。ただし、問 76 に掲げる点数は、定期的なカンファレンスを実施している介護保険施設等に入所している患者に対してのみ算定できる。

●問 78 問 76 のカンファレンスについて、協力対象施設入所者入院加算及び往診料の「注9」に規定する介護保険施設等連携往診加算の両方の届出を行う場合、同一の介護保険施設等において、施設基準ごとにそれぞれカンファレンス1回以上を行う必要があるか。

(答) 協力対象施設入所者入院加算及び往診料の「注9」に規定する介護保険施設等連携往診加算のカンファレンスは兼ねることは差し支えない。ただし、両方の施設基準におけるカンファレンスと兼ねた場合には、その旨を記録に残すこと。

●問 79 協力対象施設入所者入院加算及び往診料の「注9」に規定する介護保険施設等連携往診加算の施設基準において、「ICTを活用して当該診療情報及び急変時の対応方針等を常に確認可能な体制を有していること。」とされているが、具体的にどのような場合が該当するか。

(答) 例えば、都道府県が構築する地域医療介護総合確保基金の「ICTを活用した地域医療ネットワーク基盤の整備」事業を活用した、地域医療情報連携ネットワーク（以下「地連NW」という。）に参加し、当該介護保険施設等に所属する医師等が記録した当該介護保険施設等の入所者の診療情報-22 報及び急変時の対応方針等の情報について当該地連NWにアクセスして確認可能な場合が該当する。この場合、当該介護保険施設等に所属する医師等が、介護保険施設等の入所者の診療情報及び急変時の対応方針等についてそれぞれの患者について1ヶ月に1回以上記録すること。なお、入所者の状況等に変化がない場合は記録を省略しても差し支えないが、その旨を文書等により介護保険施設から協力医療機関に、少なくとも月1回の頻度で提供すること。

●問 80 協力対象施設入所者入院加算及び往診料の「注9」に規定する介護保険施設等連携往診加算の施設基準における「年3回以上の頻度でカンファレンスを実施していること。」について、ICTで診療情報等の共有がなされている場合、当該カンファレンスの内容は、具体的にはどのようなものであればよいか。

(答) 具体的な定めはないが、例えば、以下のような内容を含んでいること。

- ・ 病状の変化のあった入所者の最新の病状等の診療状況、治療方針、患者の基本的な日常生活能力、認知機能、家庭の状況及び急変時の対応方針（以下「診療情報等」という。）
- ・ 新規入所者の診療情報等
- ・ 前回のカンファレンス時以降、入院退所となった入所者で当該協力医療機関に入院しなかった患者の入院先、入院理由等
- ・ 介護保険施設等が協力医療機関に求める事項

●問 81 問 76 のカンファレンスについて、協力医療機関に勤務している医師であって、特別養護老人ホームの配置医師が当該カンファレンスに参加する場合の取扱いについて、どのように考えればよいか。

(答) 当該配置医師について、協力医療機関の職員とカンファレンスを行った場合は、特別養護老人ホームの職員として扱い、特別養護老人ホームの職員とカンファレンスを行った場合は、協力医療機関の職員として扱ってもよい。なお、協力医療機関の職員として扱った場合においては、当該カンファレンスで共有された診療情報等については、当該配置医師以外の協力医療機関に所属する職員に十分に共有を行うこと。

●問 82 往診料の「注9」に規定する介護保険施設等連携往診加算の施設基準において、「24 時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定するとともに、当該担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に介護保険施設等の管理者等に対して説明の上、提供している

こと。」及び「当該介護保険施設等の求めに応じて、24 時間 往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により当該介護保険施設等に提供していること。」とされているが、連絡を受ける担当者及び往診担当医について、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院の施設基準で規定されている連絡を受ける担当者及び往診担当医と兼任することは可能か。

(答) 可能。

## 4.生活習慣病対策

### 生活習慣病対策

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

#### 1. 生活習慣病管理料(Ⅱ)の新設(Ⅱ-5-①)

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

連携

日常

#### 2. 生活習慣病管理料の評価及び要件の見直し(Ⅱ-5-①)

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

#### 3. 特定疾患療養管理料の見直し(Ⅱ-5-①)

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

#### 4. 特定疾患処方管理加算の見直し(Ⅱ-5-②)

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

#### 5. 地域包括診療料等の見直し(Ⅱ-5-③)

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

#### 6. 慢性腎臓病の透析予防指導管理の評価の新設(Ⅲ-5-④)

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

# 生活習慣病に係る疾病管理のイメージ

- 脂質異常症、高血圧、糖尿病の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についての疾病管理に関して下記のとおり見直す。

## 現行

### 【生活習慣病管理料】 ※検査等の費用を包括

- 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

### 【特定疾患療養管理料（月2回算定可）】

- 1 診療所の場合 225点
- 2 100床未満の病院 147点
- 3 100床以上200床未満の病院 87点

特定疾患療養管理料の対象疾患から、生活習慣病である、**脂質異常症、高血圧及び糖尿病を除外**する。

## 改定後

### 【生活習慣病管理料（Ⅰ）】（月1回）

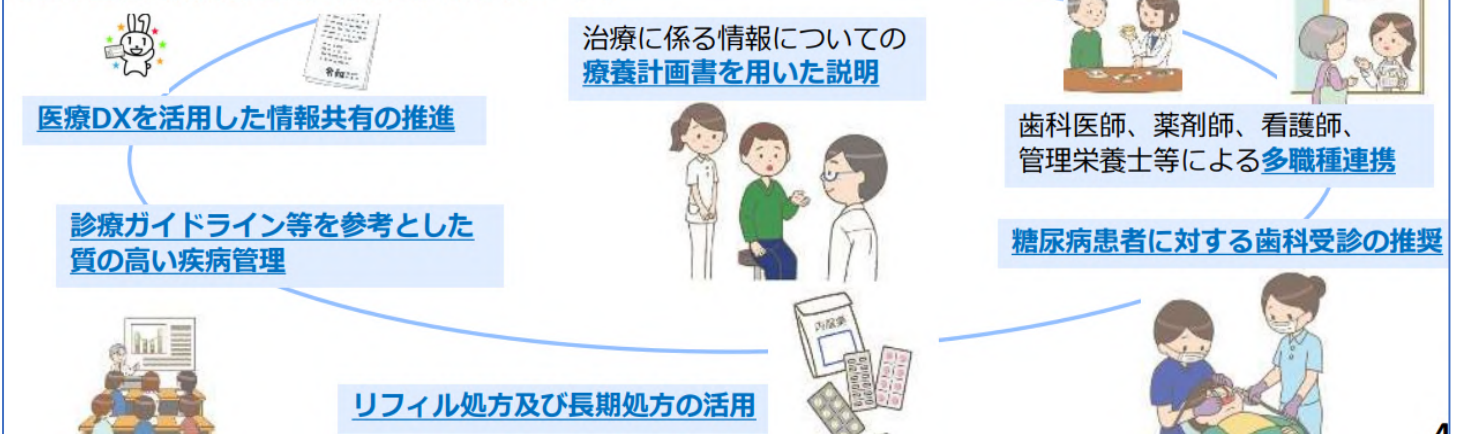
- 1 脂質異常症を主病とする場合
- 2 高血圧症を主病とする場合
- 3 糖尿病を主病とする場合

**610点**  
**660点**  
**760点**

### 【（新）生活習慣病管理料（Ⅱ）】（月1回） **333点**

※ 検査等を包括しない出来高算定可能な医学管理料

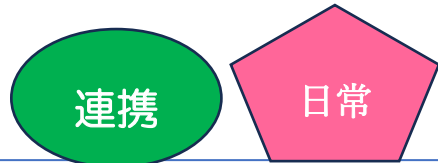
## 今後の生活習慣病管理料における診療のイメージ



## 【生活習慣病管理料（Ⅰ）、生活習慣病管理料（Ⅱ）】

●問 131 「B001-3」生活習慣病管理料（Ⅰ）及び「B001-3-3」生 医-36 生活習慣病管理料（Ⅱ）（以下単に「生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）」という。）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とされているが、署名の取扱い如何。

（答）初回については、療養計画書に患者の署名を受けることが必要。ただし、2回目以降については、療養計画書の内容を患者に対して説明した上で、患者が当該内容を十分に理解したことを医師が確認し、その旨を療養計画書に記載した場合については、患者署名を省略して差し支えない。



1. かかりつけ医に係る見直し

**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、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、30日以上長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であること。
- 介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示し、かつ、要介護認定に係る主治医意見書を作成しているとともに、以下のいずれか一つを満たしていること。
  - ア〜ケ (略) コ 担当医が、「認知症初期集中支援チーム」等、市区町村が実施する認知症施策に協力している実績があること。
- 以下のア〜ウのいずれかを満たすこと。
  - ア 担当医が、サービス担当者会議に参加した実績があること。
  - イ 担当医が、地域ケア会議に出席した実績があること。
  - ウ 当該保険医療機関において、介護支援専門員と対面あるいはICT等を用いた相談の機会を設けていること。なお、対面で相談できる体制を構築していることが望ましい。
- 当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。

**現行**

**改定後**

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

## 2.在宅医療における診療報酬上の評価構造

### 在宅医療における診療報酬上の評価構造（イメージ）

▶ 在宅医療に対する診療報酬上の評価は、①訪問して診療を行ったことに対する評価、②総合的な医学的管理に対する評価、③人工呼吸器その他の特別な指導管理等に対する評価の、大きく3種類の評価の組み合わせで行われている。

