平成医療福祉グループ
HEISEI MEDICAL WELFARE GROUP

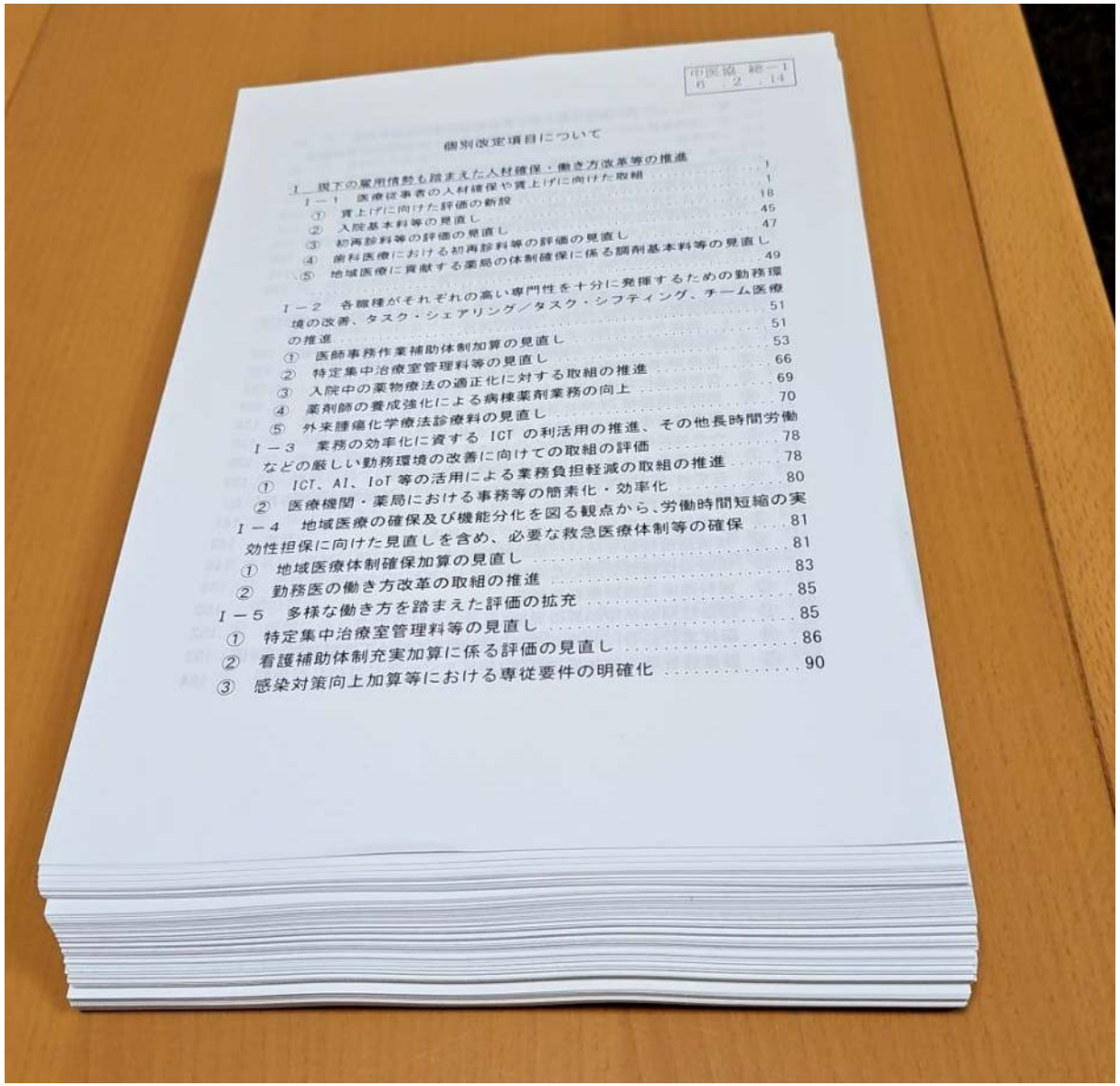
令和6年度診療報酬改定から見えてきた慢性期医療の方向性

一般社団法人　日本慢性期医療協会　副会長
中医協入院･外来医療等の調査･評価分科会委員
平成医療福祉グループ　診療本部長
井川　誠一郎

日本慢性期医療協会主催
令和6年度診療報酬・介護報酬改定説明会
COI開示

発表者名：井川誠一郎

演題発表に関連し、開示すべきCOI
関係にある企業などはありません。



中医協 総－1
6．2．14

個別改定項目について

Ⅰ 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 …… 1
Ⅰ－1 医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組 …… 1
① 賃上げに向けた評価の新設 …… 18
② 入院基本料等の見直し …… 45
③ 初再診料等の評価の見直し …… 47
④ 歯科医療における初再診料等の評価の見直し …… 49
⑤ 地域医療に貢献する薬局の体制確保に係る調剤基本料等の見直し
Ⅰ－2 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 …… 51
① 医師事務作業補助体制加算の見直し …… 51
② 特定集中治療室管理料等の見直し …… 53
③ 入院中の薬物療法の適正化に対する取組の推進 …… 66
④ 薬剤師の養成強化による病棟薬剤業務の向上 …… 69
⑤ 外来腫瘍化学療法診療料の見直し …… 70
Ⅰ－3 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 …… 78
① ICT、AI、IoT 等の活用による業務負担軽減の取組の推進 …… 78
② 医療機関・薬局における事務等の簡素化・効率化 …… 80
Ⅰ－4 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 …… 81
① 地域医療体制確保加算の見直し …… 81
② 勤務医の働き方改革の取組の推進 …… 83
Ⅰ－5 多様な働き方を踏まえた評価の拡充 …… 85
① 特定集中治療室管理料等の見直し …… 85
② 看護補助体制充実加算に係る評価の見直し …… 86
③ 感染対策向上加算等における専従要件の明確化 …… 90

答申時の「個別改定項目について」のページ数

改定年度	「個別改定項目について」ページ数	
2022	275	トリプル改定
2014	270	
2016	380	
2018	492	同時改定
2020	482	
2022	504	
2024	769	トリプル改定

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. ポストコロナの感染症対策の推進

- 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。
- 発熱外来に代わる**発熱患者等対応加算**を新設。
- 入院患者に対して、**特定感染症入院医療管理料**を新設し、感染対策を引き続き評価。

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、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癌患者等への訪問診療料等が算定可能に。

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、療養計画書による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。

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。
- 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。
- **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。

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。
- 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。

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。
- 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。
- 発達障害や不適切な養育に繋がり得る児への対応強化。
- 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。
- 入院および外来におけるバイオ後続品の使用促進。

9. 医療技術の適切な評価

- 医療技術評価分科会等の評価を踏まえた対応

平成医療福祉グループ
HEISEI MEDICAL WELFARE GROUP

処遇改善（賃上げ・基本料等の引き上げ）

診療報酬改定について

12 月 20 日の予算大臣折衝を踏まえ、令和６年度の診療報酬改定は、以下のとおりとなった。

１．**診療報酬 ＋０．８８％**（国費 800 億円程度（令和６年度予算額。以下同じ））

※１　うち、※２～４を除く改定分 ＋０．４６％

各科改定率　医科 ＋０．５２％
歯科 ＋０．５７％
調剤 ＋０．１６％

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。

※２　うち、看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種（上記※１を除く）について、令和６年度にベア＋2.5%、令和７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%

※３　うち、入院時の食費基準額の引き上げ（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%

※４　うち、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%

（注）令和６年６月施行

1　医療従事者の賃上げの概要について
（１）全体の概要①

○　昨今の食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰の状況、30 年ぶりの高水準となる賃上げの状況などといった経済社会情勢は、医療分野におけるサービス提供や人材確保にも大きな影響を与えています。

○　こうした中、令和６年度診療報酬改定では、医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組として、**特例的な対応**を行います。

物価高に負けない「賃上げ」の実現！

物価高に負けない「賃上げ」の実現を目指し、令和６年度診療報酬改定では、

1. **病院、診療所、歯科診療所、訪問看護ステーション**に勤務する**看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種**の賃上げのための特例的な対応として、**＋０．６１％の改定**
2. **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として、**＋０．２８％の改定**を行い、**医療従事者の賃上げに必要な診療報酬を創設**します。

また、**令和６年度にベア＋２.５％、令和７年度にベア＋２.０％の実現**に向け、

① 医療機関等の過去の実績

② 今般の報酬改定による上乗せの活用

③ 賃上げ税制の活用

を組み合わせることにより、達成を目指していくことになります。

なお、今回の賃上げの状況については、賃金引上げに係る計画書、賃金引上げの実施状況の報告書の提出（毎年）、抽出調査などにより報告していただく予定です。（P11参照）

⚠ ベースアップ評価料の算定要件は、当該評価料による収入を原則、全額ベア等に充てることです。その上で、さらに今般の報酬措置以外の収入や、税制措置も活用しながら、令和6年度ベア＋2.5%、令和７年度ベア＋2.0%の目標へのご協力をお願いします。

3

厚労省：R6.2.15令和6年度診療報酬改定と賃上げについて～今考えていただきたいこと（病院・医科診療所の場合）～　より

1　医療従事者の賃上げの概要について
（２）対象職種

○　今般の診療報酬改定における賃上げの対象となる職種については、それぞれ以下のとおりです。

1 **病院、診療所、歯科診療所、訪問看護ステーション**に勤務する**看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種**の賃上げのための特例的な対応として、**＋０．６１％の改定**

