

本書の内容と構成

本書は、「総説」及び「①看護関連施設基準等と診療報酬」、「②入院時食事療養及び入院時生活療養、栄養関連診療報酬」の2編から成り、それぞれの構成は次の通りとした。

総説

- 第1部 診療報酬における入院医療と看護技術の評価
 - 第2部 診療報酬における食事及び栄養関連の評価
 - 第3部 診療報酬請求に係る留意点
- 令和6年度改定に係る経過措置
令和6年度改定における賃上げ・基本料等の引上げ

1 看護関連施設基準等と診療報酬

「基本診療料（入院・看護関連）」と「特掲診療料（看護関連）」とに大別し、それぞれ医科点数表の診療行為項目ごとに、算定のために必要な情報をまとめた。各項目の冒頭で要点を述べ、以下のような順序で詳細を掲載した。

(1) 施設基準

当該項目の施設基準等のうち、告示で定められている事項を掲載した。

基本診療料の施設基準等（平成20年3月5日厚生労働省告示第62号；今回改正令和6年3月5日厚生労働省告示第58号／最終改正令和6年8月20日厚生労働省告示第263号）

なお、当該箇所の改正履歴を略記した。〈平22〉や〈令2〉などは、その年の3月の診療報酬改定の告示による改正を示す。その他の告示による改正については、〈平20告示532〉のように告示番号も明記している。

特掲診療料の施設基準等（平成20年3月5日厚生労働省告示第63号；今回改正令和6年3月5日厚生労働省告示第59号／最終改正令和6年8月20日厚生労働省告示第264号）

改正履歴の表記については、基本診療料に係る告示と同様とした。

(2) 取扱い通知

施設基準等及び届出に関する取扱いを整理し、かつ、該当届出様式を収載した。

基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（令和6年3月5日保医発0305第5号）

特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（令和6年3月5日保医発0305第6号／最終改正令和6年9月11日医療課事務連絡）

なお、必要に応じ、**疑義解釈資料（事務連絡）**を載せた。

(3) 診療報酬（点数表と留意事項通知）

施設基準の届出保険医療機関において算定できる所定点数・加算点数（告示）と取扱上の留意事項（通知）を整理して載せた。

診療報酬の算定方法（平成20年3月5日厚生労働省告示第59号；今回改正令和6年3月5日厚生労働省告示第57号／最終改正令和6年9月5日厚生労働省告示第262号）

診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について（令和6年3月5日保医発0305第4号）

※ 上記の告示・通知については、令和6年度改定において実質的な変更があった部分には下線を付して示した。

2 入院時食事療養及び入院時生活療養、栄養関連診療報酬

入院時食事療養費及び入院時生活療養費の算定のために必要な情報をまとめた。また、栄養関連診療報酬に関する諸規定を掲載した。さらに参考通知を付した。

以上のほか、巻末に以下の資料等を掲載した。

- ①療養担当規則及び関連通知
- ②令和6年9月30日を期限とする経過措置の取扱い
- ③索引
- ④地方厚生（支）局・都府県事務所等一覧

●本書は、令和6年（2024年）10月1日段階での法令・通知・事務連絡等に基づき作成した。

目次

総説

- 第1部 診療報酬における入院医療と看護技術の評価……………12
- 第2部 診療報酬における食事及び栄養関連の評価……………107
- 第3部 診療報酬請求に係る留意点……………119
- 令和6年度改定に係る経過措置……………121
- 令和6年度改定における賃上げ・基本料等の引上げ……………141

基本診療料(入院・看護関連)の施設基準等と診療報酬編

- 1 **基本診療料等の施設基準等**(通則事項)……………158
- 2 **入院料等の通則と施設基準等**……………179
 - 2-1 **入院・通則7／8／9** 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策、栄養管理体制、意思決定支援、身体的拘束最小化の基準……………188
 - 〈参考〉**入院・通則6** 定数超過入院等の入院基本料……………203
 - 入院・通則5** 特別の関係にある保険医療機関等……………208
- 3 **病院の入院基本料の施設基準等**(通則事項)……………209
 - 3-1 **A100** 一般病棟入院基本料……………255
 - 3-2 **A101** 療養病棟入院基本料……………266
 - 3-3 **A102** 結核病棟入院基本料……………300
 - 3-4 **A103** 精神病棟入院基本料……………306
 - 3-5 **A104** 特定機能病院入院基本料……………315
 - 3-6 **A105** 専門病院入院基本料……………325
 - 3-7 **A106** 障害者施設等入院基本料……………332
- 4 **診療所の入院基本料の施設基準等**(通則事項)……………347
 - 4-1 **A108** 有床診療所入院基本料……………354
 - 4-2 **A109** 有床診療所療養病床入院基本料……………363
- 5 **入院基本料等加算の施設基準等**(概要)……………372
 - 5-1 **A200** 総合入院体制加算……………379
 - 5-2 **A200-2** 急性期充実体制加算……………391
 - 5-3 **A204-2** 臨床研修病院入院診療加算……………402
 - 5-4 **A205** 救急医療管理加算……………405
 - 5-5 **A205-2** 超急性期脳卒中加算……………409
 - 5-6 **A205-3** 妊産婦緊急搬送入院加算……………413
 - 5-7 **A206** 在宅患者緊急入院診療加算……………414
 - 5-8 **A207** 診療録管理体制加算……………416
 - 5-9 **A207-2** 医師事務作業補助体制加算……………423
 - 5-10 **A207-3** 急性期看護補助体制加算／**A207-4** 看護職員夜間配置加算
／**A214** 看護補助加算……………433

| | | | |
|------|---------|------------------------------|-----|
| 5-11 | A210-1 | 難病患者等入院診療加算 | 452 |
| 5-12 | A211 | 特殊疾患入院施設管理加算 | 453 |
| 5-13 | A212 | 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算 | 456 |
| 5-14 | A213 | 看護配置加算 | 459 |
| 5-15 | A218 | 地域加算 | 460 |
| 5-16 | A218-2 | 離島加算 | 464 |
| 5-17 | A219 | 療養環境加算 | 464 |
| 5-18 | A221 | 重症者等療養環境特別加算 | 465 |
| 5-19 | A222 | 療養病棟療養環境加算 | 468 |
| 5-20 | A222-2 | 療養病棟療養環境改善加算 | 470 |
| 5-21 | A223 | 診療所療養病床療養環境加算 | 472 |
| 5-22 | A223-2 | 診療所療養病床療養環境改善加算 | 473 |
| 5-23 | A224 | 無菌治療室管理加算 | 475 |
| 5-24 | A225 | 放射線治療病室管理加算 | 477 |
| 5-25 | A226 | 重症皮膚潰瘍管理加算 | 480 |
| 5-26 | A226-2 | 緩和ケア診療加算 | 481 |
| 5-27 | A226-3 | 有床診療所緩和ケア診療加算 | 487 |
| 5-28 | A226-4 | 小児緩和ケア診療加算 | 490 |
| 5-29 | A228 | 精神科応急入院施設管理加算 | 494 |
| 5-30 | A230 | 精神病棟入院時医学管理加算 | 496 |
| 5-31 | A230-2 | 精神科地域移行実施加算 | 497 |
| 5-32 | A230-3 | 精神科身体合併症管理加算 | 498 |
| 5-33 | A230-4 | 精神科リエゾンチーム加算 | 501 |
| 5-34 | A231-2 | 強度行動障害入院医療管理加算 | 505 |
| 5-35 | A231-3 | 依存症入院医療管理加算 | 507 |
| 5-36 | A231-4 | 摂食障害入院医療管理加算 | 510 |
| 5-37 | A232 | がん拠点病院加算 | 512 |
| 5-38 | A233 | リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算 | 515 |
| 5-39 | A233-2 | 栄養サポートチーム加算 | 522 |
| 5-40 | A234 | 医療安全対策加算 | 528 |
| 5-41 | A234-2 | 感染対策向上加算 | 533 |
| 5-42 | A234-3 | 患者サポート体制充実加算 | 554 |
| 5-43 | A234-4 | 重症患者初期支援充実加算 | 557 |
| 5-44 | A234-5 | 報告書管理体制加算 | 560 |
| 5-45 | A236 | 褥瘡ハイリスク患者ケア加算 | 563 |
| 5-46 | A236-2 | ハイリスク妊娠管理加算 | 566 |
| 5-47 | A237 | ハイリスク分娩等管理加算 | 569 |
| 5-48 | A238-6 | 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算 | |
| | ／A238-7 | 精神科救急搬送患者地域連携受入加算 | 574 |
| 5-49 | A242 | 呼吸ケアチーム加算 | 576 |
| 5-50 | A242-2 | 術後疼痛管理チーム加算 | 579 |
| 5-51 | A243 | 後発医薬品使用体制加算 | 582 |

| | | | |
|------|--------|------------------------|-----|
| 5-52 | A243-2 | バイオ後続品使用体制加算 | 587 |
| 5-53 | A244 | 病棟薬剤業務実施加算 | 590 |
| 5-54 | A245 | データ提出加算 | 599 |
| 5-55 | A246 | 入退院支援加算 | 609 |
| 5-56 | A246-2 | 精神科入退院支援加算 | 622 |
| 5-57 | A246-3 | 医療的ケア児(者)入院前支援加算 | 629 |
| 5-58 | A247 | 認知症ケア加算 | 633 |
| 5-59 | A247-2 | せん妄ハイリスク患者ケア加算 | 641 |
| 5-60 | A248 | 精神疾患診療体制加算 | 643 |
| 5-61 | A249 | 精神科急性期医師配置加算 | 645 |
| 5-62 | A251 | 排尿自立支援加算 | 649 |
| 5-63 | A252 | 地域医療体制確保加算 | 652 |
| 5-64 | A253 | 協力対象施設入所者入院加算 | 659 |
| 6 | | 特定入院料の施設基準等(通則事項) | 663 |
| 6-1 | A300 | 救命救急入院料 | 666 |
| 6-2 | A301 | 特定集中治療室管理料 | 679 |
| 6-3 | A301-2 | ハイケアユニット入院医療管理料 | 701 |
| 6-4 | A301-3 | 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 | 714 |
| 6-5 | A301-4 | 小児特定集中治療室管理料 | 720 |
| 6-6 | A302 | 新生児特定集中治療室管理料 | 731 |
| 6-7 | A302-2 | 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料 | 736 |
| 6-8 | A303 | 総合周産期特定集中治療室管理料 | 741 |
| 6-9 | A303-2 | 新生児治療回復室入院医療管理料 | 746 |
| 6-10 | A304 | 地域包括医療病棟入院料 | 751 |
| 6-11 | A305 | 一類感染症患者入院医療管理料 | 777 |
| 6-12 | A306 | 特殊疾患入院医療管理料 | 778 |
| 6-13 | A307 | 小児入院医療管理料 | 783 |
| 6-14 | A308 | 回復期リハビリテーション病棟入院料 | 796 |
| 6-15 | A308-3 | 地域包括ケア病棟入院料 | 824 |
| 6-16 | A309 | 特殊疾患病棟入院料 | 851 |
| 6-17 | A310 | 緩和ケア病棟入院料 | 856 |
| 6-18 | A311 | 精神科救急急性期医療入院料 | 862 |
| 6-19 | A311-2 | 精神科急性期治療病棟入院料 | 876 |
| 6-20 | A311-3 | 精神科救急・合併症入院料 | 881 |
| 6-21 | A311-4 | 児童・思春期精神科入院医療管理料 | 887 |
| 6-22 | A312 | 精神療養病棟入院料 | 893 |
| 6-23 | A314 | 認知症治療病棟入院料 | 900 |
| 6-24 | A315 | 精神科地域包括ケア病棟入院料 | 907 |
| 6-25 | A317 | 特定一般病棟入院料 | 914 |
| 6-26 | A318 | 地域移行機能強化病棟入院料 | 924 |
| 6-27 | A319 | 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料 | 933 |
| 7 | A400 | 短期滞在手術等基本料 | 939 |