#### ①定期的に訪問して診療を行った場合の評価

- 居住場所により段階的に評価
- 乳幼児等の診療、看取り等については、加算により評価
- 原則として週3回の算定を限度とするが、末期の悪性腫瘍等一部の疾患については例外を規定



在宅がん  
医療

#### ②総合的な医学的管理等を行った場合の評価

- 単一建物診療患者数、重症度及び月の訪問回数により段階的に評価
- 特別な指導管理を必要とし、頻回の診療を行った場合等は加算により評価



総合  
診療料

※末期の悪性腫瘍の患者に、週4回以上の訪問診療・訪問看護等総合的な医療を提供した場合の包括的な評価

#### ③指導管理等に対する評価

在宅人工呼吸指導管理料その他の特別な指導管理等に応じた評価

※特に規定するものを除き、診療に係る費用は包括

※上記に加え、検査、処置その他診療に当たって実施した医療行為等については、特段の規定がない場合、出来高にて算定することができる。

### 在宅患者訪問診療料及び往診料の評価

#### ○ 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)（1日につき）

日常

##### 1 在宅患者訪問診療料 1

- イ 同一建物居住者以外の場合 888点
- ロ 同一建物居住者の場合 213点

##### 2 在宅患者訪問診療料 2

- イ 同一建物居住者以外の場合 884点
- ロ 同一建物居住者の場合 187点

▶ 在宅での療養を行っている患者であって、疾病、傷病のために通院による療養が困難な者に対して、患者の入居する有料老人ホーム等に併設される保険医療機関以外の保険医療機関が定期的に訪問して診療を行った場合の評価。

※ 同一建物に居住する当該患者1人のみに対し訪問診療を行う場合は、「同一建物居住者以外の場合」の点数を算定する。

※ 患者の入居する有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が定期的に訪問して診療を行った場合は、在宅患者訪問診療料(Ⅱ) 150点を算定。

[算定要件]（抜粋）

#### ○ 在宅患者訪問診療料 1

1人の患者に対して1つの保険医療機関の保険医の指導管理の下に継続的に行われる訪問診療について、1日につき1回に限り算定。

#### ○ 在宅患者訪問診療料 2

患者の同意を得て、計画的な医学管理のもと、主治医として定期的に訪問診療を行っている保険医が属する他の保険医療機関の求めを受けて、当該他の保険医療機関が診療を求めた傷病に対し訪問診療を行った場合に、求めがあった日を含む月から6月を限度として算定。

#### ○ 往診料 720点

▶ 患者又は家族等患者の看護等に当たる者が、保険医療機関に対し電話等で直接往診を求め、当該保険医療機関の医師が往診の必要性を認めた場合に、可及的速やかに患家へ赴き診療を行った場合の評価。

※ 定期的ないし計画的に患家又は他の保険医療機関へ赴いて診療を行った場合には算定できない。

# 訪問診療・往診等に関する見直し

日常

看取

## 質の高い在宅医療提供体制の構築の推進

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

### 【見直しの概要（主なもの）】

- ・ **在宅医療情報連携加算の新設**  
他の保険医療機関等の関係職種がICTを用いて記録した患者に係る診療情報等を活用した上で、医師が計画的な医学管理を行った場合の評価
- ・ **在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料の新設**  
在宅で療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者の病状の急変時に、ICTの活用によって、医療従事者等の間で共有されている人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を踏まえ医師が療養上必要な指導を行った場合の評価
- ・ **往診時医療情報連携加算の新設**  
在支診・在支病と連携体制を構築する在支診・在支病以外の医療機関が訪問診療を行っている患者に、在支診・在支病が往診を行った場合の評価
- ・ **在宅療養移行加算の見直し**  
対象となる範囲を病院まで拡大するとともに、他の医療機関と平時からの連携体制を構築している場合の評価の見直し
- ・ **在宅ターミナルケア加算等の見直し**  
在宅ターミナルケア加算について、退院時共同指導を実施した上で訪問診療又は往診を実施している場合においても、算定可能とするとともに、看取り加算について、退院時共同指導を実施した上で往診を行い、在宅で患者を看取った場合に往診料においても算定可能とする

## 患者の状態に応じた適切な訪問診療・往診等の推進

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

### 【見直しの概要（主なもの）】

- ・ **在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の見直し**  
在宅時医学総合管理料等における単一建物診療患者の数が10人以上の場合の評価の細分化、及び単一建物診療患者の数が10人以上の患者について、訪問診療の算定回数が多い医療機関について、看取りの件数等に係る一定の基準を満たさない場合の評価の見直し
- ・ **往診料の見直し**  
往診を行う保険医療機関において訪問診療を行っている患者等以外の患者に対する緊急の往診に係る評価の見直し
- ・ **在宅患者訪問診療料の見直し**  
在支診・在支病における患者1人当たりの訪問診療の回数が一定以上の場合における、5回目以降の在宅患者訪問診療料の評価の見直し

# 地域における24時間の在宅医療提供体制の推進

## 往診時医療情報連携加算の新設

➤ 地域における24時間の在宅医療の提供体制の構築を推進する観点から、在支診・在支病と連携体制を構築している在支診・在支病以外の他の保険医療機関が訪問診療を行っている患者に対して、在支診・在支病が往診を行った場合について、新たな評価を行う。

**(新) 往診時医療情報連携加算 200点**

[算定要件]

- ・ 他の保険医療機関（在支診・在支病以外に限る。）と月1回程度の定期的なカンファレンス又はICTの活用により当該他の保険医療機関が訪問診療を行っている患者の診療情報及び病状の急変時の対応方針等の情報の共有を行っている在支診・在支病が、患者（他の保険医療機関が往診を行うことが困難な時間帯等に対応を行う予定の在支診・在支病の名称、電話番号及び担当者の氏名等を提供されている患者に限る。）に対し、他の保険医療機関が往診を行うことが困難な時間帯に、共有された当該患者の情報を参考にして、往診を行った場合において算定できる。この場合、当該他の保険医療機関の名称、参考にした当該患者の診療情報及び当該患者の病状の急変時の対応方針等及び診療の要点を診療録に記録すること。

## 在宅療養移行加算の見直し

➤ 在支診・在支病院以外の保険医療機関が行う訪問診療について、在宅での療養を行っている患者が安心して24時間対応を受けられる体制の整備を促進する観点から、在宅療養移行加算について、対象となる範囲を病院まで拡大するとともに、他の保険医療機関と定期的なカンファレンスやICTを用いて平時からの連携体制を構築している場合の評価を見直す。

現行		改定後
(新設) 在宅療養移行加算 1	216点	在宅療養移行加算 1 316点
(新設) 在宅療養移行加算 2	116点	在宅療養移行加算 2 216点
		在宅療養移行加算 3 216点
		在宅療養移行加算 4 116点

[在宅療養移行加算 1 及び 3 の追加の施設基準]

- ・ 当該医療機関が保有する当該患者の診療情報及び患者の病状の急変時の対応方針について、当該医療機関と連携する医療機関との1月に1回程度の定期的なカンファレンスにより当該連携医療機関に適切に提供していること。ただし、当該情報についてICT等を活用して連携する医療機関が常に確認できる体制を確保している場合はこの限りでない。

### 3.在宅ターミナルケア加算等の見直し

## 在宅ターミナルケア加算等の見直し

看取

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

**(新) 往診料 在宅ターミナルケア加算 3,500~6,500点**

〔算定要件〕

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

**(新) 往診料 看取り加算 3,000点**

〔算定要件〕

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

◀在宅患者訪問診療料のターミナルケア加算の見直し▶

現行

改定後

【在宅患者訪問診療料 在宅ターミナルケア加算】

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

【在宅患者訪問診療料 在宅ターミナルケア加算】

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

【在宅医療情報連携加算】 100点

【往診時医療情報連携加算】 200点

●問 167 問 166 における取り決めについて、連携医療機関が、地域の自治体又は医師会等の協力により往診医療機関と取り決めを行った場合についてどのように考えればよいか。

（答）取り決めについては連携医療機関及び往診医療機関において作成及び保存し、患家の希望があった場合等に必要に応じて当該文書を提供できる体制を有している必要があり、当該体制を有していない場合は要件を満たさない。

●問 168 往診料の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める患者について、施設基準通知の第14の4の2（2）において、「患者の疾患名、患者の状態、治療方針及び急変時の対応方針等の最新の情報（以下この項において「診療情報等」とする。）を、あらかじめ患者の同意を得た上で往診医療機関がICT等を用いて確認できるように、適切な情報提供を行う体制を有していること。」とされているが、例えば、在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院でない連携医療機関が往診を行うことが困難な時間帯に、往診医療機関が当該患者又は家族等患者の看護に当たる者から電話等で直接往診の求めを受け、連携医療機関に電話等により当該患者の診療情報等を確認した場合であって、連携医療機関が診療情報等を提供した場合についても該当するか。

（答）連携医療機関の医師又は看護師等の医療関係職種が当該患者の最新の診療録等を確認の上、往診医療機関に当該診療情報等を適切に提供した場合は該当する。ただし、往診医療機関は、当該連携医療機関に対し電話を行った時間及び得られた情報の要点について、当該患者の診療録に記録するとともに、当該患者に対する往診を実施したこと、当該患者の状態及び実施した診療内容について、往診後に速やかに連携医療機関に情報共有を行うこと。

●問 169 往診料の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める患者について、施設基準通知の第14の4

