日本慢性期医療協会
令和6年度診療報酬・介護報酬改定説明会

令和6年度診療報酬改定の概要

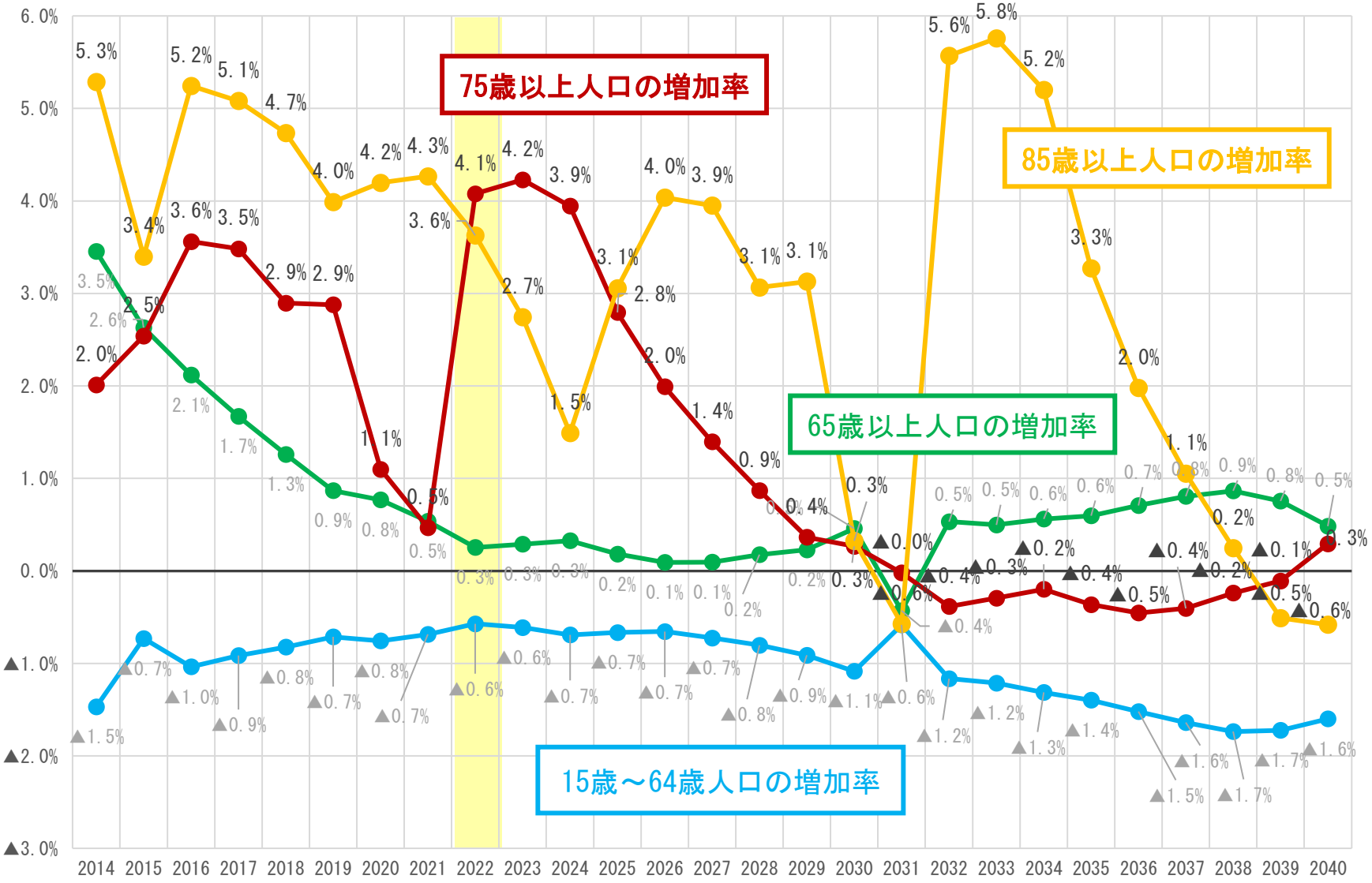
～中医協での議論を中心に～

日本慢性期医療協会 副会長
中央社会保険医療協議会（中医協）委員
医療法人池慶会 池端病院 理事長
池端幸彦

地域医療を取り巻く背景からみた
地域医療構想の今後

（参考）2040年までの年齢階層別の人口の増加率の推移

○2040年を展望すると、65歳以上人口の伸びは落ち着くが、2022年以降の3年間、一時的に75歳以上人口が急増。2030年代前半には、85歳以上人口の増加率が上昇。一方、生産年齢人口は一貫して減少。



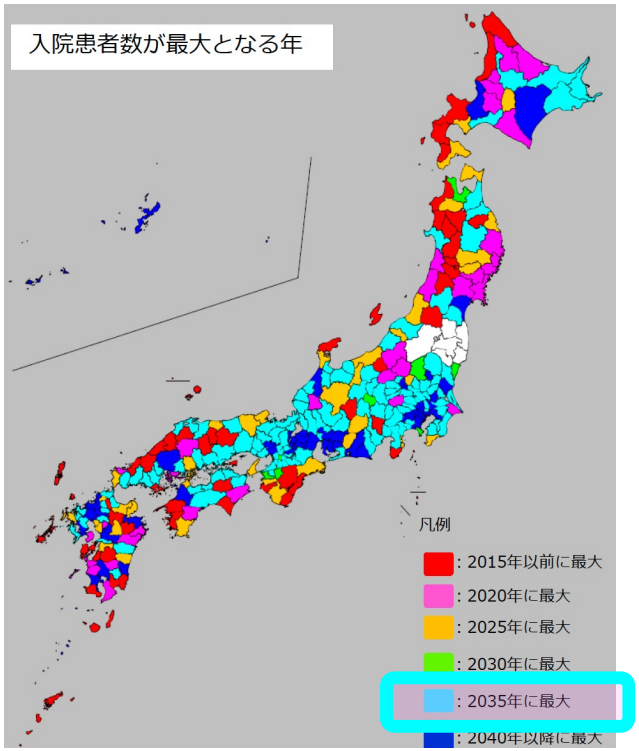
（出所）　国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（出生中位・死亡中位）」

2040年に向けた医療需要の変化

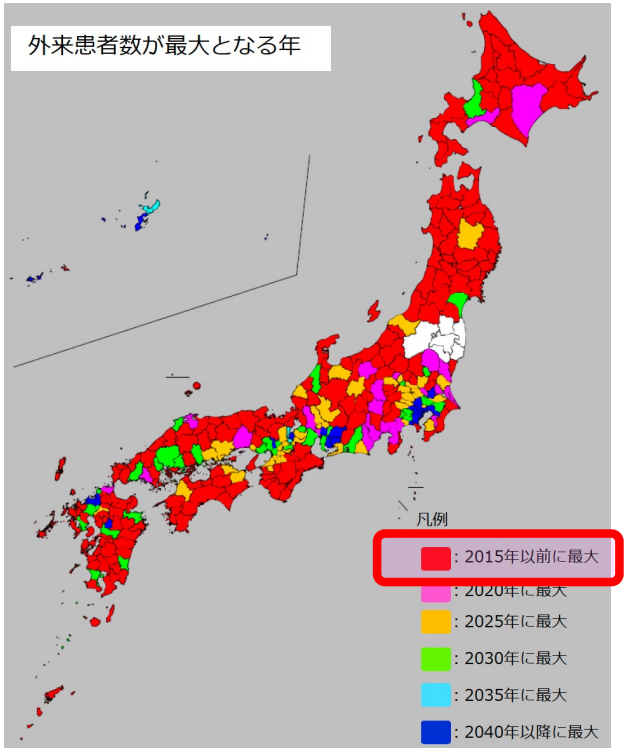
令和4年3月4日　第7回第8次医療計画 等に関する検討会 資料1（一部改変）

入院患者数は全体にやや増加、外来患者は多くの地域で減少し、一方で在宅患者はほとんどの地域で増加が見込まれる！

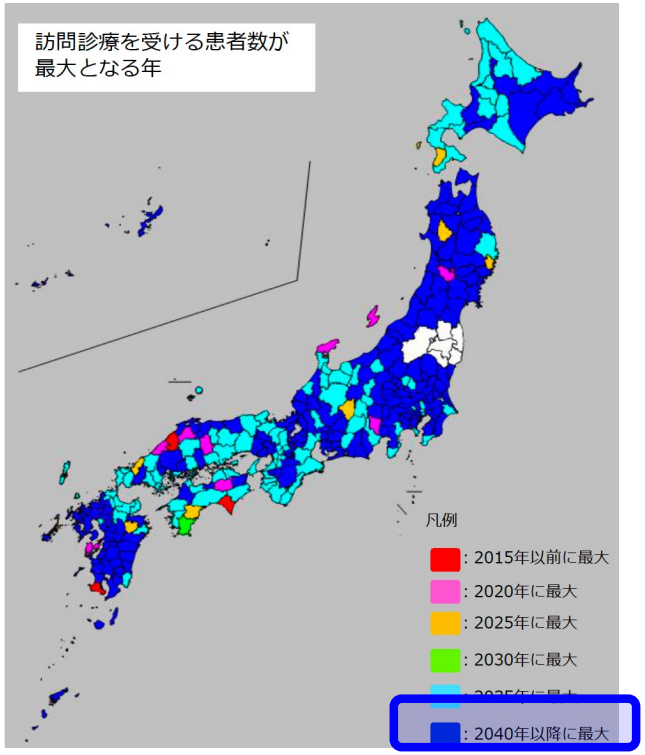
入院患者



外来患者



在宅患者

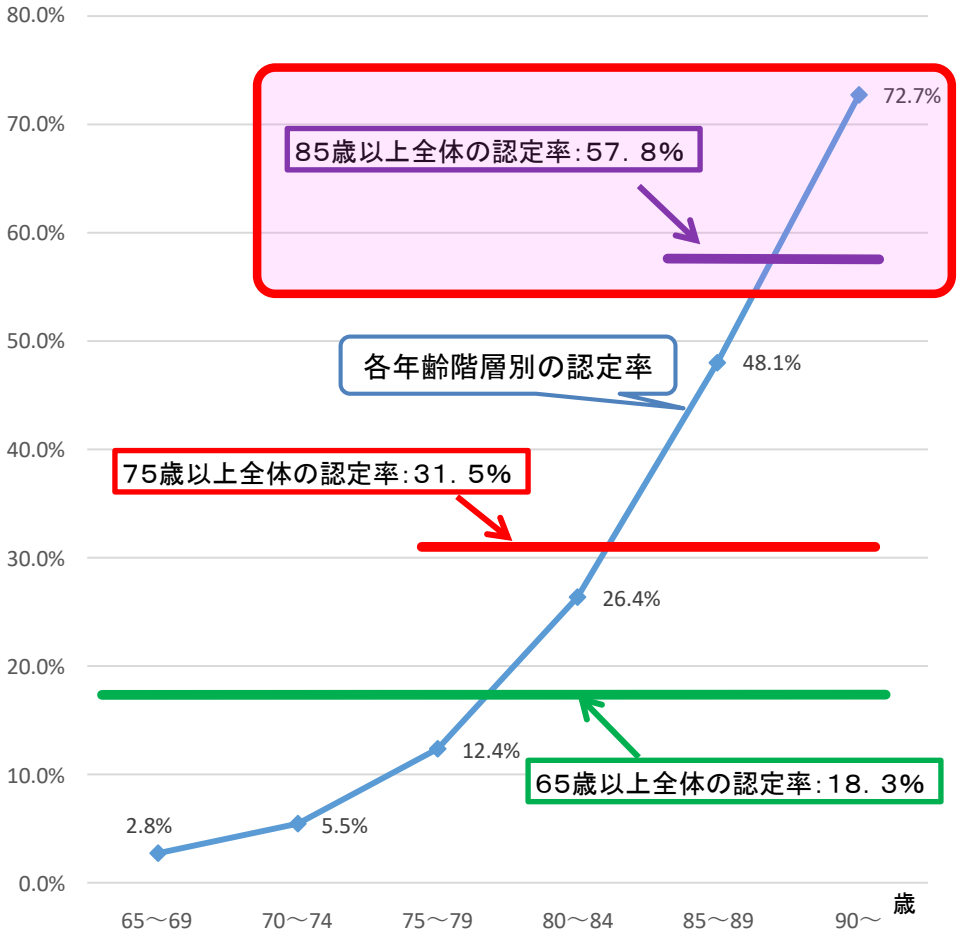


医療需要の変化⑤　医療と介護の複合ニーズが一層高まる

令和4年3月4日　第7回第8次医療計画等に関する検討会　資料1

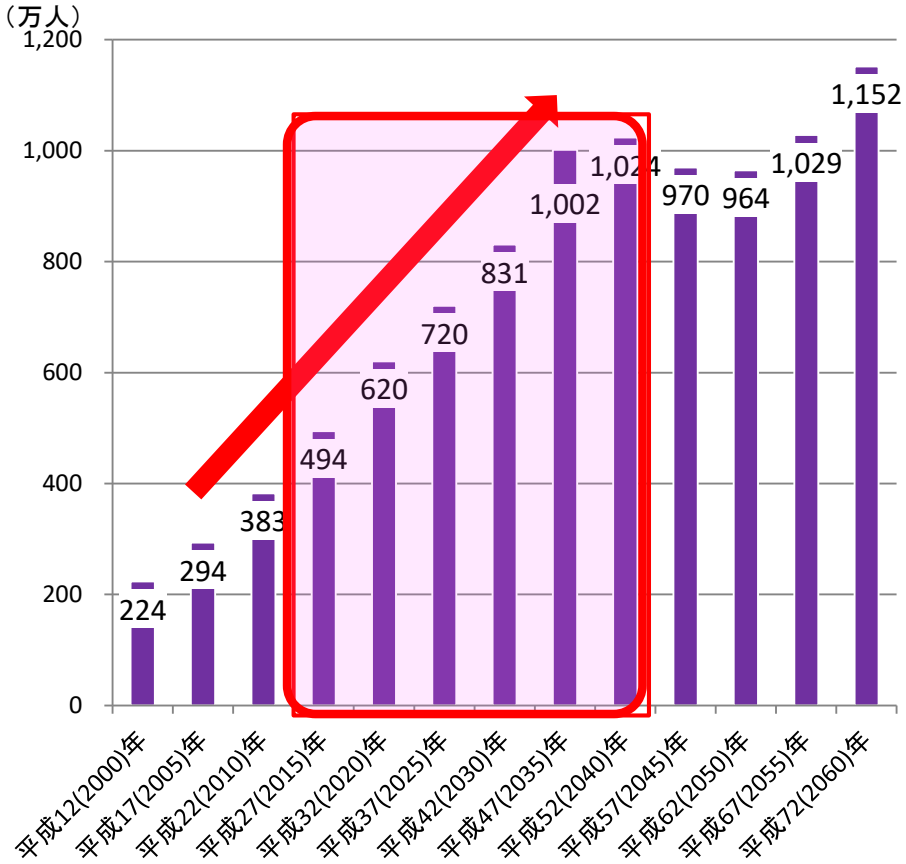
○　要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
○　2025年度以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

年齢階級別の要介護認定率



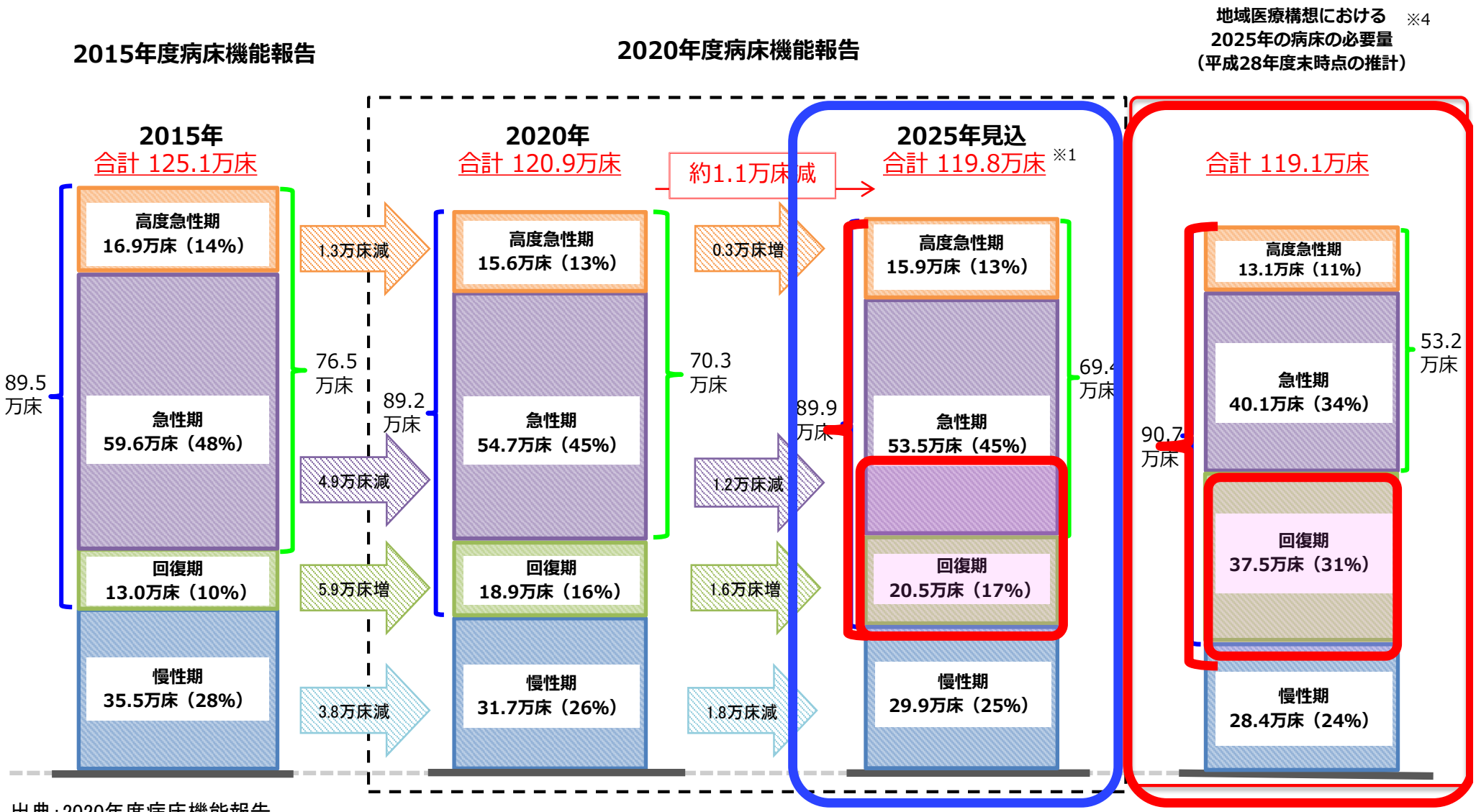
出典：2020年９月末認定者数（介護保険事業状況報告）及び2020年10月１日人口（総務省統計局人口推計）から作成

85歳以上の人口の推移



出典：将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（平成29年４月推計）出生中位（死亡中位）推計
　実績は、総務省統計局「国勢調査」（国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口）

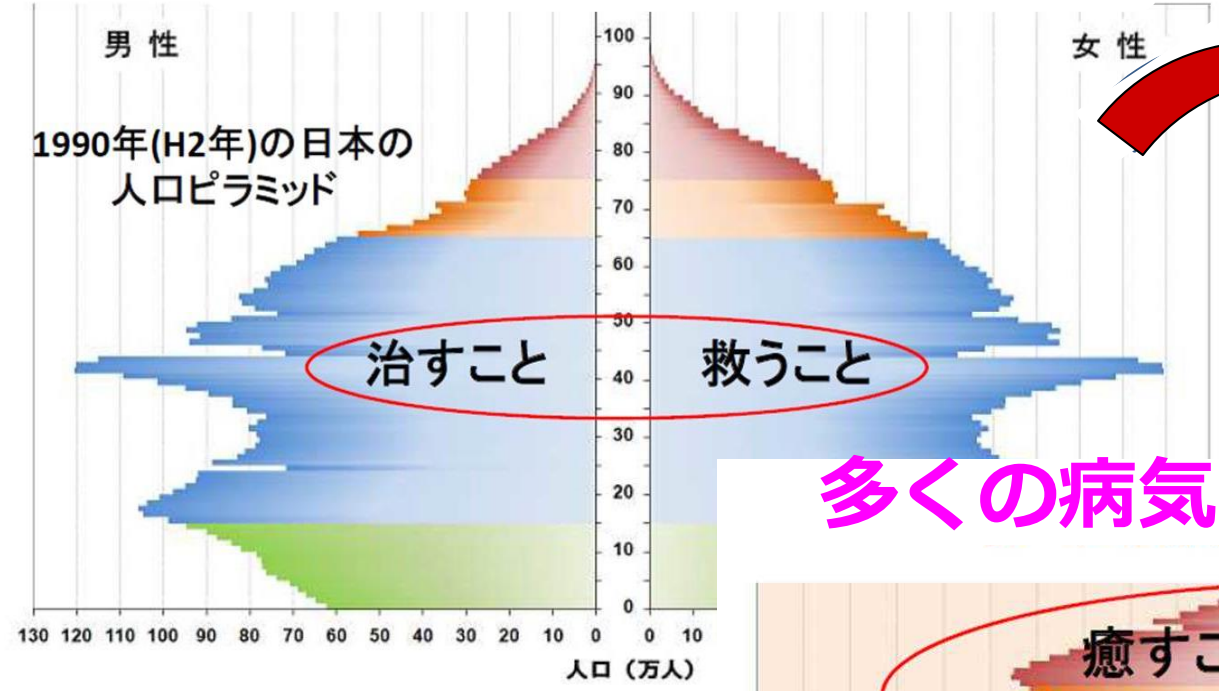
2020年度病床機能報告について



出典：2020年度病床機能報告

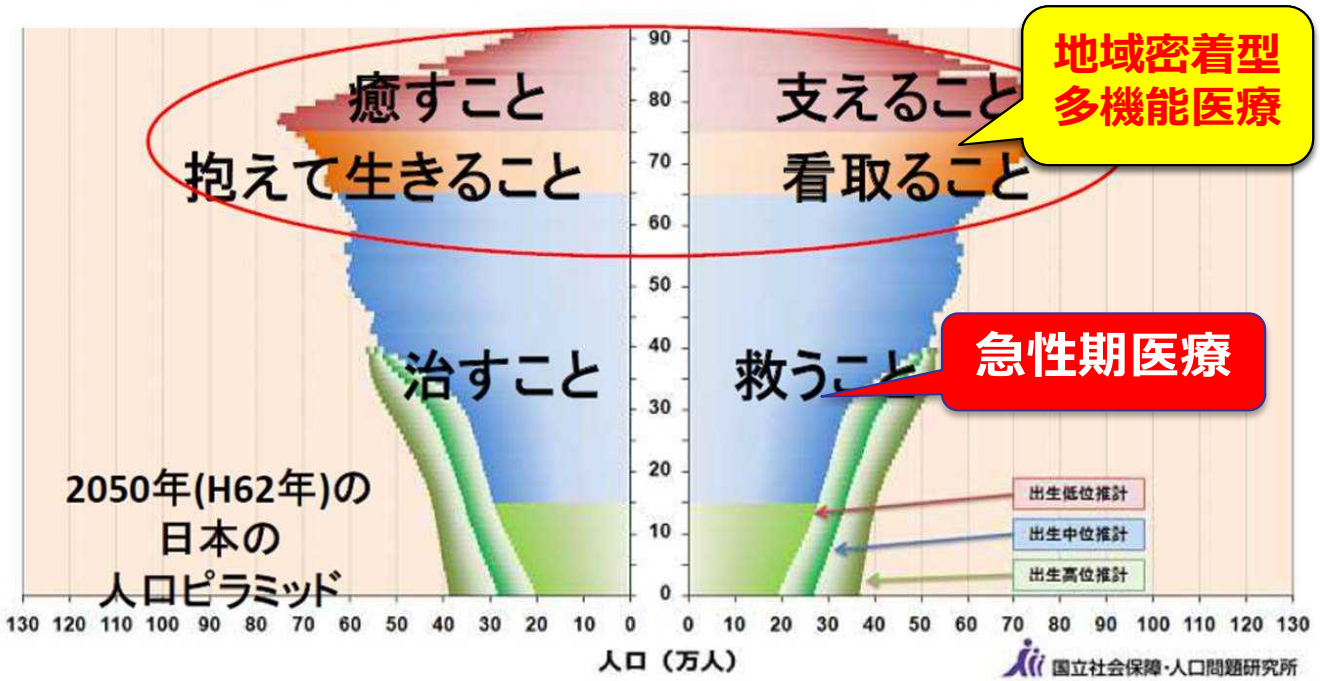
※1：2020年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数
※2：対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要
（報告医療機関数/対象医療機関数（報告率）　2015年病床機能報告：13,863/14,538（95.4%）、2020年病床機能報告：12,635/13,137（96.2%））
※3：端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合がある
※4：平成25年度(2013年度）のNDBのレセプトデータ 及びDPCデータ、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口（平成25年(2013年）3月中位推計）』等を用いて推計
※5：ICU及びHCUの病床数（*）：18,482床（参考　2019年度病床機能報告：18,253床）
*救命救急入院料1～4、特定集中治療室管理料1～4、ハイケアユニット管理料1・2のいずれかの届出を行っている届出病床数

多くの病気が治せた時代



資料：1920～2010年：国勢調査、推計人口、2011年以降：「日本の将来推計人

多くの病気を治せなくなる時代



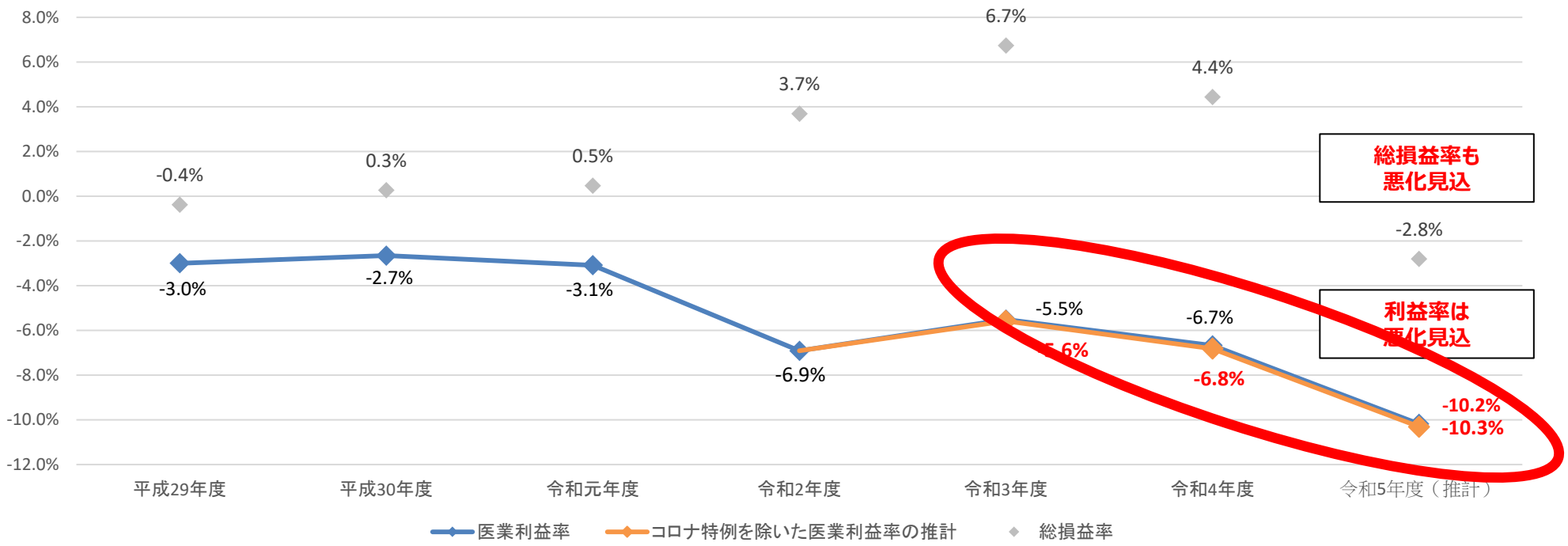
資料：1920～2010年：国勢調査、推計人口、2011年以降：「日本の将来推計人口（平成24年１月推計）」。

一般病院（全体）の利益率について

○　令和３、４年度の医業利益率については、コロナ報酬特例等による収入やかかりまし費用などのコロナ影響を除いた場合、医業利益率はそれぞれ▲0.1%程度減少する見込み。

○　令和５年度においては、医療経済実態調査におけるR3年度からR4年度の収入や費用の伸びを前提に、コロナの類型見直し、物価高騰、賃金上昇などの影響を踏まえて推計すると、医業利益率及びコロナ報酬特例等を除いた医業利益率は、▲10%程度となり悪化する見込み。

	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度（推計）
医業利益率	▲3.0%	▲2.7%	▲3.1%	▲6.9%	▲5.5%	▲6.7%	**▲10.2%**
コロナ報酬特例等を除いた医業利益率（推計）	-	-	-	-	**▲5.6%**	**▲6.8%**	**▲10.3%**
総損益率	▲0.4%	0.3%	0.5%	3.7%	6.7%	4.4%	**▲2.8%**



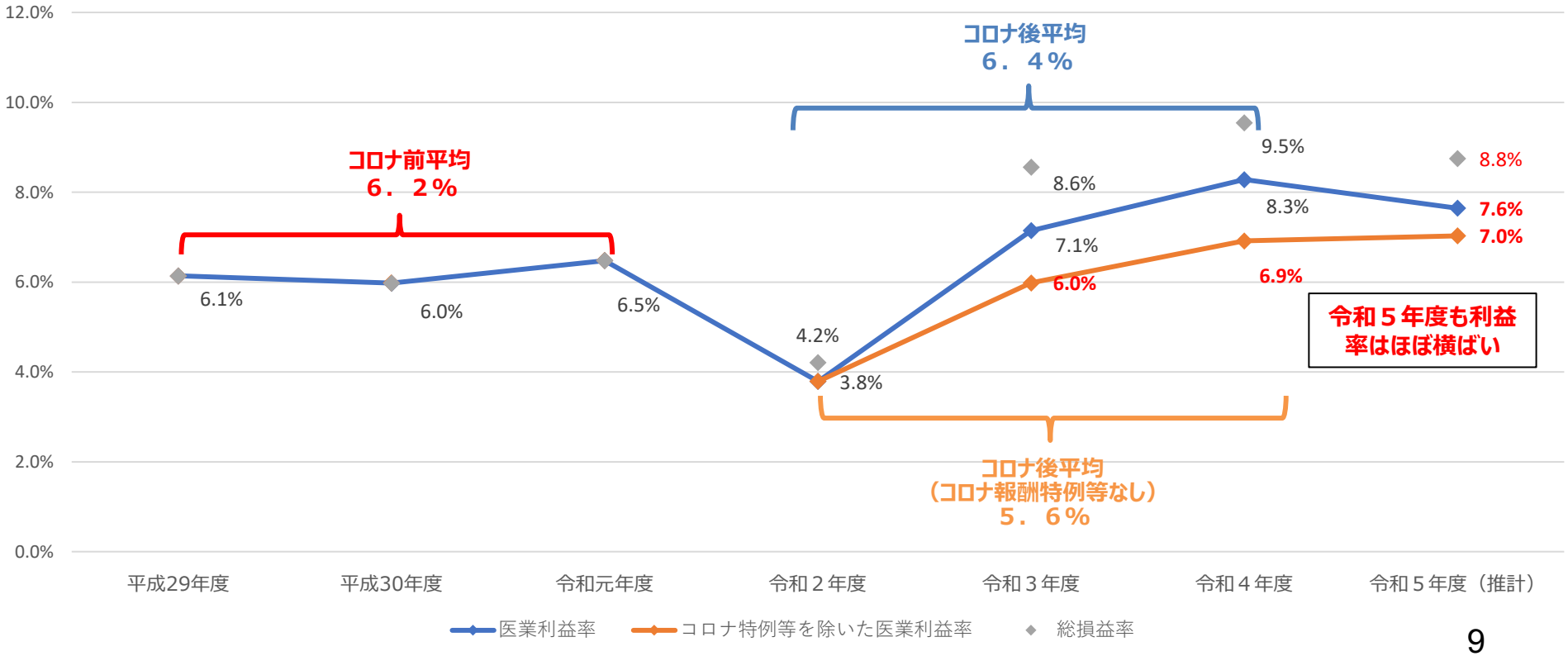
一般診療所（医療法人）の利益率について

中医協　実－２－２ ５．１１．２４	中医協　総－１－２ ５．１１．２４

○　令和３年度、４年度の医業利益率については、コロナ報酬特例等による収入やかかりまし費用などのコロナ影響を除いた場合、医業利益率はそれぞれ1.1%、1.4%程度減少。コロナ後（令和２～４年度）の平均（5.6%）は、コロナ前（平成２９～令和元年度）の平均（6.2%）を下回る見込み。

○　令和５年度については、医療経済実態調査によるR３年度からR４年度の収入や費用の伸びを前提に、コロナの類型見直しや、物価高騰、賃金上昇の影響などを踏まえ推計すると、▲0.7%程度減少する見込みであり、コロナ報酬特例等を除いた医業利益率も令和４年度と比較するとほぼ横ばいとなる見込み。

	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度（推計）
医業利益率	6.1%	6.0%	6.5%	3.8%	7.1%	8.3%	**7.6%**
コロナ報酬特例等を除いた医業利益率（推計）	-	-	-	-	**6.0%**	**6.9%**	**7.0%**
総損益率	6.1%	6.0%	6.5%	4.2%	8.6%	9.5%	**8.8%**



診療報酬改定の流れ

出典：令和5年8月25日　第101回社会保障審議会医療部会　資料1（一部改変）

・ 診療報酬改定は、

① 予算編成過程を通じて内閣が決定した改定率を所与の前提として、

② 社会保障審議会医療保険部会・医療部会において策定された「基本方針」に基づき、

③ 中央社会保険医療協議会において、具体的な診療報酬点数の設定等に係る審議を行い実施されるものである。

医療費総額の決定

内閣

医療費総額の決定

○予算編成過程を通じて改定率を決定

医療政策方針の決定

医療費分配の決定

社会保障審議会
医療保険部会・医療部会

○基本的な医療政策について審議
○**診療報酬改定に係る「基本方針」を策定**

中央社会保険医療協議会

○社会保障審議会で決定された「基本方針」に基づき審議
○個別の診療報酬項目に関する点数設定や算定条件等について議論

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年度診療報酬改定の主なポイント

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。

2.　医療DXの推進

- 医療DX推進体制整備加算により、**マイナ保険証の活用、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスの整備促進。**
- **在宅医療DX推進体制加算**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。

３．　同時報酬改定における対応

- コロナ禍の経験を踏まえた、**医療機関と介護保険施設等との連係の強化、協力医療機関の明確化。**
- かかりつけ医とケアマネ等との連係強化。
- 障害者施設における末期がん患者等への訪問診療料等が算定可能に。

