



令和6年(2024年) 診療報酬改定セミナー



講師紹介

Sri-f

高松赤十字病院に勤務後、医療事務・調剤事務・介護報酬・接遇マナー・ヘルパー等の講師を経て、(公社)医業経営コンサルタント協会 認定登録 医業経営コンサルタントとなり、職員研修、セミナー、各種コンサルタント業務を手掛ける。
現在は、医療・介護だけでなく、幅広い分野にて支援できるよう、シュリーフ代表として活動中。

【取得資格】

(社)日本医業経営コンサルタント協会 認定登録 医業経営コンサルタント
看護師、1級メディカルクラーク、診療報酬請求事務能力認定
消防設備士(乙6) 1種2種点検資格者 食品衛生責任者、等

【シュリーフとは】

繁栄・幸運を意味し幸福・美・富を顕わす神・吉祥天<Śrī-mahādevī [シュリー・マハーデーヴィー]> の名前に由来し、大木には1枚の葉(leaf)がたくさん集まっているように、個々の力が集まり協力することで繁栄し幸福になろう、また、女性の幸福・美・富に貢献できるような支援をしよう、という想いを込めた造語です。



シュリーフ

代表
細野 史子

令和6年度 診療報酬改定内容説明・YouTube

<https://www.youtube.com/playlist?list=PLMG33RKISnWhCI3jkGORR92NJw8fQDYYJy>

1. 令和6年度診療報酬改定の概要
（全体概要版）
2. //（賃上げ・基本料の引上げ）
3. //（医療DXの推進）
4. //（ポストコロナにおける感染症対策の推進）
5. //（同時報酬改定における対応）
6. //（外来）
7. //（入院Ⅰ 地域包括医療病棟）
8. //（入院Ⅱ 急性期・高度急性期入院医療）
9. //（入院Ⅲ 回復期）
10. //（入院Ⅳ 慢性期入院医療）
11. //（入院Ⅴ DPC/PDPS・短期滞在手術等）
12. //（入院Ⅵ 働き方改革の推進、横断的
個別事項）
13. //（在宅医療、訪問看護）
14. //（重点分野Ⅰ 救急医療、小児・周産期医療、
がん医療）
15. //（重点分野Ⅱ 認知症、精神医療、難病患者
に対する医療）
16. //（医療資源の少ない地域等に配慮した対応）
17. //（個別改定事項 1）
18. //（個別改定事項 2）
19. //（医療技術）
20. 令和6年度保険医療材料制度改革の概要
21. 令和6年度診療報酬改定の概要
（費用対効果 評価制度）
22. //（歯科）
23. //（調剤）
24. 令和6年度薬価制度改革の概要

資料はこちら → https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00012.html

キーワード

(2014年資料に追記・2016年(ピンク)・2018年(赤)・2020年(緑)・2022年(オレンジ))

・2025年 高齢化 ⇒ 人口減少

2040年問題

働く人が減る

・地域包括ケアシステム

・機能分化・強化

・在宅医療の推進

・連携

医療と介護、入院と在宅、歯科、調剤、精神科 ...

・5疾病5事業 ➡ 6事業

「がん」「脳卒中」「急性心筋梗塞」「糖尿病」「精神疾患(認知症)」

「救急医療」「災害医療」「へき地医療」「周産期医療」

「小児救急を含む小児医療」「新興感染症発生・まん延時における医療

・看取り

人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン(平成26年<2014年>⇒平成30年<2018年>改訂)

・病床再編、病床削減

・医療従事者の確保

・かかりつけ医

働き方
改革

かかりつけ歯科医
かかりつけ薬剤師・薬局

ICTの活用
オンライン

患者の多種多様性

・財源確保

ポイント① 2022年 → 2024年

国民ほぼ
スマホを持っている

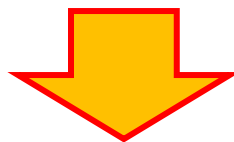
☆オンライン、ICT活用

マイナ保険証、電子処方箋、
電子カルテ情報共有サービス

☆人生100年時代 ... 患者の多種多様性

☆働き方改革 ... 様々な職種の活用、環境整備、賃上げ

☆地域連携 ... 患者は地域で診る。医療と介護の連携



2040年の人口減少に向けての対応を考えていく。
(働く人口が減ることを予測した対応)

ポイント② 2022年 → 2024年

◇ 歯科や調剤の改定内容の確認 介護報酬の確認

※ 周囲の薬局の状況(電子処方箋)、歯科との連携

◇ 答申書附帯意見の確認

※ 2年後の同時改定に向けて → 次回の改定に向けて

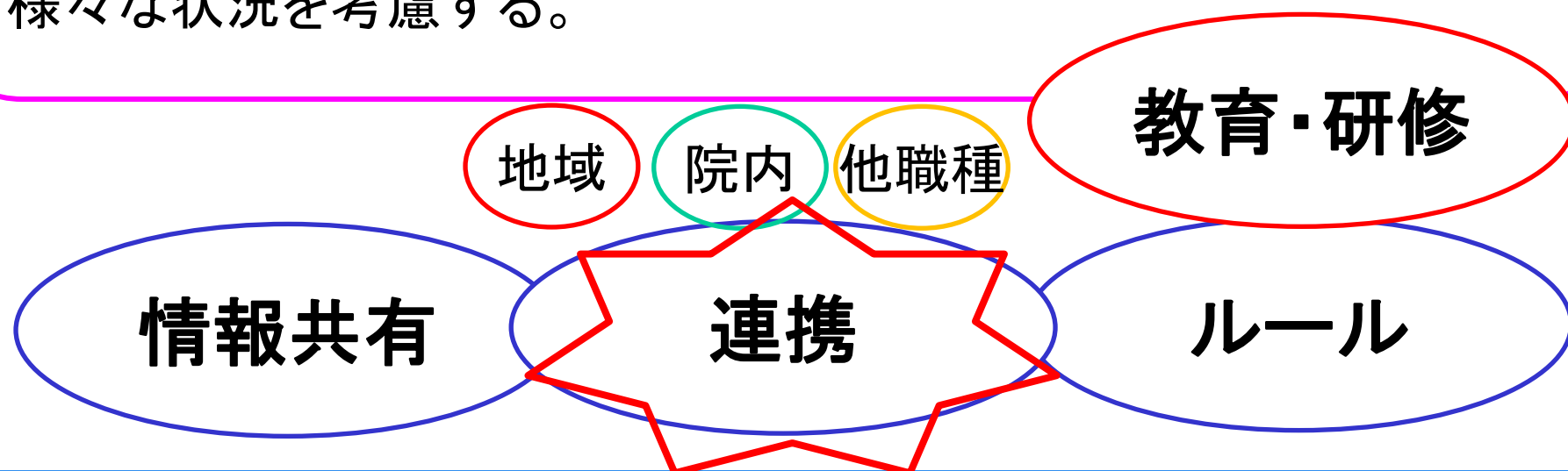
◇ 経過措置期間の確認(全体の流れ)

※ 自院だけでなく、周辺医療機関の状況

◇ 疑義解釈の確認

ポイント③ 2022年 → 2024年

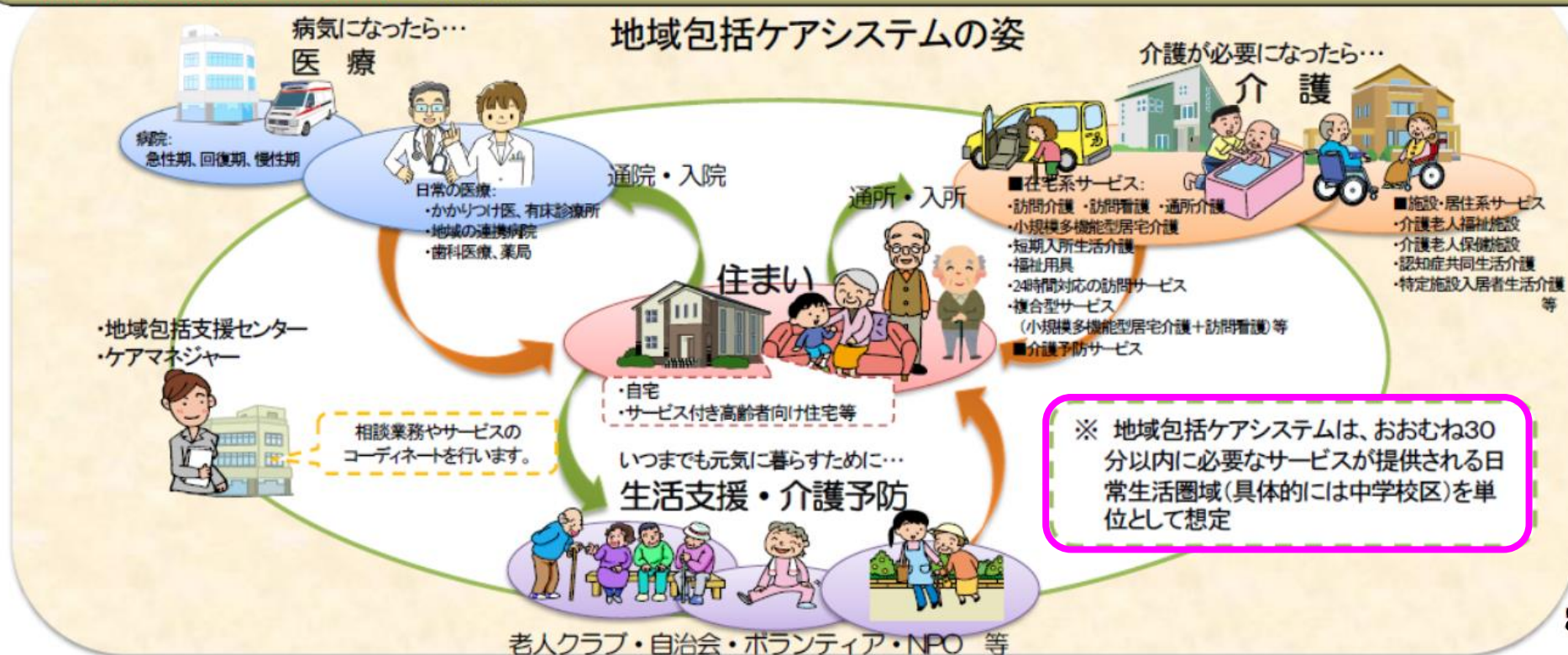
- ・経過措置期間をしっかりと確認する。
逆算して、いつまでに、何を、どうしないといけないのか、具体的に、明確にする。先延ばしにしない。
- ・施設基準をしっかりと確認し、院内全体で内容を理解し、情報共有する。
- ・**自院で算定できる点数や単位数**だけで判断しない。
実際の業務内容、今後の方向性、必要性、**患者・利用者の流れ**等、様々な状況を考慮する。



地域包括ケアシステム

厚労省・平成28年(2016年)度 診療報酬改定説明会資料より

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**



ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進

(厚生労働省保険局医療課)
令和6年診療報酬改の概要(医科全体版)より抜粋

- コロナ禍の経験を踏まえて、介護保険施設等と地域包括ケア病棟を持つ医療機関や在宅支援診療所の平時および急変時における対応の強化に関する評価の見直し等を実施。
- また、在宅医療分野においては、患者の望む医療・ケアの提供を推進する観点から、ICTを用いた情報連携に関する評価の見直し等を行うとともに、患者の状態に応じた在宅医療の提供を推進する観点から、評価の見直し等を実施。

マイナ保険証やICTを用いた情報連携

- ・ 在宅医療DX情報活用加算の新設によるマイナ保険証を活用した情報連携を推進
- ・ 在宅医療情報連携加算、往診時医療情報連携加算、介護保険施設等連携往診加算等の新設により平時からの介護サービス事業者等との連携促進



在宅療養支援診療所・病院

在宅療養支援診療所・病院における評価の見直し

- ・ 在支診・病でない医療機関との連携の推進に関する評価の新設
- ・ 訪問診療の回数が多い場合の施設総管等（複数人）の見直し※
- ・ 訪問診療の頻度が多い場合の在宅患者訪問診療料の見直し
- ・ 訪問栄養食事指導に係る要件見直し
- ・ データ提出に関する要件見直し（機能強化型に限る）

※在支診・病でない医療機関においても同様

地域包括診療料・加算の見直し

- ・ サービス担当者会議/地域ケア会議への参加経験あるいはいわゆるケアマネタイム設置の要件化
- ・ 認知症研修の要件化（望ましい要件）

人生の最終段階における医療・ケアの充実

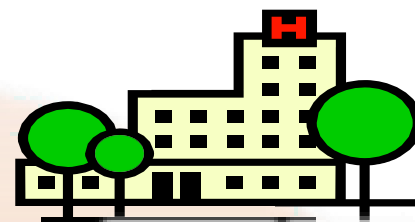
- ・ 適切な意思決定支援に係る指針の作成に関する要件の対象拡大
- ・ 在宅麻薬等注射指導管理料の新設（心不全等の患者）
- ・ 在宅強心剤持続投与指導管理料の新設
- ・ 在宅ターミナルケア加算等の見直し
- ・ ICTを用いた情報連携に関する緩和ケア病棟緊急入院初期加算の要件緩和



診療所等



ケアマネジャー



地域包括ケア病棟 在支診・在支病、後方支援病院

医療機関と介護保険施設等の平時からの連携の推進等

- ・ 協力医療機関になることを望ましい要件に
- ・ 感染対策向上加算等の専従要件緩和
- ・ 平時からの連携を要件とした評価の新設



介護保険施設等 （老健、介護医療院、特養）

介護サービス

令和6 年度診療報酬改定の基本方針の概要

(厚生労働省保険局医療課)
令和6年診療報酬改定の概要(全体概要版)より抜粋

改定に当たっての基本認識

- ▶ 物価高騰・賃金上昇、経営の状況、人材確保の必要性、患者負担・保険料負担の影響を踏まえた対応
- ▶ 全世代型社会保障の実現や、医療・介護・障害福祉サービスの連携強化、新興感染症等への対応など医療を取り巻く課題への対応
- ▶ 医療DXやイノベーションの推進等による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) 現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進

【重点課題】

【具体的方向性の例】

- 医療従事者の人材確保や質上げに向けた取組
- 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスクシェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進
- 業務の効率化に資する ICT の利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価
- 地域医療の確保及び機能分化を図る観点から、労働時間短縮の実効性担保に向けた見直しを含め、必要な救急医療体制等の確保
- 多様な働き方を踏まえた評価の拡充
- 医療人材及び医療資源の偏在への対応

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

【具体的方向性の例】

- 医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進
- 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組
- リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進
- 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
- 外来医療の機能分化・強化等
- 新興感染症等に対応できる地域における医療提供体制の構築に向けた取組
- かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

(3) 安心・安全で質の高い医療の推進

【具体的方向性の例】

- 食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰を踏まえた対応
- 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
- 重点的な対応が求められる分野への適切な評価(小児医療、周産期医療、救急医療等)
- 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進
- 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
- 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病院薬剤師業務の評価
- 薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進
- 医薬品産業構造の転換も見据えた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

(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

【具体的方向性の例】

- 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進、長期収載品の保険給付の在り方の見直し等
- 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
- 医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進(再掲)
- 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(再掲)
- 外来医療の機能分化・強化等(再掲)
- 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進(再掲)
- 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
- 薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進(再掲)

- 人口構造や社会経済状況の変化を踏まえ、「地域包括ケアシステムの深化・推進」「自立支援・重度化防止に向けた対応」「良質な介護サービスの効率的な提供に向けた働きやすい職場づくり」「制度の安定性・持続可能性の確保」を基本的な視点として、介護報酬改定を実施。

1. 地域包括ケアシステムの深化・推進

- 認知症の方や単身高齢者、医療ニーズが高い中重度の高齢者を含め、質の高いケアマネジメントや必要なサービスが切れ目なく提供されるよう、地域の実情に応じた柔軟かつ効率的な取組を推進

- ・ 質の高い公正中立なケアマネジメント
- ・ 地域の実情に応じた柔軟かつ効率的な取組
- ・ 医療と介護の連携の推進
 - 在宅における医療ニーズへの対応強化
 - 在宅における医療・介護の連携強化
 - 高齢者施設等における医療ニーズへの対応強化
 - 高齢者施設等と医療機関の連携強化
- ・ 看取りへの対応強化
- ・ 感染症や災害への対応力向上
- ・ 高齢者虐待防止の推進
- ・ 認知症の対応力向上
- ・ 福祉用具貸与・特定福祉用具販売の見直し

2. 自立支援・重度化防止に向けた対応

- 高齢者の自立支援・重度化防止という制度の趣旨に沿い、多職種連携やデータの活用等を推進

- ・ リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組等
- ・ 自立支援・重度化防止に係る取組の推進
- ・ LIFEを活用した質の高い介護

4. 制度の安定性・持続可能性の確保

- 介護保険制度の安定性・持続可能性を高め、全ての世代にとって安心できる制度を構築

- ・ 評価の適正化・重点化
- ・ 報酬の整理・簡素化

3. 良質な介護サービスの効率的な提供に向けた働きやすい職場づくり

- 介護人材不足の中で、更なる介護サービスの質の向上を図るため、処遇改善や生産性向上による職場環境の改善に向けた先進的な取組を推進

- ・ 介護職員の処遇改善
- ・ 生産性の向上等を通じた働きやすい職場環境づくり
- ・ 効率的なサービス提供の推進

5. その他

- ・ 「書面掲示」規制の見直し
- ・ 通所系サービスにおける送迎に係る取扱いの明確化
- ・ 基準費用額（居住費）の見直し
- ・ 地域区分

令和6年度診療報酬改定における主要な改定項目①

(厚生労働省保険局医療課)
令和6年診療報酬改定の概要(全体概要版)より抜粋

1. 賃上げ・基本料等の引き上げ

- 医療従事者の人材確保や賃上げのためのベースアップ評価料により2.3%を目途とした賃上げを実施。
- 40歳未満勤務医師や事務職員の賃上げ及び入院料の通則の改定に伴う入院基本料等の引き上げ。
- 入院料通則においては、栄養管理体制の基準の明確化、人生の最終段階における意思決定支援及び身体的拘束の最小化の取組を要件化。
- 標準的な感染対策実施と賃上げを念頭においた初再診料の引き上げ。

(新) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ) 1

初診時6点/ 2 再診時等 2点 等

(新) 入院ベースアップ評価料 1~165点

【一般病棟入院基本料】

急性期一般入院料1 1,688点

【特定機能病院入院基本料】

7対1入院基本料(一般病棟の場合) 1,822点

【初診料・再診料等初

診料 291点

再診料 75点

2. 医療DXの推進

- 医療情報取得加算が新設され、マイナ保険証の利用による効率的な情報の取得は1点となり、3月に1回に限り再診時においても評価。
- 医療DX推進体制整備加算により、マイナ保険証の診察室等での活用、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスの整備が要件。また、令和6年10月からマイナ保険証の利用率が施設要件として適応される。
- 在宅医療DX情報活用加算により、マイナ保険証による情報を用いた訪問診療計画の立案による質の高い在宅診療を推進。

(新) 医療情報取得加算

初診時

医療情報取得加算1 3点

医療情報取得加算2 1点

再診時(3月に1回に限り算定)

医療情報取得加算3 2点

医療情報取得加算4 1点

(新) 医療DX推進体制整備加算(初診時) 8点

(新) 在宅医療DX情報活用加算(月1回) 10点

3. ポストコロナにおける感染症対策の推進

- 改正感染症法及び第8次医療計画に基づく協定指定医療機関であることを感染対策向上加算および外来感染対策向上加算の要件として規定。外来感染対策向上加算の施設基準に罹患後症状に係る対応を明記。
- 発熱外来に代わる発熱患者等対応加算を新設。抗菌薬の適正使用も抗菌薬適正使用体制加算として評価。
- 入院患者に対して、特定感染症入院医療管理加算を新設し、感染対策を引き続き評価。
- また、個室で空気感染及び飛沫感染を生じる感染症等においては、特定感染症患者療養環境加算として個室管理等を評価。

(新) 特定感染症入院医療管理加算

治療室の場合 200点

それ以外の場合 100点

(新) 特定感染症患者療養環境特別加算

個室加算 300点

陰圧室加算 200点

(新) 発熱患者等対応加算 20点

(新) 抗菌薬適正使用体制加算 5点

(新) 急性期リハビリテーション加算
50点(14日目まで)

賃上げ促進税制の概要

(厚生労働省保険局医療課)
令和6年診療報酬改定の概要(医科全体版)より抜粋

- 令和6年度以降、賃上げに係る診療報酬項目については、賃上げ促進税制の対象となる給与等支給額に含めることが可能。
- 医療機関・薬局の規模及び雇用者の給与等支給額の前年度比に応じて、所定の税額控除を受けられる。
- さらに、上乘せ要件を達成することで、給与等支給額の増加額の最大45%の税額控除が可能。

中小規模の

医療法人立又は個人立の 医療機関・薬局

青色申告書を提出する、中小企業者等(資本金1億円以下の法人、協同組合等)又は従業員数1,000人以下の個人事業主

全雇用者の
給与等支給額
(前年度比)

税額控除率

+1.5%

15%

+2.5%

30%

中規模の

医療法人立又は個人立の 医療機関・薬局

青色申告書を提出する、従業員数2,000人以下の企業又は個人事業主

継続雇用者の
給与等支給額
(前年度比)

税額控除率

+3%

10%

+4%

25%

大規模の

医療法人立又は個人立の 医療機関・薬局

青色申告書を提出する、全企業又は個人事業主

継続雇用者の
給与等支給額
(前年度比)

税額控除率

+3%

10%

+4%

15%

+5%

20%

+7%

25%

【上乘せ要件】

①教育訓練費の増加 ②子育てとの両立・女性活躍への支援

上乘せ要件も達成で
最大控除率**45%**

上乘せ要件も達成で
最大控除率**35%**

上乘せ要件も達成で
最大控除率**35%**

※税額控除額の計算は、全雇用者の前事業年度から適用事業年度の給与等支給額の増加額に税額控除率を乗じて計算。ただし、控除上限額は法人税額等の20%。
詳細は、右記QRコードのパンフレットをご確認ください。なお、本内容は、令和5年12月の政府決定時点のもので、今後の国会審議等を踏まえて施策内容が変更となる可能性があります。



