

## 2024年度診療報酬改定 における在宅療養支援病院 への影響と経営対応

講師 (株)ASK梓診療報酬研究所  
所長 中林 梓 1

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。

3

【施行時期後ろ倒し】	
Q1	令和6年度の診療報酬改定において、施行時期が令和6年6月1日に変更になったが、令和6年4月又は5月に新規の届出又は変更の届出を行った場合における、令和6年6月以降の経過措置の取扱い如何。
A1	令和6年4月以降に令和6年度診療報酬改定前の施設基準による届出を行った保険医療機関又は保険薬局については、令和6年度診療報酬改定における施設基準（以下「新施設基準」という。）の経過措置であって、令和6年3月31日において現に届出を行っていることを要件としている経過措置の対象にならない。
Q2	問1について、令和6年4月又は5月に新規の届出又は変更の届出を行った保険医療機関又は保険薬局における令和6年6月1日以降の届出についてどのように考えればよいか
A2	それぞれ以下のとおり。 ①施設基準で改正がない場合（名称のみが改正された場合を含む。）又は施設基準が改正された場合であって届出が必要でない場合 令和6年6月3日以降に再度届出を行う必要はない。 ②施設基準が改正された場合であって届出が必要な場合（経過措置が置かれているものであって、令和6年3月31日において現に届出を行っていることを要件としている場合を含む。） 令和6年6月3日までに新施設基準による届出を行う必要がある。なお、当該届出を行った保険医療機関については、経過措置終了時期（例えば令和6年10月1日）の再度の届出は必要ない。

©ASK/LINKUP

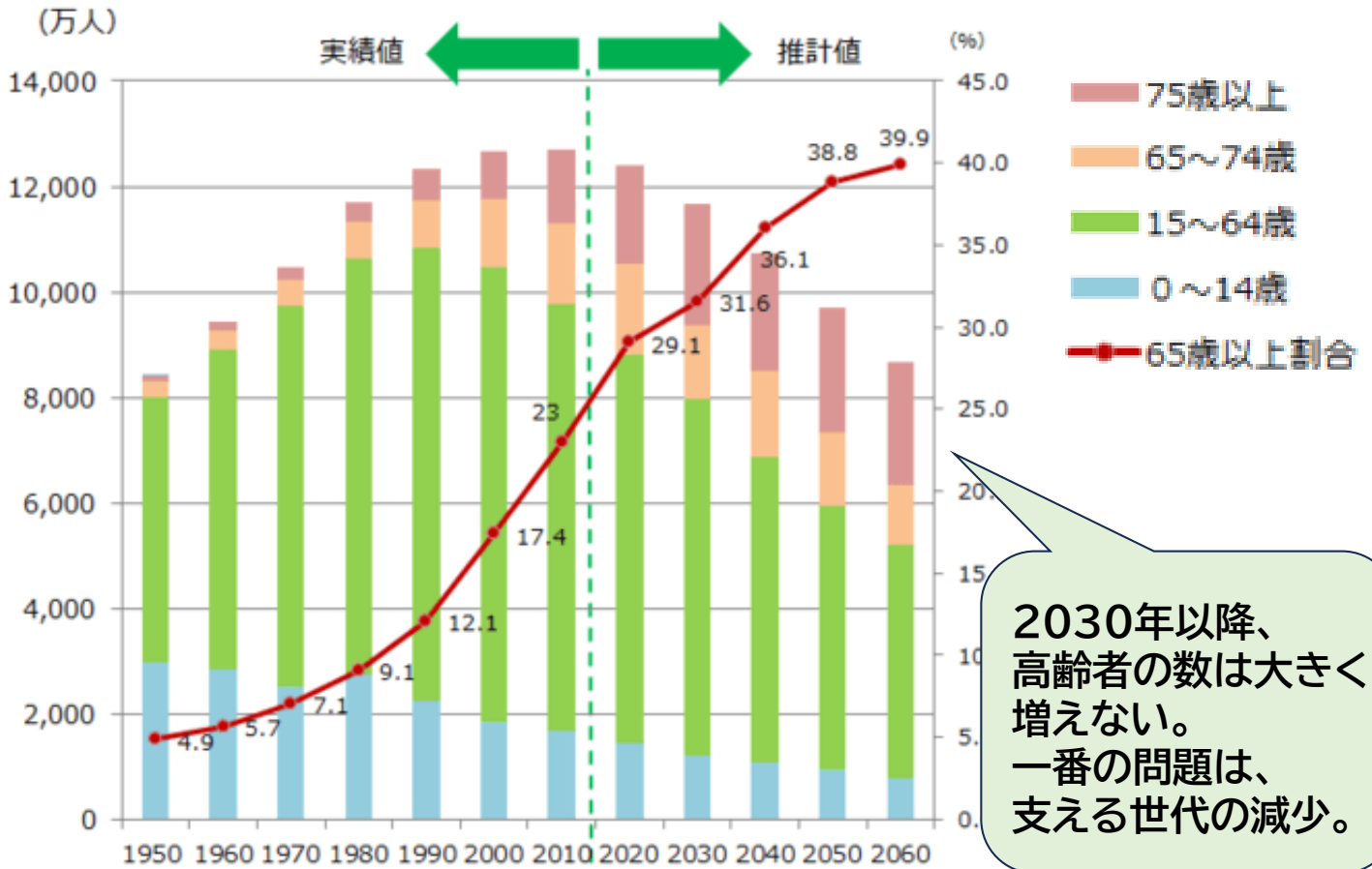
3

【施行時期後ろ倒し】	
Q3	問1及び問2について、例えば令和6年4月に急性期一般入院料1から急性期一般入院料4に変更の届出を行った保険医療機関又は急性期一般入院料4から急性期一般入院料1に変更の届出を行った保険医療機関における新施設基準の重症度、医療・看護必要度の基準の経過措置及び届出についてどのように考えればよいか。
A3	いずれの保険医療機関についても、令和6年6月3日までに新施設基準の届出を行う必要があり、経過措置については適用されない。

©ASK/LINKUP

4

# 超高齢化社会がすすんでいく（少子高齢化）



©ASK/©LINKUP

5

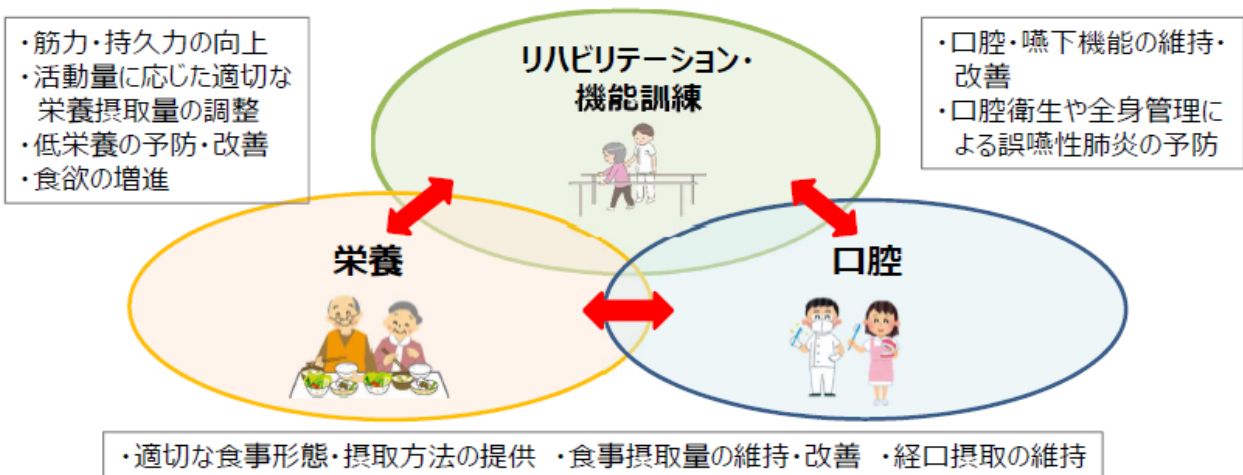
## 自立支援・重度化防止を効果的に行うための取組の連携

社保審一介護給付費分科会  
第178 (R2.6.25) 資料1

3. (1)①

リハビリ、栄養、口腔の取組は一体となって運用されることで、より効果的な自立支援・重度化予防につながることを期待される。

医師、歯科医師、リハ専門職、管理栄養士、歯科衛生士等の多職種による総合的なリハ、機能訓練、口腔・栄養管理



- リハビリの負荷又は活動量に応じて、必要なエネルギー量や栄養素を調整することが、筋力・持久力の向上及びADL維持・改善に重要である。
- 誤嚥性肺炎の予防及び口腔・嚥下障害の改善には、医科歯科連携を含む多職種連携が有効である。
- 口腔・嚥下機能を適切に評価することで、食事形態・摂取方法の提供及び経口摂取の維持が可能となる。

105

# 賃上げ

## 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		中規模の 医療法人立又は個人立の 医療機関・薬局		大規模の 医療法人立又は個人立の 医療機関・薬局	
<small>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</small>		<small>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</small>		<small>青色申告書を提出する、全企業又は個人事業主</small>	
全雇用者の 給与等支給額 (前年度比)	税額控除率	継続雇用者の 給与等支給額 (前年度比)	税額控除率	継続雇用者の 給与等支給額 (前年度比)	税額控除率
+1.5%	15%	+3%	10%	+3%	10%
+2.5%	30%	+4%	25%	+4%	15%
				+5%	20%
				+7%	25%



【上乗せ要件】 ①教育訓練費の増加 ②子育てとの両立・女性活躍への支援

上乗せ要件も達成で  
最大控除率45%

上乗せ要件も達成で  
最大控除率35%

上乗せ要件も達成で  
最大控除率35%

※税額控除額の計算は、全雇用者の前事業年度から適用事業年度の給与等支給額の増加額に税額控除率を乗じて計算。ただし、控除上限額は法人税額等の20%。

詳細は、右記QRコードのパンフレットをご確認ください。

なお、本内容は、令和5年12月の政府決定時点のもので、今後の国会審議等を踏まえて施策内容が変更となる可能性があります。



# 賃上げに係る評価の全体像

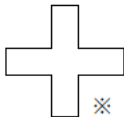
## ベースアップ評価料

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

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

外来・在宅ベースアップ評価料(I)、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)、訪問看護ベースアップ評価料(I)  
 ・ 届け出が必要、初再診料等に評価を上乗せ（区分は設けない）

**(新) 外来・在宅ベースアップ評価料 (I) 初診時 6点 再診時 2点 等**



※ 入院に携わる職員のための評価



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

### ①' 賃金増率が低い場合の①への上乗せ評価

外来・在宅ベースアップ評価料(II)、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(II)、訪問看護ベースアップ評価料(II)  
 ・ 一定の水準（対象職員の給与総額の1.2%）に達するため、評価の区分（8区分）を計算し、届出を行った施設について、①の評価へ上乗せ

**(新) 外来・在宅ベースアップ評価料(II) 等**

病院、有床診療所

### ② 入院患者に係る評価

入院ベースアップ評価料

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

**(新) 入院ベースアップ評価料 (1日につき)**

**1 入院ベースアップ評価料 1 1点**

**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

13

©ASK/©LINKUP 2024.03.05厚労省説明会資料 01賃上げ・基本料の引き上げ

9

2024年3月28日 「疑義解釈（その1）」より

## 2024年診療報酬改定・Q&A

### 看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料関係 共通事項

Q1	「診療報酬の算定方法」別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）における「O100」外来・在宅ベースアップ評価料（I）、「O101」外来・在宅ベースアップ評価料（II）及び「O102」入院ベースアップ評価料、「診療報酬の算定方法」別表第二歯科診療報酬点数表（以下「歯科点数表」という。）における「P100」歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）、「P101」歯科外来・在宅ベースアップ評価料（II）及び「P102」入院ベースアップ評価料並びに「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法」における「O6」訪問看護ベースアップ評価料（以下単に「ベースアップ評価料」という。）の施設基準において、「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。」とあるが、ベースアップ評価料による収入について、人事院勧告に伴う給与の増加分に用いてよいか。
A1	差し支えない。
Q2	「看護職員処遇改善評価料の取扱いに関する疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和4年9月5日事務連絡）別添の問18において、「A500」看護職員処遇改善評価料について、賃金改善に伴い増加する賞与、時間外勤務手当等、法定福利費等の事業者負担分及び退職手当については、「基本給等の引き上げにより増加した分については、賃金改善の実績額に含めてよい。ただし、ベア等には含めないこと。」とされていたが、ベースアップ評価料についても同様か。
A2	ベースアップ評価料は、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。

## 2024年診療報酬改定・Q&amp;A

看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料関係 共通事項	
Q3	医科点数表における「0000」及び歯科点数表における「P000」看護職員処遇改善評価料（以下単に「看護職員処遇改善評価料」という。）並びにベースアップ評価料の施設基準において、「決まって毎月支払われる手当」を支払う場合に、その金額を割増賃金（超過勤務手当）や賞与に反映させる必要はあるのか。
A3	労働基準法第37条第5項及び労働基準法施行規則第21条で列挙されている手当に該当しない限り、割増賃金の基礎となる賃金に算入して割増賃金を支払う必要がある。当該評価料に係る「決まって毎月支払われる手当」については、その性質上、上記手当には該当しないことから、割増賃金の基礎となる賃金に算入して割増賃金を支払う必要がある。なお、「決まって毎月支払われる手当」をいわゆる賞与の算定に際して反映させるか否かは、各医療機関の定めによる。
Q4	看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料において、対象職員の賃金の改善措置を実施する具体的方法（金額・割合等）について、職員に応じて区分することは可能か。
A4	可能。各保険医療機関又は訪問看護ステーションの実情に応じて、賃金の改善措置の方法を決定すること。
Q5	看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料において、基本給等について、常勤職員へは当月払いし、非常勤職員へは翌月払いしている場合、賃金の実績額及び改善実施期間はどのように判断すべきか。
A5	いずれについても、基本給等の支払われた月ではなく、対象となった月で判断する。
Q6	ベースアップ評価料において、賃金の改善については、算定開始月から実施する必要があるか。
A6	原則算定開始月から賃金改善を実施し、算定する月においては実施する必要がある。なお、令和6年4月より賃金の改善を行った保険医療機関又は訪問看護ステーションについては、令和6年4月以降の賃金の改善分についても、当該評価料による賃金改善の実績の対象に含めてよい。 ただし、届出時点において「賃金改善計画書」の作成を行っているものの、条例の改正が必要であること等やむを得ない理由により算定開始月からの賃金改善が実施困難な場合は、令和6年12月までに算定開始月まで遡及して賃金改善を実施する場合に限り、算定開始月から賃金改善を実施したものとみなすことができる。

©ASK/LINKUP

11

## 2024年診療報酬改定・Q&amp;A

看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料関係 共通事項	
Q7	ベースアップ評価料の施設基準において、対象職員に対して、賃金改善を実施する方法等について、『賃金改善計画書』の内容を用いて周知するとともに、就業規則等の内容についても周知することとされているが、周知の具体的方法如何。
A7	例えば、「賃金改善計画書」及び就業規則等を書面で配布する方法や職員が確認できる箇所に掲示する方法が挙げられる。
Q8	ベースアップ評価料について、区分変更を行う場合はどのような届出が必要か。
A8	それぞれ以下のとおり。 ○保険医療機関（医科）については、「特掲診療料の施設基準等に係る届出書」及び「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）に係る届出書添付書類」又は「入院ベースアップ評価料に係る届出書添付書類」の届出が必要 ○保険医療機関（歯科）については、「特掲診療料の施設基準等に係る届出書」及び「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）に係る届出書添付書類」又は「入院ベースアップ評価料に係る届出書添付書類」の届出が必要 ○訪問看護ステーションについては、「訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の施設基準に係る届出書添付書類」が必要 なお、いずれの場合についても「賃金改善計画書」については、更新する必要はない。

©ASK/LINKUP

12

## 2024年診療報酬改定・Q&amp;A

看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料関係 共通事項	
Q9	「O100」外来・在宅ベースアップ評価料（I）、「P100」歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）、「06」訪問看護ベースアップ評価料（I）の施設基準において、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分5厘以上引き上げ、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分5厘以上引き上げた場合については、40歳未満の勤務医、勤務歯科医、事務職員等の当該保険医療機関又は当該訪問看護ステーション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とされているが、基本給等の引き上げ率についてどのように考えればよいか。
A9	<p>引き上げ率の確認については、次のいずれかの方法で行うこと。</p> <p>① 給与表等に定める対象職員の基本給等について、令和5年度と比較し、令和6年度に2.5%又は令和7年度に4.5%の引き上げになっているかを確認する。</p> <p>② 以下の計算式により基本給等の改善率を算出する。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>当該年度において基本給等が引き上げられた後の対象職員の1月当たりの基本給等の総額</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>－ 令和5年度における1月当たりの対象職員の基本給等の総額</li> <li>－ 定期昇給がある場合にあっては1月当たりの対象職員の基本給等の引き上げ額のうち定期昇給相当額の総額</li> </ul> </div> <p style="text-align: right;">× 100 (%)</p> <p style="text-align: center;">令和5年度における1月当たりの基本給等の総額</p>

©ASK/LINKUP

13

## 2024年診療報酬改定・Q&amp;A

看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料関係 共通事項	
Q10	問9について、給与表等の存在しない医療機関又は訪問看護ステーションにおいて、令和5年度と令和6年度及び令和7年度を比較して対象職員の変動がある場合、計算式中の対象職員の基本給等の総額について、どのように考えたらよいか。
A10	令和5年度及び令和6年度又は令和7年度のいずれの年度においても在籍している対象職員について、計算式に則り算出を行う。ただし、いずれの年度においても在籍している対象職員が存在しない等の理由でこの方法による算出が困難な場合においては、各年度における全ての対象職員の基本給等の総額を用いて算出を行ってもよい。
Q11	ベースアップ評価料において、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和6年3月5日保医発 0305第6号）の別表4のミ及び「訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて」（令和6年3月5日保医発 0305第7号）の別表1のミ「その他医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。）」とは、具体的にどのような職員か。
A11	別表4又は別表1のア～マに該当しない職種の職員であって、医療機関又は訪問看護ステーションにおける業務実態として、主として医療に従事しているものを指す。ただし、専ら事務作業(医師事務作業補助者、歯科業務補助者、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。
Q12	看護職員処遇改善評価料、ベースアップ評価料についての施設基準における対象職員には、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別表4又は「訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて」別表1に含まれる職種であって、派遣職員など、当該保険医療機関又は当該訪問看護ステーションに直接雇用されていないものも含むのか。
A12	対象とすることは可能。 ただし、賃金改善を行う方法等について派遣元と相談した上で、「賃金改善計画書」や「賃金改善実績報告書」について、対象とする派遣労働者を含めて作成すること。

©ASK/LINKUP

14

## 2024年診療報酬改定・Q&amp;A

看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料関係 共通事項	
Q13	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）の施設基準において、「【B】に基づき、別表5に従い該当するいずれかの区分を届け出ること。」とあるが、「該当するいずれかの区分」について、どのように考えればよいか。
A13	例えば、【B】の値が3.0である場合については、保険医療機関（医科）は「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）1」、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）2」又は「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）3」のいずれか、保険医療機関（歯科）は「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）1」、「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）2」又は「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）3」のいずれかを届け出ることができる。なお、訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）についても同様の取扱いとなる。
Q14	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）、入院ベースアップ評価料及び訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の施設基準における「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」について、具体的な範囲如何。
A14	国、地方公共団体及び保険者等が交付する収入金額であって、保険医療機関等に交付されているものを指す。例えば、地方自治体による単独の補助事業、保険者が委託する健診、病院の運営に当てられる地方自治体からの繰入金等が含まれる
Q15	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）、入院ベースアップ評価料及び訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の施設基準において、「常勤換算2名以上の対象職員が勤務していること。」とされているが、当該保険医療機関又は当該訪問看護ステーションの職員の退職又は休職等により、要件を満たさなくなった場合についてどのように考えればよいか。
A15	常勤換算の職員が2名を下回った場合は、速やかに地方厚生(支)局長に届出の変更を行い、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月から算定を行わないこと。ただし、暦月で3か月を超えない期間の一時的な変動の場合はこの限りではない。

©ASK/LINKUP

15

## 2024年診療報酬改定・Q&amp;A

看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料関係 共通事項	
Q16	看護職員処遇改善評価料、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）、入院ベースアップ評価料及び訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の対象となる職員には、労働基準法（昭和22年法律第49号）第65条に規定する休業、育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成3年法律第76号。以下「育児・介護休業法」という。）第2条第1号に規定する育児休業、同条第2号に規定する介護休業又は育児・介護休業法第23条第2項に規定する育児休業に関する制度に準ずる措置若しくは育児・介護休業法第24条第1項の規定により同項第2号に規定する育児休業に関する制度に準じて講ずる措置による休業を取得中の職員等も含むのか。
A16	含まない。
Q17	看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料において、賃金改善に伴い増加する法定福利費等について、どのような範囲を指すのか。
A17	次の①及び②を想定している。 ① 健康保険料、介護保険料、厚生年金保険料、児童手当拠出金、雇用保険料、労災保険料等における、賃金改善に応じた増加分（事業者負担分を含む。） ② 退職手当共済制度等における掛金等が増加する場合の増加分（事業者負担分を含む。）
Q18	看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料の施設基準において、「対象医療機関は、当該評価料の趣旨を踏まえ、労働基準法等を遵守すること。」とあるが、具体的にどのような対応が必要か。
A18	当該評価料による賃金改善を行うための就業規則等の変更について労働者の過半数を代表する者の意見を聴くことや、賃金改善に当たって正当な理由なく差別的な取扱いをしないことなど、労働基準法やその他関係法令を遵守した対応が必要である。その他、賃金改善を行うための具体的な方法については、労使で適切に話し合った上で決定することが望ましい。

©ASK/LINKUP

16



## 2024年診療報酬改定・Q&amp;A

看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料関係 医科点数表関係	
Q19	「看護補助者処遇改善事業補助金」や旧医科点数表の「A500」看護職員処遇改善評価料によりすでに賃金改善を実施している場合について、どのように考えればよいか
A19	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）及び入院ベースアップ評価料の算出の際に用いる「対象職員の給与総額」の計算にあたり、それらの額は含めないものとする。 また、令和6年4月及び5月にそれらを用いて賃金改善を実施している場合には、「賃金改善計画書」及び「賃金改善実施報告書」における賃金改善の見込み額及び実績額の記載にあたり、ベースアップ評価料以外によるペア等実施分に含めるものとする。
Q20	外来診療及び在宅医療を実施しておらず、入院医療のみを実施している保険医療機関について、ベースアップ評価料の届出及び算定についてどのように考えればよいか。
A20	「O100」外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び「O102」入院ベースアップ評価料の届出を行った上で、「O102」入院ベースアップ評価料のみを算定する。
Q21	外来即入院となった患者について、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）を算定した上で、「O000」看護職員処遇改善評価料及び入院ベースアップ評価料を同日に算定することは可能か。
A21	算定可能
Q22	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）及び入院ベースアップ評価料を届け出ている保険医療機関において、看護職員処遇改善評価料に係る賃金改善計画書及び賃金改善実績報告書の記載はどのようにすればよいか。
A22	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）及び入院ベースアップ評価料による賃金改善の見込み額については、賃金改善計画書における「Ⅲ．賃金改善の見込額」及び賃金改善実績報告書における「Ⅱ．賃金改善の実績額」には含めないこと。

©ASK/LINKUP

17

## 2024年診療報酬改定・Q&amp;A

看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料関係 医科点数表関係	
Q23	看護職員処遇改善評価料及び入院ベースアップ評価料において、「延べ入院患者数」については、どのように算出するのか。
A23	延べ入院患者数は、第1節入院基本料、第3節特定入院料又は第4節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を対象として、毎日24時現在で当該保険医療機関に入院していた患者の延べ数を計上する。ただし、退院日は延べ入院患者数に含め、また、入院日に退院又は死亡した患者も延べ入院患者数に含める。
Q24	問23について、自由診療や労災保険による患者について、「延べ入院患者数」に計上するのか。
A24	自由診療の患者については、計上しない。公費負担医療や労災保険制度等、診療報酬点数表に従って医療費が算定される患者については、計上する。
Q25	問23について、救急患者として受け入れた患者が処置室、手術室等において死亡した場合、「延べ入院患者数」に計上するのか。
A25	計上する。
Q26	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の施設基準において、「医科点数表又は歯科点数表第一章第二部第一節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、同部第三節の特定入院料又は同部第四節の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。」とされているが、算定していない期間等、具体的内容如何。
A26	直近3か月において入院料等を算定していない保険医療機関をいう。ただし、直近3か月の1月あたり平均延べ入院患者数が30人未満の保険医療機関については、当該要件に該当するものとみなして差し支えない。

©ASK/LINKUP

18

看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料関係 医科点数表関係	
Q27	問 26 について、「直近3か月の1月あたり平均延べ入院患者数が30人未満の保険医療機関については、当該要件に該当するものとみなして差し支えない。」とされているが、当該要件に該当している保険医療機関において、入院ベースアップ評価料の届出を行うことは可能か。
A27	可能。ただし、外来ベースアップ評価料(Ⅱ)と両方の届出を行うことはできない。
Q28	看護職員処遇改善評価料及び入院ベースアップ評価料については、入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料(「A400」の「1」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算定するとされているが、外泊期間中であって、入院基本料の基本点数又は特定入院料の15%又は30%を算定する日においても、算定可能か。
A28	算定可
看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料関係 歯科点数表関係	
Q29	問 19 から問 28 について、保険医療機関(歯科)であって、入院医療の体制を有する場合についても、同様の取扱いになるということか。
A29	そのとおり。

# 入院関連と看護必要度 ICU等

# 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】			
急性期一般入院料1	1,650点	急性期一般入院料1	<b>1,688点</b>
【療養病棟入院基本料】			
療養病棟入院料1 入院料G	968点	療養病棟入院料1 入院料25	<b>983点</b>
【精神病棟入院基本料】			
15対1入院基本料	830点	15対1入院基本料	<b>844点</b>
【特定機能病院入院基本料】			
7対1入院基本料（一般病棟の場合）	1,718点	7対1入院基本料（一般病棟の場合）	<b>1,822点</b>
【回復期リハビリテーション病棟入院料】			
回復期リハビリテーション病棟入院料4	1,841点	回復期リハビリテーション病棟入院料4	<b>1,859点</b>
【地域包括ケア病棟入院料】			
地域包括ケア病棟入院料1	2,809点	地域包括ケア病棟入院料1（40日以内）	<b>2,838点</b>
		（41日目以降は2,690点） <b>31</b>	

※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。

©ASK/©LINKUP 2024.03.05厚労省説明会資料 01賃上げ・基本料の引き上げ

令和6年度診療報酬改定 I-1 医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組-②等

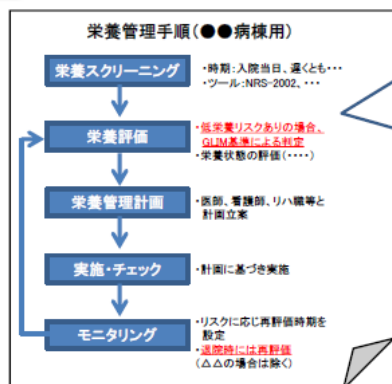
# 栄養管理体制の基準の明確化（入院料通則の改定①）

## 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	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)	(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。	(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 <b>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）</b> を作成すること。
(3)～(9) (略)	(3)～(9) (略)

イメージ 各医療機関の機能や患者特性等に応じて栄養管理手順に位置づける



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

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

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

●栄養スクリーニング

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

低栄養リスクあり

●低栄養診断

表現型基準（フェノタイプ基準）			病因基準（エチオロギー基準）	
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

©ASK/©LINKUP 2024.03.05厚労省説明会資料 01賃上げ・基本料の引き上げ

【看護師等遠隔診療補助加算】	
Q22	看護師等遠隔診療補助加算の施設基準において、「へき地における患者が看護師等という場合の情報通信機器を用いた診療に係る研修を修了した医師を配置していること。」とされているが、「へき地における患者が看護師等という場合の情報通信機器を用いた診療に係る研修」には、具体的にどのようなものがあるか。
A22	現時点では、以下の研修が該当する。 <ul style="list-style-type: none"> <li>厚生労働省「オンライン診療研修・調査事業」として実施する「へき地における患者が看護師等という場合のオンライン診療に関する研修」</li> </ul>
【入院料通則(栄養管理体制の基準)】	
Q23	栄養管理体制の基準について、「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。」とされているが、「標準的な栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価」の、具体的な内容如何。
A23	GLIM 基準による栄養状態の評価を位置づけ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、標準的な手法を栄養管理手順に位置づけた場合も含まれる。ただし、血中アルブミン値のみで栄養状態の評価を行うことは標準的な手法に含まれないため、複合的な栄養指標を用いた評価を位置づけること。
Q24	栄養管理体制の基準における「退院時を含む定期的な評価」は、全ての患者に退院時の評価を行う必要があるか。
A24	必ずしも全ての患者について退院時の評価を行う必要はないが、各医療機関の機能や患者特性等に応じて、どのような患者や状況の場合に退院時の評価を行うかなどを栄養管理手順に位置づけておくこと。

©ASK/LINKUP

令和6年度診療報酬改定 I-1 医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組-②等

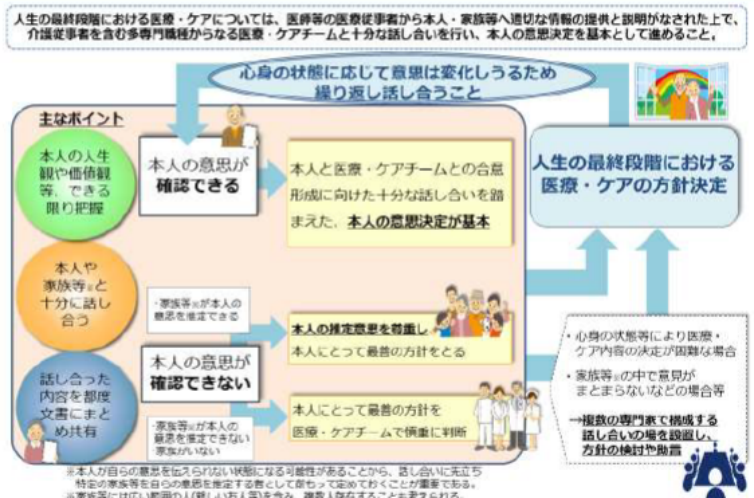
23

## 人生の最終段階における適切な意思決定支援の推進(入院料通則の改定②)

### 人生の最終段階における適切な意思決定支援の推進

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

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



#### 【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。
  - 身体的拘束の**実施状況を把握し、管理者を含む職員に定期的に周知徹底**すること。
  - 身体的拘束を最小化するための**指針を作成し、職員に周知し活用**すること。なお、アを踏まえ、**定期的に当該指針の見直しを行うこと。**また、当該指針には、鎮静を目的とした薬物の適正使用や(3)に規定する身体的拘束以外の患者の行動を制限する行為の最小化に係る内容を盛り込むことが望ましい。
- (6) (1)から(5)までの規定に関わらず、**精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む）における身体的拘束の取扱いについては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定による。**

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

## 第2部 入院料等

改定前	改定後
<p><b>【施設基準】</b> <u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p>6 (略)</p>	<p><b>【施設基準】</b> <u>7 身体的拘束最小化の基準</u></p> <p><u>(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。</u></p> <p><u>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。</u></p> <p><u>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。</u> 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。</p> <p><u>ウ 入院患者に係わる職員を対象として、身体的拘束の最小化に関する研修を定期的に行うこと。</u></p> <p><u>(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（昭和25年法律第123号）の規定による。</u></p> <p>8 (略)</p>

## 【入院料通則（身体的拘束の最小化）】

Q25	入院基本料を算定する病棟において1日に看護を行う看護要員の勤務時間数は、当該病棟で勤務する実働時間数のことをいうものであり、休憩時間以外の病棟で勤務しない時間は除かれるものであるが、院内感染防止対策委員会、安全管理のための委員会及び安全管理の体制確保のための職員研修を行う時間、褥瘡対策に関する委員会及び身体的拘束最小化チームに係る業務時間も除かれるのか。
A25	<p>入院基本料の施設基準の「院内感染防止対策の基準」、「医療安全管理体制の基準」、「褥瘡対策の基準」及び「身体的拘束最小化の基準」を満たすために必要な院内感染防止対策委員会、安全管理のための委員会及び安全管理の体制確保のための職員研修、褥瘡対策委員会並びに身体的拘束最小化チームに係る業務及び身体的拘束の最小化に関する職員研修へ参加する時間に限り、当該病棟で勤務する実働時間数に含んでも差し支えない。</p> <p>なお、参加した場合、病棟で勤務する実働時間としてみなされる委員会等及び研修は、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（令和6年3月5日保医発第0305第5号）」の別添2の第1の2、3、4及び7の規定に基づき実施されるものであること。</p> <p>なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について（その7）」（平成19年4月20日事務連絡）別添1の問33及び「疑義解釈資料の送付について（その1）」（平成24年3月30日事務連絡）別添1の問22は廃止する。</p>

©ASK/LINKUP

27

## QA25

<p>「疑義解釈資料の送付について（その7）」（平成19年4月20日事務連絡）別添1の問33</p> <p>（問33）入院基本料を算定する病棟において1日に看護を行う看護要員の勤務時間数は、当該病棟で勤務する実働時間数のことをいうものであり、休憩時間以外の病棟で勤務しない時間は除かれるものであるが、院内感染防止対策委員会、安全管理のための委員会及び安全管理の体制確保のための職員研修を行う時間も除かれるのか。</p> <p>（答）</p> <p>入院基本料の施設基準の「院内感染防止対策に関する基準」及び「医療安全管理体制に関する基準」を満たすために必要な院内感染防止対策委員会、安全管理のための委員会及び安全管理の体制確保のための職員研修に参加する時間帯に限り、当該病棟で勤務する実働時間数に含んでも差し支えない。なお、参加した場合、病棟で勤務する実働時間としてみなされる委員会・研修は、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（平成18年3月6日保医発第0306002号）」の別添2の第1の2及び3の規定に基づき実施されるものであり、次に該当するものであること。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・院内感染防止対策委員会は、病院長又は診療所長、看護部長、薬剤部門の責任者、検査部門の責任者、事務部門の責任者、感染症対策に関し相当の経験を有する医師等の職員から構成されているものであり、月1回程度定期的に開催される委員会であること。</li> <li>・安全管理のための委員会は、安全管理の責任者等で構成されているものであり月1回程度開催される委員会であること。</li> <li>・安全管理の体制確保のための職員研修は、安全管理のための基本的考え方及び具体的方策について職員に周知徹底を図ることを目的とするものであり、研修計画に基づき年2回程度実施される研修であること。</li> </ul> <p>「疑義解釈資料の送付について（その1）」（平成24年3月30日事務連絡）別添1の問22</p> <p>（問22）入院基本料を算定する病棟において1日に看護を行う看護要員の勤務時間数は、当該病棟で勤務する実働時間数のことをいうものであり、休憩時間以外の病棟で勤務しない時間は除かれるものであるが、褥瘡対策に関する委員会を行う時間は含んでよいのか。</p> <p>（答）平成19年4月20日の事務連絡「疑義解釈資料の送付について（その7）」で示している「院内感染防止対策委員会、安全管理のための委員会及び安全管理の体制確保のための職員研修」以外に、褥瘡対策委員会に参加する時間についても、当該病棟で勤務する実働時間数に含んでも差し支えない。</p>
---

©ASK/LINKUP

28

# 急性期一般入院料 1等の施設基準の見直し

## 平均在院日数の基準の見直し

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

現行	改定後
<b>【急性期一般入院基本料】</b> <b>【施設基準】</b> 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 にあつては18日）以内であること。	<b>【急性期一般入院基本料】</b> <b>【施設基準】</b> 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 にあつては <b>16日</b> ）以内であること。

## 重症度、医療・看護必要度の該当患者の要件の見直し

➤ 急性期一般入院料 1、特定機能病院入院基本料 7 対 1 及び専門病院入院基本料 7 対 1 における該当患者の基準及び割合の基準について、以下のいずれも満たすことを施設基準とする。

- ① 「A 3 点以上」又は「C 1 点以上」に該当する割合が一定以上であること
- ② 「A 2 点以上」又は「C 1 点以上」に該当する割合が一定以上であること

現行	改定後							
<b>【急性期一般入院料 1】</b> <b>【施設基準】</b> 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。	<b>【急性期一般入院料 1】</b> <b>【施設基準】</b> 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 <table border="1"> <tr><td>A 得点が 2 点以上かつ B 得点が 3 点以上の患者</td></tr> <tr><td>A 得点が 3 点以上の患者</td></tr> <tr><td>C 得点が 1 点以上の患者</td></tr> </table>	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	別表 1 (基準：20% ※必要度 II の場合)      別表 2 (基準：27% ※必要度 II の場合) <table border="1"> <tr> <td>A 得点が 3 点以上の患者</td> <td>A 得点が 2 点以上の患者</td> </tr> <tr> <td>C 得点が 1 点以上の患者</td> <td>C 得点が 1 点以上の患者</td> </tr> </table>	A 得点が 3 点以上の患者	A 得点が 2 点以上の患者	C 得点が 1 点以上の患者	C 得点が 1 点以上の患者
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								
A 得点が 3 点以上の患者	A 得点が 2 点以上の患者							
C 得点が 1 点以上の患者	C 得点が 1 点以上の患者							

©ASK/©LINKUP 2024.03.05厚労省説明会資料 06 入院II(急性期・高度急性期入院医療)

29

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合への影響等のシミュレーションについて（案）

中医協 総-5  
5. 12. 22

○ シミュレーションにおける変更内容の組み合わせは、以下のパターンで実施することとしてはどうか。

変更する項目	変更内容	共通	見直し案1	見直し案2	見直し案3	見直し案4
1-1	A-7:救急搬送後の入院/緊急に入院を必要とする状態		○		○	
1-2				○		○
2-1	A-1:創傷処置	○				
3-1	A-2:呼吸ケア	○				
4-1	A-3:注射薬剤3種類以上の管理	○				
4-2		○				
5-1	A-6①:抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)	○				
5-2					○	○
6-1	A-6②:抗悪性腫瘍剤の内服の管理	○				
7-1	A-6:専門的な治療・処置	○				
8-1	B 項目及び該当基準	○				
9-1	C 項目	○				
9-2		○				
10-1	評価対象患者	○				

11

# 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直し

## 評価項目の見直し

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

(改定内容)

- ・「創傷処置」について、評価対象を、必要度Ⅱにおいて対象となる診療行為を実施した場合に統一するとともに、「重度褥瘡処置」に係る診療行為を対象から除外
- ・「呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）」について、評価対象を、必要度Ⅱにおいて評価対象となる診療行為を実施した場合に統一
- ・「注射薬剤3種類以上の管理」について、7日間を該当日数の上限とするとともに、対象薬剤から静脈栄養に関する薬剤を除外
- ・「抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）」について、対象薬剤から入院での使用割合が6割未満の薬剤を除外
- ・「抗悪性腫瘍剤の内服の管理」について、対象薬剤から入院での使用割合が7割未満の薬剤を除外
- ・「抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）」、「麻薬の使用（注射剤のみ）」、「昇圧剤の使用（注射剤のみ）」、「抗不整脈薬の使用（注射剤のみ）」、「抗血栓塞栓薬の使用」及び「無菌治療室での治療」の評価について、2点から3点に変更
- ・「救急搬送後の入院」及び「緊急に入院を必要とする状態」について、評価日数を2日間に変更
- ・C項目の対象手術及び評価日数の実態を踏まえた見直し
- ・短期滞在手術等基本科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）	-	-	-	あり
① 抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、				あり
② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、			あり	
③ 麻薬の使用（注射剤のみ）、			あり	あり
④ 麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、			あり	
⑤ 放射線治療、			あり	
⑥ 免疫抑制剤の管理（注射剤のみ）、			あり	
⑦ 昇圧剤の使用（注射剤のみ）、			あり	あり
⑧ 抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）、			あり	あり
⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、			あり	あり
⑩ ドレナージの管理、			あり	
⑪ 無菌治療室での治療				あり
7 I：救急搬送後の入院（2日間）	なし	-	あり	-
II：緊急に入院を必要とする状態（2日間）	なし	-	あり	-

C 手術等の医学的状況	0点	1点
15 開頭手術（11日間）	なし	あり
16 開胸手術（9日間）	なし	あり
17 開腹手術（6日間）	なし	あり
18 骨の手術（10日間）	なし	あり
19 胸腔鏡・腹腔鏡手術（4日間）	なし	あり
20 全身麻酔・脊髄麻酔の手術（5日間）	なし	あり
救命等に係る内科的治療（4日間）		
21 ①経皮的血管内治療、 ②経皮的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。

©ASK/©LINKUP 2024.03.05厚労省説明会資料 06 入院Ⅱ（急性期・高度急性期入院医療）

## 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱの概要

※対象病棟の入院患者について、A項目（必要度Ⅰの場合は、専門的な治療・処置のうち薬剤を使用する物に限る）及びC項目は、レセプト電算処理システム用コードを用いて評価し、直近3ヶ月の該当患者の割合を算出。

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2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 呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）	なし	あり	-
3 注射薬剤3種類以上の管理	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 ① 抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、 ② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③ 麻薬の使用（注射剤のみ）、 ④ 麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤ 放射線治療、 ⑥ 免疫抑制剤の管理（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、 ⑩ ドレナージの管理、 ⑪ 無菌治療室での治療	なし	-	あり
7 I：救急搬送後の入院（5日間） II：緊急に入院を必要とする状態（5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（13日間）	なし	あり
16 開胸手術（12日間）	なし	あり
17 開腹手術（7日間）	なし	あり
18 骨の手術（11日間）	なし	あり
19 胸腔鏡・腹腔鏡手術（5日間）	なし	あり
20 全身麻酔・脊髄麻酔の手術（5日間）	なし	あり
救命等に係る内科的治療（5日間）		
21 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（6日間）（例：眼窩内異物除去術）	なし	あり

【該当患者の基準】

対象入院科	基準
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度	基準① A得点が2点以上かつB得点が3点以上 基準② A得点が3点以上 基準③ C得点が1点以上

B 患者の状況等	患者の状態			介助の実施	
	0点	1点	2点	0	1
8 寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない	-	-
9 移乗	自立	一部介助	全介助	実施なし	実施あり
10 口腔清潔	自立	要介助	-	実施なし	実施あり
11 食事摂取	自立	一部介助	全介助	実施なし	実施あり
12 衣服の着脱	自立	一部介助	全介助	実施なし	実施あり
13 診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	-	-	-
14 危険行動	ない	-	ある	-	-



必要度 I

必要度 II

項目の定義

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

判断に際しての留意点

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

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

基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて(通知) 別紙7「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き」及び 別紙7別紙1「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」より抜粋

©ASK/LINKUP 2023.11.08中医協総会 入院(その2) 急性期入院医療について

A 1 「創傷処置」の定義

必要度 I

必要度 II

項目の定義

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

①創傷の処置(褥瘡の処置を除く。)

〔定義〕

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

〔留意点〕

ここでいう創傷とは、皮膚又は粘膜が破綻をきたした状態であり、その数、深さ、範囲の程度は問わない。  
縫合創は創傷処置の対象に含めるが、縫合のない穿刺創は含めない。粘膜は、鼻、口腔、膣及び肛門の粘膜であって、外部から粘膜が破綻をきたしている状態であることが目視できる場合に限り含める。気管切開口、胃瘻及びストーマ等については、造設から抜糸までを含め、抜糸後は、滲出液が見られ処置を必要とする場合を含める。  
ここでいう処置とは、創傷の治療を促し感染を予防する目的で、洗浄、消毒、止血、薬剤の注入及び塗布、ガーゼやフィルム材等の創傷被覆材の貼付や交換等の処置を実施した場合をいい、診察、観察だけの場合やガーゼを剥がすだけの場合は含めない。  
また、陰圧閉鎖療法、眼科手術後の点眼及び排泄物の処理に関するストーマ処置は含めない。

②褥瘡の処置

〔定義〕

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

〔留意点〕

ここでいう褥瘡とは、NPUAP分類Ⅱ度以上又はDESIGN-R2020分類d2以上の状態をいう。この状態に達していないものは、褥瘡の処置の対象に含めない。  
ここでいう処置とは、褥瘡に対して、洗浄、消毒、止血、薬剤の注入及び塗布、ガーゼやフィルム材等の創傷被覆材の貼付や交換等の処置を実施した場合をいい、診察、観察だけの場合やガーゼを剥がすだけの場合は含めない。また、陰圧閉鎖療法は含めない。

①創傷の処置(褥瘡の処置を除く。)

レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
140000610	創傷処置(100cm <sup>2</sup> 未満)
140000710	創傷処置(100cm <sup>2</sup> 以上500cm <sup>2</sup> 未満)
140000810	創傷処置(500cm <sup>2</sup> 以上3000cm <sup>2</sup> 未満)
140000910	創傷処置(3000cm <sup>2</sup> 以上6000cm <sup>2</sup> 未満)
140001010	創傷処置(6000cm <sup>2</sup> 以上)
140062110	下肢創傷処置(足部(踵を除く)の浅い潰瘍)
140062210	下肢創傷処置(足趾の深い潰瘍・踵部の浅い潰瘍)
140062310	下肢創傷処置(足部(踵を除く)の深い潰瘍・踵部の深い潰瘍)
140032010	熱傷処置(100cm <sup>2</sup> 未満)
140032110	熱傷処置(100cm <sup>2</sup> 以上500cm <sup>2</sup> 未満)
140032210	熱傷処置(500cm <sup>2</sup> 以上3000cm <sup>2</sup> 未満)
140036510	熱傷処置(3000cm <sup>2</sup> 以上6000cm <sup>2</sup> 未満)
140036610	熱傷処置(6000cm <sup>2</sup> 以上)
140034830	電撃傷処置(100cm <sup>2</sup> 未満)
140034930	電撃傷処置(100cm <sup>2</sup> 以上500cm <sup>2</sup> 未満)
140035030	電撃傷処置(500cm <sup>2</sup> 以上3000cm <sup>2</sup> 未満)
140035130	電撃傷処置(3000cm <sup>2</sup> 以上6000cm <sup>2</sup> 未満)
140035230	電撃傷処置(6000cm <sup>2</sup> 以上)
140035430	凍傷処置(100cm <sup>2</sup> 未満)
140035530	凍傷処置(100cm <sup>2</sup> 以上500cm <sup>2</sup> 未満)
140035630	凍傷処置(500cm <sup>2</sup> 以上3000cm <sup>2</sup> 未満)
140035730	凍傷処置(3000cm <sup>2</sup> 以上6000cm <sup>2</sup> 未満)
140035830	凍傷処置(6000cm <sup>2</sup> 以上)
140036030	凍傷処置(100cm <sup>2</sup> 未満)
140036130	凍傷処置(100cm <sup>2</sup> 以上500cm <sup>2</sup> 未満)
140036230	凍傷処置(500cm <sup>2</sup> 以上3000cm <sup>2</sup> 未満)
140036330	凍傷処置(3000cm <sup>2</sup> 以上6000cm <sup>2</sup> 未満)
140036430	凍傷処置(6000cm <sup>2</sup> 以上)