【対象職種】

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

2 **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として、**＋　０．２８％の改定**

【対象職種（想定）】

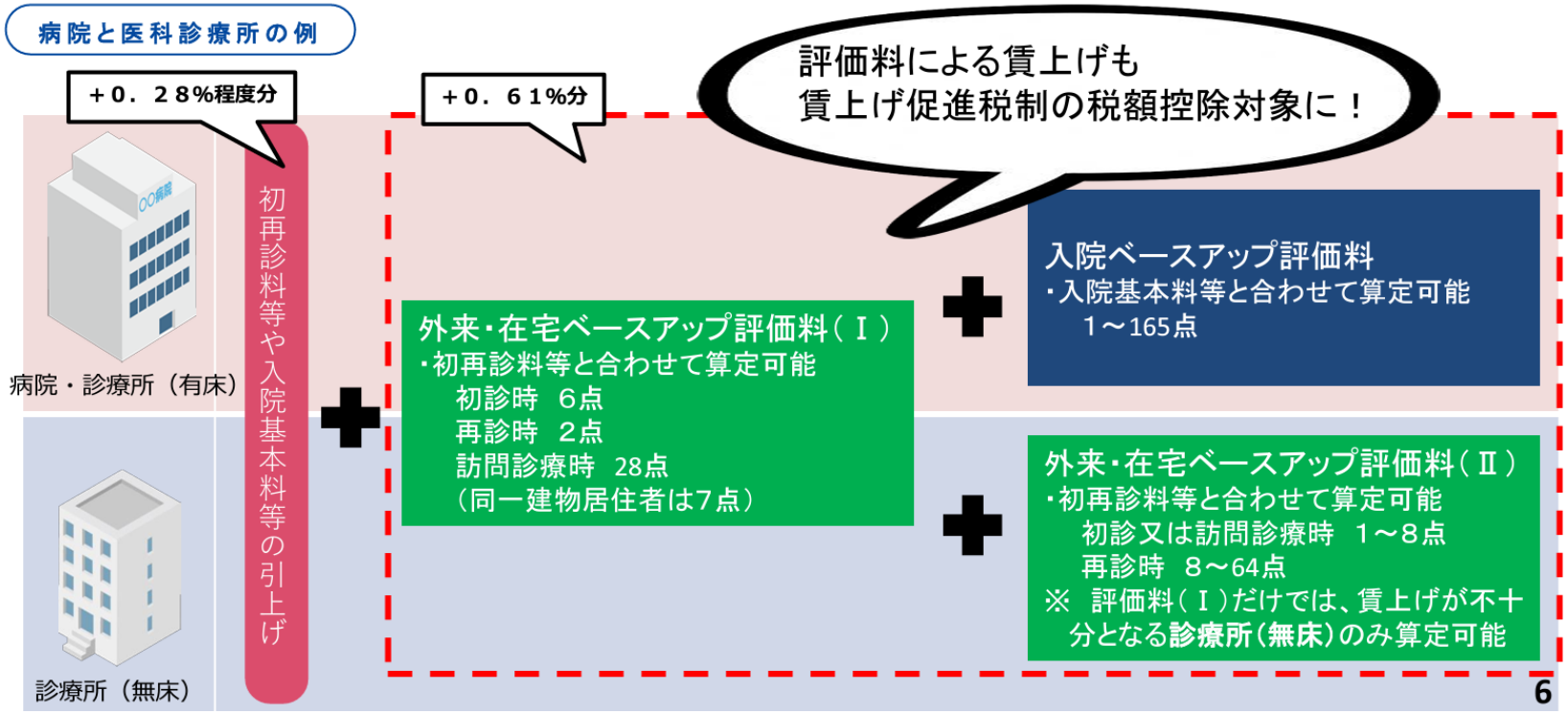
40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、
事務職員、歯科技工所等で従事する者　等

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、賃上げ促進税制における税額控除の対象**となります。

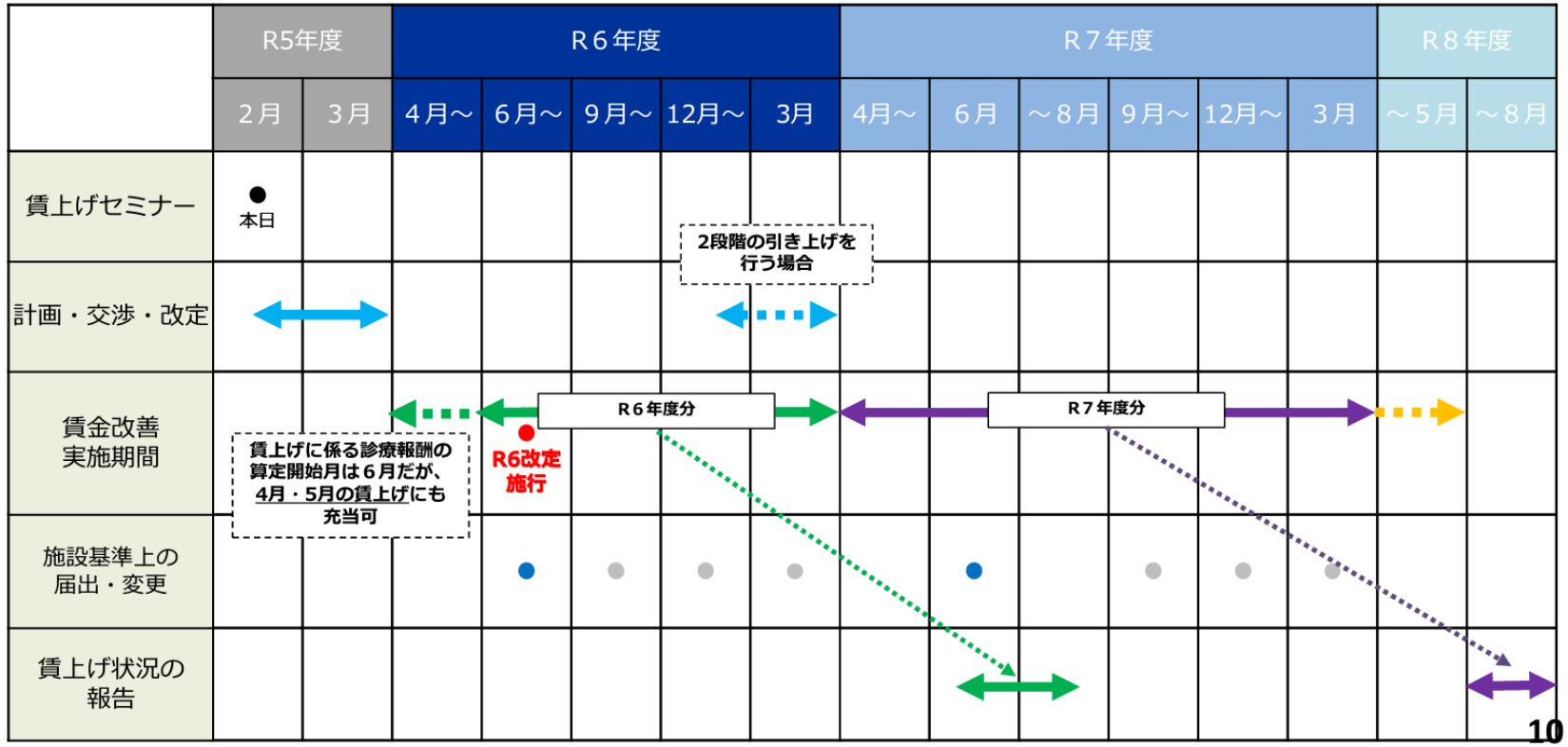


厚労省：R6.2.15令和6年度診療報酬改定と賃上げについて～今考えていただきたいこと（病院・医科診療所の場合）～　より

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。



厚労省：R6.2.15令和6年度診療報酬改定と賃上げについて～今考えていただきたいこと（病院・医科診療所の場合）～　より

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。

11

Ⅰ　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
Ⅰ－１　医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組 1
①　賃上げに向けた評価の新設 1
②　入院基本料等の見直し 18
③　初再診料等の評価の見直し 45
④　歯科医療における初再診料等の評価の見直し 47
⑤　地域医療に貢献する薬局の体制確保に係る調剤基本料等の見直し
..... 49

【

第

第

５．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

（新）　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）（１日につき）

１	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
２	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
↓		
８	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

厚労省：R6.2.15令和6年度診療報酬改定と賃上げについて～今考えていただきたいこと（病院・医科診療所の場合）～　より

平成医療福祉グループ
HEISEI MEDICAL WELFARE GROUP

2024年度診療報酬改定の概要

平成医療福祉グループ
HEISEI MEDICAL WELFARE GROUP

療養病床

【Ⅱ－３　リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進－⑤】

⑤　療養病棟入院基本料の見直し

第１　基本的な考え方

療養病棟入院基本料について、以下の見直しを行う。

① 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、医療区分に係る評価体系を見直す。
② 適切な栄養管理を推進する観点から､中心静脈栄養の評価を見直す。
③ 適切なリハビリテーションを推進する観点から、要件を見直す。
④ 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、経過措置を廃止する。
⑤ 中心静脈栄養が実施される患者割合が増えている実態を踏まえ､療養病棟における適切な経腸栄養の管理の実施について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

１．　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。

２．　療養病棟入院基本料について、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評価を見直す。

療養病床入院基本料

疾患・状態	医療区分3			医療区分2			医療区分1		
処置等（医療区分）	区分3	区分2	区分1	区分3	区分2	区分1	区分3	区分2	区分1
ADL区分3	入院料1 1,964点	入院料4 1,692点	入院料7 1,644点	入院料10 1,831点	入院料13 1,455点	入院料16 1,371点	入院料19 1,831点	入院料22 1,442点	入院料25 983点
ADL区分2	入院料2 1,909点	入院料5 1,637点	入院料8 1,589点	入院料11 1,776点	入院料14 1,427点	入院料17 1,343点	入院料20 1,776点	入院料23 1,414点	入院料26 935点
ADL区分1	入院料3 1,621点	入院料6 1,349点	入院料9 1,301点	入院料12 1,488点	入院料15 1,273点	入院料18 1,189点	入院料21 1,488点	入院料24 1,260点	入院料27 830点

