

## 個別改定項目について

### I 現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進

#### I-1 医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組

- ① 賃上げに向けた評価の新設 ※ 今回は資料なし
- ② 入院基本料等の見直し
- ③ 初再診料等の評価の見直し
- ④ 歯科医療における初再診料等の評価の見直し
- ⑤ 地域医療に貢献する薬局の体制確保に係る調剤基本料等の見直し

#### I-2 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進

- ① 医師事務作業補助体制加算の見直し
- ② 特定集中治療室管理料等の見直し
- ③ 入院中の薬物療法の適正化に対する取組の推進
- ④ 薬剤師の養成強化による病棟薬剤業務の向上
- ⑤ 外来腫瘍化学療法診療料の見直し

#### I-3 業務の効率化に資する ICT の利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価

- ① ICT、AI、IoT 等の活用による業務負担軽減の取組の推進
- ② 医療機関・薬局における事務等の簡素化・効率化

#### I-4 地域医療の確保及び機能分化を図る観点から、労働時間短縮の実効性担保に向けた見直しを含め、必要な救急医療体制等の確保

- ① 地域医療体制確保加算の見直し
- ② 勤務医の働き方改革の取組の推進

#### I-5 多様な働き方を踏まえた評価の拡充

- ① 特定集中治療室管理料等の見直し
- ② 看護補助体制充実加算に係る評価の見直し
- ③ 感染対策向上加算等における専従要件の明確化
- ④ ICT、AI、IoT 等の活用による業務負担軽減の取組の推進
- ⑤ 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

#### I-6 医療人材及び医療資源の偏在への対応

- ① 時間外対応加算の見直し
- ② 特定集中治療室管理料等の見直し
- ③ 超急性期脳卒中加算の見直し

- ④ 脳梗塞の患者に対する血栓回収療法における遠隔連携の評価
- ⑤ DPC/PDPS の見直し
- ⑥ 医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し
- ⑦ 医療資源の少ない地域の対象地域の見直し

## II ポスト 2025 を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進や医療 DX を含めた医療機能の分化・強化、連携の推進

### II-1 医療 DX の推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進

- ① 医療情報・システム基盤整備体制充実加算の見直し
- ② 医療 DX 推進体制整備加算の新設
- ③ 在宅医療における医療 DX の推進
- ④ 訪問看護医療 DX 情報活用加算の新設
- ⑤ 救急時医療情報閲覧機能の導入の推進
- ⑥ へき地診療所等が実施する D to P with N の推進
- ⑦ 難病患者の治療に係る遠隔連携診療料の見直し
- ⑧ 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料における情報通信機器を用いた診療に係る評価の新設
- ⑨ 小児特定疾患カウンセリング料の見直し
- ⑩ 情報通信機器を用いた通院精神療法に係る評価の新設
- ⑪ 情報通信機器を用いた歯科診療に係る評価の新設
- ⑫ 歯科遠隔連携診療料の新設
- ⑬ 超急性期脳卒中加算の見直し
- ⑭ 脳梗塞の患者に対する血栓回収療法における遠隔連携の評価
- ⑮ 診療録管理体制加算の見直し
- ⑯ プログラム医療機器の使用に係る指導管理の評価
- ⑰ 診療報酬における書面要件の見直し
- ⑱ 書面掲示事項のウェブサイトへの掲載
- ⑲ 医療機関・薬局における事務等の簡素化・効率化

### II-2 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

- ① 地域で救急患者等を受け入れる病棟の評価
- ② 介護保険施設入所者の病状の急変時の適切な入院受入れの推進
- ③ 医療機関と介護保険施設の連携の推進
- ④ 介護保険施設及び障害者支援施設における医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し

- ⑧ 入退院支援加算 3 の見直し
- ⑨ 一般病棟と一体的に運用する小児入院医療管理料 3 の見直し
- ⑩ 小児入院医療管理料における保育士・看護補助者の評価の新設
- ⑪ 母体・胎児集中治療室管理料の見直し
- ⑫ ハイリスク妊娠管理加算の見直し

#### Ⅲ－４－３ 質の高いがん医療及び緩和ケアの評価

- ① がん性疼痛緩和指導管理料の見直し
- ② 緩和ケア病棟における在宅療養支援の充実
- ③ 在宅における注射による麻薬の投与に係る評価の新設
- ④ 在宅における質の高い緩和ケアの提供の推進
- ⑤ 小児緩和ケア診療加算の新設
- ⑥ 外来腫瘍化学療法診療料の見直し
- ⑦ がん拠点病院加算の見直し

#### Ⅲ－４－４ 認知症の者に対する適切な医療の評価

- ① 入院基本料等の見直し
- ② 認知症ケア加算の見直し
- ③ 地域包括診療料等の見直し
- ④ 認知症患者に対するかかりつけ歯科医と医師等との連携による歯科医療の推進

#### Ⅲ－４－５ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

- ① 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
- ② 地域移行機能強化病棟入院料の継続と要件の見直し
- ③ 精神科入退院支援加算の新設
- ④ 療養生活環境整備指導加算及び療養生活継続支援加算の見直し
- ⑤ 通院・在宅精神療法の見直し及び早期診療体制充実加算の新設
- ⑥ 児童思春期支援指導加算の新設
- ⑦ 心理支援加算の新設
- ⑧ 精神科在宅患者支援管理料の見直し

#### Ⅲ－４－６ 難病患者に対する適切な医療の評価

- ① 難病患者の治療に係る遠隔連携診療料の見直し
- ② 遺伝学的検査の見直し

### Ⅲ－５ 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推進

## ② 入院基本料等の見直し

### 第1 基本的な考え方

40歳未満の勤務医師、事務職員等の賃上げに資する措置として、入院基本料等の評価を見直す。

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

また、人生の最終段階における適切な意思決定支援を推進する観点から、当該支援に係る指針の作成を要件とする。

さらに、医療機関における身体的拘束を最小化する取組を強化するため、医療機関において組織的に身体的拘束を最小化する体制の整備を求める。

### 第2 具体的な内容

#### 1. 入院基本料等の評価を見直す。

	改定後 点数	現行 点数
【一般病棟入院基本料】		
1 急性期一般入院基本料		
イ 急性期一般入院料 1	●●点	1,650点
ロ 急性期一般入院料 2	●●点	1,619点
ハ 急性期一般入院料 3	●●点	1,545点

2. 入院料の施設基準における栄養管理体制の基準に、標準的な栄養評価手法の活用及び退院時も含めた定期的な栄養状態の評価を栄養管理手順に位置づけることを明確化する。
3. 小児入院医療管理料等を算定する病棟のみを有する保険医療機関以外の入院基本料及び特定入院料を算定している医療機関において、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」等の内容を踏まえた適切な意思決定支援に係る指針を作成していることを要件とする。また、既に当該指針の作成が要件となっている入院料等の施設基準については廃止する。
4. 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、身体的拘束の最小化の実施体制を整備することを規定する。なお、精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む）における身体的拘束の取扱いについては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和 25 年法律第 123 号）の規定によるものとする。

改 定 案	現 行
<p>【入院料等】 [算定要件] 医科診療報酬点数表第 1 章第 2 部 入院料等 通則</p> <p>7 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策、<u>栄養管理体制、意思決定支援及び身体的拘束最小化</u>について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第 1 節（特別入院基本料等を含む。）<u>、第 3 節及び第 4 節（短期滞在手術等基本料 1 を除く。）</u>の各区分に掲げる入院料</p>	<p>【入院料等】 [算定要件] 医科診療報酬点数表第 1 章第 2 部 入院料等 通則</p> <p>7 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第 1 節（特別入院基本料等を含む。）<u>及び第 3 節</u>の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。</p>

【I-3 業務の効率化に資する ICT の利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価-①】

## ① ICT、AI、IoT 等の活用による業務負担軽減の

### 取組の推進

#### 第1 基本的な考え方

ICT の活用等による看護職員の更なる業務負担軽減の観点から、「夜間看護体制加算」等の夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等の項目を見直す。

#### 第2 具体的な内容

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

改定案	現行
<p>【夜間看護体制加算】 [施設基準]</p> <p>17 障害者施設等入院基本料の注10に規定する夜間看護体制加算について</p> <p>(1) 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、ア又はウを含む4項目以上を満たしていること。ただし、当該加算を算定する病棟が2交代制勤務又は変則2交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、ア及びウからコまでのうち、ア又はウを含む4項目以上を満たしていること。また、当該4項目以上</p>	<p>【夜間看護体制加算】 [施設基準]</p> <p>17 障害者施設等入院基本料の注 10に規定する夜間看護体制加算について</p> <p>(1) 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、ア又はウを含む4項目以上を満たしていること。ただし、当該加算を算定する病棟が2交代制勤務又は変則2交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、ア及びウからコまでのうち、ア又はウを含む4項目以上を満たしていること。なお、各項目の留意点</p>

にコが含まれることが望ましいこと。なお、各項目の留意点については、別添3の第4の3の9の(3)と同様であること。

ア～ケ (略)

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

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

については、別添3の第4の3の9の(3)と同様であること。

ア～ケ (略)

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

### ③ 在宅医療における医療DXの推進

#### 第1 基本的な考え方

居宅同意取得型のオンライン資格確認等システム、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスにより、在宅医療における診療計画の作成において取得された患者の診療情報や薬剤情報を活用することで質の高い医療を提供した場合について、新たな評価を行う。

#### 第2 具体的な内容

1. 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の1、在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の2、在宅患者訪問診療料（Ⅱ）及び在宅がん医療総合診療料について、居宅同意取得型のオンライン資格確認等システム、電子カルテ情報共有サービス及び電子処方箋により得られる情報を活用して質の高い医療を提供することに係る評価を新設する。

#### （新） 在宅医療DX情報活用加算

●●点

##### [対象患者]

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

##### [算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認等により得られる情報を踏まえて計画的な医学管理の下に、訪問して診療を行った場合は、在宅医療DX情報活用加算として、月1回に限り所定点数に加算する。ただし、区分番号●●に掲げる医療情報取得加算、区分番号●●に掲げる医療DX推進体制整備加算又は区分番号●●に掲げる訪問看護医療DX情報活用加算を算定した月は、在宅医療DX情報活用加算は算定できない。

##### [施設基準]

- (1) 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令(昭和51年厚生省令第36号)第1条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。
- (2) 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認を行う体制を

## ⑨ 小児特定疾患カウンセリング料の見直し

### 第1 基本的な考え方

発達障害等、児童思春期の精神疾患の支援を充実する観点から、小児特定疾患カウンセリング料について要件及び評価を見直すとともに、医師による小児の発達障害等に対する情報通信機器を用いたオンライン診療の有効性・安全性に係るエビデンスが示されたことを踏まえ、発達障害等を有する小児患者に対する情報通信機器を用いた医学管理について、新たな評価を行う。

### 第2 具体的な内容

1. 小児特定疾患カウンセリング料について、カウンセリングの実態を踏まえ、要件及び評価を見直す。
2. 小児特定疾患カウンセリング料について、情報通信機器を用いた診療を実施した場合の評価を新設する。

改 定 案	現 行
<p>【小児特定疾患カウンセリング料】</p> <p>イ 医師による場合</p> <p>(1) 初回 ●●点</p> <p>(2) 初回のカウンセリングを行った日後●●年以内の期間に行った場合</p> <p>① 月の1回目 ●●点</p> <p>② 月の2回目 ●●点</p> <p>(3) 初回のカウンセリングを行った日から起算して●●年以内の期間に行った場合((2)の場合を除く。)</p> <p>① 月の1回目 ●●点</p> <p>② 月の2回目 ●●点</p> <p>(4) 初回のカウンセリングを行った日から起算して●●年以内の期間に行った場合((2)及び(3)の場合を除く。) ●●点</p> <p>□ (略)</p>	<p>【小児特定疾患カウンセリング料】</p> <p>イ 医師による場合</p> <p>(1) 月の1回目 500点</p> <p>(2) 月の2回目 400点</p> <p>□ (略)</p>

[算定要件]

注1 小児科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、小児科若しくは心療内科を担当する医師又は医師の指示を受けた公認心理師が、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中以外のものに対して、療養上必要なカウンセリングを同一月内に1回以上行った場合に、初回のカウンセリングを行った日から起算して、●●年以内の期間においては月●●回に限り、●●年を超える期間においては、●●●年を限度として、月●●回に限り、算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号I002に掲げる通院・在宅精神療法又は区分番号I004に掲げる心身医学療法を算定している患者については算定しない。

2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、小児特定疾患カウンセリング料イの(1)、(2)、(3)又は(4)を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、イの(1)、(2)の①若しくは②、(3)の①若しくは②若しくは(4)の所定点数に代えて、それぞれ●●点、●●点若しくは●●点、●●点若しくは●●点若しくは●●点を算定する。

[施設基準]

(2)の2の2 小児特定疾患カウンセリング料の注2に規定する施設基準  
情報通信機器を用いた診療を行

[算定要件]

注 小児科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、小児科若しくは心療内科を担当する医師又は医師の指示を受けた公認心理師が、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中以外のものに対して、療養上必要なカウンセリングを同一月内に1回以上行った場合に、2年を限度として月2回に限り算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号I002に掲げる通院・在宅精神療法又は区分番号I004に掲げる心身医学療法を算定している患者については算定しない。

(新設)

[施設基準]

(新設)

<u>うにつき十分な体制が整備されて</u> <u>いること。</u>	
--	--

## ⑩ 情報通信機器を用いた 通院精神療法に係る評価の新設

### 第1 基本的な考え方

「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」を踏まえ、情報通信機器を用いて通院精神療法を実施した場合等について、新たな評価を行う。

### 第2 具体的な内容

1. 「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」を踏まえ、通院精神療法について、情報通信機器を用いて行った場合の評価を新設する。

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

<p>を行うにつき十分な体制が整備されていること。</p>	
-------------------------------	--

2. 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ホームページ等に掲示していることを追加する。

改定案	現行
<p>【情報通信機器を用いた診療】 [施設基準] 第1 情報通信機器を用いた診療 1 情報通信機器を用いた診療に係る施設基準 (1) 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されているものとして、以下のア～エを満たすこと。 ア～ウ (略) エ <u>情報通信機器を用いた診療の初診の場合には向精神薬を処方しないことを当該保険医療機関のウェブサイトに掲載していること。</u> (2) (略)</p>	<p>【情報通信機器を用いた診療】 [施設基準] 第1 情報通信機器を用いた診療 1 情報通信機器を用いた診療に係る施設基準 (1) 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されているものとして、以下のア～ウを満たすこと。 ア～ウ (略) (新設) (2) (略)</p>

【Ⅱ－２ 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－⑦】

## ⑦ 就労支援に係る医療機関と障害福祉サービスの連携の推進

### 第1 基本的な考え方

精神障害の特性を踏まえ医療機関と障害福祉サービスとの連携を推進する観点から、診療情報提供料（Ⅰ）について情報提供先を見直す。

### 第2 具体的な内容

診療情報提供料（Ⅰ）の注4に規定する情報提供先に、就労選択支援事業所を追加する。

(※)「就労選択支援」について規定する、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等の一部を改正する法律は、令和7年10月1日施行予定。

改定案	現行
<p>【診療情報提供料（Ⅰ）】 [算定要件] (14) 「注4」については、精神障害者である患者であって、次に掲げる施設に入所している患者又は介護老人保健施設（当該保険医療機関と同一の敷地内にある介護老人保健施設その他これに準ずる介護老人保健施設を除く。「注5」において同じ。）に入所している患者の診療を行っている保険医療機関が、診療の結果に基づき、患者の同意を得て、当該患者が入所しているこれらの施設に対して文書で診療情報を提供した場合に算定する。 ア グループホーム（障害者総合支援法第5条第17項に規定する共同生活援助を行う事業所をいう。）</p>	<p>【診療情報提供料（Ⅰ）】 [算定要件] (14) 「注4」については、精神障害者である患者であって、次に掲げる施設に入所している患者又は介護老人保健施設（当該保険医療機関と同一の敷地内にある介護老人保健施設その他これに準ずる介護老人保健施設を除く。「注5」において同じ。）に入所している患者の診療を行っている保険医療機関が、診療の結果に基づき、患者の同意を得て、当該患者が入所しているこれらの施設に対して文書で診療情報を提供した場合に算定する。 ア グループホーム（障害者総合支援法第5条第17項に規定する共同生活援助を行う事業所をいう。）</p>

## ① 急性期充実体制加算の見直し

### 第1 基本的な考え方

急性期医療に係る実績や体制を適切に評価する観点及び地域の医療体制の維持の観点から、急性期充実体制加算について、評価の在り方を見直す。

### 第2 具体的な内容

1. 悪性腫瘍手術等の実績要件のうち多くの基準を満たす場合とそれ以外であって小児科又は産科の実績を有する場合に応じた評価を行う。
2. 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。
3. 許可病床数 300 床未満の医療機関のみに適用される施設基準を廃止する。
4. 化学療法の実績要件について、外来で化学療法を実施している割合が一定以上であることを追加する。
5. 悪性腫瘍手術等の実績要件に、心臓胸部大血管手術に係る手術実績を追加する。

改 定 案	現 行
<p>【急性期充実体制加算】</p> <p>1 急性期充実体制加算 1</p> <p>イ 7日以内の期間 ●●点</p> <p>ロ 8日以上11日以内の期間 ●●点</p> <p>ハ 12日以上14日以内の期間 ●●点</p> <p>2 急性期充実体制加算 2</p> <p>イ 7日以内の期間 ●●点</p> <p>ロ 8日以上11日以内の期間 ●●点</p> <p>ハ 12日以上14日以内の期間 ●●点</p> <p>[算定要件]</p>	<p>【急性期充実体制加算】</p> <p>1 7日以内の期間 460点</p> <p>2 8日以上11日以内の期間 250点</p> <p>3 12日以上14日以内の期間 180点</p> <p>(新設)</p> <p>[算定要件]</p>

注1 高度かつ専門的な医療及び急性期医療を提供する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、急性期充実体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、かつ、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号A200に掲げる総合入院体制加算は別に算定できない。

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の確保につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、小児・周産期・精神科充実体制加算として、算定する急性期充実体制加算の区分に応じ、次に掲げる点数を更に所定点数に加算する。

イ 急性期充実体制加算1の場合 ●●点

ロ 急性期充実体制加算2の場合 ●●点

3 注2に該当しない場合であつて、精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制の確保につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、精神科充実体

注1 高度かつ専門的な医療及び急性期医療を提供する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、急性期充実体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号A200に掲げる総合入院体制加算は別に算定できない。

（新設）

2 精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制の確保につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、精神科充実体制