- 〈参考〉夜間における看護業務の負担軽減……………951
医療従事者の常勤配置に関する要件の緩和……………953

特掲診療料(看護関連)の施設基準等と診療報酬編

看護関連医学管理等

- 1-1 B001・1・注2 ウイルス疾患指導料の注2……………958
- 1-2 B001・13 在宅療養指導料……………960
- 1-3 B001・16・注2 重度喘息患者治療管理加算……………961
- 1-4 B001・20 糖尿病合併症管理料……………963
- 1-5 B001・23 がん患者指導管理料……………965
- 1-6 B001・24 外来緩和ケア管理料……………972
- 1-7 B001・25 移植後患者指導管理料……………977
- 1-8 B001・27 糖尿病透析予防指導管理料……………981
- 1-9 B001・29 乳腺炎重症化予防ケア・指導料……………986
- 1-10 B001・31 腎代替療法指導管理料……………988
- 1-11 B001・33・イ 生殖補助医療管理料1……………991
- 1-12 B001・34 二次性骨折予防継続管理料……………996
- 1-13 B001・37 慢性腎臓病透析予防指導管理料……………998
- 1-14 B001-2-5 院内トリアージ実施料……………1002
- 1-15 B001-2-6・注3 救急搬送看護体制加算……………1003
- 1-16 B001-2-8 外来放射線照射診療料……………1006
- 1-17 B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料……………1008
- 1-18 B001-3 生活習慣病管理料(Ⅰ)／B001-3-3 生活習慣病管理料(Ⅱ)……………1015
- 1-19 B001-3-2 ニコチン依存症管理料……………1025
- 1-20 B001-7 リンパ浮腫指導管理料……………1028
- 1-21 B001-9 療養・就労両立支援指導料……………1029
- 1-22 B004、B005 退院時共同指導料……………1033
- 1-23 B005-1-2 介護支援等連携指導料……………1038
- 1-24 B005-1-3 介護保険リハビリテーション移行支援料……………1040
- 1-25 B005-6 がん治療連携計画策定料／B005-6-2 がん治療連携指導料
／B005-6-3 がん治療連携管理料……………1041
- 1-26 B005-6-4 外来がん患者在宅連携指導料……………1046
- 1-27 B005-9 外来排尿自立指導料……………1048
- 1-28 B005-10、B005-10-2 ハイリスク妊産婦連携指導料……………1051
- 1-29 B006-3 退院時リハビリテーション指導料……………1054
- 1-30 B007 退院前訪問指導料……………1055
- 1-31 B007-2 退院後訪問指導料……………1055
- 1-32 B015 精神科退院時共同指導料……………1057

看護関連在宅医療

- 2-1 在宅療養支援診療所……………1061
- 2-2 在宅療養支援病院……………1075

| | | | |
|------|----------|---------------------------------------|------|
| 2-3 | C003 | 在宅がん医療総合診療料 | 1112 |
| 2-4 | | 在宅療養後方支援病院 | 1119 |
| 2-5 | C004・注4 | 重症患者搬送加算 | 1123 |
| 2-6 | C004-2 | 救急患者連携搬送料 | 1126 |
| 2-7 | 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 | 1128 |
| 2-8 | C005-2 | 在宅患者訪問点滴注射管理指導料 | 1149 |
| 2-9 | C007 | 訪問看護指示料 | 1151 |
| 2-10 | C010 | 在宅患者連携指導料 | 1153 |
| 2-11 | C011 | 在宅患者緊急時等カンファレンス料 | 1154 |
| 2-12 | C013 | 在宅患者訪問褥瘡管理指導料 | 1156 |
| 2-13 | C103・注2 | 遠隔モニタリング加算 | 1161 |
| 2-14 | C119 | 在宅経肛門の自己洗腸指導管理料 | 1164 |
| 2-15 | C152-2・2 | 持続血糖測定器加算(間歇注入シリンジポンプと連動しない場合) | 1165 |

看護関連検査

| | | | |
|---|----------|-----------------|------|
| 3 | D235-3・1 | 長期脳波ビデオ同時記録検査 1 | 1169 |
|---|----------|-----------------|------|

看護関連注射

| | | | |
|---|------|----------|------|
| 4 | G通則6 | 外来化学療法加算 | 1171 |
|---|------|----------|------|

看護関連リハビリテーション

| | | | |
|-----|-----------|------------------|------|
| 5-1 | H000～H003 | 疾患別リハビリテーション | 1174 |
| 5-2 | H003-2 | リハビリテーション総合計画評価料 | 1218 |
| 5-3 | H003-4 | 目標設定等支援・管理料 | 1226 |
| 5-4 | H004 | 摂食機能療法 | 1228 |
| 5-5 | H006 | 難病患者リハビリテーション料 | 1236 |
| 5-6 | H007 | 障害児(者)リハビリテーション料 | 1239 |
| 5-7 | H007-2 | がん患者リハビリテーション料 | 1243 |
| 5-8 | H007-4 | リンパ浮腫複合的治療料 | 1248 |

看護関連精神科専門療法

| | | | |
|------|---------------|-----------------------------------|------|
| 6-1 | I002・注8 | 療養生活継続支援加算／注10 児童思春期支援指導加算 | 1251 |
| 6-2 | I002-2 | 精神科継続外来支援・指導料 | 1263 |
| 6-3 | I002-3 | 救急患者精神科継続支援料 | 1264 |
| 6-4 | I003-2・2 | 認知療法・認知行動療法 2 | 1267 |
| 6-5 | I006-2 | 依存症集団療法 | 1270 |
| 6-6 | I008 | 入院生活技能訓練療法 | 1274 |
| 6-7 | I008-2～I010-2 | 精神科ショート・ケア／デイ・ケア／ナイト・ケア／デイ・ナイト・ケア | 1275 |
| 6-8 | I011 | 精神科退院指導料 | 1287 |
| 6-9 | I011-2 | 精神科退院前訪問指導料 | 1288 |
| 6-10 | I012 | 精神科訪問看護・指導料 | 1289 |
| 6-11 | I012-2 | 精神科訪問看護指示料 | 1299 |
| 6-12 | I015 | 重度認知症患者デイ・ケア料 | 1302 |
| 6-13 | I016 | 精神科在宅患者支援管理料 | 1305 |

看護関連処置

| | | | |
|-----|---------|----------------------|------|
| 7-1 | J001-10 | 静脈圧迫処置(慢性静脈不全に対するもの) | 1313 |
|-----|---------|----------------------|------|

7-2 J022-5 持続的難治性下痢便ドレナージ……………1315

7-3 J043-3・注4 ストーマ合併症加算……………1316

看護関連手術

8-1 K147-3 緊急穿頭血種除去術……………1318

8-2 K920-2・注3 貯血式自己血輸血管理体制加算……………1320

8-3 K939-3 人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算……………1322

看護関連麻酔

9 L010 麻酔管理料(Ⅱ)……………1324

看護関連放射線治療

10-1 M001-4・注3 粒子線治療医学管理加算……………1328

10-2 M001-5・注3 ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算……………1331

10-3 M004・注8 画像誘導密封小線源治療加算……………1334

看護関連その他

11-1 O000 看護職員処遇改善評価料……………1336

11-2 O100 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)……………1345

11-3 O101 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)……………1349

11-4 O102 入院ベースアップ評価料……………1355

〈参考〉放射線治療を担当する常勤医師等の配置……………1379

〈参考〉特掲診療料に係る諸規定にみる看護師の配置と役割……………1380

病室等の面積に関する内法の規定の統一……………1384

入院時食事療養及び入院時生活療養、栄養関連診療報酬編

入院時食事療養及び入院時生活療養

入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準……………1386

入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養の基準等……………1387

食事の提供たる療養の実際……………1389

関係通知……………1407

栄養関連診療報酬

入院医療における栄養管理……………1419

栄養食事指導……………1432

参考通知……………1451

保険医療機関及び保険医療養担当規則(抄)……………1481

療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて……………1483

令和6年9月30日を期限とする経過措置の取扱い……………1486

索引……………1491

各地方厚生(支)局・都府県事務所等一覧……………1498

総 説

| | |
|------------|---------------------------------------|
| 第1部 | 診療報酬における入院医療と看護技術の評価 ……………12 |
| I | 看護技術の位置づけ……………12 |
| II | 看護技術と診療報酬点数のしくみ……………13 |
| 1. | 入院料等……………13 |
| 2. | 看護技術に関連する特掲診療料……………17 |
| III | 入院サービス・看護関連技術評価の変遷……………19 |
| 1. | 令和6年度改定の基本方針と今後の課題……………19 |
| 2. | 平成28年度改定までの入院サービスと看護技術の評価の変遷……………24 |
| 3. | 平成30年度改定における入院医療と看護関連の改正点のあらまし……………40 |
| 4. | 令和2年度改定における入院医療と看護関連の改正点のあらまし……………56 |
| 5. | 令和4年度改定における入院医療と看護関連の改正点のあらまし……………67 |
| 6. | 令和6年度改定における入院医療と看護関連の改正点のあらまし……………84 |
| 第2部 | 診療報酬における食事及び栄養関連の評価 ……………107 |
| I | 入院時食事療養・生活療養……………107 |
| II | 食事に係るサービス評価の変遷……………109 |
| 1. | 平成18年度改定前まで……………109 |
| 2. | 平成18年度改定……………110 |
| 3. | 平成28年度改定～令和6年度改定……………111 |
| III | 栄養管理・栄養食事指導に係る診療報酬の変遷……………113 |
| 1. | 入院料に関連する栄養管理の項目……………113 |
| 2. | 特掲診療料に係る栄養食事指導等、管理栄養士に関連する項目……………116 |
| 第3部 | 診療報酬請求に係る留意点 ……………119 |
| | 令和6年度改定に係る経過措置……………121 |
| | 令和6年度改定における賃上げ・基本料等の引上げ……………141 |

第1部

診療報酬における入院医療と 看護技術の評価

I 看護技術の位置づけ

医科点数表は、基本診療料（初・再診料、入院基本料等）と特掲診療料（医学管理等、在宅医療、検査等の医療技術料）から成り立っており、これに薬剤費及び材料費、入院の場合はさらに入院時食事療養費又は入院時生活療養費を合わせて診療報酬となる。

| | | | | |
|---------|------|------------------|------------|--------|
| A 基本診療料 | 初診料 | 特掲診療料 | B 医学管理等 | |
| | 再診料 | | C 在宅医療 | |
| | 入院料等 | | 入院基本料 | D 検査 |
| | | | 入院基本料等加算 | E 画像診断 |
| | | | 特定入院料 | F 投薬 |
| | | | 短期滞在手術等基本料 | G 注射 |
| | | H リハビリテーション | | |
| | | I 精神科専門療法 | | |
| | | J 処置 | | |
| | | K 手術 | | |
| | | L 麻酔 | | |
| | | M 放射線治療 | | |
| | | N 病理診断 | | |
| | | O その他 | | |
| | | 入院時食事療養及び入院時生活療養 | | |

医科点数表における看護技術の評価形態は、大きく①入院医療、②外来医療、③在宅医療に分けて考えることができる。

①入院医療においては、入院料（寝具類を含む療養環境の提供、看護師等の確保、医学的管理等に関する費用を総合的に評価した「入院基本料」、「入院基本料等加算」、「特定入院料」）として、看護職員の配置の厚さ等を基準とする診療報酬が設定されている。令和3年度でみると、医科診療医療費は国民医療費全体（45兆359億円）の71.9%（入院医療費37.4%、入院外医療費34.5%）である。社会医療診療行為別統計では、入院における1日当たり点数のおよそ37.0%が入院料等（入院基本料、入院基本料等加算、特定入院料。DPC分は含んでいない。）という結果が示されているので、いわゆる入院料は、国民医療費全体の1/7弱（約6兆円）を占めていると推計することができる。

②外来医療については、従来から初・再診料、処置料などにおいて、医師及び看護職員の技術料として包括して評価されている。なお看護職員の技術は、診療の補助サービスとして評価されている。

③在宅医療については、医科点数表における看護技術の新たな評価領域として、急速に拡大しつつある。現に、2025年（令和7年）を目途に構築が進められている地域包括ケアシステムの姿においては、在宅医療及び訪問サービスは重要な位置づけを占めており、看護職員の活躍が必要不可欠である。一方、入院・入院外の双方で、所定の知識・技術を有する看護師等を専従もしくは専任で配置させ

てサービスを提供することを評価した診療報酬は定着し、さらに増加傾向にある（入院基本料等加算、医学管理等、在宅医療等）。国民医療費全体への影響を勘案しつつ保険診療で確保することがふさわしい医療について、体制、技術力（有用性及び普及性）、難易度、時間帯を踏まえた診療報酬上の評価を議論した結果、看護職員によるいくつかの指導や管理等の技術については、経済効率を見込んだ上でも必要かつ適切な診療行為として、新たな評価が行われるようになっている。

こうした診療行為のほとんどは、特定の技術者によって単独でなされるというのではなく、必要なことをそれぞれの技術を有する者が持ち寄って、診療行為が安全確実に実施され、また、より効率よく提供されるように、各保険医療機関において適切にチームを組み、あるいは組織上の位置づけを明確にするなどの体制整備を行った上で、保険医療機関の責任で提供される。従って各医療関係者は、病棟や外来といった各々の配属先で求められる業務のみならず、その保険医療機関が目指す医療全体の質の確保を担う一員として業務を行っていることを十分に認識することが必要であり、それがひいては、個々の患者への最大限のきめ細かなサービスの提供につながる事となる。

前述のような診療報酬体系の変化に伴って、看護師等の働き方も多様化している。例えば、医療安全管理者や褥瘡管理者のように、専従とする業務分野については施設全体を活動の拠点とする働き方が可能となり、他方、自分の働きたい時間・働ける時間に勤務する短時間夜勤に専従する非常勤職員や産休、育児・介護休業の制度の活用等の例も増えてきた。さらに、多様化への対応として、現場の負担の軽減や人材の確保の必要性が高まっている。診療報酬においては、看護職員の負担軽減、処遇改善を念頭に現場の実態を踏まえ、体制整備の要件化、専従要件の緩和、兼務した場合の取扱いの見直しなどを行ってきた。