令和６年度診療報酬改定における主要な改定項目①

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）

令和６年度診療報酬改定における主要な改定項目②

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

令和６年度診療報酬改定における主要な改定項目③

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

９．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

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

○　後期高齢者の救急搬送の増加等、入院患者の疾患や状態の変化を踏まえて、機能分化・強化を促進し、効果的・効率的な提供体制を整備するとともに、高齢者の中等症急性疾患のニーズ増大に対して地域包括医療病棟を新設した。
○　患者が可能な限り早く住み慣れた自宅・施設に復帰できるよう各病棟が果たすべく役割に念頭に評価体系を見直した。
○　また、2024年度より施行される医師の労働時間上限規制を念頭に、働き方改革を推進。

急性期入院料の見直し

- 入院基本料等の引き上げ
- 重症度、医療・看護必要度の見直し（急１におけるB項目の廃止等）
- 急１における平均在院日数の短縮（18日→16日）
- リハ栄養口腔連携体制加算の新設

急性期充実体制加算及び総合入院体制加算の見直し

- 急性期充実体制加算を加算１及び加算２に再編
- 小児・周産期・精神科充実体制加算の新設
- 心臓血管外科領域の実績要件の追加
- 総合入院体制加算の実績要件の見直し及び加算の引き上げ

特定集中治療室等の見直し

- SOFAスコアを用いた患者指標の導入
- 宿日直医師の配置をICU5,6として評価
- 遠隔ICUの評価
- ICU5,6における特定行為研修修了看護師等の配置要件化（経過措置あり）

働き方改革の推進

・地域医療体制確保加算の要件見直し
・医師事務作業補助体制加算の引き上げ

地域包括医療病棟

地域包括医療病棟入院料の新設

- 在宅復帰率8割
- 救急搬送患者割合1割５分
- ADL維持率95%以上　　等

救急患者連携搬送料の新設
（いわゆる下り搬送の促進）

看護補助者の体制整備

・看護補助体制充実加算の見直し（介護福祉士の評価）
・看護補助加算の新設（小児入管）

地域包括ケア病棟入院料の見直し

- 40日目以降と以前の評価の見直し
- 在宅医療要件の見直し
- 在宅復帰率の見直し
- 短期滞在手術の扱いの見直し

有床診療所基本料の見直し

- 介護障害連携加算の新設

療養病棟入院料の見直し

- 医療区分の見直し
- 中心静脈栄養の評価見直し
- リハビリーションの評価見直し
- 経過措置病棟の廃止

回復期リハ入院料の見直し

- FIMの測定等の要件見直し
- 体制強化加算の廃止
- 運動器リハ算定上限数見直し

ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進

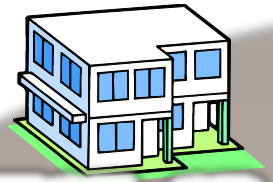
○　コロナ禍の経験を踏まえて、介護保険施設等と地域包括ケア病棟を持つ医療機関や在宅支援診療所の平時および急変時における対応の強化に関する評価の見直し等を実施。
○　また、在宅医療分野においては、患者の望む医療・ケアの提供を推進する観点から、ICTを用いた情報連携に関する評価の見直し等を行うとともに、患者の状態に応じた在宅医療の提供を推進する観点から、評価の見直し等を実施。

マイナ保険証やICTを用いた情報連携

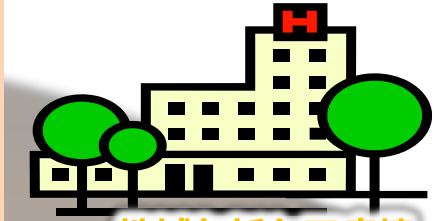
- 在宅医療DX情報活用加算の新設によるマイナ保険証を活用した情報連携を推進
- 在宅医療情報連携加算、往診時医療情報連携加算、介護保険施設等連携往診加算等の新設により平時からの介護サービス事業者等との連携促進

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



在宅療養支援診療所・病院



地域包括ケア病棟
在支診・在支病、後方支援病院

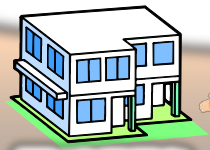
在宅療養支援診療所・病院における評価の見直し

- 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

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



診療所等

ケアマネジャー

介護保険施設等
（老健、介護医療院、特養）

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）

介護サービス

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係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 改定施行**	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	

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

0.6%

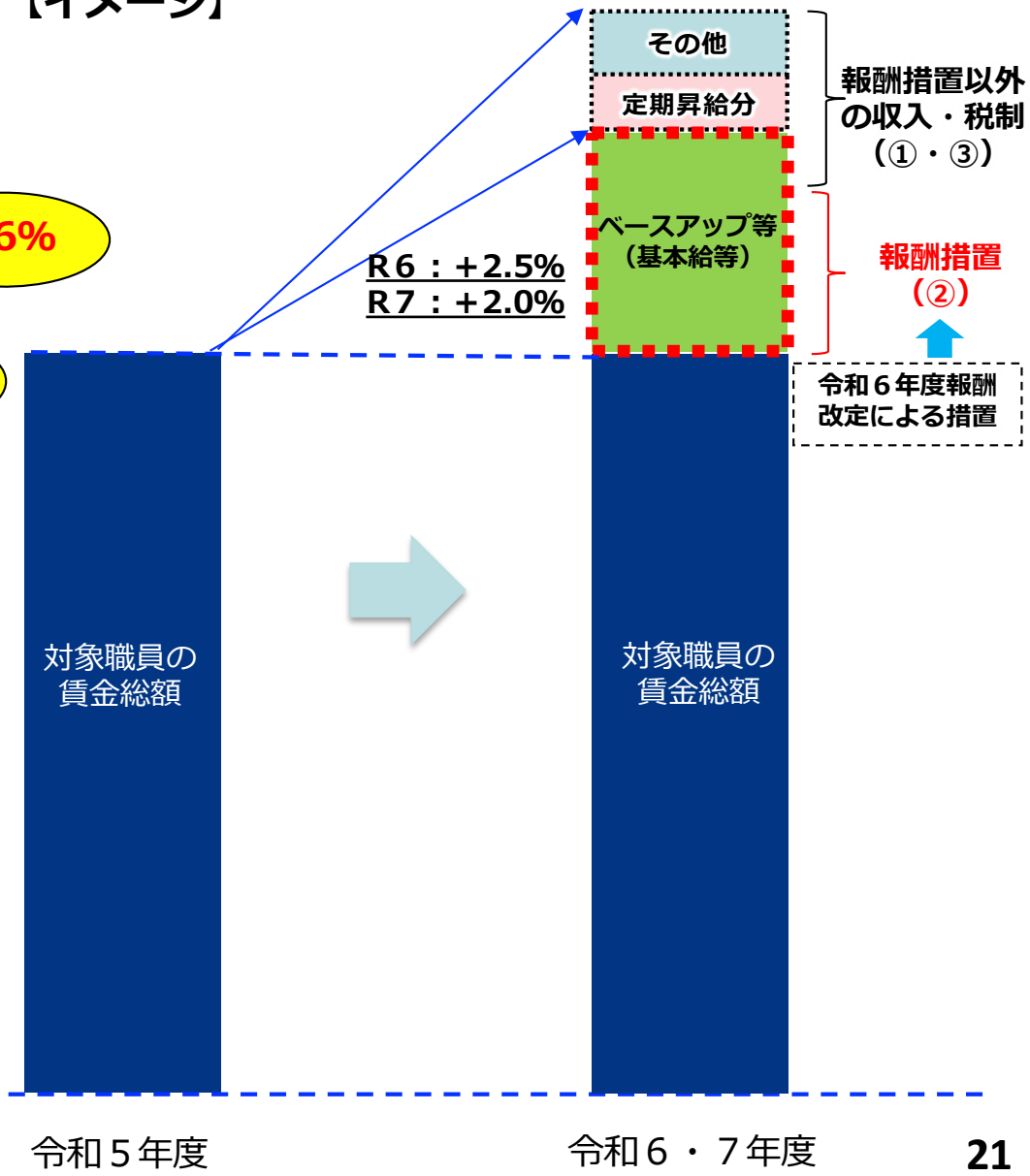
2.3%

0.6%

■ 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。

（2.5%＋（2.5%＋2.0 %））÷2＝ 3.5%

【イメージ】



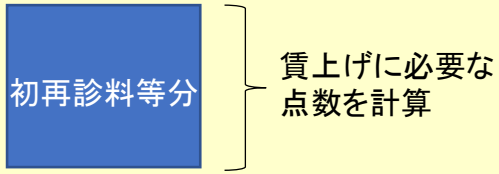
賃上げ点数の設定の流れについて（イメージ図）

○　賃上げ必要点数については、①初再診料等、②訪問診療料、③入院基本料等の順に、設定する。
○　賃上げ必要点数については、対象保険医療機関において、個々に「賃上げに必要な金額」÷（「対象となる診療報酬の算定回数」×10円）により算出した点数の中央値（四捨五入）として設定する。

①　初再診料等の点数設計

○　訪問診療料を算定しない無床診療所のデータにより、賃上げに必要な金額を初再診料等の算定回数×10円で除し、個々の診療所で必要となる点数の中央値（四捨五入）を賃上げ必要点数として設定する。
○　歯科診療所についても、歯科診療所のデータにより、同様に賃上げ必要点数を設定する。

医科（及び歯科）診療所

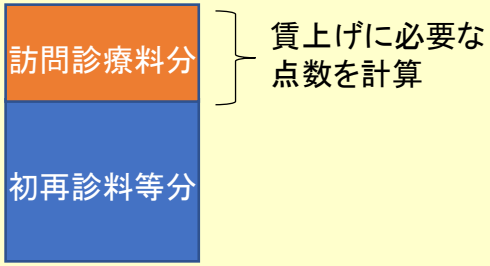


賃上げに必要な金額

②　訪問診療料の点数設計

○　①で賃上げに必要な金額が不足した、訪問診療料を算定する診療所のデータにより、訪問診療料分として、賃上げに必要な金額（算定回数で按分）を訪問診療料分の算定回数×10円で除し、個々の診療所で必要となる点数の中央値（四捨五入）を賃上げ必要点数として設定する。
○　歯科診療所についても、歯科診療所のデータにより、同様に賃上げ必要点数を設定する。

医科（及び歯科）診療所



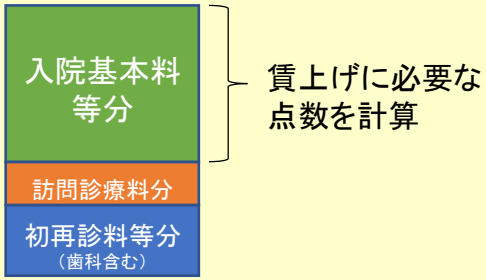
賃上げに必要な金額

③　入院基本料等の点数設計

○　病院のデータにより、賃上げに必要な金額（※）を入院基本料等の算定回数×10円で除し、必要となる点数の中央値（四捨五入）を賃上げ必要点数として設定する。

※　訪問診療料、初再診料等及び歯科初再診料等については①、②で設定した点数と同じものとして計算し、その金額を除く。

病院



賃上げに必要な金額

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、訪問看護の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

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

＋ ※　入院に携わる職員のための評価

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

1　医療従事者の賃上げの概要について
（3）創設される診療報酬について

○　令和６年度の診療報酬改定では、**「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）、（Ⅱ）」、「入院ベースアップ評価料」といった診療報酬を創設**します。

○　また、**初再診料等や入院基本料等についても、職員の賃上げを実施すること等も踏まえた引上げ**を行います。

○　さらに、**今回創設される診療報酬（既存の看護職員処遇改善評価料含む）による賃上げについては、賃上げ促進税制における税額控除の対象**となります。

病院と医科診療所の例

評価料による賃上げも
賃上げ促進税制の税額控除対象に！

＋０．２８%程度分

＋０．６１%分

病院・診療所（有床）

診療所（無床）

初再診料等や入院基本料等の引上げ

＋

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）
・初再診料等と合わせて算定可能
　初診時　6点
　再診時　2点
　訪問診療時　28点
　（同一建物居住者は7点）

＋

入院ベースアップ評価料
・入院基本料等と合わせて算定可能
　1～165点

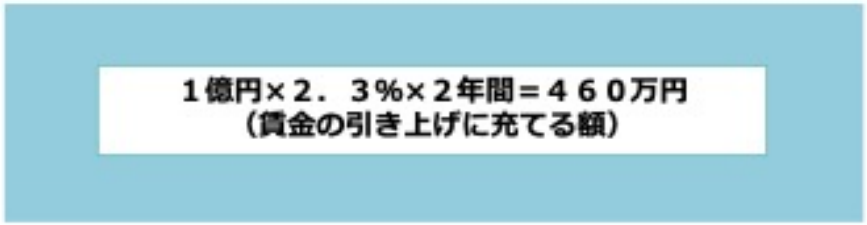
＋

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）
・初再診料等と合わせて算定可能
　初診又は訪問診療時　8点～64点
　再診時　1～8点
※　評価料（Ⅰ）だけでは、賃上げが不十分となる診療所（無床）のみ算定可能

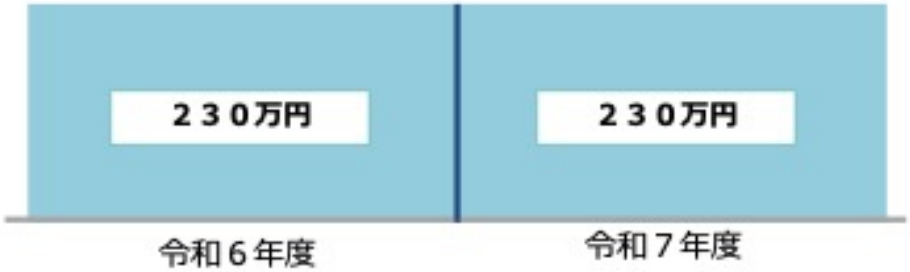
1　医療従事者の賃上げの概要について
（５）ベースアップ評価料の算定額の配分パターン

○　医療機関等においては、令和６年度と令和７年度の２年間の賃金引き上げについて計画します。
○　そのなかでベースアップ評価料（改定率＋０．６１％分）については、対象職種の給与総額の２．３％相当となるように設定されており、令和６年度と７年度の２年とも同じ点数設計です。
○　したがって、この点数を算定した場合の賃上げへの配分方法について、以下の２つのパターンが考えられますが、いずれの場合も算定額を全て賃金の引き上げに充てることが重要です。

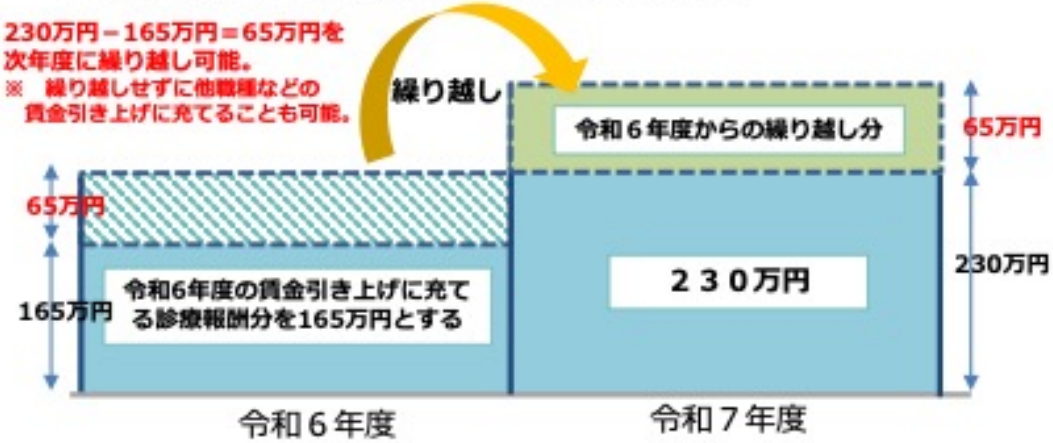
【例：令和５年度の給与総額が１億円であった場合】
（２年間のベースアップ評価料の算定額の見込み）



（パターン１）
令和６年度にまとめて引き上げを行う配分方法



（パターン２）
２年間で段階的に引き上げを行う配分方法



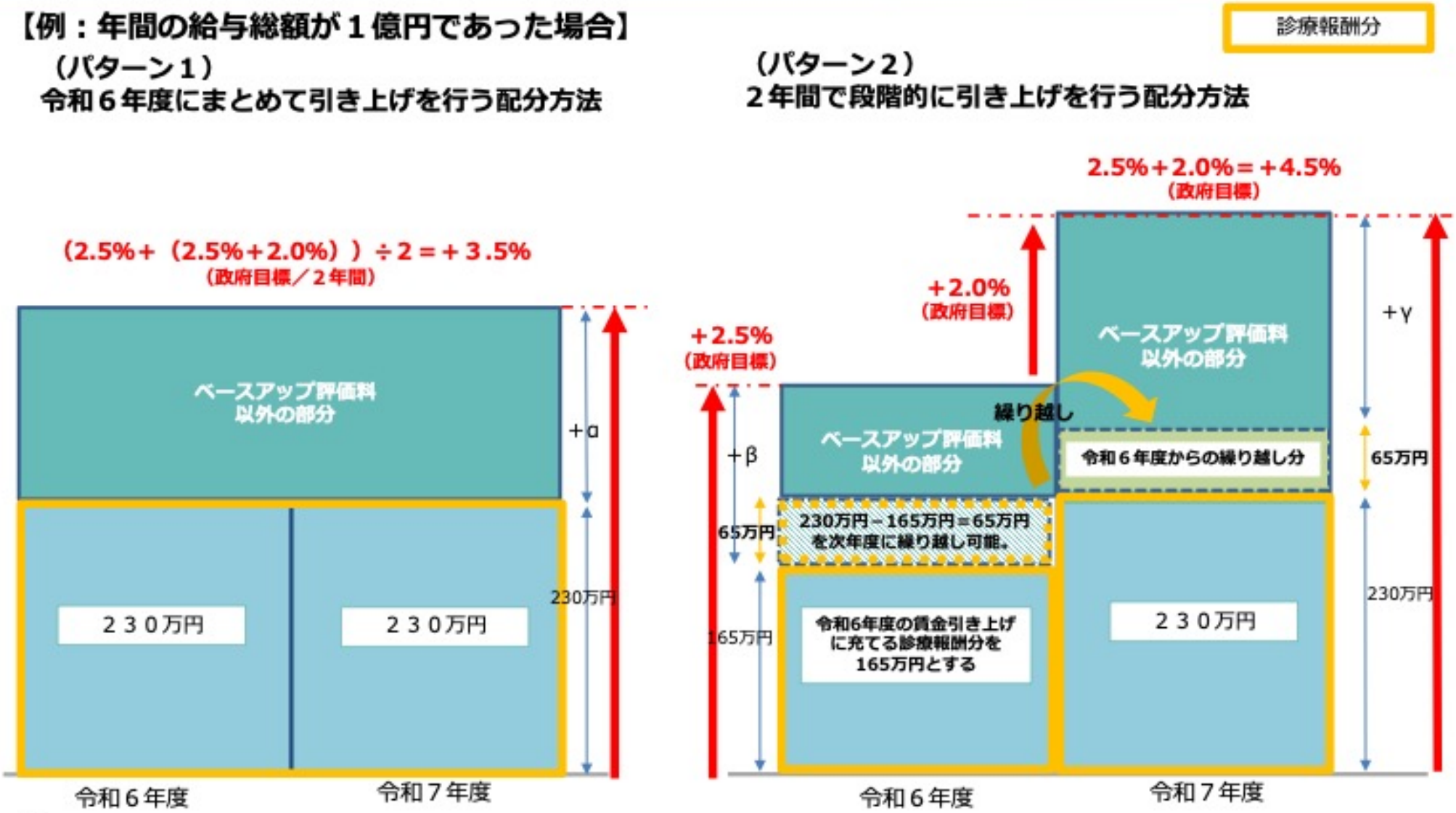
⚠ ベースアップ評価料の算定額の見込みについては、あくまで目安であり、保険医療機関ごとの状況や実際の算定回数に応じて、変動が生じ得ます。

（例）政府目標を踏まえたモデルケース

【例：年間の給与総額が１億円であった場合】

（パターン１）
令和６年度にまとめて引き上げを行う配分方法

（パターン２）
２年間で段階的に引き上げを行う配分方法



ベースアップ評価料による賃上げの対象とならない職種についても、引き上げられた初再診料等や入院基本料等を活用して、同様の考え方で政府目標の達成を目指して頂きますようお願いいたします。

1　医療従事者の賃上げの概要について
（4）賃上げを考える前に　－ベースアップとは－

○　賃上げに係る診療報酬においては、賞与や法定福利費等の事業主負担分を含めた「給与総額」をもとにした点数設計としています。

○　医療機関等においては、この報酬分を**ベースアップ（基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げ）に充てていただく**こととなります。

○　また、ベースアップには、連動して引きあがる賞与分※や事業主負担の増額分も含まれます。

※　業績に連動して引き上がる賞与については対象外です。

ベースアップの考え方

「ベースアップ（ベア）」とは、賃金表の改定等により賃金水準を引き上げることをいいます。

賃金表がない場合

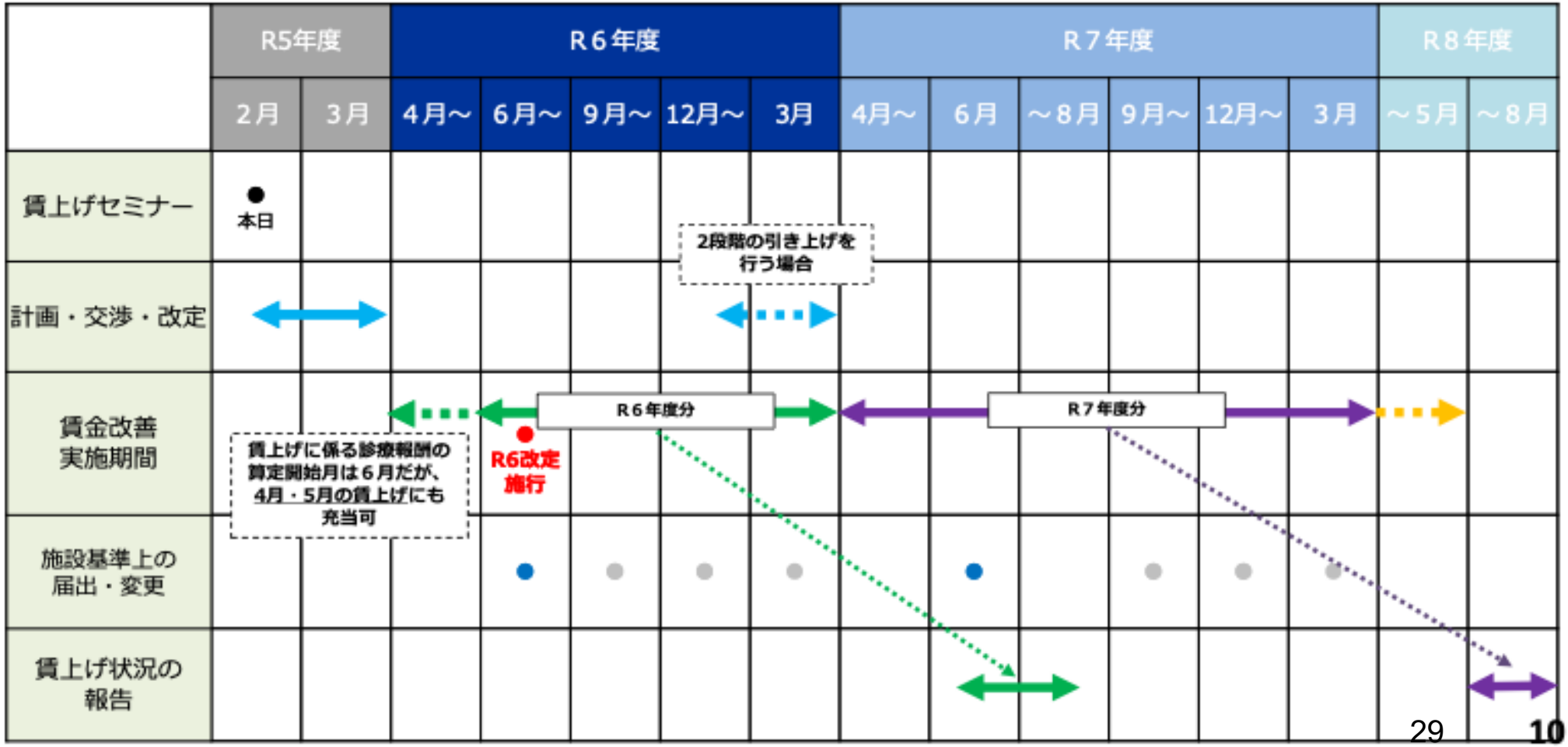
賃金表がない医療機関の場合は、**給与規程や雇用契約に定める基本給等**について、引上げを行います。

なお、基本給等とは、**決まって毎月支払われる給与や手当**のことを指し、例えば、年俸制で１年に１回定められる額の１月当たり分もこれに該当します。

1　医療従事者の賃上げの概要について
（6）具体的なスケジュール

○　賃上げのスケジュールのイメージは以下のとおりです。

○　医療機関等においては、**賃金引き上げの計画の作成→計画に基づく労使交渉等→計画に基づく給与規程の改正→施設基準の届出及び期中の区分変更の届出→賃上げ状況の報告（令和6年度・令和７年度）**を実施していくこととなります。



1　医療従事者の賃上げの概要について
（7）計画書・報告書の提出について

賃金引き上げに係る計画書・賃金引き上げの実施状況の報告書ついて

○　P10のスケジュールにあるとおり、ベースアップ評価料を算定する医療機関等は、施設基準の届出書と合わせて、賃金引上げに係る**計画書及び報告書**を地方厚生（支）局にご提出頂きます。
　この中で、ベースアップ評価料が原則ベア等に充てられていることについても確認します。

○　さらに、計画書及び報告書では、ベースアップ評価料による賃金引上げの状況だけでなく、**自主財源等も含めた全体的な引き上げ状況及びベースアップ評価料の対象とならない40歳未満の勤務医師等（改定率＋0.28%分）の職種の状況**についてもお聞きする予定です。

○　また、別途、**抽出調査の実施等**も予定しています。

2　ベースアップ評価料の試算①

○　厚生労働省では、今般のベースアップ評価料による算定見込みや医療従事者の賃上げ見込みの試算を支援するため、「ベースアップ評価料計算支援ツール」を作成しました。
○　以下では、当該ツールを活用した具体的な試算方法をご説明します。施行前にご自身の施設における賃上げについて試算してみましょう。

ベースアップ評価料計算支援ツール

令和６年２月15日版

本ツールでは、次の**３ステップ**で**ベースアップ評価料を活用した医療従事者の賃上げ計算を支援**します。

Step 1　対象職員の給与総額の計算

▼

Step 2　ベースアップ評価料の算定見込みの計算

▼

Step 3　医療従事者の賃上げ見込みの計算

厚生労働省

目　次

はじめに

Step 1　対象職員の給与総額の計算

Step 2　ベースアップ評価料の算定見込みの計算
①外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）【病院・診療所共通】
②外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）【無床診療所のみ】
③入院ベースアップ評価料【病院・有床診療所のみ】

Step 3　医療従事者の賃上げ見込みの計算

戻る　　次へ

まずは、次へをクリックします。

2　ベースアップ評価料の試算②

○　まずは、**対象職員の給与総額**を計算し、入力してください（Ｐ５の対象職員も参照。）。
○　この際、入力する給与総額には賞与や法定福利費等の事業主負担分を含めるように注意してください（ただし、役員報酬は対象外です。）。

Step 1　対象職員の給与総額の計算

○ まずは、**対象職員の給与総額**を計算しましょう。
2024年６月１日から算定を開始する場合、2023年3月～2024年2月に実際に支払った給与総額を入力してください。

算定開始予定日
2024年6月1日

給与対象月	対象職員の給与総額
2023年3月	2,000,000円
2023年4月	2,000,000円
2023年5月	2,000,000円
2023年6月	4,000,000円
2023年7月	2,000,000円
2023年8月	2,000,000円
2023年9月	2,000,000円
2023年10月	2,000,000円
2023年11月	2,000,000円
2023年12月	4,000,000円
2024年1月	2,000,000円
2024年2月	2,000,000円

１月当たり給与総額	2,333,333円

2024年7月1日以降の算定を予定している場合は、給与対象月が変更となります。

2024年2月については、試算時には、見込みで構いません。

対象職員の給与総額の実績を入力します。

給与総額には、**賞与や法定福利費等の事業主負担分を含めた金額**を計上してください。
ただし、**役員報酬は対象外**です。

目　次

はじめに

Step１　対象職員の給与総額の計算

Step２　ベースアップ評価料の算定見込みの計算
①外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）【病院・診療所共通】
②外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）【無床診療所のみ】
③入院ベースアップ評価料【病院・有床診療所のみ】

Step３　医療従事者の賃上げ見込みの計算

入力後、次へをクリックします。

2　ベースアップ評価料の試算③

○　次に、**外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）**の算定見込みの計算を行います。
○　対象期間の初再診料等の算定回数を入力してください（Ｐ２３、２５の［算定要件］も参照。）。
○　歯科併設の保険医療機関については、歯科初再診料等の算定回数も入力してください。

Step 2

ベースアップ評価料の算定見込みの計算

①外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）【病院・診療所共通】

○ 次に、**外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）**の算定見込みの計算を行います。
○ **2024年６月１日から算定を開始する場合、2023年12月～2024年2月**に算定した初診料等の算定回数を入力してください。

算定開始予定日
2024年6月1日

2024年7月1日以降の算定を予定している場合は、算定月が変更となります。

算定月	初診料等	再診料等	訪問診療料（同一建物以外）	訪問診療料（同一建物）
2023年12月	100回	300回	4回	8回
2024年1月	100回	300回	4回	8回
2024年2月	100回	300回	4回	8回
1月当たり算定回数	100回	300回	4回	8回

2024年2月については、試算時には、見込みで構いません。

算定回数を入力します。

歯科併設の医療機関は、算定回数を入力してください。

算定月	歯科初診料等	歯科再診料等	歯科訪問診療料（同一建物以外）	歯科訪問診療料（同一建物）
2023年12月	0回	0回	0回	0回
2024年1月	0回	0回	0回	0回
2024年2月	0回	0回	0回	0回
1月当たり算定回数	0回	0回	0回	0回

目　次

はじめに
Step 1　対象職員の給与総額の計算
Step 2　ベースアップ評価料の算定見込みの計算
①外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）【病院・診療所共通】
②外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）【無床診療所のみ】
③入院ベースアップ評価料【病院・有床診療所のみ】
Step 3　医療従事者の賃上げ見込みの計算

戻る　次へ

入力後、次へをクリックします。

2　ベースアップ評価料の試算④

○　次に、**外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）**の算定見込みの計算を行います。
○　こちらは、**無床診療所のみが対象**となりますので、**病院・有床診療所については算定できません。**
○　該当する区分のみ選択し、算定の可否及び算定できる場合の区分を確認してください。

Step 2　ベースアップ評価料の算定見込みの計算

②外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）【無床診療所のみ】

○ 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）による算定見込みだけでは、**賃金増率が1.2%に満たない診療所**については、**外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）を算定**することができます。

該当区分を選択します。

外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱの算定可否

①該当する区分を選択ください。

- ☐ 病院・有床診療所
- ☑ 無床診療所

②外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）による賃金増率等

1月当たり給与総額	2,333,333円
1月当たり算定金額	13,680円
賃金増率	0.59%

算定可能

外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱの区分

算定区分です。

区分の元となる数値	1.2			
算定区分	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）1			
算定点数	初診・訪問診療時	8点	再診時	1点

※　主として保険診療等から収入を得る保険医療機関ではない場合（主に自由診療を実施する保険医療機関など）は、対象外となります。
※　対象職員（常勤換算）数が2.0人未満の診療所は、対象外となります（ただし、特定地域に所在する場合は対象となります。）。
※　外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱの区分については、該当する区分より低い区分を選択することも可能です。

目　次

はじめに
Step 1　対象職員の給与総額の計算
Step 2　ベースアップ評価料の算定見込みの計算
①外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）【病院・診療所共通】
②外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）【無床診療所のみ】
③入院ベースアップ評価料【病院・有床診療所のみ】
Step 3　医療従事者の賃上げ見込みの計算

戻る　次へ

入力後、次へをクリックします。

2　ベースアップ評価料の試算⑤

○　次に、入院**ベースアップ評価料**の算定見込みの計算を行います。
○　こちらは、**病院・有床診療所のみが対象**となりますので、**無床診療所については算定できません。**
○　対象期間の延べ入院患者数を入力し、算定の可否及び算定できる場合の区分を確認してください。

Step 2

ベースアップ評価料の算定見込みの計算

③入院ベースアップ評価料【病院・有床診療所のみ】

○ 病院・有床診療所については、**入院ベースアップ評価料**を算定できます。
○ **2024年６月１日から算定を開始する場合、2023年12月～2024年2月**における延べ入院患者数を入力してください。

延べ入院患者数を入力します。

算定開始予定日
2024年6月1日

2024年7月1日以降の算定を予定している場合は、算定月が変更となります。

対象月	
2023年12月	10,000人
2024年1月	10,000人
2024年2月	10,000人

2024年2月については、試算時には、見込みで構いません。

一月当たり延べ入院患者数	10,000人

評価料の算定可否

ください。

☑ 病院・有床診療所
☐ 無床診療所

該当区分を選択します。

②外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）による賃金増率等

１月当たり給与総額	2,333,333円
１月当たり算定金額	13,680円
賃金増率	0.59%
算定可否	算定可能

入院ベースアップ評価料の区分

区分の元となる数値	0.3
算定区分	入院ベースアップ評価料1
算定点数	1点

算定区分です。

目　次

はじめに
Step 1　対象職員の給与総額の計算
Step 2　ベースアップ評価料の算定見込みの計算
①外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）【病院・診療所共通】
②外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）【無床診療所のみ】
③入院ベースアップ評価料【病院・有床診療所のみ】
Step 3　医療従事者の賃上げ見込みの計算

戻る　次へ

入力後、次へをクリックします。

※　主として保険診療等から収入を得る保険医療機関ではない場合（主に自由診療を実施する保険医療機関など）は、対象外となります。

2　ベースアップ評価料の試算⑥

○　最後に、**医療従事者の賃上げ見込み**の計算を行います。
○　「ベースアップ評価料による１月当たり収入合計」等について、確認してください。

Step 3　医療従事者の賃上げ見込みの計算

○ 最後に、**医療従事者の賃上げ見込み**の計算を行います。
○ 「ベースアップ評価料による１月当たり収入合計」等について、確認してください。

賃上げ見込みの計算

１月当たり給与総額	2,333,333円
外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）による１月当たり収入	13,680円
外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）による１月当たり収入（無床診療所のみ）	11,960円
入院ベースアップ評価料による１月当たり収入（病院・有床診療所のみ）	0円
ベースアップ評価料による１月当たり収入合計	**25,640円**
ベースアップ評価料による１年度当たり収入合計	**307,680円**