疾患・状態	ADL区分3	ADL区分2	ADL区分1
スモン（医療区分3）	入院料28 1,831点	入院料29 1,776点	入院料30 1,488点

旧入院基本料1	ADL区分3	ADL区分2	ADL区分1
医療区分3	1813点	1758点	1471点
医療区分2	1414点	1386点	1232点
医療区分1	968点	920点	815点

医療区分

医療区分	医療区分3	医療区分2	医療区分1
疾患・状態	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	・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 ・その他の指定難病等(スモンを除く。) ・脊髄損傷（頸髄損傷四肢麻痺） ・慢性閉塞性肺疾患 ・悪性腫瘍(疼痛コントロール） ・消化管等の体内からの出血 ・暴行が毎日認められる状態 （原因・治療方針を医師を含めて検討）	左記の疾患・状態 （医療区分2･3） 該当なし
処置等	・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） ・24時間持続点滴 ・人工呼吸器使用（5時間超） ・ドレーン法　又は　胸腔腹腔洗浄 ・気管切開又は気管内挿管(発熱を伴う) ・酸素療法(常時3L/分以上） ・感染症隔離室での管理	・中心静脈栄養 （処置等医療区分3の対象以外で30日を超えて実施する場合） ・肺炎に対する治療 ・尿路感染症に対する治療 ・リハビリテーション（発症後30日以内） ・脱水に対する治療(発熱を伴う) ・頻回の嘔吐に対する治療(発熱を伴う) ・褥瘡に対する治療 ・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 ・透析（人工腎臓等） ・発熱又は嘔吐を伴う状態の経腸栄養 ・1日8回以上の喀痰吸引 ・気管切開又は気管内挿管のケア ・頻回の血糖検査 ・創傷（手術創・感染創）、皮膚潰瘍又は下腿若しくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療 ・酸素療法(医療区分3以外）	左記の処置等 （医療区分2･3） 該当なし

中心静脈栄養の見直し

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

医療区分の処置の項目

医療区分３:

- 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、もしくは急性膵炎を有する患者を対象とする場合
- 中心静脈栄養を開始した日から30日以内の場合

医療区分２:

- 上記以外

経過措置:R6.3.31に療養病棟でTPN実施していれば6月以降も医療区分3とみなす

療養病棟での経過措置

- 令和6年3月31日に療養病棟でTPN実施していれば6月1日以降も医療区分3とみなす
- 療養病棟入院基本料の注１１を廃止し医療区分３、２の割合が5割以下の要件については令和６年９月３０日まで経過措置を認める（看護師要件は認めない）

経腸栄養管理加算

７．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、区分番号Ａ２３３－２に掲げる栄養サポートチーム加算、区分番号Ｂ００１の 10 に掲げる入院栄養食事指導料、区分番号Ｂ００１の 11 に掲げる集団栄養食事指導料は別に算定できない。

［施設基準］

適切な経腸栄養の管理と支援を行うにつき必要な体制が整備されていること。

看護補助体制充実加算（療養病棟）

	所定点数	施設基準
看護補助体制充実加算 1	80点	1. 従来の看護補助体制加算の基準 2. 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 3. 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 4. 看護補助者数が、常時、100：1以上 5. 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
看護補助体制充実加算 2	65点	1. 従来の看護補助体制加算の基準 2. 上記3～5を満たすこと
看護補助体制充実加算 3	55点	1. 従来の看護補助体制加算の基準

身体的拘束を最小化する取組を実施することが要件で、身体拘束を実施した日は加算3となる

その他

- リハビリテーションの上限設定

  医療区分、ADL区分共に1である入院料27（現行の入院料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

平成医療福祉グループ
HEISEI MEDICAL WELFARE GROUP

回復期リハビリテーション病棟

【Ⅱ－４　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－⑬】

⑬　回復期リハビリテーション病棟入院料の評価及び要件の見直し

第１　基本的な考え方

より質の高いアウトカムに基づいた回復期リハビリテーション医療を推進する観点から、回復期リハビリテーション病棟の要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

回復期リハビリテーション病棟入院料の要件及び評価について、以下のとおり見直す。

１．回復期リハビリテーション病棟入院料１及び２の評価を見直す。
２．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。
３．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、専従の社会福祉士の配置を要件とする。
４．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、地域貢献活動に参加することが望ましいこととする。
５．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、FIM の測定に関する院内研修を行うことを要件とする。
６．回復期リハビリテーション病棟１から５までについて、FIM を定期的に測定することを要件とする。
７．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、口腔管理を行うにつき必要な体制が整備されていることを要件とする。
８．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。
９．回復期リハビリテーション病棟入院料１から５までについて、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評価を見直す。

令和４年度診療報酬改定　Ｉ－３　医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

回復期リハビリテーション病棟入院料（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）
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		－		
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			
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	－	－
リハビリテーション実績指数等の院内掲示等による公開	○				
データ提出加算の届出	○				○
休日リハビリテーション	○		－		
新規入院患者のうちの、重症の患者の割合	３割以上→４割以上		２割以上→３割以上		－
入院時に重症であった患者における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		－
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	－	－
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

体制強化加算の廃止
＝専従不要

専従に

GLIM基準による
栄養評価が必須が追加

GLIM基準による
栄養評価が望ましいが追加

FIM測定に関する院内研修
を行うことを要件に追加

入院料1～5
定期的FIM測定を要件

経過措置：
社会福祉士専従
R7.5.31まで

GLIM基準、FIM院内研修
R6.9.30まで

※１：入院料５については、届出から６年間に限り届出ができます。
なお、令和４年３月31日時点において、回復期リハビリテーション病棟入院料を届出ている医療機関は、改定前の医科診療報酬点数表により回復期リハビリテーション病棟入院料を届出ることができます。

57

（厚労省令和4年度診療報酬改定の概要より）

入院料1,2
口腔管理を行うのに必要な体制整備を要件
地域交換活動の参加が望ましい

回リハ改正点

1. 入院料の引き上げ
2. 入院料1・2の見直し
   ① 上記と別の、機能強化に伴う評価（点数）の引き上げ
   ② 「専従」の社会福祉士配置の義務化（「専任」→「専従」へ厳格化）
   ③ 地域貢献活動への参加の努力義務化
   ④ 「口腔管理を行う体制」整備の義務化
3. 済 「入退院時の栄養状態の評価においてGLIM基準」の使用
   ① 入院料1で義務化
   ② 入院料2－5で努力義務化
4. 入棟患者のFIM測定について
   ① リハビリ実績指数の基準がある入院料1・3では「FIM測定に関する院内研修」実施を義務化
   ② すべての入院料で「FIMの定期的な測定と診療録への記載」を義務化
5. 【体制強化加算1・2】を廃止する
6. 回復期リハビリ病棟等に入院する患者に対する口腔機能管理等の実施についての評価を新設
7. 医療資源の少ない地域で「回復期リハビリ病室」（回復期リハビリテーション入院医療管理料）設定を認める
8. 疾患別リハビリ料に係る算定単位数上限緩和対象患者の、回復期リハビリ病棟・特定機能病院リハビリ病棟対象から「運動器リハビリ料算定患者」を除外する
9. 医療機関で行われていた集団リハビリは2006年の診療報酬改定以来復活（心大血管疾患リハのみ）
10. 実施者ごとの訓練実態把握のため疾患別リハビリテーション料について実施者別算定を新設

図 GLIM基準による低栄養診断のプロセス

●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、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

↓

栄養リスクあり

↓

●低栄養診断

表現型基準（フェノタイプ基準）

意図しない体重減少	低BMI	筋肉量減少
□＞5%/6ヶ月以内 □>10%/6ヵ月以上	□<18.5, 70歳未満 □<20, 70歳以上	□ 筋肉量の減少 • CTなどの断層画像、バイオインピーダンス分析、DEXAなどによって評価。下腿周囲長などの身体計測値でも代用可。 • 人種に適したサルコペニア診断に用いる筋肉量減少の基準値を使用
それぞれの項目で1つ以上に該当		

＋

病因基準（エチオロジー基準）

食事摂取量減少/消化吸収能低下	疾病負荷/炎症
□ 1週間以上、必要栄養量の50%以下の食事摂取量 □ 2週間以上、様々な程度の食事摂取量減少 □ 消化吸収に悪影響を及ぼす慢性的な消化管の状態	□ 急性疾患や外傷による炎症 □ 慢性疾患による炎症
それぞれの項目で1つ以上に該当	

表現型基準と病因基準の両者から1項目上該当

↓

低栄養と診断

□グレーの欄はGLIMの原著で、日本人のカットオフ値が定められていない項目

↓

●重症度判定

	意図しない体重減少	低BMI	筋肉量減少
重度低栄養と診断される項目	□＞10%, 過去6ヵ月以内 □＞20%, 過去6ヵ月以上	□ 高度な減少	□ 高度な減少

表現型基準の3項目で、より高度な基準値を超えたものが一つでもある場合は重度低栄養と判定され、一つも該当しない場合は中等度低栄養と判定

略語 MUST, Malnutrition Universal Screening Tool; NRS-2002, Nutritional Risk Screening 2002; MNA-SF, Mini Nutritional Assessment Short-Form; BMI, body mass index; DEXA, Dual energy X-ray Absorptiometry

参考文献 Cederholm T, et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition – A consensus report from the global clinical nutrition community. Clinical Nutrition 2019; 38:1–9. https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.08.002.