の2(2)に規定する診療情報等の「ICT等を用いて確認」は、例えば、在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院でない主治医の所属する保険医療機関が往診を行うことが困難な時間帯に、往診医療機関が当該患者又は家族等患者の看護に当たる者から往診の求めを受けた際に、当該患者の診療情報等を、都道府県が構築する地域医療介護総合確保基金の「ICTを活用した地域医療ネットワーク基盤の整備」事業を活用した、地域医療情報連携ネットワーク等(以下「地連NW等」という。)にアクセスして診療情報等を取得している状態は該当するか。

(答) 該当する。ただし、往診医療機関が地連NW等の活用のみで診療情報等を確認する場合は最新の診療情報等を常に取得できる状態である必要があり、地連NW等を活用した日時及び得られた情報の概要については当該患者の診療録に記録するとともに、当該患者に対する往診を実施したこと、当該患者の状態及び実施した診療内容については、往診後に速やかに連携医療機関に情報共有を行うこと。

#### 【在宅患者訪問診療料】

●問 170 「C001」在宅患者訪問診療料(I)の注12に規定する別に厚生労働大臣が定める基準に掲げる「末期心不全の患者」及び「呼吸器疾患の終末期の患者」について、具体的にどのような患者のことをいうか。

(答) それぞれ以下のとおり。

○ 末期心不全の患者は、以下の①及び②の基準並びに③又は④のいずれかの基準に該当するもの

- ① 心不全に対して適切な治療が実施されていること。
- ② 器質的な心機能障害により、適切な治療にかかわらず、慢性的にNYHA重症度分類Ⅳ度の症状に該当し、頻回又は持続的に点滴薬物療法を必要とする状態であること。
- ③ 左室駆出率が20%以下であること。
- ④ 医学的に終末期であると判断される状態であること。

○ 呼吸器疾患の終末期の患者は、以下の①、②及び③のすべての基準に該当するもの

- ① 呼吸器疾患に対して適切な治療が実施されていること。
- ② 在宅酸素療法やNPPV(非侵襲的陽圧換気)を継続的に実施していること。
- ③ 過去半年以内に10%以上の体重減少を認めること。

#### 【在宅患者訪問診療料】

●問 171 在宅患者訪問診療料(I)の注12において、直近3月の訪問診療を行っている患者(一部の患者を除く。)1人あたりの平均の訪問診療回数(以下「平均訪問診療回数」という。)が一定以上の場合の取扱いが示されているが、当該実績の計算はどのように行えばよいか。また、平均訪問診療回数が一定以上であった場合の取扱い如何。

(答) 訪問診療の実績については、各月の1日時点の直近3ヶ月の訪問診療の算定回数を算出し、確認出来る様に記録しておくこと。また、平均訪問診療回数が一定以上であることを確認した場合は、同一患者について当該月の4回目までの訪問診療については100分の100の点数を算定するが、5回目以降の訪問診療については、当該月の間は100分の50に相当する点数により算定する。

#### 【在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料】

●問 172 「C002」在宅時医学総合管理料の注5に規定する頻回訪問加算について、過去に当該加算を算定していた患者であって、病状が安定したこと等により当該加算を算定しなくなったものについて、再び病状が悪化した等の理由で頻回の訪問が必要となった場合、アの「初回の場合」とイの「2回目以降の場合」のどちらの点数を算定すれば良いか。

(答) イの「2回目以降の場合」を算定すること。ただし、過去に頻回の訪問を必要としていた疾患と異なる疾患により、頻回の訪問が必要となる場合については、初回に限りアの「初回の場合」を算定して差し支えない。





## 質の高い訪問看護の確保

<b>訪問看護の提供体制</b>	<b>利用者のニーズへの対応</b>	<b>医療DXへの対応を含む 関係機関との連携強化</b>
<p><b>訪問看護ステーションにおける持続可能な24時間対応体制確保の推進</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・看護業務の負担軽減のための取組を行った場合を評価</li> <li>・24時間対応に係る連絡体制の取扱いの見直し</li> </ul> <p style="text-align: right; font-size: small;">※介護保険においても同様に対応</p>	<p><b>訪問看護ステーションの機能に応じた訪問看護管理療養費の見直し</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問看護管理療養費を実績に応じた評価体系に見直し</li> <li>・機能強化型1における専門の研修を受けた看護師の配置の要件化</li> <li>・適切な感染管理の下での対応を評価</li> <li>・オンライン請求及び領収証兼明細書の発行の推進</li> </ul>	<p><b>訪問看護療養費明細書の電子化に伴う 訪問看護指示書の記載事項及び様式見直し</b></p>
<p><b>訪問看護ステーションにおける 管理者の責務の明確化</b></p> <p style="text-align: right; font-size: small;">※介護保険においても同様に対応</p>	<p><b>緊急訪問看護加算の評価の見直し</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・緊急訪問看護加算の要件及び評価の見直し</li> </ul>	<p><b>訪問看護医療DX情報活用加算の新設</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・オンライン資格確認等システムを通じた情報の取得・活用した計画的な管理を評価。</li> </ul>
<p><b>虐待防止措置及び身体的拘束等の 適正化の推進</b></p> <p style="text-align: right; font-size: small;">※介護保険においても同様に対応</p>	<p><b>医療ニーズの高い利用者の退院支援の見直し</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・長時間の訪問を要する者に対する指導を行った場合の加算の要件の見直し</li> </ul>	<p><b>ICTを活用した遠隔死亡診断の補助に対する評価の新設</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関からの訪問看護における遠隔死亡診断補助を評価</li> </ul> <p style="text-align: right; font-size: small;">※介護保険においても同様に対応</p>
<p><b>賃上げに向けた評価の新設</b></p>	<p><b>母子に対する適切な訪問看護の推進</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ハイリスク妊産婦連携指導料の要件の見直し</li> <li>・乳幼児加算の評価体系の見直し</li> </ul>	

### 訪問看護ステーションにおける持続可能な24時間対応体制確保の推進①

#### 24時間対応体制加算の見直し①

➤ 訪問看護ステーションにおける看護師等の働き方改革及び持続可能な24時間対応体制の確保を推進する観点から、24時間対応体制加算について、看護業務の負担軽減のための取組を行った場合を考慮した評価体系に見直す。

現行	改定後				
<p><b>【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】</b> 【算定要件】</p> <p>別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションが、利用者又はその家族等に対して当該基準に規定する24時間の対応体制にある場合（指定訪問看護を受けようとする者の同意を得た場合に限る。）には、24時間対応体制加算として、月1回に限り、6,400円を所定額に加算する。ただし、当該月において、当該利用者について他の訪問看護ステーションが24時間対応体制加算を算定している場合は、算定しない。</p>	<p><b>【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】</b> 【施設基準】</p> <p>別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションが、利用者又はその家族等に対して当該基準に規定する24時間の対応体制にある場合（指定訪問看護を受けようとする者の同意を得た場合に限る。）には、24時間対応体制加算として、次に掲げる区分に従い、月1回に限り、<b>いずれか</b>を所定額に加算する。ただし、当該月において、当該利用者について他の訪問看護ステーションが24時間対応体制加算を算定している場合は、算定しない。</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;">（新）イ 24時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組を行っている場合</td> <td style="border: none; text-align: right;">6,800円</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">（新）ロ イ以外の場合</td> <td style="border: none; text-align: right;">6,520円</td> </tr> </table>	（新）イ 24時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組を行っている場合	6,800円	（新）ロ イ以外の場合	6,520円
（新）イ 24時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組を行っている場合	6,800円				
（新）ロ イ以外の場合	6,520円				

#### （参考）24時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組

- 訪問看護管理療養費の注2のイを算定する場合、次に掲げる24時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組に関する内容のうち、ア又はイを含む2項目以上を満たしていること。
- ア 夜間対応した翌日の勤務間隔の確保
  - イ 夜間対応に係る勤務の連続回数が2連続（2回）まで
  - ウ 夜間対応後の暦日の休日確保
  - エ 夜間勤務のニーズを踏まえた勤務体制の工夫
  - オ ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減
  - カ 電話等による連絡及び相談を担当する者に対する支援体制の確保

急変

日常

## 緊急訪問看護加算の評価の見直し

### 緊急訪問看護加算の見直し

- 緊急の指定訪問看護が適切に提供されるよう、緊急訪問看護加算について、要件及び評価を見直すとともに、訪問看護療養費請求書等の記載内容を見直す。

#### 現行

【緊急訪問看護加算（訪問看護基本療養費）】

[算定要件]

1及び2（いずれも八を除く。）については、利用者又はその家族等の求めに応じて、その主治医（診療所又は医科点数表の区分番号C001の注1に規定する在宅療養支援病院（以下「在宅療養支援病院」という。）の保険医に限る。）の指示に基づき、訪問看護ステーションの看護師等が緊急に指定訪問看護を実施した場合には、緊急訪問看護加算として、1日につき2,650円を所定額に加算する。

[算定要件]（抜粋）  
（新規）

(4)（略）  
（新規）

#### 改定後

【緊急訪問看護加算（訪問看護基本療養費）】

[算定要件]

1及び2（いずれも八を除く。）については、利用者又はその家族等の求めに応じて、その主治医（診療所又は医科点数表の区分番号C001の注1に規定する在宅療養支援病院（以下「在宅療養支援病院」という。）の保険医に限る。）の指示に基づき、訪問看護ステーションの看護師等が緊急に指定訪問看護を実施した場合には、緊急訪問看護加算として次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定額に加算する。

(新) イ	月14日目まで	2,650円
(新) ロ	月15日目以降	2,000円

[算定要件]（抜粋）

(4) 当該加算に関し、利用者又はその家族等からの電話等による緊急の求めに応じて、主治医の指示により、緊急に指定訪問看護を実施した場合は、その日時、内容及び対応状況を訪問看護記録書に記録すること。