本記載では、無床診療所の例で記載しているため、前ページにかかわらず０円としています。

この試算を踏まえ、必要な賃金引上げの準備（賃金引上げの計画、労使交渉、給与規程の改定等）を行った上で、**施設基準の届出、計画の報告**をお願いします。

目　次

はじめに

Step 1　対象職員の給与総額の計算

Step 2　ベースアップ評価料の算定見込みの計算
①外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）【病院・診療所共通】
②外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）【無床診療所のみ】
③入院ベースアップ評価料【病院・有床診療所のみ】

Step 3　医療従事者の賃上げ見込みの計算

戻る　次へ

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。

（新）　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）（１日につき）

１	初診時	６点
２	再診時等	２点
３	訪問診療時	
イ	同一建物居住者等以外の場合	28点
ロ	イ以外の場合	７点

[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（医師及び歯科医師を除く。）
理学療法士	診療エックス線技師	保育士	
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③

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、きゅう師
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（医師及び歯科医師を除く。）
理学療法士	診療エックス線技師	保育士	
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、	

賃上げに向けた評価の新設④

外来・在宅ベースアップ評価料(II)の新設【算定要件】

- 外来医療又は在宅医療を実施し、入院医療を実施していない診療所であって、勤務する看護職員、薬剤師その他の医療関係職種の**賃金のさらなる改善を必要とする医療機関において、賃金の改善を実施している場合の評価**を新設する。

（新）　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）（１日につき）

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）１		
	イ　初診又は訪問診療を行った場合	**８点**
	ロ　再診時等	**１点**
外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）２		
	イ　初診又は訪問診療を行った場合	**16点**
	ロ　再診時等	**２点**
↓		
外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）８		
	イ　初診、又は訪問診療を行った場合	**64点**
	ロ　再診時等	**８点**

［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。以下「対象職員」という。）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、入院中の患者以外の患者に対して診療を行った場合に、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。

（２）**イについては、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の１（初診時）若しくは３（訪問診療時）を算定した場合に、１日につき１回に限り算定できる。**

（３）**ロについては、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の２（再診時等）を算定した場合に、１日につき１回に限り算定できる。**

賃上げに向けた評価の新設⑤

外来・在宅ベースアップ評価料(II)の新設【施設基準】

[施設基準の概要]

（１）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。）を算定していない保険医療機関であること。

（２）外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）を届け出ている保険医療機関であること。

（３）**外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される点数の見込みの10倍が、対象職員の給与総額の1.2%未満**であること。

（４）**下記の式【A】に基づき、該当する区分のいずれかを届け出ること。**ただし、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の施設基準の届出を行う場合は、同一の区分を届け出ること。

$$【A】= \frac{\left(\text{対象職員の給与総額}\times 1.2\% - \text{（外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される点数の見込み）}\times 10\text{円}\right)}{\left(\begin{array}{l}\text{（外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）イの算定回数の見込み}\times 8 \\ +\ \text{外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）ロの算定回数の見込み} \\ +\ \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）イの算定回数の見込み}\times 8 \\ +\ \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）ロの算定回数の見込み）}\quad \times 10\text{円}\end{array}\right)}$$

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の区分

【A】	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の区分	点　数（イ）	点　数（ロ）
０を超える	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）１	８点	１点
1.5以上	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）２	16点	２点
↓			
7.5以上	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）８	64点	８点

賃上げに向けた評価の新設⑥

外来・在宅ベースアップ評価料(II)の新設【施設基準】（続き）

[施設基準の概要]

（５）（４）について、届出に当たっては、**別表に示した期間において【Ａ】の算出を行うこと。**

また、別表のとおり、**毎年３、６、９、12月に上記の算定式により新たに算出を行い、**区分に変更がある場合は算出を行った月内に地方厚生(支)局長に届出を行った上で、翌月から変更後の区分に基づく点数を算定すること。

ただし、前回届け出た時点と比較して、「対象職員の給与総額」、「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定される点数の見込み」、「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の算定回数の見込み」及び【Ａ】のいずれの変化も１割以内である場合においては、区分の変更を行わないものとすること。

新規届出時は、直近の別表の「算出を行う月」における対象となる期間の数値を用いること。ただし、令和６年６月３日までに届出を行った場合は、令和６年６月に区分の変更を行わないものとすること。

（６）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。**

（７）（６）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。

（８）**「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。

（９）**常勤換算２人以上の対象職員が勤務していること。**ただし、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、当該規定を満たしているものとする。

【別表】算出に当たって対象となる期間及び算定を開始する月について

【Ａ】の算出を行う月	算出の際に用いる「対象職員の給与総額」の対象となる期間	算出の際に用いる「ベースアップ評価料」の対象となる期間	届け出た区分に従って算定を開始する月
３月	前年３月～２月	前年12月～２月	４月
６月	前年６月～５月	３～５月	７月
９月	前年９月～８月	６～８月	10月
12月	前年12月～11月	９～11月	翌年１月

賃上げに向けた評価の新設⑦

外来・在宅ベースアップ評価料(II)の新設【施設基準】（続き）

［施設基準の概要］

（10）当該保険医療機関において、以下に掲げる**社会保険診療等に係る収入金額の合計額が、総収入の80%を超えること。**

ア　**社会保険診療**(租税特別措置法(昭和三十二年法律第二十六号)第二十六条第二項に規定する社会保険診療をいう。以下同じ。)**に係る収入金額**(労働者災害補償保険法(昭和二十二年法律第五十号)に係る患者の診療報酬(当該診療報酬が社会保険診療報酬と同一の基準によっている場合又は当該診療報酬が少額(全収入金額のおおむね百分の十以下の場合をいう。)の場合に限る。)を含む。)

イ　健康増進法(平成十四年法律第百三号)第六条各号に掲げる**健康増進事業実施者が行う**同法第四条に規定する**健康増進事業**(健康診査に係るものに限る。以下同じ。)**に係る収入金額**(当該収入金額が社会保険診療報酬と同一の基準により計算されている場合に限る。)

ウ　**予防接種**(予防接種法(昭和二十三年法律第六十八号)第二条第六項に規定する定期の予防接種等その他医療法施行規則第三十条の三十五の三第一項第二号ロの規定に基づき厚生労働大臣が定める予防接種(平成二十九年厚生労働省告示第三百十四号)に規定する予防接種をいう。)**に係る収入金額**

エ　**助産**(社会保険診療及び健康増進事業に係るものを除く。)**に係る収入金額**(一の分娩に係る助産に係る収入金額が五十万円を超えるときは、五十万円を限度とする。)

オ　**介護保険法の規定による保険給付に係る収入金額**(租税特別措置法第二十六条第二項第四号に掲げるサービスに係る収入金額を除く。)

カ　障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第六条に規定する**介護給付費、特例介護給付費、訓練等給付費、特例訓練等給付費、特定障害者特別給付費、特例特定障害者特別給付費、地域相談支援給付費、特例地域相談支援給付費、計画相談支援給付費、特例計画相談支援給付費及び基準該当療養介護医療費並びに**同法第七十七条及び第七十八条に規定する**地域生活支援事業に係る収入金額**

キ　児童福祉法第二十一条の五の二に規定する**障害児通所給付費及び特例障害児通所給付費、**同法第二十四条の二に規定する**障害児入所給付費、**同法第二十四条の七に規定する**特定入所障害児食費等給付費並びに**同法第二十四条の二十五に規定する**障害児相談支援給付費及び特例障害児相談支援給付費に係る収入金額**

ク　**国、地方公共団体及び保険者等が交付する補助金等に係る収入金額**

賃上げに向けた評価の新設⑩

入院ベースアップ評価料の新設【施設基準】

［施設基準の概要］

（１）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。）を算定している保険医療機関であること。

（２）外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の届出を行っている保険医療機関であること。

（３）**外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される点数の見込みの10倍の数が、対象職員の給与総額の2.3%未満**であること。

（４）**下記の式により算出した数【B】に基づき、該当する区分を届け出ること。**

$$【B】＝\frac{\left(\text{対象職員の給与総額}\times 2.3\% - \text{（外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される点数の見込み）}\times 10\text{円}\right)}{\text{当該保険医療機関の延べ入院患者数}\times 10\text{ 円}}$$

入院ベースアップ評価料の区分

【B】	入院ベースアップ評価料の区分	点数
０以上1.5未満	入院ベースアップ評価料１	１点
1.5以上2.5未満	入院ベースアップ評価料２	２点
↓		
164.5以上	入院ベースアップ評価料165	165点

賃上げに向けた評価の新設⑪

入院ベースアップ評価料の新設【施設基準】（続き）

[施設基準の概要]

（５）（４）について、届出に当たっては、**別表に示した期間において【Ｂ】の算出を行うこと。**

また、別表のとおり、**毎年３、６、９、12月に上記の算定式により新たに算出を行い、**区分に変更がある場合は算出を行った月内に地方厚生(支)局長に届出を行った上で、翌月から変更後の区分に基づく点数を算定すること。

ただし、前回届け出た時点と比較して、「対象職員の給与総額」、「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定される点数の見込み」、「延べ入院患者数」及び【Ｂ】のいずれの変化も１割以内である場合においては、区分の変更を行わないものとすること。

新規届出時は、直近の別表の「算出を行う月」における対象となる期間の数値を用いること。ただし、令和６年６月３日までに届出を行った場合は、令和６年６月に区分の変更を行わないものとすること。

（６）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。**

（７）（６）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。度なお、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。

（８）**「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。

（９）**常勤換算２名以上の対象職員が勤務していること。**ただし、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、当該規定を満たしているものとする。

（10）当該保険医療機関において、**社会保険診療等に係る収入金額の合計額が、総収入の80%を超えること。**

【別表】算出に当たって対象となる期間及び算定を開始する月について

【Ｂ】の算出を行う月	算出の際に用いる「対象職員の給与総額」の対象となる期間	算出の際に用いる「ベースアップ評価料」及び「延べ入院患者数」の対象となる期間	届け出た区分に従って算定を開始する月
３月	前年３月～２月	前年12月～２月	４月
６月	前年６月～５月	３～５月	７月
９月	前年９月～８月	６～８月	10月
12月	前年12月～11月	９～11月	翌年１月

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		改定後	
【初診料】		【初診料】	
初診料	288点	初診料	291点
情報通信機器を用いた初診料	251点	情報通信機器を用いた初診料	253点
初診料の注２・注３・注４	214点	初診料の注２・注３・注４	216点
情報通信機器を用いた場合	186点	情報通信機器を用いた場合	188点
初診料の注５	144点	初診料の注５	146点
情報通信機器を用いた場合	125点	情報通信機器を用いた場合	127点
注２～４に規定する場合	107点	注２～４に規定する場合	108点
情報通信機器を用いた場合	93点	情報通信機器を用いた場合	94点
【再診料】		【再診料】	
再診料	73点	再診料	75点
情報通信機器を用いた再診料	73点	情報通信機器を用いた再診料	75点
再診料の注２	54点	再診料の注２	55点
再診料の注３	37点	再診料の注３	38点
再診料の注２に規定する場合	27点	再診料の注２に規定する場合	28点
【外来診療料】		【外来診療料】	
外来診療料	74点	外来診療料	76点
情報通信機器を用いた外来診療料	73点	情報通信機器を用いた外来診療料	75点
外来診療料の注２・注３・注４	55点	外来診療料の注２・注３・注４	56点
外来診療料の注５	37点	外来診療料の注５	38点
注２～４に規定する場合	27点	注２～４に規定する場合	28点

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		改定後	
【一般病棟入院基本料】		【一般病棟入院基本料】	
急性期一般入院料１	1,650点	急性期一般入院料１	**1,688点**
【療養病棟入院基本料】		【療養病棟入院基本料】	
療養病棟入院料１　入院料Ｇ	968点	療養病棟入院料１　入院料25	**983点**
【精神病棟入院基本料】		【精神病棟入院基本料】	
15対１入院基本料	830点	15対１入院基本料	**844点**
【特定機能病院入院基本料】		【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	7対１入院基本料（一般病棟の場合）	**1,822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】	
回復期リハビリテーション病棟入院料４	1,841点	回復期リハビリテーション病棟入院料４	**1,859点**
【地域包括ケア病棟入院料】		【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	地域包括ケア病棟入院料１（40日以内）	**2,838点**
		（41日目以降は2,690点）	

※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】

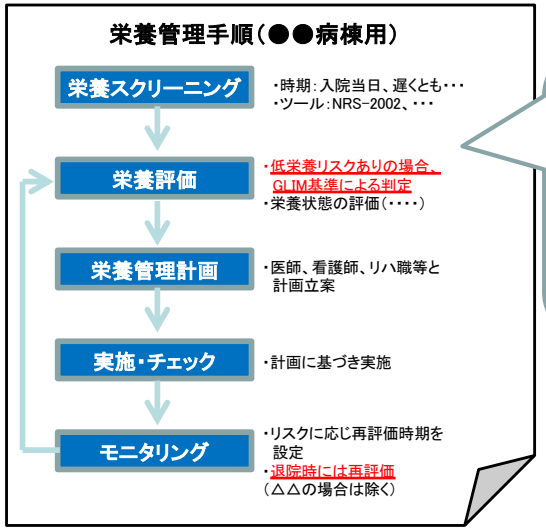
5 栄養管理体制の基準

(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

↓

●低栄養診断

表現型基準（フェノタイプ基準）			病因基準（エチオロギー基準）	
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

病棟における多職種連携の取組状況

診調組　入－1
５．９．６

○　病棟における多職種連携の取組の実施割合は以下のとおり。
○　栄養、離床・リハビリテーション、口腔に関する計画作成において、各職種の関わりは少ない。

■　各取組の実施割合及び関与している職種

		実施有	医師	歯科医師	看護職員	薬剤師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	管理栄養士	歯科衛生士
01	NST等の専門チームでのカンファレンス	85.4%	92.6%	25.1%	97.6%	78.2%	26.0%	13.3%	45.3%	94.8%	14.6%
02	01以外の病棟でのカンファレンス（簡易な情報共有や相談を含む）	85.4%	75.6%	8.3%	97.8%	51.9%	60.0%	39.3%	39.7%	60.4%	9.4%
03	褥瘡に関する危険因子のスクリーニング・定期的な評価	95.7%	51.3%	0.9%	99.4%	32.5%	18.6%	9.8%	3.4%	38.1%	0.1%
04	栄養状態のスクリーニング・定期的な評価	93.9%	44.0%	2.7%	91.2%	15.0%	6.0%	3.9%	7.4%	84.4%	1.2%
05	ADLのスクリーニング・定期的な評価	85.7%	32.5%	1.7%	91.1%	4.5%	67.4%	46.8%	20.8%	3.6%	0.5%
06	認知機能のスクリーニング・定期的な評価	87.4%	44.8%	1.4%	96.3%	13.4%	22.3%	27.0%	17.8%	4.7%	0.1%
07	口腔の状態のスクリーニング・定期的な評価	72.9%	22.9%	36.3%	84.8%	3.9%	4.0%	3.6%	35.1%	8.5%	49.1%
08	摂食・嚥下状態のスクリーニング・定期的な評価	83.0%	44.0%	9.6%	90.1%	7.0%	8.2%	8.9%	72.4%	27.8%	12.8%
09	栄養管理計画の作成	91.7%	39.0%	3.0%	61.9%	7.1%	3.3%	2.0%	3.8%	95.4%	0.7%
10	離床やリハビリテーションに係る計画の作成	90.5%	57.7%	1.4%	65.2%	2.5%	96.7%	68.2%	49.7%	5.7%	0.0%
11	口腔管理に関する計画の作成	48.2%	23.5%	45.4%	60.5%	1.9%	2.6%	2.7%	26.7%	7.9%	52.2%
12	ミールラウンド（食事の観察）	74.0%	19.7%	4.8%	85.2%	3.4%	3.6%	7.6%	44.1%	66.7%	5.1%
13	食事形態の検討・調整	92.1%	58.9%	6.3%	92.1%	3.3%	3.9%	4.9%	54.7%	84.7%	4.7%
14	経腸栄養剤の種類の選択や変更	85.0%	86.6%	4.7%	83.2%	24.0%	2.2%	2.0%	12.8%	83.7%	1.9%
15	退院前の居宅への訪問指導	36.3%	24.2%	2.5%	78.1%	6.1%	69.6%	51.5%	11.3%	8.4%	1.0%
16	退院時のカンファレンス	88.4%	76.6%	4.8%	97.8%	38.3%	65.6%	46.8%	37.1%	34.3%	3.9%

出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票）【速報値】

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。

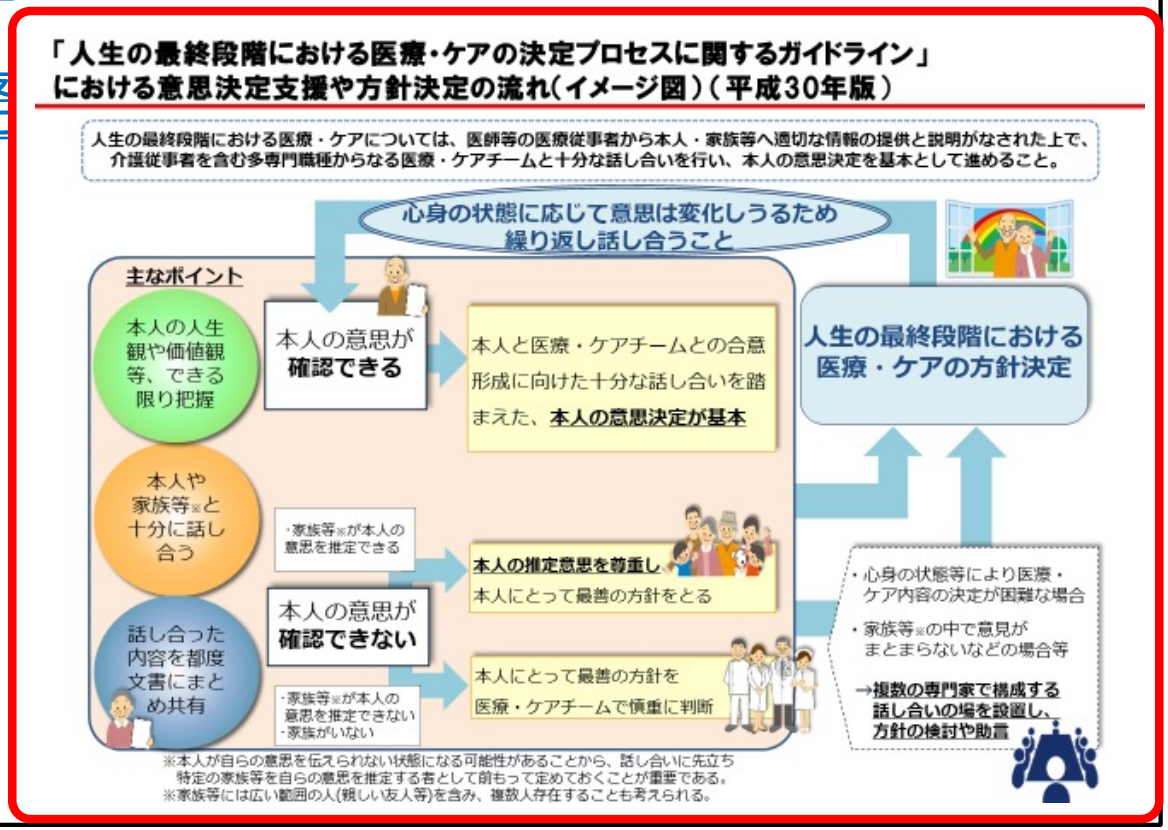
【指針の作成が要件となる対象】

➢ **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**



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。

ア　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。

イ　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。

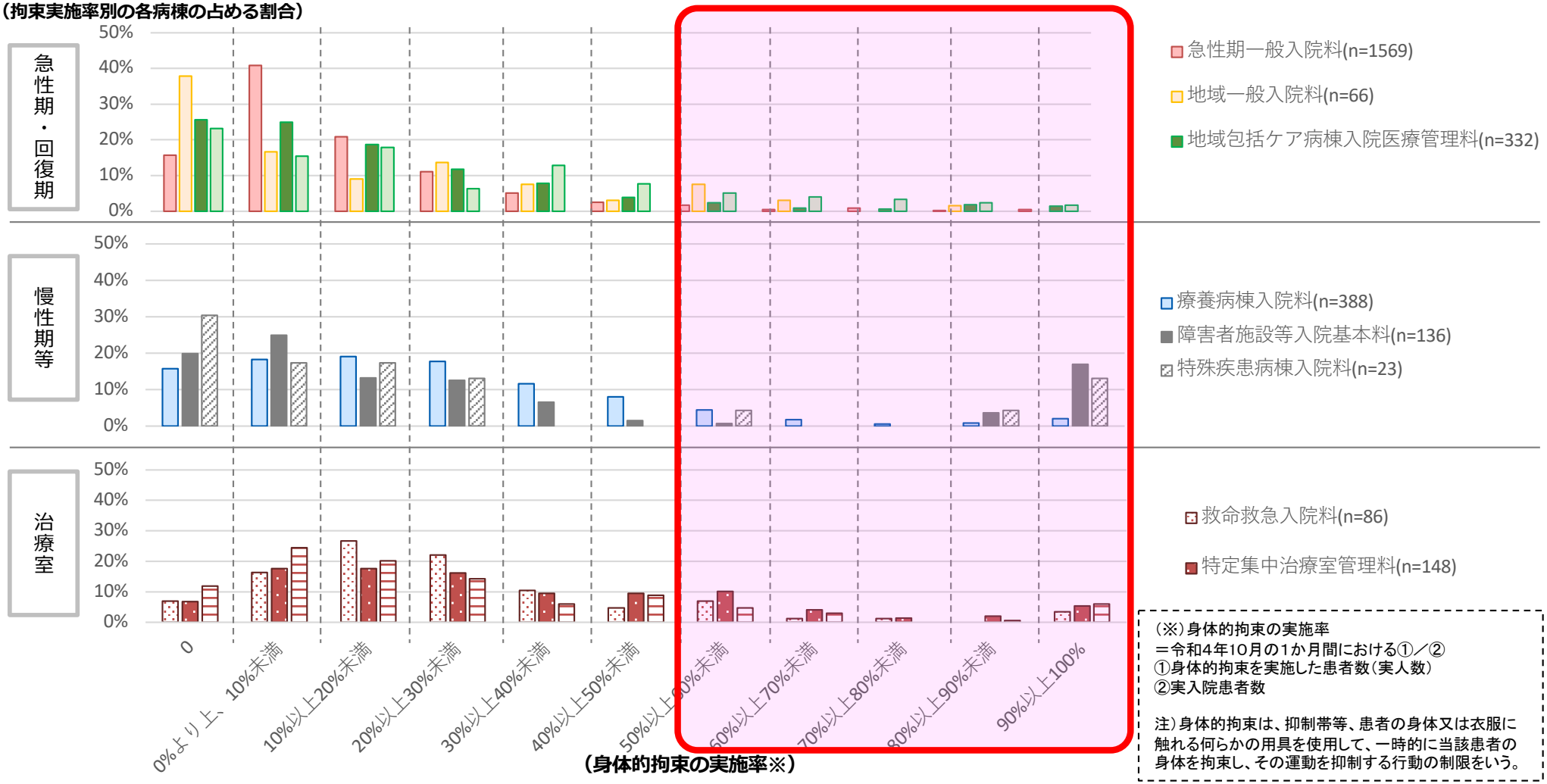
身体的拘束の実施状況

診調組　入－１
５．６．８

○ ほとんどの病棟・病室において、身体的拘束の実施率は0～10%未満（0%を含む）が最も多く、急性期一般入院料、地域一般入院料、地域包括ケア病棟入院料では約5割である。
○ 一方で、身体的拘束の実施率が50%を超える病棟・病室も一定程度ある。

■入院料別の身体的拘束の実施率（※）

（拘束実施率別の各病棟の占める割合）



（※）身体的拘束の実施率
＝令和4年10月の1か月間における①／②
①身体的拘束を実施した患者数（実人数）
②実入院患者数

注）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。

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票）

令和６年度診療報酬改定

２．医療DXの推進

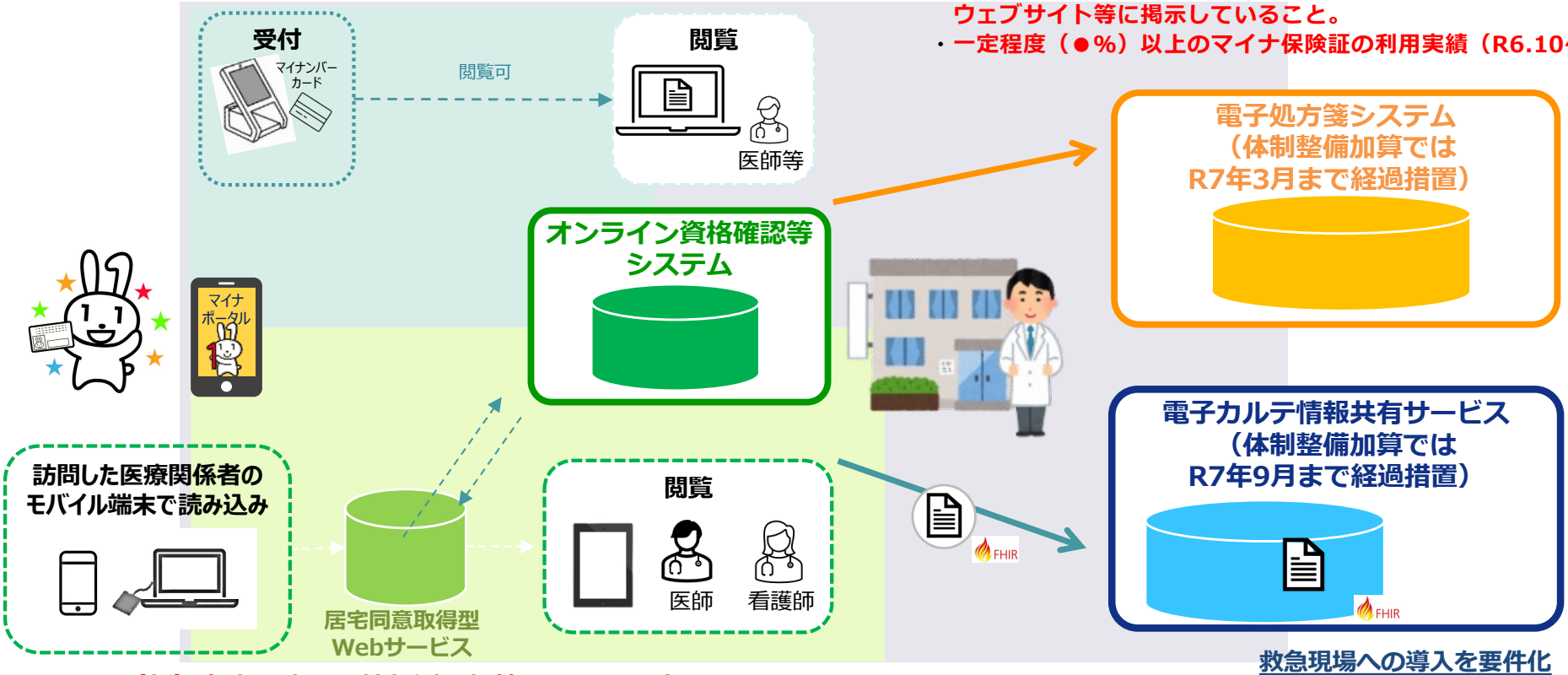
令和６年度診療報酬改定における医療DXに係る全体像

➢ 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



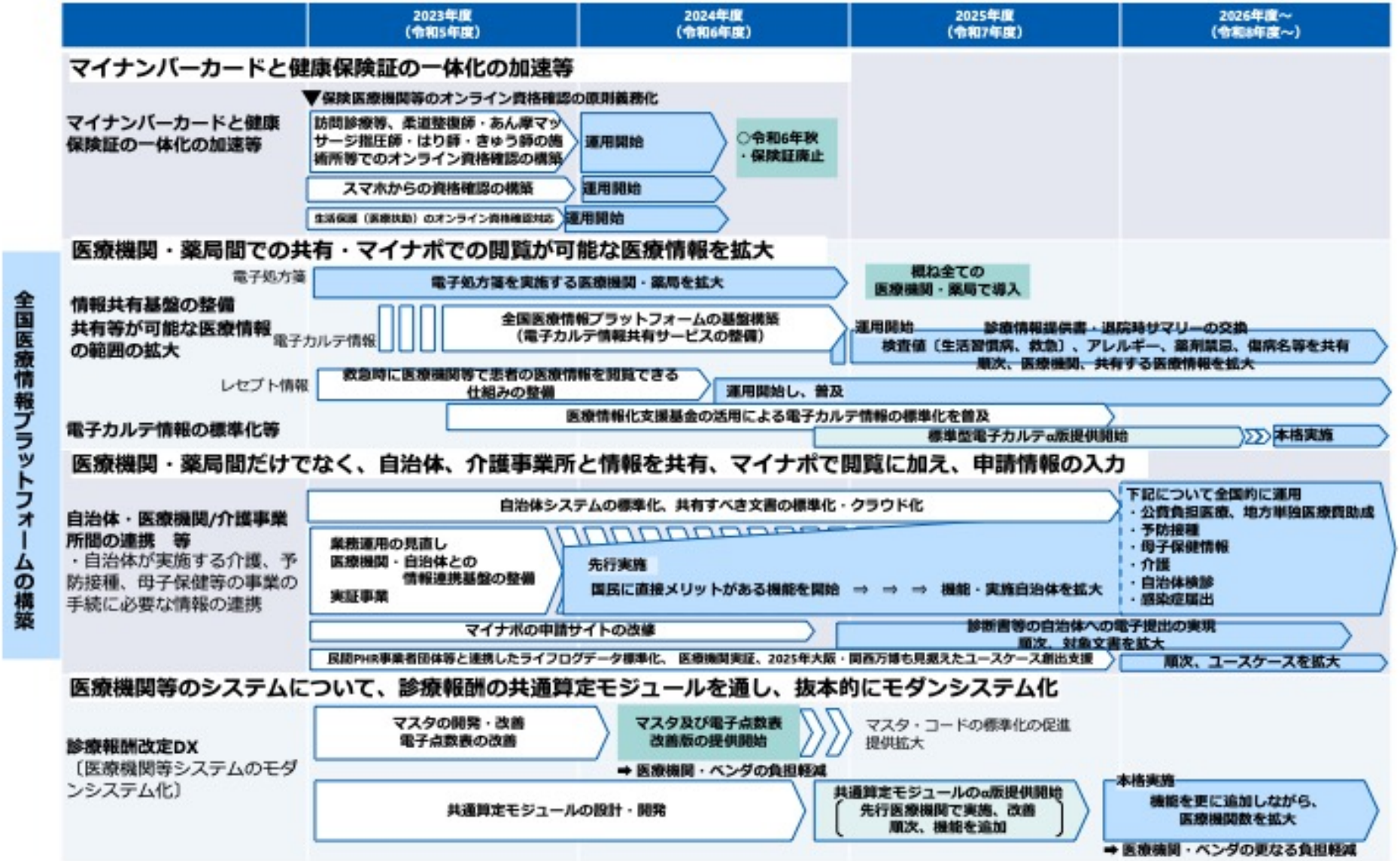
（新）在宅医療ＤＸ情報活用加算　　１０点
（新）訪問看護医療ＤＸ情報活用加算　　５点
（新）在宅医療ＤＸ情報活用加算（歯科）８点

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１
（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。

医療DXの推進に関する工程表〔全体像〕

令和５年６月２日
医療DX推進本部決定　一部改変



2-1.令和６年度診療報酬改定におけるマイナ保険証利用等に関する診療報酬上の評価（イメージ）

・マイナンバーカードを**常時携帯する者が約４割**となっている現状を踏まえると、**医療現場における利用勧奨が重要。**

《現行》

【医療情報・システム基盤整備体制充実加算】

マイナンバーカードや問診票を利用し、「診療情報取得・活用体制の充実」を評価

＜初診＞
- マイナ保険証　利用なし　４点
- マイナ保険証　利用あり　２点

《見直しイメージ》

R６.６

【医療情報取得加算】

配点を見直し、継続

＜初診＞		＜再診＞
・マイナ保険証利用なし	３点	２点
・マイナ保険証利用あり	１点	１点

R６.12

※答申書付帯意見
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。

利用率増加に応じた支援金

【医療DX推進体制整備加算】

マイナ保険証、電子処方箋などの「医療DX推進体制」を評価

＜初診＞　８点（歯科６点、調剤４点）

施設要件（例）

①マイナ保険証での取得情報を診療室で使用できる体制【R6.6～】
②マイナ保険証の利用勧奨ポスター等の掲示【R6.6～】
③**マイナ保険証利用実績を一定程度以上**（※）**有していること**【R6.10～】
　※利用率はR6.5月の実績に基づき夏頃に設定予定
④電子処方箋を発行できる体制【R7.4～】
⑤電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制【R7.10～】　など

医療DXの推進

医療DX推進体制整備加算の新設

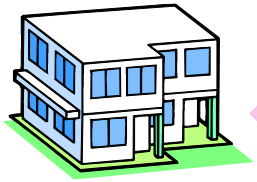
➢ オンライン資格確認により取得した診療情報・薬剤情報を実際に診療に活用可能な体制を整備し、また、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスを導入し、質の高い医療を提供するため医療DXに対応する体制を確保している場合の評価を新設する。

（新）	医療DX推進体制整備加算	８点
（新）	歯科医療DX推進体制整備加算	６点
（新）	医療DX推進体制整備加算（調剤基本料）	４点

[算定要件（医科医療機関）]
　医療DX推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療DX推進体制整備加算として、月１回に限り８点を所定点数に加算する。

[施設基準（医科医療機関）]
（１）オンライン請求を行っていること。
（２）オンライン資格確認を行う体制を有していること。
（３）（医科）**医師が、電子資格確認を利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。**
　（歯科）歯科医師が、電子資格確認を利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。
　（調剤）保険薬剤師が、電子資格確認の仕組みを利用して取得した診療情報を閲覧又は活用し、調剤できる体制を有していること。
（４）（医科・歯科）**電子処方箋を発行する体制を有していること。（経過措置　令和７年３月31日まで）**
　（調剤）電磁的記録をもって作成された処方箋を受け付ける体制を有していること。（経過措置　令和７年３月31日まで）
（５）**電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有していること。（経過措置　令和７年９月30日まで）**
（６）**マイナンバーカードの健康保険証利用の使用について、実績を一定程度有していること。（令和６年10月１日から適用）**
（７）医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所及びウェブサイト等に掲示していること。
（８）（調剤）電磁的記録による調剤録及び薬剤服用歴の管理の体制を有していること。

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



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

新興感染症発生・まん延時の対応の評価

- （診療所）外来感染対策向上加算の施設基準の見直し（**発熱外来の協定締結**を要件に追加）
- （病院等）感染対策向上加算の施設基準の見直し（感染対策向上加算１・２について**病床確保の協定締結**を要件に追加し、感染対策向上加算３について**病床確保又は発熱外来の協定締結**を要件に追加）