個々の患者へのケアを安全確実に提供するためには、組織全体の経営理念や人材育成を含む質・量両面からの計画的な確保・充実が今後いっそう求められることとなる。本書をご利用なさる方々には、そうした観点から、入院医療、外来医療、在宅医療の領域での看護技術の評価体系、専従配置又は専任配置として位置づけられた看護技術の評価のあり方を読み解いていただきたい。

II 看護技術と診療報酬点数のしくみ

1. 入院料等

保険医療機関が入院患者に係る入院基本料等の入院料を算定するためには、あらかじめ所在地の地方厚生（支）局長に対して、一定様式による届出書を提出しなければならない（実際の提出地は、巻末参照）。地方厚生（支）局長は、その届出書を基に基本診療料の施設基準等に適合しているかどうかを審査し、届出受理の可否を決定する。受理された保険医療機関は、入院基本料と入院基本料等加算又は特定入院料の算定が認められ、入院患者1人1日当たりで請求し、支払基金等から診療報酬として支払われることとなる。

(1) 入院基本料及び特定入院料の算定要件（通則）

届出においては、看護実質配置、看護師比率、平均在院日数が核となる基準であるが、これらとは別に算定に際しての前提として、次の要件を満たすことが必要である。

1 入院診療計画

- ・総合的な診療計画を医師、看護師等が共同で策定し、患者に対し文書により説明すること。
- ・説明に用いた文書は、患者に交付するとともに、その写しを診療録に貼付すること。

2 院内感染防止対策

- ・院内感染防止対策委員会（病院長又は診療所長、看護部長、薬剤部門の責任者、検査部門の責任者、事務部門の責任者、感染症に関し相当の経験を有する医師等の職員から構成されること）が定期的に開催されていること。
- ・病院又は有床診療所の疫学情報として把握・活用する目的で、検査部で週1回程度の感染情報レポートを作成し、十分に活用される体制であること。
- ・職員等の流水による手洗い励行を徹底し、各病室に水道又は速乾式手洗い液等の消毒液が設置されていること。

3 医療安全管理体制

- ・安全管理のための指針が整備され、文書化されていること。
- ・安全管理のための医療事故等の院内報告制度（報告、分析、改善策実施）が整備されていること。
- ・安全管理の責任者等で構成される安全管理のための委員会が、月1回開催されていること。
- ・安全管理の体制確保のための計画的職員研修が、年2回程度開催されていること。

4 褥瘡対策

- ・褥瘡対策に係る専任の医師及び褥瘡看護に関して臨床経験を有する専任の看護職員から構成される褥瘡対策チームが設置されていること。また、褥瘡対策チームの構成メンバー等による褥瘡対策に係る委員会が定期的に開催されることが望ましい。
- ・日常生活の自立度が低い入院患者につき褥瘡に関する危険因子の評価を行い、褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する患者につき、褥瘡対策チームの医師及び看護師が適切な褥瘡対策の診療計画の作成、実施及び評価を行うこと。
- ・患者の状態に応じて、褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス等を適切に選択し使用する体制が整えられていること。
- ・毎年8月に褥瘡患者数等を届け出ること。

5 栄養管理体制

- ・当該病院である保険医療機関に常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。
 - *管理栄養士を確保できない場合、非常勤の管理栄養士または常勤の栄養士を確保していれば、入院の所定点数から1日当たり40点控除した点数で算定できる。
 - *栄養管理体制は、診療所の入院料の要件とされていない。（栄養管理実施加算あり。）
- ・管理栄養士、医師、看護師等で栄養管理を行う体制を整備し、栄養管理手順を作成すること。
- ・入院時に特別な栄養管理が必要と医学的に判断される患者について患者ごとの栄養状態の評価を行い、医師、管理栄養士、看護師その他の医療従事者が共同して、入院患者ごとの栄養状態、摂食機能及び食形態を考慮した栄養管理計画を作成していること。
- ・当該栄養管理計画に基づき入院患者ごとの栄養管理を行うとともに、当該患者の栄養状態を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直していること。

6 意思決定支援の基準

- ・当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。
 - *令和6年3月31日において現に入院基本料又は特定入院料に係る届出を行っている病棟又は病床（一部を除く。）については、令和7年5月31日までの間に限り、基準を満たしているものとする。

7 身体的拘束最小化の基準

- ・保険医療機関は、患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除

5-38 A233 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算は、急性期医療におけるADLが低下しないための取組を推進するとともに、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の連携・推進を図る観点から、土・日・祝日を行うリハビリテーションを含めた新たな評価として、令和6年度改定で新設された。

入院した患者全員に対し、入院後48時間以内にADL、栄養状態、口腔状態に関する評価を行い、計画を作成し、計画に基づく多職種による取組を行う体制の確保を評価している（従来の急性期一般入院基本料等のADL維持向上等体制加算は廃止）。

| より早期からの切れ目のないリハ（離床）・栄養・口腔の取組 | 多職種による評価と計画 |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・疾患別リハビリテーション等の提供によるADL等の改善 ・土曜日、日曜日及び祝日に行うリハビリテーションの提供 ・入棟後早期のリハビリテーションの実施 ・病棟専任の管理栄養士による早期評価と介入 | <ul style="list-style-type: none"> ・原則48時間以内の評価と計画作成 ・口腔状態の評価と歯科医師等の連携 ・定期的カンファレンスによる情報連携 |

【算定要件と施設基準（概要）】

| 算定要件 | 施設基準 |
|---|--|
| (1)急性期医療において、入院患者のADLの維持、向上等を目的に、早期からの離床や経口摂取が図られるよう、多職種による評価と計画に基づき取り組んだ場合に、計画作成日から14日を限度に算定 (2)入棟した患者全員に対し、原則入棟後48時間以内にADL、栄養状態、口腔状態の評価に基づき計画を作成（リスクに応じて定期的な再評価を実施） (3)入院患者のADL等の維持、向上等に向け、カンファレンスが定期的に開催されている (4)適切な口腔ケアを提供し、口腔状態に係る課題（口腔衛生状態の不良や咬合不良等）を認めた場合は必要に応じて当該保険医療機関の歯科医師等と連携又は歯科診療を担う他医療機関への受診を促す (5)疾患別リハビリテーション等の対象とならない患者についても、ADLの維持、向上等を目的とした指導を行う（専従の理学療法士等は1日9単位を超えた疾患別リハ料等の算定はできない） (6)専任の管理栄養士は、計画作成に当たって、原則入棟後48時間以内に患者に対面の上、入院前の食生活や食物アレルギー等の確認やGLIM基準を用いた栄養状態の評価を行うとともに、定期的な食事状況の観察、必要に応じた食事調整の提案等の取組を行う | (1)急性期一般入院基本料等（従来のADL維持向上等体制加算）を算定する病棟を単位 (2)病棟に専従の常勤理学療法士・常勤作業療法士・常勤言語聴覚士を2名以上配置（うち1名は専任の従事者でも可） (3)病棟に専任の常勤管理栄養士が1名以上配置 (4)一定の要件を満たす常勤医師が1名以上勤務 (5)次のア～エを全て満たす（プロセス・アウトカム評価） ア 疾患別リハ料算定患者のうち、入棟後3日までの疾患別リハ料算定患者の割合が8割以上 イ 土日祝日の1日あたり疾患別リハ料の提供単位数が平日の提供単位数の8割以上 ウ 退院又は転棟した患者（死亡退院及び終末期のがん患者を除く）のうち、退院又は転棟時のADLが入院時と比較して低下した患者割合が3%未満 エ 院内で発生した褥瘡（DESIGN-R2020分類d2以上）を保有する入院患者割合が2.5%未満 (6)脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料に係る届出を行っている (7)入退院支援加算1の届出を行っている (8)BIの測定に関わる職員を対象としたBIの測定に関する研修会を年1回以上開催 |

施設基準

第八・二十七の二 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の施設基準 （令6）^⑧

- (1) 当該病棟に入院中の患者に対して、ADL等の維持、向上、及び栄養管理等に資する十分な体制が整備されていること。
- (2) 当該病棟に専従の常勤の理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が2名以上配置されていること、又は当該病棟に専従の常勤の理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が1名以上配置されており、かつ、当該病棟に専任の常勤の理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が1名以上配置されていること。
- (3) 当該病棟に専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。
- (4) 口腔管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

取扱い通知 別添3 第18の2 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算 （新）

1 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算に関する施設基準

- (1) 急性期一般入院基本料、7対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）又は10対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）を算定する病棟を単位として行うこと。
- (2) 当該病棟に、専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が2名以上配置されている。なお、うち1名は専任の従事者でも差し支えない。複数の病棟において当該加算の届出を行う場合には、病棟ごとにそれぞれ専従の理学療法士等が配置されていること。また、当該理学療法士等（専従のものに限る。）は、「H000」心大血管疾患リハビリテーション料、「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料、「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料、「H002」運動器リハビリテーション料、「H003」呼吸器リハビリテーション料、「H004」摂食機能療法、「H005」視能訓練、「H006」難病患者リハビリテーション料、「H007」障害児（者）リハビリテーション料、「H007-2」がん患者リハビリテーション料、「H007-3」認知症患者リハビリテーション料及び「H008」集団コミュニケーション療法料（以下「疾患別リハビリテーション等」という。）を担当する専従者との兼務はできないものであること。
ただし、当該病棟内に「A308」に規定する回復期リハビリテーション入院医療管理料又は「A308-2」に規定する地域包括ケア入院医療管理料1、2、3又は4を算定する病室がある場合には、当該病室における理学療法士等の業務について兼務しても差し支えない。
- (3) 当該病棟に専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。なお、当該専任の管理栄養士として配置される病棟は、1名につき1病棟に限る。
- (4) 当該保険医療機関において、以下のいずれも満たす常勤医師が1名以上勤務していること。
ア リハビリテーション医療に関する3年以上の経験を有していること。
イ 適切なリハビリテーション、栄養管理、口腔管理に係る研修を修了していること。
- (5) (4)の要件のうちイにおけるリハビリテーション、栄養管理、口腔管理に係る研修とは、医療関係団体が開催する急性期のリハビリテーション医療等に関する理論、評価法等に関する総合的な内容を含む研修であり、2日以上かつ12時間以上の研修期間で、修了証が交付されるものである。なお、当該研修には、次の内容を含むものである。また、令和6年3月31日までにADL維持等向上体制加算において規定された「適切なリハビリテーションに係る研修」を修了している医師については、令和8年3月31日までの間に限り当該研修を修了しているものとみなす。
ア リハビリテーション概論について（急性期リハビリテーションの目的、障害の考え方、チームアプローチを含む。）
イ リハビリテーション評価法について（評価の意義、急性期リハビリテーションに必要な評価を含む。）
ウ リハビリテーション治療法について（運動療法、作業療法、言語聴覚療法、義肢装具療法及び薬物療法を含む。）
エ リハビリテーション処方について（リハビリテーション処方の実際、患者のリスク評価、リハビリテーションカンファレンスを含む。）
オ 高齢者リハビリテーションについて（廃用症候群とその予防を含む。）
カ 脳・神経系疾患（急性期）に対するリハビリテーションについて
キ 心臓疾患（CCUでのリハビリテーションを含む。）に対するリハビリテーションについて
ク 呼吸器疾患に対するリハビリテーションについて
ケ 運動器系疾患のリハビリテーションについて
コ 周術期におけるリハビリテーションについて（ICUでのリハビリテーションを含む。）
サ 急性期における栄養状態の評価（GLIM基準を含む。）、栄養療法について
シ 急性期における口腔状態の評価、口腔ケア、医科歯科連携について
- (6) プロセス・アウトカム評価として、以下のア～エの基準を全て満たすこと。なお、ア～ウについて、新規に届出をする場合は、直近3月間の実績が施設基準を満たす場合、届出することができる。
ア 直近1年間に、当該病棟への入棟後3日（入棟日の翌々日）までに疾患別リハビリテーション料が算定された患者数から、当該病棟を退院又は転棟した患者のうち疾患別リハビリテーション料が算定された患者数を除した割合が8割以上であること。
イ 直近1年間に、当該病棟の入棟患者に対する土曜日、日曜日、祝日における1日あたりの疾患別リハ

ハビリテーション料の提供単位数から、当該病棟の入棟患者に対する平日における1日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数を除いた割合が8割以上であること。

ウ 直近1年間に、当該病棟を退院又は転棟した患者（死亡退院及び終末期のがん患者を除く。）のうち、退院又は転棟時におけるADL（基本的日常生活活動度（Barthel Index）（以下「BI」という。）の合計点数をいう。）が入院時と比較して低下した患者の割合が3%未満であること。

エ 当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡（DESIGN-R2020分類d2以上とする。）を保有している入院患者の割合が2.5%未満であること。なお、その割合は、次の(イ)に掲げる数を(ロ)に掲げる数で除して算出する。ただし、届出時の直近月の初日（以下この項において「調査日」という。）における当該病棟の入院患者数が80人以下の場合は、本文の規定にかかわらず、当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡を保有している入院患者が2人以下であること。

