

「名古屋市介護サービス事業者連絡研究会」  
「名古屋市老人保健施設協会」

# 介護事業所から見た 2026年度診療報酬改定

講師 (株)ASK梓診療報酬研究所  
所長 中 林 梓

## 改定に当たっての基本認識

- ▶ 日本経済が新たなステージに移行しつつある中での物価・賃金の上昇、人口構造の変化や人口減少の中での人材確保、現役世代の負担の抑制努力の必要性
- ▶ 2040年頃を見据えた、全ての地域・世代の患者が適切に医療を受けることが可能かつ、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制の構築
- ▶ 医療の高度化や医療DX、イノベーションの推進等による、安心・安全で質の高い医療の実現
- ▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

## 改定の基本的視点と具体的方向性

### (1) 物価や賃金、人手不足等の医療機関等を取りまく環境の変化への対応

#### 【重点課題】

#### 【具体的方向性】

- 医療機関等が直面する人件費や、医療材料費、食材料費、光熱水費及び委託費等といった物件費の高騰を踏まえた対応
- 賃上げや業務効率化・負担軽減等の業務改善による医療従事者の人材確保に向けた取組
  - ・医療従事者の処遇改善
  - ・業務の効率化に資するICT、AI、IoT等の利活用の推進
  - ・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
  - ・医師の働き方改革の推進/診療科偏在対策
  - ・診療報酬上求める基準の柔軟化

等

### (3) 安心・安全で質の高い医療の推進

#### 【具体的方向性】

- 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価
- アウトカムにも着目した評価の推進
- 医療DXやICT連携を活用する医療機関・薬局の体制の評価
- 質の高いリハビリテーションの推進
- 重点的な対応が求められる分野（救急、小児・周産期等）への適切な評価
- 感染症対策や薬剤耐性対策の推進
- 口腔疾患の重症化予防等の生活の質に配慮した歯科医療の推進、口腔機能発達不全及び口腔機能低下への対応の充実、歯科治療のデジタル化の推進
- 地域の医薬品供給拠点としての薬局に求められる機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対人業務の充実化
- イノベーションの適切な評価や医薬品の安定供給の確保等

等

### (2) 2040年頃を見据えた医療機関の機能の分化・連携と地域における医療の確保、地域包括ケアシステムの推進

#### 【具体的方向性】

- 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価
- 「治し、支える医療」の実現
  - ・在宅療養患者や介護保険施設等入所者の後方支援機能（緊急入院等）を担う医療機関の評価
  - ・円滑な入院退院の実現
  - ・リハビリテーション・栄養管理・口腔管理等の高齢者の生活を支えるケアの推進
- かかりつけ医機能、かかりつけ歯科医機能、かかりつけ薬剤師機能の評価
- 外来医療の機能分化と連携
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- 人口・医療資源の少ない地域への支援
- 医療従事者確保の制約が増す中で必要な医療機能を確保するための取組
- 医師の地域偏在対策の推進

等

### (4) 効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上

#### 【具体的方向性】

- 後発医薬品・バイオ後続品の使用促進
- OTC類似薬を含む薬剤自己負担の在り方の見直し
- 費用対効果評価制度の活用
- 市場実勢価格を踏まえた適正な評価
- 電子処方箋の活用や医師・病院薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進
- 外来医療の機能分化と連携（再掲）
- 医療DXやICT連携を活用する医療機関・薬局の体制の評価（再掲）

等

1

# 新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要

※令和6年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会とりまとめより作成

## 医療提供体制の現状と目指すべき方向性

85歳以上の増加や人口減少がさらに進む2040年とその先を見据え、全ての地域・世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を構築

- 「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築
- 外来・在宅、介護連携等も新たな地域医療構想の対象とする

## 新たな地域医療構想

### (1) 基本的な考え方

- 2040年に向け、外来・在宅、介護との連携、人材確保等も含めたあるべき医療提供体制の実現に資するよう策定・推進  
(将来のビジョン等、病床だけでなく医療機関機能に着目した機能分化・連携等)
- 新たな構想は27年度から順次開始  
(25年度に国でガイドライン作成、26年度に都道府県で体制全体の方向性や必要病床数の推計等、28年度までに医療機関機能に着目した協議等)
- 新たな構想を医療計画の上位概念に位置付け、医療計画は新たな構想に即して具体的な取組を進める

### (2) 病床機能・医療機関機能

- ① 病床機能
  - これまでの「回復期機能」について、その内容に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」として位置づけ
- ② 医療機関機能報告 (医療機関から都道府県への報告)
  - 構想区域ごと(高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能)、広域な観点(医育及び広域診療機能)で確保すべき機能や今後の方向性等を報告
- ③ 構想区域・協議の場
  - 必要に応じて広域な観点での区域や在宅医療等のより狭い区域で協議 (議題に応じ関係者が参画し効率的・実効的に協議)

### (3) 地域医療介護総合確保基金

- 医療機関機能に着目した取組の支援を追加

### (4) 都道府県知事の権限

- ① 医療機関機能の確保 (実態に合わない報告見直しの求め)
- ② 基準病床数と必要病床数の整合性の確保等
  - 必要病床数を超えた増床等の場合は調整会議で認められた場合に許可
  - 既存病床数が基準病床数を上回る場合等には、地域の実情に応じて、必要な医療機関に調整会議の出席を求める

### (5) 国・都道府県・市町村の役割

- ① 国(厚労大臣)の責務・支援を明確化 (目指す方向性・データ等提供)
- ② 都道府県の取組の見える化、調整会議で調った事項の実施に努める
- ③ 市町村の調整会議への参画、地域医療介護総合確保基金の活用

### (6) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- 精神医療を新たな地域医療構想に位置付けることとする

## 医療機関機能について（案）

### 医療機関機能の考え方

- 医療機関機能に着目して、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化が推進されるよう、医療機関（病床機能報告の対象医療機関）から都道府県に、地域で求められる役割を担う「医療機関機能」を報告。地域の医療提供体制の確保に向けて地域で協議を行うとともに、国民・患者に共有。
- 二次医療圏等を基礎とした地域ごとに求められる医療提供機能、より広域な観点から医療提供体制の維持のために必要な機能を設定。
  - ・ 2040年頃を見据えて、人口規模が20万人未満の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域を拡大。
  - ・ 従来の構想区域だけでなく、広域な観点での区域や、在宅医療等に関するより狭い区域を設定。新たな地域医療構想の策定・推進に向けて、地域に必要な医療提供体制の確保のため実効性のある議論に資するよう、区域ごとに議論すべき内容や議題に応じた主な参加者等についてガイドラインで明確化。

### 地域ごとの医療機関機能

#### 主な具体的な内容（イメージ）

|               |  |
|---------------|--|
| 高齢者救急・地域急性期機能 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリ・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する。</li> <li>※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定</li> </ul>                                 |
| 在宅医療等連携機能     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。</li> <li>※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定</li> </ul>   |
| 急性期拠点機能       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。</li> <li>※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。</li> </ul>  |
| 専門等機能         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 上記の機能にあてはまらない、集中的なリハビリテーション、高齢者等の中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。</li> </ul> <p>※ 高齢者医療においては、あらゆる段階において、マルチモビリティ（多疾病併存状態）患者へのリハビリを含む、治し支える医療の観点が重要</p> |

### 広域な観点の医療機関機能

- ・ 大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。
- ・ このほか、急性期拠点機能を担う医療機関等が行う、広域な観点での診療、人材の育成、医師の派遣等の役割についても、報告を求め、地域全体での機能の確保に向けた議論を行う。

# I 物価や賃金、人手不足等の医療機関等を取りまく環境の変化への対応

## 令和8年度診療報酬改定について（令和7年12月24日大臣折衝事項）

### 1. 診療報酬 +3.09%（R8年度及びR9年度の2年度平均。R8年度+2.41%、R9年度+3.77%）（R8年6月施行）

#### ※1 うち、賃上げ分 +1.70%（2年度平均。R8年度+1.23%、R9年度+2.18%） **令和8年、9年の2段階の引き上げ**

- ・ 医療現場での生産性向上の取組と併せ、R8・R9にそれぞれ3.2%（看護補助者、事務職員は5.7%）のベアを実現するための措置
- ・ うち、改定率の0.28%分は、医療機関等における賃上げ余力の回復・確保を図りつつ幅広い職種での賃上げを確実にするための特例的な対応

#### ※2 うち、物価対応分 +0.76%（2年度平均。R8年度+0.55%、R9年度+0.97%）

- ・ 特に、R8以降の物価上昇への対応として+0.62%（R8年度+0.41%、R9年度+0.82%）を充て、施設類型ごとの費用関係データ等に基づき配分。（病院+0.49%、医科診療所+0.10%、歯科診療所+0.02%、保険薬局+0.01%）
- ・ また、改定率の0.14%分は、高度医療機能を担う病院（大学病院を含む）が物価高の影響を受けやすいこと等を踏まえた特例的な対応

#### ※3 うち、食費・光熱水費分 +0.09%（入院時の食費基準額の引上げ（40円/食）、光熱水費基準額の引上げ（60円/日））

- ・ 患者負担の引上げ：食費は原則40円/食（低所得者は所得区分等に応じて20～30円/食）、光熱水費は原則60円（指定難病患者等は据え置き）

#### ※4 うち、R6改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応分 +0.44%

- ・ 配分に当たっては、R7補正予算の効果を減じることのないよう、施設類型ごとのメリハリを維持（病院+0.40%、医科診療所+0.02%、歯科診療所+0.01%、保険薬局+0.01%）

#### ※5 うち、後発医薬品への置換えの進展を踏まえた処方や調剤に係る評価の適正化、実態を踏まえた在宅医療・訪問看護関係の評価の適正化、長期処方・リフィル処方の取組強化等による効率化 ▲0.15%

#### ※6 うち、※1～5以外分 +0.25% 各科改定率：医科+0.28%、歯科+0.31%、調剤+0.08%

## 2. 薬価等

薬価： ▲0.86%（R8年4月施行）  
材料価格： ▲0.01%（R8年6月施行）  
合計： ▲0.87%

## 3. 診療報酬制度関連事項

- ① R9年度における更なる調整及びR10年度以降の経済・物価動向等への対応の検討
- ② 賃上げの実効性確保のための対応
- ③ 医師偏在対策のための対応
- ④ 更なる経営情報の見える化のための対応

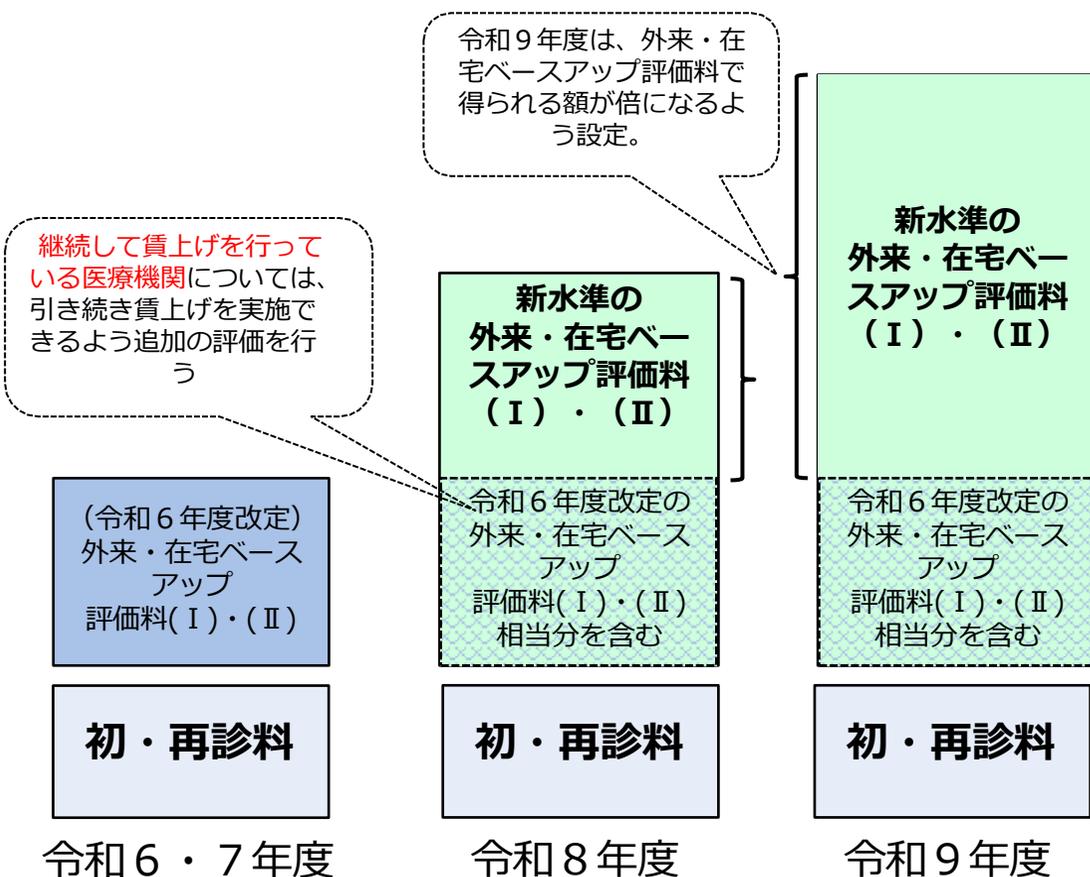
## 4. 薬価制度関連事項

- ① R8年度薬価制度改革及びR9年度の薬価改定の実施
- ② 費用対効果評価制度の更なる活用

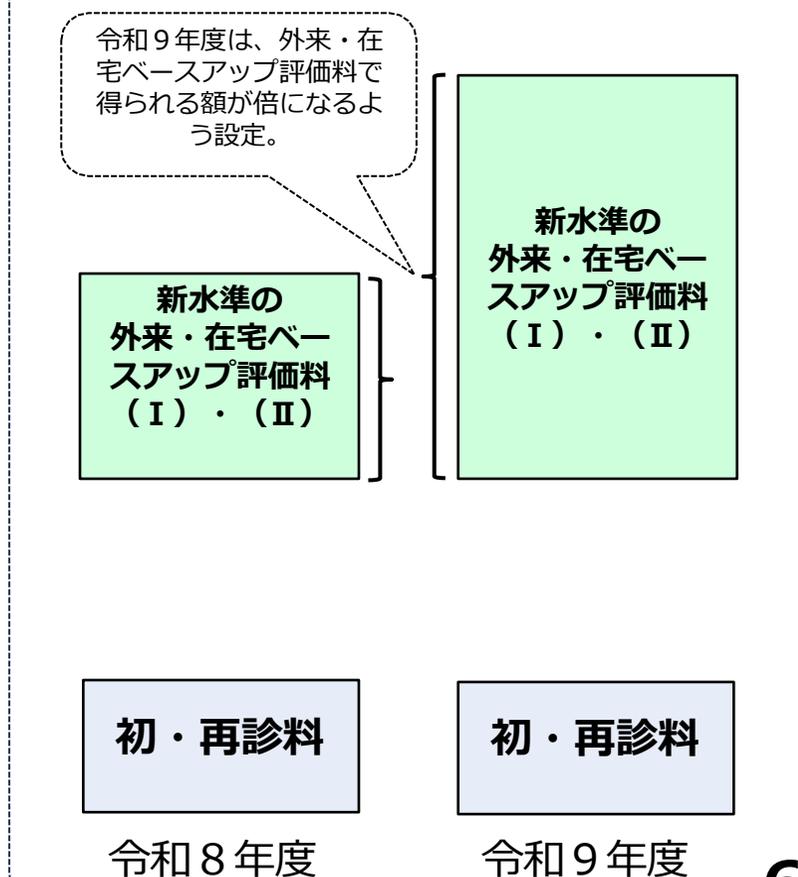
# 令和8年度改定における賃上げに係る評価のイメージ【外来・在宅】

- ▶ 外来医療又は在宅医療を実施している医療機関における賃上げ対応は、①新たな賃上げ目標に対応するための外来・在宅ベースアップ評価料の水準等の見直し、②令和6年度改定の外来・在宅ベースアップ評価料に相当する追加的評価の新設の2つの観点から、対応を行う。
- ▶ 令和9年度においては、①に相当する点数を倍増する。

## 令和7年度以前から継続して賃上げを行っている医療機関



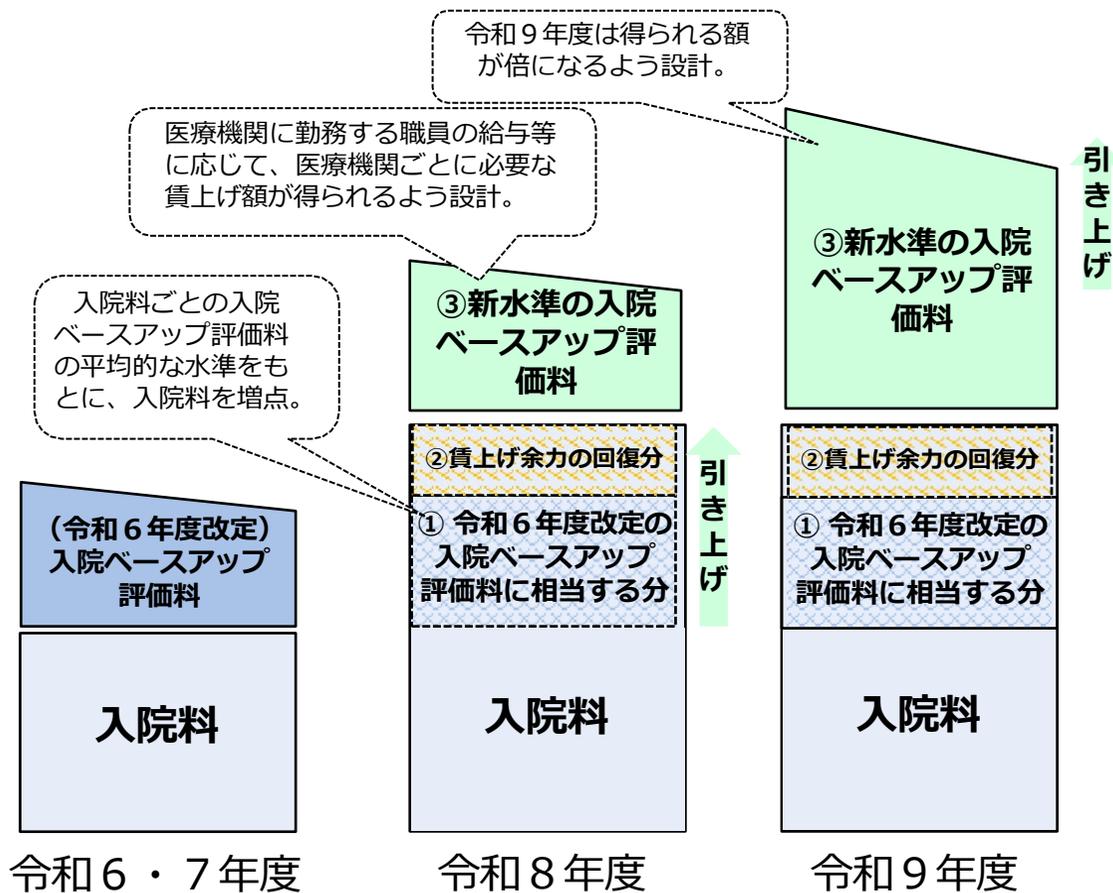
## 令和8年度から賃上げを行う医療機関



# 令和8年度改定における賃上げに係る評価のイメージ【入院】

- 入院料における賃上げ対応は、①令和6年度改定の入院ベースアップ評価料及び②賃上げ余力の回復・確保分に相当する分については、入院料の増点を行うほか、③新たな賃上げ目標に対応する入院ベースアップ評価料の見直しを行う。
- 令和9年度においては、入院ベースアップ評価料で得られる額が倍になるよう区分等を見直す。

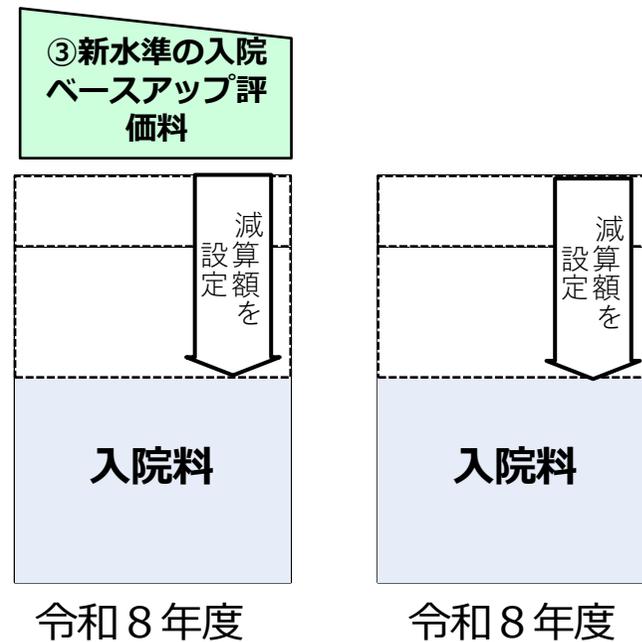
## 令和7年度以前から継続して賃上げを行っている医療機関



## 令和8年度から賃上げを行う医療機関

## 賃上げを行わない医療機関

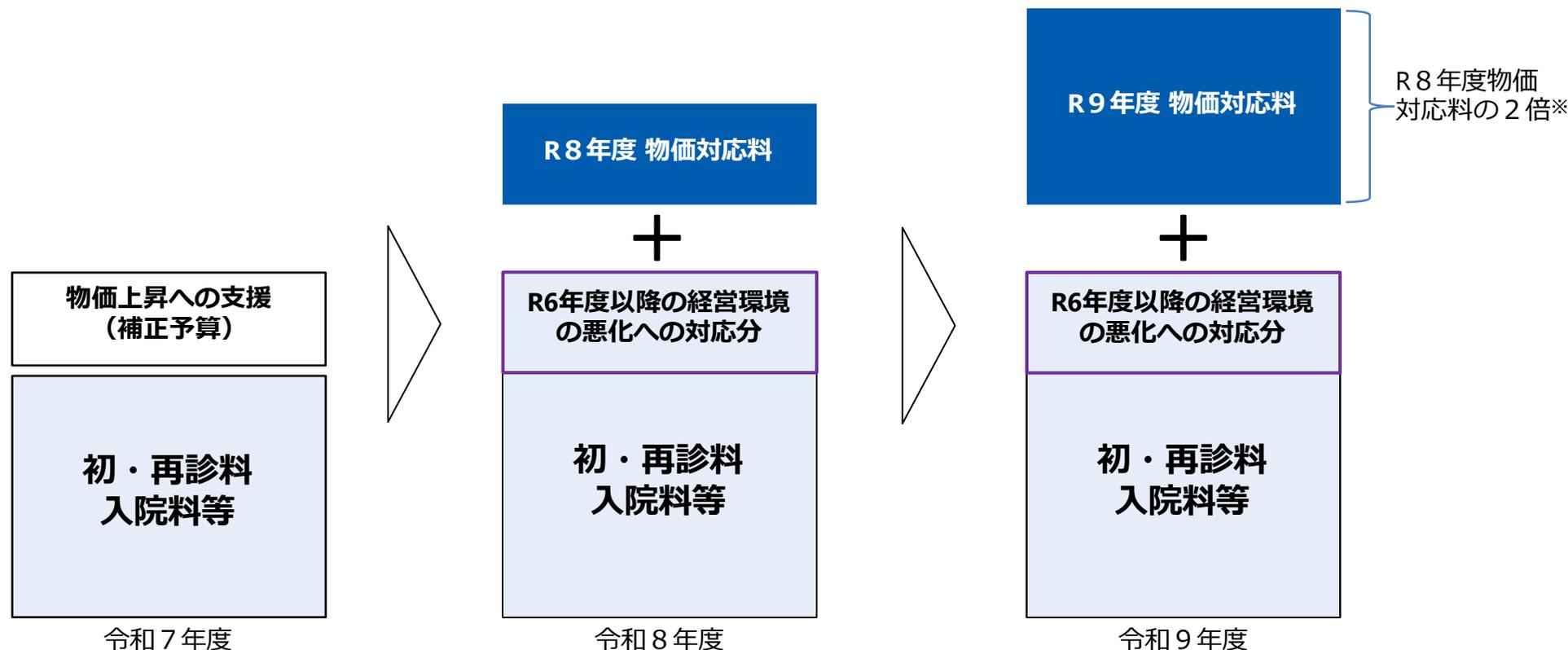
令和6・7年度分のベースアップ評価料で求められた賃上げの水準を満たしていない一部の医療機関については、入院料を減算。



## 物件費の高騰を踏まえた対応の全体像

### 基本的な方針

- 令和8年度以降の物価上昇への対応については、段階的に対応する必要があることを踏まえ、初・再診料等及び入院料等とは別に、初・再診時等及び入院料等の算定時に算定できる、物価対応料を新設する。
- 令和6年度診療報酬改定以降の経営環境の悪化への対応分については、令和8年度改定時に、初・再診料等及び入院料等の評価に含める。