(5)（略）

(6) 緊急訪問看護加算を算定する場合には、当該加算を算定する理由を、訪問看護療養費明細書に記載すること。

※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・指導料及び精神科訪問看護療養費についても同様

日常

## 医療ニーズの高い利用者の退院支援の見直し

入退

### 退院支援指導加算の見直し

- 退院日の利用者の状態及び訪問看護の提供状況に応じた評価を充実させる観点から、退院支援指導加算の要件を見直す。

#### 現行

【退院支援指導加算（訪問看護管理療養費）】

[算定要件]

注7に規定する退院支援指導加算は退院支援指導を要する者に対して、保険医療機関から退院するに当たって、訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く。)が、退院日に在宅での療養上必要な指導を行った場合（長時間の訪問を要する者に対して指導を行った場合にあつては、1回の退院支援指導の時間が90分を超えた場合に限る。）に初日の指定訪問看護の実施日に1回に限り訪問看護管理療養費に加算する。ただし、当該者が退院日の翌日以降初日の指定訪問看護が行われる前に死亡あるいは再入院した場合には、死亡若しくは再入院日に算定する。なお、訪問看護管理療養費を算定する月の前月に退院支援指導を行った場合においても算定できる。

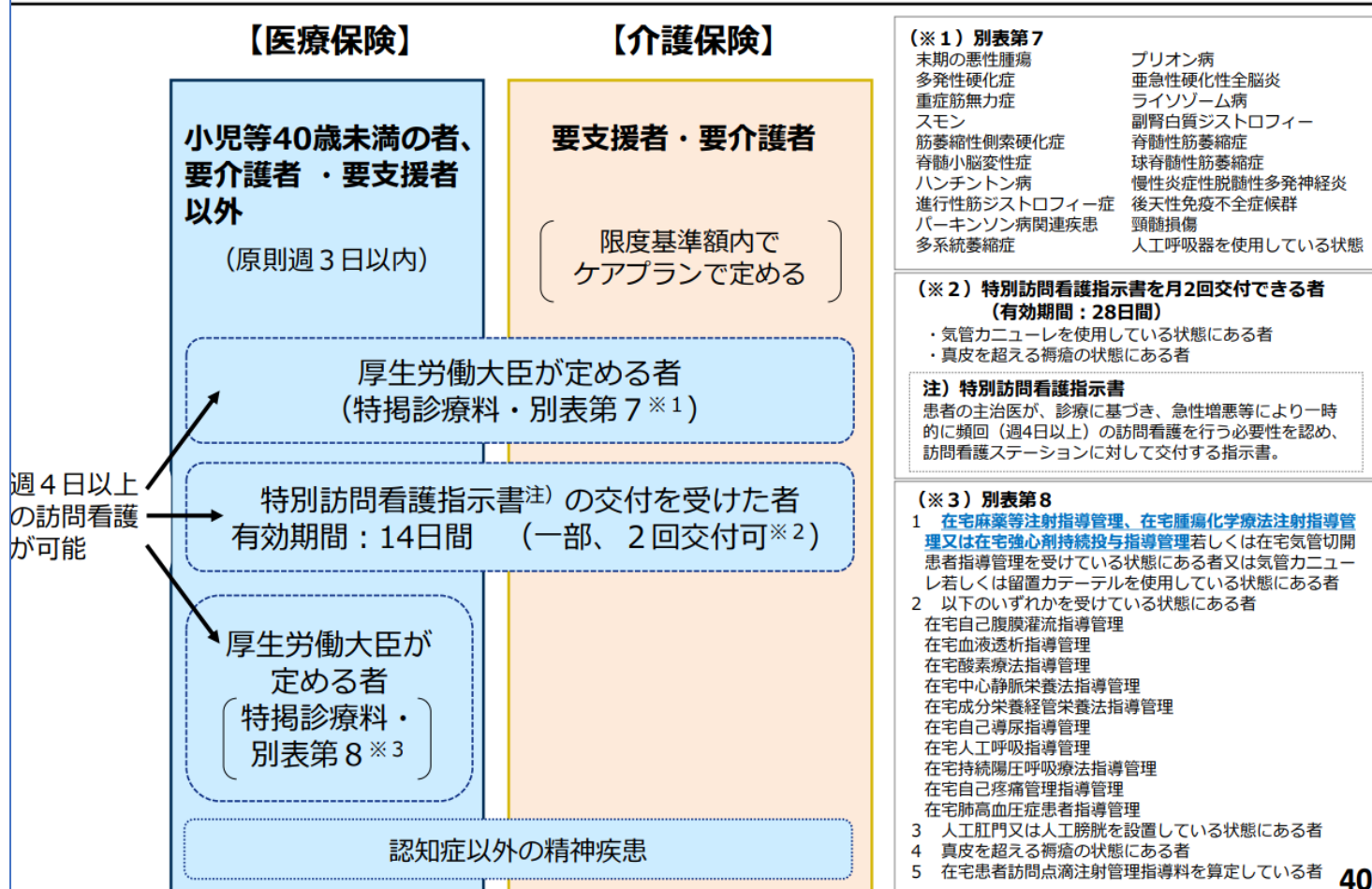
#### 改定後

【退院支援指導加算（訪問看護管理療養費）】

[算定要件]

注7に規定する退院支援指導加算は退院支援指導を要する者に対して、保険医療機関から退院するに当たって、訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く。)が、退院日に在宅での療養上必要な指導を行った場合（長時間の訪問を要する者に対して指導を行った場合にあつては、1回の退院支援指導の時間が90分を超えた場合又は複数回の退院支援指導の合計時間が90分を超えた場合に限る。）に初日の指定訪問看護の実施日に1回に限り訪問看護管理療養費に加算する。ただし、当該者が退院日の翌日以降初日の指定訪問看護が行われる前に死亡あるいは再入院した場合には、死亡若しくは再入院日に算定する。なお、訪問看護管理療養費を算定する月の前月に退院支援指導を行った場合においても算定できる。

# 医療保険と介護保険の訪問看護対象者のイメージ



## 【ストーマ処置(ストーマ合併症加算)】

問 211 「J043-3」ストーマ処置の注4に規定するストーマ合併症加算の施設基準において求める常勤の看護師の「排泄ケア関連領域における適切な研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

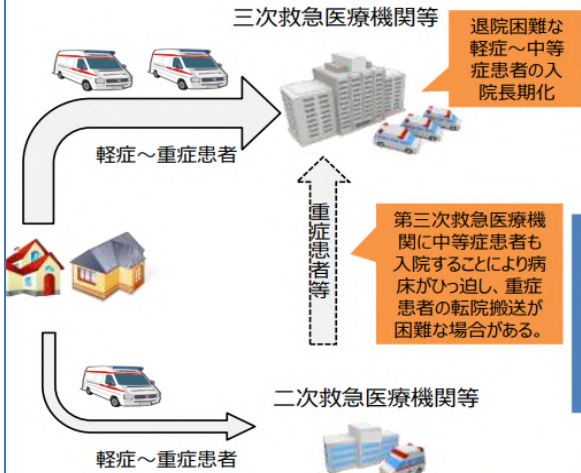
(答) 現時点では、以下の研修が該当する。

- ① 日本看護協会の認定看護師教育課程「皮膚・排泄ケア」
- ② 日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会「ストーマリハビリテーション講習会」

急変

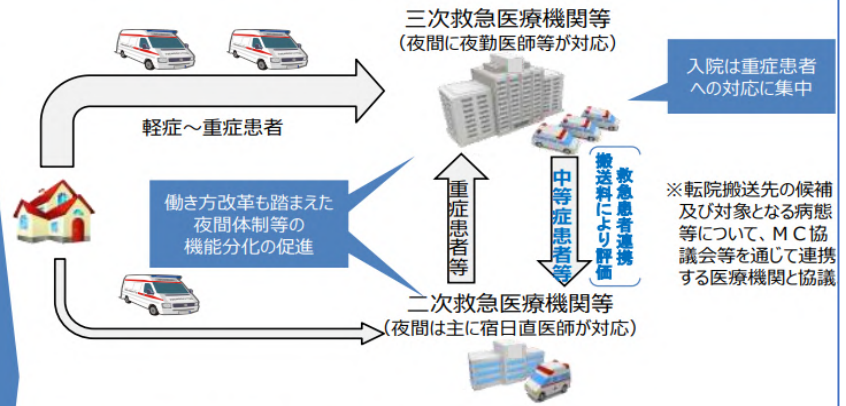
## 高齢者等の救急搬送に対する評価の見直しを通じた救急医療提供体制の

### ○これまでの救急医療提供体制における課題等

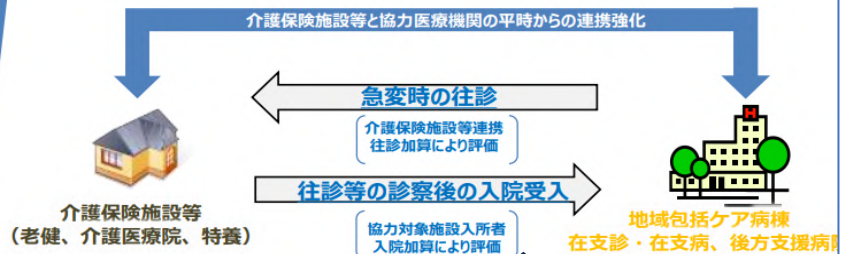


### ○初期診療後の適切な転院搬送の促進を通じた救急医療提供体制

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



### ○介護保険施設等との連携促進を通じた救急医療提供体制



## 1.在宅医療におけるICTを用いた連携の推進

急変

看取

## 在宅医療におけるICTを用いた連携の推進

### 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者において、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。**

【在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料】 100 点

【緊急往診加算、夜間・休日往診加算、深夜往診加算】

●問 166 「C000」往診料の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める患者について、施設基準通知の第14の4の2(1)において、連携医療機関については、「計画的な医学管理の下、主治医として定期的に訪問診療を実施している保険医の所属する保険医療機関であって、往診医療機関と連携体制を構築していること。」とされているが、どのような連携体制を構築している必要があるか。