(イ) 調査日に褥瘡を保有する患者数のうち、入院時既に褥瘡保有が記録された患者を除いた患者数

(ロ) 調査日の入院患者数（調査日の入院又は予定入院患者は含めず、退院又は退院予定患者は含める。）

(7) 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）若しくは（Ⅲ）及び運動器リハビリテーション料（Ⅰ）若しくは（Ⅱ）に係る届け出を行っていること。

(8) 入退院支援加算1の届出を行っていること。

(9) 適切な口腔ケアを提供するとともに、口腔状態に係る課題（口腔衛生状態の不良や咬合不良等）を認められた場合は、必要に応じて当該保険医療機関の歯科医師等と連携する又は歯科診療を担う他の保険医療機関への受診を促す体制が整備されていること。

(10) 当該保険医療機関において、BIの測定に関わる職員を対象としたBIの測定に関する研修会を年1回以上開催すること。

様式5の5

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算
及びリハビリテーション・栄養・口腔連携加算
の施設基準に係る届出書添付書類

| | |
|-------|---|
| 届出病棟名 | |
| 届出病床数 | 床 |

1-① 入院基本料、職員（リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算を届け出る場合）

急性期一般入院基本料（ 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）

7対1入院基本料（ 特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る）・ 専門病院入院基本料）

10対1入院基本料（ 特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る）・ 専門病院入院基本料）

| 職種 | 氏名 | 勤務時間 | 専従・専任 | 経験年数 | 研修受講 |
|--|----|------|--|------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 | | 時間 | <input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任 | 年 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 | | 時間 | <input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 専任 | 年 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 管理栄養士 | | 時間 | <input type="checkbox"/> 専任 | 年 | <input type="checkbox"/> |

1-② 入院基本料、職員（リハビリテーション・栄養・口腔連携加算を届け出る場合）

地域包括医療病棟入院料

| 職種 | 氏名 | 勤務時間 | 経験年数 | 研修受講 |
|----|----|------|------|--------------------------|
| 医師 | | 時間 | 年 | <input type="checkbox"/> |

2. プロセス・アウトカム評価

1) 早期リハビリテーション実施割合

(①～⑨についての)算出期間（直近1年間もしくは3月間）

（ 年 月 日～ 年 月 日 ）

| | |
|--|---|
| ① 当該病棟を退院又は転棟した患者のうち疾患別リハビリテーション料が算定された患者数 | 名 |
| ② ①のうち、入棟後3日（入棟日の翌々日）までに疾患別リハビリテーション料が算定された患者数 | 名 |
| ③ ②/①（8割以上） | % |

2) 土日祝日リハビリテーション実施状況

| | |
|---|--------|
| ④ 当該病棟における平日における1日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数/平日における1日平均入院患者数 | 単位/日・人 |
| ⑤ 当該病棟における土日祝日における1日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数/土日祝日における1日平均入院患者数 | 単位/日・人 |
| ⑥ ⑤/④（8割以上） | % |

3) 患者のADL

| | |
|--|---|
| ⑦ 当該病棟を退院又は転棟した患者数（死亡退院及び終末期のがん患者を除く） | 名 |
| ⑧ ⑦のうち、退院又は転棟時におけるADLが入院時等と比較して低下した患者数 | 名 |
| ⑨ ⑧/⑦（3%未満） | % |

4) 褥瘡の院内発生率

| | |
|--|---|
| ⑩ 調査日（届出時の直近月の初日）の当該病棟の入院患者数（調査日の入院又は予定入院患者は含まず、退院又は退院予定の患者は含める） | 名 |
| ⑪ 調査日に褥瘡（DESIGN-R2020分類 d2以上）を保有する患者のうち、入院時既に褥瘡保有が記録された患者を除いた患者数 | 名 |
| ⑫ ⑪/⑩（2.5%未満） | % |

※ ⑩の入院患者数が80人以下の場合は、⑪が2人以下であること。この場合、⑫は記載する必要はない。
※ ③、⑥、⑨及び⑫（⑨の入院患者数が80人以下の場合は⑪）いずれの要件も満たす必要がある。

3. 疾患別リハビリテーション及び入退院支援加算1の届出等
（地域包括医療病棟のリハビリテーション・栄養・口腔連携加算を届け出る場合は記載不要）

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> 疾患別リハビリテーション料を届け出ている。 |
| <input type="checkbox"/> 入退院支援加算1を届け出ている。 |
| <input type="checkbox"/> B1の測定に関わる職員を対象としたB1の測定に関する研修会の年1回以上の開催 |

【記載上の注意】

- には、適合する場合「√」を記入のこと
- 医師、理学療法士等は当該保険医療機関に常勤配置であること。理学療法士等について、病棟に専任配置又は専任で配置するものについては該当する□に「√」を記入のこと。管理栄養士は、専任として配置される病棟は、1名につき1病棟に限ること。
- 勤務時間には、就業規則等に定める通常の所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。
- 早期リハビリテーション実施割合、土日祝日リハビリテーション実施状況及びADL評価の算出期間は直近1年間であるが、新規届出をする場合は、直近3月間の実績が施設基準を満たす場合、届出することができる。なお、施設基準を満たさなくなったため所定点数を加算できなくなった後、再度届出を行う場合には該当しない。
- 医師はリハビリテーションに係る研修を受講した修了証の写し（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

2 届出に関する事項

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式5の5を用いること。1の(6)のア～ウの実績については、新規に届出をする場合は、直近3月間の実績が施設基準を満たす場合、届出することができる。また、施設基準を満たさなくなったため所定点数を加算できなくなった後、再度届出を行う場合については、新規に届出をする場合には該当しない。また、届出以降は、前年度1年間の1の(6)のア～エの実績を毎年8月に別添7の様式5の5の2を用いて、地方厚生（支）局長に報告すること。

様式5の5の2
リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算
及びリハビリテーション・栄養・口腔連携加算
に係る報告書（8月報告）

| | | |
|---|--|--------|
| 届出病棟名 | | 床 |
| 病床数 | | |
| 1) 早期リハビリテーション実施割合 | | |
| ①～③についての算出期間（直近1年間もしくは3月間） （ 年 月 日～ 年 月 日） | | |
| ① 当該病棟を退院又は転棟した患者のうち疾患別リハビリテーション料が算定された患者数 | | 名 |
| ② ①のうち、入棟後3日（入棟日の翌々日）までに疾患別リハビリテーション料が算定された患者数 | | 名 |
| ③ ②/①（8割以上） | | % |
| 2) 土日祝日リハビリテーション実施状況 | | |
| ④ 当該病棟における平日における1日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数/平日における1日平均入院患者数 | | 単位/日・人 |
| ⑤ 当該病棟における土日祝日における1日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数/土日祝日における1日平均入院患者数 | | 単位/日・人 |
| ⑥ ⑤/④（8割以上） | | % |
| 3) 患者のADL（Barthel Index） | | |
| ⑦ 当該病棟を退院又は転棟した患者数（死亡退院及び終末期のがん患者を除く） | | 名 |
| ⑧ ⑦のうち、退院又は転棟時におけるADLが入院時等と比較して低下した患者数 | | 名 |
| ⑨ ⑧/⑦（3%未満） | | % |
| 4) 褥瘡の院内発生率 | | |
| ⑩ 調査日（報告日の前月の初日）の当該病棟の入院患者数（調査日の入院又は予定入院患者は含まず、退院又は退院予定の患者は含める） | | 名 |
| ⑪ 調査日に褥瘡（DESIGN-R2020 分類 d2以上）を保有する患者のうち、入院時に褥瘡保有が記録された患者を除いた患者数 | | 名 |
| ⑫ ⑪/⑩（2.5%未満） | | % |
| 【記載上の注意】 | | |
| 1. ①～③については、前年8月1日（又は届出日）～当年7月31日の診療実施状況を記載すること。1年間の実績を報告する場合、算出期間について記載する必要はない。 | | |
| 2. ⑦については、⑩の患者のうち、DESIGN-R2020 分類 d2以上を有する患者数を記入する（1名の患者が複数の褥瘡を有していても、患者1名として数える。）。 | | |
| 3. ⑩の入院患者数が30人以下の場合は、⑪が2人以下であること。この場合、⑫は記載する必要はない。 | | |

疑義解釈資料（事務連絡）

令和6年改定

その1（令和6年3月28日・事務連絡〈別添1・医科〉）
【リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算】

問54 「A233」リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の施設基準において、「直近1年間に、当該病棟を退院又は転棟した患者（死亡退院及び終末期のがん患者を除く。）のうち、退院又は転棟時におけるADL（基本的日常生活活動度（Barthel Index）（以下「BI」という。）の合計点数をいう。）が入院時と比較して低下した患者の割合が3%未満であること。」とされているが、入退棟時のBIの測定をする者についてどのように考えればよいか。

答 BIの測定に関わる職員を対象としたBIの測定に関する研修会を修了した職員が評価することが望ましい。

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

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

答 不可。

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

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

問58 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算及び地域包括医療病棟入院料の「注10」に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算について、専任の管理

栄養士が休み等で不在の場合であって、入棟後48時間以内の患者との対面による確認や週5回以上の食事提供時間の観察等ができない場合についてどのように考えればよいか。

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

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

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

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

問62 「A233」リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、「A304」地域包括医療病棟入院料の「注10」に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算、「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料の「1」回復期リハビリテーション病棟入院料2並びに特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の施設基準において、「適切な口腔ケアを提供するとともに、口腔状態に係る課題（口腔衛生状態の不良や咬合不良等）を認めた場合は、必要に応じて当該保険医療機関の歯科医師等と連携する又は歯科診療を担う他の保険医療機関への受診を促す体制が整備されていること。」とされているが、この口腔状態に係る課題の評価の具体的な方法如何。

答 「歯の汚れ」「歯肉の腫れ、出血」「左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる」「義歯の使用」について、原則入棟後48時間以内に評価をおこなうこと。その後、口腔状態の変化に応じて定期的な再評価を行うこと。評価者は歯科専門職に限らない。なお、評価方法については日本歯科医学会による「入院（所）中及び在宅等における療

養中の患者に対する口腔の健康状態の評価に関する基本的な考え方（令和6年3月）」を参考とすること。

参考：https://www.jads.jp/basic/index_2024.html

その4（令和6年5月10日・事務連絡〈別添1・医科〉）

【リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、地域包括医療病棟入院料、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算】

問5 「A233」リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、「A304」地域包括医療病棟入院料及び「A304」地域包括医療病棟入院料の注10に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の施設基準における「直近1年間に、当該病棟を退院又は転棟した患者（死亡退院及び終末期のがん患者を除く。）のうち、退院又は転棟時におけるADL（基本的日常生活活動度（Barthel Index）（以下「BI」という。）の合計点数をいう。）が入院時と比較して低下した患者の割合」について、同一入院料を算定する別の病棟への転棟時もADLの測定を必要があるのか。

答 そのとおり。

なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について（その2）」（令和6年4月12日事務連絡）別添1の間15は廃止する。

問6 「A233」リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、「A304」地域包括医療病棟入院料及び「A304」地域包括医療病棟入院料の注10に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の施設基準における「直近1年間に、当該病棟を退院又は転棟した患者（死亡退院及び終末期のがん患者を除く。）のうち、退院又は転棟時におけるADL（基本的日常生活活動度（Barthel Index）（以下「BI」という。）の合計点数をいう。）が入院時と比較して低下した患者の割合」について、「DPC導入の影響評価に係る調査」及び「DPCの評価・検証等に係る調査（退院患者調査）」における入院時または退院時のADLスコアを用いることは可能か。

答 令和7年3月31日までに限り、「DPC導入の影響評価に係る調査」及び「DPCの評価・検証等に係る調査（退院患者調査）」における入院時または退院時のADLスコアを用いた評価であっても差し支えない。

なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について（その2）」（令和6年4月12日事務連絡）別添1の間16は廃止する。

診療報酬（点数表と留意事項通知）

A233 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算（1日につき） 120点

注 リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理を連携・推進する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料（7対1入院基本料又は10対1入院基本料に限る。）を現に算定している患者に限る。）について、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画を作成し

◇ リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算について

(1) リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算は、急性期医療において、当該病棟に入院中の患者のADLの維持、向上等を目的に、早期からの離床や経口摂取が図られるよう、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る多職種による評価と計画に基づき、医師、看護師、当該病棟に専従及び専任の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士（以下この項において「専従の理学療法士等」という。）、当該病棟に専任の管理栄養士及びその他必要に応じた他の職種により、以下のアからエまでに掲げる取組を行った場合に、患者1人につきリハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を作成した日から起算して14日を限度に算定できる。ただし、やむを得ない理由により、入棟後48時間を超えて計画を策定した場合においては、当該計画の策定日にかかわらず、入棟後3日目を起算日とする。

た日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。この場合において、区分番号A233-2に掲げる栄養サポートチーム加算は別に算定できない。