日本臨床栄養代謝学会 GLIMワーキンググループ 作成 (2024.2.5 改訂版)

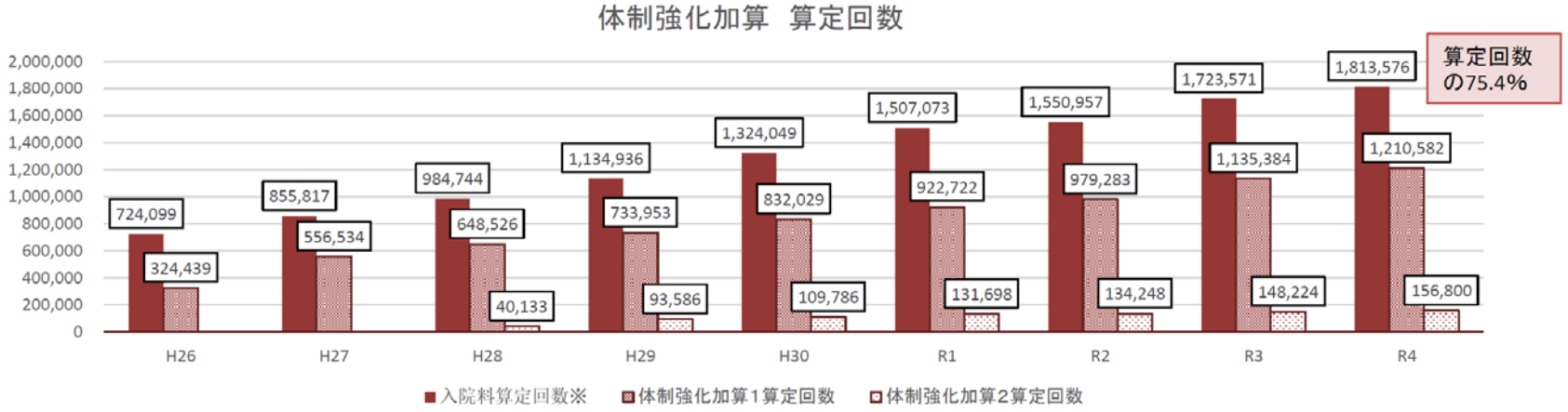
5.【体制強化加算1･2】を廃止

体制強化加算の概要

A308　注4　体制強化加算1（1日につき）　200点
体制強化加算2（1日につき）　120点

【施設基準】
体制強化加算１
①　回復期リハビリテーション病棟入院料１又は２の届出を行っていること
②　当該病棟に専従の常勤医師１名以上（※）及び専従の常勤社会福祉士１名以上が配置されていること。
③　医師については、以下のいずれも満たすこと。
　ア　リハビリテーション医療に関する３年以上の経験を有していること。
　イ　適切なリハビリテーションに係る研修を修了していること。
④　社会福祉士については、退院調整に関する３年以上の経験を有する者であること。

※　体制強化加算２については専従の常勤医師を2名以上配置する必要があるが、下記条件を満たしていれば病棟内で従事しない日、時間において病棟外の業務に従事可能となる。
　①前月に、外来患者に対するリハビリテーションまたは訪問リハビリテーションを実施していること。
　②病棟外業務をする２名の専従医師それぞれについて、当該病棟業務に従事する曜日、時間等をあらかじめ決めていること。
　③週のうち32時間以上において、当該２名の医師のうち少なくともいずれか1名が当該病棟業務に従事していること。
　④当該２名の医師は、いずれも当該病棟業務に週８時間以上従事していること。



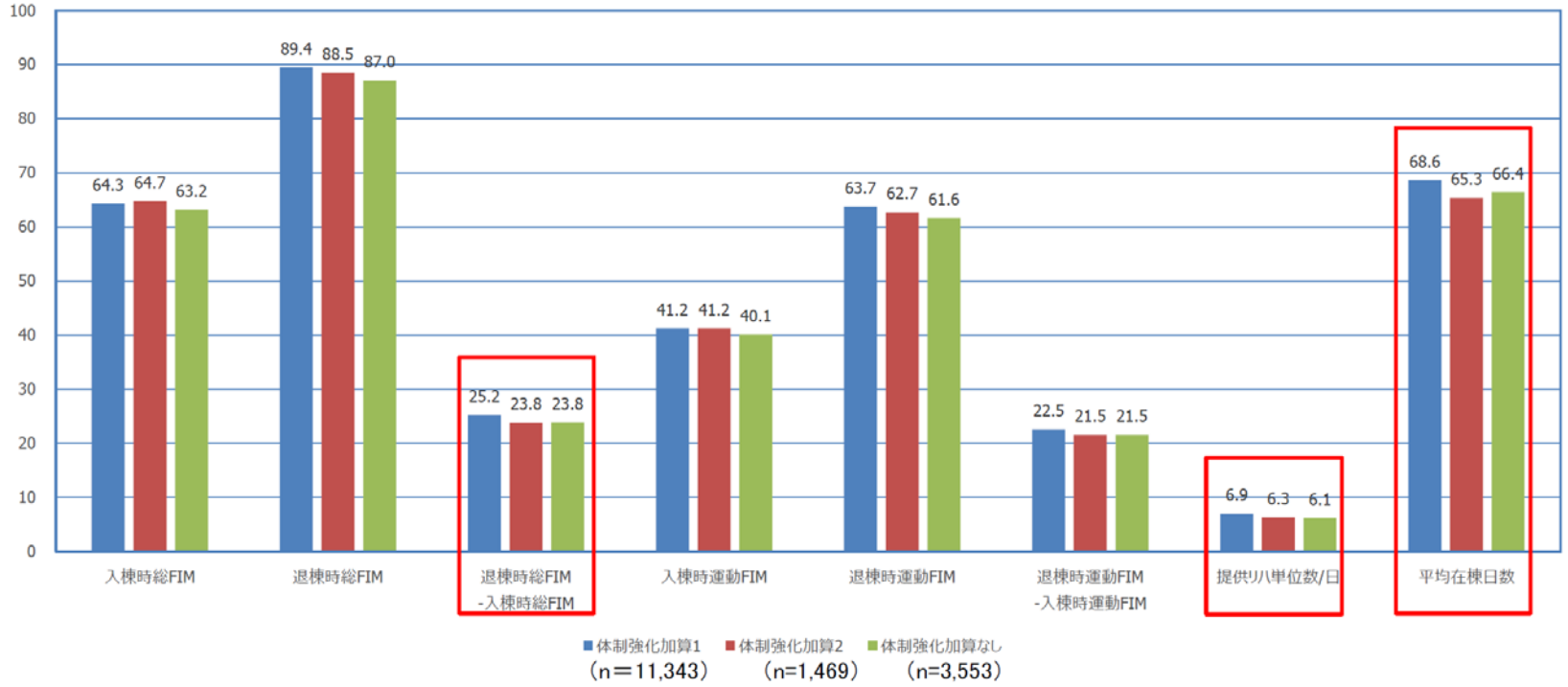
※平成29年までの期間は回復期リハビリテーション病棟入院料１、平成30年以降は回復期リハビリテーション病棟入院料1.2
出典：社会医療診療行為別統計（平成26年～令和2年）、（各年6月審査分）

5. 【体制強化加算1・2】を廃止

体制強化加算の届出有無別の比較

○ 体制強化加算の有無によるアウトカム指標の比較は以下のとおり。
○ 体制強化加算1の届出がある医療機関は届出のない医療機関と比較し、入退棟時のFIMの差がわずかに大きくなっているものの、提供リハビリテーション単位数が多く、平均在院日数が長かった。
○ 体制強化加算2の届出がある医療機関は届出のない医療機関と比較し、入退棟時のFIMの変化に大きな差が無かった。

体制強化加算の有無別の比較



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」）

118

6. 回復期リハビリ病棟等に入院する患者に対する口腔機能管理等の実施についての評価を新設

【Ⅱ－３　リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進－⑧】

⑧　回復期等の患者に対する口腔機能管理の推進

第１　基本的な考え方

回復期医療・慢性期医療を担う病院における歯科の機能を評価し、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の一体的な取組を推進する観点から、口腔機能管理に係る評価体系を見直す。

第２　具体的な内容

１．回復期リハビリテーション病棟等に入院する患者に対する口腔機能管理等の実施について、管理計画を策定した場合、歯科医師が口腔機能管理を行う場合及び歯科衛生士が口腔衛生管理を行う場合の評価を新設する。

（新）　回復期等口腔機能管理計画策定料　300 点　（月2回）

対象患者の詳細は告知待ち

８. 疾患別リハビリ料に係る算定単位数上限緩和対象患者の、回復期リハビリ病棟・特定機能病院リハビリ病棟対象から「運動器リハビリ料算定患者」を除外

リハビリ通則

- 心大血管疾患リハビリ料、脳血管疾患等リハビリ料、廃用症候群リハビリ料、運動器リハビリ料、呼吸器リハビリ料について、患者の疾患、状態等を総合的に勘案し、治療上有効であると医学的に判断される場合には患者1人につき1日６単位を算定できる
- 別に厚生労働大臣が定める患者については１日9単位まで算定できる

8. 疾患別リハビリ料に係る算定単位数上限緩和対象患者の、回復期リハビリ病棟・特定機能病院リハビリ病棟対象から「運動器リハビリ料算定患者」を除外

厚生労働大臣が定める患者(9単位提供可)