都道府県

病床確保等の協定締結

外来における発熱患者等の受入

発熱患者等の往診・訪問診療等

発熱患者等への対応の評価

- 外来感染対策向上加算の施設基準の見直し（**受診歴の有無に関わらず発熱患者等を受け入れる旨を公表**することを追加）
- 外来感染対策向上加算を算定する施設において適切な感染対策の上で**発熱患者等に対応した場合の加算**の新設

感染症の患者に対する入院医療の評価

- 三類～五類感染症及び指定感染症のうち空気感染、飛沫感染、接触感染等の**対策が特に必要な感染症の患者への入院医療に対する評価**の新設
- 感染対策が特に必要な感染症の患者に対する**個室・陰圧室管理に対する評価**の拡充
- 感染対策が特に必要な**感染症の患者を対象に含む急性期リハビリテーションに対する加算**の新設

自宅

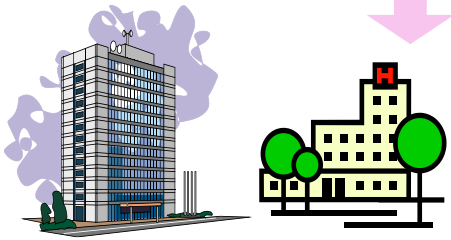
介護保険施設等

入院が必要な感染症患者の受入

介護保険施設等への助言・指導

介護保険施設等との連携の推進

- 感染対策向上加算について、介護保険施設等から求めがあった場合に**感染対策に関する実地指導、研修を合同で実施することが望ましい規定**を追加
- 感染対策向上加算１における感染制御チームの職員について、**介護保険施設等に対する助言に係る業務を含め専従とみなす**旨を明確化



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。

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。

（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

[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（ニューモシスチス肺炎に限る。）、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、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、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及び新生児治療回復室入院医療管理料

感染対策に関する介護保険施設等との連携の推進

感染対策向上加算の見直し

➢ 感染対策向上加算の施設基準に、連携する介護保険施設等から求めがあった場合に現地に赴いての感染対策に関する助言を行うこと及び院内研修を合同で開催することが望ましいことを追加する。

現行

【感染対策向上加算】
［施設基準（抜粋）］
（新設）

改定後

【感染対策向上加算】
［施設基準（抜粋）］
- 介護保険施設等から求めがあった場合には、**当該施設等に赴いての実地指導等、感染対策に関する助言を行うとともに、院内感染対策に関する研修を介護保険施設等と合同で実施**することが望ましい。

➢ 感染対策の専門的な知見を有する者が、介護保険施設等からの求めに応じて専門性に基づく助言を行えるようにする観点から、感染対策向上加算におけるチームの職員の専従業務に当該助言が含まれることを明確化する。

現行

【感染対策向上加算】
［施設基準］
感染対策向上加算１
　感染防止対策部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。
　ア～エ　（略）
　　アに定める医師又はイに定める看護師のうち１名は専従であること。なお、感染制御チームの専従の職員については、抗菌薬適正使用支援チームの業務を行う場合及び感染対策向上加算２、感染対策向上加算３又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った他の保険医療機関に対する助言に係る業務を行う場合には、感染制御チームの業務について専従とみなすことができる。

改定後

【感染対策向上加算】
［施設基準］
感染対策向上加算１
　感染防止対策部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。
　ア～エ　（略）
　　アに定める医師又はイに定める看護師のうち１名は専従であること。なお、感染制御チームの専従の職員については、抗菌薬適正使用支援チームの業務を行う場合及び感染対策向上加算２、感染対策向上加算３又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った他の保険医療機関に対する助言に係る業務を行う場合及び**介護保険施設等からの求めに応じ、当該介護保険施設等に対する助言に係る業務を行う場合**には、感染制御チームの業務について専従とみなすことができる。**ただし、介護保険施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として月１０時間以下であること**。

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

令和６年度の同時報酬改定に向けた意見交換会

目的

○ 令和6年度は、6年に一度の診療報酬、介護報酬及び障害福祉サービス等報酬の同時改定になるとともに、医療介護総合確保方針、医療計画、介護保険事業（支援）計画、医療保険制度改革などの医療と介護に関わる関連制度の一体改革にとって大きな節目であることから、今後の医療及び介護サービスの提供体制の確保に向け様々な視点からの検討が重要となる。

○ このため、中央社会保険医療協議会総会及び社会保障審議会介護給付費分科会において、診療報酬と介護報酬等との連携・調整をより一層進める観点から、両会議の委員のうち、検討項目に主に関係する委員で意見交換を行う場を設けることとし、中央社会保険医療協議会総会及び社会保障審議会介護給付費分科会がそれぞれ具体的な検討に入る前に、以下のテーマ・課題に主に関わる委員にて意見交換を行った。

テーマ

1. 地域包括ケアシステムのさらなる推進のための医療・介護・障害サービスの連携
2. リハビリテーション・口腔・栄養
3. **要介護者等の高齢者に対応した急性期入院医療**
4. 高齢者施設・障害者施設等における医療
5. 認知症
6. 人生の最終段階における医療・介護
7. 訪問看護
8. 薬剤管理
9. その他

スケジュール

令和5年　3月15日　　第1回検討会　開催　テーマ1、2、3
令和5年　4月19日　　第2回検討会　開催　テーマ4、5
令和5年　5月18日　　第3回検討会　開催　テーマ6、7
※　テーマ8については各テーマ内で議論

出席者（計14名）	
池端　幸彦	日本慢性期医療協会副会長
稲葉　雅之	民間介護事業推進委員会代表委員
江澤　和彦	日本医師会常任理事
小塩　隆士	一橋大学経済研究所教授 【中央社会保険医療協議会会長】
田中　志子	日本慢性期医療協会常任理事
田辺　国昭	国立社会保障・人口問題研究所所長 【社会保障審議会介護給付費分科会会長】
田母神 裕美	日本看護協会常任理事
長島 公之	日本医師会常任理事
濱田 和則	日本介護支援専門員協会副会長
林 正純	日本歯科医師会常務理事
東 憲太郎	全国老人保健施設協会会長
古谷 忠之	全国老人福祉施設協議会参与
松本 真人	健康保険組合連合会理事
森 昌平	日本薬剤師会副会長

（五十音順　敬称略）

医療と介護の連携の推進

○　医療・介護サービス連携を推進するために、主に以下の見直しをおこなう。

１．医療機関と介護保険施設等の連携の推進（Ⅱ－２－③）

- 医療機関と介護保険施設等の適切な連携を推進する観点から、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において、**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施設基準とする。**

１－１．介護保険施設等入所者の病状の急変時の適切な入院受入れの推進（Ⅱ－２－②）

- 介護保険施設等の入所者の病状急変時における適切な対応及び施設内における生活の継続支援を推進する観点から、当該施設の**協力医療機関となっている保険医療機関が施設入所者を受け入れた場合について、新たな評価を行う。**

１－２．介護保険施設等入所者の病状の急変時の適切な往診の推進（Ⅱ－８－①）

- 介護保険施設等に入所している高齢者が、可能な限り施設内における生活を継続できるよう支援する観点から、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、新たな評価を行う。**

２．地域包括診療料等の見直し（Ⅱ－７－①）

- 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する観点から、**算定要件に介護支援専門員および相談支援員との相談に応じること及びその旨を院内掲示すること等を追加**する。

３．介護保険施設等及び障害者支援施設における医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し（Ⅱ－２－④）

- 医療と介護の両方を必要とする状態の患者が可能な限り施設での生活を継続するために、**介護保険施設等において対応が困難な医療行為について医療保険による算定を可能とする。**

４．入退院支援加算１・２の見直し（Ⅱ－２－⑧）

- 入退院支援における、関係機関との連携強化等の観点から、退院時における医療機関から**介護支援専門員へ情報提供する様式の見直し**、入退院支援加算１の施設基準で求める連携機関数について、**急性期病棟を有する医療機関では病院・診療所との連携を、地域包括ケア病棟を有する医療機関では介護サービス事業所及び障害福祉サービス事業所等との連携を一定程度求める**こととする。

５．リハビリテーションに係る医療・介護情報連携の推進（Ⅱ－２－⑤）

- 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のリハビリテーションに係る連携を更に推進する観点から、**介護保険の通所リハビリテーションなどへ移行する場合に、移行先の事業所等にリハビリテーション実施計画書を提供することとする**。

６．医療と介護における栄養情報連携の推進（Ⅱ－３－⑦）

- 医療と介護における栄養情報連携を推進する観点から、**栄養情報提供加算の名称と要件、評価を見直し**、入院栄養食事指導を行った場合に加えて、**介護保険施設等に退院する患者について、退院先施設の管理栄養士と連携した場合も算定を可能とする**。

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け入れの努力義務化

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け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

医療機関と介護保険施設等の連携の推進

協力医療機関の入院の受け入れ等に関する加算の新設

- 介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム（以下、「介護保険施設等」という。）の入所者の病状急変時における適切な対応及び施設内における生活の継続支援を推進する観点から、介護保険施設等の入所者の病状の急変時に当該介護保険施設等に協力医療機関として定められている保険医療機関であって、**当該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**の評価を新設する。

（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

- 介護保険施設等に入所している高齢者が、可能な限り施設内における生活を継続できるよう支援する観点から、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、新たな評価を行う。

（新）　介護保険施設等連携往診加算　200点

医療機関と介護保険施設等の連携の推進

- 医療機関と介護保険施設等の適切な連携を推進する観点から、**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、**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**を施設基準とする。

入退院支援加算１・２の見直しについて①

入院時支援加算１の見直し

➢ 入院前からの支援をより充実・推進する観点から、入院時支援加算１の評価を見直す。

現行

【入退院支援加算】
注７　入院時支援加算１　230点
　　入院時支援加算２　200点

改定後

【入退院支援加算】
注７　入院時支援加算１　**240点**
　　入院時支援加算２　200点

入退院支援加算１の施設基準で求める連携機関数について

➢ 入退院支援における関係機関との連携強化の観点から、入退院支援加算１の施設基準で求める連携機関数について、急性期病棟を有する医療機関では病院・診療所との連携を、地域包括ケア病棟を有する医療機関では介護サービス事業所及び障害福祉サービス事業所等との連携を一定程度求める。

現行

【入退院支援加算１】
［施設基準］
(4)　転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する連携機関の数が25以上であること。

改定後

【入退院支援加算１】
［施設基準］
(4)　転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する連携機関の数が25以上であること。なお、**急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）又は専門病院入院基本料（13 対１入院基本料を除く。）を算定する病棟を有する場合は当該連携機関の数のうち１以上は保険医療機関**であること。
　また、**地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟又は病室を有する場合は当該連携機関の数のうち５以上は介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者**であること。

生活に配慮した支援の強化

➢ 退院支援計画の内容に、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理等を含む、退院に向けて入院中に必要な療養支援の内容並びに栄養サポートチーム等の多職種チームとの役割分担を盛り込むことを明記する。

リハビリテーションに係る医療介護障害連携

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を入手し、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等を緩和する**。

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

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。

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　**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

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**

**診療ガイドライン等を参考とした
質の高い疾病管理**

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

特定疾患療養管理料から生活習慣病管理料への移行イメージ

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】
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、**糖尿病、脂質異常症及び高血圧を除外**する。

改定後

【生活習慣病管理料（Ⅰ）】
1 脂質異常症を主病とする場合　**610点**
2 高血圧症を主病とする場合　**660点**
3 糖尿病を主病とする場合　**760点**

【（新）生活習慣病管理料（Ⅱ）】　**333点**
※　検査等を包括しない出来高算定可能な医学管理料

- **療養計画書を簡素化**するとともに、**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**。
- **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。**
- **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**。

これまでの場合		生活習慣病管理料(Ⅰ)の場合		生活習慣病管理料(Ⅱ)の場合	
再診料	73点	再診料	75点	再診料	75点
外来管理加算	52点				
特定疾患療養管理料	225点	生活習慣病管理料（Ⅰ）	660点	生活習慣病管理料（Ⅱ）	333点
処方箋料	68点	処方箋料	60点	処方箋料	60点
特定疾患処方管理加算２	66点				
地域包括診療加算２	18点	地域包括診療加算２	21点	地域包括診療加算２	21点
		外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)	2点	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)	2点
１受診あたり請求点数（合計）	502点	１受診あたり請求点数（合計）	818点	１受診あたり請求点数（合計）	491点
自己負担額（３割）	1,506円	自己負担額（３割）	2,454円	自己負担額（３割）	1,473円

※ 医科明細書のイメージ（診療所において高血圧症の患者に対し検査・処置等を実施せず処方箋を交付する場合。また医薬品代を含む調剤報酬は含めていない）

225点＋52点＋66点－10点＝333点

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

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日以上の長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示するとともに、患者から求められた場合に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日以上の長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であること。
- 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	**28点**
地域包括診療加算２	**21点**
認知症地域包括診療加算１	**38点**
認知症地域包括診療加算２	**31点**

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	5点
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	**10点**
一般名処方加算２	**8点**
【後発医薬品使用体制加算】	
後発医薬品使用体制加算１	**87点**
後発医薬品使用体制加算２	**82点**
後発医薬品使用体制加算３	**77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	**8点**
外来後発医薬品使用体制加算２	**7点**
外来後発医薬品使用体制加算３	**5点**
【薬剤情報提供料】	**4点**
【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	**20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	**32点**
３　１及び２以外の場合	**60点**

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

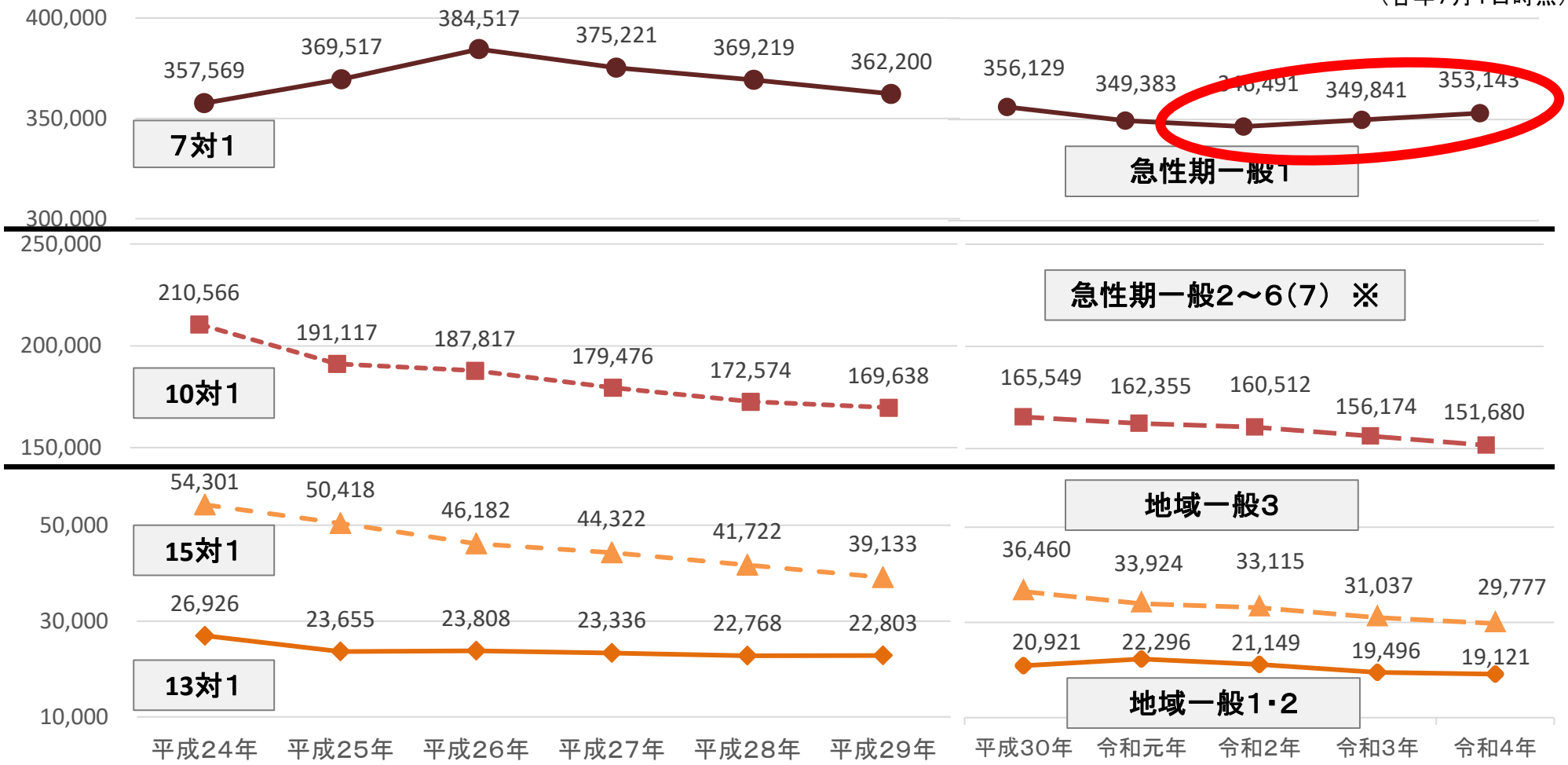
入院料別の病床数の推移（一般病棟入院基本料）

中医協　総－４
５．７．５

○ 届出病床数は、急性期一般入院料1が最も多く、平成26年以降減少傾向であったが、令和3年から微増している。
○ 急性期一般入院料2～6、地域一般1～3は減少傾向。

（ 医療保険届出病床数 ）

（各年7月1日時点）



※

	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年
急性期一般2・3	5,399	10,704	14,896	15,751	15,941
急性期4～6（7）	160,150	151,651	145,616	140,423	135,739

※ 平成24、25年は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除いた値

出典：各年7月1日の届出状況。保険局医療課調べ。

3

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**につながることが示されている
- 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。

［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又は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③ 注加算

地域包括医療病棟入院料の注加算

（新）　初期加算（１日につき）　150点

［算定要件］
入院した日から起算して14日を限度として算定する。

（新）　看護補助体制加算（１日につき）

25対１看護補助体制加算（看護補助者５割以上）	240点
25対１看護補助体制加算（看護補助者５割未満）	220点
50対１看護補助体制加算	200点
75対１看護補助体制加算	160点

［算定要件］
入院した日から起算して14日を限度として算定する。

（新）　夜間看護体制加算（１日につき）　71点

［算定要件］
施設基準に適合しているものとして届け出た病棟に入院している患者（看護補助加算を算定する患者に限る。）について算定する。
［施設基準］
夜勤時間帯に看護補助者を配置していること。
夜間における看護業務の負担の軽減に資する十分な業務管理等の体制が整備されていること。

（新）　夜間看護補助体制加算（１日につき）

夜間30対１看護補助体制加算	125点
夜間50対１看護補助体制加算	120点
夜間100対１看護補助体制加算	105点

［算定要件］
施設基準に適合しているものとして届け出た病棟に入院している患者（看護補助加算を算定する患者に限る。）について算定する。

（新）　看護補助体制充実加算（１日につき）

看護補助体制充実加算１	25点
看護補助体制充実加算２	15点
看護補助体制充実加算３	５点

［算定要件］
施設基準に適合しているものとして届け出た病棟に入院している患者（看護補助加算を算定する患者に限る。）について算定する。

（新）　看護職員夜間12対１配置加算（１日につき）

看護職員夜間12対１配置加算１　110点 / 看護職員夜間12対１配置加算２　90点

［算定要件］
入院した日から起算して14日を限度として算定する。

（新）　看護職員夜間16対１配置加算（１日につき）

看護職員夜間16対１配置加算１　70点 / 看護職員夜間16対１配置加算２　45点

（新）　リハビリテーション・栄養・口腔連携加算（１日につき）　80点

［算定要件・施設基準］
リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算と同等の施設基準を満たした保険医療機関において、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画を作成した日から14日を限度として算定する。

地域包括医療病棟④ 包括範囲

以下の診療の費用は**地域包括医療病棟入院料に含まれる**。（包括範囲）

地域包括医療病棟入院料に含まれる費用（概要）

○ **入院基本料**

○ **入院基本料等加算**

臨床研修病院入院診療加算、救急医療管理加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、栄養サポートチーム加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算（１に限る。）、データ提出加算、入退院支援加算（１のイに限る。）、医療的ケア児（者）入院前支援加算、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算、地域医療体制確保加算及び協力対象施設入所者入院加算**を除く**。

○ **医学管理のうち、手術前医学管理料、手術後医学管理料**

○ **検査**

心臓カテーテル検査、内視鏡検査、血液採取以外の診断穿刺・検体採取料
並びにこれらに伴う薬剤及び特定保険医療材料**を除く**。

○ **画像診断**

画像診断管理加算１～４、造影剤注入手技（主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合）
並びに造影剤注入手技（主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合）に伴う薬剤及び特定保険医療材料**を除く**。

○ **投薬、注射**

抗悪性腫瘍薬等の除外薬剤・注射薬、無菌製剤処理料**を除く**。

○ **リハビリテーション及び精神療法で使用される薬剤**。（※１）

○ **処置**

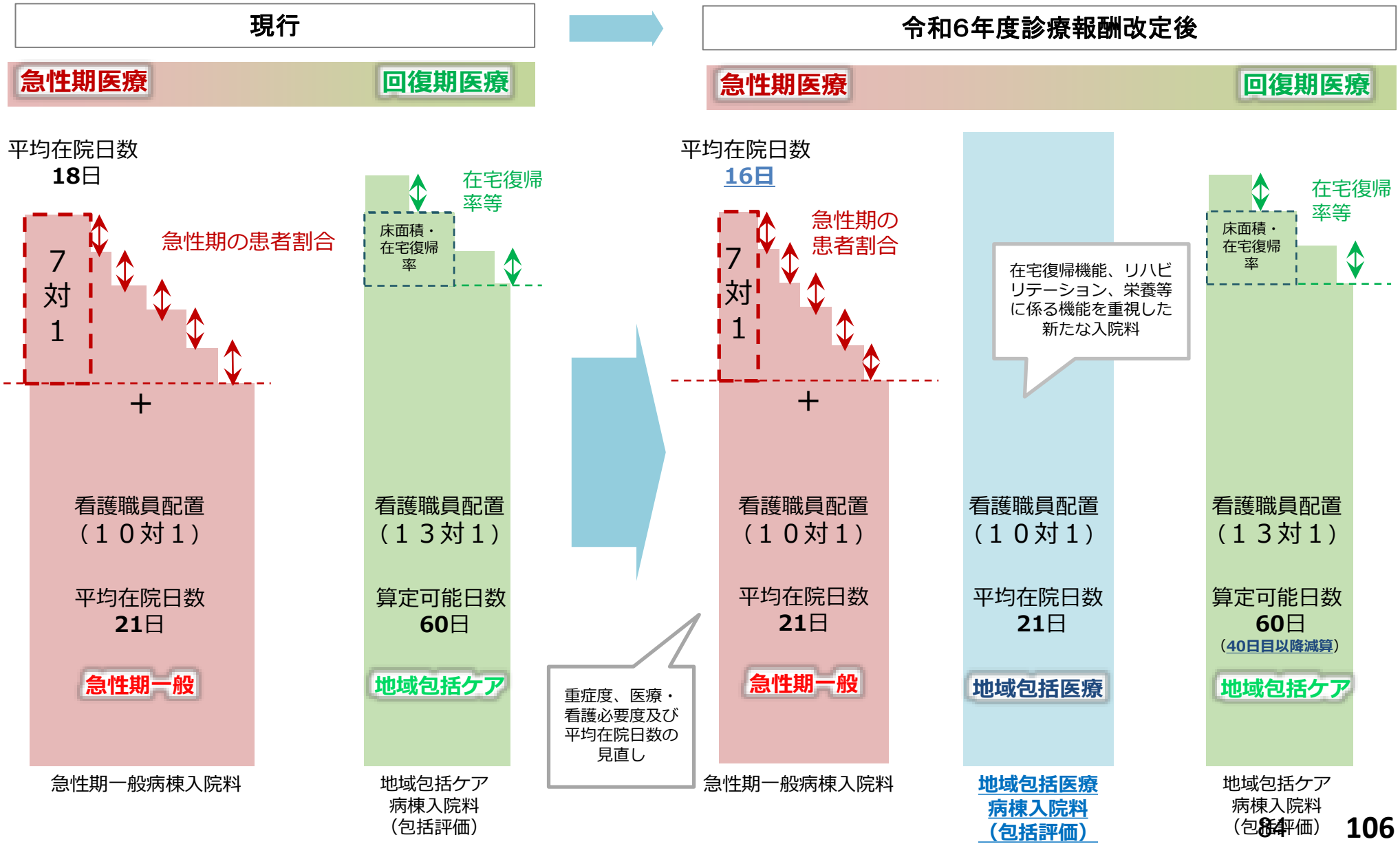
人口腎臓等、局所陰圧閉鎖処置等の1,000点以上の処置
並びにこれらに伴う薬剤及び特定保険医療材料**を除く**。

○ **病理標本作製料**

術中迅速病理組織標本作成を**除く**。

※１　リハビリテーション及び精神療法は地域包括医療病棟入院料に含まれない。（包括範囲外）
※　　他、手術、麻酔等の費用は地域包括医療病棟入院料に含まれない。（包括範囲外）

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



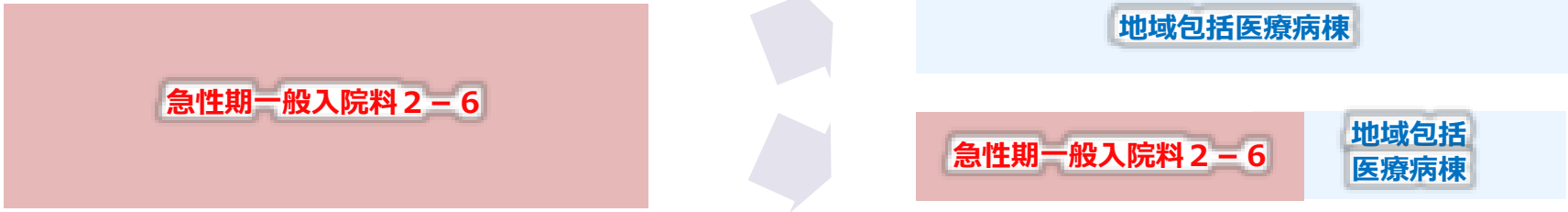
想定される地域包括医療病棟への移行のイメージ

- 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。

地域包括医療病棟における評価の観点

➢ 地域包括医療病棟においては、急性期医療機能の他に、後期高齢者を中心に早期からリハビリテーション、栄養等の管理を行うためのサービス提供が求められており、ストラクチャー、プロセス、アウトカムの観点から病棟の機能を規定している。

※以下の整理は、考え方の一例である。それぞれの指標の活用の仕方は複数考えられるところ。

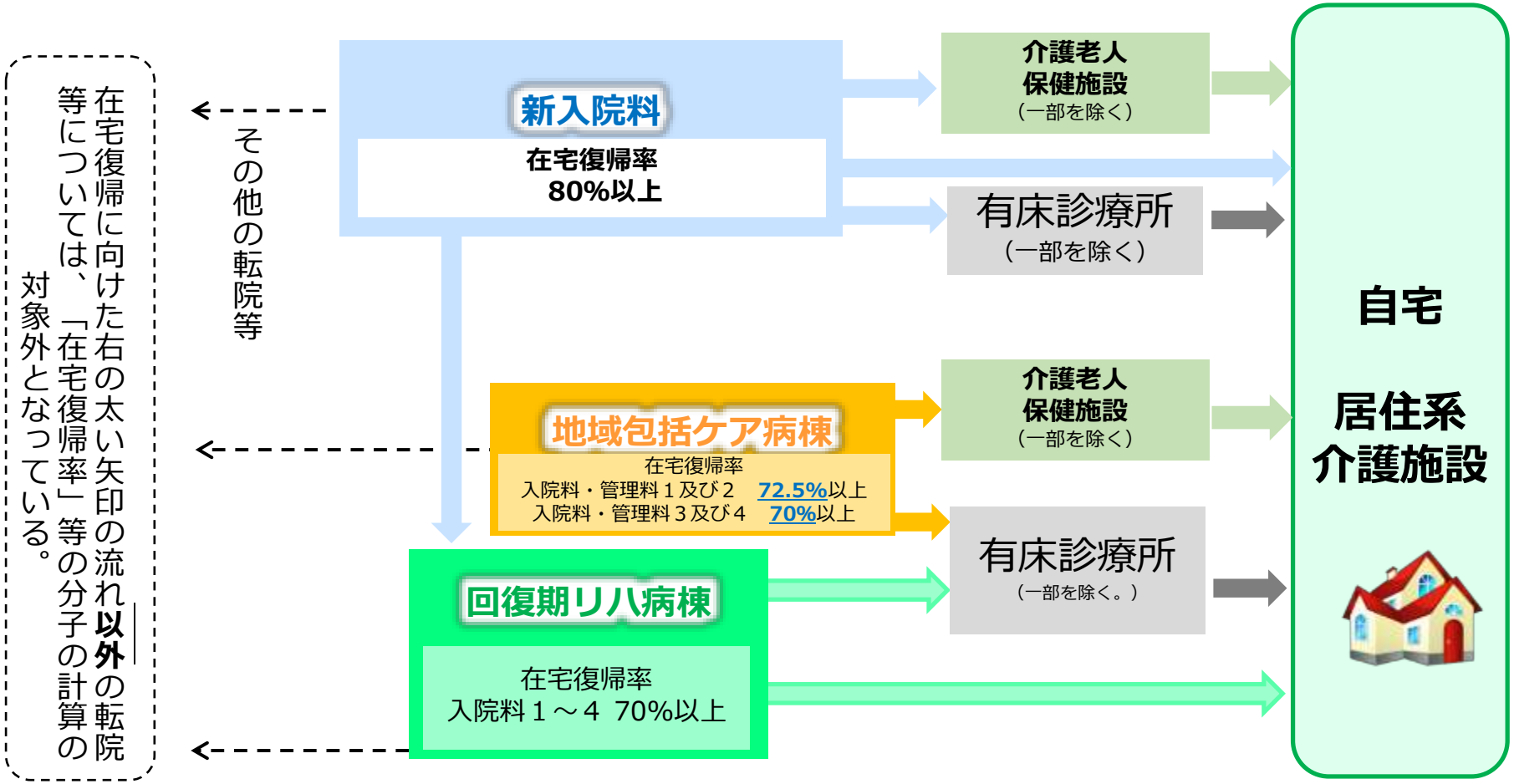
	ストラクチャー	プロセス	アウトカム・その他の実績要件
急性期機能	➢ １０：１看護配置 ➢ DPCの包括範囲外の処置、検査等を算定可能 ➢ 夜間における画像検査等の体制確保 ➢ 看護職員夜間配置加算		➢ 救急搬送直接入棟患者割合：1割５分以上 ➢ 平均在院日数：21日以内 ➢ 重症度、医療・看護必要度：急性期病棟入院料４相当 ➢ 入棟初日のB項目3点以上の患者：50%以上
リハビリ等	➢ PT/OT/ST 2名配置 ➢ 管理栄養士の専任配置 ➢ リハ・栄養・口腔に係る研修を修了した医師配置 ➢ 看護補助体制加算 ➢ 看護補助体制充実加算	➢ 原則48時間以内にＡＤＬ、栄養状態、口腔状態の評価 ➢ 定期的なカンファレンスの開催 ➢ 休日リハの提供体制 ➢ 休日リハ提供量：平日の８割以上 ➢ 早期リハ実施割合：８割以上 ➢ 管理栄養士による ・GLIM基準を用いた栄養状態評価 ・週５回以上の食事観察 ➢ 歯科医療機関との連携	➢ 退院・転棟時にADLが低下する患者：５%以内 ➢ 退院・転棟時にADLが低下する患者：３%以内
在宅復帰機能	➢ 入退院支援加算１	（入退院支援加算１）	➢ 在宅復帰率：８割

※　青字は注加算における要件等

地域包括医療病棟における在宅復帰率

○　地域包括医療病棟における「在宅復帰」機能においては、当該病棟が「治し、支える」機能を持ち「早期に生活の場に復帰させる」ことが想定されることや運動器疾患や脳血管障害等の急性疾患への対応も実践することを想定し、以下のように定義とした。

各病棟ごとの在宅復帰率の算出にあたって、**在宅復帰に含まれる退院・転院を、太い矢印（➡）で示す**



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、回リハ病棟等への退院を含む）	80%以上 （分子に回リハ病棟等への退院を含む）	72.5%以上 （分子に回リハ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