(厚生労働省保険局医療課)
令和6年診療報酬改定の概要(医科全体版)より抜粋

賃上げに係る評価の全体像

ベースアップ評価料

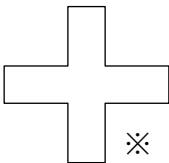
看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種(40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者を除く)について賃上げを実施していくための評価

① 外来・在宅医療の患者に係る評価、訪問看護ステーションの利用者に係る評価

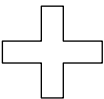
外来・在宅ベースアップ評価料(I)、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)、訪問看護ベースアップ評価料(I)

- 届け出が必要、初再診料等に評価を上乗せ(区分は設けない)

(新)外来・在宅ベースアップ評価料(I) 初診時 6点 再診時 2点 等



※ 入院に携わる職員のための評価



※ ①による対象職員の賃上げが、一定の水準(給与総額の1.2%増)に達しないと見込まれる無床診療所、訪問看護ステーションのみ

①' 賃金増率が低い場合の①への上乗せ評価

外来・在宅ベースアップ評価料(II)、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(II) 訪問看護ベースアップ評価料(II)

- 一定の水準(対象職員の給与総額の1.2%)に達するため、評価の区分(8区分)を計算し、届出を行った施設について、①の評価へ上乗せ

(新)外来・在宅ベースアップ評価料(II) 等

病院、有床診療所

② 入院患者に係る評価

入院ベースアップ評価料

- 必要な評価の区分(165区分)を計算し、届出を行った施設について、入院料等に評価を上乗せ

(新)	入院ベースアップ評価料(1日につき)	1
	入院ベースアップ評価料1	1点
	入院ベースアップ評価料2	2点
	↓	
	165 入院ベースアップ評価料165	165点

- 対象職員の賃上げの計画及び実績について、毎年報告
- ベースアップ評価料においては、算定した評価は、対象職員の賃上げ(ベースアップ等)に用いる必要(令和6年度から令和7年度への繰り越しは可)

初再診料、入院基本料等の引き上げ

40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上げに資する措置

- 賃上げの計画及び毎年の実績(各年)についてベースアップ評価料①～③に伴う報告や抽出調査等により把握

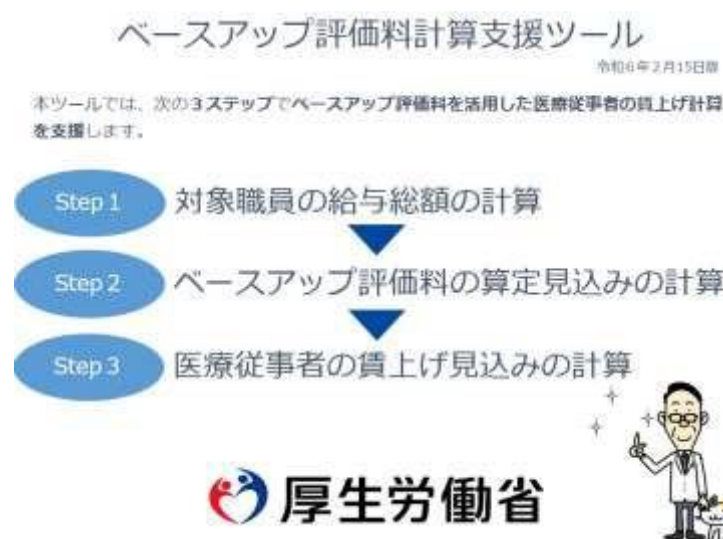
(参考)賃上げに関する詳細

(厚生労働省保険局医療課)
令和6年診療報酬改定の概要(医科全体版)より抜粋

- 厚生労働省では、令和6年度診療報酬改定における賃上げについて、「賃上げ等に関する診療報酬改定 & マイナ保険証の利用促進に関するオンラインセミナー」を開催致しました。
- 厚生労働省HP(mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00248.html)では、
オンラインセミナーのアーカイブ動画や説明資料及びベースアップ評価料計算支援ツールを用いて、
 - ①医療従事者の賃上げの概要について
 - ②よくあるご質問
 - ③ベースアップ評価料の試算
 について説明しています。
- 医療従事者の賃上げについて、動画や資料で理解を深め、ベースアップ評価料計算支援ツールを用いて、具体的にいくら賃上げが可能か試算してみましょう。



画像をクリックすると、説明資料(病院・以下診療所の場合をダウンロードできます。(PDFファイル)



画像をクリックすると、ベースアップ評価料計算支援ツールをダウンロードできます。(Excelファイル)

介護職員の処遇改善(令和6年6月施行)

告示改正

- 介護現場で働く方々にとって、令和6年度に2.5%、令和7年度に2.0%のベースアップへと確実につながるよう加算率の引上げを行う。
 - 介護職員等の確保に向けて、介護職員の処遇改善のための措置ができるだけ多くの事業所に活用されるよう推進する観点から、介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算、介護職員等ベースアップ等支援加算について、現行の各加算・各区分の要件及び加算率を組み合わせた4段階の「介護職員等処遇改善加算」に一本化を行う。
- ※ 一本化後の加算については、事業所内での柔軟な職種間配分を認める。また、人材確保に向けてより効果的な要件とする等の観点から、月額賃金の改善に関する要件及び職場環境等要件を見直す。

【訪問介護、訪問入浴介護★、通所介護、地域密着型通所介護、療養通所介護、認知症対応型通所介護★、通所リハビリテーション★、短期入所生活介護★、短期入所療養介護★、特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、小規模多機能型居宅介護★、認知症対応型共同生活介護★、看護小規模多機能型居宅介護、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院】

<現行>

介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	13.7%
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	10.0%
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	5.5%
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	6.3%
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	4.2%
介護職員等ベースアップ等支援加算	2.4%

<改定後>

介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	24.5% (新設)
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	22.4% (新設)
介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	18.2% (新設)
介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)	14.5% (新設)

- ※: 加算率はサービス毎の介護職員の常勤換算職員数に基づき設定しており、上記は訪問介護の例。処遇改善加算を除く加減算後の総報酬単位数に上記の加算率を乗じる。
- ※: 上記の訪問介護の場合、現行の3加算の取得状況に基づく加算率と比べて、改定後の加算率は2.1%ポイント引き上げられている。
- ※: なお、経過措置区分として、令和6年度末まで介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)(1)～(14)を設け、現行の3加算の取得状況に基づく加算率を維持した上で、今般の改定による加算率の引上げを受けることができるようにする。

(注) 令和6年度末までの経過措置期間を設け、加算率(上記)並びに月額賃金改善に関する要件及び職場環境等要件に関する激変緩和措置を講じる。

栄養管理体制の基準の明確化(入院料通則の改定①)

(厚生労働省保険局医療課)
令和6年診療報酬改定の概要(医科全体版)
より抜粋

栄養管理体制の基準の明確化

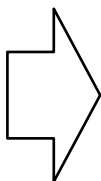
- 退院後の生活を見据え、入院患者の栄養管理体制の充実を図る観点から、栄養管理体制の基準を明確化する。

現行

【入院基本料等の施設基準等】

5 栄養管理体制の基準

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



改定後

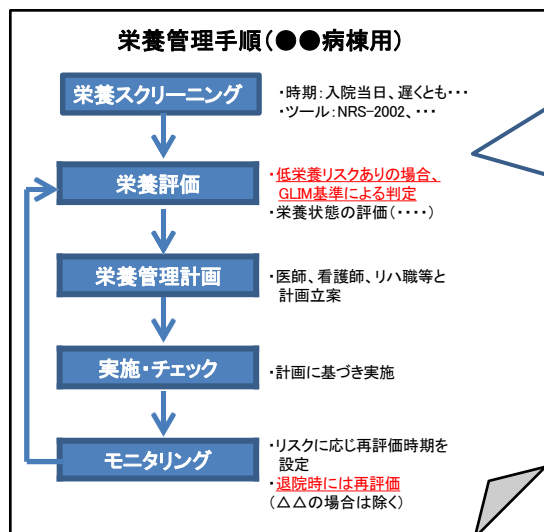
【入院基本料等の施設基準等】

5 栄養管理体制の基準

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

イメージ

各医療機関の機能や患者特性等に応じて栄養管理手順に位置づける



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

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

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

●栄養スクリーニング

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

低栄養リスクあり

●低栄養診断

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

低栄養と判定

重症度判定(中等度低栄養、重度低栄養)

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

人生の最終段階における適切な意思決定支援の推進(入院料通則の改定②)

人生の最終段階における適切な意思決定支援の推進

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

【指針の作成が要件となる対象】

➤ **入院料を算定する医療機関※**

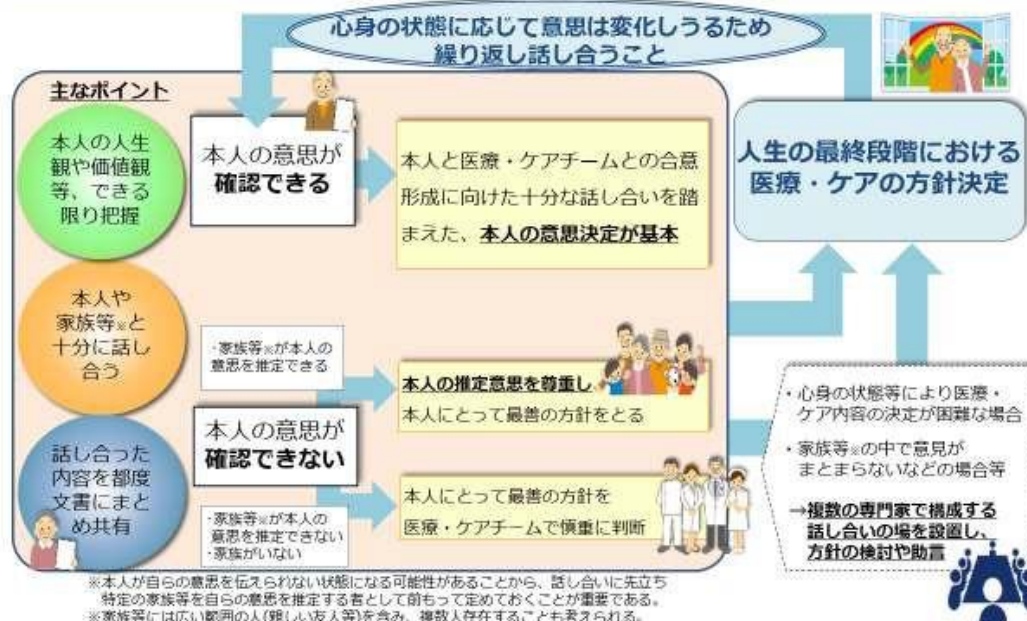
※ 小児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、小児入院医療管理料又は児童・思春期精神科入院医療管理料算定する病棟のみを有するものを除く。

➤ 以下の届出を行う医療機関

- ・がん患者指導管理料
- ・**地域包括診療料**
- ・**地域包括診療加算**
- ・**認知症地域包括診療料**
- ・**認知症地域包括診療加算**
- ・在宅療養支援診療所・病院

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

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



身体的拘束を最小化する取組の強化(入院料通則の改定③)

身体的拘束を最小化する取組の強化

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

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



【身体的拘束最小化の基準】

〔施設基準〕

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

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

DXとは

DXとは、「Digital Transformation（デジタルトランスフォーメーション）」の略称で、デジタル技術によって、ビジネスや社会、生活の形・スタイルを変える（Transformする）ことである。
（情報処理推進機構DXスクエアより）

医療DXとは

医療DXとは、保健・医療・介護の各段階（疾病の発症予防、受診、診察・治療・薬剤処方、診断書等の作成、診療報酬の請求、医療介護の連携によるケア、地域医療連携、研究開発など）において発生する情報やデータを、全体最適された基盤を通して、保健・医療や介護関係者の業務やシステム、データ保存の外部化・共通化・標準化を図り、国民自身の予防を促進し、より良質な医療やケアを受けられるように、社会や生活の形を変えることと定義できる。

疾病の
発症予防

被保険者
資格確認

診察・治療
薬剤処方

診断書等
の作成

診療報酬
請求

地域医療
連携

研究開発

クラウドを活用した業務やシステム、データ保存の外部化・共通化・標準化

特定健診
情報

資格情報

カルテ情報
処方情報
調剤情報

電子カルテ
情報

診療情報
提供書
退院時サマリ
行政への届出

診療報酬算定
モジュール

オンライン資格確認
マイナポータル活用

電子カルテ情報の標準化等

診療報酬
DX

医療ビッグデータ 分析

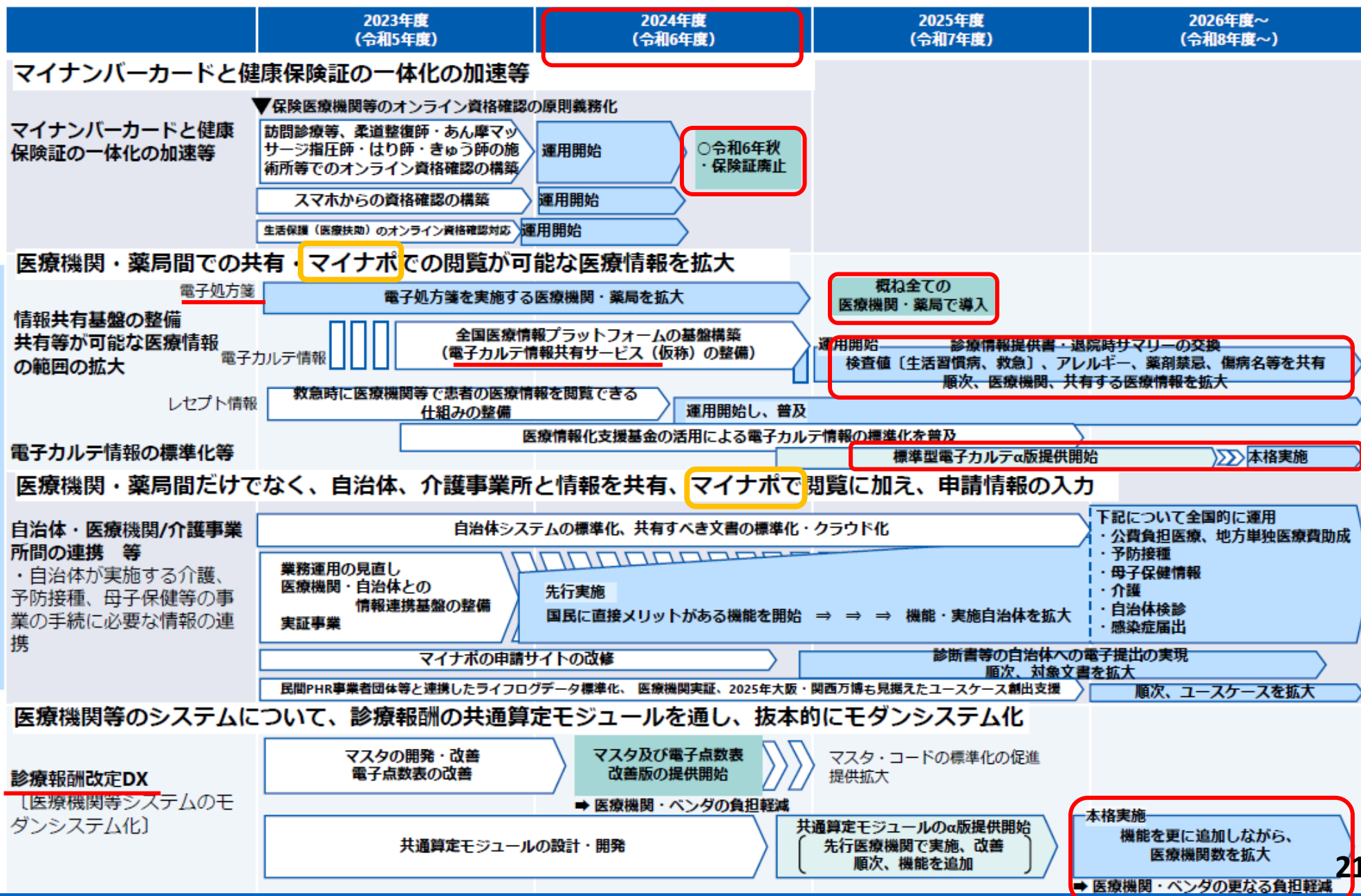
NDB

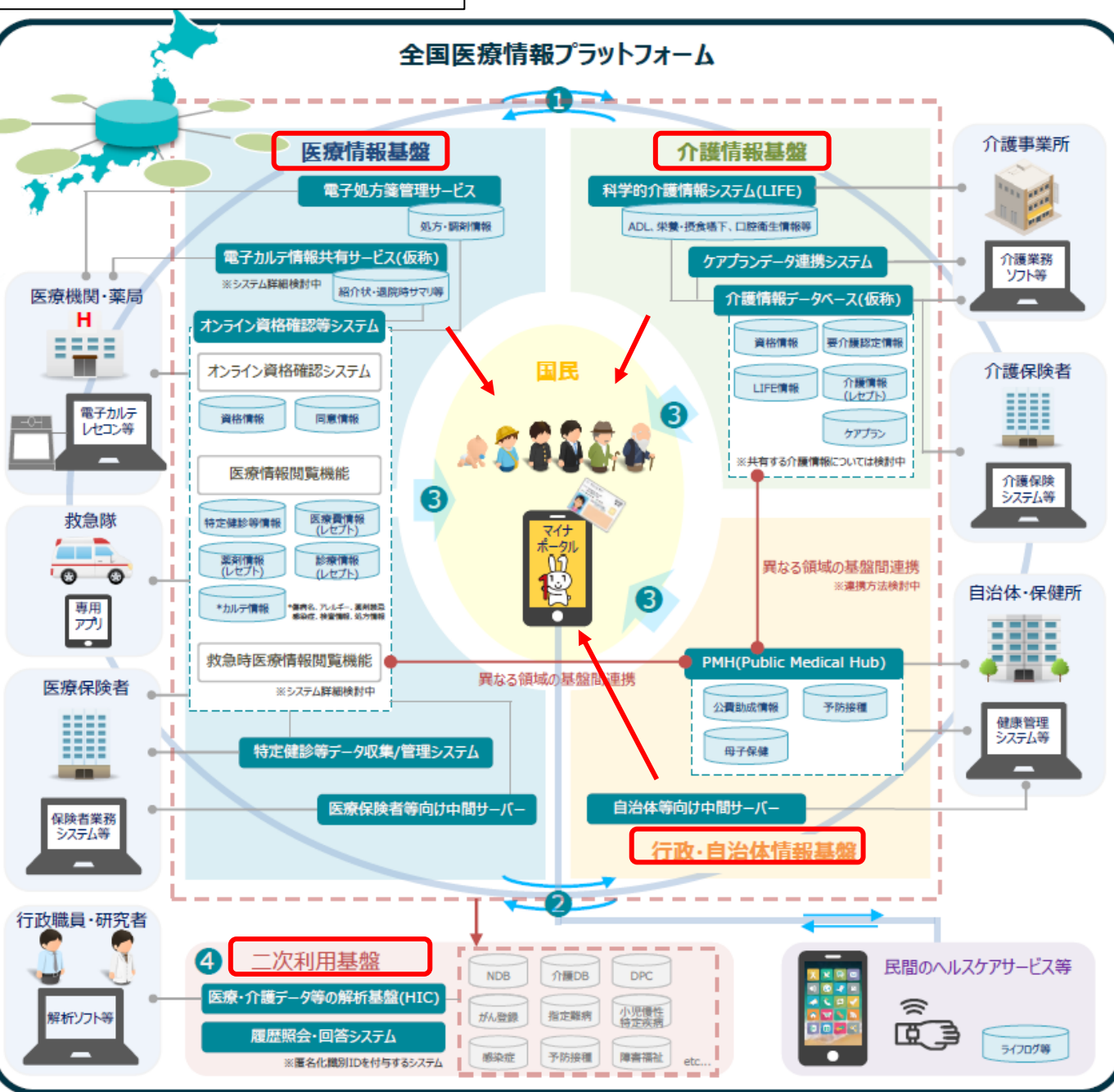
介護DB

公費負担医療
DB

医療DXの推進に関する工程表〔全体像〕

(内閣官房)第2回医療DX推進本部(令和5年6月2日)
「医療DXの推進に関する工程表(全体像)(案)資料3」





「医療DXのユースケース・メリット例」

1

救急・医療・介護現場の切れ目のない情報共有

- ✓ 意識不明時に、検査状況や薬剤情報等が把握され、迅速に的確な治療を受けられる。
- ✓ 入退院時等に、医療・介護関係者で状況が共有され、より良いケアを効率的に受けられる。



2

医療機関・自治体サービスの効率化・負担軽減

- ✓ 受診時に、公費助成対象制度について、紙の受給者証の持参が不要になる。
- ✓ 情報登録の手間や誤登録のリスク、費用支払に対する事務コストが軽減される。



3

健康管理、疾病予防、適切な受診等のサポート

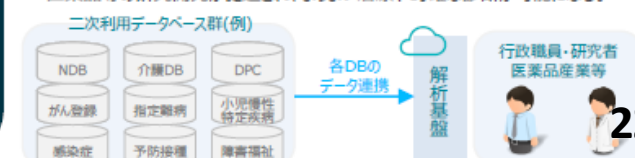
- ✓ 予防票や接種券がデジタル化され、速やかに接種勧奨が届くので能動的でスムーズな接種ができる。予防票・問診票を何度も書きしなくて済む。
- ✓ 自分の健康状態や病歴に関するデータを活用し、生活習慣病を予防する行動や、適切な受診判断等につなげることができる。