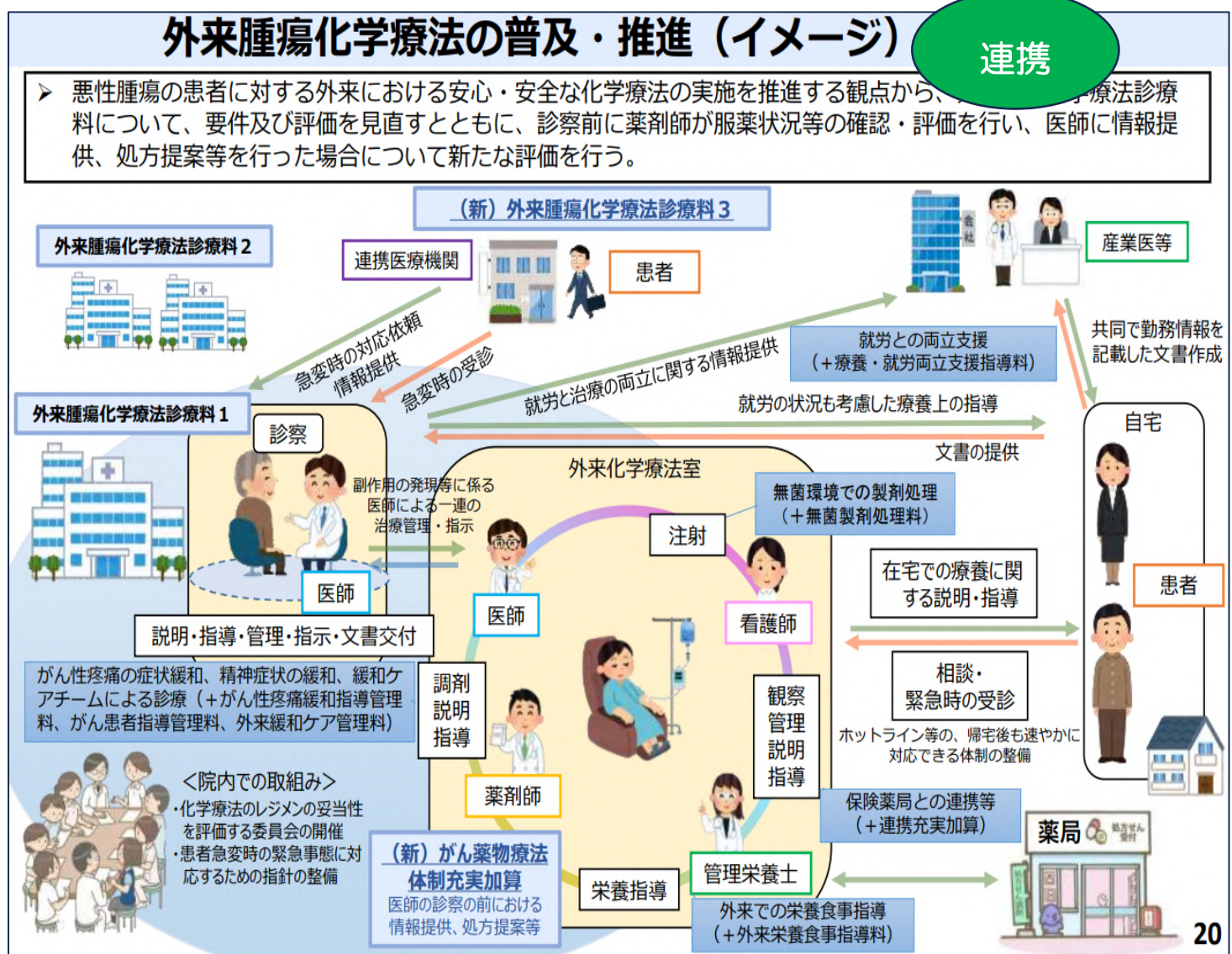
(答) 連携医療機関と往診医療機関との間で、連携医療機関が往診を行うことが困難な時間において、往診医療機関が当該患者又は家族等患者の看護に当たる者から電話等で直接往診の求めを受けた場合に適切に対応する旨及び患者からの連絡方法等について、あらかじめ取り決めを行っていること。なお、当該取り決めで定めた内容については連携医療機関及び往診医療機関において、文書にて保存し、患者の希望があった場合等に提供できる体制を有している必要がある。

【遠隔死亡診断補助加算】

問 178 「C005」在宅患者訪問看護・指導料の注18に掲げる遠隔死亡診断補助加算(「C005-1-2」の注6の規定により準用する場合を含む。)の施設基準において求める看護師の「情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。

(答) 現時点では、厚生労働省「在宅看取りに関する研修事業」(平成29~31年度)及び「ICTを活用した在宅看取りに関する研修推進事業」(令和2年度~)により実施されている研修が該当する。

2. 外来腫瘍化学療法の実践・推進



●問 41 問 40 における「外来で化学療法を実施した患者」とは、具体的にどのような患者を指すのか。  
 (答) 1 サイクル(クール、コースと同義。抗悪性腫瘍剤の投与と投与後の休薬期間を含む一連の期間をいう。)以上、外来で化学療法を実施した患者を指す。

●問 156 外来腫瘍化学療法診療料の「1」の「□」、「2」の「□」及び「3」の「□」について、「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。」とあるが、検査、投薬等を行わない場合であっても算定可能か。  
 (答) 算定可能。ただし、診察(視診、聴診、打診及び触診等の身体診察を含む。)は必ず行うこと。

生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組

連携


## 地域包括医療病棟① 病棟のイメージ

入退


**背景**

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


地域包括医療病棟における医療サービスのイメージ




救急患者を受け入れる体制を整備




一定の医療資源を投入し、急性期を速やかに離脱



早期の退院に向け、リハビリ、栄養管理等を提供



退院に向けた支援  
適切な意思決定支援



早期の在宅復帰

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

包括的に提供

# 1.地域包括医療病棟入院料の算定要件及び施設基準

## 地域包括医療病棟入院料の算定要件及び施設基準

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

### (新) 地域包括医療病棟入院料（1日につき） 3,050点

#### [算定要件]

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



#### [施設基準] (抜粋)

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

46

#### 【地域包括医療病棟入院料】

問 104 「A304」地域包括医療病棟入院料について、「入院患者のADL等の維持、向上等に係るカンファレンスが定期的開催されており、医師、看護師、当該病棟に専従の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士(以下この項において「専従の理学療法士等」という。)、当該病棟に専任の管理栄養士及び必要に応じてその他の職種が参加していること。当該病棟におけるカンファレンスの内容を記録していること。」とあるが、地域包括医療病棟入院料を算定する全ての患者についてカンファレンスを行い、診療録にカンファレンスの内容を記録する必要があるか。

(答)当該病棟において、ADL等の維持、向上等に係るカンファレンスが定期的開催されていればよく、全ての患者について個別にカンファレンスを実施し、診療録に記録されている必要はない。

## ポストコロナにおける感染症対策に係る評価の見直しの全体像



### 1. 感染対策に関する介護保険施設等との連携の推進

## 感染対策に関する介護保険施設等との連携の推進

### 感染対策向上加算の見直し

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

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

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

現行	改定後
【感染対策向上加算】 【施設基準】 <b>感染対策向上加算1</b> 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。	【感染対策向上加算】 【施設基準】 <b>感染対策向上加算1</b> 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 <b>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。</b>



<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001238900.pdf>

## リハビリテーションに係る医療介護障害連携（再掲）



退院時の情報連携を促進し、退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを実施する観点から、以下の見直しを行う。

- ・ [リハビリテーションに係る情報連携の推進](#)
- ・ [退院前カンファレンスへの通所リハ事業所等の医師等の参加の推進](#)



### 診療報酬上の対応

- ▶ 保険医療機関において、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若しくは運動器リハビリテーション料を算定する患者が、[介護保険の通所リハビリテーション事業所等によるサービス利用へ移行する場合、移行先の事業所に対しリハビリテーション実施計画書等を提供することとする。](#)
- ▶ 退院時のリハビリテーションに係る医療機関と介護保険の訪問・通所リハビリテーション事業所との連携により、退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを推進する観点から、[退院時共同指導料2の参加職種について、介護保険によるリハビリテーションを提供する事業所の医師、理学療法士等の参加を求めることが望ましいこととする。](#)

### 介護報酬上の対応

- ▶ 訪問・通所リハビリテーションにおいて、医師等の従業者が、入院中にリハビリテーションを受けていた利用者に対し退院後のリハビリテーションを提供する際に、リハビリテーション計画を作成するに当たっては、[入院中に医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書等を入力し、内容を把握することを義務付ける。](#)
- ▶ 退院時の情報連携を促進し、退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを実施する観点から、医療機関からの退院後に介護保険のリハビリテーションを行う際、リハビリテーション事業所の理学療法士等が、[医療機関の退院前カンファレンスに参加し、共同指導を行ったことを評価する退院時共同指導加算（600単位/回）を設ける。](#)