1. 回復期リハビリ病棟入院料、特定機能病院リハビリ病棟入院料を算定する患者

   ここから運動器リハビリテーション料を算定するものを除く

2. 脳血管疾患等の患者のうち発症後60日以内のもの

3. 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料(I)、脳血管疾患等リハビリ料(I)、廃用症候群リハビリ料(I)、運動器リハビリ料(I)、呼吸器リハビリ料(I)を算定するもの

3の運動期リハビリ料(I)は削除されていない
→必要であればやってもいいのでは？？

9. 集団リハビリの復活、10. 実施者別算定を新設

- 医療機関 … 診療報酬改定に…
- 今回の改…

改　定　案	現　　行
【心大血管疾患リハビリテーション料】	【心大血管疾患リハビリテーション料】
1　心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位）	1　心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位）　205点
イ　理学療法士による場合　205点	（新設）
ロ　作業療法士による場合　205点	（新設）
ハ　医師による場合　205点	（新設）
ニ　看護師による場合　205点	（新設）
ホ　集団療法による場合　205点	（新設）
2　心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位）	2　心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位）　125点
イ　理学療法士による場合　125点	（新設）
ロ　作業療法士による場合　125点	（新設）
ハ　医師による場合　125点	（新設）
ニ　看護師による場合　125点	（新設）
ホ　集団療法による場合　125点	（新設）

③　疾患別リハビリテーション料の実施者別区分の創設

第１　基本的な考え方

NDB・DPC データにより疾患別リハビリテーションの実施者ごとの訓練実態を把握可能となるよう、疾患別リハビリテーション料について、実施者を明確化した評価体系に見直す。

第２　具体的な内容

疾患別リハビリテーション料について、リハビリテーションを実施した職種ごとの区分を新設する。

	心大血管	脳血管	廃用	運動器	呼吸器
PT	○	○	○	○	○
OT	○	○	○	○	○
ST		○	○		○
医師	○	○	○	○	○
看護師	○				
集団	○				
その他		(Ⅲ)のみ上記外も○	(Ⅲ)のみ上記外も○	(Ⅲ)のみ上記外も○	

回リハ施設基準

		基本料1	基本料2	基本料3	基本料4	基本料5
イ	常勤の言語聴覚士が一名以上	専従	専従	専任		
ロ	常勤の管理栄養士が一名以上	専任				
ハ	在宅復帰支援を担当する専任の常勤の社会福祉士等が一名以上	専従	専従			
ニ	休日を含め、週七日間リハビリテーションを提供できる体制	○	○			
ホ	新規入院患者のうち三割以上が重症の患者	3割以上	3割以上	3割以上	2割以上	
ヘ	退院患者のうち転院した者等を除く者の割合が七割以上	○	○	○	○	
ト	重症の患者の三割以上が退院時にFIMが改善	○	○	○	○	
チ	データ提出加算	○	○	○	○	○
リ	実績指数	40以上		35以上		
ヌ	ＦＩＭの測定に関する研修	○		○		
ル	地域支援事業に協力する体制	○	○			
ヲ	口腔管理を行うにつき必要な体制	○	○			
	点数	2129→2229	2066→2166	1899→1917	1841→1859	1678→1696

平成医療福祉グループ
HEISEI MEDICAL WELFARE GROUP

地域包括ケア病棟

地域包括ケア病棟改正点

1. 入院料の引き上げ
2. 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直しに伴う「看護必要度該当患者割合」
3. 入院料に40日以内と以降の逓減制を導入する
4. 訪問看護に係る実績の基準を見直す
5. 「在宅復帰率」などの対象患者から短期滞在手術等基本料1・3患者を除外し、在宅復帰率の計算方法を改める
6. 【在宅患者支援病床初期支援加算】について「救急搬送された患者、新設される【救急搬送連携診療料】算定病院から転送された患者」と「それ以外の患者」とで評価を区分する
7. 介護保険施設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
8. 【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、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・障害福祉サービス事業所等との連携」を一定程度求める
9. 医療資源の少ない地域で基準緩和（地域包括ケア病棟2・4における「自院の一般病棟から受ける患者割合」要件の緩和）を行う

令和４年度診療報酬改定　Ⅰ－３　医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

地域包括ケア病棟入院料に係る施設基準

	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							
意思決定支援の指針	適切な意思決定支援に係る指針を定めていること							
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　12%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	－		６割未満（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	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	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）							
点数（生活療養）	2,838点(2823点) 2,690点（2675点）		2,649点（2634点） 2,510点（2495点）		2,312点（2297点） 2,191点（2191点）		2,102点（2086点） 1,992点（1976点）	

・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

27

10%に緩和

65%未満に緩和

- 短在手術患者を計算から除外
- 強化型老健への退院者数の1/2をカウント可能

入院期間に応じた評価に見直し

40日以内
40日以上

R5.7.6　中医協　入院・外来医療等の調査・評価分科会資料より

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の改定

1. A項目の「救急搬送後の入院／緊急に入院を必要とする状態」の評価（A2点）の日数を「5日間」から「2日間」に短縮
2. A項目の「創傷処置」について、評価対象を看護必要度IIのみとし、「重度褥瘡処置のみ実施」は評価対象外
3. A項目の「呼吸ケア」について、評価対象を看護必要度IIのみ
4. A項目の「注射薬剤3種類以上の管理」を次のように見直す
   ① 「入院期間中に初めて該当した日から7日目まで」のみを評価対象とする
   ② 対象薬剤から「アミノ酸・糖・電解質・ビタミン」等の静脈栄養関連薬剤を除外する
5. A項目の「抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）」を次のように見直す
   ① 入院での使用率60%未満の薬剤を除外する
   ② 現在「2点」のところ「3点」とする
6. A項目の「抗悪性腫瘍剤の内服の管理」について、入院での使用率70%未満の薬剤を除外する
7. A項目の「専門的な治療・処置」について、次の項目を現在「A2点」から「A3点」に引き上げる
   ① 麻薬の使用（注射剤のみ）
   ② 昇圧剤の使用（注射剤のみ）
   ③ 抗不整脈薬の使用（注射剤のみ）
   ④ 抗血栓塞栓薬の使用
   ⑤ 無菌治療室での治療
8. C項目に短期滞在手術料の対象手術等の実施患者も評価対象者に加える

入院料・加算の施設基準		看護必要度Ⅰ			看護必要度Ⅱ		
		旧(%)	新(%)		旧(%)	新(%)	
急性期一般　入院料1	カッコ内は許可病床200床未満の場合	31（28）	A3点・C1点以上	21	28（25）	A3点・C1点以上	20
			A2点・C1点以上	28		A2点・C1点以上	27
急性期一般　入院料2		27（25）	22		24（22）	21	
急性期一般　入院料3		24（22）	19		21（19）	18	
急性期一般　入院料4		20（18）	16		17（15）	15	
急性期一般　入院料5		17	12		14	11	
7対1入院基本料（特定）					28	A3点・C1点以上	20
						A2点・C1点以上	27
7対1入院基本料（結核）		10	8		8	7	
7対1入院基本料（専門）		30	A3点・C1点以上	21	28	A3点・C1点以上	20
			A2点・C1点以上	28		A2点・C1点以上	27
看護必要度加算1（特定、専門）		22	18		20	17	
看護必要度加算2（特定、専門）		20	16		18	15	
看護必要度加算3（特定、専門）		18	13		15	12	
総合入院体制加算1							
総合入院体制加算2							
総合入院体制加算3		30	28		27	27	
急性期看護補助体制加算　看護職員夜間配置加算		7	6		6	5	
看護補助加算1		5	4		4	3	
地域包括ケア病棟入院料　特定一般入院料の注7		12	10		8	8	

経過措置：令和６年３月31日において現に次に掲げる入院料等に係る届出を行っている病棟又は病室については、令和６年９月30日までの間

在宅医療等の実績

①当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の算定回数が直近3か月間で30回以上であること。

②当該保険医療機関において退院訪問指導料、在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料Ⅰ Ⅲ、訪問看護費ロ（介護予防）の算定回数が直近3か月間で60→**150**回以上であること。

③同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する訪問看護ステーションにおいて訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費、指定居宅サービス介護給付費単位数表の訪問看護費のイ及び指定介護予防サービス介護給付費単位数表の介護予防訪問看護費のイの算定回数が直近3か月間で300→**800**回以上であること。

④当該保険医療機関において在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数が直近3か月間で30回以上であること。

⑤同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する事業所が、訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有していること。

⑥当該保険医療機関において退院時共同指導料2及び外来在宅共同指導料1の算定回数が直近3か 月間で6回以上であること。

地ケア病棟　在宅患者支援病床初期加算

加算	入棟経路	来院手段	20年度改定	22年度改定(現行）	24年度改定（6月から）
在宅患者支援病床初期加算（14日まで）	老健	救急搬送、救急患者連携搬送料	300点	500点	580点
		その他			480点
	自宅、介護医療院、特養、老人ホームなど	救急搬送、救急患者連携搬送料		400点	480点
		その他			380点

【Ⅱ－２　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－③】

③　医療機関と介護保険施設の連携の推進

第１　基本的な考え方

医療機関と介護保険施設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ついて、介護保険施設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踏まえ、要件を見直す。

第２　具体的な内容

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。

看護補助体制充実加算（地ケア病棟）

	所定点数	施設基準
看護補助体制充実加算 1	190点	1. 従来の看護補助体制加算の基準 2. 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 3. 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 4. 看護補助者数が、常時、100：1以上 5. 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
看護補助体制充実加算 2	175点	1. 従来の看護補助体制加算の基準 2. 上記3～5を満たすこと
看護補助体制充実加算 3	165点	1. 従来の看護補助体制加算の基準