4

公衆衛生、医学・産業の振興に資する二次利用

- ✓ 政策のための分析ができることで、次の感染症危機への対応力強化につながる。
- ✓ 医薬品等の研究開発が促進され、よりよい治療や的確な診断が可能になる。



令和6年度診療報酬改定における医療DXに係る全体像

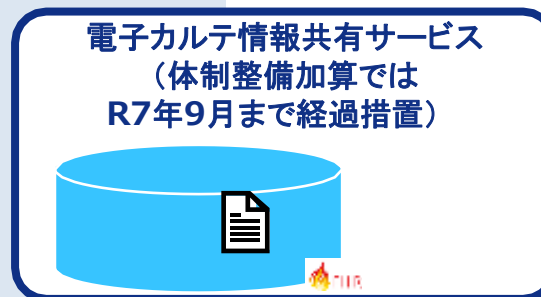
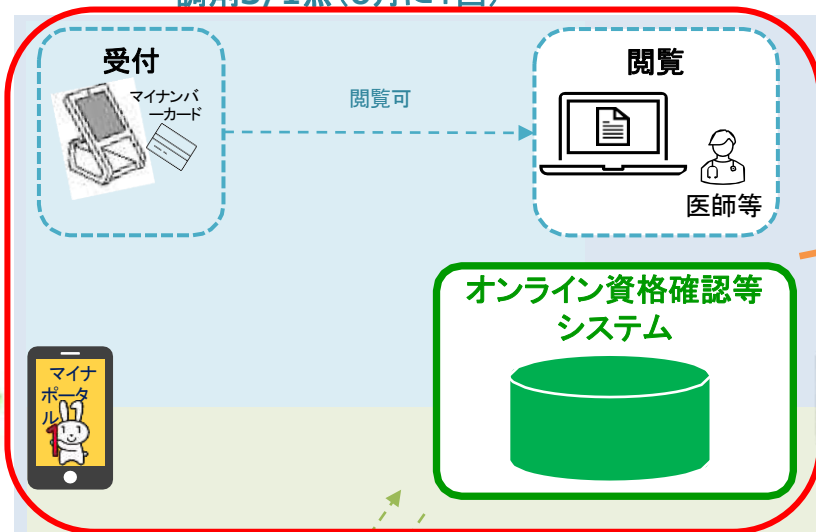
- 医療DX推進体制整備加算により、マイナ保険証利用により得られる薬剤情報等を診察室等でも活用できる体制を整備するとともに、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスの整備、マイナ保険証の利用率を要件とし、医療DXを推進する体制を評価する。(電子処方箋等は経過措置あり)

(新)医療情報取得加算 初診3/1点 再診2/1点(3月に1回)
調剤3/1点(6月に1回)

(新)医療DX推進体制整備加算 8点、6点(歯科)、4点(調剤)

- ・医療DX推進の体制に関する事項等について、見やすい場所、ウェブサイト等に掲示していること。
- ・一定程度(●%)以上のマイナ保険証の利用実績(R6.10～)

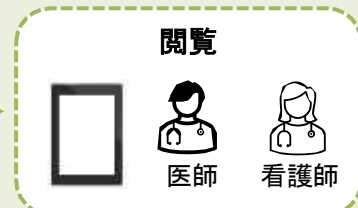
等



訪問した医療関係者の
モバイル端末で読み込
み



居宅同意取得型
Webサービス



(新)在宅医療DX情報活用加算 10点

(新)訪問看護医療DX情報活用加算 5点

(新)在宅医療DX情報活用加算(歯科)8点

(厚生労働省保険局医療課)
令和6年診療報酬改定の概要
(全体概要版)より抜粋

救急現場への導入を要件化
急性期充実体制加算・総合入院体制加算
・救命救急入院料
(救急時医療情報閲覧機能の評価)

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

訪問看護医療DX情報活用加算の新設

(厚生労働省保険局医療課)
令和6年診療報酬改定の概要(医科全体版)より抜粋

訪問看護医療DX情報活用加算

- 指定訪問看護ステーション等において、居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムを通じて利用者の診療情報を取得し、当該情報を活用して質の高い医療を提供することに係る評価を新設する。

(新) 訪問看護医療DX情報活用加算

50円



[算定要件]

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の看護師等(准看護師を除く。)が、健康保険法第3条第13項の規定による電子資格確認により、利用者の診療情報を取得等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は、訪問看護医療DX情報活用加算として、月1回に限り、50円を所定額に加算する。

[施設基準]

- (1) 訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令(平成4年厚生省令第5号)第1条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。
- (2) 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。
- (3) 医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い訪問看護を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して訪問看護を行うことについて、当該訪問看護ステーションの見やすい場所に掲示していること。
- (4) (3)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。

[経過措置]

令和6年3月31日において現に指定訪問看護事業者が、当該指定に係る訪問看護事業を行う事業所については、令和7年5月31日までの間に限り、(3)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、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料についても同様

科学的介護推進体制加算の見直し

告示・通知改正

- 科学的介護推進体制加算について、質の高い情報の収集・分析を可能とし、入力負担を軽減し科学的介護を推進する観点から、見直しを行う。

通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護★、通所リハビリテーション★、特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、小規模多機能型居宅介護★、認知症対応型共同生活介護★、看護小規模多機能型居宅介護、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院

- LIFEへのデータ提出頻度について、他のLIFE関連加算と合わせ、少なくとも「3月に1回」に見直す。
- その他、LIFE関連加算に共通した以下の見直しを実施。
 - ・ 入力項目の定義の明確化や、他の加算と共通する項目の選択肢を統一化する
 - ・ 同一の利用者に複数の加算を算定する場合に、一定の条件下でデータ提出のタイミングを統一できるようにする

自立支援促進加算の見直し

告示・通知改正

- 自立支援促進加算について、質の高い情報の収集・分析を可能とし、入力負担を軽減し科学的介護を推進する観点から、見直しを行う。

介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院

【単位数】

<現行>

自立支援促進加算 300単位/月

<改定後>

自立支援促進加算 **280**単位/月(変更)
(介護老人保健施設は300単位/月)

【見直し内容】

- 医学的評価の頻度について、支援計画の見直し及びデータ提出の頻度と合わせ、「3月に1回」へ見直すことで、事務負担の軽減を行う。
- その他、LIFE関連加算に共通した見直しを実施。

診療報酬における書面要件及び書面揭示のデジタル化について

(厚生労働省保険局医療課)令和6年診療報酬改定の概要(医科全体版)より抜粋

診療報酬における書面要件の見直し

- 医療DXを推進する観点から、診療報酬上、書面での検査結果その他の書面の作成又は書面を用いた情報提供等が必要とされる項目について、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」の遵守を前提に、電磁的方法による作成又は情報提供等が可能であることについて明確化する。
- 具体的には、
 - 文書による提供等を行うこととされている個々の患者の診療に関する情報等を、電磁的方法によって、患者、他の保険医療機関、保険薬局又は指定訪問看護事業者等に提供等する場合は、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保するとともに、書面における署名又は記名・押印に代わり、当該ガイドラインに定められた電子署名を施すこととする。
 - 診療情報提供書については、電子カルテ情報共有サービスを用いて提供する場合には、一定のセキュリティが確保されていることから電子署名を行わなくても共有可能とする。

書面揭示事項のウェブサイトへの掲載

- デジタル原則に基づき書面揭示についてインターネットでの閲覧を可能な状態にすることを原則義務づけよう求められていることを踏まえ、保険医療機関、保険薬局及び指定訪問看護事業者における書面揭示について、原則として、ウェブサイトに掲載しなければならないこととする。

- ※ 自ら管理するウェブサイトをもたない保険医療機関等は対象外。
- ※ **令和7年5月31日まで**の間の経過措置を設ける。

「書面掲示」規制の見直し

省令・告示・通知改正

- 運営基準省令上、事業所の運営規程の概要等の重要事項等について、「書面掲示」に加え、インターネット上で情報の閲覧が完結するよう、介護サービス事業者は、原則として重要事項等の情報をウェブサイトに掲載・公表しなければならないこととする。
(※令和7年度から義務付け)

全サービス

通所系サービスにおける送迎に係る取扱いの明確化

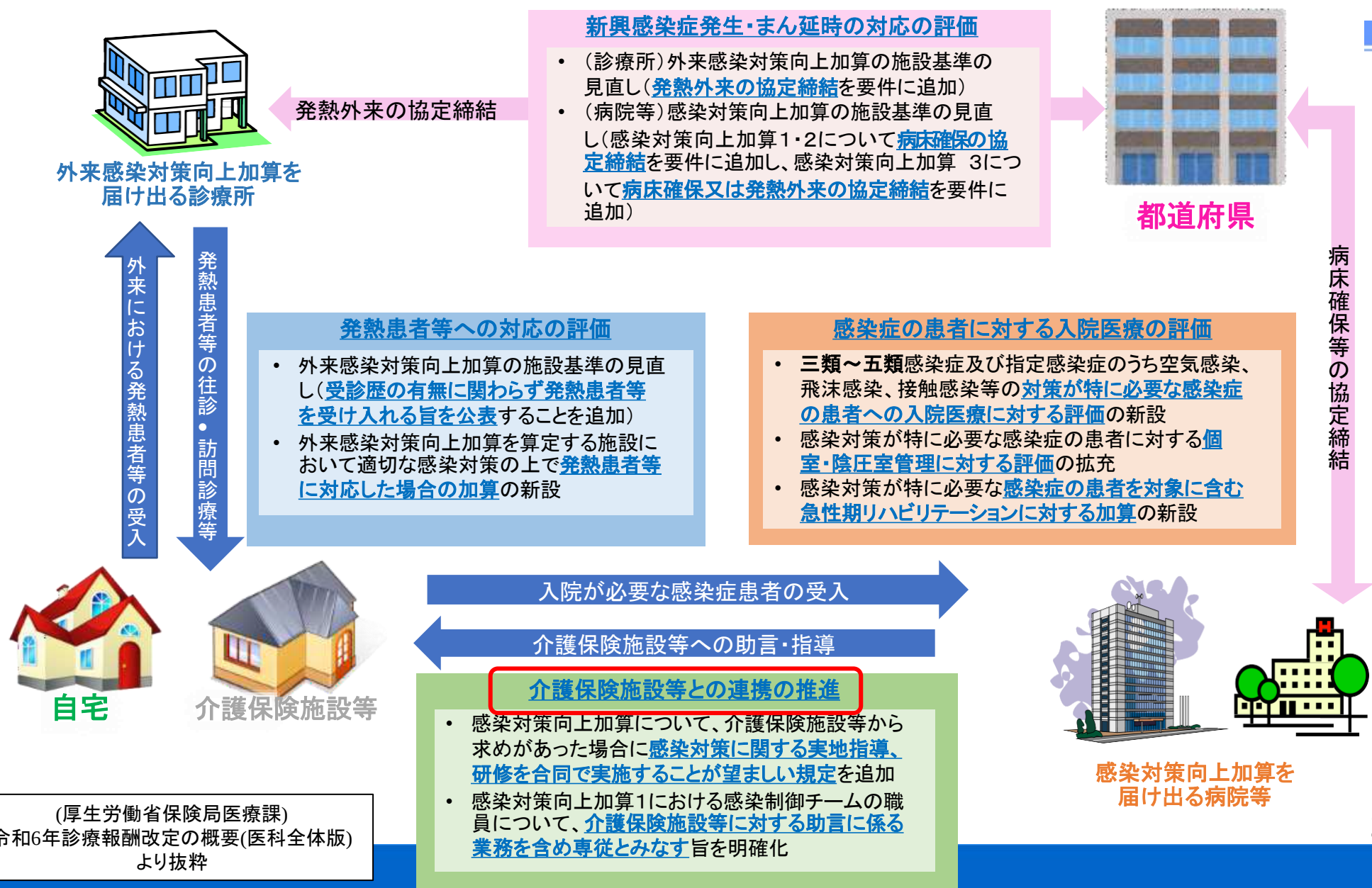
Q&A発出

- 通所系サービスにおける送迎について、利便性の向上や運転専任職の人材不足等に対応する観点から、送迎先について利用者の居住実態のある場所を含めるとともに、他の介護事業所や障害福祉サービス事業所の利用者との同乗を可能とする。

通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護★、通所リハビリテーション★、療養通所介護

- 利用者の送迎について、利用者の居宅と事業所間の送迎を原則とするが、運営上支障が無く、利用者の居住実態（例えば、近隣の親戚の家）がある場所に限り、当該場所への送迎を可能とする。
- 介護サービス事業所において、他事業所の従業員が自事業所と雇用契約を結び、自事業所の従業員として送迎を行う場合や、委託契約において送迎業務を委託している場合（共同での委託を含む）には、責任の所在等を明確にした上で、他事業所の利用者との同乗を可能とする。
- 障害福祉サービス事業所が介護サービス事業所と雇用契約や委託契約（共同での委託を含む）を結んだ場合においても、責任の所在等を明確にした上で、障害福祉サービス事業所の利用者も同乗することを可能とする。
※なお、この場合の送迎範囲は、利用者の利便性を損うことのない範囲並びに各事業所の通常の事業実施地域範囲内とする。

ポストコロナにおける感染症対策に係る評価の見直しの全体像



高齢者施設等における感染症対応力の向上

告示改正

- 高齢者施設等については、施設内で感染者が発生した場合に、感染者の対応を行う医療機関との連携の上で施設内で感染者の療養を行うことや、他の入所者等への感染拡大を防止することが求められることから、以下を評価する新たな加算を設ける。

ア 新興感染症の発生時等に感染者の診療等を実施する医療機関(協定締結医療機関)との連携体制を構築していること。

イ 上記以外の一般的な感染症(※)について、協力医療機関等と感染症発生時における診療等の対応を取り決めるとともに、当該協力医療機関等と連携の上、適切な対応を行っていること。

※新型コロナウイルス感染症を含む。

ウ 感染症対策にかかる一定の要件を満たす医療機関等や地域の医師会が定期的に主催する感染対策に関する研修に参加し、助言や指導を受けること

- また、感染対策に係る一定の要件を満たす医療機関から、施設内で感染者が発生した場合の感染制御等の実地指導を受けることを評価する新たな加算を設ける。

特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護★、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院

高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)

10単位/月(新設) **高齢者施設等**

- ・ 感染症法第6条第17項に規定する第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保すること
- ・ 協力医療機関等との間で、感染症の発生時等の対応を取り決めるとともに、感染症の発生時等に、協力医療機関等と連携し適切に対応していること



第二種協定指定医療機関等との連携

院内感染対策に関する研修又は訓練に年1回参加



3年に1回以上
実地指導を受ける



医療機関等

- ・ 第二種協定指定医療機関(新興感染症)
- ・ 協力医療機関等(その他の感染症)



- ・ 診療報酬における感染対策向上加算若しくは外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会



医療機関等

- ・ 診療報酬における感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関

高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ) 5

単位/月(新設) **高齢者施設等**



令和6年度診療報酬改定における主要な改定項目②

(厚生労働省保険局医療課)
令和6年診療報酬改定の概要(全体概要版)より抜粋

4. 同時報酬改定における対応

- コロナ禍の経験を踏まえた、地域における協力医療機関に関する体制整備の推進も含めた、医療機関と介護保険施設等との連携の強化。
- かかりつけ医とケアマネ等との連携強化。
- 障害者支援施設に入所する末期悪性腫瘍患者に対する訪問診療料等の費用を医療保険からの給付とするよう見直し。
- 医療的ケア児(者)に対する、入院前支援の評価。
- 有床診療所における障害連携の評価の充実。

【地ケア・在支診/病・後方支援病院】

介護保険施設等の協力医療機関となることを望ましいこととして要件化

【(新) 協力対象施設入所者入院加算(入院初日)】

1	往診が行われた場合	600点
2	1以外の場合	200点

【(新) 介護保険施設等連携往診加算 200点】

【(新) 医療的ケア児(者)入院前支援加算 1,000点】

【有床診療所入院基本料】

イ	介護障害連携加算1	192点
ロ	介護障害連携加算2	38点

5. 外来医療の機能分化・強化等

- 特定疾患療養管理料の対象疾患から生活習慣病を除外し、療養計画書への同意や診療ガイドラインを参考にすることを要件とした出来高算定による生活習慣病管理料(Ⅱ)を新設。
- 地域包括診療料・加算においてかかりつけ医とケアマネとの連携を促進。
- リフィル処方箋や長期処方の促進、一般名処方加算の見直し等による後発品使用促進。
- 外来腫瘍化学療法の充実。

【(新)生活習慣病管理料(Ⅱ)333点(月1回)】

特定疾患処方管理加算	56点
地域包括診療加算1/2	28点/21点
認知症地域包括診療加算1/2	38点/31点
【一般名処方加算】	
一般名処方加算1/2	10点/8点
後発医薬品使用体制加算1/2/3	87点/82点/77点
外来後発医薬品使用体制加算1/2/3	8点/7点/5点
【薬剤情報提供料】	4点
【処方箋料】	60点

6. 医療機能に応じた入院医療の評価

- 高齢者の急性疾患の治療とともに、早期退院に向けたリハビリ及び栄養管理等を適切に提供する地域包括医療病棟を新設。
- 重症度、医療・看護必要度及び平均在院日数の見直しにより急性期医療の機能分化を促進。
 - 働き方改革も踏まえ特定集中治療室管理料(ICU)の見直し及び遠隔ICU加算の新設。
- DPC/PDPSによる、大学病院の医師派遣機能、臓器提供、医療の質向上の取組を新たに評価。
- 療養病棟における医療区分の見直しとともに、中心静脈栄養の評価の見直し等。
- 看護補助体制充実加算の見直しにより経験が豊富な看護補助者や介護福祉士を評価。

【(新)地域包括医療病棟入院料 3,050点】

【(新)特定集中治療室管理料5・6 8,890点】

【急性期充実体制加算】

急性期充実体制加算1/2

440点/360点(7日以内の期間) 等

小児・周産期・精神科充実体制加算

急性期充実体制加算1/2の場合 90点/60点

回復期リハビリテーション病棟入院料1

2,229点(体制強化加算は廃止)

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1
40日以内 2,838点/ 41日以降 2,690点

医療と介護の連携の推進(イメージ)

(厚生労働省保険局医療課)
令和6年診療報酬改定の概要(全体概要版)より抜粋

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

介護保険施設等と連携する医療機関

【在宅医療を担う医療機関や感染対策を担う医療機関等】

介護保険施設等との連携の推進

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

● : 診療報酬 ■ : 介護報酬

(1) 平時からの連携
(カンファレンス等による入所者の情報の共有等)

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

(2) 急変時の電話相談・診療の求め

(3) 相談対応・医療提供

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

(4) 入院調整

- 協力対象施設入所者入院加算の新設
- 退所時情報提供加算の見直し

(5) 早期退院

- 退院が可能となった場合の速やかな受入れの努力義務化

医師等と介護支援専門員との連携

介護保険施設等

【特養・老健・介護医療院】

協力医療機関等との連携の強化

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

居宅介護支援事業所

- ・入院時情報連携加算の見直し
入院当日に病院等の職員に対して利用者の情報を提供した場合について評価を充実
- ・通院時情報連携加算の見直し
算定対象に歯科医師を追加

地域包括診療料等を算定する医療機関

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

- 令和6年度介護報酬改定における、①高齢者施設等における医療ニーズへの対応強化、②協力医療機関との連携強化にかかる主な見直し内容

高齢者施設等



【特養・老健・介護医療院・特定施設・認知症グループホーム】

①高齢者施設等における医療ニーズへの対応強化

■医療提供等にかかる評価の見直しを実施

<主な見直し>

- ・配置医師緊急時対応加算の見直し
【(地域密着型)介護老人福祉施設】
日中の配置医の駆けつけ対応を評価
- ・所定疾患施設療養費の見直し
【介護老人保健施設】
慢性心不全が増悪した場合を追加
- ・入居継続支援加算の見直し
【(地域密着型)特定施設入居者生活介護】
評価の対象となる医療的ケアに尿道カテーテル留置、在宅酸素療法、インスリン注射を追加
- ・医療連携体制加算の見直し
【認知症対応型共同生活介護】
看護体制に係る評価と医療的ケアに係る評価を整理した上で、評価の対象となる医療的ケアを追加

②高齢者施設等と医療機関の連携強化

■実効性のある連携の構築に向けた運営基準・評価の見直し等を実施

(1)平時からの連携

- ・利用者の病状急変時等における対応の年1回以上の確認の義務化(運営基準)
- ・定期的な会議の実施に係る評価の新設

(2)急変時の電話相談・診療の求め

(3)相談対応・医療提供

- ・相談対応を行う体制、診療を行う体制を常時確保する協力医療機関を定めることの義務化※1(運営基準)

(4)入院調整

- ・入院を要する場合に原則受け入れる体制を確保した協力病院を定めることの義務化※2(運営基準)
- ・入院時の生活支援上の留意点等の情報提供に係る評価の新設

(5)早期退院

- ・退院が可能となった場合の速やかな受入りの努力義務化(運営基準)

在宅医療を支援する地域の医療機関等



- ・在宅療養支援診療所
- ・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持つ病院

等を想定



(厚生労働省老健局)「令和6年度介護報酬改定の主な事項について」より抜粋

※1 経過措置3年。(地域密着型)特定施設入居者生活介護・認知症対応型共同生活介護は努力義務。

※2 介護保険施設のみ。

(参考)在支診・在支病の施設基準

(厚生労働省保険局医療課)
令和6年診療報酬改定の概要(医科全体版)より抜粋

	機能強化型在支診・在支病				在支診在支病	(参考)在宅療養後方支援病院
	単独型		連携型			
	診療所	病院	診療所	病院		
全ての在支診・在支病の基準	① 24時間連絡を受ける体制の確保 ② 24時間の往診体制 ③ 24時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑥ 年に1回、看取り数等を報告している ⑦ 適切な意思決定支援に係る指針の作成 ⑧ 訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備 ⑨ 介護保健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				○ 許可病床数200床以上 ○ 在宅医療を提供する医療機関と連携し、24時間連絡を受ける体制を確保 ○ 連携医療機関の求めに応じて入院希望患者の診療が24時間可能な体制を確保(病床の確保を含む) ※ やむを得ず当該病院に入院させることができなかった場合は、対応可能な病院を探し紹介すること ○ 連携医療機関との間で、3月に1回以上、患者の診療情報の交換を行い、入院希望患者の一覧表を作成	
全ての在支病の基準	「在宅療養支援病院」の施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。 (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 (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 ※ 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					
機能強化型在支診・在支病の基準	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 3人以上		⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 連携内で3人以上			
	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 10件以上	⑧ 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績10件以上 ・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 ・地域包括ケア病棟入院料・院医療管理料1又は3を届け出ている	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績連携内で10件以上各医療機関で4件以上	⑧ 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績10件以上各医療機関で4件以上 ・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 ・地域包括ケア病棟入院料・院医療管理料1又は3を届け出ている		
	⑨ 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 いずれか4件以上		⑨ 過去1年間の看取りの実績連携内で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 いずれか2件以上			
	⑩ 地域において24時間体制での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					
	⑪ 各年5月から7月までの訪問診療の回数が一定回数を超える場合においては、次年の1月から在宅データ提出加算に係る届出を行っていること。					