### 診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬の共通対応

- ▶ 医療保険・介護保険のリハビリテーションと障害福祉サービスである自立訓練（機能訓練）との連携を強化する観点から、[自立訓練（機能訓練）について、病院及び診療所並びに通所リハビリテーション事業所において、共生型サービス又は基準該当サービスの提供を可能とする。医療保険の疾患別リハビリテーション又は介護保険の通所リハビリテーションと障害福祉サービスの自立訓練（機能訓練）を同時に実施する場合の施設基準等を緩和する。](#)

9

## 1.退院時におけるリハビリテーションに係る医療・介護連携の推進



### 退院時におけるリハビリテーションに係る医療・介護連携の推進

- ▶ 退院時のリハビリテーションに係る医療機関と介護保険の訪問・通所リハビリテーションとの間の連携により、退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを推進する観点から、退院時共同指導料2について要件を見直す。

#### 現行

【退院時共同指導料2】  
[算定要件]

- (7) 退院時共同指導料2の「注1」は、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、当該患者が入院している保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と在宅療養担当医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が共同して行った場合に算定する。

#### 改定後

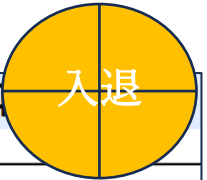
【退院時共同指導料2】  
[算定要件]

- (7) 退院時共同指導料2の「注1」は、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、当該患者が入院している保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と在宅療養担当医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が共同して行った場合に算定する。[なお、退院後に介護保険によるリハビリテーション（介護保険法に規定する訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーション又は介護予防通所リハビリテーションをいう。）を利用予定の場合、在宅での療養上必要な説明及び指導について、当該患者が入院している医療機関の保険医等が、介護保険によるリハビリテーションを提供する事業所の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の参加を求めることが望ましい。](#)



退院前カンファレンスにおける情報共有

# 医療的ケア児（者）に対する入院前支援の評価の新設



## 医療的ケア児（者）に対する入院前支援の評価の新設

### 医療的ケア児（者）に対する入院前支援の評価の新設

- 医療的ケア児（者）が入院する際の在宅からの連続的なケアを確保する観点から、事前に自宅等を訪問し、患者の状態や人工呼吸器の設定等のケア状態の把握を行った場合について、新たな評価を行う。



**（新） 医療的ケア児（者）入院前支援加算 1,000点**

[対象患者]

**医療的ケア判定スコア16点以上の医療的ケア児（者）**

[算定要件]

- 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示を受けた看護職員が、入院前に別に厚生労働大臣が定める患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）及び第3節の特定入院料のうち、医療的ケア児（者）入院前支援加算を算定できるものを現に算定している患者に限り、当該保険医療機関の入院期間が通算30日以上のもものを除く。）の患者等を訪問し、患者の状態、療養生活環境及び必要な処置等を確認した上で療養支援計画を策定し、入院前又は入院した日に当該計画書を患者又はその家族等に説明し、文書により提供した場合に、**保険医療機関ごとに患者1人につき1回に限り、入院初日に限り所定点数に加算する。**
- 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、医療的ケア児（者）入院前支援加算を算定すべき入院前支援を**情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、500点を所定点数に加算する。**
- 区分番号A246の注7に掲げる入院時支援加算は別に算定できない。

[施設基準]

- 直近1年間の医療的ケア判定スコア16点以上の医療的ケア児（者）の入院患者数が10件以上**であること。
- 令和7年5月31日までの間に限り、（1）の基準を満たしているものとする。

37

### 【医療的ケア児（者）入院前支援加算】1000点

問 70 「A246-3」 医療的ケア児（者）入院前支援加算について、患者が通所している障害福祉サービス事業所へ訪問し、当該加算を算定すべき入院前支援を行った場合、当該加算を算定する事はできるか。  
 （答）患者の状態、必要な処置等を確認できる場合であって、居宅において患者に対してケアを行っている者がその場において、療養生活環境を確認できる場合に限り、患者が通所している障害福祉サービス事業所等への訪問でも当該加算を算定することができる。



## 入退院支援加算1・2の見直しについて②

### 入退院支援加算の対象の見直し

- 入退院支援加算の対象となる「退院困難な要因を有している患者」に、特別なコミュニケーション支援を要する者及び強度行動障害の状態の者を追加する。

現行	改定後
【入退院支援加算1及び2】 [算定要件] 退院困難な要因 ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること イ 緊急入院であること ウ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること エ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること オ 生活困窮者であること カ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること。） キ 排泄に介助を要すること ク 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと ケ 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む。）が必要なこと コ 入退院を繰り返していること サ 入院治療を行っても長期的な低栄養状態となることが見込まれること シ 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること ス 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること セ その他患者の状況から判断してアからスまでに準ずると認められる場合	【入退院支援加算1及び2】 [算定要件] 退院困難な要因 ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること イ 緊急入院であること ウ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること <b>又は要支援状態であるとの疑いがあるが要支援認定が未申請であること</b> <b>エ コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する者</b> <b>オ 強度行動障害の状態の者</b> カ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること キ 生活困窮者であること ク 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること。） ケ 排泄に介助を要すること コ 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと サ 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む。）が必要なこと シ 入退院を繰り返していること ス 入院治療を行っても長期的な低栄養状態となることが見込まれること セ 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること ソ 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること タ その他患者の状況から判断してアから <b>ソ</b> までに準ずると認められる場合

## 入退院支援加算1・2の見直しについて③



### 入院前の医療機関と本人・家族等や障害福祉サービス事業者等との事前調整の評価

- ▶ 特別なコミュニケーション支援を要する者及び強度行動障害の状態の者に対し、入院前に医療機関と本人・家族等や障害福祉サービス事業所等とで事前調整を行うことの評価を新設する。

### **(新)** 入院事前調整加算 **200点**

#### [算定要件]

- (1) 別に厚生労働大臣が定める患者に対して、入院前に患者及びその家族等並びに当該患者の在宅での生活を支援する障害福祉サービス事業者等と事前に入院中の支援に必要な調整を行った場合に、所定点数に加算する。
- (2) 当該加算を算定するに当たっては、コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する者又は強度行動障害の状態の者であって入院の決まったものについて、当該患者の特性を踏まえた入院中の治療や入院生活に係る支援が行えるよう、当該患者、その家族等及び当該患者の在宅における生活を支援する障害福祉サービス事業者等から事前に情報提供を受け、その内容を踏まえ、入院中の看護等に係る療養支援の計画を立て、患者及び入院予定先の病棟職員と共有した場合に算定する。

#### [施設基準]

入院事前調整加算に規定する厚生労働大臣が定める患者

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

## 有床診療所における医療・介護・障害連携の推進



### 有床診療所における医療・介護・障害連携の推進

#### 有床診療所における医療・介護・障害連携の推進

- ▶ 地域包括ケアシステムにおける有床診療所の機能を踏まえ、有床診療所が医療・介護・障害サービス等における連携を推進するために、介護連携加算の名称と要件を見直す。

#### 現行

【有床診療所入院基本料】  
【算定要件】

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

- イ 介護連携加算1 192点
- ロ 介護連携加算2 38点

#### 改定後

【有床診療所入院基本料】  
【算定要件】

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

- イ 介護**障害**連携加算1 192点
- ロ 介護**障害**連携加算2 38点

#### 改定後

【有床診療所入院基本料】  
【施設基準】

22 有床診療所入院基本料の「注12」に規定する介護**障害**連携加算1の施設基準次の施設基準を全て満たしていること。

- (1) (略)
- (2) **次のいずれかを満たすこと。**
  - ア** 5の(1)のイの(イ)を満たしていること。
  - イ** 過去1年間に、介護保険法に規定する訪問リハビリテーション又は介護予防訪問リハビリテーションを提供した実績があること。
  - ウ** 過去1年間に、「C009」に掲げる在宅患者訪問栄養食事指導料又は介護保険法に規定する居宅療養管理指導（管理栄養士により行われるものに限る。）若しくは介護予防居宅療養管理指導（管理栄養士により行われるものに限る。）を提供した実績があること。
  - エ** 過去1年間に、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第5条第8項に規定する指定短期入所を提供した実績があること。

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

## 新設



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

➢ 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に向けた重点的な支援を提供する精神病棟について、新たな評価を行う。