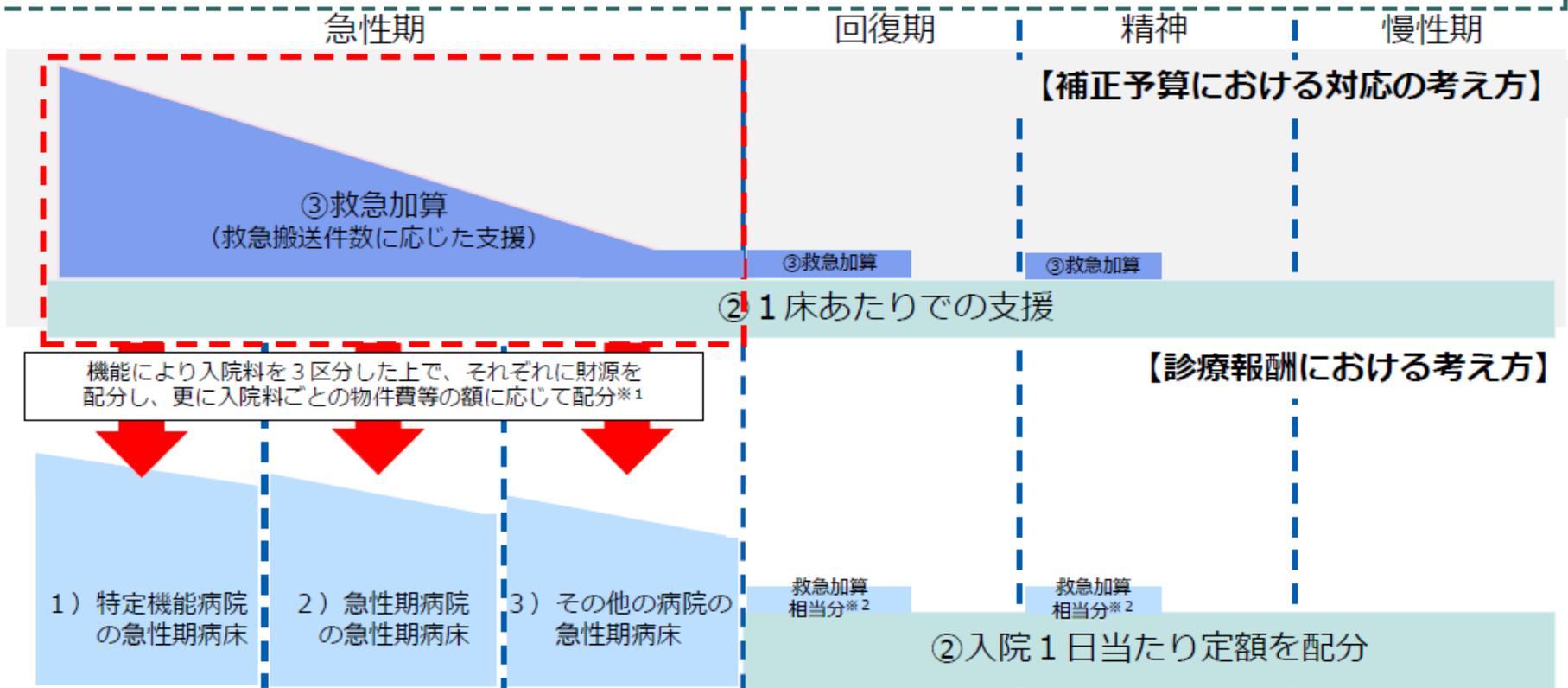
※ 実際の経済・物価の動向がR8年時点の見通しから大きく変動した場合等には、加減算を含めた調整を実施

- 令和6年度改定以降の経営状況の悪化に対する対応については、大臣折衝において維持するとされた、令和7年度補正予算の考え方を踏まえ、回復期、精神、慢性期については、入院1日あたり定額を配分する。
- 回復期と精神については、上記に加え、救急加算分を、入院1日あたり定額に上乗せする。
- 急性期については、財源を一体化した上で、補正予算の配分額に応じて特定機能病院、急性期病院、その他の急性期の3類型へ配分したうえで、①の配分の考え方と同様に、1人1日あたり入院費に応じて配分額を算出する。

## 【大臣折衝における記載】

②③ 令和6年度診療報酬改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応分 +0.44%。

配分に当たっては、令和7年度補正予算の効果を減じることのないよう、施設類型ごとのメリハリを維持することとする。



※1 配分に当たっては、回復期、精神、慢性期の1日あたり定額を下回らないように設定

※2 回復期では地域包括ケア病棟入院料、

精神では精神病棟入院基本料10対1～15対1、精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料に救急加算分を上乗せすることを想定

# 物件費の高騰を踏まえた対応①

## 物価対応料の新設

- 令和8年度及び令和9年度の物価上昇に段階的に対応するため、基本診療料・調剤基本料等の算定に併せて算定可能な加算として、物価対応料を新設する。

### (新) 物価対応料（1日につき）

#### 1 外来・在宅物価対応料

|         | R8年 | R9年 |
|---------|-----|-----|
| イ 初診時   | 2点  | 4点  |
| ロ 再診時等  | 2点  | 4点  |
| ハ 訪問診療時 | 3点  | 6点  |

#### 2 入院物価対応料

|   |     |      |
|---|-----|------|
| イ 急性期病院A一般入院料を算定する場合                      | 66点 | 132点 |
| ニ 急性期一般入院料1を算定する場合                        | 58点 | 116点 |
| ヨ 療養病棟入院料1の入院料1を算定する場合                    | 18点 | 36点  |
| イミ 精神病棟入院基本料の10対1入院基本料を算定する場合             | 13点 | 26点  |
| イス 特定機能病院入院基本料の7対1入院基本料（一般病棟の場合）を算定する場合※1 | 84点 | 168点 |
| ハケ 地域包括医療病棟入院料1を算定する場合                    | 49点 | 98点  |
| ハモ 回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合              | 19点 | 38点  |
| 二八 地域包括ケア病棟入院料1（40日以内の期間）を算定する場合          | 27点 | 54点  |

#### 〔算定要件〕

- (1) 1のイについては、保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して初診を行った場合に、所定点数を算定する。
- (2) 1のロについては、保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して再診又は短期滞在手術等基本料1を算定すべき手術若しくは検査を行った場合に、所定点数を算定する。
- (3) 1のハについては、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、訪問診療を行った場合に、所定点数を算定する。
- (4) 2については、第1章第2部第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、同部第3節の特定入院料又は同部第4節の短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）を算定している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

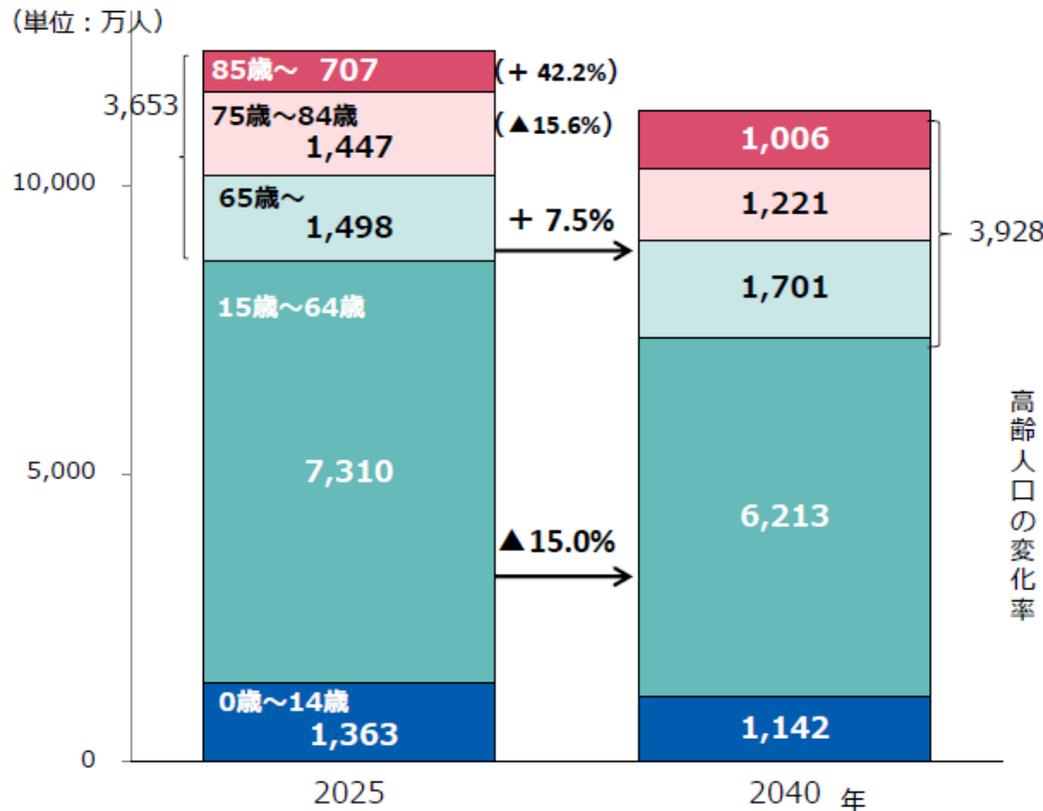
※1 特定機能病院A入院基本料、特定機能病院B入院基本料及び特定機能病院C入院基本料はいずれも共通の点数を算定。

※2 その他の入院料等を算定する場合についても同様に対応する。

# 2040年の人口構成について

- 2040年には、85歳以上人口を中心とした高齢化と生産年齢人口の減少が見られる。
- 地域ごとに見ると、生産年齢人口はほぼ全ての地域で減少し、高齢人口は、大都市部では増加、過疎地域では減少、地方都市部では高齢人口が増加する地域と減少する地域がある。

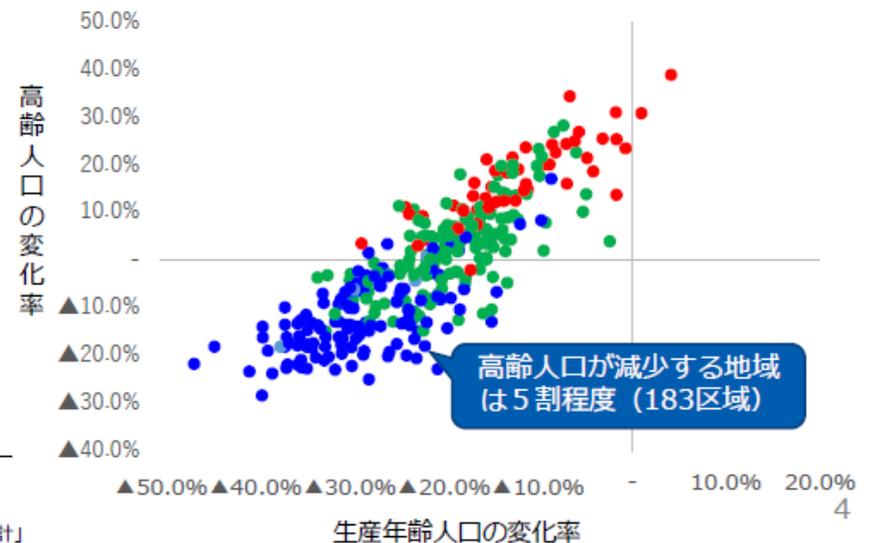
＜人口構造の変化＞



＜2025年→2040年の年齢区分別人口の変化の状況＞

|         | 年齢区分別人口の変化率の平均値 |        |
|---------|-----------------|--------|
|         | 生産年齢人口          | 高齢人口   |
| ● 大都市型  | -11.9%          | 17.2%  |
| ● 地方都市型 | -19.1%          | 2.4%   |
| ● 過疎地域型 | -28.4%          | -12.2% |

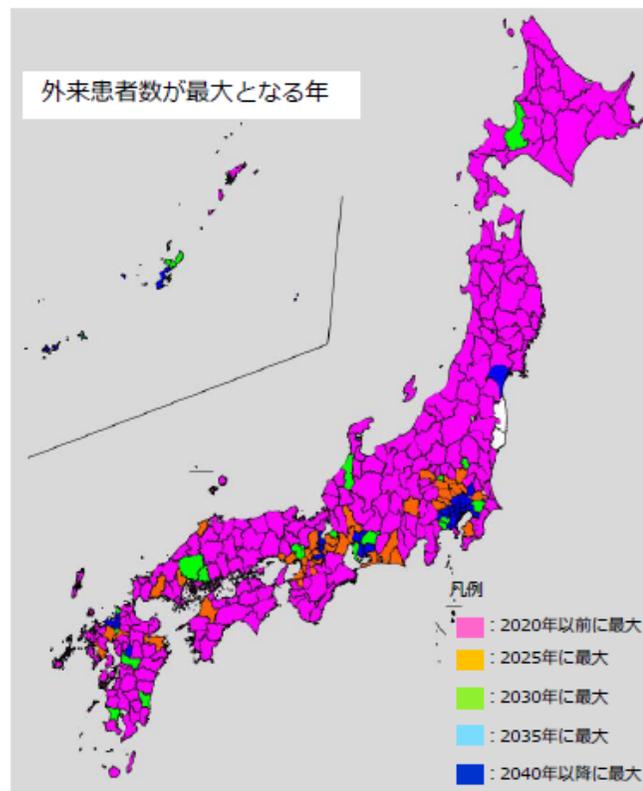
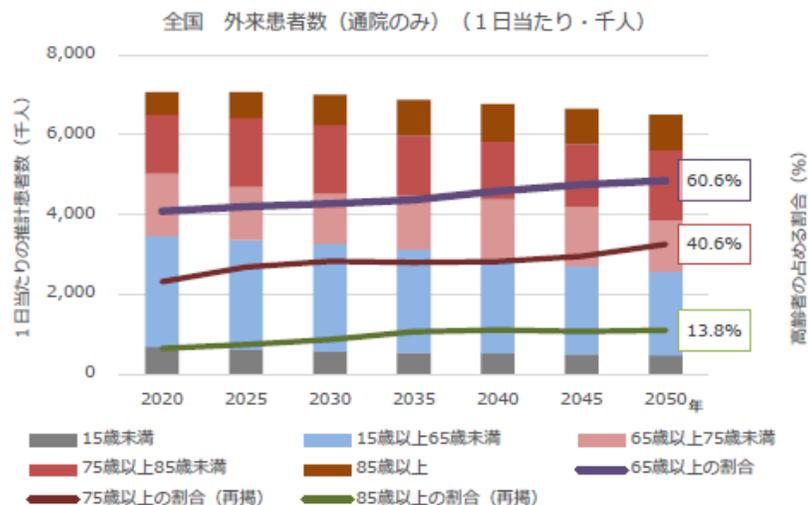
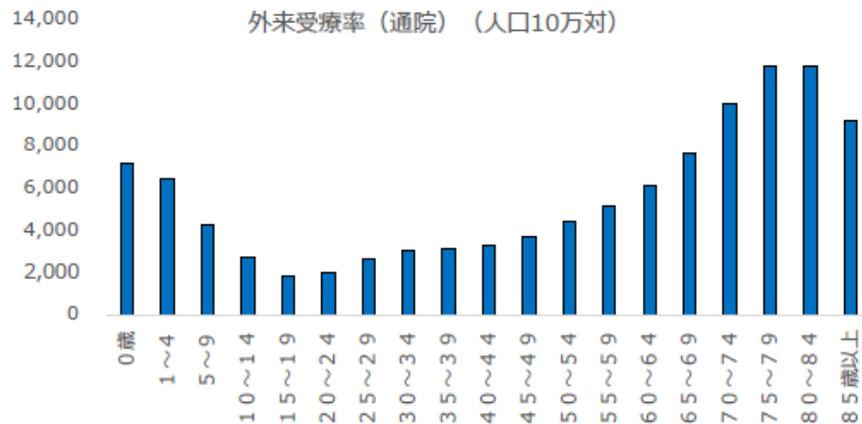
大都市型：人口が100万人以上（又は）人口密度が2,000人/km<sup>2</sup>以上  
 地方都市型：人口が20万人以上（又は）人口10～20万人（かつ）人口密度が200人/km<sup>2</sup>以上  
 過疎地域型：上記以外



(出典) 総務省「国勢調査」「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 令和5年推計」

# 医療需要の変化② 外来患者数は、既に減少局面にある医療圏が多い

- 全国での外来患者数は2025年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2050年には約6割となるが見込まれる。
- 既に2020年までに224の医療圏では外来患者数のピークを迎えていると見込まれる。

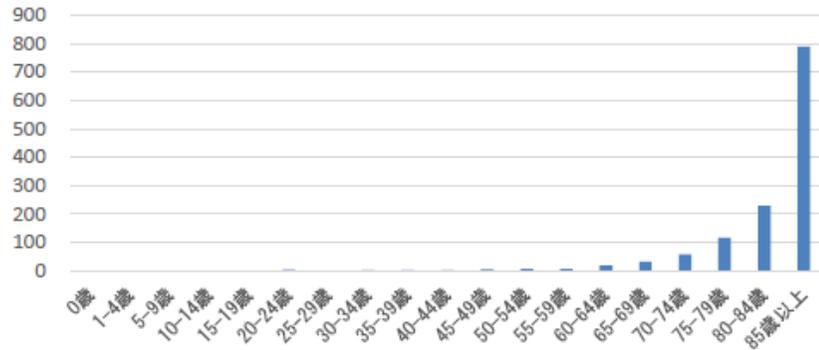


出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）、総務省「住民基本台帳人口」（2018年）、「人口推計」（2017年）及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。  
 ※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。  
 ※ 福島県は相双、いわきの2医療圏を含む浜通り地域が一体として人口推計が行われているため、地域別の推計を行うに当たっては、これらの2地域を除く328の二次医療圏について集計。  
 ※ 外来患者数は通院のみであり、訪問診療、往診等を含まない。

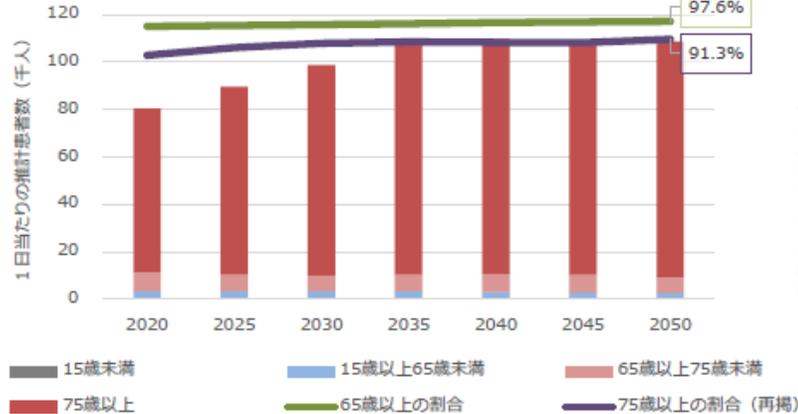
# 医療需要の変化③ 在宅患者数は、多くの地域で今後増加する

- 全国での在宅患者数は、2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。
- 在宅患者数は、多くの地域で今後増加し、2040年以降に237の二次医療圏において在宅患者数のピークを迎えることが見込まれる。

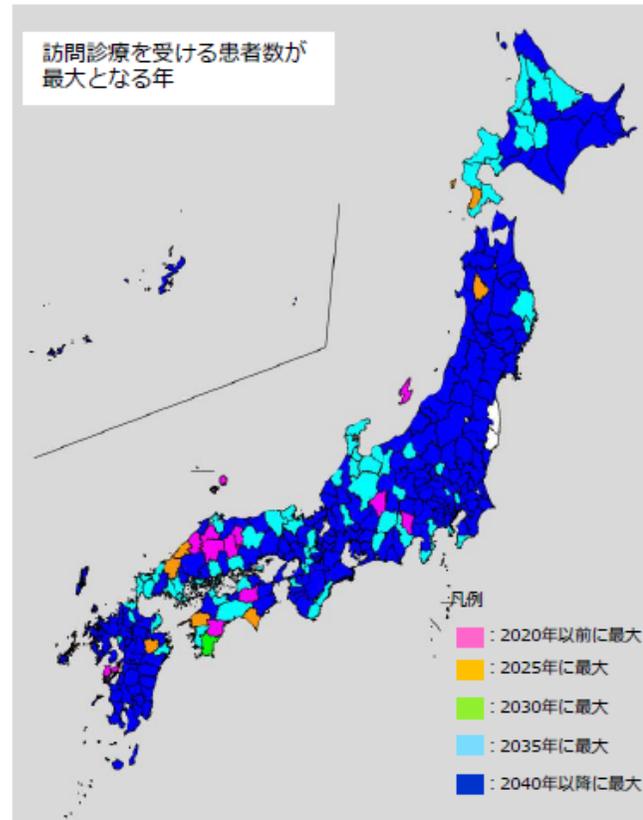
訪問診療受療率（人口10万対）



訪問診療利用者数推計



訪問診療を受ける患者数が最大となる年



出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）、総務省「住民基本台帳人口」（2018年）、「人口推計」（2017年）及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。

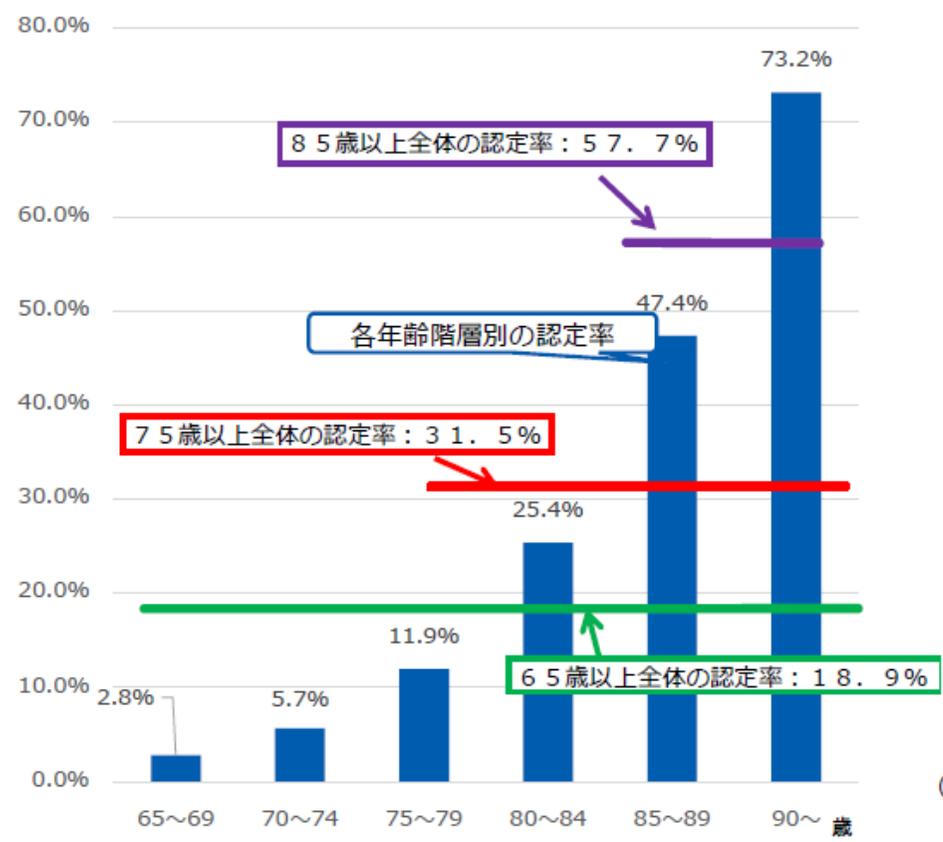
※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 福島県は相双、いわきの2医療圏を含む浜通り地域が一体として人口推計が行われているため、地域別の推計を行うに当たっては、これらの2地域を除く333の二次医療圏について集計。

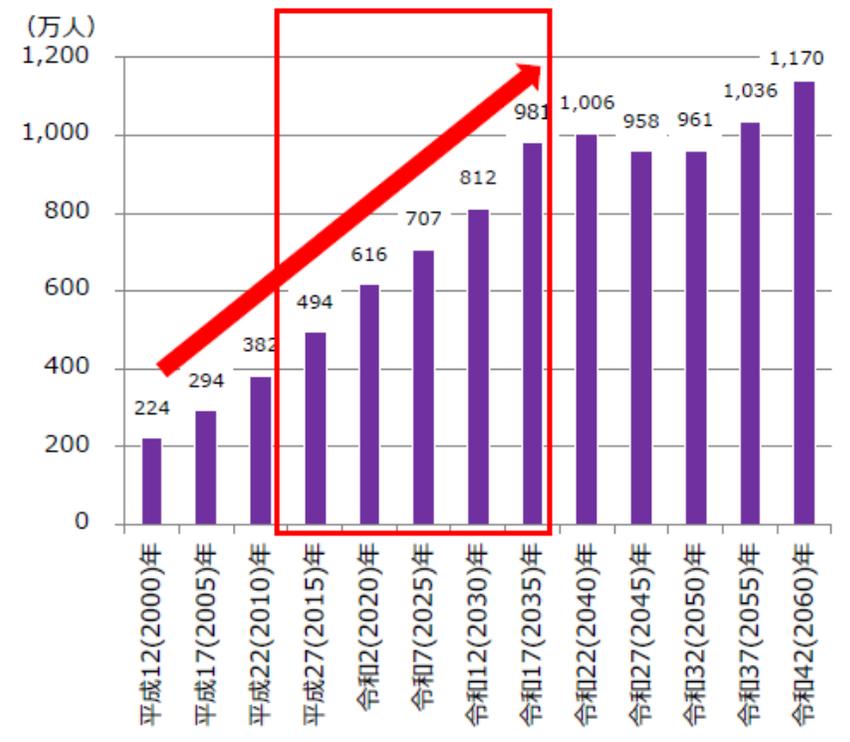
# 医療需要の変化④ 医療と介護の複合ニーズが一層高まる

- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
- 2025年度以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