ア 当該病棟に入棟した患者全員に対し、原則入棟後48時間以内にADL、栄養状態、口腔状態について「別紙様式7の2」又はこれに準ずる様式を用いた評価に基づき、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を「別紙様式7の4」(522頁)又はこれに準ずる様式を用いて作成する。なお、リスクに応じた期間で定期的な再評価を実施する。退棟時においても「別紙様式7の2」又はこれに準ずる様式を用いた評価を行うこと及びリスクに応じた期間で再評価を実施することが望ましい。

イ 入院患者のADL等の維持、向上等に向け、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の評価と計画についてのカンファレンスが定期的開催されている。なお、カンファレンスにおいては、必要に応じ、想定される退棟先の環境を踏まえた退棟後に起こりうるリスク、転倒リスクを踏まえた転倒防止対策、患者の機能予後、患者が再び実現したいと願っている活動や社会参加等について共有を行う。当該病棟におけるカンファレンスの内容を記録している。

ウ 適切な口腔ケアを提供するとともに、口腔状態に係る課題（口腔衛生状態の不良や咬合不良等）を認めた場合は必要に応じて当該保険医療機関の歯科医師等と連携する又は歯科診療を担う他の保険医療機関への受診を促すこと。

エ 指導内容等について、診療録等に要点を簡潔に記載する。

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

ア H000心大血管疾患リハビリテーション料

イ H001脳血管疾患等リハビリテーション料

ウ H001-2廃用症候群リハビリテーション料

エ H002運動器リハビリテーション料

オ H003呼吸器リハビリテーション料

カ H004摂食機能療法

キ H005視能訓練

ク H007障害児（者）リハビリテーション料

ケ H007-2がん患者リハビリテーション料

コ H007-3認知症患者リハビリテーション料

サ H008集団コミュニケーション療法料

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

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

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

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

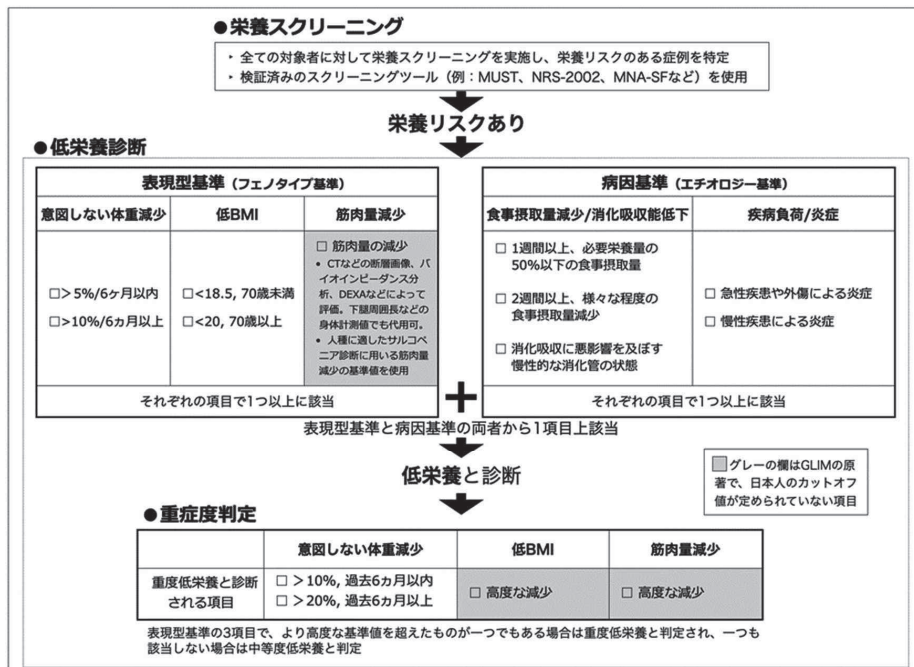
別紙様式 7 の 2

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算 及び地域包括医療病棟入院料に係る評価書

バーセルインデックス (Barthel Index)

| 項目 | 点数 | 項目 | 点数 |
|--------------|-----------|--------------|-----------|
| 食事 | 10・5・0 | 歩行 | 15・10・5・0 |
| 車椅子からベッドへの移動 | 15・10・5・0 | 階段昇降 | 10・5・0 |
| 整容 | 5・0 | 着替え | 10・5・0 |
| トイレ動作 | 10・5・0 | 排便コントロール | 10・5・0 |
| 入浴 | 5・0 | 排尿コントロール | 10・5・0 |
| | | 合計得点(/100点) | |

栄養状態 栄養状態の評価は、GLIM 基準を用いて行う。



別紙様式7の4

**リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算
及び地域包括医療病棟入院料に係る計画書**

（ 氏名） 殿 年 月 日

| | |
|---|--|
| 病棟（病室） | |
| リハビリテーション （離床、ADL動作、排泄に係る内容を含む） | |
| 栄養管理 （栄養補給、栄養食事相談、その他の栄養管理上解決すべき課題に関する内容を含む） | |
| 口腔管理 （口腔ケアに係る内容を含む） | |
| 歯科医師等への連携の必要性 | |
| その他 | |

担当者氏名

| 担当医 | 看護師 | 理学療法士 | 作業療法士 | 言語聴覚士 | 管理栄養士 |
|-----|-----|-------|-------|-------|-------|
| | | | | | |

5-39 A233-2 栄養サポートチーム加算

栄養サポートチーム加算は、多職種のチームによる栄養管理への取組みを評価するものとして、平成22年改定で新設された。対象は一般病棟や専門病院の7対1又は10対1入院基本料算定病棟だったが、平成24年改定で、一般病棟の13対1・15対1入院基本料算定病棟、専門病院の13対1入院基本料算定病棟及び療養病棟入院基本料算定病棟でも算定が可能となった（療養病棟では入院日から起算して6月以内のみ、入院2月以降は月1回に限り算定可能）。

栄養サポートチームは、所定の研修を修了した専任・常勤の医師・看護師・薬剤師・管理栄養士で構成される。

なお、平成24年改定では、自己完結した医療提供をしており、医療従事者の確保等が困難な地域の医療機関について、①栄養サポートチームの専従要件をなくし、②1日当たりの算定患者数を1チームにつきおおむね15人以内（通常は30人以内）とした別の点数を算定できるしくみが導入された（緩和ケア診療加算と同様）。平成26年改定では、この加算の名称が「栄養サポートチーム加算（特定地域）」とされた。

平成28年改定では、地域包括ケアシステム推進のための取り組みの強化の観点から、栄養サポートチームに院内又は院外の歯科医師が参加し、当該チームとしての診療に従事した場合の評価として、歯科医師連携加算が新設された（施設基準なし）。また、「医療を提供しているが医療資源の少ない地域（特定地域）」が全面的に見直されたことに伴い、栄養サポートチーム加算（特定地域）についても同様に対象地域が見直された。

平成30年改定では、医療資源の少ない地域に配慮した評価をさらに適切に推進する観点から、栄養サポートチーム加算（特定地域）について、400床未満の病院も緩和対象とした（改定前は200床）。また、より効率的な医療提供を可能とする観点から、医療従事者の専従要件について、医療提供の質の確保に配慮しつつ、より弾力的な運用が可能となるように見直し、栄養サポートチームが診察する患者数が1日に15人以内である場合は、いずれも専任で差し支えないこととした。

令和2年改定における改正のポイントとしては、以下の点が挙げられる。

- (1) 結核病棟や精神病棟の入院患者に対する栄養面への積極的な介入を推進する観点から、栄養サポートチーム加算の対象となる病棟として結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟、精神病棟）が追加された。

1-18

B001-3 生活習慣病管理料 (I)

B001-3-3 生活習慣病管理料 (II)

生活習慣病管理料は、平成14年改定において運動療法指導管理料を見直し、生活習慣病指導管理料として新設された。名称は、平成18年改定において見直されている。生活習慣病管理料は、令和6年改定において生活習慣病管理料 (I) とされ、検査等が出来高となる (II) が新設された。

(I) (II) のいずれも、許可病床数が200床未満の病院、診療所において、治療計画に基づき、脂質異常症、高血圧症、糖尿病患者の服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、飲酒、その他療養を行うに当たったの問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合、月1回算定する。

治療管理は、歯科医師、薬剤師、看護職員、管理栄養士等の多職種と連携して行うことが望ましいとされている。

〈令和6年改定における改正のポイント〉

| |
|---|
| 名称変更、生活習慣病管理料 (II) の新設 |
| ○「生活習慣病管理料」を「生活習慣病管理料 (I)」とし、「B001-3-3 生活習慣病管理料 (II)」を新設。(II) は包括範囲 (下表) が異なり、検査、注射、病理診断等が出来高 |
| ○ (I) (II) につき共通の施設基準を設定 (届出は不要) |
| 要件の見直し |
| ○電子カルテ情報共有サービス (令和7年運用開始) を活用する場合、療養計画書の作成および交付をしているものとみなす |
| ○診療ガイドライン等を参考として疾病管理を行うことを要件化 |
| ○少なくとも1月に1回以上の総合的な治療管理を行う要件を廃止 |
| ○歯科医師、薬剤師、看護職員、管理栄養士等の多職種と連携することを望ましい要件に |

〔包括範囲〕

| 生活習慣病管理料 (I) | 生活習慣病管理料 (II) |
|--|---|
| ○A001 再診料・注8 外来管理加算 | ○A001 再診料・注8 外来管理加算 |
| ○第2章 第1部 医学管理等 (以下は出来高) | ○第2章 第1部 第1節 医学管理料等 (以下は出来高) |
| B001・20 糖尿病合併症管理料／B001・22 がん性疼痛緩和指導管理料／B001・24 外来緩和ケア管理料／B001・27 糖尿病透析予防指導管理料／B001・37 慢性腎臓病透析予防指導管理料 | B001・9 外来栄養食事指導料／B001・11 集団栄養食事指導料／B001・20 糖尿病合併症管理料／B001・22 がん性疼痛緩和指導管理料／B001・24 外来緩和ケア管理料／B001・27 糖尿病透析予防指導管理料／B001・37 慢性腎臓病透析予防指導管理料／B001-3-2 ニコチン依存症管理料／B001-9 療養・就労両立支援指導料／B005・14 プログラム医療機器等指導管理料／B009 診療情報提供料 (I)／B009-2 電子的診療情報評価料／B010 診療情報提供料 (II)／B010-2 診療情報連携共有料／B011 連携強化診療情報提供料／B011-3 薬剤情報提供料 |
| ○同第3部 検査 | |
| ○同第6部 注射 | |
| ○同第13部 病理診断 | |

施設基準

第三・四の九 生活習慣病管理料 (I) 及び生活習慣病管理料 (II) の施設基準 (令4/6)

(1) 生活習慣病管理料 (I) 及び生活習慣病管理料 (II) の注1に規定する施設基準

生活習慣病管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

(2) 生活習慣病管理料 (I) 及び生活習慣病管理料 (II) の注4に規定する施設基準

外来患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されていること。

取扱い通知 別添1 第6の9 生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）

1 生活習慣病管理料（Ⅰ）の注1及び生活習慣病管理料（Ⅱ）の注1に関する施設基準

- (1) 生活習慣に関する総合的な治療管理ができる体制を有していること。なお、治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましい。
- (2) 患者の状態に応じ、28日以上長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示すること。

2 生活習慣病管理料（Ⅰ）の注4及び生活習慣病管理料（Ⅱ）の注4【外来データ提出加算】に関する施設基準

- (1) 厚生労働省が毎年実施する「外来医療、在宅医療、リハビリテーション医療の影響評価に係る調査」（以下「外来医療等調査」という。）に適切に参加できる体制を有すること。また、厚生労働省保険局医療課及び厚生労働省が外来医療等調査の一部事務を委託する外来医療等調査事務局（以下「外来医療等調査事務局」という。）と電子メール及び電話での連絡可能な担当者を必ず1名指定すること。
- (2) 外来医療等調査に適切に参加し、調査に準拠したデータを提出すること。
- (3) 診療記録（過去5年間の診療録及び過去3年間の手術記録、看護記録等）の全てが保管・管理されていること。
- (4) 診療記録の保管・管理につき、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠した体制であることが望ましい。
- (5) 診療記録の保管・管理のための規定が明文化されていること。
- (6) 患者についての疾病統計には、ICD大分類程度以上の疾病分類がされていること。
- (7) 保管・管理された診療記録が疾病別に検索・抽出できること。