### （新）精神科地域包括ケア病棟入院料 自宅等移行初期加算

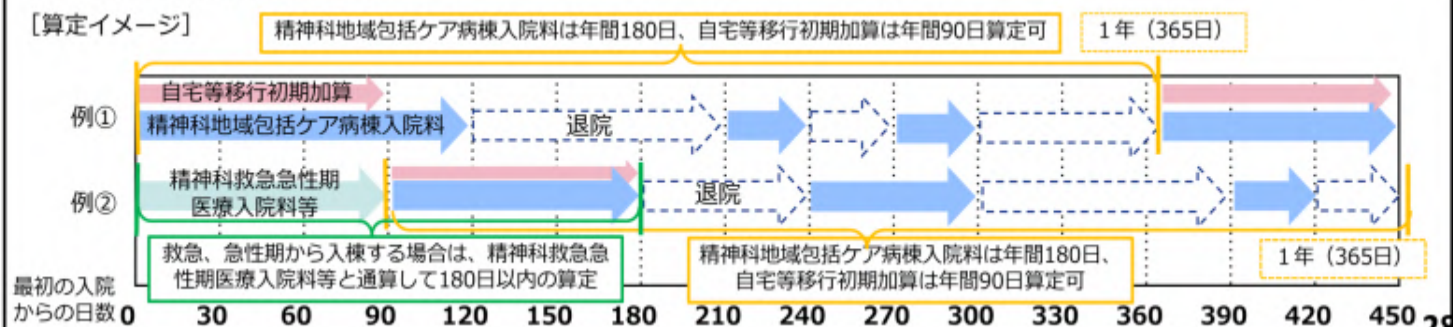
1,535点（1日につき）  
100点（1日につき）

連携

【算定要件】（概要）

- 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及び精神科救急・合併症入院料を算定した期間と通算して180日を限度として、所定点数を算定する。
- 当該病棟に転棟若しくは転院又は入院した日から起算して90日間に限り、自宅等移行初期加算として、100点を加算する。
- 過去1年以内に、精神科地域包括ケア病棟入院料又は自宅等移行初期加算を算定した患者については、期間の計算に当たって、直近1年間の算定期間（算定した日数）を180日又は90日に通算する。
- 精神病棟入院基本料（15対1、18対1、20対1）、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料を届け出ている病棟から、当該病棟への転棟は、患者1人につき1回に限る。
- 当該病棟の入院患者に対しては、主治医が病状の評価に基づいた診療計画を作成し、適切な治療を実施するとともに、医師、看護職員、薬剤師、作業療法士、精神保健福祉士、公認心理師等の多職種が共同して、個々の患者の希望や状態に応じて、退院後の療養生活を見据え必要な療養上の指導、服薬指導、作業療法、相談支援、心理支援等を行う。
- 当該病棟の入院患者のうち必要なものに対しては、療養上の指導、服薬指導、作業療法、相談支援又は心理支援等を、1日平均2時間以上提供していることが望ましい。
- 症状性を含む器質性精神障害の患者にあっては、精神症状を有する状態に限り、単なる認知症の症状のみを有する患者については、当該入院料を算定できない。

【算定イメージ】



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

[施設基準] (概要)	
自宅等への移行実績	● 当該病棟の入院患者のうち <b>7割以上</b> が入院日から起算して <b>6月以内に退院し、自宅等へ移行</b> すること。(2) ただし、(★) を満たす医療機関においては、6割以上を満たすこと。
<b>かかりつけ精神科医機能</b>	
<b>【精神科回復期医療の提供】</b>	
<b>多職種の重点的な配置</b>	<b>地域定着も含めた退院支援</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師で13:1</b> (日勤帯は作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師の数が1以上)</li> <li>● <b>看員職員で15:1以上</b> (必要最小数の4割以上が看護師)</li> <li>● 夜勤の看護職員数2以上</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>精神科入退院支援加算の届出</b> (①)</li> <li>● 精神障害者の地域生活を支援する関係機関等 (※2) との連携 (※2) 障害福祉サービス等事業者、介護サービス事業所、行政機関 (都道府県、保健所、市町村) 等</li> </ul>
<b>【精神科在宅医療の提供】 精神科訪問診療、訪問看護等の提供実績</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● ア又はイ及びウ～オのいずれかを満たしていること。(①) ※いずれも直近3か月間の算定回数</li> <li>ア 精神科訪問看護・指導料 (Ⅰ) 及び (Ⅲ) <b>60回以上</b> イ 訪問看護ステーションにおける精神科訪問看護基本療養費 <b>300回以上</b></li> <li>ウ 精神科退院時共同指導料 <b>3回以上</b> エ 在宅精神療法 <b>20回以上</b> オ 精神科在宅患者支援管理料 <b>10回以上</b> (★)</li> </ul>	
<b>地域の精神科医療提供体制への貢献</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 当該保険医療機関の <b>常勤の精神保健指定医が、指定医の公務員としての業務</b> (※) 等を年1回以上行っていること。(①)</li> <li>(※) 措置入院時の診察、精神医療審査会における業務等</li> </ul>	
<b>精神科救急医療、時間外診療の提供</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● ア又はイを満たしていること (①)</li> <li>ア <b>常時対応型施設又は身体合併症救急医療確保事業において指定を受けている医療機関</b></li> <li>イ <b>病院群輪番型施設</b> であって、時間外、休日又は深夜において、<b>入院件数が年4件以上又は外来対応件数が年10件以上</b></li> </ul>	
<b>その他</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>データ提出加算に係る届出</b> (②)</li> <li>● 精神科救急急性期医療入院料を算定する病床数が120床以下</li> <li>● 精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料又は精神科地域包括ケア病棟入院料を算定する病床数の合計が200床以下</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>クロザピンを処方する体制</b></li> </ul>
[経過措置] (①) <b>令和7年5月31日</b> まで (②) <b>令和7年9月30日</b> まで	



## 1.精神科入退院支援加算の新設

### 精神科入退院支援加算の新設

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

**(新) 精神科入退院支援加算 1,000点 (退院時1回)**  
**(新) 注2 精神科措置入院退院支援加算 300点 (退院時1回)**



[算定要件] (概要)

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

[施設基準] (概要)

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

※精神科措置入院退院支援加算の要件については、現行と同様。

## 【精神科入退院支援加算】1000点

●問 66 「A246-2」精神科入退院支援加算について、「入院後7日以内に退院支援計画の作成に着手すること。」とあるが、退院支援計画の交付日についてどのように考えればよいか。

(答) 精神科入退院支援加算に係る退院支援計画を作成後、速やかに患者に交付すること。

●問 67 精神科入退院支援加算について、「退院困難な要因」として「身体合併症を有する患者であって、退院後に医療処置が必要なこと」とあるが、身体合併症とは具体的にどのような症状のことをいうのか。

(答) 「A230-3」精神科身体合併症管理加算の算定患者と同様の取り扱いとする

●問 68 精神科入退院支援加算の施設基準において求められる入退院支援及び地域連携業務に専従している看護師又は精神保健福祉士が、「A312」精神療養病棟入院料又は「A318」地域移行機能強化病棟入院料の施設基準における退院支援相談員の業務を兼ねてもよいか。

(答) 差し支えない。

●問 69 精神科入退院支援加算について、「退院困難な要因を有する患者について、原則として7日以内に患者及びその家族等と病状や退院後の生活も含めた話し合いを行うとともに、関係職種と連携し、入院後7日以内に退院支援計画の作成に着手する。」とされているが、新たに当該加算を届け出た場合に、届出時点での入院患者についての取扱い如何。

(答) 当該加算の届出を行った時点で入院中の患者について、届出後に退院支援計画を作成し、その他の要件を満たした場合は、当該加算を算定可能。ただし、届出後3月以内に患者及び家族と話し合いを行い、退院支援計画の作成に着手することが望ましい。また、医療保護入院の者であって、当該入院中に精神保健福祉法第33条第6項第2号に規定する委員会の開催があったもの又は当該入院の期間が1年以上のものについては、退院支援計画の作成時期によらず、それぞれ当該委員会の開催及び退院支援計画の作成又は退院支援計画の作成及び退院・転院後の療養生活を担う保険医療機関等との連絡や調整又は障害福祉サービス等若しくは介護サービス等の導入に係る支援を開始することをもって、当該加算の算定対象となる。これらの患者についても、3月以内に患者及び家族と話し合いを行い、退院支援計画の作成に着手することが望ましい。

## リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携

○ ADLの低下の防止等を効果的に行うため、より早期からの取組の評価や切れ目のない多職種による取組を推進するために、主に以下の見直しを行う。

### 1. リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の新設 (Ⅱ-3-①)

- ▶ 入院した患者全員に対し、入院後48時間以内にADL、栄養状態及び口腔状態に関する評価を行い、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画の作成及び計画に基づく多職種による取組（土曜、日曜及び祝日に行うリハビリテーションを含む）を行う体制の確保に係るリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算（1日につき120点）を新設する。

### 2. 病態に応じた早期からの疾患別リハビリテーションの推進 (Ⅱ-3-②)

- ▶ 重症者に対する早期からの急性期リハビリテーションの提供を推進する観点から、ADL・認知機能が低い患者、特定の医療行為を必要とする患者又は感染対策が必要な患者に対して、疾患別リハビリテーションを提供した場合について、疾患別リハビリテーション料に急性期リハビリテーション加算（1回につき50点）を新設する



安静臥床は筋力低下をはじめ全身へ悪影響をもたらす

より早期からのリハ（離床）・栄養・口腔の取組

多職種による評価と計画

## 1. 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

#### 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名は専従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 疾患別リハビリ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ビリ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。

12

##### 【リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算】

●問 54 「A233」リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の施設基準において、「直近1年間に、当該病棟を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（基本的日常生活活動度（Barthel Index）（以下「B I」という。）の合計点数をいう。）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。」とされているが、入退棟時のB Iの測定をする者についてどのように考えればよいか。

（答）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修了した職員が評価することが望ましい。

●問 55 同一の保険医療機関において、リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算を算定した後に、地域包括医療病棟入院料の「注10」に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の届出を行っている病棟に転棟した場合について、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算の算定期間をどのように考えればよいか。

（答）リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算を算定した期間と通算し、医-16で14日間に限り算定できる。なお、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算を算定した後、リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算を算定する場合でも同様である。

●問 56 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算及び地域包括医療病棟入院料の施設基準において、