②褥瘡の処置

レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
140048610	重度褥瘡処置(100cm <sup>2</sup> 未満)
140048710	重度褥瘡処置(100cm <sup>2</sup> 以上500cm <sup>2</sup> 未満)
140048810	重度褥瘡処置(500cm <sup>2</sup> 以上3000cm <sup>2</sup> 未満)
140048910	重度褥瘡処置(3000cm <sup>2</sup> 以上6000cm <sup>2</sup> 未満)
140049010	重度褥瘡処置(6000cm <sup>2</sup> 以上)
140700110	長期療養患者褥瘡等処置

基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて(通知) 別紙7「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き」及び 別紙7別紙1「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」より抜粋

©ASK/LINKUP 2023.11.08中医協総会 入院(その2) 急性期入院医療について

# 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				改定後			【該当患者の基準】	
		必要度 I	必要度 II		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%	急性期一般入院料1	割合①:21%	割合①:20%	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
	許可病床200床未満	28%	25%		割合②:28%	割合②:27%		
急性期一般入院料2	許可病床200床以上	27%	24%	急性期一般入院料2	22%	21%	急性期2～5等※2	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
	許可病床200床未満	25%	22%	急性期一般入院料3	19%	18%		
急性期一般入院料3	許可病床200床以上	24%	21%	急性期一般入院料4	16%	15%	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
	許可病床200床未満	22%	19%	急性期一般入院料5	12%	11%		
急性期一般入院料4	許可病床200床以上	20%	17%	7対1入院基本料(特定)	—	割合①:20%	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
急性期一般入院料5	許可病床200床未満	18%	15%	7対1入院基本料(結核)	8%	7%		
急性期一般入院料1	許可病床200床以上	17%	14%	7対1入院基本料(専門)	割合①:21%	割合①:20%	※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	
7対1入院基本料(特定)	—	28%	看護必要度加算1(特定、専門)	18%	17%			
7対1入院基本料(結核)	10%	8%	看護必要度加算2(特定、専門)	16%	15%			
7対1入院基本料(専門)	30%	28%	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%
看護必要度加算1(特定、専門)	22%	20%	看護必要度加算1(特定、専門)	18%	15%	総合入院体制加算2	31%	30%
看護必要度加算2(特定、専門)	20%	18%	看護必要度加算2(特定、専門)	16%	15%	総合入院体制加算3	28%	27%
看護必要度加算3(特定、専門)	18%	15%	看護必要度加算3(特定、専門)	13%	12%	急性期看護補助体制加算	6%	5%
総合入院体制加算1・2	33%	30%	急性期看護補助体制加算	7%	6%	看護職員夜間配置加算	4%	3%
総合入院体制加算3	30%	27%	看護職員夜間配置加算	5%	4%	看護補助加算1	4%	3%
急性期看護補助体制加算	7%	6%	看護補助加算1	5%	4%	地域包括ケア病棟入院料	10%	8%
看護職員夜間配置加算	7%	6%	看護補助加算2	5%	4%	特定一般病棟入院料の注7	12%	8%
看護補助加算1	5%	4%	看護補助加算3	13%	12%			
地域包括ケア病棟入院料	12%	8%	総合入院体制加算1	18%	15%			
特定一般病棟入院料の注7	12%	8%	総合入院体制加算2	16%	15%			

【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 **116**

©ASK/©LINKUP 2024.03.05厚労省説明会資料 06 入院II(急性期・高度急性期入院医療)

## 重症度、医療・看護必要度IIの要件化

### 重症度、医療・看護必要度IIを要件とする対象病院の拡大

➤ 重症度、医療・看護必要度の測定に係る負担軽減及び測定の適正化を更に推進する観点から、急性期一般入院料1(許可病床数200床未満)又は急性期一般入院料2若しくは3(許可病床数200床以上400床未満)を算定する病棟及び救命救急入院料2若しくは4又は特定集中治療室管理料を算定する治療室について、重症度、医療・看護必要度IIを用いることを要件化する。

現行	改定後
<p>【急性期一般入院料】 【施設基準】 許可病床数が200床以上の保険医療機関であって、急性期一般入院料1に係る届出を行っている病棟及び許可病床数が400床以上の保険医療機関であって、急性期一般入院料2から5までに係る届出を行っている病棟については、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度IIを用いて評価を行うこと。</p>	<p>【急性期一般入院料】 【施設基準】 急性期一般入院料1に係る届出を行っている病棟(許可病床数が200床未満の保険医療機関であって、重症度、医療・看護必要度IIを用いて評価を行うことが困難であることについて正当な理由があるものを除く。)、許可病床数が200床以上であって急性期一般入院料2又は3に係る届出を行っている病棟及び許可病床数が400床以上の保険医療機関であって急性期一般入院料4又は5に係る届出を行っている病棟については、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度IIを用いて評価を行うこと。</p>

※救命救急入院料2及び4並びに特定集中治療室管理料についても、同様の見直しを行う。

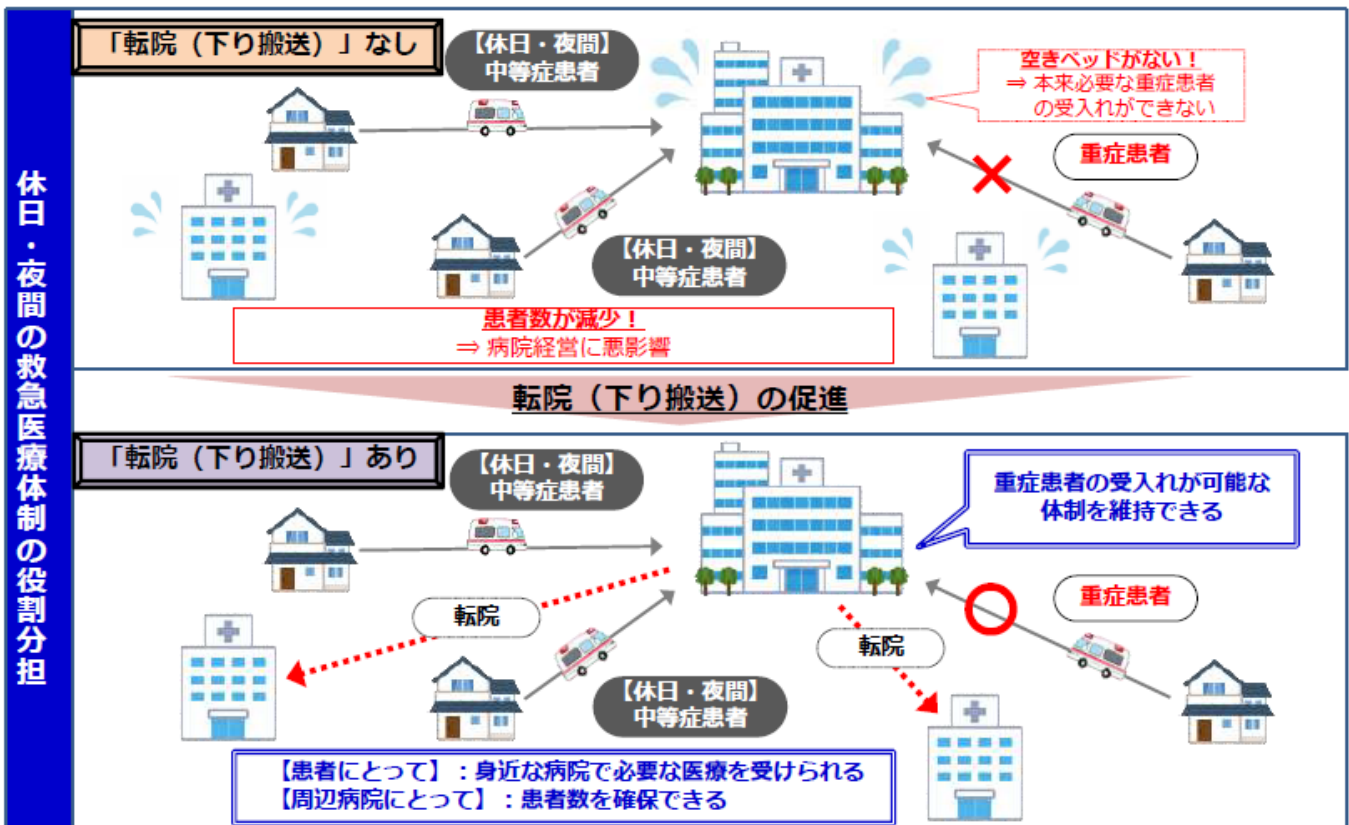
【経過措置】  
令和6年3月31日において現に届出を行っている病棟については、令和7年9月30日までの間に限り、必要度IIを用いた評価に係る要件を満たすものとみなす。

# 下り搬送と高齢者救急

## 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（一部改定）

○ 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。



## 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。

248

## 2024年診療報酬改定・Q&A

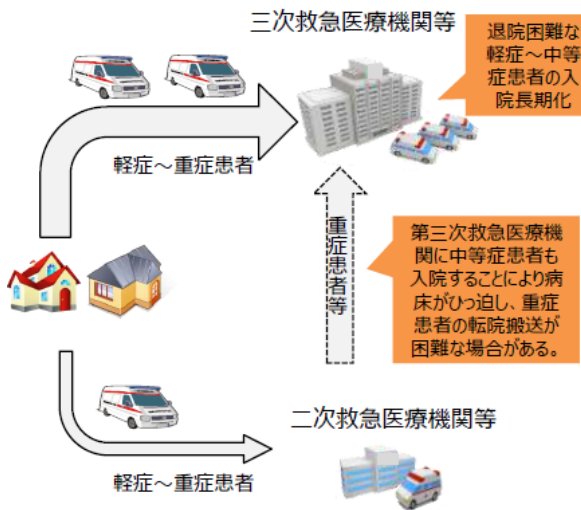
2024年3月28日 「疑義解釈(その1)」より

### 【救急患者連携搬送料】

Q175	「C004-2」救急患者連携搬送料について、搬送先の保険医療機関に属する緊急自動車は患者の初期診療を行った保険医療機関まで赴き、初期診療を行った保険医療機関の医師、看護師又は救急救命士が同乗の上で当該患者を搬送した場合は算定可能か。
A175	要件を満たせば算定可能。
Q176	救急患者連携搬送料について、市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車により搬送が行われた場合でも、算定できるのか
A176	算定できない。
Q177	「A200」総合入院体制加算、「A200-2」急性期充実体制加算、「A252」地域医療体制確保加算及び「O000」看護職員処遇改善評価料に関する施設基準における「救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数」、「A207-3」急性期看護補助体制加算及び「A207-4」看護職員夜間配置加算に関する施設基準における「救急自動車及び救急医療用ヘリコプターによる搬送人数」並びに「B001-2-6」夜間休日救急搬送医学管理料の注3に規定する救急搬送看護体制加算1及び救急搬送看護体制加算2、「C004-2」救急患者連携搬送料に関する施設基準における「救急搬送件数」については、当該保険医療機関が患者を受け入れた件数又は人数を計上するものであり、当該保険医療機関が他の保険医療機関等に患者を搬送した件数又は人数は含まれないと考えてよいか。
A177	そのとおり。

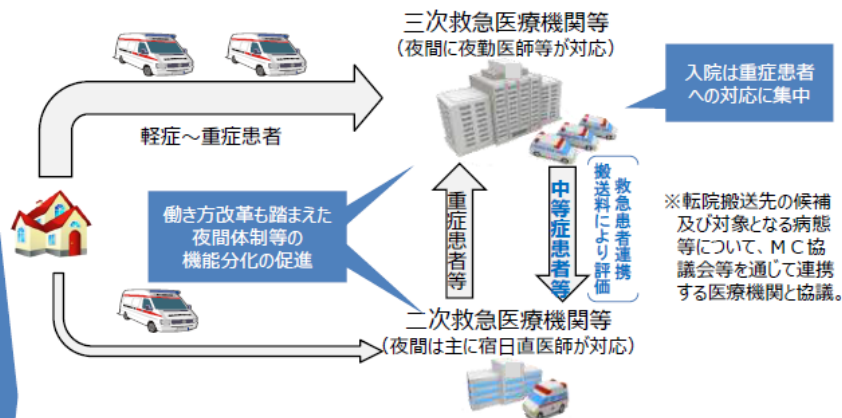
# 高齢者等の救急搬送に対する評価の見直しを通じた救急医療提供体制のイメージ

## ○これまでの救急医療提供体制における課題等

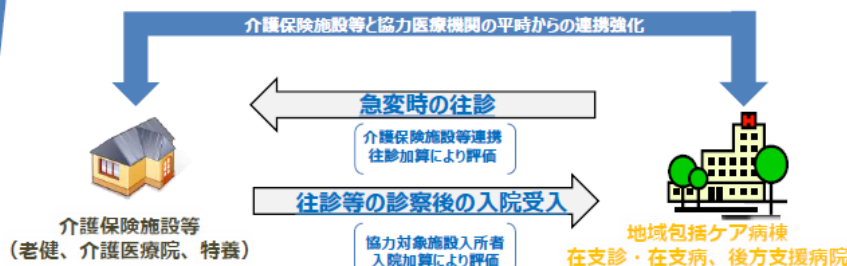


## ○初期診療後の適切な転院搬送の促進を通じた救急医療提供体制

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



## ○介護保険施設等との連携促進を通じた救急医療提供体制



249

©ASK/©LINKUP 2024.03.05厚労省説明会資料 08 重点分野における対応(救急医療)

令和6年度診療報酬改定 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 等

41

## 地域包括医療病棟① 病棟のイメージ

### 背景

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

### 地域包括医療病棟における医療サービスのイメージ



救急患者を受け入れる体制を整備



一定の医療資源を投入し、急性期を速やかに離脱



早期の退院に向け、リハビリ、栄養管理等を提供



退院に向けた支援  
適切な意思決定支援



早期の在宅復帰

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

包括的に提供

102

©ASK/©LINKUP 2024.03.05厚労省説明会資料 06 入院 I (地域包括医療病棟)

42

## 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。

103

©ASK/©LINKUP 2024.03.05厚労省説明会資料 06 入院I(地域包括医療病棟)

43

【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

別表1

基準①: 当該病棟に入院している患者について、右記のいずれかに該当すること。	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
基準②: 新たに入棟した患者について、右記に該当すること。	入棟初日のB得点が3点以上

別表2

	イの場合	ロの場合
基準①の割合	1割6分以上	1割5以上
基準②の割合	5割以上	

# 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I・II の概要

※対象病棟の入院患者について、A項目（必要度 I の場合は、専門的な治療・処置のうち薬剤を使用する物に限る）及びC項目は、レセプト電算処理システム用コードを用いて評価し、直近3ヶ月の該当患者の割合を算出。

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2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	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	-
3	注射薬剤3種類以上の管理	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 (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤放射線治療、 ⑥免疫抑制剤の管理(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、 ⑩ドレナージの管理、 ⑪無菌治療室での治療)	なし	-	あり
7	I: 救急搬送後の入院(5日間) II: 緊急に入院を必要とする状態(5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(13日間)	なし	あり
16	開胸手術(12日間)	なし	あり
17	開腹手術(7日間)	なし	あり
18	骨の手術(11日間)	なし	あり
19	胸腔鏡・腹腔鏡手術(5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(5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(6日間)(例: 眼窩内異物除去術)	なし	あり

【該当患者の基準】

対象入院料	基準
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度	基準① A得点が2点以上かつB得点が3点以上 基準② A得点が3点以上 基準③ C得点が1点以上

B	患者の状況等	患者の状態			介助の実施	
		0点	1点	2点	0	1
8	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない	-	-
9	移乗	自立	一部介助	全介助	実施なし	実施あり
10	口腔清潔	自立	要介助	-	実施なし	実施あり
11	食事摂取	自立	一部介助	全介助	実施なし	実施あり
12	衣服の着脱	自立	一部介助	全介助	実施なし	実施あり
13	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	-	-	-
14	危険行動	ない	-	ある	-	-

68

©ASK/LINKUP 2023.11.08 中医協総会 入院(その2) 急性期入院医療について

令和6年度診療報酬改定 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 等

45

## 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) 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) 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。

#### (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

104

## 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)

105

©ASK/©LINKUP 2024.03.05厚労省説明会資料 06 入院I(地域包括医療病棟)

47

## 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 10:1看護配置</li> <li>▶ DPCの包括範囲外の処置、検査等を算定可能</li> <li>▶ 夜間における画像検査等の体制確保</li> <li>▶ 看護職員夜間配置加算</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 救急搬送直接入棟患者割合:1割5分以上</li> <li>▶ 平均在院日数:21日以内</li> <li>▶ 重症度、医療・看護必要度:急性期病棟入院料4相当</li> <li>▶ 入棟初日のB項目3点以上の患者:50%以上</li> </ul>
リハビリ等	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ PT/OT/ST 2名配置</li> <li>▶ 管理栄養士の専任配置</li> <li>▶ リハ・栄養・口腔に係る研修を修了した医師配置</li> <li>▶ 看護補助体制加算</li> <li>▶ 看護補助体制充実加算</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 原則48時間以内にADL、栄養状態、口腔状態の評価</li> <li>▶ 定期的なカンファレンスの開催</li> <li>▶ 休日リハの提供体制</li> <li>▶ 休日リハ提供量:平日の8割以上</li> <li>▶ 早期リハ実施割合:8割以上</li> <li>▶ 管理栄養士による                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・GLIM基準を用いた栄養状態評価</li> <li>・週5回以上の食事観察</li> </ul> </li> <li>▶ 歯科医療機関との連携</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 退院・転棟時にADLが低下する患者:5%以内</li> <li>▶ 退院・転棟時にADLが低下する患者:3%以内</li> </ul>
在宅復帰機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 入退院支援加算1</li> </ul>	(入退院支援加算1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 在宅復帰率:8割</li> </ul>

※ 青字は注加算における要件等

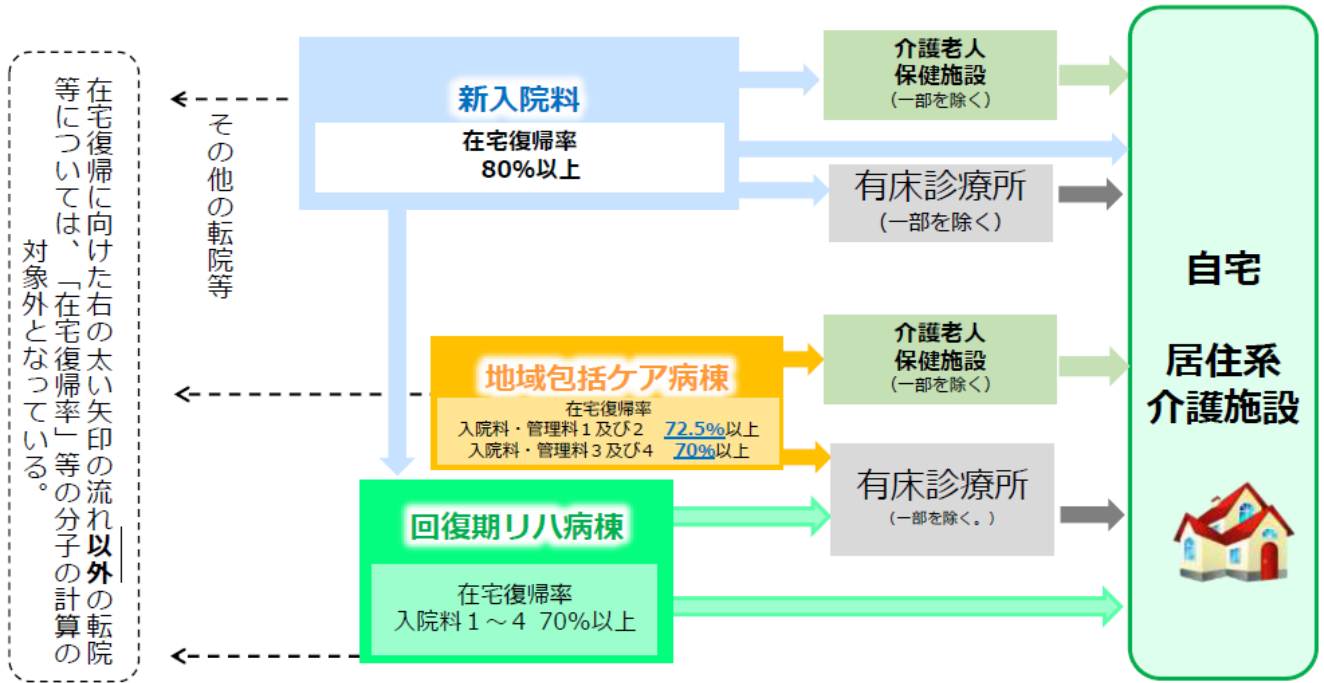
108



## 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



109

©ASK/©LINKUP 2024.03.05厚労省説明会資料 06 入院 I (地域包括医療病棟)

49

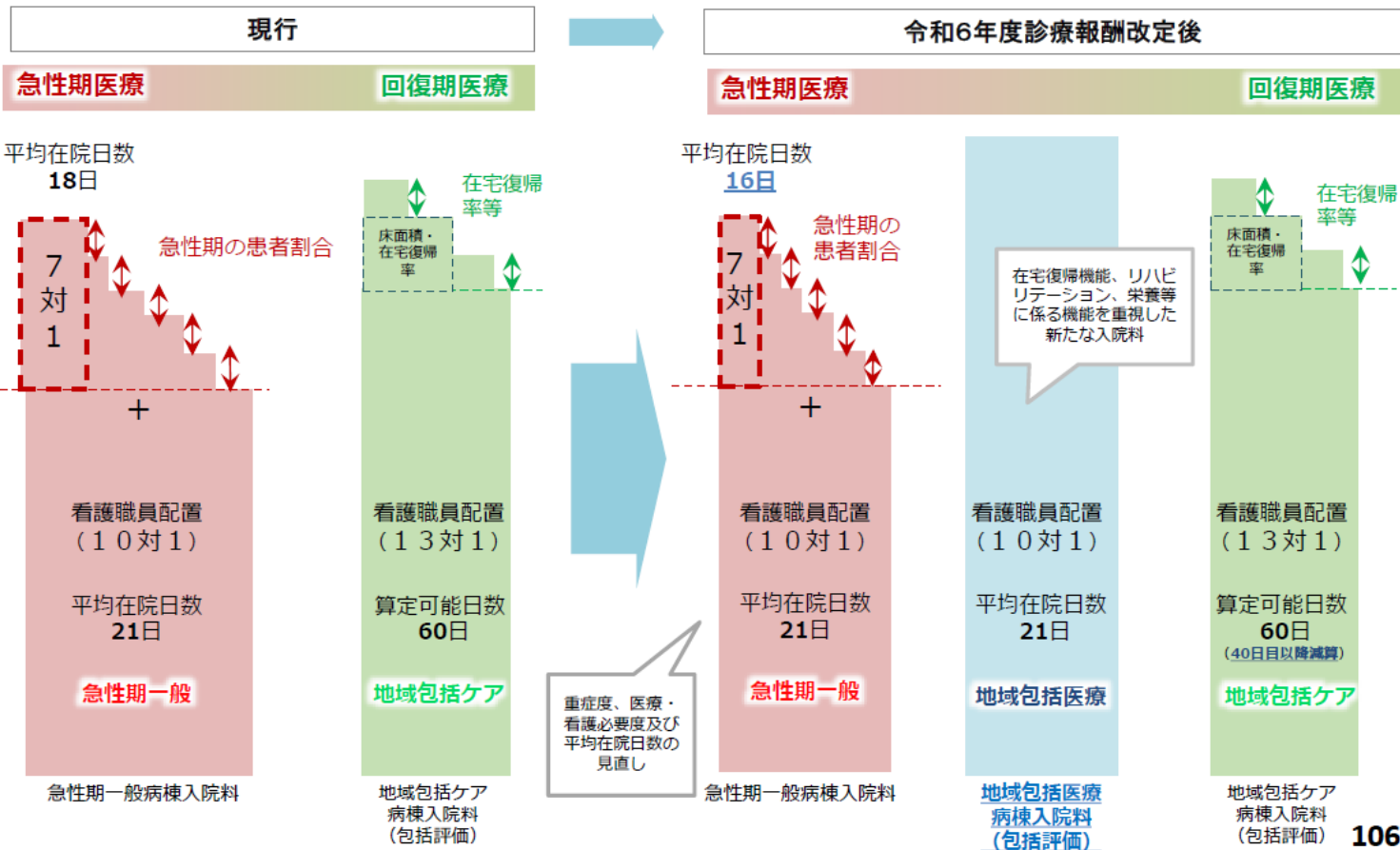
### 2024年診療報酬改定・Q&A

2024年3月28日 「疑義解釈 (その1)」より

#### 【地域包括医療病棟入院料】

Q104	「A304」地域包括医療病棟入院料について、「入院患者のADL等の維持、向上等に係るカンファレンスが定期的開催されており、医師、看護師、当該病棟に専従の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士（以下この項において「専従の理学療法士等」という。）、当該病棟に専任の管理栄養士及び必要に応じてその他の職種が参加していること。当該病棟におけるカンファレンスの内容を記録していること。」とあるが、地域包括医療病棟入院料を算定する全ての患者についてカンファレンスを行い、診療録にカンファレンスの内容を記録する必要があるか。
A104	当該病棟において、ADL等の維持、向上等に係るカンファレンスが定期的開催されていればよく、全ての患者について個別にカンファレンスを実施し、診療録に記録されている必要はない。
Q105	地域包括医療病棟入院料の施設基準において、「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。」とあるが、当該病棟内にリハビリテーションを行う専用の設備は必要か。
A105	不要。
Q106	地域包括医療病棟入院料について、「常時、必要な検査、CT撮影、MRI撮影を含む救急患者への対応を実施出来る体制を有していること。」とあるが、MRI撮影等は、オンコールを行っている職員により対応する体制でもよいか。
A106	救急患者への対応を実施出来る体制であれば、オンコールを行っている職員により対応する体制でも差し支えない。
Q107	地域包括医療病棟入院料の施設基準において、「直近1年間に、当該病棟を退院又は転棟した患者（死亡退院及び終末期のがん患者を除く。）のうち、退院又は転棟時におけるADL（基本的日常生活活動度（Barthel Index）（以下「BI」という。）の合計点数をいう。）が入院時と比較して低下した患者の割合が5%未満であること。」とされているが、入退棟時のBIの測定をする者についてどのように考えればよいか。
A107	BIの測定に関わる職員を対象としたBIの測定に関する研修会を修了した職員が評価することが望ましい。

# 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



106

©ASK/©LINKUP 2024.03.05厚労省説明会資料 06 入院I (地域包括医療病棟)

51

令和6年度診療報酬改定 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 等

## 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。

107

©ASK/©LINKUP 2024.03.05厚労省説明会資料 06 入院I (地域包括医療病棟)

52

## 急性期病棟、地域包括医療病棟及び地域包括ケア病棟の機能の比較（イメージ）

	急性期一般病棟入院料 1	地域包括医療病棟	地域包括ケア病棟入院料 1
病棟の趣旨	急性期医療を行う	高齢者急性期を主な対象患者として、治す医療とともに同時に支える医療（リハビリ等）を提供することで、より早期の在宅復帰を可能とする。	① 急性期治療を経過した患者の受け入れ。 ② 在宅で療養を行っている患者等の受け入れ ③ 在宅復帰支援
看護配置	7対1以上	10対1以上	13対1以上
重症度、医療・看護必要度の基準	<ul style="list-style-type: none"> <li>「A 3点以上又はC 1点以上」に該当する患者割合が20%以上</li> <li>「A 2点以上又はC 1点以上」に該当する患者割合が27%以上</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>「A 2点以上かつB 3点以上」、「A 3点以上」、「C 1点以上」のいずれかに該当する患者割合が16%以上（必要度Ⅰ）又は15%以上（必要度Ⅱ）</li> <li>入棟初日にB 3点以上の患者割合が50%以上</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>「A 1点以上又はC 1点以上」に該当する患者割合が10%以上（必要度Ⅰ）又は8%以上（必要度Ⅱ）</li> </ul>
在院日数	平均在院日数 16日以内	平均在院日数 21日以内	60日まで算定可能
救急医療体制	- (救急医療管理加算等で評価)	24時間救急搬送を受け入れられる体制を構築していること 画像検査、血液学的検査等の24時間体制救急医療管理加算等による評価	二次救急医療機関又は救急告示病院 ※ 200床未満の病院の場合は救急医療の体制 ※ 一般病床の場合
救急実績	(地域医療体制確保加算等で実績に応じた評価)	緊急入院割合:緊急入院直接入棟 1割5分以上	自宅等からの緊急患者の受け入れ 3月で9人以上
リハビリ	-	PT、OT又はST 2名以上の配置、ADLに係る実績要件	PT、OT又はST 1名以上の配置
在宅復帰率	80%以上 (分子に地ケア、回り八病棟等への退院を含む)	80%以上 (分子に回り八病棟等への退院を含む)	72.5%以上 (分子に回り八病棟等への退院を含まない)

110

©ASK/©LINKUP 2024.03.05厚労省説明会資料 06 入院 I (地域包括医療病棟)

53

【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】

### A 3 0 4 地域包括医療病棟入院料

改定後

#### (新) 地域包括医療病棟入院料

##### 【施設基準】

##### 1 地域包括医療病棟入院料の施設基準

- (10)当該病棟に入院する患者の平均在院日数が 21 日以内であること。
- (11)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。
- (12)当該病棟から退院した患者数に占める在宅等に退院するものの割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出する。ただし、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料 3 に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する。
- ア 直近 6 か月間において、当該病棟から退院又は転棟した患者数（第 2 部「通則 5」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く。）のうち、在宅等に退院するものの数  
この場合において、在宅等に退院するものの数は、退院患者の数から、次に掲げる数を合計した数を控除した数をいう。
- ① 他の保険医療機関（有床診療所入院基本料（別添 2 の第 3 の 5 の (1) のイのイ)に該当するものに限る。）又は回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病棟、病室又は病床を除く。）に転院した患者
  - ② 介護老人保健施設（介護保険施設サービス費（Ⅱ）、（Ⅲ）若しくは（Ⅳ）又はユニット型介護保険施設サービス費の（Ⅱ）、（Ⅲ）若しくは（Ⅳ）の届出を行っているものに限る）に退院した患者
  - ③ 同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟又は病室（回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病棟又は病室を除く。）に転棟した患者の数
- イ 直近 6 か月間に退院又は転棟した患者数（第 2 部「通則 5」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く。）
- (13)当該病棟における、直近 3 か月の入院患者に占める、同一の保険医療機関の一般病棟から 転棟したものの割合が 5 分未満であること。ただし、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料 3 に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する。

## A304 地域包括医療病棟入院料

改定後

### (新) 地域包括医療病棟入院料

#### 【施設基準】

#### 8 地域包括医療病棟入院料の「注 10」に掲げるリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の施設基準

- (1) 当該保険医療機関において、以下のいずれも満たす常勤医師が 1 名以上勤務していること。  
 ア リハビリテーション医療に関する 3 年以上の経験を有していること。  
 イ 適切なリハビリテーション、栄養管理、口腔管理に係る研修を修了していること。
- (2) (1)の要件のうちイにおけるリハビリテーション、栄養管理、口腔管理に係る研修とは、医療関係団体等が開催する急性期のリハビリテーション医療等に関する理論、評価法等に関する総合的な内容を含む研修であり、2 日以上かつ 12 時間以上の研修期間で、修了証が交付されるものである。なお、当該研修には、次の内容を含むものである。また、令和 6 年 3 月 31 日までに ADL 維持等向上体制加算において規定された「適切なリハビリテーションに係る研修」を修了している医師については、令和 8 年 3 月 31 日までの間に限り当該研修を修了しているものとみなす。  
 ア リハビリテーション概論について（急性期リハビリテーションの目的、障害の考え方、チームアプローチを含む。）  
 イ リハビリテーション評価法について（評価の意義、急性期リハビリテーションに必要な評価を含む。）  
 ウ リハビリテーション治療法について（運動療法、作業療法、言語聴覚療法、義肢装具療法及び薬物療法を含む。）  
 エ リハビリテーション処方について（リハビリテーション処方の実際、患者のリスク評価、リハビリテーションカンファレンスを含む。）  
 オ 高齢者リハビリテーションについて（廃用症候群とその予防を含む。）  
 カ 脳・神経系疾患（急性期）に対するリハビリテーションについて  
 キ 心臓疾患（CCU でのリハビリテーションを含む。）に対するリハビリテーションについて  
 ク 呼吸器疾患に対するリハビリテーションについて  
 ケ 運動器系疾患のリハビリテーションについて  
 コ 周術期におけるリハビリテーションについて（ICU でのリハビリテーションを含む。）  
 サ 急性期における栄養状態の評価（GLIM 基準を含む。）、栄養療法について  
 シ 急性期における口腔状態の評価、口腔ケア、医科歯科連携について

## A304 地域包括医療病棟入院料

改定後

### (新) 地域包括医療病棟入院料

#### 【施設基準】

#### 8 地域包括医療病棟入院料の「注 10」に掲げるリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の施設基準

- (3) プロセス・アウトカム評価として、以下の基準を全て満たすこと。  
 ア 直近 1 年間に、当該病棟への入棟後 3 日（入棟日の翌々日）までに疾患別リハビリテーション料が算定された患者数から、当該病棟を退院又は転棟した患者のうち疾患別リハビリテーション料が算定された患者数を除いた割合が 8 割以上であること。  
 イ 直近 1 年間に、当該病棟の入棟患者に対する土日祝日における 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から、当該病棟の入棟患者に対する平日における 1 日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数を除いた割合が 8 割以上であること。  
 ウ 直近 1 年間に、当該病棟を退院又は転棟した患者（死亡退院及び終末期のがん患者を除く。）のうち、退院又は転棟時における ADL の合計点数が入院時と比較して低下した患者の割合が 3 % 未満であること。  
 エ 当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡（DESIGN-R2020 分類 d2 以上とする。）を保有している入院患者の割合が 2.5% 未満であること。なお、その割合は、次の(イ)に掲げる数を(ロ)に掲げる数で除して算出する。ただし、届出時の直近月の初日（以下この項において「調査日」という。）における当該病棟の入院患者数が 80 人以下の場合は、本文の規定にかかわらず、当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡を保有している入院患者が 2 人以下であること。  
 (イ) 調査日に褥瘡を保有する患者数のうち、入院時既に褥瘡保有が記録された患者を除いた患者数  
 (ロ) 調査日の入院患者数（調査日の入院又は予定入院患者は含めず、退院又は退院予定患者は含める。）
- (4) 当該病棟の入院患者に対し、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へ連携する又は歯科診療を担う他の保険医療機関への受診を促す体制が整備されていること。

## A304 地域包括医療病棟入院料

(別紙様式7)

地域包括ケア病棟入院診療計画書  
(在宅復帰支援に関する事項)

(患者氏名)

殿

年 月 日

病棟(病室)	
在宅復帰支援担当者名	
病名 (他に考え得る病名)	
推定される入院期間	
在宅復帰支援計画	

注1) 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化等に応じて変わらうものである。

注2) 入院期間については、現時点で予想されるものである。

(主治医氏名)

印

©ASK/©LINKUP

2024年3月5日告示資料より

57

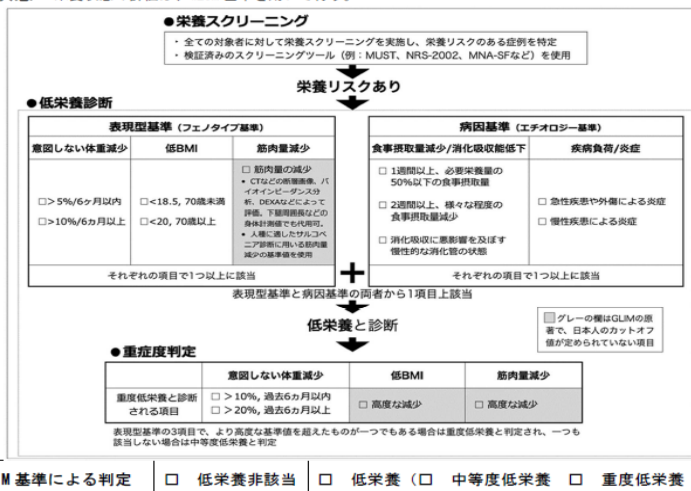
別紙様式7の2

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

## バーセルインデックス (Barthel Index)

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

栄養状態 栄養状態の評価は、GLIM基準を用いて行う。



## 口腔状態

項目	評価	
歯の汚れ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
歯肉の腫れ、出血	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない
義歯の使用	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし

©ASK/©LINKUP

2024年3月5日告示資料より

58

(患者氏名) 殿

年 月 日

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

担当者氏名

担当医	看護師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	管理栄養士

©ASK/©LINKUP

2024年3月5日告示資料より

59

## 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

119

# 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。
- B Iの測定に関わる職員を対象としたB Iの測定に関する研修会を年1回以上開催すること。

120

©ASK/©LINKUP 2024.03.05厚労省説明会資料 06 入院Ⅱ（急性期・高度急性期入院医療）

61

## 2024年診療報酬改定・Q&A

2024年3月28日 「疑義解釈（その1）」より

### 【リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算】

Q54	「A 2 3 3」リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の施設基準において、「直近1年間に、当該病棟を退院又は転棟した患者（死亡退院及び終末期のがん患者を除く。）のうち、退院又は転棟時におけるADL（基本的日常生活活動度（Barthel Index）（以下「B I」という。）の合計点数をいう。）が入院時と比較して低下した患者の割合が3%未満であること。」とされているが、入退棟時のB Iの測定をする者についてどのように考えればよいか。
A54	B Iの測定に関わる職員を対象としたB Iの測定に関する研修会を修了した職員が評価することが望ましい。
Q55	同一の保険医療機関において、リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算を算定した後に、地域包括医療病棟入院料の「注10」に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の届出を行っている病棟に転棟した場合について、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算の算定期間をどのように考えればよいか。
A55	リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算を算定した期間と通算して14日間に限り算定できる。なお、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算を算定した後、リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算を算定する場合でも同様である。
Q56	リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算及び地域包括医療病棟入院料の施設基準において、「当該専任の管理栄養士として配置される病棟は、1名につき1病棟に限る。」とあるが、1名の管理栄養士がそれぞれの施設基準について1病棟ずつ兼務することができるか
A56	不可。

## 2024年診療報酬改定・Q&amp;A

【リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算】	
Q57	リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算及び地域包括医療病棟入院料において、入棟後、原則48時間以内に評価に基づき、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を作成することとなっているが、入院前に、入退院支援部門と連携し、入院時支援の一環として栄養状態の評価を行った場合、その評価に基づき計画作成を行ってもよいか。
A57	当該病棟の専任の管理栄養士が、入退院支援部門と連携して栄養状態の評価を行った場合は差し支えない。ただし、入院前と患者の状態に変更がある場合は、必要に応じて栄養状態の再評価を行うこと。
Q58	リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算及び地域包括医療病棟入院料の「注 10」に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算について、専任の管理栄養士が休み等で不在の場合であって、入棟後 48 時間以内の患者との対面による確認や週 5 回以上の食事提供時間の観察等ができない場合についてどのように考えればよいか。
A58	専任の管理栄養士が休み等で不在の場合、専任の管理栄養士以外の管理栄養士が実施しても差し支えない。なお、専任の管理栄養士以外が実施する場合は、随時、専任の管理栄養士に確認できる体制を整備しておくこと。
Q59	リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算及び地域包括医療病棟入院料の「注 10」に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算について、「週 5 回以上、食事の提供時間に、低栄養等のリスクの高い患者を中心に食事の状況を観察し、食欲や食事摂取量等の把握を行うこと」とあるが、1 回の食事提供時間に、全ての患者の食事の状況を観察しないといけぬのか。また、1 日 2 回行ってもよいか。
A59	1 回の食事の観察で全ての患者の状況を確認する必要はなく、週 5 回以上の食事の観察を行う中で計画的に確認できれば差し支えない。また、必要に応じ 1 日 2 回行ってもよいが、同日に複数回実施した場合であっても 1 回として数えること。

©ASK/LINKUP

63

## 2024年診療報酬改定・Q&amp;A

2024年3月28日 「疑義解釈（その1）」より

【リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算】	
Q60	リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算及びリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の施設基準において、適切なリハビリテーション、栄養管理、口腔管理に係る研修を修了している常勤医師が 1 名以上勤務していることが求められているが、この「適切なリハビリテーション、栄養管理、口腔管理に係る研修」とは、具体的にどのようなものがあるか。
A60	現時点では、日本リハビリテーション医学会が主催する「急性期病棟におけるリハビリテーション診療、栄養管理、口腔管理に係る医師研修会」が該当する。
Q61	リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算及びリハビリテーション・栄養・口腔連携加算について、「リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画を策定した日から 14 日を限度として算定できる。ただし、やむを得ない理由により、入棟後 48 時間を超えて計画を策定した場合においては、当該計画の策定日にかかわらず、入棟後 3 日目を起算日とする。」とあるが、初回入棟後に計画を策定した日あるいは初回入棟後 3 日目のいずれかのうち早い日より 14 日を経過した後に、入院期間が通算される再入院の患者に対して計画を再度策定した場合であっても算定することは可能か。
A61	不可。

©ASK/LINKUP

64



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

Q62	「A 2 3 3」リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、「A 3 0 4」地域包括医療病棟入院料の「注10」に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算、「A 3 0 8」回復期リハビリテーション病棟入院料の「1」回復期リハビリテーション病棟入院料1及び「2」回復期リハビリテーション病棟入院料2並びに特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の施設基準において、「適切な口腔ケアを提供するとともに、口腔状態に係る課題（口腔衛生状態の不良や咬合不良等）を認めた場合は、必要に応じて当該保険医療機関の歯科医師等と連携する又は歯科診療を担う他の保険医療機関への受診を促す体制が整備されていること。」とされているが、この口腔状態に係る課題の評価の具体的な方法如何。
A62	「歯の汚れ」「歯肉の腫れ、出血」「左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる」「義歯の使用」について、原則入棟後48時間以内に評価をおこなうこと。その後、口腔状態の変化に応じて定期的な再評価を行うこと。評価者は歯科専門職に限らない。なお、評価方法については日本歯科医学会による「入院(所)中及び在宅等における療養中の患者に対する口腔の健康状態の評価に関する基本的な考え方（令和6年3月）」を参考とすること。 参考： <a href="https://www.jads.jp/basic/index_2024.html">https://www.jads.jp/basic/index_2024.html</a>
Q63	リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算について、病棟の専従及び専任の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士については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をできないこととされているが、当該病棟の専任の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士にかかる疾患別リハビリテーション料の取り扱い如何。
A63	当該病棟の専任の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士については、他の病棟での疾患別リハビリテーション料を含めて、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の算定はできない。

©ASK/LINKUP

令和6年度診療報酬改定 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-②

65

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 「A 2 2 0 - 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。

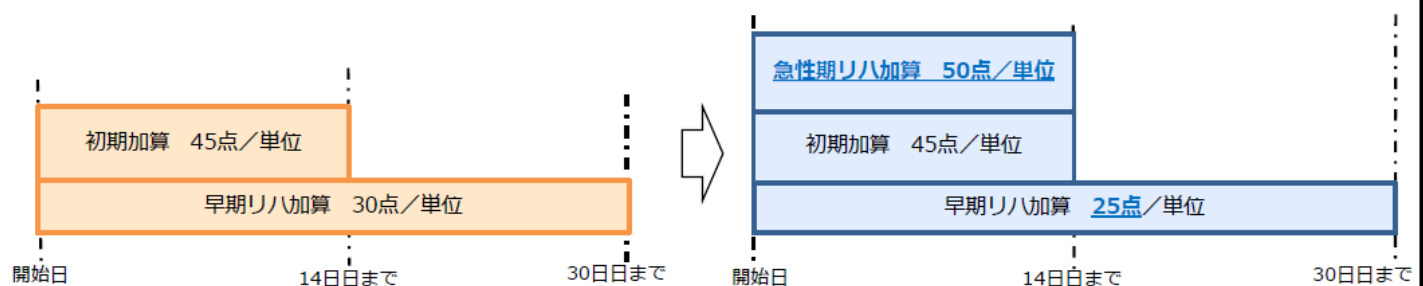
※ 心大血管疾患等リハビリテーション料、脳血管疾患リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料において算定可能。