身体的拘束を最小化する取組を実施することが要件で、身体拘束を実施した日は加算3となる

新たな加算

（新）回復期等口腔機能管理計画策定料 300点

療養病棟入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料を算定する 患者に対して歯科診療を実施している保険医療機関において、リハビリテーション等を行う保険医療機関からの文書による依頼に基づき、当該患又はその家族の同意を得た上で、回復期等の口腔機能の評価及び一連の管理計画を策定するとともに、その内容について説明を行い、当該管理計画を文書により提供した場合に、当該リハビリテーション等に係る一連の治療を通じて1回に限り算定

（新）回復期等口腔機能管理料 200点

療養病棟入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料を算定する患者の口腔機能を管理するため、歯科診療を実施している保険医療機関において回復期等口腔機能管理計画策定料の注1に規定する管理計画に基づき、リハビリテーション等を行う他の保険医療機関又は同一の保険医療機関に入院中の患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、かつ、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、回復期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から月1回に限り算定

（新）回復期等専門的口腔衛生処置 100点

回復期等口腔機能管理料を算定した入院中の患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、回復期等口腔機能管理料を算定した日の属する月において月2回に限り算定

（新）協力対象施設入所者入院加算　　１ 往診が行われた場合 600 点　２ １以外の場合200 点

次のいづれかに該当することが要件

① 在宅療養支援病院又は在宅療養支援診療所であること ② 在宅療養後方支援病院であること ③ 地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟又は病室を有する保険医療機関であること

介護保険施設等の入所者について、病状が急変した際に、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、定期的にカンファレンスを行う等、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（受入れを行う協力医療機関以外の協力医療機関を含む）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

特定感染患者療養環境特別加算（1日につき）

（二類感染症患者療養環境加算からの名称変更）１ 個室加算　　200 点　　２ 陰圧室加算　　100 点

感染症法上の二類感染症、三類感染症、四類感染症、五類感染症、 新型インフルエンザ等感染症及び指定感染症に位置づけられる感染症であって、個室管理又は陰圧室管理の必要性が特に高い患者を個室又は陰圧室で管理した場合を評価

平成医療福祉グループ
HEISEI MEDICAL WELFARE GROUP

障害者施設等入院基本料

【Ⅱ－４　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－⑰】

⑰　障害者施設等入院基本料等の患者割合に係る要件の見直し

第１　基本的な考え方

障害者施設等入院基本料等の要件である、病棟の入院患者のうち重度の肢体不自由児（者）、脊髄損傷等の重度障害者等が占める割合について、一部の医療機関において大きく下回る施設があったことを踏まえ、障害者施設等入院基本料等について要件を見直す。

第２　具体的な内容

障害者施設等入院基本料２～４、特殊疾患入院施設管理加算、特殊疾患入院医療管理料及び特殊疾患病棟入院料の要件における重度の肢体不自由児（者）等の患者割合について、現行において「おおむね」として患者割合を示している取扱いを廃止するとともに、該当患者の割合については、暦月で６か月を超えない期間の１割以内の一時的な変動にあっては、施設基準に係る変更の届出を行う必要はないこととする。

【Ⅱ－４　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－⑱】

⑱　障害者施設等入院基本料等の見直し

第１　基本的な考え方

患者の状態に応じた適切な管理を更に推進する観点から、慢性腎臓病患者が入院した場合について、障害者施設等入院基本料等の評価を見直す。

第２　具体的な内容

障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料及び特殊疾患病棟入院料において、透析を実施する慢性腎臓病患者について、療養病棟入院基本料に準じた評価とする。

算定要件：人工腎臓、CRRT、HD,PDを行っている慢性腎臓病の患者で医療区分２の患者に相当するものについては、入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。

イ．	７対１又は10対１	1,581点
ロ．	13対１	1,420点
ハ．	15対１	1,315点

平成医療福祉グループ
HEISEI MEDICAL WELFARE GROUP

地域包括医療病棟

高齢者の救急患者等に対応する入院医療について

○　これまでの主な指摘
- 誤嚥性肺炎や尿路感染症の入院治療については、対応可能な地域包括ケア病棟におけるより一層の対応が必要ではないか。ただし、地域包括ケア病棟は、看護配置が13対１であること等から、対応できる救急医療には限界があることも認識すべき。
- 急性期医療における機能分化の在り方については、地域包括ケア病棟など13対１の看護配置を施設基準とする病棟が現状では高齢者の救急搬送を十分に受け入れることが難しい場合があることを踏まえつつ、どのような病棟による急性期の高齢者等の受入を推進すべきかについて検討した上で、地域一般病棟や地域包括ケア病棟など急性期一般入院料１以外の病棟のうち高齢者救急への対応や高齢者のケアに必要な体制を備えた病棟を類型化して評価することが必要ではないかとの指摘があった。

○　急性期医療を提供する急性期一般入院料の病棟におけるリハビリ、栄養管理の提供には、ばらつきがある。
○　一方で、在宅復帰等を役割とする地域包括ケア病棟においては、救急患者の受け入れにばらつきがある。

高齢者の救急患者等に対応する入院医療（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
在宅医療、介護との連携

包括的に提供

56

Ⅱ－２ 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－①

① 地域で救急患者等を受け入れる病棟の評価

第１ 基本的な考え方

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、高齢者の救急患者等に対して、一定の体制を整えた上で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提供することについて、新たな評価を行う。

第２ 具体的な内容

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）3050点

参考：地域包括ケア病棟				
	改定後			改定前
１ 地域包括ケア病棟入院(医療管理)料１			１ 地域包括ケア病棟入院(医療管理)料１	
イ 40日以内の期間（生活療養）	2,838点（2823点）			2,809点（2,794点）
ロ 41日以上の期間（生活療養）	2,690点（2675点）			

地域包括ケア病棟入院料に係る施設基準

	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							
意思決定支援の指針	適切な意思決定支援に係る指針を定めていること							
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　12%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	－		６割未満（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	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	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）							
点数（生活療養）	2,809点（2,794点）		2,620点（2,605点）		2,285点（2,270点）		2,076点（2,060点）	

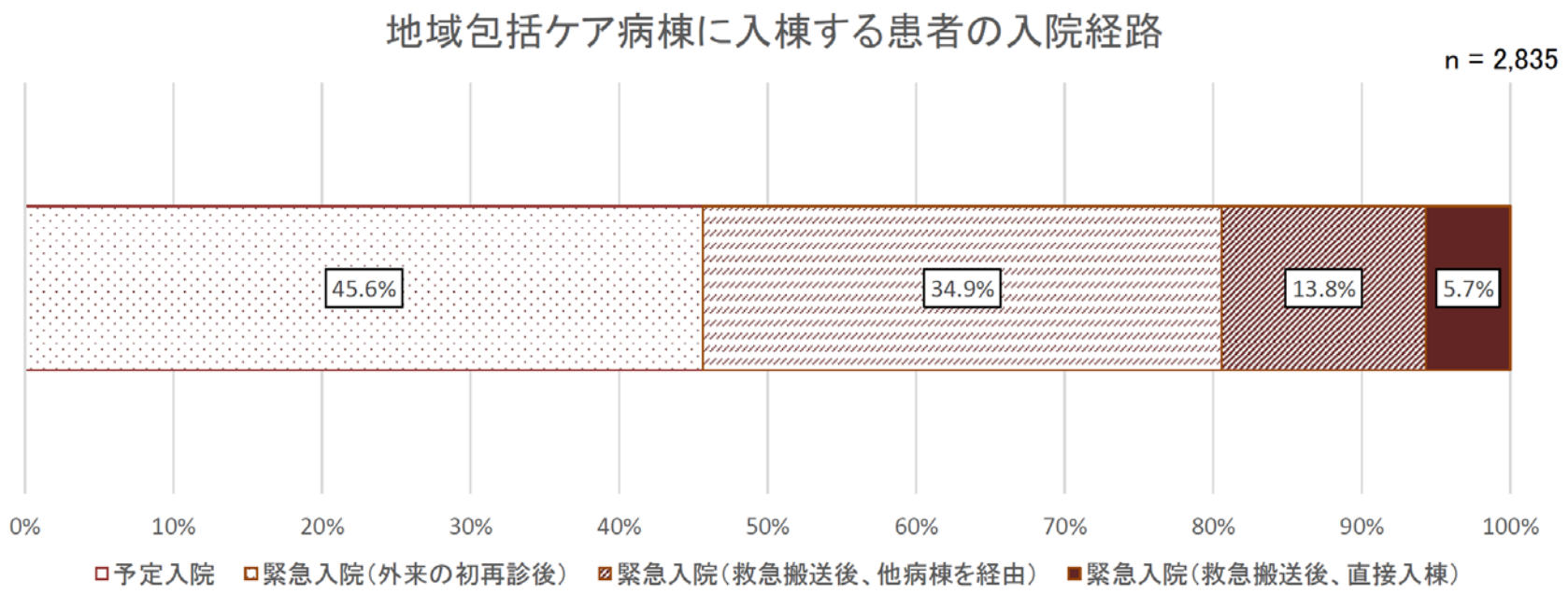
・ 療養病床については95/100の点数を算定する。ただし、救急告示あり／自宅等から入棟した患者割合が６割以上／自宅等からの緊急患者受け入れ３月で３０人以上のいずれかを満たす場合は100/100

48

（厚労省令和4年度診療報酬改定の概要より）

地域包括ケア病棟に入棟した患者の入棟経路

○ 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。

R5.7.6 中医協
入院・外来医療等の調査・評価分科会資料より

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）

39

地域包括ケア病棟入院料等の届出施設における入院料別届出病床

診調組　入－1
5．6．8

○ 地域包括ケア病棟入院料及び管理料1・2を届け出ている施設の多くは、急性期一般入院料を届け出ていた。
○ 地域包括ケア病棟入院料・管理料3・4を届け出ている施設のうち半数は、療養病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料をそれぞれ届け出ていた。