「当該専任の管理栄養士として配置される病棟は、1名につき1病棟に限る。」とあるが1名の管理栄養士がそれぞれの施設基準について1病棟ずつ兼務することができるか。

(答) 不可。

●問 57 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算及び地域包括医療病棟入院料において、入棟後、原則 48 時間以内に評価に基づき、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となっているが、入院前に、入退院支援部門と連携し、入院時支援の一環として栄養状態の評価を行った場合、その評価に基づき計画作成を行ってもよいか。

(答) 当該病棟の専任の管理栄養士が、入退院支援部門と連携して栄養状態の評価を行った場合は差し支えない。ただし、入院前と患者の状態に変更がある場合は、必要に応じて栄養状態の再評価を行うこと。

●問 58 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算及び地域包括医療病棟入院料の「注 10」に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算について、専任の管理栄養士が休み等で不在の場合であって、入棟後 48 時間以内の患者との対面による確認や週 5 回以上の食事提供時間の観察等ができない場合についてどのように考えればよいか。

(答) 専任の管理栄養士が休み等で不在の場合、専任の管理栄養士以外の管理栄養士が実施しても差し支えない。なお、専任の管理栄養士以外が実施する場合は、随時、専任の管理栄養士に確認できる体制を整備しておくこと。

●問 59 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算及び地域包括医療病棟入院料の「注 10」に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算について、「週 5 回以上、食事の提供時間に、低栄養等のリスクの高い患者を中心に食事の状況を観察し、食欲や食事摂取量等の把握を行うこと」とあるが、1 回の食事提供時間に、全ての患者の食事の状況を観察しないといけないのか。また、1 日 2 回行ってもよいか。

(答) 1 回の食事の観察で全ての患者の状況を確認する必要はなく、週 5 回以上の食事の観察を行う中で計画的に確認できれば差し支えない。また、必要に応じ 1 日 2 回行ってもよいが、同日に複数回実施した場合であっても 1 回として数えること。

●問 60 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算及びリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の施設基準において、適切なリハビリテーション、栄養管理、口腔管理に係る研修を修了している常勤医師が 1 名以上勤務していることが求められているが、この「適切なリハビリテーション、栄養管理、口腔管理に係る研修」とは、具体的にどのようなものがあるか。

(答) 現時点では、日本リハビリテーション医学会が主催する「急性期病棟におけるリハビリテーション診療、栄養管理、口腔管理に係る医師研修会」が該当する。

●問 61 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算及びリハビリテーション・栄養・口腔連携加算について、「リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画を策定した日から 14 日を限度として算定できる。ただし、やむを得ない理由により、入棟後 48 時間を超えて計画を策定した場合においては、当該計画の策定日にかかわらず、入棟後 3 日目を起算日とする。」とあるが、初回入棟後に計画を策定した日あるいは初回入棟後 3 日目のいずれかのうち早い日より 14 日を経過した後に、入院期間が通算される再入院の患者に対して計画を再度策定した場合であっても算定することは可能か。

(答) 不可。

【リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算、回復期リハビリテーション病棟入院料 1・2、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料】

●問 62 「A233」リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、「A304」 地域包括医療病棟入院料の「注 10」に規定するリハビリテーション・栄養・ 口腔連携加算、「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料の「1」回復期リハビリテーション病棟入院料1 及び「2」回復期リハビリテーション病棟入院料2並びに特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の施設基準において、「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体制が整備されていること。」とされているが、この口腔状態に係る課題の評価の具体的な方法如何。

（答）「歯の汚れ」「歯肉の腫れ、出血」「左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる」「義歯の使用」について、原則入棟後48時間以内に評価をおこなうこと。その後、口腔状態の変化に応じて定期的な再評価を行うこと。評価者は歯科専門職に限らない。なお、評価方法については日本歯科医学会による「入院(所)中及び在宅等における療養中の患者に対する口腔の健康状態の評価に関する基本的な考え方（令和6年3月）」を参考とすること。

参考： [https://www.jads.jp/basic/index\\_2024.html](https://www.jads.jp/basic/index_2024.html)

### その他、医療機能に応じた入院医療の評価（疑義解釈説明）

連携

回復期リハビリテーション病棟入院料ⅠおよびⅡ：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のぞましい。

問 108 「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料1 及び2の施設基準において、「在宅復帰支援を担当する専従の社会福祉士等」を1名以上の常勤配置を行うことを求めているが、「社会福祉士等」には社会福祉士の他にどのような職種が含まれているか。

（答）在宅復帰支援に関する十分な経験を有する専従の看護師が含まれる。

連携

【協力対象施設入所者入院加算（入院初日）】【介護保険施設等連携往診加算】200点

1. 往診が行われた場合 600点
- 2.1 以外の場合 200点

問 75 「A253」協力対象施設入所者入院加算及び「C000」往診料の「注 10」に規定する介護保険施設等連携往診加算における「介護保険施設等」について、「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する 基準」（平成十八年厚生労働省令第三十四号）第百三十条第一項に規定する 指定地域密着型介護老人福祉施設は含まれるか。

（答）含まれる。

問 76 協力対象施設入所者入院加算及び往診料の「注 10」に規定する介護保険 施設等連携往診加算の施設基準において、当該入所者の診療情報及び急変 時の対応方針等の共有を図るためにカンファレンスを実施することとされ ているが、当該カンファレンスにはどのような職種が参加すればよいか。

（答）医師又は看護職員等の医療関係職種が参加すること。

問 80 協力対象施設入所者入院加算及び往診料の「注9」に規定する介護保険施設等連携往診加算の施設基準における「年3回以上の頻度でカンファレンスを実施していること。」について、ICTで診療情報等の共有がなされている場合、当該カンファレンスの内容は、具体的にはどのようなもので あればよいか。

（答）具体的な定めはないが、例えば、以下のような内容を含んでいること。

・病状の変化のあった入所者の最新の病状等の診療状況、治療方針、患者の基本的な日常生活能力、認知機能、家庭の状況及び急変時の対応方針（以下「診療情報等」という。）

- ・新規入所者の診療情報等
- ・前回のカンファレンス時以降、入院退所となった入所者で当該協力医療機関に入院しなかった患者の入院先、入院理由等
- ・介護保険施設等が協力医療機関に求める事項

#### 【在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料】

連携

問 21 「C001-7」在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料について、例えば、「C001-3」歯科疾患在宅療養管理料を算定した日と別日に実施した場合であっても当該指導料は算定可能か。

〔答〕算定可能。なお、「C001-5」在宅患者訪問口腔リハビリテーション 指導管理料及び「C001-6」小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション 指導管理料を算定した日と別日に実施した場合であっても同様に算定可能。

#### 【地域支援体制加算、連携強化加算及び在宅薬学総合体制加算】

連携

問 2 地域支援体制加算、連携強化加算及び在宅薬学総合体制加算の施設基準 において、地域の行政機関又は薬剤師会等を通じて各加算の要件に示す情報 を周知することとされているが、どのように周知すればよいのか。

〔答〕各加算の施設基準において求められる機能等について、地域の住民や行政 機関、保険医療機関、訪問看護ステーション及び福祉関係者等が当該情報を 把握しやすいよう、市町村や地区の単位で整理し、周知することが求められるため、保険薬局においては、当該薬局の所在地の地域でこれらの対応を実施することになる行政機関又は薬剤師会等と相談されたい。また、このような情報は定期的に更新されている必要があり、さらに、都道府県単位で集約 して周知されていることがより望ましい。各加算に関して周知すべき情報としては、各加算の要件に基づき、例えば 以下のようなものが考えられるが、これらに限らず地域にとって必要な情報を収集及び整理すること。

○地域支援体制加算（当該加算で求めている周知すべき情報） 休日、夜間を含む開局時間外であっても調剤及び在宅業務に対応できる体制に係る情報（具体的な項目例） ・ 休日、夜間に対応できる薬局の名称、所在地、対応できる日時（開局 日、開局時間）、連絡先等（地域ごとに、輪番制の対応も含め、具体的な日付における休日、夜間対応できる薬局の情報を示すこと）

○連携強化加算（当該加算で求めている周知すべき情報） 災害や新興感染症における対応可能な体制に係る情報（具体的な項目例） ・ 改正感染症法に基づく第二種協定指定医療機関としての指定に係る 情報 ・ オンライン服薬指導の対応の可否

#### R6.3.28 診療報酬改定疑義解釈リンク

 [https://www.hokeni.org/data-docs/2024020200026/file\\_contents/2024gigi01.pdf](https://www.hokeni.org/data-docs/2024020200026/file_contents/2024gigi01.pdf)

# 令和6年度診療報酬改定の施行時期等

## 令和6年度診療報酬改定の施行時期等

### 令和6年度診療報酬改定にかかる主なスケジュール

令和5年 12月	令和6年 1月	2	3	4	5	6	7	8	9
予算編成 大臣折衝 (12月20日)	1月12日 中医協諮問	2月14日 中医協答申	3月5日 関係告示等 3月下旬 電子点数表公布	4月1日 薬価改定		6月1日施行 (材料価格の 改定を含む)	7月上旬 初回請求	定例報告	
					届出期間 (5月2日～6月3日)		主な経過措置※		

※各診療報酬項目の具体的な経過措置は告示・通知を必ずご確認ください。

### 従来の改定スケジュール

前年12月	当該年 1月	2	3	4	5	6	7	8	9
予算編成 大臣折衝	1月中旬 中医協諮問	2月上旬 中医協答申	3月上旬 関係告示等 3月下旬 電子点数表公布	4月1日施行	5月上旬 初回請求		定例報告		
				届出期間 (4月1日～4月14日前後)		主な経過措置			

R6 診療報酬改定説明資料リンク

 <https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001238898.pdf>

 <https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001238899.pdf>