### 年齢階級別の要介護認定率



### 85歳以上の人口の推移



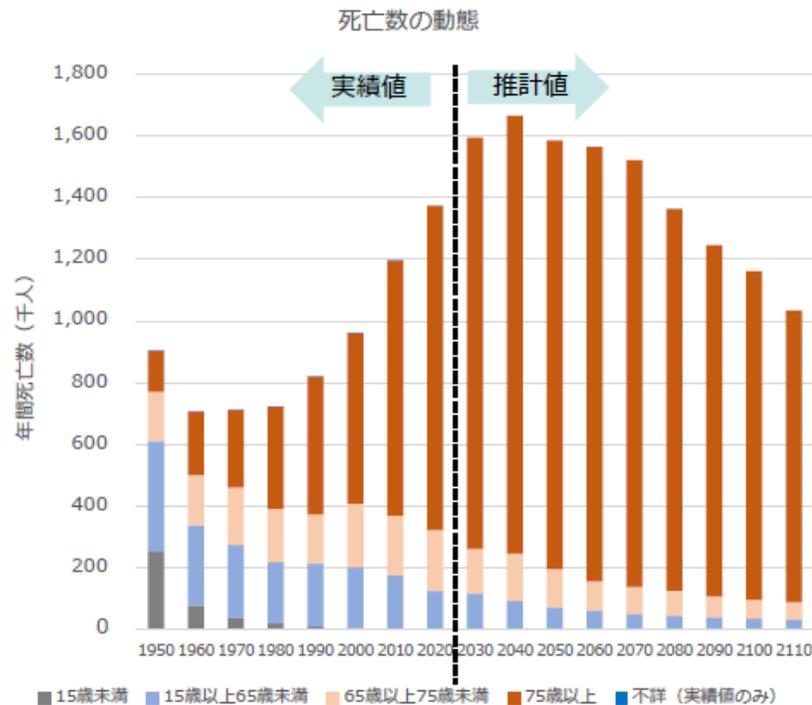
(資料) 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(令和5(2023)年4月推計) 出生中位(死亡中位)推計  
2020年までの実績は、総務省統計局「国勢調査」(年齢不詳人口を按分補正した人口)

出典：2022年9月末認定者数(介護保険事業状況報告)及び2022年10月1日人口(総務省統計局人口推計)から作成

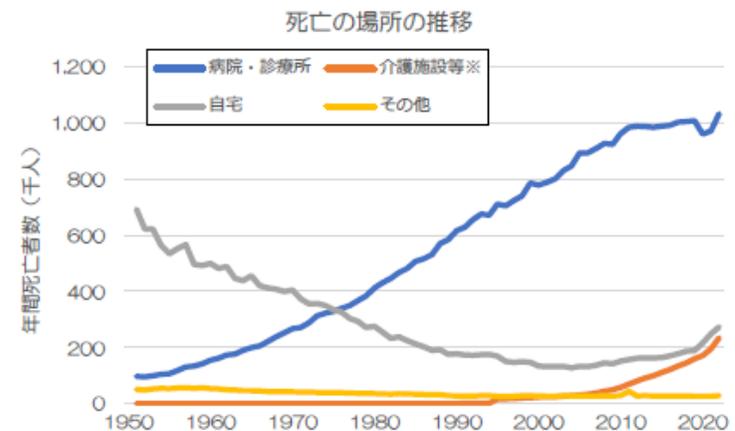
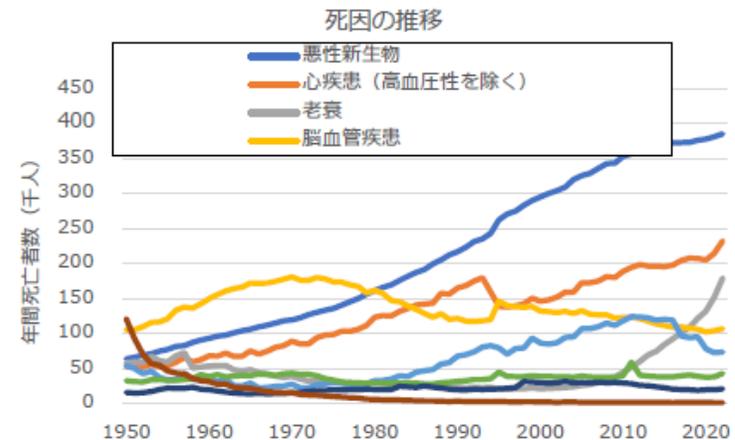
# 医療需要の変化⑤ 死亡数が一層増加する

令和4年3月4日 第7回第8次医療計画等に関する検討会 資料1 (一部改)

- 死亡数については、2040年まで増加傾向にあり、ピーク時には年間約170万人が死亡すると見込まれる。
- 死因については、悪性新生物・心疾患とともに、老衰が増加傾向にある。
- 死亡の場所については、自宅・介護施設等が増加傾向にある。



出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（令和5年推計）厚生労働省「人口動態統計」  
 ※ 介護施設等：介護医療院、介護老人保健施設、老人ホーム  
 ※ 死亡数の動態については、2020年までは実績値、2021年以降は推計値。  
 ※ 死因の推移及び死亡の場所の推移については実績値。

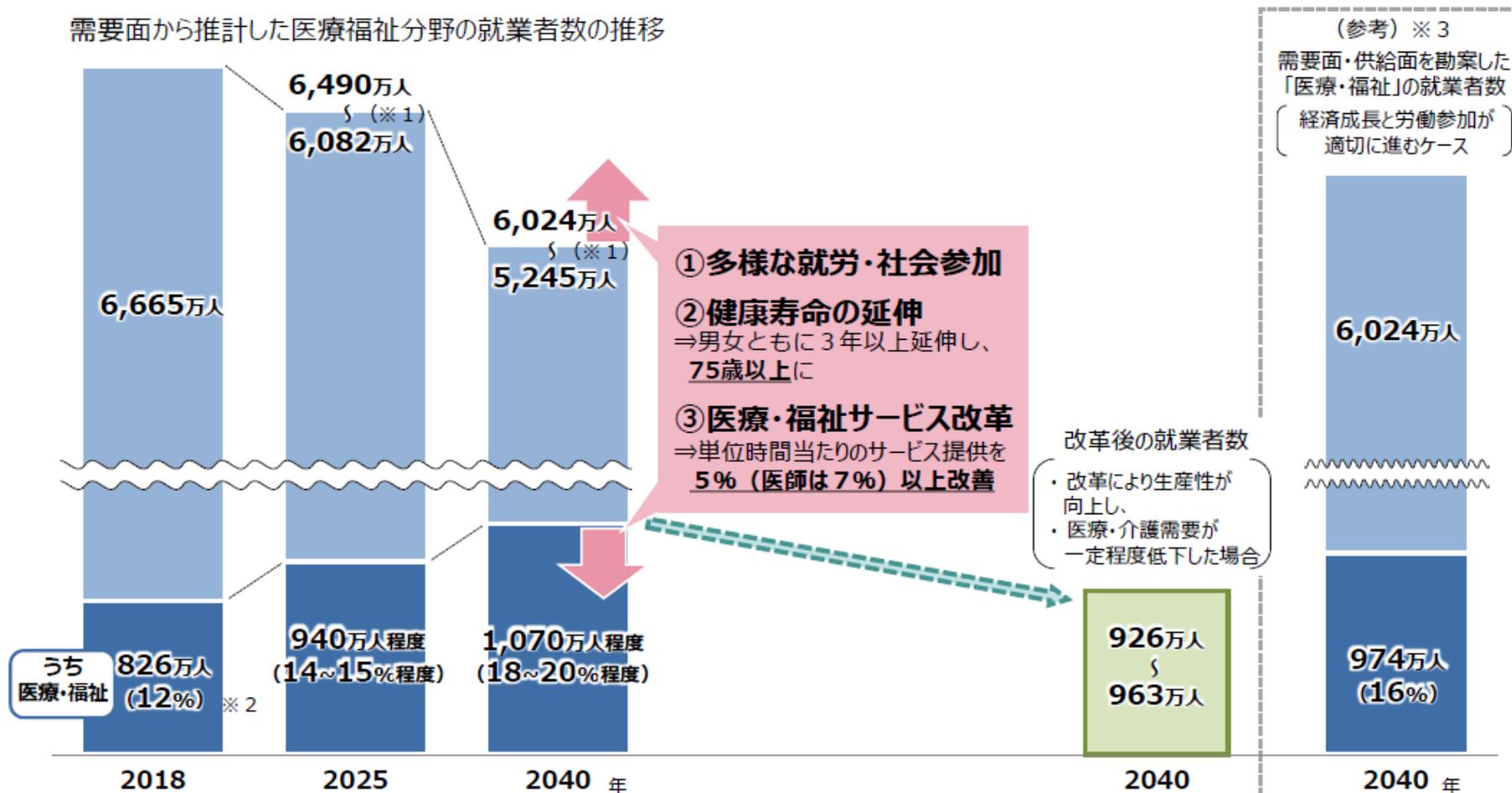


# マンパワー① 2025年以降、人材確保がますます課題となる

令和4年3月4日 第8次医療計画等に関する検討会 資料1（一部改）

○2040年には就業者数が大きく減少する中で、医療・福祉職種の人材は現在より多く必要となる。

需要面から推計した医療福祉分野の就業者数の推移



※1 総就業者数は独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計」（2019年3月）による。総就業者数のうち、下の数値は経済成長と労働参加が進まないケース、上の数値は進むケースを記載。

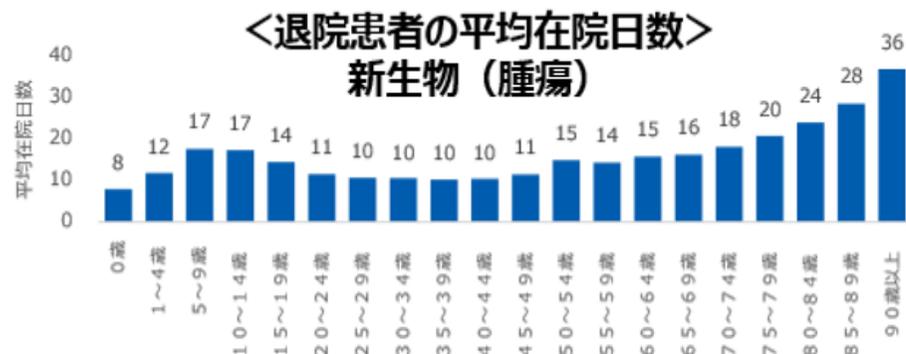
※2 2018年度の医療・福祉の就業者数は推計値である。

※3 独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計」は、2024年3月11日に新しい推計が公表されている。2024年3月推計では、成長実現・労働参加進展シナリオで、総就業者数は、2022年の6,724万人から2040年に6,734万人と概ね横ばいであり、「医療・福祉」の就業者数は、2022年の897万人から2040年に1,106万人と増加する推計となっている。現時点では、『需要面から推計した医療福祉分野の就業者数』を更新したデータはないため、比較には留意が必要。

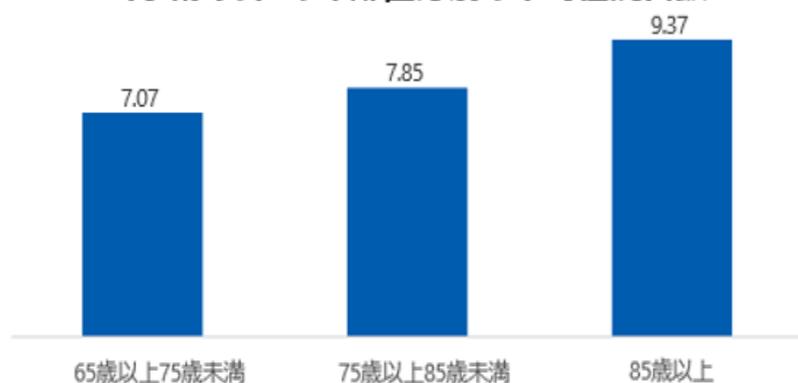
10

# 高齢者の退院に向けた課題

- 高齢になるほど、同じ疾患でも在院日数が長くなる傾向にある。
  - 疾病によるADL低下や認知症等の合併症のほか、単独世帯の増加等の要因も考えられる
- 高齢者の単独世帯の割合は2040年に向けて更に増加する見込み。**

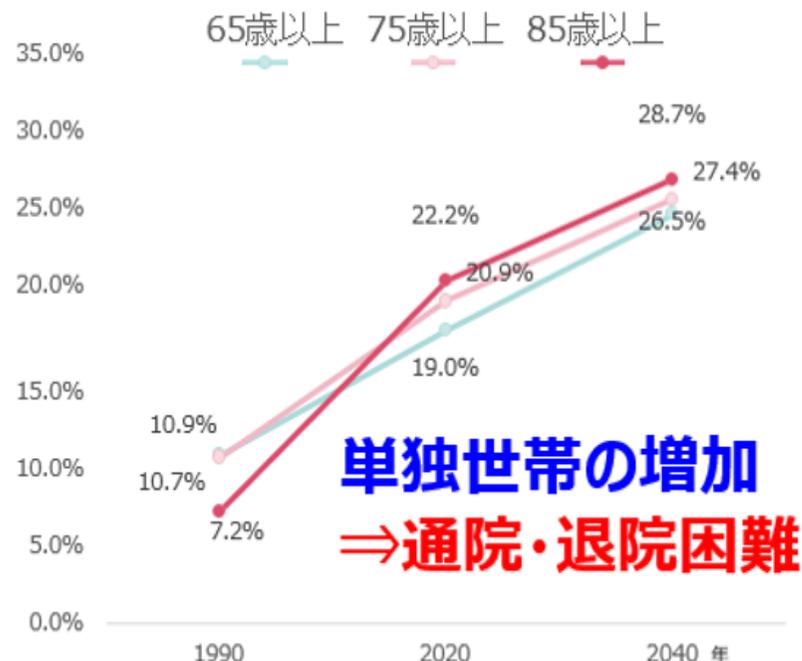


胆管炎及び胆のう＜嚢＞炎を伴わない胆管結石（手術あり）の年齢区別の平均在院日数



資料出所：厚生労働省「患者調査」（2020年）

年齢階級別人口に占める単独世帯の割合（高齢者）



資料出所：総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（2023年推計）、「日本の世帯数の将来推計」（2024年推計）、「人口統計資料集」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成

※単独世帯の割合は、単独世帯数を総人口で除したものの。

**⇒ 退院困難による入院の長期化、在宅療養・通院困難による退院後の早期の悪化**

# 2040年の医療需要について

医療・介護の複合ニーズを有する85歳以上の高齢者が増加することが見込まれる。

## 救急搬送の増加

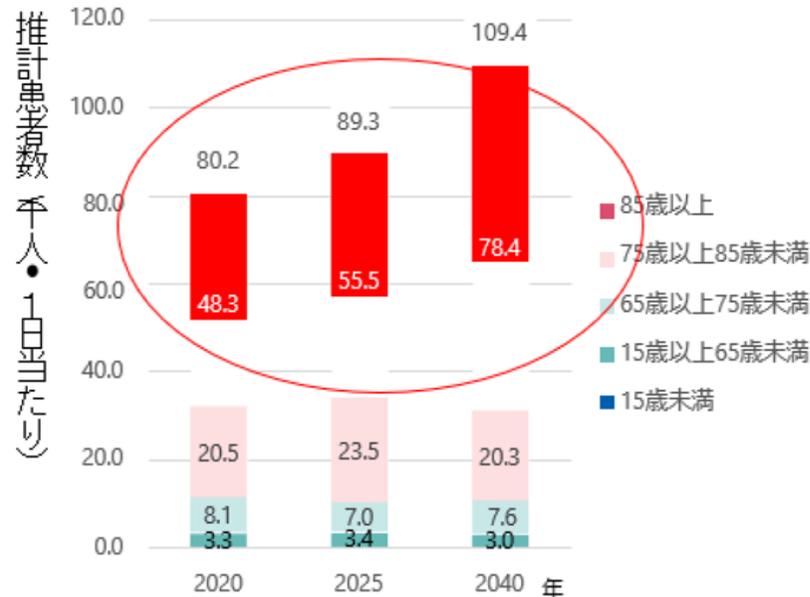
年齢階級別の救急搬送の件数の将来推計



75歳以上の救急搬送は36%増、  
うち85歳以上の救急搬送は75%増

## 在宅医療需要の増加

年齢階級別の訪問診療患者数の将来推計



75歳以上の訪問診療の需要は43%増  
うち85歳以上の訪問診療の需要は62%増

⇒ 在宅療養・通院困難による救急搬送数の増加、在宅医療需要の増加についてどのように対処していくのか？

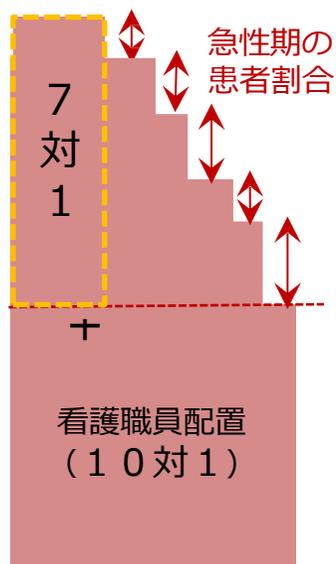
## 急性期における評価の見直し

- ▶ 地域で病院が果たしている救急搬送の受入や手術等の急性期機能に着目し、地域ごとの急性期の病院機能を確保する観点から、**病院の機能に着目した急性期病院一般入院基本料を新設**。
- ▶ 高齢者等が主に入棟する病棟において、患者像に合わせた専門的な治療やケアを提供し、患者のADLの維持・向上等に係る取組を推進するため、看護職員や他の医療職種が協働して病棟業務を行う体制を評価する、**看護・多職種協働加算を新設**。

### 現行

- 病棟の急性期の患者割合に基づく評価

#### 急性期一般入院料 1～6



### 改定後

- 病院の急性期機能に着目した評価を新設（急性期病院入院基本料）
- 看護・多職種協働の評価を新設

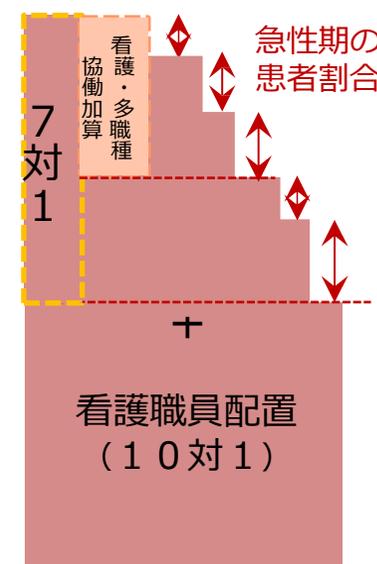
#### 急性期病院A 一般入院料



#### 急性期病院B 一般入院料



#### 急性期一般入院料 1～6



※1 救急搬送2000件かつ全身麻酔手術1200件  
 ※2 4つのうちいずれか（救急搬送1500件、救急搬送500件かつ全身麻酔手術500件、人口20万人未満地域の最大救急搬送病院（救急搬送1000件以上）、離島地域の最大救急搬送病院）

\*看護・多職種協働加算は入院料4に加算。

# 急性期病院一般入院基本料等の新設

## 急性期病院の評価

- 地域で病院が果たしている救急搬送の受入や手術等の急性期機能に着目し、地域ごとの急性期の病院機能を確保する観点から、**病院の機能に着目した急性期病院一般入院基本料を新設。**

### (新) 急性期病院一般入院基本料

|               |        |
|---------------|--------|
| イ 急性期病院A一般入院料 | 1,930点 |
| ロ 急性期病院B一般入院料 | 1,643点 |

### (新) 急性期病院精神病棟入院基本料

|                 |        |
|-----------------|--------|
| イ 急性期病院A精神病棟入院料 |        |
| (1) 10対1入院基本料   | 1,519点 |
| (2) 13対1入院基本料   | 1,162点 |
| (3) 15対1入院基本料   | 966点   |
| ロ 急性期病院B精神病棟入院料 |        |
| (1) 10対1入院基本料   | 1,502点 |
| (2) 13対1入院基本料   | 1,145点 |
| (3) 15対1入院基本料   | 949点   |

### [病院の機能に係る主な施設基準]

- (1) 共通の施設基準
  - ア **データ提供加算に係る届出を行っている**保険医療機関であること。
  - イ **DPC対象病院**であること。
  - ウ **地域包括医療病棟の届出を行っていない**保険医療機関であること。
  - エ 看護師長又は同等以上の職に従事した経験を5年以上有し、所定の研修を修了した看護師を配置することが望ましい。
  - オ 介護保険施設等からの救急搬送について、入院加療が必要な場合には、協力医療機関に情報提供を行うことが望ましい。
- (2) 急性期病院A一般入院料又は急性期病院A精神病棟入院料を算定する病院では、以下の全てを満たすこと。
  - ア 入院を要する**(第二次)救急医療体制、救命救急センター若しくは高度救命救急センター又は総合周産期母子医療センター**を設置している保険医療機関であること、又は**24時間の救急患者を受け入れている保険医療機関**であること。
  - イ **地域包括ケア病棟入院料(地域包括ケア入院医療管理料を含む。)**の届出を行っていない保険医療機関であること。
  - ウ 画像診断及び検査を24時間実施できる体制を確保していること。
  - エ **救急搬送件数が年間で2,000件以上**(夜間時間帯の受入が1割以上)、かつ、全身麻酔による**手術件数が年間で1,200件以上**。
- (3) 急性期病院B一般入院料及び急性期病院B精神病棟入院料を算定する病院では、以下の全てを満たすこと。
  - ア **第二次救急医療機関、救急病院**又は**24時間の救急患者を受け入れている保険医療機関**であること。
  - イ 急性期医療に係る実績として以下のいずれかを満たすこと。
    - **救急搬送件数が年間で1,500件以上**
    - **救急搬送件数が年間で500件以上**であり、かつ、全身麻酔による**手術件数が年間で500件以上**
    - **人口20万人未満の二次医療圏**において、**救急搬送件数が最大の医療機関**であり、かつ**年間で1,000件以上**であること
    - **離島からなる二次医療圏**において、**救急搬送件数が最大の医療機関**であること
  - ウ 救急搬送件数のうち、夜間時間帯(22時から翌朝8時までをいう。)に受け入れた救急搬送件数が1割以上あること。

# 多職種が病棟で協働する体制の評価

## 看護・多職種協働加算の新設

- **地域の急性期医療**を担う保険医療機関において、患者の早期退院やADLの維持、向上をめざし、**看護職員を含む多職種（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士又は臨床検査技師）が協働**して専門的な指導や診療の補助を行う体制を評価する加算を新設する。

### (新) 看護・多職種協働加算（1日につき）

- 1 看護・多職種協働加算1**（急性期一般入院料4を算定する病棟の場合）
- 2 看護・多職種協働加算2**（急性期病院B一般入院料を算定する病棟の場合）

**277点**  
**255点**



### [算定要件]

**看護職員を含む多職種が協働して適時かつ適切に専門的な指導及び診療の補助を行う体制**その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者のうち、急性期一般入院料4を算定している患者については看護・多職種協働加算1を、急性期病院B一般入院料を算定する患者については看護・多職種協働加算2を、それぞれ所定点数に加算する。

### [施設基準]

- 当該病棟において、1日に患者に指導及び診療の補助を行う看護職員及び他の医療職種の数は、常時、当該病棟の**入院患者の数が25又はその端数を増すごとに1以上**であること。（曜日や時間帯による傾斜配置可能）
- 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合に係る指数、平均在院日数、在宅復帰率及び常勤の医師の員数が**急性期一般入院料1と同等の基準**を満たすこと。入院料における看護職員の最小必要数+本加算による看護職員配置数の**7割以上が看護師**であること。
- 医療機関内で**多職種協働の目標や各職種が行う業務内容、情報共有の方法等について、文書で整理し、配置される多職種間で共有**していること。
- 病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。

### 各職種が専門性を活かして行う業務の例

|                         |   |
|-------------------------|---|
| 看護職員                    | 入院患者に対する看護  |
| 理学療法士<br>作業療法士<br>言語聴覚士 | 随時、入院生活で患者が実際に活動する場面に合わせた評価、指導、訓練室でのリハビリテーションを生活場面で自ら行えるようになるための支援等を実施              |
| 管理栄養士                   | 入院生活で患者が実際に食事や活動する場面を活用した食事状況の観察、食欲や嗜好の確認、必要栄養量や摂取栄養量の評価、食事変更の提案、食形態の調整、食事に関する相談対応等 |
| 臨床検査技師                  | 適時の検体検査等の実施、結果の確認、異常値等の報告、検査室等病棟外で行うべき検査の調整等、検査の円滑な実施に資する業務                         |

# 看護・多職種協働加算における職員配置の例

➤ 看護・多職種協働加算は、**看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士又は臨床検査技師のいずれかを配置**し、各医療職種が専門性を発揮しながら協働する場合に算定できる。

**【施設基準】**

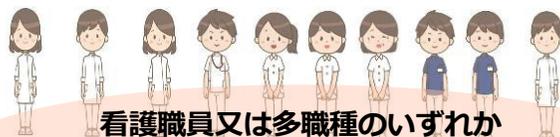
- 当該病棟において、1日に患者に指導及び診療の補助を行う看護職員及び他の医療職の数は、常時、当該病棟の**入院患者の数が25又はその端数を増すごとに1以上**であること。
- **急性期一般入院料4又は急性期病院B一般入院料を算定する病棟**であること。

## 配置人数の例（イメージ）

- 急性期病院B一般入院料
- 急性期一般入院料4

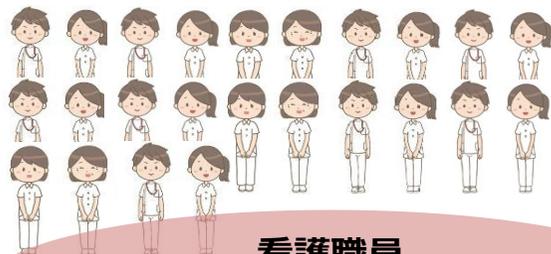
### 1病棟50床の場合

看護・多職種協働加算  
25対1



看護職員又は多職種のいずれか  
約10人\*2

看護職員配置  
(10対1)



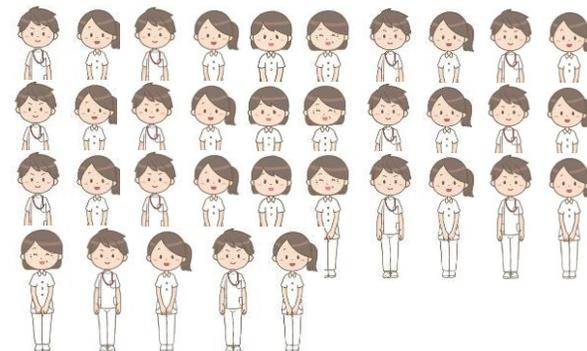
看護職員  
約24人\*1

(参考)

- 急性期病院A一般入院料
- 急性期一般入院料1

### 1病棟50床の場合

看護職員配置  
(7対1)



看護職員  
約35人\*3

\*1 10対1配置：患者50人に対して、常時看護職員5人。  
 $365日 \times 3勤務 = 1095勤務帯 / 年間$      $365日 \div 7日 = 52.142 (年52週)$   
 $週40時間 \times 年52週 - 休暇や祝日35日 \times 8時間 = 年間労働時間1,800時間$   
 必要な看護職員数  $\rightarrow 1095勤務帯 \times 8時間 \div 1800時間 = 24.3人 (24人)$

\*2 25対1配置：患者50人に対して、常時看護職員・多職種2人。  
 $365日 \times 3勤務 = 1095勤務帯 / 年間$      $365日 \div 7日 = 52.142 (年52週)$   
 $週40時間 \times 年52週 - 休暇や祝日35日 \times 8時間 = 年間労働時間1,800時間$   
 必要な看護職員数  $\rightarrow 1095勤務帯 \times 8時間 \times 2 / 1800時間 = 9.73人 (10人)$

\*3 7対1配置：患者50人に対して、看護職員7.14  $\rightarrow$  約7.2人。  
 $365日 \times 3勤務 = 1095勤務帯 / 年間$      $365日 \div 7日 = 52.142 (年52週)$   
 $週40時間 \times 年52週 - 休暇や祝日35日 \times 8時間 = 年間労働時間1,800時間$   
 必要な看護職員数  $\rightarrow 1095勤務帯 \times 8時間 \times 7.2人 / 1800時間 = 35.04人 (35人)$

# ① 急性期病院一般入院基本料等の新設

- 急性期一般入院料 1
- 急性期一般入院料 2
- 急性期一般入院料 3
- 急性期一般入院料 4
- 急性期一般入院料 5
- 急性期一般入院料 6

急性期病院 A 一般

急性期A (1,930点) と  
急性期1 (1,874点) の差 +56点

救命救急センター等と、一定の要件を満たす2次救急医療機関をそれぞれA・Bとして、急性期一般入院料から切り離し…

(高度)救命救急センター等  
救急車 受け取りが年2,000件

画像診断・快且24時間体制  
看護配置7対1、平均在院日数16日  
看護必要度はIは28%+35%、IIは27%+34%  
画像診断及び検査を24時間実施  
地ケア、地医療を持たない  
老健、特養、介護からの救急搬送は、軽症の場合、3日以内の転院が、救急カウントの要件に



急性期病院 B 一般

急性期B (1,643点) と  
急性期1 (1,874点) の差 ▲231点  
看護・多職種協働加算 +255点  
結果 +24点

急性期2 (1,779点) と  
急性期4 (1,597点) の差 ▲182点  
看護・多職種協働加算 +277点  
結果 +95点

急性期3 (1,704点) と  
急性期4 (1,597点) の差 ▲107点  
看護・多職種協働加算 +277点  
結果 +170点

看護・多職種協働加算

算」が算定可能だと…

又は救急500件&全麻手術500件  
(指定地域の緩和基準あり)  
夜間受入が全体の10%以上  
看護配置10対1、平均在院日数21日  
看護必要度はIは28%+35%、IIは27%+34%  
地医療を持たない  
老健、特養、介護からの救急搬送は、軽症の場合、3日以内の転院が、救急カウントの要件に

# 急性期病院一般入院基本料等の評価

- 病院の機能に着目した急性期病院一般病棟入院基本料等を新設するとともに、救急搬送症例や手術なし症例における重症度、医療・看護必要度の適切な評価を進める観点から、該当患者割合に救急搬送応需係数を加えた該当患者割合指数に見直す。
- 高齢者等が主に入棟する病棟において、患者のADL維持・向上等に係る取組を進めるため、看護・多職種協働加算を新設。

|                   |       | 急性期病院<br>A   | 急性期病院<br>B※1   |                                   | 急性期一般<br>1                        | 急性期一般<br>2                                 | 急性期一般<br>3 | 急性期一般<br>4※1         | 急性期一般<br>5                        | 急性期一般<br>6   |        |
|-------------------|-------|--|--|-----------------------------------|-----------------------------------|--|------------|----------------------|-----------------------------------|--------------|--------|
| 看護職員              |       | 7対1以上<br>(7割以上が<br>看護師)                              | 10対1以上<br>(7割以上が<br>看護師)   |                                   | 7対1以上<br>(7割以上が<br>看護師)           |  |            | 10対1以上<br>(7割以上が看護師) |                                   |              |        |
| 看護・多職種※1          |       |  | 25対1以上   |                                   |                                   |  |            | 25対1以上               |                                   |              |        |
| 該当患者割合<br>指数の基準※2 | 必要度I  | 指数①：28%<br>指数②：35%                                   |  |                                   | 28%                               | 24%  | 20%        | 指数①：28%<br>指数②：35%   | 15%                               | 測定している<br>こと |        |
|                   | 必要度II | 指数①：27%<br>指数②：34%                                   |  |                                   | 27%                               | 23%  | 19%        | 指数①：27%<br>指数②：34%   | 14%                               |              |        |
| 平均在院日数            |       | 16日以内  | 21日以内  | 16日以内                             | 16日以内                             | 21日以内                                      |            | 16日以内                | 21日以内                             |              |        |
| 在宅復帰・病床機能連携率      |       | 8割以上   | —  | 8割以上                              | 8割以上                              | —  |            | 8割以上                 | —                                 |              |        |
| その他               |       | 医師の員数が<br>入院患者数の<br>100分の10<br>以上                    | —  | 医師の員数が<br>入院患者数の<br>100分の10<br>以上 | 医師の員数が<br>入院患者数の<br>100分の10<br>以上 | ・入院医療等に関する調査への適切な参加<br>・届出に当たり入院料1の届出実績が必要 |            | —                    | 医師の員数が<br>入院患者数の<br>100分の10<br>以上 | —            |        |
| 救急搬送等の病院の実績       |       | 以下を満たす<br>・救急搬送2,000<br>件/年以上<br>・全麻手術1,200<br>件/年以上 | 以下のいずれかを満たす<br>・救急搬送1,500件/年以上<br>・救急搬送500件/年以上かつ全身麻酔手術500件/年以上<br>・人口20万人未満二次医療圏で最大救急搬送件数(1000件/年以上)<br>・離島医療圏で最大救急搬送件数 |                                   | —                                 |  |            |                      |                                   |              |        |
| データ提出加算           |       | ○ (要件)   |  |                                   |                                   |  |            |                      |                                   |              |        |
| 点数                |       | 1,930点   | 1,643点   | 1,898点                            | 1,874点                            | 1,779点                                     | 1,704点     | 1,597点               | 1,874点                            | 1,575点       | 1,523点 |

※1 急性期病院B入院基本料又は急性期一般入院料4において、看護・多職種協働加算を算定する場合は、入院基本料の看護職員10対1以上の配置に加え、看護職員を含む多職種職員25対1が配置される。

※2 重症度、医療・看護必要度の基準患者割合に係る**指数**：該当患者割合 + **救急搬送応需係数**

急性期病院A・B、急性期一般1：割合①A3点以上、又はC1点以上  
割合②A2点以上、又はC1点以上  
急性期一般2～5：A2点以上かつB3点以上、又はA3点以上、又はC1点以上

病床当たり年間救急搬送受入件数×0.005

年間救急搬送件数 ×  $\frac{\text{当該病棟の救急搬送入院数}}{\text{救急搬送応需係数の対象病棟の救急搬送入院数}} \div \text{当該病棟の病床数}$

24

## DPC対象病院の基準

- DPC対象病院は以下のすべての基準を満たす必要がある。
  - 急性期一般入院基本料、急性期病院一般入院基本料、特定機能病院等の7対1・10対1入院基本料の届出
  - A207診療録管理体制加算の届出
  - 以下の調査に適切に参加
    - 当該病院を退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される調査「退院患者調査」
    - 中央社会保険医療協議会の要請に基づき、退院患者調査を補完することを目的として随時実施される調査「特別調査」
  - 調査期間1月当たりのデータ病床比が0.875以上
  - 調査期間1月当たりのデータ数が90以上
  - 適切なデータ作成に係る以下の基準を満たす
    - 「退院患者調査」の様式1（医療資源病名）における「部位不明・詳細不明コード」の使用割合が10%未満
    - 「退院患者調査」の様式間で記載矛盾のあるデータが1%未満
    - 「退院患者調査」の様式1における未コード化傷病名の使用割合が2%未満
  - 適切なコーディングに関する委員会を年4回以上開催

# 短期滞在手術等基本料3の見直し

## 短期滞在手術等基本料3の見直し

- **DPC対象病院であっても短期滞在手術等基本料3を算定**するよう、要件を見直す。

| 区分      |        | 現行          |
|---------|--------|-------------|
| DPC対象病院 | DPC病床  | DPC算定       |
|         | 非DPC病床 | 出来高算定       |
| 出来高算定病院 |        | 短期滞在手術等基本料3 |



| 改定後                |
|--------------------|
| <b>短期滞在手術等基本料3</b> |

- 対象手術等を追加するとともに、実態を踏まえ、物件費の高騰及び賃上げへの措置も考慮し、評価を見直す。

| 現行   |         |
|--|---------|
| [対象手術の追加・評価の見直しの例]                               |         |
| K 2 8 2 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 □ その他のもの (片側) (新設) | 17,457点 |



| 改定後   |         |
|---|---------|
| [対象手術の追加・評価の見直しの例]  |         |
| K 2 8 2 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 □ その他のもの (片側)                       | 18,001点 |
| <b>K 8 7 2 - 3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術 2 組織切除回収システム利用によるもの</b> | 16,876点 |

- 外来での実施率が特に高い手術等について、評価を見直すとともに、これらを外来で一定程度実施している医療機関において、医学的に入院での手術等が特に必要な患者に対して、入院でこれらの手術等を実施した場合の評価を行う。

**(新) 入院手術対応加算 (K721内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径2センチメートル未満) 366点** ※手術毎に異なる加算を設定

[施設基準] (概要)

- 当該保険医療機関における、対象手術の外来実施率を、対象手術毎の全病院における外来実施率に、当該保険医療機関の対象手術毎の患者構成割合を乗じたものの総和で除した値が、1.3以上であること。

### 計算の例

|     | 症例数 | 外来実施件数 | 当該病院での<br>外来実施率 | 全病院での<br>平均的な外来実施率 |
|-----|-----|--------|-----------------|--------------------|
| A手術 | 100 | 90     | 90%             | 60%                |
| B手術 | 20  | 10     | 50%             | 80%                |
| 計   | 120 | 80     | 67%             | -                  |

当該医療機関  
 の外来実施率  
 想定される  
 外来実施率

$$\left[ \frac{90+10}{100+20} \right] \div \left[ \frac{100 \times 60\% + 20 \times 80\%}{100+20} \right] \approx 1.32$$

# 基礎係数の見直し

## 基礎係数の見直し

- 基本的な考え方については従前の設定方法を維持し、医療機関群（大学病院本院群、DPC特定病院群及びDPC標準病院群）の設定については、DPC標準病院群のうち、一定要件を満たす医療機関（「DPC標準病院群1」）については、それ以外の医療機関（「DPC標準病院群2」）と基礎係数の評価を区別する。

### DPC標準病院群1の要件（※1※2）

- ① 救急車等による入院数が年間700人以上
- ② 救急車等による入院数が年間200人以上    かつ    全身麻酔による手術件数が年間500件以上
- ③ 救急車等による入院数が年間400人以上    かつ    救急車等による入院数が二次医療圏で最大  
（人口20万人以下の二次医療圏に限る）
- ④ 救急車等による入院数が二次医療圏で最大  
（離島のみで構成されている二次医療圏に限る）

※1 令和6年10月～令和7年9月DPCデータにより判定を行う。

※2 令和10年度診療報酬改定以降は急性期病院A一般入院料又は急性期病院B一般入院料の届出を行う医療機関とすることを念頭に、データの収集を行う。

### 基礎係数

|         |          |           |           |
|---------|----------|-----------|-----------|
| 大学病院本院群 | DPC特定病院群 | DPC標準病院群  |           |
|         |          | DPC標準病院群1 | DPC標準病院群2 |

### 機能評価係数Ⅱ

|         |          |            |
|---------|----------|------------|
| 大学病院本院群 | DPC特定病院群 | DPC標準病院群※3 |
|---------|----------|------------|

※3 地域医療係数については、DPC標準病院群1とDPC標準病院群2について、それぞれ評価を行う。

# 機能評価係数Ⅱの見直し①

## 複雑性係数の見直し

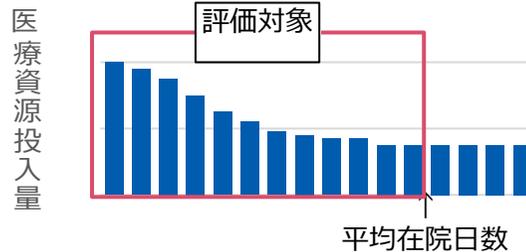
- 複雑性係数について1入院当たり医療資源投入の観点から見た患者構成への評価から、入院初期の医療資源投入の観点から見た患者構成への評価に見直す。

### 現行

#### 【複雑性指数】

〔**包括範囲出来高点数（一入院当たり）**を、包括対象の診断群分類ごとに全病院の平均包括範囲出来高点数に置換えた点数〕 / 〔全病院の平均一入院あたり包括点数〕

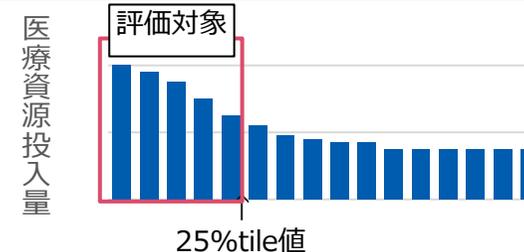
#### 見直しのイメージ



### 改定後

#### 【複雑性指数】

〔**在院日数の25%tile値までの平均包括範囲出来高点数**を、全DPC/PDPS対象病院における当該値に置き換えた点数の平均〕 / 〔全DPC/PDPS対象病院における全診断群分類の25%tile値までの平均包括範囲出来高点数の平均〕



## 地域医療係数（定量評価指数）の見直し

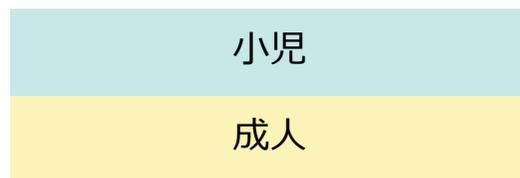
- 地域医療係数のうち定量評価指数について、地域医療係数のうち定量評価指数について、DPC標準病院群においては、新たにがん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患及び周産期の4領域にも着目した評価に見直す。

### 現行

〔当該医療機関の所属地域における担当患者数〕 / 〔当該医療機関の所属地域における発生患者数〕を評価

※ 1)小児と2)それ以外をそれぞれ評価（重み付けは等分）

#### 見直しのイメージ（DPC標準病院群に限る）

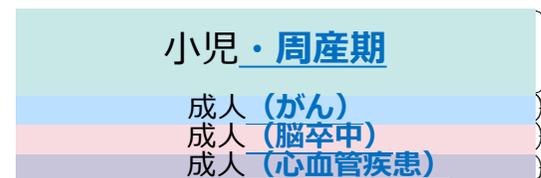


### 改定後

〔当該医療機関の所属地域における担当患者数〕 / 〔当該医療機関の所属地域における発生患者数〕を評価

※ 1 **DPC標準病院群にあつては、1)小児及び周産期と2)それ以外をそれぞれ評価（重み付けは等分）**

※ 2 2)それ以外については、①がん、②脳卒中及び③心筋梗塞等の心血管疾患をそれぞれ評価（重み付けは等分）



# 現行の複雑性指数の評価方法における課題について

- 現行の複雑性指数は、「1入院当たりの包括範囲出来高点数」が高い診断群分類の患者数が多い場合に高い評価がなされる仕組みとなっている。
- そのため、1日当たりの包括範囲出来高点数は全DPCの平均未満であるが、平均在院日数が長いことにより、複雑性係数により高く評価される診断群分類が存在している。

## 複雑性指数の計算方法（再掲）

〔当該医療機関の包括範囲出来高点数（1入院当たり）を、包括対象の診断群分類ごとに全病院の平均包括範囲出来高点数に置き換えた点数〕 / 〔全病院の平均1入院当たり包括点数〕

## 複雑性指数の計算例

| DPC診断群分類の例   | 全DPC対象病院平均             |                |                                   |              |
|--|------------------------|----------------|-----------------------------------|--------------|
|  | 一日当たり<br>包括範囲<br>出来高点数 | 平均<br>在院日<br>数 | 一入院当たり<br>包括範囲出来高点数<br>(複雑性係数に反映) | (参考)<br>症例比率 |
| 040081xx99x0xx<br>誤嚥性肺炎 手術なし 手術・処置等2なし   | 2,568                  | 18.6           | 47,808                            | 1.38%        |
| 050030xx03030x<br>急性心筋梗塞（続発性合併症を含む。）、再発性<br>心筋梗塞 経皮的冠動脈形成術等 手術・処置<br>等 1 なし、1あり 手術・処置等 2 3あり<br>定義副傷病 なし | 3,276                  | 13.8           | 43,452                            | 0.06%        |
| 全DPC   | 2,840                  | 10.5           | 29,874                            | —            |

⇒ 「040081xx99x0xx誤嚥性肺炎 手術なし 手術・処置等2なし」の症例比率が100%の医療機関における複雑性指数は、 $47,808 / 29,874 = 1.60$ となる

# 地域包括ケア病棟における初期加算等の評価の見直し

## 初期加算や連携に係る評価の見直し

- ▶ 地域包括ケア病棟における在宅医療や協力対象施設の後方支援の機能をより高く評価する観点から、**在宅患者支援病床初期加算**について、①の対象を**救急搬送された患者から緊急入院した患者に拡大**するとともに、評価を見直す。

### 現行

#### 【在宅患者支援病床初期加算】

[算定要件]

- (1) 介護老人保健施設から入院した患者の場合
  - ① 救急搬送された患者又は救急患者連携搬送料を算定し  
他の保険医療機関から搬送された患者 **580点**
  - ② ①の患者以外の患者の場合 **480点**
- (2) 介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者の場合
  - ① 救急搬送された患者又は救急患者連携搬送料を算定し  
他の保険医療機関から搬送された患者 **480点**
  - ② ①の患者以外の患者の場合 **380点**



### 改定後

#### 【在宅患者支援病床初期加算】

[算定要件]

- (1) 介護老人保健施設から入院した患者の場合
  - ① **緊急入院した患者**の場合 **590点**
  - ② ①の患者以外の患者の場合 **410点**
- (2) 介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者の場合
  - ① **緊急入院した患者**の場合 **490点**
  - ② ①の患者以外の患者の場合 **310点**

- ▶ 後方支援における連携を個別に評価する観点から、**「B005」退院時共同指導料2**及び**「B005-1-2」介護支援等連携指導料**について、包括範囲から除外し、**出来高算定**とする。

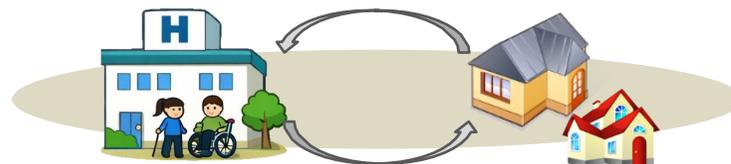
# 包括期入院医療における充実した後方支援の評価

## 包括期充実体制加算の新設

- 高齢者救急、在宅医療及び介護保険施設の後方支援を更に充実させる観点から、一定の体制及び実績を有する許可病床数200床未満の**地域包括医療病棟又は地域包括ケア病棟**で算定可能な**包括期充実体制加算を新設**する。

平時からの連携、必要時の入院受入と充実した退院支援

### (新) 包括期充実体制加算（1日につき） 80点



[算定要件]

注1 在宅医療及び介護保険施設等の後方支援を担う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について、入院した日から起算して**14日を限度として**所定点数に加算する。

[施設基準]

- **許可病床数**が**200床未満**（別表第六の二に掲げる人口の少ない地域に所在する場合は280床未満）であること。
- **地域包括医療病棟入院料**又は**地域包括ケア病棟入院料**を算定する病棟を有する病院であること。
- 「A100」のうち**急性期病院一般入院基本料及び急性期一般入院基本料を算定する病棟を有しない病院**であること。
- 協力対象施設入所者入院加算（※）、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。
- 地域において**高齢者の救急患者を受け入れ、在宅医療や介護保険施設等の後方支援を担うにつき十分な体制や実績**を有していること。

### 地域において高齢者の救急患者を受け入れ、在宅医療や介護保険施設等の後方支援を担うにつき十分な体制や実績

|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>施設後方支援の体制（※）</b> | 原則 <b>3以上の施設の協力医療機関</b> になること<br>※近隣<半径10km以内>に協力医療機関を定めていない施設がない場合を除く   |
| <b>後方支援の実績</b>      | ①及び②を満たす<br>① 自宅等からの <b>緊急入院</b> が <b>直近3か月</b> で <b>15件以上</b><br>② <b>在宅患者緊急入院診療加算1～3</b> の算定回数が <b>直近1年</b> で合わせて <b>12回以上</b> 又は <b>協力対象施設入所者入院加算1・2</b> の算定回数が <b>直近1年</b> で合わせて <b>4回以上</b> |
| <b>救急医療の実績</b>      | <b>救急搬送及び下り搬送からの入院</b> が全入院患者の <b>8%以上</b>   |
| <b>入退院支援の実績</b>     | <b>退院時共同指導料2</b> と <b>介護支援等連携指導料2</b> の算定回数が <b>直近3か月</b> で合わせて <b>3回以上</b>  |

※ 在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、地域包括ケア病棟を有する医療機関のいずれでもない場合は除く。

# 協力医療機関が施設と行うカンファレンス等に係る施設基準の見直し

## 協力対象施設入所者入院加算等における施設基準の見直し

- **協力対象施設入所者入院加算**及び往診料の注10に掲げる**介護保険施設等連携往診加算**の施設基準における、協力医療機関と介護保険施設とで行う**カンファレンスの頻度**について、有機的な連携体制を保ちつつ業務効率化を図る観点から、**ICTによる情報共有を行う場合は年1回、ICTによる情報共有を行わない場合は原則年3回**に見直す。

### 現行

#### 【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】 【施設基準】

○ ICTによる情報連携の実施状況に応じて、いずれかの要件を満たすこと。

#### （ICTによる情報連携をしている場合）

- 介護保険施設から協力医療機関に対し、入所者の診療情報及び病状急変時の対応方針等が適切に提供されており、ICTを活用してそれらを常に確認可能な体制を有していること。
- 当該介護保険施設等と協力医療機関である保険医療機関において、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、**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。

#### （ICTによる情報連携をしていない場合）

当該介護保険施設等と協力医療機関である保険医療機関において、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、**1月に1回以上**の頻度でカンファレンスを実施していること。



### 改定後

#### 【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】 【施設基準】

○ ICTによる情報連携の実施状況に応じて、いずれかの要件を満たすこと。

#### （ICTによる情報連携をしている場合）

- 介護保険施設から協力医療機関に対し、入所者の診療情報及び病状急変時の対応方針等が適切に提供されており、ICTを活用してそれらを常に確認可能な体制を有していること。
- 当該介護保険施設等と協力医療機関である保険医療機関において、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、**年1回以上**の頻度でカンファレンスを実施していること。

#### （ICTによる情報連携をしていない場合）

当該介護保険施設等と協力医療機関である保険医療機関において、介護保険施設等の入所者の病状が急変した場合等における対応方針等の共有を図るため、**年に3回以上**の頻度でカンファレンスを実施していること※。

※当該介護保険施設等において、**入所者の入院を年に2件以上**受け入れており、その都度適切な情報共有が行われている場合には、カンファレンスの実施は**年に1回以上**の頻度であれば良い。

## 入院料に包括されない除外薬剤・注射薬の範囲の見直し

### 入院料ごとの役割に応じた出来高算定可能な見直し

- 入院料ごとに医療機能を適切に評価し、機能に応じた患者の入棟を円滑にする観点から、入院料に薬剤料が包括されない薬剤及び注射薬について、以下の見直しを行い、介護保険との給付調整についても同様の対応を行う。
- 別表第5の1の2、4及び5が適用されていた入院料（除外薬剤の種類が限られていた入院料）のうち、**回復期リハビリテーション病棟入院料や精神病棟で算定される特定入院料**等（緩和ケア病棟入院料以外）において、
    - 抗悪性腫瘍剤
    - 疼痛コントロールのための医療用麻薬
    - エリスロポエチン等の腎性貧血に対して使用する薬剤
 を出来高算定可能な薬剤に追加し、**地域包括ケア病棟入院料等と薬剤の包括範囲を統一**する。  
これに伴い、除外薬剤・注射薬の別表を1つにまとめる。
  - 血友病の患者に使用する医薬品について、**血友病類縁疾患に使用する場合も出来高算定可能**とする。
  - 出来高算定可能な薬剤として、新たに**生物学的製剤及び JAK 阻害薬**（いずれも**免疫・アレルギー疾患の維持期の治療に用いられており、他の治療薬で代替不能な場合に限り**。）**を追加**する。
  - 「令和6年度診療報酬改定による恒常的な感染症対応への見直しを踏まえた新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の取扱い等について」（令和6年3月5日厚生労働省保険局医療課事務連絡）に示された、**抗ウイルス剤（新型コロナウイルス感染症の効能又は効果を有するものに限り）に係る取扱いについて、令和8年5月31日をもって終了**し、以降は包括対象とする。
  - 介護保険との給付調整において医療保険で算定する薬剤の範囲について、上記1～4と同様に整理する。

# 入院料に包括されない除外薬剤・注射薬の範囲

青字が変更点

| 改定前の別表番号<br>(改定後は別表第5の1の2)  | 第5 +<br>第5の1の2                           | 第5の1の2   |                            | 第5の1の<br>3                 | 第5の1の4又は5  | 特掲診療料<br>第16  |
|---|--|----------|----------------------------|----------------------------|--|---|
| 入院料等  | 療養病棟<br>障害者施設等の注6、<br>13、14<br>有床診療所療養病床 | 緩和ケア     | 特定入院<br>基本料<br>回リハ<br>特殊疾患 | 地域包括医療<br>地域包括ケア<br>短期滞在手術 | 精神科救急急性期医療入院料<br>精神科急性期治療病棟入院料<br>精神科救急・合併症入院料<br>精神療養病棟入院料<br>地域移行機能強化病棟入院料 | 介護老人保健施設・介護医療<br>院等に入所中の患者、入院中<br>の患者であって短期入所療養<br>介護を受けている患者 |
| 抗悪性腫瘍剤  | ○  | (包括)     | (包括)<br>→○                 | ○                          | (包括) →○  | ○※<br>※入院中の患者であって短期入所療<br>養介護を受けている患者を除く                      |
| 疼痛コントロールのための<br>医療用麻薬   | ○  | (包括)     | (包括)<br>→○                 | ○                          | (包括) →○  | ○   |
| エリスロポエチン、ダルベポエ<br>チン、エポエチンベータペゴル、<br>HIF-PH阻害薬                                | ○  | (包括)     | (包括)<br>→○                 | ○                          | (包括) →○  | ○   |
| インターフェロン製剤  | ○  | ○        | ○                          | ○                          | ○  | ○   |
| 抗ウイルス剤  | ○  | ○        | ○                          | ○                          | ○  | ○   |
| <b>抗ウイルス剤<br/>(新型コロナウイルス治療薬)</b>  | ○ → (包括)                                 | ○ → (包括) | ○ → (包括)                   | ○ → (包括)                   | ○ → (包括)   | ○ → (包括)  |
| 血友病の患者に使用する医薬品  | ○  | ○        | ○                          | ○                          | ○  | ○   |
| <b>血液凝固因子障害等(血友病以<br/>外)の患者に使用する医薬品</b>                                       | (包括) →○                                  | (包括) →○  | (包括) →○                    | (包括) →○                    | (包括) →○  | (包括) →○   |
| <b>生物学的製剤、JAK阻害剤<br/>(免疫・アレルギー疾患の維持<br/>期の治療のために使用され、他<br/>剤で代替不能な場合に限る。)</b> | (包括) →○                                  | (包括)     | (包括)<br>→○                 | (包括) →○                    | (包括) →○  | (包括) →○   |
| クロザピン<br>持続性抗精神病注射薬剤  | —  | —        | —                          | —                          | ○  | —   |

○：包括範囲からの除外薬剤として基本診療料の施設基準等の別表第5等に記載されており、出来高算定されるもの

## 入退院支援加算の見直し②

### 入退院支援加算の算定対象の見直し

- 算定対象となる患者における退院困難な要因について、**家族や親族との連絡が困難であること等を追加**する。

#### 現行

【入退院支援加算 1 及び 2】

〔算定要件〕 退院困難な要因

ア～イ (略)

ウ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること又は要支援状態であるとの疑いがあるが要支援認定が未申請であること（介護保険法施行令第2条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満の者及び65歳以上の者に限る。）

エ～ソ (略)

タ その他患者の状況から判断してアからソまでに準ずると認められる場合

#### 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～イ (略)

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**若しく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と又は現に認定を受けている要介護状態区分若しくは要支援状態区分以外の区分に該当する疑いがあるが変更の申請がされていないこと**（介護保険法施行令第2条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満の者及び65歳以上の者に限る。）

エ～ソ (略)

タ **患者の意思決定支援及び退院後の生活に向けた調整を行うに当たって、家族及び親族との連絡が困難であること**

チ その他患者の状況から判断してアからソまでに準ずると認められる場合

### 患者の検査・画像情報の提供を行った場合の加算の新設

- 地域連携診療計画加算に係る情報提供時に患者の検査・画像情報の提供を行った場合の加算を新設する。

**注5** 注4の加算を算定する患者について、添付の必要を認め、当該患者の同意を得て、別の保険医療機関、精神障害者施設又は介護老人保健施設若しくは介護医療院に対して、退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付して情報提供を行った場合は更に200点を所定点数に加算する。

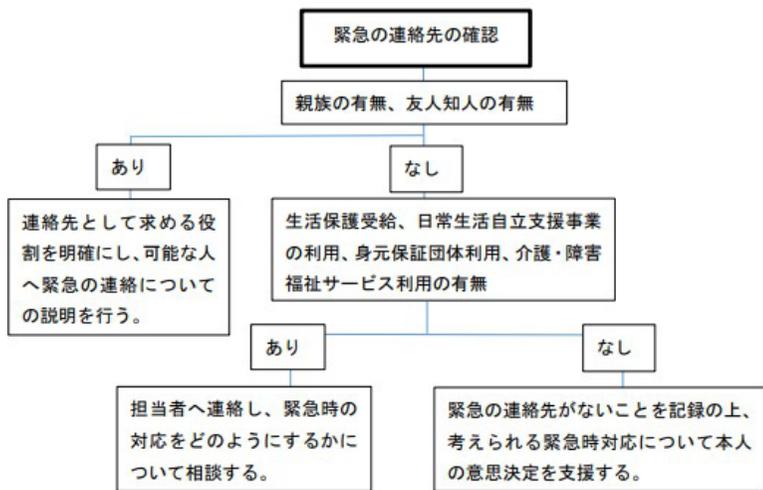
# 身寄りがいない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドラインについて

○ 「身寄りがいない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン」では、患者の生活や意思決定を支援する親族がいない場合の支援について、本人の判断能力に応じた具体的な調整方法について説明しており、行政との連携についても説明している。

## (1) 本人の判断能力が十分な場合

### ① 緊急の連絡先に関すること

下記のフローチャートを参考に親族や友人知人の有無等を確認し、本人の意向を確認した上で、緊急連絡先となれる人がいるかを確認します。



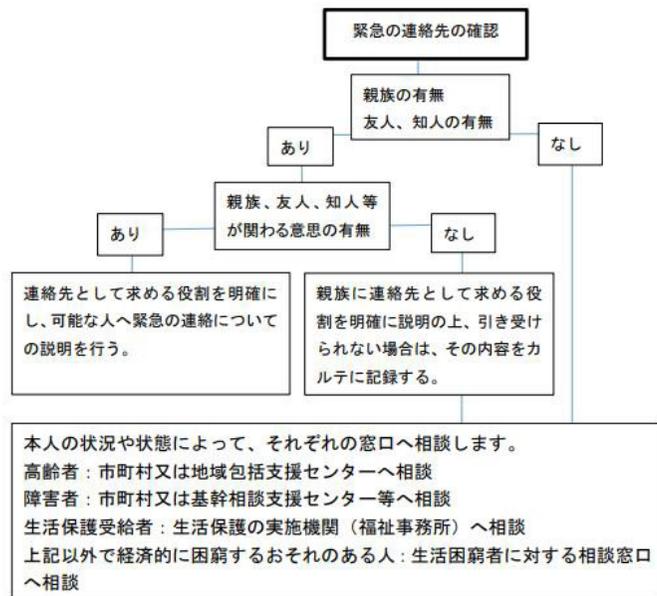
### ② 入院計画書に関すること

本人が理解できるようわかりやすく説明を行います。家族、ケアマネジャー、相談支援専門員や友人・知人など、本人の身の回りの方で、本人の入院診療についての説明に同席を希望する人がいる場合は本人の意向を確認した上で、情報提供を行います。<sup>18</sup>

## (3) 判断能力が不十分で、成年後見制度を利用していない場合

### ① 緊急の連絡先に関すること

下記のフローチャートを参考に親族や友人知人の有無等を確認し、本人の意向を確認した上で、緊急連絡先となれる人がいるかを確認します。



地域包括支援センター等が介護予防の事業や民生委員等からの情報で本人の暮らしを把握していることもあります。本人と相談の上、地域包括支援センターや市町村と連絡を取ります。

本人が、緊急の連絡先やかかりつけ医などを予め記載した書類等を救急搬送時に持ってきている場合があります。救急要請から搬送までの経過を救急隊員より聞き取りをして、本人が予め記載した書類や搬送前に立ち会った人などから情報を得ます。

# 介護支援等連携指導料の見直し

## 入院前からの支援の強化

- 入退院支援及び地域連携業務を担う部門の担当者が、平時から連携体制を構築している介護支援専門員等と共同して、患者の状態を踏まえて導入が望ましい介護サービス等について説明及び指導を行った場合の評価を新設する。

| 現行         |      |
|------------|------|
| 介護支援等連携指導料 | 400点 |



| 改定後                     |             |
|-------------------------|-------------|
| 介護支援等連携指導料              |             |
| 介護支援等連携指導料 1            | 400点        |
| <b>(新) 介護支援等連携指導料 2</b> | <b>500点</b> |

### [算定要件]

介護支援等連携指導料 2 は、入退院支援加算 1 の届出を行っている病棟に入院中の患者に対して、患者の同意を得て、**平時から以下のアの体制を確保した上で、イ及びウに掲げる連携体制を構築している介護支援専門員又は相談支援専門員と共同**して、患者の心身の状況等を踏まえ導入が望ましいと考えられる介護等サービスや、当該地域において提供可能な介護等サービス等に関する説明及び指導を行った場合に、当該入院中 2 回に限り算定できる。

|   |   |
|---|---|
| ア | 当該保険医療機関の入退院支援及び地域連携業務を担う部門において、退院後に介護保険の給付が行われる患者の取扱いに係る以下の（ア）及び（イ）が含まれる規程を作成し、院内に周知すること。<br><br>（ア）入院前に当該患者を担当する介護支援専門員等が決まっている場合は、原則として患者の入院日から 7 日以内に当該介護支援専門員等へ、入院の事実その他必要な情報を情報提供すること。また、患者の退院が見込まれる 7 日前までに、当該介護支援専門員等に連絡し、退院後のケアプランの作成に必要な情報提供等を行うこと。<br>（イ）要介護及び要支援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場合は、入院中に担当の介護支援専門員等を決めることができるよう、患者・家族等に居宅介護支援事業所・地域包括支援センターに相談するよう促すとともに、担当の介護支援専門員等が決まり次第、連絡をとり、必要な情報提供を行うこと。 |
| イ | 当該保険医療機関の入退院支援及び地域連携業務を担う部門の担当者が、地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議又は病院若しくは介護保険施設等で実施される多職種連携に係る会議に出席し、医療関係職種及び介護関係職種等の連絡先や担当者をあらかじめ共有し、平時から連携体制を構築している。   |
| ウ | 医療法（昭和 23 年法律第 205 号）第 30 条の 18 の 4 第 2 項のロに規定する、病状が急変した場合その他入院が必要な場合に入院させるため、又は病院若しくは診療所を退院する者が引き続き療養を必要とする場合に当該者を他の病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院若しくは居宅等における療養生活に円滑に移行させるために必要な支援を提供するかかりつけ医機能に基づく支援を、都道府県や市町村等が策定する規定に基づき、入退院支援及び地域連携業務を担う部門の担当者と介護支援専門員等とが事前に取り決めを行うことが望ましい。   |

# 感染対策向上加算等における専従要件の見直し

## 感染対策向上加算等における専従要件の見直し

- 感染症対策等の**専門的な知見を有する者が、介護保険施設等からの求めに応じてその専門性に基づく助言を行うことを促進**する観点から、感染対策向上加算等の要件を見直す。
- 感染対策向上加算、緩和ケア診療加算、小児緩和ケア診療加算、外来緩和ケア管理料及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算の施設基準で求める各チームの専従の者が、**介護保険施設等からの求めに応じてより柔軟な対応ができるよう、助言に従事できる時間について見直す**。
- あわせて、専従業務に従事する時間が所定の労働時間に満たない場合について記載を追加した。

### 現行

#### 【感染対策向上加算】

##### [施設基準]

- 1 感染対策向上加算 1 の施設基準
- (2) 感染防止対策部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。

ア～エ (略)

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



### 改定後

#### 【感染対策向上加算】

##### [施設基準]

- 1 感染対策向上加算 1 の施設基準
- (2) 感染防止対策部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。

ア～エ (略)

アに定める医師又はイに定める看護師のうち1名は専従であること。なお、感染制御チームの専従の職員については、抗菌薬適正使用支援チームの業務を行う場合及び感染対策向上加算2、感染対策向上加算3又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った他の保険医療機関に対する助言に係る業務を行う場合及び介護保険施設等又は指定障害者支援施設等からの求めに応じ、当該介護保険施設等又は指定障害者支援施設等に対する助言に係る業務を行う場合には、感染制御チームの業務について専従とみなすことができる。ただし、介護保険施設等又は指定障害者支援施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として月16時間以下であること。**また、感染制御チームの業務への従事時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、月16時間から介護保険施設等又は指定障害者支援施設等に赴いて助言に係る業務を行った時間を差し引いた時間を越えない範囲で、当該業務の実施時間以外に病院内の他の業務に従事することは差し支えない。**

## 制度施行に向けた基本的な考え方

- 今後、複数の慢性疾患、医療・介護の複合ニーズ等がかかえる高齢者が増加する一方、医療従事者のマンパワーの制約がある中で、地域の医療機関等や多職種が機能や専門性に応じて連携して、効率的に質の高い医療を提供し、フリーアクセスのもと、必要なときに必要な医療を受けられる体制を確保することが重要。
- このため、かかりつけ医機能報告及び医療機能情報提供制度により、
  - 「かかりつけ医機能を有する医療機関」のかかりつけ医機能の内容について、国民・患者に情報提供し、国民・患者のより適切な医療機関の選択に資することが重要。
  - また、当該内容や今後担う意向について、地域の協議の場に報告し、地域で不足する機能を確保する方策を検討・実施することによって、地域医療の質の向上を図るとともに、その際、「かかりつけ医機能を有する医療機関」の多様な類型(モデル)の提示を行い、各医療機関が連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化するように促すことが重要。
- かかりつけ医機能の確保に向けた医師の教育や研修の充実、医療DXによる情報共有基盤の整備など、地域でかかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備等に取り組むことが重要。

## 報告を求めるかかりつけ医機能の内容（主なもの）

### 1号機能

- **継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療その他の日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能**
  - 当該機能を有すること及び報告事項について院内掲示により公表していること
  - かかりつけ医機能に関する研修※の修了者の有無、総合診療専門医の有無
  - 診療領域ごとの一次診療の対応可能な有無、一次診療を行うことができる疾患
  - 医療に関する患者からの相談に応じることができること

※ かかりつけ医機能に関する研修の要件を設定して、該当する研修を示す。
- ※ 施行後5年を目途として、研修充実の状況や制度の施行状況等を踏まえ、報告事項について改めて検討する。

### 2号機能

- **通常の診療時間外の診療、入院時の支援、在宅医療の提供、介護等と連携した医療提供**

※ 1号機能を有する医療機関は、2号機能の報告を行う。

### その他の報告事項

- **健診、予防接種、地域活動、教育活動、今後担う意向等**

## 地域における協議の場での協議

- 特に在宅医療や介護連携等の協議に当たって、市町村単位や日常生活圏域単位等での協議や市町村の積極的な関与・役割が重要。
- 協議テーマに応じて、協議の場の圏域や参加者について、都道府県が市町村と調整して決定。
  - 在宅医療や介護連携等は市町村単位等（小規模市町村の場合は複数市町村単位等）で協議、入院支援等は二次医療圏単位等で協議、全体を都道府県単位で統合・調整など

## かかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備

### 医師の教育や研修の充実

- かかりつけ医機能の確保に向けて、医師のリカレント教育・研修を体系化して、行政による支援を行いつつ、実地研修も含めた研修体制を構築する。
- 知識（座学）と経験（実地）の両面から望ましい内容等を整理し、かかりつけ医機能報告の報告対象として該当する研修を示す（詳細は厚労科研で整理）。
- 国において必要な支援を検討し、医師が選択して学べる「E-learningシステム」の整備を進める。

### 医療DXによる情報共有基盤の整備

- 国の医療DXの取組として整備を進めている「全国医療情報プラットフォーム」を活用し、地域の医療機関等や多職種が連携しながら、地域のかかりつけ医機能の確保を推進。
- 「全国医療情報プラットフォーム」による介護関連情報の共有が実施されるまでにも、医療機関、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等が円滑に連携できるよう、活用できる民間サービスの活用などの好事例の周知等に取り組む。

## 患者等への説明

- 説明が努力義務となる場合は、在宅医療や外来医療を提供する場合であって一定期間以上継続的に医療の提供が見込まれる場合とする。
- 患者等への説明内容は、疾患名や治療計画、当該医療機関の連絡先等に加えて、当該患者に対する1号機能や2号機能の内容、連携医療機関等とする。

## 施行に向けた今後の取組

- 今後、制度の円滑な施行に向けて、関係省令・告示等の改正、かかりつけ医機能報告に係るシステム改修、かかりつけ医機能の確保に向けた医師の研修の詳細の整理、ガイドラインの作成、都道府県・市町村等に対する研修・説明会の開催等に取り組む。

# 報告を求めるかかりつけ医機能「1号機能」

- かかりつけ医機能報告を行う対象医療機関は、特定機能病院及び歯科医療機関を除く、病院・診療所とする。
- 報告を求めるかかりつけ医機能（1号機能）の概要は以下のとおり。1号機能に係る報告事項がいずれも可の場合は、「1号機能を有する医療機関」として2号機能の報告を行う。

## ■ かかりつけ医機能報告を行う対象医療機関

- 特定機能病院及び歯科医療機関を除く、病院・診療所

## ■ 具体的な機能（1号機能）

- 継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療を行うとともに、継続的な医療を要する者に対する日常的な診療において、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する機能

## ■ 医療機関からの報告事項（1号機能）

- 「具体的な機能」を有すること及び「報告事項」について院内掲示していること
- かかりつけ医機能に関する研修の修了者の有無、総合診療専門医の有無
- 17の診療領域※1ごとの一次診療の対応可能な有無、いずれかの診療領域について一次診療を行うことができること
- 一次診療を行うことができる疾患
- 医療に関する患者からの相談に応じることができること

※1 皮膚・形成外科領域、神経・脳血管領域、精神科・神経科領域、眼領域、耳鼻咽喉領域、呼吸器領域、消化器系領域、肝・胆道・膵臓領域、循環器系領域、腎・泌尿器系領域、産科領域、婦人科領域、乳腺領域、内分泌・代謝・栄養領域、血液・免疫系領域、筋・骨格系及び外傷領域、小児領域

※ 上記の1号機能に係る報告事項がいずれも可の場合は、「1号機能を有する医療機関」として2号機能の報告を行う。

※ かかりつけ医機能に関する研修及び一次診療・患者相談対応に関する報告事項については、改正医療法施行後5年を目途として、研修充実の状況や制度の施行状況等を踏まえて、改めて検討する。

令和6年7月5日「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会」資料

## (例) 一次診療に関する報告できる疾患案（40疾患）

| 傷病名            | 推計外来患者数(千人) | 主な診療領域              |
|----------------|-------------|---------------------|
| 高血圧            | 590.1       | 9. 循環器系             |
| 腰痛症            | 417.5       | 16. 筋・骨格系及び外傷       |
| 関節症（関節リウマチ、脱臼） | 299.4       | 16. 筋・骨格系及び外傷       |
| かぜ・感冒          | 230.3       | 6. 呼吸器、17.小児        |
| 皮膚の疾患          | 221.6       | 1.皮膚・形成外科、17.小児     |
| 糖尿病            | 210         | 14. 内分泌・代謝・栄養       |
| 外傷             | 199.1       | 16. 筋・骨格系及び外傷、17.小児 |
| 脂質異常症          | 153.4       | 14. 内分泌・代謝・栄養       |
| 下痢・胃腸炎         | 124.9       | 7. 消化器系             |
| 慢性腎臓病          | 124.5       | 10. 腎・泌尿器系          |
| がん             | 109.2       | -                   |
| 喘息・COPD        | 105.5       | 6. 呼吸器、17.小児        |
| アレルギー性鼻炎       | 104.8       | 6. 呼吸器、17.小児        |
| うつ（気分障害、躁うつ病）  | 91.4        | 3. 精神科・神経科          |
| 骨折             | 86.6        | 16. 筋・骨格系及び外傷       |
| 結膜炎・角膜炎・涙腺炎    | 65          | 4. 眼                |
| 白内障            | 64.4        | 4. 眼                |
| 緑内障            | 64.2        | 4. 眼                |
| 骨粗しょう症         | 62.9        | 16. 筋・骨格系及び外傷       |
| 不安・ストレス（神経症）   | 62.5        | 3. 精神科・神経科          |
| 認知症            | 59.2        | 2. 神経・脳血管           |
| 便秘症            | 51          | 2. 神経・脳血管           |

| 傷病名               | 推計外来患者数(千人) | 主な診療領域        |
|-------------------|-------------|---------------|
| 統合失調症             | 50          | 3. 精神科・神経科    |
| 中耳炎・外耳炎           | 45.8        | 5. 耳鼻咽喉、17.小児 |
| 睡眠障害              | 41.9        | 3. 精神科・神経科    |
| 不整脈               | 41          | 9. 循環器系       |
| 近視・遠視・老眼          | 39.1        | 4. 眼、17.小児    |
| 前立腺肥大症            | 35.3        | 10. 腎・泌尿器系    |
| 狭心症               | 32.3        | 9. 循環器系       |
| 正常妊娠・産じよくの管理      | 27.9        | 11. 産科        |
| 心不全               | 24.8        | 9. 循環器系       |
| 便秘                | 24.2        | 7. 消化器系       |
| 頭痛（片頭痛）           | 19.9        | 2. 神経・脳血管     |
| 末梢神経障害            | 17.2        | 2. 神経・脳血管     |
| 難聴                | 17.1        | 5. 耳鼻咽喉       |
| 頸椎症候群             | 17          | 16. 筋・骨格系及び外傷 |
| 更年期障害             | 16.8        | 12. 婦人科       |
| 慢性肝炎（肝硬変、ウイルス性肝炎） | 15.3        | 8. 肝・胆道・膵臓    |
| 貧血                | 12.3        | 15. 血液・免疫系    |
| 乳房の疾患             | 10.5        | 13. 乳腺        |

※ 一次診療を行うことができるその他の疾患を報告できる記載欄を設ける。

出典：厚生労働省令和2年「調査調査」全国の推計外来患者数  
<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/file-downloads/statInfId=0000322119848&fileKind=1>

### 【上記例の設定の考え方】

- ・ 一次診療に関する報告できる疾患は、患者調査による推計外来患者数が多い傷病を基に検討して設定する。
- ・ 推計外来患者数が1.5万人以上の傷病を抽出。該当する傷病がない診療領域は最も推計外来患者数の多い傷病を追加。ICD-10中分類を参考に類似する傷病を統合。
- ・ XXI 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用、その他の大分類の疾患、歯科系疾患は除く。

## 報告を求めるかかりつけ医機能「2号機能」

- 報告を求めるかかりつけ医機能（2号機能等）の概要は以下のとおり。
- 各報告事項のうち、いずれかが「有」の場合は「当該機能有り」として報告を行う。

### ■ 具体的な機能（2号機能）

- （1）通常の診療時間外の診療
  - ・通常の診療時間以外の時間に診療を行う機能
- （2）入退院時の支援
  - ・在宅患者の後方支援病床を確保し、地域の退院ルールや地域連携クリティカルパスに参加し、入退院時に情報共有・共同指導を行う機能
- （3）在宅医療の提供
  - ・在宅医療を提供する機能
- （4）介護サービス等と連携した医療提供
  - ・介護サービス等の事業者と連携して医療を提供する機能

### ■ その他の報告事項

- 健診、予防接種、地域活動（学校医、産業医、警察業務等）、学生・研修医・リカレント教育等の教育活動等
- 1号機能及び2号機能の報告で「当該機能有り」と現時点でならない場合は、今後担う意向の有無

### ■ 医療機関からの報告事項（2号機能）

- （1）通常の診療時間外の診療
  - ① 自院又は連携による通常の診療時間外の診療体制の確保状況（在宅当番医制・休日 夜間急患センター等に参加、自院の連絡先を渡して随時対応、自院での一定の対応に加えて他医療機関と連携して随時対応等）、連携して確保する場合は連携医療機関の名称
  - ② 自院における時間外対応加算1～4の届出状況、時間外加算、深夜加算、休日加算の算定状況
- （2）入退院時の支援
  - ① 自院又は連携による後方支援病床の確保状況、連携して確保する場合は連携医療機関の名称
  - ② 自院における入院時の情報共有の診療報酬項目の算定状況
  - ③ 自院における地域の退院ルールや地域連携クリティカルパスへの参加状況
  - ④ 自院における退院時の情報共有・共同指導の診療報酬項目の算定状況
  - ⑤ 特定機能病院・地域医療支援病院・紹介受診重点医療機関から紹介状により紹介を受けた外来患者数
- （3）在宅医療の提供
  - ① 自院又は連携による在宅医療を提供する体制の確保状況（自院で日中のみ、自院で24時間対応、自院での一定の対応に加えて連携して24時間対応等）、連携して確保する場合は連携医療機関の名称
  - ② 自院における訪問診療・往診・訪問看護の診療報酬項目の算定状況
  - ③ 自院における訪問看護指示料の算定状況
  - ④ 自院における在宅看取りの実施状況
- （4）介護サービス等と連携した医療提供
  - ① 介護サービス等の事業者と連携して医療を提供する体制の確保状況（主治医意見書の作成、地域ケア会議・サービス担当者会議等への参加、介護支援専門員や相談支援専門員と相談機会設定等）
  - ② 介護支援専門員や相談支援専門員への情報共有・指導の診療報酬項目の算定状況
  - ③ 介護保険施設等における医療の提供状況（協力医療機関となっている施設の名称）
  - ④ 地域の医療介護情報共有システムの参加・活用状況
  - ⑤ A C Pの実施状況

27

# D to P with N のオンライン診療の評価に係る全体像（イメージ）

(A) 訪問看護指示書及び訪問看護計画に基づく定期的な訪問（訪問看護）

(B) 予定された訪問看護がない場合

① 医師と同一の医療機関の看護師等の場合

【医療機関で算定】

- ・ 情報通信機器を用いた診療
- ・ **訪問看護の費用**（在宅患者訪問看護・指導料等）

【医療機関で算定】

- ・ 情報通信機器を用いた診療
- ・ **訪問看護遠隔診療補助料**（在宅患者訪問看護・指導料は算定不可）

② 訪問看護の指示を受けた訪問看護STの看護師等の場合

【医療機関で算定】

- ・ 情報通信機器を用いた診療

【訪看STで算定】

- ・ **指定訪問看護の費用**（訪問看護療養費）

＜医療保険の訪問看護対象者＞

- ・ 情報通信機器を用いた診療 【医療機関で算定】
- ・ **訪問看護遠隔診療補助料** 【訪看STで算定】

＜医療保険の訪問看護対象者以外の場合＞

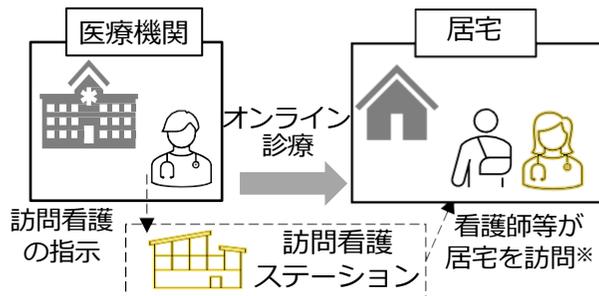
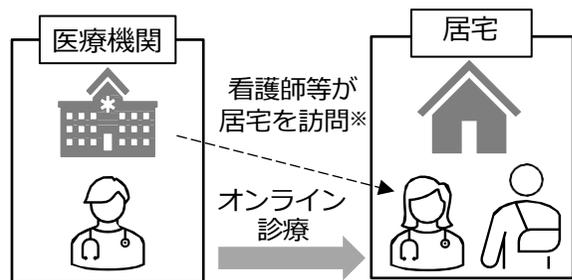
- ・ 情報通信機器を用いた診療 【医療機関で算定】
- ・ **訪問看護遠隔診療補助料** 【医療機関で算定 ※合議精算】

検査：**看護師等遠隔診療検査実施料**（第3節生体検査料、第4節診断穿刺・検体採取料） **第1節検体検査料は別途算定可**  
 注射：**看護師等遠隔診療注射実施料**  
 処置：**看護師等遠隔診療処置実施料**

**薬剤料、特定保険医療材料料は別途算定可**

① 医師と同一の医療機関の看護師等の場合

② 訪問看護の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等の場合



(※) 看護師等が患者の居宅を訪問する場合における、訪問看護との関係

| 状況                                  | 想定される事例  |
|-------------------------------------|--|
| (A) 訪問看護指示書及び訪問看護計画に基づく定期的な訪問（訪問看護） | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 訪問時に緊急に医師の診察が必要であると判断した場合</li> <li>✓ 予め訪問看護と医師の診察を同時刻に予定している場合</li> </ul> |
| (B) 予定された訪問看護がない場合                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 医師の診察の補助の目的で訪問した場合</li> </ul>   |

# D to P with N のオンライン診療の評価の明確化①

## 訪問看護遠隔診療補助料の新設

- D to P with Nによるオンライン診療の適正な推進の観点から、訪問看護を同時に実施しない場合であって、看護師等が患家に訪問する場合の訪問及び診療の補助に係る評価を新設する。

### (新) 訪問看護遠隔診療補助料 (1日につき) 265点

#### [留意事項通知 (主なもの)]

- 訪問看護遠隔診療補助料は、保険医療機関の医師が、情報通信機器を用いた診療に際し、当該保険医療機関の看護師等が行う指定訪問看護・指導又は訪問看護ステーションの看護師等が訪問看護計画書に基づいて行う指定訪問看護以外の場面で、在宅で療養を行っている又は緊急に診療を要する患者であって通院が困難なものに、看護師等が同席の下で診療を行う必要があると判断した場合に、患者の同意を得て、看護師等が患家を訪問し、情報通信機器を用いた診療の補助を行った場合に、月に1回に限り算定する。ただし、医師又は看護師の配置が義務付けられている施設に入所している患者(給付調整告示等により規定する場合を除く。)については、算定しない。
- 訪問看護遠隔診療補助料は、看護師等が患者と同席の下で行う診療のうちア又はイの場合における看護師等による訪問を評価するものである。ア 医療保険又は介護保険の訪問看護と一体的に実施されない場合に、情報通信機器を用いた診療を行う保険医療機関自身が当該診療時に看護師等を患家に訪問させる場合  
イ 医療保険又は介護保険の訪問看護と一体的に実施されない場合に、当該保険医療機関と連携する訪問看護ステーションによる訪問を併用して行われる場合
- 当該点数を算定する場合、「C005」在宅患者訪問看護・指導料、「C005-1-2」同一建物居住者訪問看護・指導料、「C007」訪問看護指示料、「I012」精神科訪問看護・指導料及び訪問看護療養費は別に算定できないが、「C005-2」在宅患者訪問点滴注射管理指導料は算定できる。
- 緊急に診療を要する患者であって通院が困難なものに対して行う場合については、患者又は家族等の患者の看護等に当たる者が、当該保険医療機関に対し緊急に直接診療を求め、当該保険医療機関の医師が、看護師等が同席の下で診療を行う必要があると判断し、可及的速やかに患家に看護師等を訪問させて診療の補助を行った場合に算定できるものであり、定期的ないし計画的に情報通信機器を用いた診療を行った場合には算定できない。
- 注1に規定する訪問看護ステーションの看護師等が訪問し診療の補助を行う場合、次の点に留意すること。  
ア 患家への訪問は当該保険医療機関の依頼と患者の同意に基づき行われるものであることから、訪問にあたって訪問看護指示書の交付は不要。  
イ 患家において行う情報通信機器を用いて行う診療の補助については、診療時に医師が情報通信機器を用いて指示を行う等の方法により、医師の指示に基づいて行うものであること。  
ウ 当該点数は訪問看護ステーションからの訪問を評価したものであることから、当該診療報酬については、保険医療機関と訪問看護ステーションの間で合議の上、費用の精算を行うものとする。  
エ 第3部検査等を含む当該診療の補助に伴う診療報酬の請求については、情報通信機器を用いた診療を行う保険医療機関が行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

#### [施設基準]

- 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

## D to P with N のオンライン診療の評価の明確化②

### 訪問看護遠隔診療補助料の新設②

- 訪問看護指示書の有効期間内の利用者について、訪問看護計画に基づき定期的に行う指定訪問看護以外で、主治医が情報通信機器を用いた診療に際し、看護職員が利用者と同席の下で緊急に診療を受ける必要があると判断した場合に、利用者の同意を得て、訪問看護ステーションの看護職員が訪問し、診療の補助を行うことに係る評価を新設する。

### **(新) 訪問看護遠隔診療補助料 (1日につき) 2,650円**

#### [留意事項通知 (主なもの)]

- 主治医から訪問看護指示書を受けた利用者の訪問看護計画に基づき定期的に行う指定訪問看護以外であって、主治医が情報通信機器を用いた診療に際し、看護職員が利用者と同席の下で緊急に診療を受ける必要があると判断した場合に、利用者の同意を得て、看護職員が訪問し、診療の補助を行うことについて評価するものであること。
- 訪問看護ステーションの利用者に対して、看護職員が訪問看護計画書に基づき定期的に行う指定訪問看護以外の場合に訪問し、情報通信機器を用いた診療の補助を行った場合は、月に1回に限り算定する。
- 同一日に訪問看護基本療養費、精神科訪問看護基本療養費、訪問看護管理療養費、訪問看護情報提供療養費、訪問看護ターミナルケア療養費、訪問看護ベースアップ評価料及び訪問看護物価対応料は算定できない。
- 1人の利用者に対し、1つの訪問看護ステーションにおいてのみ算定できるものであること。また、同一の利用者について、保険医療機関において医科点数表の区分番号C005-1-3に掲げる訪問看護遠隔診療補助料を算定した場合には、算定できないこと。
- 主治医の求めに応じて、主治医の指示により、訪問看護計画書に基づき定期的に行う指定訪問看護以外の場合における情報通信機器を用いた診療に際し、居宅を訪問し診療の補助を行った場合に算定するものであり、訪問看護指示書の有効期間内にある者のみが算定できる。有効な訪問看護指示書の交付を受けていない利用者については、当該所定額を算定できず、保険医療機関において医科点数表の区分番号C005-1-3に掲げる訪問看護遠隔診療補助料を算定するものであること。
- 居宅を訪問し診療の補助を実施した日時、内容及び対応状況を訪問看護記録書に記録すること。指示を行った主治医は、指示内容を診療録に記録すること。
- 必要な場合は訪問看護指示の変更を受け、訪問看護計画について見直しを行うこと。
- オンライン指針に沿って診療及び診療の補助を行った場合に算定する。

#### [施設基準]

- 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されている保険医療機関と連携しながら診療の補助を行う体制が整備されていること。

## D to P with N のオンライン診療の評価の明確化③

### 算定方法の明確化

- D to P with Nによるオンライン診療の適正な推進の観点から、在宅患者訪問看護・指導料等との併算定方法や、検査及び処置等の算定方法を明確化する。

#### 現行

【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】  
 [算定要件（通知）]  
 （新設）

#### 改定後

【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】  
 [算定要件（通知）]  
 (36) 訪問看護・指導の実施時に当該保険医療機関の保険医が情報通信機器を用いた診療を実施した場合に、在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料は算定できる。なお、この場合においても、訪問看護・指導の実施時間は十分に確保すること。



#### （新） 看護師等遠隔診療検査実施料

イ 1種類の場合

100点

ロ

2種類の場合

150点

[算定要件]

- 看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行った場合であって、第3節又は第4節に掲げる検査を実施した場合は、看護師等遠隔診療検査実施料として、第3節又は第4節の各区分の所定点数に代えて、1日につき、いずれかを算定する。

#### （新） 看護師等遠隔診療注射実施料

100点

[算定要件]

- 看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行った場合であって、第1節に掲げる注射を実施した場合は、看護師等遠隔診療注射実施料として、第1節の各区分の所定点数に代えて1日につき、算定する。ただし、第9部通則第9号に規定する看護師等遠隔診療処置実施料のロを算定する場合は算定しない。

#### （新） 看護師等遠隔診療処置実施料

イ 1種類の場合

100点

ロ

2種類の場合

150点

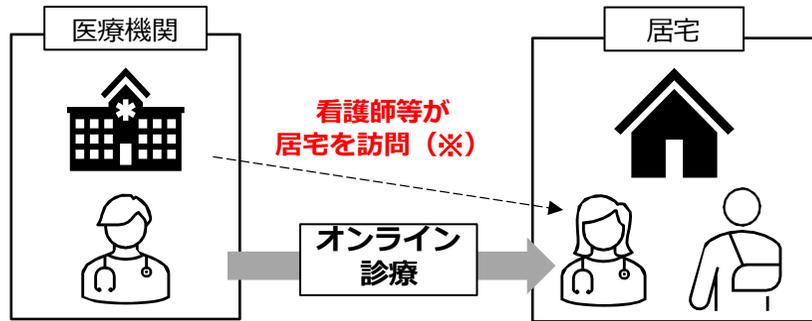
[算定要件]

- 看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行った場合であって、第1節に掲げる処置を実施した場合は、看護師等遠隔診療処置実施料として、第1節の各区分の所定点数に代えて、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを算定する。

# D to P with Nとして想定される診療 形態

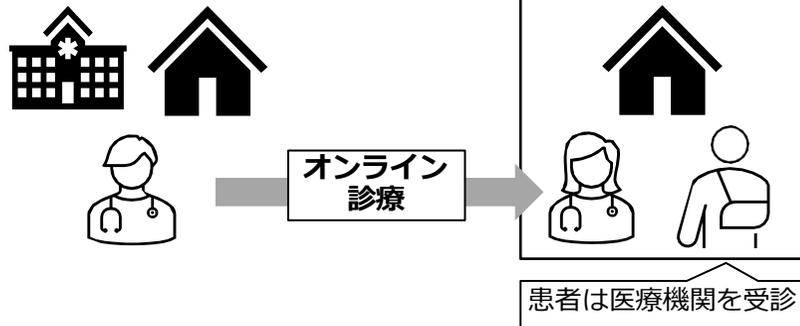
- オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿って実施した場合に想定されるD to P with Nの看護師等の所属先として、医師と同一の医療機関の場合と、訪問看護の指示を受けた訪問看護ステーションの場合が考えられる。
- また、看護師等が患者の居宅を訪問する場合については、訪問看護指示書及び訪問看護計画に基づく定期的な訪問として看護師等が患者の居宅を訪問した際にオンライン診療を実施する場合と、事前に予定された訪問看護がない場合に看護師等が患者の居宅に訪問し、オンライン診療を実施する場合等が想定される。

## 医師と同一の医療機関の看護師等の場合

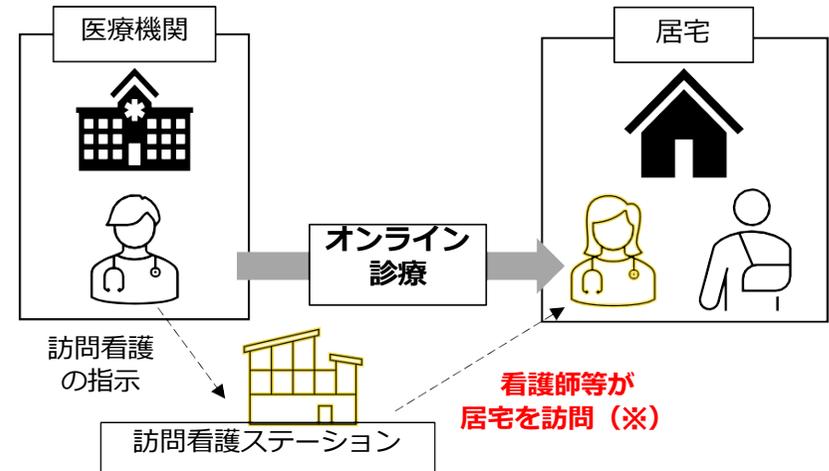


(参考) 上記形態のほか、患者が医師が不在の時間帯に医療機関に受診した場合に、オンライン診療を実施することも考えられる。

## 別の医療機関や居宅等



## 訪問看護の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等の場合



### (※) 看護師等が患者の居宅を訪問する場合における、訪問看護との関係

| 状況                              | 想定される事例  |
|---------------------------------|--|
| 訪問看護指示書及び訪問看護計画に基づく定期的な訪問(訪問看護) | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 訪問時に緊急に医師の診察が必要であると判断した場合</li> <li>✓ 予め訪問看護と医師の診察を同時刻に予定している場合</li> </ul> |
| 予定された訪問看護がない場合                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 医師の診察の補助の目的で訪問した場合</li> </ul>   |

# 遠隔連携診療料の評価の拡大①

## 遠隔連携診療料の見直し①

- D to P with D によるオンライン診療について、期待される役割や調査結果を踏まえ、遠隔連携診療料の対象疾患を見直すとともに、入院及び訪問診療における活用について、新たな評価を行う。

### 現行

#### 【遠隔連携診療料】

- |              |      |
|--------------|------|
| 1 診断を目的とする場合 | 750点 |
| 2 その他の場合     | 500点 |

注1 1については、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、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診断を目的として、患者の同意を得て、当該施設基準を満たす難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、当該診断の確定までの間に3月に1回に限り算定する。

2 2については、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、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、治療を行うことを目的として、患者の同意を得て、当該施設基準を満たす難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、3月に1回に限り算定する。



### 改定後

#### 【遠隔連携診療料】

- |                  |             |
|------------------|-------------|
| 1 <b>外来診療の場合</b> | <b>900点</b> |
| 2 <b>訪問診療の場合</b> | <b>900点</b> |
| 3 <b>入院診療の場合</b> | <b>900点</b> |

注1 1については、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、**対面診療を行っている入院中の患者以外の患者**であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、**診断又は治療管理を行うことを目的として**、患者の同意を得て、当該施設基準を満たす別に厚生労働大臣が定めるものに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、**3月に1回**に限り算定する。

2 2については、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、**在宅で療養を行っている患者であって通院が困難な患者**のうち、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、**治療管理を行うことを目的として**、患者の同意を得て、別に厚生労働大臣が定める患者に関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、**3月に1回**に限り算定する。

3 3については、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、**入院中の患者**であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、**治療管理を行うことを目的として**、患者の同意を得て、別に厚生労働大臣が定める患者に関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の入院中に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、**3月に1回**に限り算定する。

## 遠隔連携診療料の評価の拡大②

### 遠隔連携診療料の見直し②

- D to P with D によるオンライン診療について、期待される役割や調査結果を踏まえ、遠隔連携診療料の対象疾患を見直すとともに、入院及び訪問診療における活用について、新たな評価を行う。

|             | 対象患者   | 遠隔診療を行う保険医療機関                    |
|-------------|--|----------------------------------|
| 外来診療<br>の場合 | ・ 指定難病の患者※1  | 難病診療連携拠点病院、難病診療分野別拠点病院又は難病医療協力病院 |
|             | ・ てんかんの患者※1※2  | てんかん診療拠点機関                       |
|             | ・ 希少がんの患者※1  | 特定機能病院又は都道府県がん診療連携拠点病院           |
|             | ・ 小児慢性特定疾病医療支援の対象患者※1                                      | 特定機能病院又は小児入院医療管理料1を届け出た保険医療機関    |
|             | ・ 医療的ケア児（者）  |                                  |
|             | ・ 悪性腫瘍の患者（治療中のものに限る）<br>・ 膠原病の患者（治療中のものに限る）<br>・ 慢性維持透析の患者 | 対面診療を行う保険医療機関と同一都道府県内の保険医療機関     |
| 訪問診療<br>の場合 | ・ 標榜していない診療科であって、その診療科の医師でなければ困難な診療を要する者                   | 対面診療を行う保険医療機関と同一都道府県内の保険医療機関     |
|             | ・ 医療的ケア児（者）  |                                  |
|             | ・ 外来緩和ケア管理料の対象患者   | 外来緩和ケア管理料を届け出た保険医療機関             |
| 入院診療<br>の場合 | ・ 指定難病の患者  | 難病診療連携拠点病院、難病診療分野別拠点病院又は難病医療協力病院 |
|             | ・ 希少がんの患者  | 特定機能病院又は都道府県がん診療連携拠点病院           |
|             | ・ 日本臓器移植ネットワークに臓器移植希望者として登録された患者                           |                                  |
|             | ・ 小児慢性特定疾病医療支援の対象患者  | 特定機能病院又は小児入院医療管理料1を届け出た保険医療機関    |
|             | ・ 標榜していない診療科であって、その診療科の医師でなければ困難な診療を要する者                   | 対面診療を行う保険医療機関と同一都道府県内の保険医療機関     |

注) 青字の対象患者については、当該保険医療機関が人口の少ない地域に所在する場合に限る。

※1 診断を目的とした場合には、疑い患者を含む。

※2 外傷性のてんかん（診断を目的とした場合に限る。）及び知的障害を有する者に係るものを含む。

# ④ 連携型機能強化型在宅療養支援診療所の見直し

## 全ての在支診・在支病が満たすべき事項

24時間連絡応需体制



24時間往診体制



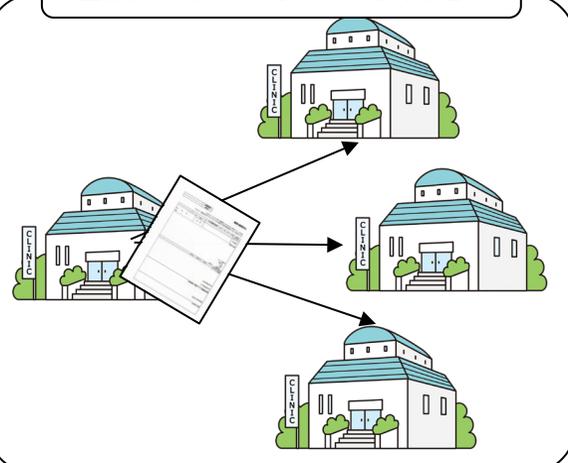
24時間訪問看護体制



緊急時の入院体制



連携医療機関への情報提供

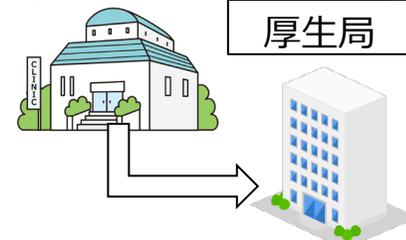


患者への文書提供

- ・往診担当医師名
- ・訪問看護担当看護師名
- ・担当日
- ・連絡先



年1回看取り報告



適切な意思決定支援に係る指針の作成



# 在宅療養支援診療所・病院の見直し①

## 連携型機能強化型在宅療養支援診療所の細分化

- 連携型機能強化型在宅療養支援診療所において、地域の24時間医療提供体制を支える医療機関を更に評価する観点から、**平時から訪問診療等を行っている医師により、時間外往診体制を確保している施設と、それ以外の施設に評価を分ける。**

### 現行

#### 【連携型機能強化型在宅療養支援診療所】

他の保険医療機関と地域における在宅療養の支援に係る連携体制（中略）を構築している診療所であって、以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。

ア・イ（略）

ウ 当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と協力して、患家の求めに応じて、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患家に提供していること。（後略）

エ～ツ（略）



### 改定後

#### 【連携型機能強化型在宅療養支援診療所】

他の保険医療機関と地域における在宅療養の支援に係る連携体制（中略）を構築している診療所であって、以下の要件の**いずれかに**該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。

ア 以下の要件のいずれにも該当すること。

①・②（略）

③ 当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と協力して、患家の求めに応じて、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患家に提供していること。**また、当該保険医療機関において普段から訪問診療等（往診担当日の前日又はそれ以前において当該保険医療機関の診療録を閲覧できる医師であって、必要に応じて往診の対象となる患者の診療方針等について訪問診療を行う医師と共有している、当該保険医療機関からの往診経験を10回以上有する往診担当医師を含む。）を行う医師による、連続する24時間の往診体制を月に4回以上確保していること。**（後略）

④～⑱（略）

イ 以下の要件のいずれにも該当すること。

※現行と同様

※ 機能強化型在宅療養支援診療所としての点数（往診加算、在宅ターミナルケア加算、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料）は、今後はアのみが対象となり、イの場合（現行の機能強化型在宅療養支援診療所の施設基準のうちアを満たさない場合）は在宅療養支援診療所としての点数を算定する。