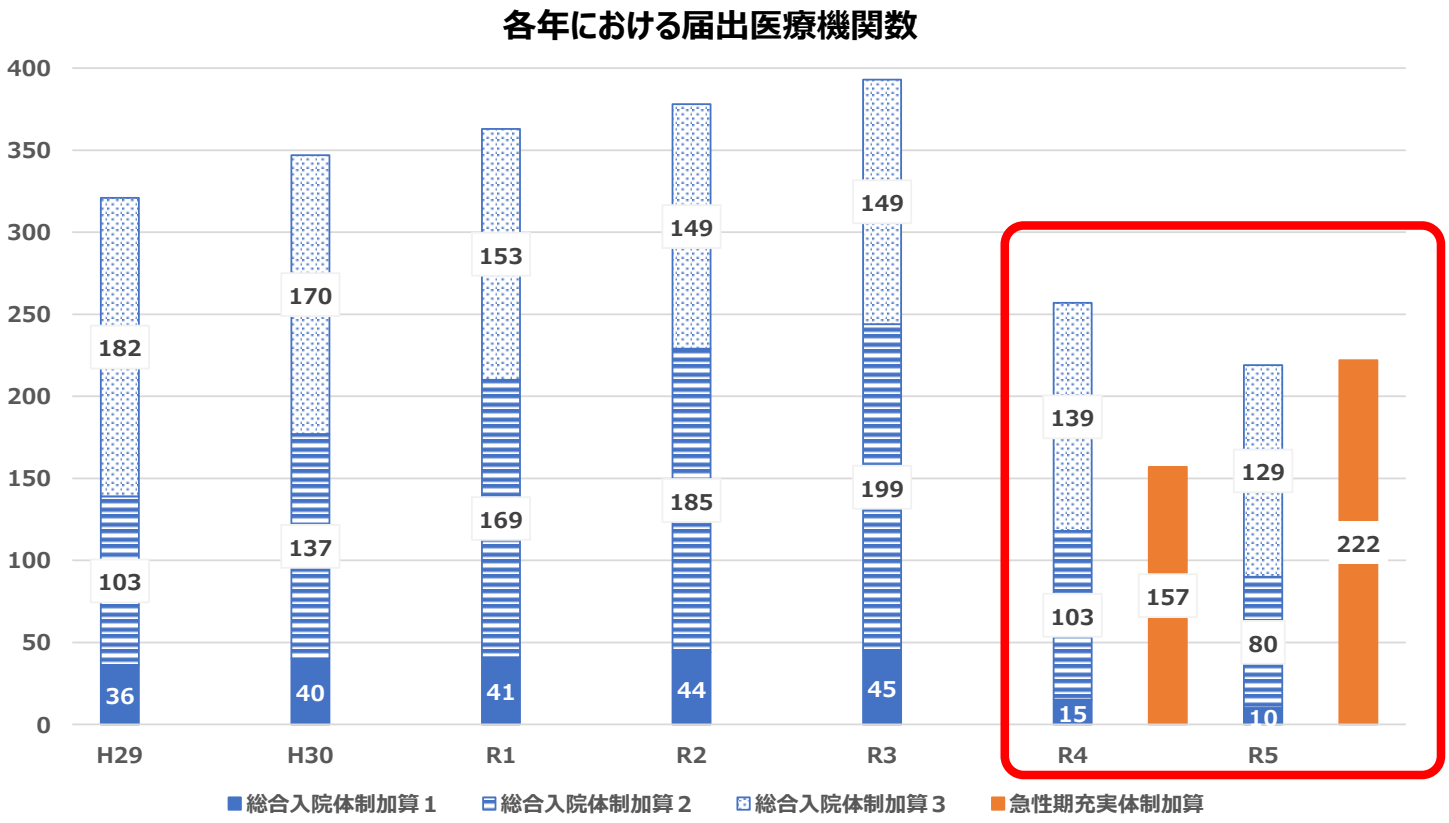
（５）DPC/PDPS・短期滞在手術等

（６）働き方改革・横断的事項

総合入院体制加算及び急性期充実体制加算の届出状況

中医協　総－６
５．５．１７改

○　近年の総合入院体制加算及び急性期充実体制加算の届出医療機関数は以下のとおり。



出典：保険局医療課調べ（各年7月1日の状況、令和5年分は速報値）

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）

高度・専門的な急性期医療の実績

急性期充実体制加算１により評価

急性期医療に関する高い実績
（急性期充実体制加算における悪性腫瘍手術等の6項目のうち5項目以上を満たす場合）

小児・周産期・精神科充実体制加算（+90点）により評価※

小児科、産科及び精神科の実績

急性期充実体制加算２により評価

一部の急性期医療に関する高い実績
（急性期充実体制加算における悪性腫瘍手術等の6項目のうち2項目以上を満たす場合）

小児科又は産科の実績

小児・周産期・精神科充実体制加算（+60点）により評価※

小児科、産科及び精神科の実績

総合入院体制加算１により評価（+240点⇒+260点）

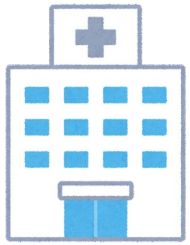
急性期医療に関する実績（手術件数の基準引き上げ）
（総合入院体制加算における悪性腫瘍手術等の6項目のうち全てを満たす場合）

小児科、産科及び精神科の入院医療提供

総合入院体制加算２又は3により評価（加算2は、+180点⇒+200点）

一部の急性期医療に関する実績（加算2における手術件数の基準引き上げ）
(総合入院体制加算における悪性腫瘍手術等の6項目のうち4項目又は2項目を満たす場合)

小児科及び産科の入院医療提供



単科の医療機関

入院医療の提供における総合性

多くの診療科に対応可能な医療機関

※　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。

急性期一般入院料１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「A３点以上」又は「C１点以上」に該当する割合が一定以上であること
②「A２点以上」又は「C１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)

A得点が３点以上の患者
C得点が１点以上の患者

別表２(基準：27%　※必要度Ⅱの場合)

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） 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
21	救命等に係る内科的治療（４日間） （①経皮的血管内治療、 ②経皮的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）		ー	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	割合①:21% 割合②:28%	割合①:20% 割合②:27%
急性期一般入院料2	22%	21%
急性期一般入院料3	19%	18%
急性期一般入院料4	16%	15%
急性期一般入院料5	12%	11%
7対1入院基本料（特定）	ー	割合①:20% 割合②:27%
7対1入院基本料（結核）	8%	7%
7対1入院基本料（専門）	割合①:21% 割合②:28%	割合①:20% 割合②:27%
看護必要度加算1（特定、専門）	18%	17%
看護必要度加算2（特定、専門）	16%	15%
看護必要度加算3（特定、専門）	13%	12%
総合入院体制加算1	33%	32%
総合入院体制加算2	31%	30%
総合入院体制加算3	28%	27%
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算	6%	5%
看護補助加算1	4%	3%
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注7	10%	8%

【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

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

➢ **ＳＯＦＡ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ＳＯＦＡ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ＳＯＦＡ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		改定後	
（７日以内の期間）		（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１・２	**14,406点**
特定集中治療室管理料３・４	9,697点	特定集中治療室管理料３・４	**9,890点**
（新設）		**特定集中治療室管理料５・６**	**8,890点**

※　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。

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

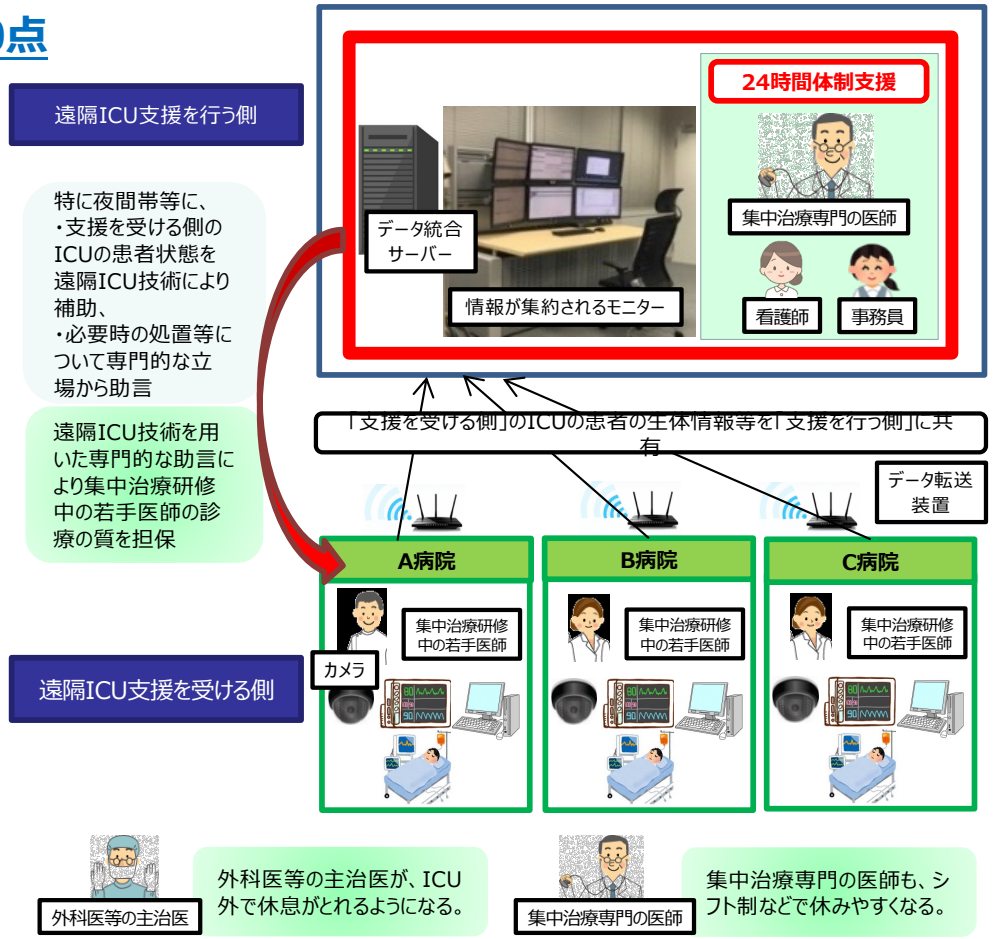
➢ **治療室内に専任の常勤医師が配置されない区分において、遠隔 ICUモニタリングにより特定集中治療室管理料１及び２の届出を行う施設から支援を受けることを評価**する。

（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。



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 創傷の処置（褥瘡の処置を除く）	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 注射薬剤3種類以上の管理（最大7日間）	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

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

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

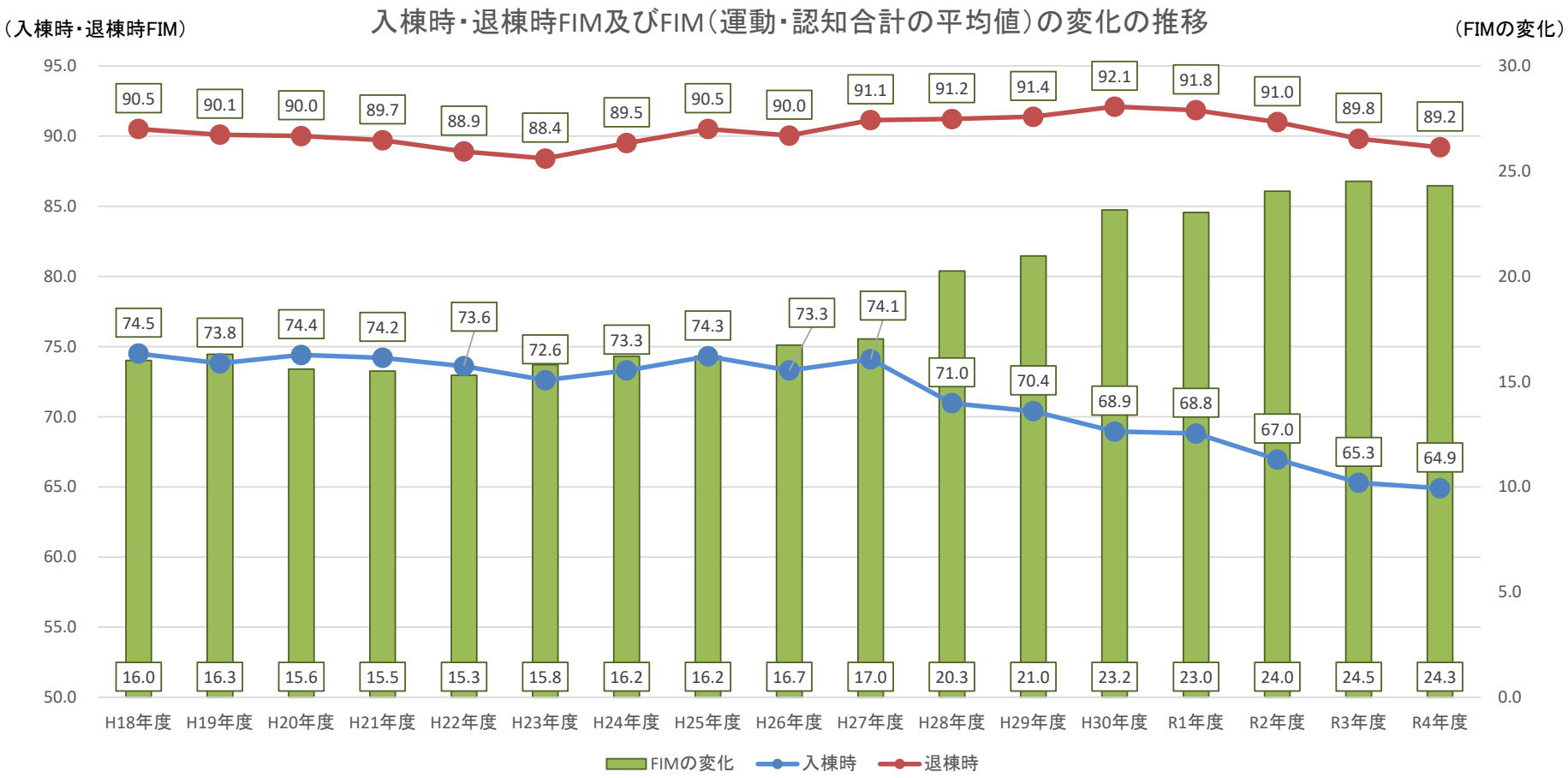
（５）DPC/PDPS・短期滞在手術等

（６）働き方改革・横断的事項

入棟時・退棟時FIMの年次推移

中医協　総－４
５．７．５

○　入棟時・退棟時FIM（運動・認知合計の平均値）及びFIM（運動・認知合計の平均値）の変化の年次推移は以下のとおり。
○　平成28年度以降、入棟時FIMが経年で低下する傾向がみられている。

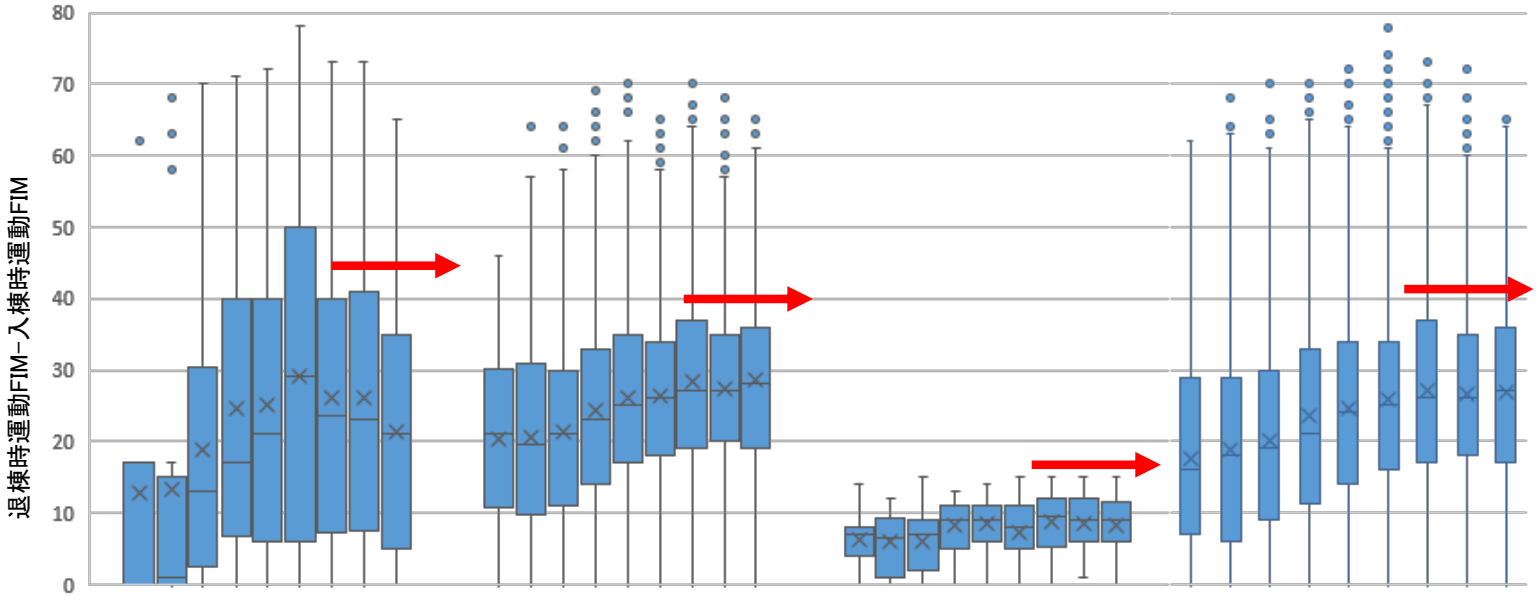


出典：一般社団法人回復期リハビリテーション協会より提供（2022年度「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書」）

重症度別のリハ提供単位/日とFIMの変化（運動器疾患）

診調組　入－1参考
５　．　９　．　６

○　運動器疾患の患者における疾患別リハビリテーションの平均提供単位数別の実績については以下のとおり。1日あたりの平均リハビリテーション提供単位数が「6単位以上7単位未満」、「7単位以上8単位未満」「8単位以上9単位未満」の患者の運動FIMについて、リハビリテーション提供単位数の増加に伴う明らかな改善はなかった。



入棟時運動FIM20以下

単位/日	0~1	1~2	2~3	3~4	4~5	5~6	6~7	7~8	8~9
例数	7	17	77	138	155	197	108	85	59

入棟時運動FIM21～75

0~1	1~2	2~3	3~4	4~5	5~6	6~7	7~8	8~9
54	130	446	683	1024	1674	965	945	715

入棟時運動FIM76以上

0~1	1~2	2~3	3~4	4~5	5~6	6~7	7~8	8~9
11	10	35	43	82	96	52	41	49

全体

0~1	1~2	2~3	3~4	4~5	5~6	6~7	7~8	8~9
73	158	582	886	1281	1997	1154	1089	836

出典：一般社団法人回復期リハビリテーション協会より提供
（2022年度「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書」）

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		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】	
回復期リハビリテーション病棟入院料１	2,129点	回復期リハビリテーション病棟入院料１	**2,229点**
(生活療養を受ける場合	2,115点)	(生活療養を受ける場合	**2,215点**)
回復期リハビリテーション病棟入院料２	2,066点	回復期リハビリテーション病棟入院料２	**2,166点**
(生活療養を受ける場合	2,051点)	(生活療養を受ける場合	**2,151点**)
回復期リハビリテーション病棟入院料３	1,899点	回復期リハビリテーション病棟入院料３	**1,917点**
(生活療養を受ける場合	1,884点)	(生活療養を受ける場合	**1,902点**)
回復期リハビリテーション病棟入院料４	1,841点	回復期リハビリテーション病棟入院料４	**1,859点**
(生活療養を受ける場合	1,827点)	(生活療養を受ける場合	**1,845点**)
回復期リハビリテーション病棟入院料５	1,678点	回復期リハビリテーション病棟入院料５	**1,696点**
(生活療養を受ける場合	1,664点)	(生活療養を受ける場合	**1,682点**)

[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　☐ 身長（＊1）：（　　）cm ☐ 体重：（　　）kg　☐ BMI（＊1）：（　　）kg/㎡　＊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）☐ 経口（☐ 食事　☐ 補助食品），☐ 経管（☐ 経鼻胃管　☐ 胃瘻　☐ その他），☐ 静脈（☐ 末梢　☐ 中心）
嚥下調整食の必要性：（☐ 無　☐ 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　☐ 低栄養非該当　☐ 低栄養（☐ 中等度低栄養、☐ 重度低栄養）
該当項目　表現型（☐ 体重減少、☐ 低BMI、☐ 筋肉量減少）　病因（☐ 食事摂取量減少/消化吸収能低下、☐ 疾病負荷/炎症）
② GLIM基準以外の評価：☐ 問題なし　☐ 過栄養　☐ 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）

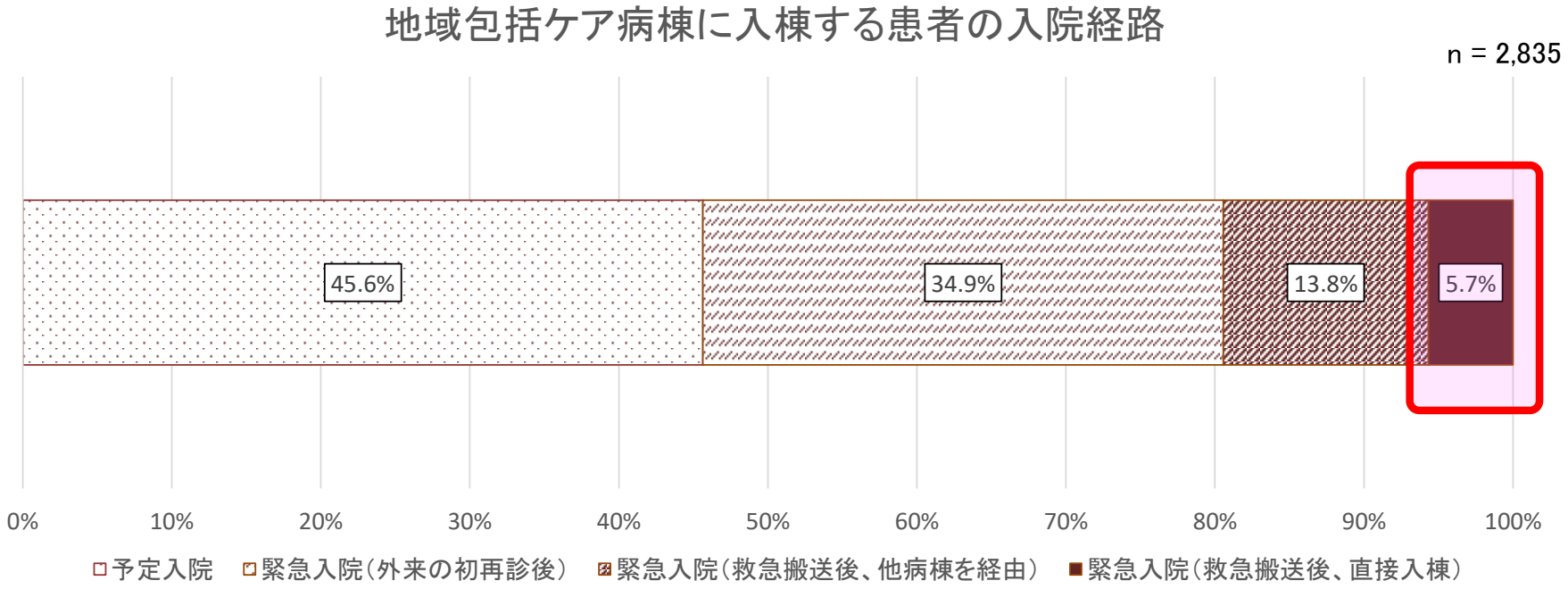
		入院料１	入院料２	入院料３	入院料４	入院料５（※１）
職員の配置に関する施設基準	医師	専任常勤１名以上				
	看護職員	１３対１以上（７割以上が看護師）		１５対１以上（４割以上が看護師）		
	看護補助者	３０対１以上				
	リハビリ専門職	専従常勤のＰＴ３名以上、ＯＴ２名以上、ＳＴ１名以上		専従常勤のＰＴ２名以上、ＯＴ１名以上		
	社会福祉士	専任常勤１名以上　⇒　**専従常勤１名以上**		－		
	管理栄養士	専任常勤１名	専任常勤１名の配置が望ましい			
リハビリテーションの提供体制等に関する施設基準	休日のリハビリテーション	○		－		
	FIMの測定に関する院内研修会	**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。

地域包括ケア病棟に入棟した患者の入棟経路

診調組　入－1
5．7．6

○ 地域包括ケア病棟に入棟している患者のうち、救急搬送により入院した患者は19.5%、救急搬送後、他の病棟を経由せずに地域包括ケア病棟に直接入棟した患者は5.7%であった。



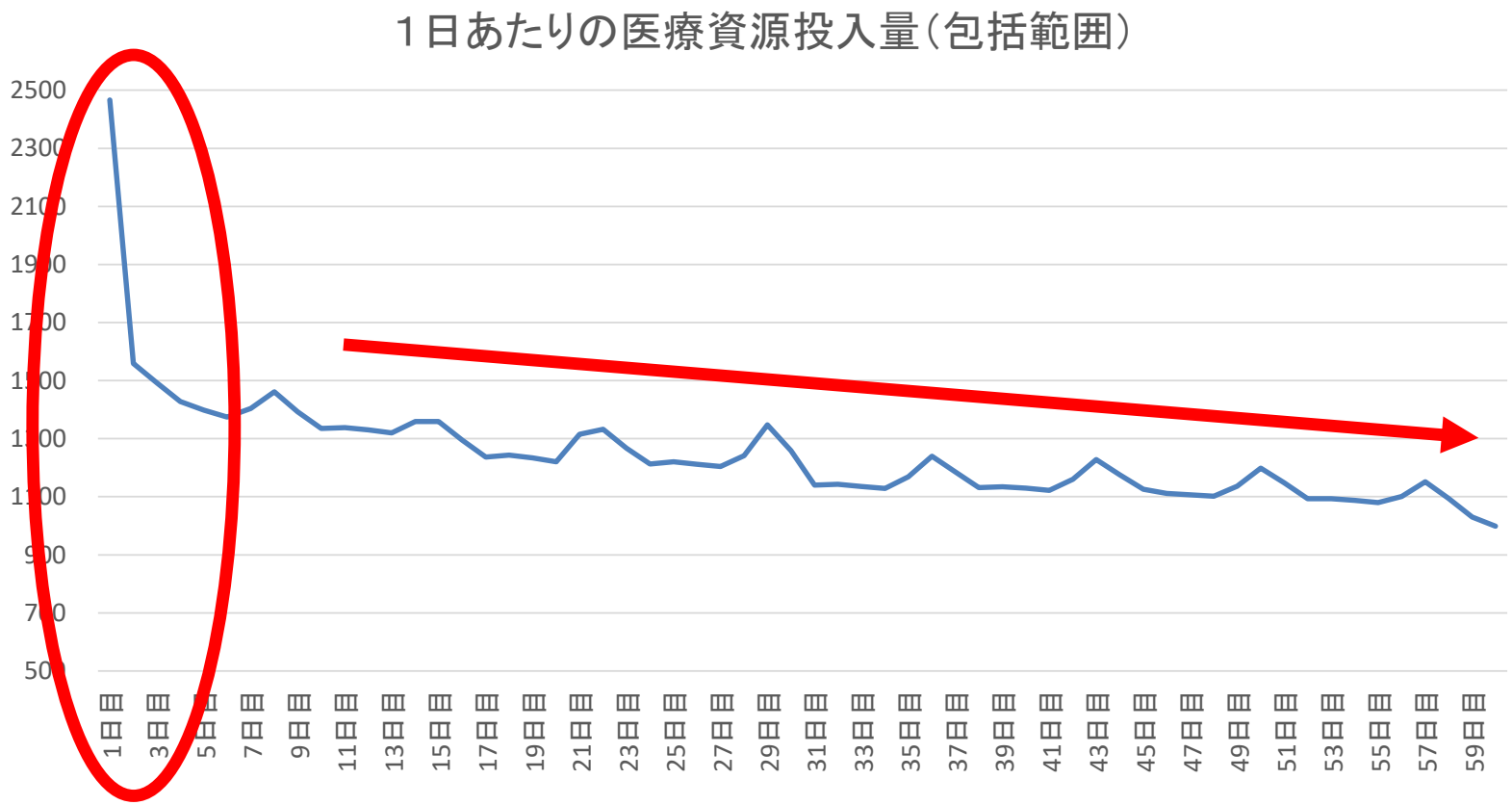
※入院患者票にて入院年月日と入棟年月日が同一の患者を直接入棟したと扱う。

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（入院患者票）

入院日数に応じた医療資源投入量

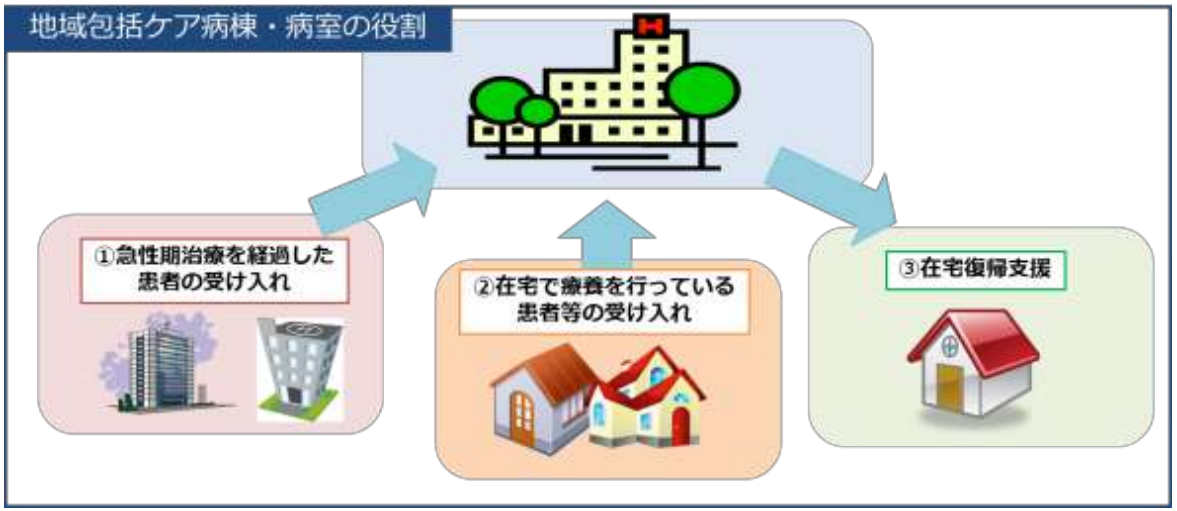
診調組　入－１
５．９．２９

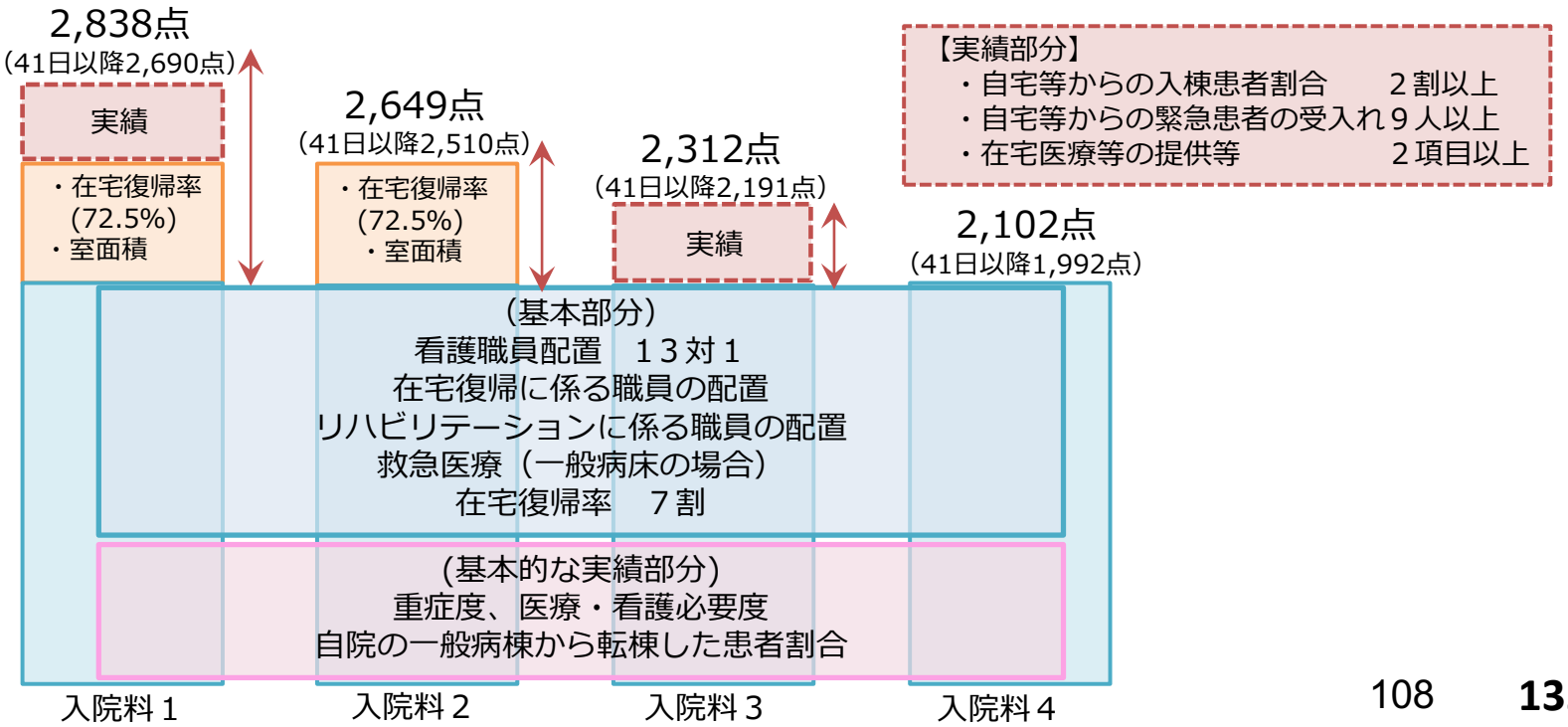
○　地域包括ケア病棟入院料を算定する患者における、１日あたりの医療資源投入量（包括範囲）の、入院後の推移は、入院後、徐々に低下する傾向であった。



出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

地域包括ケア病棟の施設基準（イメージ）





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

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

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　**10%**以上　又は　重症度、医療・看護必要度Ⅱ　８%以上							
自院の一般病棟から転棟した患者割合※１	－		**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）	－
自宅等から入棟した患者割合※１	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）			
在宅復帰率 ※１※２	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**。