制加算として、●●点を更に所  
定点数に加算する。

[施設基準]

一の二 急性期充実体制加算の施設  
基準等

(1) 急性期充実体制加算 1 の施設基  
準

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

(2) 急性期充実体制加算 2 の施設基  
準

- イ (1) のイ、ロ及びニからトまで  
を満たすものであること。
- ロ 高度かつ専門的な医療及び急  
急性期医療に係る相当の実績を有  
していること。

(3) 小児・周産期・精神科充実体制  
加算

急性期の治療を要する小児患  
者、妊産婦である患者及び精神疾

加算として、30 点を更に所定点  
数に加算する。

[施設基準]

一の二 急性期充実体制加算の施設  
基準等

(1) 急性期充実体制加算の施設基準

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

(新設)

(新設)

患を有する患者に対する診療を行うにつき充実した体制が整備されていること。

- (4) 精神科充実体制加算の施設基準  
イ 急性期の治療を要する精神疾患を有する患者に対する診療を行うにつき充実した体制が整備されていること。  
ロ 小児・周産期・精神科充実体制加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。

#### 第1の2 急性期充実体制加算

##### 1 通則

- (1) (略)  
(削除)

- (2) 精神科充実体制加算の施設基準  
急性期の治療を要する精神疾患を有する患者等に対する診療を行うにつき充実した体制が整備されていること。

#### 第1の2 急性期充実体制加算

##### 1 急性期充実体制加算に関する施設基準

- (1) (略)  
(2) 手術等に係る実績について、以下のいずれかを満たしていること。  
ア 以下のうち、(イ)及び、(ロ)から(ハ)までのうち4つ以上を満たしていること。  
(イ) 全身麻酔による手術について、2,000 件／年以上（うち、緊急手術 350 件／年以上）又は許可病床数 300 床未満の保険医療機関にあっては、許可病床 1 床あたり 6.5 件／年以上（うち、緊急手術 1.15 件／年以上）  
(ロ) 悪性腫瘍手術について、400 件／年以上又は許可病床数 300 床未満の保険医療機関にあっては、許可病床 1 床あたり 1.0 件／年以上  
(ハ) 腹腔鏡下手術又は胸腔鏡下手術について、400 件／年以上又は許可病床数 300 床未満の保険医療機関にあっては、許可病

<p>(2) (略) (削除)</p>	<p>床1床あたり 1.0 件／年以上</p> <p>(二) <u>心臓カテーテル法による手術について、200 件／年以上又は許可病床数 300 床未満の保険医療機関にあっては、許可病床 1床あたり 0.6 件／年以上</u></p> <p>(ホ) <u>消化管内視鏡による手術について、600 件／年以上又は許可病床数 300 床未満の保険医療機関にあっては、許可病床数 1 床あたり 1.5 件／年以上</u></p> <p>(ヘ) <u>化学療法の実施について、1,000 件／年以上又は許可病床数 300 床未満の保険医療機関にあっては、許可病床 1 床あたり 3.0 件／年以上</u></p> <p>イ <u>以下のいずれかを満たし、かつ、アの(イ)及び、(ロ)から(ヘ)までのうち2つ以上を満たしていること。</u></p> <p>(イ) <u>異常分娩の件数について、50 件／年以上又は許可病床数 300 床未満の保険医療機関にあっては、許可病床 1 床あたり 0.1 件／年以上</u></p> <p>(ロ) <u>6 歳未満の乳幼児の手術件数 40 件／年以上又は許可病床数 300 床未満の保険医療機関にあっては、許可病床 1 床あたり 0.1 件／年以上</u></p> <p>(3) (略)</p> <p>(4) <u>(2)のアの(ヘ)を満たしているものとして当該加算の届出を行っている場合、外来における化学療法の実施を推進する体制</u></p>
-------------------------	---

<p>(3)～(17) (略)</p> <p>2 <u>急性期充実体制加算1に関する施設基準</u></p> <p>(1) <u>手術等に係る実績について、以下のうち、イ及び、ロからトまでのうち5つ以上を満たしていること。</u></p> <p>イ <u>全身麻酔による手術について、●●件/年以上(うち、緊急手術●●件/年以上)</u></p> <p>ロ <u>悪性腫瘍手術について、●●件/年以上</u></p> <p>ハ <u>腹腔鏡下手術又は胸腔鏡下手術について、●●件/年以上</u></p> <p>ニ <u>心臓カテーテル法による手術について、●●件/年以上</u></p> <p>ホ <u>消化管内視鏡による手術について、●●件/年以上</u></p> <p>ヘ <u>化学療法の実施について、●●件/年以上</u></p> <p>ト <u>心臓胸部大血管の手術について、●●件/年以上</u></p>	<p><u>として、次のいずれにも該当すること。</u></p> <p>ア <u>区分番号「B001-2-12」の「1」外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っていること。</u></p> <p>イ <u>区分番号「B001-2-12」の「1」外来腫瘍化学療法診療料1において、当該保険医療機関で実施される化学療法のレジメン(治療内容)の妥当性を評価し、承認する委員会において、承認され、登録されている全てのレジメンのうち、4割以上のレジメンが外来で実施可能であること。</u></p> <p>(5)～(19) (略)</p> <p>(新設)</p>
--	---

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

ア 区分番号「B001-2-12」の「1」外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っていること。

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

3 急性期充実体制加算2の施設基準

(新設)

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

(イ) 異常分娩の件数について、●●件／年以上

(ロ) 6歳未満の乳幼児の手術件数●●件／年以上

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

ア 区分番号「B001-2-12」の「1」外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っていること。

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

<p><b>4 小児・周産期・精神科充実体制 加算の施設基準</b> 急性期の治療を要する小児患者、妊産婦である患者及び精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制として、次のいずれも満たすものであること。</p> <p>(1) 異常分娩の件数が●●件／年以上であること。</p> <p>(2) 6歳未満の乳幼児の手術件数が●●件／年以上であること。</p> <p>(3) 医療法第7条第2項第1号に規定する精神病床を有していること。</p> <p>(4) 精神疾患を有する患者に対し、24時間対応できる体制を確保していること。</p> <p>(5) 区分番号「A103」精神病棟入院基本料、区分番号「A311」精神科救急急性期医療入院料、区分番号「A311-2」精神科急性期治療病棟入院料、区分番号「A311-3」精神科救急・合併症入院料、区分番号「A311-4」児童・思春期精神科入院医療管理料、区分番号「A●●」精神科地域包括ケア病棟入院料又は区分番号「A318」地域移行機能強化病棟入院料のいずれかの届出を行っており、現に精神疾患患者の入院を受け入れていること。</p> <p><b>5 精神科充実体制加算の施設基準</b> 急性期の治療を要する精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制として、次のいずれも満たすものであること。</p> <p>(1)・(2) (略)</p> <p>(3) 区分番号「A103」精神病棟入院基本料、区分番号「A311」精神科救急急性期医療入院料、区分番号「A311-</p>	<p>(新設)</p> <p><b>2 精神科充実体制加算の施設基準</b> 急性期の治療を要する精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制として、次のいずれも満たすものであること。</p> <p>(1)・(2) (略)</p> <p>(3) 区分番号「A103」精神病棟入院基本料、区分番号「A311」精神科救急急性期医療入院料、区分番号「A311-</p>
---	--

2」精神科急性期治療病棟入院料、区分番号「A311-3」精神科救急・合併症入院料、区分番号「A311-4」児童・思春期精神科入院医療管理料、区分番号「A●●」精神科地域包括ケア病棟入院料又は区分番号「A318」地域移行機能強化病棟入院料のいずれかの届出を行っており、現に精神疾患患者の入院を受け入れていること。

6 (略)

[経過措置]

(1) 令和6年3月31日において現に急性期充実体制加算に係る届出を行っている保険医療機関については、令和●●年●●月●●日までの間に限り、2の(2)又は3の(2)の基準を満たしているものとみなす。

(2) 令和6年3月31日において現に急性期充実体制加算に係る届出を行っている保険医療機関のうち、急性期充実体制加算1に係る届出を行う保険医療機関については、令和●●年●●月●●日までの間に限り、2の(1)のトの基準を満たしているものとみなす。

(3) 令和6年3月31日において現に急性期充実体制加算に係る届出を行っている保険医療機関のうち許可病床数が300床未満の保険医療機関については、令和●●年●●月●●日までの間に限り、施設基準のうち2(1)及び3(1)についてはなお従前の例による。

2」精神科急性期治療病棟入院料、区分番号「A311-3」精神科救急・合併症入院料、区分番号「A311-4」児童・思春期精神科入院医療管理料又は区分番号「A318」地域移行機能強化病棟入院料のいずれかの届出を行っており、現に精神疾患患者の入院を受け入れていること。

3 (略)

[経過措置]

(新設)

## ⑯ 児童・思春期精神科入院医療管理料における 不適切な養育等が疑われる小児患者に対する支援 体制の評価の新設

### 第1 基本的な考え方

不適切な養育等が疑われる児童の早期発見や、福祉・保健・警察・司法・教育等の関係機関の適切な連携を推進する観点から、児童・思春期精神科入院医療管理料において、多職種で構成される専任のチームを設置して連携体制を整備している場合について、新たな評価を行う。

### 第2 具体的な内容

児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟において、不適切な養育等が行われていることが疑われる患者に対して迅速かつ適切な対応が行われるよう、多職種による専任のチームを設置している場合の評価を新設する。