【急性期リハビリテーション加算の施設基準】

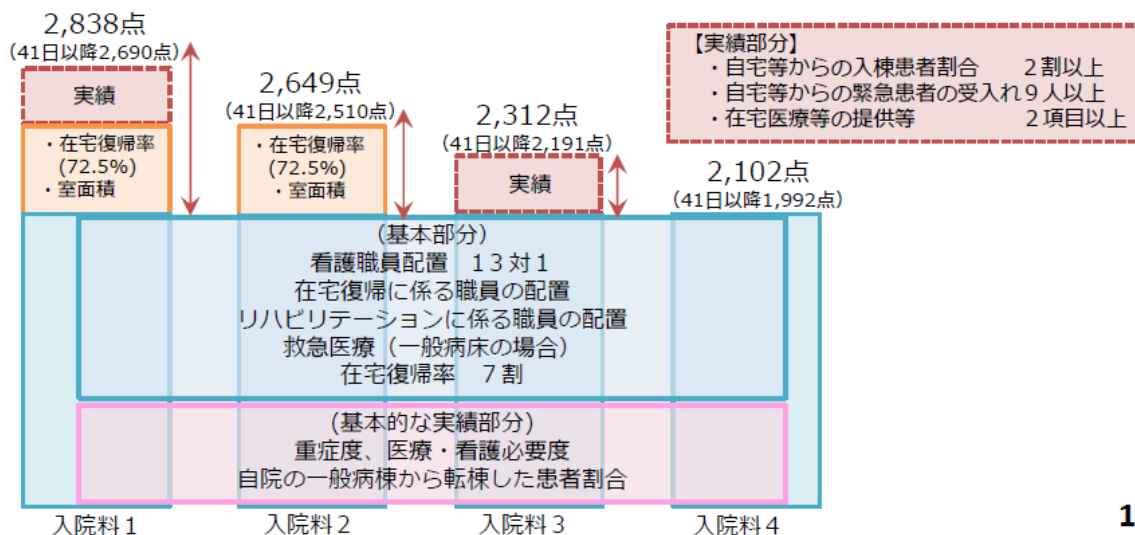
当該保険医療機関内にリハビリテーション科の常勤医師が配置されていること。

【現行】

【改定後】



# 地域包括ケア病棟の施設基準（イメージ）



135

©ASK/©LINKUP 2024.03.05厚労省説明会資料 06 入院Ⅲ(回復期入院医療)

令和6年度診療報酬改定 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-⑫

67

## 地域包括ケア病棟の在宅患者支援病床初期加算の見直し

### 地域包括ケア病棟の在宅患者支援病床初期加算の見直し

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

現行	改定後
<p>【在宅患者支援病床初期加算】</p> <p>(1) 介護老人保健施設から入院した患者の場合 <b>500点</b></p> <p>(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 <b>400点</b></p>	<p>【在宅患者支援病床初期加算】</p> <p>(1) 介護老人保健施設から入院した患者の場合</p> <p>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 <b>580点</b></p> <p>② ①の患者以外の患者の場合 <b>480点</b></p> <p>(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</p> <p>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 <b>480点</b></p> <p>② ①の患者以外の患者の場合 <b>380点</b></p>



136

©ASK/©LINKUP 2024.03.05厚労省説明会資料 06 入院Ⅲ(回復期入院医療)

68

## 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し。

現行	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 <b>2,809点</b>	【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 <b>40日以内 2,838点</b> <b>41日以降 2,690点</b>
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 2 <b>2,620点</b>	地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 2 <b>40日以内 2,649点</b> <b>41日以降 2,510点</b>
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 3 <b>2,285点</b>	地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 3 <b>40日以内 2,312点</b> <b>41日以降 2,191点</b>
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 4 <b>2,076点</b>	地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 4 <b>40日以内 2,102点</b> <b>41日以降 1,992点</b>

137

©ASK/©LINKUP 2024.03.05厚労省説明会資料 06 入院Ⅲ(回復期入院医療)

69

## 地域包括ケア病棟の施設基準の見直し

### 地域包括ケア病棟入院料における在宅医療等の実績の評価の見直し

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

現行	改定後
【地域包括ケア病棟入院料】 【施設基準】 地域包括ケア病棟入院料 1 ① (略) ② 在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)及び精神科訪問看護・指導(Ⅲ)を前三月間において六十回以上算定している保険医療機関であること。 ③ 訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法に規定する訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を前三月間において三百回以上算定している訪問看護ステーションが当該保険医療機関に併設されていること。 ④ (略) ⑤ 介護保険法第八条第二項に規定する訪問介護、同条第四項に規定する訪問看護、同条第五項に規定する訪問リハビリテーション、同法第八条の二第三項に規定する介護予防訪問看護又は同条第四項に規定する介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有している施設が当該保険医療機関に併設されていること。 ⑥ (略) 【経過措置】 令和6年3月31日において現に地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟又は病室については、令和7年5月31日までの間に限り、②、③又は⑤のそれぞれに該当するものとみなす。	【地域包括ケア病棟入院料】 【施設基準】 地域包括ケア病棟入院料 1 ① (略) ② <b>退院後訪問指導料</b> 、在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)、精神科訪問看護・指導(Ⅲ)、 <b>指定居宅サービス介護給付費単位数表の訪問看護費の口</b> 及び指定介護予防サービス介護給付費単位数表の <b>介護予防訪問看護費の口</b> を前三月間において <b>百五十回以上</b> 算定している保険医療機関であること。 ③ 訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法に規定する訪問看護基本療養費、精神科訪問看護基本療養費、指定居宅サービス介護給付費単位数表の <b>訪問看護費のイ</b> 及び指定介護予防サービス介護給付費単位数表の <b>介護予防訪問看護費のイ</b> を前三月間において <b>八百回以上</b> 算定している訪問看護ステーションが当該保険医療機関に併設されていること。 ④ (略) ⑤ 介護保険法第八条第二項に規定する訪問介護、同条第五項に規定する訪問リハビリテーション又は第八条の二の第四項に規定する介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有している施設が当該保険医療機関に併設されていること。 ⑥ (略) ※ 地域包括ケア入院医療管理料1、地域包括ケア病棟入院料2、地域包括ケア入院医療管理料2、地域包括ケア病棟入院料3、地域包括ケア入院医療管理料3、地域包括ケア病棟入院料4、地域包括ケア入院医療管理料4、特定一般入院料病棟入院料の注7についても同様。

138

©ASK/©LINKUP 2024.03.05厚労省説明会資料 06 入院Ⅲ(回復期入院医療)

70

## 地域包括ケア病棟の施設基準の見直し

	入院料 1	管理料 1	入院料 2	管理料 2	入院料 3	管理料 3	入院料 4	管理料 4
看護職員	13対1以上（7割以上が看護師）							
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置							
リハビリテーション実施	リハビリテーションを提供する患者については1日平均2単位以上提供していること							
救急の実施	一般病床において届け出る場合には、第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令に基づく認定された救急病院であること（ただし、200床未満の場合は救急外来を設置していること又は24時間の救急医療提供を行っていることで要件を満たす。）							
届出単位	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室
許可病床数200床未満	○		-	○	○		-	○
室面積	6.4平方メートル以上				-			
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度 I <b>10%以上</b> 又は 重症度、医療・看護必要度 II 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。

139

©ASK/©LINKUP 2024.03.05厚労省説明会資料 06 入院Ⅲ(回復期入院医療)

71

### 2024年診療報酬改定・Q&A

2024年3月28日 「疑義解釈(その1)」より

#### 【地域包括ケア病棟入院料】

Q118	「A308-3」地域包括ケア病棟入院料について、期間に応じて評価が細分化されたが、地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定しない病棟又は病室に入院後、地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定する病棟又は病室に転棟した場合、起算日についてどのように考えればよいか。
A118	地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定する病棟又は病室に最初に入院した日を起算日とする。
Q119	地域包括ケア病棟入院料について、期間に応じて評価が細分化されたが、令和6年5月31日以前から地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定している患者であって、令和6年6月1日以降も地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定する患者に係る起算日については、どのように考えればよいか。
A119	令和6年5月31日以前から地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定している患者についても、地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料の算定を開始した日を起算日とする。

## 地域医療包括病棟入院料と地域包括ケア病棟入院料の比較 (自宅から入院して14日以内の患者と仮定)

地域医療包括病棟入院料	90日間	3,050
初期加算	14日間	150
25対1看護補助体制加算(補助5割以上)	14日間	240
看護補助体制充実加算1	14日間	25
夜間看護体制加算	14日間	71
看護職員夜間16対1配置加算2	14日間	45
リハビリテーション・栄養・口腔連携加算	14日間	80
合計①		3,661
運動器リハビリテーションI(3単位)	150日間	555
急性期リハビリテーション加算(3単位)	14日間	150
初期リハビリテーション加算(3単位)	14日間	135
早期リハビリテーション加算(3単位)	30日間	75
合計②		915
合計①+合計②		4,576

地域包括ケア病棟入院料1	40日内	2,838
在宅患者支援病床初期加算(老健以外①)	14日間	480
看護職員配置加算	60日間	150
看護補助体制充実加算1	60日間	190
看護職員夜間配置加算	60日間	70
合計		3,728

地域包括ケア病棟入院料2	40日内	2,649
在宅患者支援病床初期加算(老健以外①)	14日間	480
看護職員配置加算	60日間	150
看護補助体制充実加算1	60日間	190
看護職員夜間配置加算	60日間	70
合計		3,539

※地域医療包括病棟入院料はリハビリは出来高

# 回復期リハ病棟と リハビリテーション

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

131

©ASK/©LINKUP 2024.03.05厚労省説明会資料 06 入院Ⅲ(回復期入院医療)

令和6年度診療報酬改定 Ⅱ-4 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に心じた入院医療の評価-⑬

75

# 回復期リハビリテーション病棟に係る見直し②

## GLIM基準による栄養評価の要件化

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

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

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

- 2018年に世界の栄養学会(ESPEN:欧州, ASPEN:北米, PENZA: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。

132

©ASK/©LINKUP 2024.03.05厚労省説明会資料 06 入院入院Ⅲ(回復期入院医療)

76

## 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]	

133

## 別表第九の三

### 第二章第七部リハビリテーション通則第4号に規定する患者 \*1日9単位まで算定出来る患者

○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で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

# 回復期リハビリテーション病棟入院料（主な施設基準）

		入院料 1	入院料 2	入院料 3	入院料 4	入院料 5 (※ 1)
職員の配置に関する施設基準	医師	専任常勤 1名以上				
	看護職員	1 3 対 1 以上（7割以上が看護師）		1 5 対 1 以上（4割以上が看護師）		
	看護補助者	3 0 対 1 以上				
	リハビリ専門職	専従常勤の P T 3 名以上、OT 2 名以上、S T 1 名以上		専従常勤の P T 2 名以上、O T 1 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。

134

©ASK/©LINKUP 2024.03.05厚労省説明会資料 06 入院Ⅲ(回復期入院医療)

79

## 低栄養の世界的診断基準 GLIM基準

診調組 入-1  
5 . 9 . 6

- ESPEN(欧州臨床代謝学会)、A.S.P.E.N(アメリカ静脈経腸栄養学会)、PENSA(アジア静脈経腸栄養学会)、FELANPE(南米栄養治療・臨床栄養代謝学会)による議論を経て、2018年にGLIM※基準による栄養不良(低栄養)の定義が策定された。 ※ Global Leadership Initiative on Malnutrition
- 表現型(体重変化、BMI、筋肉量)と病因によって、診断される。

### スクリーニング

既存のスクリーニングツール(NRS-2002,MNA-SF等)を使用

### 診断のためのアセスメント(GLIM基準)

- 表現型
  - 体重減少  
6か月以内で5% 6か月以上で10%
  - 低BMI  
＜20kg/m<sup>2</sup> 70歳未満 アジア ＜18.5kg/m<sup>2</sup> 70歳未満  
＜22kg/m<sup>2</sup> 70歳以上 ＜20kg/m<sup>2</sup> 70歳以上
  - 筋肉量減少
- 病因(※)
  - 食事摂取量減少 / 吸収障害
  - 疾病負荷 / 炎症

### 診断

表現型、病因のそれぞれが少なくとも1つあった場合に低栄養と診断

### 重症度診断

### <重症度判定>

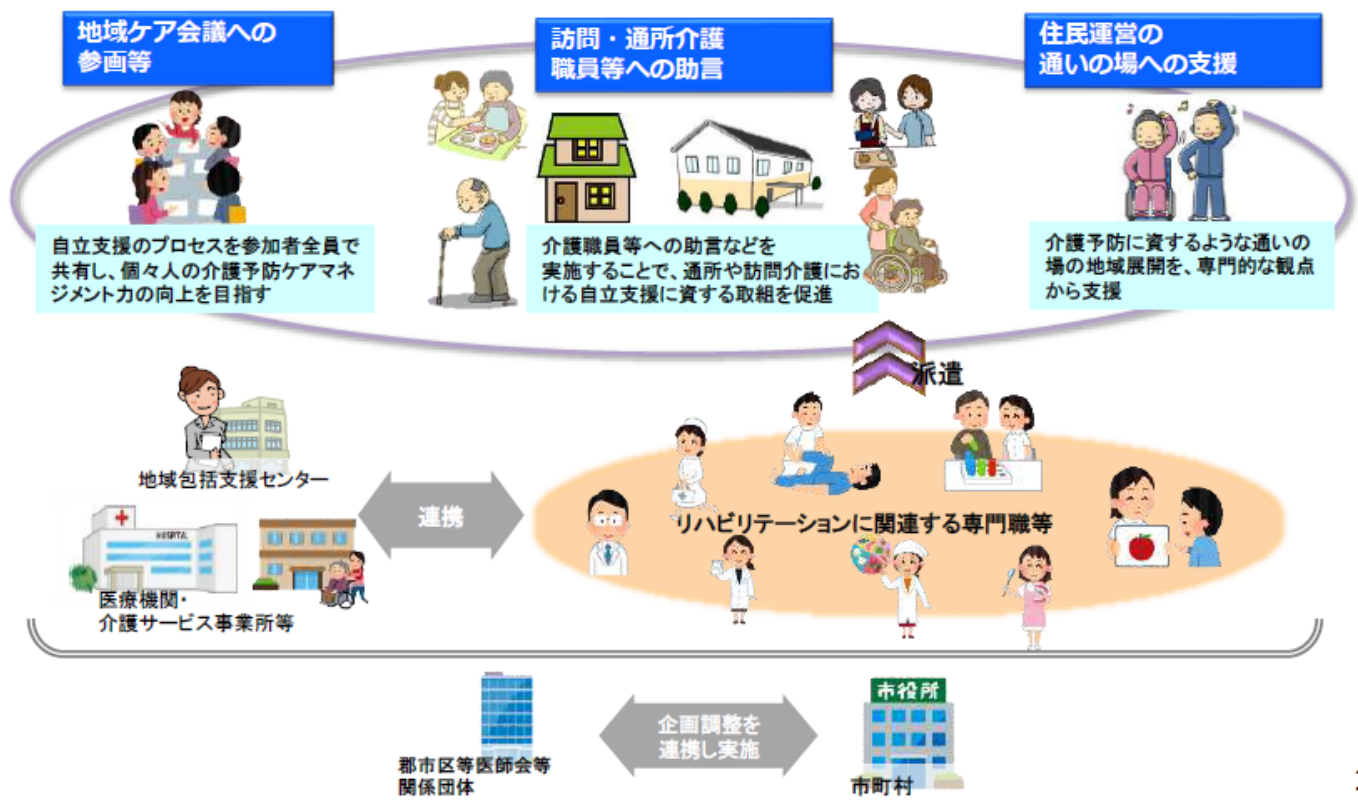
重症度	表現型		
	体重減少	低BMI	筋肉量減少
ステージ1 中等度の 低栄養	5~10%:過去6か月以内 10~20%:過去6か月以上	<20: 70歳未満 <22: 70歳以上 アジア <18.5: 70歳未満 <20: 70歳以上	軽度-中等度の 減少
ステージ2 重度の 低栄養	>10%:過去6か月以内 >20%:過去6か月以上	<18.5: 70歳未満 <20: 70歳以上 アジア 基準未設定	重大な減少

注)臨床現場で、筋肉量減少を測定し定義する最善の方法についてはコンセンサスなし。DXA、CT、BIAを推奨するが、機器が調達できない場合は、上腕筋周囲長や下腿周囲長など身体計測値での評価も可。

- (※) 病因に基づく診断分類
- 慢性疾患で炎症を伴う低栄養
  - 急性期疾患あるいは外傷による高度の炎症を伴う低栄養
  - 炎症はわずか、あるいは認めない慢性疾患による低栄養
  - 炎症はなく飢餓による低栄養(社会経済的や環境的要因による食糧不足に起因)
  - 消化管狭窄、短腸症候群などによる摂取障害や吸収障害



- 地域における介護予防の取組を機能強化するため、地域ケア会議、通所・訪問介護事業所、住民運営の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進
- 市町村は、郡市区等医師会等の関係団体と連携の上、医療機関や介護事業所等の協力を得て、リハビリテーション専門職を安定的に派遣できる体制を構築するとともに、関係機関の理解を促進



©ASK/LINKUP 2023.11.10中医学協総会 資料4 入院(その3)回復期入院医療について

## 2024年診療報酬改定・Q&A

2024年3月28日 「疑義解釈(その1)」より

【回復期リハビリテーション病棟入院料】	
Q108	「A 3 0 8」回復期リハビリテーション病棟入院料 1 及び 2 の施設基準において、「在宅復帰支援を担当する専従の社会福祉士等」を 1 名以上の常勤配置を行うことを求めているが、「社会福祉士等」には社会福祉士の他にどのような職種が含まれているか。
A108	在宅復帰支援に関する十分な経験を有する専従の看護師が含まれる。
Q109	「A 3 0 8」回復期リハビリテーション病棟入院料の 1 及び 2 並びに「A 3 1 9」特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の施設基準において求められる「病棟に専従配置される社会福祉士」（以下「回復期リハビリテーションにおける専従の社会福祉士」という。）又は「A 3 0 8 - 3」地域包括ケア病棟入院料の施設基準において求める「医療機関に専任の在宅復帰支援担当者として配置される社会福祉士」（以下「地域包括ケア病棟入院料における専任の社会福祉士」という。）は、入退院支援加算の施設基準において求める「入退院支援及び地域連携業務に専従するものとして病棟に専任配置される社会福祉士」（以下「入退院支援加算における専任の社会福祉士」という。）と兼任できるか。また、「A 2 4 7」認知症ケア加算 1 の施設基準における認知症ケアチームの専任の社会福祉士（以下「認知症ケアチームの専任の社会福祉士」という。）と兼任できるか。
A109	回復期リハビリテーションにおける専従の社会福祉士は、当該病棟において退院支援業務を行うために配置されることから、当該社会福祉士が他の病棟を兼任しない場合に限り、入退院支援加算における専任の社会福祉士と兼任できるが、認知症ケアチームの専任の社会福祉士とは兼任できない。また、地域包括ケア病棟入院料における専任の社会福祉士は、入退院支援加算における専任の社会福祉士又は認知症ケアチームの専任の社会福祉士と兼任できる。なお、これに伴い「疑義解釈資料の送付について(その1)」(平成 28 年 3 月 31 日事務連絡) 別添 1 の問 80 は廃止する。

【回復期リハビリテーション病棟入院料】	
Q110	「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料1及び3並びに「A319」特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の施設基準において、「当該保険医療機関のFIMの測定を行う医師、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士等に対してFIMの測定に関する研修」を実施することを求めているが、FIMの測定に関わる看護職員も同様に当該研修の対象に該当するか。
A110	該当する。
Q111	特掲診療料の施設基準等の別表第九の三において、「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。）」とされているが、回復期リハビリテーション病棟入院料及び特定機能病院リハビリテーション病棟入院料に入院する患者であって、運動器リハビリテーション料を算定する患者は、1日9単位を算定することができないのか。
A111	特掲診療料の施設基準等の別表第九の三の他の要件に該当する患者については1日9単位を算定できる。
Q112	問111において、特掲診療料の施設基準等の別表第九の三に規定する「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」について、どのような患者が該当するか。
A112	急性期一般病棟等において行われる発症後早期のリハビリテーションが提供された患者が該当する。 <small>(参考) 疑義解釈資料の送付について(その3) (平成18年3月31日医療課事務連絡)</small> <small>(問96) 1日当たり実施単位数の上限が緩和される疾患のうち、「脳血管疾患等の急性発症から60日以内の患者」とはいかなる患者を指すのか。  <small>(答) 特掲診療料の施設基準等告示別表九の四から九の七までに掲げる、各疾患別リハビリテーションの対象疾患のうち、急性発症したもの。具体的には、心大血管疾患リハビリテーション料について急性心筋梗塞、狭心症発作その他の急性発症した心大血管疾患又はその手術後の患者、脳血管疾患等リハビリテーション料について脳梗塞、脳出血、くも膜下出血その他の急性発症した脳血管疾患又はその手術後の患者及び脳腫瘍、脳膿瘍、脊髄損傷、脊髄腫瘍その他の急性発症した中枢神経疾患又はその手術後の患者、運動器リハビリテーション料について上・下肢の複合損傷、脊椎損傷による四肢麻痺その他の急性発症した運動器疾患又はその手術後の患者、呼吸器リハビリテーション料について肺炎、無気肺、その他の急性発症した呼吸器疾患の患者及び肺腫瘍、胸部外傷その他の呼吸器疾患又はその手術後の患者をいう。</small></small>

©ASK/LINKUP

83

【回復期リハビリテーション病棟入院料】	
Q113	回復期リハビリテーション病棟入院料及び特定機能病院リハビリテーション病棟入院料について、「リハビリテーションの効果に係る相当程度の実績が認められる」場合に限り、1日9単位を算定できるとされているが、当該実績が認められていれば、患者に対し運動器リハビリテーション料を1日9単位算定できるか。
A113	算定不可。当該実績が認められることのみをもって、運動器リハビリテーション料を1日9単位算定できることにはならない。
Q114	回復期リハビリテーション入院医療管理料の施設基準を満たすものとして届出を行った後、半径12キロメートル以内の保険医療機関が回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行った場合についてどのように考えればよいか。
A114	届出を行った時点で要件を満たしていればよく、半径12キロメートル以内の保険医療機関が回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行ったことをもって、変更の届出を行う必要はない。
Q115	回復期リハビリテーション病棟入院料1について、「栄養状態の評価には、GLIM基準を用いること。」とされているが、GLIM基準による栄養状態の評価は、どのくらいの頻度で行えばよいか。
A115	栄養状態の再評価を行う際に、毎回GLIM基準を用いる必要はないが、患者の状態に応じて必要な期間を判断することとし、少なくとも入棟時と退棟時（死亡退院等のやむを得ない場合は除く）にはGLIM基準による栄養状態の評価を行うこと。

【回復期リハビリテーション病棟入院料】	
Q116	GLIM 基準による栄養状態の評価について、具体的な評価方法をどのように考えればよいか
A116	<p>具体的な評価方法については、日本臨床栄養代謝学会（JSPEN）ホームページの「GLIM 基準について」を参考にすること。</p> <p>&lt;参考&gt; GLIM 基準に関する研修会は、現時点で、下記の関係団体で開催予定。 ・回復期リハビリテーション病棟協会（令和6年5月） ・日本栄養士会（令和6年5月以降順次開催）</p>
Q117	栄養スクリーニングで低栄養リスクがなく、GLIM 基準による判定を行わなかった場合、栄養管理計画書、リハビリテーション実施計画書等、栄養情報連携料の様式における「GLIM 基準による評価」の判定はどのように記載すればよいか。
A117	「GLIM 基準による評価」とは、GLIM 基準を用いた栄養状態の評価に係る栄養スクリーニングも含めたプロセスを指す。そのため、栄養スクリーニングで低栄養リスクがなかった場合、「GLIM 基準による評価」は「低栄養非該当」を選択すること

リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組等

リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組の推進

告示改正

- リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組を推進し、自立支援・重度化防止を効果的に進める観点から、通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント加算について、新たな区分を設ける。
- また、介護老人保健施設・介護医療院・介護老人福祉施設等の関係加算について、新たな区分を設ける。

通所リハビリテーション、介護老人保健施設、介護医療院、介護老人福祉施設等

【単位数】（通所リハビリテーションの場合）

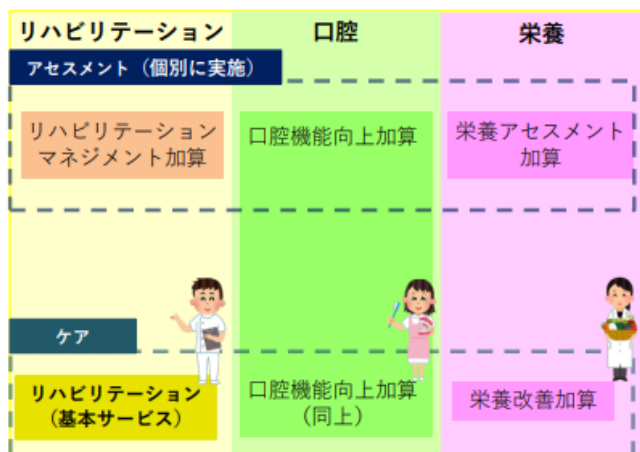
リハビリテーションマネジメント加算(イ)	同意日の属する月から6月以内	560単位/月、6月超	240単位/月
リハビリテーションマネジメント加算(ロ)	同意日の属する月から6月以内	593単位/月、6月超	273単位/月
リハビリテーションマネジメント加算(ハ)（新設）	同意日の属する月から6月以内	793単位/月、6月超	473単位/月

※ 事業所の医師が利用者等に説明し、同意を得た場合、上記に270単位を加算  
（新設・現行の要件の組み替え）

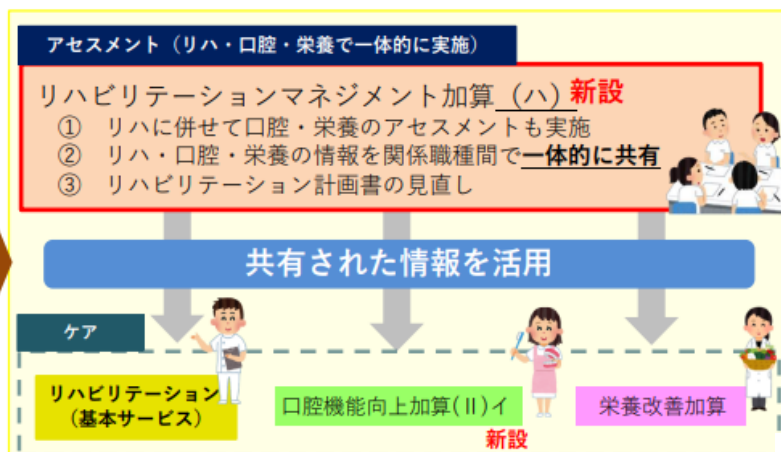
【ハの算定要件】

- ア 口腔アセスメント及び栄養アセスメントを行っていること。
- イ リハビリテーション計画等の内容について、リハビリテーション・口腔・栄養の情報を関係職種の間で一体的に共有すること。その際、必要に応じて LIFE に提出した情報を活用していること。
- ウ 共有した情報を踏まえ、リハビリテーション計画について必要な見直しを行い、見直しの内容について関係職種に対し共有していること。

現行（一体的に実施した場合の評価なし）



改定後（一体的に実施した場合の評価の新設）



## 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、退院後早期に連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、**入院中に医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書等入手し、内容を把握することを義務付ける。**
- 退院時の情報連携を促進し、退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを実施する観点から、医療機関からの退院後に介護保険のリハビリテーションを行う際、**リハビリテーション事業所の理学療法士等が、医療機関の退院前カンファレンスに参加し、共同指導を行ったことを評価する退院時共同指導加算（600単位/回）を設ける。**

### 診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬の共通対応

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

68

©ASK/©LINKUP 2024.03.05厚労省説明会資料 04 同時報酬改定における対応

87

令和6年度診療報酬改定 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・推進のための取組一⑤

## リハビリテーションに係る医療・介護情報連携の推進

### リハビリテーションに係る医療・介護情報連携の推進

- 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等を提供することとする。

#### 改定後

##### 【心大血管疾患リハビリテーション料】

##### 【算定要件】（概要）

- ・ **心大血管疾患リハビリテーションを実施した患者であって、転医や転院に伴い他の保険医療機関でリハビリテーションが継続される予定であるものについて、当該患者の同意が得られた場合、3月以内に作成したリハビリテーション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、この場合において、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。**

##### 【脳血管疾患等リハビリテーション料】

##### 【算定要件】（概要）

- ・ **要介護認定を申請中の者又は要介護被保険者等であって、介護保険によるリハビリテーションへの移行を予定しているものについて、当該患者の同意が得られた場合に、利用を予定している指定通所リハビリテーション事業所等に対して、3月以内に作成したリハビリテーション実施計画書等を文書により提供すること。利用を予定している指定通所リハビリテーション事業所等とは、当該患者、患者の家族等又は当該患者のケアマネジメントを担当する介護支援専門員を通じ、当該患者の利用の意向が確認できた指定通所リハビリテーション事業所等をいう。なお、この場合において、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。**
- ・ **脳血管疾患等リハビリテーションを実施した患者であって、転医や転院に伴い他の保険医療機関でリハビリテーションが継続される予定であるものについて、当該患者の同意が得られた場合、当該他の保険医療機関に対して、3月以内に作成したリハビリテーション実施計画書等を文書により提供すること。なお、この場合において、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。**

※ 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及び呼吸器リハビリテーション料についても同様。

- リハビリテーション計画提供料を廃止する。

69

©ASK/©LINKUP 2024.03.05厚労省説明会資料 04 同時報酬改定における対応

88

# 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

## 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

- 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。

### 現行

【退院時共同指導料2】  
【算定要件】

(7) 退院時共同指導料2の「注1」は、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、当該患者が入院している保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と在宅療養担当医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が共同して行った場合に算定する。

### 改定後

【退院時共同指導料2】  
【算定要件】

(7) 退院時共同指導料2の「注1」は、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、当該患者が入院している保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と在宅療養担当医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が共同して行った場合に算定する。**なお、退院後に介護保険によるリハビリテーション（介護保険法に規定する訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーション又は介護予防通所リハビリテーションをいう。）を利用予定の場合、在宅での療養上必要な説明及び指導について、当該患者が入院している医療機関の保険医等が、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、作業療法士又は言語聴覚士の参加を求めることが望ましい。**



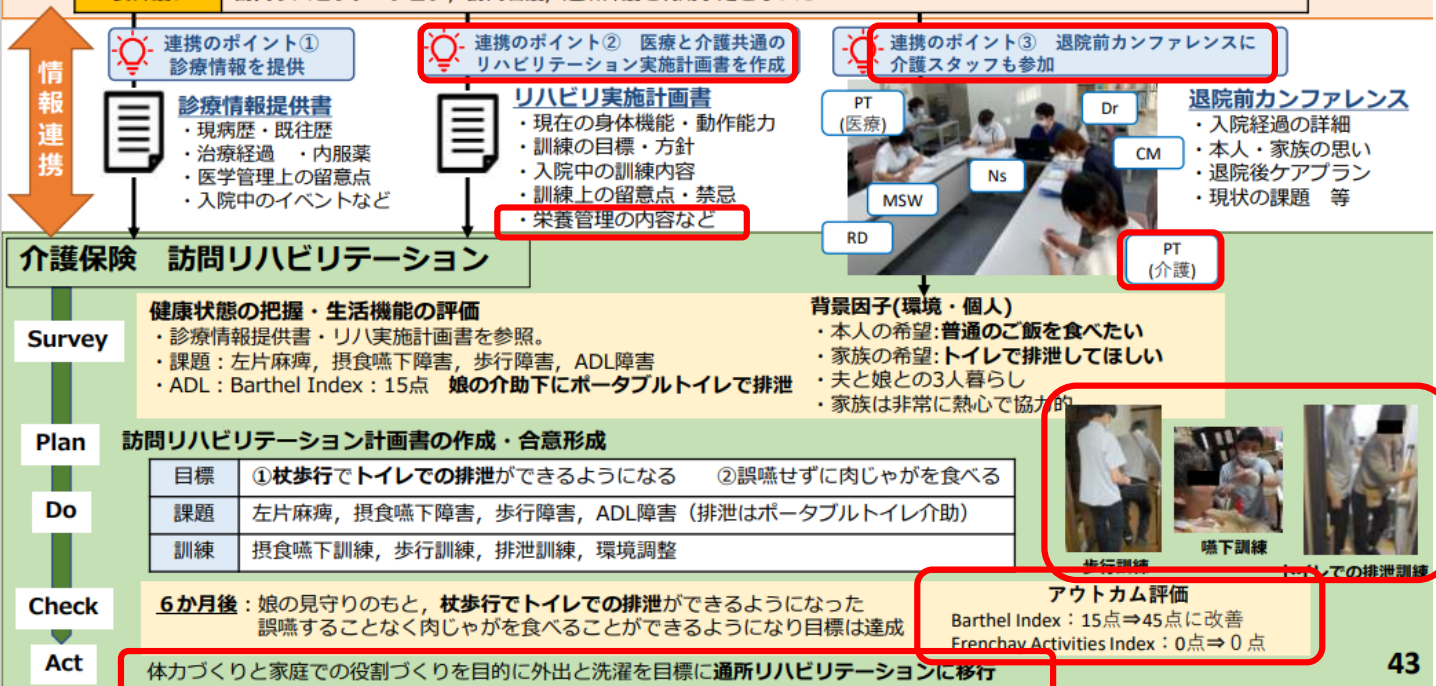
退院前カンファレンスにおける情報共有

## 【事例】医療から介護へのリハビリテーションの連携

意見交換 資料-4参考-1  
R 5 . 3 . 1 5

### 医療保険 回復期リハビリテーション病棟

病名	原疾患：脳梗塞（左片麻痺・摂食嚥下障害） 既往症・併存症：高血圧症，脂質異常症
治療内容	急性期（2週間）：脳梗塞を発症，血栓回収療法を施行．意識障害・左半身の重度麻痺がありADL全介助（経管栄養） 回復期（5ヶ月）：意識障害は改善，左片麻痺・摂食嚥下障害があり，ADL全介助（経管栄養） 食事と移乗の自立を目標に筋力増強訓練・移乗訓練・摂食嚥下訓練を実施． 介助下にポータブルトイレでの排泄が可能となり，介護申請して自宅退院．左片麻痺・摂食嚥下障害・歩行障害が残存
要介護3	訪問リハビリテーション，訪問看護，通所介護を利用予定となった．



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）

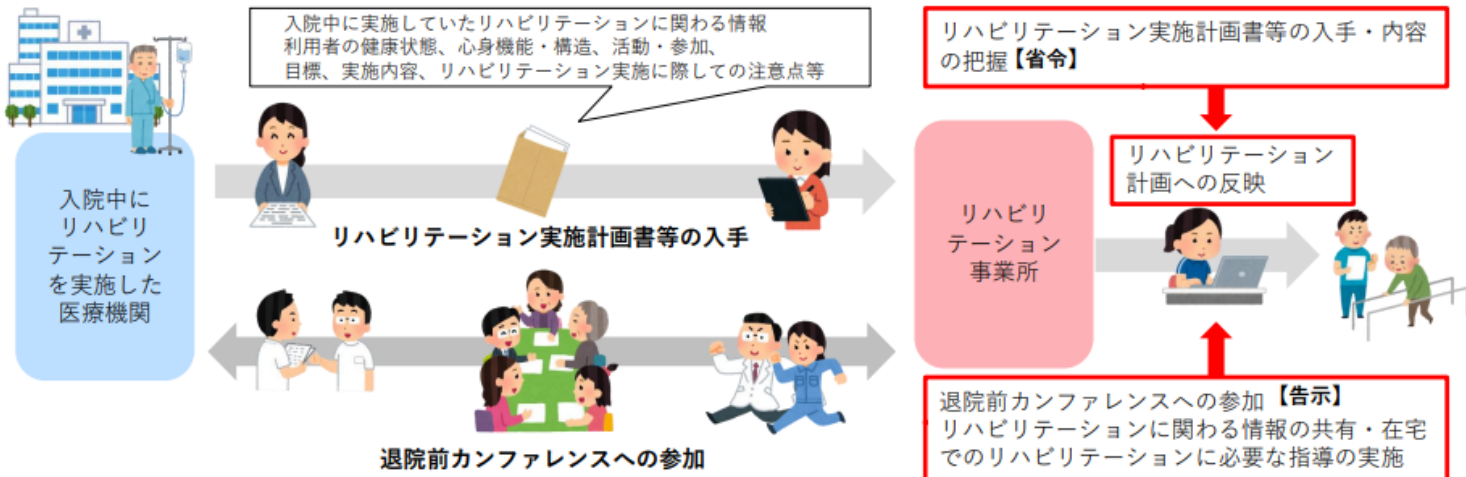
- 医師等の従業者は、リハビリテーションを受けていた医療機関から退院した利用者のリハビリテーション計画の作成に当たっては、当該医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書等入手し、当該利用者のリハビリテーションの情報を把握しなければならない。

【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。



©ASK/©LINKUP

2024年1月22日「令和6年度介護報酬改定の主な事項について」資料より

91

〒100-0001 東京都千代田区千代田 1-1-1 株式会社リンクアップ 〒100-0001 東京都千代田区千代田 1-1-1 株式会社リンクアップ

リハビリテーションに係る医療・介護・障害福祉サービス連携の推進

リハビリテーションに係る医療・介護・障害福祉サービス連携の推進

- 医療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）の円滑な移行を推進する観点から、医療保険のリハビリテーションを提供する病院・診療所が基準該当サービスの提供施設として指定が可能となったことを踏まえ、病院・診療所が自立訓練（機能訓練）を提供する際の疾患別リハビリテーション料等に係る施設基準を緩和する。

現行

【脳血管疾患等リハビリテーション料】  
【施設基準（概要）】

第40 脳血管疾患等リハビリテーション料（I）

1 脳血管疾患等リハビリテーション料（I）に関する施設基準

- 次の(イ)又は(ロ)の要件を満たす場合であって、専従の従事者が疾患別リハビリテーションを提供すべき患者がいない時間帯には、脳血管疾患等リハビリテーションの実施時間中であっても、当該専従の従事者が、当該保険医療機関が行う通所リハビリテーションに従事しても差し支えない。

(イ) 疾患別リハビリテーション料の施設基準における専従の従事者以外の全ての理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士が、介護保険のリハビリテーションその他疾患別リハビリテーション以外の業務に従事していること。

(ロ) (略)

- 当該療法を行うために必要な施設及び器械・器具を具備していること。これらの器械等については、当該保険医療機関が、指定通所リハビリテーションを実施する場合であって、リハビリテーションの提供に支障が生じない場合に、指定通所リハビリテーション事業所の利用者が使用しても差し支えない。

- 専従の従事者以外の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士については、疾患別リハビリテーションに従事している時間帯を除き、当該保険医療機関が行う通所リハビリテーションに従事可能であること。

改定後

【脳血管疾患等リハビリテーション料】  
【施設基準（概要）】

第40 脳血管疾患等リハビリテーション料（I）

1 脳血管疾患等リハビリテーション料（I）に関する施設基準

- 次の(イ)又は(ロ)の要件を満たす場合であって、専従の従事者が疾患別リハビリテーションを提供すべき患者がいない時間帯には、脳血管疾患等リハビリテーションの実施時間中であっても、当該専従の従事者が、当該保険医療機関が行う通所リハビリテーション又は自立訓練（機能訓練）に従事しても差し支えない。

(イ) 疾患別リハビリテーション料の施設基準における専従の従事者以外の全ての理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士が、介護保険のリハビリテーション、自立訓練（機能訓練）、その他疾患別リハビリテーション以外の業務に従事していること。

(ロ) (略)

- 当該療法を行うために必要な施設及び器械・器具を具備していること。これらの器械等については、当該保険医療機関が、指定通所リハビリテーション又は自立訓練（機能訓練）を実施する場合であって、リハビリテーションの提供に支障が生じない場合に、指定通所リハビリテーション事業所又は自立訓練（機能訓練）事業所の利用者が使用しても差し支えない。

- 専従の従事者以外の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士については、疾患別リハビリテーションに従事している時間帯を除き、当該保険医療機関が行う通所リハビリテーション又は自立訓練（機能訓練）に従事可能であること。

※ 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、障害児（者）リハビリテーション料についても同様。

78

# 地域における自立した生活を送るための機能訓練・生活訓練の充実等

## ① 社会生活の自立度評価指標（SIM）の活用と報酬上の評価（機能訓練、生活訓練）※宿泊型自立訓練を除く

○ 標準化された支援プログラムの実施と社会生活の自立度評価指標（SIM）に基づく効果測定を行い、これらの内容を公表している事業所を評価する。

機能訓練	【一部新設】 リハビリテーション加算（Ⅰ） 48単位/日	* 頭脳損傷による四肢麻痺等の状態にある者又は現行の要件に加えてSIMを活用して評価を実施した場合
生活訓練	【一部新設】 個別計画訓練加算（Ⅰ） 47単位/日	* 現行の要件に加えてSIMを活用して評価を実施した場合

## ② 基本報酬の見直し（生活訓練）

○ 障害者の地域移行の推進や経営の実態等を踏まえ、基本報酬を見直す。

生活訓練サービス費（Ⅰ）（例：利用定員が20人以下の場合）	【現行】 748単位/日	【見直し後】 776単位/日
生活訓練サービス費（Ⅱ）（例：視覚障害者に対する専門的訓練の場合）	【現行】 750単位/日	【見直し後】 779単位/日
生活訓練サービス費（Ⅲ）（例：利用期間が2年間以内の場合）	【現行】 271単位/日	【見直し後】 281単位/日

\* 機能訓練も同様



## ③ ピアサポートの専門性の評価（機能訓練、生活訓練）※宿泊型自立訓練を除く

○ 利用者の自立に向けた意欲の向上や、地域生活を続ける上での不安の解消等に資する観点から、ピアサポートの専門性を評価する。

【新規】 ピアサポート実施加算 100単位/月



## ④ 支援の実態に応じた報酬の見直し（宿泊型自立訓練）

○ 日中支援加算について、支援を提供した初日から評価する。

【現行】 支援の3日目から算定可  
【見直し後】 支援の初日から算定可

## ⑤ リハビリテーション職の配置基準の見直し（機能訓練）

○ 人員配置基準を見直し、看護職員、理学療法士と作業療法士の他に言語聴覚士を加える。（生活介護も同様）

## ⑥ 提供主体の拡充（機能訓練）

○ 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。

## 高次脳機能障害を有する者への支援に対する評価

○ 高次脳機能障害に関する研修を受講した常勤の相談支援専門員を配置する相談支援事業所を評価する。

【新設】 高次脳機能障害支援体制加算（Ⅰ） 60単位/日 \* 対象者あり  
高次脳機能障害支援体制加算（Ⅱ） 30単位/日 \* 対象者なし

○ 高次脳機能障害を有する利用者が一定数以上であって、専門性を有する職員が配置されている通所サービスや居住サービスを評価する。

【新設】 高次脳機能障害者支援体制加算 41単位/日



©ASK/©LINKUP

2024年2月6日「障害福祉サービス等改定検討チーム」資料より

93

令和6年度診療報酬改定 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-③④

# 疾患別リハビリテーション料の実施者別区分の創設等

## 疾患別リハビリテーション料の実施者別区分の創設

➤ 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、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。

現行	改定後
<b>【心大血管疾患リハビリテーション料】</b> 1 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位） 205点 （新設） （新設） （新設） （新設） （新設）	<b>【心大血管疾患リハビリテーション料】</b> 1 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位） Ⅰ 理学療法士による場合 205点 Ⅱ 作業療法士による場合 205点 Ⅲ 医師による場合 205点 Ⅳ 看護師による場合 205点 Ⅴ 集回療法による場合 205点
<b>【脳血管疾患リハビリテーション料】</b> 1 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位） 245点 （新設） （新設） （新設） （新設）	<b>【脳血管疾患リハビリテーション料】</b> 1 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位） Ⅰ 理学療法士による場合 245点 Ⅱ 作業療法士による場合 245点 Ⅲ 言語聴覚士による場合 245点 Ⅳ 医師による場合 245点 ※他の疾患別リハビリテーション料についても同様

## 呼吸器リハビリテーション料の見直し

➤ 術前の呼吸器リハビリテーションの有効性に関するエビデンスを踏まえ、呼吸器リハビリテーション料の対象患者に大腸癌、卵巣癌、膵癌の患者が含まれていることを明確化する。

現行	改定後
<b>【呼吸器リハビリテーション料】</b> 【施設基準】 別表第九の七 呼吸器リハビリテーション料の対象患者 （略） 四 食道癌、胃癌、肝臓癌、咽・喉頭癌等の手術前後の呼吸機能訓練を要する患者	<b>【呼吸器リハビリテーション料】</b> 【施設基準】 別表第九の七 呼吸器リハビリテーション料の対象患者 （略） 四 食道癌、胃癌、肝臓癌、咽・喉頭癌、大腸癌、卵巣癌、膵癌等の手術前後の呼吸機能訓練を要する患者

310

- 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士によるリハビリテーションの効果は職種ごとに異なる。
- 本邦では一部のデータベースによる報告はあるものの、NDB/DPCにおいてはリハビリテーションを提供する職種の情報がなく、本邦における各専門職のリハビリテーションの提供実態の把握やエビデンスの集積が困難である。

- 急性期病院における大腿骨頸部骨折患者(N=3,501)に対し、積極的な作業療法はADLの改善に有意に関連していた。

出典: Uruma M, et al. Geriatr Gerontol Int. 2019 Jul;19(7):611-615.

- 急性期脳卒中患者(N=3,501)に対し、積極的な作業療法はADLの改善と在院日数の短縮に有意に関連していた。

出典: Yamakawa S et al. Front Rehabil Sci. 2023 Jan 5;3:1045231.

- 急性期脳卒中患者(N=3,341)における積極的な言語療法時間は、良好な認知機能回復と有意に関連していた。

出典: Sakai K, et al. Prog Rehabil Med. 2016 Sep 30;1:20160004.

- 米国からの報告では言語聴覚療法の実施は急性期脳卒中患者の認知機能回復と関連しなかったという米国からの報告(N=100)があるが、上記報告との違いについて、日米の言語聴覚士の業務内容の違いが影響を与えたという指摘がある。

出典: Cogan AM, et al. J Am Med Dir Assoc. 2021 Feb;22(2):453-458.e3.

Hori S, et al. J Am Med Dir Assoc. 2021 Jun;22(6):1327-1328.

## DPCデータ(様式1)のその他の項目について

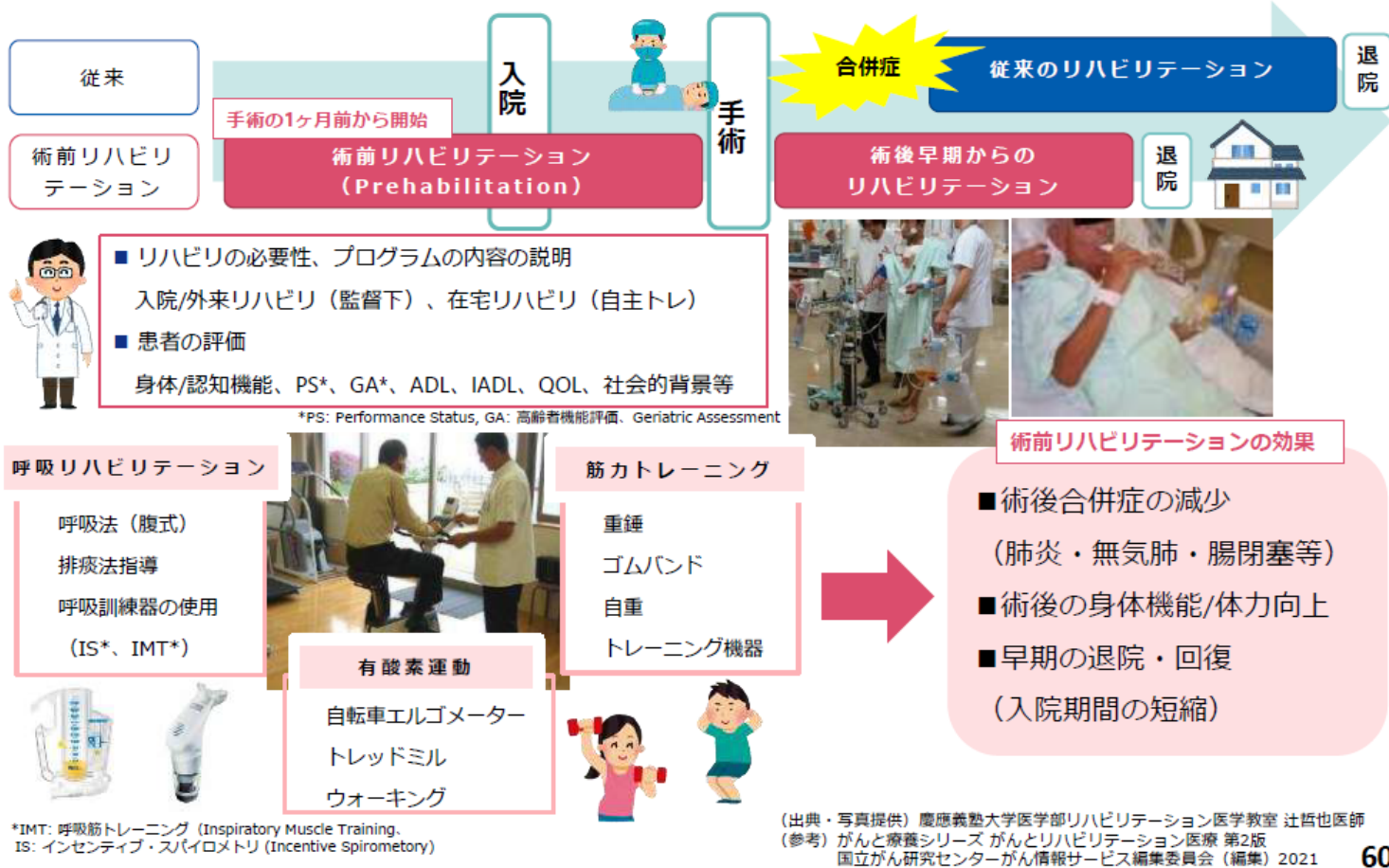
診調組 入-1  
29.10.18改

- ・ 様式1は簡易な診療録情報が含まれる。
- ・ 全ての患者のデータを提出する必要があり、病棟グループ毎に作成する。
- ・ 様式1の項目の中には、主として急性期の入院患者の診療内容や重症度に関する項目が含まれている。

様式1で提出するデータ (主な項目、基本的に病棟グループ毎に1回作成)

性別	ADL(入院時、退院時)
郵便番号	FIM(回リハ病棟で、入退棟時)
入院年月日	認知症高齢者の日常生活自立度
入院経路	体重
紹介の有無	主傷病のICDコード
在宅医療の有無	JCS(入院時、退院時)
退院年月日	手術情報
退院時転帰	がん患者のTNM分類
退院後の在宅医療の有無	急性心筋梗塞、急性肺炎、熱傷等の各疾患の
診療科	急性期重症度分類
病棟	自傷行為・自殺企図の有無
身長	産科患者情報
	等





## 2024年診療報酬改定・Q&A

2024年3月28日 「疑義解釈（その1）」より

### 【リハビリテーション総合計画評価料、がん患者リハビリテーション料、認知症患者リハビリテーション料】

**Q195** 「H003-2」リハビリテーション総合計画評価料は、多職種が共同してリハビリテーション総合実施計画を作成し、これに基づいて行ったリハビリテーションの効果、実施方法等について共同して評価を行った場合に算定することとされており、また、がん患者リハビリテーション・認知症患者リハビリテーションを行う際にリハビリテーション総合計画評価料を算定することとされているが、がん患者リハビリテーション及び認知症患者リハビリテーションの開始時であって、リハビリテーションの効果や実施方法について共同して評価を行っていない段階であっても、リハビリテーション総合計画評価料を算定できるのか。

**A195** リハビリテーション総合計画評価料は、リハビリテーション総合実施計画に基づいて行ったリハビリテーションの効果、実施方法等について多職種が共同して評価を行った時点で算定が可能となる。ただし、がん患者リハビリテーション料及び認知症患者リハビリテーション料を算定するにあたっては、評価実施前であっても、多職種が共同して総合実施計画書を作成した時点でリハビリテーション総合計画評価料を算定できる。なお、この場合において、リハビリテーション総合計画評価料の算定後7日以内にリハビリテーションの効果、実施方法等について多職種が共同して評価を行うこと。

なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について（その1）」（平成30年3月30日事務連絡）別添1の問173は廃止する。

問173 リハビリテーション総合計画評価料は、多職種が共同してリハビリテーション総合実施計画を作成し、これに基づいて行ったリハビリテーションの効果、実施方法等について共同して評価を行った場合に算定できるとされている。また、がん患者リハビリテーション・認知症患者リハビリテーションを行う際にこれを算定することとされているが、疾患別リハビリテーション開始時であって、リハビリテーションの効果や実施方法について共同して評価を行っていない段階であっても算定できるのか。

（答）リハビリテーション総合計画評価料は、リハビリテーション総合実施計画に基づいて行ったリハビリテーションの効果、実施方法等について共同して評価を行った時点で算定が可能となる。ただし、がん患者リハビリテーション及び認知症患者リハビリテーションについては、評価実施前であっても、多職種が共同して総合実施計画を作成した時点で算定できる。

【疾患別リハビリテーション料】	
Q196	「H000」心大血管疾患リハビリテーション料、「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料、「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料、「H002」運動器リハビリテーション料又は「H003」呼吸器リハビリテーション料（以下「疾患別リハビリテーション料」という。）において、「要介護認定を申請中の者又は介護保険法第62条に規定する要介護被保険者等であって、介護保険によるリハビリテーションへの移行を予定しているものについて、当該患者の同意が得られた場合に、利用を予定している指定通所リハビリテーション事業所等に対して、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文書により提供すること。」とされているが、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以外にどのような文書が該当するのか。
A196	別紙様式 21 の 6 に示すリハビリテーション実施計画書の内容のうち、以下のものが含まれている文書が該当する。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・本人家族等の希望</li> <li>・健康状態、経過</li> <li>・心身機能・構造</li> <li>・活動</li> <li>・リハビリテーションの短期目標</li> <li>・リハビリテーションの長期目標</li> <li>・リハビリテーションの方針</li> <li>・本人・家族への生活指導の内容（自主トレ指導含む）</li> <li>・リハビリテーション実施上の留意点</li> <li>・リハビリテーションの見直し・継続理由</li> <li>・リハビリテーションの終了目安</li> </ul>
Q197	問 196 における「利用を予定している指定通所リハビリテーション事業所等」とは、「当該患者、患者の家族等又は当該患者のケアマネジメントを担当する居宅介護支援専門員を通じ、当該患者の利用の意向が確認できた指定通所リハビリテーション事業所等をいう。」とされているが、当該患者、患者の家族等又は当該患者のケアマネジメントを担当する居宅介護支援専門員を通じ、指定通所リハビリテーション事業所等の利用を確認できなかった場合、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の提供は不要か。
A197	そのとおり。

# 療養病棟等

## 療養病棟入院基本料に係る医療区分について

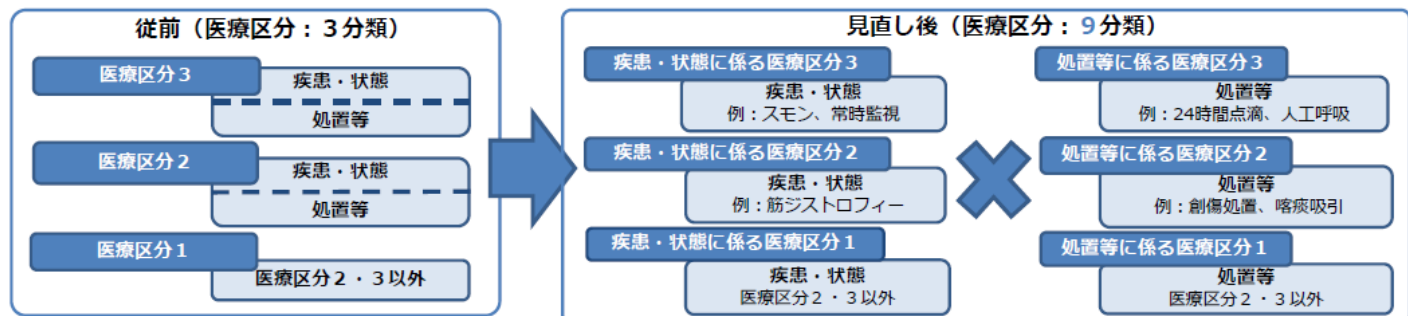
	疾患・状態	処置等
医療区分3	<ul style="list-style-type: none"> <li>・スモン</li> <li>・医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・中心静脈栄養（療養病棟入院基本料を算定する場合にあつては、<u>広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻若しくは急性肺炎を有する患者を対象とする場合又は中心静脈栄養を開始した日から30日以内の場合に実施するものに限る</u>）</li> <li>・二十四時間持続点滴</li> <li>・人工呼吸器の使用</li> <li>・ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄</li> <li>・気管切開又は気管内挿管（発熱を伴う状態の患者に対するものに限る）</li> <li>・酸素療法（密度の高い治療を要する状態の患者に対するものに限る）</li> <li>・感染症の治療の必要性から実施する隔離室での管理</li> </ul>
医療区分2	<ul style="list-style-type: none"> <li>・筋ジストロフィー症</li> <li>・多発性硬化症</li> <li>・筋萎縮性側索硬化症、</li> <li>・パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であつて生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。））</li> <li>・その他の指定難病等（スモンを除く。）</li> <li>・脊髄損傷（頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢全てに認められる場合に限る。）</li> <li>・慢性閉塞性肺疾患（ヒュー・ジョーンズの分類がⅤ度の状態に該当する場合に限る。）</li> <li>・悪性腫瘍（医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。）</li> <li>・消化管等の体内からの出血が反復継続している状態</li> <li>・他者に対する暴行が毎日認められる状態</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・<u>中心静脈栄養（広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻又は急性肺炎を有する患者以外を対象として、中心静脈栄養を開始した日から30日を超えて実施するものに限る）</u></li> <li>・肺炎に対する治療</li> <li>・尿路感染症に対する治療</li> <li>・傷病等によるリハビリテーション（原因となる傷病等の発症後、三十日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る）</li> <li>・脱水に対する治療（発熱を伴う状態の患者に対するものに限る）</li> <li>・頻回の嘔吐に対する治療（発熱を伴う状態の患者に対するものに限る）</li> <li>・褥瘡に対する治療（皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が二箇所以上に認められる場合に限る。）</li> <li>・末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療</li> <li>・せん妄に対する治療</li> <li>・うつ症状に対する治療</li> <li>・人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法</li> <li>・経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養（発熱又は嘔吐を伴う状態の患者に対するものに限る）</li> <li>・一日八回以上の喀痰（かくたん）吸引</li> <li>・気管切開又は気管内挿管が行われている状態（発熱を伴う状態を除く）</li> <li>・頻回の血糖検査</li> <li>・創傷（手術創や感染創を含む。）、皮膚潰瘍又は下腿（たい）若しくは足部の蜂巣炎、膿（のう）等の感染症に対する治療</li> <li>・酸素療法（密度の高い治療を要する状態を除く）</li> </ul>
医療区分1		医療区分2・3に該当しない者

146

## 療養病棟入院基本料の見直し①

### 療養病棟入院基本料の医療区分に係る評価体系の見直し

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



現行	
【療養病棟入院料】 【算定要件】	
1 療養病棟入院料 1	
イ 入院料A (略)	1,813点
リ 入院料I (略) (新設)	815点

改定後	
【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 (略)	1,964点
リ 入院料27 (略)	830点
マ 入院料30	1,488点

142

## 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)	—	3	1,831	1,766	A
29	3(スモンに限る)	—	2	1,776	1,712	B
30	3(スモンに限る)	—	1	1,488	1,423	C

### 療養病棟入院基本料 1

【施設基準】

- ①看護配置：20：1以上
- ②医療区分2・3の患者が8割以上

### 療養病棟入院基本料 2

【施設基準】

- ①看護配置20：1以上
- ②医療区分2・3の患者が5割以上

### ADL区分

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

当日を含む過去3日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベルについて、下記の4項目に0～6の範囲で最も近いものを記入し合計する。

新入院(転棟)の場合は、入院(転棟)後の状態について評価する。

- (0. 自立、1. 準備のみ、2. 観察、3. 部分的援助、4. 広範な援助、5. 最大の援助、6. 全面依存)

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

143

©ASK/©LINKUP 2024.03.05厚労省説明会資料 06 入院Ⅳ(慢性期入院医療)

103

【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

### 療養病棟入院基本料1

【改定前】

1(9区分)・2(9区分)

	医療区分3	医療区分2	医療区分1
ADL3	A 1813	D 1414	G 968
ADL2	B 1758	E 1386	H 920
ADL1	C 1471	F 1232	I 815

【改定後】

1(30区分)・2(30区分)

	疾患・状態3/処置3	疾患・状態3/処置2	疾患・状態3/処置1
ADL3	入院料1 1,964	入院料4 1,692	入院料7 1,644
ADL2	入院料2 1,909	入院料5 1,637	入院料8 1,589
ADL1	入院料3 1,621	入院料6 1,349	入院料9 1,301
	疾患・状態2/処置3	疾患・状態2/処置2	疾患・状態2/処置1
ADL3	入院料10 1,831	入院料13 1,455	入院料16 1,371
ADL2	入院料11 1,776	入院料14 1,427	入院料17 1,343
ADL1	入院料12 1,488	入院料15 1,273	入院料18 1,189
	疾患・状態1/処置3	疾患・状態1/処置2	疾患・状態1/処置1
ADL3	入院料19 1,831	入院料22 1,442	入院料25 983
ADL2	入院料20 1,776	入院料23 1,414	入院料26 935
ADL1	入院料21 1,488	入院料24 1,260	入院料27 830
	スモン		
ADL3	入院料28 1,831		
ADL2	入院料29 1,776		
ADL1	入院料30 1,488		

# ⑤ 療養病棟入院基本料の見直し

## 療養病棟入院基本料2

【改定前】

1(9区分)・2(9区分)

【改定後】

1(30区分)・2(30区分)

	医療区分3	医療区分2	医療区分1
ADL3	A 1748	D 1349	G 903
ADL2	B 1694	E 1322	H 855
ADL1	C 1406	F 1167	I 751

	疾患・状態3/処置3	疾患・状態3/処置2	疾患・状態3/処置1
ADL3	入院料1 1,899	入院料4 1,627	入院料7 1,579
ADL2	入院料2 1,845	入院料5 1,573	入院料8 1,525
ADL1	入院料3 1,556	入院料6 1,284	入院料9 1,236
	疾患・状態2/処置3	疾患・状態2/処置2	疾患・状態2/処置1
ADL3	入院料10 1,766	入院料13 1,389	入院料16 1,305
ADL2	入院料11 1,712	入院料14 1,362	入院料17 1,278
ADL1	入院料12 1,423	入院料15 1,207	入院料18 1,123
	疾患・状態1/処置3	疾患・状態1/処置2	疾患・状態1/処置1
ADL3	入院料19 1,766	入院料22 1,376	入院料25 918
ADL2	入院料20 1,712	入院料23 1,349	入院料26 870
ADL1	入院料21 1,423	入院料24 1,194	入院料27 766
スモン			
ADL3	入院料28 1,766		
ADL2	入院料29 1,712		
ADL1	入院料30 1,423		

©ASK/©LINKUP

2024年1月26日開催「中医協」資料「個別改定項目について」より

105

## 療養病棟入院基本料の点数の変化

	疾患・状態3/処置3	疾患・状態3/処置2	疾患・状態3/処置1
ADL3	現在	1,813	1,813
	改定後	1,964	1,692
	差額	151	▲121
ADL2	現在	1,758	1,758
	改定後	1,909	1,637
	差額	151	▲121
ADL1	現在	1,471	1,471
	改定後	1,621	1,349
	差額	150	▲122

	疾患・状態3/処置3	疾患・状態3/処置2	疾患・状態3/処置1
ADL3	現在	1,748	1,748
	改定後	1,899	1,627
	差額	151	▲121
ADL2	現在	1,694	1,694
	改定後	1,845	1,573
	差額	151	▲121
ADL1	現在	1,406	1,406
	改定後	1,556	1,284
	差額	150	▲122

	疾患・状態2/処置3	疾患・状態2/処置2	疾患・状態2/処置1
ADL3	現在	1,813	1,414
	改定後	1,831	1,455
	差額	18	▲41
ADL2	現在	1,758	1,386
	改定後	1,776	1,427
	差額	18	▲41
ADL1	現在	1,471	1,232
	改定後	1,488	1,273
	差額	17	▲43

	疾患・状態2/処置3	疾患・状態2/処置2	疾患・状態2/処置1
ADL3	現在	1,748	1,349
	改定後	1,766	1,389
	差額	18	▲40
ADL2	現在	1,694	1,322
	改定後	1,712	1,362
	差額	18	▲40
ADL1	現在	1,406	1,167
	改定後	1,423	1,207
	差額	17	▲44

	疾患・状態1/処置3	疾患・状態1/処置2	疾患・状態1/処置1
ADL3	現在	1,813	968
	改定後	1,831	983
	差額	18	▲15
ADL2	現在	1,758	920
	改定後	1,776	935
	差額	18	▲15
ADL1	現在	1,471	815
	改定後	1,488	830
	差額	17	▲15

	疾患・状態1/処置3	疾患・状態1/処置2	疾患・状態1/処置1
ADL3	現在	1,748	903
	改定後	1,766	918
	差額	18	▲15
ADL2	現在	1,694	855
	改定後	1,712	870
	差額	18	▲15
ADL1	現在	1,406	751
	改定後	1,423	766
	差額	17	▲15

	スモン	
ADL3	現在	1,813
	改定後	1,831
	差額	18
ADL2	現在	1,758
	改定後	1,776
	差額	18
ADL1	現在	1,471
	改定後	1,488
	差額	17

	スモン	
ADL3	現在	1,748
	改定後	1,766
	差額	18
ADL2	現在	1,694
	改定後	1,712
	差額	18
ADL1	現在	1,406
	改定後	1,423
	差額	17

©ASK/©LINKUP

106

## 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つては、 <u>広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻若しくは急性膵炎を有する患者を対象とする場合又は中心静脈栄養を開始した日から30日以内の場合に実施するものに限る。</u> ） 医療区分2 中心静脈栄養（ <u>広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻又は急性膵炎を有する患者以外を対象として、中心静脈栄養を開始した日から30日を超えて実施するものに限る。</u> ）

### 経腸栄養管理加算の新設

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

#### （新）経腸栄養管理加算（1日につき） 300点

##### 【算定要件】

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、療養病棟入院基本料を算定している患者について、経腸栄養を開始した場合、入院中1回に限り、経腸栄養を開始した日から7日を限度として所定点数に加算する。この場合において、栄養サポートチーム加算、入院栄養食事指導料、集団栄養食事指導料は別に算定できない。

##### 【施設基準】

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

144

107

## 静脈栄養と経腸栄養の選択基準

診調組 入-1  
5. 8. 10改

- 消化管が機能している場合は、経腸栄養を選択することが基本である。
- 経腸栄養が禁忌となるのは、汎発性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、麻痺性イレウス、難治性下痢、活動性の消化管出血などに限定される。

### 静脈経腸栄養ガイドライン第3版より抜粋 （日本静脈経腸栄養学会編集）

- 腸が機能している場合は、経腸栄養を選択することを基本とする（推奨度Aエビデンスレベル2）。
- 経腸栄養が不可能な場合や、経腸栄養のみでは必要な栄養量を投与できない場合には、静脈栄養の適応となる（推奨度Aエビデンスレベル2）。
- 大原則は、「腸が機能している場合は腸を使う」である。その理由として、経腸栄養は静脈栄養に比べて生理的であり、消化管本来の機能である消化吸収、あるいは腸管免疫系の機能が維持されることが挙げられる。
- 臨床における静脈栄養と経腸栄養の比較では、静脈栄養に比べて経腸栄養の方が感染性合併症発生頻度が低いことも事実である。
- 経腸栄養が禁忌で、静脈栄養の絶対適応とされるのは、汎発性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、麻痺性イレウス、難治性下痢、活動性の消化管出血などに限定される。

### 静脈栄養と経腸栄養の選択基準



宮澤靖. 静脈経腸栄養(1344-4980)22巻4号 Page455-463(2007.12)

52

108

(2) 【処置等に係る医療区分3(別表第五の二)】

14. 中心静脈栄養(療養病棟入院基本料を算定する場合にあつては、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脾炎を有する患者を対象とする場合に限る。)

項目の定義

中心静脈栄養(療養病棟入院基本料を算定する場合にあつては、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脾炎を有する患者を対象とする場合に限る。)

評価の単位

1日毎

留意点

本項目でいう中心静脈栄養とは、消化管の異常、悪性腫瘍等のため消化管からの栄養摂取が困難な場合に行うものに限るものとし、単に末梢血管確保が困難であるために行うものはこれに含まない。ただし、経管栄養のみでカロリー不足の場合については、離脱についての計画を作成し実施している場合に限り、経管栄養との一部併用の場合も該当するものとする。中心静脈栄養の終了後も7日間に限り、引き続き処置等に係る医療区分3として取り扱うことができる。

また、療養病棟入院基本料を算定する場合にあつては、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脾炎を有する患者を対象とする場合に限るものである。

令和6年3月31日において旧医科点数表の療養病棟入院基本料に係る届出を行っている病棟に入院している患者であつて、旧医科点数表別表第五の二の二に規定する中心静脈注射を行っているものについては、当分の間、本項目に該当するものとみなす。

なお、有床診療所療養病棟入院基本料を算定する場合にあつては、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、消化管瘻又は急性脾炎を有する患者以外を対象する場合についても、中心静脈栄養の実施期間によらず、本項目に該当するものである。

なお、毎月末において、当該中心静脈栄養を必要とする状態に該当しているか確認を行い、その結果を診療録等に記載すること。

15. 人工呼吸器の使用

項目の定義

人工呼吸器の使用

評価の単位

1日毎



## 2024年診療報酬改定・Q&A

### 【療養病棟入院基本料】

Q26	医療区分における中心静脈栄養の評価について、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脾炎を有する患者以外を対象とする場合、中心静脈栄養を開始した日から30日を超えた場合は処置等に係る医療区分2として評価を行うこととされたが、令和6年6月1日以前より当該病棟において中心静脈栄養を開始した場合の取扱い如何。
A26	令和6年6月1日以前の中心静脈栄養を開始した日から起算して30日を超えている場合、令和6年6月1日以降は、処置等に係る医療区分2として評価する。ただし、令和6年3月31日時点において、療養病棟入院基本料に係る届出を行っている病棟に入院している患者であつて、中心静脈栄養を実施している患者については、当面の間、処置等に係る医療区分3として取り扱う。
Q27	問26のただし書について、令和6年4月1日以降に、中心静脈栄養を中止した後に再開した患者であっても経過措置の対象となるのか。
A27	経過措置の対象とならない。

【経腸栄養管理加算】	
Q28	「A101」療養病棟入院基本料の注11に規定する経腸栄養管理加算について、「「静脈経腸栄養ガイドライン」等を踏まえて経腸栄養と中心静脈栄養の適応やリスク等について説明を行うこと。」（以下「経腸栄養ガイドライン」等を踏まえた説明」という。）とされているが、経腸栄養の開始後に本人又はその家族等に説明を行った場合であっても算定できるか。
A28	説明を行った日から算定できる。ただし、この場合であっても、算定期間は、経腸栄養を開始した日から7日を限度とする。
Q29	「経腸栄養ガイドライン」等を踏まえた説明について、具体的な内容如何。
A29	以下の内容について説明すること。 ・消化管が機能している場合は、中心静脈栄養ではなく、経腸栄養を選択することが基本であるとされていること ・中心静脈栄養によりカテーテル関連血流感染症が合併すること等の経腸栄養と中心静脈栄養の適応やリスク等
Q30	経腸栄養管理加算について、「入棟前の1ヶ月間に経腸栄養が実施されていた患者については算定できない。」とされているが、他の保険医療機関又は在宅で経腸栄養が実施されていた場合について、どのように考えればよいか。
A30	他の保険医療機関又は在宅で経腸栄養が実施されていた場合であっても算定できない。

©ASK/LINKUP

111

【経腸栄養管理加算】	
Q31	経腸栄養管理加算について、「経腸栄養管理加算は経腸栄養を開始した日から7日を限度に、経腸栄養を実施している期間に限り算定できる。」とされているが、経腸栄養を開始した後に中止し、その後再開した場合について、どのように考えればよいか。
A31	経腸栄養を開始して7日以内に中止・再開した場合であっても、経腸栄養を開始した日から7日間に限り算定できる。
Q32	経腸栄養管理加算について、白湯や薬剤のみを経鼻胃管や胃瘻等から投与している場合は算定可能か。
A32	不可。
Q33	経腸栄養管理加算について、「入院中1回に限り、経腸栄養を開始した日から起算して7日を限度として、1日につき300点を所定点数に加算する。」こととされているが、経腸栄養を開始した日から7日が経過した後に転棟あるいは退院し、再度入院した場合、入院期間が通算される場合であっても再度算定できるのか。
A33	入院期間が通算される場合は算定できない。
Q34	経腸栄養管理加算について、「入院中1回に限り、経腸栄養を開始した日から起算して7日を限度として、1日につき300点を所定点数に加算する。」こととされているが、当該加算を算定した後に退院し、経腸栄養を実施せずに1か月以上経過した後に入院となり、入院期間が前回入院から通算されない場合について、当該加算は再度算定可能か。
A34	可能。

©ASK/LINKUP

112



## 療養病棟入院基本料の見直し③

### 注11に規定する経過措置の廃止

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

#### 現行

【療養病棟入院料】  
【算定要件】

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

#### 改定後

【療養病棟入院料】  
【算定要件】

（削除）



### 療養病棟における適切なリハビリテーションの推進

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

#### 現行

【療養病棟入院料】  
【施設基準】

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

#### 改定後

【療養病棟入院料】  
【施設基準】

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

145

©ASK/©LINKUP 2024.03.05厚労省説明会資料 06 入院Ⅳ(慢性期入院医療)

113

## 障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料等の主な施設基準等

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

147

## 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

### 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

- 障害者施設等入院基本料2～4等の要件における、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。
- なお、該当患者の割合については、暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動にあつては、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。

現行	改定後
<p>【障害者施設等入院基本料】 【施設基準】 七 障害者施設等入院基本料の施設基準等 (1) 通則 障害者施設等一般病棟は、次のいずれにも該当する病棟であること。</p> <p>イ 次のいずれかに該当する病棟であること。</p> <p>① (略)</p> <p>② 次のいずれにも該当する一般病棟であること。</p> <p>1 重度の肢体不自由児（者）（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。第八の九の(1)において同じ。） 、脊髄損傷等の重度障害者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。第八の九の(1)並びに第九の八の(1)のイ及び十二の(1)のイにおいて同じ。） 、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等を <b>おおむね</b> 七割以上入院させている病棟であること。</p> <p>2 (略)</p>	<p>【障害者施設等入院基本料】 【施設基準】 七 障害者施設等入院基本料の施設基準等 (1) 通則 障害者施設等一般病棟は、次のいずれにも該当する病棟であること。</p> <p>イ 次のいずれかに該当する病棟であること。</p> <p>① (略)</p> <p>② 次のいずれにも該当する一般病棟であること。</p> <p>1 重度の肢体不自由児（者）（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。第八の九の(1)において同じ。） 、脊髄損傷等の重度障害者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。第八の九の(1)並びに第九の八の(1)のイ及び十二の(1)のイにおいて同じ。） 、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等を七割以上入院させている病棟であること。</p> <p>2 (略)</p> <p>※ 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についても同様。</p>

## 障害者施設等入院基本料等の見直し

### 障害者施設等入院基本料等の見直し

- 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、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。

現行	改定後
<p>【障害者施設等入院基本料】 【算定要件】 (新設)</p> <p>【特殊疾患入院医療管理料】 【算定要件】 (新設)</p> <p>【特殊疾患病棟入院料】 【算定要件】 (新設)</p>	<p>【障害者施設等入院基本料】 【算定要件】 <b>注14</b> 当該病棟に入院している患者のうち、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J038-2に掲げる持続緩徐式血液濾過、区分番号J039に掲げる血漿交換療法又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流を行っている慢性腎臓病の患者（注6及び注12に規定する点数を算定する患者を除く。）であつて、基本診療料の施設基準等第5の3(1)のロに規定する医療区分2の患者に相当するものについては、注1及び注3の規定にかかわらず、当該患者が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。</p> <p>イ 7対1又は10対1入院基本料 <span style="float: right;">1,581点</span></p> <p>ロ 13対1入院基本料 <span style="float: right;">1,420点</span></p> <p>ハ 15対1入院基本料 <span style="float: right;">1,315点</span></p> <p>【特殊疾患入院医療管理料】 【算定要件】 <b>注7</b> ※障害者施設等入院基本料の注14と同様 <span style="float: right;">2,011点</span></p> <p>【特殊疾患病棟入院料】 【算定要件】 <b>注7</b> ※障害者施設等入院基本料の注14と同様</p> <p>イ 特殊疾患病棟入院料1 <span style="float: right;">2,010点</span></p> <p>ロ 特殊疾患病棟入院料2 <span style="float: right;">1,615点</span></p>

## 【障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料】

Q35	障害者施設等入院基本料の注6、注13及び注14、特殊疾患入院医療管理料の注4、注6及び注7、特殊疾患病棟入院料の注4、注6及び注7において、医療区分の評価に基づき相当する点数を算定することとされているが、「医療区分・ADL区分等に係る評価票 評価の手引き」の中心静脈栄養の項目について、療養病棟入院基本料と有床診療所療養病床入院基本料のいずれに準じて評価を行うのか。
A35	有床診療所療養病床入院基本料に準じて評価を行う。

## 【有床診療所在宅患者支援病床初期加算】

Q36	「A108」有床診療所入院基本料の注3に規定する有床診療所在宅患者支援病床初期加算について、「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、入院時に治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行うことにより、自宅や介護保険施設等における療養の継続に係る後方支援を評価するものである。」とあるが、どのような患者が算定の対象となるのか。
A36	算定の対象は、例えば、予後が数日から長くとも2～3ヶ月と予測が出来る場合、慢性疾患の急性増悪を繰り返し予後不良に陥る場合、脳血管疾患の後遺症や老衰など数ヶ月から数年にかけ死を迎える場合など、患者の年齢や疾患に関わらず、意思決定に対する支援が必要な患者であって、医師の医学的判断によるものとなる。

# 外来

## 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	
<b>【初診料】</b>		<b>【初診料】</b>	
初診料	288点	初診料	<b>291点</b>
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	<b>253点</b>
初診料の注2・注3・注4	214点	初診料の注2・注3・注4	<b>216点</b>
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	<b>188点</b>
初診料の注5	144点	初診料の注5	<b>146点</b>
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	<b>127点</b>
注2～4に規定する場合	107点	注2～4に規定する場合	<b>108点</b>
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	<b>94点</b>
<b>【再診料】</b>		<b>【再診料】</b>	
再診料	73点	再診料	<b>75点</b>
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	<b>75点</b>
再診料の注2	54点	再診料の注2	<b>55点</b>
再診料の注3	37点	再診料の注3	<b>38点</b>
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	<b>28点</b>
<b>【外来診療料】</b>		<b>【外来診療料】</b>	
外来診療料	74点	外来診療料	<b>76点</b>
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	<b>75点</b>
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	<b>56点</b>
外来診療料の注5	37点	外来診療料の注5	<b>38点</b>
注2～4に規定する場合	27点	注2～4に規定する場合	<b>28点</b>

30

©ASK/©LINKUP 2024.03.05厚労省説明会資料 01賃上げ・基本料の引き上げ  
令和6年度診療報酬改定 II-5 外来医療の機能分化・強化等-①

119

## 生活習慣病に係る医学管理料の見直し③

### 特定疾患療養管理料の対象疾患の見直し

- 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。  
(※1) 処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算についても同様。  
(※2) 糖尿病が対象疾患から除外されたことに伴い、糖尿病透析予防指導管理料における算定要件「注3」を削除する。
- より質の高い疾病管理を推進する観点から、特定疾患療養管理料の対象疾患を追加する。

現行		改定後	
<b>【特定疾患療養管理料】</b>		<b>【特定疾患療養管理料】</b>	
<b>【施設基準】</b>		<b>【施設基準】</b>	
別表第一 特定疾患療養管理料並びに処方料並びに処方箋料の特定疾患処方管理加算1及び特定疾患処方管理加算2に規定する疾患		別表第一 特定疾患療養管理料並びに処方料並びに処方箋料の特定疾患処方管理加算1及び特定疾患処方管理加算2に規定する疾患	
結核		結核	
悪性新生物		悪性新生物	
甲状腺障害		甲状腺障害	
処置後甲状腺機能低下症		処置後甲状腺機能低下症	
糖尿病		<del>(削除)</del>	
スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害		スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害	
ムコ脂質症		ムコ脂質症	
リポ蛋白代謝障害及びその他の脂(質)血症		リポ蛋白代謝障害及びその他の脂(質)血症 <b>(家族性高コレステロール血症等の遺伝性疾患に限る。)</b>	
リポジストロフィー		リポジストロフィー	
ローノア・ベンソード腺脂肪腫症		ローノア・ベンソード腺脂肪腫症	
高血圧性疾患		<del>(削除)</del>	
虚血性心疾患		虚血性心疾患	
(中略)		(中略)	
性染色体異常		性染色体異常	
(新設)		<b>アナフィラキシー</b>	
(新設)		<b>ギラン・バレー症候群</b>	

86

## 生活習慣病に係る医学管理料の見直し①

- 生活習慣病に対する質の高い疾病管理を推進する観点から、生活習慣病管理料について要件及び評価を見直す。
  - 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。

現行	改定後
<b>【生活習慣病管理料】</b> 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	<b>【生活習慣病管理料 (I)】</b> 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

### 改定後

【生活習慣病管理料 (I) の算定要件】 (概要)

- 生活習慣病管理料は、栄養、運動、休養、喫煙、飲酒及び服薬等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、患者に対して療養計画書により丁寧に説明を行い、患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受けた場合に算定できるものである。血液検査結果を療養計画書とは別に手交している場合又は患者の求めに応じて、電子カルテ情報共有サービスを活用して共有している場合であって、その旨を診療録に記載している場合は、療養計画書の血液検査項目についての記載を不要とする。
- 当該治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、薬剤師、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましい。
- 「A001」の注8に掲げる医学管理、第2章第1部医学管理等（「B001」の(略)及び同「37」腎臓病透析予防指導管理料を除く。）、第3部検査、第6部注射及び第13部病理診断の費用は全て所定点数に含まれる。
- 患者の求めに応じて、電子カルテ情報共有サービスにおける患者サマリーに、療養計画書での記載事項を入力し、診療録にその記録及び患者の同意を得た旨を残している場合は、療養計画書の作成及び交付をしているものとみなすものとする。ただし、この場合においても、生活習慣病管理料を算定するにあたっては、服薬、運動、休養、栄養、喫煙及び飲酒等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、丁寧に説明を行い、患者の同意を得ることとする。
- 学会等の診療ガイドライン等や診療データベース等の診療支援情報を参考にする。
- 患者の状態に応じ、28日以上長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示するとともに、患者から求められた場合に適切に対応すること。
- 糖尿病の患者については、患者の状態に応じて、年1回程度眼科の医師の診察を受けるよう指導を行うこと。また、糖尿病の患者について、歯周病の診断と治療のため、歯科受診の推奨を行うこと。
- 生活習慣病管理料 (I) を算定した日の属する月から起算して6月以内の期間においては、生活習慣病管理料 (II) は、算定できない。

84

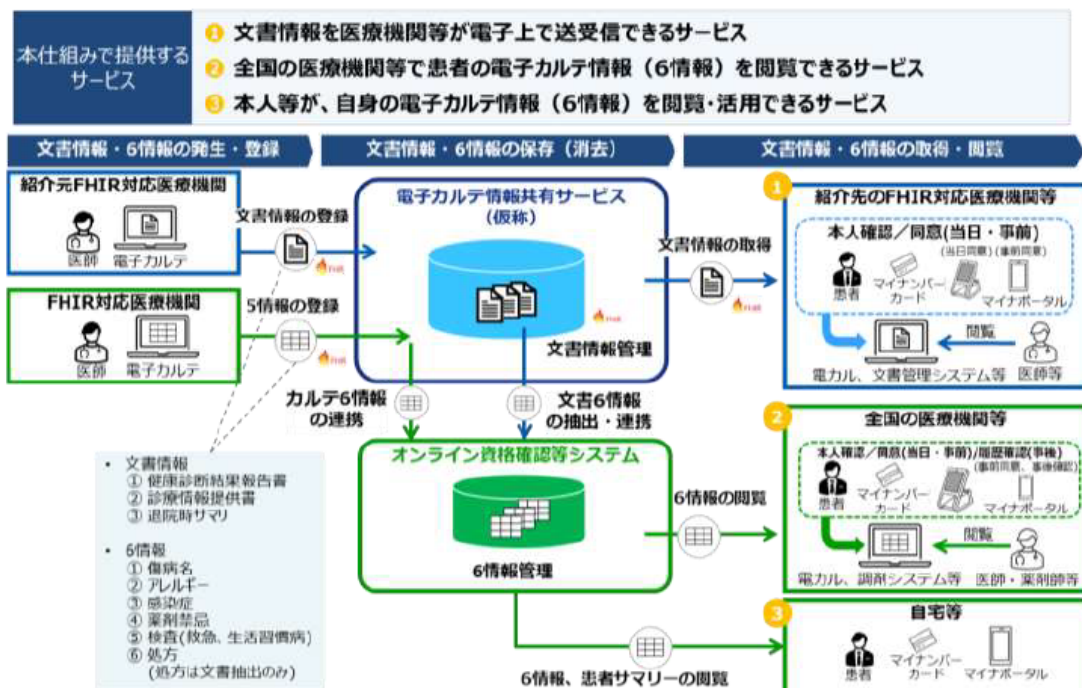
©ASK/©LINKUP 2024.03.05 厚労省説明会資料 05 外来診療の機能分化・強化等

121

## 電子カルテ情報共有サービスの概要

- 電子カルテ情報共有サービスにおいて提供されるサービスについては、3文書6情報に係るものとして、①文書情報を医療機関等が電子上で送受信できるサービス、②全国の医療機関等で患者の電子カルテ情報(6情報)を閲覧できるサービス、③本人等が、自身の電子カルテ情報(6情報)を閲覧・活用できるサービス、が示されている。

第7回医療情報ネットワークの基盤に関するWG (令和5年3月9日) 資料1-2 一部改変



10

# 生活習慣病管理料における療養計画書の項目について

○ 生活習慣病管理料における療養計画書の各項目は以下のとおり。このうち、血液検査項目等については医療DXにより電子カルテ情報共有サービスでの閲覧が令和7年度に可能となる予定である。

大項目	項目	詳細
検査・問診	検査項目	身長、体重、BMI、腹囲、血圧等
	血液検査項目	血糖、HbA1c、総コレステロール等
	問診（初回） 目標の達成状況と次の目標 （継続用）	食事・運動の状況、たばこ、歯科の受診状況等 達成目標、行動目標
重点を置く領域 と指導項目	食事	食事摂取量、減塩、食物繊維の摂取、節酒、間食等
	運動	運動処方、日常生活の運動量増加等
	たばこ	禁煙・節煙の有効性、禁煙の実施方法等
	その他	仕事、余暇等
服薬指導	-	薬の説明
その他	-	特定健康診査の受診の有無、特定保健指導の利用の有無等

49

©ASK/LINKUP 2023.12.08 中医協総会 個別事項(その14) 生活習慣病対策

123

## 患者サマリーのイメージ（案）

健康・医療・介護情報利活用検討会  
第19回 医療等情報利活用ワーキンググループ  
(令和5年11月6日)

### 患者サマリー (Patient Summary)

**基本情報**

氏名	性別
生年月日	年齢

**プロフィール情報**

**薬剤禁忌**

22/10	禁忌医薬品1	長期保存
22/10	禁忌医薬品2	長期保存

**アレルギー**

23/01	アレルギー1	長期保存
22/07	アレルギー2	長期保存

**感染症**

23/01	梅毒STS(RPR法)	(-)	長期保存
23/01	HBs(B型肝炎)	(+)	長期保存

### 外来医療記録（かかりつけ医アドバイス）

前回受診日：2023年7月10日

医療機関名：Aクリニック  
医師氏名：厚生 太郎

**主傷病名**

胃の悪性新生物<腫瘍> 長期保存

胃体部癌 プルダウン

**副傷病名**

潰瘍性大腸炎 長期保存

潰瘍性大腸炎性関節炎

**療養上の計画・アドバイス**

- ・内服を継続しましょう。
- ・1日〇分、〇〇程度の運動を行いましょ。
- ・〇ヶ月ごとに血液検査を予定しています。
- ・〇〇の福祉サービスの利用を検討しましょ。
- ・〇〇の疾患について、診療所Aを受診してください。

### おくり情報

アトルバスタチン錠 10mg「サンド」	1錠	28日分	1日1回夕食後
ファモチジン錠 10mg「NP」	2錠	28日分	1日2回朝夕食後
ノルバスタ錠5mg	1錠	28日分	1日1回夕食後

⋮

### 代表的な検査項目結果

	ステータス	検査結果	基準値 (下限-上限)
<b>肝機能</b>			
GOT(IU/L)	確定報告	XXX(H)	XX-XX
GTP(IU/L)	確定報告	XXX	XX-XX
Γ-GTP(IU/L)	確定報告	XXX	XX-XX
<b>血糖</b>			
空腹時血糖(mg/dL)	確定報告	XXX	XX-XX
HbA1c(%)	確定報告	XXX	XX-XX
随時血糖(mg/dL)	確定報告	XXX	XX-XX
<b>尿</b>			
尿糖(mg/dL)	中間報告	XXX	XX-XX

※検査項目は生活習慣病関連・救急時に有用な44項目に抜粋

前回受診日：2023年5月14日

# 生活習慣病に係る医学管理料の見直し②

## 生活習慣病管理料(Ⅱ)の創設

➤ 検査等を包括しない生活習慣病管理料(Ⅱ)を新設する。

**(新) 生活習慣病管理料(Ⅱ) 333点(月1回に限る。)**

**[算定要件]**

- (1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関(許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。)において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者(入院中の患者を除く。)に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合にあっては、区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。
- (2) 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った区分番号A001の注8に掲げる医学管理及び第2章第1部医学管理等(区分番号B001の9に掲げる外来栄養食事指導料、区分番号B001の11に掲げる集団栄養食事指導料、区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料、区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料、区分番号B001の37に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料、区分番号B001-3-2に掲げるニコチン依存症管理料、区分番号B001-9に掲げる療養・就労両立支援指導料、B005の14に掲げるプログラム医療機器等指導管理料、区分番号B009に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)、区分番号B009-2に掲げる電子的診療情報評価料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)、区分番号B010-2に掲げる診療情報連携強化料、区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料及び区分番号B011-3に掲げる薬剤情報提供料を除く。)の費用は、生活習慣病管理料(Ⅱ)に含まれるものとする。
- (4) 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、生活習慣病管理料(Ⅱ)を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、290点を算定する。

**[施設基準]**

- (1) 生活習慣病管理に関する総合的な治療管理ができる体制を有していること。なお、治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましい。
- (2) 患者の状態に応じ、28日以上長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示すること。
- (3) 生活習慣病管理料(Ⅱ)を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行う場合に係る厚生労働大臣が定める施設基準情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

85

◎ASK/◎LINKUP 2024.03.05厚労省説明会資料 05 外来診療の機能分化・強化等

125

### 主病が高血圧症の場合の2024年改定後の算定方法別シミュレーション

診療所の場合	現行 (特定疾患療養管理料で算定)		2024年6月以降 (生活習慣病管理料Ⅱで算定)		2024年6月以降 (生活習慣病管理料Ⅰで算定)		2024年6月以降 (地域包括診療料2で算定)	
		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(Ⅱ)	333点	生活習慣病管理料(Ⅰ)	660点	地域包括診療料2	1,600点
	処方箋料	68点	処方箋料	60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		
	合計	502点	合計	489点	合計	816点	合計	1,660点
			差	-13点	差	314点	差	1158点
					2月に1回受診(1月当)	408点	2月に1回受診(1月当)	830点
					差	-94点	差	328点
							3月に1回受診(1月当)	553点
							差	51点

病院(100床未満)の場合	現行 (特定疾患療養管理料で算定)		2024年6月以降 (生活習慣病管理料Ⅱで算定)		2024年6月以降 (生活習慣病管理料Ⅰで算定)		2024年6月以降 (地域包括診療料2で算定)	
		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	147点	生活習慣病管理料(Ⅱ)	333点	生活習慣病管理料(Ⅰ)	660点	地域包括診療料2	1,600点
	処方箋料	68点	処方箋料	60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						
	合計	406点	合計	468点	合計	795点	合計	1,660点
			差	62点	差	389点	差	1254点
					2月に1回受診(1月当)	398点	2月に1回受診(1月当)	830点
					差	-9点	差	424点
							3月に1回受診(1月当)	553点
							差	147点

病院(200床未満)の場合	現行 (特定疾患療養管理料で算定)		2024年6月以降 (生活習慣病管理料Ⅱで算定)		2024年6月以降 (生活習慣病管理料Ⅰで算定)		2024年6月以降 (地域包括診療料2で算定)	
		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	87点	生活習慣病管理料(Ⅱ)	333点	生活習慣病管理料(Ⅰ)	660点	地域包括診療料2	1,600点
	処方箋料	68点	処方箋料	60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						
	合計	346点	合計	468点	合計	795点	合計	1,660点
			差	122点	差	449点	差	1314点
					2月に1回受診(1月当)	398点	2月に1回受診(1月当)	830点
					差	52点	差	484点
							3月に1回受診(1月当)	553点
							差	207点

## ■ B001-3-3 生活習慣病管理料（Ⅱ）

改定後

### B001-3-3 生活習慣病管理料（Ⅱ） 333点

- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、**糖尿病を主病とする場合にあっては、区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。**
- 2 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った区分番号A001の注8に掲げる医学管理、第2章第1部第1節医学管理等（区分番号B001の9に掲げる外来栄養食事指導料、区分番号B001の11に掲げる集団栄養食事指導料、区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料、区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料、区分番号B001の37に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料、区分番号B001-3-2に掲げるニコチン依存症管理料、区分番号B001-9に掲げる療養・就労両立支援指導料、B005の14に掲げるプログラム医療機器等指導管理料、区分番号B009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）、区分番号B009-2に掲げる電子的診療情報評価料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）、区分番号B010-2に掲げる診療情報連携共有料、区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料及び区分番号B011-3に掲げる薬剤情報提供料を除く。）の費用は、生活習慣病管理料（Ⅱ）に含まれるものとする。
- 3 **糖尿病を主病とする患者（2型糖尿病の患者であってインスリン製剤を使用していないものに限る。）に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行った場合は、血糖自己測定指導加算として、年1回に限り所定点数に500点を加算する。**
- 4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、生活習慣病の治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、外来データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。
- 5 区分番号B001-3に掲げる**生活習慣病管理料（Ⅰ）**を算定した日の属する月から起算して6月以内の期間においては、**生活習慣病管理料（Ⅱ）**は、算定できない。
- 6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、**生活習慣病管理料（Ⅱ）**を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、**所定点数に代えて、290点を算定する。**

©ASK/©LINKUP

2024年3月5日告示資料より

127

## ■ B001-3-3 生活習慣病管理料（Ⅱ）

改定後

### B001-3-3 生活習慣病管理料（Ⅱ） 333点

#### 【施設基準】

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

- (1) 生活習慣に関する総合的な治療管理ができる体制を有していること。なお、治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましい。
- (2) 患者の状態に応じ、28日以上<sup>1</sup>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こと。

#### 2 生活習慣病管理料(Ⅰ)の注4及び生活習慣病管理料(Ⅱ)の注4に関する施設基準

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



## B001-3-3 生活習慣病管理料（Ⅱ）

改定後

## B001-3-3 生活習慣病管理料（Ⅱ） 333点

## 【施設基準】

## 5 届出に関する事項

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

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

©ASK/©LINKUP

2024年3月5日告示資料より

129

(別紙様式9)

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

※実施項目は、□にチェック、( )内には具体的に記入

患者署名

医師氏名

©ASK/©LINKUP

130

生活習慣病 療養計画書 継続用		(記入日: 年 月 日) ( )回目	
患者氏名: (男・女)		主病:	
生年月日: 明・大・昭・平・令 年 月 日生( )才		<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症	
ねらい: 重点目標の達成状況を理解できること・目標再設定と指導された生活習慣改善に取り組めること			
【目標】	<input type="checkbox"/> 体重: ( ) kg <input type="checkbox"/> BMI: ( ) <input type="checkbox"/> 収縮期/拡張期血圧 ( / mmHg)		
	<input type="checkbox"/> HbA1c: ( ) %		
	【①目標の達成状況】 ( )		
【②達成目標】	患者と相談した目標		
	( )		
【③行動目標】	患者と相談した目標		
	( )		
【重点を置く領域と指導項目】	<input type="checkbox"/> 食事	<input type="checkbox"/> 今回は、指導の必要なし <input type="checkbox"/> 食事摂取量を適正にする <input type="checkbox"/> 食塩・調味料を控える <input type="checkbox"/> 野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす <input type="checkbox"/> 外食の際の注意事項 ( ) <input type="checkbox"/> 油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 節酒: (減らす(種類・量: )を週 (回)) <input type="checkbox"/> 間食: (減らす(種類・量: )を週 (回)) <input type="checkbox"/> 食べ方: (ゆっくり食べる・その他 ( )) <input type="checkbox"/> 食事時間: 朝食、昼食、夕食を規則正しくとる	
	<input type="checkbox"/> 運動	<input type="checkbox"/> 今回は、指導の必要なし <input type="checkbox"/> 運動処方: 種類(ウォーキング・ ) ( ) 時間(30分以上・ )、頻度(ほぼ毎日・週 (日)) 強度(息がはずむが会話可能な強さ or 脈拍 (拍/分 or ) ) <input type="checkbox"/> 日常生活の活動量増加(例:1日1万歩・ ) <input type="checkbox"/> 運動時の注意事項など( )	
	<input type="checkbox"/> たばこ	<input type="checkbox"/> 禁煙・節煙の有効性 <input type="checkbox"/> 禁煙の実施方法等	
	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 余暇 <input type="checkbox"/> 睡眠の確保(質・量) <input type="checkbox"/> 減量 <input type="checkbox"/> 家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等) <input type="checkbox"/> その他 ( )	
【検査】	<input type="checkbox"/> 血液検査項目 (採血日 月 日) <input type="checkbox"/> 総コレステロール ( mg/dl)		
	<input type="checkbox"/> 血糖(空腹時 <input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/> 食後( )時間) <input type="checkbox"/> 中性脂肪 ( mg/dl)		
	<input type="checkbox"/> HbA1c: ( ) % <input type="checkbox"/> HDLコレステロール ( mg/dl)		
<input type="checkbox"/> LDLコレステロール ( mg/dl)			
※血液検査結果を手交している場合は記載不要 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
<input type="checkbox"/> 【その他】 <input type="checkbox"/> 栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満) <input type="checkbox"/> その他 ( )			

\*実施項目は、にチェック、( )内には具体的に記入

患者署名

医師氏名

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

©ASK/LINKUP

131

## 2024年診療報酬改定・Q&A

2024年3月28日 「疑義解釈(その1)」より

### 【生活習慣病管理料(Ⅰ)、生活習慣病管理料(Ⅱ)】

Q131	「B001-3」生活習慣病管理料(Ⅰ)及び「B001-3-3」生活習慣病管理料(Ⅱ)(以下単に「生活習慣病管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)」という。)は、栄養、運動、休養、喫煙、飲酒及び服薬等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、患者に対して療養計画書により丁寧に説明を行い、患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受けた場合に算定できるものとされているが、署名の取扱い如何。
A131	初回については、療養計画書に患者の署名を受けなければならない。ただし、2回目以降については、療養計画書の内容を患者に対して説明した上で、患者が当該内容を十分に理解したことを医師が確認し、その旨を療養計画書に記載した場合については、患者署名を省略して差し支えない。
Q132	問131について、療養計画書の内容について医師による丁寧な説明を実施した上で、薬剤師又は看護職員等の当該説明を行った医師以外のものが追加的な説明を行い、診察室外で患者の署名を受けた場合にも算定可能か。
A132	可能。
Q133	生活習慣病管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)に、外来管理加算の費用は含まれるものとされているが、生活習慣病管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)を算定した月において、当該算定日とは別日に、当該保険医療機関において、生活習慣病管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)を算定した患者に対して診療を行った場合に、外来管理加算を算定することは可能か。
A133	外来管理加算の算定要件を満たせば可能。

【生活習慣病管理料（Ⅰ）、生活習慣病管理料（Ⅱ）】	
Q134	生活習慣病管理料（Ⅱ）について、「生活習慣病管理料（Ⅰ）を算定した日の属する月から起算して6月以内の期間においては、生活習慣病管理料（Ⅱ）は、算定できない。」とされているが、同一の保険医療機関において、生活習慣病管理料（Ⅰ）を算定する患者と、生活習慣病管理料（Ⅱ）を算定する患者が同時期にそれぞれいる場合の取扱い如何
A134	同一の保険医療機関において、生活習慣病管理料（Ⅰ）を算定する患者と、生活習慣病管理料（Ⅱ）を算定する患者が同時期にそれぞれいても差し支えない。
Q135	生活習慣病管理料（Ⅰ）と生活習慣病管理料（Ⅱ）は、それぞれどのような患者に対して算定するのか。
A135	個々の患者の状態等に応じて医療機関において判断されるものである。
Q136	生活習慣病管理料（Ⅰ）について、「第2章第1部医学管理等（区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料、区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料及び区分番号B001の37に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料を除く。）、第3部検査、第6部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料（Ⅰ）に含まれるものとする。」とされているが、生活習慣病管理料（Ⅰ）を算定した月において、当該算定日とは別日に、当該保険医療機関において、生活習慣病のために診療を行った場合に、医学管理等、検査、注射及び病理診断の費用は算定可能か。
A136	不可。

©ASK/LINKUP

133

【生活習慣病管理料（Ⅰ）、生活習慣病管理料（Ⅱ）】	
Q137	生活習慣病管理料（Ⅱ）について、「第2章第1部第1節医学管理等（区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料、区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料、区分番号B001の37に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料及び区分番号B005の14に掲げるプログラム医療機器等指導管理料を除く。）の費用は、生活習慣病管理料（Ⅱ）に含まれるものとする。」とされているが、生活習慣病管理料（Ⅱ）を算定した月において、当該算定日とは別日に、当該保険医療機関において、生活習慣病のために診療を行った場合に、医学管理等の費用は算定可能か。
A137	不可。
Q138	生活習慣病管理料（Ⅱ）について、「区分番号B001-3に掲げる「生活習慣病管理料（Ⅰ）を算定した日の属する月から起算して6月以内の期間においては、生活習慣病管理料（Ⅱ）は、算定できない。」こととされているが、令和6年度診療報酬改定前の生活習慣病管理料についての取扱い如何。
A138	令和6年度診療報酬改定前の生活習慣病管理料を算定した時期にかかわらず、生活習慣病管理料（Ⅱ）が算定できる。
Q139	生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）について、療養計画書を患者に交付することが算定要件とされているが、令和6年度診療報酬改定前の生活習慣病管理料において療養計画書を患者に交付していた場合、令和6年6月以降の療養計画書の取扱い如何。
A139	この場合、別紙様式9の2又はこれに準じた様式の療養計画書を作成することとするが令和6年度診療報酬改定前の様式を引き続き用いて差し支えない。

©ASK/LINKUP

134

【生活習慣病管理料（Ⅰ）、生活習慣病管理料（Ⅱ）】	
Q140	情報通信機器を用いた指導管理により生活習慣病管理料（Ⅱ）を算定する場合において、療養計画書への署名についてどのように考えればよいか
A140	厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に遵守した上で、例えば、電子署名を活用する方法や、患者が使用するタブレット等の画面に自署してもらう方法が想定される。なお、留意事項の通則において、「文書による提供等を行うこととされている個々の患者の診療に関する情報等を、電磁的方法によって、患者等に提供等する場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保するとともに、書面における署名又は記名・押印に代わり、本ガイドラインに定められた電子署名（厚生労働省の定める準拠性監査基準を満たす保健医療福祉分野 PKI 認証局の発行する電子証明書を用いた電子署名、認定認証事業者（電子署名及び認証業務に関する法律（平成 12 年法律第 102 号）第 2 条第 3 項に規定する特定認証業務を行う者をいう。）又は認証事業者（同条第 2 項に規定する認証業務を行う者（認定認証事業者を除く。）をいう。）の発行する電子証明書を用いた電子署名、電子署名等に係る地方公共団体情報システム機構の認証業務に関する法律（平成 14 年法律第 153 号）に基づき、平成 16 年 1 月 29 日から開始されている公的個人認証サービスを用いた電子署名等）を施すこと。」とされていることを踏まえて対応すること。また、情報通信機器を用いた指導管理を行う上での留意点を療養計画書に記載すること。
Q141	「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（厚生労働省平成 30 年 3 月（令和 5 年 3 月一部改訂））において、最低限遵守する事項として「医師がいる空間において診療に関わっていないものが診察情報を知覚できないこと」とされているが、情報通信機器を用いた指導管理により生活習慣病管理料（Ⅱ）を算定する場合であって、看護職員、管理栄養士等の多職種が係わる場合の対応如何。
A141	情報通信機器を用いた診療を実施する際に、当該診療に関わる看護職員、管理栄養士等が同席することは差し支えない。ただし、当該職員が同席する旨を、診療開始前にその都度患者に説明し、患者の同意を得ること。また、情報通信機器を用いた診療の終了後に、引き続き、看護職員、管理栄養士等による指導を実施する場合においても、情報通信機器を用いた診療の終了時間を記録していることが望ましい。

©ASK/LINKUP

135

【生活習慣病管理料（Ⅰ）、生活習慣病管理料（Ⅱ）】	
Q142	生活習慣病管理料（Ⅱ）の注 3 に規定する血糖自己測定指導加算を算定した後、1 年以内に生活習慣病管理料（Ⅰ）を算定する場合、生活習慣病管理料（Ⅰ）の注 3 に規定する血糖自己測定指導加算を算定することは可能か。
A142	不可。血糖自己測定指導加算を生活習慣病管理料（Ⅰ）及び生活習慣病管理料（Ⅱ）のいずれかにおいて算定した場合、生活習慣病管理料（Ⅰ）及び生活習慣病管理料（Ⅱ）のいずれにおいても 1 年以内は算定できない。
Q143	生活習慣病管理料（Ⅱ）において、「治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましい」とされたが、管理栄養士を雇用していない診療所において、外来栄養食事指導が必要となり、他の保険医療機関の管理栄養士と連携し、当該管理栄養士が所属する保険医療機関で対面により栄養食事指導を行った場合について、指示を出した医師の診療所が「B 0 0 1」の「9」外来栄養食事指導料 2 を算定できるか。
A143	算定可能。ただし、栄養食事指導を行う管理栄養士は、指示を出す医師の診療所と適宜連絡が取れる体制を整備するとともに、栄養指導記録を必ず共有すること。
Q144	地域包括診療加算、地域包括診療料、生活習慣病管理料（Ⅰ）、生活習慣病管理料（Ⅱ）の施設基準において、「患者の状態に応じ、28 日以上 of 長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であること。」について、院内の見やすい場所に掲示していることが求められているが、具体的にどのような内容を掲示すればよいか。
A144	当該保険医療機関において、患者の状態に応じ、 ・28 日以上 of 長期の投薬が可能であること ・リフィル処方箋を交付すること のいずれの対応も可能であることを掲示すること。なお、具体的な掲示内容としてはポスター（※）を活用しても差し支えない。 （※） <a href="https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_39295.html">https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_39295.html</a> に掲載

©ASK/LINKUP

136

〈共通項目〉

〈在宅データ提出加算特有の項目〉

外来データ提出加算  
50点(月1回)

〔算定要件〕

- 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、生活習慣病の治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、外来データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。

〔施設基準〕

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

〈共通項目〉		〈在宅データ提出加算特有の項目〉			
大項目	項目名	大項目	項目名	大項目	項目名
属性	生年月日	外来受診情報	受診年月日	リスク分類・LDLコレステロール	リスク分類
	性別		初診/再診		LDLコレステロール
	患者住所地域の郵便番号		他院による紹介の有無	脳卒中の有無(初発)	脳卒中の有無(既往含む)
身長・体重	診療科コード		脳卒中の初発の種類(既往含む)		
	身長	糖尿病の有無	脳卒中の初発の発症(診断)年月		
体重	自院管理の有無		脳卒中の初発以外の種類(既往含む)		
喫煙歴	喫煙区分	糖尿病の診断年月	診断年月	脳卒中(初発以外)	脳卒中の初発以外の発症(診断)年月
	1日の喫煙本数		血糖コントロール		急性冠症候群の有無(既往含む)
	喫煙年数	慢性合併症:網膜症		急性冠症候群の初発の種類(既往含む)	
介護情報	高齢者情報	血糖コントロール・慢性合併症	慢性合併症:腎症	急性冠症候群の有無(初発)	急性冠症候群の初発の発症(診断)年月
	要介護度		慢性合併症:神経障害		急性冠症候群の初発以外の種類(既往含む)
診断情報/傷病	自院管理の有無		高血圧症の有無		高血圧症の有無
	ICD10コード	自院管理の有無		心不全の診断年月	
	傷病名コード	高血圧症の診断年月	診断年月	急性大動脈解離の有無(初発)	急性大動脈解離の有無(既往含む)
	修飾語コード				急性大動脈解離の初発の発症(診断)年月
	傷病名	血圧	収縮期血圧	急性大動脈解離(初発以外)	急性大動脈解離の初発以外の発症(診断)年月
入院の有無	拡張期血圧		慢性腎臓病の有無		
入院の状況	ICD10コード	脂質異常症の有無	脂質異常症の有無	慢性腎臓病の有無	慢性腎臓病の有無
	傷病名コード				自院管理の有無
	修飾語コード	脂質異常症の診断年月	診断年月	高尿酸血症の有無	高尿酸血症の有無
	傷病名				高尿酸血症の診断年月
	当月中の終診情報	終診年月日	尿酸値	尿酸値	
終診年月日	ICD10コード				
ICD10コード	傷病名コード				
終診情報	傷病名コード	修飾語コード	傷病名		
	修飾語コード	傷病名			
	傷病名				

出典：2023年度「外来医療、在宅医療、リハビリテーション医療の影響評価に係る調査」実施説明資料を元に作成

かかりつけ医機能が発揮される制度整備

趣旨

- かかりつけ医機能については、これまで医療機能情報提供制度における国民・患者への情報提供や診療報酬における評価を中心に組み込まれてきた。一方で、医療計画等の医療提供体制に関する取組はこれまで行われていない。
- 今後、複数の慢性疾患や医療と介護の複合ニーズを有することが多い高齢者の更なる増加と生産年齢人口の急減が見込まれる中、地域によって大きく異なる人口構造の変化に対応して、「治す医療」から「治し、支える医療」を実現していくためには、これまでの地域医療構想や地域包括ケアの取組に加え、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進める必要がある。
- その際には、国民・患者から見て、一人ひとりが受ける医療サービスの質の向上につながるものとする必要があることから、
  - ・ 国民・患者が、そのニーズに応じてかかりつけ医機能を有する医療機関を適切に選択できるための情報提供を強化し、
  - ・ 地域の実情に応じて、各医療機関が機能や専門性に応じて連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化することで、地域において必要なかかりつけ医機能を確保するための制度整備を行う。

概要

(1) 医療機能情報提供制度の刷新(令和6年4月施行)

- ・ かかりつけ医機能(「身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能」と定義)を十分に理解した上で、自ら適切に医療機関を選択できるよう、医療機能情報提供制度による国民・患者への情報提供の充実・強化を図る。

(2) かかりつけ医機能報告の創設(令和7年4月施行)

- ・ 慢性疾患を有する高齢者その他の継続的に医療を必要とする者を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能(①日常的な診療の総合的・継続的实施、②在宅医療の提供、③介護サービス等との連携など)について、各医療機関から都道府県知事に報告を求めることとする。
- ・ 都道府県知事は、報告をした医療機関が、かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表する。
- ・ 都道府県知事は、外来医療に関する地域の関係者との協議の場で、必要な機能を確保する具体的方策を検討・公表する。

(3) 患者に対する説明(令和7年4月施行)

- ・ 都道府県知事による(2)の確認を受けた医療機関は、慢性疾患を有する高齢者に在宅医療を提供する場合など外来医療で説明が特に必要な場合であって、患者が希望する場合に、かかりつけ医機能として提供する医療の内容について電磁的方法又は書面交付により説明するよう努める。

# 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を入力し、診療録にその記録及び患者の同意を得た旨を残している場合は、文書を交付しているものとみなすものとする。
- 当該保険医療機関に通院する患者について、介護支援専門員及び相談支援専門員からの相談に適切に対応するとともに、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示すること。
- 患者の状態に応じ、28日以上長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示するとともに、患者から求められた場合に適切に対応すること。

【施設基準】 ※地域包括診療加算についても同様

- 当該保険医療機関に、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師（以下この区分において「担当医」という。）を配置していること。また、担当医は認知症に係る適切な研修を修了していることが望ましい。
- 次に掲げる事項を院内掲示していること。
  - ア 健康相談及び予防接種に係る相談を実施していること。
  - イ 当該保険医療機関に通院する患者について、介護支援専門員及び相談支援専門員からの相談に適切に対応することが可能であること。
  - ウ 患者の状態に応じ、28日以上長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であること。
- 介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示し、かつ、要介護認定に係る主治医意見書を作成しているとともに、以下のいずれか一つを満たしていること。
  - ア〜ケ（略）
  - コ 担当医が、「認知症初期集中支援チーム」等、市区町村が実施する認知症施策に協力している実績があること。
  - ク 担当医が、地域ケア会議に出席した実績があること。
  - ク 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		改定後	
地域包括診療加算 1	25点	地域包括診療加算 1	28点
地域包括診療加算 2	18点	地域包括診療加算 2	21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 1	38点
認知症地域包括診療加算 2	28点	認知症地域包括診療加算 2	31点

89

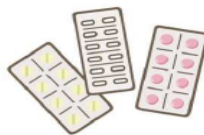
## 長期処方・リフィル処方せんについて 当院からのお知らせ

当院では患者さんの状態に応じ、

- ・ 28日以上長期の処方を行うこと
- ・ リフィル処方せんを発行すること

のいずれの対応も可能です。

※ なお、長期処方やリフィル処方せんの交付が対応可能かは病状に応じて担当医が判断致します。



### リフィル処方せんとは？

症状が安定している患者に対して、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下で、一定期間内に、最大3回まで反復利用できる処方せんです。



同一保険薬局で継続して調剤を受けることが出来ない場合は、前回調剤された薬局にもご相談ください

#### リフィル処方せんの留意点

- 医師が患者の病状等を踏まえ、個別に投与期間を判断します。（最大3回まで）
- 投薬量に限度が定められている医薬品及び貼付剤（一部を除く）は、リフィル処方できません。
- 薬剤師から、体調や服薬状況の確認のため、同一の保険薬局で調剤を受けることを勧める説明があります。
- 薬剤師から、次回の調剤予定の確認、予定される時期に患者が来局しない場合は、電話等により状況を確認することがあります。また、患者が他の薬局において調剤を受ける場合は、当該薬局に調剤の状況とともに必要な情報をあらかじめ提供することがあります。
- 患者の体調変化を考慮し、リフィル処方せんの有効期間内であっても、薬剤師は、調剤を行わず患者に受診を勧め、処方医へ情報提供する場合があります。

	地域包括診療料 1 1,660点 地域包括診療料 2 1,600点 (月1回)	地域包括診療加算 1 25点 地域包括診療加算 2 18点 (1回につき)
	病院	診療所
包括範囲	下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。 ・(再診料の)時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料 ・診療情報提供料(Ⅱ)(Ⅲ) ・在宅医療に係る点数(訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。) ・薬剤料(処方料、処方せん料を除く。) ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの	出来高
対象疾患	高血圧症、糖尿病、脂質異常症、 <b>慢性心不全、慢性腎臓病(慢性維持透析を行っていないものに限る。)</b> 又は、認知症の6疾病のうち2つ以上(疑いは除く。)	
対象医療機関	診療所又は許可病床が200床未満の病院	診療所
研修要件	担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。	
服薬管理	・当該患者に院外処方を行う場合は24時間開局薬局であること 等 ・他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、カルテに記載する ・原則として院内処方を行う ・院外処方を行う場合は当該薬局に通院医療機関リストを渡し、患者が受診時に持参するお薬手帳のコピーをカルテに貼付する ・当該点数を算定している場合は、7割投与の減算規定の対象外とする	・当該患者に院外処方を行う場合は24時間対応薬局等を原則とする 等
健康管理	・健診の受診勧奨、健康相談及び <b>予防接種に係る相談</b> を行う旨の院内掲示、敷地内禁煙 等	
介護保険制度	・介護保険に係る相談を受ける旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること等。	
在宅医療の提供および24時間の対応	・在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の往診等の体制を確保していること。(在宅療養支援診療所以外の診療所については連携医療機関の協力を得て行うものを含む。) ・下記のすべてを満たす ①地域包括ケア病棟入院料等の届出 ②在宅療養支援病院	
	・下記のすべてを満たす ①時間外対応加算1の届出 ②常勤換算2人以上の医師が配置され、うち1人以上は常勤 ③在宅療養支援診療所	・下記のうちいずれか1つを満たす ①時間外対応加算1、2又は3の届出 ②常勤換算2人以上の医師が配置され、うち1人以上は常勤 ③在宅療養支援診療所

下線部は令和4年度診療報酬改定事項

©ASK/LINKUP 2023.11.10中医協総会 資料3外来(その3)外来医療の現状等・かかりつけ医機能に係る評価  
 令和6年度診療報酬改定 IV-1 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

## 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利用することが可能であることを、患者に周知することを要件に追加**する。

### 処方箋料の見直し及び後発医薬品の使用促進等の推進

- 後発医薬品の使用促進を推進する等の観点から、以下の見直しを行う。

現行	改定後
<b>【一般名処方加算】</b> 一般名処方加算 1 7点 一般名処方加算 2 5点	<b>【一般名処方加算】</b> 一般名処方加算 1 <b>10点</b> 一般名処方加算 2 <b>8点</b>
<b>【後発医薬品使用体制加算】</b> 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	<b>【後発医薬品使用体制加算】</b> 後発医薬品使用体制加算 1 <b>87点</b> 後発医薬品使用体制加算 2 <b>82点</b> 後発医薬品使用体制加算 3 <b>77点</b>
<b>【外来後発医薬品使用体制加算】</b> 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	<b>【外来後発医薬品使用体制加算】</b> 外来後発医薬品使用体制加算 1 <b>8点</b> 外来後発医薬品使用体制加算 2 <b>7点</b> 外来後発医薬品使用体制加算 3 <b>5点</b>
<b>【薬剤情報提供料】</b> 10点	<b>【薬剤情報提供料】</b> <b>4点</b>
<b>【処方箋料】</b> 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	<b>【処方箋料】</b> ※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 <b>20点</b> 2 1以外の場合の他剤投与又は向精神薬長期処方を行った場合 <b>32点</b> 3 1及び2以外の場合 <b>60点</b>

## 在宅療養指導料の見直し

## 在宅療養指導料の見直し

- ▶ 慢性心不全患者に対する退院直後の支援を強化する観点から、在宅療養指導料の対象に退院直後の慢性心不全患者を追加し、ガイドラインに基づく支援を評価する。

## 現行

【在宅療養指導料】  
【算定要件】

注1 第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者又は器具を装着しておりその管理に配慮を必要とする患者に対して、医師の指示に基づき保健師、助産師又は看護師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に、患者1人につき月1回（初回の指導を行った月にあつては、月2回）に限り算定する。

(1) 在宅療養指導管理料を算定している患者又は入院中の患者以外の患者であつて、器具（人工肛門、人工膀胱、気管カニューレ、留置カテーテル、ドレーン等）を装着しており、その管理に配慮を要する患者に対して指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあつては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。

## 改定後

【在宅療養指導料】  
【算定要件】

注1 第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者、器具を装着しておりその管理に配慮を必要とする患者又は退院後1月以内の慢性心不全の患者に対して、医師の指示に基づき保健師、助産師又は看護師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に、患者1人につき月1回（初回の指導を行った月にあつては、月2回）に限り算定する。

(1) 次のいずれかの患者に対して指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあつては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。

- ア 在宅療養指導管理料を算定している患者
- イ 入院中の患者以外の患者であつて、器具（人工肛門、人工膀胱、気管カニューレ、留置カテーテル、ドレーン等）を装着しており、その管理に配慮を要する患者
- ウ 退院後1月以内の患者であつて、過去1年以内に心不全による入院が、当該退院に係る直近の入院を除き、1回以上ある慢性心不全の患者（治療抵抗性心不全の患者を除く。）

(2)・(3) (略)

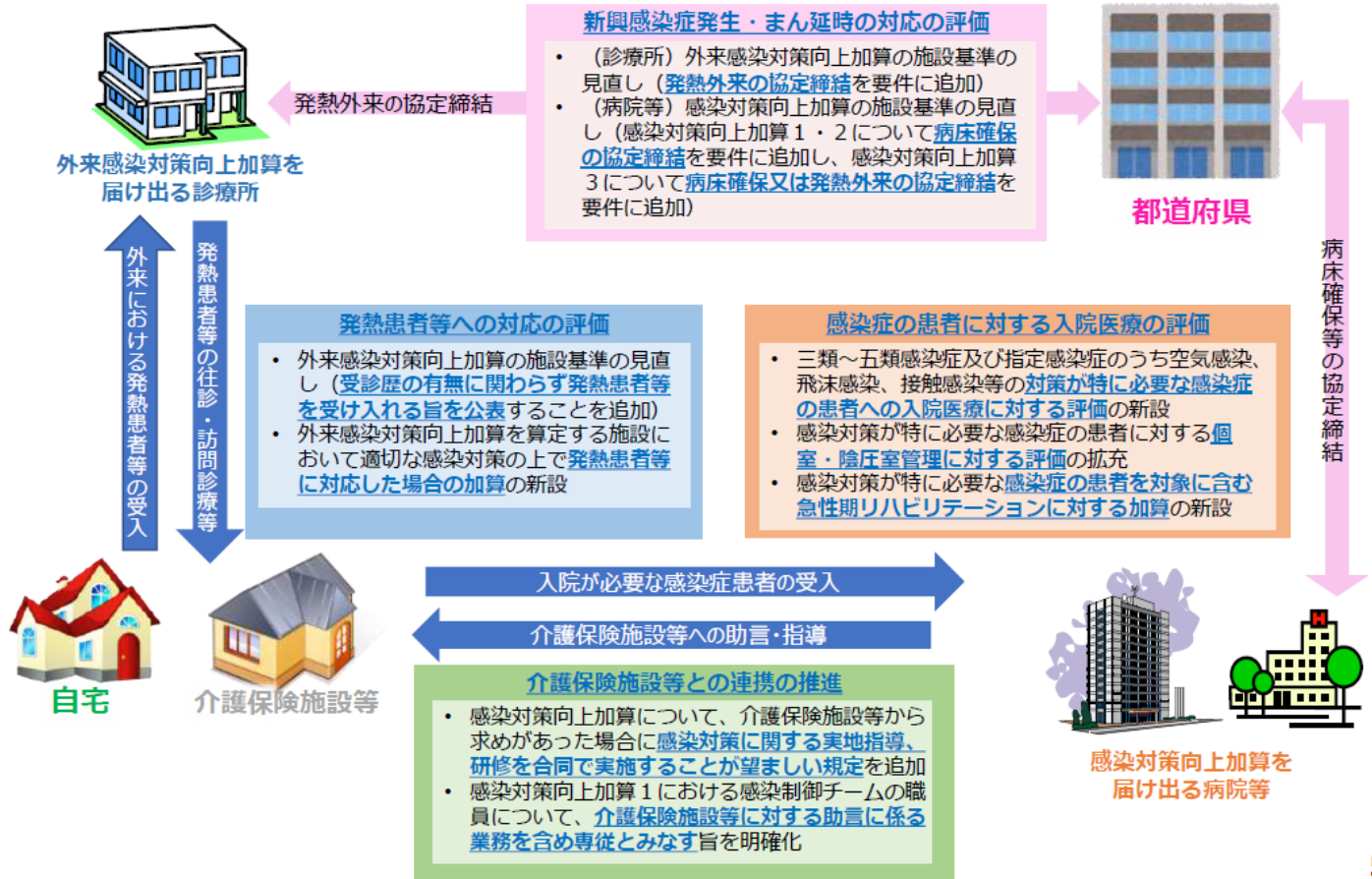
(4) 当該療養上の指導を行う保健師、助産師又は看護師は、在宅療養支援向上のための適切な研修を修了していることが望ましいこと。

100

## 感染症関連



# 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



©ASK/©LINKUP 2024.03.05厚労省説明会資料03 ポストコロナにおける感染症対策の推進  
令和6年度診療報酬改定 II-6 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-②

## 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	改定後
<p>【感染対策向上加算】【施設基準（抜粋）】</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>【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。</p>	<p>【感染対策向上加算】【施設基準（抜粋）】</p> <p>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。</p> <p>加算2：（加算1と同様）</p> <p>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。</p> <p>【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。</p>



# 協定について(医療措置協定)

## 《医療措置協定の具体的な内容》

協定締結の協議対象者		病院	有床診療所	無床診療所	薬局	訪問看護事業所
医療措置	①病床の確保	○	○	×	×	×
	②発熱外来の対応	○	○	○	×	×
	③自宅療養者等への医療の提供	○	○	○	○	○
	④後方支援	○	○	×	×	×
	⑤人材派遣	○	○	×	×	×

= 第一種協定指定医療機関
  = 第二種協定指定医療機関
  = その他

■「④後方支援」とは、感染症対応を行う医療機関に代わって、感染症患者以外の患者に医療を提供すること。

■「⑤人材派遣」とは、感染症対応を行う医療機関等に医療人材を派遣すること。

### 【参考】新たな感染症指定医療機関

	入院医療		外出自粛対象者の医療		一般の医療機関
	第一種感染症指定医療機関	第二種感染症指定医療機関	第一種協定指定医療機関	第二種協定指定医療機関	
一類感染症	○				
二類感染症	○	○			
三類～五類感染症					○
新型インフルエンザ等感染症	○	○	○	○	
指定感染症			○	○	
新感染症(所見がある者)			○	○	

  感染症指定医療機関に追加

  予防計画において想定する感染症

©ASK/©LINKUP

2024年1月26日開催「中医協」資料「個別改定項目について」より

147

令和6年度診療報酬改定 II - 6 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 - ②

## 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。）、エムボックス、重症熱性血小板減少症候群（病原体がフレボウイルス属SFVウイルスであるものに限る。）、腎臓病性出血熱、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（病原体がバルボウイルス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

56

## ポストコロナにおける感染症対策の評価③

### 感染症の入院患者に対する個室・陰圧室管理の評価の拡充

- 二類感染症患者療養環境特別加算について、名称を特定感染症患者療養環境特別加算に見直すとともに、対象となる感染症及び入院料の範囲を見直す。

現行	改定後
<p><b>【二類感染症患者療養環境特別加算】</b>                      [算定留意事項]                      保険医療機関に入院している感染症法第6条第3項に規定する二類感染症に感染している患者及び同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者並びにそれらの疑似症患者について、必要を認めて個室又は陰圧室に入院させた場合に、個室加算又は陰圧室加算として、それぞれ所定点数に加算する。</p>	<p><b>【特定感染症患者療養環境特別加算】</b>                      [施設基準 (抜粋)]                      保険医療機関に入院している患者であって、<b>二類感染症から五類感染症まで、新型インフルエンザ等感染症又は指定感染症の患者及びその疑似症患者のうち個室又は陰圧室に入院させる必要性が特に高い患者</b>について、必要を認めて個室又は陰圧室に入院させた場合に、個室加算又は陰圧室加算として、それぞれ所定点数に加算する。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。</p>
<p>[個室加算の対象となる感染症]  <b>狂犬病、鳥インフルエンザ (特定鳥インフルエンザを除く。)、エムボックス、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、ニバウイルス感染症、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。)、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、侵袭性髄膜炎菌感染症、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 (病原体がバルボウイルス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3項に規定する二類感染症、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及び同法同条第8項に規定する指定感染症</b></p> <p>[陰圧室加算の対象となる感染症]  <b>鳥インフルエンザ (特定鳥インフルエンザを除く。)、麻しん、新型コロナウイルス感染症及び水痘</b>並びに感染症法第6条第3項に規定する二類感染症、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及び同法同条第8項に規定する指定感染症</p> <p>[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、特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料、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、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料、精神科地域包括ケア病棟入院料、特定一般病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料及び特定機能病院リハビリテーション病棟入院料</p>	<p>[個室加算の対象となる感染症]  <b>狂犬病、鳥インフルエンザ (特定鳥インフルエンザを除く。)、エムボックス、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、ニバウイルス感染症、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。)、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、侵袭性髄膜炎菌感染症、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 (病原体がバルボウイルス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3項に規定する二類感染症、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及び同法同条第8項に規定する指定感染症</b></p> <p>[陰圧室加算の対象となる感染症]  <b>鳥インフルエンザ (特定鳥インフルエンザを除く。)、麻しん、新型コロナウイルス感染症及び水痘</b>並びに感染症法第6条第3項に規定する二類感染症、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及び同法同条第8項に規定する指定感染症</p> <p>[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、特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料、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、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料、精神科地域包括ケア病棟入院料、特定一般病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料及び特定機能病院リハビリテーション病棟入院料</p>

## ポストコロナにおける感染症対策の評価④

### 発熱外来に対する評価の新設

- 外来感染対策向上加算の施設基準に、感染対策を講じた上で発熱患者等を受け入れること等を追加する。

現行	改定後
<p><b>【外来感染対策向上加算】</b>                      [施設基準 (抜粋)]                      (新設)</p>	<p><b>【感染対策向上加算】</b>                      [施設基準 (抜粋)]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>当該医療機関の外来において、受診歴の有無に関わらず、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者の受入れを行う旨を公表し、受入れを行うために必要な感染防止対策として発熱患者の動線を分ける等の対応を行う体制を有していること。</li> <li>回復した患者の罹患後症状が持続している場合に、必要に応じて精密検査が可能な体制または専門医への紹介が可能な連携体制があることが望ましい。</li> </ul>

- 受診歴の有無に関わらず発熱患者等を受け入れる体制を有した上で、実際に発熱患者等に対応した場合の加算を新設する。

**(新) 発熱患者等対応加算 20点**

[算定要件]

外来感染対策向上加算を算定する場合において、発熱その他感染症を疑わせる症状を呈する患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で診療を行った場合は、月1回に限り更に所定点数に加算する。

### 抗菌薬の使用実績に基づく評価の新設

- 我が国における Access 抗菌薬の使用比率が低い現状を踏まえ、適正使用を更に促進する観点から、外来感染対策向上加算及び感染対策向上加算に抗菌薬適正使用加算を新設する。

**(新) 抗菌薬適正使用体制加算 5点**

[施設基準]

- 抗菌薬の使用状況のモニタリングが可能なサーベイランスに参加していること。
- 直近6か月において使用する抗菌薬のうち、Access抗菌薬に分類されるものの使用比率が60%以上又はサーベイランスに参加する医療機関全体の上位30%以内であること。

【発熱患者等対応加算】	
Q4	「A000」初診料の注 11 ただし書及び「A001」再診料の注 15 ただし書に規定する発熱患者等対応加算について、当該保険医療機関において既に外来感染対策向上加算を算定している患者であって、発熱患者等対応加算を算定していないものが、同月に発熱その他感染症を疑わせるような症状で受診した場合について、どのように考えればよいか。
A4	外来感染対策向上加算は算定できないが、要件を満たせば発熱患者等対応加算は算定できる。

【抗菌薬適正使用体制加算】	
Q5	「A000」初診料の注 14、「A001」再診料の注 18 及び「A234-2」感染対策向上加算の注 5 に規定する抗菌薬適正使用体制加算の施設基準における「抗菌薬の使用状況のモニタリングが可能なサーベイランスに参加していること。」は具体的には何を指すのか。
A5	初診料の注 14 及び再診料の注 18 に規定する抗菌薬適正使用体制加算の施設基準においては、診療所版感染対策連携共通プラットフォーム（以下「診療所版 J-SIPHE」という。）に参加し抗菌薬の使用状況に関するデータを提出すること、感染対策向上加算の注 5 に規定する抗菌薬適正使用体制加算の施設基準においては、感染対策連携共通プラットフォーム（以下「J-SIPHE」という。）に参加し抗菌薬の使用状況に関するデータを提出することを指す。

©ASK/LINKUP

151

【抗菌薬適正使用体制加算】	
Q6	「A000」初診料の注 14 及び「A001」再診料の注 18 に規定する抗菌薬適正使用体制加算の施設基準における「直近 6 か月における使用する抗菌薬のうち、Access 抗菌薬に分類されるものの使用比率が 60%以上又は(2)のサーベイランスに参加する診療所全体の上位 30%以内であること。」、 「A234-2」感染対策向上加算の注 5 に規定する抗菌薬適正使用体制加算の施設基準における「直近 6 か月における入院中の患者以外の患者に使用する抗菌薬のうち、Access 抗菌薬に分類されるものの使用比率が 60%以上又は(1)のサーベイランスに参加する病院又は有床診療所全体の上位 30%以内であること。」について、どのように確認すればよいか。
A6	J-SIPHE 及び診療所版 J-SIPHE において、四半期ごとに抗菌薬の使用状況に関するデータの提出を受け付け、対象となる期間において使用した抗菌薬のうち Access 抗菌薬の割合及び参加医療機関全体におけるパーセンタイル順位が返却されるため、その結果（初診料等における抗菌薬適正使用体制加算については診療所版 J-SIPHE における結果、感染対策向上加算における抗菌薬適正使用体制加算については J-SIPHE における結果をそれぞれ指す。）が施設基準を満たす場合に、当該結果の証明書を添付の上届出を行うこと。なお、使用した抗菌薬のうち Access 抗菌薬の割合及び参加医療機関全体におけるパーセンタイル順位については、提出データの対象期間における抗菌薬の処方件数が 30 件以上ある場合に集計対象となる。

©ASK/LINKUP

152

## 【抗菌薬適正使用体制加算】

J-SIPHE及び診療所版J-SIPHEにおけるデータ受付時期等

データ受付時期（予定）	提出データの対象期間	結果の返却時期
2024年 4月9日～ 4月30日	2023年 10月～3月	2024年5月中旬
2024年 7月	2024年 1月～6月	2024年8月
2024年 10月	2024年 4月～9月	2024年11月
2025年 1月	2024年 7月～12月	2025年2月

※ データ提出方法及びデータ受付時期並びに結果の返却時期の詳細については、J-SIPHE及び診療所版J-SIPHEのホームページを確認すること。

- ・ J-SIPHE (<https://j-siphe.ncgm.go.jp/>)
- ・ 診療所版J-SIPHE (<https://oascis.ncgm.go.jp/>)

©ASK/LINKUP

153

## 2024年診療報酬改定・Q&amp;A

2024年3月28日 「疑義解釈（その1）」より

## 【抗菌薬適正使用体制加算】

Q7	問6により施設基準を満たすことを確認した上で届出を行った場合について、届出後の施設基準の適合性について、どのように考えればよいか。
A7	施設基準の届出を行った場合には、届出後についてもJ-SIPHE又は診療所版J-SIPHEに少なくとも6か月に1回はデータを提出した上で直近に提出したデータの対象期間における施設基準の適合性の確認を行い、満たしていなかった場合には変更の届出を行うこと。

©ASK/LINKUP

154

## 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	改定後
<p>【感染対策向上加算】 【施設基準（抜粋）】 （新設）</p>	<p>【感染対策向上加算】 【施設基準（抜粋）】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 介護保険施設等から求めがあった場合には、<u>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。</u></li> </ul>
<p>➤ 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。</p>	<p>【感染対策向上加算】 【施設基準】</p> <p><b>感染対策向上加算 1</b> 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）</p> <p>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、<u>当該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。</u></p>



# 入院の加算留意点

# 救急医療管理加算の見直し

## 救急医療管理加算の見直し

➢ 救急医療管理加算2を算定する場合のうち「その他の重症な状態」の割合が5割を超える保険医療機関について、評価を見直す。

現行	改定後
<p>【救急医療管理加算】 【算定要件】 (略) 緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者について、当該患者の状態に従い、入院した日から起算して7日を限度として所定点数に加算する。</p>	<p>【救急医療管理加算】 【算定要件】 (略) 緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者について、当該患者の状態に従い、入院した日から起算して7日を限度として所定点数に加算する。<b>ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に該当する保険医療機関において、救急医療管理加算2を算定する患者については、本文の規定にかかわらず、入院した日から起算して7日を限度として、210点を所定点数に加算する。</b> 【ただし書きに規定する施設基準】 救急医療管理加算2を算定する患者のうち、5割以上が「その他の重症な状態」であること。</p>

➢ 「経過観察が必要であるため入院させる場合」など算定の対象とならない場合を明確化するとともに、患者の状態について詳細を把握する観点から、患者の状態の分類等について見直しを行う。

現行	改定後
<p>【救急医療管理加算】 【算定要件】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>救急医療管理加算1の対象となる患者は、次に掲げる状態のうちアからサのいずれかの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。                     <ul style="list-style-type: none"> <li>ア、イ (略)</li> <li>ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態</li> <li>エ～シ (略)</li> </ul> </li> <li>救急医療管理加算1を算定する場合は、以下の内容について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- イ、ウ、オ、カ又はキの状態に該当する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標</li> </ul> </li> </ul>	<p>【救急医療管理加算】 【算定要件】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>救急医療管理加算1の対象となる患者は、別表に掲げる状態のうち一から十二までのいずれかの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。単なる経過観察で入院させる場合や、その後の重症化リスクが高いために入院させる場合等、入院時点で重症患者ではない患者は含まれない。                     <ul style="list-style-type: none"> <li>一、二 (略)</li> <li>三 呼吸不全で重篤な状態</li> <li>四 心不全で重篤な状態</li> <li>五～十三 (略)</li> </ul> </li> <li>救急医療管理加算1を算定する場合は、以下の内容について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- 別表の二、三、四、六、七又は八の状態に該当する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標 (P/F比は、酸素投与前の値とする。ただし、酸素投与前の測定が困難である場合は、酸素投与後の値である旨及び酸素投与後の値並びにFiO2を記載すること。また、酸素投与前の測定が困難であって、かつ、別表の三に掲げる状態であってP/F比400以上の場合は、呼吸不全と判断する根拠となった学理的所見について記載すること。)</li> </ul> </li> </ul>

250

## 救急医療管理加算 施設基準

### 改定後

#### 第2の2 救急医療管理加算

##### 1 救急医療管理加算の注1 本文に関する施設基準

- (1) 休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っている認められる次に掲げる保険医療機関であって、医療法第30条の4の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている救急医療機関であること若しくは都道府県知事又は指定都市市長の指定する精神科救急医療施設であること。
  - ア 地域医療支援病院 (医療法第4条第1項に規定する地域医療支援病院)
  - イ 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所
  - ウ 「救急医療対策の整備事業について」に規定された病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院

なお、精神科救急医療施設の運営については、「精神科救急医療体制整備事業の実施について」(平成20年5月26日障発第0526001号)に従い実施されたい。
- (2) 第二次救急医療施設として必要な診療機能及び専用病床を確保するとともに、診療体制として通常の当直体制のほかに重症救急患者の受入れに対応できる医師等を始めとする医療従事者を確保していること。
- (3) 夜間又は休日において入院治療を必要とする重症患者に対して救急医療を提供する日を地域の行政部門、医師会等の医療関係者及び救急搬送機関等にあらかじめ周知していること。

##### 2 救急医療管理加算の注1 ただし書に規定する厚生労働大臣が定める施設基準

当該保険医療機関において、直近6か月間で、救急医療管理加算2を算定した患者のうち、「基本診療料の施設基準等」の別表第七の三の十三「その他の重症な状態」の患者の割合が5割以上であること。

##### 3 届出に関する事項

救急医療管理加算の施設基準に係る届出は、別添7の2を用いること。

## 【救急医療管理加算】

Q44	「A205」救急医療管理加算の注1ただし書に規定する厚生労働大臣が定める施設基準について、「当該保険医療機関において、直近6か月間で、救急医療管理加算2を算定した患者のうち、「基本診療料の施設基準等」の別表第七の三の十三「その他の重症な状態」の患者の割合が5割以上であること。」とされているが、割合の計算は、診療報酬明細書の摘要欄に記載する患者の状態に基づき行うのか。
A44	そのとおり。
Q45	問44について、月毎にその時点の直近6か月間（令和6年6月以降に限る。）における割合を確認し、当該割合が5割以上である場合に該当すると考えてよいか。また、該当した場合の取扱いについて、どのように考えればよいか。
A45	そのとおり。また、当該施設基準に該当した場合、該当することを確認した月の翌月（例えば6月から11月の実績で該当することを12月に確認した場合は翌年1月）より注1ただし書の点数を算定する。
Q46	問45について、一度当該施設基準に該当した場合であって、その後、月毎にその時点の直近6か月間における割合を確認し、当該割合が5割未満となった場合は、その時点で当該施設基準に該当しないものと考えてよいか。また、その場合の取扱いについて、どのように考えればよいか。
A46	そのとおり。また、当該施設基準に該当しなくなった場合については、該当しないことを確認した月の翌月より注1本文の点数を算定する。

©ASK/LINKUP

159

令和6年度診療報酬改定 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-①

## 医師事務作業補助体制加算の見直し

## 医師事務作業補助体制加算の要件の見直し

- 医師事務作業補助者による医師の業務への適切な支援を推進する観点から、医師事務作業補助体制加算1の要件に、医師事務作業補助者の勤務状況及び補助が可能な業務内容を定期的に評価することが望ましいことを追加する。

## 改定後

## 【医師事務作業補助体制加算1】

## 【施設基準】

- ・当該保険医療機関において、3年以上の医師事務作業補助者としての勤務経験を有する医師事務作業補助者が、それぞれの配置区分ごとに5割以上配置されていること。また、医師事務作業補助者の勤務状況及び補助が可能な業務の内容を定期的に評価することが望ましい。

## 医師事務作業補助体制加算の評価の見直し

- 医師事務作業補助体制加算の評価を見直す。

現行			改定後		
配置	加算1	加算2	配置	加算1	加算2
15対1	1,050点	975点	15対1	1,070点	995点
20対1	835点	770点	20対1	855点	790点
25対1	705点	645点	25対1	725点	665点
30対1	610点	560点	30対1	630点	580点
40対1	510点	475点	40対1	530点	495点
50対1	430点	395点	50対1	450点	415点
75対1	350点	315点	75対1	370点	335点
100対1	300点	260点	100対1	320点	280点

200



【医師事務作業補助体制加算】	
Q52	「A207-2」医師事務作業補助体制加算の施設基準において、「医師事務作業補助者の勤務状況及び補助が可能な業務の内容を定期的に評価することが望ましい」とあるが、どのような取組を行えばよいか。
A52	医師事務作業補助者の勤務状況や、医師の業務を補助する能力の評価を定期的に行うことが想定される。
Q53	医師の指示の下に行う、診療録等を参照して症状詳記を記載する業務は、医師事務作業補助業務に含まれるか。
A53	含まれる。

## 看護補助者に係る評価の充実①

### 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  □ 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 <b>80点</b> □ 看護補助体制充実加算 2 <b>65点</b> 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。

## 看護補助者に係る評価の充実②

### 看護補助体制充実加算に係る評価の見直し

- 看護職員及び看護補助者の業務分担・協働を更に推進する観点及び身体的拘束の予防・最小化の取組を促進する観点から、看護補助体制充実加算について、看護補助者の定着に向けた取組及び看護補助者の経験年数に着目した評価を新設する。また、身体的拘束の実施に着目した評価に見直す。

現行	改定後
【急性期看護補助体制充実加算】	【急性期看護補助体制充実加算】
注4 看護補助体制充実加算 5点	注4 <input checked="" type="checkbox"/> 看護補助体制充実加算1 20点 <input type="checkbox"/> 看護補助体制充実加算2 5点
【看護補助加算】	【看護補助加算】
注4 看護補助体制充実加算 5点	注4 <input checked="" type="checkbox"/> 看護補助体制充実加算1 20点 <input type="checkbox"/> 看護補助体制充実加算2 5点

#### 【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。

**身体的拘束を実施した日は、看護補助体制充実加算2の例により算定すること。**※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**配置されていること。

イ 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。

ウ 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。

エ 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)のイ及びウを満たすものであること。

### 夜間看護体制加算の評価の見直し

- 看護補助者の配置に係る評価における夜間看護体制加算の評価を見直す。

※急性期看護補助体制の注3「夜間看護体制加算」、看護補助加算の注3「夜間看護体制加算」、障害者施設等入院基本料の注10「夜間看護体制加算」が該当

202

©ASK/©LINKUP 2024.03.05厚労省説明会資料 06 入院Ⅵ(働き方改革の推進、横断的個別事項)

163

令和6年度診療報酬改定 1-2 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-③

## 入院中の薬物療法の適正化に対する取組の推進

### 薬剤総合評価調整加算の見直し

- 薬剤総合評価調整加算について、カンファレンスの実施に限らず、多職種による薬物療法の総合的評価及び情報共有・連携ができる機会を活用して必要な薬剤調整等が実施できるよう要件を見直す。
- 必要な薬剤調整等の実効性を担保するため、医療機関内のポリファーマシーに係る評価方法について、あらかじめ手順書を作成等することとする。

現行	改定後
【薬剤総合評価調整加算】 100点(退院時)	【薬剤総合評価調整加算】 100点(退院時)
(1) (中略)	(1) (中略)
イ 患者の病状、副作用、療養上の問題点の有無を評価するために、医師、薬剤師及び看護師等の多職種による <b>カンファレンスを実施</b> し、薬剤の総合的な評価を行い、適切な用量への変更、副作用の被疑薬の中止及びより有効性・安全性の高い代替薬への変更等の処方内容の変更を行う。	イ 患者の病状、副作用、療養上の問題点の有無を評価するために、医師、薬剤師及び看護師等の多職種による <b>連携の下で</b> 、薬剤の総合的な評価を行い、適切な用量への変更、副作用の被疑薬の中止及びより有効性・安全性の高い代替薬への変更等の処方内容の変更を行う。
ウ <b>当該カンファレンスにおいて</b> 、処方内容を変更する際の留意事項を多職種で共有した上で、患者に対して処方変更に伴う注意点を説明する。	ウ 処方内容を変更する際の留意事項を多職種で共有した上で、患者に対して処方変更に伴う注意点を説明する。
エ 処方変更による病状の悪化や新たな副作用の有無について、多職種で確認し、必要に応じて、 <b>再度カンファレンスにおいて総合的に</b> 評価を行う。	エ <b>イ、ウ、エを実施するに当たっては、ポリファーマシー対策に係るカンファレンスを実施する他、病棟等における日常的な薬物療法の総合的評価及び情報共有ができる機会を活用して、多職種が連携して実施すること。</b>
	カ <b>(7)に規定するガイドライン等を参考にして、ポリファーマシー対策に関する手順書を作成し、保険医療機関内に周知し活用すること。</b>

#### ※取組の際の参考資料

- 「高齢者の医薬品適正使用の指針(総論編)」(厚生労働省)
- 「高齢者の医薬品適正使用の指針(各論編(療養環境別))」(厚生労働省)
- 日本老年医学会の関連ガイドライン(高齢者の安全な薬物療法ガイドライン)
- 「病院における高齢者のポリファーマシー対策の始め方と進め方」(厚生労働省)
- 「ポリファーマシー対策の進め方」(日本病院薬剤師会)



324

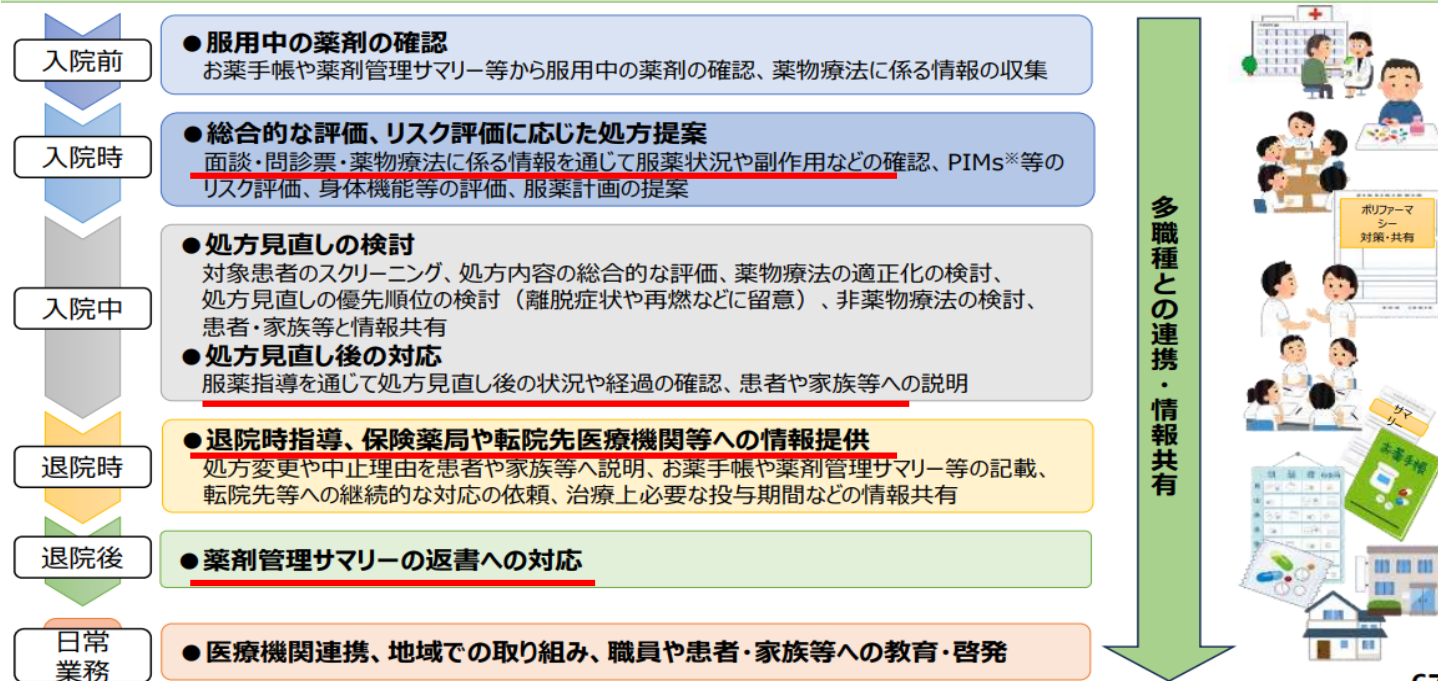
## 【医療機関における薬剤師の業務について】

ポリファーマシー対策に係る業務の効率的な遂行の観点から、薬剤総合評価調整加算に関して、多職種によるカンファレンスの実施を一律に求めるのではなく、**多職種での情報共有・連携に取り組む実務的な要件へ見直す**

## ポリファーマシー対策の進め方

- 病院におけるポリファーマシー対策においては、入院前から退院後まで全般に渡って多職種との連携・情報共有を行いながら進める手引きが作成され、さらなる推進が求められる。

### ポリファーマシー対策における病院薬剤師のかかわり



出典：ポリファーマシー対策の進め方Ver1.0、日本病院薬剤師会 ※PIMs：潜在的に不適切な処方 (Potentially Inappropriate Medications)

67

©ASK/©LINKUP

2023年11月15日開催「中医協」資料より

165

## Q&A

厚労省・疑義解釈（その1） 2020.03.31

### 入院料等 【薬剤総合評価調整加算】

問43 区分番号「A250」薬剤総合評価調整加算について、「入院前に6種類以上の内服薬（特に規定するものは除く。）が処方されている患者について、当該処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、かつ、療養上必要な指導を行った場合」等に算定できるとされているが、どのような場合が「処方の内容を変更」に該当するのか。

（答）次のようなものが該当する。なお、作用機序が同一である院内の採用薬への変更は、「処方の内容を変更」には該当しない。

- ・内服薬の種類数の変更
- ・内服薬の削減又は追加
- ・内服薬の用量の変更
- ・作用機序が異なる同一効能効果の内服薬への変更

©ASK/©LINKUP

166

## 認知症ケア加算の見直し

### 認知症ケア加算の見直し

- 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。

現行		改定後	
【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	160点 / □ 15日以上の期間 30点	イ 14日以内の期間	<u>180点</u> / □ 15日以上の期間 <u>34点</u>
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	100点 / □ 15日以上の期間 25点	イ 14日以内の期間	<u>112点</u> / □ 15日以上の期間 <u>28点</u>
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	40点 / □ 15日以上の期間 10点	イ 14日以内の期間	<u>44点</u> / □ 15日以上の期間 10点
【算定要件】 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。		【算定要件】 身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の <u>40</u> に相当する点数により算定する。	

- 認知症ケア加算で求めるアセスメント及び対応方針に、せん妄のリスク因子の確認及びせん妄対策を含めるとともに、認知症ケア加算を算定した場合はせん妄ハイリスク患者ケア加算の算定は不可とする。

現行	改定後
【認知症ケア加算 1】 【算定要件】 当該患者を診療する医師、看護師等は、認知症ケアチームと連携し、病棟職員全体で以下の対応に取り組む必要がある。 ① 当該患者の入院前の生活状況等を情報収集し、その情報を踏まえたアセスメントを行い、看護計画を作成する。その際、行動・心理症状がみられる場合には、その要因をアセスメントし、症状の軽減を図るための適切な環境調整や患者とのコミュニケーションの方法等について検討する。 【施設基準】 認知症ケアチームは、以下の業務を行うこと。 (新設)	【認知症ケア加算 1】※認知症ケア加算 2・3も同様 【算定要件】 当該患者を診療する医師、看護師等は、認知症ケアチームと連携し、病棟職員全体で以下の対応に取り組む必要がある。 ① 当該患者の入院前の生活状況等を情報収集し、その情報を踏まえたアセスメントを行い、看護計画を作成する。その際、行動・心理症状がみられる場合には、その要因をアセスメントし、症状の軽減を図るための適切な環境調整や患者とのコミュニケーションの方法等について検討する。 また、せん妄のリスク因子の確認を行い、ハイリスク患者に対するせん妄対策を併せて実施すること。せん妄のリスク因子の確認及びハイリスク患者に対するせん妄対策の取扱いについては、せん妄ハイリスク患者ケア加算の例によること。 【施設基準】 認知症ケアチームは、以下の業務を行うこと。 せん妄のリスク因子の確認のためのチェックリスト及びせん妄のハイリスク患者に対するせん妄対策のためのチェックリストを作成していること。 【経過措置】 令和6年3月31日時点で認知症ケア加算に係る届出を行っている保険医療機関は、令和6年9月30日までの間、せん妄のリスク因子等のチェックリストの作成に係る基準を満たしているものとみなす

©ASK/©LINKUP 2024.03.05厚労省説明会資料 08 重点分野における対応(認知症)

167

## 2024年診療報酬改定・Q&A

2024年3月28日 「疑義解釈(その1)」より

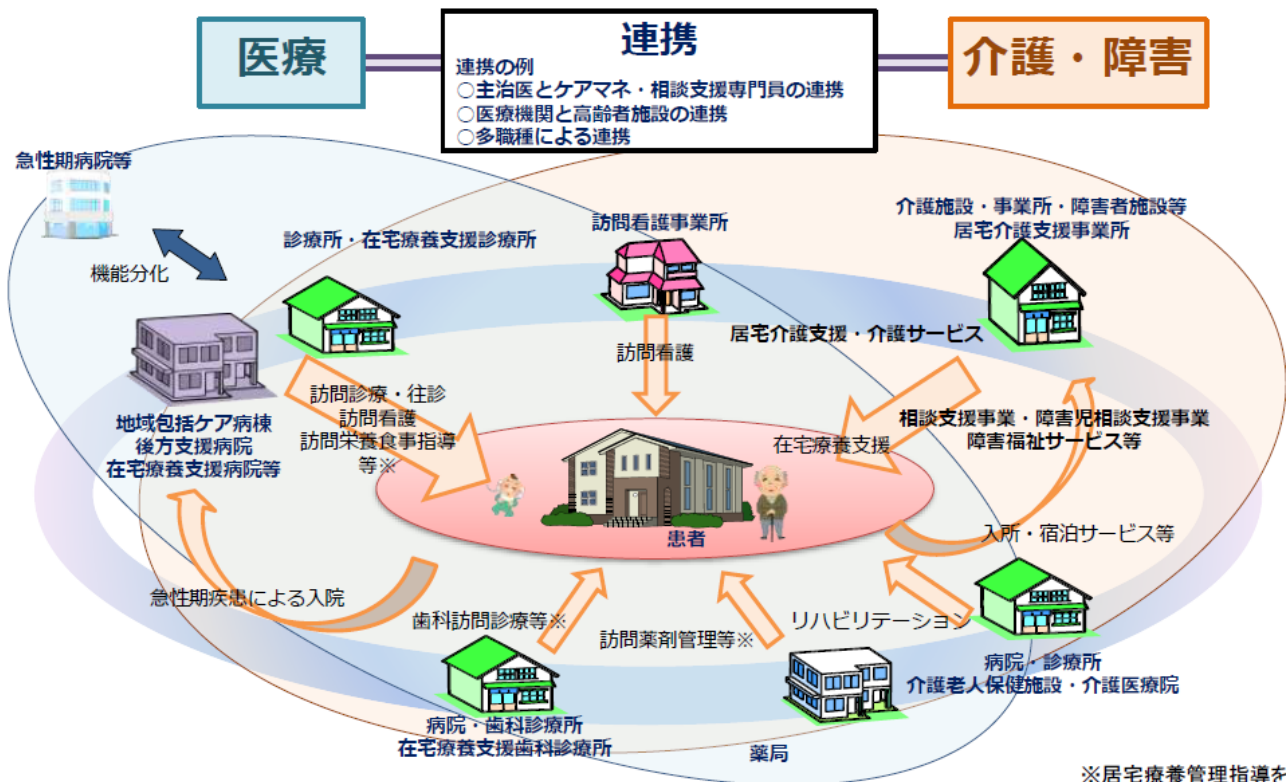
【認知症ケア加算】	
Q71	「A 2 4 7」認知症ケア加算 1 の施設基準において、「認知症ケアチームは、第 1 の 7 の ( 4 ) に規定する身体的拘束最小化チームを兼ねることは差し支えない」とされているが、認知症ケアチームの専任の常勤看護師が身体的拘束最小化チームチームに係る業務を兼務した時間は、認知症ケアチームの業務として施設基準で求める「原則週 16 時間以上、認知症ケアチームの業務に従事すること」に含めてよいか。
A71	含めてよい。
【地域医療体制確保加算】	
Q72	「A 2 5 2」地域医療体制確保加算の施設基準において、「医師の労働時間について、原則として、タイムカード、I Cカード、パソコンの使用時間の記録等の客観的な記録を基礎として確認し、適正に記録すること。」とあるが、当該保険医療機関の全ての医師の労働時間について、客観的な記録を基礎として確認し、適正に記録することが求められるのか。
A72	そのとおり
Q73	地域医療体制確保加算の施設基準において、「当該保険医療機関に勤務する医療法施行規則第 63 条に定める特定地域医療提供医師及び連携型特定地域医療提供医師（以下この項において、「対象医師」という。）の 1 年間の時間外・休日労働時間が、原則として、次のとおりであること。」とあるが、対象医師の時間外・休日労働時間が、原則として示された上限以下であることが求められるのか。
A73	そのとおり。

# 在宅

令和6年度診療報酬改定 II-8 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

## 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 209

## 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

➤ 質の高い在宅医療の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

212

171

## 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。



213

172

## 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について、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

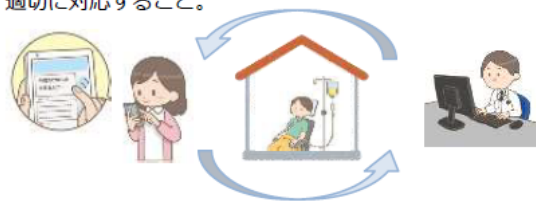
- 次回の訪問診療の予定日及び当該患者の治療方針の変更の有無
- 当該患者の治療方針の変更の概要（変更があった場合）
- 患者の医療・ケアを行う際の留意点（医師が、当該留意点を医療関係職種等に共有することが必要と判断した場合）
- 患者の人生の最終段階における医療・ケア及び病状の急変時の治療方針等についての希望（患者又はその家族等から取得した場合）

- 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

214

## 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、医療従事者等の中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者において、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

##### 【緩和ケア病棟緊急入院初期加算】

##### 【算定要件】（該当部分概要）

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。



#### 改定後

##### 【緩和ケア病棟緊急入院初期加算】

##### 【算定要件】（該当部分概要）

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。

215

【遠隔死亡診断補助加算】

Q178	「C005」在宅患者訪問看護・指導料の注18に掲げる遠隔死亡診断補助加算（「C005-1-2」の注6の規定により準用する場合を含む。）の施設基準において求める看護師の「情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。
A178	現時点では、厚生労働省「在宅看取りに関する研修事業」（平成29～31年度）及び「ICTを活用した在宅看取りに関する研修推進事業」（令和2年度～）により実施されている研修が該当する。

【在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料】

Q179	「C015」在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料について、患者が当該指導を行った上で入院となった場合において、当該指導料を算定することは可能か。
A179	可能
Q180	在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料について、「当該患者の計画的な医学管理を行う医師」が療養上必要な指導を行うことを求めているが、患者の主治医と同一の医療機関に所属する医師であって、当該患者の治療方針等を検討するカンファレンスに定期的に参加し、主治医が対応困難な時間帯に対応する者として主治医から患者に説明し、同意が得られている医師が当該指導を実施した場合であっても当該加算を算定することは可能か。
A180	可能

【在宅腫瘍化学療法注射指導管理料】

Q181	「C108-2」在宅腫瘍化学療法注射指導管理料の注に規定する「在宅における抗悪性腫瘍剤の注射」について、例えば、末期ではない急性白血病の患者等に対し、携帯型ディスポーザブル注入ポンプ若しくは輸液ポンプを用いて中心静脈注射若しくは植込型カテーテルアクセスにより抗悪性腫瘍剤を注入する場合は該当するのか。
A181	該当する。

©ASK/LINKUP

175

ICTを用いた情報共有【事例】

中医協 総-2  
5.10.4

○ ICTを用いた情報共有を行うことで、訪問診療を行っている患者が入院する場合に、診療情報及び患者の生活の場における情報を詳細に把握することができる。

記録者	記録内容(概要)	補足
Day		
(在宅医師)	肺がんの男性、化学療法を行ったが、効果が無く、入院先にてBSCの判断。少量の胸水と脊椎転移があり、オピオイド内服で訪問診療・訪問看護を導入。主たる介護者は妻であり、本人は最後まで自宅で過ごす意思を固めている趣旨の発言あります。	写真・動画によって視覚的な情報が共有ができる。 【共有内容のイメージ】 投稿者: ○○ ○○(医師) 題名: 呼吸苦時の対応 本文: 呼吸苦の症状が出た際は、動画のような姿勢を確保すると、呼吸が楽になります。 添付:
-58日 (看護師)	奥様「主人を支えていけるか不安もありますが、できるだけ家で見てあげたいと思っています。」	
-14日 (看護師)	トイレ移動時はオピオイドの頓服が必要なことを家族に説明しております。座位から立位へ移行するときには介助者の肩に腕を乗せて上半身を前屈みにして立位に移行させると骨転移の痛み、呼吸苦が軽減されます。(起居動作を動画にて保存)	家族が医療従事者に吐露しにくい思い等の情報が共有。
-10日 (看護師)	頓服の残薬が思ったより多いです。奥様にもう一度説明しましたが、病状の変化に伴い薬も増えたので、奥様に少し混乱が見られます。	
-6日 (在宅医師)	奥様からオピオイド頓服・リスペリドンを内服させても、落ち着か無いとの連絡があり、夜中に緊急往診を実施。胸水増加の疑いがあり、ベッドを30度くらい挙げ、健側の右を下にした半側臥位で呼吸が楽になりました。(良姿勢を動画にて保存) <b>連携先の病院医師にあらかじめ地域ICTの記録を病院MSWを通じてFAXにて共有</b>	ICTで共有された情報も用いながら治療方針について、家族と相談。
-4日 (ケアマネジャー)	福祉業者の方と訪問し、ポータブルトイレを導入しました。奥様が気持ち悪さを吐露されていました。「主人が具合が悪いのはわかっていて、助けてもらっているいろいろやっているんですけども、病状は悪化する一方ですね。先生たちが頑張ってくれているからなかなか言えないけれど、私にはやりきれないかも。一度入院させてもらった方が安心」	
-2日 (在宅医師)	画像評価や疼痛・せん妄の把握・対応を整理する目的に加えて、妻の負担や不安増大も勘案しつつ患者家族と話し合いを行った結果、一旦緩和ケア病棟に入院する方針として、病院に相談することにしました。	患者特有の対応について視覚的な情報を用いることで円滑な入院受入が可能となった。
-2日 (緩和ケア病棟スタッフ)	これまでも地域ICTの記録を通じて病態変化を事前に確認できていたので、受入の準備はできております。明後日の11時到着で入院を受け入れます。	
0日	当該緩和ケア病棟に入院 入院当日にオンラインで退院時共同指導を実施。起居動作や良姿勢を在宅医と病院スタッフで供覧しながら、カンファレンスを実施した。	



## 地域における24時間の在宅医療提供体制の推進

### 往診時医療情報連携加算の新設

- ▶ 地域における24時間の在宅医療の提供体制の構築を推進する観点から、在支診・在支病と連携体制を構築している**在支診・在支病以外の他の保険医療機関が訪問診療を行っている患者に対して、在支診・在支病が往診を行った場合**について、新たな評価を行う。

**(新) 往診時医療情報連携加算 200点**

[算定要件]

- **他の保険医療機関（在支診・在支病以外に限る。）と月1回程度の定期的なカンファレンス又はICTの活用により当該他の保険医療機関が訪問診療を行っている患者の診療情報及び病状の急変時の対応方針等の情報の共有を行っている在支診・在支病が、患者（他の保険医療機関が往診を行うことが困難な時間帯等に**対応を行う予定の在支診・在支病の名称、電話番号及び担当者の氏名等を提供**されている患者に限る。）に対し、他の保険医療機関が往診を行うことが困難な時間帯に、**共有された当該患者の情報を参考にして、往診を行った場合において算定できる。**この場合、当該他の保険医療機関の名称、参考にした当該患者の診療情報及び当該患者の病状の急変時の対応方針等及び診療の要点を診療録に記録すること。**

### 在宅療養移行加算の見直し

- ▶ 在支診・在支病院以外の保険医療機関が行う訪問診療について、在宅での療養を行っている患者が安心して24時間対応を受けられる体制の整備を促進する観点から、在宅療養移行加算について、**対象となる範囲を病院まで拡大するとともに、他の保険医療機関と定期的なカンファレンスやICTを用いて平時からの連携体制を構築している場合の評価を見直す。**

現行		➡	改定後	
(新設) 在宅療養移行加算 <sub>1</sub>	216点		在宅療養移行加算 <sub>1</sub>	316点
(新設) 在宅療養移行加算 <sub>2</sub>	116点	在宅療養移行加算 <sub>2</sub>	216点	
		在宅療養移行加算 <sub>3</sub>	216点	
		在宅療養移行加算 <sub>4</sub>	116点	

[在宅療養移行加算1及び3の追加の施設基準]

- 当該医療機関が保有する**当該患者の診療情報及び患者の病状の急変時の対応方針**について、当該医療機関と連携する医療機関との**1月に1回程度の定期的なカンファレンスにより当該連携医療機関に適切に提供していること**。ただし、当該情報について**ICT等を活用して連携する医療機関が常に確認できる体制を確保している場合**はこの限りでない。

216

## (参考) 在宅療養移行加算等における要件の一覧

○：どちらでもよい ◎：必ず満たす必要がある ×：要件を満たさない -：施設基準上の要件ではない			24時間要件						在支診・在支病等との定期的なカンファレンス等による情報共有
			往診を行う体制		訪問看護を行う体制		連絡を受ける体制		
			単独	連携	単独	連携	単独	連携	
診療所	機能強化型	単独型	◎	×	○		◎	×	/
		連携型	○ (<10)		○ (<10)		○ (<10)		
	その他	○		○		◎	×		
在宅療養支援病院	機能強化型	単独型	◎	×	○		◎	×	/
		連携型	○ (<10)		○ (<10)		○ (<10)		
	その他	◎	×	○		◎	×		
<b>在宅療養移行加算1 (新)</b>			○※1		-		○※1		◎※3
在宅療養移行加算2 (旧1)			○※1		-		○※1		-
<b>在宅療養移行加算3 (新)</b>			※2		-		○※1		◎※3
在宅療養移行加算4 (旧2)			※2		-		○※1		-

- ※1：地域医師会等の協力を得て規定する体制を確保することでも差し支えない。（協力してもよい旨を明記しているのみであり、24時間の体制は在支診等と同様に満たす必要がある。）
- ※2：「24時間体制の往診を行う体制」は求めないが、市町村や地域医師会との協力により、往診が必要な患者に対し、当該医療機関又は連携する他の医療機関が往診を提供する体制を有していることを要件とする。
- ※3：**ICT等を活用して連携する医療機関が常に確認できる体制を確保していることでも差し支えない。**  
<10：連携医療機関数が10未満であること。

## 医療機関と介護保険施設等の連携の推進② (再掲)

### 介護保険施設等連携往診加算の新設

- 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

【算定要件】

- 介護保険施設等連携往診加算は、介護保険施設等において療養を行っている患者の病状の急変等に伴い、当該介護保険施設等の従事者等の求めに応じて当該患者に関する診療情報及び病状の急変時の対応方針等を踏まえて往診を行った際に、提供する医療の内容について当該患者又はその家族等に十分に説明した場合に算定できる。この場合、介護保険施設等の名称、活用した当該患者の診療情報、急変時の対応方針及び診療の要点を診療録に記録すること。
- 当該保険医療機関と当該介護保険施設等が特別の関係にある場合、介護保険施設等連携往診加算は算定できない。

【施設基準の概要】

- 当該医療機関が介護保険施設等から協力医療機関として定められている等、緊急時の連絡体制及び入院受入体制等を確保していること。
- 次のいずれかの要件を満たすもの。

- 次の(イ)及び(ロ)に該当していること。
    - 必要に応じて入院受入れを行う保険医療機関に所属する保険医がICTを活用して当該診療情報及び病状急変時の対応方針を常に確認可能な体制を有していること。
    - 介護保険施設等と協力医療機関において、当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、年3回以上の頻度でカンファレンスを実施していること。
  - 介護保険施設等と協力医療機関において、当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、1月に1回以上の頻度でカンファレンスを実施していること。
- 介護保険施設等に協力医療機関として定められており、当該介護保険施設等において療養を行っている患者の病状の急変等に対応すること及び協力医療機関として定められている介護保険施設等の名称について、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること。

### 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。

218

179

## 在宅における心不全の患者等への指導管理に係る評価の新設

### 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料の見直し

- 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料等について、名称を変更するとともに、疾患を考慮した評価体系に見直した上で、心不全又は呼吸器疾患の末期の患者に対する注射による麻薬の投与を用いた指導管理についての評価を新設する。

現行	改定後
<p><b>【在宅悪性腫瘍等患者指導管理料】</b> 1,500点</p> <p>在宅における鎮痛療法又は悪性腫瘍の化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の患者に対して、当該療法に関する指導管理を行った場合に算定する。</p>	<p><b>【在宅麻薬等注射指導管理料】</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>悪性腫瘍の場合</b> 1,500点 悪性腫瘍の末期の患者に対して、在宅における麻薬等の注射に関する指導管理を行った場合に算定。</li> <li><b>筋萎縮性側索硬化症又は筋ジストロフィーの場合</b> 1,500点 筋萎縮性側索硬化症又は筋ジストロフィーの患者であって、在宅における麻薬等の注射に関する指導管理を行った場合に算定。</li> <li><b>(新) 心不全又は呼吸器疾患の場合</b> 1,500点 1又は2に該当しない場合であって、緩和ケアを要する心不全又は呼吸器疾患の末期の患者に対して、在宅における麻薬の注射に関する指導管理を行った場合に算定。</li> </ol> <p><b>【在宅悪性腫瘍化学療法注射指導管理料】</b> 1,500点 悪性腫瘍の患者に対して、在宅における抗悪性腫瘍剤等の注射に関する指導管理を行った場合に算定する。</p>

※ 注入ポンプ加算及び携帯型ディスプレイサブル注入ポンプ加算の対象患者についても、同様の見直しを行う。

### 在宅強心剤持続投与指導管理料の新設 (医療技術評価分科会を踏まえた対応)

#### (新) 在宅強心剤持続投与指導管理料 1,500点

【算定要件】 (主なもの)

- 在宅強心剤持続投与指導管理料は、循環血流量の補正のみでは心原性ショック (Killip 分類 class IV) からの離脱が困難な心不全の患者であって、安定した病状にある患者に対して、携帯型ディスプレイサブル注入ポンプ又は輸液ポンプを用いて強心剤の持続投与を行い、当該治療に関する指導管理を行った場合に算定。
- 実施に当たっては、関係学会の定める診療に関する指針を遵守すること。
- 当該指導管理料を算定する医師は、心不全の治療に関し、専門の知識並びに5年以上の経験を有する常勤の医師であること。

219

180

【在宅患者訪問診療料】	
Q170	「C001」在宅患者訪問診療料（I）の注12に規定する別に厚生労働大臣が定める基準に掲げる「末期心不全の患者」及び「呼吸器疾患の終末期の患者」について、具体的にどのような患者のことをいうか。
A170	それぞれ以下のとおり。 ○末期心不全の患者は、以下の①及び②の基準並びに③又は④のいずれかの基準に該当するもの ① 心不全に対して適切な治療が実施されていること。 ② 器質的な心機能障害により、適切な治療にかかわらず、慢性的にNYHA重症度分類Ⅳ度の症状に該当し、頻回又は持続的に点滴薬物療法を必要とする状態であること。 ③ 左室駆出率が20%以下であること。 ④ 医学的に終末期であると判断される状態であること。 ○呼吸器疾患の終末期の患者は、以下の①、②及び③のすべての基準に該当するもの ①呼吸器疾患に対して適切な治療が実施されていること。 ②在宅酸素療法やNPPV（非侵襲的陽圧換気）を継続的に実施していること。 ③過去半年以内に10%以上の体重減少を認めること。
Q171	在宅患者訪問診療料（I）の注12において、直近3月の訪問診療を行っている患者（一部の患者を除く。）1人あたりの平均の訪問診療回数（以下「平均訪問診療回数」という。）が一定以上の場合の取扱いが示されているが、当該実績の計算はどのように行えばよいか。また、平均訪問診療回数が一定以上であった場合の取扱い如何。
A171	訪問診療の実績については、各月の1日時点の直近3ヶ月の訪問診療の算定回数を算出し、確認出来る様に記録しておくこと。また、平均訪問診療回数が一定以上であることを確認した場合は、同一患者について当該月の4回目までの訪問診療については100分の100の点数を算定するが、5回目以降の訪問診療については、当該月の間は100分の50に相当する点数により算定する。

©ASK/LINKUP

181

【遠隔死亡診断補助加算】	
Q178	「C005」在宅患者訪問看護・指導料の注18に掲げる遠隔死亡診断補助加算（「C005-1-2」の注6の規定により準用する場合を含む。）の施設基準において求める看護師の「情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修」には、具体的にはどのようなものがあるか。
A178	現時点では、厚生労働省「在宅看取りに関する研修事業」（平成29～31年度）及び「ICTを活用した在宅看取りに関する研修推進事業」（令和2年度～）により実施されている研修が該当する。

【在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料】	
Q179	「C015」在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料について、患者が当該指導を行った上で入院となった場合において、当該指導料を算定することは可能か。
A179	可能
Q180	在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料について、「当該患者の計画的な医学管理を行う医師」が療養上必要な指導を行うことを求めているが、患者の主治医と同一の医療機関に所属する医師であって、当該患者の治療方針等を検討するカンファレンスに定期的に参加し、主治医が対応困難な時間帯に対応する者として主治医から患者に説明し、同意が得られている医師が当該指導を実施した場合であっても当該加算を算定することは可能か。
A180	可能

【在宅腫瘍化学療法注射指導管理料】	
Q181	「C108-2」在宅腫瘍化学療法注射指導管理料の注に規定する「在宅における抗悪性腫瘍剤の注射」について、例えば、末期ではない急性白血病患者等に対し、携帯型ディスポーザブル注入ポンプ若しくは輸液ポンプを用いて中心静脈注射若しくは植込型カテーテルアクセスにより抗悪性腫瘍剤を注入する場合は該当するののか。
A181	該当する。

©ASK/LINKUP

182

【在宅強心剤持続投与指導管理料】	
Q182	「C108-3」在宅強心剤持続投与指導管理料における「関係学会の定める診療に関する指針」とは、具体的には何を指すのか。
A182	現時点では、日本心不全学会及び日本在宅医療連合学会の「重症心不全患者への在宅静注強心薬投与指針」を指す。
Q183	在宅強心剤持続投与指導管理料について、心不全の原因となった疾患に関わらず、循環血液量の補正のみでは Killip 分類 classIV相当の心原性ショックからの離脱が困難な心不全の患者であれば、当該加算を算定可能か。
A183	要件を満たせば可能。

©ASK/LINKUP

令和6年度診療報酬改定 II-8 質の高い在宅医療・訪問看護の確保-⑧

183

## 在宅ターミナルケア加算等の見直し

- 本人の望む場所でより患者の希望に沿った看取りを支援する観点から、在宅ターミナルケア加算について、死亡日及び死亡日前14日以内に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。

**(新) 往診料 在宅ターミナルケア加算 3,500~6,500点**

【算定要件】

- 在宅ターミナルケア加算は、死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に退院時共同指導を行った上で往診を行った患者が、在宅で死亡した場合（往診を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。）に算定する。この場合、診療内容の要点等を診療録に記載すること。また、ターミナルケアの実施については、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、患者本人及びその家族等と話し合いを行い、患者本人の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応すること。

**(新) 往診料 看取り加算 3,000点**

【算定要件】

- 看取り加算は、事前に当該患者又はその家族等に対して、療養上の不安等を解消するために十分な説明と同意を行った上で、死亡日前14日以内に退院時共同指導を行った上で死亡日に往診を行い、当該患者を患者で看取った場合に算定する。この場合、診療内容の要点等を当該患者の診療録に記載すること。

◀在宅患者訪問診療料のターミナルケア加算の見直し▶

### 現行

【在宅患者訪問診療料 在宅ターミナルケア加算】

在宅ターミナルケア加算は、死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に2回以上往診又は訪問診療を行った患者が、在宅で死亡した場合（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。）に算定する。この場合、診療内容の要点等を診療録に記載すること。また、ターミナルケアの実施については、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、患者本人及びその家族等と話し合いを行い、患者本人の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応すること。

### 改定後

【在宅患者訪問診療料 在宅ターミナルケア加算】

在宅ターミナルケア加算は、死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に2回以上往診又は訪問診療を行った患者若しくは退院時共同指導を行った患者が、在宅で死亡した場合（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。）に算定する。この場合、診療内容の要点等を診療録に記載すること。また、ターミナルケアの実施については、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、患者本人及びその家族等と話し合いを行い、患者本人の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応すること。

220

## (参考)在宅ターミナルケアに対する診療報酬上の評価の概要

往診料		720点
在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の1 （1日につき）	同一建物居住者以外の場合	888点
	同一建物居住者の場合	213点
在宅患者訪問診療料（Ⅱ）のイ（1日につき）		150点

在宅ターミナルケア加算 <small>在宅で死亡した患者に死亡日から2週間以内に2回以上の往診、訪問診療又は退院時共同指導を実施した場合に算定</small>	機能強化型在支診・在支病		機能強化型以外の 在支診・在支病	その他の 医療機関
	有床診・在支病	無床診		
	6,500点 (6,200点)	5,500点 (5,200点)	4,500点 (4,200点)	3,500点 (3,200点)
+在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	7,500点 (7,200点)	6,500点 (6,200点)		
+在宅療養実績加算1			5,250点 (4,950点)	
+在宅療養実績加算2			5,000点 (4,700点)	

※1 ( )内は在宅患者訪問診療料（Ⅱ）のイを算定しているときの点数

看取り加算	在宅で患者を看取った場合に算定	3,000点
死亡診断加算	患家で死亡診断を行った場合に算定	200点

■その他の加算■ ○乳幼児加算 400点 ○診療時間に応じた加算 診療時間が1時間超の場合に100点/30分を加算
---

※2 看取り加算と死亡診断加算は併算できない

221

©ASK/©LINKUP 2024.03.05厚労省説明会資料 07 質の高い訪問診療・訪問看護の確保

185

令和6年度診療報酬改定 II-8 質の高い在宅医療・訪問看護の確保-③

## 往診料の評価の見直し

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

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

222

## 【緊急往診加算、夜間・休日往診加算、深夜往診加算】

Q166	「C000」往診料の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める患者について、施設基準通知の第14の4の2（1）において、連携医療機関については、「計画的な医学管理の下、主治医として定期的に訪問診療を実施している保険医の所属する保険医療機関であって、往診医療機関と連携体制を構築していること。」とされているが、どのような連携体制を構築している必要があるか。
A166	連携医療機関と往診医療機関との間で、連携医療機関が往診を行うことが困難な時間において、往診医療機関が当該患者又は家族等患者の看護に当たる者から電話等で直接往診の求めを受けた場合に適切に対応する旨及び患家からの連絡方法等について、あらかじめ取り決めを行っていること。なお、当該取り決めで定めた内容については連携医療機関及び往診医療機関において、文書にて保存し、患家の希望があった場合等に提供できる体制を有している必要がある。
Q167	問166における取り決めについて、連携医療機関が、地域の自治体又は医師会等の協力により往診医療機関と取り決めを行った場合についてどのように考えればよいか。
A167	取り決めについては連携医療機関及び往診医療機関において作成及び保存し、患家の希望があった場合等に必要に応じて当該文書を提供できる体制を有している必要があり、当該体制を有していない場合は要件を満たさない。

©ASK/LINKUP

187

## 【緊急往診加算、夜間・休日往診加算、深夜往診加算】

Q168	往診料の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める患者について、施設基準通知の第14の4の2（2）において、「患者の疾患名、患者の状態、治療方針及び急変時の対応方針等の最新の情報（以下この項において「診療情報等」とする。）を、あらかじめ患者の同意を得た上で往診医療機関がICT等を用いて確認できるように、適切な情報提供を行う体制を有していること。」とされているが、例えば、在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院でない連携医療機関が往診を行うことが困難な時間帯に、往診医療機関が当該患者又は家族等患者の看護に当たる者から電話等で直接往診の求めを受け、連携医療機関に電話等により当該患者の診療情報等を確認した場合であって、連携医療機関が診療情報等を提供した場合についても該当するか。
A168	連携医療機関の医師又は看護師等の医療関係職種が当該患者の最新の診療録等を確認の上、往診医療機関に当該診療情報等を適切に提供した場合は該当する。ただし、往診医療機関は、当該連携医療機関に対し電話を行った時間及び得られた情報の要点について、当該患者の診療録に記録するとともに、当該患者に対する往診を実施したこと、当該患者の状態及び実施した診療内容について、往診後に速やかに連携医療機関に情報共有を行うこと。
Q169	往診料の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める患者について、施設基準通知の第14の4の2（2）に規定する診療情報等の「ICT等を用いて確認」は、例えば、在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院でない主治医の所属する保険医療機関が往診を行うことが困難な時間帯に、往診医療機関が当該患者又は家族等患者の看護に当たる者から往診の求めを受けた際に、当該患者の診療情報等を、都道府県が構築する地域医療介護総合確保基金の「ICTを活用した地域医療ネットワーク基盤の整備」事業を活用した、地域医療情報連携ネットワーク等（以下「地連NW等」という。）にアクセスして診療情報等を取得している状態は該当するか。
A169	該当する。ただし、往診医療機関が地連NW等の活用のみで診療情報等を確認する場合は最新の診療情報等を常に取得できる状態である必要があり、地連NW等を活用した日時及び得られた情報の概要については当該患者の診療録に記録するとともに、当該患者に対する往診を実施したこと、当該患者の状態及び実施した診療内容については、往診後に速やかに連携医療機関に情報共有を行うこと。

©ASK/LINKUP

188



【在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料】	
Q172	「C002」在宅時医学総合管理料の注5に規定する頻回訪問加算について、過去に当該加算を算定していた患者であって、病状が安定したこと等により当該加算を算定しなくなったものについて、再び病状が悪化した等の理由で頻回の訪問が必要となった場合、アの「初回の場合」とイの「2回目以降の場合」のどちらの点数を算定すれば良いか。
A172	イの「2回目以降の場合」を算定すること。ただし、過去に頻回の訪問を必要としていた疾患と異なる疾患により、頻回の訪問が必要となる場合については、初回に限りアの「初回の場合」を算定して差し支えない。
Q173	在宅時医学総合管理料の注14（施設入居時等医学総合管理料の注5の規定により準用する場合を含む。以下同じ。）の施設基準において、「直近3月間の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（令和6年3月31日以前に開設されたものを除く。）の訪問診療回数の合算が2,100回未満であること。」とされているが、基準を満たすことの確認方法及び基準を満たさない場合の取扱いについて、どのように考えれば良いか。
A173	訪問診療回数については、各月の1日時点の直近3ヶ月の訪問診療の算定回数を算出し、確認出来る様に記録しておくこと。また、当該基準を満たさない場合は、速やかに届出を行い、翌月から「C002」在宅時医学総合管理料注14に掲げる点数を算定すること。
Q174	「在宅時医学総合管理料の「注14」（施設入居時等医学総合管理料の注5の規定により準用する場合を含む。）に規定する基準施設における「要介護3以上又は「特掲診療料の施設基準等」別表第八の二に掲げる別に厚生労働大臣が定める状態の患者等」の「等」にはどのような患者が含まれるか。
A174	認知症高齢者の日常生活自立度におけるランクⅢ以上と診断した状態の患者及び障害者総合支援法における障害支援区分において障害支援区分2以上と認定されている状態の患者が該当する。

©ASK/LINKUP

191

在医総管及び施医総管を届出している保険医療機関のうち、当該医療機関の直近3月の訪問診療の算定回数等が2,100回を超える保険医療機関(看取りの件数等に係る一定の基準を満たす場合を除く。)について、単一建物診療患者の数が10人以上である患者に対する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評価を見直す

在宅時医学総合管理料 2024年改定後の変化		3ヶ月で2100回以内		3ヶ月で2100回超10人以上は6割算定		在宅時医学総合管理料の算定回数が当該医療機関及び特別の関係にある医療機関の合計回数		3ヶ月で2100回以内		3ヶ月で2100回超10人以上は6割算定		合計回数要件なし																																																																
強化型 在宅時 在支所	項目	改定前	改定後	差	改定前	改定後	項目	改定前	改定後	差	改定前	改定後	差	改定前	改定後	差																																																												
																	強化型 在宅時 在支所	病状あり	2月2回以上 (厚生労働大臣が定めるもの)	単一建物1人 単一建物2~9人 単一建物10~19人 単一建物20~49人 単一建物50人以上	5,400 4,500 2,880	5,385 4,485 2,865 2,400 2,110	-15 -15 -15 -480 -770	2月2回以上	単一建物1人 単一建物2~9人 単一建物10~19人 単一建物20~49人 単一建物50人以上	4,500 2,400 1,200	4,485 2,385 1,185 1,065 905	-15 -15 -15 -135 -295	2月2回以上 (うち1回は情報通信機器)	単一建物1人 単一建物2~9人 単一建物10~19人 単一建物20~49人 単一建物50人以上	3,029 1,685 865 780 660	3,014 1,670 865 780 -220	-15 -15 -15 -100 -484	2月2回以上 (うち1回は情報通信機器)	単一建物1人 単一建物2~9人 単一建物10~19人 単一建物20~49人 単一建物50人以上	2,760 1,500 780	2,745 1,485 670 575	-15 -15 -110 -205	2月2回以上 (うち1回は情報通信機器)	単一建物1人 単一建物2~9人 単一建物10~19人 単一建物20~49人 単一建物50人以上	1,515 843 425 373 317	1,500 828 -15 -67 -123	-15 -15 -185 -217 -250	2月2回以上 (厚生労働大臣が定めるもの)	単一建物1人 単一建物2~9人 単一建物10~19人 単一建物20~49人 単一建物50人以上	5,000 4,140 2,625 2,640	4,985 4,125 2,625 2,205	-15 -15 -15 -435	2月2回以上	単一建物1人 単一建物2~9人 単一建物10~19人 単一建物20~49人 単一建物50人以上	4,100 2,200 1,100	4,085 2,185 1,085 970 825	-15 -15 -15 -130 -275	2月2回以上 (うち1回は情報通信機器)	単一建物1人 単一建物2~9人 単一建物10~19人 単一建物20~49人 単一建物50人以上	2,780 1,565 820	2,774 1,550 720 611	-6 -15 -100 -209	2月2回以上 (うち1回は情報通信機器)	単一建物1人 単一建物2~9人 単一建物10~19人 単一建物20~49人 単一建物50人以上	2,520 1,380 720	2,505 1,365 705 615 525	-15 -15 -15 -105 -195	2月2回以上 (うち1回は情報通信機器)	単一建物1人 単一建物2~9人 単一建物10~19人 単一建物20~49人 単一建物50人以上	1,395 783 395 344	1,380 768 -15 -66	-15 -15 -173 -204	2月2回以上 (厚生労働大臣が定めるもの)	単一建物1人 単一建物2~9人 単一建物10~19人 単一建物20~49人 単一建物50人以上	3,450 2,835 1,800	3,435 2,820 1,785 1,500	-15 -15 -15 -300	2月2回以上	単一建物1人 単一建物2~9人 単一建物10~19人 単一建物20~49人 単一建物50人以上	3,450 2,735 1,475

©ASK/©LINKUP

192



在医総管及び施医総管を届出している保険医療機関のうち、当該医療機関の直近3月の訪問診療の算定回数等が2,100回を超える保険医療機関(看取りの件数等に係る一定の基準を満たす場合を除く。)について、単一建物診療患者の数が10人以上である患者に対する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評価を見直す

在宅時医学総合管理料 2024年改定後の変化

※前ページスライドを一部拡大

在宅時医学総合管理料の算定回数が当該医療機関及び特別の関係にある医療機関の合計回数				3ヶ月で2100回以内			3ヶ月で2100回超 10人以上は6割算定	
強化型 在宅支診 在宅病	病床あり	項目	改定前	改定後	差	改定後	差	
								改定前
	月2回以上 (厚生労働大臣が定めるもの)	単一建物1人	5,400	5,385	-15	5,385	-15	
		単一建物2~9人	4,500	4,485	-15	4,485	-15	
		単一建物10~19人	2,880	2,865	-15	1,719	-1,161	
		単一建物20~49人		2,400	-480	1,440	-1,440	
		単一建物50人以上		2,110	-770	1,266	-1,614	
	月2回以上	単一建物1人	4,500	4,485	-15	4,485	-15	
		単一建物2~9人	2,400	2,385	-15	2,385	-15	
		単一建物10~19人	1,200	1,185	-15	711	-489	
		単一建物20~49人		1,065	-135	639	-561	
		単一建物50人以上		905	-295	543	-657	
	月2回以上 (うち1回は情報通信機器)	単一建物1人	3,029	3,014	-15	3,014	-15	
		単一建物2~9人	1,685	1,670	-15	1,670	-15	
		単一建物10~19人	880	865	-15	519	-361	
		単一建物20~49人		780	-100	468	-412	
		単一建物50人以上		660	-220	396	-484	
	月1回	単一建物1人	2,760	2,745	-15	2,745	-15	
		単一建物2~9人	1,500	1,485	-15	1,485	-15	
		単一建物10~19人	780	765	-15	459	-321	
		単一建物20~49人		670	-110	402	-378	
		単一建物50人以上		575	-205	345	-435	
月1回 (2月に1回は情報通信機器)	単一建物1人	1,515	1,500	-15	1,500	-15		
	単一建物2~9人	843	828	-15	828	-15		
	単一建物10~19人	440	425	-15	255	-185		
	単一建物20~49人		373	-67	223	-217		
	単一建物50人以上		317	-123	190	-250		

©ASK/©LINKUP

193

在医総管及び施医総管を届出している保険医療機関のうち、当該医療機関の直近3月の訪問診療の算定回数等が2,100回を超える保険医療機関(看取りの件数等に係る一定の基準を満たす場合を除く。)について、単一建物診療患者の数が10人以上である患者に対する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評価を見直す

施設入居時等医学総合管理料 2024年改定後の変化

施設入居時等医学総合管理料の算定回数が当該医療機関及び特別の関係にある医療機関の合計回数				3ヶ月で2100回以内			3ヶ月で2100回超 10人以上は6割算定		合計回数要件なし										
強化型 在宅支診 在宅病	病床あり	項目	改定前	改定後	差	改定後	差	改定前	改定後	差	改定前	改定後	差						
														改定前	改定後	差			
	月2回以上 (厚生労働大臣が定めるもの)	単一建物1人	3,900	3,885	-15	3,885	-15	在宅緩和ケア充実診療 所・病院加算	単一建物1人	300	300	0	在宅療養実績加算1	単一建物1人	225	225	0		
		単一建物2~9人	3,240	3,225	-15	3,225	-15		単一建物2~9人	150	150	0		単一建物2~9人	110	110	0		
		単一建物10~19人	2,880	2,865	-15	1,719	-1,161		単一建物10~19人	75	75	0		単一建物10~19人	56	47	-9		
		単一建物20~49人		2,400	-480	1,440	-1,440		単一建物20~49人	75	63	-12		単一建物20~49人	42	42	-14		
		単一建物50人以上		2,110	-770	1,266	-1,614		単一建物50人以上	56	56	-19		単一建物50人以上	150	150	0		
	月2回以上	単一建物1人	3,200	3,185	-15	3,185	-15	在宅支診 在宅病	単一建物1人	2,600	2,585	-15	2,585	-15	在宅療養実績加算2	単一建物1人	150	150	0
		単一建物2~9人	1,700	1,685	-15	1,685	-15		単一建物2~9人	1,400	1,385	-15	1,385	-15		単一建物2~9人	75	75	0
		単一建物10~19人	1,200	1,185	-15	711	-489		単一建物10~19人	985	-15	591	-409	単一建物10~19人		56	56	0	
		単一建物20~49人		1,065	-135	639	-561		単一建物20~49人	1,000	875	-125	525	-475		単一建物20~49人	42	42	-14
		単一建物50人以上		905	-295	543	-657		単一建物50人以上	745	-255	447	-553	単一建物50人以上		150	150	0	
	月2回以上 (うち1回は情報通信機器)	単一建物1人	2,249	2,234	-15	2,234	-15	在宅支診 在宅病	単一建物1人	1,900	1,894	-6	1,894	-6	在宅療養実績加算2	単一建物1人	150	150	0
		単一建物2~9人	1,265	1,250	-15	1,250	-15		単一建物2~9人	1,105	1,090	-15	1,090	-15		単一建物2~9人	75	75	0
		単一建物10~19人	880	865	-15	519	-361		単一建物10~19人	765	-15	459	-321	単一建物10~19人		40	40	0	
		単一建物20~49人		780	-100	468	-412		単一建物20~49人	780	679	-101	407	-373		単一建物20~49人	40	33	-7
		単一建物50人以上		660	-220	396	-484		単一建物50人以上	578	-202	346	-434	単一建物50人以上		30	30	-10	
	月1回	単一建物1人	1,980	1,965	-15	1,965	-15	在宅支診 在宅病	単一建物1人	1,640	1,625	-15	1,625	-15	在宅療養実績加算2	単一建物1人	150	150	0
		単一建物2~9人	1,080	1,065	-15	1,065	-15		単一建物2~9人	920	905	-15	905	-15		単一建物2~9人	75	75	0
		単一建物10~19人	780	765	-15	459	-321		単一建物10~19人	680	570	-110	342	-338		単一建物10~19人	40	40	0
		単一建物20~49人		670	-110	402	-378		単一建物20~49人	490	-190	294	-386	単一建物20~49人		30	30	-10	
		単一建物50人以上		575	-205	345	-435		単一建物50人以上	955	940	-15	940	-15		単一建物50人以上	150	150	0
月1回 (2月に1回は情報通信機器)	単一建物1人	1,125	1,110	-15	1,110	-15	在宅支診 在宅病	単一建物1人	553	538	-15	538	-15	在宅療養実績加算2	単一建物1人	150	150	0	
	単一建物2~9人	633	618	-15	618	-15		単一建物2~9人	390	321	-69	192	-198		単一建物2~9人	40	40	0	
	単一建物10~19人	440	425	-15	255	-185		単一建物10~19人	275	-115	165	-225	単一建物10~19人		30	30	-10		
	単一建物20~49人		373	-67	223	-217		単一建物20~49人	321	-69	192	-198	単一建物20~49人		30	30	-10		
	単一建物50人以上		317	-123	190	-250		単一建物50人以上	275	-115	165	-225	単一建物50人以上		30	30	-10		
	月2回以上 (厚生労働大臣が定めるもの)	単一建物1人	3,600	3,585	-15	3,585	-15	その他	単一建物1人	2,450	2,435	-15	2,435	-15	在宅療養実績加算2	単一建物1人	150	150	0
		単一建物2~9人	2,970	2,955	-15	2,955	-15		単一建物2~9人	2,025	2,010	-15	2,010	-15		単一建物2~9人	110	110	0
		単一建物10~19人	2,640	2,625	-15	1,575	-1,065		単一建物10~19人	1,785	-15	1,071	-729	単一建物10~19人		56	56	0	
		単一建物20~49人		2,205	-435	1,323	-1,317		単一建物20~49人	1,800	1,500	-300	900	-900		単一建物20~49人	42	42	-14
		単一建物50人以上		1,935	-705	1,161	-1,479		単一建物50人以上	1,315	-485	789	-1,011	単一建物50人以上		150	150	0	
	月2回以上	単一建物1人	2,900	2,885	-15	2,885	-15	在宅支診 在宅病	単一建物1人	1,950	1,935	-15	1,935	-15	在宅療養実績加算2	単一建物1人	150	150	0
		単一建物2~9人	1,550	1,535	-15	1,535	-15		単一建物2~9人	1,025	1,010	-15	1,010	-15		単一建物2~9人	75	75	0
		単一建物10~19人	1,100	1,085	-15	651	-449		単一建物10~19人	750	735	-15	441	-309		単一建物10~19人	40	40	0
		単一建物20~49人		970	-130	582	-518		単一建物20~49人	655	-95	393	-357	単一建物20~49人		30	30	-10	
		単一建物50人以上		825	-275	495	-605		単一建物50人以上	555	-195	333	-417	単一建物50人以上		150	150	0	
	月2回以上 (うち1回は情報通信機器)	単一建物1人	2,069	2,054	-15	2,054	-15	在宅支診 在宅病	単一建物1人	1,549	1,534	-15	1,534	-15	在宅療養実績加算2	単一建物1人	150	150	0
		単一建物2~9人	1,175	1,160	-15	1,160	-15		単一建物2~9人	910	895	-15	895	-15		単一建物2~9人	75	75	0
		単一建物10~19人	820	805	-15	483	-337		単一建物10~19人	645	-15	387	-273	単一建物10~19人		40	40	0	
		単一建物20~49人		720	-100	432	-388		単一建物20~49人	660	573	-87	343	-317		単一建物20~49人	30	30	-10
		単一建物50人以上		611	-209	366	-454		単一建物50人以上	487	-173	292	-368	単一建物50人以上		150	150	0	
	月1回	単一建物1人	1,800	1,785	-15	1,785	-15	在宅支診 在宅病	単一建物1人	1,280	1,265	-15	1,265	-15	在宅療養実績加算2	単一建物1人	150	150	0
		単一建物2~9人	990	975	-15	975	-15		単一建物2~9人	725	710	-15	710	-15		単一建物2~9人	75	75	0
		単一建物10~19人	720	705	-15	423	-297		単一建物10~19人	560	545	-15	327	-233		単一建物10~19人	40	40	0
		単一建物20~49人		615	-105	369	-351		単一建物20~49人	455	-105	273	-287	単一建物20~49人		30	30	-10	
		単一建物50人以上		525	-195	315	-405		単一建物50人以上	395	-165	237	-323	単一建物50人以上		150	150	0	
月1回 (2月に1回は情報通信機器)	単一建物1人	1,035	1,020	-15	1,020	-15	在宅支診 在宅病	単一建物1人	775	760	-15	760	-15	在宅療養実績加算2	単一建物1人	150	150	0	
	単一建物2~9人	588	573	-15	573	-15		単一建物2~9人	455	440	-15	440	-15		単一建物2~9人	75	75	0	
	単一建物10~19人	410	395	-15	237	-173		単一建物10~19人	330	315	-15	189	-141		単一建物10~19人	40	40	0	
	単一建物20~49人		344	-66	206	-204		単一建物20~49人	264	-66	158	-172	単一建物20~49人		30	30	-10		
	単一建物50人以上		292	-118	175	-235		単一建物50人以上	225	-105	135	-195	単一建物50人以上		150	150	0		

©ASK/©LINKUP

194

在医総管及び施医総管を届出している保険医療機関のうち、当該医療機関の直近3月の訪問診療の算定回数等が2,100回を超える保険医療機関(看取りの件数等に係る一定の基準を満たす場合を除く。)について、単一建物診療患者の数が10人以上である患者に対する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評価を見直す

施設入居時等医学総合管理料 2024年改定後の変化

※前ページスライドを一部拡大

施設入居時等医学総合管理料の算定回数が当該医療機関及び特別の関係にある医療機関の合計回数				3ヶ月で2100回以内			3ヶ月で2100回超 10人以上は6割算定	
強化型 在宅支 診	病床あり	項目	改定前	改定後	差	改定後	差	
								改定前
	月2回以上 (厚生労働大臣が定めるもの)	単一建物1人	3,900	3,885	-15	3,885	-15	
		単一建物2~9人	3,240	3,225	-15	3,225	-15	
		単一建物10~19人	2,880	2,865	-15	1,719	-1,161	
		単一建物20~49人		2,400	-480	1,440	-1,440	
		単一建物50人以上		2,110	-770	1,266	-1,614	
		月2回以上	単一建物1人	3,200	3,185	-15	3,185	-15
			単一建物2~9人	1,700	1,685	-15	1,685	-15
			単一建物10~19人	1,200	1,185	-15	711	-489
			単一建物20~49人		1,065	-135	639	-561
			単一建物50人以上		905	-295	543	-657
	月2回以上 (うち1回は情報通信機器)	単一建物1人	2,249	2,234	-15	2,234	-15	
		単一建物2~9人	1,265	1,250	-15	1,250	-15	
		単一建物10~19人	880	865	-15	519	-361	
		単一建物20~49人		780	-100	468	-412	
		単一建物50人以上		660	-220	396	-484	
	月1回	単一建物1人	1,980	1,965	-15	1,965	-15	
		単一建物2~9人	1,080	1,065	-15	1,065	-15	
		単一建物10~19人	780	765	-15	459	-321	
		単一建物20~49人		670	-110	402	-378	
		単一建物50人以上		575	-205	345	-435	
	月1回 (2月に1回は情報通信機器)	単一建物1人	1,125	1,110	-15	1,110	-15	
		単一建物2~9人	633	618	-15	618	-15	
		単一建物10~19人	440	425	-15	255	-185	
		単一建物20~49人		373	-67	223	-217	
単一建物50人以上		317		-123	190	-250		

©ASK/©LINKUP

195

令和6年度診療報酬改定 II-8 質の高い在宅医療・訪問看護の確保-⑩

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

【在宅療養支援診療所】

【施設基準】

(新設)

【在宅療養支援病院】

【施設基準】

(新設)

改定後

【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】

・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。

## (参考) 在支診・在支病の施設基準

	機能強化型在支診・在支病				在支診在支病	(参考) 在宅療養後方支病病院
	単独型		連携型			
	診療所	病院	診療所	病院		
全ての在支診・在支病の基準	① 24時間連絡を受けられる体制の確保      ② 24時間の往診体制      ③ 24時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制      ⑤ 連携する医療機関等への情報提供      ⑥ 年に1回、看取り数等を報告している ⑦ 適切な意思決定支援に係る指針の作成      ⑧ 訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備 ⑨ 介護保健施設から求められた場合、協力医療機関として定められることが望ましい					
全ての在支病の基準	「在宅療養支援病院」の施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。 (1) 許可病床200床未満*であること又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないこと (2) 往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること ※ 医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては280床未満				○ 許可病床数200床以上 ○ 在宅医療を提供する医療機関と連携し、24時間連絡を受けられる体制を確保 ○ 連携医療機関の求めに応じて入院希望患者の診療が24時間可能な体制を確保(病床の確保を含む) ※ やむを得ず当該病院に入院させることができなかった場合は、対応可能な病院を探し紹介すること ○ 連携医療機関との間で、3月に1回以上、患者の診療情報の交換を行い、入院希望患者の一覧表を作成	
機能強化型在支診・在支病の基準	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 3人以上		⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 連携内で3人以上			
	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 10件以上		⑧ 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績 10件以上各医療機関で4件以上 ・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上 ・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ている			
	⑨ 過去1年間の看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績 いずれか4件以上		⑨ 過去1年間の緊急往診の実績 連携内で10件以上 各医療機関で4件以上			
	⑩ 地域において24時間体制での在宅医療の提供に係る積極的役割を担うことが望ましい		⑩ 過去1年間の看取りの実績 連携内で4件以上 かつ、各医療機関において、看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績 いずれか2件以上			
⑪ 各年5月から7月までの訪問診療の回数が一定回数を超える場合においては、次年の1月から在宅データ提出加算に係る届出を行っていること。						

226

©ASK/©LINKUP 2024.03.05厚労省説明会資料 07 質の高い訪問診療・訪問看護の確保

197

## (参考) 在宅データ提出加算について

〈共通項目〉

〈在宅データ提出加算特有の項目〉

### 在宅データ提出加算 50点(月1回)

**【算定要件】**

- 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、外来データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。

**【施設基準】**

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

大項目	項目名	大項目	項目名	大項目	項目名				
属性	生年月日	療養情報	在宅療養を始めた年月	患者の状態	患者の状態				
	性別		療養を行っている場所		バーセルインデックス				
	患者住所地域の郵便番号	訪問診療の状況	訪問診療日	訪問診療を行う医療機関	排泄の状況	排泄の状況			
身長・体重	身長	訪問看護の状況	訪問看護日	排洩	プリストルスケール				
	体重		自院での実施の有無		排尿の状況	排尿の状況			
喫煙歴	喫煙区分	訪問の主傷病	ICD10コード	褥瘡	褥瘡の状態				
	1日の喫煙本数		傷病名コード			低栄養	低栄養の有無		
	喫煙年数		修飾語コード					摂食・嚥下障害の有無	
介護情報	高齢者情報	救急受診の状況	傷病名	低栄養	経管・経静脈栄養の状況				
	要介護度		救急受診日			受診先			
診断情報/傷病	自院管理の有無	入院の状況	受診経路	がんの傷病	自院診断の有無				
	ICD10コード		転帰			がんの傷病	ICD10コード		
	傷病名コード		入院年月日					がんの傷病	傷病名コード
	修飾語コード		退院年月日						
傷病名	受診先	がんの傷病	傷病名						
入院の状況	入院の有無			短期入所の状況	ICD10コード	がんのStaging分類	ステージ分類		
	ICD10コード				入所年月日			がんのStaging分類	UICC 病期分類(T)
	傷病名コード				退所年月日				
	修飾語コード	短期入所利用サービス	がんのStaging分類		UICC 病期分類(M)				
傷病名	主病名	がんのStaging分類		UICC 病期分類(版)					
終診情報	当月中の終診情報					往診の状況	往診日	がんのNRS	NRS
	終診年月日						主たる訪問診療を行う医療機関		
	ICD10コード		ICD10コード		がんのNRS		NRS		
	傷病名コード	傷病名コード	がんのNRS	NRS					
修飾語コード	修飾語コード	がんのNRS				NRS			
傷病名	傷病名							がんのNRS	NRS

出典：2023年度「外来医療、在宅医療、リハビリテーション医療の影響評価に係る調査」実施説明資料を元に作成

227

©ASK/©LINKUP 2024.03.05厚労省説明会資料 07 質の高い訪問診療・訪問看護の確保

198

# 患者の状態に応じた適切な在宅医療の提供の推進①

## 在宅患者訪問診療料の見直し

- 在支診・在支病における在宅患者訪問診療料の算定について、**患者1人当たりの直近3月の訪問診療の回数が12回以上**の場合、同一患者につき同一月において訪問診療を5回以上実施した場合、**5回目以降の訪問診療については、所定点数の100分の50に相当する点数により算定**する。

- [訪問診療の回数の計算対象とならない患者]
- ・別表第七に掲げる別に厚生労働大臣の定める患者。
  - ・対象期間中に死亡した者。
  - ・末期心不全の患者、呼吸器疾患の終末期患者。
  - ・対象期間中に訪問診療を新たに開始した患者又は終了した患者。

## 頻回訪問加算の見直し

- 頻回訪問加算について、当該加算を算定してからの期間に応じた評価に見直す。

現行		改定後	
頻回訪問加算	600点/月	頻回訪問加算 <u>(初回)</u> <u>(2回目以降)</u>	<b>800点/月</b> <b>300点/月</b>

[算定要件]  
以下の状態・疾患の患者に対して、月4回以上の訪問診療を実施した場合に月一回に限り算定する

- [対象患者] **①または②に該当する患者**
- ①末期の悪性腫瘍の患者
  - ②以下のうち、2つの状態に該当する患者  
(「ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態」及び「人工肛門又は人工膀胱を設置している状態」のみの組み合わせは除く)
- 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅悪性腫瘍等患者指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理、在宅肺高血圧症患者指導管理又は在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者、ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態、人工肛門又は人工膀胱を設置している状態

228

©ASK/©LINKUP 2024.03.05厚労省説明会資料 07 質の高い訪問診療・訪問看護の確保

199

## 2024年診療報酬改定・Q&A

2024年3月28日 「疑義解釈(その1)」より

### 【在宅患者訪問診療料】

<b>Q170</b>	「C001」在宅患者訪問診療料（I）の注12に規定する別に厚生労働大臣が定める基準に掲げる「末期心不全の患者」及び「呼吸器疾患の終末期の患者」について、具体的にどのような患者のことをいうか。
<b>A170</b>	それぞれ以下のとおり。 ○末期心不全の患者は、以下の①及び②の基準並びに③又は④のいずれかの基準に該当するもの ①心不全に対して適切な治療が実施されていること。 ②器質的な心機能障害により、適切な治療にかかわらず、慢性的にNYHA重症度分類Ⅳ度の症状に該当し、頻回又は持続的に点滴薬物療法を必要とする状態であること。 ③左室駆出率が20%以下であること。 ④医学的に終末期であると判断される状態であること。 ○呼吸器疾患の終末期の患者は、以下の①、②及び③のすべての基準に該当するもの ①呼吸器疾患に対して適切な治療が実施されていること。 ②在宅酸素療法やNPPV（非侵襲的陽圧換気）を継続的に実施していること。 ③過去半年以内に10%以上の体重減少を認めること。
<b>Q171</b>	在宅患者訪問診療料（I）の注12において、直近3月の訪問診療を行っている患者（一部の患者を除く。）1人あたりの平均の訪問診療回数（以下「平均訪問診療回数」という。）が一定以上の場合の取扱いが示されているが、当該実績の計算はどのように行えばよいか。また、平均訪問診療回数が一定以上であった場合の取扱い如何。
<b>A171</b>	訪問診療の実績については、各月の1日時点の直近3ヶ月の訪問診療の算定回数を算出し、確認出来る様に記録しておくこと。また、平均訪問診療回数が一定以上であることを確認した場合は、同一患者について当該月の4回目までの訪問診療については100分の100の点数を算定するが、5回目以降の訪問診療については、当該月の間は100分の50に相当する点数により算定する。

## 患者の状態に応じた適切な在宅医療の提供の推進②

### 包括的支援加算の見直し

- 在宅医療を行っている患者の状態に応じた評価を更に推進する観点から、包括的支援加算について、要介護度と認知症高齢者の日常生活自立度に関する対象患者の範囲を要介護度三以上と認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢ以上に見直す（障害者支援区分についての変更は無い）とともに、包括的支援加算の対象患者に新たに「麻薬の投薬を受けている状態」を追加する。

#### ・ 包括的支援加算(在医総管・施設総管)

150点（月1回）

#### 現行

##### [対象患者]

以下のいずれかに該当する患者

- (1) 要介護2以上に相当する患者
- (2) 認知症高齢者の日常生活自立度でランクⅡb以上の患者
- (3) 月4回以上の訪問看護を受ける患者
- (4) 訪問診療時又は訪問看護時に、注射や処置を行っている患者
- (5) 特定施設等の入居者の場合には、医師の指示を受けて、看護師が痰の吸引や経管栄養の管理等の処置を行っている患者（新設）
- (6) 医師の指導管理のもと、家族等が処置を行っている患者等、関係機関等との連携のために特に重点的な支援が必要な患者



#### 改定後

##### [対象患者]

以下のいずれかに該当する患者

- (1) 要介護3以上に相当する患者
- (2) 認知症高齢者の日常生活自立度でランクⅢ以上の患者
- (3) 月4回以上の訪問看護を受ける患者
- (4) 訪問診療時又は訪問看護時に、注射や処置を行っている患者
- (5) 特定施設等の入居者の場合には、医師の指示を受けて、看護師が痰の吸引や経管栄養の管理等の処置を行っている患者
- (6) 麻薬の投薬を受けている患者**
- (7) 医師の指導管理のもと、家族等が処置を行っている患者等、関係機関等との連携のために特に重点的な支援が必要な患者

# 医療DX

## 医療DXの推進①

### 医療情報・システム基盤整備体制充実加算の見直し

- 保険医療機関・薬局におけるオンライン資格確認等システムの導入が原則義務化され、オンライン資格確認に係る体制が整備されていることを踏まえ、医療情報・システム基盤整備体制充実加算の評価の在り方を見直す。

現行	改定後
<p>【医療情報・システム基盤整備体制充実加算】</p> <p>初診時</p> <p>医療情報・システム基盤整備体制充実加算 1 4点</p> <p>医療情報・システム基盤整備体制充実加算 2 2点</p>	<p>【医療情報取得加算】</p> <p>初診時</p> <p>医療情報取得加算 1 3点</p> <p>医療情報取得加算 2 1点</p> <p>再診時 (3月に1回に限り算定)</p> <p>医療情報取得加算 3 2点</p> <p>医療情報取得加算 4 1点</p>
<p>【施設基準】</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っていること。</li> <li>オンライン資格確認を行う体制を有していること。</li> <li>次に掲げる事項について、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること。                     <ul style="list-style-type: none"> <li>ア オンライン資格確認を行う体制を有していること。</li> <li>イ 当該保険医療機関を受診した患者に対し、受診歴、薬剤情報、特定健診情報その他必要な診療情報を取得・活用して診療を行うこと。</li> </ul> </li> </ol>	<p>【施設基準】</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っていること。</li> <li>オンライン資格確認を行う体制を有していること。</li> <li>次に掲げる事項について、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。                     <ul style="list-style-type: none"> <li>ア オンライン資格確認を行う体制を有していること。</li> <li>イ 当該保険医療機関を受診した患者に対し、受診歴、薬剤情報、特定健診情報その他必要な診療情報を取得・活用して診療を行うこと。</li> </ul> </li> </ol>

以下の場合を新たに評価

- ・ 電子資格確認（オンライン資格確認）により当該患者に係る診療情報を取得等した場合
- ・ 他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合

## 2024年診療報酬改定・Q&A

2024年3月28日 「疑義解釈（その1）」より

【医療情報取得加算】	
Q8	「A000」初診料の「注15」、「A001」再診料の注19及び「A002」外来診療料の注10に規定する医療情報取得加算（以下単に「医療情報取得加算」という。）について、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認（以下「オンライン資格確認」という。）により患者の診療情報等の取得を試みた結果、患者の診療情報等が存在していなかった場合の算定について、どのように考えればよいか。
A8	医療情報取得加算2又は医療情報取得加算4を算定する。
Q9	医療情報取得加算について、患者が診療情報等の取得に一部でも同意しなかった場合の算定について、どのように考えればよいか。また、マイナ保険証が破損等により利用できない場合や患者の個人番号カードの利用者証明用電子証明書が失効している場合の算定は、どのようにすればよいか
A9	いずれの場合も、医療情報取得加算1又は医療情報取得加算3を算定する。
Q10	医療情報取得加算について、情報通信機器を用いた診療を行う場合であっても算定できるのか。
A10	<p>居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムを活用することで、当該加算を算定できる。</p> <p>なお、情報通信機器を用いた診療において、オンライン資格確認を行うに際しては、事前準備として、次の点について留意すること。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●あらかじめ、保険医療機関又は保険薬局において、オンライン資格確認等システムにおいて「マイナ在宅受付 Web」の URL 又は二次元コードを生成・取得すること等が必要であること。</li> <li>●患者において、自らのモバイル端末等を用いて二次元コード等から「マイナ在宅受付 Web」へアクセスし、マイナンバーカードによる本人確認を行うことで、オンライン資格確認が可能となり、薬剤情報等の提供について、同意を登録すること可能となること。</li> </ul> <p>（参考）「訪問診療等におけるオンライン資格確認の仕組み（居宅同意取得型）の実施上の留意事項について」（令和6年3月21日保連発 0321第1号・保医発 0321第9号） <a href="https://iryohokenjyoho.service-now.com/csm?id=kb_article_view&amp;sysparm_article=KB0010235">https://iryohokenjyoho.service-now.com/csm?id=kb_article_view&amp;sysparm_article=KB0010235</a></p>

【医療情報取得加算】	
Q11	「A000」初診料の注 15 に規定する医療情報取得加算 1 又は 2 について、別紙様式 54 を参考とした初診時間診票は、「A000」初診料を算定する初診において用いることでよいか。
A11	よい。その他小児科外来診療料、外来リハビリテーション診療料、外来放射線照射診療料、小児かかりつけ診療料及び外来腫瘍化学療法診療料を算定する診療においても、医療情報取得加算 1 又は 2 を算定するときには、別紙様式 54 を参考とした初診時間診票を用いること。
Q12	医療情報取得加算 1 又は 2 について、初診時間診票の項目について別紙様式 54 を参考とするとあるが、当該様式と同一の表現であることが必要か。また、当該様式にない項目を問診票に追加してもよいか。
A12	別紙様式 54 は初診時の標準的な問診票（紙・タブレット等媒体を問わない。以下「問診票」という。）の項目等を定めたものであり、必ずしも当該様式と同一の表現であることを要さず、同様の内容が問診票に含まれていればよい。また、必要に応じて、当該様式にない項目を問診票に追加することも差し支えない。なお、患者情報の取得の効率化の観点から、オンライン資格確認により情報を取得等した場合、当該方法で取得可能な情報については問診票の記載・入力を求めない等の配慮を行うこと。
Q13	医療情報取得加算 1 又は 2 について、初診時間診票の項目について別紙様式 54 を参考とするとあるが、令和 6 年 6 月 1 日より新たな問診票を作成し使用する必要があるか。
A13	必ずしも新たな問診票を作成することは要しないが、別紙様式 54 に示された問診票の項目等が、医療機関において既に使用している問診票に不足している場合は、不足している内容について別紙として作成し、既に使用している問診票とあわせて使用すること。

©ASK/LINKUP

205

【医療情報取得加算】	
Q14	「A001」再診料の注 19 及び「A002」外来診療料の注 10 に規定する医療情報取得加算 3 及び 4 について、「算定に当たっては、他院における処方を含めた薬剤情報や必要に応じて健診情報等を問診等により確認する。」とあるが、再診時にすべての項目について問診を必ず行う必要があるのか。
A14	オンライン資格確認により情報が得られた項目については、省略して差し支えない。
【医療DX推進体制整備加算】	
Q15	「A000」初診料の注 16 に規定する医療DX推進体制整備加算（以下「医療DX推進体制整備加算」という。）の施設基準において、「オンライン資格確認等システムの活用により、患者の薬剤情報、特定健診情報等（以下この項において「診療情報等」という。）を診療を行う診察室、手術室又は処置室等（以下「診察室等」という。）において、医師等が閲覧又は活用できる体制を有していること。」とあるが、具体的にどのような体制を有していればよいか。
A15	オンライン資格確認等システムを通じて取得された診療情報等について、電子カルテシステム等により医師等が閲覧又は活用できる体制あるいはその他の方法により診察室等において医師等が診療情報等を閲覧又は活用できる体制を有している必要があり、単にオンライン資格確認等システムにより診療情報等を取得できる体制のみを有している場合は該当しない。

©ASK/LINKUP

206

## 医療DXの推進②

### 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)	医療DX推進体制整備加算 (歯科点数表初診料)	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。

39

## 2024年診療報酬改定・Q&A

2024年3月28日 「疑義解釈 (その1)」より

医療DX推進体制整備加算	
Q16	医療DX推進体制整備加算の施設基準において、「電子処方箋管理サービスの運用について」(令和4年10月28日付け薬生発1028第1号医政発1028第1号保発1028第1号厚生労働省医薬・生活衛生局長・医政局長・保険局長通知。)に基づく電子処方箋により処方箋を発行できる体制を有していること。」とされているが、電子処方箋の機能が拡張された場合について、どのように考えればよいか。
A16	現時点では、令和5年1月26日に稼働した基本機能(電子処方箋の発行・応需(処方・調剤情報の登録を含む。)、処方・調剤情報の閲覧、重複投与・併用禁忌のチェック)に対応した電子処方箋を発行できる体制を有していればよい。
Q17	医療DX推進体制整備加算の施設基準において、「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・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に掲示していること。」とされており、アからウまでの事項が示されているが、アからウまでの事項は別々に掲示する必要があるか。また、掲示内容について、参考にするものはあるか。
A17	まとめて掲示しても差し支えない。また、掲示内容については、以下のURLに示す様式を参考にされたい。 ◎オンライン資格確認に関する周知素材について   周知素材について(これらのポスターは医療DX推進体制整備加算の掲示に関する施設基準を満たします。) <a href="https://www.mhlw.go.jp/stf/index_16745.html">https://www.mhlw.go.jp/stf/index_16745.html</a>



医療DX推進体制整備加算	
Q18	医療DX推進体制整備加算の施設基準において、「マイナ保険証を促進する等、医療DXを通じて質の高い医療を提供できるよう取り組んでいる保険医療機関であること。」を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示することとしているが、「マイナ保険証を促進する等、医療DXを通じて質の高い医療を提供できるよう取り組んでいる」については、具体的にどのような取組を行い、また、どのような掲示を行えばよいか。
A18	保険医療機関において「マイナ保険証をお出ください」等、マイナ保険証の提示を求める案内や掲示（問17に示す掲示の例を含む。）を行う必要があり、「保険証をお出ください」等、単に従来の保険証の提示のみを求める案内や掲示を行うことは該当しない。

©ASK/LINKUP

209

令和6年度診療報酬改定 II-1 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-③

## 医療DXの推進③

### 在宅医療DX情報活用加算の新設

- 居宅同意取得型のオンライン資格確認等システム、電子処方箋、電子カルテ情報共有サービスによるオンライン資格確認により、在宅医療における診療計画の作成において取得された患者の診療情報や薬剤情報を活用することで質の高い在宅医療を提供した場合について、新たな評価を行う。

<b>(新)</b>	<b>在宅医療DX情報活用加算</b>	<b>10点</b>
<b>(新)</b>	<b>在宅医療DX情報活用加算（歯科訪問診療料）</b>	<b>8点</b>
<b>(新)</b>	<b>訪問看護医療DX情報活用加算</b>	<b>5点</b>



【対象患者（医科医療機関）】

在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の1、在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の2、在宅患者訪問診療料（Ⅱ）及び在宅がん医療総合診療料を算定する患者

【算定要件（医科医療機関）】

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において健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認等により得られる情報を踏まえて計画的な医学管理の下に、訪問して診療を行った場合は、在宅医療DX情報活用加算として、月1回に限り所定点数に8点を加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注15、区分番号A001に掲げる再診料の注19若しくは区分番号A002に掲げる外来診療料の注10にそれぞれ規定する医療情報取得加算、区分番号A000に掲げる初診料の注16に規定する医療DX推進体制整備加算、区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料の注8に規定する在宅医療DX情報活用加算又は区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料の注17（区分番号C005-1-2の注6の規定により準用する場合を含む。）若しくは区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料の注17にそれぞれ規定する訪問看護医療DX情報活用加算を算定した月は、在宅医療DX情報活用加算は算定できない。

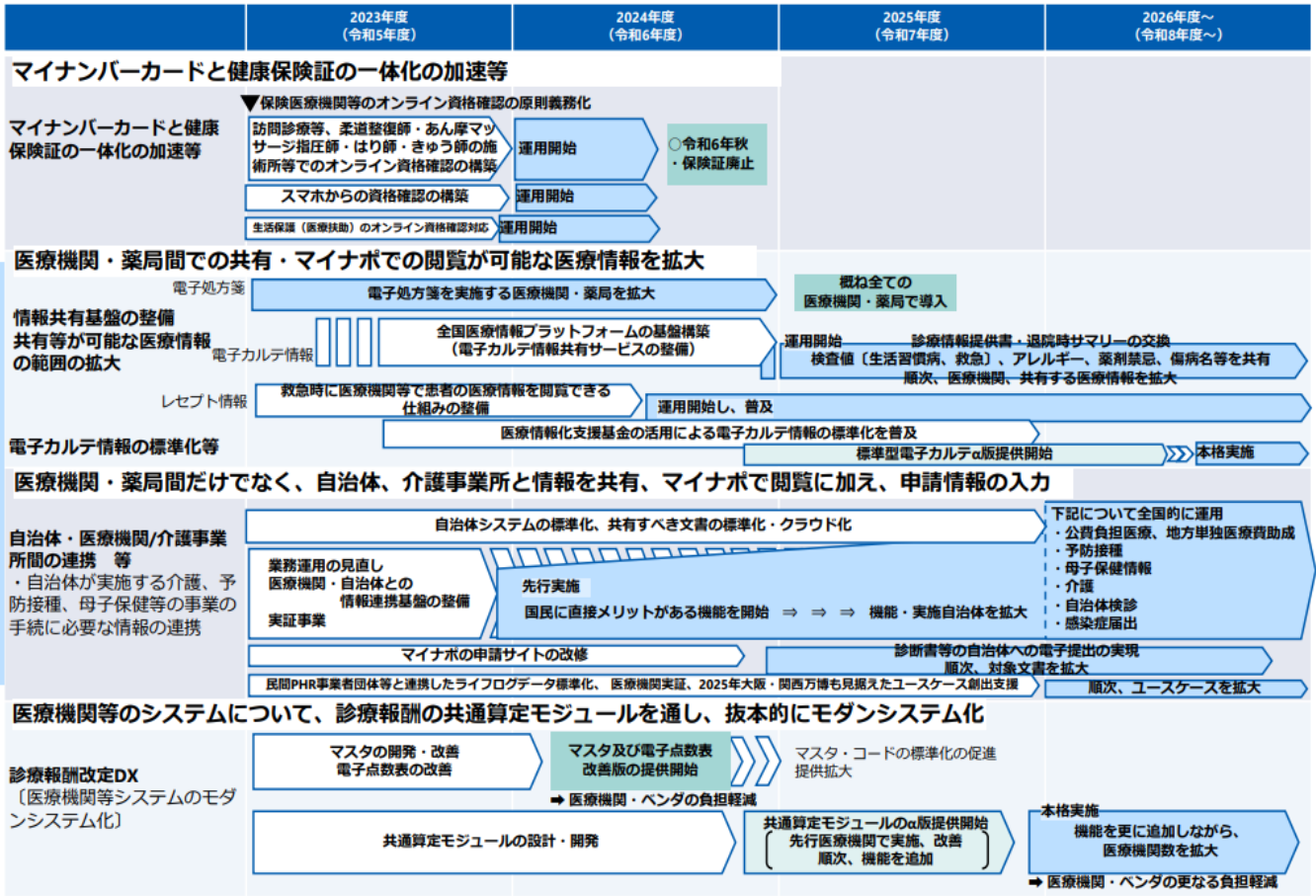
【施設基準（医科医療機関）】

- オンライン請求を行っていること。
- オンライン資格確認を行う体制を有していること。
- （医科）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）
- 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）
- （2）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に掲示していること。
- （5）の掲示事項について、原則としてウェブサイトに掲示していること。

40

# 医療DXの推進に関する工程表〔全体像〕

全国医療情報プラットフォームの構築



©ASK/©LINKUP

2023年12月1日開催「中医協」資料より

211

# 医療介護連携 高齢者施設との連携

# 1. (3) ⑱ 協力医療機関との連携体制の構築

<b>概要</b>	【介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院】
<p>○ 介護保険施設について、施設内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下でより適切な対応を行う体制を確保する観点から、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するために、以下の見直しを行う。【省令改正】</p> <p>ア 以下の要件を満たす協力医療機関（③については病院に限る。）を定めることを義務付ける（複数の医療機関を定めることにより要件を満たすこととしても差し支えないこととする。）。その際、義務付けにかかる期限を3年とし、併せて連携体制に係る実態把握を行うとともに必要な対応について検討する。</p> <p>① 入所者の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。</p> <p>② 診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。</p> <p>③ 入所者の病状の急変が生じた場合等において、当該施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。</p> <p>イ 1年に1回以上、協力医療機関との間で、入所者の病状の急変が生じた場合等の対応を確認するとともに、当該協力医療機関の名称等について、当該事業所の指定を行った自治体に提出しなければならないこととする。</p> <p>ウ 入所者が協力医療機関等に入院した後に、病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、速やかに再入所させることができるように努めることとする。</p>	

<b>概要</b>	【特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護★】
<p>○ 高齢者施設等内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下で適切な対応が行われるよう、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するために、以下の見直しを行う。【省令改正】</p> <p>ア 協力医療機関を定めるに当たっては、以下の要件を満たす協力医療機関を定めるように努めることとする。</p> <p>① 利用者の病状の急変が生じた場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。</p> <p>② 診療の求めがあった場合に、診療を行う体制を常時確保していること。</p> <p>イ 1年に1回以上、協力医療機関との間で、利用者の病状の急変が生じた場合等の対応を確認するとともに、当該協力医療機関の名称等について、当該事業所の指定を行った自治体に提出しなければならないこととする。</p> <p>ウ 利用者が協力医療機関等に入院した後に、病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、速やかに再入居させることができるように努めることとする。</p>	

# 1. (3) ⑳ 協力医療機関との定期的な会議の実施

<b>概要</b>	【特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院】
<p>○ 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、認知症対応型共同生活介護について、協力医療機関との実効性のある連携体制を構築するため、入所者または入居者（以下「入所者等」という。）の現病歴等の情報共有を行う会議を定期的開催することを評価する新たな加算を創設する。</p> <p>○ また、特定施設における医療機関連携加算について、定期的な会議において入居者の現病歴等の情報共有を行うよう見直しを行う。【告示改正】</p>	

<b>単位数</b>		
	【介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院】	
<現行> なし	<改定後> 協力医療機関連携加算 協力医療機関が(1)右記の①～③の要件を満たす場合 (2)それ以外の場合	100単位/月(令和6年度) 50単位/月(令和7年度～) (新設) 5単位/月 (新設)
	【特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護】	
<現行> 医療機関連携加算 80単位/月	<改定後> 協力医療機関連携加算 協力医療機関が(1)右記の①、②の要件を満たす場合 (2)それ以外の場合	100単位/月 (変更) 40単位/月 (変更)
	【認知症対応型共同生活介護】	
<現行> なし	<改定後> 協力医療機関連携加算 協力医療機関が(1)右記の①、②の要件を満たす場合 (2)それ以外の場合	100単位/月 (新設) 40単位/月 (新設)

(協力医療機関の要件)

① 入所者等の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。

② 高齢者施設等からの診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。

③ 入所者等の病状が急変した場合等において、入院を要すると認められた入所者等の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。

<b>算定要件等</b>	○ 協力医療機関との間で、入所者等の同意を得て、当該入所者等の病歴等の情報を共有する会議を定期的開催していること。 (新設)
--------------	--

各指定権者 各許可権者	設		
届出者	フリガナ 名 称	(郵便番号 — )	
	事務所・施設の所在地	(ビル名等)	
	連絡先 事業所番号	電話番号	FAX番号
	事業所・施設種別	<input type="checkbox"/> 1 (介護予防)特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 2 地域密着型特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 3 (介護予防)認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 4 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 5 地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 6 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 7 介護医療院 <input type="checkbox"/> 8 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 9 軽費老人ホーム	
	代表者の職・氏名	職名	氏名
	代表者の住所	(郵便番号 — )	
協力医療機関	①施設基準(※1)第1号(※2)の規定を満たす協力医療機関	医療機関名	医療機関コード
	入所者等が急変した場合等の対応の確認を行った日	令和 年 月 日	協力医療機関の担当者名
	②施設基準(※1)第2号(※3)の規定を満たす協力医療機関	医療機関名	医療機関コード
	入所者等が急変した場合等の対応の確認を行った日	令和 年 月 日	協力医療機関の担当者名
	(事業所・施設種別4~8のみ)③施設基準(※1)第3号(※4)の規定を満たす協力的病院	医療機関名	医療機関コード
上記以外の協力医療機関	医療機関名	医療機関コード	
	医療機関名	医療機関コード	
	医療機関名	医療機関コード	
	医療機関名	医療機関コード	
たす施設基準(※1)第1号(※2)の規定を満たす協力医療機関	過去1年間に協定を行った医療機関		
たす施設基準(※1)第2号(※3)の規定を満たす協力医療機関	協定をした医療機関との対応の取り決めが困難であった理由		
たす施設基準(※1)第3号(※4)の規定を満たす協力的病院	過去1年間に協定を行っていない場合)医療機関と協定を行わなかった理由		
届出後1年以内に協定を行う予定の医療機関	医療機関名(複数可)		
協定を行う予定の医療機関がない場合)	協定を行う予定時期		
協定を行う予定の医療機関がない場合)	令和 年 月		

【※5】 特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、軽費老人ホームは第1号及(※6)「3か月以内に地域の在宅療養支援病院等をリストアップし協議先を検討する」など具体的な計画を記載

(各サービス種別における協力医療機関に係る施設基準)

特定施設入居者生活介護：指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第127条第2項  
地域密着型特定施設入居者生活介護：指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第105条第2項  
認知症対応型共同生活介護：指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第152条第1項  
介護老人福祉施設：指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準第28条第1項  
地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護：指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第152条第1項  
介護老人保健施設：介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準第30条第1項  
介護医療院：介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準第34条第1項  
軽費老人ホーム：軽費老人ホームの設備及び運営に関する基準第37条第1項

©ASK/©LINKUP

2024年3月15日開催介護給付費分科会資料より

215

2024年3月15日「介護報酬Q&A vol. 1」より

【居住系サービス・施設系サービス】

協力医療機関について

Q124	連携することが想定される医療機関として、在宅療養支援病院や地域包括ケア病棟を持つ医療機関等が挙げられているが、当該基準の届出を行う医療機関をどのように把握すればよいか。
A124	<p>診療報酬における施設基準の届出受理状況については、地方厚生局のホームページに掲載されているので参考とされたい。  (地方厚生局ホームページ)</p> <p>以下のホームページの一覧のうち「受理番号」の欄に下記の受理番号がある医療機関が該当する医療機関となります。</p> <p>在宅療養支援病院：(支援病1)、(支援病2)、(支援病3)  在宅療養支援診療所：(支援診1)、(支援診2)、(支援診3)  在宅療養後方支援病院：(在後病)  地域包括ケア病棟入院料(地域包括ケア入院医療管理料)：(地包ケア1)、(地包ケア2)、(地包ケア3)、(地包ケア4)</p> <p>※地域包括ケア病棟については、相談対応や診療を行う医療機関として、特に200床未満(主に地包ケア1及び3)の医療機関が連携の対象として想定されます。</p> <p>※令和6年度診療報酬改定で新設される「地域包括医療病棟」は、地域の救急患者等を受け入れる病棟であり、高齢者施設等が平時から連携する対象としては想定されませんので、ご注意ください。</p> <p>■北海道厚生局  &lt;在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、在宅療養後方支援病院&gt;  <a href="https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/hokkaido/gyomu/gyomu/hokenkikan/todokede_juri_ichiran.html">https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/hokkaido/gyomu/gyomu/hokenkikan/todokede_juri_ichiran.html</a>  ※「保険医療機関(医科)」のファイルをご参照ください。  &lt;地域包括ケア病棟入院料(地域包括ケア入院医療管理料)&gt;  <a href="https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/hokkaido/gyomu/gyomu/hokenkikan/todokede_ko_mokubetsu.html">https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/hokkaido/gyomu/gyomu/hokenkikan/todokede_ko_mokubetsu.html</a>  ※「特定入院料(その2)」のファイルをご参照ください。</p>



## 【居住系サービス・施設系サービス】

## 協力医療機関について

A124	<p>■ 東北厚生局</p> <p><a href="https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/tohoku/gyomu/gyomu/hoken_kikan/documents/201805koushin.html">https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/tohoku/gyomu/gyomu/hoken_kikan/documents/201805koushin.html</a></p> <p>※在宅療養支援病院等：＜11＞のファイルをご参照ください。 地域包括ケア病棟入院料：＜9＞のファイルをご参照ください。</p>	
	<p>■ 関東信越厚生局</p> <p><a href="https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kantoshinetsu/chousa/kijyun.html">https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kantoshinetsu/chousa/kijyun.html</a></p> <p>※在宅療養支援病院等：施設基準届出状況（全体）の「医科」のファイルをご参照ください。 地域包括ケア病棟入院料：「届出項目6」のファイルをご参照ください。</p>	
	<p>■ 東海北陸厚生局</p> <p>＜在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、在宅療養後方支援病院＞</p> <p><a href="https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/tokaihokuriku/newpage_00349.html">https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/tokaihokuriku/newpage_00349.html</a></p> <p>※「届出受理医療機関名簿（医科）」のファイルをご参照ください。 ＜地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料）＞</p> <p><a href="https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/tokaihokuriku/newpage_00350.html">https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/tokaihokuriku/newpage_00350.html</a></p> <p>※「特定入院料（その2）」のファイルをご参照ください。</p>	
	<p>■ 近畿厚生局</p> <p><a href="https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kinki/gyomu/gyomu/hoken_kikan/shitei_jokyo_0004.html">https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kinki/gyomu/gyomu/hoken_kikan/shitei_jokyo_0004.html</a></p> <p>※在宅療養支援病院等：「施設基準の届出受理状況（全体）」のファイルをご参照ください。 地域包括ケア病棟入院料：「特定入院料」の該当ファイルをご参照ください。</p>	




©ASK/©LINKUP

217

2024年3月15日「介護報酬Q&amp;A vol. 1」より

## 【居住系サービス・施設系サービス】

## 協力医療機関について

A124	<p>■ 中国四国厚生局</p> <p><a href="https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/chugokushikoku/chousaka/shisetsukijunjuri_00002.html">https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/chugokushikoku/chousaka/shisetsukijunjuri_00002.html</a></p> <p>※在宅療養支援病院等：「在宅医療医科」のファイルをご参照ください。 地域包括ケア病棟入院料：「特定入院料等2」のファイルをご参照ください。</p>	
	<p>■ 九州厚生局</p> <p>＜在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、在宅療養後方支援病院＞</p> <p><a href="https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kyushu/gyomu/gyomu/hoken_kikan/index_00007.html">https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kyushu/gyomu/gyomu/hoken_kikan/index_00007.html</a></p> <p>※各都道府県の「医科」ファイルをご参照ください。 ＜地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料）＞</p> <p><a href="https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kyushu/gyomu/gyomu/hoken_kikan/todokede_jiko/koumoku_betsu.html">https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kyushu/gyomu/gyomu/hoken_kikan/todokede_jiko/koumoku_betsu.html</a></p> <p>※「地域包括ケア病棟入院料」の記載のあるファイルをご参照ください。</p>	 

©ASK/©LINKUP

218

## 【施設系サービス】

## 協力医療機関について

Q125	「入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること」とあるが、入所者の急変時には必ず協力医療機関に搬送しなければならないのか。
A125	入所者の急変時等に必ず協力医療機関に搬送しなければならないということではなく、状況に応じて救急車を呼ぶなど、臨機応変に対応いただきたい。

## 栄養ケア・マネジメント、栄養マネジメント強化加算

Q126	「施設サービスにおける栄養ケア・マネジメントについて」において、「管理栄養士と医師、歯科医師、看護師及び介護支援専門員その他の職種が共同して栄養ケア・マネジメントを行う体制を整備すること」とされている。また、栄養マネジメント強化加算の留意事項通知においても、「医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して作成する栄養ケア計画」となっているが、記載されている全ての職種の関与や配置は必要か。
A126	管理栄養士及びその他の必要な職種により多職種共同で栄養ケア計画の作成等の栄養管理を行う必要があるが、記載されている全ての職種の関与及び配置は必須ではない。

©ASK/©LINKUP

219

2024年3月15日「介護報酬Q&amp;A vol. 1」より

## 【居住系サービス・施設系サービス】

## 協力医療機関について

Q127	協力医療機関連携加算について、入所者の病歴等の情報を共有する会議に出席するのはどんな職種を想定しているか。
A127	職種は問わないが、入所者の病歴その他健康に関する情報を協力医療機関の担当者に説明でき、急変時等における当該協力医療機関との対応を確認できる者が出席すること。

## 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）について

Q128	高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）について、診療報酬の感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関が実施する院内感染対策に関するカンファレンス及び訓練や職員向けに実施する院内感染対策に関する研修、地域の医師会が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンス及び訓練とは具体的にどのようなものであるか。また、これらのカンファレンス等はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて参加することでもよいか。
A128	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）の対象となる研修、訓練及びカンファレンスは以下の通りである。</li> <li>・感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算の届出を行った医療機関において、感染制御チーム（外来感染対策向上加算にあつては、院内感染管理者。）により、職員を対象として、定期的に行う研修</li> <li>・感染対策向上加算 1 に係る届出を行った 保険 医療機関が、保健所及び地域の医師会と連携し、感染対策向上加算 2 又は 3 に係る届出を行った保険医療機関と合同で、定期的に行う院内感染対策に関するカンファレンスや新興感染症の発生時等を想定した訓練</li> <li>・地域の医師会が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスや新興感染症の発生時等を想定した訓練</li> <li>・感染対策向上加算 1 に係る届出を行った医療機関が主催するカンファレンスについては、その内容として、薬剤耐性菌等の分離状況や抗菌薬の使用状況などの情報の共有及び意見交換を行う場合もあるため、カンファレンスの内容として、高齢者施設等における感染対策に資するものであることを事前に確認の上、参加すること。</li> <li>・また、これらのカンファレンス等については、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて参加しても差し支えない。</li> </ul>

©ASK/©LINKUP

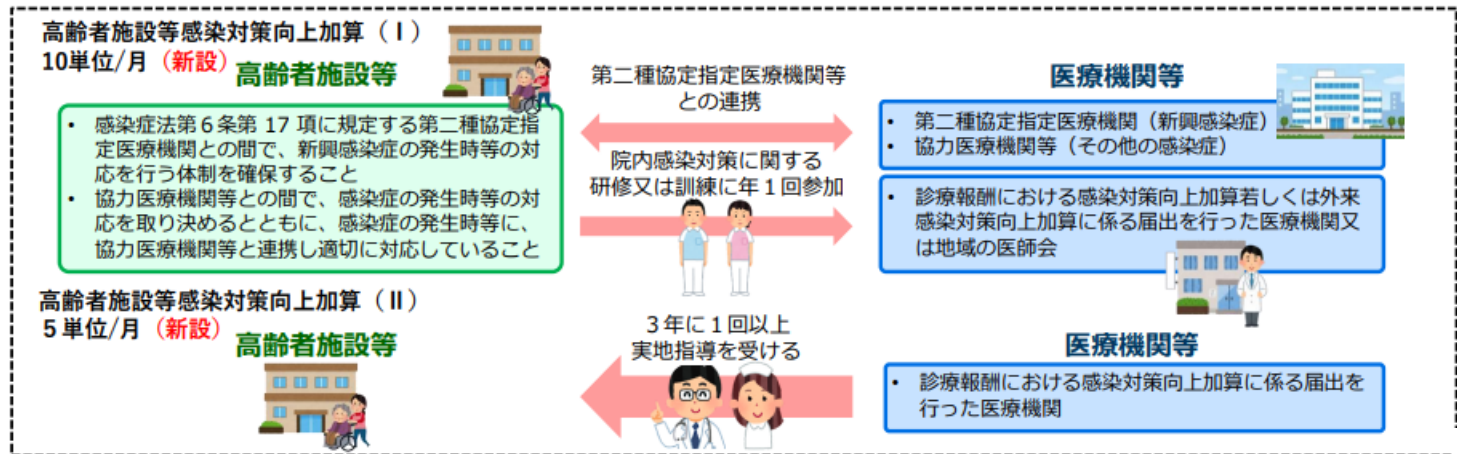
220

高齢者施設等における感染症対応力の向上

告示改正

- 高齢者施設等については、施設内で感染者が発生した場合に、感染者の対応を行う医療機関との連携の上で施設内で感染者の療養を行うことや、他の入所者等への感染拡大を防止することが求められることから、以下を評価する新たな加算を設ける。
    - ア 新興感染症の発生時等に感染者の診療等を実施する医療機関（協定締結医療機関）との連携体制を構築していること。
    - イ 上記以外の一般的な感染症（※）について、協力医療機関等と感染症発生時における診療等の対応を取り決めるとともに、当該協力医療機関等と連携の上、適切な対応を行っていること。
    - ウ 感染症対策にかかる一定の要件を満たす医療機関等や地域の医師会が定期的に主催する感染対策に関する研修に参加し、助言や指導を受けること
  - また、感染対策に係る一定の要件を満たす医療機関から、施設内で感染者が発生した場合の感染制御等の実地指導を受けることを評価する新たな加算を設ける。
- ※ 新型コロナウイルス感染症を含む。

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



©ASK/©LINKUP

2024年1月22日「令和6年度介護報酬改定の主な事項について」資料より

221

令和6年度診療報酬改定 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

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

**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**

- 診療や入院受け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
- 早期退院の受け入れの努力義務化  
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

● : 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

©ASK/©LINKUP

2024年3月5日「令和6年度診療報酬改定の概要」より

222

## 医療機関と介護保険施設等の連携の推進①

### 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

#### [対象医療機関]

在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、在宅療養後方支援病院、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病院

#### [算定要件]

- 協力対象施設入所者入院加算は、介護保険施設等において療養を行っている患者の病状の急変等により入院が必要となった場合に、当該介護保険施設等の従事者の求めに応じて当該患者に関する診療情報及び病状の急変時の対応方針等を踏まえて診療が行われ、入院の必要性を認め入院させた場合に、入院初日に算定する。
- 「2」については、「1」以外の場合であって、当該保険医療機関が当該介護保険施設等の従事者の求めに応じて当該患者（救急用の自動車等により緊急に搬送された者を除く）に対し、診療を行い、入院の必要性を判断して入院した場合について所定点数に加算する。
- 当該保険医療機関と当該介護保険施設等が特別の関係にある場合、協力対象施設入所者入院加算は算定できない。

#### [施設基準] (概要)

- 当該医療機関が介護保険施設等から協力医療機関として定められている等、緊急時の連絡体制及び入院受入体制等を確保していること。
- 次のいずれかの要件を満たすもの。

ア 次の(イ)及び(ロ)に該当していること。

(イ) 入院受入れを行う保険医療機関の保険医がICTを活用して当該診療情報及び病状急変時の対応方針を常に確認可能な体制を有していること。

(ロ) 介護保険施設等と当該介護保険施設の協力医療機関において、当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、年3回以上の頻度でカンファレンスを実施していること。

イ 介護保険施設等と協力医療機関として定められている医療機関において、当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、1月に1回以上の頻度でカンファレンスを実施していること。

- 介護保険施設等に協力医療機関として定められており、当該介護保険施設等において療養を行っている患者の病状の急変等に対応すること及び協力医療機関として定められている介護保険施設等の名称について、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること。

64

©ASK/©LINKUP 2024.03.05厚労省説明会資料 04 同時報酬改定における対応

223

令和6年度診療報酬改定 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、Ⅱ-8 質の高い在宅医療・訪問看護の確保-①

## 医療機関と介護保険施設等の連携の推進②

### 介護保険施設等連携往診加算の新設

- 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
-------------------	------

#### [算定要件]

- 介護保険施設等連携往診加算は、介護保険施設等において療養を行っている患者の病状の急変等に伴い、当該介護保険施設等の従事者等の求めに応じて当該患者に関する診療情報及び病状の急変時の対応方針等を踏まえて往診を行い、治療の方針について当該患者又はその家族等に十分に説明した場合に限り算定できる。この場合、介護保険施設等の名称、活用した当該患者の診療情報、急変時の対応方針及び診療の要点を診療録に記録すること。
- 当該保険医療機関と当該介護保険施設等が特別の関係にある場合、介護保険施設等連携往診加算は算定できない。

#### [施設基準] (概要)

- 当該医療機関が介護保険施設等から協力医療機関として定められている等、緊急時の連絡体制及び入院受入体制等を確保していること。
- 次のいずれかの要件を満たすもの。

ア 次の(イ)及び(ロ)に該当していること。

(イ) 必要に応じて入院受入れを行う保険医療機関に所属する保険医がICTを活用して当該診療情報及び病状急変時の対応方針を常に確認可能な体制を有していること。

(ロ) 介護保険施設等と協力医療機関において、当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、年3回以上の頻度でカンファレンスを実施していること。

イ 介護保険施設等と協力医療機関において、当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、1月に1回以上の頻度でカンファレンスを実施していること。

- 介護保険施設等に協力医療機関として定められており、当該介護保険施設等において療養を行っている患者の病状の急変等に対応すること及び協力医療機関として定められている介護保険施設等の名称について、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること。

### 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、在宅療養支援診療所、在宅療養後方支援病院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。

65

©ASK/©LINKUP 2024.03.05厚労省説明会資料 04 同時報酬改定における対応

224



【協力対象施設入所者入院加算・介護保険施設等連携往診加算】	
Q75	「A 2 5 3」協力対象施設入所者入院加算及び「C 0 0 0」往診料の「注 10」に規定する介護保険施設等連携往診加算における「介護保険施設等」について、「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準」（平成十八年厚生労働省令第三十四号）第百三十条第一項に規定する指定地域密着型介護老人福祉施設は含まれるか。
A75	含まれる。
Q76	協力対象施設入所者入院加算及び往診料の「注 10」に規定する介護保険施設等連携往診加算の施設基準において、当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るためにカンファレンスを実施することとされているが、当該カンファレンスにはどのような職種が参加すればよいか。
A76	医師又は看護職員等の医療関係職種が参加すること。
Q77	問 76 のカンファレンスについて、協力医療機関として定められている全ての介護保険施設等とカンファレンスを実施していない場合においても算定可能か。
A77	算定可能。ただし、問 76 に掲げる点数は、定期的なカンファレンスを実施している介護保険施設等に入所している患者に対してのみ算定できる。
Q78	問 76 のカンファレンスについて、協力対象施設入所者入院加算及び往診料の「注 9」に規定する介護保険施設等連携往診加算の両方の届出を行う場合、同一の介護保険施設等において、施設基準ごとにそれぞれカンファレンス 1 回以上を行う必要があるか。
A78	協力対象施設入所者入院加算及び往診料の「注 9」に規定する介護保険施設等連携往診加算のカンファレンスは兼ねることは差し支えない。ただし、両方の施設基準におけるカンファレンスと兼ねた場合には、その旨を記録に残すこと。

©ASK/LINKUP

225

【協力対象施設入所者入院加算・介護保険施設等連携往診加算】	
Q79	協力対象施設入所者入院加算及び往診料の「注 9」に規定する介護保険施設等連携往診加算の施設基準において、「ICTを活用して当該診療情報及び急変時の対応方針等を常に確認可能な体制を有していること。」とされているが、具体的にどのような場合が該当するか。
A79	例えば、都道府県が構築する地域医療介護総合確保基金の「ICTを活用した地域医療ネットワーク基盤の整備」事業を活用した、地域医療情報連携ネットワーク（以下「地連NW」という。）に参加し、当該介護保険施設等に所属する医師等が記録した当該介護保険施設等の入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の情報について当該地連NWにアクセスして確認可能な場合が該当する。 この場合、当該介護保険施設等に所属する医師等が、介護保険施設等の入所者の診療情報及び急変時の対応方針等についてそれぞれの患者について1ヶ月に1回以上記録すること。なお、入所者の状況等に変化がない場合は記録を省略しても差し支えないが、その旨を文書等により介護保険施設から協力医療機関に、少なくとも月1回の頻度で提供すること。
Q80	協力対象施設入所者入院加算及び往診料の「注 9」に規定する介護保険施設等連携往診加算の施設基準における「年3回以上の頻度でカンファレンスを実施していること。」について、ICTで診療情報等の共有がなされている場合、当該カンファレンスの内容は、具体的にはどのようなものであればよいか。
A80	具体的な定めはないが、例えば、以下のような内容を含んでいること。 <ul style="list-style-type: none"> <li>●病状の変化のあった入所者の最新の病状等の診療状況、治療方針、患者の基本的な日常生活能力、認知機能、家庭の状況及び急変時の対応方針（以下「診療情報等」という。）</li> <li>●新規入所者の診療情報等</li> <li>●前回のカンファレンス時以降、入院退所となった入所者で当該協力医療機関に入院しなかった患者の入院先、入院理由等</li> <li>●介護保険施設等が協力医療機関に求める事項</li> </ul>

©ASK/LINKUP

226

【協力対象施設入所者入院加算・介護保険施設等連携往診加算】	
Q81	問 76 のカンファレンスについて、協力医療機関に勤務している医師であって、特別養護老人ホームの配置医師が当該カンファレンスに参加する場合の取扱いについて、どのように考えれば良いか。
A81	当該配置医師について、協力医療機関の職員とカンファレンスを行った場合は、特別養護老人ホームの職員として扱い、特別養護老人ホームの職員とカンファレンスを行った場合は、協力医療機関の職員として扱ってもよい。なお、協力医療機関の職員として扱った場合においては、当該カンファレンスで共有された診療情報等については、当該配置医師以外の協力医療機関に所属する職員に十分に共有を行うこと。
Q82	往診料の「注9」に規定する介護保険施設等連携往診加算の施設基準において、「24時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定するとともに、当該担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に介護保険施設等の管理者等に対して説明の上、提供していること。」及び「当該介護保険施設等の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により当該介護保険施設等に提供していること。」とされているが、連絡を受ける担当者及び往診担当医について、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院の施設基準で規定されている連絡を受ける担当者及び往診担当医と兼任することは可能か。
A82	可能

©ASK/LINKUP

227

下田 〇 厚労省診療報酬改定 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-④、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-②

## 介護保険施設等における生活に配慮した医療の推進等

### 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

- 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ける医療保険で給付できる医療サービスの範囲を見直す。**

[新たに医療保険で算定可能となる医療サービス]

- ・ 介護老人保健施設に入所している**末期の悪性腫瘍の患者に対する「B001-22 がん性疼痛緩和指導管理料」、「B001-24 外来緩和ケア管理料」**及び**「B001-2-8 外来放射線照射診療料」**（麻薬の投与に係る「G注射」の費用を含む）。
- ・ 介護老人保健施設に入所している患者に対し、当該介護老人保健施設の医師及び当該介護老人保健施設の併設医療機関に所属する医師以外の医師が、**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」**。
- ・ 介護老人保健施設及び介護医療院における**重症心不全患者に対する「C116 在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料」**。
- ・ 介護老人保健施設及び介護医療院に入所している患者に対し、当該施設の医師以外の医師が、高度な薬学的管理を必要とする薬剤に係る処方箋を発行した場合、**応需した保険薬局における「調剤報酬（調剤基本料、薬剤調製料、調剤管理料、服薬管理指導料3、外来服薬支援料2、薬剤料、特定保険医療材料）」**。
- ・ 新興感染症等発生時において、施設に入所している**感染症患者に対して医師の処方箋に基づき薬剤師が訪問して薬学的管理及び指導を実施した場合の「在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1」**。

### 血友病患者の治療の評価の見直し

- 血友病患者における治療の選択肢を拡げる観点から、**療養病棟入院基本料及び特定入院料等の薬剤費を包括している入院料等**について、血友病治療薬に係る薬剤料の包括範囲を見直すとともに**介護老人保健施設及び介護医療院**で薬剤の費用が医療保険からの給付となっている血友病治療薬の対象範囲を見直す。

現行

血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体  
迂回活性複合体



改定後

血友病の患者に使用する医薬品（血友病患者における出血傾向の抑制の効能又は効果を有するものに限る。）

## 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			改定後		
【入退院支援加算】			【入退院支援加算】		
注7	入院時支援加算1	230点	注7	入院時支援加算1	240点
	入院時支援加算2	200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	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。	【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、 <b>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。</b> また、 <b>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。</b>

### 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。

67

©ASK/©LINKUP 2024.03.05厚労省説明会資料 04 同時報酬改定における対応

229

令和6年度診療報酬改定 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-⑦

## 医療と介護における栄養情報連携の推進

### 栄養情報連携料の新設

- 医療と介護における栄養情報連携を推進する観点から、入院栄養食事指導料の栄養情報提供加算について、名称、要件及び評価を見直す。

#### (新) 栄養情報連携料 70点

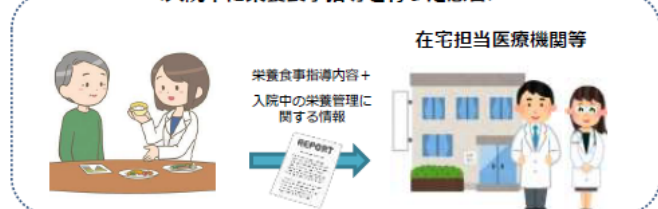
【対象患者】

- ア 入院栄養食事指導料を算定した患者
- イ 退院先が他の保険医療機関、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム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法律第34条第1項規定する指定障害者支援施設等若しくは児童福祉法第42条第1号に規定する福祉型障害児入所施設（以下この区分番号において「保険医療機関等」という。）であり、栄養管理計画が策定されている患者

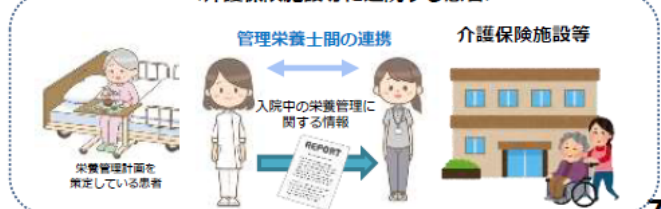
【算定要件】

- 区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料を算定した患者に対して、退院後の栄養食事管理について指導を行った内容及び入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて説明し、これを他の保険医療機関等の医師又は管理栄養士に情報提供し、共有した場合に、入院中1回に限り算定する。
- (1)に該当しない場合であって、当該保険医療機関を退院後に他の保険医療機関等に転院又は入所する患者であって栄養管理計画が策定されているものについて、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて当該他の保険医療機関等の管理栄養士に情報提供し、共有した場合に、入院中に1回に限り算定する。
- 区分番号B015に掲げる退院時共同指導料2は別に算定できない。
- 区分番号A308に掲げる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入院料1に限る。）においては、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料と同様に、包括範囲外とする。

<入院中に栄養食事指導を行った患者>



<介護保険施設等に退院する患者>



71



©ASK/LINKUP 2023.12.01 中医協総会 個別事項(その10)リハビリテーション・栄養・口腔

231

### 高齢者施設等

〔特養・老健・介護医療院・特定施設・認知症グループホーム〕

#### ① 高齢者施設等における医療ニーズへの対応強化

■ 医療提供等にかかる評価の見直しを実施

＜主な見直し＞

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

#### ② 高齢者施設等と医療機関の連携強化に関する診療報酬

★実効性のある連携の構築

平時からの連携

- 利用者の病状急変時の対応の年1回以上の確認義務化
- 定期的な会議の実施

急変時の電話相談・診療の求め

相談対応・医療提供(往診)

(新) 介護保険施設等連携往診加算 200点

診療及び入院調整

(新) 協力対象施設入所者入院加算

1 往診後入院 600点  
2 1以外受診後入院 200点

早期退院

#### 在宅医療を支援する地域の医療機関等

在宅療養支援診療所  
在宅療養支援病院  
在宅療養後方支援病院  
地域包括ケア病棟を持つ病院

等を想定

稼働アップ

- 施設が協力医療機関を持つメリット
- ①(新) 高齢者施設等感染対策向上加算の算定
  - ②(新) 医療機関連携加算の算定
  - ③(新) 協力医療機関連携加算の算定
  - ④ 紹介入所者増による稼働アップ
  - ⑤ 早期相談・診療による稼働率低下防止

- 病院が協力医療機関を担うメリット
- ① 在支診、在支病・後支病・地域包括ケア病棟の要件
  - ②(新) 介護保険施設等連携往診加算の算定
  - ③(新) 協力対象施設入所者入院加算の算定
  - ④ 感染対策向上加算の新要件クリア(施設と連携)
  - ⑤ 入院患者増による稼働アップ

# 障害福祉連携

令和6年度診療報酬改定 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-④

## 障害者支援施設における医療保険給付の医療サービスの範囲の見直し

### 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

- 医療とケア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、**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を見直す。**

[新たに医療保険で算定可能となる医療サービス]

- 障害者支援施設に入所している**末期の悪性腫瘍の患者に対する「C001 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）」、「C001-2 在宅患者訪問診療料（Ⅱ）」、「C001-2 施設入居時等医学総合管理料」、「C003 在宅がん医療総合診療料」。**

#### 現行

[障害者支援施設における訪問診療等にかかる費用]  
障害福祉サービス等報酬で評価

#### 改定後

[障害者支援施設における訪問診療にかかる費用]  
障害福祉サービス等報酬で評価※

※ 生活介護を行う施設に限り、当該患者が末期の悪性腫瘍の場合、「C001 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）」、「C001-2 在宅患者訪問診療料（Ⅱ）」、「C001-2 施設入居時等医学総合管理料」、「C003 在宅がん医療総合診療料」を算定することができる。



# 医療的ケア児（者）に対する入院前支援の評価の新設

## 医療的ケア児（者）に対する入院前支援の評価の新設

- 医療的ケア児（者）が入院する際の在宅からの連続的なケアを確保する観点から、事前に自宅等を訪問し、患者の状態や人工呼吸器の設定等のケア状態の把握を行った場合について、新たな評価を行う。

**（新） 医療的ケア児（者）入院前支援加算 1,000点**



[対象患者]

**医療的ケア判定スコア16点以上の医療的ケア児（者）**

[算定要件]

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示を受けた看護職員が、入院前に別に厚生労働大臣が定める患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）及び第3節の特定入院料のうち、医療的ケア児（者）入院前支援加算を算定できるものを現に算定している患者に限り、当該保険医療機関の入院期間が通算30日以上のもを除く。）の患家等を訪問し、患者の状態、療養生活環境及び必要な処置等を確認した上で療養支援計画を策定し、入院前又は入院した日に当該計画書を患者又はその家族等に説明し、文書により提供した場合に、**保険医療機関ごとに患者1人につき1回に限り**、入院初日に限り所定点数に加算する。

2 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、医療的ケア児（者）入院前支援加算を算定すべき入院前支援を**情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、500点を所定点数に加算する。**

3 区分番号A 2 4 6の注7に掲げる入院時支援加算は別に算定できない。

[施設基準]

- 直近1年間の医療的ケア判定スコア16点以上の医療的ケア児（者）の入院患者数が10件以上であること。
- 令和7年5月31日までの間に限り、（1）の基準を満たしているものとする。

## 入退院支援加算1・2の見直しについて②

### 入退院支援加算の対象の見直し

- 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。

現行	改定後
<p>【入退院支援加算1及び2】 【算定要件】 退院困難な要因 ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること イ 緊急入院であること ウ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること</p> <p>エ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること オ 生活困窮者であること カ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること。） キ 排泄に介助を要すること ク 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと ケ 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む。）が必要なこと コ 入退院を繰り返していること ク 入院治療を行っても長期的な低栄養状態となることが見込まれること シ 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること ス 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること セ その他患者の状況から判断してアからスまでに準ずると認められる場合</p>	<p>【入退院支援加算1及び2】 【算定要件】 退院困難な要因 ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること イ 緊急入院であること ウ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること <b>又は要支援状態であるとの疑いがあるが要支援認定が未申請であること</b> <b>エ コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する者</b> <b>オ 強度行動障害の状態の者</b> カ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること キ 生活困窮者であること ク 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること。） ケ 排泄に介助を要すること コ 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと サ 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む。）が必要なこと シ 入退院を繰り返していること ス 入院治療を行っても長期的な低栄養状態となることが見込まれること セ 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること ソ 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること タ その他患者の状況から判断してアからソまでに準ずると認められる場合</p>

## 入退院支援加算1・2の見直しについて③

### 入院前の医療機関と本人・家族等や障害福祉サービス事業者等との事前調整の評価

- ▶ 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所等とで事前調整を行うことの評価を新設する。

#### (新) 入院事前調整加算 200点

##### [算定要件]

- (1) 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、所定点数に加算する。
- (2) 当該加算を算定するに当たっては、コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する者又は強度行動障害の状態の者であって入院の決まったものについて、当該患者の特性を踏まえた入院中の治療や入院生活に係る支援が行えるよう、当該患者、その家族等及び当該患者の在宅における生活を支援する障害福祉サービス事業者等から事前に情報提供を受け、その内容を踏まえ、入院中の看護等に係る療養支援の計画を立て、患者及び入院予定先の病棟職員と共有した場合に算定する。

##### [施設基準]

入院事前調整加算に規定する厚生労働大臣が定める患者

- (1) コミュニケーションにつき特別な支援を要する者又は強度行動障害を有する者であること。
- (2) 入退院支援加算を算定する患者であること。

77

237

## 就労支援に係る医療機関と障害福祉サービスの連携の推進

### 就労支援に係る医療機関と障害福祉サービスの連携の推進

- ▶ 精神障害の特性を踏まえ医療機関と障害福祉サービスとの連携を推進する観点から、診療情報提供料（Ⅰ）の注4に規定する情報提供先に、就労選択支援事業所を追加する。

#### 現行

##### 【診療情報提供料(Ⅰ)】

##### [算定要件]

- (14) 「注4」については、精神障害者である患者であって、次に掲げる施設に入所している患者又は介護老人保健施設（当該保険医療機関と同一の敷地内にある介護老人保健施設その他これに準ずる介護老人保健施設を除く。「注5」において同じ。）に入所している患者の診療を行っている保険医療機関が、診療の結果に基づき、患者の同意を得て、当該患者が入所しているこれらの施設に対して文書で診療情報を提供した場合に算定する。

ア～ウ（略）  
（新規）

- 工 障害者総合支援法第5条第13項に規定する就労移行支援を行う事業所
- 才 障害者総合支援法第5条第14項に規定する就労継続支援を行う事業所
- 力 障害者総合支援法第5条第28項に規定する福祉ホーム

#### 改定後

##### 【診療情報提供料(Ⅰ)】

##### [算定要件]

- (14) 「注4」については、精神障害者である患者であって、次に掲げる施設に入所している患者又は介護老人保健施設（当該保険医療機関と同一の敷地内にある介護老人保健施設その他これに準ずる介護老人保健施設を除く。「注5」において同じ。）に入所している患者の診療を行っている保険医療機関が、診療の結果に基づき、患者の同意を得て、当該患者が入所しているこれらの施設に対して文書で診療情報を提供した場合に算定する。

ア～ウ（略）

- 工 障害者総合支援法第5条第13項に規定する就労移行支援を行う事業所
- 才 障害者総合支援法第5条第14項に規定する就労継続支援を行う事業所
- 力 障害者総合支援法第5条第15項に規定する就労継続支援を行う事業所
- 主 障害者総合支援法第5条第29項に規定する福祉ホーム

(※) 「就労選択支援」について規定する、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等の一部を改正する法律は、令和7年10月1日施行予定。



社会復帰の促進に必要な情報を提供



就労選択支援事業所等

80

238

# 個別項目

令和6年度診療報酬改定 IV-1 後発医薬品のハイオセプトの使用促進、長期収載品の保険給付の仕り方の見直し等

## 医薬品の安定供給に資する取組の推進

### 一般名処方加算の見直し

- 一般名処方加算について、医薬品の供給が不足等した場合における治療計画の見直し等に対応できる体制の整備並びに患者への説明及び院内掲示にかかる要件を設けるとともに、評価を見直す。  
一般名処方加算1 7点 → 10点 一般名処方加算2 5点 → 8点

[施設基準]

- ・ 医薬品の供給状況等を踏まえつつ、一般名処方の趣旨を患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

### 後発医薬品使用体制加算・外来後発医薬品使用体制加算の見直し

- 後発医薬品使用体制加算及び外来後発医薬品使用体制加算について、医薬品の供給が不足等した場合における治療計画の見直し等に対応できる体制の整備並びに患者への説明及び院内掲示にかかる要件を設けるとともに、評価を見直す。  
後発医薬品使用体制加算1 47点 → 87点 後発医薬品使用体制加算2 42点 → 82点  
後発医薬品使用体制加算3 37点 → 77点

[追加の施設基準]

- ・ 医薬品の供給が不足した場合に当該保険医療機関における治療計画等の見直しを行う等、適切に対応する体制を有していること及び当該体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤を変更する可能性があること及び変更する場合には入院患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

外来後発医薬品使用体制加算1 5点 → 8点 外来後発医薬品使用体制加算2 4点 → 7点  
外来後発医薬品使用体制加算3 2点 → 5点

[追加の施設基準]

- ・ 医薬品の供給が不足した場合に、医薬品の処方等の変更等に関して適切な対応ができる体制が整備されていること及び当該体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤を変更する可能性があること及び変更する場合には患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

321



## 人工腎臓に係る導入期加算の見直し

### 人工腎臓 導入期加算の見直し

- 慢性腎臓病患者に対する移植を含む腎代替療法に関する情報提供及び共同意思決定を更に推進する観点から、人工腎臓の導入期加算について要件及び評価を見直す。

現行		改定後	
【人工腎臓】		【人工腎臓】	
導入期加算 1	200点	導入期加算 1	200点
導入期加算 2	400点	導入期加算 2	<u>410点</u>
導入期加算 3	800点	導入期加算 3	<u>810点</u>
【施設基準】		【施設基準】	
(1) 導入期加算 1 の施設基準		(1) 導入期加算 1 の施設基準	
ア 関連学会の作成した資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき、患者ごとの適応に応じて、腎代替療法について、患者に対し十分な説明を行っていること。 (中略)		ア 関連学会の作成した資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき、患者ごとの適応に応じて、腎代替療法について、患者に対し十分な説明を行っていること。 (中略)	
(2) 導入期加算 2 の施設基準		(2) 導入期加算 2 の施設基準	
次のすべてを満たしていること。 ア～オ (略)		次のすべてを満たしていること。 ア～オ (略)	
		<b>カ</b> 腎代替療法を導入するに当たって、(1)のAに加え、心血管障害を含む全身合併症の状態及び当該合併症について選択することができる治療法について、患者に対し十分な説明を行っていること。	
(3) 導入期加算 3 の施設基準		(3) 導入期加算 3 の施設基準	
次のすべてを満たしていること。 ア～カ (略)		次のすべてを満たしていること。 ア～カ (略)	
		<b>主</b> (2)の力を満たしていること。	

369

## 人工腎臓の評価の見直し

### 人工腎臓の評価の見直し

- 包括されている医薬品等の実勢価格を踏まえ、人工腎臓について評価を見直す。

現行				改定後			
【人工腎臓】				【人工腎臓】			
慢性維持透析を行った場合				慢性維持透析を行った場合			
	場合 1	場合 2	場合 3		場合 1	場合 2	場合 3
4 時間未満	1,885点	1,845点	1,805点	4 時間未満	<u>1,876点</u>	<u>1,836点</u>	<u>1,796点</u>
4 時間以上 5 時間未満	2,045点	2,005点	1,960点	4 時間以上 5 時間未満	<u>2,036点</u>	<u>1,996点</u>	<u>1,951点</u>
5 時間以上	2,180点	2,135点	2,090点	5 時間以上	<u>2,171点</u>	<u>2,126点</u>	<u>2,081点</u>

370

# 在宅透析に係る遠隔モニタリングの評価の新設と見直し

## 在宅血液透析における遠隔モニタリングの評価の新設

- 透析を実施している患者に対する効果的な治療を推進する観点から、在宅血液透析を行っている患者に対し、継続的な遠隔モニタリングを行い、来院時に当該モニタリングを踏まえた療養方針について必要な指導を行った場合に遠隔モニタリング加算を新設する。

### 【在宅血液透析指導管理料】

**(新) 遠隔モニタリング加算 115点 (月1回に限る)**

【算定要件】

遠隔モニタリング加算は、以下の全てを実施する場合に算定する。

- ア 注液量、排液量、除水量、体重、血圧、体温等の状態について継続的なモニタリングを行うこと。
- イ モニタリングの状況に応じて、適宜患者に来院を促す等の対応を行うこと。
- ウ 当該加算を算定する月にあっては、モニタリングにより得られた所見等及び行った指導管理の内容を診療録に記載すること。
- エ モニタリングの実施に当たっては、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」等に対応すること。

## 在宅自己腹膜灌流における遠隔モニタリング加算の見直し

- 在宅腹膜灌流に係る遠隔モニタリング加算について、在宅自己連続携行式腹膜灌流以外の腹膜灌流についても対象となるよう、要件を見直す。

### 現行

#### 【在宅自己腹膜灌流指導管理料】

【算定要件】

- (4) 遠隔モニタリング加算は、以下の全てを実施する場合に算定する。
  - ア 自動腹膜灌流用装置に搭載された情報通信機能により、注液量、排液量、除水量、体重、血圧、体温等の状態について継続的なモニタリングを行うこと。
- イ～エ (略)



### 改定後

#### 【在宅自己腹膜灌流指導管理料】

【算定要件】

- (4) 遠隔モニタリング加算は、以下の全てを実施する場合に算定する。
  - ア **注液量、排液量、除水量、体重、血圧、体温等の状態について継続的なモニタリングを行うこと。**
- イ～エ (略)

330

©ASK/©LINKUP 2024.03.05厚労省説明会資料 11 個別改定事項(Ⅱ)

243

令和6年度診療報酬改定 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

## 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。



## 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



©ASK/©LINKUP 2024.03.05 厚労省説明会資料 令和6年度診療報酬改定の概要（医科全体版）

245

# 2024年に向けて

## ・地域連携・院内連携・他職種連携・法人内連携

### 地域医療介護を担う一員としての意識

### 連携関係を洗い出す（他の事業所との連携も）

## ・医療介護DXへの対応

### 2024年問題意識・意識改革重要

## ・かかりつけ医機能の評価と外来機能の明確化

### 高齢者の情報はかかりつけ医機能が把握

## ・オンライン診療だけではなくオンライン活用の拡大

### 取り組み方の工夫や特に連携に活用

# 2024年に向けて

**要介護認定の患者さんの外来入院が増える**

**退院調整から退院在宅支援へ**

**介護保険を知らないと平均在院日数は伸びる**

**認知症対策を徹底**

**認知症患者700万人時代へ**

**認知症対応も出来る医療機関が求められる**

**地域の質の高い介護事業者・介護施設・**

**歯科との連携は必須**

**高齢者のリハビリや住まいは重要**

**かかりつけ医の役割は重要化＝連携先としても**

©ASK

247

# 2024年に向けて

**・働きやすい職場環境か**

**・働きたいと思う医療機関か**

**・地域貢献の意識は**

**・地域から頼られている医療機関か**

**・働き方改革の意味確認と取り組み方は**

**・職員の意識を確認(アンケートや面談)**

**・働くモチベーションを作る**

**・工夫していますか(例えば感謝カード等)**

©ASK

248