33

協力医療機関との連携体制の構築

省令改正

- 介護保険施設について、施設内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下でより適切な対応を行う体制を確保する観点から、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するために、以下の見直しを行う。

介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院

【基準】

ア以下の要件を満たす協力医療機関(③については病院に限る。)を定めることを**義務付ける**(複数の医療機関を定めることにより要件を満たすこととしても差し支えないこととする。)。<経過措置3年間>

- ① 入所者の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。
- ② 診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。
- ③ 入所者の病状の急変が生じた場合等において、当該施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。

イ1年に1回以上、協力医療機関との間で、入所者の病状の急変が生じた場合等の対応を確認するとともに、当該協力医療機関の名称等について、当該事業所の指定を行った自治体に提出しなければならないこととする。

ウ入所者が協力医療機関等に入院した後に、病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、速やかに再入所させることができるように努めることとする。

協力医療機関との連携体制の構築

省令改正

- 高齢者施設等内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下で適切な対応が行われるよう、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するために、以下の見直しを行う。

特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護★

【基準】

ア 協力医療機関を定めるに当たっては、以下の要件を満たす協力医療機関を定めるように**努めること**とする。

- ① 利用者の病状の急変が生じた場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。
- ② 診療の求めがあった場合に、診療を行う体制を常時確保していること。

イ 1年に1回以上、協力医療機関との間で、利用者の病状の急変が生じた場合等の対応を確認するとともに、当該協力医療機関の名称等について、当該事業所の指定を行った自治体に提出しなければならないこととする。

ウ 利用者が協力医療機関等に入院した後に、病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、速やかに再入居させることができるように努めることとする。

リハビリテーションに係る医療介護障害連携

(厚生労働省保険局医療課)
令和6年診療報酬改定の概要(医科全体版)より抜粋



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

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



診療報酬上の対応

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

介護報酬上の対応

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

診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬の共通対応

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

医療機関のリハビリテーション計画書の受け取りの義務化

省令改正、告示改正

- 退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを実施する観点から、退院後のリハビリテーションを提供する際に、入院中に医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書等を入手し、内容を把握することを義務付ける。
- リハビリテーション事業所の医師等が、医療機関の退院前カンファレンスに参加した際の評価を新たに設ける。

訪問リハビリテーション★、通所リハビリテーション★

【基準】(義務付け)

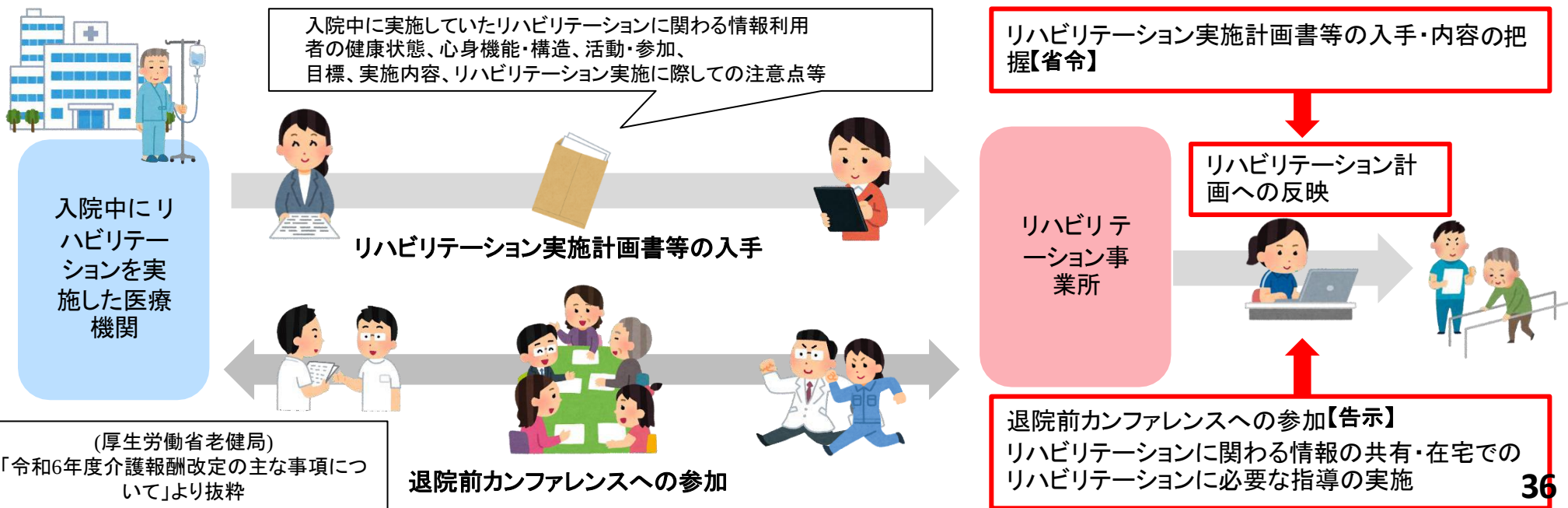
- 医師等の従業者は、リハビリテーションを受けていた医療機関から退院した利用者のリハビリテーション計画の作成に当たっては、当該医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書等を入手し、当該利用者のリハビリテーションの情報を把握しなければならない。

【単位数】

退院時共同指導加算 600単位/回(退院時1回に限る) (新設)

【算定要件等】

- リハビリテーション事業所の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が、退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行う。



生活習慣病に係る疾病管理のイメージ

(厚生労働省保険局医療課)
令和6年診療報酬改定の概要(全体概要版)より抜粋

- 脂質異常症、高血圧、糖尿病の生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組ついでに疾病管理に関して下記のとおり見直す。

現行

【生活習慣病管理料】※検査等の費用を包括

1脂質異常症を主病とする場合	570点
2高血圧症を主病とする場合	620点
3糖尿病を主病とする場合	720点

【特定疾患療養管理料(月2回算定可)】

1.診療所の場合	225点	2.100床未満の病院	147点	3.100床以上200床未満の病院	87点
----------	------	-------------	------	-------------------	-----

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

改定後

【生活習慣病管理料(Ⅰ)】(月1回)

1脂質異常症を主病とする場合	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

【(新)生活習慣病管理料(Ⅱ)】(月1回)

333点

※ 検査等を包括しない出来高算定可能な医学管理料

(今後の生活習慣病管理料における診療のイメージ)



医療DXを活用した情報共有の推進

診療ガイドライン等を参考とした
質の高い疾病管理



治療に係る情報についての
療養計画書を用いた説明



歯科医師、薬剤師、看護師、
管理栄養士等による 多職種連携

糖尿病患者に対する歯科受診の推奨



リフィル処方及び長期処方の活用



(参考) 外来データ提出加算について

(厚生労働省保険局医療課)
令和6年診療報酬改定の概要(全体概要版)より抜粋

〈共通項目〉

〈在宅データ提出加算特有の項目〉

外来データ提出加算 50点(月1回)

[算定要件]

- 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関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。

[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。

大項目	項目名
属性	生年月日
	性別
	患者住所地域の郵便番号
身長・体重	身長
	体重
喫煙歴	喫煙区分
	1日の喫煙本数
	喫煙年数
介護情報	高齢者情報
	要介護度
診断情報/傷病	自院管理の有無
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名
入院の状況	入院の有無
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名
終診情報	当月中の終診情報
	終診年月日
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名

大項目	項目名
外来受診情報	受診年月日
	初診/再診
	他院による紹介の有無
	診療科コード
糖尿病の有無	糖尿病の有無
	自院管理の有無
糖尿病の診断年月	診断年月
血糖コントロール・慢性合併症	血糖コントロール
	慢性合併症:網膜症
	慢性合併症:腎症
	慢性合併症:神経障害
高血圧症の有無	高血圧症の有無
	自院管理の有無
高血圧症の診断年月	診断年月
血圧	血圧分類
	リスク層
	収縮期血圧
	拡張期血圧
脂質異常症の有無	脂質異常症の有無
	自院管理の有無
脂質異常症の診断年月	診断年月

大項目	項目名
リスク分類・LDLコレステロール	リスク分類
	LDLコレステロール
脳卒中の有無(初発)	脳卒中の有無(既往含む)
	脳卒中の初発の種類(既往含む)
	脳卒中の初発の発症(診断)年月
脳卒中(初発以外)	脳卒中の初発以外の種類(既往含む)
	脳卒中の初発以外の発症(診断)年月
急性冠症候群の有無(初発)	急性冠症候群の有無(既往含む)
	急性冠症候群の初発の種類(既往含む)
	急性冠症候群の初発の発症(診断)年月
急性冠症候群の(初発以外)	急性冠症候群の初発以外の種類(既往含む)
	急性冠症候群の初発以外の発症(診断)年月
心不全の有無	心不全の有無
	心不全の診断年月
急性大動脈解離の有無(初発)	急性大動脈解離の有無(既往含む)
	急性大動脈解離の初発の発症(診断)年月
急性大動脈解離(初発以外)	急性大動脈解離の初発以外の発症(診断)年月
慢性腎臓病の有無	慢性腎臓病の有無
	慢性腎臓病の診断年月
高尿酸血症の有無	高尿酸血症の有無
	高尿酸血症の診断年月
	尿酸値

処方等に関する評価の見直し

(厚生労働省保険局医療課)

令和6年診療報酬改定の概要(医科全体版)より抜粋

リフィル処方及び長期処方の推進

- リフィル処方及び長期処方を適切に推進する観点から、以下の見直しを行う。
- リフィル処方及び長期処方の活用並びに医療DXの活用による効率的な医薬品情報の管理を適切に推進する観点から、処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算について、28日未満の処方を行った際の特定疾患処方管理加算1を廃止し、特定疾患処方管理加算2の評価を見直す(66点→56点)。また、特定疾患処方管理加算について、リフィル処方箋を発行した場合も算定を可能とする。
- かかりつけ医機能の評価である地域包括診療料等について、リフィル処方及び長期処方の活用を推進する観点から、患者の状況等に合わせて医師の判断により、リフィル処方や長期処方を活用することが可能であることを、患者に周知することを要件に追加する。

処方箋料の見直し及び後発医薬品の使用促進等の推進

- 後発医薬品の使用促進を推進する等の観点から、以下の見直しを行う。

現行

【一般名処方加算】	
一般名処方加算1	7点
一般名処方加算2	5点
【後発医薬品使用体制加算】	
後発医薬品使用体制加算1	47点
後発医薬品使用体制加算2	42点
後発医薬品使用体制加算3	37点
【外来後発医薬品使用体制加算】外	
来後発医薬品使用体制加算1 外来	5点
後発医薬品使用体制加算2 外来後	4点
発医薬品使用体制加算3	2点
【薬剤情報提供料】	10点
【処方箋料】	
1 向精神薬他剤投与を行った場合	28点
2 1以外の場合の他剤投与又は 向精神薬長期処方を行った場合	40点
3 1及び2以外の場合	68点

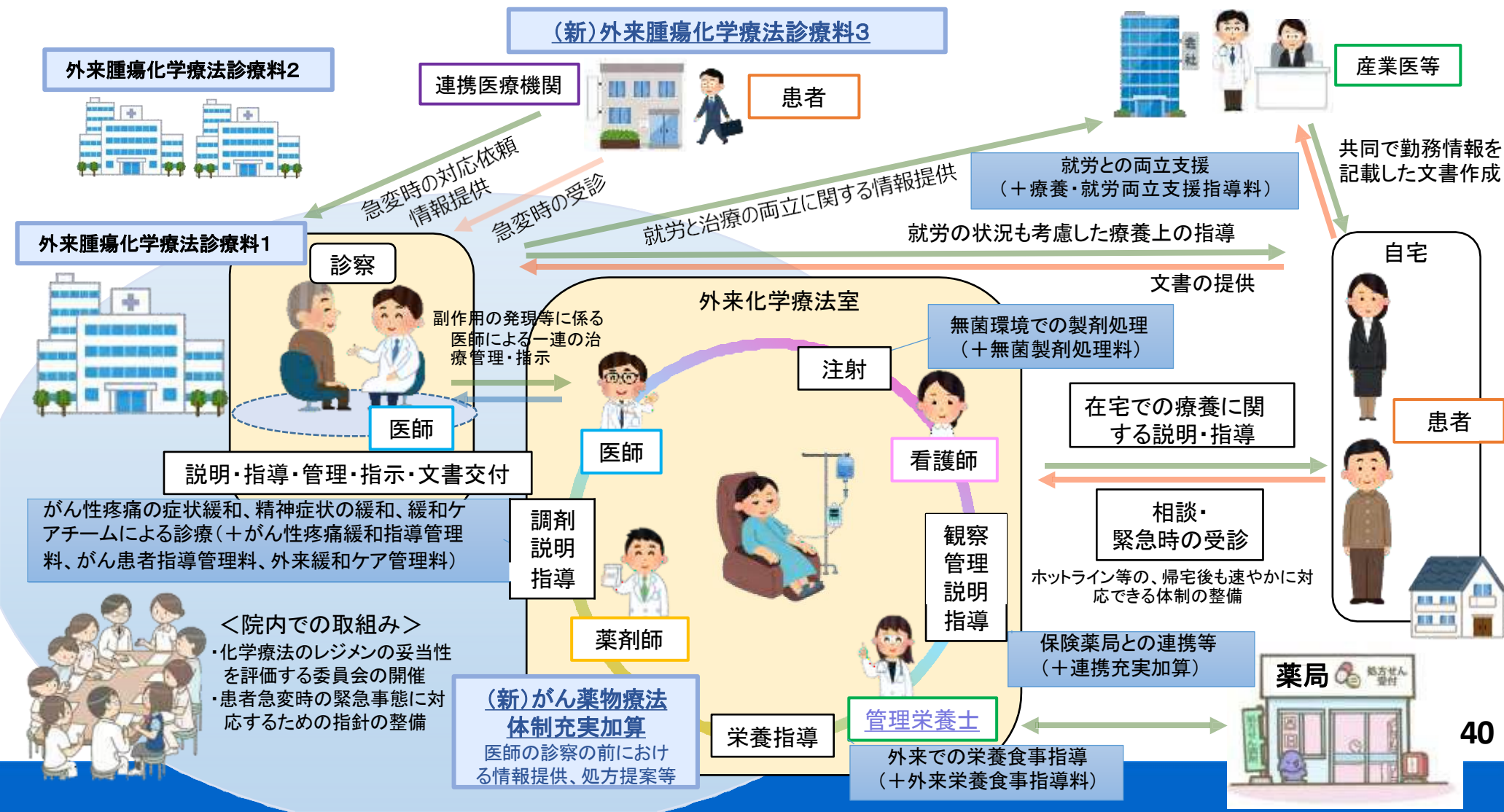


改定後

【一般名処方加算】	
一般名処方加算1	<u>10点</u>
一般名処方加算2	<u>8点</u>
【後発医薬品使用体制加算】	
後発医薬品使用体制加算1	<u>87点</u>
後発医薬品使用体制加算2	<u>82点</u>
後発医薬品使用体制加算3	<u>77点</u>
【外来後発医薬品使用体制加算】外	
来後発医薬品使用体制加算1 外来	<u>8点</u>
後発医薬品使用体制加算2 外来後	<u>7点</u>
発医薬品使用体制加算3	<u>5点</u>
【薬剤情報提供料】	<u>4点</u>
【処方箋料】※処方箋料を包括している評価も同様	
1 向精神薬他剤投与を行った場合	<u>20点</u>
2 1以外の場合の他剤投与又は 向精神薬長期処方を行った場合	<u>32点</u>
3 1及び2以外の場合	<u>60点</u>

外来腫瘍化学療法の実施・推進(イメージ)

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



入院医療の評価体系と期待される機能(イメージ)

(厚生労働省保険局医療課)
令和6年診療報酬改定の概要(全体概要版)より抜粋

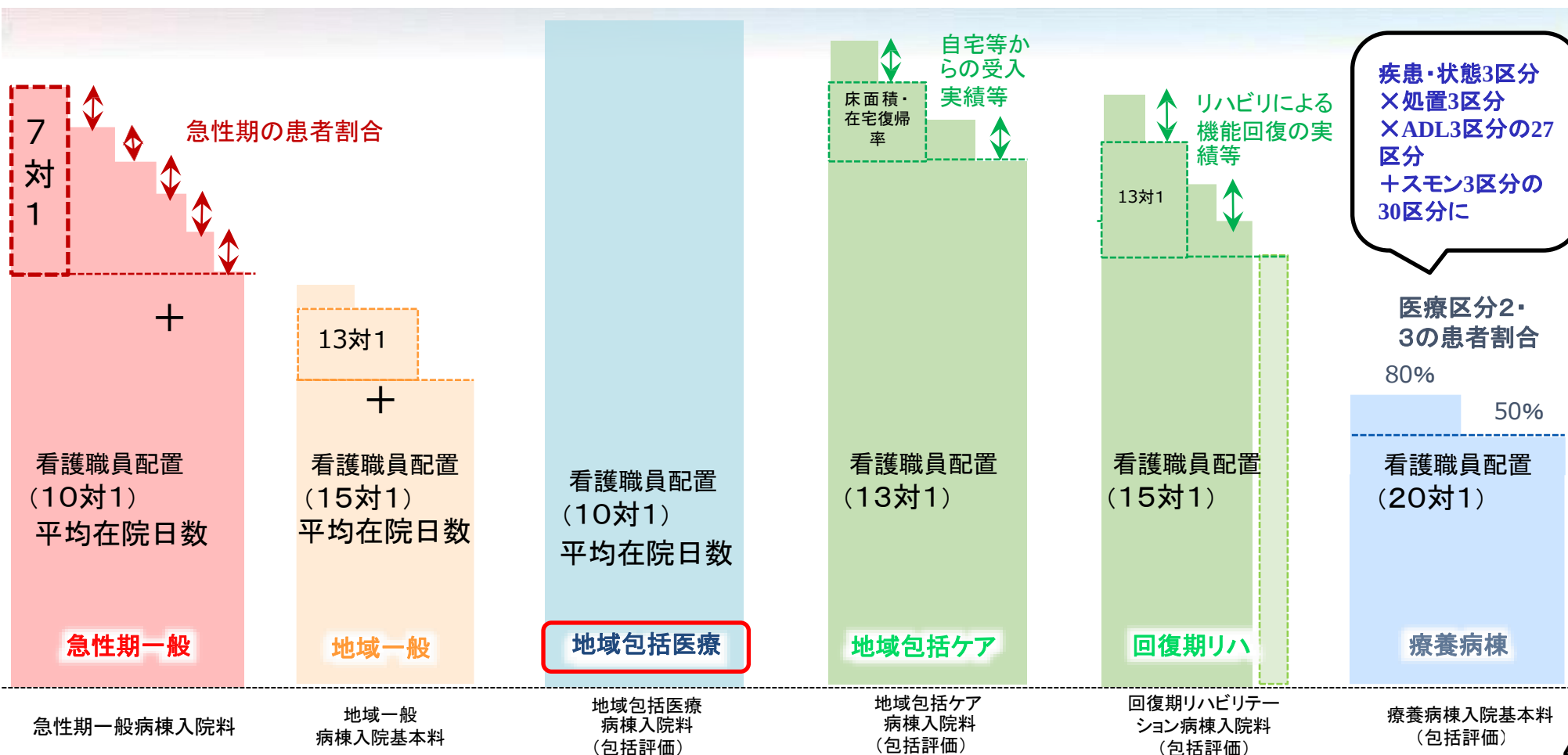
- 入院医療評価体系については、基本的な医療の評価部分と診療実績に応じた段階的な評価部分との二つの評価を組み合わせた評価体系としている。急性期医療と回復期医療を担う地域包括医療病棟を新設した。

※ 特定機能病院、専門病院、精神病棟、結核病棟、障害者施設等、その他の特定入院料等については、特定の機能や対象患者を想定した入院料のため、下記には含めていない。

急性期医療

回復期医療

慢性期医療



地域包括医療病棟 施設基準等

(厚生労働省保険局医療課)
令和6年診療報酬改定の概要(医科全体版)より抜粋

地域包括医療病棟入院料の算定要件及び施設基準

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

(新) 地域包括医療病棟入院料(1日につき) 3,050点

[算定要件]

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

[施設基準](抜粋)

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



包括的に提供

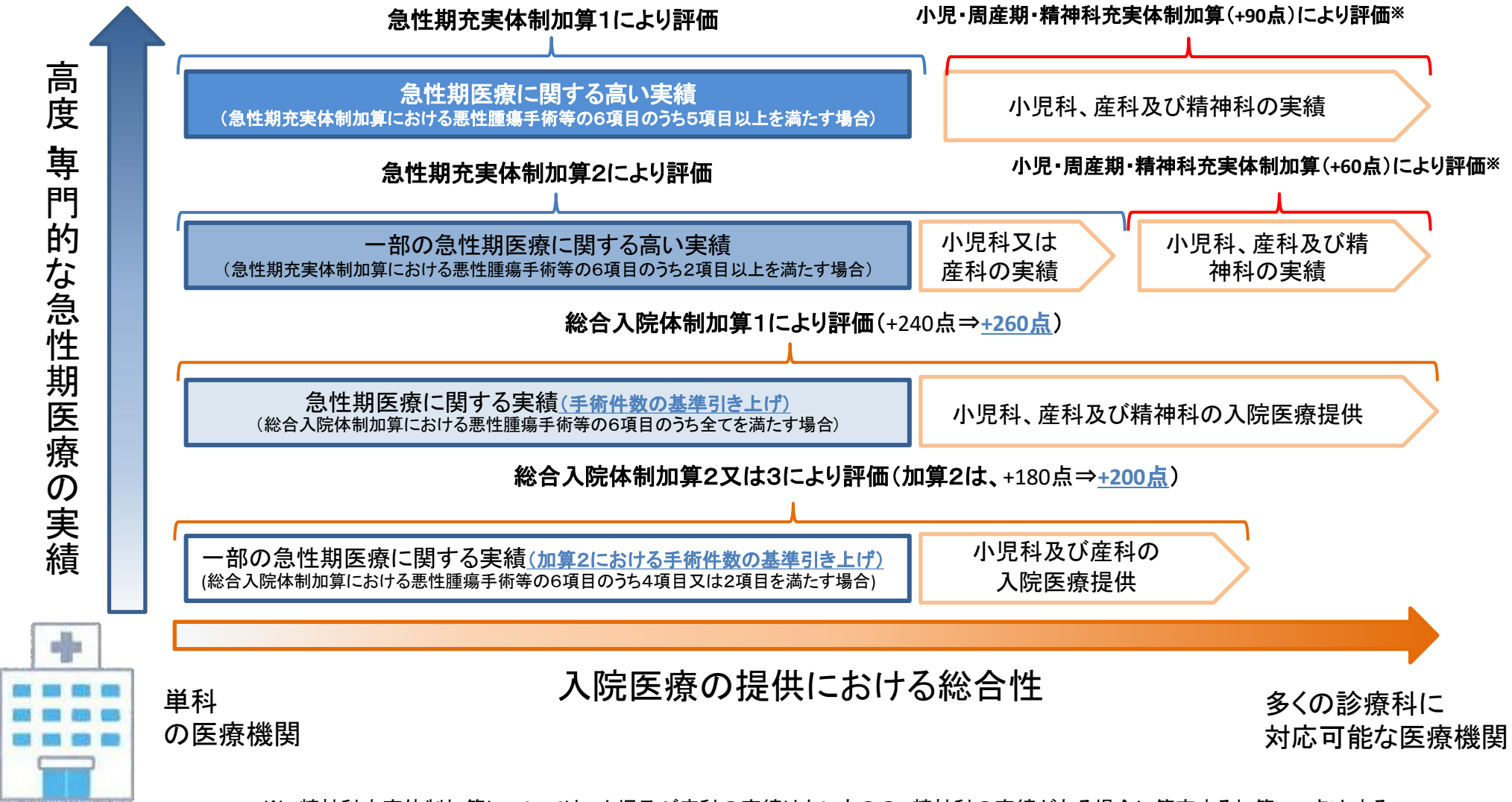
急性期病棟、地域包括医療病棟及び地域包括ケア病棟の機能の比較(イメージ)