改 定 案	現 行
<p>【児童・思春期精神科入院医療管理料】 [算定要件] <b>注3</b> 当該病棟に入院している20歳未満の精神疾患を有する患者に対する支援体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の病棟に入院している患者について、精神科養育支援体制加算として、入院初日に限り●●点を所定点数に加算する。</p> <p>[施設基準] 十五の三 児童・思春期精神科入院医療管理料の施設基準等 <b>(1) 児童・思春期精神科入院医療管理料の施設基準</b></p>	<p>【児童・思春期精神科入院医療管理料】 [算定要件] (新設)</p> <p>[施設基準] 十五の三 児童・思春期精神科入院医療管理料の施設基準 (新設)</p>

ア (略)	(1) (略)
イ (略)	(2) (略)
ウ (略)	(3) (略)
エ (略)	(4) (略)
オ (略)	(5) (略)
カ (略)	(6) (略)
キ (略)	(7) (略)
(2) 児童・思春期精神科入院医療 管理料の注3に規定する精神科 養育支援体制加算の施設基準 虐待等不適切な養育が行われ ていることが疑われる20歳未満 の精神疾患を有する患者に対す る支援を行うにつき十分な体制 が整備されていること。	(新設)

## ⑮ 虐待防止措置及び身体的拘束等の適正化の推進

### 第1 基本的な考え方

訪問看護における虐待防止措置及び身体的拘束等の適正化を推進する観点から、虐待防止措置に関する体制整備を義務化するとともに、身体的拘束等を原則禁止する。

### 第2 具体的な内容

1. 指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準（平成12年厚生省令第80号）を改正し、指定訪問看護事業者に対し、指定訪問看護ステーションごとの運営規定に、「虐待の防止のための措置に関する事項」を定めることを義務付ける。また、本改正に際し、●●年の経過措置期間を設ける。
2. 指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準の一部を改正し、指定訪問看護の具体的取扱方針に、身体的拘束等の原則禁止や緊急やむを得ない場合に身体的拘束等を行う場合における記録の義務を追加する。

改 定 案	現 行
<p>【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】 （指定訪問看護の具体的取扱方針）</p> <p>第十五条 看護師等の行う指定訪問看護の方針は、次に掲げるところによるものとする。</p> <p>一・二 （略）</p> <p><b>三 指定訪問看護の提供に当たっては、当該利用者又は他の利用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、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行ってはならない。</b></p> <p><b>四 前号の身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並び</b></p>	<p>【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】 （指定訪問看護の具体的取扱方針）</p> <p>第十五条 看護師等の行う指定訪問看護の方針は、次に掲げるところによるものとする。</p> <p>一・二 （略）</p> <p>（新設）</p> <p>（新設）</p>

に緊急やむを得ない理由を記録  
しなければならない。

五～七 (略)

(運営規程)

第二十一条 指定訪問看護事業者  
は、指定訪問看護ステーションご  
とに、次に掲げる事業の運営につ  
いての重要事項に関する規定（以  
下「運営規程」という。）を定め  
ておかなければならない。

一～六 (略)

七 虐待の防止のための措置に関  
する事項

八 その他運営に関する重要事項

三～五 (略)

(運営規程)

第二十一条 指定訪問看護事業者  
は、指定訪問看護ステーションご  
とに、次に掲げる事業の運営につ  
いての重要事項に関する規定（以  
下「運営規程」という。）を定め  
ておかなければならない。

一～六 (略)

(新設)

七 その他運営に関する重要事項

## ⑯ 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

### 第1 基本的な考え方

多様化する利用者や地域のニーズに対応するとともに、質の高い効果的なケアが実施されるよう、訪問看護ステーションの機能強化を図る観点から、訪問看護管理療養費の要件及び評価を見直す。

### 第2 具体的な内容

1. 訪問看護管理療養費について、訪問看護ステーションの利用者に占める同一建物居住者の割合、特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等の者、特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる者に該当する利用者及び精神科訪問看護利用者のGAF尺度の受入実績に応じた評価体系に変更する。

改 定 案	現 行
<p>【訪問看護管理療養費】</p> <p>2 月の2日目以降の訪問の場合 (1日につき)</p> <p>イ 訪問看護管理療養費1 ●●円</p> <p>ロ 訪問看護管理療養費2 ●●円</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 指定訪問看護を行うにつき安全な提供体制が整備されている訪問看護ステーション(1のイ、ロ及びハ並びに2のイ及びロについては、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に限る。)であって、利用者に対して訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っているものが、当該利用者に係る訪問看護計画書及び訪問看護報告書並びに精神</p>	<p>【訪問看護管理療養費】</p> <p>2 月の2日目以降の訪問の場合 (1日につき) 3,000円</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 指定訪問看護を行うにつき安全な提供体制が整備されている訪問看護ステーション(イ、ロ及びハについては、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に限る。)であって、利用者に対して訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っているものが、当該利用者に係る訪問看護計画書及び訪問看護報告書並びに精神科訪問看護計画書及び</p>

科訪問看護計画書及び精神科訪問看護報告書を当該利用者の主治医（保険医療機関の保険医又は介護老人保健施設若しくは介護医療院の医師に限る。以下同じ。）に対して提出するとともに、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を継続して行った場合に、訪問の都度算定する。

[施設基準]

(4) 訪問看護管理療養費 1 の基準

訪問看護ステーションの利用者のうち、同一建物居住者（当該者と同一の建物に居住する他の者に対して当該訪問看護ステーションが同一日に指定訪問看護を行う場合の当該者をいう。以下同じ。）であるものが占める割合が●●割未満であって、次のイ又はロに該当するものであること。

イ 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の者及び特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者に対する訪問看護について相当な実績を有すること。

ロ 精神科訪問看護基本療養費を算定する利用者のうち、GAF尺度による判定が●●以下の利用者の数が月に●●人以上であること。

(5) 訪問看護管理療養費 2 の基準

訪問看護ステーションの利用者のうち、同一建物居住者であるものが占める割合が●●割以上であること又は当該割合が●●割未満であって（4）のイ若しくはロのいずれにも該当しないこと。

(6)～(9) (略)

[経過措置]

二 令和六年三月三十一日時点にお

精神科訪問看護報告書を当該利用者の主治医（保険医療機関の保険医又は介護老人保健施設若しくは介護医療院の医師に限る。以下同じ。）に対して提出するとともに、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を継続して行った場合に、訪問の都度算定する。

[施設基準]

(新設)

(新設)

(4)～(7) (略)

[経過措置]

(新設)

<p>いて現に指定訪問看護事業者が、当該指定に係る訪問看護事業を行う事業所については、令和●●年●●月●●日までの間に限り、第一の六の(4)の基準に該当するものとみなす。</p>	
---	--

2. 機能強化型訪問看護管理療養費1の要件について、在宅看護等に係る専門の研修を受けた看護師を配置することとする。
3. 訪問看護ステーションにおける適切な感染管理の下での利用者への対応を評価する観点から、訪問看護管理療養費の評価を見直す。
4. 訪問看護ステーションにおける訪問看護療養費明細書のオンライン請求が開始されることを踏まえ、訪問看護療養費明細書のオンライン請求及び領収証兼明細書の発行を推進する観点から、訪問看護管理療養費の評価を見直す。

改 定 案	現 行
<p><b>【訪問看護管理療養費】</b></p> <p>1 月の初日の訪問の場合</p> <p style="margin-left: 20px;">イ 機能強化型訪問看護管理療養費1 <span style="float: right;">●●円</span></p> <p style="margin-left: 20px;">ロ 機能強化型訪問看護管理療養費2 <span style="float: right;">●●円</span></p> <p style="margin-left: 20px;">ハ 機能強化型訪問看護管理療養費3 <span style="float: right;">●●円</span></p> <p style="margin-left: 20px;">ニ イからハまで以外の場合 <span style="float: right;">●●円</span></p> <p>2 (略)</p> <p><b>【機能強化型訪問看護管理療養費1 (訪問看護管理療養費)】</b></p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 機能強化型訪問看護管理療養費1の基準</p> <p style="margin-left: 20px;">ト <u>専門の研修を受けた看護師が配置されていること。</u></p> <p>[経過措置]</p> <p>一 <u>令和六年三月三十一日において現に機能強化型訪問看護管理療養費1に係る届出を行っている訪問</u></p>	<p><b>【訪問看護管理療養費】</b></p> <p>1 月の初日の訪問の場合</p> <p style="margin-left: 20px;">イ 機能強化型訪問看護管理療養費1 <span style="float: right;">12,830円</span></p> <p style="margin-left: 20px;">ロ 機能強化型訪問看護管理療養費2 <span style="float: right;">9,800円</span></p> <p style="margin-left: 20px;">ハ 機能強化型訪問看護管理療養費3 <span style="float: right;">8,470円</span></p> <p style="margin-left: 20px;">ニ イからハまで以外の場合 <span style="float: right;">7,440円</span></p> <p>2 (略)</p> <p><b>【機能強化型訪問看護管理療養費1 (訪問看護管理療養費)】</b></p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 機能強化型訪問看護管理療養費1の基準</p> <p style="margin-left: 20px;">(新設)</p> <p>[経過措置]</p> <p>(新設)</p>