3 生活習慣病管理料（Ⅰ）の注4及び生活習慣病管理料（Ⅱ）の注4に係るデータ提出に関する事項

- (1) データの提出を希望する保険医療機関は、令和6年5月20日、8月20日、11月20日、令和7年2月20日、5月20日、8月20日、11月20日又は令和8年2月20日までに別添2の様式7の10【→1018頁】について、地方厚生（支）局医療課を経由して、厚生労働省保険局医療課長へ届出すること。
- (2) (1)の届出を行った保険医療機関は、当該届出の期限となっている月の翌月から起算して2月分のデータ（例として、令和6年7月に届出を行った場合は、令和6年8月20日の期限に合わせた届出となるため、試行データは令和6年9月、10月の2月分となる。）（以下「試行データ」という。）を厚生労働省が提供するチェックプログラムにより作成し、外来医療、在宅医療、リハビリテーション医療の影響評価に係る調査実施説明資料（以下「調査実施説明資料」という。）に定められた方法に従って厚生労働省保険局医療課が別途通知する期日までに外来医療等調査事務局へ提出すること。
- (3) 試行データが適切に提出されていた場合は、データ提出の実績が認められた保険医療機関として、厚生労働省保険局医療課より事務連絡を1の(1)の担当者宛てに電子メールにて発出する。なお、当該連絡のあった保険医療機関においては、この連絡以後、外来データ提出加算の届出を行うことが可能となる。

5 届出に関する事項

生活習慣病管理料（Ⅰ）の注4及び生活習慣病管理料（Ⅱ）の注4の施設基準に係る届出については、次のとおり。なお、生活習慣病管理料（Ⅰ）の注1及び生活習慣病管理料（Ⅱ）の注1の施設基準については、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はない。また、生活習慣病管理料（Ⅱ）の注6に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、生活習慣病管理料（Ⅱ）の注6として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

- (1) 外来データ提出加算の施設基準に係る届出は別添2の様式7の11【→1018頁】を用いること。
- (2) 各調査年度において、累積して3回のデータ提出の遅延等が認められた場合は、適切なデータ提出が継続的に行われていないことから、3回目の遅延等が認められた日の属する月に速やかに変更の届出を行うこととし、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月からは算定できないこと。
- (3) データ提出を取りやめる場合、2の(2)の基準を満たさなくなった場合及び(2)に該当した場合については、別添2の様式7の12【→1018頁】を提出すること。
- (4) (3)の届出を行い、その後再度データ提出を行う場合にあっては、2の(1)の手続きより開始すること。

疑義解釈資料 (事務連絡)

令和6年改定

その1 (令和6年3月28日・事務連絡〈別添1〉)

問132 問131【略】について、療養計画書の内容について医師による丁寧な説明を実施した上で、薬剤師又は看護職員等の当該説明を行った医師以外のものが追加的な説明を行い、診察室外で患者の署名を受けた場合にも算定可能か。

答 可能。

問141 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」(厚生労働省平成30年3月(令和5年3月一部改訂))において、最低限遵守する事項として「医師がいる空間において診療に関わっていないものが診察情報を知覚できないこと」とされているが、情報通信機器を用いた指導管理により生活習慣病管理料(II)を算定する場合であって、看護職員、管理栄養士等の多職種が係わる場合の対応如何。

答 情報通信機器を用いた診療を実施する際に、当該診療に関わる看護職員、管理栄養士等が同席することは差し支えない。ただし、当該職員が同席する旨を、診療開始前にその都度患者に説明し、患者の同意を得ること。

また、情報通信機器を用いた診療の終了後に、引き続き、看護職員、管理栄養士等による指導を実施する場合においても、情報通信機器を用いた診療の終了時間を記録していることが望ましい。

問143 生活習慣病管理料(II)において、「治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましい」とされたが、管理栄養士を雇用していない診療所において、外来栄養食事指導が必要となり、他の保険医療機関の管理栄養士と連携し、当該管理栄養士が所属する保険医療機関で対面により栄養食事指導を行った場合について、指示を出した医師の診療所が「B001」の「9」外来栄養食事指導料2を算定できるか。

答 算定可能。ただし、栄養食事指導を行う管理栄養士は、指示を出す医師の診療所と適宜連絡が取れる体制を整備するとともに、栄養指導記録を必ず共有すること。

問144 地域包括診療加算、地域包括診療料、生活習慣病管理料(I)、生活習慣病管理料(II)の施設基準において、「患者の状態に応じ、28日以上 of 長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であること。」について、院内の見やすい

場所に掲示していることが求められているが、具体的などのような内容を掲示すればよいか。

答 当該保険医療機関において、患者の状態に応じ、
・28日以上 of 長期の投薬が可能であること
・リフィル処方箋を交付すること

のいずれの対応も可能であることを掲示すること。なお、具体的な掲示内容としてはポスター(※)を活用しても差し支えない。

(※) https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_39295.htmlに掲載

その3 (令和6年4月26日・事務連絡〈別添1〉)

問4 地域包括診療加算、地域包括診療料、生活習慣病管理料(I)、生活習慣病管理料(II)の施設基準において、「患者の状態に応じ、28日以上 of 長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であること。」について、院内の見やすい場所に掲示していることが求められているが、「疑義解釈資料の送付について(その1)」(令和6年3月28日事務連絡)別添1の問144の内容に加え、「当院では主に院内処方を行っています」又は「当院では主に長期の投薬をご案内しています」といった内容を併せて院内掲示してもよいか。

答 差し支えない。

令和4年改定

その1 (令和4年3月31日・事務連絡〈別添1〉)

問161 区分番号「B001-3」生活習慣病管理料において、「当該治療計画に基づく総合的な治療管理は、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施しても差し支えない【実施することが望ましい】」とあるが、「多職種」には以下の職種の者は含まれるか。

- ① 理学療法士
- ② 保健所の職員又は他の保険医療機関の職員

答 それぞれ以下のとおり。

- ① 含まれる。
- ② 含まれる。ただし、生活習慣に関する総合的な治療管理については、当該保険医療機関の医師が行う必要があり、保健所の職員又は他の保険医療機関の職員と連携する場合は、当該職員に対して指示した内容及び当該職員が実施した内容を、当該保険医療機関における療養計画書及び診療録に記録すること。

様式7の10

外来／在宅／リハビリテーション データ提出開始届出書

1. 試行データ作成開始日

2. 外来医療等調査事務局と常時連絡可能な担当者

| 事項 | 担当者 1 | 担当者 2 |
|--------|-------|-------|
| 所属部署 | | |
| 役職 | | |
| 氏名 | | |
| 電話番号 | | |
| FAX番号 | | |
| E-mail | | |

3. 届出を行う項目（該当する項目にチェックをすること。）

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> 外来データ提出加算 |
| <input type="checkbox"/> 在宅データ提出加算 |
| <input type="checkbox"/> リハビリテーションデータ提出加算 |

〔記載上の注意〕

※1 試行データ作成開始日には、試行データの作成を開始する月の初日を記載すること（例えば、令和6年5月20日の提出期限に合わせて本届出書を提出する場合は、作成する試行データは令和6年6月及び7月のデータとなるため、本欄には令和6年6月1日と記載する。）

※2 担当者については原則2名記載すること。なお、担当者が1名のみ場合はこの限りではない。

※3 「外来医療等調査事務局と常時連絡可能な担当者」のE-mailは、厚生労働省保険局医療課及び調査事務局からの電子メールを担当者が常時確認できるものを記載すること。

〔届出上の注意〕

1 データの提出を希望する保険医療機関は、令和6年5月20日、8月20日、11月20日、令和7年2月20日、5月20日、8月20日、11月20日又は令和8年2月20日までに、本届出書について、地方厚生（支）局医療課長を經由して厚生労働省保険局医療課長に提出すること。

2 様式7の12の届出を行った保険医療機関が再度本届出を行う場合は、本届出書にデータを継続かつ適切に提出するために必要な体制が整備されたことを示す書面を添付すること。

上記のとおり届出を行います。

令和 年 月 日

保険医療機関の所在地 開設者名

厚生労働省保険局医療課長 殿

様式7の11

外来／在宅／リハビリテーション データ提出加算に係る届出書

1. 施設基準の状況（該当する項目にチェックをすること。）

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> 「外来医療、在宅医療、リハビリテーション医療の影響評価に係る調査」に適切に参加できる。 |
| <input type="checkbox"/> 診療記録（過去5年間の診療録及び過去3年間の手術記録、看護記録等）の全てが保管・管理されている。 |
| <input type="checkbox"/> 診療記録の保管・管理のための規定が明文化されている。 |
| <input type="checkbox"/> 患者についての疾病統計には、ICD大分類程度以上の疾病分類がされている。 |
| <input type="checkbox"/> 保管・管理された診療記録が疾病別に検索・抽出できる。 |

2. 届出を行う項目

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> 外来データ提出加算 |
| <input type="checkbox"/> 在宅データ提出加算 |
| <input type="checkbox"/> リハビリテーションデータ提出加算 |

上記のとおり届出を行います。

令和 年 月 日

保険医療機関の所在地及び名称 開設者名

様式7の12

外来／在宅／リハビリテーション データ提出加算に係る辞退届

1. 辞退年月日

2. 辞退する項目

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> 外来データ提出加算 |
| <input type="checkbox"/> 在宅データ提出加算 |
| <input type="checkbox"/> リハビリテーションデータ提出加算 |

3. 辞退理由

〔届出上の注意〕

1 再度データ提出を行う場合にあっては、様式7の10「外来／在宅／リハビリテーション データ提出開始届出書」に加え、データを継続かつ適切に提出するために必要な体制が整備されたことを示す書面を添付し、地方厚生（支）局医療課長を經由して、厚生労働省保険局医療課長に提出すること。

2 保険医療機関の廃止により外来／在宅／リハビリテーション データ提出加算を辞退する場合にも本届出書を提出すること。

上記のとおり外来／在宅／リハビリテーション データ提出加算に係る届出を辞退します。

令和 年 月 日

保険医療機関の所在地 開設者名

厚生労働省保険局医療課長 殿

(連絡先) 担当者名
 所属部署
 電話番号
 E-mail

診療報酬 (点数表と留意事項通知)

B001-3 生活習慣病管理料 (I)

- | | |
|-----------------|------|
| 1 脂質異常症を主病とする場合 | 610点 |
| 2 高血圧症を主病とする場合 | 660点 |
| 3 糖尿病を主病とする場合 | 760点 |

- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合にあっては、区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。
- 2 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った区分番号A001の注8に掲げる医学管理、第2章第1部医学管理等（区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料、区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料及び区分番号B001の37に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料を除く。）、第3部検査、第6部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料（I）に含まれるものとする。
- 3 糖尿病を主病とする患者（2型糖尿病の患者であってインスリン製剤を使用していないものに限る。）に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行った場合は、血糖自己測定指導加算として、年1回に限り所定点数に500点を加算する。
- 4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、生活習慣病の治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、外来データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。

◇ 生活習慣病管理料 (I) について

- (1) 脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者の治療においては生活習慣に関する総合的な治療管理が重要であることから設定されたものであり、治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、栄養、運動、休養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、飲酒、服薬及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、許可病床数が200床未満の病院及び診療所である保険医療機関において算定する。この場合において、当該治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、薬剤師、看護職員、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましい。なお、A000初診料を算定した日の属する月においては、本管理料は算定しない。
- (2) 栄養、運動、休養、喫煙、飲酒及び服薬等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、患者に対して療養計画書（療養計画書の様式は、「別紙様式9」（1023頁）又はこれに準じた様式とする。以下同じ。）により丁寧に説明を行い、患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受けた場合に算定できる。また、交付した療養計画書の写しは診療録に添付しておく。なお、療養計画書は、当該患者の治療管理において必要な項目のみを記載することで差し支えない。また、血液検査結果を療養計画書とは別に交付している場合又は患者の求めに応じて、電子カルテ情報共有サービスを活用して共有している場合であって、その旨を診療録に記載している場合は、療養計画書の血液検査項目についての記載を省略して差し支えない。
- (3) 当該患者の診療に際して行ったA001再診料の注8に規定する外来管理加算、第2章第1部医学管理等（B001の「20」糖尿病合併症管理料、同「22」がん性疼痛緩和指導管理料、同「24」外来緩和ケア管理料、同「27」糖尿病透析予防指導管理料及び同「37」腎臓病透析予防指導管理料を除く。）、第3部検査、第6部注射及び第13部病理診断の費用は全て所定点数に含まれる。
- (4) 生活習慣病管理料（I）を継続して算定する月においては、栄養、運動、休養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、飲酒に係る情報提供及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理に係る療養計画書（療養計画書の様式は、「別紙様式9の2」（1024頁）又はこれに準じた様式とする。）を交付するものとするが、当該療養計画書の内容に変更がない場合はこの限りでない。ただし、その場合においても、患者又はその家族等から求めがあった場合に交付するものとするとともに、概ね4月に1回以上は交付するものとする。なお、交付した当該療養計画書の写しは診療録に添付しておく。また、血液検査結果を療養計画書と別に交付している場合又は患者の求めに応じて、電子カルテ情報共有サービスを活用して共有している場合であって、その旨を診療録に記載している場合は、療養計画書の血液検査項目についての記載を省略して差し支えない。
- (5) (2)及び(4)について、患者の求めに応じて、電子カルテ情報共有サービスにおける患者サマリーに、療養計画書での記載事項を入力し、診療録にその記録及び患者の同意を得た旨を記録している場合は、療養計画書の作成及び交付をしているものとみなす。ただし、この場合においても、(2)のとおり、栄養、運動、休養、喫煙、飲酒及び服薬等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、丁寧に説明を行い、患者の同意を得る。
- (6) 同一保険医療機関において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者について、当該管理料を算定するものと算定しないものが混在するような算定を行うことができる。
- (7) 学会等の診療ガイドライン等や診療データベース等の診療支援情報を参考にする。

- (8) 患者の状態に応じ、28日以上¹の長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示するとともに、患者から求められた場合に、患者の状態を踏まえて適切に対応を行う。
- (9) 本管理料を算定する患者について、保険者から特定保健指導を行う目的で情報提供の求めがある場合には、患者の同意の有無を確認するとともに、患者の同意が得られている場合は必要な協力をを行う。
- (10) 糖尿病の患者については、患者の状態に応じて、年1回程度眼科の医師の診察を受けるよう指導を行う。また、糖尿病の患者について、歯周病の診断と治療のため、歯科を標榜する保険医療機関への受診を促す。
- (11) 「注3」に規定する加算については、中等度以上の糖尿病（2型糖尿病の患者であってインスリン製剤を使用していないものに限る。）の患者を対象とし、必要な指導を行った場合に1年に1回に限り算定する。なお、中等度以上の糖尿病の患者とは、当該加算を算定する当月若しくは前月においてヘモグロビンA1c（HbA1c）がJDS値で8.0%以上（NGSP値で8.4%以上）の者をいう。
- (12) 「注3」の加算を算定する患者に対しては、患者教育の観点から血糖自己測定器を用いて月20回以上血糖を自己測定させ、その検査値や生活状況等を報告させるとともに、その報告に基づき、必要な指導を行い療養計画に反映させる。
当該加算は、血糖試験紙（テスト・テープ）又は固定化酵素電極（バイオセンサー）を給付し、在宅で血糖の自己測定をさせ、その記録に基づき指導を行った場合に算定するものであり、血糖試験紙、固定化酵素電極、穿刺器、穿刺針及び測定機器を患者に給付又は貸与した場合における費用その他血糖自己測定に係る全ての費用は当該加算点数に含まれ、別に算定できない。
- (13) 「注4」に規定する外来データ提出加算を算定する場合には、以下の要件を満たすこと。
ア 厚生労働省が毎年実施する「外来医療、在宅医療、リハビリテーション医療の影響評価に係る調査」（以下「外来医療等調査」という。）に準拠したデータを正確に作成し、継続して提出されることを評価したものである。
イ 当該加算は、データ提出の実績が認められた保険医療機関において、生活習慣病管理料（Ⅰ）を現に算定している患者について、データを提出する外来診療に限り算定する。
ウ データの提出を行っていない場合又はデータの提出（データの再照会に係る提出も含む。）に遅延等が認められた場合、当該月の翌々月以降について、算定できない。なお、遅延等とは、厚生労働省が調査の一部事務を委託する調査事務局宛てに、調査実施説明資料に定められた期限までに、当該医療機関のデータが提出されていない場合（提出時刻が確認できない手段等、調査実施説明資料にて定められた提出方法以外の方法で提出された場合を含む。）、提出されたデータが調査実施説明資料に定められたデータと異なる内容であった場合（データが格納されていない空の媒体が提出された場合を含む。）をいう。
また、算定ができなくなった月以降、再度、データ提出の実績が認められた場合は、翌々月以降について、算定ができる。
エ データの作成は3月単位で行うものとし、作成されたデータには第1月の初日から第3月の末日までにおいて対象となる診療に係るデータが全て含まれていなければならない。
オ イの「データ提出の実績が認められた保険医療機関」とは、データの提出が厚生労働省保険局医療課において確認され、その旨を通知された保険医療機関をいう。

B001-3-3 生活習慣病管理料（Ⅱ） 333点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病

◇ **生活習慣病管理料（Ⅱ）について**

- (1) 生活習慣病管理料（Ⅱ）は、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者の治療においては生活習慣に関する総合的な治療管理が重要であることから設定されたものであり、治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、栄養、運動、休養、喫煙、家庭での体重や

- を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、**月1回**に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合においては、**区分番号C101**に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。
2. 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った**区分番号A001**の注8に掲げる医学管理、第2章第1部第1節医学管理料等（**区分番号B001**の9に掲げる外来栄養食事指導料、**区分番号B001**の11に掲げる集団栄養食事指導料、**区分番号B001**の20に掲げる糖尿病合併症管理料、**区分番号B001**の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、**区分番号B001**の24に掲げる外来緩和ケア管理料、**区分番号B001**の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料、**区分番号B001**の37に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料、**区分番号B001-3-2**に掲げるニコチン依存症管理料、**区分番号B001-9**に掲げる療養・就労両立支援指導料、**区分番号B005**の14に掲げるプログラム医療機器等指導管理料、**区分番号B009**に掲げる診療情報提供料（I）、**区分番号B009-2**に掲げる電子的診療情報評価料、**区分番号B010**に掲げる診療情報提供料（II）、**区分番号B010-2**に掲げる診療情報連携共有料、**区分番号B011**に掲げる連携強化診療情報提供料及び**区分番号B011-3**に掲げる薬剤情報提供料を除く。）の費用は、生活習慣病管理料（II）に含まれるものとする。
3. 糖尿病を主病とする患者（2型糖尿病の患者であってインスリン製剤を使用していないものに限る。）に対して、**血糖自己測定値に基づく指導を行った場合は、血糖自己測定指導加算**として、**年1回**に限り所定点数に**500点**を加算する。
4. 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、生活習慣病の治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、**外来データ提出加算**として、**50点**を所定点数に加算する。
5. **区分番号B001-3**に掲げる生活習慣病管理料（I）を算定した日の属する月から起算して**6月以内**の期間においては、生活習慣病管理料（II）は、算定できない。
6. 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、生活習慣の測定、飲酒、服薬及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、許可病床数が200床未満の病院及び診療所である保険医療機関において算定する。この場合において、当該治療計画に基づく総合的な治療管理は、**歯科医師、薬剤師、看護職員、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましい**。なお、**A000**初診料を算定した日の属する月においては、本管理料は算定しない。
- (2) 生活習慣病管理料（II）は、**栄養、運動、休養、喫煙、飲酒及び服薬等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、患者に対して療養計画書（療養計画書の様式は、「別紙様式9」（1023頁）又はこれに準じた様式とする。以下同じ。）により丁寧に説明を行い、患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受けた場合に算定できる**。また、交付した療養計画書の写しは診療録に添付しておく。なお、療養計画書は、当該患者の治療管理において必要な項目のみを記載することで差し支えない。また、血液検査結果を療養計画書と別に交付している場合又は患者の求めに応じて、電子カルテ情報共有サービスを活用して共有している場合であって、その旨を診療録に記載している場合は、療養計画書の血液検査項目についての記載を省略して差し支えない。
- (3) 当該患者の診療に際して行った**A001**再診料の「注8」に規定する外来管理加算、第2章第1部第1節医学管理料等（**B001**の「9」外来栄養食事指導料、同「11」集団栄養食事指導料、同「20」糖尿病合併症管理料、同「22」がん性疼痛緩和指導管理料、同「24」外来緩和ケア管理料、同「27」糖尿病透析予防指導管理料、同「37」慢性腎臓病透析予防指導管理料、**B001-3-2**ニコチン依存症管理料、**B001-9**療養・就労両立支援指導料、**B005-14**プログラム医療機器等指導管理料、**B009**診療情報提供料（I）、**B009-2**電子的診療情報評価料、**B010**診療情報提供料（II）、**B010-2**診療情報連携共有料、**B011**連携強化診療情報提供料及び**B011-3**薬剤情報提供料を除く。）の費用は全て所定点数に含まれる。
- (4) 生活習慣病管理料（II）を継続して算定する月においては、**栄養、運動、休養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、飲酒に係る情報提供及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理に係る療養計画書（療養計画書の様式は、「別紙様式9の2」（1024頁）又はこれに準じた様式とする。）**を交付するものとするが、当該療養計画書の内容に変更がない場合はこの限りでない。ただし、その場合においても、患者又はその家族等から求めがあった場合に交付するものとするとともに、概ね4月に1回以上は交付するものとする。交付した当該療養計画書の写しは診療録に添付しておく。なお、血液検査結果を療養計画書と別に交付している場合又は患者の求めに応じて、電子カルテ情報共有サービスを活用して共有している場合であって、その旨を診療録に記載している場合は、療養計画書の血液検査項目についての記載を省略して差し支えない。
- (5) (2)及び(4)について、患者の求めに応じて、電子カルテ情報共有サービスにおける患者サマリーに、療養計画書での記載事項を入力し、診療録にその記録及び患者の同意を得た旨を記録している場合は、療養計画書の作成及び交付をしているものとみなす。ただし、この場合においても、(2)のとおり、**栄養、運動、休養、喫煙、飲酒及び服薬等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、丁寧に説明を行い、患者の同意を得る**。
- (6) 同一保険医療機関において、**脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者について、当該管理料を算定するものと算定しないものが混在するような算定を行うことができる**。
- (7) 学会等の診療ガイドライン等や診療データベース等の診療支援情報を参考にする。
- (8) 患者の状態に応じ、**28日以上**の長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示するとともに、患者から求め

習慣病管理料（Ⅱ）を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、290点を算定する。

- られた場合に、患者の状態を踏まえて適切に対応する。
- (9) 本管理料を算定する患者について、保険者から特定保健指導を行う目的で情報提供の求めがある場合には、患者の同意の有無を確認するとともに、患者の同意が得られている場合は必要な協力を行う。
 - (10) 糖尿病の患者については、患者の状態に応じて、年1回程度眼科の医師の診察を受けるよう指導を行う。また、糖尿病の患者について、歯周病の診断と治療のため、歯科を標榜する保険医療機関への受診を促す。
 - (11) 「注3」及び「注4」に規定する加算の取扱いについては、「生活習慣病管理料（Ⅰ）について」の(11)～(13)の例による。
 - (12) 「注6」に規定する情報通信機器を用いた医学管理については、オンライン指針に沿って診療を行った場合に算定する。

(別紙様式9)

生活習慣病 療養計画書 初回用

(記入日: 年 月 日)

| | |
|----------------------------|--|
| 患者氏名: (男・女) | 主病: <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 |
| 生年月日: 明・大・昭・平・令 年 月 日生 (才) | |

| | |
|---|--|
| ねらい: 検査結果を理解できること・自分の生活上の問題点を抽出し、目標を設定できること | |
| 【目標】 | <input type="checkbox"/> 体重: (kg) <input type="checkbox"/> BMI: () <input type="checkbox"/> 収縮期/拡張期血圧(/ mmHg) <input type="checkbox"/> HbA1c: (%) |
| | 【①達成目標】: 患者と相談した目標 () |
| 【目標】 | 【②行動目標】: 患者と相談した目標 () |
| | |
| 【重点を置く領域と指導項目】 | <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 食事摂取量を適正にする <input type="checkbox"/> 食塩・調味料を控える <input type="checkbox"/> 野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす <input type="checkbox"/> 外食の際の注意事項() <input type="checkbox"/> 油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 節酒: [減らす(種類・量:)を週(回)] <input type="checkbox"/> 間食: [減らす(種類・量:)を週(回)] <input type="checkbox"/> 食べ方: (ゆっくり食べる・その他()) <input type="checkbox"/> 食事時間: 朝食、昼食、夕食を規則正しくとる |
| | <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 運動処方: 種類(ウォーキング・) 時間(30分以上・)、頻度(ほぼ毎日・週(日)) 強度(息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍(拍/分 or)) <input type="checkbox"/> 日常生活の活動量増加(例: 1日1万歩・) <input type="checkbox"/> 運動時の注意事項など() |
| | <input type="checkbox"/> たばこ <input type="checkbox"/> 非喫煙者である <input type="checkbox"/> 禁煙・節煙の有効性 <input type="checkbox"/> 禁煙の実施方法等 |
| | <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 余暇 <input type="checkbox"/> 睡眠の確保(質・量) <input type="checkbox"/> 減量 <input type="checkbox"/> 家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等) <input type="checkbox"/> その他() |
| 【検査】 | <input type="checkbox"/> 【血液検査項目】(採血日 月 日) <input type="checkbox"/> 総コレステロール (mg/dl) <input type="checkbox"/> 血糖(空腹時 <input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/> 食後()時間) <input type="checkbox"/> 中性脂肪 (mg/dl) (mg/dl) <input type="checkbox"/> HDLコレステロール (mg/dl) <input type="checkbox"/> HbA1c: (%) <input type="checkbox"/> LDLコレステロール (mg/dl) ※血液検査結果を手交している場合は記載不要 <input type="checkbox"/> その他 () |
| | <input type="checkbox"/> 【その他】 <input type="checkbox"/> 栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満) <input type="checkbox"/> その他 () |

※実施項目は、にチェック、()内には具体的に記入

| | |
|------|------|
| 患者署名 | 医師氏名 |
|------|------|

(別紙様式9の2)