	急性期一般病棟入院料1	地域包括医療病棟	地域包括ケア病棟入院料1
病棟の趣旨	急性期医療を行う	高齢者急性期を主な対象患者として、治す医療とともに同時に支える医療(リハビリ等)を提供することで、より早期の在宅復帰を可能とする。	① 急性期治療を経過した患者の受け入れ。 ② 在宅で療養を行っている患者等の受け入れ ③ 在宅復帰支援
看護配置	7対1以上	10対1以上	13対1以上
重症度、医療・看護必要度の基準	「A3点以上又はC1点以上」に該当する患者割合が20%以上 「A2点以上又はC1点以上」に該当する患者割合が27%以上	「A2点以上かつB3点以上」、「A3点以上」、「C1点以上」のいずれかに該当する患者割合が16%以上(必要度Ⅰ)又は15%以上(必要度Ⅱ) - 入棟初日にB3点以上の患者割合が50%以上	「A1点以上又はC1点以上」に該当する患者割合が10%以上(必要度Ⅰ)又は8%以上(必要度Ⅱ)
在院日数	平均在院日数 16日以内	平均在院日数 21日以内	60日まで算定可能
救急医療体制	- (救急医療管理加算等で評価)	24時間救急搬送を受け入れられる体制を構築していること 画像検査、血液学的検査等の24時間体制 救急医療管理加算等による評価	二次救急医療機関又は救急告示病院 ※ 200床未満の病院の場合は救急医療の体制 ※ 一般病床の場合
救急実績	(地域医療体制確保加算等で実績に応じた評価)	緊急入院割合:緊急入院直接入棟1割5分以上	自宅等からの緊急患者の受け入れ 3月で9人以上
リハビリ	-	PT、OT又はST2名以上の配置、ADLに係る実績要件	PT、OT又はST1名以上の配置
在宅復帰率	80%以上 (分子に地ケア、回りハ病棟等への退院を含む)	80%以上 (分子に回りハ病棟等への退院を含む)	72.5%以上 (分子に回りハ病棟等への退院を含まない)

急性期充実体制加算等の見直し

(厚生労働省保険局医療課)
令和6年診療報酬改定の概要(医科全体版)より抜粋

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



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

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し

(厚生労働省保険局医療課)令和6年診療報酬改定の概要(医科全体版)より抜粋

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

現行		必要度Ⅰ 必要度Ⅱ	
急性期一般入院料1	許可病床200床以上	31%	28%
	許可病床200床未満	28%	25%
急性期一般入院料2	許可病床200床以上	27%	24%
	許可病床200床未満	25%	22%
急性期一般入院料3	許可病床200床以上	24%	21%
	許可病床200床未満	22%	19%
急性期一般入院料4	許可病床200床以上	20%	17%
	許可病床200床未満	18%	15%
急性期一般入院料5		17%	14%
7対1入院基本料(特定)		—	28%
7対1入院基本料(結核)		10%	8%
7対1入院基本料(専門)		30%	28%
看護必要度加算1(特定、専門)		22%	20%
看護必要度加算2(特定、専門)		20%	18%
看護必要度加算3(特定、専門)		18%	15%
総合入院体制加算1・2		33%	30%
総合入院体制加算3		30%	27%
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算		7%	6%
看護補助加算1		5%	4%
地域包括ケア病棟入院料特 定一般病棟入院料の注7		12%	8%



改定後		
	必要度Ⅰ	必要度Ⅱ
急性期一般入院料1	<u>割合①:21%</u> <u>割合②:28%</u>	<u>割合①:20%</u> <u>割合②:27%</u>
急性期一般入院料2	<u>22%</u>	<u>21%</u>
急性期一般入院料3	<u>19%</u>	<u>18%</u>
急性期一般入院料4	<u>16%</u>	<u>15%</u>
急性期一般入院料5	<u>12%</u>	<u>11%</u>
7対1入院基本料(特定)	—	<u>割合①:20%</u> <u>割合②:27%</u>
7対1入院基本料(結核)	<u>8%</u>	<u>7%</u>
7対1入院基本料(専門)	<u>割合①:21%</u> <u>割合②:28%</u>	<u>割合①:20%</u> <u>割合②:27%</u>
看護必要度加算1(特定、専門)	<u>18%</u>	<u>17%</u>
看護必要度加算2(特定、専門)	<u>16%</u>	<u>15%</u>
看護必要度加算3(特定、専門)	<u>13%</u>	<u>12%</u>
総合入院体制加算1	<u>33%</u>	<u>32%</u>
総合入院体制加算2	<u>31%</u>	<u>30%</u>
総合入院体制加算3	<u>28%</u>	<u>27%</u>
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算	<u>6%</u>	<u>5%</u>
看護補助加算1	<u>4%</u>	<u>3%</u>
地域包括ケア病棟入院料特 定一般病棟入院料の注7	<u>10%</u>	<u>8%</u>

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

※1:B項目については、基準からは除外するが、当該評価票を用いて評価を行っていること
※2:7対1入院基本料(結核)、看護必要度加算、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算も同様

【経過措置】
令和6年3月31日時点で施設基準の届出あり
⇒ **令和6年9月30日まで基準**
を満たしているものとする

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直し

評価項目の見直し

(厚生労働省保険局医療課)令和6年診療報酬改定の概要(医科全体版)より抜粋

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

(改定内容)

「創傷処置」について、評価対象を、必要度Ⅱにおいて対象となる診療行為を実施した場合に統一するとともに、「重度褥瘡処置」に係る診療行為を対象から除外
「呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)」について、評価対象を、必要度Ⅱにおいて評価対象となる診療行為を実施した場合に統一

- ・「注射薬剤3種類以上の管理」について、7日間を該当日数の上限とするとともに、対象薬剤から静脈栄養に関する薬剤を除外
- ・「抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)」について、対象薬剤から入院での使用割合が6割未満の薬剤を除外
- ・「抗悪性腫瘍剤の内服の管理」について、対象薬剤から入院での使用割合が7割未満の薬剤を除外
- ・「抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)」、「麻薬の使用(注射剤のみ)」、「昇圧剤の使用(注射剤のみ)」、「抗不整脈薬の使用(注射剤のみ)」、「抗血栓塞栓薬の使用」及び「無菌治療室での治療」の評価について、2点から3点に変更
- ・「救急搬送後の入院」及び「緊急に入院を必要とする状態」について、評価日数を2日間に変更
- ・C項目の対象手術及び評価日数の実態を踏まえた見直し
- ・短期滞在手術等基本料の対象手術等を実施した患者を評価対象者に追加

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

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

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

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

A 1 「創傷処置」の定義

中医協 診-2参考1
5 . 1 0 . 2 7

必要度 I

項目の定義

創傷処置は、①創傷の処置(褥瘡の処置を除く。)、②褥瘡の処置のいずれかの処置について、看護職員が医師の介助をした場合、あるいは医師又は看護職員が自ら処置を実施した場合に評価する項目である。

①創傷の処置(褥瘡の処置を除く。)

【定義】

創傷の処置(褥瘡の処置を除く。)は、創傷があり、創傷についての処置を実施した場合に評価する項目である。

【留意点】

ここでいう創傷とは、皮膚又は粘膜が破綻をきたした状態であり、その数、深さ、範囲の程度は問わない。

縫合創は創傷処置の対象に含めるが、縫合のない穿刺創は含めない。粘膜は、鼻、口腔、膣及び肛門の粘膜であって、外部から粘膜が破綻をきたしている状態であることが目視できる場合に限り含める。気管切開口、胃瘻及びストーマ等については、造設から抜糸までを含め、抜糸後は、滲出液が見られ処置を必要とする場合を含める。

ここでいう処置とは、創傷の治癒を促し感染を予防する目的で、洗浄、消毒、止血、薬剤の注入及び塗布、ガーゼやフィルム材等の創傷被覆材の貼付や交換等の処置を実施した場合をいい、診察、観察だけの場合やガーゼを剥がすだけの場合は含めない。

また、陰圧閉鎖療法、眼科手術後の点眼及び排泄物の処理に関するストーマ処置は含めない。

②褥瘡の処置

【定義】

褥瘡の処置は、褥瘡があり、褥瘡についての処置を実施した場合に評価する項目である。

【留意点】

ここでいう褥瘡とは、NPUAP分類Ⅱ度以上又はDESIGN-R2020分類d2以上の状態をいう。この状態に達していないものは、褥瘡の処置の対象に含めない。

ここでいう処置とは、褥瘡に対して、洗浄、消毒、止血、薬剤の注入及び塗布、ガーゼやフィルム材等の創傷被覆材の貼付や交換等の処置を実施した場合をいい、診察、観察だけの場合やガーゼを剥がすだけの場合は含めない。また、陰圧閉鎖療法は含めない。

必要度 II

①創傷の処置(褥瘡の処置を除く。)

レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
140000610	創傷処置(100cm2未満)
140000710	創傷処置(100cm2以上500cm2未満)
140000810	創傷処置(500cm2以上3000cm2未満)
140000910	創傷処置(3000cm2以上6000cm2未満)
140001010	創傷処置(6000cm2以上)
140062110	下肢創傷処置(足部(踵を除く)の浅い潰瘍)
140062210	下肢創傷処置(足趾の深い潰瘍・踵部の浅い潰瘍)
140062310	下肢創傷処置(足部(踵を除く)の深い潰瘍・踵部の深い潰瘍)
140032010	熱傷処置(100cm2未満)
140032110	熱傷処置(100cm2以上500cm2未満)
140032210	熱傷処置(500cm2以上3000cm2未満)
140036510	熱傷処置(3000cm2以上6000cm2未満)
140036610	熱傷処置(6000cm2以上)
140034830	電撃傷処置(100cm2未満)
140034930	電撃傷処置(100cm2以上500cm2未満)
140035030	電撃傷処置(500cm2以上3000cm2未満)
140035130	電撃傷処置(3000cm2以上6000cm2未満)
140035230	電撃傷処置(6000cm2以上)
140035430	凍傷処置(100cm2未満)
140035530	凍傷処置(100cm2以上500cm2未満)
140035630	凍傷処置(500cm2以上3000cm2未満)
140035730	凍傷処置(3000cm2以上6000cm2未満)
140035830	凍傷処置(6000cm2以上)
140036030	凍傷処置(100cm2未満)
140036130	凍傷処置(100cm2以上500cm2未満)
140036230	凍傷処置(500cm2以上3000cm2未満)
140036330	凍傷処置(3000cm2以上6000cm2未満)
140036430	凍傷処置(6000cm2以上)

②褥瘡の処置

レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
140048610	重度褥瘡処置(100cm2未満)
140048710	重度褥瘡処置(100cm2以上500cm2未満)
140048810	重度褥瘡処置(500cm2以上3000cm2未満)
140048910	重度褥瘡処置(3000cm2以上6000cm2未満)
140049010	重度褥瘡処置(6000cm2以上)
140700110	長期療養患者褥瘡等処置

A 2 「呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）」の定義

中医協 診-2参考1
5 . 1 0 . 2 7

必要度 I

項目の定義

酸素吸入、痰を出すための体位ドレナージ、スクウィーミングのいずれかの処置に対して、看護職員等が自ら行うか医師の介助を行った場合、あるいは人工換気が必要な患者に対して、看護職員等が装着中の人工呼吸器の管理を行った場合に評価する項目である。

判断に際しての留意点

喀痰吸引のみの場合は呼吸ケアの対象に含めない。
呼吸ケアにおける時間の長さや回数は問わない。酸素吸入の方法は問わない。
人工呼吸器の種類や設定内容、あるいは気道確保の方法については問わないが、看護職員等が、患者の人工呼吸器の装着状態の確認、換気状況の確認、機器の作動確認等の管理を実施している必要がある。また、人工呼吸器の使用に関する医師の指示が必要である。
NPPV(非侵襲的陽圧換気)の実施は人工呼吸器の使用に含める。
なお、気管切開の患者が喀痰吸引を行っているだけの場合は含めない。また、エアウェイ挿入、ネブライザー吸入は呼吸ケアには含めない。

必要度 II

レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
140005610	酸素吸入
140005750	突発性難聴に対する酸素療法
140005810	酸素テント
140005910	間歇的陽圧吸入法
140037810	鼻マスク式補助換気法
140006050	体外式陰圧人工呼吸器治療
140057410	ハイフローセラピー(15歳以上)
140009310	人工呼吸
140063810	人工呼吸(5時間超15日目以降)
140023510	人工呼吸(5時間超14日目まで)
140039850	閉鎖循環式麻酔器使用気管内挿管下酸素吸入
140039950	閉鎖循環式麻酔器使用気管内挿管下酸素吸入(5時間超14日目まで)
140064250	閉鎖循環式麻酔器使用気管内挿管下酸素吸入(5時間超15日目以降)
140009450	無水アルコール吸入療法
140023650	無水アルコール吸入療法(5時間超14日目まで)
140063950	無水アルコール吸入療法(5時間超15日目以降)
140009550	人工呼吸(閉鎖循環式麻酔装置)
140023750	人工呼吸(閉鎖循環式麻酔装置)(5時間超14日目まで)
140064050	人工呼吸(閉鎖循環式麻酔装置)(5時間超15日目以降)
140009650	酸素吸入(マイクロアダプター)
140023850	酸素吸入(マイクロアダプター)(5時間超14日目まで)
140064150	酸素吸入(マイクロアダプター)(5時間超15日目以降)
140009950	酸素加圧(気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器)
140024150	酸素加圧(気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器・5時間超14日目まで)
140064450	酸素加圧(気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器・5時間超15日目以降)
140009750	人工呼吸(半閉鎖式循環麻酔器)
140023950	人工呼吸(半閉鎖式循環麻酔器)(5時間超14日目まで)
140064350	人工呼吸(半閉鎖式循環麻酔器)(5時間超15日目以降)
140039550	人工呼吸(鼻マスク式人工呼吸器)
140039650	人工呼吸(鼻マスク式人工呼吸器)(5時間超14日目まで)
140064750	人工呼吸(鼻マスク式人工呼吸器)(5時間超15日目以降)

ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の見直し

(厚生労働省保険局医療課)
令和6年診療報酬改定の概要(医科全体版)より抜粋

ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の見直し

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

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

改定後		
・「心電図モニターの管理」及び「輸液ポンプの管理」の項目を削除 ・「創傷処置」及び「呼吸ケア」は、必要度Ⅱで対象となる診療行為を実施した場合に評価し、「創傷処置」から褥瘡の処置を除外 ・「点滴ライン同時3本以上の管理」を「注射薬剤3種類以上の管理」に変更		
A モニタリング及び処置等	0点	1点
1 <u>創傷の処置(褥瘡の処置を除く)</u>	なし	あり
2 蘇生術の施行	なし	あり
3 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合及び人工呼吸器の装着の場合を除く)	なし	あり
4 <u>注射薬剤3種類以上の管理(最大7日間)</u>	なし	あり
5 動脈圧測定(動脈ライン)	なし	あり
6 シリンジポンプの管理	なし	あり
7 中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	なし	あり
8 人工呼吸器の装着	なし	あり
9 輸血や血液製剤の管理	なし	あり
10 肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル)	なし	あり
11 特殊な治療法等 (CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO、IMPELLA)	なし	あり

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

基準	A得点3点以上かつB4得点以上
基準に該当する患者割合の基準	
ハイケアユニット入院医療管理料1	8割
ハイケアユニット入院医療管理料2	6割

基準①	2、7、8、9、10又は11のうち1項目以上に該当
基準②	1～11のうち1項目以上に該当
基準に該当する患者割合の基準(※)	
ハイケアユニット入院医療管理料1	1割5分以上が基準①に該当かつ8割以上が基準②に該当
ハイケアユニット入院医療管理料2	1割5分以上が基準①に該当かつ6割5分以上が基準②に該当

※ 重症度、医療・看護必要度ⅠとⅡで共通

地域包括ケア病棟の施設基準の見直し

(厚生労働省保険局医療課)

令和6年診療報酬改定の概要(医科全体版)より抜粋

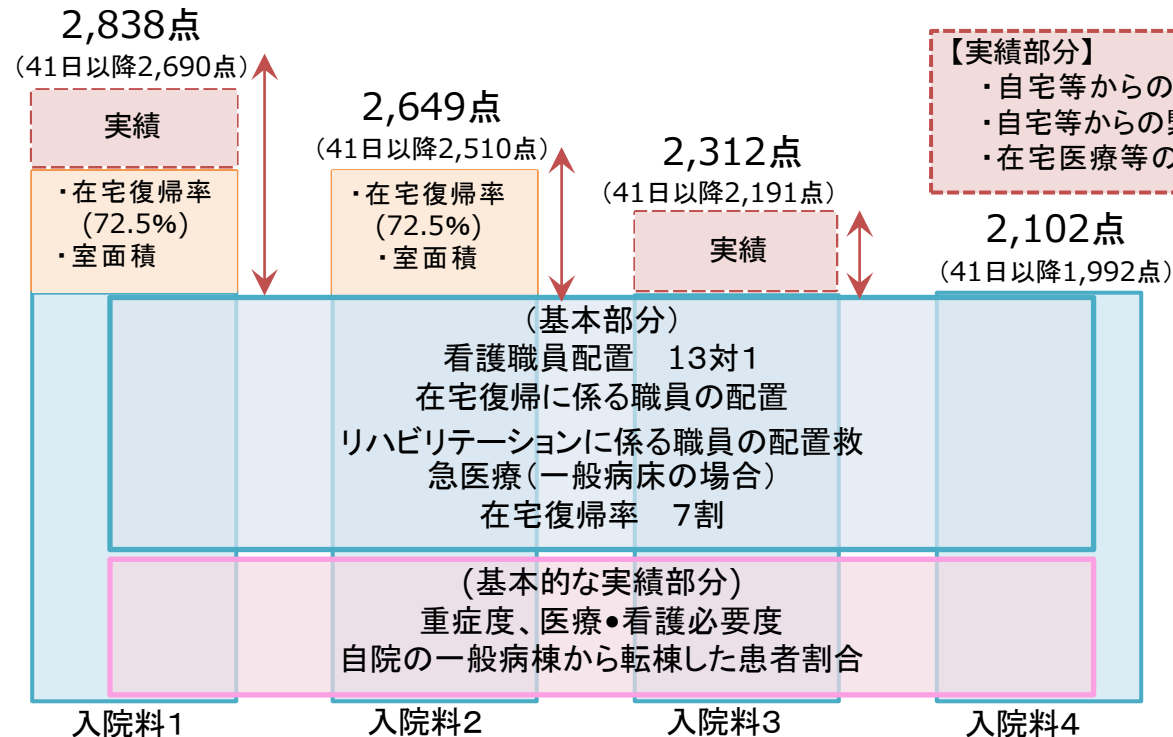
	入院料1		管理料1		入院料2		管理料2		入院料3		管理料3		入院料4		管理料4	
看護職員	13対1以上（7割以上が看護師）															
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置															
リハビリテーション実施	リハビリテーションを提供する患者については1日平均2単位以上提供していること															
救急の実施	一般病床において届け出る場合には、第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令に基づく認定された救急病院であること（ただし、200床未満の場合は救急外来を設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

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

※1 自院の一般病棟から転棟した患者割合、自宅等から入棟した患者割合、在宅復帰率について、**短期滞在手術等基本料3を算定する患者及び短期滞在手術等基本料1の対象手術を実施した患者を対象から除く。**

※2 **在宅復帰率の分子に、在宅強化型(超強化型を含む)の介護老人保健施設への退院患者の数の半数を加える。**

地域包括ケア病棟の施設基準(イメージ)



【実績部分】

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

(厚生労働省保険局医療課)
令和6年診療報酬改定の概要
(医科全体版)より抜粋

回復期リハビリテーション病棟入院料(主な施設基準)

		入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5 (※1)
職員の配置 に関する 施設基準	医師	専任常勤1名以上				
	看護職員	13対1以上(7割以上が看護師)		15対1以上(4割以上が看護師)		
	看護補助者	30対1以上				
	リハビリ専門職	専従常勤のPT3名以上、OT 2名以上、ST1名以上		専従常勤の PT2名 以上、OT1名以上		
	社会福祉士	専任常勤1名以上 ⇒ 専従常勤1名以上		－		
	管理栄養士	専任常勤1名	専任常勤1名の配置が望ましい			
リハビリテ ーションの 提供体制等 に関する施 設基準	休日のリハビリテーション	○		－		
	FIMの測定に関する 院内研修会	年1回以上開催	－	年1回以上開催	－	－
	リハビリ計画書への栄養項目 記載／ GLIM基準による評価	○	GLIM基準を用いることが望ましい			
	口腔管理	○		－		
	第三者評価	受けていることが 望ましい	－	受けていることが 望ましい	－	－
	地域貢献活動	参加することが望ましい		－		
アウトカム に関する 施設基準	新規入院患者のうちの、 重症の患者の割合	4割以上		3割以上		－
	自宅等に退院する割合	7割以上				
	リハビリテーション実績指数	40以上	－	35以上	－	－
	入院時に重症であった患者の 退院時の日常生活機能評価 ()内はFIM総得点	3割以上が4点(16点)以上改善		3割以上が3点(12点)以上改善		－
点数 ()内は生活療養を受ける場合		2,229点 (2,215点)	2,166点 (2,151点)	1,917点 (1,902点)	1,859点 (1,845点)	1,696点 (1,682点)