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

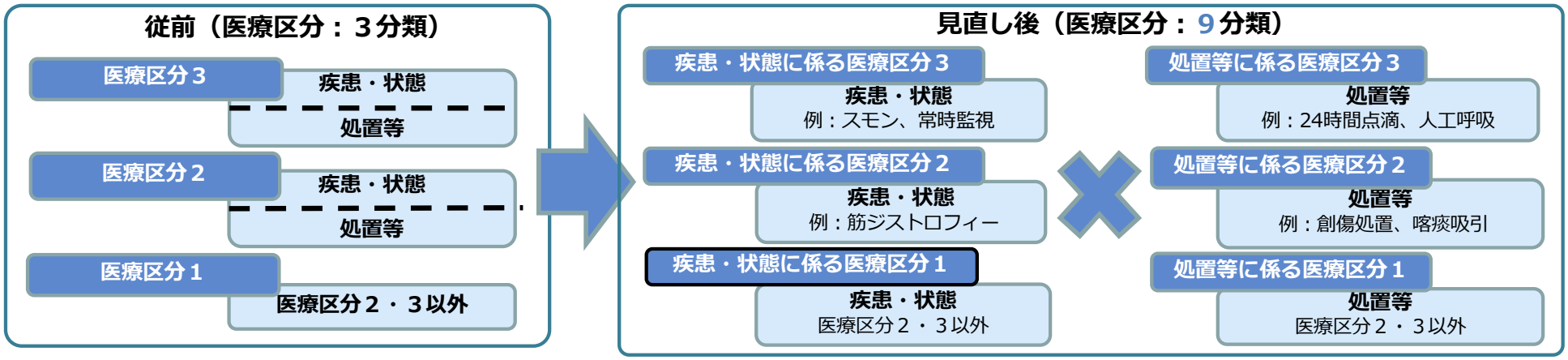
（５）DPC/PDPS・短期滞在手術等

（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。

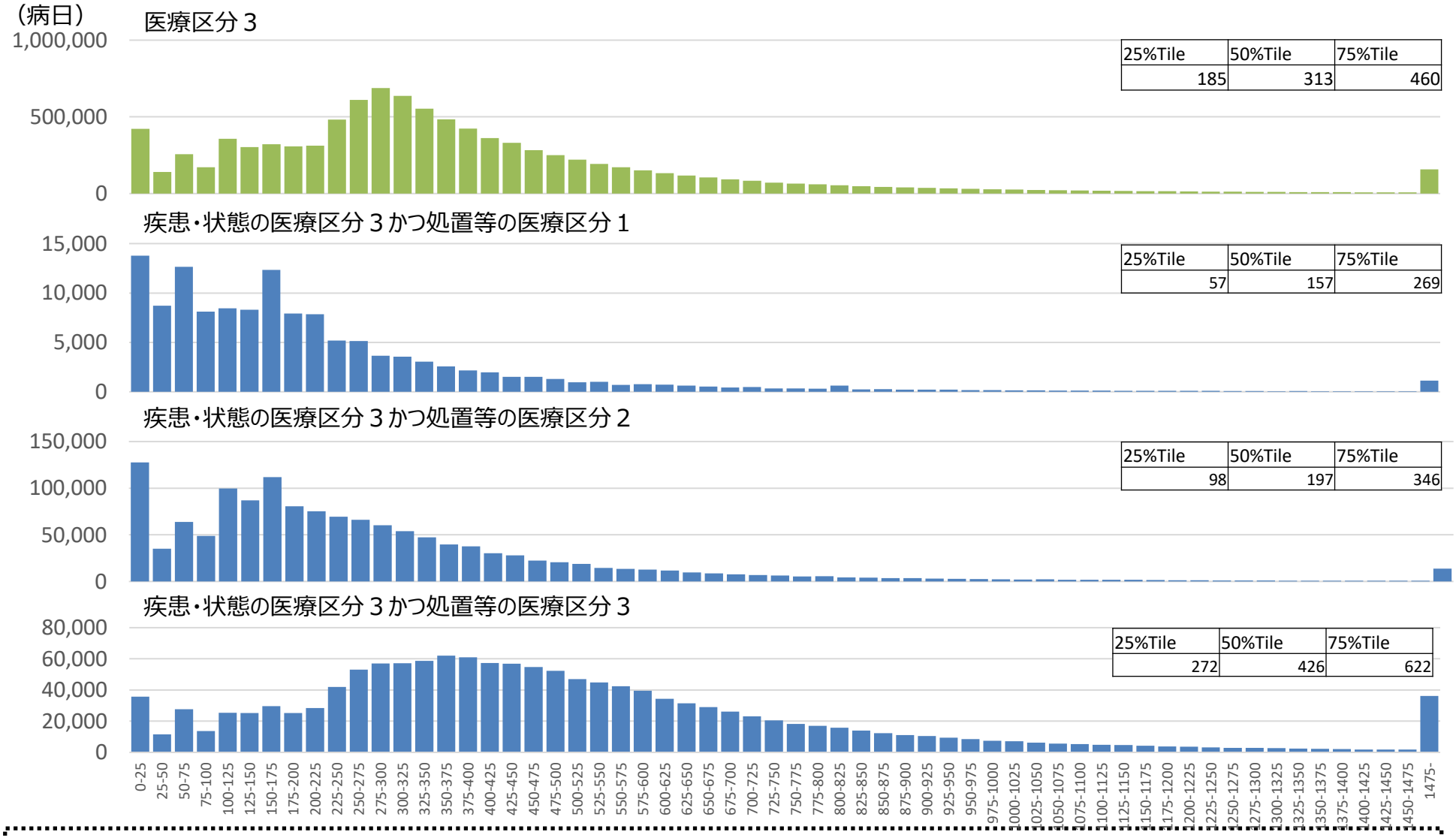


現行	改定後
【療養病棟入院料】 ［算定要件］ １　療養病棟入院料１ イ　入院料Ａ　1,813点 （略） リ　入院料Ｉ　815点 （略） （新設）	【療養病棟入院料】　※療養病棟入院料２についても同様 ［算定要件］ １　療養病棟入院料１ イ　入院料１　1,964点 （略） リ　入院料27　830点 （略） マ　入院料30　1,488点

医療区分３と疾患・状態と処置等の組合せ①

診調組　入－３
５．９．６

○　医療区分3と、疾患・状態と処置等の組合せによる医療資源投入量の比較は以下のとおり。

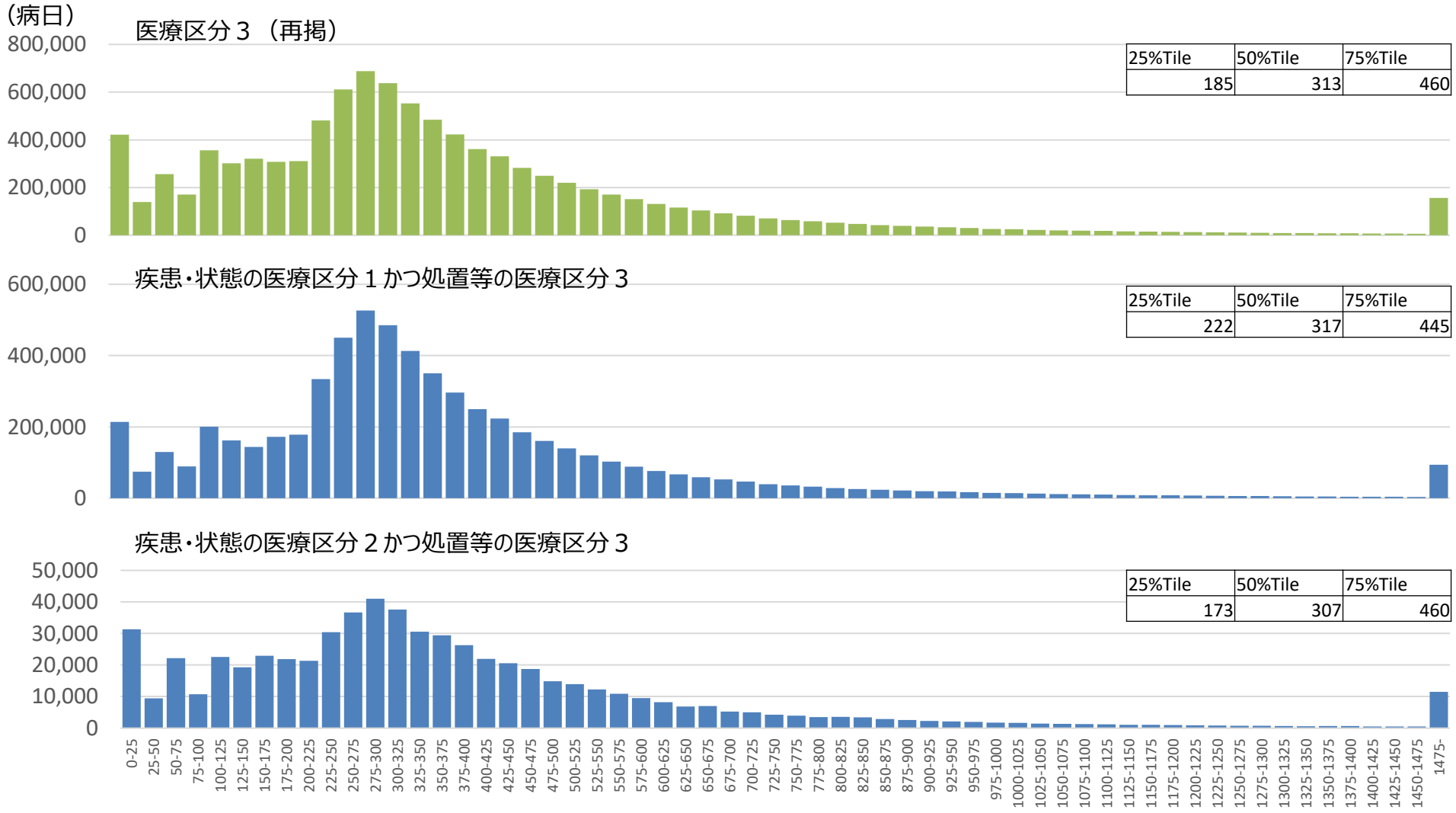


データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。
集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日
対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

医療区分３と疾患・状態と処置等の組合せ②

診調組　入－３
５．９．６

○　医療区分3と、疾患・状態と処置等の組合せによる医療資源投入量の比較は以下のとおり。

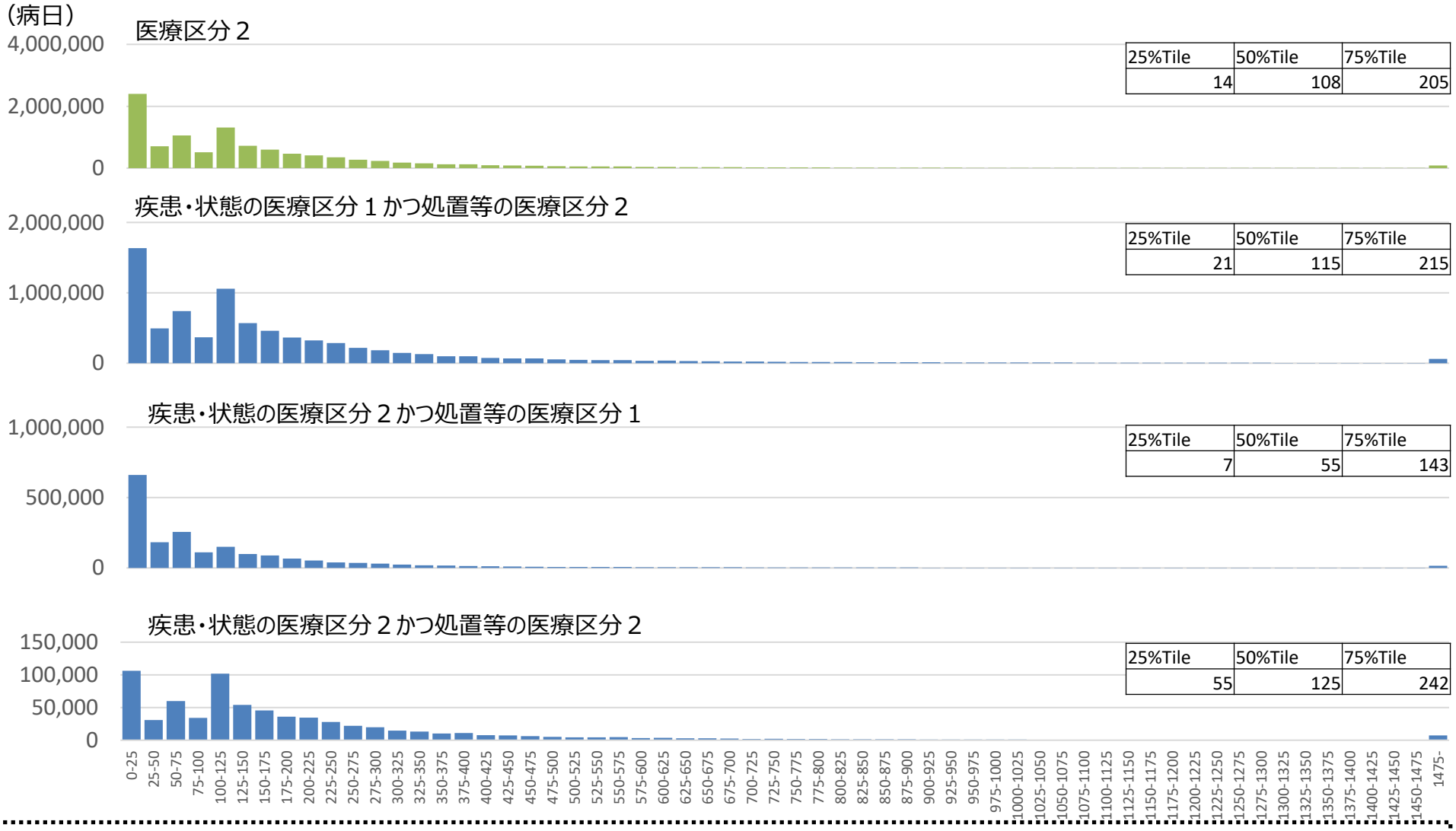


データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。
集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日
対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

医療区分２と疾患・状態と処置等の組合せ

診調組　入－３
５．９．６

○　医療区分2と、疾患・状態と処置等の組合せによる医療資源投入量の比較は以下のとおり。



データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。
集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日
対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

療養病棟入院基本料の概要

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）	ー	3	1,831	1,766	A
29	3（スモンに限る）	ー	2	1,776	1,712	B
30	3（スモンに限る）	ー	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	改定後
【療養病棟入院料】 ［施設基準］（概要） 医療区分３ 中心静脈注射を実施している状態 医療区分２ （新設）	【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］

（１）　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。

（２）　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３の患者と医療区分２の患者との合計が５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	・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）** ・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三以上であっ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	・**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）** ・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	

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

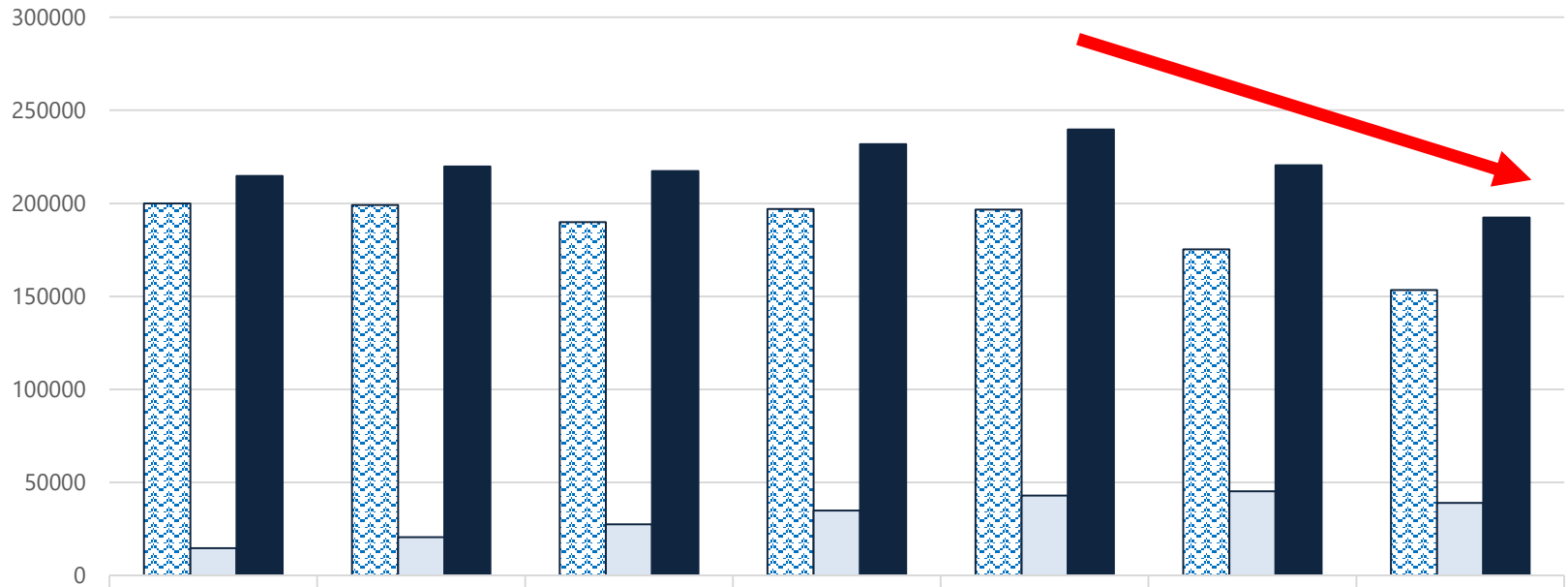
（６）働き方改革・横断的事項

看護業務補助者等の従事者数

中医協　総－５
５．６．１４

○　医療機関に勤務する看護業務補助者の従事者数は、平成26年以降減少しており、看護業務補助者と介護福祉士の合計数も同様の傾向である。

看護業務補助者等の常勤換算従事者数の推移



	平成14年	平成17年	平成20年	平成23年	平成26年	平成29年	令和２年
看護業務補助者	199977.6	199141.8	189838.3	196894.2	196696	175234.8	153382.3
介護福祉士	14690.7	20600.5	27481	34942.4	42987.9	45197.1	38965.7
看護業務補助者＋介護福祉士	214668.3	219742.3	217319.3	231836.6	239683.9	220431.9	192348

○看護業務補助者：保健師、助産師、看護師及び准看護師の免許の有無にかかわらず、看護業務の補助業務に従事する者（看護学校などの学生及び生徒は除く）。例えば、看護助手、介護職員等であり、ベッドメイキングや物品の運搬、患者の移送などを行う。

出典：令和2年　医療施設調査　全国編　第46表（報告書第9表）　病院の従事者数
注：平成28年までは「病院報告」で把握していたが、平成29年からは「医療施設静態調査」で把握することとなり、平成29年以降は従事者数不詳の病院が存在するため、単純に年次比較することはできない。

医療関係職種の賞与込み給与の推移について

○　コメディカル（医師・歯科医師・薬剤師・看護師を除く医療関係職種）の給与の平均は全産業平均を下回っており、うち看護補助者については全産業平均を大きく下回っている状況。

出典：厚生労働省「賃金構造基本統計調査」に基づき保険局医療課において作成。
注１）「賞与込み給与」は、「きまって支給する現金給与額（労働協約、就業規則等によってあらかじめ定められている支給条件、算定方法によって支給される現金給与額）」に、「年間賞与その他特別給与額（前年1年間（原則として1月から12月までの1年間）における賞与、期末手当等特別給与額（いわゆるボーナス））」の1/12を加えて算出した額。
注２）「10人以上規模企業における役職者」を除いて算出。「コメディカル」とは、「看護補助者、診療放射線技師・臨床検査技師・理学療法士，作業療法士，言語聴覚士，視能訓練士、歯科衛生士、歯科技工士、栄養士」の加重平均。
注３）上のグラフに示した職種の他、同様に算出すると、医師：97.1万円、歯科医師：61.3万円、薬剤師：45.6万円、看護師：40.7万円（2022年）。

看護補助者に係る評価の充実

直接患者に対するケアを担う看護補助者の配置の評価

➢ 看護職員及び看護補助者の業務分担・協働を更に推進し、高齢者の救急患者をはじめとした急性疾患等の患者に対する適切な入院医療を推進する観点から、**療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、地域包括医療病棟及び地域包括ケア病棟入院料**について、主として**直接患者に対し療養生活上の世話をする看護補助者を一定数配置している場合の評価を新設**するとともに、看護補助体制充実加算について、身体的拘束の実施に着目した評価に見直す。

現行	改定後
【療養病棟入院料】 注12　イ　夜間看護加算　50点 ロ　看護補助体制充実加算　55点	【療養病棟入院基本料】 注12　夜間看護加算　50点 注13　イ　看護補助体制充実加算１　**80点** ロ　看護補助体制充実加算２　**65点** ハ　看護補助体制充実加算３　55点

※障害者施設等入院基本料及び地域包括ケア病棟入院料の看護補助体制充実加算も同様に見直すとともに、地域包括医療病棟入院料に同様の加算を新設する。

[算定要件]（概要）
当該基準に係る区分に従い、それぞれ１日につき所定点数に加算する。ただし、本文の規定にかかわらず、**身体的拘束を実施した日は、看護補助体制充実加算３**の例により所定点数に加算する。
※身体的拘束を実施した日の取扱いは、令和７年６月１日以降より適用する。

[施設基準]
（１）**看護補助体制充実加算１**の施設基準
ア　当該保険医療機関において**３年以上の看護補助者としての勤務経験を有する看護補助者が、５割以上**配置配置されていること。
イ　**主として直接患者に対し療養生活上の世話を行う看護補助者の数は、常時100対１以上**であること。当該看護補助者は、**介護福祉士の資格を有する者**又は**看護補助者として３年以上の勤務経験を有し適切な研修を修了した看護補助者**であること。
ウ　看護補助体制充実加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、院内研修を年１回以上受講した者であること。ただし、看護補助者が受講する研修内容については、看護補助者が行う業務内容ごとに業務範囲、実施手順、留意事項等について示した業務マニュアルを作成し、当該マニュアルを用いた院内研修を実施していること。
エ　当該病棟の看護師長等は所定の研修を修了していること。当該病棟の全ての看護職員が院内研修を年１回以上受講していること。
オ　当該保険医療機関における**看護補助者の業務に必要な能力を段階的に示し、看護補助者の育成や評価に活用**していること。

（２）**看護補助体制充実加算２**の施設基準
（１）のイからオを満たすものであること。

（３）**看護補助体制充実加算３**の施設基準
（１）のウ及び エを満たすものであること。

令和６年度診療報酬改定

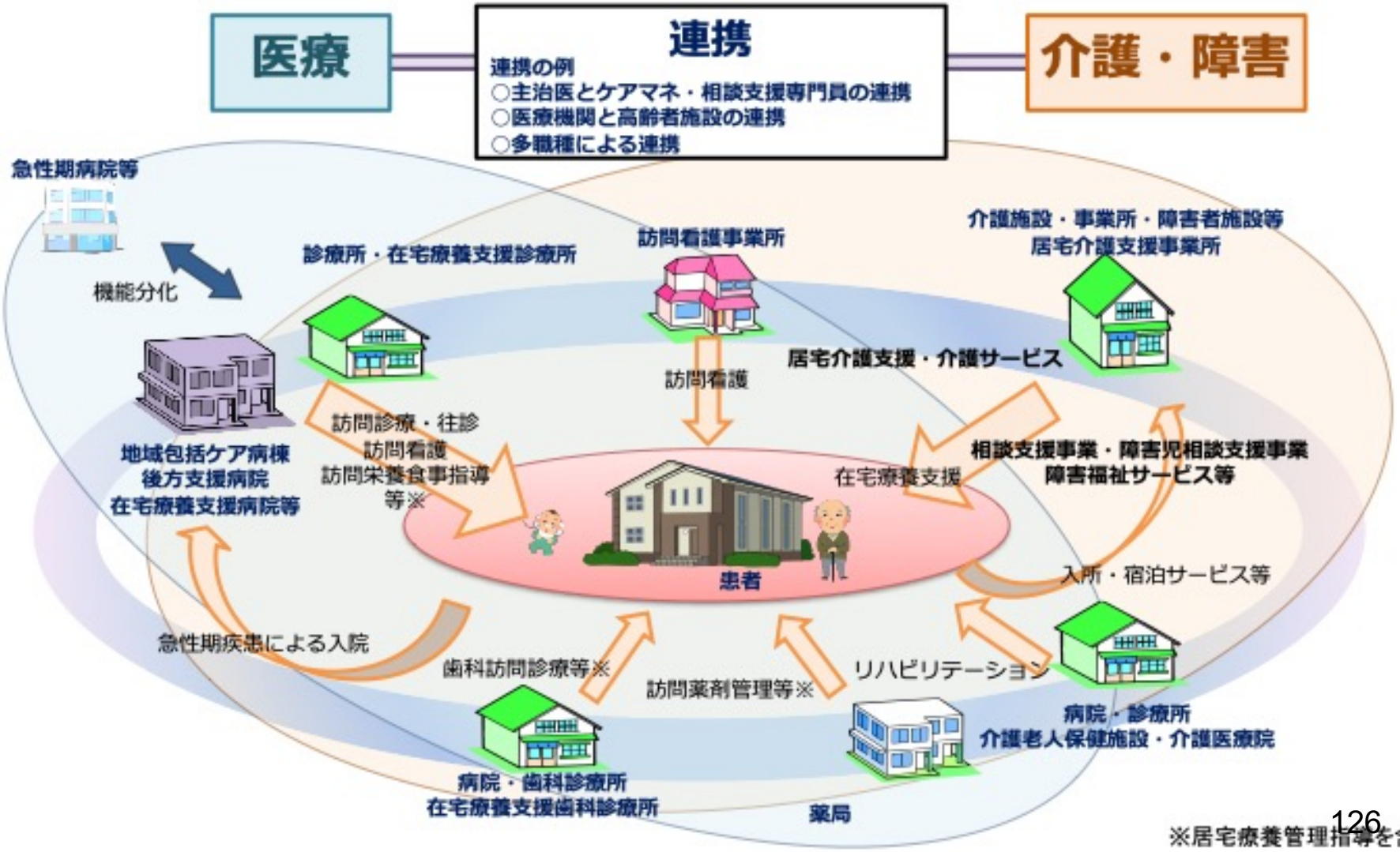
７．質の高い訪問診療・訪問看護の確保

（１）在宅医療

（２）訪問看護

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。



※居宅療養管理指導を含む

在宅医療における診療報酬上の評価構造（イメージ）

➢ 在宅医療に対する診療報酬上の評価は、①訪問して診療を行ったことに対する評価、②総合的な医学的管理に対する評価、③人工呼吸器その他の特別な指導管理等に対する評価の、大きく3種類の評価の組み合わせで行われている。

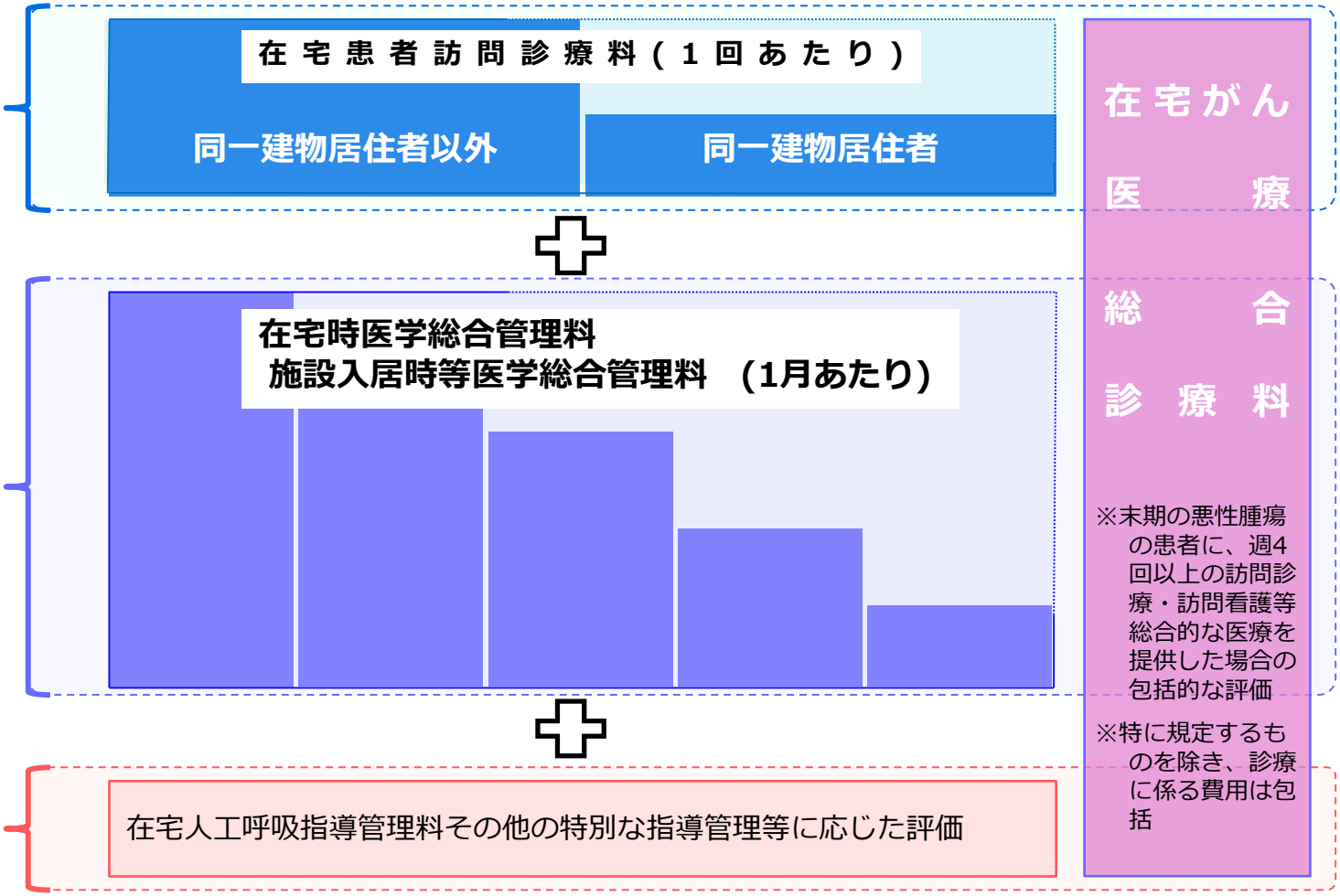
①定期的に訪問して診療を行った場合の評価

○居住場所により段階的に評価
○乳幼児等の診療、看取り等については、加算により評価
○原則として週3回の算定を限度とするが、末期の悪性腫瘍等一部の疾患については例外を規定

②総合的な医学的管理等を行った場合の評価

○単一建物診療患者数、重症度及び月の訪問回数により段階的に評価
○特別な指導管理を必要とし、頻回の診療を行った場合等は加算により評価

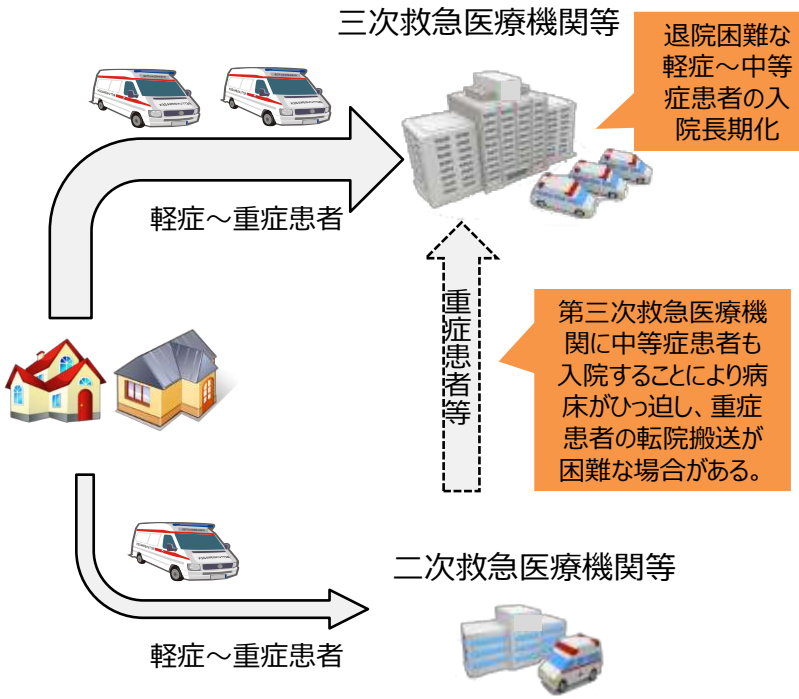
③指導管理等に対する評価



※上記に加え、検査、処置その他診療に当たって実施した医療行為等については、特段の規定がない場合、出来高にて算定することができる。

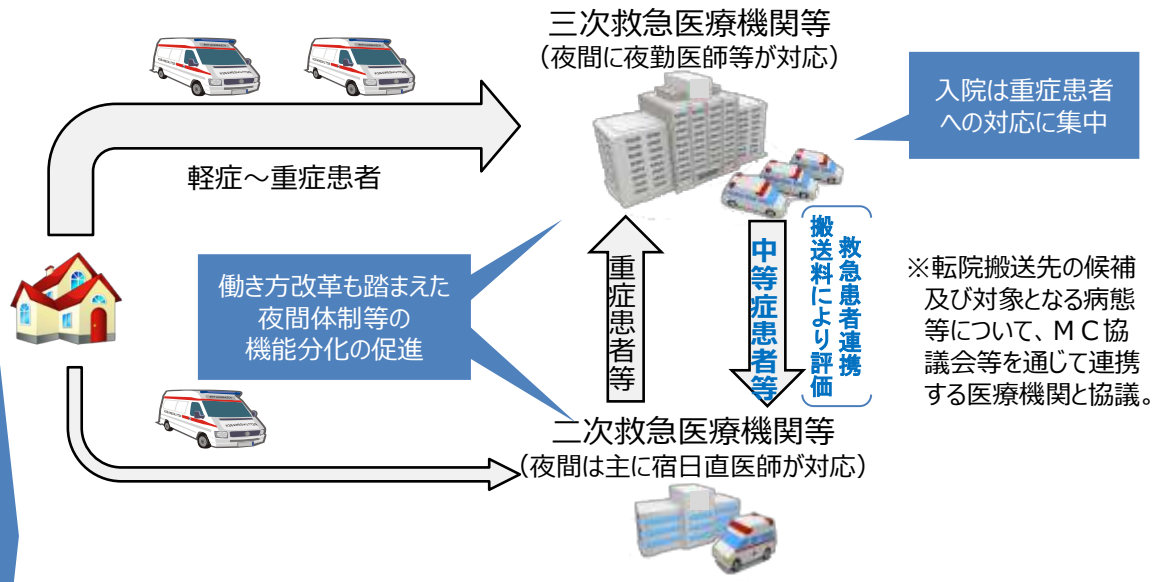
高齢者等の救急搬送に対する評価の見直しを通じた救急医療提供体制のイメージ

○これまでの救急医療提供体制における課題等



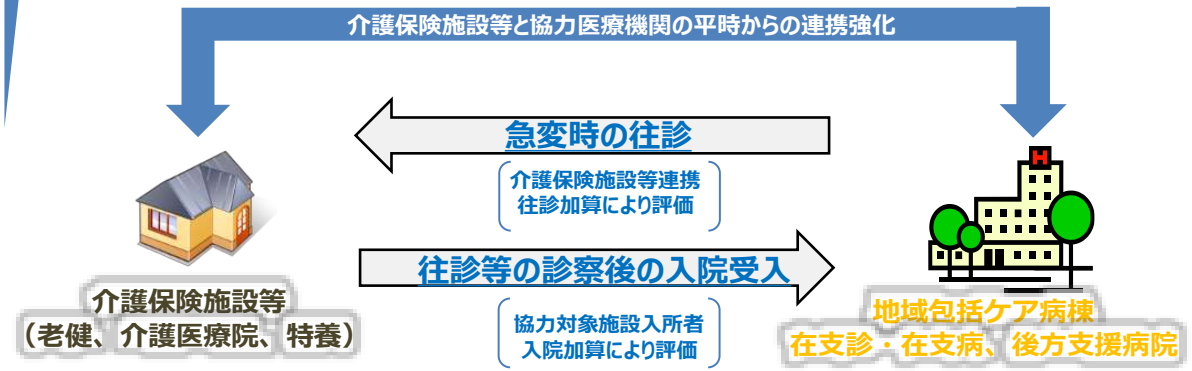
○初期診療後の適切な転院搬送の促進を通じた救急医療提供体制

※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。



※転院搬送先の候補及び対象となる病態等について、ＭＣ協議会等を通じて連携する医療機関と協議。

○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



訪問診療・往診等に関する見直し

質の高い在宅医療提供体制の構築の推進

➢ 質の高い在宅医療提供体制の構築を推進する観点から、訪問診療・往診等に関する評価を見直す。

【見直しの概要（主なもの）】

・在宅医療情報連携加算の新設

他の保険医療機関等の関係職種がICTを用いて記録した患者に係る診療情報等を活用した上で、医師が計画的な医学管理を行った場合の評価

・在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料の新設

在宅で療養を行っている**末期の悪性腫瘍の患者の病状の急変時に、ICTの活用によって、医療従事者等の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医師が療養上必要な指導を行った場合の評価**