生活習慣病 療養計画書 継続用 (記入日: 年 月 日) ()回目

| | | |
|-------------------------|---------------------|--|
| 患者氏名: 生年月日:明・大・昭・平・令 | (男・女) 年 月 日生(才) | 主病: <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 |
|-------------------------|---------------------|--|

| | |
|---|---|
| ねらい: 重点目標の達成状況を理解できること・目標再設定と指導された生活習慣改善に取り組めること | |
| 【目標】 | <input type="checkbox"/> 体重:() kg <input type="checkbox"/> BMI:() <input type="checkbox"/> 収縮期/拡張期血圧(/ mmHg) <input type="checkbox"/> HbA1c:() % |
| | 【①目標の達成状況】 { } 【②達成目標】:患者と相談した目標 { } 【③行動目標】:患者と相談した目標 { } |
| | 【重点を置く領域と指導項目】 |
| <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 今回は、指導の必要なし <input type="checkbox"/> 運動処方:種類(ウォーキング・) 時間(30分以上・)、頻度(ほぼ毎日・週()日) 強度(息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍()拍/分 or) <input type="checkbox"/> 日常生活の活動量増加(例:1日1万歩・) <input type="checkbox"/> 運動時の注意事項など() | |
| <input type="checkbox"/> たばこ <input type="checkbox"/> 禁煙・節煙の有効性 <input type="checkbox"/> 禁煙の実施方法等 | |
| <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 余暇 <input type="checkbox"/> 睡眠の確保(質・量) <input type="checkbox"/> 減量 <input type="checkbox"/> 家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等) <input type="checkbox"/> その他() | |
| 【検査】 | 【血液検査項目】(採血日 月 日) <input type="checkbox"/> 総コレステロール () mg/dl <input type="checkbox"/> 血糖(<input type="checkbox"/> 空腹時 <input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/> 食後()時間) <input type="checkbox"/> 中性脂肪 () mg/dl <input type="checkbox"/> HbA1c:() % <input type="checkbox"/> HDLコレステロール () mg/dl <input type="checkbox"/> LDLコレステロール () mg/dl ※血液検査結果を手交している場合は記載不要 <input type="checkbox"/> その他 () |
| | 【その他】 <input type="checkbox"/> 栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満) <input type="checkbox"/> その他 () |

※実施項目は、にチェック、()内には具体的に記入

| | |
|------|------|
| 患者署名 | 医師氏名 |
|------|------|

患者が療養計画書の内容について説明を受けた上で十分に理解したことを確認した。
(なお、上記項目に担当医がチェックした場合については患者署名を省略して差し支えない)

〔食事の提供たる療養の実際〕

1 入院時食事療養及び入院時生活療養の趣旨

食事は医療の一環として提供されるべきものであり、それぞれ患者の病状に応じて必要とする栄養量が与えられ、食事の質の向上と患者サービスの改善をめざして行われるべきものである。

また、生活療養の温度、照明及び給水に関する療養環境は医療の一環として形成されるべきものであり、それぞれの患者の病状に応じて適切に行われるべきものである。

(令6.3.5 保医発0305第14号) 1の(1)

〔解説〕

平成6年7月に行われた医療保険制度の改正により、食事に関する給付が、療養の給付の一部から入院時食事療養費に改編されることとなった。

食事の提供は、医療の重要な部門であり、保険医療機関が入院患者の病状に応じて適切な食事を提供し、栄養状態の改善を図るとともにその治癒あるいは病状回復の促進を図ることは当然である。

このうち、厚生労働大臣が定める基準を満たしているものとして地方厚生局長等に届け出て、当該基準による食事療養（以下解説中、入院時生活療養に係る食事の提供たる療養を含む）を行ったときには、それぞれ入院時食事療養（Ⅰ）、入院時生活療養（Ⅰ）を算定するものである。

2 食事療養部門及び食事療養担当者

患者への食事提供については病棟関連部門と食事療養部門との連絡が十分とられていることが必要である。

(令6.3.5 保医発0305第14号) 1の(3)

〔解説〕

食事療養は医療の重要な部門の1つであり、食事療養を担当する部門が独立し、病棟における栄養管理など他部門との連絡が十分取られることが、食事療養を行う上で必要なことである。

(参考)

- 1 食事療養を担当する部門の業務としては次のようなものが考えられる。
 - ア. 食事療養業務の企画、運営、実施に関すること。
 - イ. 食事療養施設、人事、事務等の管理に関すること。
 - ウ. 食事療養施設、食品、器具、環境等の衛生に関すること。
 - エ. 栄養指導に関すること。
 - オ. 食事療養の効果判定に関すること。
 - カ. 他部門との連絡に関すること。
 - キ. その他の食事療養に関すること。
- 2 平成14年4月に栄養士法の一部改正法が施行され、栄養士法において管理栄養士の業務が「傷病者に対する療養のため必要な栄養の指導、個人の身体の状況、栄養状態等に応じた高度の専門的知識及び技術を要する健康の保持増進のための栄養の指導並びに特定多数人に対して継続的に食事を供給する施設における利用者の身体の状況、栄養状態、利用の状況等に応じた特別の配慮を必要とする給食

管理及びこれらの施設に対する栄養改善上必要な指導等を行うことを業とする者」と明確化された。

また、平成15年5月に施行された健康増進法第21条第1項の規定により都道府県知事（保健所を設置する市又は特別区にあっては、市長又は区長）により指定された「医学的な管理を必要とする者に食事を供給する特定給食施設であって、継続的に1回300食以上又は1日750食以上の食事を供給する」施設にあっては、管理栄養士を置かなければならないことが規定されている。指定施設以外の特定給食施設にあっては、当該特定給食施設に栄養士又は管理栄養士を置くように努めることが規定されている。

健康増進法において、特定給食施設は、適切な栄養管理を行わなければならない規定が設けられ、その省令において、栄養管理の基準が定められている。

（参 考）

健康増進法施行規則

（栄養管理の基準）

第9条 法第21条第3項の厚生労働省令で定める基準は、次のとおりとする。

- 一 当該特定給食施設を利用して食事の供給を受ける者（以下「利用者」という。）の身体の状態、栄養状態、生活習慣等（以下「身体の状態等」という。）を定期的に把握し、これらに基づき、適当な熱量及び栄養素の量を満たす食事の提供及びその品質管理を行うとともに、これらの評価を行うよう努めること。
- 二 食事の献立は、身体の状態等のほか、利用者の日常の食事の摂取量、嗜好等に配慮して作成するよう努めること。
- 三 献立表の掲示並びに熱量及びたんぱく質、脂質、食塩等の主な栄養成分の表示等により、利用者に対して、栄養に関する情報の提供を行うこと。
- 四 献立表その他必要な帳簿等を適正に作成し、当該施設に備え付けること。
- 五 衛生の管理については、食品衛生法（昭和22年法律第233号）その他関係法令の定めるところによること。

【解 説】

なお、食事療養を担当するには何人位が適当であるかは保険医療機関の実情、すなわち入院患者数、厨房等の設備、機械器具の状況、特別食の数等から導き出され、一概にいえるものではない。標準的な規模の医療機関の一般食の提供の場合と比べて、規模が小さくなるほど相対的な必要数は増え、特別食の提供を行う施設にあっては、増員が必要となってくる。

病院である保険医療機関にあっては入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養を担当する部門が組織化されており、常勤の管理栄養士又は栄養士が入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養部門の責任者となっていること。また、診療所にあっては管理栄養士又は栄養士が入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養の指導を行っている。

（令6.3.5 保医発0305第13号）別添の2(1)

【解 説】

入院時食事療養（Ⅰ）及び入院時生活療養（Ⅰ）の届出を行う保険医療機関では、さらに、食事療養を担当する部門は独立したものであって、その組織が診療部門系統の組織の中に位置づけられ、責任者には食事療養に深い経験を有し、かつ栄養管理の知識に富む管理栄養士又は栄養士を当てることが求められている。

また、従来の基準給食では、病院である保険医療機関のみが対象とされていたが、入院時食事療養費

の創設に伴い、入院時食事療養（Ⅰ）及び入院時生活療養（Ⅰ）の基準を満たす診療所においても、その費用を算定することができることとなった。

病院と診療所における要件の相違は、診療所は病院に比べ規模が小さく、食事療養の部門を組織化するまでに至らないことが多いことを勘案したものである。

食事療養の指導は、医療機関による医療の一環として、患者に対する適切な医療を提供する観点から、保険医療機関の職員である管理栄養士又は栄養士が行う必要がある。

なお、平成24年改定において、入院料の算定要件として、常勤の管理栄養士の配置（有床診療所は非常勤も可）が必須（経過措置あり）となった。平成26年改定では、見直しが行われ、病院については非常勤の管理栄養士又は常勤の栄養士を配置の場合は入院料を減算（平成26年7月から）、有床診療所については常勤の管理栄養士の配置は加算により評価されることになった。

3 食事提供業務の委託

食事の提供に関する業務は保険医療機関自らが行うことが望ましいが、保険医療機関の管理者が業務遂行上必要な注意を果たし得るような体制と契約内容により、食事療養の質が確保される場合には、保険医療機関の最終的責任の下で第三者に委託することができる。なお、業務の委託にあたっては、医療法（昭和23年法律第205号）及び医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）の規定によること。食事提供業務の第三者への一部委託については「医療法の一部を改正する法律の一部の施行について」（平成5年2月15日健政発第98号厚生省健康政策局長通知）の第3及び「病院診療所等の業務委託について」（平成5年2月15日指第14号厚生省健康政策局指導課長通知）に基づき行うこと。
 （令6.3.5 保医発0305第14号）1の(2)

〔解説〕

平成8年3月26日医療法施行規則の一部改正により、病院給食の院外調理方法が認められることになった。

4 食事療養業務

(1) 一般食における栄養補給量

入院患者の栄養補給量は、本来、性、年齢、体位、身体活動レベル、病状等によって個々に適正量が算定されるべき性質のものである。従って、一般食を提供している患者の栄養補給量についても、患者個々に算定された医師の食事箋による栄養補給量又は栄養管理計画に基づく栄養補給量を用いることを原則とするが、これらによらない場合には、次により算定する。なお、医師の食事箋とは、医師の署名又は記名・押印がされたものを原則とするが、オーダーリングシステム等により、医師本人の指示によるものであることが確認できるものについても認める。

ア 一般食患者の推定エネルギー必要量及び栄養素（脂質、たんぱく質、ビタミンA、ビタミンB₁、ビタミンB₂、ビタミンC、カルシウム、鉄、ナトリウム（食塩）及び食物繊維）の食事摂取基準については、健康増進法（平成14年法律第103号）第16条の2に基づき定められた食事摂取基準の数値を適切に用いる。

なお、患者の体位、病状、身体活動レベル等を考慮する。

また、推定エネルギー必要量は治療方針にそって身体活動レベルや体重の増減等を考慮して

適宜増減することが望ましい。

イ アに示した食事摂取基準についてはあくまでも猷立作成の目安であるが、食事の提供に際しては、病状、身体活動レベル、アレルギー等個々の患者の特性について十分考慮する。

(令6.3.5 保医発0305第14号) 1の(4)

【解 説】

一般食とは、特別食以外で患者に提供される食事である。特別食の対象となっている疾病以外の患者においても、患者個々人の疾病、栄養状態、摂食・嚥下の状態等を把握し、適切な栄養補給量の提供と食形態への配慮が必要である。したがって、一般食を提供している患者の栄養補給量については、患者の栄養状態等の把握に基づいた、患者個々に算定された医師の食事箋又は栄養管理計画による栄養補給量を用いることが原則となる。

これによらない場合には、「日本人の食事摂取基準」を用いることになるが、推定エネルギー必要量は身体活動レベルや体重の増減を考慮して使用することとされている。

さらに、「日本人の食事摂取基準」を用いる場合でも、あくまで猷立作成の目安であり、食事の提供に際しては、病状、身体活動レベル、栄養状態、アレルギー等の個々の患者特性について考慮する必要がある。

なお、「日本人の食事摂取基準」の数値等については、算定根拠等を理解して適切に活用する必要があり、「日本人の食事摂取基準（2020年版）」（令和2年1月21日厚生労働省告示第10号〔食事による栄養摂取量の基準〕）に解説されている。この2020年版は、令和2年度から令和6年度の5年間にわたり使用することとされ、その概要は厚生労働省のウェブサイトに掲載されている。なお、令和6年3月の検討会において、2025年版の案が取りまとめられている。

参考〈一般食〉

一般食とは、特別食以外の患者食で、その食形態により常食、軟食、流動食等に区分する。

a 常 食

常食は、おおむね普通の社会生活を営むことができる程度の患者を対象とする食事であり、米飯又は軟飯とこれに相当する副食が用いられる。

b 軟 食

軟食とは、全粥、7分粥食、5分粥食、3分粥食、等がある。このうち、一般に用いられる軟食は、3分粥、5分粥、全粥で、例えば、3分粥食は、主食は重湯7、全粥3の割合に、副食は消化器系統に機械的刺激が少なく、かつ消化吸收の容易なものである。

c 流動食

流動食とは、流動体のもので構成され、残渣あるいは不消化物、刺激性調味料を含まず、かつ機械的刺激がないものである。