※1:入院料5については、届出から2年間に限り届け出ることができる。

(厚生労働省保険局医療課)令和6年診療報酬改定の概要(医科全体版)より抜粋

52

療養病棟入院基本料の概要

(厚生労働省保険局医療課)
令和6年診療報酬改定の概要(医科全体版)より抜粋

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

療養病棟入院基本料 1

【施設基準】

①看護配置:20:1以上

②医療区分2・3の患者が8割以上

療養病棟入院基本料 2

【施設基準】

①看護配置20:1以上

②医療区分2・3の患者が5割以上

ADL区分

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

当日を含む過去3日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベルについて、下記の4項目に0～6の範囲で最も近いものを記入し合計する。
新入院(転棟)の場合は、入院(転棟)後の状態について評価する。
(0. 自立、1. 準備のみ、2. 観察、3. 部分的援助、4. 広範な援助、5. 最大の援助、6. 全面依存)

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

療養病棟入院基本料に係る医療区分について

(厚生労働省保険局医療課)
令和6年診療報酬改定の概要(医科全体版)より抜粋

	疾患・状態	処置等
医療区分3	・スモン ・医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態	・中心静脈栄養(療養病棟入院基本料を算定する場合にあつては、<u>広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻若しくは急性膵炎を有する患者を対象とする場合又は中心静脈栄養を開始した日から30日以内の場合に実施するものに限る</u>) ・二十四時間持続点滴 ・人工呼吸器の使用 ・ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄 ・気管切開又は気管内挿管(発熱を伴う状態の患者に対するものに限る) ・酸素療法(密度の高い治療を要する状態の患者に対するものに限る) ・感染症の治療の必要性から実施する隔離室での管理
医療区分2	・筋ジストロフィー症 ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症、 ・パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージⅢ以上であつて生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。)) ・その他の指定難病等(スモンを除く。) ・脊髄損傷 (頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢全てに認められる場合に限る。) ・慢性閉塞性肺疾患 (ヒュー・ジョーンズの分類がⅤ度の状態に該当する場合に限る。) ・悪性腫瘍 (医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。) ・消化管等の体内からの出血が反復継続している状態 ・他者に対する暴行が毎日認められる状態	・<u>中心静脈栄養(広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻又は急性膵炎を有する患者以外を対象として、中心静脈栄養を開始した日から30日を超えて実施するものに限る)</u> ・肺炎に対する治療 ・尿路感染症に対する治療 ・傷病等によるリハビリテーション(原因となる傷病等の発症後、三十日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る) ・脱水に対する治療(発熱を伴う状態の患者に対するものに限る) ・頻回の嘔吐に対する治療(発熱を伴う状態の患者に対するものに限る) ・褥瘡に対する治療(皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が二箇所以上に認められる場合に限る。) ・末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療 ・せん妄に対する治療 ・うつ症状に対する治療を ・人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法 ・経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養(発熱又は嘔吐を伴う状態の患者に対するものに限る) ・一日八回以上の喀痰(かくたん)吸引 ・気管切開又は気管内挿管が行われている状態(発熱を伴う状態を除く) ・頻回の血糖検査 ・創傷(手術創や感染創を含む。)、皮膚潰瘍又は下腿(たい)若しくは足部の蜂巣炎、膿(のう)等の感染症に対する治療を ・酸素療法(密度の高い治療を要する状態を除く)
医療区分1		医療区分2・3に該当しない者

障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料等の主な施設基準等

			障害者施設等 入院基本料1	障害者施設等 入院基本料2～4	特殊疾患病棟 入院料1	特殊疾患病棟入 院料2	特殊疾患入院 医療管理料	療養病棟 入院料1	療養病棟 入院料2
看護配置			7対1以上	10対1以上～ 15対1以上	20対1以上	—	20対1以上	20対1以上	
どちらか一方を満たす	施設		医療型障害児入所施設又は 指定医療機関(児童福祉法)		—	医療型障害児入 所施設又は指定 医療機関(児童福 祉法)	—	—	
	両方を満たす	患者像	—	重度の肢体不自由 児(者)、脊髄損 傷等 の重傷障害者、重度 の意識障害者、筋ジ ストロフィー患者、難 病患者等 が7割以上	脊椎損傷等の 重度障害者、 重度の意識障 害者、筋ジスト ロフィー患者 及び難病患者 等が8割以上	重度の肢体不自由児(者)、重度の 障害者(脊髄損傷 等を除く)が8割以上	脊椎損傷等の重度 障害者、重度の意識障害者、筋ジスト ロフィー患者及び 難病患者等が8割 以上	医療区分2、 3の患者が8 割以上	医療区分2、 3の患者が 5 割以上
		看護要員	—	10対1以上		10対1以上 (うち、看護職員 5 割以上)	10対1以上	看護補助者 20対1以上	
その他			一般病棟			一般又は 精神病棟	一般病棟の病室	療養病棟	
			超重症、準超重症 児(者)3割以上	—				褥瘡の評価	
点数	通常	1,637点	1,375～1,010点	2,090点	1,694点	2,090点	1,961 ～828点	1,896 ～764点	
	重度の意識障害者 (脳卒中患者)	1,517, 1,377点	1,517～1,124点	1,928, 1,763 点	1,675, 1,508点	1,927, 1,761点			
	上記以外の脳卒中患者	1,364, 1,239点	1,364～1,010点	1,735, 1,586 点	1,507, 1,357点	1,734, 1,588点			
	透析患者	1,581点	1,420～1,315点	2,010点	1,746点	2,010点			
包括 範囲	通常	出来高			一部の入院基本料等加算・薬剤等を除き包括 検査・投薬、注射(一部を除く)・病理診断・X線写真等・ 一部の処置等は包括				
	脳卒中患者・透析患者	療養病棟入院基本料と同様の取扱							

55

(参考)特定集中治療室管理料の施設基準概要

	ICU1	ICU2	ICU3	ICU4	ICU5	ICU6
	7日以内 14,406点 8日以上 12,828点	7日以内 14,406点 8日以上 12,828点 ※広範囲熱傷特定集中治療室管理料は8～60日まで13,028点	7日以内 9,890点 8日以上 8,307点	7日以内 9,890点 8日以上 8,307点 ※広範囲熱傷特定集中治療室管理料は8～60日まで8,507点	7日以内 8,890点 8日以上 7,307点	7日以内 8,890点 8日以上 7,307点 ※広範囲熱傷特定集中治療室管理料は8～60日まで7,507点
医師の配置	・専任の医師が常時治療室内に勤務(特定集中治療の経験を5年以上有する医師を2名以上含む) ・当該専任の医師は、宿日直を行う医師ではない		・専任の医師が常時治療室内に勤務 ・当該専任の医師は、宿日直を行う医師ではない		・専任の医師(宿日直許可を受けた上で宿日直を行っている専任の医師を含む)が常時保険医療機関内に勤務	
	—	広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤医師が保険医療機関内勤務	—	広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤医師が保険医療機関内勤務	—	広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤医師が保険医療機関内勤務
看護師の配置	常時2:1					
	・集中治療を必要とする患者の看護の経験5年以上、かつ、適切な研修を修了した専任の常勤看護師を治療室内に週20時間以上配置		—		・集中治療を必要とする患者の看護の経験5年以上、かつ、適切な研修を修了した専任の常勤看護師を治療室内に週20時間以上配置	
臨床工学技士の配置	専任の臨床工学技士が常時院内勤務		—		—	
治療室の面積	1床あたり20㎡ ※新生児用は1床あたり9㎡	1床あたり20㎡	1床あたり15㎡ ※新生児用は1床あたり9㎡	1床あたり15㎡	1床あたり15㎡ ※新生児用は1床あたり9㎡	1床あたり15㎡
必要な装置・器具等	・救急蘇生装置(気管内挿管セット、人工呼吸装置等)、除細動器、ペースメーカー、心電計、ポータブルX線撮影装置、呼吸循環監視装置 (新生児用の治療室の場合:経皮的酸素分圧監視装置又は経皮的動脈血酸素飽和度測定装置、酸素濃度測定装置、光線治療器) ・自家発電装置を有している病院であって、当該病院において電解質定量検査・血液ガス分析を含む必要な検査が常時実施できること ・手術室と同程度の空気清浄度を有する個室及び陰圧個室を設置することが望ましい					
重症度、医療・看護必要度	ICU用必要度Ⅱの基準を満たす患者:8割以上		ICU用必要度Ⅱの基準を満たす患者:7割以上		ICU用必要度Ⅱの基準を満たす患者:7割以上	
重症患者の受入	入室日のSOFAスコア5以上の患者:1割以上		入室日のSOFAスコア3以上の患者:1割以上		—	

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

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

(参考)SOFAスコア

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

※ Moreno R, et al : Intensive CareMed 25 : 686—696, 1999.

DPC対象病院の基準

(厚生労働省保険局医療課)令和6年診療報酬改定の概要(医科全体版)より抜粋

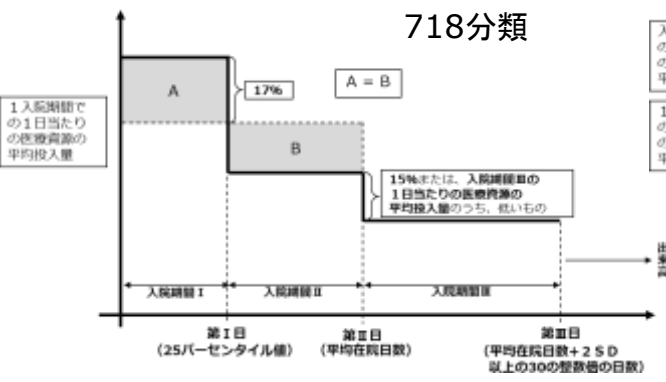
- DPC対象病院は以下のすべての基準を満たす必要がある。
- 急性期一般入院基本料、特定機能病院等の7対1・ 10対1入院基本料の届出
 - A207診療録管理体制加算の届出
 - 以下の調査に適切に参加
 - 当該病院を退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される調査「退院患者調査」
 - 中央社会保険医療協議会の要請に基づき、退院患者調査を補完することを目的として随時実施される調査「特別調査」
 - 調査期間1月当たりのデータ病床比が0.875以上
 - 調査期間1月当たりのデータ数が90以上(※)
 - 適切なデータ作成に係る以下の基準を満たす(※)
 - ・「退院患者調査」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

(※) 令和8年度診療報酬改定より制度参加・退出に係る判定に用いる

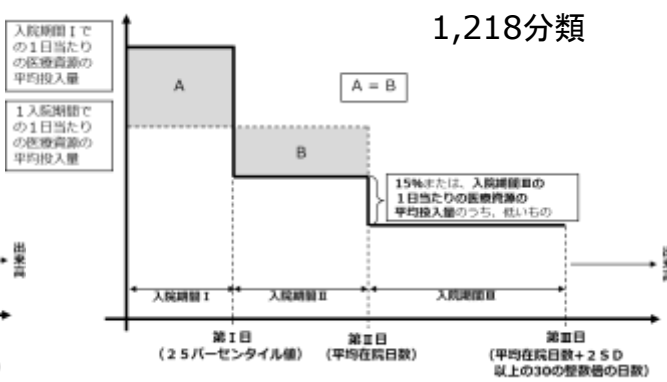
1日当たり点数の設定方法(5つの点数設定方式)

➤ 入院初期に要する医療資源投入量等に応じた5つの点数設定方式により点数が設定される。

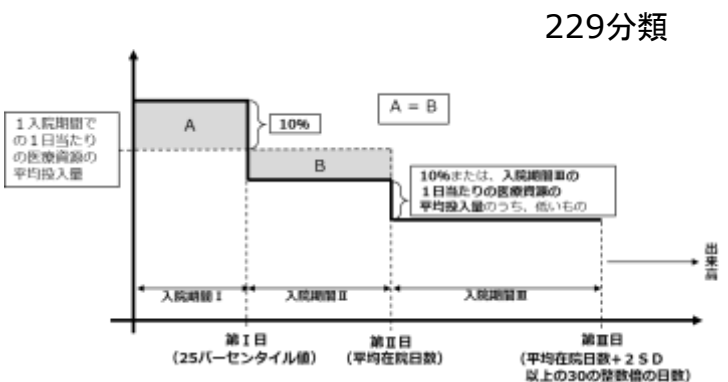
A 一般的な診断群分類



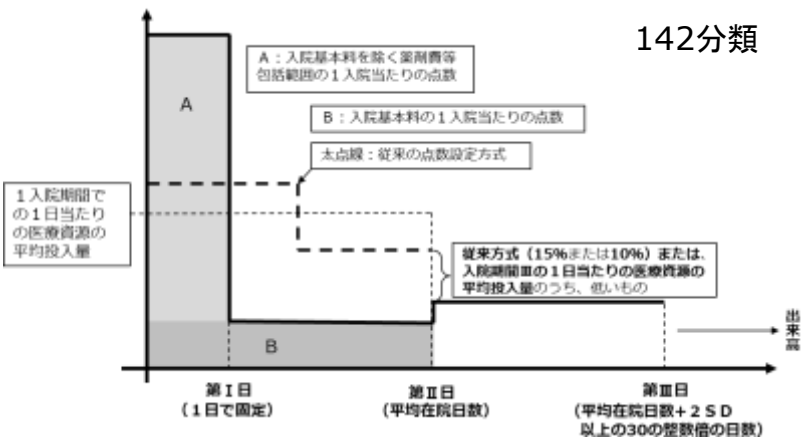
B 入院初期の医療資源投入量の多い診断群分類



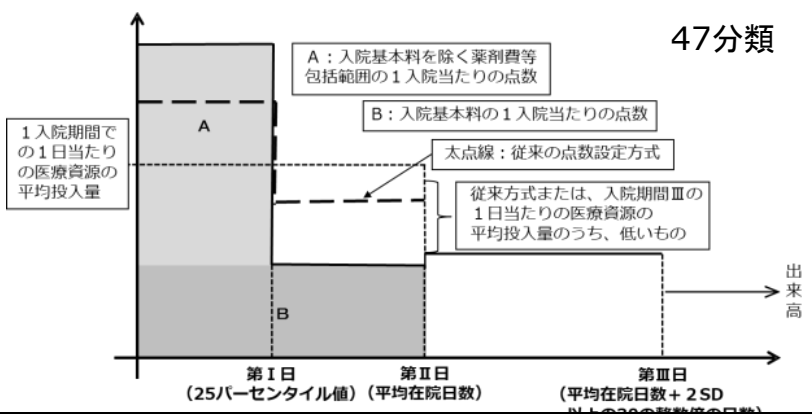
C 入院初期の医療資源投入量の少ない診断群分類



D 高額薬剤や短期滞在手術等に係る診断群分類



E 標準化が進んでいると考えられる診断群分類



「医科点数表」における項目		包括評価	出来高評価
A 入院料等	入院基本料	全て	
	入院基本料等加算	病棟全体で算定される加算等 (機能評価係数Ⅰとして評価)	患者ごとに算定される加算等
	特定入院料	※入院基本料との差額を加算	
B 管理等		手術前医学管理料 手術後医学管理料	左記以外
C 在宅医療			全て
D 検査		右記以外	心臓カテーテル検査、内視鏡検査、 診断穿刺・検体採取料(血液採取を除く)
E 画像診断		右記以外	画像診断管理加算 動脈造影カテーテル法(主要血管)
F 投薬		全て	
G 注射		右記以外	無菌製剤処理料
H リハビリテーション I 精神科専門療法		薬剤料	左記以外
J 処置		右記以外(1,000点未満処置)	1,000点以上処置 慢性腎不全で定期的に実施する人工腎臓及 び腹膜灌流に係る費用
K 手術 L 麻酔 M 放射線治療			全て
N 病理診断		右記以外	術中迅速病理組織標本作製 病理診断・判断料
薬剤料		右記以外	HIV治療薬 血液凝固因子製剤等(血友病等に対する)

DPC/PDPSの算定対象とならない患者（新規保険収載技術実施患者）

- 診療報酬改定において新たに保険収載される手術等について、包括評価の可否が可能となるデータが集まる次回改定までの間は、当該入院については出来高算定としている。

該当する新規手術等

D412-3 経頸静脈的肝生検
 K013-3 自家皮膚非培養細胞移植術
 K022-3 慢性膿皮症手術
 K053-2 骨悪性腫瘍、類骨骨腫及び四肢軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）
 K055-4 大腿骨遠位骨切り術
 K069-4 関節鏡下半月板制動術
 K076-3 関節鏡下肩関節授動術（関節鏡下肩腱板断裂手術を伴うもの）
 K077-2 肩甲骨烏口突起移行術
 K080-5 関節鏡下肩関節唇形成術 3 関節鏡下肩甲骨烏口突起移行術を伴うもの
 K082-7 人工股関節置換術（手術支援装置を用いるもの）緊
 K147-3 急穿頭血腫除去術
 K176-2 脳硬膜血管結紮術
 K196-6 末梢神経ラジオ波焼灼療法（一連として）
 K259-3 ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮細胞移植術
 K271 毛様体光凝固術 1 眼内内視鏡を用いるもの
 K343-2 経鼻内視鏡下鼻副鼻腔悪性腫瘍手術 2 その他のもの
 K347-8 内視鏡下鼻中隔手術Ⅲ型（前彎矯正術）
 K347-9 内視鏡下鼻中隔手術Ⅳ型（外鼻形成術）
 K476-5 乳腺悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）
 K508-4 気管支バルブ留置術
 K514-2 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術 5 肺全摘
 K514-7 肺悪性腫瘍及び胸腔内軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）
 K529-5 喉頭温存頸部食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術を併施するもの）
 K544 心腫瘍摘出術、心腔内粘液腫摘出術 1 単独のもの イ 胸腔鏡下によるもの
 K548 経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）
 3 アテローム切除アブレーション式血管形成術用カテーテルによるもの
 K573 心房中隔欠損作成術 1 経皮的心房中隔欠損作成術 ロ スタティック法
 K574-4 胸腔鏡下心房中隔欠損閉鎖術

K615 血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等） 3 門脈塞栓術（開腹によるもの）
 K635-4 腹腔鏡下連続携行式腹膜灌流用カテーテル腹腔内留置術
 K645-2 腹腔鏡下骨盤内臓全摘術
 K645-3 骨盤内悪性腫瘍及び腹腔内軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）
 K656-2 腹腔鏡下胃縮小術 2 スリーブ状切除によるもの（バイパス術を併施するもの）
 K700-4 腹腔鏡下臍中央切除術
 K773-7 腎悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）
 K7983 膀胱結石、異物摘出術 レーザーによるもの
 K809-4 腹腔鏡下膀胱尿管逆流手術（膀胱外アプローチ）
 K821-4 尿道狭窄グラフト再建術
 K830-3 精巣温存手術
 K836-3 腹腔鏡下停留精巣内精巣動静脈結紮
 K841-7 術経尿道的前立腺水蒸気治療
 K841-8 経尿道的前立腺切除術（高圧水噴射システムを用いるもの）
 K872-3 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

DPC/PDPS (参考)データ提出及び公表を評価する医療の質指標

(厚生労働省保険局医療課) 令和6年診療報酬改定の概要(医科全体版)より抜粋

医療の質指標(3テーマ9指標)

テーマ	指標	既存データ項目 の活用	データ提出の評価対象 (※1)	公表の評価時期 (※2)
医療安全	転倒・転落発生率	×	○	令和8年度～
	転倒転落によるインシデント影響度分類 レベル3b以上の発生率	×	○	令和8年度～
	リスクレベルが「中」以上の手術を施 行した患者の肺血栓塞栓症の予防対策 の実施率	○	×	令和7年度～
感染管理	血液培養2セット実施率	○	×	令和7年度～
	広域スペクトル抗菌薬使用時の細菌培 養実施率	○	×	令和7年度～
	手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投 与率	×	○	令和8年度～
ケア	d2(真皮までの損傷)以上の褥瘡発生率	×	○	令和8年度～
	65歳以上の患者の入院早期の栄養アセ スメント実施割合	×	○	令和8年度～
	身体的拘束の実施率	×	○	令和8年度～

(※1) 該当する指標に対応する調査項目を新設する
(※2) 集計方法等の詳細については、「病院情報の公表の集計条件等について」において公表

DPC/PDPS 5月31日以前から入院している患者の取扱い

(厚生労働省保険局医療課) 令和6年診療報酬改定の概要(医科全体版)より抜粋

- 令和6年5月までの診断群分類点数表による算定は見直し前の診断群分類点数表により行い、令和6年6月からの算定は見直し後の診断群分類点数表により行う。

具体的な取扱いは以下の通り。

- 包括→包括の場合

- ・ 6月分の請求は見直し後の診断群分類とし、算定の起算日は入院日とする。
- ・ 5月までの間で診断群分類の変更があった場合は、5月31日に差額調整を行う。
- ・ 6月以降に診断群分類の変更がある場合は、6月1日以降の請求額の差額調整を行う。

- 包括→出来高の場合

- ・ 6月分の請求は出来高で行う。
- ・ 5月までの間で診断群分類の変更があった場合は、5月31日に差額調整を行う。
- ・ 6月以降に出来高→包括の変更がある場合は、6月1日以降の請求額の差額調整を行う。

- 出来高→包括の場合

- ・ 6月分の請求は見直し後の診断群分類とし、算定の起算日は入院日とする。
- ・ 6月以降に診断群分類の変更がある場合は、6月1日以降の請求額の差額調整を行う。