看護ステーションについては、令和●●年●●月●●日までの間に限り、第一の六の(1)のトに該当するものとみなす。

## ⑱ 緊急訪問看護加算の評価の見直し

### 第1 基本的な考え方

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。

### 第2 具体的な内容

#### 1. 緊急訪問看護加算に、同一月の算定回数に応じた算定区分を設ける。

改 定 案	現 行
<p>【緊急訪問看護加算（訪問看護基本療養費）】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注9 1及び2（いずれもハを除く。）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。</p> <p>イ 月●●日目まで ●●円</p> <p>ロ 月●●日目以降 ●●円</p> <p>※ 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基本療養費についても同様。</p>	<p>【緊急訪問看護加算（訪問看護基本療養費）】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注9 1及び2（いずれもハを除く。）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。</p> <p>（新設）</p>

2. 緊急訪問看護加算を算定する際に、利用者又はその家族等が求めた内容、主治医の指示内容及び緊急の指定訪問看護の実施内容等を記録することを明確化する。

3. また、緊急の指定訪問看護を行った理由について、訪問看護療養費明細書の備考に記載を求める。

改 定 案	現 行
<p>【緊急訪問看護加算（訪問看護基本療養費）】            [算定要件]  <u>(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。</u>            (5) (略)  <u>(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。</u></p>	<p>【緊急訪問看護加算（訪問看護基本療養費）】            [算定要件]            (新設)             (4) (略)            (新設)</p>

## ②1 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

### 第1 基本的な考え方

より質の高い医療の実現に向けてレセプト情報の利活用を推進する観点から、訪問看護指示書及び精神科訪問看護指示書の記載事項及び様式を見直す。

### 第2 具体的な内容

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

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

(5) 患者の診療を行った精神科の医師は、指定訪問看護の必要性を認めた場合には、診療に基づき速やかに精神科訪問看護指示書及び精神科特別訪問看護指示書（以下この項において「精神科訪問看護指示書等」という。）を作成すること。当該精神科訪問看護指示書等には、緊急時の連絡先として、診療を行った保険医療機関の電話番号等を必ず記載した上で、訪問看護ステーションに交付すること。**また、当該精神科訪問看護指示書等には、原則として主たる傷病名の傷病名コードを記載すること。**

なお、精神科訪問看護指示書等は、特に患者の求めに応じて、患者又はその家族等を介して訪問看護ステーションに交付できるものであること。

(5) 患者の診療を行った精神科の医師は、指定訪問看護の必要性を認めた場合には、診療に基づき速やかに精神科訪問看護指示書及び精神科特別訪問看護指示書（以下この項において「精神科訪問看護指示書等」という。）を作成すること。当該精神科訪問看護指示書等には、緊急時の連絡先として、診療を行った保険医療機関の電話番号等を必ず記載した上で、訪問看護ステーションに交付すること。

なお、精神科訪問看護指示書等は、特に患者の求めに応じて、患者又はその家族等を介して訪問看護ステーションに交付できるものであること。

## ⑳ 在宅医療における薬学的管理に係る評価の新設

### 第1 基本的な考え方

在宅医療において、薬剤師が医療・介護の多職種と連携しつつ、質の高い薬学管理を推進するため、退院後の在宅訪問を開始する移行期における薬学的管理、医師等との連携による処方内容の調整、介護関係者に対する服用薬等に係る情報提供等について、新たな評価を行う。

### 第2 具体的な内容

1. 退院直後など、計画的に実施する訪問薬剤管理指導の前の段階で患者を訪問し、多職種と連携して今後の訪問薬剤管理指導のための服薬状況の確認や薬剤の管理等の必要な指導等を実施した場合の評価を設ける。

(新) 在宅移行初期管理料（1回に限り）

●●点

[算定要件]

- (1) 在宅での療養へ移行が予定されている通院が困難な患者であって、服薬管理に係る支援が必要なものに対して、当該患者の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者の同意を得て、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関等と連携して、在宅療養を開始するに当たり必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、当該患者において区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料（単一建物診療患者が1人の場合）その他厚生労働大臣が定める費用を算定した初回算定日の属する月に1回に限り算定する。
- (2) 在宅移行初期管理料は、以下のア及びイを満たす患者のうち、薬学的管理の観点から保険薬剤師が患者を訪問して特に重点的な服薬支援を行う必要があると判断したものを対象とする。
  - ア 認知症患者、精神障害者である患者など自己による服薬管理が困難な患者、児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である18歳未満の患者、6歳未満の乳幼児、末期のがん患者及び注射による麻薬の投与が必要な患者。
  - イ 在宅患者訪問薬剤管理指導料、居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費（いずれも単一建物診療患者が1人の場合に限る。）に係る医師の指示のある患者。

## ① データ提出加算及びデータ提出加算に係る届出を要件とする入院料の見直し

### 第1 基本的な考え方

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

### 第2 具体的な内容

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

改 定 案	現 行
<p>【データ提出加算】 [算定要件]</p> <p>1 データ提出加算1（入院初日） イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 ●●点 ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 ●●点</p> <p>2 データ提出加算2（入院初日） イ 許可病床数が200床以上の病院</p>	<p>【データ提出加算】 [算定要件]</p> <p>1 データ提出加算1（入院初日） イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 140点 ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 210点</p> <p>2 データ提出加算2（入院初日） イ 許可病床数が200床以上の病院</p>

<p>の場合 <u>●●点</u>  <input type="checkbox"/> 許可病床数が200床未満の病院の場合 <u>●●点</u></p> <p>3 データ提出加算3（入院期間が90日を超えるごとに1回）  <input type="checkbox"/> 許可病床数が200床以上の病院の場合 <u>●●点</u>  <input type="checkbox"/> 許可病床数が200床未満の病院の場合 <u>●●点</u></p> <p>4 データ提出加算4（入院期間が90日を超えるごとに1回）  <input type="checkbox"/> 許可病床数が200床以上の病院の場合 <u>●●点</u>  <input type="checkbox"/> 許可病床数が200床未満の病院の場合 <u>●●点</u></p>	<p>の場合 <u>150点</u>  <input type="checkbox"/> 許可病床数が200床未満の病院の場合 <u>220点</u></p> <p>3 データ提出加算3（入院期間が90日を超えるごとに1回）  <input type="checkbox"/> 許可病床数が200床以上の病院の場合 <u>140点</u>  <input type="checkbox"/> 許可病床数が200床未満の病院の場合 <u>210点</u></p> <p>4 データ提出加算4（入院期間が90日を超えるごとに1回）  <input type="checkbox"/> 許可病床数が200床以上の病院の場合 <u>150点</u>  <input type="checkbox"/> 許可病床数が200床未満の病院の場合 <u>220点</u></p>
<p>[算定要件] (削除)</p>	<p>[算定要件] 注3 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に入院している患者については、提出データ評価加算として、40点を更に所定点数に加算する。</u></p>
<p>(3) データの提出（データの再照会に係る提出を含む。）に遅延等が認められた場合、当該月の翌々月について、当該加算は算定できない。なお、遅延等とは、厚生労働省がDPC調査の一部事務を委託するDPC調査事務局宛てに、DPC導入の影響評価に係る調査実施説明資料（以下「調査実施説明資料」という。）に定められた期限までに、当該医療機関のデータが提出されていない場合（提出時刻が確認できない手段等、調査実施説明資料にて定められた提出方法以外の方法で提出された場合を含む。）、提出されたデータが調査実施説明資料に定められたデータと異なる内容であった場合（データが格納されていない空の媒体が提出された場合を含む。）をい</p>	<p>(3) データの提出（データの再照会に係る提出を含む。）に遅延等が認められた場合、当該月の翌々月について、当該加算は算定できない。なお、遅延等とは、厚生労働省がDPC調査の一部事務を委託するDPC調査事務局宛てに、DPC導入の影響評価に係る調査実施説明資料（以下「調査実施説明資料」という。）に定められた期限までに、当該医療機関のデータが提出されていない場合（提出時刻が確認できない手段等、調査実施説明資料にて定められた提出方法以外の方法で提出された場合を含む。）、提出されたデータが調査実施説明資料に定められたデータと異なる内容であった場合（データが格納されていない空の媒体が提出された場合を含む。）をい</p>

う。

ただし、区分番号「A207」に掲げる診療録管理体制加算1の届出を行っている保険医療機関において、サイバー攻撃により診療体制に甚大な影響等が発生し、データを継続的かつ適切に提出することが困難である場合は、この限りでない。

[施設基準]  
(削除)

【地域一般入院基本料】

[施設基準]

□ 地域一般入院基本料の施設基準

① 通則

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

【療養病棟入院基本料】

[施設基準]

三 療養病棟入院基本料の施設基準等

(1) 療養病棟入院基本料の注1本文に規定する入院料の施設基準

イ 通則

⑧ データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。ただし、新規に保険医療機関を開設する場合であって療養病棟入院料2に係る届出を行う場合その他やむを得ない事情があるときを除く。

う。

[施設基準]

(3) 提出データ評価加算の施設基準(略)

【地域一般入院基本料】

[施設基準]

□ 地域一般入院基本料の施設基準

① 通則

4 データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

【療養病棟入院基本料】

[施設基準]