なお、アが連携型機能強化型在宅療養支援診療所の施設基準を満たすためには、引き続き、ア・イのいずれと連携することも可能。

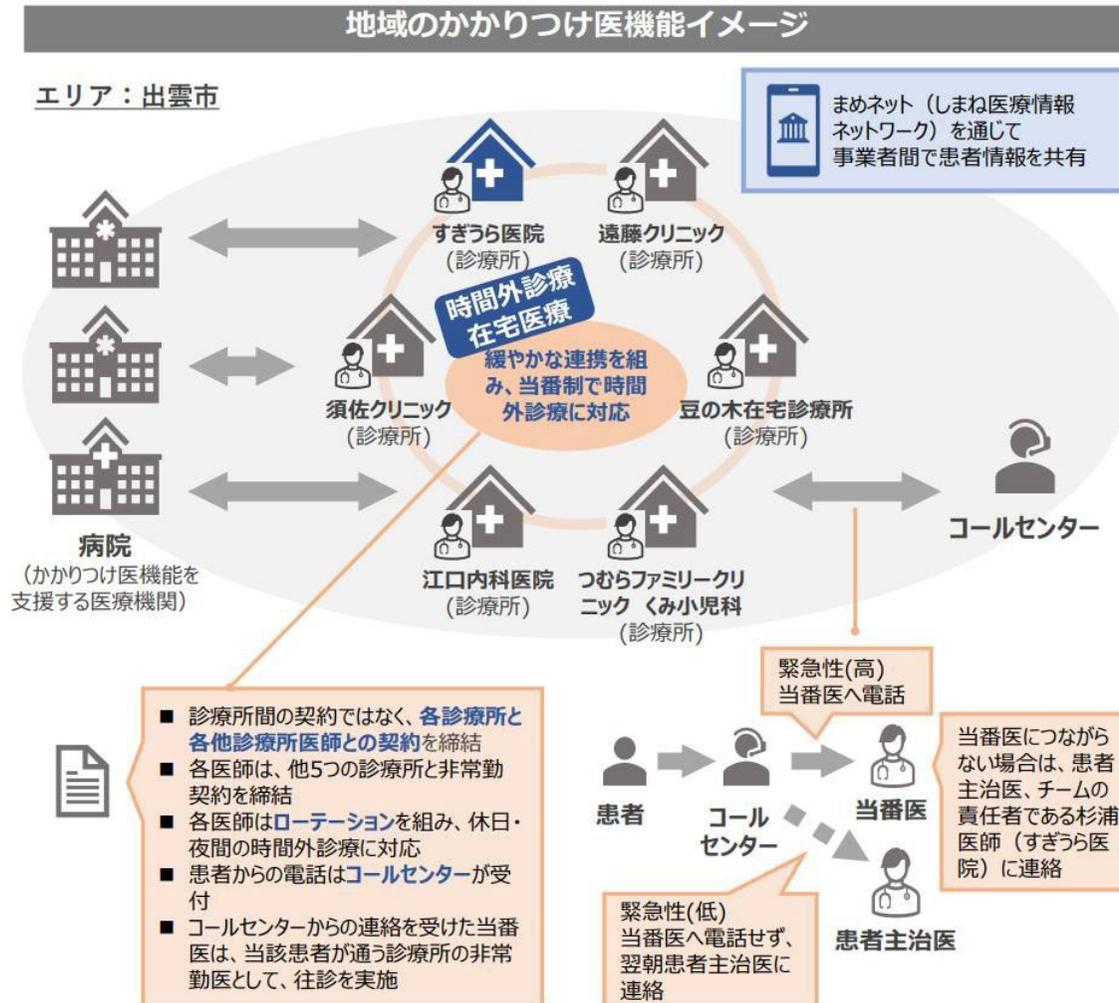
# 在宅医療提供診療所同士のICTを用いた平時からの情報連携

例

中医協 総-2  
7. 8. 27

事

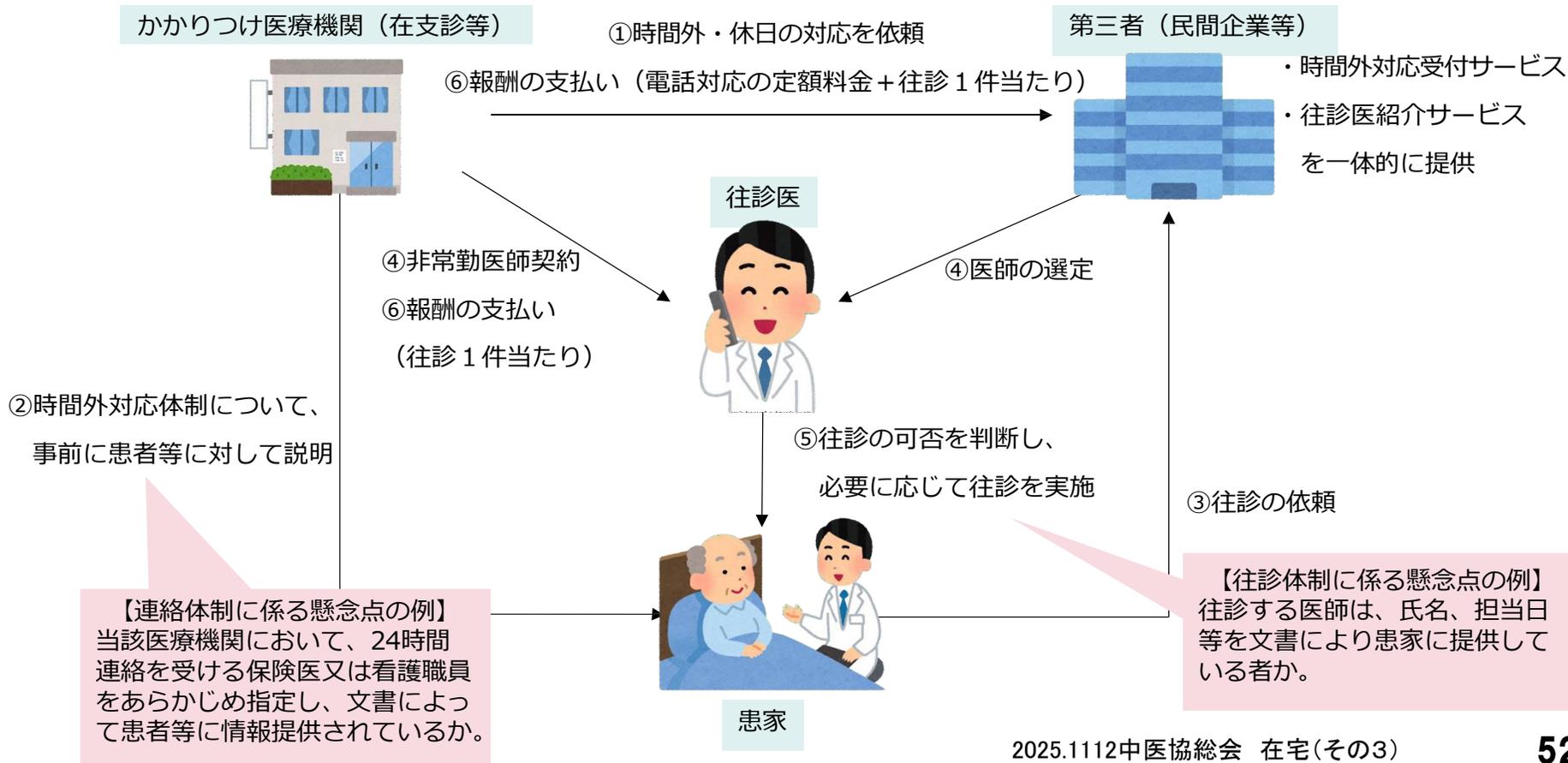
- 在宅医療を提供する診療所同士が医療情報ネットワークを活用することで平時からの医療情報等の共有体制を構築し、当番制で休日・時間外対応を行うなど、円滑に24時間往診体制を構築している事例がある。



出典：かかりつけ医機能に関する取組事例集（第1版）

# 時間外や夜間の連絡・往診代行サービスの流れ（イメージ）

- 24時間連絡体制の確保のため、連絡窓口（コールセンター業務）をサービス会社に委託している事例がある。さらに、24時間往診体制の確保のため、サービス会社に登録されている医師がその場でかかりつけ医療機関の非常勤医師として雇用契約を結ぶことで、当該医療機関の医師として往診が行われる事例がある。
- この場合、時間外や夜間に誰が連絡応需や往診を行うかについて、患者への事前説明が十分になされていないのではないかといった懸念が指摘されている。



# 協力医療機関が施設と行うカンファレンス等に係る施設基準の見直し

## 協力対象施設入所者入院加算等における施設基準の見直し

- **協力対象施設入所者入院加算**及び往診料の注10に掲げる**介護保険施設等連携往診加算**の施設基準における、協力医療機関と介護保険施設とで行う**カンファレンスの頻度**について、有機的な連携体制を保ちつつ業務効率化を図る観点から、**ICTによる情報共有を行う場合は年1回、ICTによる情報共有を行わない場合は原則年3回**に見直す。

### 現行

#### 【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】 【施設基準】

○ ICTによる情報連携の実施状況に応じて、いずれかの要件を満たすこと。

#### （ICTによる情報連携をしている場合）

- 介護保険施設から協力医療機関に対し、入所者の診療情報及び病状急変時の対応方針等が適切に提供されており、ICTを活用してそれらを常に確認可能な体制を有していること。
- 当該介護保険施設等と協力医療機関である保険医療機関において、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、**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。

#### （ICTによる情報連携をしていない場合）

当該介護保険施設等と協力医療機関である保険医療機関において、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、**1月に1回以上**の頻度でカンファレンスを実施していること。



### 改定後

#### 【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】 【施設基準】

○ ICTによる情報連携の実施状況に応じて、いずれかの要件を満たすこと。

#### （ICTによる情報連携をしている場合）

- 介護保険施設から協力医療機関に対し、入所者の診療情報及び病状急変時の対応方針等が適切に提供されており、ICTを活用してそれらを常に確認可能な体制を有していること。
- 当該介護保険施設等と協力医療機関である保険医療機関において、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、**年1回以上**の頻度でカンファレンスを実施していること。

#### （ICTによる情報連携をしていない場合）

当該介護保険施設等と協力医療機関である保険医療機関において、介護保険施設等の入所者の病状が急変した場合等における対応方針等の共有を図るため、**年に3回以上**の頻度でカンファレンスを実施していること※。

※当該介護保険施設等において、**入所者の入院を年に2件以上**受け入れており、その都度適切な情報共有が行われている場合には、カンファレンスの実施は**年に1回以上**の頻度であれば良い。

# (参考) 在宅療養支援診療所・病院の施設基準

|                       | 在宅療養支援診療所  |   |     | 在宅療養支援病院  |  |     |
|-----------------------|--|---|-----|---|--|-----|
|                       | 機能強化型  |   | 従来型 | 機能強化型   |  | 従来型 |
|                       | 単独型  | 連携型   |     | 単独型   | 連携型  |     |
| 全ての在支診・在支病の基準         | ① <u>24時間の連絡応需体制</u> ② <u>24時間の往診体制</u><br>⑤ 連携する医療機関等への情報提供              ⑥ 適切な意思決定支援に係る指針の作成              ⑦ 訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備<br>⑧ 介護保険施設から求められた場合、協力医療機関として定められることが望ましい              ⑨ <u>業務継続計画の策定</u> |   |     | ③ 24時間の訪問看護体制                      ④ 緊急時の入院体制   |  |     |
|                       | ① <u>地域で不足している医療機能等にかかる医療提供の要請に応じず、保険医療機関の指定が3年以内とされた医療機関ではないこと</u>  |   |     | ① 許可病床200床未満※であること又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないこと<br><small>※ 医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては280床未満</small><br>② 往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること  |  |     |
| 機能強化型在支診・在支病に追加で求める基準 | ① 在宅医療を担当する常勤の医師が3人以上<br><br>② 過去1年間の緊急往診の実績が10件以上   | ① 在宅医療を担当する常勤の医師が連携内で3人以上<br><br>② 過去1年間の緊急往診の実績が連携内で10件以上、かつ、各医療機関で4件以上<br>③ <u>自院での連続する24時間の往診体制を月に4回以上確保</u> |     | ① 在宅医療を担当する常勤の医師が3人以上<br><br>② 次のうちいずれか1つ<br>・過去1年間の緊急往診の実績が10件以上<br>・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上<br>・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ている | ① 在宅医療を担当する常勤の医師が連携内で3人以上<br><br>② 次のうちいずれか1つ<br>・過去1年間の緊急往診の実績が10件以上、かつ各医療機関で4件以上<br>・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上<br>・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ている |     |
|                       | ④ 過去1年間の看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績のいずれかが4件以上  | ④ 過去1年間の看取りの実績が連携内で4件以上かつ、各医療機関において、看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績のいずれかが2件以上   |     | ④ 過去1年間の看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績のいずれかが4件以上   | ④ 過去1年間の看取りの実績が連携内で4件以上かつ、各医療機関において、看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績のいずれかが2件以上  |     |
|                       | ⑤ 在宅医療の提供に係る積極的役割を担うことが望ましい  |   |     | ⑤ 在宅医療の提供に係る積極的役割を担うことが望ましい   |  |     |
|                       | ⑥ 3月に2,100回以上訪問診療を実施する場合、在宅データ提出加算の届出  |   |     | ⑥ 3月に2,100回以上訪問診療を実施する場合、在宅データ提出加算の届出   |  |     |

※ 青字は令和8年度改定において要件の追加又は明確化を行ったもの。

# 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の見直し

## 月2回以上訪問診療区分における重症患者割合要件の新設

- 患者の医療・介護の状態を踏まえた適切な訪問診療の提供を推進する観点から、在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の「月2回以上訪問診療を行っている場合（難病等を除く。）」の算定に当たって、月2回以上の訪問診療を行う患者数に占める重症度の高い患者（別表第8の2）と包括的支援加算の対象患者（別表第8の3）のいずれかに該当する患者割合が2割以上であることを要件に追加する。

### 改定後

#### 【在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料】

注16 **月2回以上訪問診療を行っている場合**（1のイの(2)、1のイの(3)、1のロの(2)、1のロの(3)、2のロ、2のハ、3のロ及び3のハ）**について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、月1回訪問診療を行っている場合**（それぞれ1のイの(4)、1のイの(4)、1のロの(4)、1のロの(4)、2のニ、2のニ、3のニ及び3のニ）**を算定する。**

#### 【別に厚生労働大臣が定める基準】

以下のいずれかに該当すること。

- 直近3か月に、在宅患者訪問診療料を月2回以上算定する患者の延べ診療月数が30月未満であること。
- 直近3か月に、在宅患者訪問診療料を月2回以上算定する患者の延べ診療月数が30月以上であり、次を満たすこと。

$$\left( \begin{array}{l} \text{在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料の} \\ \text{「別に厚生労働大臣が定める状態の患者} \\ \text{〈別表第8の2に該当する患者〉に対し、} \\ \text{月2回以上訪問診療を行っている場合」の算定回数} \end{array} \right) + \left( \begin{array}{l} \text{在宅患者訪問診療料を} \\ \text{月2回以上算定し、} \\ \text{包括的支援加算を算定する患者の} \\ \text{延べ訪問診療月数} \end{array} \right) + \left( \begin{array}{l} \text{在宅がん医療総合診療料} \\ \text{を算定する患者の} \\ \text{延べ訪問診療月数} \end{array} \right) \geq 0.2$$

$$\left( \begin{array}{l} \text{在宅患者訪問診療料を月2回以上算定する患者及び在宅がん医療総合診療料を算定する患者の延べ訪問診療月数} \\ \text{(注1)} \end{array} \right)$$

注1 ただし、当該保険医療機関において、4か月前から1年前までの間に3月以上連続して訪問診療を行った後、当該保険医療機関の外来を直近3か月のうち1月以上を含む連続した3月受診した患者数がある場合は、当該患者数に3月を乗じた月数を差し引くことができる。

※ 当該基準の該当可否については、毎年2月、5月、8月及び11月に確認し、変更がある場合は同月中に速やかに届出を行うこと。

## (参考) 重症度の高い患者等

### 重症度の高い患者 (別表第8の2)

- 次に掲げる疾患に罹患している患者  
末期の悪性腫瘍、スモン、指定難病、後天性免疫不全症候群、脊髄損傷、真皮を越える褥瘡
- 次に掲げる状態の患者  
在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている状態、在宅血液透析を行っている状態、在宅酸素療法を行っている状態、在宅中心静脈栄養法を行っている状態、在宅成分栄養経管栄養法を行っている状態、在宅自己導尿を行っている状態、在宅人工呼吸を行っている状態、植込型脳・脊髄刺激装置による疼痛管理を行っている状態、肺高血圧症であってプロスタグランジン I<sub>2</sub> 製剤を投与されている状態、気管切開を行っている状態、気管カニューレを使用している状態、ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態、人工肛門又は人工膀胱を設置している状態

### 包括的支援加算の対象患者 (別表第8の3)

以下のいずれかに該当する患者

- 要介護3以上に相当する患者
- 認知症高齢者の日常生活自立度でランクⅢ以上の患者
- 月4回以上の訪問看護を受ける患者
- 訪問診療時又は訪問看護時に、注射や処置を行っている患者
- 特定施設等の入居者の場合には、医師の指示を受けて、看護師が痰の吸引や経管栄養の管理等の処置を行っている患者
- 麻薬の投薬を受けている患者
- 医師の指導管理のもと、家族等が処置を行っている患者等、関係機関等との連携のために特に重点的な支援が必要な患者

## 非がん患者に対する緩和ケアの評価の見直し②

### 緩和ケア病棟入院料の評価の見直し

- 緩和ケア病棟入院料の対象患者に、透析の差し控えや中断を選択した終末期の末期腎不全患者を追加する。

#### 現行

##### 【A310 緩和ケア病棟入院料】

注1 (中略)ただし、悪性腫瘍の患者及び後天性免疫不全症候群の患者以外の患者が当該病棟に入院した場合は、区分番号A100に掲げる一般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。

##### [対象患者]

- 終末期の末期腎不全の患者とは、以下のア及びイに該当するものをいう。
  - ア 腎不全に対して適切な治療が実施されている。
  - イ 器質的な腎障害により、適切な治療にかかわらず、慢性的に日本腎臓学会慢性腎臓病重症度分類 Stage G5 以上に該当し、腎代替療法を必要とする状態であるが、透析療法の開始又は継続が困難である。

- 緩和ケア病棟入院料について、神経ブロックを包括範囲から除外する。

#### 現行

##### 【A310 緩和ケア病棟入院料】

注3 診療に係る費用(注2及び注4に規定する加算、(中略)、第2章第2部第2節在宅療養管理指導料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第12部放射線治療及び第14部その他、(中略)区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。)は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。

#### 改定後

##### 【A310 緩和ケア病棟入院料】

注1 (中略)ただし、悪性腫瘍の患者、後天性免疫不全症候群の患者及び終末期の末期腎不全の患者以外の患者が当該病棟に入院した場合は、区分番号A100に掲げる一般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。

#### 改定後

##### 【A310 緩和ケア病棟入院料】

注3 診療に係る費用(注2及び注4に規定する加算、(中略)、第2章第2部第2節在宅療養管理指導料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、**第11部第2節神経ブロック料、第2節神経ブロックに係る第3節薬剤料、第2節神経ブロックに係る第4節特定保険医療材料料、**第12部放射線治療及び第14部その他、(中略)、区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。)は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。

# 質の高い訪問看護の推進に係る全体像

## 適正な訪問看護提供体制の構築の推進

➤ 適正な訪問看護の提供を推進する観点から、訪問看護の運営基準や療養担当規則等の見直しを行う。

### 適正な訪問看護の推進

訪問看護の実施にあたって漫然かつ画一的なものにならないよう看護目標及び訪問看護計画に沿って行うことや、記録書等に訪問開始時刻と終了時刻等を記載することを明記する。

### 指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準の見直し

適正な手続きの確保、健全な運営の確保、経済上の利益の提供による誘引や誘導の禁止、事故発生時等の安全管理の体制確保等を新たに規定する。

### 保険医療機関及び保険医療養担当規則の見直し

経済上の利益の提供による特定の訪問看護ステーションや介護サービス事業者等への誘導の禁止を新たに規定する。

## 利用者のニーズに応じた訪問看護の推進

➤ 利用者のニーズに応じた質の高い訪問看護を推進する観点から、機能強化型訪問看護管理療養費等の見直しを行う。

### 地域と連携して精神科訪問看護を提供する訪問看護ステーションの評価

支援ニーズの高い精神科訪問看護利用者等を受け入れ、地域の関係機関と連携する体制が整備されている訪問看護ステーションを機能強化型訪問看護管理療養費において新たに評価する。

### 訪問看護におけるICTを用いた医療情報連携の推進

他の保険医療機関等の関係職種がICTを用いて記録した利用者に係る診療情報等を活用した上で、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合の評価を新設する。

## 同一建物居住者等への訪問看護の見直し

➤ 同一建物（単一建物）に居住する利用者への訪問看護について、人数や訪問日数に応じたきめ細かな評価に見直すとともに、1日当たりの包括で評価する体系を新設する。

### 訪問看護管理療養費の見直し

月の初日の評価を充実するとともに、月の2日目以降は訪問看護管理療養費1と2を統合及び施設基準の届出を不要とし、1月当たりの訪問日数及び単一建物に居住する利用者数によって評価を細分化する。

### 同一建物に居住する利用者への訪問看護の評価の見直し

訪問看護基本療養費（Ⅱ）等を算定する場合の訪問看護の時間とは30分以上を標準とし、20分を下回るものは算定できないこと、及び同一敷地内の建物も同一建物とすること等の規定を設ける。

訪問看護基本療養費（Ⅱ）等やその加算について、1月当たりの訪問日数や建物内の訪問看護実施人数等に応じたきめ細かな評価に見直す。

### 包括型訪問看護療養費の新設

高齢者向け住まい等に併設・隣接する訪問看護ステーションが、当該住まいに居住する利用者（別表第7、別表第8又は特別訪問看護指示）に対して、24時間体制で計画的又は随時の対応による頻回の訪問看護を行った場合の1日当たりで算定する包括型訪問看護療養費を新設する。

## 適正な訪問看護の推進

- 指定訪問看護の実施にあたって利用者の心身の状況等に応じて妥当適切に行い、漫然かつ画一的なものにならないよう看護目標及び訪問看護計画に沿って行うことを明記する。

### 【算定留意事項通知】

【第4 訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費の共通事項について】

- 2 指定訪問看護の実施時間は、1回の訪問につき、訪問看護基本療養費(Ⅰ)及び(Ⅱ)については30分から1時間30分程度を標準とする。なお、標準の実施時間に応じた訪問看護計画を作成し、当該計画に基づき訪問したが、訪問時の利用者側のやむを得ない事情により標準の時間を下回る指定訪問看護の実施となった場合等を除き、標準の時間を下回る指定訪問看護の実施が、同一日に、同一の利用者に複数回又は複数の利用者に行われるなど、頻繁に行われている場合には、指定訪問看護を実施したとは認められないことに留意すること。

- 3 指定訪問看護の実施にあたっては、「指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準」第14条第1項に規定しているように、利用者の心身の状況等に応じて妥当適切に行い、漫然かつ画一的なものとならないよう、看護目標及び訪問看護計画に沿って行うこと。利用者の心身の状況等を踏まえずに一律に指定訪問看護の日数、回数、実施時間及び人数（この項において「指定訪問看護の日数等」という。）を定めることや、定期的な指定訪問看護を実施していない者が指定訪問看護の日数等を定めることは認められないことに留意すること。

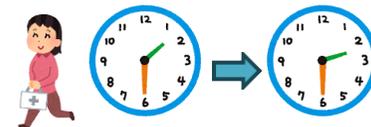
- 4 指定訪問看護の提供に当たっては、目標達成の程度及びその効果等について評価を行うとともに、評価に関する内容を訪問看護記録書に記録すること。また、必要に応じて訪問看護計画書の見直しを行い、指定訪問看護の改善を図る等に努めなければならないものであること。

- 指定訪問看護の実施に係る記録書等において、指定訪問看護の内容に係る評価の記載を求めるとともに、実際の訪問開始時刻と終了時刻を記載する必要があることを明確化する。

### 【算定留意事項通知】

【第4 訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費の共通事項について】

- 6 毎回の訪問時においては、訪問看護記録書に、訪問年月日、利用者の体温、脈拍等の心身の状態、利用者の病状、家庭等での看護の状況、実施した指定訪問看護の内容、指定訪問看護の実施に要した時間等の概要・・・（略）・・・を記入すること。また、訪問看護ステーションにおける日々の訪問看護利用者氏名、訪問場所、訪問時間（実際の指定訪問看護の開始時刻及び終了時刻）及び訪問人数等について記録し、保管しておくこと。



# 指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準の見直し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、「適正な手続きの確保」、「健康保険事業の健全な運営の確保」、「経済上の利益の提供による誘引の禁止」及び「特定の主治の医師及び特定の事業者等への誘導の禁止」について義務付ける。

## 【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】

### （適正な手続きの確保）

**第五条の二** 指定訪問看護事業者は、その担当する指定訪問看護の提供に関し、厚生労働大臣又は地方厚生局長若しくは地方厚生支局長に対する申請、届出等に係る手続き及び訪問看護療養費に関する費用の請求に係る手続きを適正に行わなければならない。

### （健康保険事業の健全な運営の確保）

**第五条の三** 指定訪問看護事業者は、その担当する指定訪問看護の提供に関し、健康保険事業の健全な運営を損なうことのないよう努めなければならない。

### （経済上の利益の提供による誘引の禁止）

**第五条の四** 指定訪問看護事業者は、利用者に対して、第十三条の規定により受領する費用の額に応じて当該指定訪問看護事業者が行う収益業務に係る物品の対価の額の値引きをすることその他の健康保険事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益の提供により、当該利用者が自己の指定訪問看護事業者において指定訪問看護を受けるように誘引してはならない。

2 指定訪問看護事業者は、他の事業者又はその従業員に対して、利用者を紹介する対価として金品を提供することその他の健康保険事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益を提供することにより、利用者が自己の指定訪問看護事業者において指定訪問看護を受けるように誘引してはならない。

### （特定の主治の医師及び特定の事業者等への誘導の禁止）

**第五条の五** 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護の提供に関し、利用者に対して特定の医師を指定訪問看護の指示を行う主治の医師とするべき旨、又は次に掲げるサービスを提供する事業者等を利用するべき旨の指示等を行うこととの対償として、主治の医師又は当該事業者等から金品その他の財産上の利益を收受してはならない。

## 【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準について（通知）】

- イ 特定施設入居者生活介護
- 認知症対応型共同生活介護、指定地域密着型特定施設入居者生活介護、指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
- ハ 指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院
- ニ 指定介護予防特定施設入居者生活介護
- ホ 指定介護予防認知症対応型共同生活介護
- ヘ 指定居宅介護支援
- ト 指定介護予防支援



イ～トの事業者と併せて利用する事業者であって、当該事業者と特別の関係にある事業者

「併せて利用する事業者」に該当する場合としては、例えば、次に掲げる区分に応じ、それぞれに定める事業者が該当するものであること。

- イ 患者が基準省令第5条の5第1号及び第2号並びに第4号から第7号までに掲げるサービスを利用するとき、同時に患者が居住する高齢者向け住まい等を設置・運営する事業者の事業を利用する場合 当該高齢者向け住まい等を設置・運営する事業者
- 患者に第1号から第7号までに掲げる事業者等を紹介・斡旋する事業者により、利用者が当該事業者の紹介を受け、紹介先の第1号から第7号までに掲げる事業者等を利用する場合 当該紹介・斡旋する事業者

## 指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準の見直し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、事故発生時等の安全管理の体制確保や訪問看護記録書等の記録の整備を義務付ける。

### 【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】

(事故発生時の対応等)

第二十八条 (略)

**3 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護に係る安全管理のための体制を確保しなければならない。**

(記録の整備)

第三十条 (略)

2 指定訪問看護事業者は、利用者に対する指定訪問看護の提供に関する**次に掲げる**記録を整備し、その完結の日から二年間保存しなければならない。

**当該記録については、正確かつ最新の内容を保つよう整備しなければならない。**

- 
- 一 訪問看護記録書
  - 二 訪問看護指示書
  - 三 訪問看護計画書
  - 四 訪問看護報告書
  - 五 市町村等に対する情報提供書
  - 六 市町村等との連絡調整に関する記録

### 【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準について（通知）】

(27) 事故発生時の対応等（基準省令第28条関係）

(略)

**③ 同条第3項は、指定訪問看護事業者は、指定訪問看護に係る安全管理の体制を確保するため、安全管理に関する考え方、事故発生時の対応方法等を文書化し、発生した事故等について、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じる体制を整備することを規定するものであること。**

**指定訪問看護ステーションの従業者は、指定訪問看護に係る安全管理のための基本的な考え方及び具体的な方策等についての研修を受講していることが望ましい。**



# 保険医療機関及び保険医療養担当規則の見直し

- 健康保険事業の健全な運営を確保する観点から、療養担当規則において、保険医療機関が、特定の訪問看護ステーション等を利用すべき旨の指示等を行うことの対償として、財産上の利益を収受することを禁止する規定を新たに設ける。

## 【保険医療機関及び保険医療養担当規則】

（財産上の利益の収受による特定の事業者等への誘導の禁止）

第二条の五の二 保険医療機関は、患者に対して、次に掲げる事業者及び施設（以下この条において「事業者等」という。）を利用すべき旨の指示等を行うことの対償として、当該事業者等から金品その他の財産上の利益を収受してはならない。

- 二 指定訪問看護事業者（健康保険法（大正十一年法律第七十号。以下「法」という。）第八十八条第一項に規定する指定訪問看護事業者並びに介護保険法（平成九年法律第二百二十三号）第四十一条第一項本文に規定する指定居宅サービス事業者（同法第八条第四項に規定する訪問看護の事業を行う者に限る。）及び同法第五十三条第一項に規定する指定介護予防サービス事業者（同法第八条の二第三項に規定する介護予防訪問看護の事業を行う者に限る。）をいう。以下同じ。）
- 三 指定居宅サービス事業者（介護保険法第八条第十一項に規定する特定施設入居者生活介護の事業を行う者に限る。）
- 三 介護保険法第四十二条の二第一項に規定する指定地域密着型サービス事業者（同法第八条第二十項に規定する認知症対応型共同生活介護、同法第八条第二十一項に規定する地域密着型特定施設入居者生活介護及び同法第八条第二十二項に規定する地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の事業を行う者に限る。）
- 四 介護保険法第八条第二十五項に規定する介護保険施設
- 五 指定介護予防サービス事業者（介護保険法第八条の二第九項に規定する介護予防特定施設入居者生活介護の事業を行う者に限る。）
- 六 介護保険法第五十四条の二第一項に規定する指定地域密着型介護予防サービス事業者（同法第八条の二第十五項に規定する介護予防認知症対応型共同生活介護の事業を行う者に限る。）
- 七 介護保険法第四十六条第一項に規定する指定居宅介護支援事業者
- 八 介護保険法第五十八条第一項に規定する指定介護予防支援事業者
- 九 前各号に掲げる事業者等と併せて利用する事業者であつて、当該事業者等と特別の関係にある事業者



### 【保険医療機関及び保険医療養担当規則等の一部改正に伴う実施上の留意事項について（通知）】

「新療担規則第2条の5の2第1号から第8号までに掲げる事業者等」とは、次の（1）から（8）までに掲げる事業を行う者及び施設をいうものであること。

- （1） 指定訪問看護、指定介護予防訪問看護
- （2） 指定特定施設入居者生活介護
- （3） 指定認知症対応型共同生活介護、指定地域密着型特定施設入居者生活介護、指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
- （4） 指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院
- （5） 指定介護予防特定施設入居者生活介護
- （6） 指定介護予防認知症対応型共同生活介護
- （7） 指定居宅介護支援
- （8） 指定介護予防支援

## 難治性皮膚疾患を持つ利用者への訪問看護に係る評価の見直し

- 手厚いケアの必要がある、重症な難治性皮膚疾患を持つ利用者に対する訪問看護の充実を図る観点から、在宅難治性皮膚疾患処置指導管理を受けている利用者について、訪問看護基本療養費等を週4日以上算定できる対象に追加する。

### 現行

#### 【特掲診療料の施設基準等告示】

別表第八 退院時共同指導料1の注2に規定する特別な管理を要する状態等にある患者並びに退院後訪問指導料、在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料に規定する状態等にある患者

- 一 (略)
- 二 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者

三～五 (略)



### 改定後

#### 【特掲診療料の施設基準等告示の別表第8】

別表第八 退院時共同指導料1の注2に規定する特別な管理を要する状態等にある患者並びに退院後訪問指導料、在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料に規定する状態等にある患者

- 一 (略)
- 二 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理、在宅肺高血圧症患者指導管理又は在宅難治性皮膚疾患処置指導管理を受けている状態にある者

三～五 (略)

# 訪問看護におけるICTを用いた医療情報連携の推進

## 訪問看護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（以下、単に「記録」とする。）した利用者に係る診療情報等を活用した上で、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合の評価を新設する。

### (新) 訪問看護医療情報連携加算 1,000円（月1回）

#### [算定要件（概要）]

- 医療関係職種等により記録された**利用者の医療・ケアに関わる情報を取得及び活用した上で、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行うこと**及び看護師等が指定訪問看護を行った際の診療情報等について**記録し、医療関係職種等に共有すること**について、利用者からの同意を得ていること。
- 以下の情報について記録すること。
  - **次回の訪問看護の予定日及び当該利用者の訪問看護計画の変更の有無**（必要に応じて）
  - 当該利用者の**訪問看護計画の変更の概要**（変更の有無を記録する場合）
  - 利用者の**ケアを行う際の留意点**（共有することが必要と判断した場合）
  - 利用者の**人生の最終段階における医療・ケア及び病状の急変時の治療方針についての希望**（利用者又はその家族等から取得した場合）
- 訪問看護を行う場合に、**過去90日以内に記録された利用者の医療・ケアに関する情報（特別の関係にある保険医療機関等が記録した情報を除く。）をICTを用いて取得した情報が1つ以上**であること。

#### [施設基準（概要）]

- **利用者の診療情報等について連携機関とICTを用いて共有し、常に確認できる体制**を有し、以下の要件を満たすこと。
  - 記録された利用者の診療情報等が連携機関間の協議に基づき一元的に管理されたサーバーで保管されていること。
  - 診療情報等の共有は、利用者、その家族又は連携機関（以下「参加者」という。）のうち利用者が同意した者のみにおいて行われること。
  - 参加者の範囲が随時設定可能であること。
  - 参加者が診療情報等を常時閲覧・取得可能で、利用者ごとに時系列で速やかに表示されるICTを用いること。
  - 参加者が常時必要な診療情報等を共有できること。
  - 一般社団法人保健医療福祉情報安全管理適合性評価協会が公表している「医療情報連携において、SNSを利用する際に気を付けるべき事項」におけるプライベートSNSに係る事項、厚生労働省の定める「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を参考とすること。
- **連携機関（特別の関係にあるものを除く。）の数が5以上**であること。
- ICTを用いた連携体制を構築している訪問看護ステーションであることについて当該訪問看護ステーションの見やすい場所に掲示し、掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。

#### [経過措置]

令和8年9月30日までの間に限り、ウェブサイト掲載の基準に該当するものとみなす。

※在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料についても同様



# 地域と連携して精神科訪問看護を提供する訪問看護ステーションの評価

- 難病等の重症度の高い利用者を受け入れるとともに、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に資する精神科訪問看護に求められる機能を踏まえ、精神科訪問看護における支援ニーズの高い精神科訪問看護利用者等を受け入れ、24時間の対応を行い、地域との関係機関と連携する体制が整備されている訪問看護ステーションについて、一定の実績等を有する場合の評価を新設する。

## (新) 機能強化型訪問看護管理療養費4 9,030円(月の初日の訪問の場合)

### [施設基準(概要)]

- 常勤の看護職員(保健師、助産師、看護師又は准看護師)の数が4人以上
- 看護職員の割合が6割以上
- 24時間対応体制加算の届出及び休日、祝日等も含めた計画的な訪問看護の実施
  - ※ 同一敷地内に同一開設者の医療機関がある場合、営業時間外の利用者・家族からの電話等による相談について、医療機関の看護師が行うことが可能。
- 重症度の高い利用者の受け入れ
  - 特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等の者又は同別表第8に掲げる者
  - 精神障害を有する者のうち重点的な支援を要する者
- 保険医療機関との共同
  - 退院時の共同指導の実施
  - 同一敷地内に保険医療機関がある場合、当該医療機関以外の医師を主治医とする利用者が1割以上
- 地域における人材育成・連携等
  - 地域の保険医療機関や訪問看護ステーションを対象とした研修の実施
  - 地域の訪問看護ステーションや住民等への情報提供や相談対応
  - 連携機関との会議参加の実績
- 専門の研修を受けた看護師の配置(望ましい)



# 訪問看護管理療養費の見直し

## 訪問看護管理療養費の見直し

- 月の初日の訪問看護管理療養費について評価を充実する。
- 月の2日目以降の訪問看護管理療養費について、訪問看護管理療養費1と2を統合し施設基準の届出を不要とするとともに、**訪問日数及び単一建物居住利用者の人数によって評価を細分化**する。

| 現行                     |         |
|------------------------|---------|
| 【訪問看護管理療養費】            |         |
| 1 月の初日の訪問の場合           |         |
| イ 機能強化型訪問看護管理療養費 1     | 13,230円 |
| ロ 機能強化型訪問看護管理療養費 2     | 10,030円 |
| ハ 機能強化型訪問看護管理療養費 3     | 8,700円  |
| ニ イから八まで以外の場合          | 7,670円  |
| 2 月の2日目以降の訪問の場合（1日につき） |         |
| イ 訪問看護管理療養費 1          | 3,000円  |
| ロ 訪問看護管理療養費 2          | 2,500円  |



| 改定後                           |                |
|-------------------------------|----------------|
| 【訪問看護管理療養費】                   |                |
| 1 月の初日の訪問の場合                  |                |
| イ 機能強化型訪問看護管理療養費 1            | <b>13,760円</b> |
| ロ 機能強化型訪問看護管理療養費 2            | <b>10,460円</b> |
| ハ 機能強化型訪問看護管理療養費 3            | <b>9,030円</b>  |
| ニ <b>機能強化型訪問看護管理療養費 4</b>     | <b>9,030円</b>  |
| イから二まで以外の場合                   | <b>7,710円</b>  |
| 2 月の2日目以降の訪問の場合（1日につき）        |                |
| イ <b>単一建物居住利用者が20人未満</b>      | <b>3,010円</b>  |
| ロ <b>単一建物居住利用者が20人以上50人未満</b> |                |
| (1) 月15日目まで                   | <b>2,510円</b>  |
| (2) 月16日目以降24日目まで             | <b>2,310円</b>  |
| (3) 月25日目以降                   | <b>2,210円</b>  |
| ハ <b>単一建物居住利用者が50人以上</b>      |                |
| (1) 月15日目まで                   | <b>2,410円</b>  |
| (2) 月16日目以降24日目まで             | <b>2,210円</b>  |
| (3) 月25日目以降                   | <b>2,010円</b>  |

### <単一建物居住利用者の人数>

当該利用者が居住する建物に居住する者のうち、同月において当該訪問看護ステーションが訪問看護管理療養費又は包括型訪問看護療養費を算定する者の人数をいう。

### [算定要件]

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**から二まで**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（**2については、訪問日数及び単一建物居住利用者の人数に従う。**）に、訪問の都度算定する。

# 同一建物に居住する利用者への訪問看護の評価の見直し①

## 訪問看護基本療養費（Ⅱ）等の見直し

- 訪問看護基本療養費（Ⅱ）等について、**1月当たりの訪問日数や同一建物に居住する利用者の人数に応じたきめ細かな評価**に見直す。

| 現行       |                                |                                |
|----------|--------------------------------|--------------------------------|
|          | 同一日に2人                         | 同一日に3人以上                       |
| イ 看護師等   | 週3日目まで 5,550円<br>週4日目以降 6,550円 | 週3日目まで 2,780円<br>週4日目以降 3,280円 |
| ロ 准看護師等  | 週3日目まで 5,050円<br>週4日目以降 6,050円 | 週3日目まで 2,530円<br>週4日目以降 3,030円 |
| ニ 理学療法士等 | 5,550円                         | 2,780円                         |



| 改定後      |                                |                                |  |  |  |
|----------|--------------------------------|--------------------------------|--|--|--|
| 同一日の人数   | 2人                             | 3人以上 <b>9人以下</b>               | <b>10人以上19人以下</b>                        | <b>20人以上49人以下</b>                        | <b>50人以上</b>                             |
| イ 看護師等   | 週3日目まで 5,550円<br>週4日目以降 6,550円 | 週3日目まで 2,780円<br>週4日目以降 3,280円 | <b>月20日目まで 2,760円<br/>月21日目以降 2,660円</b> | <b>月20日目まで 2,710円<br/>月21日目以降 2,610円</b> | <b>月20日目まで 2,610円<br/>月21日目以降 2,510円</b> |
| ロ 准看護師等  | 週3日目まで 5,050円<br>週4日目以降 6,050円 | 週3日目まで 2,530円<br>週4日目以降 3,030円 | <b>月20日目まで 2,520円<br/>月21日目以降 2,420円</b> | <b>月20日目まで 2,470円<br/>月21日目以降 2,370円</b> | <b>月20日目まで 2,370円<br/>月21日目以降 2,270円</b> |
| ニ 理学療法士等 | 5,550円                         | 2,780円                         | <b>月20日目まで 2,760円<br/>月21日目以降 2,660円</b> | <b>月20日目まで 2,710円<br/>月21日目以降 2,610円</b> | <b>月20日目まで 2,610円<br/>月21日目以降 2,510円</b> |

※ 同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護基本療養費（Ⅲ）及び精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）についても同様。

- 訪問看護基本療養費（Ⅱ）等を算定する場合の取り扱いについて以下の規定を設ける。
  - ・ **訪問看護療養費を算定するに適切な時間の指定訪問看護を実施したうえで、それを訪問看護記録書に記載し算定する。**
  - ・ **適切な時間の指定訪問看護とは、30分以上を標準とし、20分を下回らないものであること。**
- 訪問看護基本療養費（Ⅱ）等の算定要件における同一建物について、**同一敷地内の建物も同一建物とする**規定に見直しを行う。

# 同一建物に居住する利用者への訪問看護の評価の見直し②

## 難病等複数回訪問加算等の見直し

- 難病等複数回訪問加算、夜間・早朝訪問看護加算及び深夜訪問看護加算について、頻回の訪問看護を必要とする利用者に、高齢者住まい等に併設・隣接する訪問看護ステーションにおいて24時間体制で対応を行う場合については別の評価を設ける（II-5-2⑧包括型訪問看護療養費の新設を参照）とともに包括型訪問看護療養費以外を算定する場合、**同一建物居住者に同一日に当該加算等を算定している人数及び1月当たりの当該加算の算定日数に応じた評価**に見直す。

### 【難病等複数回訪問加算】

| 現行             |                 |               | 改定後             |  |  |  |  |
|----------------|-----------------|---------------|-----------------|--|--|--|--|
|                | 同一建物内<br>1人又は2人 | 同一建物内<br>3人以上 | 同一建物内<br>1人又は2人 | 同一建物内<br>3人以上<br><u>9人以下</u>                   | 同一建物内<br><u>10人以上19人以下</u>                     | 同一建物内<br><u>20人以上49人以下</u>                     | 同一建物内<br><u>50人以上</u>                          |
| 1日に<br>2回の場合   | 4,500円          | 4,000円        | 4,500円          | <u>4,000円</u>                                  | <u>3,700円</u>                                  | <u>3,500円</u>                                  | <u>3,300円</u>                                  |
| 1日に<br>3回以上の場合 | 8,000円          | 7,200円        | 8,000円          | <u>月20日目まで 7,200円</u><br><u>月21日目以降 6,900円</u> | <u>月20日目まで 6,300円</u><br><u>月21日目以降 5,200円</u> | <u>月20日目まで 4,800円</u><br><u>月21日目以降 3,500円</u> | <u>月20日目まで 4,100円</u><br><u>月21日目以降 3,000円</u> |

### 【夜間・早朝訪問看護加算】

| 現行     | 改定後         |  |  |  |  |
|--------|-------------|--|--|--|--|
|        | 同一建物内1人は又2人 | 同一建物内<br>3人以上<br><u>9人以下</u>                   | 同一建物内<br><u>10人以上19人以下</u>                     | 同一建物内<br><u>20人以上49人以下</u>                   | 同一建物内<br><u>50人以上</u>                        |
| 規定なし   |             |  |  |  |  |
| 2,100円 | 2,100円      | <u>月15日目まで 2,100円</u><br><u>月16日目以降 1,900円</u> | <u>月15日目まで 1,800円</u><br><u>月16日目以降 1,300円</u> | <u>月15日目まで 1,200円</u><br><u>月16日目以降 950円</u> | <u>月15日目まで 1,000円</u><br><u>月16日目以降 800円</u> |

### 【深夜訪問看護加算】

| 現行     | 改定後         |  |  |  |  |
|--------|-------------|--|--|--|--|
|        | 同一建物内1人は又2人 | 同一建物内<br>3人以上<br><u>9人以下</u>                   | 同一建物内<br><u>10人以上19人以下</u>                     | 同一建物内<br><u>20人以上49人以下</u>                     | 同一建物内<br><u>50人以上</u>                          |
| 規定なし   |             |  |  |  |  |
| 4,200円 | 4,200円      | <u>月15日目まで 4,200円</u><br><u>月16日目以降 4,000円</u> | <u>月15日目まで 3,900円</u><br><u>月16日目以降 2,300円</u> | <u>月15日目まで 2,100円</u><br><u>月16日目以降 1,500円</u> | <u>月15日目まで 1,800円</u><br><u>月16日目以降 1,300円</u> |

※ 同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護基本療養費（Ⅲ）及び精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）についても同様

# 同一建物に居住する利用者への訪問看護の評価の見直し③

## 複数名訪問看護加算等の見直し

- 複数名訪問看護加算及び複数名精神科訪問看護加算について、**同一建物居住者に同一日に当該加算等を算定している人数に応じた評価**に見直す。

### 現行

|     | 指定訪問看護の実施者 | 同時に訪問する者        | 算定日数等 | 同一建物内<br>1人又は2人 | 同一建物内<br>3人以上 |
|-----|------------|-----------------|-------|-----------------|---------------|
| イ～二 | 看護職員※1     | 看護師等(准看護師を除く)※2 | 週1日   | 4,500円          | 4,000円        |
| イ～二 | 看護職員       | 准看護師            | 週1日   | 3,800円          | 3,400円        |
| 二～ハ | 看護職員       | その他職員※3         | 週3日   | 3,000円          | 2,700円        |
| イ～ハ | 看護職員       | その他職員           | 1日に1回 | 3,000円          | 2,700円        |
|     |            |                 | 1日に2回 | 6,000円          | 5,400円        |
|     |            |                 | 1日に3回 | 10,000円         | 9,000円        |

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  
 ロ 特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者  
 ハ 特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者  
 ニ 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者  
 ホ 利用者の身体的理由により1人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者  
 ヘ その他利用者の状況等から判断して、イからホのいずれかに準ずると認められる者

※1 保健師、助産師、看護師、准看護師  
 ※2 保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士  
 ※3 保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護補助者



### 改定後

|     | 指定訪問看護の実施者 | 同時に訪問する者      | 算定日数等 | 同一建物内<br>1人又は2人 | 同一建物内<br>3人以上 9人以下 | 同一建物内<br>10人以上19人以下 | 同一建物内<br>20人以上49人以下 | 同一建物内<br>50人以上 |
|-----|------------|---------------|-------|-----------------|--------------------|---------------------|---------------------|----------------|
| イ～二 | 看護職員       | 看護師等(准看護師を除く) | 週1日   | 4,500円          | 4,000円             | 3,400円              | 3,000円              | 2,700円         |
| イ～二 | 看護職員       | 准看護師          | 週1日   | 3,800円          | 3,400円             | 2,800円              | 2,500円              | 2,200円         |
| 二～ハ | 看護職員       | その他職員         | 週3日   | 3,000円          | 2,700円             | 2,100円              | 1,900円              | 1,600円         |
| イ～ハ | 看護職員       | その他職員         | 1日に1回 | 3,000円          | 2,700円             | 2,100円              | 1,900円              | 1,600円         |
|     |            |               | 1日に2回 | 6,000円          | 5,400円             | 3,800円              | 3,450円              | 3,300円         |
|     |            |               | 1日に3回 | 10,000円         | 9,000円             | 5,500円              | 4,800円              | 4,500円         |

※ 同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護基本療養費(Ⅲ)及び精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)についても同様

# 包括型訪問看護療養費の新設

## 包括型訪問看護療養費の新設

- 高齢者住まい等に併設・隣接する訪問看護ステーションが、当該住まいに居住する利用者（別表第7、8及び特別訪問看護指示）に **24時間体制で計画的又は随時の対応による頻回の訪問看護**を行った場合の、**1日当たりの訪問時間及び単一建物に居住する利用者の人数**に従い算定する包括型訪問看護療養費を新設する。

### (新) 04 包括型訪問看護療養費(1日につき)

【※1の二、2の二及び3の二に規定する厚生労働大臣が定める場合】

- ✓ 包括型訪問看護療養費に規定する厚生労働大臣が定める者に、訪問看護ステーションが緊急時において即時に適切な指定訪問看護が実施できる体制がある
- ✓ 当該訪問看護ステーションが指定訪問看護を実施し、包括型訪問看護療養費を算定する利用者全員における訪問看護の実施時間の1日当たりの平均が120分以上

|                           | イ                 | ロ                 | ハ            | ニ                                 |
|---------------------------|-------------------|-------------------|--------------|-----------------------------------|
|                           | 訪問看護時間が30分以上60分未満 | 訪問看護時間が60分以上90分未満 | 訪問看護時間が90分以上 | 訪問看護時間が90分以上<br>(別に厚生労働大臣が定める場合※) |
| 1 単一建物居住利用者が20人未満の場合      | 7,010円            | 11,010円           | 14,010円      | 15,510円                           |
| 2 単一建物居住利用者が20人以上50人未満の場合 | 6,310円            | 9,910円            | 13,730円      | 15,200円                           |
| 3 単一建物居住利用者が50人以上の場合      | 5,960円            | 9,360円            | 13,450円      | 14,890円                           |

#### [算定要件(概要)]

- 包括型訪問看護療養費を算定するとして届出を行った建物に居住する、別表第7、8及び特別訪問看護指示に該当する利用者に対して、24時間の対応体制で、計画的又は随時の対応による頻回の訪問看護を行った場合に、利用者1人につき、1日当たりの訪問時間及び単一建物居住利用者の人数に従い算定する。
- 訪問看護時間は、1日に行った複数回の指定訪問看護において実際に看護を提供した時間を合算して算出する。
- 日中及び夜間に少なくともそれぞれ1回ずつの指定訪問看護を行う必要がある。また、指定訪問看護の実施時間が1日当たり60分以上である場合には、1日当たり3回以上の訪問看護を実施すること。1日に1回以上、看護職員（准看護師を除く。）によるものが含まれること。

#### [施設基準(概要)]

- 訪問看護ステーションが併設又は隣接する高齢者向け住まい等の建物であって、包括型訪問看護療養費を算定する利用者が居住する建物を訪問看護ステーションにつき1か所指定し、その建物を単位として指定訪問看護を行うものであること。
- 医療安全及び衛生管理に関する組織的な取り組みを行っていること。
- 合同の研修及び事例検討会等の地域の保険医療機関又は訪問看護ステーションとの連携について相当な実績を有すること。（令和9年5月31日まで経過措置）
- 厚生労働大臣が実施する調査に適切に参加すること。
- 指定訪問看護に係る記録は電子的に行うこと。
- 包括型訪問看護療養費の1のハニ、2のハ及び3のハ又はニを算定する利用者に対しては、当該訪問看護ステーションにおいて、夜間帯（午後6時から午前8時までをいう。）の対応を行う看護職員の数は、常時1名以上（ただし、当該訪問看護ステーションにおいて1、2及び3のハ又はニを算定する利用者の数の合計が31以上80以下の場合は2以上、81以上の場合50又はその端数を増すごとに1を加えて得た数以上）、当該建物において、計画的な指定訪問看護を実施しているか、随時の指定訪問看護に対応出来る状況で勤務していること。
- 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。

# 2026年改定対応策

**連携先・連携元を確認！！！！**

**現在とこれからの連携可能性を可視化**

**自院の機能をはっきりさせる**

**希望する機能より地域に求められる医療**

**急性期・包括期・慢性期・かかりつけ医機能**

**・在宅医療 各々が連携しかつ介護との連携による  
地域医療の質を向上＝患者さんの利益に**

**実患者・稼働率増には**

**連携機能の強化重要**