(参考)短期滞在手術等基本料の対象手術等の取扱い

短期滞在手術等基本料の対象手術等の取扱い

(厚生労働省保険局医療課) 令和6年診療報酬改定の概要(医科全体版)より抜粋

➤ DPC対象病院の場合

	短期滞在手術等基本料の 算定可否	平均在院日数	一般病棟用の 重症度、医療・看護必要度※
短期滞在1の対象手術等を実施する入院患者	○	対象外	対象外 → 対象
短期滞在3の対象手術等を実施する入院患者 (短期滞在手術等の要件を満たす場合)	× (DPC/PDPSで算定) ※DPC対象病院ではDPC/PDPS による評価を優先するため	対象外	対象外 → 対象
短期滞在3の対象手術等を実施する入院患者 (短期滞在手術等の要件を満たさない場合)	× (DPC/PDPSで算定)	対象	対象

➤ DPC対象病院以外の場合

	短期滞在手術等基本料の 算定可否	平均在院日数	一般病棟用の 重症度、医療・看護必要度※
短期滞在1の対象手術等を実施する入院患者	○	対象外	対象外 → 対象
短期滞在3の対象手術等を実施する入院患者 (短期滞在手術等の要件を満たす場合)	○(原則、短期滞在3を算定する)	対象外	対象外 → 対象
短期滞在3の対象手術等を実施する入院患者 (短期滞在手術等の要件を満たさない場合)	×	対象	対象

(※)特定集中治療室用及びハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度における取扱いは従前と同様。

入院時の食費の基準の見直し

入院時の食費の基準の見直し

(厚生労働省保険局医療課) 令和6年診療報酬改定の概要(医科全体版)より抜粋

- 食料費等が高騰していること等を踏まえ、**入院時の食費の基準を引き上げる**。
 - ※ 令和6年6月1日施行。令和6年3月までは重点支援地方交付金により対応。令和6年4月・5月については地域医療介護総合確保基金により対応。
- 今回改定による影響、食費等の動向等を把握し、検証を行う。

		現行		改定後
総額		640円	+30円 ➡	<u>670円</u>
自己負担	一般所得者の場合	460円	+30円 ➡	<u>490円</u>
	住民税非課税世帯の場合	210円	+20円 ➡	<u>230円</u>
	住民税非課税かつ所得が一定基準に満たない70歳以上の場合	100円	+10円 ➡	<u>110円</u>

データ提出加算に係る届出を要件とする入院料の見直し

(厚生労働省保険局医療課) 令和6年診療報酬改定の概要(医科全体版)より抜粋

➤ データに基づくアウトカム評価を推進する観点から、データ提出加算に係る届出を要件とする入院料の範囲を拡大する。

入院料		データ提出要件
A	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) 専門病院入院基本料(7対1、10対1) 地域包括ケア病棟入院料 回復期リハビリテーション病棟入院料1～4	データの提出が必須
B	地域一般入院基本料 療養病棟入院基本料 専門病院入院基本料(13対1) 障害者施設等入院基本料 特殊疾患入院医療管理料 回復期リハビリテーション病棟5 特殊疾患病棟入院料 緩和ケア病棟入院料 精神科救急急性期医療入院料	データの提出が必須(経過措置②ア)
C	精神病棟入院基本料(10対1、13対1)精神 科急性期治療病棟入院料 児童・思春期精神科入院医療管理料	規定なし → データの提出が必須(経過措置①、②イ)

[経過措置](概要)

- ① 令和6年3月31日時点において、「C」の入院料に係る届出を行っている保険医療機関については、令和8年5月31日までの間に限り、データ提出加算に係る要件を満たしているものとみなす。
- ② 令和6年3月31日時点において、「A」の入院料を算定する病棟又は病室のいずれも有しない保険医療機関であって、以下のいずれかに該当するもの、かつ、データ提出加算に係る届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものに限り、当分の間、データ提出加算に係る要件を満たしているものとみなす。
 - ア 「B」の入院料を算定する病棟又は病室のいずれかを有するもののうち、これらの病棟又は病室の病床数の合計が200床未満のもの
 - イ 「C」の入院料を算定する病棟又は病室のいずれかを有するもの

➤ 地域一般入院料3及び療養病棟入院料2のデータ提出加算に係る要件について、新規に保険医療機関を開設する場合等において1年間に限り満たしているものとみなす措置を講ずる。

令和6年度診療報酬改定における主要な改定項目③

(厚生労働省保険局医療課)
令和6年診療報酬改定の概要(全体概要版)より抜粋

7. 質の高い訪問診療・訪問看護の確保

- 在宅医療におけるICTを用いた医療関係職種・介護関係職種等との連携の推進。
- 24時間の在宅医療提供体制の充実の推進。
- 在宅における心不全患者への指導管理に関する評価の充実。
- 患者の希望に添った看取りの推進に関する見直し。
- 患者の状態に応じた往診料等の評価の見直し。
- 在宅時医学総合管理料等の評価の見直し。
- 専門性の高い看護師を配置やサービスの実績に基づく訪問看護管理療養費の見直し。
- 訪問看護ステーションにおける24時間対応体制にかかる評価の見直し。

(新)在宅医療情報連携加算 100点

(新)在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料 200点

(新)往診時医療情報連携加算 200点

(新)緊急往診加算、夜間・休日往診加算、深夜往診加算(その他の場合) 325/405/485点

訪問看護管理療養費(月に2日目以降の訪問の場合)
(新)訪問看護管理療養費1 3,000円
(新)訪問看護管理療養費2 2,500円

(新)24時間対応体制加算(訪問看護管理療養費)

イ 24時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組を行っている場合 6,800円
ロ イ以外の場合 6,520円

8. 重点的な分野における対応

- 働き方改革も踏まえた救急患者のいわゆる下り搬送の評価。
- NICUにおける重症児へのより手厚い看護配置(2対1)等に対する評価の新設。
- 発達障害や不適切な養育に繋がり得る児への対応強化。
- 小児に付き添う家族等に配慮した小児入院医療提供体制の推進。
- 精神科における地域包括ケアを推進する精神科地域包括ケア病棟の新設。
- 精神病床に入院する患者への入退院支援に対する評価の新設。

(新)救急患者連携搬送料 600~1,800点

(新)新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料 14,539点

小児特定疾患カウンセリング料
(新)初回 800点他

小児入院医療管理料(1日につき)

(新)看護補助加算 151点

(新)看護補助体制充実加算 156点

(新)精神科地域包括ケア病棟入院料 1,535点

(新)精神科入退院支援加算(退院時1回) 1,000点

個別改定項目/医療資源の少ない地域への対応

- 急性期入院医療におけるリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の新設。
- 病態に応じた早期からの疾患別リハビリテーションに対する評価の新設。
- 医療と介護における栄養情報連携の推進
- 入院および外来におけるバイオ後続品の使用促進に関する評価の見直し。
- 病室単位で届出可能な回復期リハビリテーション病棟入院料の区分の新設。
- 医療技術評価分科会等の評価を踏まえた対応等

(新)リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算(1日につき) 120点

(新)急性期リハビリテーション加算 50点

(新)栄養情報連携料 70点

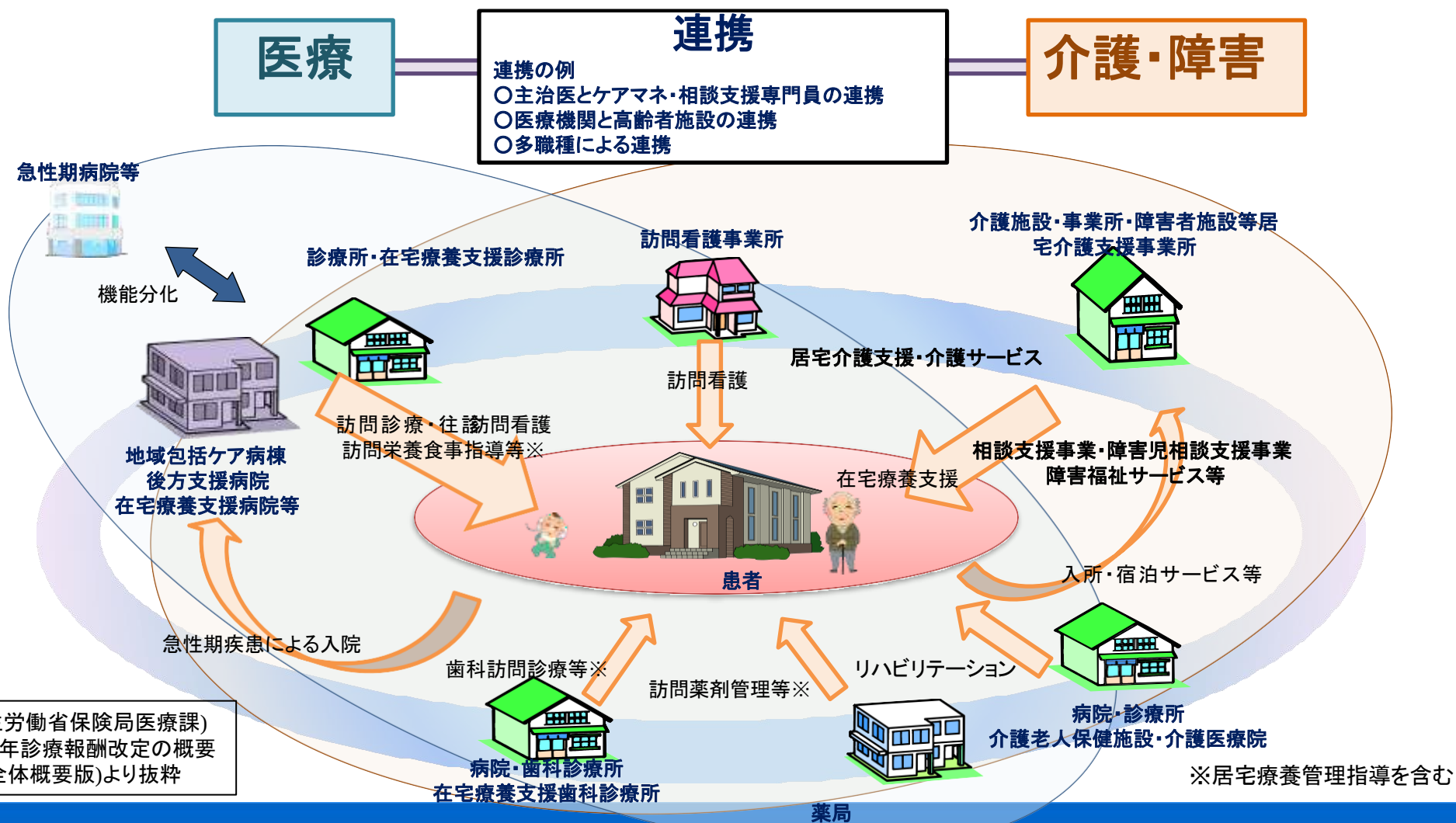
(新)バイオ後続品使用体制加算 100点

【在宅血液透析指導管理料】
(新)遠隔モニタリング加算 115点

(新)回復期リハビリテーション入院医療管理料 1,859点

地域包括ケアシステムにおける在宅医療(イメージ)

- 在宅医療は、高齢になっても、病気や障害の有無にかかわらず、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるよう、入院医療や外来医療、介護、福祉サービスと相互に補完しながら、患者の日常生活を支える医療であり、地域包括ケアシステムの不可欠な構成要素である。



在宅医療におけるICTを用いた連携の推進

➤ 在宅で療養を行っている患者等に対し、ICTを用いた連携体制の構築を通じて、質の高い在宅医療の提供を推進する観点から、医療・ケアに関わる関係職種がICTを利用して診療情報を共有・活用して実施した計画的な医学管理を行った場合の評価、患者の急変時等に、ICTを用いて関係職種間で共有されている人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を踏まえ、療養上必要な指導を行った場合の評価等を実施。

(厚生労働省保険局医療課)
令和6年診療報酬改定の概要
(全体概要版)より抜粋



往診料の評価の見直し

➤ 患者の状態に応じた適切な往診の実施を推進する観点から、緊急の往診に係る評価を見直す。

	以下のいずれかに該当する場合			その他の場合
	① 往診を行う保険医療機関において過去60日以内に在宅患者訪問診療料等を算定している患者			
	② 往診を行う保険医療機関と連携体制を構築している他の保険医療機関において、過去60日以内に在宅患者訪問診療料等を算定している患者			
	③ 往診を行う保険医療機関の外来において継続的に診療を受けている患者			
	④ 往診を行う保険医療機関と平時からの連携体制を構築している介護保険施設等に入所する患者			
	機能強化型の 在支診・在支病(単独型・連携型)		機能強化型 以外の 在支診・在支病	その他の 医療機関
	病床有	病床無		
往診料	720点			

+

緊急往診加算	850点	750点	650点	325点	325点
夜間・休日往診加算	1,700点	1,500点	1,300点	650点	405点
深夜往診加算	2,700点	2,500点	2,300点	1,300点	485点

①緊急往診加算について
保険医療機関において、**標榜時間内**であって、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している時に、患者又は現にその看護に当たっている者から緊急に求められて往診を行った場合に算定する。

②夜間・休日・深夜往診加算の取扱いについて
夜間(深夜を除く。)とは**午後6時から午前8時**までとし、深夜の取扱いについては、**午後 10 時から午前6時**までとする。ただし、これらの時間帯が標榜時間に含まれる場合、夜間・休日往診加算及び深夜往診加算は算定できない。
休日とは、**日曜日及び国民の祝日に関する法律第3条に規定する休日**をいう。なお、1月2日及び3日並びに12月29日、30日及び31日は、休日として取り扱う。

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

➤ 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算定における単一建物診療患者の数が10人以上19人以下、20人以上49人以下及び50人以上の場合の評価を新設するとともに、処方箋料の再編に伴い、在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の評価を見直す。

		機能強化型在支診・在支病 (病床あり)					機能強化型在支診・在支病 (病床なし)					在支診・在支病					その他				
在宅時 医学総合管理料		1人	2～9 人	10人～ 19人	20人～ 49人	50人 ～	1人	2～9 人	10人～ 19人	20人～ 49人	50人 ～	1人	2～9 人	10人～ 19人	20人～ 49人	50人 ～	1人	2～9 人	10人～ 19人	20人～ 49人	50人 ～
①月2回以上訪問 (難病等)		5,385点	4,485点	2,865点	2,400点	2,110点	4,985点	4,125点	2,625点	2,205点	1,935点	4,585点	3,765点	2,385点	2,010点	1,765点	3,435点	2,820点	1,785点	1,500点	1,315点
②月2回以上訪問		4,485点	2,385点	1,185点	1,065点	905点	4,085点	2,185点	1,085点	970点	825点	3,685点	1,985点	985点	875点	745点	2,735点	1,460点	735点	655点	555点
	③(うち1回は情報通信機器を用いた診療)	3,014点	1,670点	865点	780点	660点	2,774点	1,550点	805点	720点	611点	2,554点	1,450点	765点	679点	578点	2,014点	1,165点	645点	573点	487点
④月1回訪問		2,745点	1,485点	765点	670点	575点	2,505点	1,365点	705点	615点	525点	2,285点	1,265点	665点	570点	490点	1,745点	980点	545点	455点	395点
	⑤(うち2月目は情報通信機器を用いた診療)	1,500点	828点	425点	373点	317点	1,380点	768点	395点	344点	292点	1,270点	718点	375点	321点	275点	1,000点	575点	315点	264点	225点
施設入居時等 医学総合管理料		1人	2～9 人	10人～ 19人	20人～ 49人	50人 ～	1人	2～9 人	10人～ 19人	20人～ 49人	50人 ～	1人	2～9 人	10人～ 19人	20人～ 49人	50人 ～	1人	2～9 人	10人～ 19人	20人～ 49人	50人 ～
①月2回以上訪問 (難病等)		3,885点	3,225点	2,865点	2,400点	2,110点	3,585点	2,955点	2,625点	2,205点	1,935点	3,285点	2,685点	2,385点	2,010点	1,765点	2,435点	2,010点	1,785点	1,500点	1,315点
②月2回以上訪問		3,185点	1,685点	1,185点	1,065点	905点	2,885点	1,535点	1,085点	970点	825点	2,585点	1,385点	985点	875点	745点	1,935点	1,010点	735点	655点	555点
	③(うち1回は情報通信機器を用いた診療)	2,234点	1,250点	865点	780点	660点	2,054点	1,160点	805点	720点	611点	1,894点	1,090点	765点	679点	578点	1,534点	895点	645点	573点	487点
④月1回訪問		1,965点	1,065点	765点	670点	575点	1,785点	975点	705点	615点	525点	1,625点	905点	665点	570点	490点	1,265点	710点	545点	455点	395点
	⑤(うち2月目は情報通信機器を用いた診療)	1,110点	618点	425点	373点	317点	1,020点	573点	395点	344点	292点	940点	538点	375点	321点	275点	760点	440点	315点	264点	225点

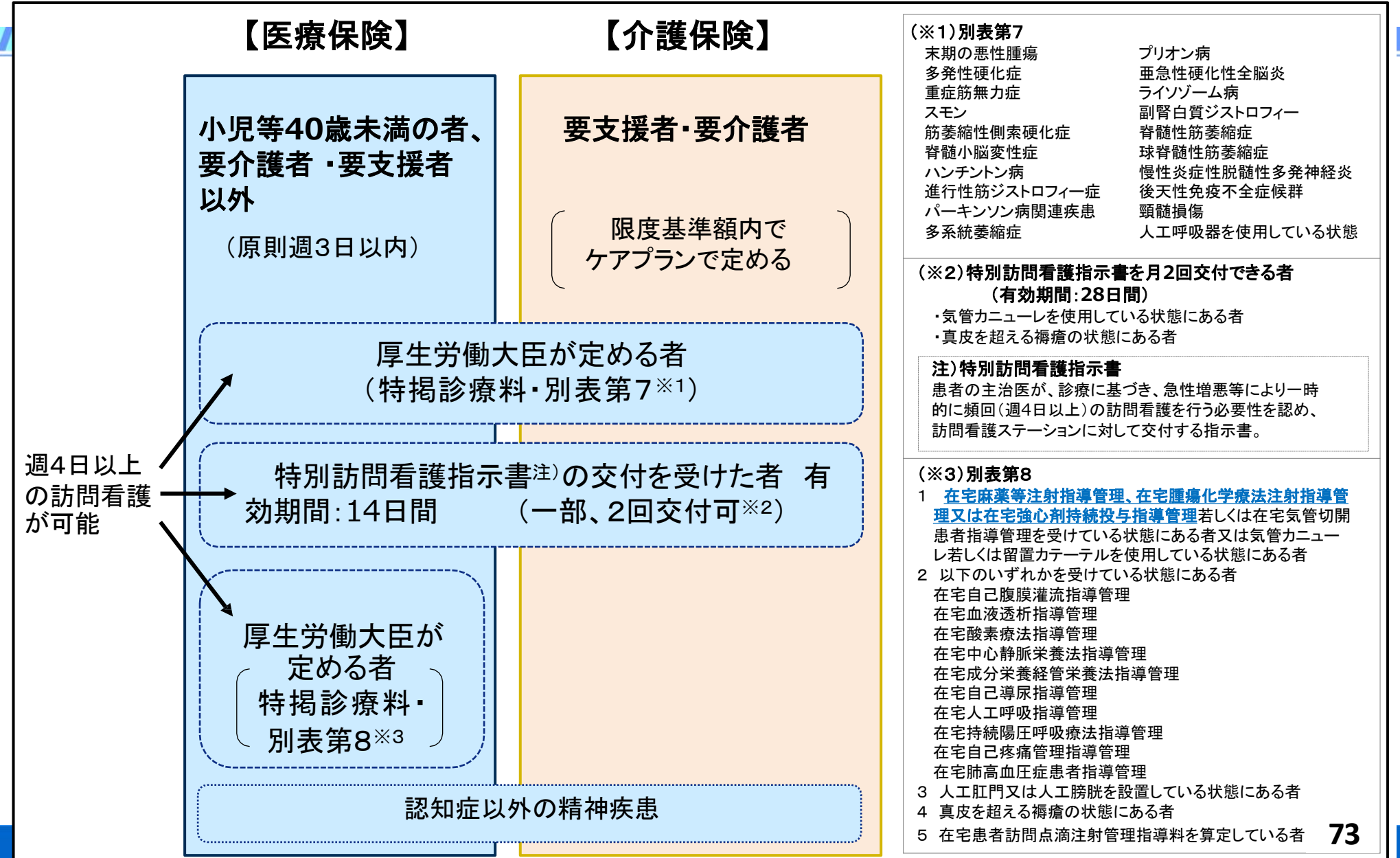
質の高い訪問看護の確保

(厚生労働省保険局医療課)
令和6年診療報酬改定の概要(全体概要版)より抜粋

訪問看護の提供体制	利用者のニーズへの対応	医療DXへの対応を含む 関係機関との連携強化
訪問看護ステーションにおける持続可能な24時間対応体制確保の推進 ・看護業務の負担軽減のための取組を行った場合を評価 ・24時間対応に係る連絡体制の取扱いの見直し ※介護保険においても同様に対応 訪問看護ステーションの機能に応じた訪問看護管理療養費の見直し ・訪問看護管理療養費を実績に応じた評価体系に見直し ・機能強化型1における専門の研修を受けた看護師の配置の要件化 ・適切な感染管理の下での対応を評価 ・オンライン請求及び領収証兼明細書の発行の推進	緊急訪問看護加算の評価の見直し ・緊急訪問看護加算の要件及び評価の見直し 医療ニーズの高い利用者の退院支援の見直し ・長時間の訪問を要する者に対する指導を行った場合の加算の要件の見直し 母子に対する適切な訪問看護の推進 ・ハイリスク妊産婦連携指導料の要件の見直し ・乳幼児加算の評価体系の見直し	訪問看護療養費明細書の電子化に伴う 訪問看護指示書の記載事項及び様式見直し 訪問看護医療DX情報活用加算の新設 ・オンライン資格確認等システムを通じた情報の取得・活用した計画的な管理を評価。 ICTを活用した遠隔死亡診断の補助に対する評価の新設 ・医療機関からの訪問看護における遠隔死亡診断補助を評価 ※介護保険においても同様に対応
訪問看護ステーションにおける管理者の責務の明確化 ※介護保険においても同様に対応		
虐待防止措置及び身体的拘束等の適正化の推進 ※介護保険においても同様に対応		
質上げに向けた評価の新設		

医療保険と介護保険の訪問看護対象者のイメージ

(厚生労働省保険局医療課)
令和6年診療報酬改定の概要(全体概要版)より抜粋



初期診療後の救急患者の転院搬送に対する評価

救急患者連携搬送料の新設

(厚生労働省保険局医療課)令和6年診療報酬改定の概要(全体概要版)より抜粋

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

(新) 救急患者連携搬送料

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



[算定要件]

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

[施設基準]

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

急性期一般入院料1における在宅復帰率の基準の見直し

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

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

小児かかりつけ診療料の見直し

小児かかりつけ診療料の見直し

(厚生労働省保険局医療課)令和6年診療報酬改定の概要(全体概要版)より抜粋

- 小児に対する継続的な診療を一層推進する観点から、小児かかりつけ診療料について、要件及び評価を見直す。

現行

【小児かかりつけ診療料】1

小児かかりつけ診療料1

イ 処方箋を交付する場合

(1) 初診時 641点 (2) 再診時 448点

ロ 処方箋を交付しない場合

(1) 初診時 758点 (2) 再診時 566点

2 小児かかりつけ診療料2

イ 処方箋を交付する場合

(1) 初診時 630点 (2) 再診時 437点

ロ 処方箋を交付しない場合

(1) 初診時 747点 (2) 再診時 555点

[算定要件](抜粋)

(6) 小児かかりつけ診療料の算定に当たっては、以下の指導等を行うこと。

ア～エ (略)

(新設)

(新設)オ

(略)

[施設基準]

(略)



改定後

【小児かかりつけ診療料】1

小児かかりつけ診療料1

イ 処方箋を交付する場合

(1) 初診時 **652点** (2) 再診時 **458点**

ロ 処方箋を交付しない場合

(1) 初診時 **769点** (2) 再診時 **576点**

2 小児かかりつけ診療料2

イ 処方箋を交付する場合

(1) 初診時 **641点** (2) 再診時 **447点**

ロ 処方箋を交付しない場合

(1) 初診時 **758点** (2) 再診時 **565点**

[算定要件](抜粋)

(6) 小児かかりつけ診療料の算定に当たっては、以下の指導等を行うこと。

ア～エ (略)

オ 発達障害の疑いがある患者について、診療及び保護者からの相談に対応するとともに、必要に応じて専門的な医療を要する際の紹介等を行うこと。

カ 不適切な養育にも繋がりがりうる育児不安等の相談に適切に対応すること。

キ (略)

[施設基準](抜粋)

1 小児かかりつけ診療料1に関する施設基準

(1) (略)

(2) 区分番号「B001-2」小児科外来診療料を算定していること。

(3)・(4) (略)

(5) (1)に掲げる医師は、発達障害等に関する適切な研修及び虐待に関する適切な研修を修了していることが望ましい。

2 小児かかりつけ診療料2に関する施設基準

(1) 1の(1)、(2)、(4)及び(5)の基準を満たしていること。

(2) (略)

子どもの成長・発達及び希望により付き添う家族等に配慮した小児入院医療体制の確保

小児入院医療管理料における複数名の保育士配置の評価

- 小児入院医療管理料の注2及び注4の加算について、保育士を複数名配置している場合の評価を新設する。

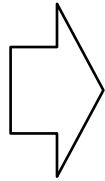
現行

【小児入院医療管理料】

[算定要件](概要)

注2 1日につき100点を所定点数に加算する。

注4 重症児受入体制加算として、1日につき200点を所定点数に加算する。



改定後

【小児入院医療管理料】

[算定要件](概要)

注2	ア	保育士1名の場合	100点
	イ	保育士2名以上の場合	180点
注4	ア	重症児受入体制加算1	200点
	イ	重症児受入体制加算2	280点



小児入院医療管理料における看護補助者の配置の評価

- 小児入院医療管理料に、夜間を含めて看護補助者を配置している場合の評価を新設する。

(新) 看護補助加算(1日につき) 151点

[算定要件]

小児入院医療管理料1、小児入院医療管理料2又は小児入院医療管理料3を算定している患者にについて、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]

- (1) 看護補助者が30:1以上配置されていること。
- (2) 夜勤を行う看護補助者が75:1以上配置されていること。
- (3) 看護職員の負担軽減及び処遇改善に資する体制が整備されていること。

(新) 看護補助体制充実加算(1日につき) 156点

[算定要件] ※看護補助加算と同様

[施設基準]

- (1) 看護補助者が30:1以上配置されていること。
- (2) 夜勤を行う看護補助者が75:1以上配置されていること。
- (3) 看護職員の負担軽減及び処遇改善に資する十分な体制が整備されていること。

付き添う環境への配慮

- 小児入院医療管理料において、小児の家族等が希望により付き添う場合は、当該家族等の食事や睡眠環境等の付き添う環境に配慮することを規定する。

精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に向けた重点的な支援(イメージ)

(厚生労働省保険局医療課)令和6年診療報酬改定の概要(全体概要版)より抜粋



精神医療における外来、在宅診療に係る評価の見直し(イメージ)

◆「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」構築推進に資する外来・在宅医療の提供

- 地域に貢献する精神科医・医療機関におけるかかりつけ精神科医機能を評価
- 手厚い診療に重点を置いた評価体系へ見直しつつ、早期介入、トラウマ支援、児童思春期の患者に対する診療等、多職種の専門的知見を活用した質の高い診療・支援を評価
- 包括的支援マネジメント、在宅医療を推進し、生活や病状に応じた地域生活支援を充実



外来通院
保険医療機関内

通院・在宅精神療法

在宅
保険医療機関外



(充実)60分以上・初診

(適正化)30分未満

(新)【早期診療体制充実加算】

【かかりつけ精神科医機能を有する外来医療機関における手厚い診療等の提供体制を評価】

- 初診、30分以上の診療を一定以上の割合で実施していること
- 担当医、多職種による質の高い精神科診療を継続的に実施できる体制
- 精神保健指定医として業務等を行う常勤の精神保健指定医、多職種の配置
- 地域の精神科医療提供体制への貢献(時間外診療、精神科救急医療等の提供) 等

(新)【心理支援加算】

【心的外傷に起因する症状を有する患者に対して、公認心理師が行う心理支援を評価】

- 外傷体験を有し、心的外傷に起因する症状を有する患者
- 精神科医の指示を受けた公認心理師が、30分以上心理支援(月2回、2年を限度) 等

(新)【児童思春期支援指導加算】

【児童思春期の精神疾患患者に対して、多職種が連携して行う外来診療を評価】

- 適切な研修を修了した精神科医の指示の下、専任の多職種が30分以上の指導管理
- 2名以上の多職種を専任配置(うち1名以上は適切な研修の修了を要件) 等

通院精神療法

(新)【情報通信機器を用いた場合】

【「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」を遵守しつつ、「にも包括」に資する

情報通信機器を用いた精神療法を推進】

- 過去1年以内に対面診療を行った患者
- 地域の精神科医療提供体制への貢献
 - 精神保健指定医として業務等を行う精神保健指定医による実施
 - 時間外診療、精神科救急医療等の提供
- 安全性を確保した向精神薬の処方
 - 3剤以上の抗うつ薬等処方時は算定不可 等

(対象患者の拡大)

【精神科在宅患者支援管理料】

※通院・在宅精神療法には含まれない

(見直し)【療養生活継続支援加算】

【外来、在宅診療における包括的支援マネジメントを推進】

- 療養生活継続支援加算と療養生活環境整備指導加算を統合
- 在宅精神療法を算定する患者についても算定可能に見直し
 - 看護師等又は精神保健福祉士による面接(月1回)、多職種カンファレンス(3月1回)、精神保健福祉士の専任配置 等

急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進

急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進②

(新) リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算

[算定要件](概要)

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

[施設基準](概要)

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

リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組の推進

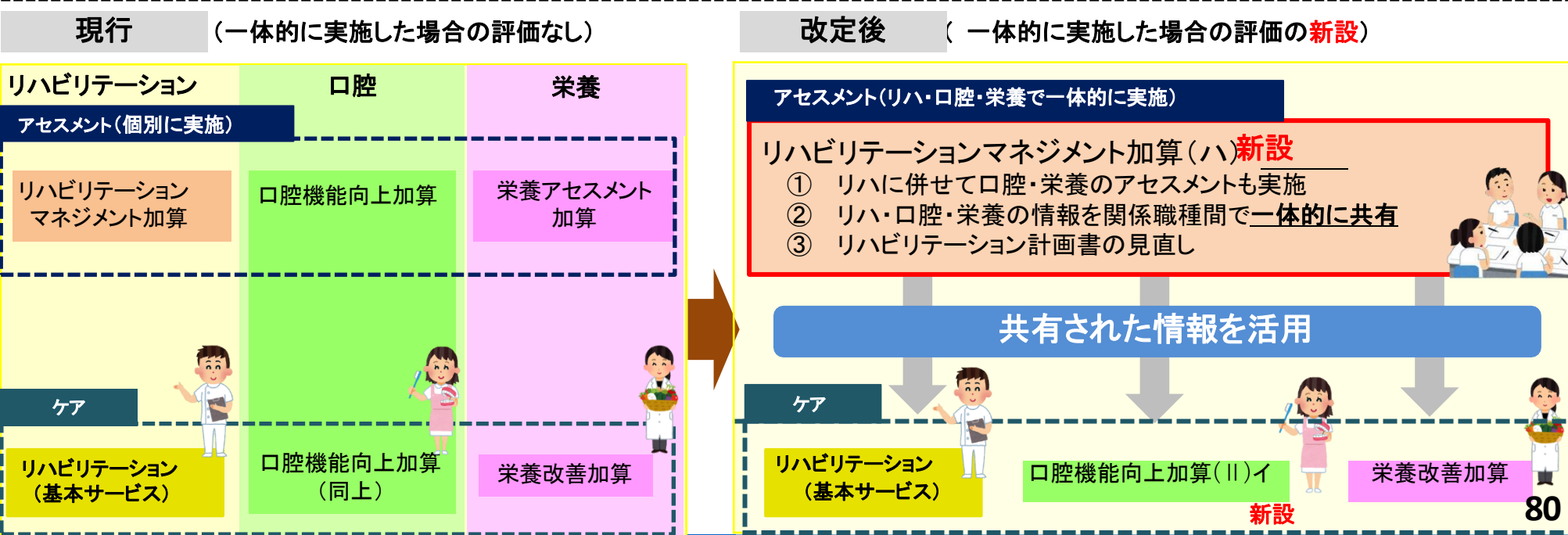
告示改正

■ リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組を推進し、自立支援・重度化防止を効果的に進める観点から、通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント加算について、新たな区分を設ける。

■ また、介護老人保健施設・介護医療院・介護老人福祉施設等の関係加算について、新たな区分を設ける。

通所リハビリテーション、介護老人保健施設、介護医療院、介護老人福祉施設等

【単位数】(通所リハビリテーションの場合)リハビリ			
テーションマネジメント加算(イ)	同意日の属する月から6月以内	560単位/月、6月超	240単位/月
リハビリテーションマネジメント加算(ロ)	同意日の属する月から6月以内	593単位/月、6月超	273単位/月
リハビリテーションマネジメント加算(ハ)(新設)	同意日の属する月から6月以内	793単位/月、6月超	473単位/月
※ 事業所の医師が利用者等に説明し、同意を得た場合、上記に270単位を加算 (新設・現行の要件の組み替え)			
【ハの算定要件】			
ア 口腔アセスメント及び栄養アセスメントを行っていること。イ			
リハビリテーション計画等の内容について、リハビリテーション・口腔・栄養の情報を関係職種の間で一体的に共有すること。その際、必要に応じて LIFE			
に提出した情報を活用していること。			
ウ 共有した情報を踏まえ、リハビリテーション計画について必要な見直しを行い、見直しの内容について関係職種に対し共有していること。			



訪問系サービス及び短期入所系サービスにおける口腔管理に係る連携の強化

告示改正

- 訪問系サービス及び短期入所系サービスにおいて、職員による利用者の口腔の状態の確認によって、歯科専門職による適切な口腔管理の実施につなげる観点から、事業所と歯科専門職の連携の下、介護職員等による口腔衛生状態及び口腔機能の評価の実施並びに利用者の同意の下、歯科医療機関及び介護支援専門員への情報提供を評価する新たな加算を設ける。

訪問介護、訪問看護★、訪問リハビリテーション★、短期入所生活介護★、短期入所療養介護★、定期巡回・随時対応型訪問介護看護

【単位数】

＜現行＞
なし

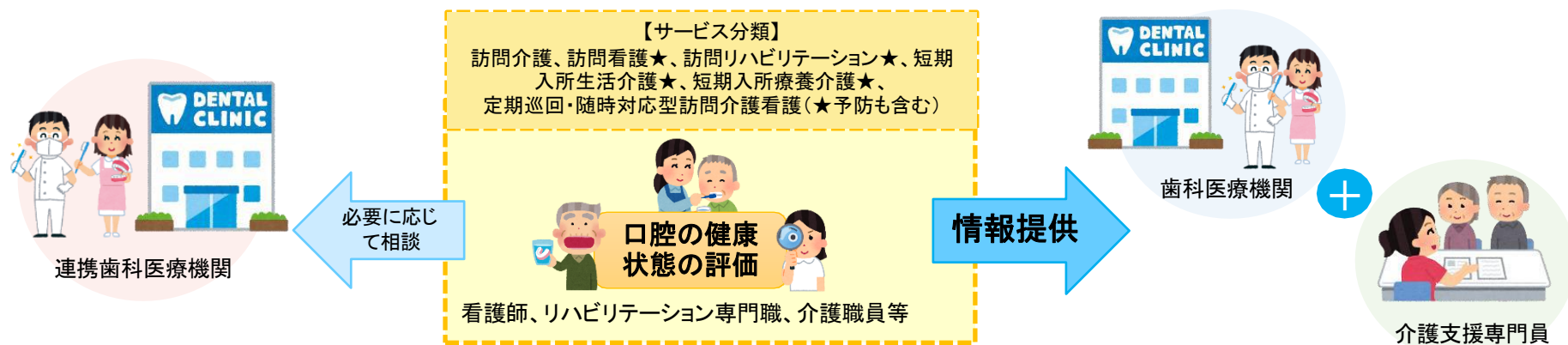


＜改定後＞

口腔連携強化加算 50単位/回（新設）

【算定要件等】

- 事業所の従業者が、口腔の健康状態の評価を実施した場合において、利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果を情報提供した場合に、1月に1回に限り所定単位数を加算する。
- 事業所は利用者の口腔の健康状態に係る評価を行うに当たって、診療報酬の歯科点数表区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の算定の実績がある歯科医療機関の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、当該従業者からの相談等に対応する体制を確保し、その旨を文書等で取り決めていること。



退所者の栄養管理に関する情報連携の促進

告示改正

- 介護保険施設から、居宅、他の介護保険施設、医療機関等に退所する者の栄養管理に関する情報連携が切れ目なく行われるようにする観点から、介護保険施設の管理栄養士が、介護保険施設の入所者等の栄養管理に関する情報について、他の介護保険施設や医療機関等に提供することを評価する新たな加算を設ける。

介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院

【単位数】

＜現行＞
なし



＜改定後＞

退所時栄養情報連携加算 70単位/回（新設）

【算定要件】

○対象者

- ・厚生労働大臣が定める特別食※を必要とする入所者又は低栄養状態にあると医師が判断した入所者。

○主な算定要件

- ・管理栄養士が、退所先の医療機関等に対して、当該者の栄養管理に関する情報を提供する。
- ・1月につき1回を限度として所定単位数を算定する。

介護保険施設A



栄養管理に関する情報

自宅
(在宅担当医療機関)



介護保険施設B



医療機関



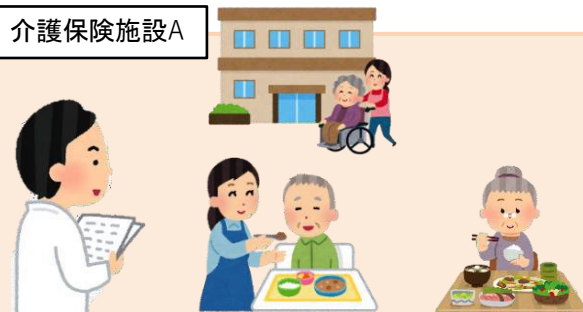
介護支援専門員

※疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する腎臓病食、肝臓病食、糖尿病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食、嚥下困難者のための流動食、経管栄養のための濃厚流動食及び特別な場合の検査食（単なる流動食及び軟食を除く。）

栄養に関する情報連携のイメージ図

下線部：R6報酬改定事項

介護保険施設A



退所時栄養情報連携加算(新設)

【対象者】

厚生労働大臣が定める特別食を必要とする入所者又は、低栄養状態にあると医師が判断した入所者

【算定要件】

- ・管理栄養士が、退所先の医療機関等に対して、当該者の栄養管理に関する情報を提供する。
- ・1月につき1回を限度として所定単位数を算定する。

施設移動
入院
自宅退所

再入所時栄養連携加算

【対象者】

厚生労働大臣が定める特別食等が必要な者

【算定要件】

栄養に関する指導又はカンファレンスに同席※し、医療機関の管理栄養士と連携して、二次入所後の栄養ケア計画を作成する。

※当該者等の同意を得たうえでテレビ電話装置等を活用して行うことも可能。

入院

入院前の
施設に
再入所

介護保険施設B

医療機関Ⅱ

自宅
(在宅担当医療機関)



介護支援専門員

施設退院
転院
自宅退院

栄養情報提供加算
(診療報酬)

医療機関Ⅰ



介護保険施設Aの
管理栄養士

医療機関の
管理栄養士

テレビ電話装置等も活用可能



医療機関・訪問看護ステーションにおける明細書発行の推進

(厚生労働省保険局医療課)令和6年診療報酬改定の概要(医科全体版)より抜粋

明細書無料発行の推進

- 現行、明細書の無料発行については、電子レセプト請求(オンライン請求・光ディスク等による請求)が義務付けられている病院、診療所及び薬局については、原則として明細書を発行しなければならないこととされているが、診療所であって、明細書交付が困難であることについて正当な理由※がある場合、当分の間、患者から求められたときに交付することで足りるとされる免除規定があり、また、訪問看護ステーションにおいては、明細書の発行は努力義務とされているところ。
- 現行の取扱いについて、患者から見て分かりやすい医療を実現する観点及び医療DXを推進する観点から以下のとおり見直す。

- ① 診療所(医科・歯科)における明細書無料発行の免除規定について、診療報酬改定DXにおいて検討されている標準型レセコンの提供等により、**全ての医療機関において明細書の発行が可能になった時期を目途として廃止する。**
- ② 訪問看護ステーションにおける明細書の発行について、令和6年6月(7月請求分)からオンライン請求が開始されることを踏まえ、**現在努力規定となっている明細書の発行について義務化する。**なお、訪問看護療養費については、既に交付が義務づけられている領収証においては個別の項目毎の金額等の記載が求められていることに鑑み、**現在の領収証を領収証兼明細書として位置づける。**
また、領収証兼明細書に変更するシステム改修に必要な期間を考慮し、**令和7年5月31日までの経過措置期間を置く。**

【※正当な理由】

- ①一部負担金等の支払いがない患者に対応した明細書発行機能が付与されていないレセコンを使用している場合
- ②自動入金機の改修が必要な場合

1 感染症対策の強化

対象：全サービス

○感染症の発生及びまん延等に関する取組の徹底を求める観点から以下の内容を義務化。

- ・施設系サービスについて、現行の委員会の開催、指針の整備、研修の実施等に加え、訓練（シミュレーション）の実施。
- ・その他サービスについて、委員会の開催、指針の整備、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等。

2 業務継続に向けた取組の強化

対象：全サービス

○感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築する観点から以下の内容を義務化。

- ・業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等。

3 認知症介護基礎研修の受講の義務付け

対象：全サービス

○認知症についての理解の下、本人主体の介護を行い、認知症の人の尊厳の保障を実現していく観点から以下の内容を義務化。

- ・介護に関わる全ての者の認知症対応力を向上させていくため、介護サービス事業者、介護に直接携わる職員のうち、医療・福祉関係の資格を有さない者について、認知症介護基礎研修を受講させるために必要な措置を講じること。

4 高齢者虐待防止の推進

対象：全サービス

○利用者の人権の擁護、虐待の防止等の観点から以下の内容を義務化。

- ・虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めること。

令和5年度末で経過措置期間が終了する令和3年度介護報酬改定事項について

令和5年度末で経過措置期間を終了する令和3年度介護報酬改定における改定事項について(依頼)(介護保険最新情報vol.1174)より抜粋

5 施設系サービスにおける口腔衛生管理の強化 対象：施設系サービス

○口腔衛生管理体制を確保するよう促すとともに、状態に応じた丁寧な口腔衛生管理を更に充実させる観点から以下の内容を義務化。

・口腔衛生管理体制加算を廃止し、同加算の算定要件の取組を一定緩和した上で、基本サービスとして、口腔衛生の管理体制を整備し、入所者ごとの状態に応じた口腔衛生の管理を行うこと。

6 施設系サービスにおける栄養ケア・マネジメントの充実 対象：施設系サービス

○栄養ケア・マネジメントの取組を一層強化する観点から以下の内容を見直し。

・「入所者の栄養状態の維持及び改善を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、各入所者の状態に応じた栄養管理を計画的に行わなければならない」ことを運営基準に規定。

7 事業所医師が診療しない場合の減算の強化 対象：訪問リハビリテーション

○訪問リハビリテーションについて、リハビリテーション計画の作成にあたって事業所医師が診療せずに「適切な研修の修了等」をした事業所外の医師が診療等した場合に適正化（減算）した単位数で評価を行う診療未実施減算について、事業所の医師の関与を進める観点から以下の内容を見直し。

・事業所外の医師に求められる「適切な研修の修了等」について、適用猶予措置期間を延長。

参考・引用

令和6年度 診療報酬改定について(厚生労働省)

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00045.html

令和6年度 診療報酬改定説明(YouTube)

<https://www.youtube.com/playlist?list=PLMG33RKISnWhCI3jkGORR92NJw8fQDYJy>

令和6年度 診療報酬改定説明会等資料について(厚生労働省)

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00012.html

令和6年度 介護報酬改定について(厚生労働省)

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_38790.html

内閣官房 医療DX推進本部

https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/iryou_dx_suishin/index.html

厚生労働省 「医療DX令和ビジョン2030」厚生労働省推進チーム

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-isei_210261_00003.html

令和5年度末で経過措置期間を終了する令和3年度介護報酬改定における改定事項について(依頼)(介護保険最新情報vol.1174)



ご清聴ありがとうございました



Sri-f