・往診時医療情報連携加算の新設

在支診・在支病と連携体制を構築する**在支診・在支病以外の医療機関が訪問診療を行っている患者に、在支診・在支病が往診を行った場合の評価**

・在宅療養移行加算の見直し

対象となる範囲を病院まで拡大するとともに、**他の医療機関と平時からの連携体制を構築している場合の評価の見直し**

・在宅ターミナルケア加算等の見直し

在宅ターミナルケア加算について、**退院時共同指導を実施した上で訪問診療又は往診を実施している場合においても、算定可能とする**とともに、看取り加算について、**退院時共同指導を実施した上で往診を行い、在宅で患者を看取った場合に往診料においても算定可能とする**

患者の状態に応じた適切な訪問診療・往診等の推進

➢ 患者の状態に応じた適切な訪問診療・往診等を推進する観点から、訪問診療・往診等に関する評価を見直す。

【見直しの概要（主なもの）】

・在宅時医学総合管理料・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等における**単一建物診療患者の数が10人以上の場合の評価の細分化**、及び単一建物診療患者の数が10人以上の患者について、**訪問診療の算定回数が多い医療機関について、看取りの件数等に係る一定の基準を満たさない場合の評価の見直し**

・往診料の見直し

往診を行う保険医療機関において訪問診療を行っている患者等以外の患者に対する**緊急の往診に係る評価の見直し**

・在宅患者訪問診療料の見直し

在支診・在支病における**患者１人当たりの訪問診療の回数が一定以上の場合における**、**５回目以降**の在宅患者訪問診療料の評価の見直し

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 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				**その他の場合**
	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

在宅療養支援診療所・病院における訪問栄養食事指導の推進

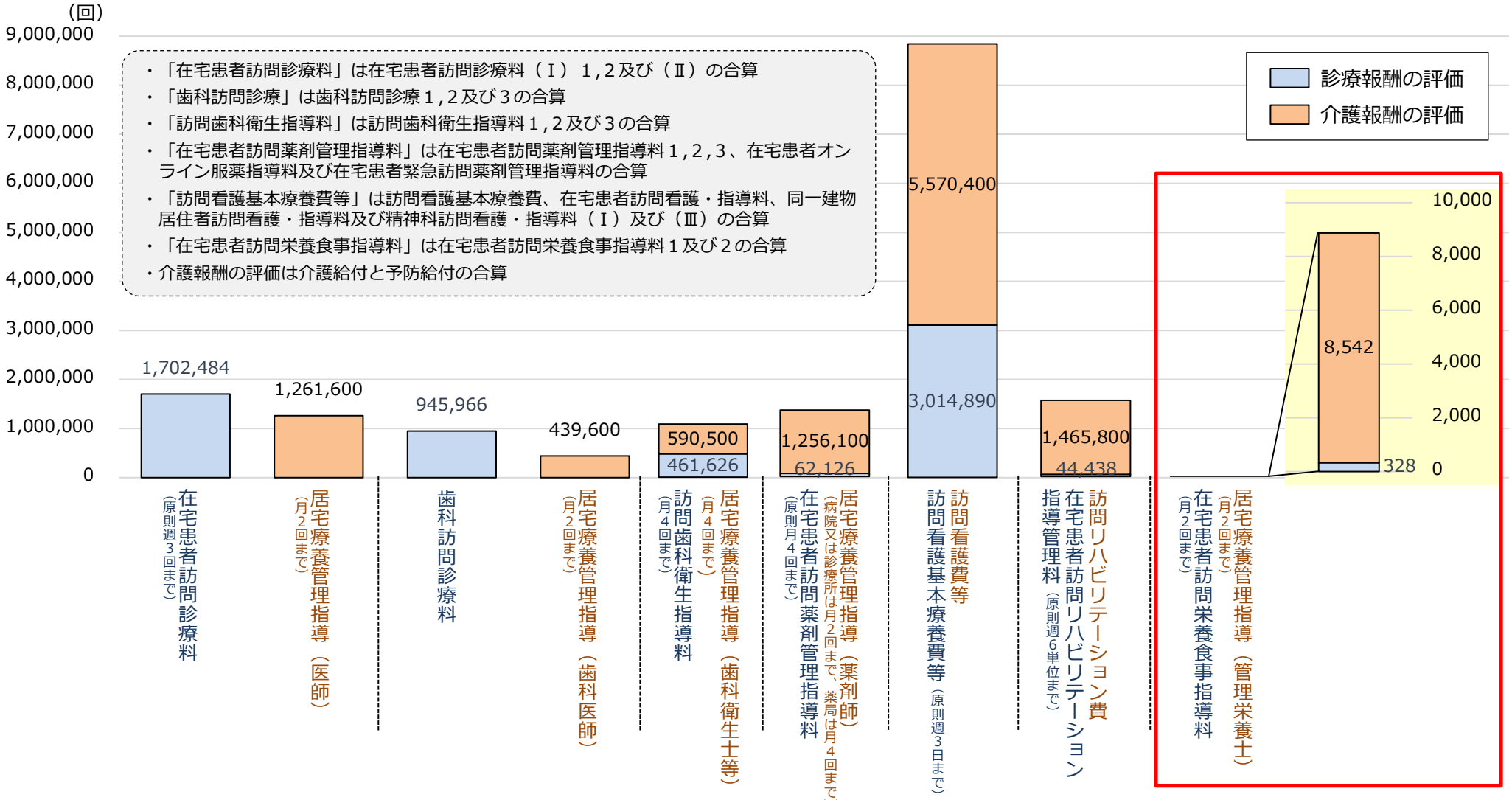
在宅療養支援診療所・病院の要件の見直し

➢ 訪問栄養食事指導の推進を図る観点から、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について要件を見直す。

現行	改定後
【在宅療養支援診療所】 ［施設基準］ （新設）	【在宅療養支援診療所】 ［施設基準］ ・ **当該診療所において、当該診療所の管理栄養士又は当該診療所以外（公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」又は他の保険医療機関に限る。）の管理栄養士との連携により、医師が栄養管理の必要性を認めた患者に対して訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を整備することが望ましい。**
【在宅療養支援病院】 ［施設基準］ （新設）	【在宅療養支援病院】 ［施設基準］ ・ **当該病院において、当該病院の管理栄養士により、医師が栄養管理の必要性を認めた患者に対して訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を有していること。** ［経過措置］ 令和６年３月31日において現に在宅療養支援病院に係る届出を行っている保険医療機関については、令和７年５月31日までの間に限り、該当するものとみなす。

各職種が行う在宅医療等に係る報酬の算定回数の比較

○ 在宅患者訪問栄養食事指導料及び管理栄養士による居宅療養管理指導は、算定回数が少ない。



※各職種が行う在宅医療等に係る診療や指導等の一月あたりの算定回数ついては、月あたりの算定可能な回数に差があるため単純比較は困難であることに留意。
※居宅療養管理指導（医師）及び居宅療養管理指導（歯科医師）は訪問診療又は往診を行った日に限って算定可能なため積み上げていない。

出典：社会医療診療行為別統計（令和3年6月審査分）、介護給付費等実態統計（令和3年6月審査分）、訪問看護療養費実態調査（令和3年6月審査分）より推計）

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。

在宅医療におけるICTを用いた連携の推進①

在宅医療情報連携加算の新設

➢ 他の保険医療機関等の関係職種がICTを用いて記録（以下、単に「記録」とする。）した患者に係る診療情報等を活用した上で、医師が計画的な医学管理を行った場合の評価を新設する。

（新）　在宅医療情報連携加算（在医総管・施設総管・在宅がん医療総合診療料）　100点

［算定要件］（概要）

- 医師が、医療関係職種等により記録された**患者の医療・ケアに関わる情報を取得及び活用した上で、計画的な医学管理を行うこと**及び医師が診療を行った際の診療情報等について**記録し、医療関係職種等に共有すること**ついて、**患者からの同意を得ていること**。
- 以下の情報について、適切に記録すること
  - ○ **次回の訪問診療の予定日及び当該患者の治療方針の変更の有無**
  - ○ **当該患者の治療方針の変更の概要**（変更があった場合）
  - ○ **患者の医療・ケアを行う際の留意事項**（医師が、当該留意事項を医療関係職種等に共有することが必要と判断した場合）
  - ○ **患者の人生の最終段階における医療・ケア及び病状の急変時の治療方針等についての希望**（患者又はその家族等から取得した場合）
- 医療関係職種等が当該情報を取得した場合も**同様に記録することを促すよう努める**こと。
- 訪問診療を行う場合に、**過去90日以内に記録された患者の医療・ケアに関する情報(当該保険医療機関及び当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関等が記録した情報を除く。)をICTを用いて取得した情報の数が１つ以上**であること。
- 医療関係職種等から**患者の医療・ケアを行うに当たっての助言の求めがあった場合**は、適切に対応すること。

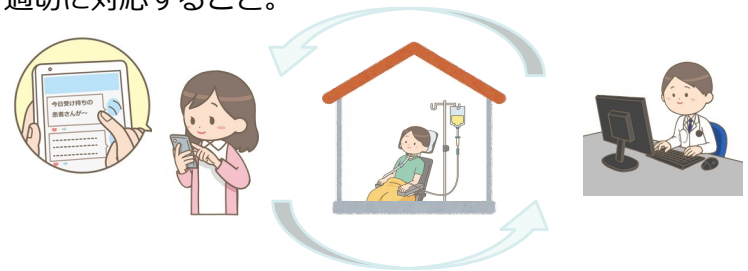
［施設基準］（概要）

（１）　患者の診療情報等について、連携する関係機関とICTを用いて共有し、常に確認できる体制を有しており、**共有できる体制にある連携する関係機関（特別の関係にあるものを除く。）の数が、５以上**であること。

（２）　地域において、連携する関係機関以外の保険医療機関等が、当該ICTを用いた情報を共有する**連携体制への参加を希望した場合には連携体制を構築すること**。ただし、診療情報等の共有について同意していない患者の情報については、この限りでない。

（３）　厚生労働省の定める「**医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること**。

（４）　（１）に規定する連携体制を構築していること及び実際に患者の情報を共有している実績のある連携機関の名称等について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示及び原則としてウェブサイトに掲載していること。



・診療情報、治療方針
・医療関係職種等が医療・ケアを行う際の留意事項
・人生の最終段階における医療・ケア等に関する情報
等の情報共有

在宅医療におけるICTを用いた連携の推進②

在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料の新設

➢ 在宅で療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者の病状の急変時に、ICTの活用によって、医療従事者等の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医師が療養上必要な指導を行った場合の評価**を新設する。

（新）　在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料　200点

［算定要件］

- 過去30日以内に在宅医療情報連携加算を算定している末期の悪性腫瘍の患者に対し、**医療関係職種等が、当該患者の人生の最終段階における医療・ケアに関する情報について、当該患者の計画的な医学管理を行う医師が常に確認できるように記録している場合**であって、当該患者の病状の急変時等に、当該医師が当該患者の**人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を活用して患家において、当該患者及びその家族等に療養上必要な指導を行った場合**に、月1回に限り算定する。
- 在宅で療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者に対して診療等を行う医師は、療養上の必要な指導を行うにあたり、活用された当該患者の人生の最終段階における医療・ケアに関する情報について、**当該情報を記録した者の氏名、記録された日、取得した情報の要点及び患者に行った指導の要点**を診療録に記載すること。

緩和ケア病棟緊急入院初期加算の要件緩和

➢ 緩和ケア病棟における在宅療養支援をより推進する観点から、緊急入院初期加算の要件を見直す。

現行	改定後
【緩和ケア病棟緊急入院初期加算】 ［算定要件］（概要） 緩和ケア病棟緊急入院初期加算は、在宅緩和ケアを受け、緊急に入院を要する可能性のある患者について、緊急時の円滑な受入れのため、病状及び投薬内容のほか、患者及び家族への説明等について、当該連携保険医療機関より予め文書による情報提供を受ける必要がある。	【緩和ケア病棟緊急入院初期加算】 ［算定要件］（概要） 緩和ケア病棟緊急入院初期加算は、在宅緩和ケアを受け、緊急に入院を要する可能性のある患者について、緊急時の円滑な受入れのため、病状及び投薬内容のほか、患者及び家族への説明等について、当該連携保険医療機関より予め文書による情報提供を受ける必要がある。**ただし、当該情報についてICTの活用により、当該保険医療機関が常に連携保険医療機関の有する診療情報の閲覧が可能な場合、文書による情報提供に関する要件を満たしているとみなすことができる。**

令和６年度診療報酬改定

７．質の高い訪問診療・訪問看護の確保

（１）在宅医療

（２）訪問看護

質の高い訪問看護の確保

訪問看護の提供体制

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

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

賃上げに向けた評価の新設

利用者のニーズへの対応

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

医療DXへの対応を含む関係機関との連携強化

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の機能に応じた訪問看護管理療養費の見直し①

訪問看護管理療養費の見直し（月の初日の訪問の場合）

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

現行

【訪問看護管理療養費】
１　月の初日の訪問の場合

イ　機能強化型訪問看護管理療養費１	12,830円
ロ　機能強化型訪問看護管理療養費２	9,800円
ハ　機能強化型訪問看護管理療養費３	8,470円
ニ　イからハまで以外の場合	7,440円

[施設基準]
機能強化型訪問看護管理療養費１の基準
イ～ヘ　略
（新設）

改定後

【訪問看護管理療養費】
１　月の初日の訪問の場合

イ　機能強化型訪問看護管理療養費１	**13,230円**
ロ　機能強化型訪問看護管理療養費２	**10,030円**
ハ　機能強化型訪問看護管理療養費３	**8,700円**
ニ　イからハまで以外の場合	**7,670円**

[施設基準]
機能強化型訪問看護管理療養費１の基準
イ～ヘ　略
ト　専門の研修を受けた看護師が配置されていること。

[経過措置]
令和６年３月31日において現に機能強化型訪問看護管理療養費１に係る届出を行っている訪問看護ステーションについては、令和８年５月31日までの間に限り、当該基準に該当するものとみなす。

（参考）算定留意事項

第５　訪問看護管理療養費について
（新）　災害等が発生した場合においても、指定訪問看護の提供を中断させない、又は中断しても可能な限り短い期間で復旧させ、利用者に対する指定訪問看護の提供を継続的に実施できるよう業務継続計画を策定し必要な措置を講じていること。

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②

訪問看護管理療養費の見直し（月の２日目以降の訪問の場合）

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

現行	改定後
【訪問看護管理療養費】 ２　月の２日目以降の訪問の場合（１日につき）　3,000円	【訪問看護管理療養費】 ２　月の２日目以降の訪問の場合（１日につき） **（新）　イ　訪問看護管理療養費１　3,000円** **（新）　ロ　訪問看護管理療養費２　2,500円**

[算定要件]

指定訪問看護を行うにつき安全な提供体制が整備されている訪問看護ステーション（**１のイ、ロ及びハ並びに２のイ及びロ**については、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションに限る。）であって、利用者に対して訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っているものが、当該利用者に係る訪問看護計画書及び訪問看護報告書並びに精神科訪問看護計画書及び精神科訪問看護報告書を当該利用者の主治医（保険医療機関の保険医又は介護老人保健施設若しくは介護医療院の医師に限る。以下同じ。）に対して提出するとともに、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を継続して行った場合に、訪問の都度算定する。

[施設基準]

- **訪問看護管理療養費１の基準**

訪問看護ステーションの利用者のうち、**同一建物居住者**（当該者と同一の建物に居住する他の者に対して当該訪問看護ステーションが同一日に指定訪問看護を行う場合の当該者をいう。以下同じ。）**であるものが占める割合が７割未満**であって、**次のイ又はロに該当するもの**であること。

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

ロ　精神科訪問看護基本療養費を算定する利用者のうち、**GAF尺度による判定が40以下の利用者の数が月に５人以上**であること。

- **訪問看護管理療養費２の基準**

訪問看護ステーションの利用者のうち、**同一建物居住者であるものが占める割合が７割以上**であること又は**当該割合が７割未満であって上記のイ若しくはロのいずれにも該当しない**こと。

[経過措置]

令和６年３月31日時点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６年９月30日までの間に限り、訪問看護管理療養費１の基準に該当するものとみなす。

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

24時間対応体制加算の見直し①

➢ 訪問看護ステーションにおける看護師等の働き方改革及び持続可能な24時間対応体制の確保を推進する観点から、24時間対応体制加算について、看護業務の負担軽減のための取組を行った場合を考慮した評価体系に見直す。

現行

【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】
［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が、利用者又はその家族等に対して当該基準に規定する24時間の対応体制にある場合（指定訪問看護を受けようとする者の同意を得た場合に限る。）には、24時間対応体制加算として、月１回に限り、6,400円を所定額に加算する。ただし、当該月において、当該利用者について他の訪問看護ステーションが24時間対応体制加算を算定している場合は、算定しない。

改定後

【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】
［施設基準］
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が、利用者又はその家族等に対して当該基準に規定する24時間の対応体制にある場合（指定訪問看護を受けようとする者の同意を得た場合に限る。）には、24時間対応体制加算として**、次に掲げる区分に従い**、月１回に限り、**いずれか**を所定額に加算する。ただし、当該月において、当該利用者について他の訪問看護ステーションが24時間対応体制加算を算定している場合は、算定しない。

（新）　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
（新）　ロ　イ以外の場合　6,520円

（参考）24時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組

訪問看護管理療養費の注２のイを算定する場合、次に掲げる24時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組に関する内容のうち、ア又はイを含む２項目以上を満たしていること。
ア　夜間対応した翌日の勤務間隔の確保
イ　夜間対応に係る勤務の連続回数が２連続（２回）まで
ウ　夜間対応後の暦日の休日確保
エ　夜間勤務のニーズを踏まえた勤務体制の工夫
オ　ＩＣＴ、ＡＩ、ＩｏＴ等の活用による業務負担軽減
カ　電話等による連絡及び相談を担当する者に対する支援体制の確保

緊急訪問看護加算の評価の見直し

緊急訪問看護加算の見直し

➢ 緊急の指定訪問看護が適切に提供されるよう、緊急訪問看護加算について、要件及び評価を見直すとともに、訪問看護療養費請求書等の記載内容を見直す。

現行

【緊急訪問看護加算（訪問看護基本療養費）】
[算定要件]
１及び２（いずれもハを除く。）については、利用者又はその家族等の求めに応じて、その主治医（診療所又は医科点数表の区分番号Ｃ００１の注１に規定する在宅療養支援病院（以下「在宅療養支援病院」という。）の保険医に限る。）の指示に基づき、訪問看護ステーションの看護師等が緊急に指定訪問看護を実施した場合には、緊急訪問看護加算として、１日につき2,650円を所定額に加算する。

[算定要件]
（新規）

(4)　（略）
（新規）

改定後

【緊急訪問看護加算（訪問看護基本療養費）】
[算定要件]
１及び２（いずれもハを除く。）については、利用者又はその家族等の求めに応じて、その主治医（診療所又は医科点数表の区分番号Ｃ００１の注１に規定する在宅療養支援病院（以下「在宅療養支援病院」という。）の保険医に限る。）の指示に基づき、訪問看護ステーションの看護師等が緊急に指定訪問看護を実施した場合には、緊急訪問看護加算として、次に掲げる区分に従い、１日につき、いずれかを所定額に加算する。

（新）	イ	月14日目まで	2,650円
（新）	ロ	月15日目以降	2,000円

[算定要件]
(4)　当該加算に関し、利用者又はその家族等からの電話等による緊急の求めに応じて、主治医の指示により、緊急に指定訪問看護を実施した場合は、その日時、内容及び対応状況を訪問看護記録書に記録すること。
(5)　（略）
(6)　緊急訪問看護加算を算定する場合には、当該加算を算定する理由を、訪問看護療養費明細書に記載すること。

※在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料及び精神科訪問看護療養費についても同様

令和６年度診療報酬改定

８．重点的分野における対応

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

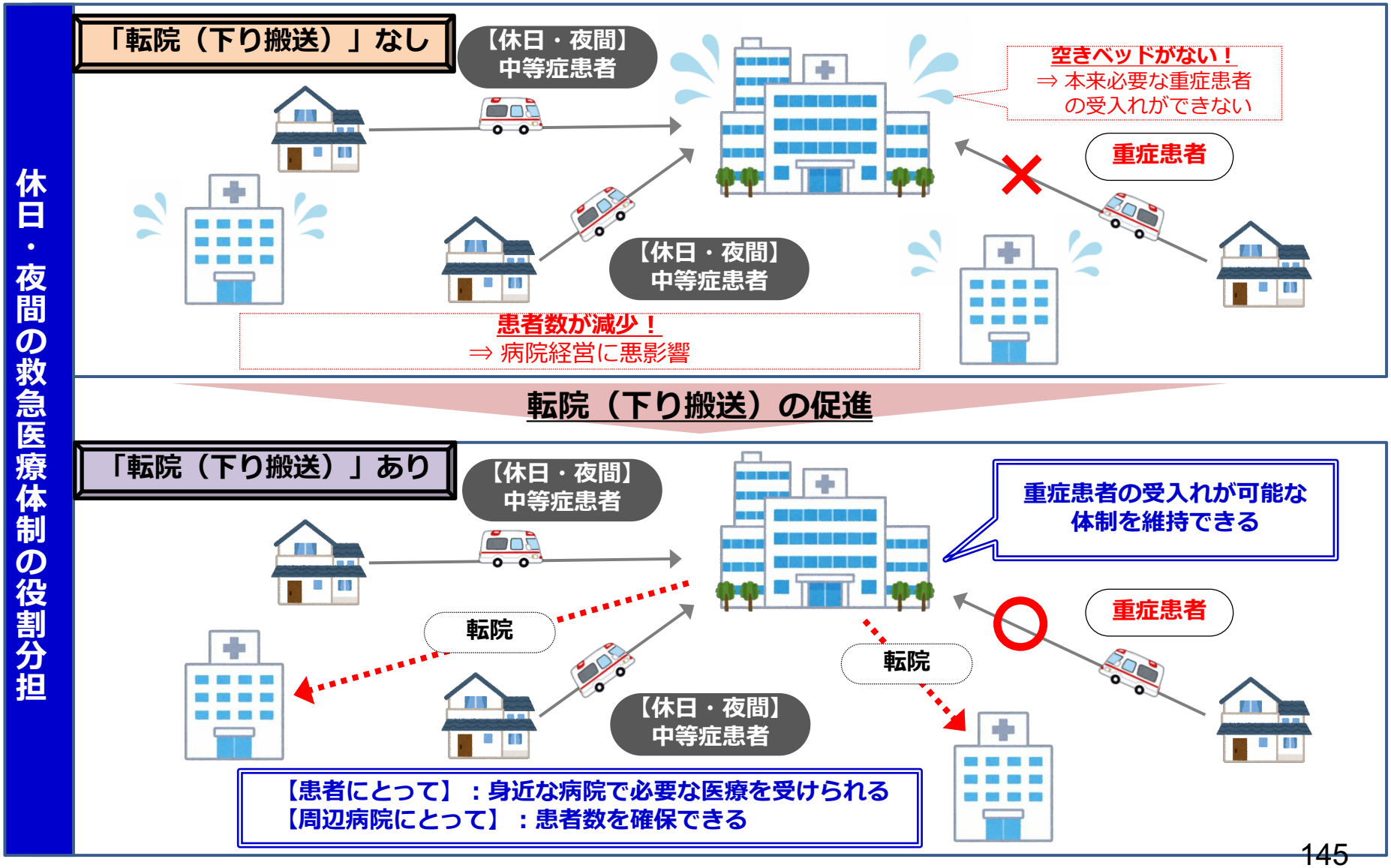
➢ 救急患者連携搬送料の新設に伴い、急性期一般入院料１等における在宅復帰率に関する施設基準について、**救急患者連携搬送料を算定し他の保険医療機関※に転院した患者を対象から除外**する。

※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。

転院（下り搬送）による救急医療体制の役割分担（イメージ）

第２回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ（令和3年12月３日）新潟県提出資料（一部改変）

○　入院治療の機能分化及び受入体制の確保のため、高次の医療機関からの転院搬送の促進の必要性が指摘されている。



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

➢ 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）

（入院前 ～ ）　入院初期　入院中 ～ 退院　地域生活

（新）精神科入退院支援加算

○ 入退院支援部門の設置
○ 入院早期からの退院支援（計画、会議）
- ◆ 退院後の生活を見据えた支援
- ◆ 関係機関との日常的な連携を推進

外来医療等

◆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

（見直し）地域移行機能強化病棟入院料
- 届出期限の延長
- 要件見直し

機能集約

（新）精神科地域包括ケア病棟入院料（通算180日）
（新）自宅等移行初期加算（通算90日）

【通院・在宅精神療法】（見直し）
60分以上の充実
30分未満の適正化
療養生活継続支援加算の充実
（新）
早期診療体制充実加算
児童思春期支援指導加算
心理支援加算
情報通信機器を用いた場合

地域生活に向けた支援が必要な回復期患者の受入れ

○ 自宅等から入院
○ 他の精神病床から転院・転棟

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進

精神科回復期医療
- ➢ 多職種含め13対１の人員配置
- ➢ 地域定着も含めた退院支援

精神科在宅医療の提供　（※１）
- ➢ 在宅医療、訪問看護等の提供実績

かかりつけ精神科医機能　（※１）
- ➢ 地域の精神科医療提供体制への貢献
- ➢ 時間外診療、精神科救急医療の提供

自宅等への移行
- ➢ 自宅等移行率（※２）（新規患者）6月以内に７割
- ➢ 直近１年間の入院期間を通算

（その他）データ提出加算の届出（※2）

【経過措置】
（※１）令和７年５月31日まで
（※２）令和７年９月30日まで

（見直し）精神科在宅医療の推進に向けた評価の充実
- **精神科在宅患者支援管理料の対象患者を拡大**
  （精神科地域包括ケア病棟からの退院患者等を追加）
- **在宅精神療法にも療養生活継続支援加算を設ける　等**

◆病状等に応じて**再入院を含め柔軟に入退院を運用**
◆退院後は、**在宅医療、情報通信機器を用いた精神療法、時間外診療**等を活用し、地域生活を支え、不安定な症状等にも**できる限り入院外で対応**
⇒ **地域平均生活日数の向上**

精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に向けた重点的な支援を提供する病棟の評価の新設

➢ 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に向けた重点的な支援を提供する精神病棟について、新たな評価を行う。

（新）　精神科地域包括ケア病棟入院料　1,535点（１日につき）
自宅等移行初期加算　100点（１日につき）

［算定要件］（概要）

（１）**精神科救急急性期医療入院料**、**精神科急性期治療病棟入院料**及び**精神科救急・合併症入院料を算定した期間と通算して180日**を限度として、所定点数を算定する。

（２）当該病棟に転棟若しくは転院又は入院した日から起算して**90日間**に限り、**自宅等移行初期加算**として、100点を加算する。

（３）過去１年以内に、精神科地域包括ケア病棟入院料又は自宅等移行初期加算を算定した患者については、期間の計算に当たって、**直近１年間の算定期間（算定した日数）を180日又は90日に通算**する。

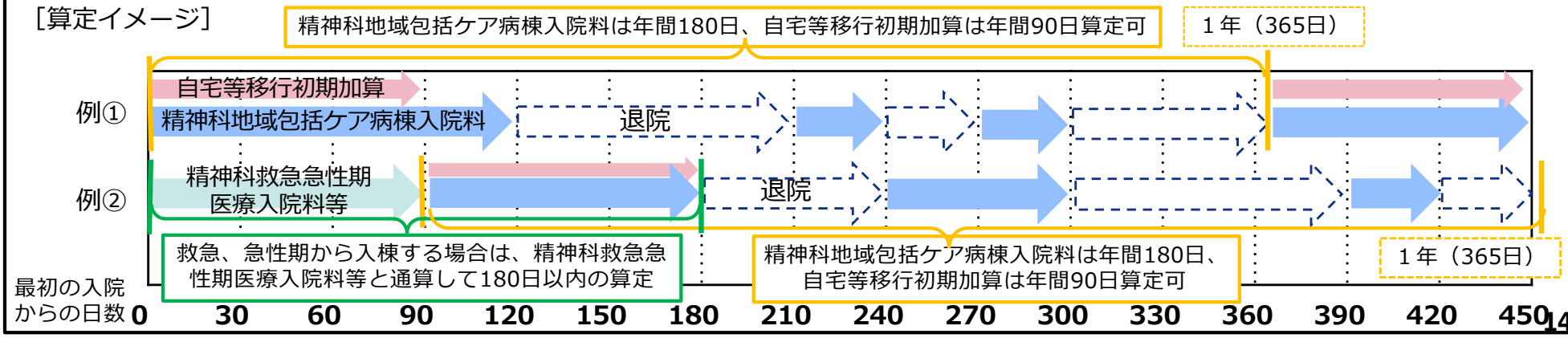
（４）精神病棟入院基本料（15対１、18対１、20対１）、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料を届け出ている病棟から、当該病棟への転棟は、**患者１人につき１回**に限る。

（５）当該病棟の入院患者に対しては、主治医が病状の評価に基づいた診療計画を作成し、適切な治療を実施するとともに、**医師、看護職員、薬剤師、作業療法士、精神保健福祉士、公認心理師等の多職種が共同**して、個々の患者の希望や状態に応じて、退院後の療養生活を見据え必要な療養上の指導、服薬指導、作業療法、相談支援、心理支援等を行う。

（６）当該病棟の入院患者のうち必要なものに対しては、**療養上の指導、服薬指導、作業療法、相談支援又は心理支援等を、１日平均２時間以上**提供していることが望ましい。

（７）症状性を含む器質性精神障害の患者にあっては、精神症状を有する状態に限り、単なる認知症の症状のみを有する患者については、当該入院料を算定できない。

［算定イメージ］



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

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

（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

（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

令和６年度診療報酬改定

9. 個別改定項目（１）

リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進

○　**ＡＤＬの低下の防止等を効果的に行う**ため、**より早期からの取組の評価や切れ目のない多職種による取組を推進**するために、主に以下の見直しを行う。

１．リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の新設（Ⅱ－３－①）

- 入院した患者全員に対し、**入院後48時間以内にADL、栄養状態及び口腔状態に関する評価**を行い、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画の作成及び計画に基づく**多職種による取組（土曜、日曜及び祝日に行うリハビリテーションを含む）**を行う体制の確保に係る**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）**を新設する。

２．病態に応じた早期からの疾患別リハビリテーションの推進（Ⅱ－３－②）

- 重症者に対する早期からの急性期リハビリテーションの提供を推進する観点から、**ADL・認知機能が低い患者、特定の医療行為を必要とする患者又は感染対策が必要な患者に対して**、疾患別リハビリテーションを提供した場合について、疾患別リハビリテーション料に**急性期リハビリテーション加算（１回につき50点）を新設**する。

安静臥床は筋力低下をはじめ全身へ悪影響をもたらす

より早期からのリハ（離床）・栄養・口腔の取組

多職種による評価と計画

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

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（DESIGN-R2020分類d２以上とする。）を保有している入院患者の割合が2.5%未満であること。
- 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。

病態に応じた早期からの疾患別リハビリテーションの推進

病態に応じた早期からの疾患別リハビリテーションの推進

➢ 重症者に対する早期からの急性期リハビリテーションの提供を推進するため、**病態に応じた早期からの疾患別リハビリテーションについて急性期リハビリテーション加算として新たな評価**を行うとともに、早期リハビリテーション加算の評価を見直す。

（新）　急性期リハビリテーション加算　　50点（14日目まで）

（改）　早期リハビリテーション加算　　30点 → 25点（30日目まで）

［急性期リハビリテーション加算の対象患者］　※入院中の患者に限る。

ア　ＡＤＬの評価であるＢＩが10点以下のもの。

イ　認知症高齢者の日常生活自立度がランクＭ以上に該当するもの。

ウ　以下に示す処置等が実施されているもの。

①　動脈圧測定（動脈ライン）　②　シリンジポンプの管理　③　中心静脈圧測定（中心静脈ライン）　④　人工呼吸器の管理

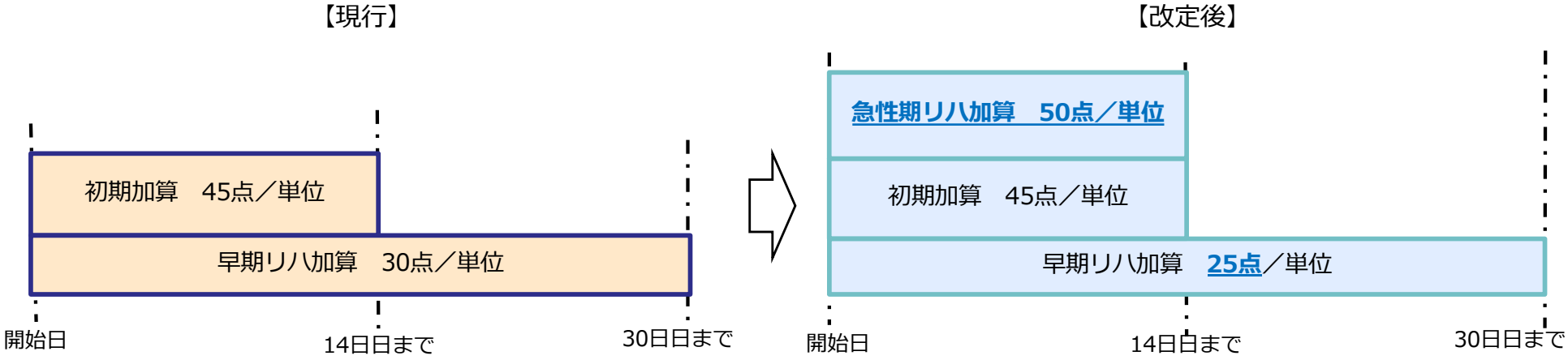
⑤　輸血や血液製剤の管理　⑥　特殊な治療法等（CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO）

エ　「Ａ２２０－２」特定感染症入院医療管理加算の対象となる感染症、感染症法第６条第３項に規定する二類感染症及び同法同条第７項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者及び当該感染症を疑う患者。ただし、疑似症患者については初日に限り算定する。

※　心大血管疾患等リハビリテーション料、脳血管疾患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、呼吸器リハビリテーション料において算定可能。

［急性期リハビリテーション加算の施設基準］

当該保険医療機関内に**リハビリテーション科の常勤医師が配置**されていること。



いわゆる同一敷地内薬局に関する評価の見直し

敷地内薬局における評価の見直し（調剤）

- 特別調剤基本料についてA（いわゆる同一敷地内薬局）及びB（調剤基本料の届出がない薬局）の区分を設け、評価を見直す。
- 特別調剤基本料Ａを算定する保険薬局においては、特別な関係を有する医療機関への情報提供等に係る評価を見直す。
- 医療機関の多剤処方時の薬剤料と同様に、敷地内薬局においても多剤調剤時の薬剤料を減額する規定を設ける。

現行

特別調剤基本料　　７点

【施設基準】
特別な関係を有する保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が七割を超えること

【地域支援体制加算】
【後発医薬品調剤体制加算】
それぞれの点数の100分の80に相当する点数

【薬学管理料】
特別な関係を有する保険医療機関への情報提供を行った場合は、服薬情報等提供料を算定できない。

改定後

特別調剤基本料A　　**５点**

［施設基準］
特別調剤基本料Aについては、特別な関係を有する保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が**五割**を超えること

【地域支援体制加算】【後発医薬品調剤体制加算】【在宅薬学総合体制加算】
それぞれの点数の**100分の10**に相当する点数

【連携強化加算】
特別な関係を有する保険医療機関が外来感染対策向上加算又は感染対策向上加算の届出を行った保険医療機関である場合においては算定できない。

【薬学管理料】
特別な関係を有する保険医療機関への情報提供を行った場合は、服薬情報等提供料、**特定薬剤管理指導加算２、吸入薬指導加算、服用薬剤調整支援料２、外来服薬支援料１の注２及び調剤後薬剤管理指導料を算定できない。**

【薬剤料】
７種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）の調剤を行った場合には、所定点数の100分の 90に相当する点数により算定する

医療機関における敷地内薬局に関する評価の見直し

- １月あたりの処方箋の交付が**平均4,000回を超える医療機関**が、当該医療機関の交付する処方箋による調剤の割合が**９割を超える**薬局と不動産取引等の特別な関係を有する場合の処方箋料の評価を見直す。

【処方箋料】
注９　１、２及び３について、直近３月に処方箋を交付した回数が一定以上である保険医療機関が、別表第三調剤報酬点数表区分番号００調剤基本料に掲げる特別調剤基本料Ａを算定する薬局であって、当該保険医療機関から集中的に処方箋を受け付けているものと不動産取引等その他の特別の関係を有する場合は、１、２又は３の所定点数に代えて、それぞれ18点、29点又は42点を算定する。

令和６年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

- いわゆる同一敷地内薬局については、同一敷地内の医療機関と薬局の関係性や当該薬局の収益構造等も踏まえ、当該薬局及び当該薬局を有するグループとしての評価の在り方に関して、引き続き検討すること。

長期収載品の保険給付の在り方の見直し

医療保険財政の中で、イノベーションを推進する観点から、長期収載品について、保険給付の在り方の見直しを行うこととし、選定療養の仕組みを導入する。※準先発品を含む。

保険給付と選定療養の適用場面

- 長期収載品の使用について、**①銘柄名処方の場合であって、患者希望により長期収載品を処方・調剤した場合**や、**②一般名処方の場合**は、**選定療養の対象とする**。
- ただし、**①医療上の必要性があると認められる場合**（例：医療上の必要性により医師が銘柄名処方（後発品への変更不可）をした場合）や、**②薬局に後発医薬品の在庫が無い場合など、後発医薬品を提供することが困難な場合**については、選定療養とはせず、引き続き、**保険給付の対象とする**。

選定療養の対象品目の範囲

- 後発医薬品上市後、徐々に後発品に置換えが進むという実態を踏まえ、

① 長期収載品の薬価ルールにおいては後発品上市後５年から段階的に薬価を引き下げることとしている。この点を参考に、**後発品上市後５年を経過した長期収載品**については**選定療養の対象（※）とする**。

※ ただし、置換率が極めて低い場合（市場に後発医薬品がほぼ存在しない場合）については、対象外とする。

② また、**後発品上市後５年を経過していなくても、置換率が50%に達している場合**には、後発品の選択が一般的に可能な状態となっていると考えられ、**選定療養の対象とする**。

保険給付と選定療養の負担に係る範囲

- 選定療養の場合には、長期収載品と後発品の価格差を踏まえ、**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**。
- **選定療養に係る負担は**、医療上の必要性等の場合は長期収載品の薬価で保険給付されることや、市場実勢価格等を踏まえて長期収載品の薬価が定められていることを踏まえ、**上記価格差の4分の１相当分**とする。

※具体的な対象品目や運用等の詳細については３月中に通知予定

令和６年度診療報酬改定

15.附帯意見

令和6年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

（全般的事項）

1　近年、診療報酬体系が複雑化していること及び医療 DX の推進において簡素化が求められていることを踏まえ、患者をはじめとする関係者にとって分かりやすい診療報酬体系となるよう検討すること。

（賃上げ全般）

2　看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種を対象とした賃上げに係る評価について、各医療機関における賃上げが適切に実施されているか、実態を適切に把握した上で、検証を行うこと。また、40 歳未満の勤務医師及び勤務歯科医師並びに薬局の勤務薬剤師、事務職員や歯科技工所で従事する者等についても賃上げの実態を適切に把握した上で、検証を行うこと。

（医療 DX）

3　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、医療情報取得加算による適切な情報に基づく診療の評価の在り方について令和６年度早期より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保険証利用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て検討を行うこと。

加えて、医療 DX 推進体制整備加算について、電子処方箋の導入状況および電子カルテ共有サービスの整備状況を確認しつつ、評価の在り方について引き続き検討すること。

（働き方改革・人材確保）

4　医師の働き方改革の更なる推進を図る観点から、医療機関全体の取組に対する評価の在り方、タスクシフト・タスクシェアの進捗及び各医療従事者の負担の軽減、人材確保が困難である状況の中での看護補助者の定着等について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、実効性のある取り組みに繋がる評価の在り方等について引き続き検討すること。

（入院医療）

5　新設された地域包括医療病棟において、高齢者の急性疾患の受け入れ状況、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理などのアウトカムなどについて、幅広くデータに基づいた分析を行い、評価の在り方について検討すること。また、地域包括医療病棟の新設に伴い、10 対 1 の急性期一般病棟については、その入院機能を明確にした上で、**再編を含め評価の在り方を検討**すること。

6　急性期一般病棟入院基本料や高度急性期医療に係る評価、地域で急性期・高度急性期医療を集中的・効率的に提供する体制について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、人口構造や医療ニーズの変化も見据え、重症度、医療・看護必要度、 SOFA スコア等、入院患者のより適切な評価指標や測定方法等、入院料の評価の在り方等について、引き続き検討すること。

7　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、障害者施設等入院基本料、療養病棟入院基本料等について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、求められている役割の更なる推進や提供されている医療の実態の反映の観点から、入院料の評価の在り方等について引き続き検討すること。

8　救急医療管理加算の見直しについて、今回改定による影響の調査・検証を行い、より適切な患者の重症度に応じた評価の在り方について引き続き検討すること。

9　DPC/PDPS 及び短期滞在手術等基本料について、今回改定による在院日数等への影響の調査・検証を行うとともに、医療の質の向上と標準化に向け、診療実態を踏まえた更なる包括払いの在り方について引き続き検討すること。

10 入院時の食費の基準の見直しについて、今回改定による影響、食費等の動向等を把握し、検証を行うこと。

令和6年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

（外来医療）

11　地域包括診療料・加算における介護保険サービスとの連携に係る評価について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、介護保険サービスとの連携の推進について引き続き検討すること。

12　生活習慣病の管理について、今回の改定による影響の調査・検証を行うとともに、より適切な管理がなされるよう、患者の視点を十分に踏まえつつ、引き続き検討すること。

　加えて、他の疾病管理についても実態を踏まえた適切な評価の在り方について引き続き検討を行うこと。

13　かかりつけ医機能を有する医療機関について、改正医療法に基づく制度整備の状況を踏まえ、かかりつけ医機能がより発揮される評価の在り方を検討すること。

14　情報通信機器を用いた精神療法について、患者の受療行動を含め、その実態について調査・検証を行うとともに、より適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

15　情報通信機器を用いた診療については、初診から向精神薬等を処方している医療機関や大半の診療を医療機関の所在地とは異なる都道府県の患者に対して行っている医療機関があることを踏まえ、今後、より丁寧に実態を把握するとともに、引き続き評価の在り方について検討すること。

（在宅医療等）

16　在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の質の向上に向け、同一建物居住者への効率的な訪問診療や訪問看護における対応等、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、地域における医療提供体制の実態等も踏まえつつ、往診、訪問診療、歯科訪問診療、訪問薬剤管理指導、訪問看護等における適切な評価の在り方を引き続き検討すること。

（精神医療）

17　地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価について引き続き検討すること。特に新設された精神科地域包括ケア病棟入院料については、地域定着等の状況も含め、データを用いて適切に調査・検証し、評価の在り方について検討すること。

（リハビリテーションへの対応等）

18　回復期リハビリテーション入院医療管理料の新設に伴い、医療資源の少ない地域におけるリハビリテーションへの対応等について、今回改定による影響の調査・検証を行うこと。

（医療技術の評価）

19　保険適用された医療技術に対する評価について、レジストリ等のリアルワールドデータの解析結果や関係学会等による臨床的位置付けを踏まえ、適切な再評価が継続的に行われるよう、医療技術の評価のプロセスも含め引き続き検討すること。

　また、革新的な医療機器や検査等のイノベーションを含む先進的な医療技術について、迅速かつ安定的に患者へ供給・提供させる観点も踏まえ、有効性・安全性に係るエビデンスに基づく適切な評価の在り方を引き続き検討すること。

（歯科診療報酬）

20　かかりつけ歯科医の機能の評価に係る施設基準の見直し等の影響や回復期リハビリテーション病棟等の入院患者に対する口腔管理・多職種連携の状況等を調査・検証し、口腔疾患の継続的な管理の在り方や口腔管理に係る関係者との連携の評価の在り方について引き続き検討すること。

令和6年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

（調剤報酬）

21　調剤報酬に関しては、地域の医薬品供給拠点としての役割を担い、かかりつけ機能を発揮して地域医療に貢献する薬局の整備を進めるため、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、薬局・薬剤師業務の専門性をさらに高め、質の高い薬学的管理の提供への転換を推進するための調剤報酬の在り方について引き続き検討すること。

（敷地内薬局）

22　いわゆる同一敷地内薬局については、同一敷地内の医療機関と薬局の関係性や当該薬局の収益構造等も踏まえ、当該薬局及び当該薬局を有するグループとしての評価の在り方に関して、引き続き検討すること。

（長期処方やリフィル処方）

23長期処方やリフィル処方に係る取組について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、適切な運用や活用策について引き続き検討すること。

（後発医薬品の使用促進）

24　バイオ後続品を含む後発医薬品の使用促進について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、後発医薬品の供給状況や医療機関や薬局における使用状況等も踏まえ、診療報酬における後発医薬品の使用に係る評価について引き続き検討すること。

（長期収載品）

25　選定療養の仕組みを用いた、長期収載品における保険給付の在り方の見直しについては、患者の動向、後発医薬品への置換え状況、医療現場への影響も含め、その実態を把握するとともに、制度の運用方法等に関して必要な検証を行うこと。

（薬価制度）

26　今回の薬価制度改革の骨子に基づき、ドラッグ・ラグ／ドラッグ・ロスの解消等の医薬品開発への影響や、後発医薬品の企業指標の導入や今後の情報公表も踏まえた医薬品の安定供給に対する影響等について、製薬業界の協力を得つつ分析・検証等を行うともに、こうした課題に対する製薬業界としての対応を踏まえながら、薬価における評価の在り方について引き続き検討すること。

（保険医療材料制度）

27　今回の保険医療材料制度改革に基づくプログラム医療機器への対応や革新的な医療機器等に対する評価の導入の影響等について検証すること。また、医療上必要な医療機器等の安定供給の確保等の観点から、いわゆる物流2024年問題による影響を注視するとともに、我が国における医療機器等の製造や流通、研究開発に係る費用構造等について関係業界の協力を得つつ分析し、こうした課題に対する関係業界としての対応を踏まえながら、適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

（施策の検証）

28　施策の効果や患者への影響等について、データやエビデンスに基づいて迅速・正確に把握・検証できるようにするための方策について引き続き検討すること。医療機関・薬局の経営状況については、医療経済実態調査等の結果に基づき、議論することを原則とすること。

施設基準の届出について

お願い

- 令和６年６月１日から算定を行うための届出期間は、**令和６年５月２日から6月３日**です。ご注意願います。

- 締切日直前に届出が集中することが予想されますので、できる限り早期にご提出いただくようお願いします。

地域包括ケアシステムにおける慢性期・回復期医療の役割とは！？

地域包括ケアシステム

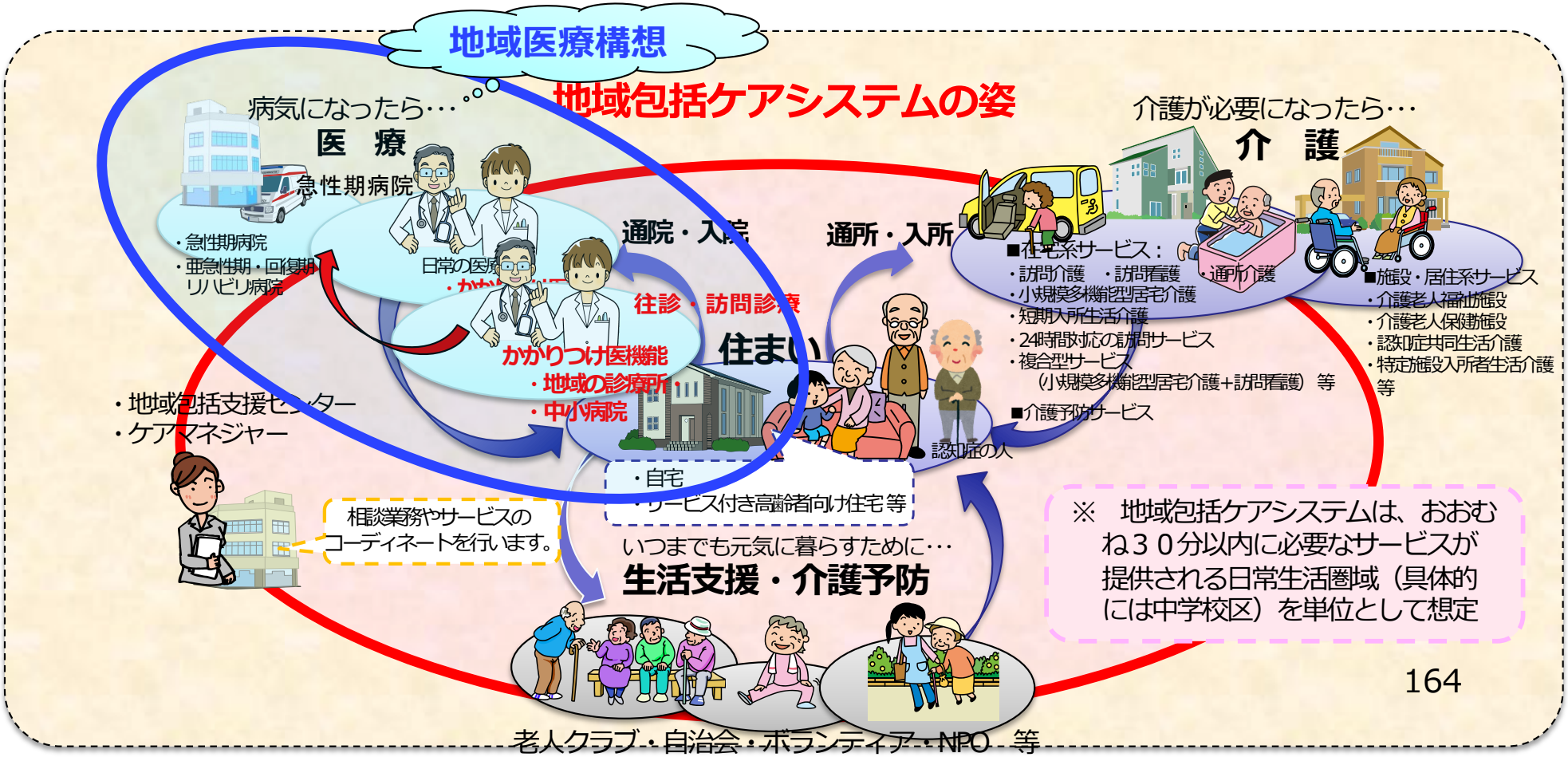
出典：平成28年3月　地域包括ケア研究会報告書より

○　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、**住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現**していきます。

○　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です。

○　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**が生じています。

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**ことが必要です。

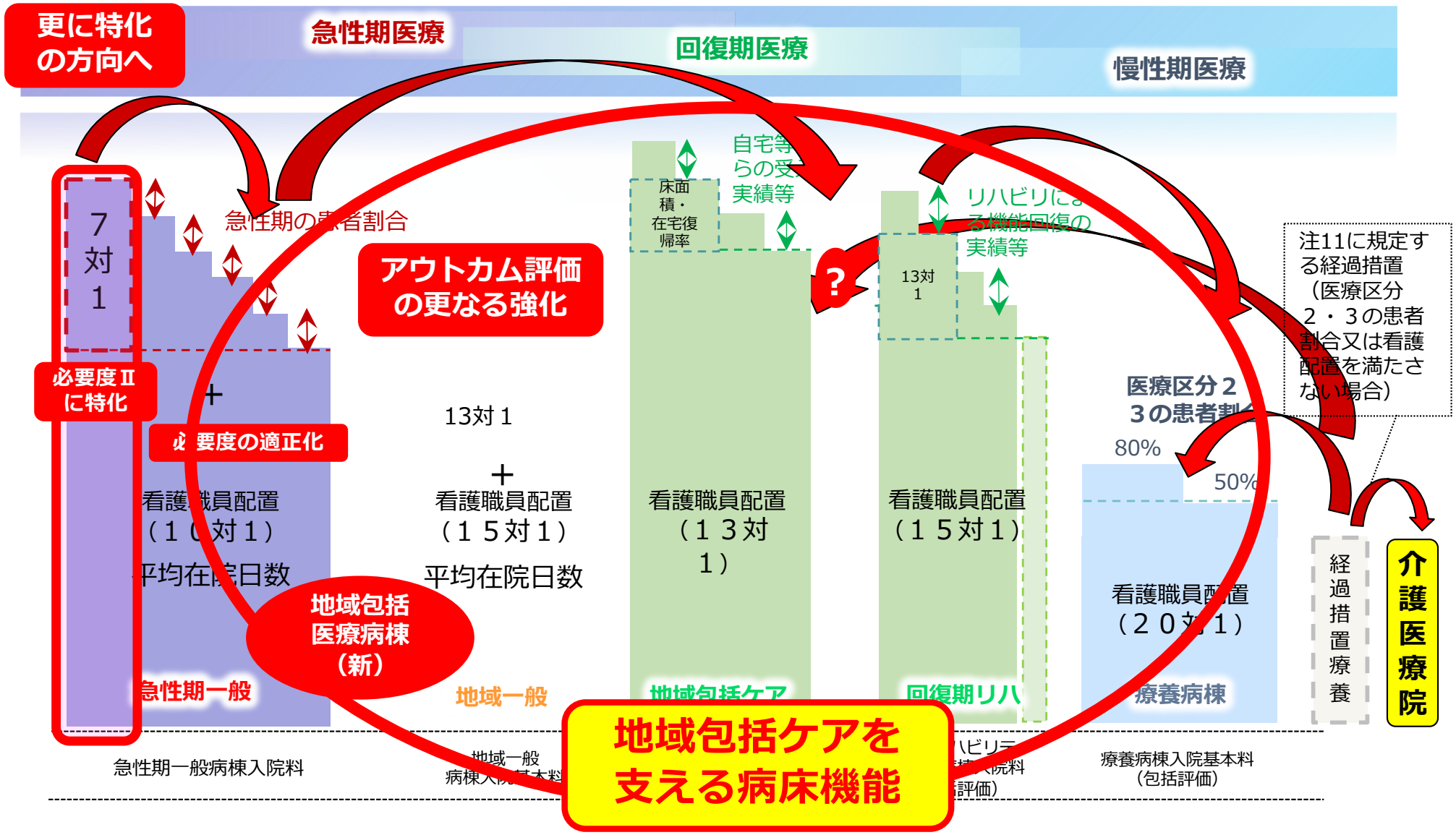


入院医療の評価体系と期待される機能（イメージ）

厚労省保険局医療課：令和4年度診療報酬改定の概要【令和4年3月4日版】より、一部改変

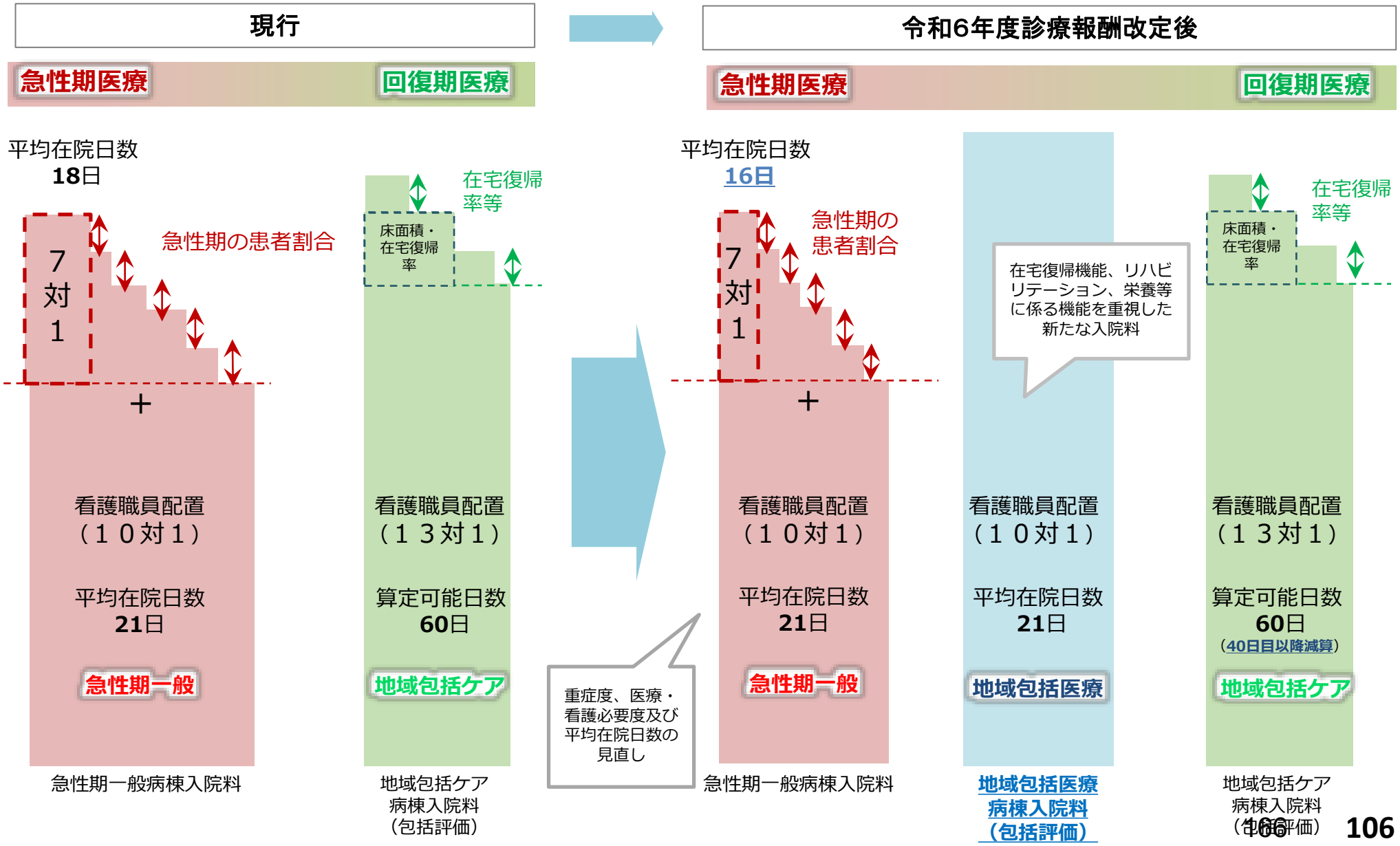
○　入院医療評価体系については、**基本的な医療の評価部分**と**診療実績に応じた段階的な評価部分**との二つの評価を組み合わせた評価体系としている。

※　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。



再掲

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



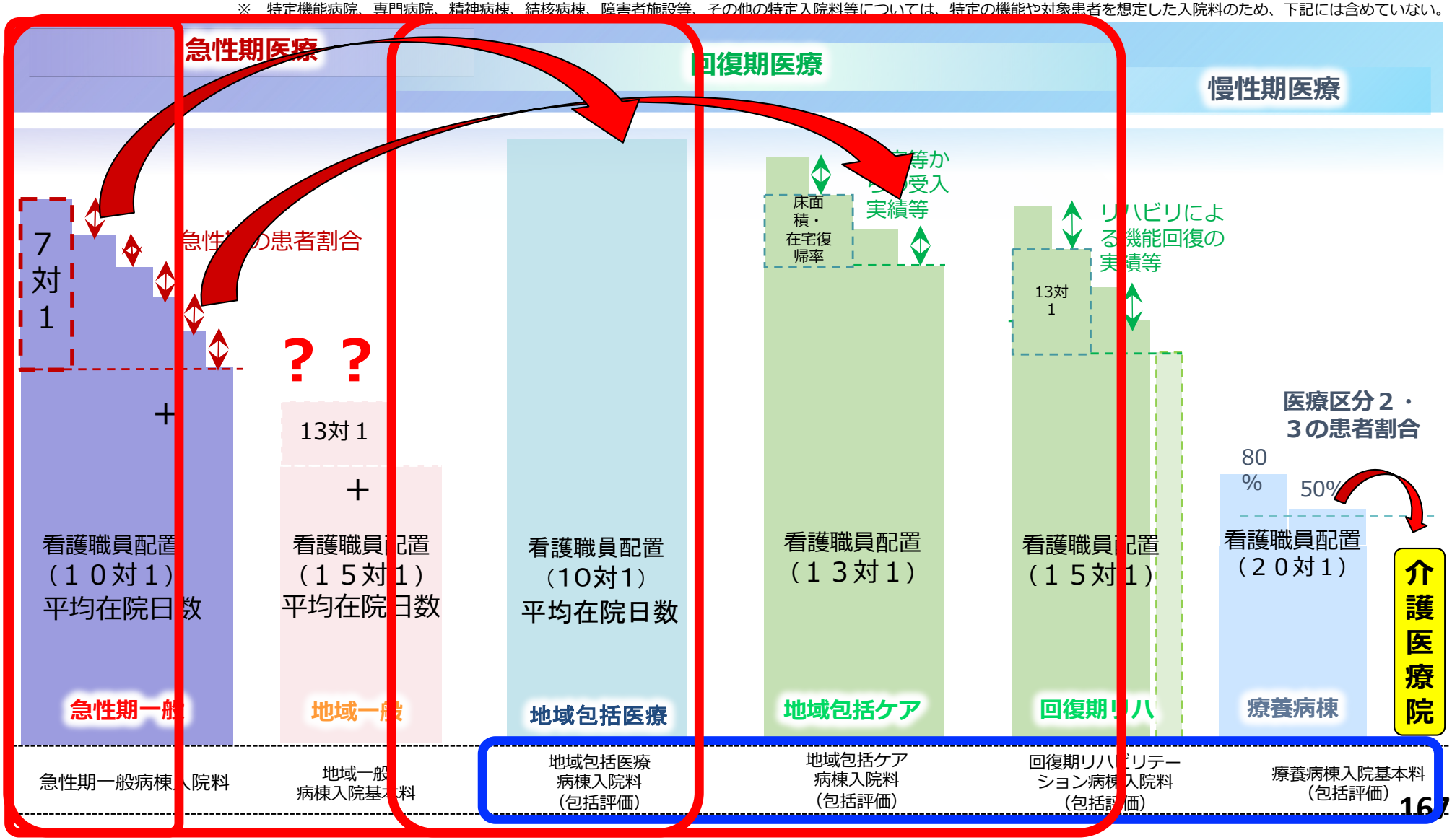
参考（眞鍋馨医療課長講演資料より一部改変）

令和６年度診療報酬改定

入院医療の評価体系と期待される機能（イメージ）

○　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。



入院医療の評価体系と期待される機能（イメージ）

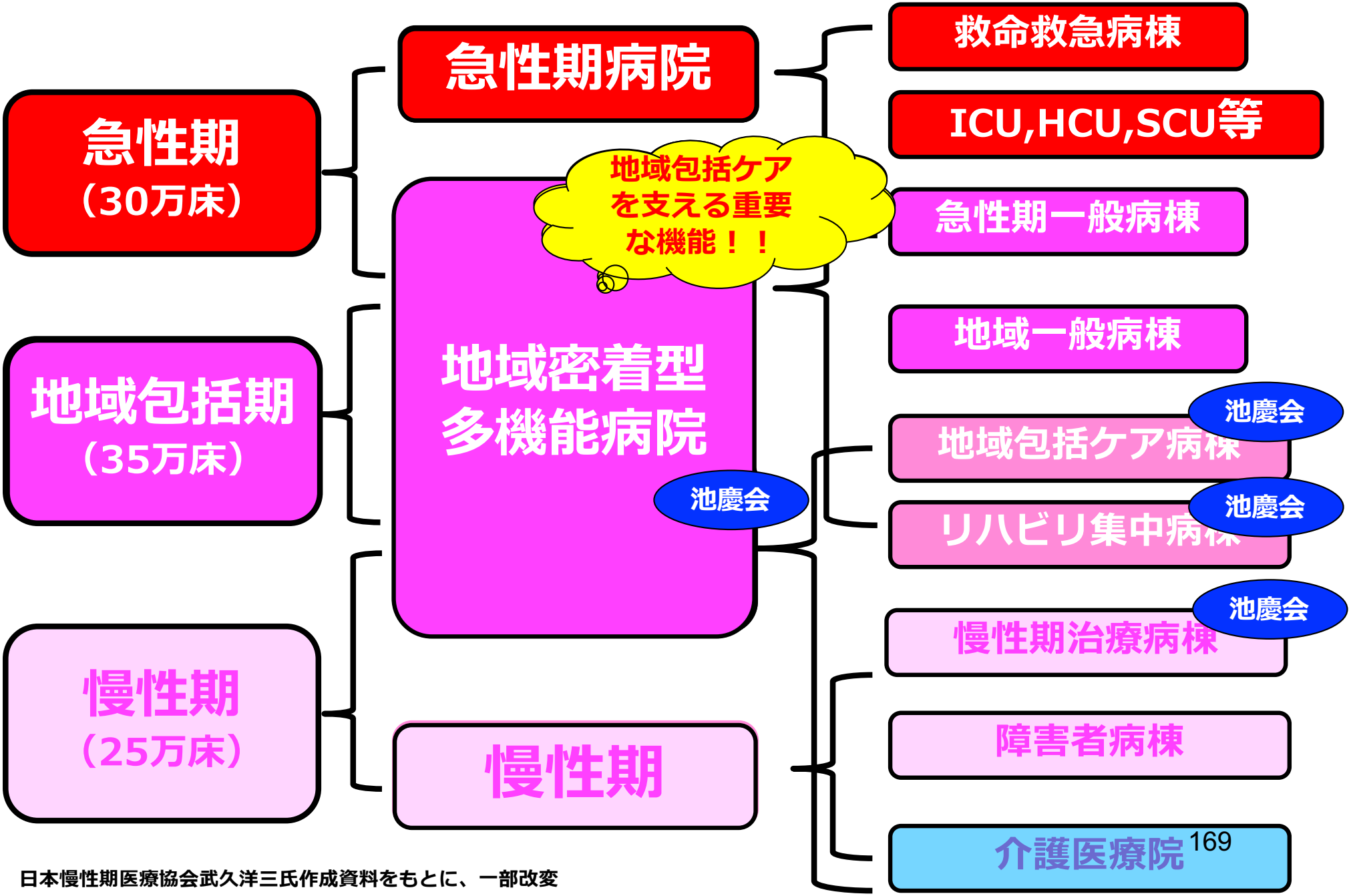
厚労省保険局医療課：令和4年度診療報酬改定の概要【令和4年3月4日版】より一部改変

○　急性期一般入院料１における「在宅復帰・病床機能連携率」や、地域包括ケア病棟・療養病棟における「在宅復帰率」の基準において、**自宅だけでなく、在宅復帰率等の基準の設定された病棟への転院等を、分子として算入できることとしており、在宅復帰に向けた流れに沿った連携等の取り組みを促進している。**

各病棟ごとの在宅復帰率の算出にあたって、**在宅復帰に含まれる退院・転院を、太い矢印（⇨）で示す**

※　転棟患者（自院内の転棟）は除く。
※　在宅復帰機能強化加算に係る記載は省略。

これからの入院医療の流れ（2040年に向けて）



日本慢性期医療協会武久洋三氏作成資料をもとに、一部改変

地域密着型多機能型病院に必要な３大機能と３種の神器

①在宅復帰・在宅医療支援機能

②リハビリテーション機能

③終末期医療機能（看取りを含めて）

【３種の神器】

①信頼出来るかかりつけ医

②信頼出来るケアマネジャー

③頼りになる地域包括支援センター

医療法人池慶会　池端幸彦 作成

注目点は！？

食べる

食と栄養

動く

リハビリ

交わる

認知症

地域包括ケア時代に求められる中小民間病院像とは！？

在宅支援が
重要な鍵！！

地域密着型
多機能型病院

これからの
医療・介護連携とは

生活を支える
視点

■治療的医療 vs. 生活的医療（癒しの医療）

■生活支援の中に、医療的マインドを吹き込む

医療と介護の融合

究極の医療・介護連携とは！？

リンケージ
（連携）

↓

インテグレーション
（統合）

Quality of lifeとは？

人生

生命

生活

経営が良い病院10ケ条

① 明確な経営理念（ビジョン）がある
② トップの経営方針が「過去踏襲型」ではなく「未来指向型」
③ 法人の社会貢献度が高く、コンプライアンスを遵守
④ 職員に財務状況を包み隠さず公開
⑤ 院長・看護部長・事務部長が、互いにリスペクト
⑥ 職員のキャリアアップに繋がる高い「医療の質」がある
⑦ 頑張った職員が報われる人事考課制度がある
⑧ 院内研修・院外研修の適正な予算を確保し積極的に実施
⑨ 診療内容に「これだ！」という得意分野がある
⑩ 必要な経営管理指標データを常に把握

（株）MMオフィス代表　工藤高氏講演より（一部改変）

先が見えない
これからの病院経営の極意とは！？

1）CHANGE! or DIE!!　　現状維持　即脱落！

2）対策の３要素：①Vision　②Plan ③Leadership

3）「働き方改革」は「生き方改革」

時間で動く　→　成果で動く

4）対策の３原則：①簡素化 ②透明化 ③分権化

「権限移譲」は、人を育てる最大のツール

5）報告の３原則：

①トラブルはすぐ ②悪いことから ③ウソをつくな

6）上司の３資質：①実績 ②理論 ③人徳

7）責任者の３要素：①伝える ②決める ③逃げない

松本晃（前カルビー社長）語録より一部池端幸彦改編

そして最後に・・・その心は！？

- 地域包括ケアと地域医療構想は、車の両輪
- やりたい医療より、求められる医療を！
- 医療と介護は、連携から統合へ
- 診療報酬改定と地域医療構想は、使っても使われるな！
- 地域住民が、最後の砦

Act Now for the New Normal

～ウィズコロナ時代のための今～

医療法人池慶会　池端幸彦 作成

良質な慢性期医療がなければ、日本の医療は成り立たない！！