

全日本自治団体労働組合 説明会

# 2024年度診療報酬改定について

厚生労働省保険局医療課 課長補佐

加藤 琢真

# 令和6年度診療報酬改定の基本方針の概要

## 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賃上げに向けた取組
- 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）

# 令和6年度の診療報酬改定等に関する大臣折衝事項 (令和5年12月20日)

## 1. 診療報酬 +0.88% (R6年6月1日施行)

- ① 看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種（下記※に該当する者を除く）について、R6年度にベア+2.5%、R7年度にベア+2.0%を実施していくための特例的な対応 +0.61%
- ② 入院時の食費基準額の引上げ（1食当たり30円）の対応（うち、患者負担については、原則、1食当たり30円、低所得者については、所得区分等に応じて10～20円） +0.06%
- ③ 生活習慣病を中心とした管理料、処方箋料等の再編等の効率化・適正化 ▲0.25%
- ④ ①～③以外の改定分 +0.46%（※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分（+0.28%程度）を含む）  
うち各科改定率：医科+0.52%、歯科+0.57%、調剤+0.16%

## 2. 薬価等

- ① 薬価 ▲0.97% (R6年4月1日施行)
- ② 材料価格 ▲0.02% (R6年6月1日施行)

※ イノベーションの更なる評価等として、革新的新薬の薬価維持、有用性系評価の充実等への対応を含む。

※ 急激な原材料費の高騰、後発医薬品等の安定的な供給確保への対応として、不採算品再算定に係る特例的な対応を含む（対象：約2000品目程度）

※ イノベーションの更なる評価等を行うため、長期収載品の保険給付の在り方の見直しを行う。

⇒選定療養の仕組みを導入し、後発医薬品の上市後5年以上経過したもの又は後発医薬品の置換率が50%以上となったものを対象に、後発医薬品の最高価格帯との価格差の4分の3までを保険給付の対象とする（R6年10月1日施行）

## 3. 診療報酬・薬価等に関する制度改革事項

良質な医療を効率的に提供する体制の整備等の観点から、次の項目について、中央社会保険医療協議会での議論も踏まえて、改革を着実に進める。

- ・医療DXの推進による医療情報の有効活用等
- ・調剤基本料等の適正化

加えて、医療現場で働く方にとって、R6年度に2.5%、R7年度に2.0%のベースアップへと確実につながるよう、配分方法の工夫を行う。あわせて、今回の改定による医療従事者の賃上げの状況、食費を含む物価の動向、経営状況等について、実態を把握する。

令和6年度診療報酬改定

## 1. 賃上げ・基本料等の引き上げ

- (1) ベースアップ評価料
- (2) 基本料の引き上げ
- (3) 入院料通則の改定

# 令和6年度及び令和7年度における賃上げのイメージ

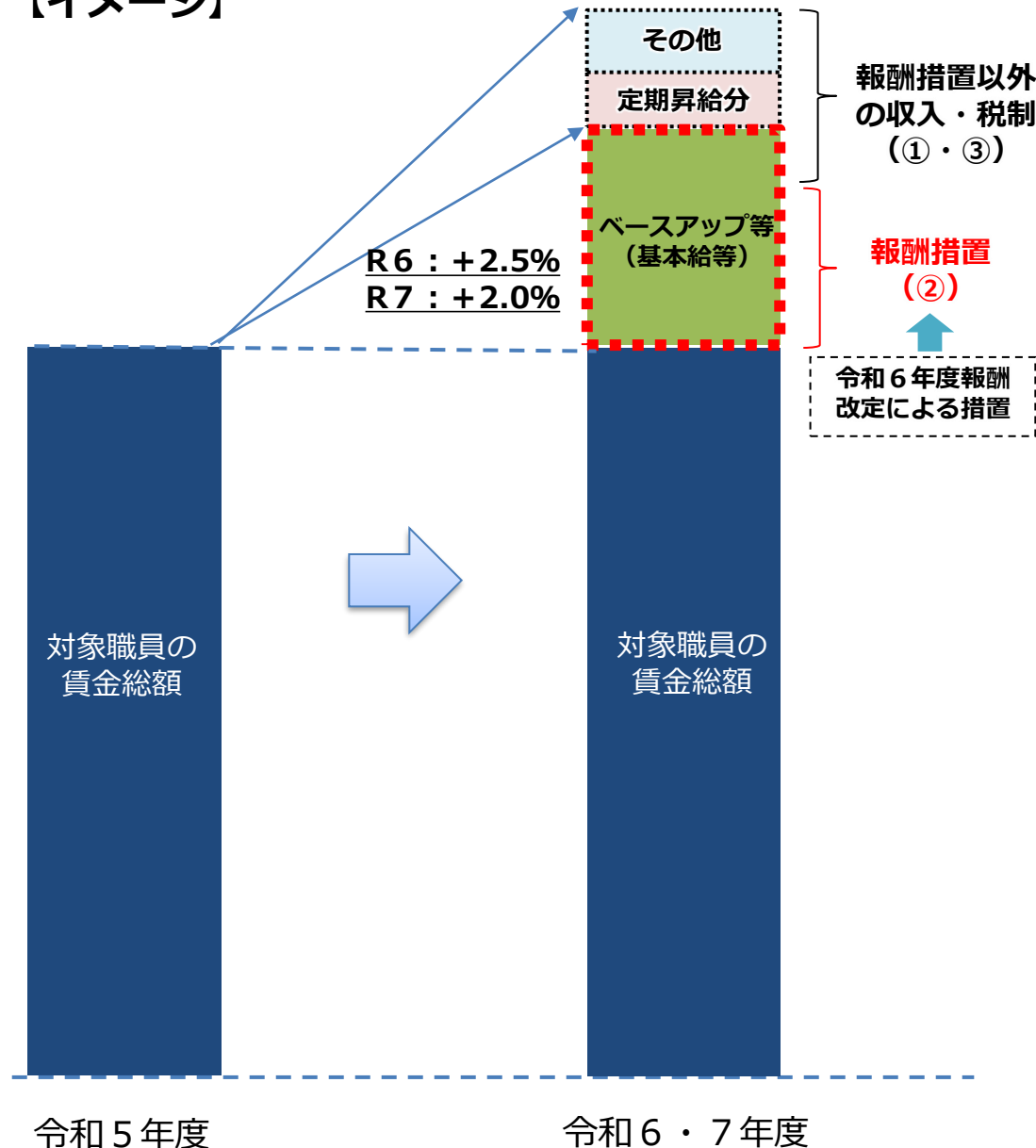
## 【基本的な方針】

### ■ 次の①～③を組み合わせた賃上げ対応

- ① 医療機関や事業所の過去の実績をベースにしつつ、更に
- ② 今般の報酬改定による上乗せの活用
- ③ 賃上げ促進税制の活用

- 令和6年度に+2.5%、令和7年度に+2.0%のベースアップを実施し、定期昇給なども合わせて、昨年を超える賃上げの実現を目指す。

## 【イメージ】



# 賃上げ促進税制の概要

- 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、上乗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%

【上乗せ要件】 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

上乗せ要件も達成で  
最大控除率**45%**

上乗せ要件も達成で  
最大控除率**35%**

上乗せ要件も達成で  
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。



# 賃上げに係る評価の全体像

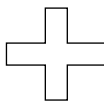
## ベースアップ評価料

**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**

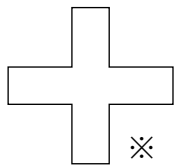
### ① 外来・在宅医療の患者に係る評価、訪問看護ステーションの利用者に係る評価

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**



※ 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



※ 入院に携わる職員のための評価

### 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
2	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

## 賃上げに向けた評価の新設①

### 外来・在宅ベースアップ評価料(I)の新設【算定要件】

- 外来医療又は在宅医療を実施している医療機関（医科）において、勤務する看護職員、薬剤師その他の医療関係職種の賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

<b>(新)</b>	<b>外来・在宅ベースアップ評価料（I）（1日につき）</b>	
<b>1</b>	<b>初診時</b>	<b>6点</b>
<b>2</b>	<b>再診時等</b>	<b>2点</b>
<b>3</b>	<b>訪問診療時</b>	
<b>イ</b>	<b>同一建物居住者等以外の場合</b>	<b>28点</b>
<b>ロ</b>	<b>イ以外の場合</b>	<b>7点</b>

[算定要件]

- (1) 主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。）の賃金の改善を図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地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中以外の患者に初診、再診又は訪問診療を行った場合に、所定点数を算定する。
- (2) 1については、初診料、小児科外来診療料（初診時）又は小児かかりつけ診療料（初診時）を算定した日に限り、1日につき1回算定できる。
- (3) 2については、再診料、外来診療料、短期滞在手術等基本料1、小児科外来診療料（再診時）、外来リハビリテーション診療料、外来放射線照射診療料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、小児かかりつけ診療料（再診時）又は外来腫瘍化学療法診療料を算定した日に限り、1日につき1回算定できる。
- (4) 3のイについては、在宅患者訪問診療料(I)の同一建物居住者以外の場合又は在宅がん医療総合診療料（ただし、訪問診療を行った場合に限る。）を算定した日に限り、1日につき1回算定できる。
- (5) 3のロについては、在宅患者訪問診療料(I)の同一建物居住者の場合又は在宅患者訪問診療料(II)を算定した日に限り、1日につき1回算定できる。



## 賃上げに向けた評価の新設②

### 外来・在宅ベースアップ評価料(I)の新設【施設基準】

[施設基準の概要]

- (1) 外来医療又は在宅医療を実施している保険医療機関であること。
- (2) 主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下「対象職員」という。）が勤務していること。対象職員は下に示す職員であり、専ら事務作業（医師事務作業補助者、看護補助者等が医療を専門とする職員の補助として行う事務作業を除く）を行うものは含まれない。

#### 主として医療に従事する職員（対象職員）

薬剤師	言語聴覚士	臨床工学技士	はり師、きゆう師
保健師	義肢装具士	管理栄養士	柔道整復師
助産師	歯科衛生士	栄養士	公認心理師
看護師	歯科技工士	精神保健福祉士	診療情報管理士
准看護師	歯科業務補助者	社会福祉士	医師事務作業補助者
看護補助者	診療放射線技師	介護福祉士	その他医療に従事する職員
理学療法士	診療エックス線技師	保育士	（医師及び歯科医師を除く。）
作業療法士	臨床検査技師	救急救命士	
視能訓練士	衛生検査技師	あん摩マッサージ指圧師、	

- (3) 当該評価料を算定する場合は、令和6年度及び令和7年度において対象職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実施しなければならない。
- (4) (3)について、当該評価料は、対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む）等の増加分に用いること。ただし、ベア等を行った保険医療機関において、患者数等の変動等により当該評価料による収入が上記の支給額を上回り、追加でベア等を行うことが困難な場合であって、賞与等の手当によって賃金の改善を行った場合又は令和6年度及び令和7年度において翌年度の賃金の改善のために繰り越しを行う場合（令和8年12月までに賃金の改善措置を行う場合に限る。）についてはこの限りではない。いずれの場合においても、賃金の改善の対象とする項目を特定して行うこと。なお、当該評価料によって賃金の改善を実施する項目以外の賃金項目（業績等に応じて変動するものを除く。）の水準を低下させてはならない。
- (5) 令和6年度に対象職員の基本給等を令和5年度と比較して2.5%以上引き上げ、令和7年度に対象職員の基本給等を令和5年度と比較して4.5%以上引き上げた場合については、40歳未満の勤務医及び勤務歯科医並びに事務職員等の当該保険医療機関に勤務する職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実績に含めることができること。
- (6) 「賃金改善計画書」及び「賃金改善実績報告書」を作成し、定期的に地方厚生(支)局長に報告すること。

## 賃上げに向けた評価の新設⑨

### 入院ベースアップ評価料の新設【算定要件】

- ▶ 病院又は有床診療所において、勤務する看護職員、薬剤師その他の医療関係職種の賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

#### (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
2	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

#### [算定要件]

- 主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。）の賃金の改善を図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地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、入院基本料、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。）を算定している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

#### 主として医療に従事する職員（対象職員）

薬剤師	言語聴覚士	臨床工学技士	はり師、きゆう師
保健師	義肢装具士	管理栄養士	柔道整復師
助産師	歯科衛生士	栄養士	公認心理師
看護師	歯科技工士	精神保健福祉士	診療情報管理士
准看護師	歯科業務補助者	社会福祉士	医師事務作業補助者
看護補助者	診療放射線技師	介護福祉士	その他医療に従事する職員
理学療法士	診療工ックス線技師	保育士	（医師及び歯科医師を除く。）
作業療法士	臨床検査技師	救急救命士	
視能訓練士	衛生検査技師	あん摩マッサージ指圧師、	

令和6年度診療報酬改定

## 1. 賃上げ・基本料等の引き上げ

- (1) ベースアップ評価料
- (2) 基本料の引き上げ
- (3) 入院料通則の改定

# 初再診料等の評価の見直し

## 初再診料等の評価の見直し

- 外来診療における標準的な感染防止対策を日常的に講じることが必要となったこと、職員の賃上げを実施すること等の観点から、**初診料を3点、再診料と外来診療料をそれぞれ2点**引き上げる。

### 現行

【初診料】	
初診料	288点
情報通信機器を用いた初診料	251点
初診料の注2・注3・注4	214点
情報通信機器を用いた場合	186点
初診料の注5	144点
情報通信機器を用いた場合	125点
注2～4に規定する場合	107点
情報通信機器を用いた場合	93点
【再診料】	
再診料	73点
情報通信機器を用いた再診料	73点
再診料の注2	54点
再診料の注3	37点
再診料の注2に規定する場合	27点
【外来診療料】	
外来診療料	74点
情報通信機器を用いた外来診療料	73点
外来診療料の注2・注3・注4	55点
外来診療料の注5	37点
注2～4に規定する場合	27点



### 改定後

【初診料】	
初診料	<u>291点</u>
情報通信機器を用いた初診料	<u>253点</u>
初診料の注2・注3・注4	<u>216点</u>
情報通信機器を用いた場合	<u>188点</u>
初診料の注5	<u>146点</u>
情報通信機器を用いた場合	<u>127点</u>
注2～4に規定する場合	<u>108点</u>
情報通信機器を用いた場合	<u>94点</u>
【再診料】	
再診料	<u>75点</u>
情報通信機器を用いた再診料	<u>75点</u>
再診料の注2	<u>55点</u>
再診料の注3	<u>38点</u>
再診料の注2に規定する場合	<u>28点</u>
【外来診療料】	
外来診療料	<u>76点</u>
情報通信機器を用いた外来診療料	<u>75点</u>
外来診療料の注2・注3・注4	<u>56点</u>
外来診療料の注5	<u>38点</u>
注2～4に規定する場合	<u>28点</u>

# 入院基本料等の見直し

## 入院基本料等の見直し

- 入院基本料等について、以下の見直しを行う。
  - 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。**
  - 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」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。**
  - 医療機関における身体的拘束を最小化する取組を強化するため、**医療機関において組織的に身体的拘束を最小化する体制の整備を求める。**
  - 上記のほか、40歳未満の勤務医師、事務職員等の賃上げを実施すること等の観点から、**入院基本料等の評価を見直す。**

### 現行

【一般病棟入院基本料】	
急性期一般入院料 1	1,650点
【療養病棟入院基本料】	
療養病棟入院料 1 入院料 G	968点
【精神病棟入院基本料】	
15対1入院基本料	830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）	1,718点
【回復期リハビリテーション病棟入院料】	
回復期リハビリテーション病棟入院料 4	1,841点
【地域包括ケア病棟入院料】	
地域包括ケア病棟入院料 1	2,809点



### 改定後

【一般病棟入院基本料】	
急性期一般入院料 1	<b>1,688点</b>
【療養病棟入院基本料】	
療養病棟入院料 1 入院料 25	<b>983点</b>
【精神病棟入院基本料】	
15対1入院基本料	<b>844点</b>
【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）	<b>1,822点</b>
【回復期リハビリテーション病棟入院料】	
回復期リハビリテーション病棟入院料 4	<b>1,859点</b>
【地域包括ケア病棟入院料】	
地域包括ケア病棟入院料 1（40日以内）	<b>2,838点</b>

（41日目以降は2,690点） **13**

※一部の入院料について抜粋。地域包括ケア病棟入院料 1 は日数による評価を見直したことに伴う増点を含む。

令和6年度診療報酬改定

## 1. 賃上げ・基本料等の引き上げ

- (1) ベースアップ評価料
- (2) 基本料の引き上げ
- (3) 入院料通則の改定

# 栄養管理体制の基準の明確化（入院料通則の改定①）

## 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)

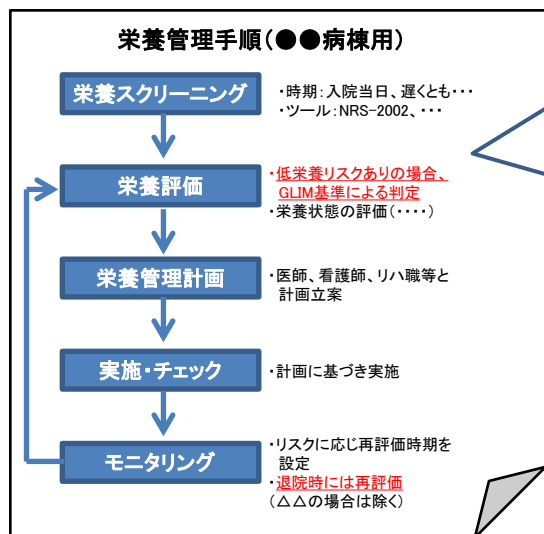
### 改定後

【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けば差し支えない。

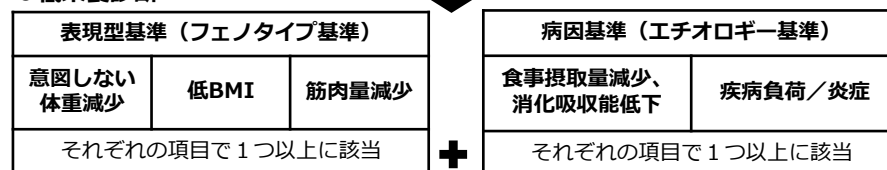
### <参考> GLIM(Global Leadership Initiative on Malnutrition)基準

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

#### ●栄養スクリーニング

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

#### ●低栄養診断



↓ 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）

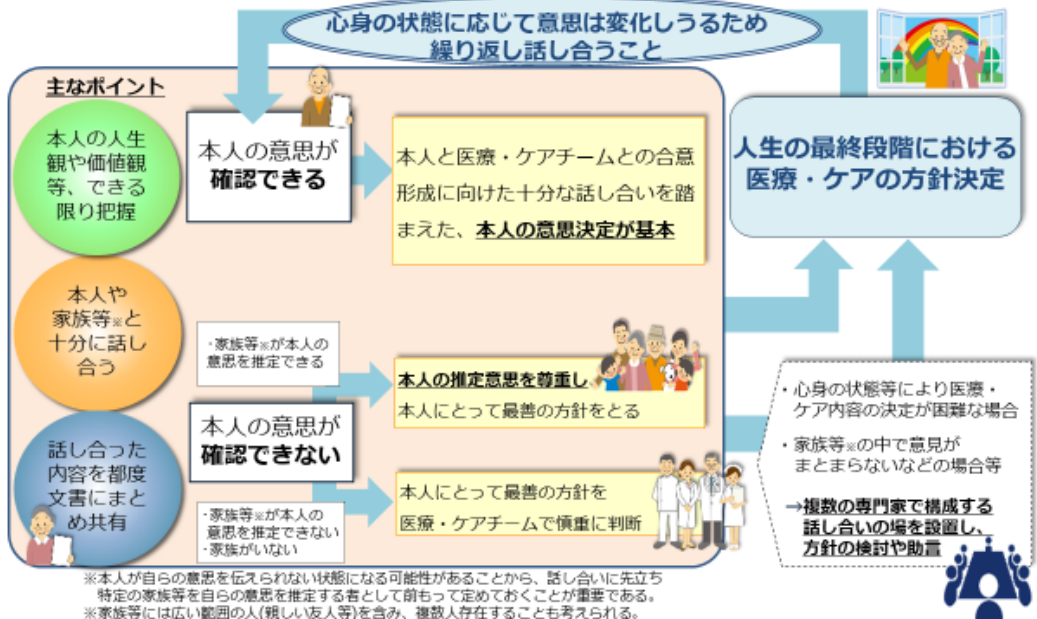
## 人生の最終段階における適切な意思決定支援の推進

➤ 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。

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

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



### 【指針の作成が要件となる対象】

- **入院料を算定する医療機関**※
- ※ 小児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、小児入院医療管理料又は児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟のみを有するものを除く。
- 以下の届出を行う医療機関
  - ・がん患者指導管理料
  - ・**地域包括診療料**
  - ・**地域包括診療加算**
  - ・**認知症地域包括診療料**
  - ・**認知症地域包括診療加算**
  - ・在宅療養支援診療所・病院

※本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、話し合いに先立ち特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことが重要である。  
※家族等には広い範囲の人(親しい友人等)を含み、複数人存在することも考えられる。



# 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]

- 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。
- (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ぬ**こと。
- 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。
- 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。
- 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。
- (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。

令和6年度診療報酬改定

## 2. 医療DXの推進

- (1) マイナ保険証を中心とした医療DXの推進
- (2) 脳卒中に対する情報通信機器を用いた遠隔連携の推進
- (3) 情報通信機器を用いた診療の推進等

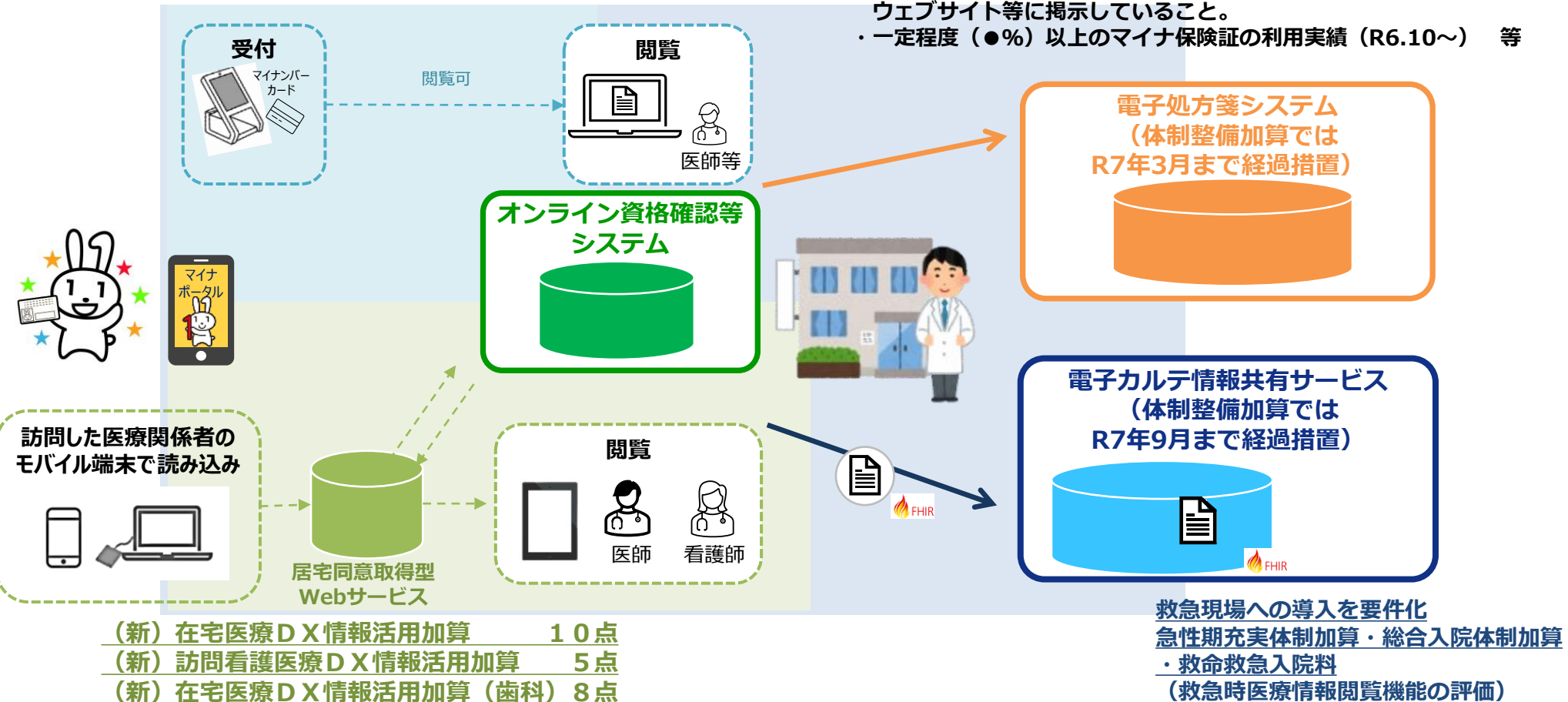
# 令和6年度診療報酬改定における医療DXに係る全体像

➤ 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



※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。

# 救急時医療情報閲覧機能の導入の推進

## 救急時医療情報閲覧機能の導入の要件化

- 救急時医療情報閲覧機能の導入により、救急患者に対する迅速かつ的確で効率的な治療を更に推進する観点から、総合入院体制加算、急性期充実体制加算及び救命救急入院料について要件を見直す。

### 現行

【急性期充実体制加算】

[施設基準]

第1の2 急性期充実体制加算

1 急性期充実体制加算に関する施設基準

(1) ~ (4) (略)

(5) 24時間の救急医療提供として、次のいずれにも該当していること。

ア・イ (略)

(新設)



### 改定後

【急性期充実体制加算】

[施設基準]

第1の2 急性期充実体制加算

1 通則

(1) ・ (2) (略)

(3) 24時間の救急医療提供として、次のいずれにも該当していること。

ア・イ (略)

**ウ 救急時医療情報閲覧機能を有していること。**

[経過措置]

1の(3)のウに規定する救急時医療情報閲覧機能の要件については、令和7年4月1日以降に適用するものとする

# 診療録管理体制加算の見直し

## 診療録管理体制加算の見直し

- 適切な診療記録の管理を推進する観点から、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を踏まえ、非常時に備えたサイバーセキュリティ対策等の整備に係る要件及び評価を見直す。

### 現行

【診療録管理体制加算1】 100点  
[施設基準]

・許可病床数400床以上の保険医療機関については、専任の医療情報システム安全管理責任者を配置すること。

(新設)

(新設)

【診療録管理体制加算2】 30点

・区分の見直し（診療録管理体制加算1→2）

(新設)

・区分の見直し（診療録管理体制加算2→3）

### 改定後

【診療録管理体制加算1】 **140点**  
[施設基準]

・許可病床数**200床以上**の保険医療機関については、専任の医療情報システム安全管理責任者を配置すること。

・非常時に備えた医療情報システムのバックアップを複数の方式で確保し、その一部はネットワークから切り離れたオフラインで保管していること。

・非常時を想定した医療情報システムの利用が困難な場合の対応や復旧に至るまでの対応についての業務継続計画（BCP）を策定し、少なくとも年1回程度、定期的に訓練・演習を実施すること。また、その結果を踏まえ、必要に応じて改善に向けた対応を行っていること。

【診療録管理体制加算2】 **100点**

・許可病床数**200床以上**の保険医療機関については、専任の医療情報システム安全管理責任者を配置すること。

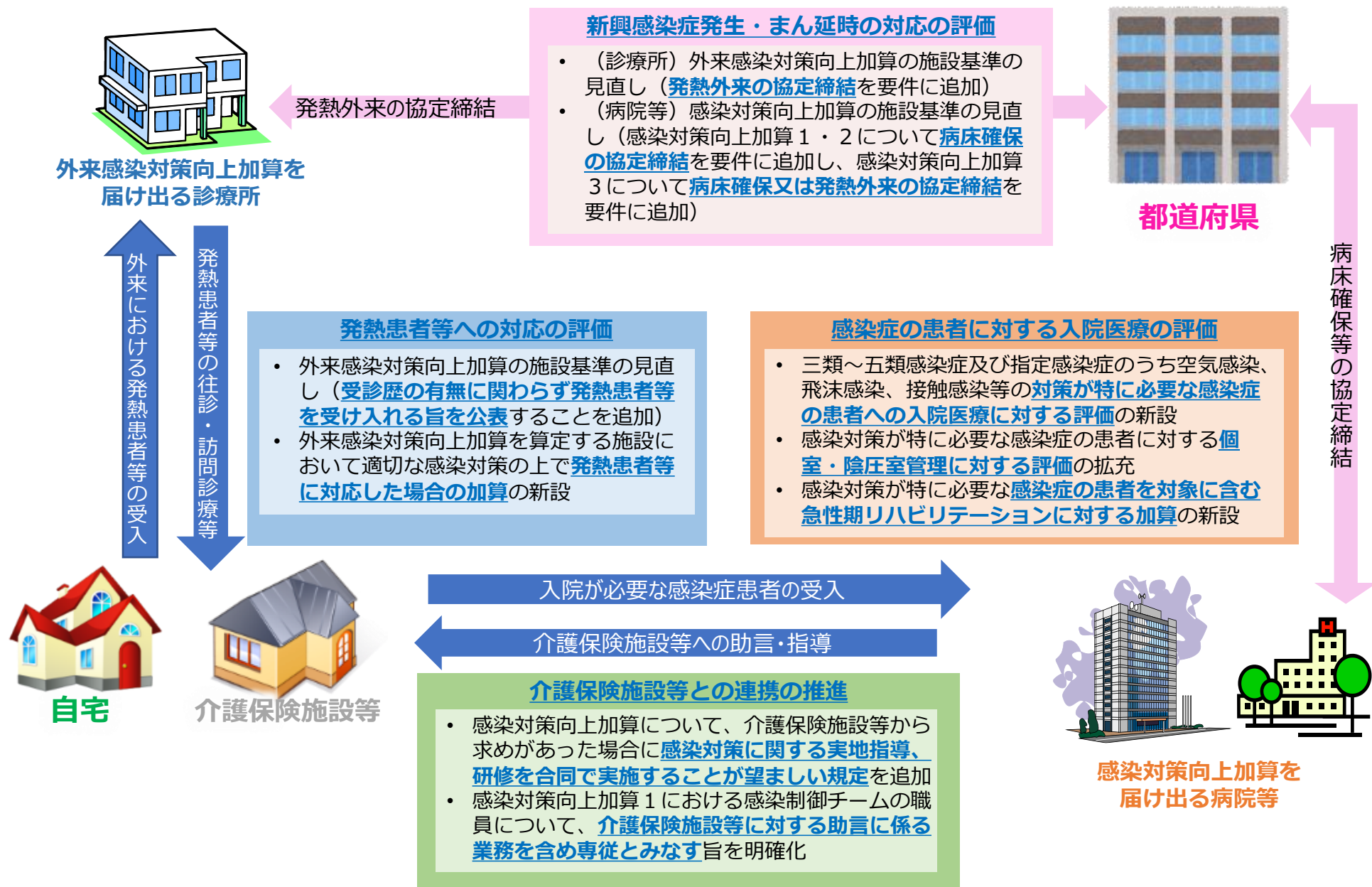
【診療録管理体制加算3】 **30点**



令和6年度診療報酬改定

### 3. ポストコロナにおける感染症対策の推進

# 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



# ポストコロナにおける感染症対策の評価①

## 感染対策向上加算及び外来感染対策向上加算の見直し

- ▶ 新興感染症への備えに係る施設基準について、第8次医療計画における協定締結の枠組みを踏まえた要件に見直しを行う。

### 現行

#### 【感染対策向上加算】【施設基準（抜粋）】

加算1：新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること。

加算2：新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること。

加算3：新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者若しくは疑い患者を受け入れる体制又は発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること。

#### 【外来感染対策向上加算】【施設基準（抜粋）】

新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること。

### 改定後

#### 【感染対策向上加算】【施設基準（抜粋）】

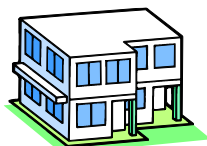
加算1：都道府県知事の指定を受けている第一種協定指定医療機関であること。

加算2：（加算1と同様）

加算3：都道府県知事の指定を受けている第一種協定指定医療機関又は都道府県知事の指定を受けている第二種協定指定医療機関（発熱外来に係る措置を講ずるものに限る。）であること。

#### 【外来感染対策向上加算】【施設基準（抜粋）】

都道府県知事の指定を受けている第二種協定指定医療機関（発熱外来に係る措置を講ずるものに限る。）であること。



外来感染対策向上加算を  
届け出る診療所

発熱外来の協定締結



都道府県

病床確保等の協定締結



感染対策向上加算を  
届け出る病院等



## ポストコロナにおける感染症対策の評価②

### 感染症の入院患者に対する感染対策の評価の新設

- 感染管理が特に重要な感染症の患者に対して、適切な感染対策を講じた上で入院医療を提供した場合の加算を新設する。

<b>(新)</b>	<b>特定感染症入院医療管理加算</b>	<b>治療室の場合</b>	<b>200点</b>
		<b>それ以外の場合</b>	<b>100点</b>

#### [算定要件]

感染症法上の三類感染症の患者、四類感染症の患者、五類感染症の患者及び指定感染症の患者並びにそれらの疑似症患者のうち感染対策が特に必要なものに対して、適切な感染防止対策を実施した場合に、1入院に限り7日（当該感染症を他の患者に感染させるおそれが高いことが明らかであり、感染対策の必要性が特に認められる患者に対する場合を除く。）を限度として、算定する。ただし、疑似症患者については、初日に限り所定点数に加算する。

#### [対象となる感染症]

狂犬病、鳥インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く。）、エムポックス、重症熱性血小板減少症候群（病原体がフレボウイルス属SFTSウイルスであるものに限る。）、腎症候性出血熱、ニパウイルス感染症、ハンタウイルス肺症候群、ヘンドラウイルス感染症、インフルエンザ（鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。）、後天性免疫不全症候群（ニューモシチス肺炎に限る。）、麻しん、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症、RSウイルス感染症、カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症、感染性胃腸炎（病原体がノロウイルスであるものに限る。）、急性弛緩性麻痺（急性灰白髄炎を除く。病原体がエンテロウイルスによるものに限る。）、新型コロナウイルス感染症、侵襲性髄膜炎菌感染症、水痘、先天性風しん症候群、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症、バンコマイシン耐性腸球菌感染症、百日咳、風しん、ペニシリン耐性肺炎球菌感染症、無菌性髄膜炎（病原体がパルボウイルスB19によるものに限る。）、薬剤耐性アシネトバクター感染症、薬剤耐性緑膿菌感染症及び流行性耳下腺炎並びに感染症法第6条第8項に規定する指定感染症

#### [対象の入院料]

一般病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟及び精神病棟）、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料、有床診療所入院基本料、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料、総合周産期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及び特定一般病棟入院料

令和6年度診療報酬改定

## 4. 同時報酬改定における対応

(1) 介護報酬改定との連携

(2) 障害福祉サービス等改定との連携

# 医療と介護の連携の推進（イメージ）

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

## 介護保険施設等と連携する医療機関

【在宅医療を担う医療機関や感染対策を担う医療機関等】

### 介護保険施設等との連携の推進

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

### 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

● : 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りの努力義務化**

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
- **早期退院の受入りの努力義務化**  
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

令和6年度診療報酬改定

## 5. 外来診療の機能分化・強化等

- (1) 生活習慣病にかかる疾病管理
- (2) かかりつけ医機能に係る見直し
- (3) その他

# 生活習慣病対策

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

## 1. 生活習慣病管理料（Ⅱ）の新設（Ⅱ-5-①）

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

## 2. 生活習慣病管理料の評価及び要件の見直し（Ⅱ-5-①）

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

## 3. 特定疾患療養管理料の見直し（Ⅱ-5-①）

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

## 4. 特定疾患処方管理加算の見直し（Ⅱ-5-②）

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

## 5. 地域包括診療料等の見直し（Ⅱ-5-③）

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

## 6. 慢性腎臓病の透析予防指導管理の評価の新設（Ⅲ-5-④）

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

# 生活習慣病に係る疾病管理のイメージ

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

## 現行

【生活習慣病管理料】 ※検査等の費用を包括

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

【特定疾患療養管理料（月2回算定可）】

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



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

## 改定後

【生活習慣病管理料（Ⅰ）】（月1回）

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

**610点**  
**660点**  
**760点**

【（新）生活習慣病管理料（Ⅱ）】（月1回） **333点**

※ 検査等を包括しない出来高算定可能な医学管理料

## （今後の生活習慣病管理料における診療のイメージ）



医療DXを活用した情報共有の推進

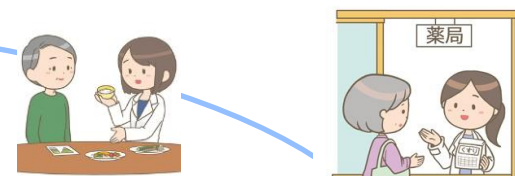
診療ガイドライン等を参考とした質の高い疾病管理



治療に係る情報についての療養計画書を用いた説明



リフィル処方及び長期処方の活用



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



令和6年度診療報酬改定

## 5. 外来診療の機能分化・強化等

- (1) 生活習慣病にかかる疾病管理
- (2) かかりつけ医機能に係る見直し
- (3) その他

# 地域包括診療料等の見直し

## 地域包括診療料等の見直し

- かかりつけ医機能の評価である地域包括診療料等について、かかりつけ医と介護支援専門員との連携の強化、かかりつけ医の認知症対応力向上、リフィル処方及び長期処方の活用、適切な意思決定支援及び医療DXを推進する観点から、以下のとおり要件及び評価を見直す。

### 改定後

【地域包括診療料】 ※地域包括診療加算についても同様

[算定要件]

- 患者又はその家族からの求めに応じ、疾患名、治療計画等についての文書を交付し、適切な説明を行うことが望ましい。その際、文書の交付については電子カルテ情報共有システムにおける患者サマリーに入力し、診療録にその記録及び患者の同意を得た旨を残している場合は、文書を交付しているものとみなすものとする。
- 当該保険医療機関に通院する患者について、介護支援専門員及び相談支援専門員からの相談に適切に対応するとともに、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示すること。
- 患者の状態に応じ、28日以上長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示するとともに、患者から求められた場合に適切に対応すること。

[施設基準] ※地域包括診療加算についても同様

- 当該保険医療機関に、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師（以下この区分において「担当医」という。）を配置していること。また、担当医は認知症に係る適切な研修を修了していることが望ましい。
- 次に掲げる事項を院内掲示していること。
  - ア 健康相談及び予防接種に係る相談を実施していること。
    - イ 当該保険医療機関に通院する患者について、介護支援専門員及び相談支援専門員からの相談に適切に対応することが可能であること。
    - ウ 患者の状態に応じ、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。
- 介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示し、かつ、要介護認定に係る主治医意見書を作成しているとともに、以下のいずれか一つを満たしていること。
  - ア～ケ(略) コ 担当医が、「認知症初期集中支援チーム」等、市区町村が実施する認知症施策に協力している実績があること。
- 以下のア～ウのいずれかを満たすこと。
  - ア 担当医が、サービス担当者会議に参加した実績があること。
  - イ 担当医が、地域ケア会議に出席した実績があること。
  - ウ 当該保険医療機関において、介護支援専門員と対面あるいはICT等を用いた相談の機会を設けていること。なお、対面で相談できる体制を構築していることが望ましい。
- 当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。

### 現行

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



### 改定後

地域包括診療加算 1	<b>28点</b>
地域包括診療加算 2	<b>21点</b>
認知症地域包括診療加算 1	<b>38点</b>
認知症地域包括診療加算 2	<b>31点</b>



# 処方等に関する評価の見直し

## 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		改定後	
【一般名処方加算】		【一般名処方加算】	
一般名処方加算1	7点	一般名処方加算1	<b>10点</b>
一般名処方加算2	5点	一般名処方加算2	<b>8点</b>
【後発医薬品使用体制加算】		【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1	<b>87点</b>
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2	<b>82点</b>
後発医薬品使用体制加算3	37点	後発医薬品使用体制加算3	<b>77点</b>
【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】	
外来後発医薬品使用体制加算1	5点	外来後発医薬品使用体制加算1	<b>8点</b>
外来後発医薬品使用体制加算2	4点	外来後発医薬品使用体制加算2	<b>7点</b>
外来後発医薬品使用体制加算3	2点	外来後発医薬品使用体制加算3	<b>5点</b>
【薬剤情報提供料】	10点	【薬剤情報提供料】	<b>4点</b>
【処方箋料】		【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	28点	1 向精神薬他剤投与を行った場合	<b>20点</b>
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	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	<b>32点</b>
3 1及び2以外の場合	68点	3 1及び2以外の場合	<b>60点</b>

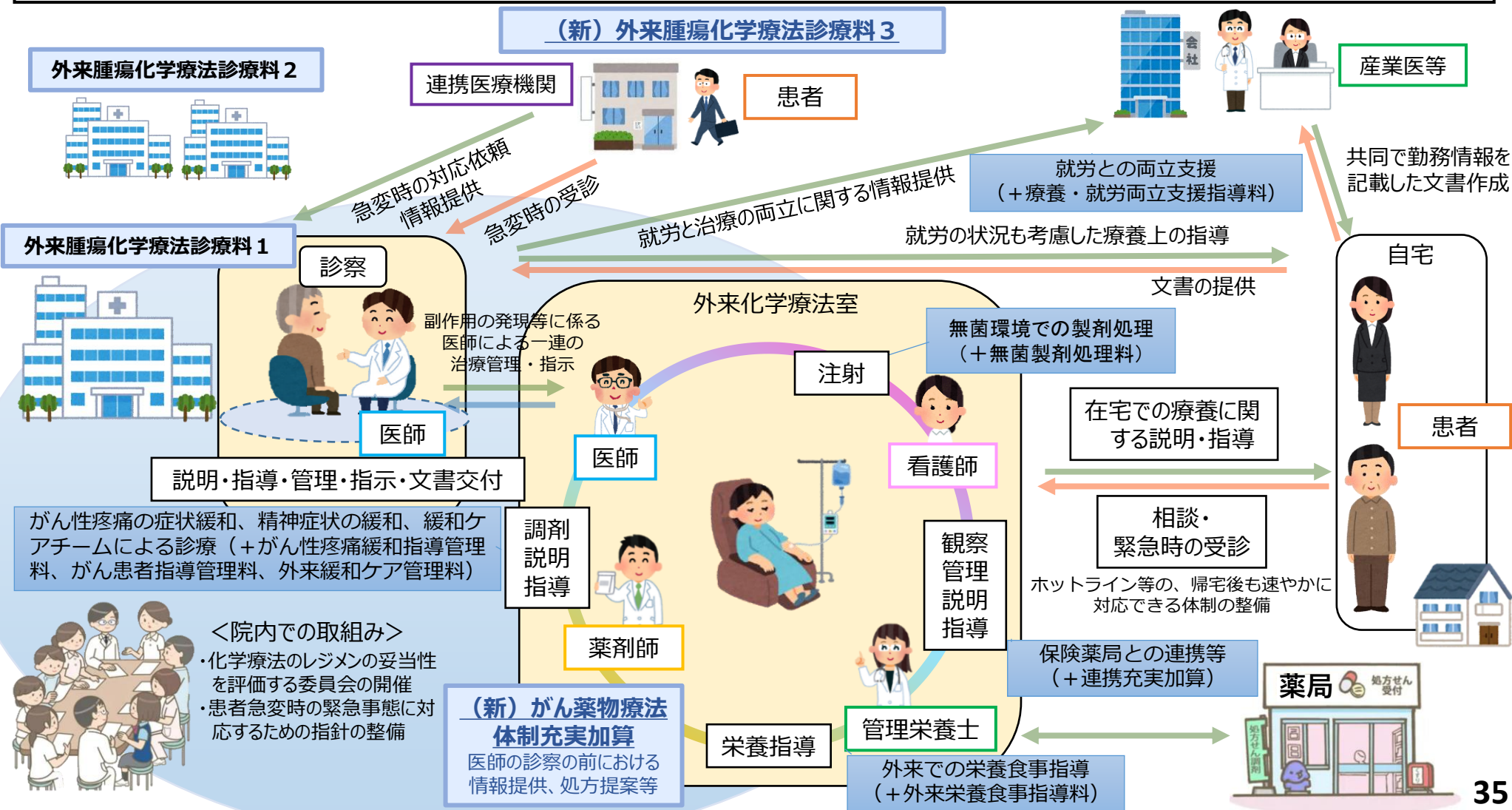
令和6年度診療報酬改定

## 5. 外来診療の機能分化・強化等

- (1) 生活習慣病にかかる疾病管理
- (2) かかりつけ医機能に係る見直し
- (3) その他

# 外来腫瘍化学療法の普及・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。



令和6年度診療報酬改定

## 6. 医療機能に応じた入院医療の評価

- (1) 地域包括医療病棟の新設
- (2) 急性期・高度急性期入院医療
- (3) 回復期入院医療
- (4) 慢性期入院医療
- (5) DPC/PDPS・短期滞在手術等
- (6) 働き方改革・横断的事項

## 地域包括医療病棟① 病棟のイメージ

### 背景

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

### 地域包括医療病棟における医療サービスのイメージ



救急患者を受け入れる体制を整備



一定の医療資源を投入し、急性期を速やかに離脱



早期の退院に向け、リハビリ、栄養管理等を提供



退院に向けた支援  
適切な意思決定支援



早期の在宅復帰



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

包括的に提供

## 地域包括医療病棟② 施設基準等

### 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。



救急患者を受け入れる体制を整備



一定の医療資源を投入し、急性期を速やかに離脱



早期の退院に向け、リハビリ、栄養管理等を提供



退院に向けた支援適切な意思決定支援  
早期の在宅復帰在宅医療、介護との連携

包括的に提供

##### [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。

# 地域包括医療病棟の新設による今後の医療提供体制のイメージ

現行

令和6年度診療報酬改定後

急性期医療

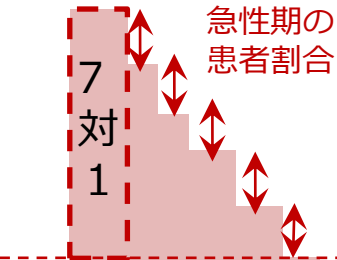
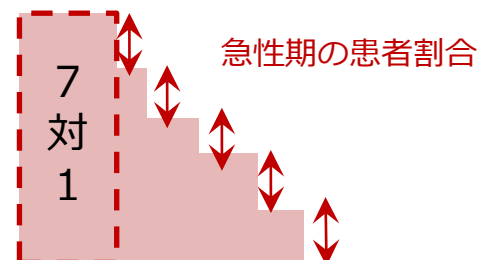
回復期医療

急性期医療

回復期医療

平均在院日数  
18日

平均在院日数  
16日



看護職員配置  
(10対1)

看護職員配置  
(13対1)

看護職員配置  
(10対1)

看護職員配置  
(10対1)

看護職員配置  
(13対1)

平均在院日数  
21日

算定可能日数  
60日

平均在院日数  
21日

平均在院日数  
21日

算定可能日数  
60日  
(40日目を降減算)

急性期一般

地域包括ケア

急性期一般

地域包括医療

地域包括ケア

急性期一般病棟入院料

地域包括ケア  
病棟入院料  
(包括評価)

急性期一般病棟入院料

地域包括医療  
病棟入院料  
(包括評価)

地域包括ケア  
病棟入院料  
(包括評価)

重症度、医療・  
看護必要度及び  
平均在院日数の  
見直し

在宅復帰機能、リハビリテーション、栄養等に係る機能を重視した新たな入院料

## 想定される地域包括医療病棟への移行のイメージ

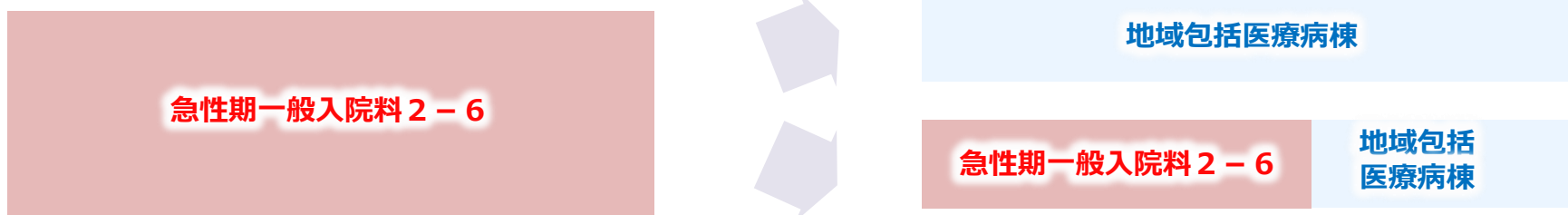
- 地域における、高齢化、救急医療提供体制、リハビリテーション等の提供体制等を踏まえて、急性期入院基本料1（7対1）、急性期入院基本料2-6を算定する急性期病棟、あるいは一定の救急医療の実績のある地域包括ケア病棟等から転換することが想定されている。

### ①急性期入院基本料1からの一部転換



救急医療の実績が十分であり、既に後期高齢者の緊急入院が多く、急性期医療の中における機能分化が必要であるケースにおいては、一部の病棟を地域包括病棟に転換することなどが考えられる。

### ②急性期入院基本料2-6からの転換



急性期医療が充実している医療機関であり、リハビリ職、栄養関係職種の確保とADLに関連する実績評価が十分である場合は、急性期の全病棟や一部の病棟を転換することが考えられる。

### ③地域包括ケア病棟からの転換



既に在宅復帰機能が十分である地ケアの中で、救急搬送の受入が可能である病棟においては、転換が可能。



## 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>「A 3点以上又はC 1点以上」に該当する患者割合が20%以上</li> <li>「A 2点以上又はC 1点以上」に該当する患者割合が27%以上</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>「A 2点以上かつB 3点以上」、「A 3点以上」、「C 1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）</li> <li>入棟初日にB 3点以上の患者割合が50%以上</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>「A 1点以上又はC 1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）</li> </ul>
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ST 2名以上の配置、ADLに係る実績要件	PT、OT又はST 1名以上の配置
在宅復帰率	80%以上 (分子に地ケア、回リ八病棟等への退院を含む)	80%以上 (分子に回リ八病棟等への退院を含む)	72.5%以上 (分子に回リ八病棟等への退院を含まない)

令和6年度診療報酬改定

## 6. 医療機能に応じた入院医療の評価

- (1) 地域包括医療病棟の新設
- (2) 急性期・高度急性期入院医療
- (3) 回復期入院医療
- (4) 慢性期入院医療
- (5) DPC/PDPS・短期滞在手術等
- (6) 働き方改革・横断的事項

# 急性期一般入院料 1等の施設基準の見直し

## 平均在院日数の基準の見直し

- 医療機関間の機能分化を推進するとともに、患者の状態に応じた医療の提供に必要な体制を評価する観点から、急性期一般入院料 1 の病棟における実態を踏まえ、平均在院日数に係る要件を見直す。

### 現行

【急性期一般入院基本料】  
[施設基準]  
当該病棟の入院患者の平均在院日数が21日（急性期一般入院料 1 にあっては18日）以内であること。



### 改定後

【急性期一般入院基本料】  
[施設基準]  
当該病棟の入院患者の平均在院日数が21日（急性期一般入院料 1 にあっては**16日**）以内であること。

## 重症度、医療・看護必要度の該当患者の要件の見直し

- 急性期一般入院料 1、特定機能病院入院基本料 7 対 1 及び専門病院入院基本料 7 対 1 における該当患者の基準及び割合の基準について、以下のいずれも満たすことを施設基準とする。
  - ① 「A 3 点以上」又は「C 1 点以上」に該当する割合が一定以上であること
  - ② 「A 2 点以上」又は「C 1 点以上」に該当する割合が一定以上であること

### 現行

【急性期一般入院料 1】  
[施設基準]  
当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床に、直近 3 月において入院している患者全体（延べ患者数）に占める重症度、医療・看護必要度 I 又は II の基準を満たす患者（別添 6 の別紙 7 による評価の結果、別表 1 のいずれかに該当する患者の割合が、基準以上であること。

別表 1

A 得点が 2 点以上かつ B 得点が 3 点以上の患者
A 得点が 3 点以上の患者
C 得点が 1 点以上の患者



### 改定後

【急性期一般入院料 1】  
[施設基準]  
当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床に、直近 3 月において入院している患者全体（延べ患者数）に占める重症度、医療・看護必要度 I 又は II の基準を満たす患者（別添 6 の別紙 7 による評価の結果、別表 1 のいずれかに該当する患者の割合が基準以上であるとともに、別表 2 のいずれかに該当する患者の割合が基準以上であること。

別表 1 (基準：20% ※必要度 II の場合)

別表 2 (基準：27% ※必要度 II の場合)

A 得点が 3 点以上の患者
C 得点が 1 点以上の患者

A 得点が 2 点以上の患者
C 得点が 1 点以上の患者

# 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

- 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
	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。

# 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

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

## 【該当患者の基準】

急性期1、7対1入院基本料(特定、専門)※1	<b>割合①</b> 以下のいずれか ・ A得点が3点以上 ・ C得点が1点以上  <b>割合②</b> 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。45

# 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①

- ▶ 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、栄養管理及び口腔管理の連携・推進を図る観点から、土曜日、日曜日及び祝日に行うリハビリテーションを含むリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理について、新たな評価を行う。

### (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



### より早期からの切れ目のないリハ（離床）・栄養・口腔の取組

- ・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

### 多職種による評価と計画

- ・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

# 特定集中治療室管理料の見直し①

## 特定集中治療室管理料の見直し

- S O F Aスコアが一定以上の患者の割合を特定集中治療室の患者指標に導入し、評価を見直す。また、この患者指標及び専従の常勤医師の治療室内の勤務を要件としない区分を新設する。

### 改定後

#### 【特定集中治療室管理料1・2】

##### [施設基準]

- 直近1年の間に新たに治療室に入室する患者のうち、入室日のS O F Aスコア5以上の患者が1割以上であること。ただし、15歳未満の小児は対象から除くものであること。
- 重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて患者の状態を評価し、基準を満たす患者が8割以上いること。
- 専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること。当該専任の医師に、特定集中治療の経験を5年以上有する医師を2名以上含むこと。当該専任の医師は、宿日直を行う医師ではないこと。

#### 【特定集中治療室管理料3・4】

##### [施設基準]

- 直近1年の間に新たに治療室に入室する患者のうち、入室日のS O F Aスコア3以上の患者が1割以上であること。ただし、15歳未満の小児は対象から除くものであること。
- 重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて患者の状態を評価し、基準を満たす患者が7割以上いること。
- 専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること。当該専任の医師は、宿日直を行う医師ではないこと。

#### 【特定集中治療室管理料5・6】（新設）

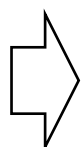
##### [施設基準]

- 重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて患者の状態を評価し、基準を満たす患者が7割以上いること。
- 専任の医師（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していること。

### 現行

（7日以内の期間）

特定集中治療室管理料1・2	14,211点
特定集中治療室管理料3・4 （新設）	9,697点



### 改定後

（7日以内の期間）

特定集中治療室管理料1・2	<u>14,406点</u>
特定集中治療室管理料3・4	<u>9,890点</u>
<u>特定集中治療室管理料5・6</u>	<u>8,890点</u>

※ 治療室については、以下を明確化。

- 治療室内に配置される専任の常勤医師は宿日直を行ってない医師であること（救命救急入院料、小児特定集中治療室管理料及び新生児特定集中治療室管理料1）
- 保険医療機関内に配置される医師は宿日直を行っている医師を含むこと（ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、新生児特定集中治療室管理料2及び新生児治療回復室入院医療管理料）

※ 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度から、「輸液ポンプの管理」の項目を削除し、該当基準をA得点2点以上に変更。

## (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	<ul style="list-style-type: none"> <li>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）</li> <li>当該専任の医師は、宿日直を行う医師ではない</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>専任の医師が常時治療室内に勤務</li> <li>当該専任の医師は、宿日直を行う医師ではない</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>	
	-	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 <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>					
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>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）</li> <li>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</li> <li>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</li> </ul>					
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S O F Aスコア5以上の患者：1割以上		入室日のS O F A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 <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub>	>400	≤400	≤300	≤ 200 呼吸補助下	≤100 呼吸補助下
凝固機能 血小板数[×10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> ]	>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

## 特定集中治療室管理料の見直し②

### 特定集中治療室遠隔支援加算の新設

- 治療室内に専任の常勤医師が配置されない区分において、遠隔モニタリングにより特定集中治療室管理料1及び2の届出を行う施設から支援を受けることを評価する。

### (新) 特定集中治療室遠隔支援加算 980点

#### 【算定要件】

特定集中治療室管理料5又は特定集中治療室管理料6を算定する保険医療機関であって別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たすものにおいて、特定集中治療室管理に係る専門的な医療機関として別に厚生労働大臣が定める保険医療機関と情報通信機器を用いて連携して特定集中治療室管理がおこなわれた場合に所定点数に加算する。

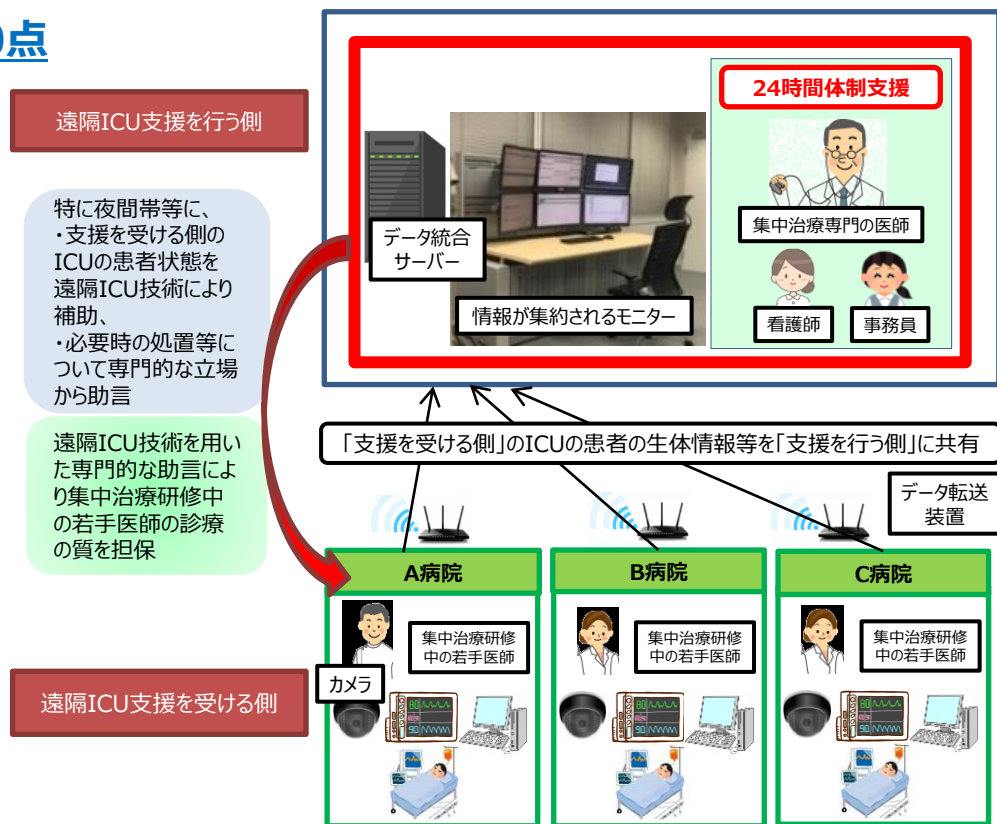
#### 【施設基準】

##### (被支援側医療機関)

支援側医療機関の施設基準を満たす他の保険医療機関と情報通信機器を用いて連携して特定集中治療室管理を実施するための必要な体制が整備されていること。

##### (支援側医療機関)

- 特定集中治療室管理料1又は特定集中治療室管理料2に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- 特定集中治療室管理について情報通信機器を用いて支援を行うにつき十分な体制を有していること。



外科医等の主治医が、ICU外で休息がとれるようになる。



集中治療専門の医師も、シフトなどで休みやすくなる。

# 急性期充実体制加算の見直し

## 急性期充実体制加算の見直し

- 悪性腫瘍手術等の実績要件のうち多くの基準を満たす場合とそれ以外であって小児科又は産科の実績を有する場合に応じた評価を行うとともに、小児科、産科及び精神科の入院医療の提供に係る要件を満たす場合について、小児・周産期・精神科充実体制加算を新設する。また、手術等の実績要件に、心臓胸部大血管の手術を追加する。

### 現行

#### 【急性期充実体制加算】

(新設)

1	7日以内の期間	460点
2	8日以上11日以内の期間	250点
3	12日以上14日以内の期間	180点

(新設)

(新設)

注2 精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制を確保した保険医療機関に入院している患者については、精神科充実体制加算として、30点を更に所定点数に加算する。

#### [施設基準]

##### (急性期充実体制加算1)

手術等に係る実績について、(イ)及び、(ロ)から(ト)までのうち5つ以上を満たしていること。

##### (急性期充実体制加算2)

(チ)又は(リ)のいずれかを満たし、手術等に係る実績について、(イ)及び、(ロ)から(ト)までのうち2つ以上を満たしていること。

### 改定後

#### 【急性期充実体制加算】

##### 1 急性期充実体制加算1

イ	7日以内の期間	440点
ロ	8日以上11日以内の期間	200点
ハ	12日以上14日以内の期間	120点

##### 2 急性期充実体制加算2

イ	7日以内の期間	360点
ロ	8日以上11日以内の期間	150点
ハ	12日以上14日以内の期間	90点

注2 小児患者、妊産婦である患者及び精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制を確保した保険医療機関に入院している患者については、小児・周産期・精神科充実体制加算として、次に掲げる点数を更に所定点数に加算する。

イ	急性期充実体制加算1の場合	90点
ロ	急性期充実体制加算2の場合	60点

注3 精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制を確保した保険医療機関に入院している患者については、精神科充実体制加算として、30点を更に所定点数に加算する。

#### <手術等に係る実績の要件>

- (イ) 全身麻酔による手術について、2,000件/年以上(うち、緊急手術350件/年以上)
- (ロ) 悪性腫瘍手術について、400件/年以上
- (ハ) 腹腔鏡下手術又は胸腔鏡下手術について、400件/年以上
- (ニ) 心臓カテーテル法による手術について、200件/年以上
- (ホ) 消化管内視鏡による手術について、600件/年以上
- (ヘ) 化学療法の実施について、1,000件/年以上
- (ト) 心臓胸部大血管の手術について、100件/年以上**
- (チ) 異常分娩の件数が50件/年以上であること。
- (リ) 6歳未満の乳幼児の手術件数が40件/年以上であること。

# 総合入院体制加算の見直し

## 総合入院体制加算の見直し

- 急性期医療の適切な体制整備を推進する観点から、総合入院体制加算の要件及び評価を見直す。

### 現行

【総合入院体制加算1】 **240点**

[施設基準]

- 全身麻酔による手術件数が年**800件**以上であること。また、以下のアからカまでを全て満たしていること。  
ア～カ（略）

【総合入院体制加算2】 **180点**

[施設基準]

- 全身麻酔による手術件数が年**800件**以上であること。なお、併せて以下のアからカまでの全てを満たすことが望ましいものであり、少なくとも4つ以上を満たしていること。  
ア～カ（略）

【総合入院体制加算3】 120点

[施設基準]

- 全身麻酔による手術件数が年800件以上であること。なお、併せて以下のアからカまでの全てを満たすことが望ましいものであり、少なくとも2つ以上を満たしていること。  
ア～カ（略）

(新設)

### 改定後

【総合入院体制加算1】 **260点**

[施設基準]

- 全身麻酔による手術件数が年**2,000件**以上であること。また、以下のアからカまでを全て満たしていること。  
ア～カ（略）

【総合入院体制加算2】 **200点**

[施設基準]

- 全身麻酔による手術件数が年**1,200件**以上であること。なお、併せて以下のアからカまでの全てを満たすことが望ましいものであり、少なくとも4つ以上を満たしていること。  
ア～カ（略）

【総合入院体制加算3】 120点

[施設基準]

- 全身麻酔による手術件数が年800件以上であること。なお、併せて以下のアからカまでの全てを満たすことが望ましいものであり、少なくとも2つ以上を満たしていること。  
ア～カ（略）

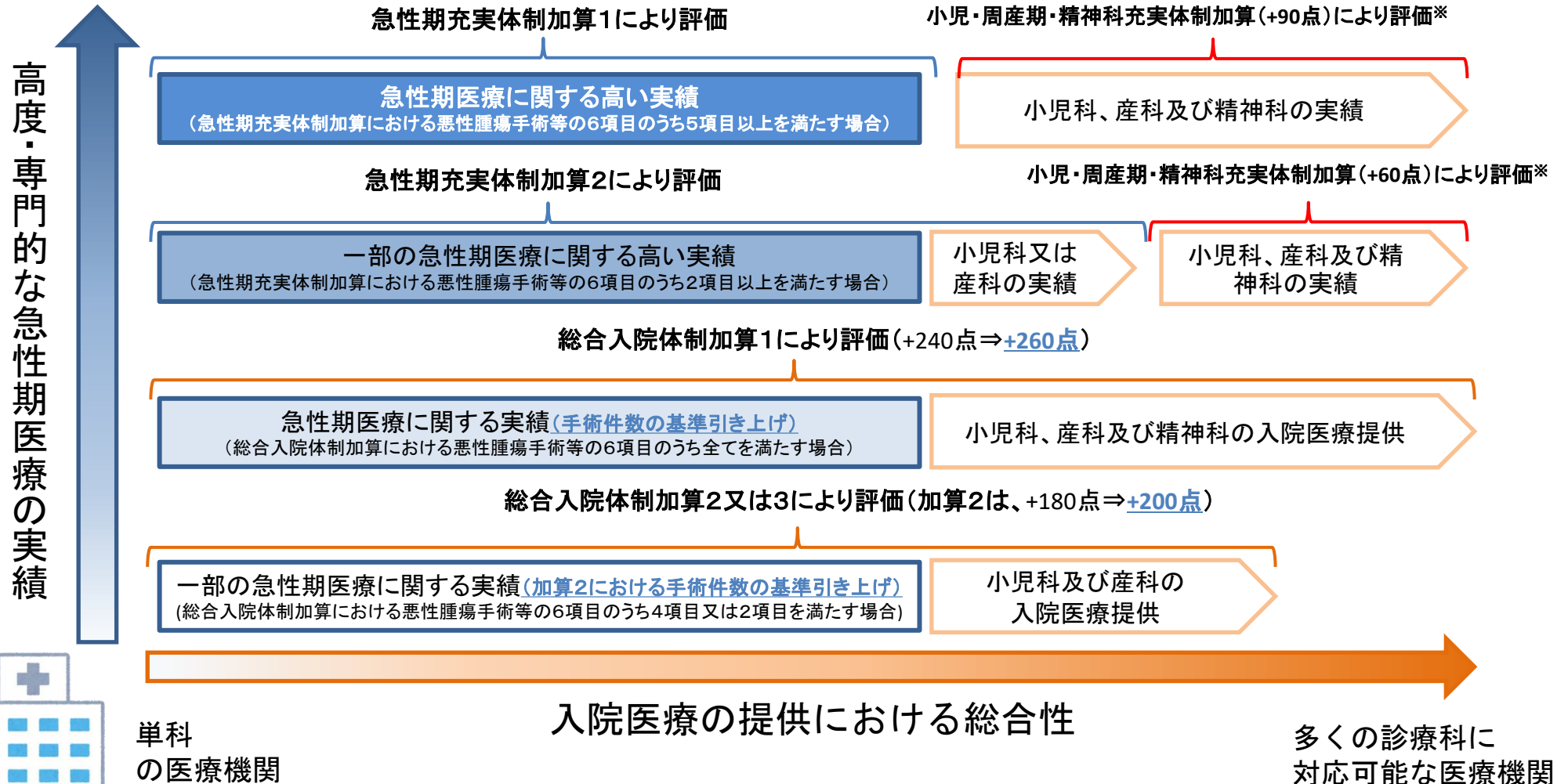
[施設基準（総合入院体制加算1、2及び3）]

- 特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係がないこと。ただし、令和6年3月31日以前から、特定の保険薬局と不動産の賃貸借取引関係にある場合は、当該特別の関係がないものとみなすこと。**



# 急性期充実体制加算等の見直し

## 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。

令和6年度診療報酬改定

## 6. 医療機能に応じた入院医療の評価

- (1) 地域包括医療病棟の新設
- (2) 急性期・高度急性期入院医療
- (3) 回復期入院医療
- (4) 慢性期入院医療
- (5) DPC/PDPS・短期滞在手術等
- (6) 働き方改革・横断的事項

# 回復期リハビリテーション病棟に係る見直し①

## 入院料の評価の見直し

- 40歳未満の勤務医師、事務職員等の賃上げに資する措置としての入院基本料等の評価の見直し及び、回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準の見直しに伴い、回復期リハビリテーション病棟入院料の評価を引き上げる。

### 現行

【回復期リハビリテーション病棟入院料】	
回復期リハビリテーション病棟入院料1 (生活療養を受ける場合)	2,129点 2,115点)
回復期リハビリテーション病棟入院料2 (生活療養を受ける場合)	2,066点 2,051点)
回復期リハビリテーション病棟入院料3 (生活療養を受ける場合)	1,899点 1,884点)
回復期リハビリテーション病棟入院料4 (生活療養を受ける場合)	1,841点 1,827点)
回復期リハビリテーション病棟入院料5 (生活療養を受ける場合)	1,678点 1,664点)



### 改定後

【回復期リハビリテーション病棟入院料】	
回復期リハビリテーション病棟入院料1 (生活療養を受ける場合)	<u>2,229点</u> <u>2,215点)</u>
回復期リハビリテーション病棟入院料2 (生活療養を受ける場合)	<u>2,166点</u> <u>2,151点)</u>
回復期リハビリテーション病棟入院料3 (生活療養を受ける場合)	<u>1,917点</u> <u>1,902点)</u>
回復期リハビリテーション病棟入院料4 (生活療養を受ける場合)	<u>1,859点</u> <u>1,845点)</u>
回復期リハビリテーション病棟入院料5 (生活療養を受ける場合)	<u>1,696点</u> <u>1,682点)</u>

### [追加の施設基準]

- 回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2については、専従の社会福祉士等の配置を要件とする。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料1及び3については、当該保険医療機関において、FIMの測定に関わる職員を対象としたFIMの測定に関する研修会を年1回以上開催することを要件とする。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2については、当該入院料を算定する患者について、口腔状態に係る課題を認めた場合は、適切な口腔ケアを提供するとともに、必要に応じて歯科医療機関への受診を促すことを要件とする。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2については、市町村の要請を受けて、「地域支援事業実施要綱」（平成18年6月9日老発0609001第1号厚生労働省老健局長通知）に規定する地域リハビリテーション活動支援事業等の地域支援事業に、地域の医師会等と連携し、参加していることが望ましいこととする。

## 回復期リハビリテーション病棟に係る見直し②

### GLIM基準による栄養評価の要件化

- 回復期リハビリテーション病棟入院料1について、入退院時の栄養状態の評価にGLIM基準を用いることを要件とするとともに、回復期リハビリテーション病棟入院料2から5までにおいては、GLIM基準を用いることが望ましいこととする。

栄養(※回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合は必ず記入)			
基礎情報	<input type="checkbox"/> 身長(*1): ( )cm	<input type="checkbox"/> 体重: ( )kg	<input type="checkbox"/> BMI(*1): ( )kg/m <sup>2</sup> *1:身長測定が困難な場合は省略可
栄養補給方法(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 経口( <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 補助食品), <input type="checkbox"/> 経管( <input type="checkbox"/> 経鼻胃管 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> その他), <input type="checkbox"/> 静脈( <input type="checkbox"/> 末梢 <input type="checkbox"/> 中心)		
嚥下調整食の必要性:	( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: (学会分類コード ))		
栄養状態の評価:	① GLIM基準による評価(成人のみ): 判定 <input type="checkbox"/> 低栄養非該当 <input type="checkbox"/> 低栄養( <input type="checkbox"/> 中等度低栄養、 <input type="checkbox"/> 重度低栄養) 該当項目 表現型( <input type="checkbox"/> 体重減少、 <input type="checkbox"/> 低BMI、 <input type="checkbox"/> 筋肉量減少) 病因( <input type="checkbox"/> 食事摂取量減少/消化吸収能低下、 <input type="checkbox"/> 疾病負荷/炎症)		
	② GLIM基準以外の評価: <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 過栄養 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
【上記で①「低栄養非該当」かつ②「問題なし」以外に該当した場合に記載】			
必要栄養量	熱量: ( )kcal	たんぱく質量 ( )g	
総摂取栄養量(経口・経腸・経静脈栄養の合計(*2))	熱量: ( )kcal	たんぱく質量 ( )g	*2:入院直後等で不明な場合は総提供栄養量でも可

#### <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
- 表現型 (体重減少、低BMI、筋肉量減少) と病因 (食事摂取量減少/消化吸収能低下、疾病負荷/炎症) により判定

※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

### 定期的なFIMの測定の要件化

- 回復期リハビリテーション病棟入院料及び回復期リハビリテーション入院医療管理料を算定するに当たっては、**定期的 (2週間に一回以上) にFIMの測定を行い**、その結果について診療録等に記載することを要件とする。



## 回復期リハビリテーション病棟に係る見直し③

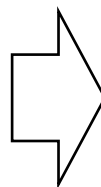
### 運動器リハビリテーション料の算定単位数の見直し

- 回復期リハビリテーション病棟における運動器疾患に対してリハビリテーションを行っている患者については、1日6単位を超えた実施単位数の増加に伴うADLの明らかな改善が見られなかったことを踏まえ、疾患別リハビリテーション料に係る算定単位数上限緩和対象患者の見直しを行う。

#### 現行

##### 【算定上限緩和対象患者】

- 回復期リハビリテーション病棟入院料又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定する患者
- 脳血管疾患等の患者のうち発症後六十日以内のもの
- 入院中の患者であって、その入院する病棟等において早期歩行、ADLの自立等を目的として心大血管疾患リハビリテーション料(I)、脳血管疾患等リハビリテーション料(I)、廃用症候群リハビリテーション料(I)、運動器リハビリテーション料(I)又は呼吸器リハビリテーション料(I)を算定するもの



#### 改定後

##### 【算定上限緩和対象患者】

- 回復期リハビリテーション病棟入院料又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定する患者 **(運動器リハビリテーション料を算定するものを除く。)**
- 脳血管疾患等の患者のうち発症後六十日以内のもの
- 入院中の患者であって、その入院する病棟等において早期歩行、ADLの自立等を目的として心大血管疾患リハビリテーション料(I)、脳血管疾患等リハビリテーション料(I)、廃用症候群リハビリテーション料(I)、運動器リハビリテーション料(I)又は呼吸器リハビリテーション料(I)を算定するもの

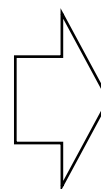
### 体制強化加算の廃止

- 回復期リハビリテーション病棟入院料の体制強化加算1及び2を廃止する。

#### 現行

##### 【回復期リハビリテーション病棟入院料1・2】

体制強化加算1	200点
体制強化加算2	80点



#### 改定後

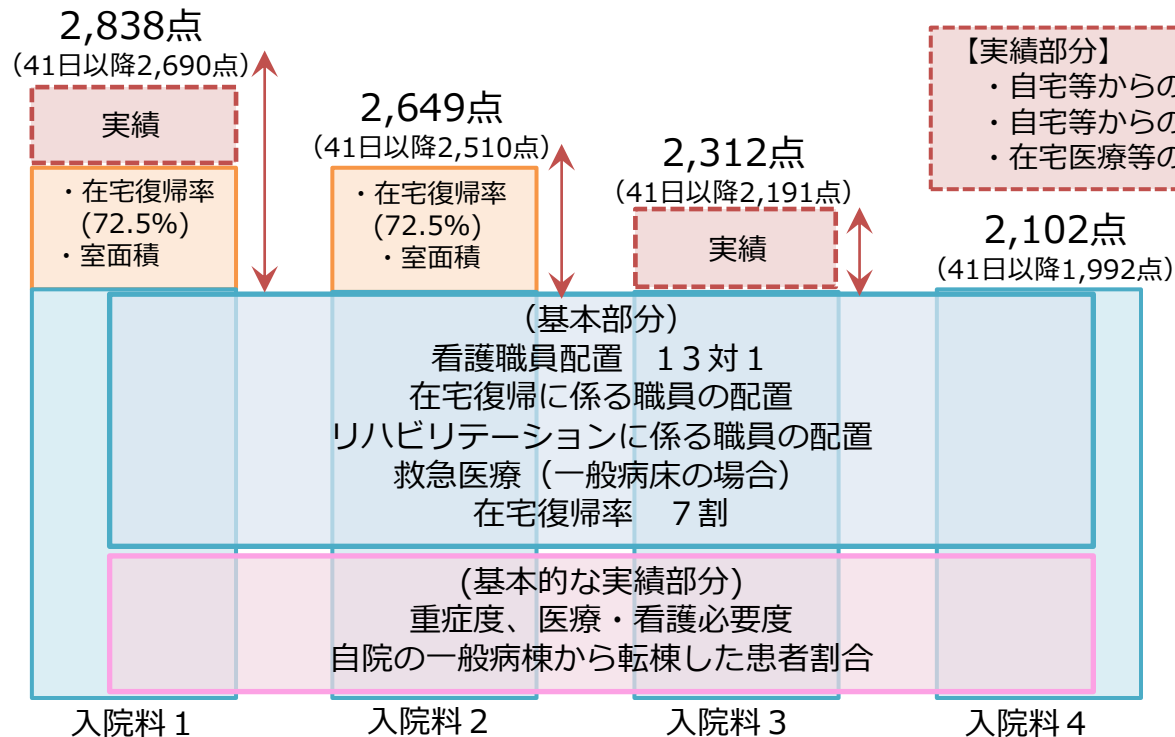
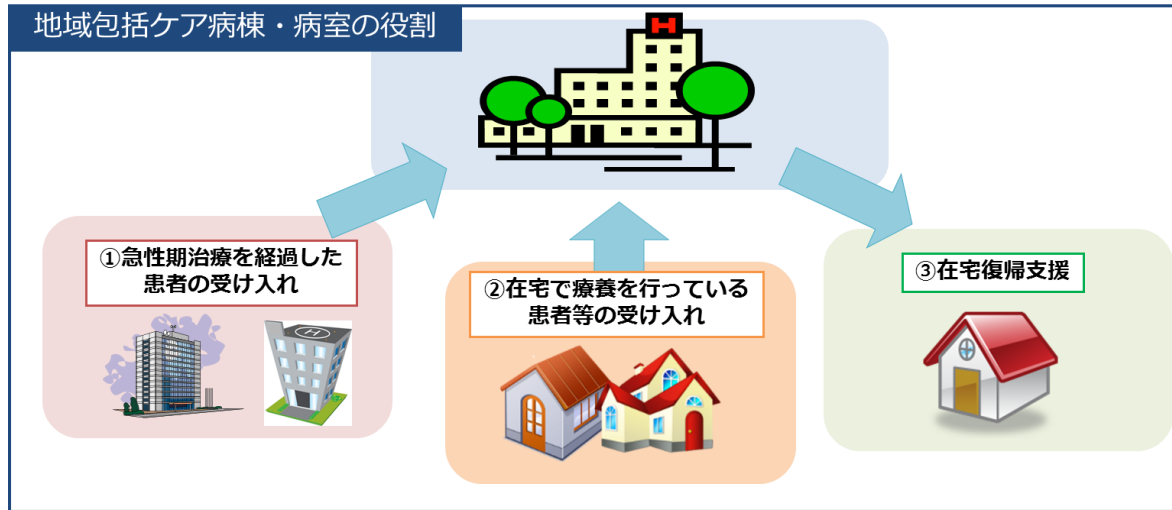
【回復期リハビリテーション病棟入院料1・2】  
[廃止]

## 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	1.3対1以上（7割以上が看護師）	1.5対1以上（4割以上が看護師）			
	看護補助者	3.0対1以上				
	リハビリ専門職	専従常勤のPT3名以上、 OT2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 ⇒ <b>専従常勤1名以上</b>	-			
	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	○		-		
	<b>FIMの測定に関する 院内研修会</b>	<b>年1回以上開催</b>	-	<b>年1回以上開催</b>	-	-
	リハビリ計画書への栄養項目 記載/ <b>GLIM基準による評価</b>	○	<b>GLIM基準を用いることが望ましい</b>			
	<b>口腔管理</b>	○		-		
	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	-	-
	<b>地域貢献活動</b>	<b>参加することが望ましい</b>		-		
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	<b>2,229点</b> <b>（2,215点）</b>	<b>2,166点</b> <b>（2,151点）</b>	<b>1,917点</b> <b>（1,902点）</b>	<b>1,859点</b> <b>（1,845点）</b>	<b>1,696点</b> <b>（1,682点）</b>	

※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。

# 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

# 地域包括ケア病棟の在宅患者支援病床初期加算の見直し

## 地域包括ケア病棟の在宅患者支援病床初期加算の見直し

- 地域包括ケア病棟における適切な在宅患者等の緊急入院の受け入れを推進する観点から、地域包括ケア病棟の在宅患者支援病床初期支援加算について、救急搬送患者の緊急入院を受け入れることによる負担等を考慮した評価体系に見直す。

### 現行

#### 【在宅患者支援病床初期加算】

(1) 介護老人保健施設から入院した患者の場合 **500点**

(2) 介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者の場合 **400点**



### 改定後

#### 【在宅患者支援病床初期加算】

(1) 介護老人保健施設から入院した患者の場合

- ① **救急搬送された患者又は他の保険医療機関で区分番号C004-2に掲げる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であって、入院初日から当該病棟に入院した患者の場合** **580点**
- ② **①の患者以外の患者の場合** **480点**

(2) 介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者の場合

- ① **救急搬送された患者又は他の保険医療機関で区分番号C004-2に掲げる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であって、入院初日から当該病棟に入院した患者の場合** **480点**
- ② **①の患者以外の患者の場合** **380点**



# 地域包括ケア病棟入院料の評価の見直し

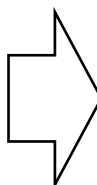
## 地域包括ケア病棟入院料の評価の見直し

- 適切な在宅復帰支援を推進する観点から、地域包括ケア病棟入院料の評価について、入院期間に応じた評価体系に見直す。

### 現行

#### 【地域包括ケア病棟入院料】

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 1	<u>2,809点</u>
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 2	<u>2,620点</u>
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 3	<u>2,285点</u>
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 4	<u>2,076点</u>



### 改定後

#### 【地域包括ケア病棟入院料】

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 1	<u>2,838点</u>
<u>40日以内</u>	
<u>41日以降</u>	<u>2,690点</u>
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 2	<u>2,649点</u>
<u>40日以内</u>	
<u>41日以降</u>	<u>2,510点</u>
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 3	<u>2,312点</u>
<u>40日以内</u>	
<u>41日以降</u>	<u>2,191点</u>
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 4	<u>2,102点</u>
<u>40日以内</u>	
<u>41日以降</u>	<u>1,992点</u>

# 地域包括ケア病棟の施設基準の見直し

## 地域包括ケア病棟入院料における在宅医療等の実績の評価の見直し

- 地域包括ケア病棟を有する医療機関が提供する在宅医療等の実績を適切に評価する観点から、訪問看護に係る実績の基準を見直す。

### 現行

【地域包括ケア病棟入院料】

[施設基準]

地域包括ケア病棟入院料 1

- ① (略)
- ② 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（Ⅰ）及び精神科訪問看護・指導（Ⅲ）を前三月間において六十回以上算定している保険医療機関であること。
- ③ 訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法に規定する訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を前三月間において三百回以上算定している訪問看護ステーションが当該保険医療機関に併設されていること。
- ④ (略)
- ⑤ 介護保険法第八条第二項に規定する訪問介護、同条第四項に規定する訪問看護、同条第五項に規定する訪問リハビリテーション、同法第八条の二第三項に規定する介護予防訪問看護又は同条第四項に規定する介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有している施設が当該保険医療機関に併設されていること。
- ⑥ (略)

[経過措置]

令和6年3月31日において現に地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟又は病室については、令和7年5月31日までの間に限り、②、③又は⑤のそれぞれに該当するものとみなす。

### 改定後

【地域包括ケア病棟入院料】

[施設基準]

地域包括ケア病棟入院料 1

- ① (略)
- ② **退院後訪問指導料**、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（Ⅰ）、精神科訪問看護・指導（Ⅲ）、**指定居宅サービス介護給付費単位数表の訪問看護費のロ**及び指定介護予防サービス介護給付費単位数表の**介護予防訪問看護費のロ**を前三月間において**百五十回以上**算定している保険医療機関であること。
- ③ 訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法に規定する訪問看護基本療養費、精神科訪問看護基本療養費、指定居宅サービス介護給付費単位数表の**訪問看護費のイ**及び指定介護予防サービス介護給付費単位数表の**介護予防訪問看護費のイ**を前三月間において**八百回以上**算定している訪問看護ステーションが当該保険医療機関に併設されていること。
- ④ (略)
- ⑤ 介護保険法第八条第二項に規定する訪問介護、同条第五項に規定する訪問リハビリテーション又は第八条の二の第四項に規定する介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有している施設が当該保険医療機関に併設されていること。
- ⑥ (略)

※ 地域包括ケア入院医療管理料1、地域包括ケア病棟入院料2、地域包括ケア入院医療管理料2、地域包括ケア病棟入院料3、地域包括ケア入院医療管理料3、地域包括ケア病棟入院料4、地域包括ケア入院医療管理料4、特定一般入院料病棟入院料の注7についても同様。

# 地域包括ケア病棟の施設基準の見直し

	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 <b>10%以上</b> 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ <b>8%以上</b>							
<b>自院の一般病棟から転棟した患者割合※1</b>	-		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)	
<b>自宅等から入棟した患者割合※1</b>	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)		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				3月で9人以上			
在宅医療等の実績	○（2つ以上）				○（2つ以上）			
<b>在宅復帰率※1※2</b>	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を算定する患者、短期滞在手術等基本料1の対象手術等を実施した患者、短期滞在手術等基本料3の算定要件を満たす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。**

令和6年度診療報酬改定

## 6. 医療機能に応じた入院医療の評価

- (1) 地域包括医療病棟の新設
- (2) 急性期・高度急性期入院医療
- (3) 回復期入院医療
- (4) 慢性期入院医療
- (5) DPC/PDPS・短期滞在手術等
- (6) 働き方改革・横断的事項

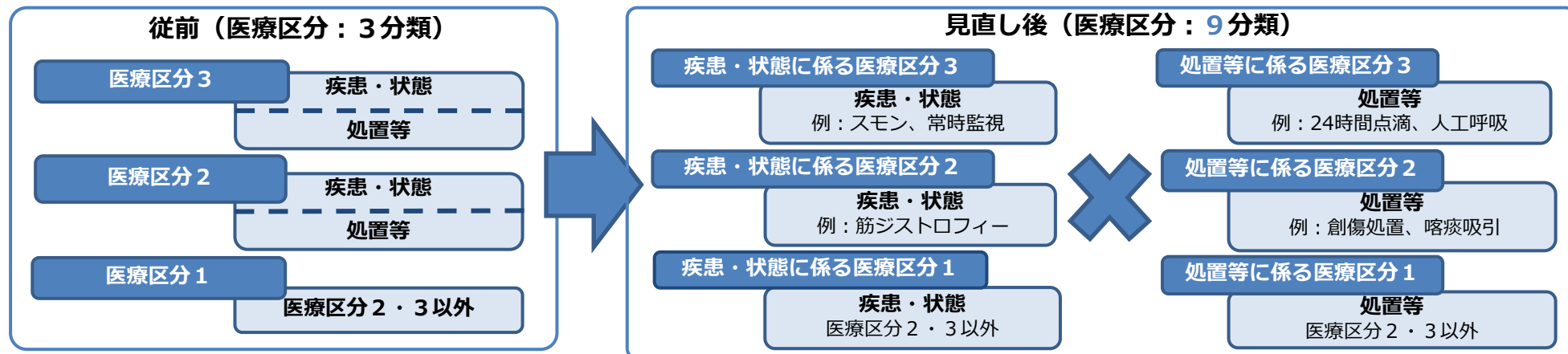


# 療養病棟入院基本料の見直し

○ 療養病棟入院基本料について以下の見直しをおこなう。

## 1. 医療区分に係る評価体系の見直し

- 医療区分とADL区分に基づく9分類となっている現行の療養病棟入院基本料について、**疾患・状態に係る3つの医療区分、処置等に係る3つの医療区分**および**3つのADL区分**に基づく**27分類及びスモンに関する3分類の合計30分類の評価に見直す**。
- 療養病棟入院基本料の疾患及び状態に着目した医療区分について、疾患・状態及び処置等に着目した医療区分に見直す。



## 2. 療養病棟における中心静脈栄養の評価の見直し

- 中心静脈栄養について、**患者の疾患及び状態並びに実施した期間に応じた医療区分に見直す**。また、中心静脈栄養を終了後7日間に限り、終了前の医療区分により算定することができる。

## 3. 療養病棟におけるリハビリテーションの評価の見直し

- 医療区分・ADL区分ともに1である入院料27（従前の入院料I）について、1日につき2単位を超える疾患別リハビリテーション料を包括範囲に含める

## 4. 療養病棟入院基本料注11に規定する経過措置の廃止

- 療養病棟入院基本料の注11に規定する経過措置を廃止する。

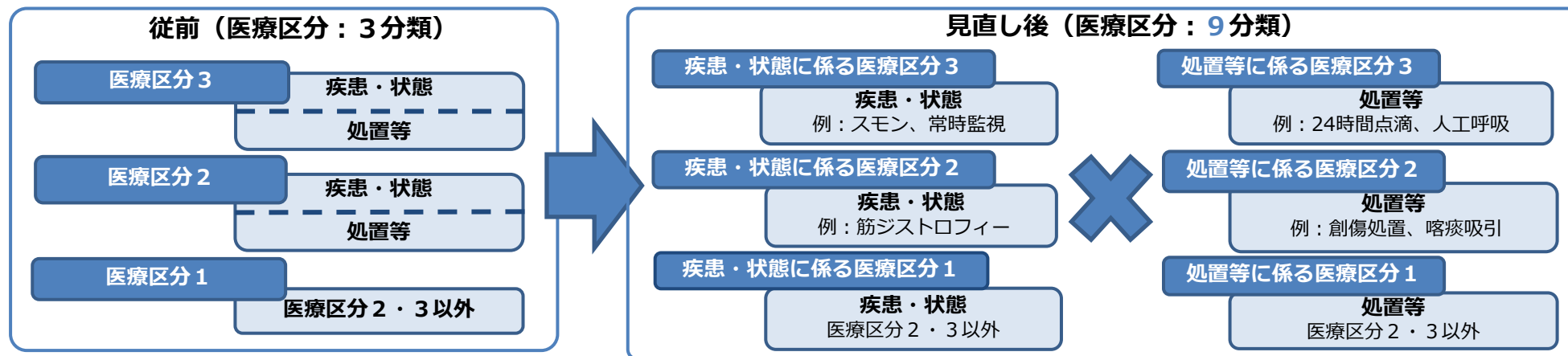
## 5. 療養病棟における適切な経腸栄養管理に係る評価の新設

- 療養病棟に入院中の患者に対し、「静脈経腸栄養ガイドライン」等を踏まえた栄養管理に係る説明を実施した上で、新たに経腸栄養を開始した場合に一定期間算定可能な**経腸栄養管理加算を新設**する。

# 療養病棟入院基本料の見直し①

## 療養病棟入院基本料の医療区分に係る評価体系の見直し

- 疾患・状態と処置等の医療区分と医療資源投入量の関係性を踏まえ、医療区分とADL区分に基づく9分類となっている現行の療養病棟入院基本料について、**疾患・状態に係る3つの医療区分、処置等に係る3つの医療区分**および**3つのADL区分**に基づく**27分類及びスモンに関する3分類の合計30分類の評価に見直す**。
- 療養病棟入院基本料の疾患及び状態に着目した医療区分について、疾患・状態及び処置等に着目した医療区分に見直す。



### 現行

【療養病棟入院料】

[算定要件]

1 療養病棟入院料 1

イ 入院料A  
(略)

リ 入院料I  
(略)  
(新設)

1,813点

815点

### 改定後

【療養病棟入院料】

[算定要件]

1 療養病棟入院料 1

イ 入院料**1**  
(略)

リ 入院料**27**  
(略)

マ 入院料**30**

※療養病棟入院料2についても同様

**1,964点**

**830点**

**1,488点**

## 療養病棟入院基本料の見直し②

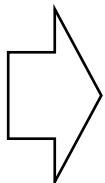
### 中心静脈栄養に係る評価の見直し

- 療養病棟における中心静脈栄養について、患者の疾患及び状態並びに実施した期間に応じた医療区分に見直す。中心静脈栄養を終了後7日間に限り、終了前の医療区分により算定することができる。

#### 現行

【療養病棟入院料】  
 [施設基準] (概要)  
 医療区分3  
 中心静脈注射を実施している状態

医療区分2  
 (新設)



#### 改定後

【療養病棟入院料】  
 [施設基準] (概要)  
 医療区分3  
中心静脈栄養（療養病棟入院基本料を算定する場合にあっては、**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。**）

医療区分2  
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。**）

### 経腸栄養管理加算の新設

- 療養病棟に入院中の患者に対し、静脈経腸栄養ガイドライン等を踏まえた栄養管理に係る説明を実施した上で、新たに経腸栄養を開始した場合に一定期間算定可能な経腸栄養管理加算を新設する。

#### **(新) 経腸栄養管理加算 (1日につき) 300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が、療養病棟入院基本料を算定している患者について、経腸栄養を開始した場合、入院中1回に限り、経腸栄養を開始した日から7日を限度として所定点数に加算する。この場合において、栄養サポートチーム加算、入院栄養食事指導料、集団栄養食事指導料は別に算定できない。

##### [施設基準]

- 栄養サポートチーム加算を届け出ていること又は療養病棟における経腸栄養管理を担当する専任の管理栄養士を1名以上配置していること。
- 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施する体制を有していること。なお、当該検査等については、耳鼻咽喉科又はリハビリテーション科その他必要な診療科を標榜する他の保険医療機関との協力により確保することでも差し支えない。

## 療養病棟入院基本料の見直し③

### 注11に規定する経過措置の廃止

- 医療法に基づく医療療養病床の人員配置標準に係る経過措置の終了を踏まえ、療養病棟入院基本料の注11に規定する経過措置を廃止した上で、廃止される経過措置のうち、入院患者のうち医療区分三の患者と医療区分二の患者との合計が五割以上の要件については、令和6年9月30日までの経過措置を設ける。

#### 現行

【療養病棟入院料】  
[算定要件]

注11 注1に規定する病棟以外の病棟であって、注1に規定する療養病棟入院料2の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合（別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。）に限り、注2の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（略）の100分の75に相当する点数を算定する。

#### 改定後

【療養病棟入院料】  
[算定要件]  
（削除）



### 療養病棟における適切なリハビリテーションの推進

- 適切なリハビリテーションを推進する観点から、医療区分、ADL区分ともに1である入院料27（従前の入院料I）について、1日につき2単位を超える疾患別リハビリテーション料を包括範囲に含める。

#### 現行

【療養病棟入院料】  
[施設基準]

- (4) 療養病棟入院基本料に含まれるリハビリテーションの費用  
入院中の患者に対する心大血管疾患リハビリテーション料、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、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料であって一日につき二単位を超えるもの（略）の費用（療養病棟入院基本料の注11に規定する場合であって、当該入院基本料を算定する患者に対して、一月に一回以上、機能的自立度評価法（Functional Independence Measure）の測定を行っていないときに限る。）は、当該入院基本料に含まれるものとする。

#### 改定後

【療養病棟入院料】  
[施設基準]

- (4) 療養病棟入院基本料に含まれるリハビリテーションの費用  
入院中の患者に対する心大血管疾患リハビリテーション料、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、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料であって一日につき二単位を超えるもの（略）の費用（療養病棟入院料1の入院料27および療養病棟入院料2の入院料27を算定する日に限る。）は、当該入院基本料に含まれるものとする。



# 療養病棟入院基本料に係る医療区分について

	疾患・状態	処置等
医療区分3	<ul style="list-style-type: none"> <li>・スモン</li> <li>・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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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痔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>）</li> <li>・二十四時間持続点滴</li> <li>・人工呼吸器の使用</li> <li>・ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄</li> <li>・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）</li> <li>・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）</li> <li>・感染症の治療の必要性から実施する隔離室での管理</li> </ul>
医療区分2	<ul style="list-style-type: none"> <li>・筋ジストロフィー症</li> <li>・多発性硬化症</li> <li>・筋萎縮性側索硬化症、</li> <li>・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三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。））</li> <li>・その他の指定難病等（スモンを除く。）</li> <li>・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。）</li> <li>・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。）</li> <li>・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。）</li> <li>・消化管等の体内からの出血が反復継続している状態</li> <li>・他者に対する暴行が毎日認められる状態</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・<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、消化管瘻又は急性痔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></li> <li>・肺炎に対する治療</li> <li>・尿路感染症に対する治療</li> <li>・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）</li> <li>・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）</li> <li>・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）</li> <li>・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。）</li> <li>・末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療</li> <li>・せん妄に対する治療</li> <li>・うつ症状に対する治療を</li> <li>・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</li> <li>・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）</li> <li>・一日八回以上の喀痰（かくたん）吸引</li> <li>・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）</li> <li>・頻回の血糖検査</li> <li>・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</li> <li>・酸素療法（密度の高い治療を要する状態を除く）</li> </ul>
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者	

令和6年度診療報酬改定

## 6. 医療機能に応じた入院医療の評価

- (1) 地域包括医療病棟の新設
- (2) 急性期・高度急性期入院医療
- (3) 回復期入院医療
- (4) 慢性期入院医療
- (5) DPC/PDPS・短期滞在手術等
- (6) 働き方改革・横断的事項

# DPC/PDPSの見直し

## ➤ DPC対象病院の基準の見直し

1. DPC/PDPSを安定的に運用するとともに、適切な包括評価を行う観点から、**データ数に係る基準（1月あたりデータ数が90以上）及び適切なDPCデータの作成に係る基準をDPC対象病院の基準として位置づける。**

※ 当該基準については、令和8年度診療報酬改定時より制度参加・退出に係る判定に用いる

## ➤ 医療機関別係数の見直し

1. **基礎係数**：現行の3つの医療機関群の設定方法を維持した上で、データ数に係る基準を満たさない医療機関について、評価を区別する。
2. **機能評価係数Ⅰ**：従前の評価方法を維持する。
3. **機能評価係数Ⅱ**：既存の4つの評価項目（効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、地域医療係数）による評価体系へ整理し、各係数の評価手法等について以下のとおり見直す。

### 現行

#### 【保険診療係数】

- 適切なDPCデータの作成や病院情報の公表を評価

#### 【効率性係数】

- 各医療機関における在院日数短縮の努力を評価

#### 【救急医療係数】

- 救急医療入院における入院後2日までの医療資源投入量の差額を評価

#### 【地域医療係数】

- 体制評価指数と定量評価指数で構成（評価シェアは1：1）

#### 【体制評価指数】

- がん、脳卒中、心血管疾患、精神疾患、災害、周産期、へき地、救急、感染症、その他の10項目で評価  
 <感染症> 新型コロナウイルス感染症対策（病床確保、G-MIS）等  
 <実績評価> 実績を有するデータの25%tile値を上限値として評価



### 改定後

#### 【保険診療係数】

- **評価を廃止**（一部を体制評価指数による評価に移行）

#### 【効率性係数】

- **評価手法の変更**

#### 【救急医療係数】

- **「救急補正係数」として整理**（機能評価係数Ⅱの項目としては廃止）

#### 【地域医療係数】

- 体制評価指数と定量評価指数で構成（評価シェアは**7：5**）

#### 【体制評価指数】

- 従前の10項目に、**臓器提供の実施、医療の質向上に向けた取組**及び**医師少数地域への医師派遣機能**（大学病院本院群のみ）を追加  
 <感染症> **新興感染症に係る協定締結**（令和7年度～）  
 <実績評価> **50%tile値**を上限値として評価（DPC標準病院群を除く）

4. **救急補正係数**：従前の救急医療指数による評価手法を維持した上で、独立した医療機関別係数の項目として評価を行う。
5. **激変緩和係数**：診療報酬改定に伴う激変緩和に対応した、激変緩和係数を設定する（改定年度のみ）。

## ➤ 診断群分類点数表の見直し

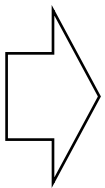
1. 入院初期の医療資源投入量の多い診断群分類が増加している実態を踏まえ、**点数設定方式Bにより設定する分類の範囲を見直す。**
2. より早期の退院への評価を充実化する観点から、**入院期間Ⅰで入院基本料を除く1入院当たり包括範囲点数を支払う点数設定方式Eを新設し、一定程度標準化が進んでいると考えられる診断群分類の一部へ適用する。**

# 機能評価係数Ⅱの見直し①

## 機能評価係数Ⅱの見直し（概要）

- 機能評価係数Ⅱについて、既存の4つの評価項目（効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、地域医療係数）による評価体系へと整理し、以下のとおり見直す。

現行			
評価項目		重み付け	
保険診療係数		1.0	
効率性係数		1.0	
複雑性係数		1.0	
カバー率係数		1.0	
救急医療係数		1.0	
地域医療係数	体制評価係数	1.0	0.5
	定量評価係数		0.5



改定後		
見直しの内容	重み付け (※)	
<u>評価を廃止 (一部を体制評価指数で評価)</u>		
<u>評価手法の見直し、群別評価へ変更</u>	<u>1.2</u>	
現行の評価の継続	<u>1.2</u>	
現行の評価の継続	<u>1.2</u>	
<u>名称・係数の位置づけの見直し</u>	<u>(1.2)</u>	
<u>医療計画や実績分布等を踏まえた見直し 新たな評価項目の追加</u>	<u>1.2</u>	<u>0.7</u>
現行の評価の継続		0.5

(※) 全体を「6.0」とした場合（改定前後の比較のため）



# DPC/PDPSの機能評価係数IIにおける新たな評価

## 地域医療係数の見直し②

- 社会や地域の実情に応じて求められている機能の評価という観点から、体制評価指数において、「臓器提供の実施」、「医療の質向上に向けた取組」及び「医師少数地域への医師派遣機能」（大学病院本院群に限る。）について新たに評価を行う。

### <臓器提供の実施>

[概要]

法的脳死判定後の臓器提供に係る実績を評価

[評価の内容]

・過去3年の法的脳死判定後の臓器提供  
1件以上 (0.5P)、2件以上 (1P)



※大学病院本院群  
DPC特定病院群  
の場合



### <医療の質向上に向けた取組>

[概要]

医療の質に係るデータの提出や病院情報等の公開を評価

[評価の内容]



・医療の質指標に係る  
データの提出 (0.5P)

医療の質指標  
(3テーマ9指標)  
①医療安全  
②感染管理  
③ケア



・病院情報の公表 (0.25P)  
・医療の質指標の公表  
(0.25P)



### <医師少数地域への医師派遣機能>

[概要]

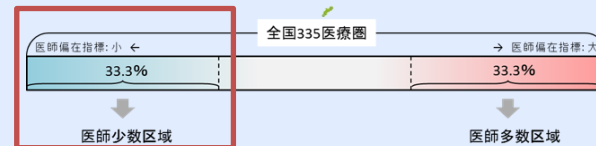
医師派遣による地域医療体制維持への貢献を評価

[評価の内容]

・「医師少数区域」  
への6か月以上の  
常勤派遣医師数を  
線形評価 (最大1P)



常勤医としての派遣



令和6年度診療報酬改定

## 8. 重点的分野における対応

- (1) 救急医療
- (2) 小児医療及び周産期医療
- (3) がん医療及び緩和ケア
- (4) 認知症
- (5) 精神医療
- (6) 難病患者に対する医療

# 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

- 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。

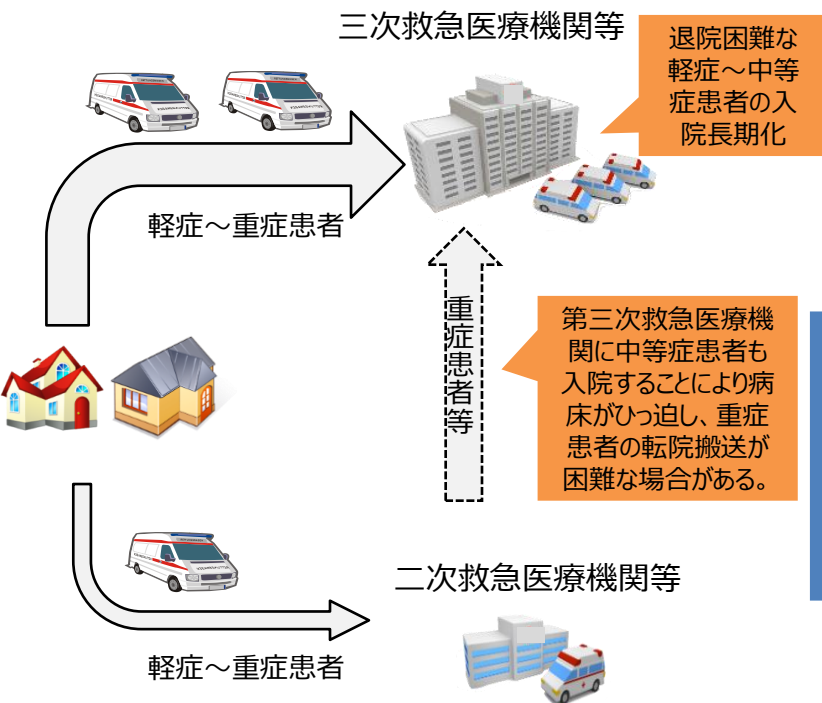
## 急性期一般入院料1における在宅復帰率の基準の見直し

- 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。

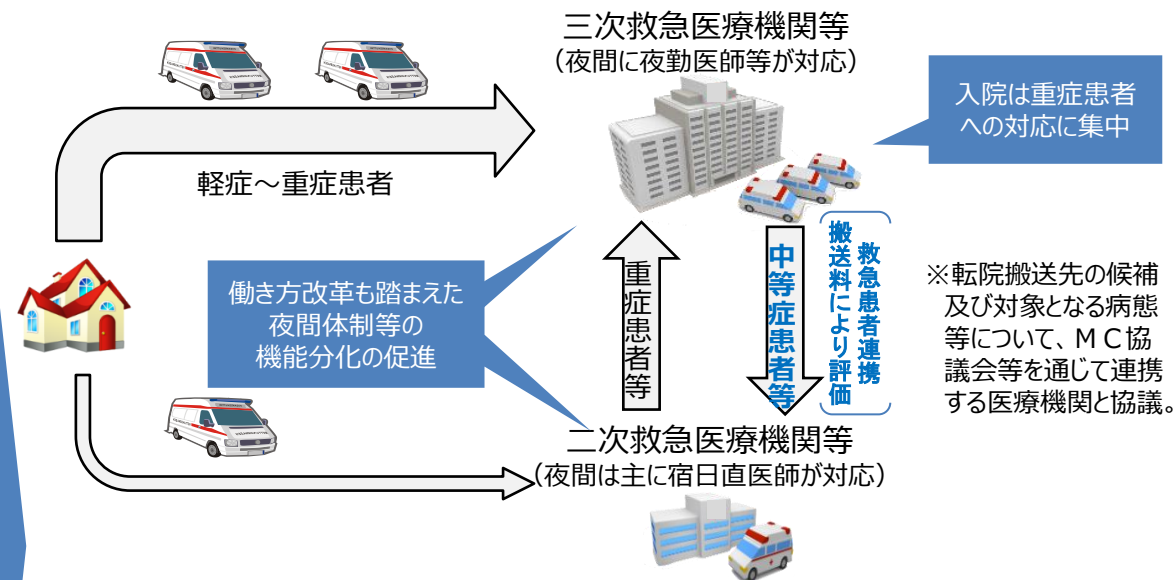
# 高齢者等の救急搬送に対する評価の見直しを通じた救急医療提供体制のイメージ

## ○これまでの救急医療提供体制における課題等

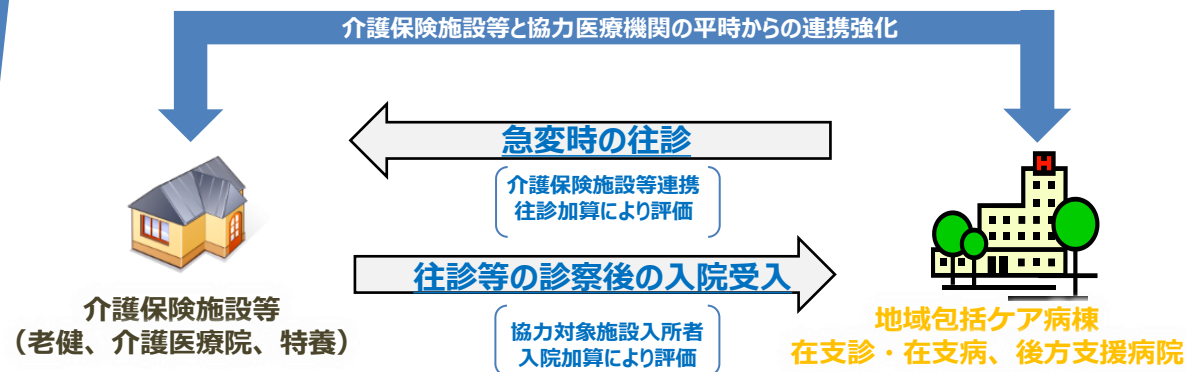


## ○初期診療後の適切な転院搬送の促進を通じた救急医療提供体制

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



## ○介護保険施設等との連携促進を通じた救急医療提供体制



令和6年度診療報酬改定

## 8. 重点的分野における対応

- (1) 救急医療
- (2) 小児医療及び周産期医療
- (3) がん医療及び緩和ケア
- (4) 認知症
- (5) 精神医療
- (6) 難病患者に対する医療

# 小児特定疾患カウンセリング料の見直し

## 小児特定疾患カウンセリング料の見直し

- 発達障害等、児童思春期の精神疾患の支援を充実する観点から、**小児特定疾患カウンセリング料について要件及び評価を見直す**とともに、**発達障害等を有する小児患者に対する情報通信機器を用いた医学管理について、新たな評価を行う。**

### 現行

#### 【小児特定疾患カウンセリング料】

##### イ 医師による場合

- (1) 月の1回目 500点
- (2) 月の2回目 400点

##### ロ 公認心理師による場合 200点

#### [算定要件] (抜粋)

- 2年を限度として月2回に限り算定する。



### 改定後

#### 【小児特定疾患カウンセリング料】

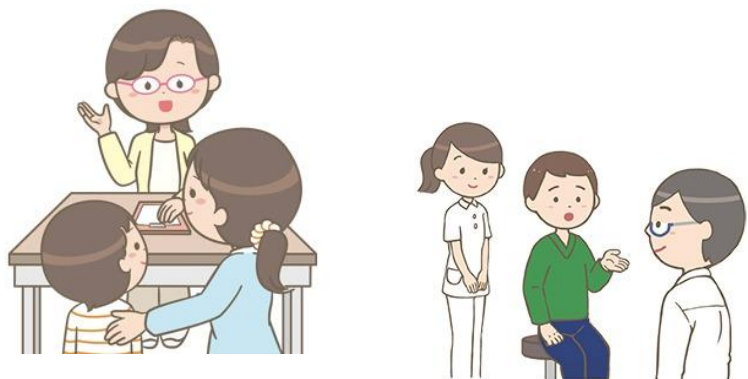
##### イ 医師による場合

- (1) **初回 800点**
- (2) 初回のカウンセリングを行った日後**1年以内の期間**に行った場合
  - ① **月の1回目 600点**
  - ② **月の2回目 500点**
- (3) 初回のカウンセリングを行った日から起算して**2年以内の期間**に行った場合((2)の場合を除く。)
  - ① **月の1回目 500点**
  - ② **月の2回目 400点**
- (4) 初回のカウンセリングを行った日から起算して**4年以内の期間**に行った場合((2)及び(3)の場合を除く。) **400点**

##### ロ 公認心理師による場合 200点

#### [算定要件] (抜粋)

- (1) 初回のカウンセリングを行った日から起算して、**2年以内の期間においては月2回に限り、2年を超える期間においては、4年を限度として、月1回に限り**、算定する。
- (2) 小児特定疾患カウンセリング料イの(1)、(2)、(3)又は(4)を算定すべき医学管理を**情報通信機器を用いて行った場合は、イの(1)、(2)の①若しくは②、(3)の①若しくは②又は(4)の所定点数に代えて、それぞれ696点、522点若しくは435点、435点若しくは348点又は348点を算定する。**



# 小児緩和ケア診療加算の新設

## 小児緩和ケア診療加算の新設

- 小児に対する適切な緩和ケアの提供を推進する観点から、小児に対する緩和ケアについて、新たな評価を行う。



### **(新)** 小児緩和ケア診療加算 **700点**

#### [算定要件] (抜粋)

- 小児緩和ケア診療加算は、一般病床に入院する悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群又は末期心不全の15歳未満の小児患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者に対して、当該患者又は家族等の同意に基づき、症状緩和に係るチーム（以下「小児緩和ケアチーム」という。）による診療が行われた場合に算定する。
- **末期心不全の患者とは、以下のアとイの基準及びウからオまでのいずれかの基準に該当するものをいう。**
  - ア 心不全に対して適切な治療が実施されていること。
  - イ 器質的な心機能障害により、適切な治療にかかわらず、慢性的にNYHA重症度分類Ⅳ度の症状に該当し、頻回又は持続的に点滴薬物療法を必要とする状態であること。
  - ウ 左室駆出率が20%以下であること。
  - エ 医学的に終末期であると判断される状態であること。
  - オ ウ又はエに掲げる状態に準ずる場合であること。
- 小児緩和ケアチームは、必要に応じて家族等に対してもケアを行うこと。

#### [施設基準] (抜粋)

- 当該保険医療機関内に、以下から構成される小児緩和ケアに係るチーム（以下「小児緩和ケアチーム」という。）が設置されていること。
  - ア 身体症状の緩和を担当する専任の常勤医師
  - イ 精神症状の緩和を担当する専任の常勤医師
  - ウ 緩和ケアの経験を有する専任の常勤看護師
  - エ 緩和ケアの経験を有する専任の薬剤師
  - オ 小児科の診療に従事した経験を3年以上有している専任の常勤医師**
  - カ 小児患者の看護に従事した経験を3年以上有している専任の常勤看護師**

**ア又はイの医師が小児科の診療に従事した経験を3年以上有する場合は、オの要件は満たしていることとする。ウの看護師が小児患者の看護に従事した経験を3年以上有している場合は、カを満たしていることとする。**なお、アからエまでのうちいずれか1人は専従であること。ただし、緩和ケア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。

### 小児個別栄養管理加算の新設

#### **(新)** 小児個別栄養食事管理加算 **70点**

#### [算定要件] (概要)

小児緩和ケアチームに管理栄養士が参加し、個別の患者の症状や希望に応じた栄養食事管理を行った場合に算定する。

# 令和6年度診療報酬改定の施行時期等

## 令和6年度診療報酬改定にかかる主なスケジュール

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

※各診療報酬項目の具体的な経過措置は告示・通知を必ずご確認ください。

## 従来の改定スケジュール

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



**ご静聴ありがとうございました。**