三 療養病棟入院基本料の施設基準等

(1) 療養病棟入院基本料の注1本文に規定する入院料の施設基準

イ 通則

⑧ データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

<p>【精神病棟入院基本料】 [施設基準] 四の二 精神病棟入院基本料の施設基準等 (1) 精神病棟入院基本料の注1に規定する入院基本料の施設基準 イ 十対一入院基本料の施設基準 ⑤ データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。 ロ 十三対一入院基本料の施設基準 ⑥ データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。</p> <p>【精神科急性期治療病棟入院料】 [施設基準] 十五 精神科急性期治療病棟入院料の施設基準等 (1) 通則 へ データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。</p> <p>【児童・思春期精神科入院医療管理料】 [施設基準] 十五の三 児童・思春期精神科入院医療管理料の施設基準 (8) データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。</p>	<p>【精神病棟入院基本料】 [施設基準] 四の二 精神病棟入院基本料の施設基準等 (1) 精神病棟入院基本料の注1に規定する入院基本料の施設基準 イ 十対一入院基本料の施設基準 (新設)</p> <p>ロ 十三対一入院基本料の施設基準 (新設)</p> <p>【精神科急性期治療病棟入院料】 [施設基準] 十五 精神科急性期治療病棟入院料の施設基準等 (1) 通則 (新設)</p> <p>【児童・思春期精神科入院医療管理料】 [施設基準] 十五の三 児童・思春期精神科入院医療管理料の施設基準 (新設)</p>
--	---

[経過措置]

令和6年3月31日時点において現に精神病棟入院基本料（10対1入院基本料又は13対1入院基本料に限る。）、精神科急性期治療病棟入院料又は児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関については、令和●●年●●月●●日までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなす。

令和6年3月31日において、急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。)、専門病院入院基本料(13対1入院基本料を除く。)、回復期リハビリテーション病棟入院料1から4まで又は地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟若しくは地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室のいずれも有しない保険医療機関であって、以下のいずれかに該当するもの、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものに限り、当分の間、当該基準を満たしているものとみなす。

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

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

## ① 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

### 第1 基本的な考え方

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。

### 第2 具体的な内容

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

(新) 精神科地域包括ケア病棟入院料（1日につき） ●●点

[算定要件]

- (1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た精神病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神病棟に入院している患者について、区分番号A311に掲げる精神科救急急性期医療入院料、区分番号A311-2に掲げる精神科急性期治療病棟入院料及び区分番号A311-3に掲げる精神科救急・合併症入院料を算定した期間と通算して●●日を限度として、所定点数を算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により算定する。
- (2) 当該病棟に転棟若しくは転院又は入院した日から起算して●日間に限り、自宅等移行初期加算として、●●点を加算する。
- (3) 過去1年以内に、当該入院料又は(2)に規定する加算を算定した患者については、(1)又は(2)に規定する期間の計算に当たって、直近1年間に当該入院料又は当該加算を算定していた期間を●●日又は●●日に算入するものとする。
- (4) 区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料の15対1入院基本料、18対1入院基本料並びに20対1入院基本料、区分番号A312に掲げる精神療養病棟入院料、区分番号A314に掲げる認知

症治療病棟入院料及び区分番号A318に掲げる地域移行機能強化病棟入院料を届け出ている病棟から、当該病棟への転棟は、患者1人につき●回に限る。

- (5) 当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した1日当たりの抗精神病薬が2種類以下の場合に限り、非定型抗精神病薬加算として、1日につき●●点を所定点数に加算する。

#### [施設基準]

- (1) 主として地域生活に向けた重点的な支援を要する精神疾患を有する患者を入院させ、精神病棟を単位として行うものであること。
- (2) 医療法施行規則第十九条第一項第一号に定める医師の員数以上の員数が配置されていること。
- (3) 医療法施行規則第十九条第二項第二号に定める看護師及び准看護師の員数以上の員数が配置されていること。
- (4) 当該病棟を有する保険医療機関において、常勤の精神保健指定医が二名以上配置され、かつ、当該病棟に専任の常勤精神科医が一名以上配置されていること。
- (5) 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十三又はその端数を増すごとに一以上であること。
- (6) (5)の規定にかかわらず、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師の数は、一以上であること。
- (7) (5)の規定にかかわらず、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十五又はその端数を増すごとに一以上であること。
- (8) 当該病棟において、看護職員の最小必要数の四割以上が看護師であること。
- (9) 夜勤については、(5)の規定にかかわらず、看護職員の数が二以上であること。
- (10) 当該地域における精神科救急医療体制の確保に協力するにつき必要な体制及び実績を有している保険医療機関であること。
- (11) 精神障害者の地域生活に向けた重点的な支援を行うにつき十分な体制及び実績を有していること。
- (12) 精神障害者の地域生活を支援する関係機関等との連携を有していること。
- (13) データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

#### [経過措置]

令和6年3月31日において現に精神病棟を単位として届出を行う入

院料に係る届出を行っている病棟については、令和●●年●●月●●日  
までの間に限り、(10)、(11) 及び (13) に該当するものとみなす。

## ② 地域移行機能強化病棟入院料の継続と 要件の見直し

### 第1 基本的な考え方

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

### 第2 具体的な内容

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

改 定 案	現 行
<p>【地域移行機能強化病棟入院料】 [施設基準]</p> <p>(14)届出時点で、次のいずれの要件も満たしていること。</p> <p>ア (略)</p> <p>イ 以下の式で算出される数値が●●%以上であること。なお、自宅等への退院とは、患家、介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設へ移行することをいう。ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設に入所した場合を除いたものをいう。</p> <p>当該保険医療機関に1年以上入院していた患者のうち、当該病棟から自宅等に退院した患者の数の1か月当たりの平均(届出の前月までの3か月間における平均)÷当該病棟の届出病床数×</p>	<p>【地域移行機能強化病棟入院料】 [施設基準]</p> <p>(14)届出時点で、次のいずれの要件も満たしていること。</p> <p>ア (略)</p> <p>イ 以下の式で算出される数値が2.4%以上であること。なお、自宅等への退院とは、患家、介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設へ移行することをいう。ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設に入所した場合を除いたものをいう。</p> <p>当該保険医療機関に1年以上入院していた患者のうち、当該病棟から自宅等に退院した患者の数の1か月当たりの平均(届出の前月までの3か月間における平均)÷当該病棟の届出病床数×</p>

<p>100 (%)</p> <p>(15) 算定開始以降、各月末時点で、以下の式で算出される数値が●●%以上であること。</p> <p>当該保険医療機関に1年以上入院していた患者のうち、算定開始以降に当該病棟から自宅等に退院した患者数の1か月当たりの平均(地域移行機能強化病棟入院料を算定した全期間における平均)÷当該病棟の届出病床数 × 100 (%)</p> <p>(16) 算定開始以降、1年ごとに1回以上、当該保険医療機関全体の精神病床について、当該保険医療機関の所在する都道府県に許可病床数変更の許可申請を行っていること。算定開始月の翌年以降の同じ月における許可病床数は、以下の式で算出される数値以下であること。</p> <p>届出前月末日時点での精神病床の許可病床数－(当該病棟の届出病床数の●●% × 当該病棟の算定年数)</p> <p>(17) 地域移行機能強化病棟入院料に係る届出を取り下げる際には、許可病床数が以下の式で算出される数値以下であること。</p> <p>届出前月末日時点での精神病床の許可病床数－(当該病棟の届出病床数の●●% × 当該病棟の算定月数 ÷ 12)</p> <p>(中略)</p> <p>(削除)</p>	<p>100 (%)</p> <p>(15) 算定開始以降、各月末時点で、以下の式で算出される数値が2.4%以上であること。</p> <p>当該保険医療機関に1年以上入院していた患者のうち、算定開始以降に当該病棟から自宅等に退院した患者数の1か月当たりの平均(地域移行機能強化病棟入院料を算定した全期間における平均)÷当該病棟の届出病床数 × 100 (%)</p> <p>(16) 算定開始以降、1年ごとに1回以上、当該保険医療機関全体の精神病床について、当該保険医療機関の所在する都道府県に許可病床数変更の許可申請を行っていること。算定開始月の翌年以降の同じ月における許可病床数は、以下の式で算出される数値以下であること。</p> <p>届出前月末日時点での精神病床の許可病床数－(当該病棟の届出病床数の30% × 当該病棟の算定年数)</p> <p>(17) 地域移行機能強化病棟入院料に係る届出を取り下げる際には、許可病床数が以下の式で算出される数値以下であること。</p> <p>届出前月末日時点での精神病床の許可病床数－(当該病棟の届出病床数の30% × 当該病棟の算定月数 ÷ 12)</p> <p>(中略)</p> <p>(21) 令和2年3月31日において現に地域移行機能強化病棟入院料の届出を行っている病棟については、(14)から(17)までの規定に限り、なお従前の例による。</p>
--	--

2. 当該病棟において、専任の精神保健福祉士の配置に係る要件を緩和する。

改 定 案	現 行
-------	-----

<p>【地域移行機能強化病棟入院料】 [施設基準]</p> <p>二十 地域移行機能強化病棟入院料の施設基準等</p> <p>(1) 地域移行機能強化病棟入院料の施設基準</p> <p>ト 当該病棟に専従の常勤の精神保健福祉士が一名以上配置されていること。</p> <p>チ 当該病棟に退院調整を担当する者が一名以上（入院患者数が四十を超える場合は二名以上）配置されていること。</p> <p>リ～ヲ (略)</p> <p>(8) 当該病棟に1名以上の専従の常勤精神保健福祉士が配置されていること。</p> <p>(9) (略)</p> <p>(10) 当該病棟の入院患者の退院に向けた相談支援業務等を行う者（以下この項において「退院支援相談員」という）を、当該病棟に入院した患者1人につき1人以上指定し、当該保険医療機関内に配置していること。また、退院支援相談員のうち1名以上（入院患者の数が40を超える場合は2名以上）は、当該病棟に専任の常勤の者であること。なお、</p>	<p>【地域移行機能強化病棟入院料】 [施設基準]</p> <p>二十 地域移行機能強化病棟入院料の施設基準等</p> <p>(1) 地域移行機能強化病棟入院料の施設基準</p> <p>ト 当該病棟に専従の常勤の精神保健福祉士が一名以上配置されており、かつ、当該病棟に専任の常勤の精神保健福祉士が一名以上（入院患者数が四十を超える場合は二名以上）配置されていること。</p> <p>(新設)</p> <p>チ～ル (略)</p> <p>(8) 当該病棟に1名以上の専従の常勤精神保健福祉士及び1名以上の専任の常勤精神保健福祉士（入院患者の数が40を超える場合は2名以上）が配置されていること。ただし、当該病棟の入院患者の数が40を超える場合であって、身体合併症等を有する患者の退院支援業務のために必要な場合には、1名以上の専従の常勤精神保健福祉士、1名以上の専任の常勤精神保健福祉士及び1名以上の専任の常勤社会福祉士が配置されていればよいこと。</p> <p>(9) (略)</p> <p>(10) 当該病棟の入院患者の退院に向けた相談支援業務等を行う者（以下「退院支援相談員」という）を、当該病棟に入院した患者1人につき1人以上指定し、当該保険医療機関内に配置していること。なお、退院支援相談員は、次のいずれかの者であること。</p>
--	--

<p>退院支援相談員は、次のいずれかの者であること。</p> <p>ア 精神保健福祉士（当該病棟専従の者でも可）</p> <p>イ 保健師、看護師、准看護師、作業療法士、<u>社会福祉士又は公認心理師</u>として、精神障害者に関する業務に従事した経験を3年以上有する者</p> <p>※ <u>(10)のイに係る見直しについては、精神療養病棟入院料についても同様。</u></p>	<p>ア 精神保健福祉士（当該病棟専従の者でも可）</p> <p>イ 保健師、看護師、准看護師、作業療法士<u>又は社会福祉士として、精神障害者に関する業務に従事した経験を3年以上有する者</u></p>
---	--

3. 地域移行機能強化病棟入院料については、令和6年3月31日までに届け出ることとしているところ、令和12年3月31日までに延長する。

改定案	現行
<p>【地域移行機能強化病棟入院料】 [施設基準]</p> <p>第21 地域移行機能強化病棟入院料 3 届出に関する事項</p> <p>地域移行機能強化病棟入院料に係る届出は、別添7の様式9、様式20（作業療法等の経験を有する看護職員については、その旨を備考欄に記載すること。）及び様式57の4を用いること。作業療法士及び精神保健福祉士を看護配置に含める場合には、様式9の勤務実績表において、当該作業療法士及び当該精神保健福祉士を准看護師として記入すること。また、当該届出は<u>令和12年3月31日までに限り行うことができるものであること</u>。この場合において、病棟の勤務実績表で看護要員の職種が確認できる場合は、様式20の当該看護要員のみを省略することができること（作業療法等の経験を有する看護職員を除く。）。なお、重症者加算1について、精神療養病棟入院料の重症者加算1の届出を行っている場合は、地域移行機能強化病棟入院料の重症者加算1とし</p>	<p>【地域移行機能強化病棟入院料】 [施設基準]</p> <p>第21 地域移行機能強化病棟入院料 3 届出に関する事項</p> <p>地域移行機能強化病棟入院料に係る届出は、別添7の様式9、様式20（作業療法等の経験を有する看護職員及び専任の社会福祉士（<u>身体合併症等を有する患者の退院支援業務のために1名以上の専従の常勤精神保健福祉士及び1名以上の専任の常勤保健福祉士に加えて配置する場合に限る。</u>）については、その旨を備考欄に記載すること。）及び様式57の4を用いること。作業療法士及び精神保健福祉士を看護配置に含める場合には、様式9の勤務実績表において、当該作業療法士及び当該精神保健福祉士を准看護師として記入すること。また、当該届出は<u>令和6年3月31日までに限り行うことができるものであること</u>。この場合において、病棟の勤務実績表で看護要員の職種が確認できる場合は、様式20の当該看護要員のみを省略することができるこ</p>

<p>て特に地方厚生（支）局長に対して届出を行う必要はないこと。</p>	<p>と（作業療法等の経験を有する看護職員を除く。）。なお、重症者加算1について、精神療養病棟入院料の重症者加算1の届出を行っている場合は、地域移行機能強化病棟入院料の重症者加算1として特に地方厚生（支）局長に対して届出を行う必要はないこと。</p>
--------------------------------------	---

### ③ 精神科入退院支援加算の新設

#### 第1 基本的な考え方

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

#### 第2 具体的な内容

1. 精神病床に入院する患者に対して、入院早期から包括的支援マネジメントに基づく入退院支援を行った場合の評価を新設する。

(新) 精神科入退院支援加算（退院時1回） ●●点

##### [対象患者]

退院困難な要因を有する入院中の患者であって、在宅での療養を希望するもの

##### [算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、次に掲げる入退院支援のいずれかを行った場合に、退院時1回に限り、所定点数に加算する。ただし、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料の注7若しくは区分番号A312に掲げる精神療養病棟入院料の注6に規定する精神保健福祉士配置加算、区分番号A230-2に掲げる精神科地域移行実施加算又は区分番号I011に掲げる精神科退院指導料を算定する場合は、算定できない。

ア 退院困難な要因を有する入院中の患者であって、在宅での療養を希望するもの（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、精神科入退院支援加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して入退院支援を行った場合

イ 連携する他の保険医療機関において当該加算を算定した患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、精神科入退院支援加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）の転院（1回の転院に限る。）を受け入れ、当該患者に対して入退院支援を行った場合

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関内に、入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること。
- (2) 当該部門に入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の精神保健福祉士が配置されていること。
- (3) 当該部門に専従の看護師が配置されている場合にあつては専任の精神保健福祉士が、専従の精神保健福祉士が配置されている場合にあつては専任の看護師が配置されていること。
- (4) 各病棟に、入退院支援及び地域連携業務に専従として従事する専任の看護師又は精神保健福祉士が配置されていること。
- (5) その他入退院支援等を行うにつき十分な体制が整備されていること。

2. 精神科入退院支援加算の新設に伴い、精神科措置入院退院支援加算について評価を見直した上で当該加算の注加算として新設するとともに、精神科措置入院退院支援加算を廃止する。

改 定 案	現 行
<p>【精神科措置入院退院支援加算】 [算定要件] (削除)</p> <p>【精神科入退院支援加算】 [算定要件] 注2 <u>精神保健福祉法第29条又は第29条の2に規定する入院措置に係る患者について、都道府県、保健所を設置する市又は特別区と連携して退院に向けた支援を行った場合に、精神科措置入院退院支援加</u></p>	<p>【精神科措置入院退院支援加算】 [算定要件] 注 <u>精神保健福祉法第29条又は第29条の2に規定する入院措置に係る患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、精神科措置入院退院支援加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、都道府県、保健所を設置する市又は特別区と連携して退院に向けた支援を行った場合に、退院時1回に限り、所定点数に加算する。</u></p> <p>【精神科入退院支援加算】 [算定要件] (新設)</p>

算として、退院時1回に限り、●  
●点を更に所定点数に加算する。

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

改 定 案	現 行
<p>【精神科救急急性期医療入院料】 [算定要件] (削除)</p> <p>※ 精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料についても同様。</p> <p>【精神療養病棟入院料】 [算定要件] (削除)</p> <p>※ 認知症治療病棟入院料についても同様。</p>	<p>【精神科救急急性期医療入院料】 [算定要件]</p> <p>注4 <u>当該病棟に入院している、別に厚生労働大臣が定める状態にある患者に対して、入院した日から起算して7日以内に、当該保険医療機関の医師、看護師、精神保健福祉士等が共同して院内標準診療計画を作成し、当該患者が入院した日から起算して60日以内に当該計画に基づき退院した場合に、院内標準診療計画加算として、退院時1回に限り200点を所定点数に加算する。</u></p> <p>【精神療養病棟入院料】 [算定要件]</p> <p>注5 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該病棟に入院している患者について退院支援計画を作成し、退院支援部署による退院調整を行った場合は、退院調整加算として、退院時に500点を所定点数に加算する。</u></p>

## ④ 療養生活環境整備指導加算及び

### 療養生活継続支援加算の見直し

#### 第1 基本的な考え方

外来及び在宅患者に対する包括的支援マネジメントの実施を推進する観点から、療養生活環境整備指導加算及び療養生活継続支援加算について、要件及び評価を見直す。

#### 第2 具体的な内容

療養生活継続支援加算について、療養生活環境整備指導加算を統合するとともに、在宅精神療法を算定する患者に対しても算定可能とする。

改 定 案	現 行
<p>【通院・在宅精神療法】 [算定要件] (削除)</p> <p>8 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重点的な支援を要する患者に対して、精神科を担当する医師の指示の下、保健</p>	<p>【通院・在宅精神療法】 [算定要件] <u>注8</u> 1を算定する患者であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、直近の入院において、区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料1を算定した患者に対して、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師又は精神保健福祉士が、療養生活環境を整備するための指導を行った場合に、療養生活環境整備指導加算として、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、月1回に限り250点を所定点数に加算する。</p> <p>9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、1を算定する患者であって、重点的な支援を要するものに対して、精神科を担</p>