入院料別の届出病床の状況（令和４年11月１日時点で１床でも届け出ていれば、有として集計）

入院料		地域包括ケア病棟入院料・管理料1	地域包括ケア病棟入院料・管理料2	地域包括ケア病棟入院料・管理料3～4
回答施設数		285	200	8
届出率	急性期一般入院料	72.6%	87.5%	50.0%
	地域一般入院料	0.4%	1.0%	0.0%
	回復期リハビリテーション病棟入院料	40.0%	35.0%	50.0%
	療養病棟入院料	29.5%	21.0%	50.0%
	障害者施設等入院基本料	3.5%	3.5%	0.0%
	緩和ケア病棟入院料	1.8%	5.0%	0.0%

R5.7.6　中医協
入院・外来医療等の調査・評価分科会資料より

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

31

地域包括医療病棟の創設

新しい病棟をつくり、救急搬送される高齢者の受け皿に

	看護職員の配置	課題
急性期病棟	患者7人に1人や患者10人に1人	治療中心で、日常生活動作（ADL）が低下し、在宅復帰が遅くなる
地域包括ケア病棟	患者13人に1人	職員が少なく、救急対応が難しい
地域包括医療病棟	患者10人に1人	新設

- 救急患者を受け入れ
- 早期に退院できるよう、治療しながらリハビリを提供
- 理学療法士、管理栄養士などの多職種で在宅復帰を支援

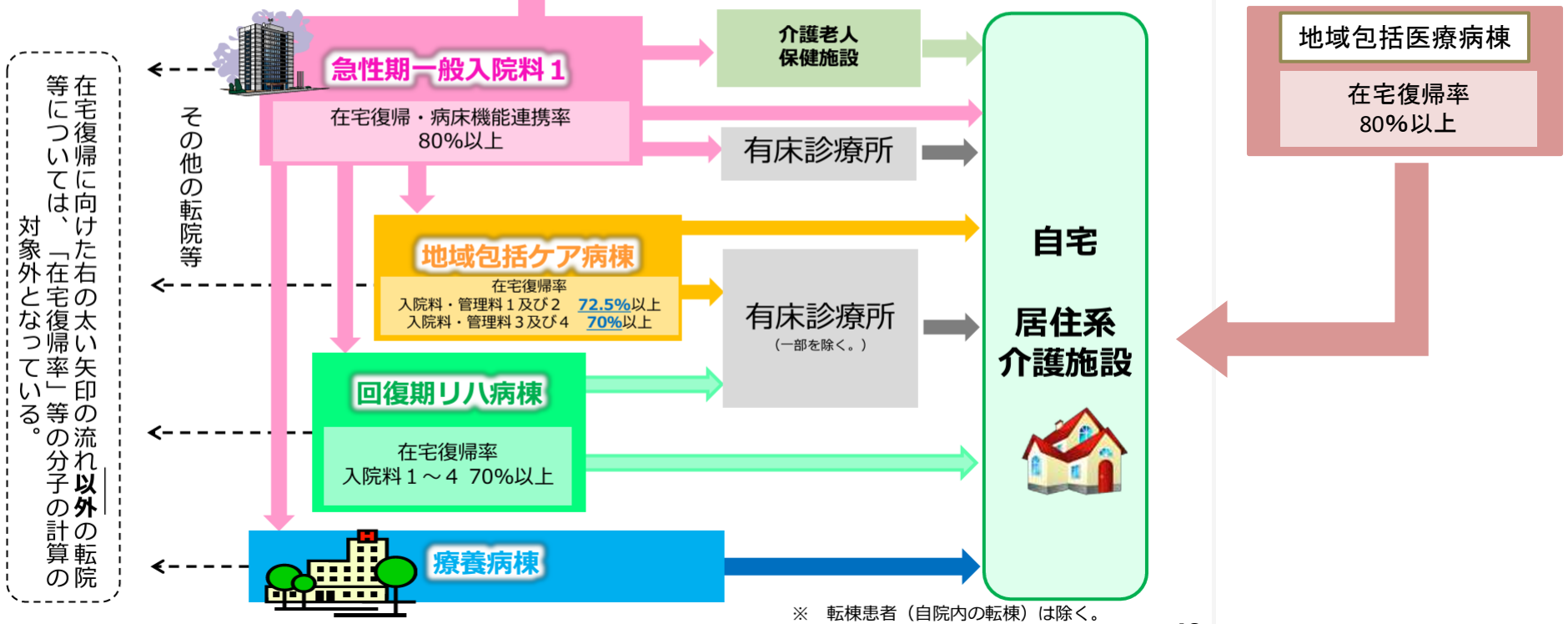
（2024.2.15朝日新聞朝刊より）

令和４年度診療報酬改定　Ⅰ－３　医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

入院医療の評価体系と期待される機能（イメージ）

○　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**

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。　49

	【新】地域包括医療病棟	地域包括ケア病棟
点数	（90日まで）3050点 （91日以降）地域一般入院料3（1003点） 医学管理：包括／在宅医療：出来高／検査：包括／画像診断：包括／投薬：包括／注射：包括／リハ：出来高／精神専門：出来高／処置：包括／手術・麻酔：出来高 （地域包括ケア病棟では算定不可） 地域包括医療病棟で算定可能な加算（一部抜粋） ・救急医療管理加算 ・栄養サポートチーム加算 ・褥瘡ハイリスク患者ケア加算 ・病棟薬剤業務実施加算1 ・地域医療体制確保加算	（40日まで）2838～2102点 （41日以上60日以内）2690～1992点 医学管理：包括／在宅医療：出来高／検査：包括／画像診断：包括／投薬：包括／注射：包括／リハ：2単位包括／精神専門：包括／処置：包括／手術・麻酔：出来高
平均在院日数	21日以内	
在宅復帰率	80%以上	入院料(管理料)1･2　72.5% 入院料(管理料)3･4　70%
届出単位／対象病棟	病棟単位／一般病床のみ	病棟･病室／一般病床,療養病床(点数5%減算(免除規定あり))
主な人員配置	看護：10対1以上 夜勤2名以上 リハ：常勤PTOTST2名以上 管理栄養士：専任1名以上	看護：13対1以上 リハ：常勤PTOTST1名以上
救急の実施	地域で急性疾患等の患者に包括的な 入院医療・救急医療を行うのに必要な体制を整備する	（一般病床）二次救急指定 (200床未満は救急外来の設置、又は24時間の救急医療体制の確保)
救急搬送患者割合	救急搬送患者または「救急患者連携搬送料」を算定し、搬送された患者割合が15%以上	
自院の一般病棟から転棟した患者割合	5%未満	（入院料2･4のみ、200床以上のみ）60%➡65%未満
自宅からの受入要件 在宅医療実績		ア）自宅等から入棟した患者割合（入院料（管理料）1･3）2割以上 イ）自宅等からの緊急患者の受入（入院料（管理料）1･3）3月で9人以上 ウ）在宅医療等の実績　（入院料（管理料）1～4）2つ以上満たす ※（入院料（管理料）2･4）は、上記ア）～ウ）のいずれか**1つ**以上満たす
重症患者割合 （基準①②を満たす）	基準①既存入院患者右記のいずれかに該当すること：A2点以上かつB3点以上／A3点以上／C1点以上 → 看護必要度Ⅰ 16%以上、看護必要度Ⅱ 15%以上 基準②新規入院患者右記に該当すること：入棟時B3点以上 → 50%以上	A1点以上またはC1点以上 看護必要度Ⅰ：10%以上 看護必要度Ⅱ：　8%以上
入退院支援部門等	入退院支援加算1を届け出ていること	（入院料(管理料)1･2）入退院支援加算1を届け出ていること

地域包括医療病棟入院料に算定可能な加算1

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、初期加算として、1日につき所定点数に加算する。

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］

看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助の体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、当該基準に係る区分に従い、入院した日から起算して14日を限度として、それぞれ所定点数に加算する。

地域包括医療病棟入院料に算定可能な加算2

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

夜間看護体制加算（１日につき） 71点

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

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

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

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算（１日につき） 80点

地域包括医療病棟入院料に算定可能な加算３

救急医療管理加算	１　1050点、　２　　420点（7日間）
栄養サポートチーム加算	200点（週1回）
褥瘡ハイリスク患者ケア加算	500点（入院中1回）
病棟薬剤業務実施加算	１　120点（週1回）、２　100点（1日につき）
地域医療体制確保加算	620点（入院初日）

慢性期に影響する急性期の改定

Ⅲ－４－１ 高齢者の救急医療の充実及び適切な搬送の促進－①

① 初期診療後の救急患者の転院搬送に対する評価

第１ 基本的な考え方

第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とともに、急性期一般入院料における在宅復帰率に関する施設基準について必要な見直しを行う。

第２ 具体的な内容

１. 救急搬送の受入れに関する実績のある医療機関から、救急外来を受診した患者又は入院3日目までの患者について、医師、看護師又は救急救命士が同乗し連携する他の医療機関に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	1800点
２ 入院1日目の患者の場合	1200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

［対象患者］

救急外来を受診した患者又は緊急入院後3日目までの患者

急性期一般入院料１、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）において

在宅復帰率の分母分子から除外

受け側の加算

地ケアの在宅患者支援病床初期加算のみ

救急搬送診療料は併算定できない

2024年診療報酬改定

Ⅱ－３リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進－①

① 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

第１ 基本的な考え方

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。

第２ 具体的な内容

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を行う体制の確保に係る評価を新設するとともに、ADL維持向上等体制加算を廃止する。