師、看護師又は精神保健福祉士が、当該患者が地域生活を継続するための面接及び関係機関との連絡調整を行った場合に、療養生活継続支援加算として、次に掲げる区分に従い、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、月1回に限り、いずれかを所定点数に加算する。

イ 直近の入院において、区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料1を算定した患者の場合

●●点

ロ イ以外の患者の場合

●●点

[施設基準]  
(削除)

一の一の五 通院・在宅精神療法の注8に規定する施設基準  
療養生活を継続するための支援を行うにつき十分な体制が確保されていること。

当する医師の指示の下、看護師又は精神保健福祉士が、当該患者が地域生活を継続するための面接及び関係機関との連絡調整を行った場合に、療養生活継続支援加算として、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、月1回に限り350点を所定点数に加算する。ただし、注8に規定する加算を算定した場合は、算定しない。

[施設基準]

一の一の四 通院・在宅精神療法の注8に規定する施設基準  
療養生活環境整備のための指導を行うにつき十分な体制が確保されていること。

一の一の五 通院・在宅精神療法の注9に規定する施設基準  
療養生活を継続するための支援を行うにつき十分な体制が確保されていること。

## ⑤ 通院・在宅精神療法の見直し

### 及び早期診療体制充実加算の新設

#### 第1 基本的な考え方

質の高い精神医療の提供を推進する観点から、通院・在宅精神療法について評価を見直すとともに、精神疾患の早期発見及び早期に重点的な診療等を実施する体制を有する医療機関が精神療法を行った場合について、新たな評価を行う。

#### 第2 具体的な内容

1. 通院・在宅精神療法について、60分以上の精神療法を行った場合及び30分未満の精神療法を行った場合の評価を見直す。

改定案	現行
<p>【通院・在宅精神療法（1回につき）】</p> <p>1 通院精神療法</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合</p> <p>(1) 精神保健指定医による場合 ●●点</p> <p>(2) (1)以外の場合 ●●点</p> <p>ハ イ及びロ以外の場合</p> <p>(1) 30分以上の場合 (略)</p> <p>(2) 30分未満の場合</p> <p>① 精神保健指定医による場合 ●●点</p> <p>② ①以外の場合 ●●点</p> <p>2 在宅精神療法</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ 区分番号A000に掲げる初</p>	<p>【通院・在宅精神療法（1回につき）】</p> <p>1 通院精神療法</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合</p> <p>(1) 精神保健指定医による場合 <u>560点</u></p> <p>(2) (1)以外の場合 <u>540点</u></p> <p>ハ イ及びロ以外の場合</p> <p>(1) 30分以上の場合 (略)</p> <p>(2) 30分未満の場合</p> <p>① 精神保健指定医による場合 <u>330点</u></p> <p>② ①以外の場合 <u>315点</u></p> <p>2 在宅精神療法</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ 区分番号A000に掲げる初</p>



<p style="text-align: right;">●●点</p> <p>□ <u>診療所の場合</u></p> <p>(1) <u>当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から●年以内の期間に行った場合</u></p> <p style="text-align: right;">●●点</p> <p>(2) <u>(1)以外の場合</u></p> <p style="text-align: right;">●●点</p> <p>[施設基準]</p> <p><u>一の一の八 通院・在宅精神療法の注11に規定する施設基準</u></p> <p><u>精神疾患の早期発見及び症状の評価等の必要な診療を行うにつき十分な体制が確保されていること。</u></p>	<p>[施設基準]</p> <p>(新設)</p>
---	---------------------------

## ⑥ 児童思春期支援指導加算の新設

### 第1 基本的な考え方

児童・思春期の精神疾患患者に対する外来診療の充実を図る観点から、多職種が連携して患者の外来診療を実施した場合について、新たな評価を行う。

### 第2 具体的な内容

1. 20歳未満の患者に対して、多職種が連携して外来診療を実施した場合の評価を新設する。

改 定 案	現 行
<p>【通院・在宅精神療法】 [算定要件]</p> <p>注10 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、20歳未満の患者に対して、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師等が共同して必要な支援を行った場合は、児童思春期支援指導加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。ただし、イについては、1回に限り算定する。また、注3又は注4に規定する加算を算定した場合は、算定しない。</u></p> <p>イ <u>●●分以上の通院・在宅精神療法を行った場合（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から●●月以内の期間に行った場合に限る。）</u> ●●点</p> <p>ロ <u>イ以外の場合</u> (1) <u>当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から</u></p>	<p>【通院・在宅精神療法】 [算定要件] (新設)</p>

<u>2年以内の期間に行った場合</u> <u>●●点</u> <u>(2) (1)以外の場合</u> ●●点	
[施設基準] 一の一の七 <u>通院・在宅精神療法の注10に規定する施設基準</u> <u>二十歳未満の精神疾患を有する患者の支援を行うにつき必要な体制及び実績を有していること。</u>	[施設基準] (新設)

2. 児童思春期支援指導加算の新設に伴い、20歳未満加算及び児童思春期精神科専門管理加算について、評価を見直す。

改 定 案	現 行
【通院・在宅精神療法】 [算定要件] 注3 20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から1年以内の期間に行った場合に限る。）は、 <u>●●点</u> を所定点数に加算する。ただし、注4又は注10に規定する加算を算定した場合は、算定しない。 4 特定機能病院若しくは区分番号A311-4に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行った保険医療機関又は当該保険医療機関以外の保険医療機関であって別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、通院・在宅精神療法を行った場合は、児童思春期精神科専門管理加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。ただし、口については、1回に限り算定する。また、注3又は注10に規定する加算を算定	【通院・在宅精神療法】 [算定要件] 注3 20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から1年以内の期間に行った場合に限る。）は、 <u>350点</u> を所定点数に加算する。ただし、注4に規定する加算を算定した場合は、算定しない。 4 特定機能病院若しくは区分番号A311-4に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行った保険医療機関又は当該保険医療機関以外の保険医療機関であって別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、通院・在宅精神療法を行った場合は、児童思春期精神科専門管理加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。ただし、口については、1回に限り算定する。

<u>した場合は、算定しない。</u> イ・ロ (略)	イ・ロ (略)
--------------------------------	---------

## ⑦ 心理支援加算の新設

### 第1 基本的な考え方

心的外傷に起因する症状を有する患者に対して適切な介入を推進する観点から、精神科を担当する医師の指示を受けた公認心理師が必要な支援を行った場合について、新たな評価を行う。

### 第2 具体的な内容

心的外傷に起因する症状を有する患者に対して、精神科を担当する医師の指示を受けた公認心理師が心理支援を行った場合の評価を新設する。

改 定 案	現 行
<p>【通院・在宅精神療法】 [算定要件] 注9 <u>心理に関する支援を要する患者として別に厚生労働大臣が定める患者に対して、精神科を担当する医師の指示を受けた公認心理師が必要な支援を行った場合に、心理支援加算として、初回算定日の属する月から起算して●●年を限度として、月●●回に限り●●点を所定点数に加算する。</u></p> <p>[施設基準] 一の一の六 <u>通院・在宅精神療法の注9に規定する別に厚生労働大臣が定める患者</u> <u>心的外傷に起因する症状を有する患者</u></p>	<p>【通院・在宅精神療法】 [算定要件] (新設)</p> <p>[施設基準] (新設)</p>

## ⑧ 精神科在宅患者支援管理料の見直し

### 第1 基本的な考え方

精神障害者の地域定着を推進する観点から、精神科在宅患者支援管理料について対象患者を見直す。

### 第2 具体的な内容

精神科在宅患者支援管理料の算定患者に、在宅医療の提供に係る一定の基準を満たす患者及び精神科地域包括ケア病棟入院料から退院した患者を追加する。

改 定 案	現 行
<p>【精神科在宅患者支援管理料】 [算定要件]</p> <p>(2) 「1」のイ及び「2」のイについては、以下のア及びイに該当する患者又はウに該当する患者に対して、初回の算定日から起算して6月以内に限り、月1回に限り算定すること。</p> <p>ア、イ (略)</p> <p>ウ <u>平成31～令和3年度厚生労働行政調査推進補助金障害者対策総合研究事業において「地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究」の研究班が作成した、別紙様式●に掲げる「在宅医療における包括的支援マネジメント導入基準」において、コア項目を●つ以上満たす者又は●点以上である者</u></p> <p>(3) 「1」のロ及び「2」のロについては、(2)のア若しくはイに該当する患者又は以下のアからウまでの全て若しくはエに該当する患者に対して、初回の算定日から起算して6月以内に限り、月1回に限り算定すること。</p>	<p>【精神科在宅患者支援管理料】 [算定要件]</p> <p>(2) 「1」のイ及び「2」のイについては、以下の<u>全て</u>に該当する患者に対して、初回の算定日から起算して6月以内に限り、月1回に限り算定すること。</p> <p>ア、イ (略)</p> <p><u>(新規)</u></p> <p>(3) 「1」のロ及び「2」のロについては、(2)のア若しくはイに該当する患者又は以下の<u>全て</u>に該当する患者に対して、初回の算定日から起算して6月以内に限り、月1回に限り算定すること。</p>

<p>ア～ウ (略)</p> <p><u>エ 過去●月以内に精神科地域包 括ケア病棟入院料を算定する病 棟から退院した患者</u></p>	<p>ア～ウ (略)</p> <p><u>(新規)</u></p>
---	-----------------------------------