（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　（14日）

［対象患者］

急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料を算定する患者

［施設基準］

（1）当該病棟に入院中の患者に対して、ADL 等の維持、向上、及び栄養管理等に資する十分な体制が整備されていること。

（2）当該病棟に専従の常勤の理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が二名以上配置されていること、又は当該病棟に専従の常勤の理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が一名以上配置されており、かつ、当該病棟に専任の常勤の理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が一名以上配置されていること。

（3）当該病棟に専任の常勤の管理栄養士が一名以上配置されていること。

（4）口腔管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

平成医療福祉グループ
HEISEI MEDICAL WELFARE GROUP

医療・介護連携に絡んだ診療報酬改定項目

②　介護保険施設入所者の病状の急変時の適切な入院受入れの推進

［施設基準］
（１）次のいずれにも該当
イ介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホームから協力医療機関として定められている
ロ緊急時に当該介護保険施設等に入所している患者が入院できる病床を常に確保している。
ハ次のいずれかに該当。
①在宅療養支援病院又は在宅療養支援診療所である。
②在宅療養後方支援病院である。
③地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟又は病室を有する。

介護保険施設等の入所者について、病状が急変した際に、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、定期的にカンファレンスを行う等、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（受入れを行う協力医療機関以外の協力医療機関を含む）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

１	往診が行われた場合	600 点（初日のみ）
２	１以外の場合	200 点

③　医療機関と介護保険施設の連携の推進

第１　基本的な考え方

医療機関と介護保険施設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ついて、介護保険施設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踏まえ、要件を見直す。

第２　具体的な内容

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。

【Ⅱ－２　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－⑤】

⑤　リハビリテーションに係る医療・介護情報連携の推進

第１　基本的な考え方

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、疾患別リハビリテーション料について要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．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、又は疾患別リハビリテーション料を算定する患者が他の保険医療機関等によるリハビリテーションの提供に移行する場合、移行先の事業所又は保険医療機関等に対しリハビリテーション実施計画書を提供することとする。

２．リハビリテーション計画提供料を廃止する。

３月以内に作成したリハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画書等を当該他の保険医療機関に対して、文書により提供すること。なお、当該患者が、直近3月以内に目標設定等支援・管理料を算定している場合には、目標設定等支援・管理シートも併せて提供すること。

医療と介護の連携の推進－在宅における医療・介護の連携強化－

医療機関のリハビリテーション計画書の受け取りの義務化

省令改正、告示改正

■ 退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを実施する観点から、退院後のリハビリテーションを提供する際に、入院中に医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書等を入手し、内容を把握することを義務付ける。

■ リハビリテーション事業所の医師等が、医療機関の退院前カンファレンスに参加した際の評価を新たに設ける。

訪問リハビリテーション★、通所リハビリテーション★

【基準】（義務付け）

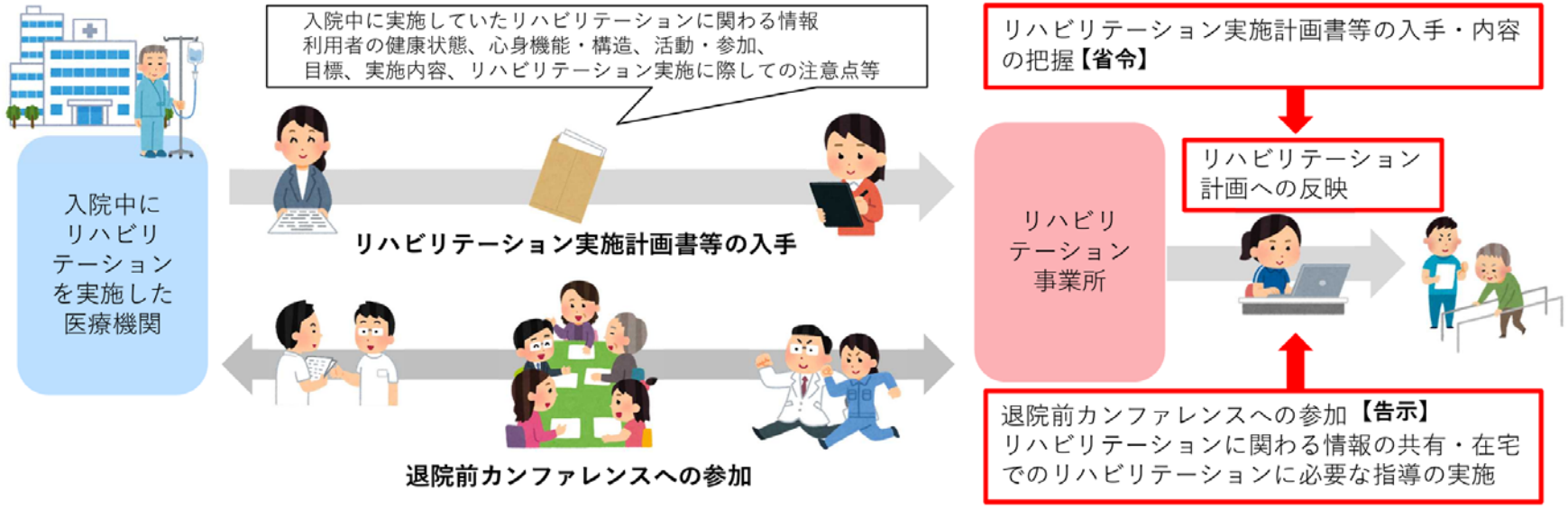
○ 医師等の従業者は、リハビリテーションを受けていた医療機関から退院した利用者のリハビリテーション計画の作成に当たっては、当該医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書等を入手し、当該利用者のリハビリテーションの情報を把握しなければならない。

【単位数】

退院時共同指導加算 600単位（新設）

【算定要件等】

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



R6.1.22社会保障審議会介護給付費分科会資料「令和6年度介護報酬改定の主な事項について」より

【Ⅱ－２　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－⑥】

⑥　退院時におけるリハビリテーションに係る医療・介護連携の推進

第１　基本的な考え方

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間の連携により、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について要件を見直す。

第２　具体的な内容

退院時共同指導料２に規定する共同指導について、退院後在宅での療養を行う患者が退院後に介護保険のリハビリテーションを利用予定の場合、当該患者が入院している保険医療機関の医師等が、介護保険法に基づく訪問・通所リハビリテーション事業所の医師・理学療法士等の参加を求めることが望ましい旨を要件として追加する。

【Ⅱ－２　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－⑧】

⑧　入退院支援加算１・２の見直しについて

第１　基本的な考え方

入退院支援における、関係機関との連携強化、生活に配慮した支援の強化及び入院前からの支援の強化の観点から、入退院支援加算１及び２について要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．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。　230点⇒240点
２．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を見直す。
３．退院支援計画の内容に、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理等を含む退院に向けた入院中に行う療養支援の内容を盛り込むことを明記する。
４．入退院支援加算の対象となる「退院困難な要因を有している患者」に、特別なコミュニケーション支援を要する者及び強度行動障害の状態の者を追加する。
５．特別なコミュニケーション支援を要する者及び強度行動障害の状態の者に対し、入院前に医療機関と本人・家族等や障害福祉サービス事業者等とで事前調整を行うことの評価を新設する。

別に厚生労働大臣が定める患者に対して、入院前に患者及びその家族等並びに当該患者の在宅での生活を支援する障害福祉サービス事業者等と事前に入院中の支援に必要な調整を行った場合に、入院事前調整加算として、200点を更に所定点数に加算する。

その他の改定

⑩　認知症ケア加算の見直し

第１　基本的な考え方

認知症患者に対する身体的拘束の最小化の取組を推進する観点から、認知症ケア加算について評価を見直すとともに、認知症患者に対するアセスメントにおいてせん妄の識別も必要であることを踏まえ、認知症ケア加算の要件及び評価並びにせん妄ハイリスク患者ケア加算の要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．認知症ケア加算について、身体的拘束を実施しなかった日及び実施した日の点数をそれぞれ見直す。

改　定　案	現　　行
【認知症ケア加算】	【認知症ケア加算】
１　認知症ケア加算１	１　認知症ケア加算１
イ　14日以内の期間　180点	イ　14日以内の期間　160点
ロ　15日以上の期間　34点	ロ　15日以上の期間　30点
２　認知症ケア加算２	２　認知症ケア加算２
イ　14日以内の期間　112点	イ　14日以内の期間　100点
ロ　15日以上の期間　28点	ロ　15日以上の期間　25点
３　認知症ケア加算３	３　認知症ケア加算３
イ　14日以内の期間　44点	イ　14日以内の期間　40点
ロ　15日以上の期間　10点	ロ　15日以上の期間　10点
［算定要件］	［算定要件］
注２　身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。	注２　身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の60に相当する点数により算定する。

平成医療福祉グループ
HEISEI MEDICAL WELFARE GROUP

慢性期医療の方向性

今回の改定を多面的に見ると

- 地域包括医療病棟は、なぜ「急性期医療病棟」や「救急医療病棟」ではないのか？
- 回リハ病棟で点数が同じで職種別にした意味は？
- 地ケア病棟の在宅患者支援病床初期加算増点の意味は？
- 療養病床の医療区分細分化の意味は？

厚労省：R6.2.15令和6年度診療報酬改定と賃上げについて～今考えていただきたいこと（病院・医科診療所の場合）～　より

ご清聴ありがとうございました

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

～今こそ、寝たきりゼロ作戦を！～

日本慢性期医療協会
JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES