

令和6年度診療報酬改定 【全体概要版】

厚生労働省保険局医療課

- ※ 本資料は現時点での改定の概要をご紹介するためのものであり、算定要件・施設基準等の詳細については、今後正式に発出される告示・通知等をご確認ください。
- ※ 本資料は、HP掲載時に適宜修正する場合がありますのでご注意ください。

令和6年度診療報酬改定の基本方針の概要

改定に当たっての基本認識

- ▶ 物価高騰・賃金上昇、経営の状況、人材確保の必要性、患者負担・保険料負担の影響を踏まえた対応
- ▶ 全世代型社会保障の実現や、医療・介護・障害福祉サービスの連携強化、新興感染症等への対応など医療を取り巻く課題への対応
- ▶ 医療DXやイノベーションの推進等による質の高い医療の実現
- ▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

改定の基本的視点と具体的方向性

(1) 現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進

【重点課題】

【具体的方向性の例】

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

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

【具体的方向性の例】

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

(3) 安心・安全で質の高い医療の推進

【具体的方向性の例】

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

(4) 効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上

【具体的方向性の例】

- 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進、長期収載品の保険給付の在り方の見直し等
- 費用対効果評価制度の活用
- 市場実勢価格を踏まえた適正な評価
- 医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進（再掲）
- 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価（再掲）
- 外来医療の機能分化・強化等（再掲）
- 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進（再掲）
- 医師・病院薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進
- 薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進（再掲）

令和6年度の診療報酬改定等に関する大臣折衝事項 (令和5年12月20日)

1. 診療報酬 +0.88% (R6年6月1日施行)

- ① 看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種（下記※に該当する者を除く）について、R6年度にベア+2.5%、R7年度にベア+2.0%を実施していくための特例的な対応 +0.61%
- ② 入院時の食費基準額の引上げ（1食当たり30円）の対応（うち、患者負担については、原則、1食当たり30円、低所得者については、所得区分等に応じて10～20円） +0.06%
- ③ 生活習慣病を中心とした管理料、処方箋料等の再編等の効率化・適正化 ▲0.25%
- ④ ①～③以外の改定分 +0.46%（※40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上げに資する措置分（+0.28%程度）を含む）
うち各科改定率：医科+0.52%、歯科+0.57%、調剤+0.16%

2. 薬価等

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

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

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

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

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

3. 診療報酬・薬価等に関する制度改革事項

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

- ・医療DXの推進による医療情報の有効活用等
- ・調剤基本料等の適正化

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

令和6年度診療報酬改定における主要な改定項目①

1. 賃上げ・基本料等の引き上げ

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

(新) 外来・在宅ベースアップ評価料 (I)

1 初診時6点/ 2 再診時等 2点 等
(新) 入院ベースアップ評価料 1~165点

【一般病棟入院基本料】

急性期一般入院料 1 **1,688点**

【特定機能病院入院基本料】

7対1入院基本料 (一般病棟の場合) **1,822点**

【初診料・再診料等】

初診料 **291点**

再診料 **75点**

2. 医療DXの推進

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

(新) 医療情報取得加算

初診時

医療情報取得加算 1 **3点**

医療情報取得加算 2 **1点**

再診時 (3月に1回に限り算定)

医療情報取得加算 3 **2点**

医療情報取得加算 4 **1点**

(新) 医療DX推進体制整備加算 (初診時) **8点**

(新) 在宅医療DX情報活用加算 (月1回) **10点**

3. ポストコロナにおける感染症対策の推進

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

(新) 特定感染症入院医療管理加算

治療室の場合 **200点**

それ以外の場合 **100点**

(新) 特定感染症患者療養環境特別加算

個室加算 **300点**

陰圧室加算 **200点**

(新) 発熱患者等対応加算 **20点**

(新) 抗菌薬適正使用体制加算 **5点**

(新) 急性期リハビリテーション加算
50点 (14日目まで)

令和6年度診療報酬改定における主要な改定項目②

4. 同時報酬改定における対応

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

【地ケア・在支診/病・後方支援病院】
介護保険施設等の協力医療機関となることを望ましいこととして要件化

（新）協力対象施設入所者入院加算（入院初日）

1 往診が行われた場合	600点
2 1以外の場合	200点

（新）介護保険施設等連携往診加算 200点

（新）医療的ケア児（者）入院前支援加算 1,000点

【有床診療所入院基本料】

イ 介護 障害 連携加算 1	192点
□ 介護 障害 連携加算 2	38点

5. 外来医療の機能分化・強化等

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

（新）生活習慣病管理料（Ⅱ） 333点（月1回）

特定疾患処方管理加算 **56点**

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

【一般名処方加算】
一般名処方加算 1/2 **10点/8点**

後発医薬品使用体制加算 1/2/3 **87点/82点/77点**
外来後発医薬品使用体制加算 1/2/3 **8点/7点/5点**
【薬剤情報提供料】 **4点**

【処方箋料】 **60点**

6. 医療機能に応じた入院医療の評価

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

（新）地域包括医療病棟入院料 3,050点

（新）特定集中治療室管理料 5・6 8,890点

【急性期充実体制加算】
急性期充実体制加算 1/2
440点/360点(7日以内の期間) 等
小児・周産期・精神科充実体制加算
急性期充実体制加算 1/2の場合 90点/60点

回復期リハビリテーション病棟入院料 1
2,229点（体制強化加算は廃止）

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

令和6年度診療報酬改定における主要な改定項目③

7. 質の高い訪問診療・訪問看護の確保

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

8. 重点的な分野における対応

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

個別改定項目/医療資源の少ない地域への対応

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

(新) 在宅医療情報連携加算 **100点**

(新) 在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料
200点

(新) 往診時医療情報連携加算 **200点**

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

訪問看護管理療養費（月に2日目以降の訪問の場合）

(新) 訪問看護管理療養費 1 **3,000円**

(新) 訪問看護管理療養費 2 **2,500円**

(新) 24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）
イ 24時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組を行っている場合 **6,800円**
ロ イ以外の場合 **6,520円**

(新) 救急患者連携搬送料 **600~1,800点**

(新) 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料 **14,539点**

小児特定疾患カウンセリング料
(新) 初回 **800点他**

小児入院医療管理料（1日につき）
(新) 看護補助加算 **151点**

(新) 看護補助体制充実加算 **156点**

(新) 精神科地域包括ケア病棟入院料
1,535点

(新) 精神科入退院支援加算（退院時1回）
1,000点

(新) リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算（1日につき） **120点**

(新) 急性期リハビリテーション加算 **50点**

(新) 栄養情報連携料 **70点**

(新) バイオ後続品使用体制加算 **100点**

【在宅血液透析指導管理料】
(新) 遠隔モニタリング加算 **115点**

(新) 回復期リハビリテーション入院医療管理料 **1,859点**

患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価

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

急性期入院料の見直し

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

急性期充実体制加算及び総合入院体制加算の見直し

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

特定集中治療室等の見直し

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

働き方改革の推進

- ・ 地域医療体制確保加算の要件見直し
- ・ 医師事務作業補助体制加算の引き上げ

地域包括医療病棟

地域包括医療病棟入院料の新設

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

救急患者連携搬送料の新設 (いわゆる下り搬送の促進)

看護補助者の体制整備

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

地域包括ケア病棟入院料の見直し

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

地域包括ケア病棟

有床診療所基本料の見直し

- ・ 介護障害連携加算の新設

療養病棟入院料の見直し

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

回復期リハ入院料の見直し

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

回復期リハ

療養病棟

ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進

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

マイナ保険証やICTを用いた情報連携

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



人生の最終段階における医療・ケアの充実

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

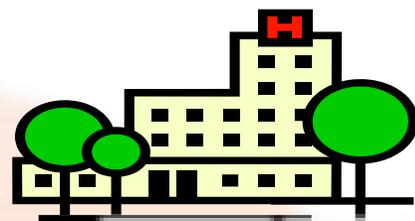


在宅療養支援診療所・病院

在宅療養支援診療所・病院における評価の見直し

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

※在宅診療・病でない医療機関においても同様



地域包括ケア病棟 在宅診療・在宅病、後方支援病院

医療機関と介護保険施設等の平時からの連携の推進等

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



診療所等

地域包括診療料・加算の見直し



ケアマネジャー



介護保険施設等 (老健、介護医療院、特養)

介護サービス

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

令和6年度診療報酬改定の施行時期等

令和6年度診療報酬改定にかかる主なスケジュール

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

※各診療報酬項目の具体的な経過措置は告示・通知を必ずご確認ください。

従来の改定スケジュール

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

令和6年度診療報酬改定

1. 賃上げ・基本料等の引き上げ

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

令和6年度及び令和7年度における賃上げのイメージ

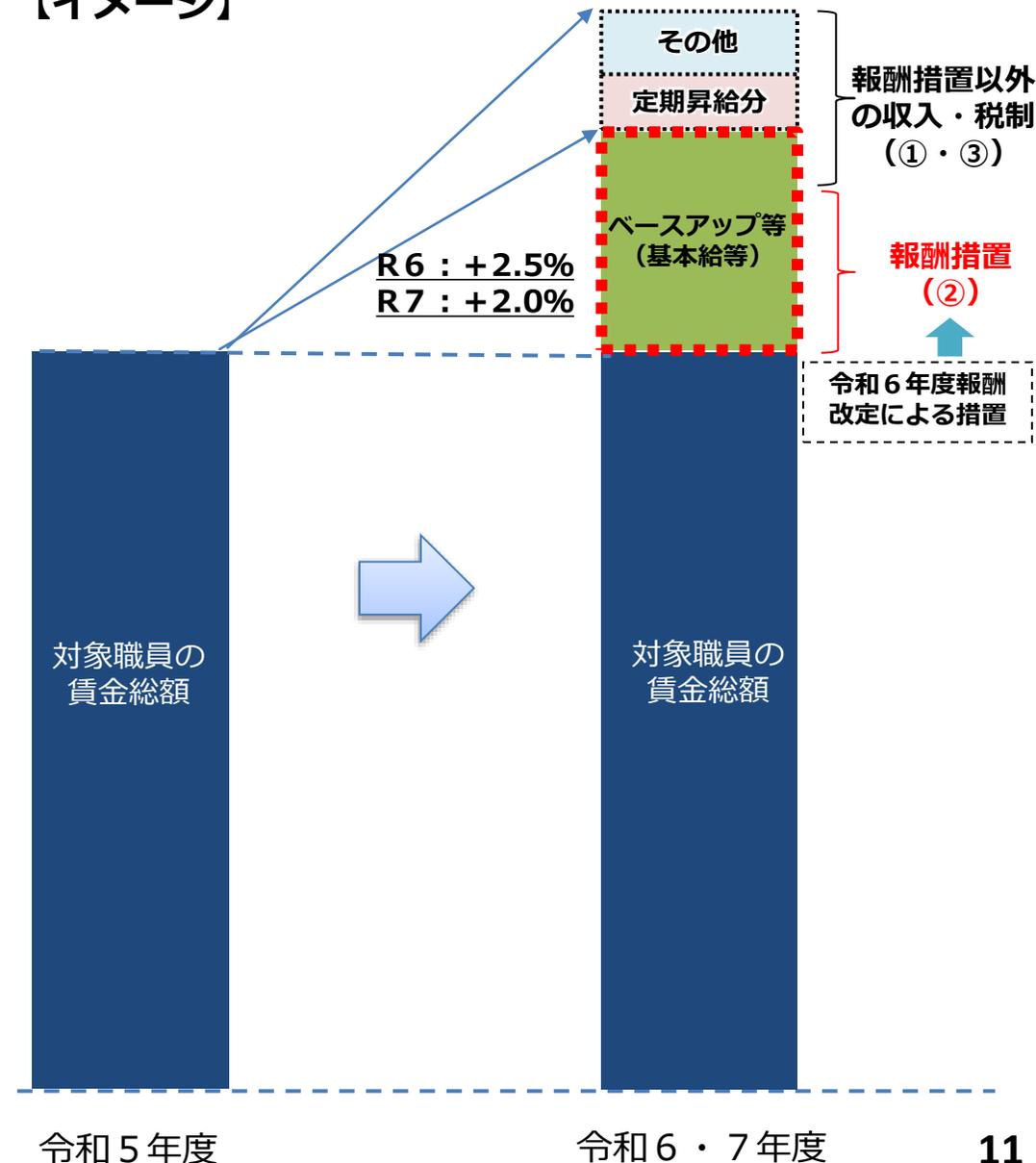
【基本的な方針】

■ 次の①～③を組み合わせた賃上げ対応

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

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

【イメージ】



賃上げに係る評価の全体像

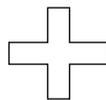
ベースアップ評価料

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

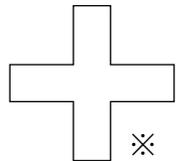
① 外来・在宅医療の患者に係る評価、訪問看護のステーションの利用者に係る評価

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

（新）外来・在宅ベースアップ評価料（I）初診時 6点 再診時 2点 等



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



※ 入院に携わる職員のための評価

①' 賃金増率が低い場合の①への上乗せ評価

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

（新）外来・在宅ベースアップ評価料(II) 等

病院、有床診療所

② 入院患者に係る評価

入院ベースアップ評価料

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

（新）入院ベースアップ評価料（1日につき）

1	入院ベースアップ評価料1	1点
2	入院ベースアップ評価料2	2点

↓
165 入院ベースアップ評価料165 **165点**

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

初再診料、入院基本料等の引き上げ

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

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

賃上げに向けた評価の新設①

外来・在宅ベースアップ評価料(I)の新設【算定要件】

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

(新) 外来・在宅ベースアップ評価料（I）（1日につき）

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

[算定要件]

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

賃上げに向けた評価の新設②

外来・在宅ベースアップ評価料(I)の新設【施設基準】

[施設基準の概要]

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

主として医療に従事する職員（対象職員）

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

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

賃上げに向けた評価の新設③

入院ベースアップ評価料の新設【算定要件】

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

(新) 入院ベースアップ評価料（1日につき）

1	入院ベースアップ評価料1	1点
2	入院ベースアップ評価料2	2点
↓		
165	入院ベースアップ評価料165	165点

[算定要件]

- 主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。）の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）を算定している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

主として医療に従事する職員（対象職員）

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

令和6年度診療報酬改定

1. 賃上げ・基本料等の引き上げ

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

初再診料等の評価の見直し

初再診料等の評価の見直し

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

現行

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



改定後

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

入院基本料等の見直し

入院基本料等の見直し

- 入院基本料等について、以下の見直しを行う。
 - 退院後の生活を見据え、入院患者の栄養管理体制の充実を図る観点から、**栄養管理体制の基準を明確化する。**
 - 人生の最終段階における適切な意思決定支援を推進する観点から、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、**意思決定支援に関する指針を作成することを要件とする。**
 - 医療機関における身体的拘束を最小化する取組を強化するため、**医療機関において組織的に身体的拘束を最小化する体制の整備を求める。**
 - 上記のほか、40歳未満の勤務医師、事務職員等の賃上げを実施すること等の観点から、**入院基本料等の評価を見直す。**

現行

【一般病棟入院基本料】	
急性期一般入院料 1	1,650点
【療養病棟入院基本料】	
療養病棟入院料 1 入院料G	968点
【精神病棟入院基本料】	
15対1入院基本料	830点
【特定機能病院入院基本料】	
7対1入院基本料（一般病棟の場合）	1,718点
【回復期リハビリテーション病棟入院料】	
回復期リハビリテーション病棟入院料 4	1,841点
【地域包括ケア病棟入院料】	
地域包括ケア病棟入院料 1	2,809点



改定後

【一般病棟入院基本料】	
急性期一般入院料 1	1,688点
【療養病棟入院基本料】	
療養病棟入院料 1 入院料25	983点
【精神病棟入院基本料】	
15対1入院基本料	844点
【特定機能病院入院基本料】	
7対1入院基本料（一般病棟の場合）	1,822点
【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	1,859点
【地域包括ケア病棟入院料】	
地域包括ケア病棟入院料 1（40日以内）	2,838点

（41日目以降は2,690点）

令和6年度診療報酬改定

1. 賃上げ・基本料等の引き上げ

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

栄養管理体制の基準の明確化（入院料通則の改定①）

栄養管理体制の基準の明確化

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

現行

【入院基本料等の施設基準等】

5 栄養管理体制の基準

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

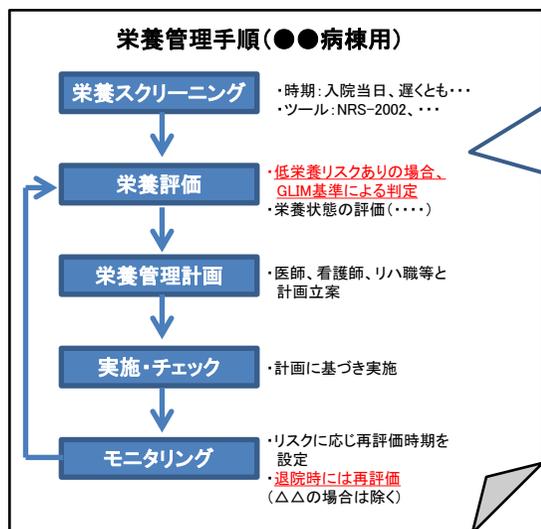
改定後

【入院基本料等の施設基準等】

5 栄養管理体制の基準

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

イメージ 各医療機関の機能や患者特性等に応じて栄養管理手順に位置づける



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

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

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

●栄養スクリーニング

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

↓
低栄養リスクあり

●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

人生の最終段階における適切な意思決定支援の推進（入院料通則の改定②）

人生の最終段階における適切な意思決定支援の推進

➤ 人生の最終段階における適切な意思決定支援を推進する観点から、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」（以下、「ガイドライン」とする。）等の内容を踏まえ、**意思決定支援に関する指針を作成することを要件とする入院料等の対象を見直す。**

- ガイドライン等の内容を踏まえた**適切な意思決定支援に係る指針の作成を要件とする入院料の範囲を拡大**する。
- ガイドライン等の内容を踏まえた**適切な意思決定支援に係る指針の作成を、地域包括診療料等の要件に追加**する。

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

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



【指針の作成が要件となる対象】

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

身体的拘束を最小化する取組の強化（入院料通則の改定③）

身体的拘束を最小化する取組の強化

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

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



【身体的拘束最小化の基準】

[施設基準]

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

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

令和6年度診療報酬改定
2. 医療DXの推進

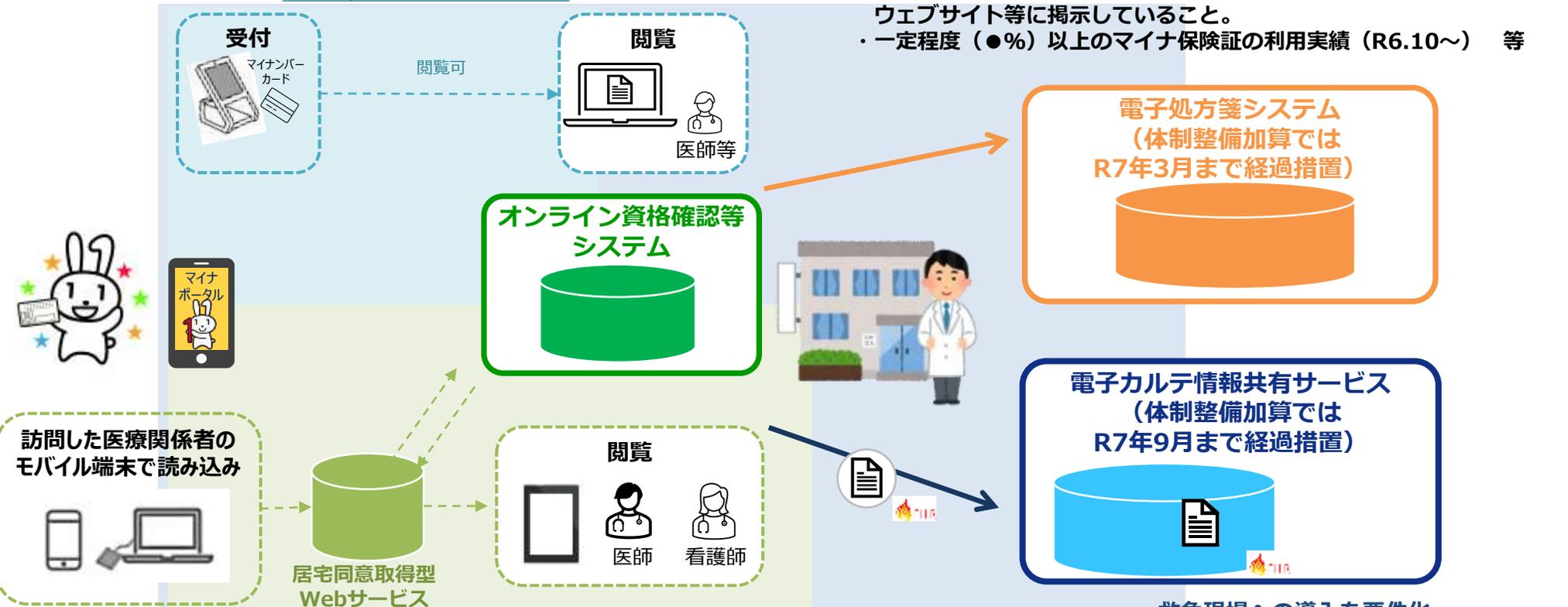
令和6年度診療報酬改定における医療DXに係る全体像

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

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

(新) 医療DX推進体制整備加算 8点、6点(歯科)、4点(調剤)

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



電子処方箋システム
(体制整備加算では
R7年3月まで経過措置)

電子カルテ情報共有サービス
(体制整備加算では
R7年9月まで経過措置)

救急現場への導入を要件化
急性期充実体制加算・総合入院体制加算
・救命救急入院料1
(救急時医療情報閲覧機能の評価)

(新) 在宅医療DX情報活用加算 10点

(新) 訪問看護医療DX情報活用加算 5点

(新) 在宅医療DX情報活用加算(歯科) 8点

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

医療DXの推進

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。

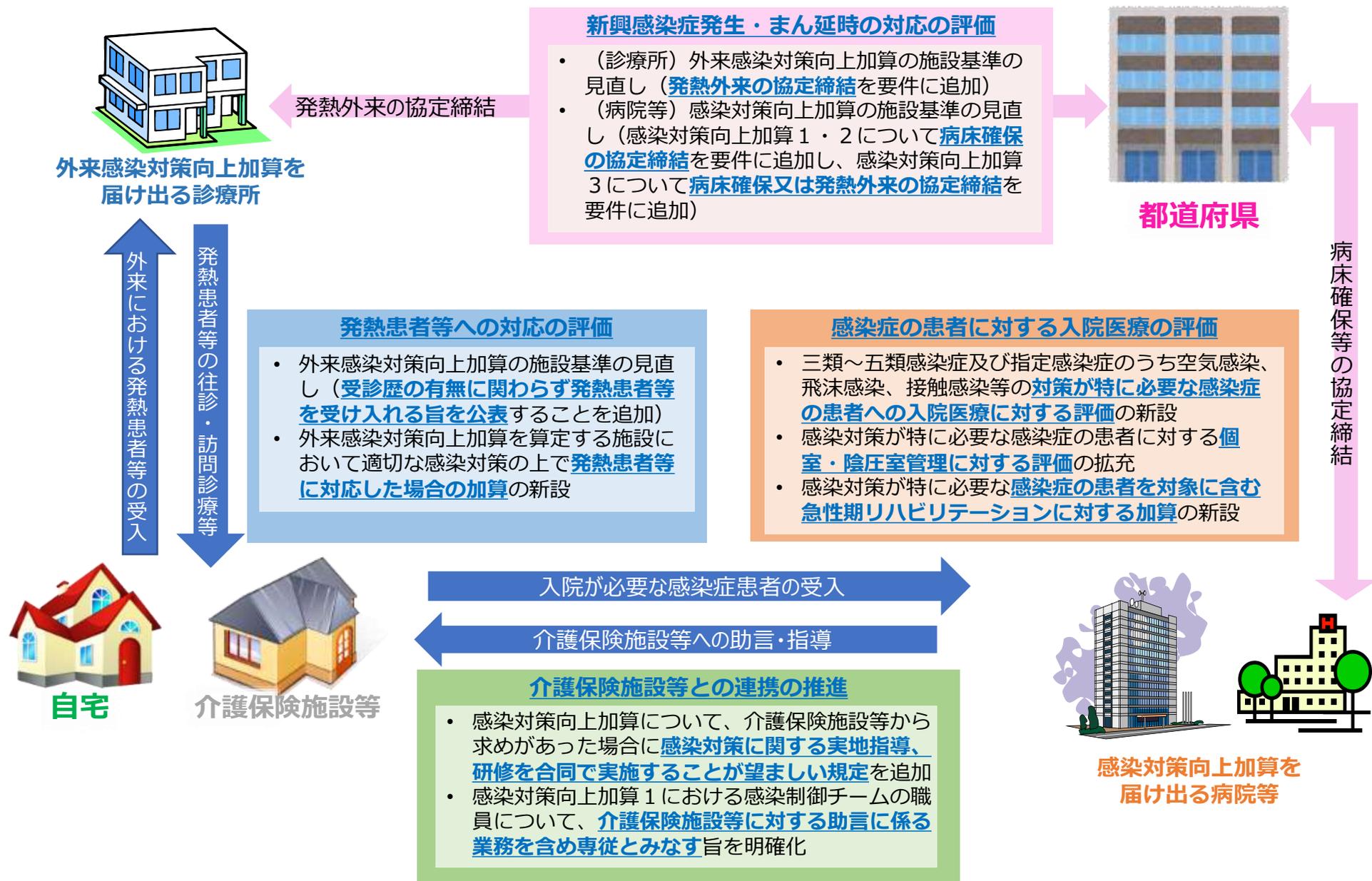
[施設基準 (医科医療機関)]

- (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。

令和6年度診療報酬改定

3. ポストコロナにおける感染症対策の推進

ポストコロナにおける感染症対策に係る評価の見直しの全体像



ポストコロナにおける感染症対策の評価①

感染対策向上加算及び外来感染対策向上加算の見直し

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

現行

【感染対策向上加算】【施設基準（抜粋）】

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

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

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

【外来感染対策向上加算】【施設基準（抜粋）】

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

改定後

【感染対策向上加算】【施設基準（抜粋）】

加算1：都道府県知事の指定を受けている第一種協定指定医療機関であること。

加算2：（加算1と同様）

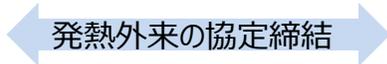
加算3：都道府県知事の指定を受けている第一種協定指定医療機関又は都道府県知事の指定を受けている第二種協定指定医療機関（発熱外来に係る措置を講ずるものに限る。）であること。

【外来感染対策向上加算】【施設基準（抜粋）】

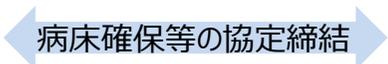
都道府県知事の指定を受けている第二種協定指定医療機関（発熱外来に係る措置を講ずるものに限る。）であること。



外来感染対策向上加算を
届け出る診療所



都道府県



感染対策向上加算を
届け出る病院等

ポストコロナにおける感染症対策の評価②

感染症の入院患者に対する感染対策の評価の新設

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

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

[対象の入院料]

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

令和6年度診療報酬改定

4. 同時報酬改定における対応

(1) 介護報酬改定との連携

(2) 障害福祉サービス等改定との連携

医療と介護の連携の推進

○ 医療・介護サービス連携を推進するために、主に以下の見直しをおこなう。

1. 医療機関と介護保険施設等の連携の推進 (II-2-③)

➤ 医療機関と介護保険施設等の適切な連携を推進する観点から、在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、在宅療養支援診療所及び地域包括ケア病棟において、介護保険施設等の求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましいことを施設基準とする。

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

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

1-2. 介護保険施設等入所者の病状の急変時の適切な往診の推進 (II-8-①)

➤ 介護保険施設等に入所している高齢者が、可能な限り施設内における生活を継続できるよう支援する観点から、介護保険施設等の入所者の病状の急変時に、介護保険施設等の協力医療機関であって、平時からの連携体制を構築している医療機関の医師が往診を行った場合について、新たな評価を行う。

2. 地域包括診療料等の見直し (II-7-①)

➤ かかりつけ医機能の評価である地域包括診療料等について、かかりつけ医と介護支援専門員との連携の強化する観点から、算定要件に介護支援専門員および相談支援員との相談に応じること及びその旨を院内掲示すること等を追加する。

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

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

4. 入退院支援加算1・2の見直し (II-2-⑧)

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

5. リハビリテーションに係る医療・介護情報連携の推進 (II-2-⑤)

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

6. 医療と介護における栄養情報連携の推進 (II-3-⑦)

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

医療と介護の連携の推進（イメージ）

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

介護保険施設等と連携する医療機関

【在宅医療を担う医療機関や感染対策を担う医療機関等】

介護保険施設等との連携の推進

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

地域包括診療料等を算定する医療機関

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

● : 診療報酬 ■ : 介護報酬

(1) 平時からの連携
(カンファレンス等による入所者の情報の共有等)

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

(2) 急変時の電話相談・診療の求め

(3) 相談対応・医療提供

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

(4) 入院調整

- **協力対象施設入所者入院加算の新設**
- **退所時情報提供加算の見直し**

(5) 早期退院

- **退院が可能となった場合の速やかな受け入れの努力義務化**

医師等と介護支援専門員との連携

介護保険施設等

【特養・老健・介護医療院】

協力医療機関等との連携の強化

- **診療や入院受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

医療機関と介護保険施設等の連携の推進

協力医療機関の入院の受け入れ等に関する加算の新設

- 介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム（以下、「介護保険施設等」という。）の入所者の病状急変時における適切な対応及び施設内における生活の継続支援を推進する観点から、介護保険施設等の入所者の病状の急変時に当該介護保険施設等に協力医療機関として定められている保険医療機関であって、**当該介護保険施設等と平時からの連携体制を構築している保険医療機関の医師が診察を実施した上で、入院の必要性を判断し、入院をさせた場合**の評価を新設する。

(新) 協力対象施設入所者入院加算（入院初日）

1	往診が行われた場合	600点
2	1以外の場合	200点

- 介護保険施設等に入所している高齢者が、可能な限り施設内における生活を継続できるよう支援する観点から、介護保険施設等の入所者の**病状の急変時に、介護保険施設等の協力医療機関であって、平時からの連携体制を構築している医療機関の医師が往診を行った場合**について、新たな評価を行う。

(新) 介護保険施設等連携往診加算 **200点**

医療機関と介護保険施設等の連携の推進

- 医療機関と介護保険施設等の適切な連携を推進する観点から、**在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、在宅療養支援診療所及び地域包括ケア病棟を有する病院**において、**介護保険施設等の求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましいこと**を施設基準とする。

令和6年度診療報酬改定

4. 同時報酬改定における対応

(1) 介護報酬改定と連携

(2) 障害福祉サービス等改定との連携

医療と障害福祉サービスの連携の推進

- 医療と障害福祉サービスの連携及び高齢化する障害者施設における適切な医療提供に向けた取組等を推進するために、主に以下の見直しをおこなう。
 1. **障害者支援施設における医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し** (II-2-④)
 - 医療と介護の両方を必要とする状態の患者が可能な限り施設での生活を継続するために、**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して行った訪問診療の費用を医療保険において算定可能とする。**
 2. **医療的ケア児(者)に対する入院前支援の評価の新設** (III-4-2-⑦)
 - 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。**
 3. **入退院支援加算1・2の見直し** (II-2-⑧)
 - 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。
 - 特別なコミュニケーション支援を要する者及び強度行動障害の状態の者に対し、**入院前に医療機関と本人・家族等や障害福祉サービス事業者等とで事前調整を行うことの評価を新設**する。
 4. **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** (II-2-⑮)
 - 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、医療保険の疾患別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**について、**疾患別リハビリテーション料の施設基準を緩和**する。
 5. **有床診療所における医療・介護・障害連携の推進** (II-2-⑭)
 - 有床診療所による医療・介護・障害福祉サービスにおける連携を推進するために、介護連携加算を介護障害連携加算と名称を改めるとともに、肢体不自由児(者)を算定可能な対象として追加する。また、施設基準である介護サービスの提供について、介護保険の訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導及び**障害福祉サービスの医療型短期入所**の提供実績を追加する。
 6. **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** (II-2-⑦)
 - 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。

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、**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（再掲）

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日以上のものでなく。）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A246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]

- (1) 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。
- (2) 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。

令和6年度診療報酬改定

5. 外来診療の機能分化・強化等

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

生活習慣病対策

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

1. 生活習慣病管理料（Ⅱ）の新設（Ⅱ-5-①）

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

2. 生活習慣病管理料の評価及び要件の見直し（Ⅱ-5-①）

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

3. 特定疾患療養管理料の見直し（Ⅱ-5-①）

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

4. 特定疾患処方管理加算の見直し（Ⅱ-5-②）

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

5. 地域包括診療料等の見直し（Ⅱ-5-③）

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

6. 慢性腎臓病の透析予防指導管理の評価の新設（Ⅲ-5-④）

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

生活習慣病に係る疾病管理のイメージ

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

現行

【生活習慣病管理料】 ※検査等の費用を包括

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

【特定疾患療養管理料（月2回算定可）】

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



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

改定後

【生活習慣病管理料（Ⅰ）】（月1回）

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

610点
660点
760点

【（新）生活習慣病管理料（Ⅱ）】（月1回） **333点**

※ 検査等を包括しない出来高算定可能な医学管理料

（今後の生活習慣病管理料における診療のイメージ）



医療DXを活用した情報共有の推進

治療に係る情報についての療養計画書を用いた説明



歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等による**多職種連携**

診療ガイドライン等を参考とした質の高い疾病管理

糖尿病患者に対する歯科受診の推奨



リフィル処方及び長期処方の活用



令和6年度診療報酬改定

5. 外来診療の機能分化・強化等

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

地域包括診療料等の見直し

地域包括診療料等の見直し

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

改定後

【地域包括診療料】 ※地域包括診療加算についても同様

[算定要件]

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

[施設基準] ※地域包括診療加算についても同様

- 当該保険医療機関に、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師（以下この区分において「担当医」という。）を配置していること。また、担当医は認知症に係る適切な研修を修了していることが望ましい。
- 次に掲げる事項を院内掲示していること。
 - ア 健康相談及び予防接種に係る相談を実施していること。
 - イ 当該保険医療機関に通院する患者について、介護支援専門員及び相談支援専門員からの相談に適切に対応することが可能であること。
 - ウ 患者の状態に応じ、28日以上長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であること。
- 介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示し、かつ、要介護認定に係る主治医意見書を作成しているとともに、以下のいずれか一つを満たしていること。
 - ア～ケ(略) コ 担当医が、「認知症初期集中支援チーム」等、市区町村が実施する認知症施策に協力している実績があること。
- 以下のア～ウのいずれかを満たすこと。
 - ア 担当医が、サービス担当者会議に参加した実績があること。
 - イ 担当医が、地域ケア会議に出席した実績があること。
 - ウ 当該保険医療機関において、介護支援専門員と対面あるいはICT等を用いた相談の機会を設けていること。なお、対面で相談できる体制を構築していることが望ましい。
- 当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。

現行

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



改定後

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

処方等に関する評価の見直し

リフィル処方及び長期処方の推進

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

処方箋料の見直し及び後発医薬品の使用促進等の推進

- 後発医薬品の使用促進を推進する等の観点から、以下の見直しを行う。

現行		改定後	
【一般名処方加算】		【一般名処方加算】	
一般名処方加算1	7点	一般名処方加算1	10点
一般名処方加算2	5点	一般名処方加算2	8点
【後発医薬品使用体制加算】		【後発医薬品使用体制加算】	
後発医薬品使用体制加算1	47点	後発医薬品使用体制加算1	87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2	82点
後発医薬品使用体制加算3	37点	後発医薬品使用体制加算3	77点
【外来後発医薬品使用体制加算】		【外来後発医薬品使用体制加算】	
外来後発医薬品使用体制加算1	5点	外来後発医薬品使用体制加算1	8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2	7点
外来後発医薬品使用体制加算3	2点	外来後発医薬品使用体制加算3	5点
【薬剤情報提供料】	10点	【薬剤情報提供料】	4点
【処方箋料】		【処方箋料】 ※処方箋料を包括している評価も同様	
1 向精神薬他剤投与を行った場合	28点	1 向精神薬他剤投与を行った場合	20点
2 1以外の場合の他剤投与又は 向精神薬長期処方を行った場合	40点	2 1以外の場合の他剤投与又は 向精神薬長期処方を行った場合	32点
3 1及び2以外の場合	68点	3 1及び2以外の場合	60点

令和6年度診療報酬改定

6. 医療機能に応じた入院医療の評価

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

地域包括医療病棟① 病棟のイメージ

背景

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

地域包括医療病棟における医療サービスのイメージ



救急患者を受け入れる体制を整備



一定の医療資源を投入し、急性期を速やかに離脱



早期の退院に向け、リハビリ、栄養管理等を提供



退院に向けた支援
適切な意思決定支援



早期の在宅復帰



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

包括的に提供

地域包括医療病棟② 施設基準等

地域包括医療病棟入院料の算定要件及び施設基準

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

(新) 地域包括医療病棟入院料 (1日につき) 3,050点

[算定要件]

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



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



早期の在宅復帰在宅医療、介護との連携

包括的に提供

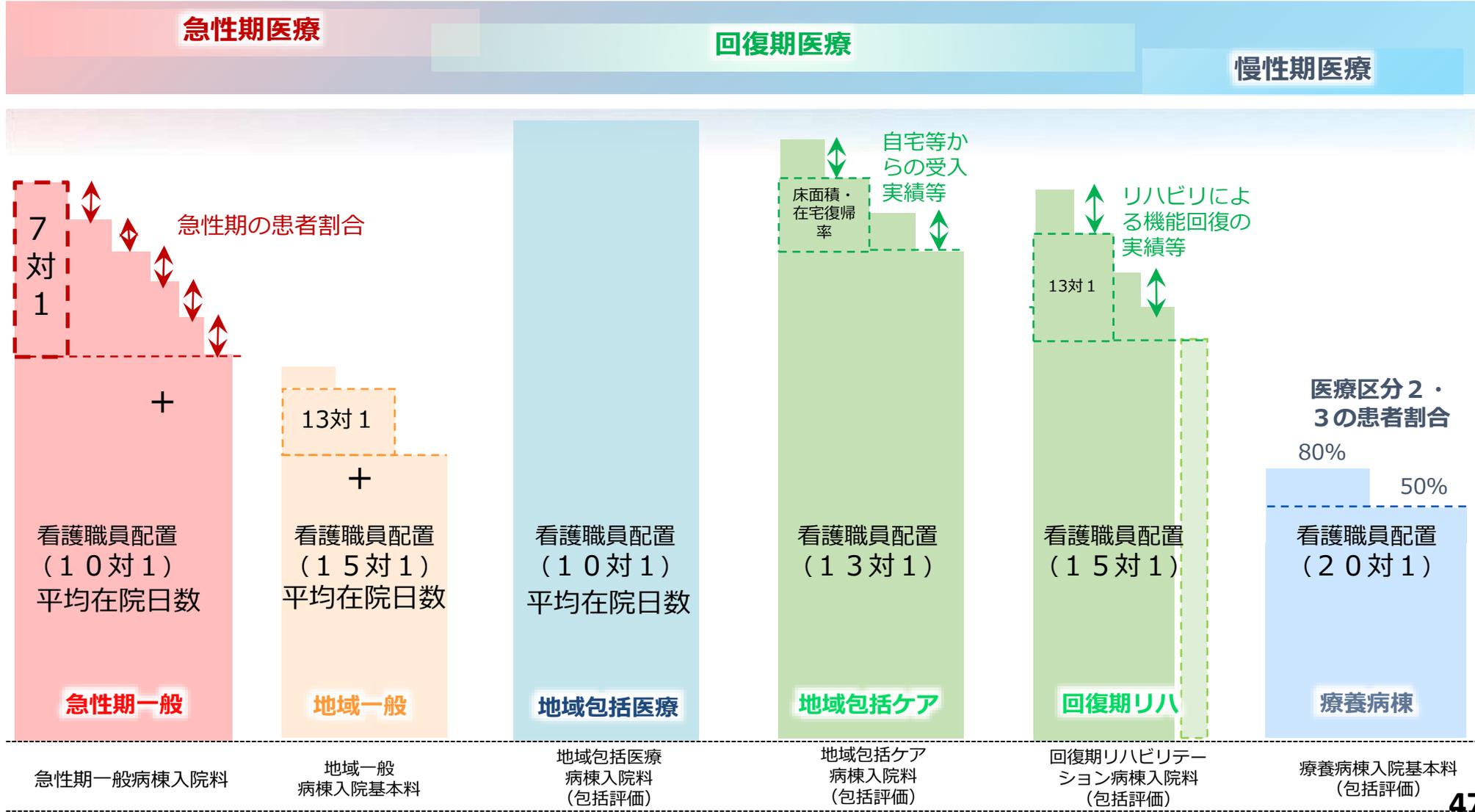
[施設基準] (抜粋)

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

入院医療の評価体系と期待される機能（イメージ）

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

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



令和6年度診療報酬改定

6. 医療機能に応じた入院医療の評価

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

急性期充実体制加算等の見直し

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

高度・専門的な急性期医療の実績

急性期充実体制加算1により評価

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

小児・周産期・精神科充実体制加算(+90点)により評価※

小児科、産科及び精神科の実績

急性期充実体制加算2により評価

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

小児・周産期・精神科充実体制加算(+60点)により評価※

小児科又は産科の実績

小児科、産科及び精神科の実績

総合入院体制加算1により評価(+240点⇒+260点)

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

小児科、産科及び精神科の入院医療提供

総合入院体制加算2又は3により評価(加算2は、+180点⇒+200点)

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

小児科及び産科の入院医療提供

単科の医療機関

入院医療の提供における総合性

多くの診療科に対応可能な医療機関

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

急性期一般入院料1の施設基準の見直し

平均在院日数の基準の見直し

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

現行

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



改定後

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

重症度、医療・看護必要度の該当患者の要件の見直し

- 急性期一般入院料1、特定機能病院入院基本料7対1及び専門病院入院基本料7対1における該当患者の基準及び割合の基準について、以下のいずれも満たすことを施設基準とする。
 - ① 「A3点以上」又は「C1点以上」に該当する割合が一定以上であること
 - ② 「A2点以上」又は「C1点以上」に該当する割合が一定以上であること

現行

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

別表1

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



改定後

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

別表1(基準：20% ※必要度Ⅱの場合)

別表2(基準：27% ※必要度Ⅱの場合)

A得点が3点以上の患者
C得点が1点以上の患者

A得点が2点以上の患者
C得点が1点以上の患者

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直し

評価項目の見直し

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

(改定内容)

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

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

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

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

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

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し

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

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



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

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

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

【経過措置】
 令和6年3月31日時点で施設基準の届出あり
 ⇒ **令和6年9月30日まで**基準を満たしているものとする。 **52**

特定集中治療室管理料の見直し①

特定集中治療室管理料の見直し

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

改定後

【特定集中治療室管理料1・2】

[施設基準]

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

【特定集中治療室管理料3・4】

[施設基準]

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

【特定集中治療室管理料5・6】（新設）

[施設基準]

- 重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて患者の状態を評価し、基準を満たす患者が7割以上いること。
- 専任の医師（宿日直を行っている専任の医師を含む）が常時、保険医療機関内に勤務していること。

現行

（7日以内の期間）

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



改定後

（7日以内の期間）

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

※ 治療室については、以下を明確化。

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

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

特定集中治療室管理料の見直し②

特定集中治療室遠隔支援加算の新設

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

(新) 特定集中治療室遠隔支援加算 980点

【算定要件】

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

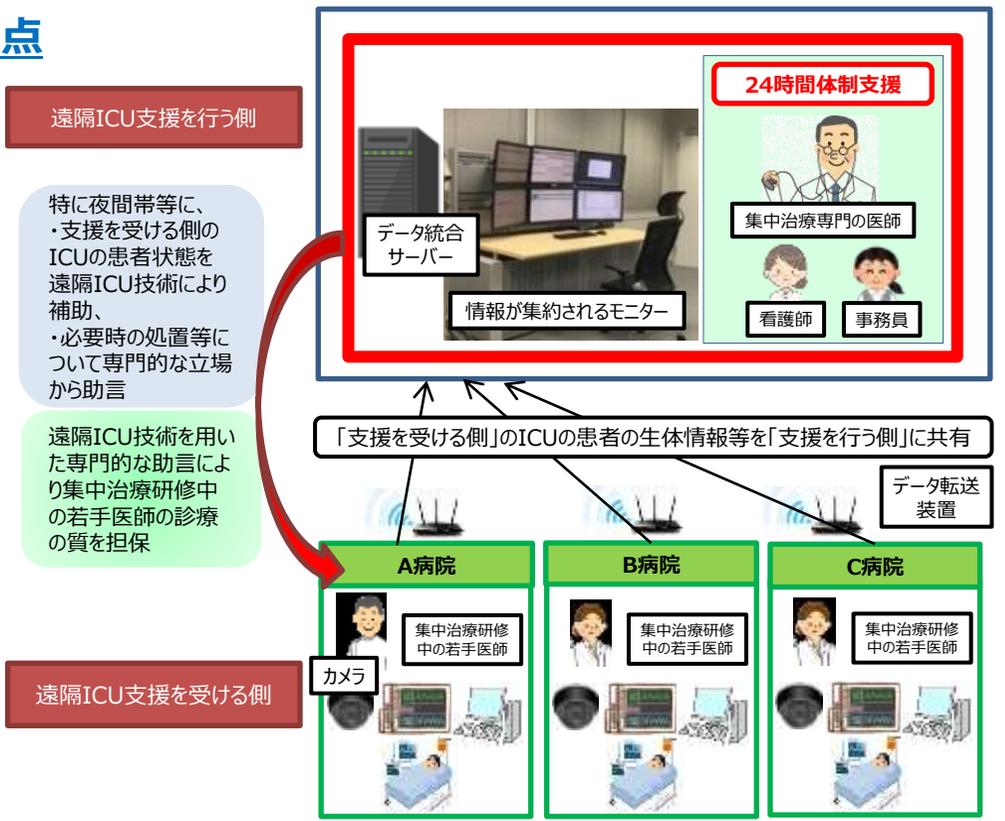
【施設基準】

(被支援側医療機関)

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

(支援側医療機関)

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



遠隔ICU支援を行う側

特に夜間帯等に、
・支援を受ける側のICUの患者状態を遠隔ICU技術により補助、
・必要時の処置等について専門的な立場から助言

遠隔ICU技術を用いた専門的な助言により集中治療研修中の若手医師の診療の質を担保

遠隔ICU支援を受ける側

外科医等の主治医
外科医等の主治医が、ICU外で休息がとれるようになる。

集中治療専門の医師
集中治療専門の医師も、シフトなどで休みやすくなる。

ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の見直し

ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の見直し

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

現行

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

改定後

- 「心電図モニターの管理」及び「輸液ポンプの管理」の項目を削除
- 「創傷処置」及び「呼吸ケア」は、必要度IIで対象となる診療行為を実施した場合に評価し、「創傷処置」から褥瘡の処置を除外
- 「点滴ライン同時3本以上の管理」を「注射薬剤3種類以上の管理」に変更

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

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

基準	A得点3点以上かつB4得点以上
----	-----------------

	基準に該当する患者割合の基準
ハイケアユニット入院医療管理料1	8割
ハイケアユニット入院医療管理料2	6割

基準①	2, 7, 8, 9, 10又は11のうち1項目以上に該当
基準②	1~11のうち1項目以上に該当

	基準に該当する患者割合の基準(※)
ハイケアユニット入院医療管理料1	1割5分以上が基準①に該当かつ8割以上が基準②に該当
ハイケアユニット入院医療管理料2	1割5分以上が基準①に該当かつ6割5分以上が基準②に該当

※ 重症度、医療・看護必要度 I と II で共通

令和6年度診療報酬改定

6. 医療機能に応じた入院医療の評価

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

回復期リハビリテーション病棟に係る見直し①

入院料の評価の見直し

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

現行

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



改定後

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

[追加の施設基準]

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

回復期リハビリテーション病棟に係る見直し②

GLIM基準による栄養評価の要件化

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

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

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

- 2018年に世界の栄養学会 (ESPEN:欧州, ASPEN:北米, PENSA:アジア, FELANPE:南米) が低栄養の診断基準としてGLIM基準を策定
- 表現型 (体重減少、低BMI、筋肉量減少) と病因 (食事摂取量減少/消化吸収能低下、疾病負荷/炎症) により判定

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

定期的なFIMの測定の要件化

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

回復期リハビリテーション病棟に係る見直し③

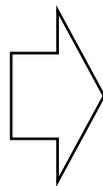
運動器リハビリテーション料の算定単位数の見直し

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

現行

【算定上限緩和対象患者】

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



改定後

【算定上限緩和対象患者】

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

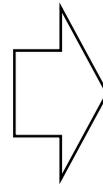
体制強化加算の廃止

- 回復期リハビリテーション病棟入院料の体制強化加算1及び2を廃止する。

現行

【回復期リハビリテーション病棟入院料1・2】

体制強化加算1	200点
体制強化加算2	80点



改定後

【回復期リハビリテーション病棟入院料1・2】

【廃止】

地域包括ケア病棟入院料の評価の見直し

地域包括ケア病棟入院料の評価の見直し

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

現行

【地域包括ケア病棟入院料】

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



改定後

【地域包括ケア病棟入院料】

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

令和6年度診療報酬改定

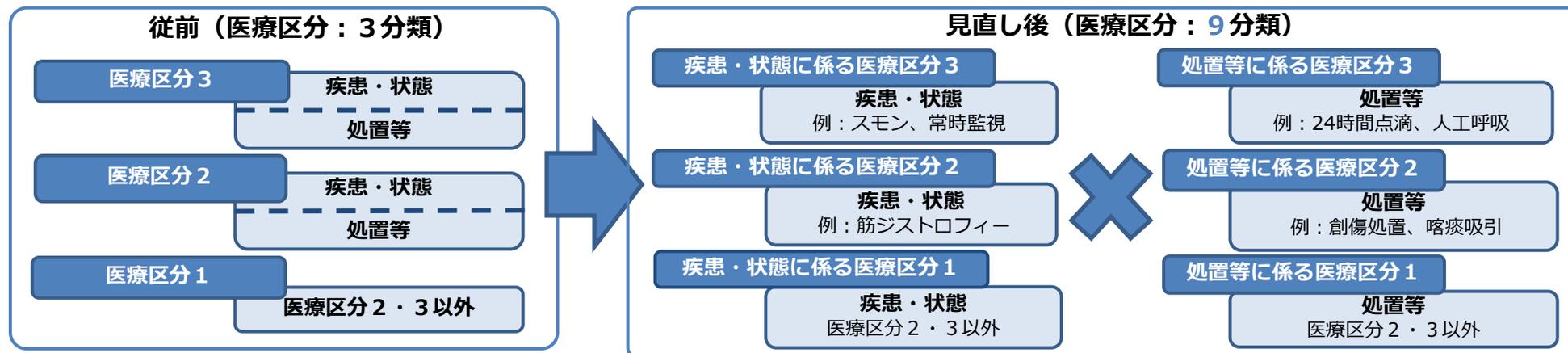
6. 医療機能に応じた入院医療の評価

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

療養病棟入院基本料の見直し①

療養病棟入院基本料の医療区分に係る評価体系の見直し

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



現行

【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】

[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

※療養病棟入院料2についても同様

療養病棟入院基本料の見直し②

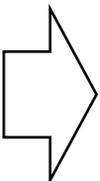
中心静脈栄養に係る評価の見直し

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

現行

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

医療区分2
 (新設)



改定後

【療養病棟入院料】
 [施設基準] (概要)
 医療区分3
中心静脈栄養（療養病棟入院基本料を算定する場合にあっては、**広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻若しくは急性膵炎を有する患者を対象とする場合又は中心静脈栄養を開始した日から30日以内の場合に実施するものに限る。**）

医療区分2
中心静脈栄養（**広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻又は急性膵炎を有する患者以外を対象として、中心静脈栄養を開始した日から30日を超えて実施するものに限る。**）

経腸栄養管理加算の新設

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

(新) 経腸栄養管理加算 (1日につき) 300点

[算定要件]

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

[施設基準]

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

療養病棟入院基本料の見直し③

注11に規定する経過措置の廃止

- 医療法に基づく医療療養病床の人員配置標準に係る経過措置の終了を踏まえ、療養病棟入院基本料の注11に規定する経過措置を廃止した上で、廃止される経過措置のうち、入院患者のうち医療区分3の患者と医療区分2の患者との合計が5割以上の要件については、令和6年9月30日までの経過措置を設ける。

現行

【療養病棟入院料】
[算定要件]

注11 注1に規定する病棟以外の病棟であって、注1に規定する療養病棟入院料2の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもの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。



令和6年度診療報酬改定

6. 医療機能に応じた入院医療の評価

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

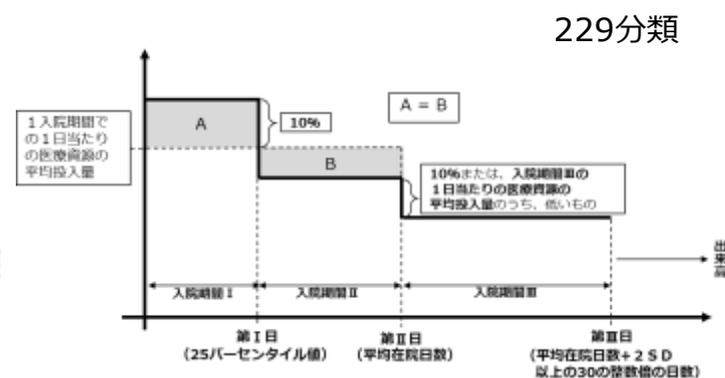
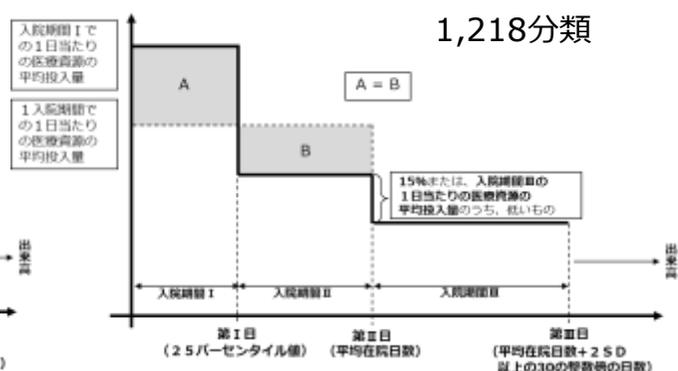
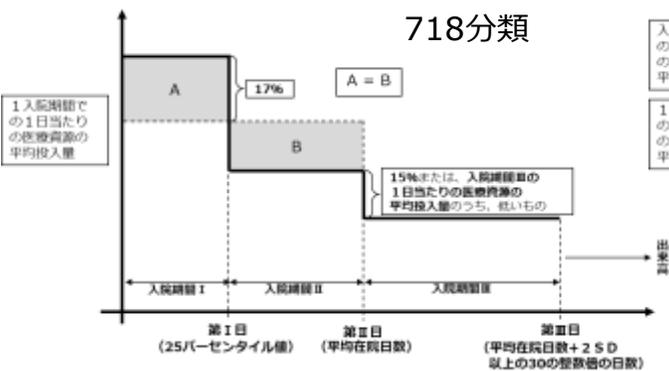
1日あたり点数の設定方法（5つの点数設定方式）

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

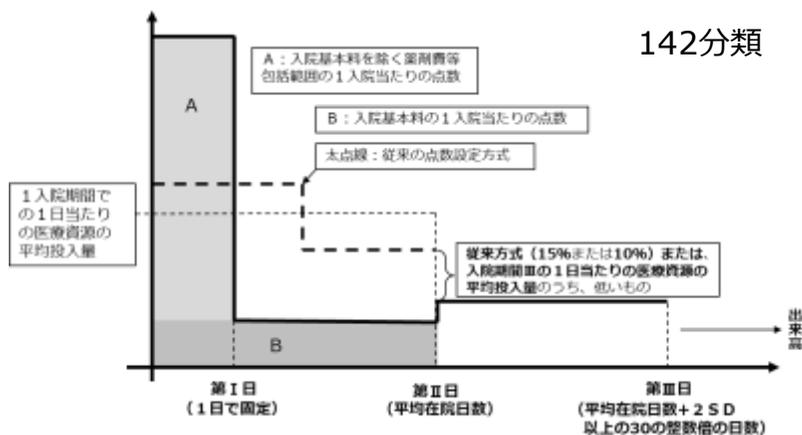
A 一般的な診断群分類

B 入院初期の医療資源投入量の多い診断群分類

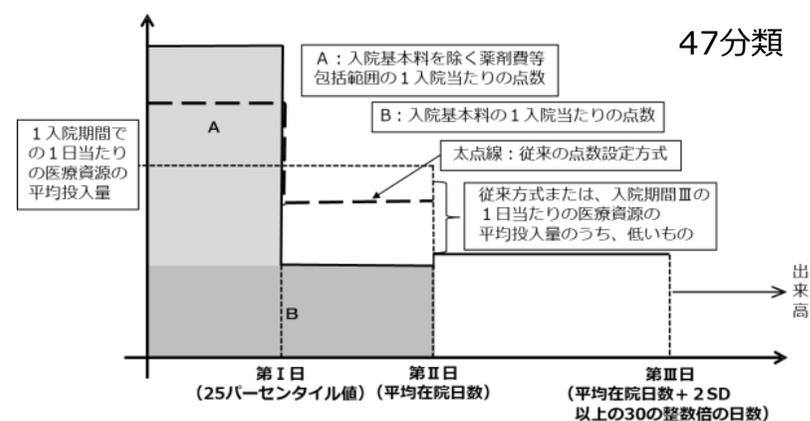
C 入院初期の医療資源投入量の少ない診断群分類



D 高額薬剤や短期滞在手術等に係る診断群分類



E 標準化が進んでいると考えられる診断群分類



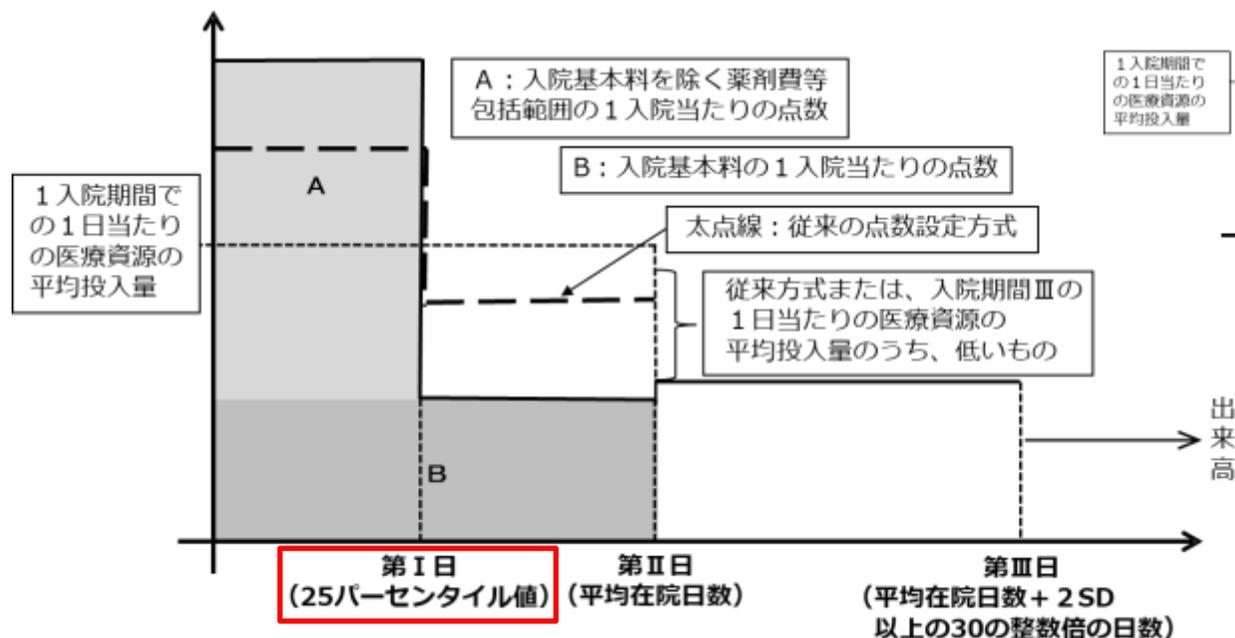
診断群分類点数表の見直し

点数設定方式Eの新設

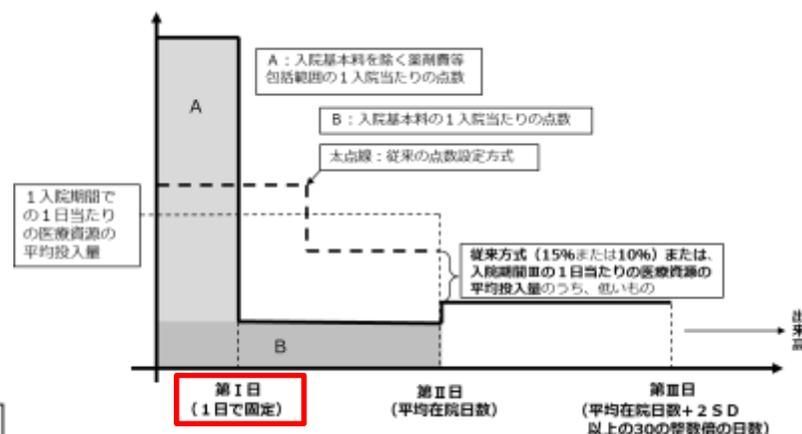
- より早期の退院への評価を充実化する観点から、一定程度標準化が進んでいる診断群分類であって、一定の入院期間が見込まれる分類への適用を念頭に、入院期間 I で入院基本料を除く 1 入院当たり包括範囲点数を支払う点数設定方式Eを新設する。

(新) 点数設定方式 E

(赤枠が点数設定方式Dとの相違点)



(参考) 点数設定方式D



機能評価係数Ⅱの見直し

機能評価係数Ⅱの見直し（概要）

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

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



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

(※) 全体を「6.0」とした場合（改定前後の比較のため）

DPC/PDPSの機能評価係数IIにおける新たな評価

地域医療係数の見直し

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

<臓器提供の実施>

[概要]

法的脳死判定後の臓器提供に係る実績を評価

[評価の内容]

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



※大学病院本院群
DPC特定病院群
の場合



日本臓器移植
ネットワーク



臓器移植施設

<医療の質向上に向けた取組>

[概要]

医療の質に係るデータの提出や病院情報等の公開を評価

[評価の内容]



データの提出

・医療の質指標に係る
データの提出 (0.5P)



データの活用

・病院情報の公表 (0.25P)
・医療の質指標の公表
(0.25P)

医療の質指標
(3テーマ9指標)
①医療安全
②感染管理
③ケア



<医師少数地域への医師派遣機能>

[概要]

医師派遣による地域医療体制維持への貢献を評価

[評価の内容]

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



大学病院本院

常勤医としての派遣



短期滞在手術等基本料の評価の見直し

短期滞在手術等基本料1の見直し

- ▶ 短期滞在手術等基本料1について、対象手術等の入院外での実施状況を踏まえ、適切な評価を行う観点から、評価を見直す。

現行

【短期滞在手術等基本料1】

短期滞在手術等基本料1（日帰りの場合）

- | | |
|-----------------|--------|
| イ 麻酔を伴う手術を行った場合 | 2,947点 |
| ロ イ以外の場合 | 2,718点 |



改定後

【短期滞在手術等基本料1】

短期滞在手術等基本料1（日帰りの場合）

- | | |
|------------------------------------|--------|
| （改）イ 主として入院で実施されている手術を行った場合 | |
| （1）麻酔を伴う手術を行った場合 | 2,947点 |
| （2）（1）以外の場合 | 2,718点 |
| （改）ロ イ以外の場合 | |
| （1）麻酔を伴う手術を行った場合 | 1,588点 |
| （2）（1）以外の場合 | 1,359点 |

短期滞在手術等基本料3の見直し

- ▶ 短期滞在手術等基本料3について、実態を踏まえ、賃上げに資する措置も考慮した評価の見直しを行うとともに、一部の対象手術等について、評価の精緻化を行う。

（片側・両側で評価の区別を行う手術等）

- | | | | |
|------|-------------------|---|---|
| K202 | 涙管チューブ挿入術 | 1 | 涙道内視鏡を用いるもの |
| K217 | 眼瞼内反症手術 | 2 | 皮膚切開法 |
| K219 | 眼瞼下垂症手術 | 1 | 眼瞼挙筋前転法 |
| K219 | 眼瞼下垂症手術 | 3 | その他のもの |
| K224 | 翼状片手術（弁の移植を要するもの） | | |
| K242 | 斜視手術 | 2 | 後転法 |
| K242 | 斜視手術 | 3 | 前転法及び後転法の併施 |
| K254 | 治療的角膜切除術 | 1 | エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。） |
| K268 | 緑内障手術 | 6 | 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術 |

令和6年度診療報酬改定

6. 医療機能に応じた入院医療の評価

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

地域医療体制確保加算の見直し

地域医療確保加算の要件の見直し

- 地域医療体制確保加算の施設基準に、医師の時間外・休日労働時間に係る基準を追加する。

改定後

【地域医療体制確保加算】

[施設基準]

- 医師の労働時間について、原則として、タイムカード、IC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。また、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。ただし、1年間の時間外・休日労働時間が次のとおりでない対象医師がいる場合において、その理由、改善のための計画を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する等の方法で公開した場合は、その限りでないこと。
 - ア 令和6年度においては、1,785時間以下
 - イ 令和7年度においては、1,710時間以下

勤務医の働き方改革の取組の推進

処置及び手術の休日加算1等の要件の見直し

- 勤務医の働き方改革を推進する観点から、処置及び手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1について、交代勤務制又はチーム制のいずれか及び手当に関する要件を満たす必要があることとする。

現行

【休日加算1・時間外加算1・深夜加算1】

[施設基準]

- 7 当該加算を算定する全ての診療科において、**次のいずれか**を実施していること。
- (1) 交代勤務制を導入しており、以下のアからキまでのいずれも実施していること。
ア～キ (略)
 - (2) チーム制を導入しており以下のアからカまでのいずれも実施していること。
ア～カ (略)
 - (3) 医師が時間外、休日又は深夜の手術等を行った場合の手当を支給しており、以下のア又はイのいずれかを実施するとともに実施内容について就業規則に記載を行い、その写しを地方厚生(支)局長に届け出ていること。また、休日等において、当該診療科に1名以上の緊急呼出し当番を担う医師を置いていること。
(中略)
ア・イ (略)

改定後

【休日加算1・時間外加算1・深夜加算1】

[施設基準]

- 7 当該加算を算定する全ての診療科において、**(1)又は(2)のいずれか及び(3)**を実施していること。
- (1) 交代勤務制を導入しており、以下のアからキまでのいずれも実施していること。
ア～キ (略)
 - (2) チーム制を導入しており以下のアからカまでのいずれも実施していること。
ア～カ (略)
 - (3) 医師が時間外、休日又は深夜の手術等を行った場合の手当を支給しており、以下のア又はイのいずれかを実施するとともに実施内容について就業規則に記載を行い、その写しを地方厚生(支)局長に届け出ていること。また、休日等において、当該診療科に1名以上の緊急呼出し当番を担う医師を置いていること。
(中略)
ア・イ (略)

※ 令和6年3月31日時点で休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の届出を行っている保険医療機関については、7に係る規定は令和8年5月31日までの間に限り、なお従前の例による。



看護補助者に係る評価の充実

直接患者に対するケアを担う看護補助者の配置の評価

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

現行

【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

改定後

【療養病棟入院基本料】

注12 夜間看護加算	50点
注13 イ 看護補助体制充実加算 1	80点
□ 看護補助体制充実加算 2	65点
ハ 看護補助体制充実加算 3	55点

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

[算定要件] (概要)

当該基準に係る区分に従い、それぞれ1日につき所定点数に加算する。ただし、本文の規定にかかわらず、**身体的拘束を実施した日は、看護補助体制充実加算3**の例により所定点数に加算する。

※身体的拘束を実施した日の取扱いは、令和7年6月1日以降より適用する。

[施設基準]

(1) 看護補助体制充実加算1の施設基準

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

(2) 看護補助体制充実加算2の施設基準

(1)のイからオを満たすものであること。

(3) 看護補助体制充実加算3の施設基準

(1)のウ及びエを満たすものであること。

令和6年度診療報酬改定

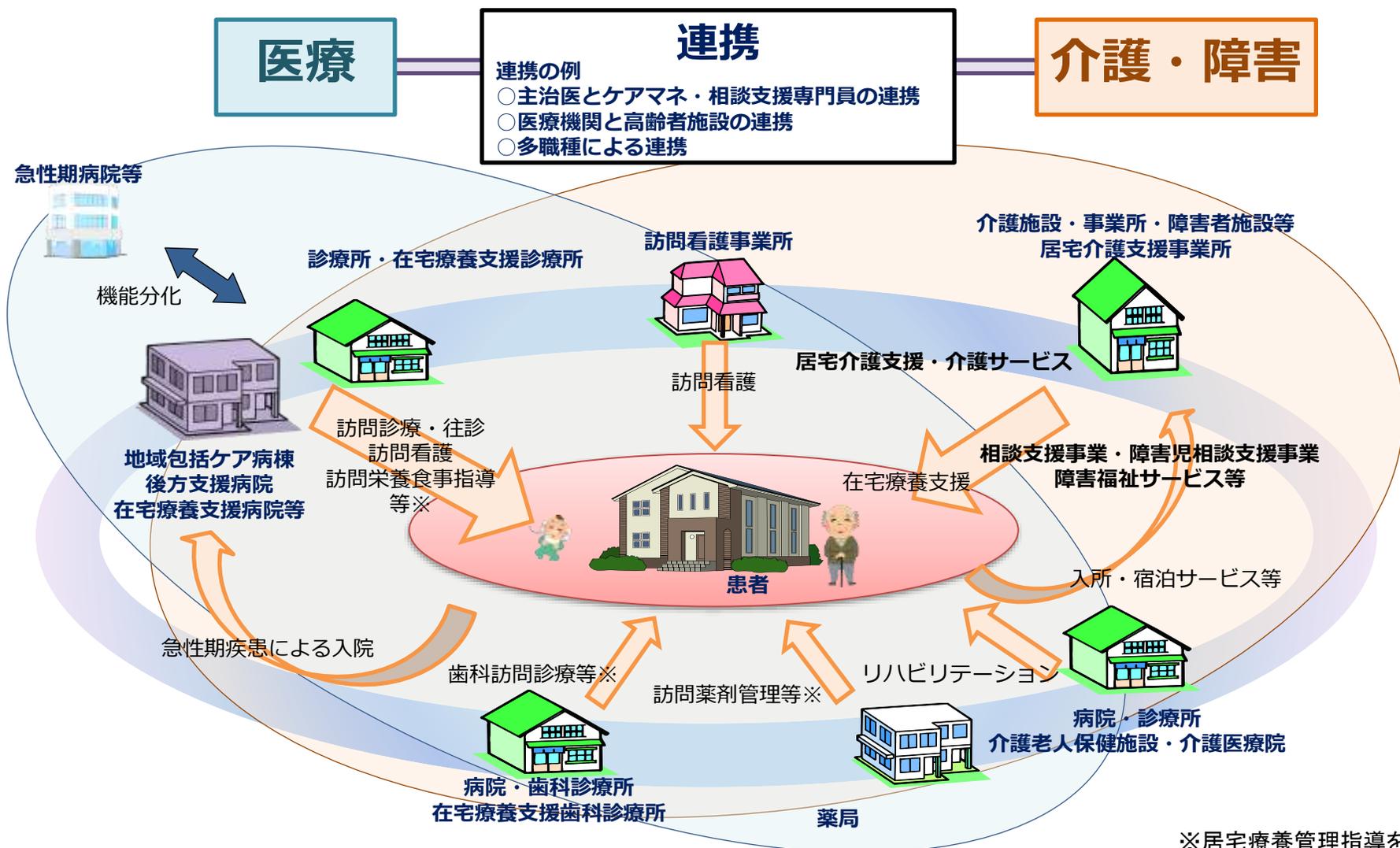
7. 質の高い訪問診療・訪問看護の確保

(1) 在宅医療

(2) 訪問看護

地域包括ケアシステムにおける在宅医療（イメージ）

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



訪問診療・往診等に関する見直し

質の高い在宅医療提供体制の構築の推進

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

【見直しの概要（主なもの）】

・在宅医療情報連携加算の新設

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

・在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料の新設

在宅で療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者の病状の急変時に、ICTの活用によって、医療従事者等の間で共有されている人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を踏まえ医師が療養上必要な指導を行った場合の評価

・往診時医療情報連携加算の新設

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

・在宅療養移行加算の見直し

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

・在宅ターミナルケア加算等の見直し

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

患者の状態に応じた適切な訪問診療・往診等の推進

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

【見直しの概要（主なもの）】

・在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の見直し

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

・往診料の見直し

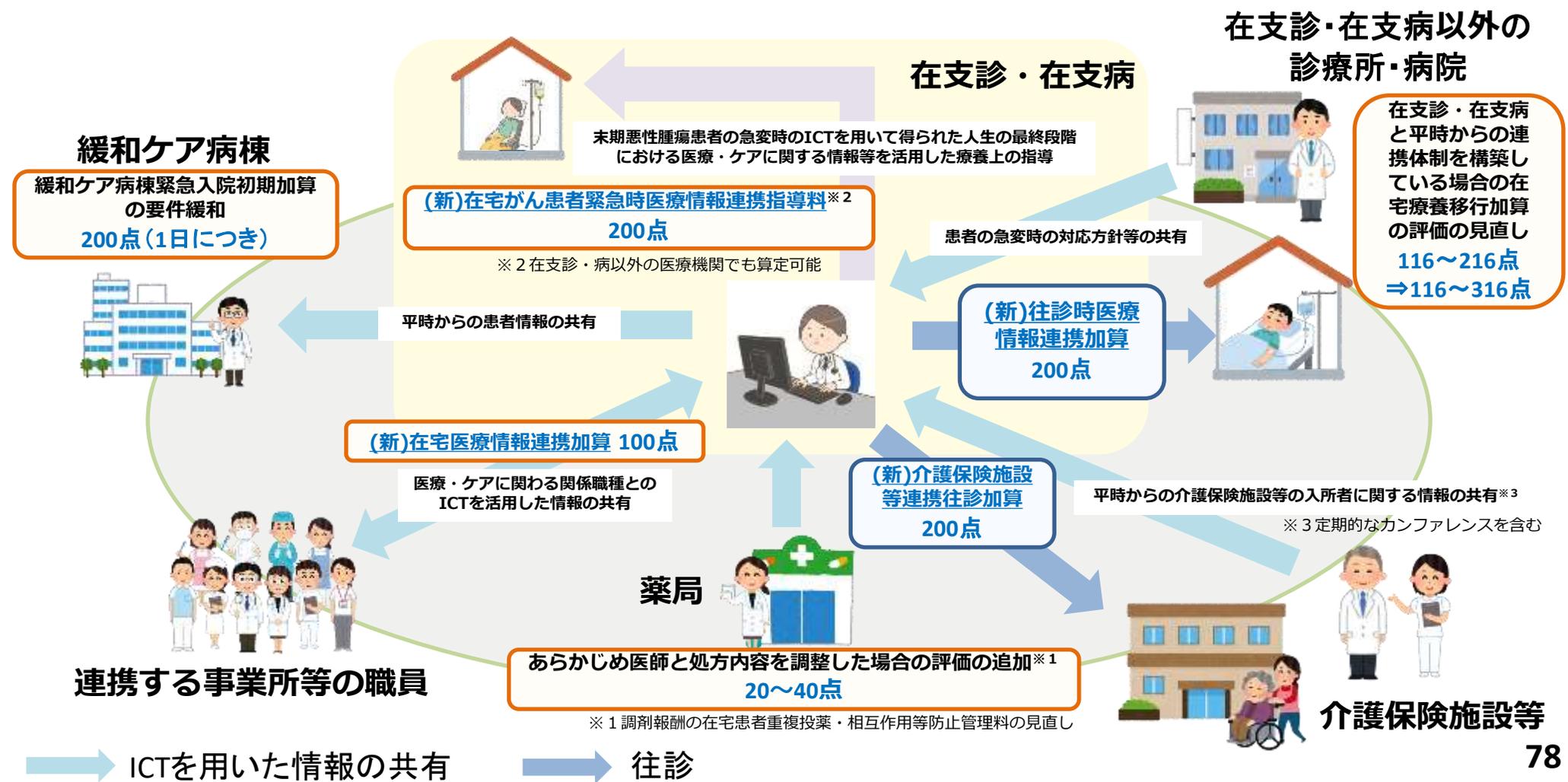
往診を行う保険医療機関において訪問診療を行っている患者等以外の患者に対する緊急の往診に係る評価の見直し

・在宅患者訪問診療料の見直し

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

在宅医療におけるICTを用いた連携の推進

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



在宅医療におけるICTを用いた連携の推進①

在宅医療情報連携加算の新設

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

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

[算定要件]（概要）

- 医師が、医療関係職種等により記録された**患者の医療・ケアに関わる情報を取得及び活用した上で、計画的な医学管理を行うこと**及び医師が診療を行った際の診療情報等について**記録し、医療関係職種等に共有すること**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

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家において、当該患者及びその家族等に療養上必要な指導を行った場合**に、月1回に限り算定する。
- 在宅で療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者に対して診療等を行う医師は、療養上の必要な指導を行うにあたり、活用された当該患者の人生の最終段階における医療・ケアに関する情報について、**当該情報を記録した者の氏名、記録された日、取得した情報の要点及び患者に行った指導の要点**を診療録に記載すること。

緩和ケア病棟緊急入院初期加算の要件緩和

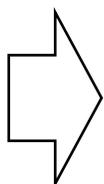
- 緩和ケア病棟における在宅療養支援をより推進する観点から、緊急入院初期加算の要件を見直す。

現行

【緩和ケア病棟緊急入院初期加算】

[算定要件] (概要)

緩和ケア病棟緊急入院初期加算は、在宅緩和ケアを受け、緊急に入院を要する可能性のある患者について、緊急時の円滑な受入れのため、病状及び投薬内容のほか、患者及び家族への説明等について、当該連携保険医療機関より予め文書による情報提供を受ける必要がある。



改定後

【緩和ケア病棟緊急入院初期加算】

[算定要件] (概要)

緩和ケア病棟緊急入院初期加算は、在宅緩和ケアを受け、緊急に入院を要する可能性のある患者について、緊急時の円滑な受入れのため、病状及び投薬内容のほか、患者及び家族への説明等について、当該連携保険医療機関より予め文書による情報提供を受ける必要がある。**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。**

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。

往診料	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。

在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の見直し

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

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

在宅療養支援診療所・病院における訪問栄養食事指導の推進

在宅療養支援診療所・病院の要件の見直し

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

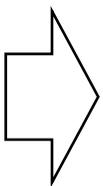
現行

【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。

令和6年度診療報酬改定

7. 質の高い訪問診療・訪問看護の確保

(1) 在宅医療

(2) 訪問看護

質の高い訪問看護の確保

訪問看護の提供体制	利用者のニーズへの対応	医療DXへの対応を含む 関係機関との連携強化
<p>訪問看護ステーションにおける持続可能な24時間対応体制確保の推進</p> <ul style="list-style-type: none"> 看護業務の負担軽減のための取組を行った場合を評価 24時間対応に係る連絡体制の取扱いの見直し <p style="text-align: right;">※介護保険においても同様に対応</p>		<p>訪問看護療養費明細書の電子化に伴う 訪問看護指示書の記載事項及び様式見直し</p>
<p>訪問看護ステーションの機能に応じた訪問看護管理療養費の見直し</p> <ul style="list-style-type: none"> 訪問看護管理療養費を実績に応じた評価体系に見直し 機能強化型1における専門の研修を受けた看護師の配置の要件化 適切な感染管理の下での対応を評価 オンライン請求及び領収証兼明細書の発行の推進 		<p>訪問看護医療DX情報活用加算の新設</p> <ul style="list-style-type: none"> オンライン資格確認等システムを通じた情報の取得・活用した計画的な管理を評価。
	<p>緊急訪問看護加算の評価の見直し</p> <ul style="list-style-type: none"> 緊急訪問看護加算の要件及び評価の見直し 	
<p>訪問看護ステーションにおける 管理者の責務の明確化</p> <p style="text-align: right;">※介護保険においても同様に対応</p>	<p>医療ニーズの高い利用者の退院支援の見直し</p> <ul style="list-style-type: none"> 長時間の訪問を要する者に対する指導を行った場合の加算の要件の見直し 	<p>ICTを活用した遠隔死亡診断の補助に対する評価の新設</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療機関からの訪問看護における遠隔死亡診断補助を評価 <p style="text-align: right;">※介護保険においても同様に対応</p>
<p>虐待防止措置及び身体的拘束等の 適正化の推進</p> <p style="text-align: right;">※介護保険においても同様に対応</p>	<p>母子に対する適切な訪問看護の推進</p> <ul style="list-style-type: none"> ハイリスク妊産婦連携指導料の要件の見直し 乳幼児加算の評価体系の見直し 	
<p>賃上げに向けた評価の新設</p>		

訪問看護ステーションの機能に応じた訪問看護管理療養費の見直し①

訪問看護管理療養費の見直し（月の初日の訪問の場合）

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

現行

【訪問看護管理療養費】

1 月の初日の訪問の場合

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

[施設基準]

機能強化型訪問看護管理療養費1の基準

イ～ハ 略

(新設)

改定後

【訪問看護管理療養費】

1 月の初日の訪問の場合

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

[施設基準]

機能強化型訪問看護管理療養費1の基準

イ～ハ 略

ト 専門の研修を受けた看護師が配置されていること。

[経過措置]

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

(参考) 算定留意事項

第5 訪問看護管理療養費について

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

訪問看護ステーションの機能に応じた訪問看護管理療養費の見直し②

訪問看護管理療養費の見直し（月の2日目以降の訪問の場合）

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

現行

【訪問看護管理療養費】

2 月の2日目以降の訪問の場合（1日につき） 3,000円

改定後

【訪問看護管理療養費】

2 月の2日目以降の訪問の場合（1日につき）

(新) イ	訪問看護管理療養費 1	3,000円
(新) ロ	訪問看護管理療養費 2	2,500円

[算定要件]

指定訪問看護を行うにつき安全な提供体制が整備されている訪問看護ステーション（1のイ、ロ及び八並びに2のイ及びロについては、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションに限る。）であって、利用者に対して訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っているものが、当該利用者に係る訪問看護計画書及び訪問看護報告書並びに精神科訪問看護計画書及び精神科訪問看護報告書を当該利用者の主治医（保険医療機関の保険医又は介護老人保健施設若しくは介護医療院の医師に限る。以下同じ。）に対して提出するとともに、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を継続して行った場合に、訪問の都度算定する。

[施設基準]

・ 訪問看護管理療養費 1 の基準

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

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

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

・ 訪問看護管理療養費 2 の基準

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

[経過措置]

令和6年3月31日時点において現に指定訪問看護事業者が、当該指定に係る訪問看護事業を行う事業所については、令和6年9月30日までの間に限り、訪問看護管理療養費 1 の基準に該当するものとみなす。

すべての事業所で
届出が必要です



訪問看護ステーションにおける持続可能な24時間対応体制確保の推進

24時間対応体制加算の見直し①

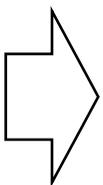
- 訪問看護ステーションにおける看護師等の働き方改革及び持続可能な24時間対応体制の確保を推進する観点から、24時間対応体制加算について、看護業務の負担軽減のための取組を行った場合を考慮した評価体系に見直す。

現行

【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】

〔算定要件〕

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションが、利用者又はその家族等に対して当該基準に規定する24時間の対応体制にある場合（指定訪問看護を受けようとする者の同意を得た場合に限る。）には、24時間対応体制加算として、月1回に限り、6,400円を所定額に加算する。ただし、当該月において、当該利用者について他の訪問看護ステーションが24時間対応体制加算を算定している場合は、算定しない。



改定後

【24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）】

〔施設基準〕

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションが、利用者又はその家族等に対して当該基準に規定する24時間の対応体制にある場合（指定訪問看護を受けようとする者の同意を得た場合に限る。）には、24時間対応体制加算として、**次に掲げる区分に従い**、月1回に限り、**いずれか**を所定額に加算する。ただし、当該月において、当該利用者について他の訪問看護ステーションが24時間対応体制加算を算定している場合は、算定しない。

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

（参考）24時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組

訪問看護管理療養費の注2のイを算定する場合、次に掲げる24時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組に関する内容のうち、ア又はイを含む2項目以上を満たしていること。

- ア 夜間対応した翌日の勤務間隔の確保
- イ 夜間対応に係る勤務の連続回数が2連続（2回）まで
- ウ 夜間対応後の暦日の休日確保
- エ 夜間勤務の二ーズを踏まえた勤務体制の工夫
- オ ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減
- カ 電話等による連絡及び相談を担当する者に対する支援体制の確保

緊急訪問看護加算の評価の見直し

緊急訪問看護加算の見直し

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

現行

【緊急訪問看護加算（訪問看護基本療養費）】

[算定要件]

1及び2（いずれも八を除く。）については、利用者又はその家族等の求めに応じて、その主治医（診療所又は医科点数表の区分番号C001の注1に規定する在宅療養支援病院（以下「在宅療養支援病院」という。）の保険医に限る。）の指示に基づき、訪問看護ステーションの看護師等が緊急に指定訪問看護を実施した場合には、緊急訪問看護加算として、1日につき2,650円を所定額に加算する。

[算定要件]

（新規）

(4) （略）

（新規）

改定後

【緊急訪問看護加算（訪問看護基本療養費）】

[算定要件]

1及び2（いずれも八を除く。）については、利用者又はその家族等の求めに応じて、その主治医（診療所又は医科点数表の区分番号C001の注1に規定する在宅療養支援病院（以下「在宅療養支援病院」という。）の保険医に限る。）の指示に基づき、訪問看護ステーションの看護師等が緊急に指定訪問看護を実施した場合には、緊急訪問看護加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定額に加算する。

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

[算定要件]

(4) 当該加算に関し、利用者又はその家族等からの電話等による緊急の求めに応じて、主治医の指示により、緊急に指定訪問看護を実施した場合は、その日時、内容及び対応状況を訪問看護記録書に記録すること。

(5) （略）

(6) 緊急訪問看護加算を算定する場合には、当該加算を算定する理由を、訪問看護療養費明細書に記載すること。

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

令和6年度診療報酬改定

8. 重点的分野における対応

初期診療後の救急患者の転院搬送に対する評価

救急患者連携搬送料の新設

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

(新) 救急患者連携搬送料

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



[算定要件]

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

[施設基準]

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

急性期一般入院料1における在宅復帰率の基準の見直し

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

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

小児かかりつけ診療料の見直し

小児かかりつけ診療料の見直し

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

現行

【小児かかりつけ診療料】

- 1 小児かかりつけ診療料 1
 イ 処方箋を交付する場合
 (1) 初診時 641点 (2) 再診時 448点
 □ 処方箋を交付しない場合
 (1) 初診時 758点 (2) 再診時 566点

- 2 小児かかりつけ診療料 2
 イ 処方箋を交付する場合
 (1) 初診時 630点 (2) 再診時 437点
 □ 処方箋を交付しない場合
 (1) 初診時 747点 (2) 再診時 555点

[算定要件] (抜粋)

- (6) 小児かかりつけ診療料の算定に当たっては、以下の指導等を行うこと。

ア～エ (略)

(新設)

(新設)

オ (略)

[施設基準]

(略)



改定後

【小児かかりつけ診療料】

- 1 小児かかりつけ診療料 1
 イ 処方箋を交付する場合
 (1) 初診時 **652点** (2) 再診時 **458点**
 □ 処方箋を交付しない場合
 (1) 初診時 **769点** (2) 再診時 **576点**

- 2 小児かかりつけ診療料 2
 イ 処方箋を交付する場合
 (1) 初診時 **641点** (2) 再診時 **447点**
 □ 処方箋を交付しない場合
 (1) 初診時 **758点** (2) 再診時 **565点**

[算定要件] (抜粋)

- (6) 小児かかりつけ診療料の算定に当たっては、以下の指導等を行うこと。

ア～エ (略)

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

カ 不適切な養育にも繋がりうる育児不安等の相談に適切に対応すること。

キ (略)

[施設基準] (抜粋)

- 1 小児かかりつけ診療料 1 に関する施設基準

(1) (略)

(2) 区分番号「B001-2」小児科外来診療料を算定していること。

(3)・(4) (略)

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

- 2 小児かかりつけ診療料 2 に関する施設基準

(1) 1の(1)、(2)、(4)及び(5)の基準を満たしていること。

(2) (略)

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

小児入院医療管理料における複数名の保育士配置の評価

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

現行

【小児入院医療管理料】

[算定要件] (概要)

注2 1日につき100点を所定点数に加算する。

注4 重症児受入体制加算として、1日につき200点を所定点数に加算する。



改定後

【小児入院医療管理料】

[算定要件] (概要)

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



小児入院医療管理料における看護補助者の配置の評価

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

(新) 看護補助加算 (1日につき) 151点

[算定要件]

小児入院医療管理料1、小児入院医療管理料2又は小児入院医療管理料3を算定している患者にについて、入院した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。

[施設基準]

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

(新) 看護補助体制充実加算 (1日につき) 156点

[算定要件] ※看護補助加算と同様

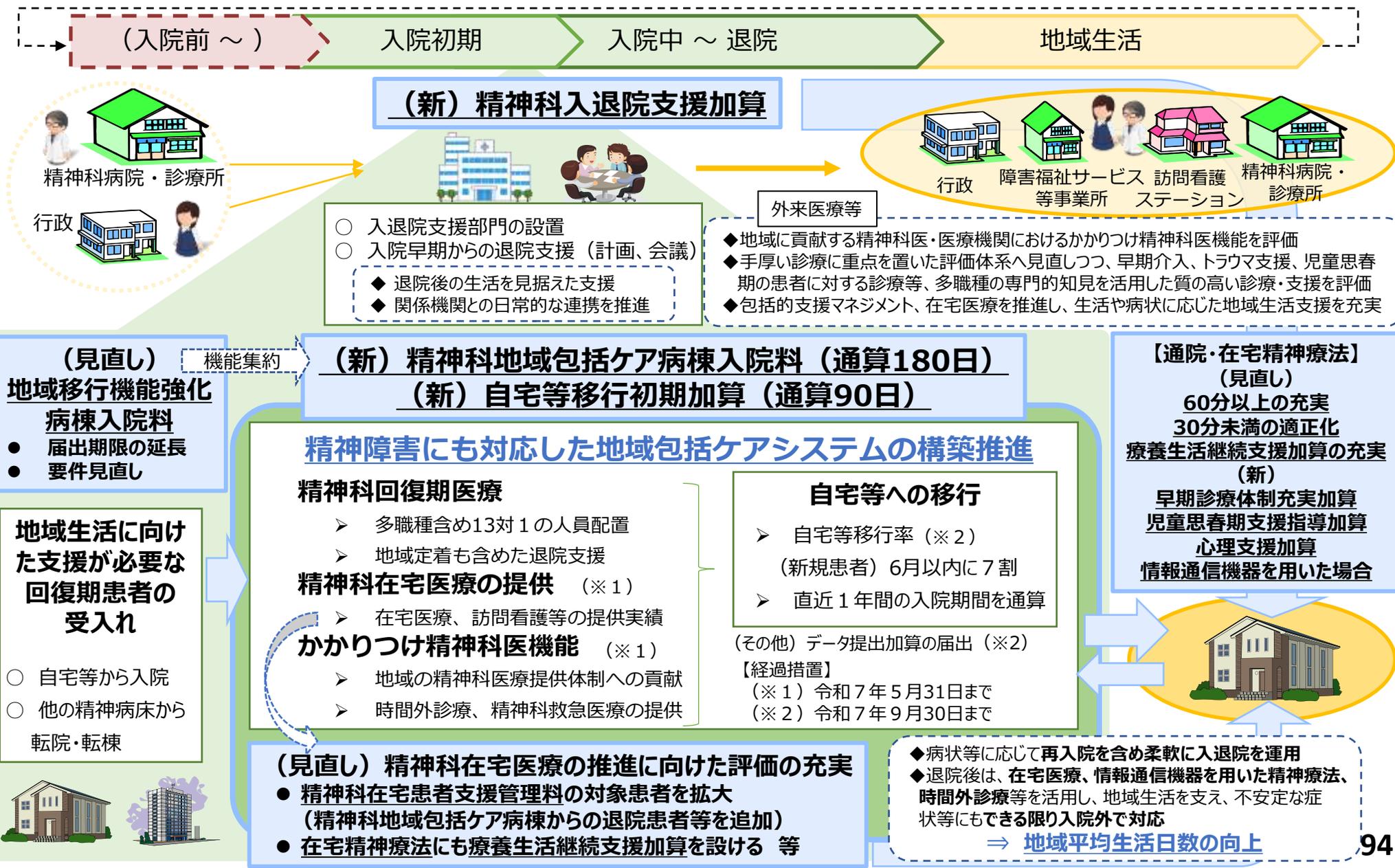
[施設基準]

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

付き添う環境への配慮

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

精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に向けた重点的な支援（イメージ）



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

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

(新) 精神科地域包括ケア病棟入院料 自宅等移行初期加算

1,535点 (1日につき)
100点 (1日につき)

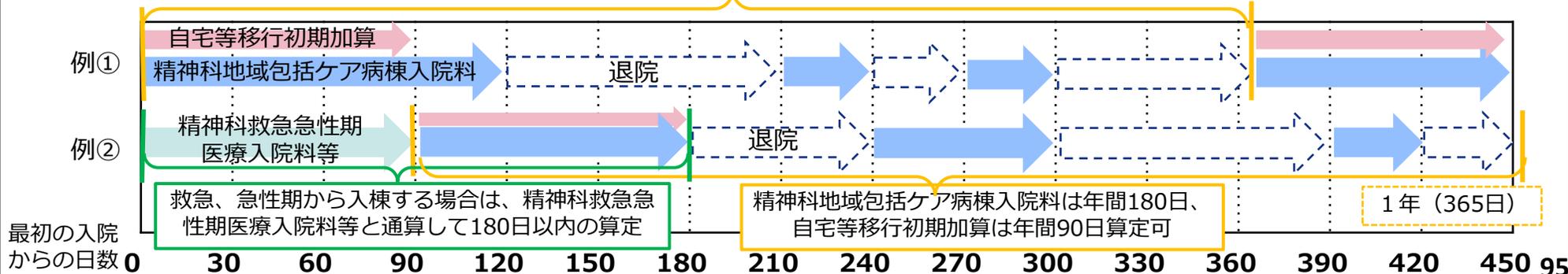
[算定要件] (概要)

- (1) **精神科救急急性期医療入院料**、**精神科急性期治療病棟入院料**及び**精神科救急・合併症入院料**を算定した期間と通算して**180日**を限度として、所定点数を算定する。
- (2) 当該病棟に転棟若しくは転院又は入院した日から起算して**90日間**に限り、**自宅等移行初期加算**として、100点を加算する。
- (3) 過去1年以内に、精神科地域包括ケア病棟入院料又は自宅等移行初期加算を算定した患者については、期間の計算に当たって、**直近1年間の算定期間(算定した日数)を180日又は90日に通算**する。
- (4) 精神病棟入院基本料(15対1、18対1、20対1)、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料を届け出ている病棟から、当該病棟への転棟は、**患者1人につき1回**に限る。
- (5) 当該病棟の入院患者に対しては、主治医が病状の評価に基づいた診療計画を作成し、適切な治療を実施するとともに、**医師、看護職員、薬剤師、作業療法士、精神保健福祉士、公認心理師等の多職種が共同**して、個々の患者の希望や状態に応じて、退院後の療養生活を見据え必要な療養上の指導、服薬指導、作業療法、相談支援、心理支援等を行う。
- (6) 当該病棟の入院患者のうち必要なものに対しては、**療養上の指導、服薬指導、作業療法、相談支援又は心理支援等を、1日平均2時間以上**提供していることが望ましい。
- (7) 症状性を含む器質性精神障害の患者にあつては、精神症状を有する状態に限り、単なる認知症の症状のみを有する患者については、当該入院料を算定できない。

[算定イメージ]

精神科地域包括ケア病棟入院料は年間180日、自宅等移行初期加算は年間90日算定可

1年(365日)



精神科入退院支援加算の新設

- 精神病床に入院する患者に対して、入院早期から包括的支援マネジメントに基づく入退院支援を行った場合の評価を新設する。
- 精神科措置入院退院支援加算について、精神科入退院支援加算の注加算として統合する。

(新) 精神科入退院支援加算

1,000点 (退院時 1回)

(新) 注2 精神科措置入院退院支援加算

300点 (退院時 1回)



【算定要件】 (概要)

- (1) 原則として**入院後7日以内**に患者の状況を把握するとともに**退院困難な要因を有している患者を抽出**する。
- (2) 退院困難な要因を有する患者について、原則として**7日以内**に**患者及び家族と病状や退院後の生活も含めた話合い**を行うとともに、関係職種と連携し、**入院後7日以内**に**退院支援計画の作成に着手**する。
- (3) 退院支援計画の作成に当たっては、**入院後7日以内**に病棟の看護師及び病棟に専任の入退院支援職員並びに入退院支援部門の看護師及び精神保健福祉士等が共同して**カンファレンスを実施**する。
- (4) 当該患者について、**概ね3月に1回の頻度でカンファレンスを実施**し、支援計画の見直しを適宜行う。なお、医療保護入院の者について、精神保健福祉法第33条第6項第2号に規定する委員会の開催をもって、当該カンファレンスの開催とみなすことができる。

【施設基準】 (概要)

- (1) 当該保険医療機関内に入退院支援部門が設置されていること。
- (2) 当該入退院支援部門に**専従の看護師及び専任の精神保健福祉士**又は**専従の精神保健福祉士及び専任の看護師**が配置されていること。
- (3) 入退院支援及び地域連携業務に専従する看護師又は精神保健福祉士が、各病棟に専任で配置されていること。
- (4) 次のア又はイを満たすこと。
 - ア 以下の(イ)から(ホ)に掲げる、転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い**連携する機関の数の合計が10以上**であること。ただし、(イ)から(ホ)までのうち**少なくとも3つ以上との連携**を有していること。
 - (イ) 他の保険医療機関
 - (ロ) 障害者総合支援法に基づく障害福祉サービス等事業者
 - (ハ) 児童福祉支援法に基づく障害児相談支援事業所等
 - (ニ) 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又は施設サービス事業者
 - (ホ) 精神保健福祉センター、保健所又は都道府県若しくは市区町村の障害福祉担当部署
 - イ **直近1年間に、地域移行支援**を利用し退院した患者又は**自立生活援助**若しくは**地域定着支援**の利用に係る申請手続きを入院中に行った患者の数の合計が**5人以上**であること。

精神医療における外来、在宅診療に係る評価の見直し（イメージ）

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

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

通院・在宅精神療法

（充実）60分以上・初診 （適正化）30分未満

外来通院
保険医療機関内

在宅
保険医療機関外

（新）【早期診療体制充実加算】

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

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

（新）【心理支援加算】

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

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

（新）【児童思春期支援指導加算】

【児童思春期の精神疾患患者に対して、多職種が連携して行う外来診療を評価】

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

通院精神療法

（新）【情報通信機器を用いた場合】

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

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

（対象患者の拡大）

【精神科在宅患者支援管理料】

※通院・在宅精神療法には含まれない

（見直し）【療養生活継続支援加算】

【外来、在宅診療における包括的支援マネジメントを推進】

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

令和6年度診療報酬改定

9. 個別改定項目（1）

急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進

急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進①

- 急性期医療におけるADLが低下しないための取組を推進するとともに、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進を図る観点から、土曜日、日曜日及び祝日に行うリハビリテーションを含むリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理について、新たな評価を行う。

(新) リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算（1日につき）

120点



より早期からの切れ目のないリハ（離床）・栄養・口腔の取組

- ・疾患別リハビリテーション等の提供によるADL等の改善
- ・土曜日、日曜日及び祝日に行うリハビリテーションの提供
- ・入棟後早期のリハビリテーションの実施
- ・病棟専任の管理栄養士による早期評価と介入

多職種による評価と計画

- ・原則48時間以内の評価と計画作成
- ・口腔状態の評価と歯科医師等の連携
- ・定期的カンファレンスによる情報連携

急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進

急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進②

(新) リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算

【算定要件】 (概要)

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

【施設基準】 (概要)

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

病態に応じた早期からの疾患別リハビリテーションの推進

病態に応じた早期からの疾患別リハビリテーションの推進

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

(新) 急性期リハビリテーション加算

50点 (14日目まで)

(改) 早期リハビリテーション加算

30点 → 25点 (30日目まで)

[急性期リハビリテーション加算の対象患者] ※入院中の患者に限る。

ア ADLの評価であるBIが10点以下のもの。

イ 認知症高齢者の日常生活自立度がランクM以上に該当するもの。

ウ 以下に示す処置等が実施されているもの。

- ① 動脈圧測定(動脈ライン) ② シリンジポンプの管理 ③ 中心静脈圧測定(中心静脈ライン) ④ 人工呼吸器の管理
⑤ 輸血や血液製剤の管理 ⑥ 特殊な治療法等(CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO)

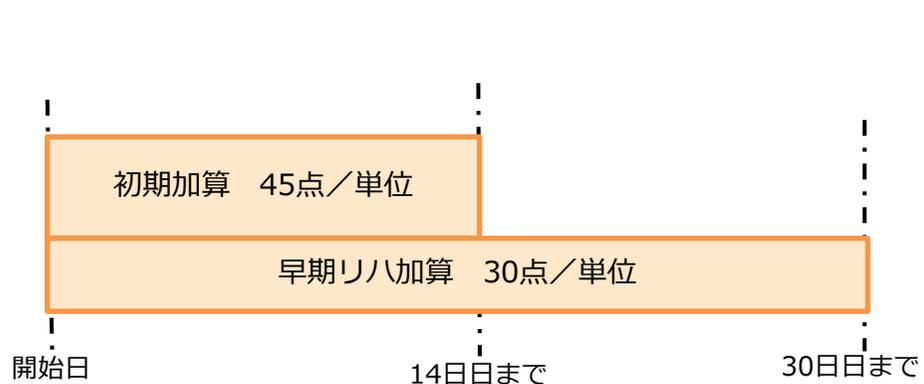
エ 「A220-2」特定感染症入院医療管理加算の対象となる感染症、感染症法第6条第3項に規定する二類感染症及び同法同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者及び当該感染症を疑う患者。ただし、疑似症患者については初日に限り算定する。

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

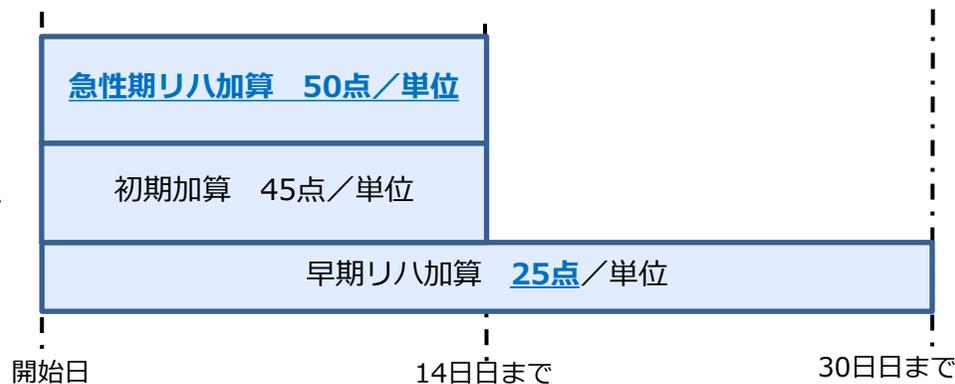
[急性期リハビリテーション加算の施設基準]

当該保険医療機関内にリハビリテーション科の常勤医師が配置されていること。

【現行】



【改定後】



令和6年度診療報酬改定

10. 個別改定項目（2）

いわゆる同一敷地内薬局に関する評価の見直し

敷地内薬局における評価の見直し（調剤）

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

現行

特別調剤基本料 7点

【施設基準】

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

【地域支援体制加算】

【後発医薬品調剤体制加算】
それぞれの点数の100分の80に相当する点数

【薬学管理料】

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



改定後

特別調剤基本料A

5点

【施設基準】

特別調剤基本料Aについては、特別な関係を有する保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が五割を超えること

【地域支援体制加算】 【後発医薬品調剤体制加算】 【在宅薬学総合体制加算】

それぞれの点数の100分の10に相当する点数

【連携強化加算】

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

【薬学管理料】

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

【薬剤料】

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

医療機関における敷地内薬局に関する評価の見直し

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

【処方箋料】

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

令和6年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

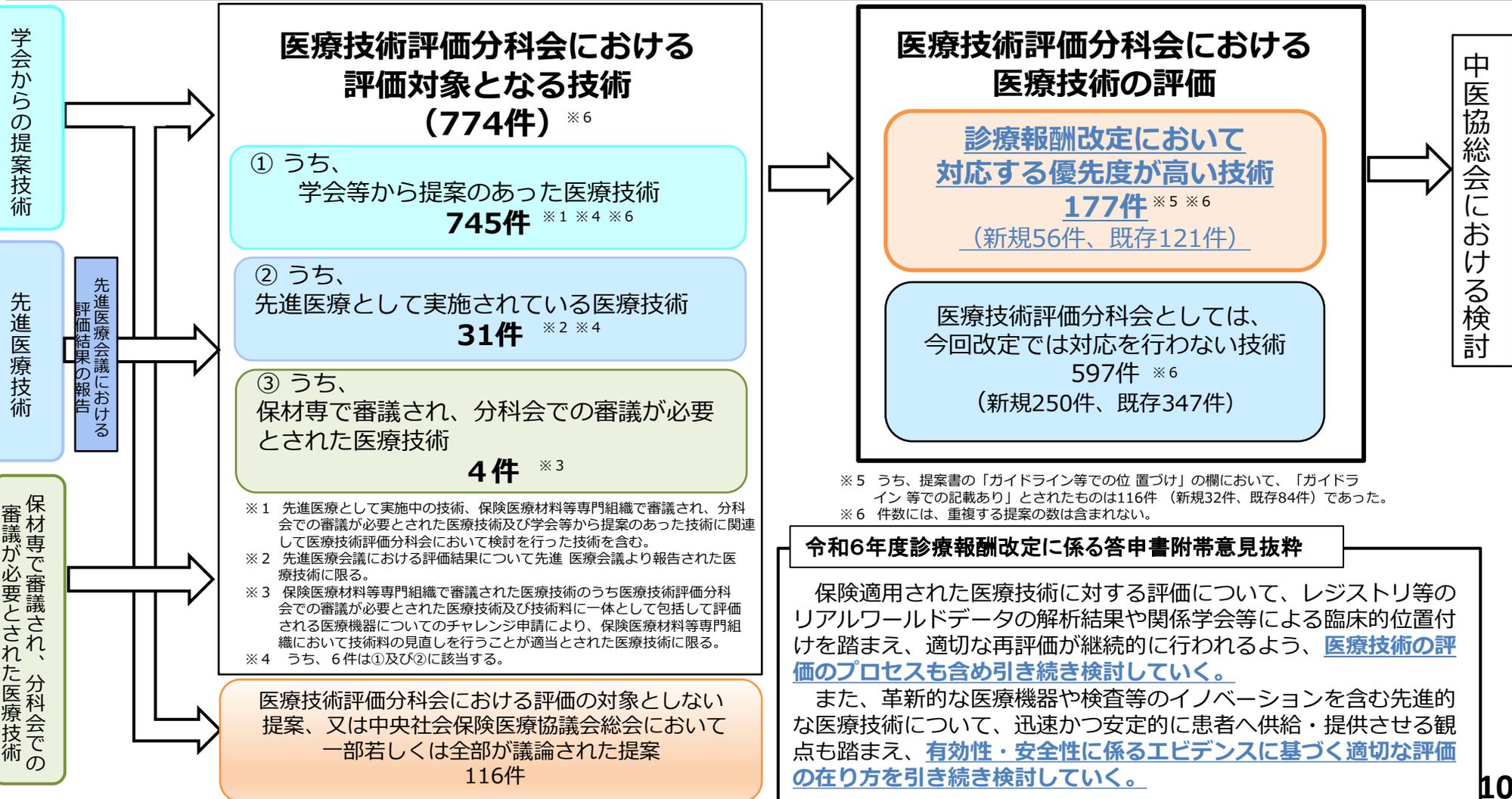
- いわゆる同一敷地内薬局については、同一敷地内の医療機関と薬局の関係性や当該薬局の収益構造等も踏まえ、当該薬局及び当該薬局を有するグループとしての評価の在り方に関して、引き続き検討すること。

令和6年度診療報酬改定

11. 医療技術の適切な評価

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応①

▶ 学会から提案のあった医療技術について、医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、医療技術の評価及び再評価を行い、優先的に保険導入すべきとされた新規技術（先進医療として実施されている技術及び保険医療材料等専門組織で審議された医療技術のうち医療技術評価分科会での審議が必要とされた医療技術を含む。）について新たな評価を行うとともに、既存技術の評価の見直し等を行う。



医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応②

新規技術の保険導入

- 保険収載されていない手術等について、医療技術評価分科会での評価を踏まえ新たに保険適用する。

[新たに保険収載される手術の例]

(新) 胸腔鏡下弁置換術 1 1弁のもの(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	115,500点
(新) 腹腔鏡下臍中央切除術	88,050点
(新) 腹腔鏡下連続携帯式腹膜灌流用カテーテル腹腔内留置術	16,660点
(新) 大腿骨遠位骨切り術	33,830点
(新) 人工股関節置換術(手術支援装置を用いるもの)	43,260点

[新たに保険収載される検査等の例]

(新) 経頸静脈的肝生検	13,000点
(新) ポジトロン断層撮影 ¹⁸ F 標識フルシクロビンを用いた場合	2,500点
(新) 覚醒維持検査	5,000点

保険医療材料等専門組織で検討された技術料の見直しへの対応

- 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術において、病変検出を支援するプログラム医療機器を用いて実施した場合の加算を新設する。

(新) 病変検出支援プログラム加算 60点

[算定要件]

大腸内視鏡検査を実施する際に、大腸内視鏡動画から大腸ポリープの持つ特徴を解析し検出支援を行うプログラム医療機器のうち、大腸内視鏡検査に関し専門の知識及び経験を有する医師が用いた場合に用いない場合と比較して診断精度が上昇することが示されていると認められた製品を用いて診断を行った上で診断されたポリープを切除した場合に、患者1人の一連の大腸内視鏡検査につき1回に限り算定できる。なお、本加算は、内視鏡検査に関する専門の知識及び5年以上の経験を有する医師により実施された場合に算定する。

解析モードをONにすると、内視鏡画像をリアルタイムで自動解析。ポリープ検出時、音と共に、ポリープの位置を緑色の四角形で表示



※出典：保険適用希望書提出企業

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応③

先進医療として実施された技術の保険導入

- ▶ 粒子線治療の対象疾患に、既存のX線治療等と比較して生存率等の改善が確認された以下の疾患を追加する。

【粒子線治療（一連につき）】

【算定要件】（概要）

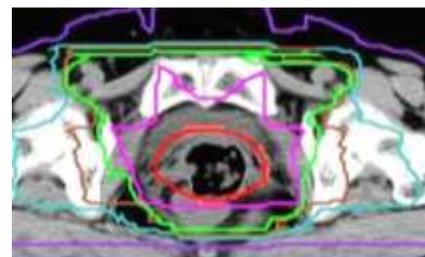
1 希少な疾病に対して実施した場合

187,500点

- ・ 陽子線治療：（改）早期肺癌※（Ⅰ期からⅡA期までの肺癌に限る。）、
肝細胞癌※（長径4センチメートル以上のものに限る。）、
肝内胆管癌※、局所進行性膵癌※、
局所大腸癌※（手術後に再発したものに限る。）
小児腫瘍（限局性の固形悪性腫瘍に限る。）、限局性の骨軟部腫瘍※、
頭頸部悪性腫瘍（口腔・咽喉頭の扁平上皮癌を除く。）
- ・ 重粒子線治療：（改）早期肺癌※（Ⅰ期からⅡA期までの肺癌に限る。）、
局所進行性子宮頸部扁平上皮癌※（長径6センチメートル以上のものに限る。）、
悪性黒色腫※（婦人科領域の臓器から発生した悪性黒色腫に限る。）、
肝細胞癌※（長径4センチメートル以上のものに限る。）、
肝内胆管癌※、局所進行性膵癌※、
局所大腸癌※（手術後に再発したものに限る。）
局所進行性子宮頸部腺癌※、限局性の骨軟部腫瘍※、
頭頸部悪性腫瘍（口腔・咽喉頭の扁平上皮癌を除く。）

※ 手術による根治的な治療法が困難であるものに限る。

例：婦人科領域の臓器から発生した悪性黒色腫に対する重粒子線治療



日本放射線腫瘍学会提出資料から引用

2 希少な疾病以外の特定の疾病に対して実施した場合

110,000点

- ・ 陽子線治療：限局性及び局所進行性前立腺癌（転移を有するものを除く。）
- ・ 重粒子線治療：限局性及び局所進行性前立腺癌（転移を有するものを除く。）

【加算】

①粒子線治療適応判定加算 40,000点
（カンサーボードによる適応判定に関する体制整備を評価）

②粒子線治療医学管理加算 10,000点
（照射計画を三次元的に確認するなど
の医学的管理を評価）

令和6年度診療報酬改定

12. 保険医療材料・プログラム医療機器

令和6年度保険医療材料制度改革等における主な改革事項

1 医療技術の多様化を踏まえた革新的な医療機器等に対するイノベーションの評価

(1) 保険適用後の再評価（チャレンジ申請）における対象拡大

- ・新規に保険適用される医療機器に加え、体外診断用医薬品及び保険適用されてから1年以内の医療機器及び体外診断用医薬品を対象に追加

(2) 経済性に優れた医療機器に対する評価

- ・対象疾患や使用目的等が既存の医療機器と共通し、臨床的な有効性が同等以上である医療機器であって、既存の特定保険医療材料よりも低い価格となるものに対する加算を新設

(3) 希少疾病等の検査に用いる体外診断用医薬品等に対する評価

- ・必要な体外診断用医薬品等の開発を評価する観点から、希少疾病用として薬事上指定された体外診断用医薬品等及び想定される検査回数が少ないコンパニオン診断用の体外診断用医薬品等を評価する仕組みの新設

(4) プログラム医療機器に対する評価

- ・プログラム医療機器に対する診療報酬上の評価に関する基準の明確化
- ・特定保険医療材料として評価する場合の原価計算における一般管理販売費及び流通経費等について必要性を個別に判断し計上
- ・保険適用後のアップデート等により性能向上した場合の再評価の枠組み整備
- ・薬事の第1段階承認を取得したもの使用等について評価療養の対象に追加
- ・チャレンジ申請中の保険適用外の使用等について評価療養の対象に追加
- ・保険適用期間終了後の患者自身による使用について選定療養の対象に追加

(5) 市場拡大再算定の見直し

- ・検査等の技術料に包括して評価される医療機器及び体外診断用医薬品に対する市場拡大再算定の基準設定による対象の明確化

2 保険診療上必要な医療機器の安定供給の確保のための対応

(1) 外国価格再算定の対象及び価格算出式の見直し

- ・市場実勢価格が外国平均価格よりも一定程度高額である場合に対象とする方式から、保険償還価格が外国価格よりも一定程度高額である場合に対象とする方式に見直し
- ・比較水準を1.25倍から1.3倍に変更

(2) 不採算品再算定における対応

- ・不採算品再算定における基準のひとつである「代替するものがない特定保険医療材料であること」について、要望する製造販売業者によるシェアが100%でない場合においても、シェアが大きいことにより当該製造販売業者が供給困難となった場合に他の製造販売業者が不足分を供給できないと考えられる場合も該当するものとして対応。

(3) 価格の下支え制度の導入

- ・医療上の必要性が高いにも関わらず保険償還価格が著しく低いために供給が著しく困難となる特定保険医療材料であり、不採算品再算定を行った機能区分の価格について、再算定を行う際の診療報酬改定及びその次の診療報酬改定における外国価格再算定の対象から除外

3 その他の対応

(1) 保険適用の手続き

- ・診療報酬改定の後ろ倒しを踏まえつつも新規医療機器等を迅速に保険導入する観点から改定年の3月における保険適用を開始
- ・算定留意事項の軽微な変更等について保険医療材料等専門組織に対する報告により保険適用する可能性があることを明確化

(2) 安定的な供給に関する製造販売業者等の対応

- ・保険適用となった医療機器等が安定供給が困難な事態に至るおそれがある場合の製造販売業者からの報告制度について、代替品等を製造販売する製造販売業者及び業界団体へ協力を求めることが可能となるよう制度を見直すとともに、報告に係る様式等について所要の見直しを行う。

プログラム医療機器の使用に対する評価等の見直し

プログラム医療機器の使用に係る指導管理の評価

- 健康管理等のために主に患者自らが使用するプログラム医療機器について特定保険医療材料として評価されることを踏まえ、こうしたプログラム医療機器を用いた療養に係る指導管理に対する評価を新設する。

(新)	プログラム医療機器等指導管理料	90点
(新)	導入期加算	50点

【算定要件】

主に患者自らが使用するプログラム医療機器等（特定保険医療材料に限る。）に係る指導管理を行った場合に、プログラム医療機器等指導管理料として、月に1回に限り算定する。プログラム医療機器等に係る初回の指導管理を行った月においては、導入期加算として50点を所定点数に加算する。

プログラム医療機器についての評価療養の新設

- 薬事上の第1段階承認を取得しているものの保険適用がされていないプログラム医療機器であって、市販後に臨床的エビデンスが確立された後、承認事項一部変更承認申請等を行うことで第2段階承認を取得し、保険適用を目指しているものの使用又は支給について、保険診療との併用を認め、評価療養として実施可能とする。
- 既に保険適用されているプログラム医療機器であって、保険適用されていない範囲における使用に係る有効性に関し、使用成績を踏まえた再評価を目指すものの使用又は支給について、保険診療との併用を認め、評価療養として実施可能とする。

プログラム医療機器についての選定療養の新設

- 高血圧治療補助アプリ等の主に患者自ら使用するプログラム医療機器に係る保険適用されている期間を超えた使用について、使用継続を希望する患者が保険診療による治療と当該プログラム医療機器の使用を併せて行えるよう、保険診療との併用を認め、選定療養として実施可能とする。

令和6年度診療報酬改定

13. 歯科

令和6年度歯科診療報酬改定の主なポイント

1. 人材確保や賃上げへの対応

➤ 賃上げに向けた評価の新設

・外来医療または在宅医療を実施している歯科医療機関において、勤務する歯科衛生士、歯科技工士等の賃金の改善を実施している場合の評価を新設

➤ 歯科医療における初再診料等の評価の見直し

・歯科医療機関の職員や歯科技工所で従事する者の賃上げを実施する等の観点から、初再診料や歯科修復・欠損補綴物の製作に係る項目の評価の引き上げ

2. リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進

➤ 回復期等の患者に対する口腔機能管理の推進

・回復期リハビリテーション病棟等に入院する患者に対する口腔機能管理等の評価を新設

3. 質の高い在宅医療の推進

➤ 質の高い在宅歯科医療の提供の推進

・歯科訪問診療1の20分要件廃止、歯科訪問診療2、3の同一建物診療患者の人数区分の再編、在宅療養支援歯科病院の新設

➤ 訪問歯科衛生指導の推進

・緩和ケアを行う患者の算定回数制限を緩和
・複数名で訪問する場合の評価の新設 等

➤ 小児に対する歯科訪問診療の推進

➤ 入院患者の栄養管理等における歯科専門職の連携の推進

・在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料の新設 等

4. かかりつけ歯科医機能の評価

➤ 継続的・定期的な口腔管理による歯科疾患の重症化予防の取組の推進

・かかりつけ歯科医の機能の評価した施設基準「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」の名称を「口腔管理体制強化加算」に変更するとともに施設基準を見直し（小児に係る研修、口腔機能管理の実績等を追加） 等

5. 新興感染症等に対応可能な歯科医療提供体制の構築

➤ 新興感染症等の患者に対応可能な体制の整備

・歯科外来診療環境体制加算を廃止し、医療安全対策の体制整備と感染防止対策の体制整備の評価に再編（施設基準の見直しと評価の引き上げ）
・歯科診療特別対応加算等に新興感染等の患者への評価を新設

6. 情報通信機器を用いた歯科診療、遠隔医療の推進

➤ 情報通信機器を用いた歯科診療に係る評価の新設

・初再診料や口腔機能管理等に、情報通信機器を用いた歯科診療の評価を新設

➤ 歯科遠隔連携診療料の新設

・近隣の歯科医療機関の歯科医師と遠隔地の歯科医師の情報通信機器を用いた連携の評価を新設

7. 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進

➤ 医科歯科連携の推進

・周術期等口腔機能管理の対象に集中治療室で治療を行なう患者を追加 等

➤ 医歯薬連携の推進

・診療情報連携共有料に保険薬局に服用薬の情報等を求めた場合の評価を追加

➤ ライフステージに応じた口腔機能管理の推進

・小児口腔機能管理料、口腔機能管理料の見直し、口腔機能に関する指導訓練に関する評価の新設

➤ 客観的な評価に基づく歯科医療の推進

➤ 認知症患者に対するかかりつけ歯科医と医師等との連携の推進

➤ かかりつけ歯科医と学校歯科医等の連携の促進

➤ 歯科治療環境への適応が困難な患者に対する評価の見直し

・歯科診療特別対応加算の対象に強度行動障害の患者を追加

➤ う蝕の重症化予防の推進

・エナメル質初期う蝕、初期の根面う蝕に関する管理料の新設 等

➤ 歯周病の重症化予防の推進

・歯周病安定期治療に糖尿病患者の治療を行う場合の加算を新設 等

➤ 歯科衛生士による実地指導の推進

・口腔機能に関する指導を行った場合の加算を新設 等

➤ 歯科固有の技術の評価

・口腔内装置に小児の外傷後の歯・歯列の保護を目的とした装置を追加
・歯冠補綴物等製作時の歯科技工士との連携（IGTの活用を含む。）を評価
・大臼歯CAD/CAM冠の適応を拡大
・クラウン・ブリッジ維持管理料の対象の見直し（全部金属冠等を対象外に）
・学校歯科健診で不正咬が疑われた場合の歯科矯正相談料を新設 等

歯科医療について

初再診料等の評価の見直しによる人材確保、賃上げへの対応

- 標準的な感染防止対策の必要性、医療機関の職員や歯科技工所で従事する者の賃上げ等の観点から、初再診料や歯冠修復及び欠損補綴物の製作に係る項目の評価を見直す。

現行		改定後		現行		改定後	
【初診料】		【初診料】		(例)【有床義歯】		【有床義歯】	
1 歯科初診料	264点	1 歯科初診料	267点	1 局部義歯（1床につき）		1 局部義歯（1床につき）	
2 地域歯科診療支援病院歯科初診料	288点	2 地域歯科診療支援病院歯科初診料	291点	イ 1歯から4歯まで	594点	イ 1歯から4歯まで	624点
【再診料】		【再診料】		ロ 5歯から8歯まで	732点	ロ 5歯から8歯まで	767点
1 歯科再診料	56点	1 歯科再診料	58点	ハ 9歯から11歯まで	972点	ハ 9歯から11歯まで	1,042点
2 地域歯科診療支援病院歯科初診料	73点	2 地域歯科診療支援病院歯科初診料	75点	ニ 12歯から14歯まで	1,402点	ニ 12歯から14歯まで	1,502点
				2 総義歯	2,184点	2 総義歯	2,420点

回復期等の患者に対する口腔機能管理の推進

- 回復期リハビリテーション病棟等に入院する患者にするリハビリテーション・栄養管理・口腔管理を推進する観点から、歯科医師による口腔機能管理、歯科衛生士による口腔衛生管理を行う場合の評価を新設する。

(新) **回復期等口腔機能管理計画策定料:300点** **回復期等口腔機能管理料:200点(1回/月)** **回復期等専門的口腔衛生処置:100点(2回/月)**

周術期等の患者に対する口腔機能管理の推進

- 周術期等口腔機能管理について、手術の実施の有無にかかわらず、**集中治療室で治療を行う患者を対象に追加**する。
- 終末期の悪性腫瘍の患者等の**緩和ケアを実施している患者に対して**、歯科衛生士が**周術期等専門的口腔衛生処置を行う場合の算定回数制限を月に2回から4回**に見直す。

歯科固有の技術の見直し

- 大白歯のCAD/CAM冠について、**第一大臼歯の要件を緩和**するとともに、**第二大臼歯の一部にも適応拡大**する。
- CAD/CAMインレーを製作する場合に、デジタル印象採得装置を用いて印象採得及び咬合採得を行った場合の評価を新設する。併せて、歯科医師と歯科技工士が連携して口腔内の確認等を行った場合の評価を新設する。

(新) **光学印象 100点** **光学印象歯科技工士連携加算 50点**

歯科疾患の重症化予防の取組の推進

う蝕の重症化予防の推進

- う蝕の重症化予防を推進する観点から、フッ化物歯面塗布処置の見直しを行うとともに、エナメル質初期う蝕及び初期の根面う蝕に係る管理料を新設する。

現行

【フッ化物歯面塗布処置】（1口腔につき）

- | | |
|-------------------------|-------------|
| 1 う蝕多発傾向者の場合 | 110点 |
| 2 初期の根面う蝕に罹患している患者の場合 | <u>110点</u> |
| 3 エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合 | <u>130点</u> |

[算定要件（抜粋）]

- ・ 3月に1回、算定可能

（新） 根面う蝕管理料 30点

[算定要件（抜粋）]

- ・ 歯科疾患管理料又は歯科特定疾患療養管理料を算定した患者に対して、エナメル質初期う蝕の管理又は初期の根面う蝕に関する非切削による管理を評価。月に1回に限り算定可能。

改定後

【フッ化物歯面塗布処置】（1口腔につき）

- | | |
|-------------------------|-------------|
| 1 う蝕多発傾向者の場合 | 110点 |
| 2 初期の根面う蝕に罹患している患者の場合 | 80点 |
| 3 エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合 | 100点 |

[算定要件（抜粋）]

- ・ 1について、歯科訪問診療を行う患者を追加
- ・ 3月に1回、算定可能（3については、口腔管理体制加算を算定する患者を除く。）

（新） エナメル質初期う蝕管理料 30点

歯周病の重症化予防の推進

- 歯周病の重症化予防を推進する観点から、糖尿病患者に対して歯周病安定期治療を行う場合の評価を新設する。

【歯周病安定期治療】 （新） 歯周病ハイリスク患者加算 80点

ライフステージに応じた口腔機能の管理の推進

- 口腔機能発達不全症及び口腔機能低下症の患者に指導訓練を行った場合の評価を新設する。

（新） 歯科口腔リハビリテーション料3（1口腔につき） ※月に2回算定可能

1 口腔機能の発達不全を有する18歳未満の患者の場合 50点 **2 口腔機能の低下を来している患者の場合 50点**

- 歯科衛生実地指導料について、歯科衛生士が口腔機能に係る指導を行った場合の評価を新設する。

【歯科衛生実地指導料】 （新） 口腔機能指導加算 10点

継続的・定期的な口腔管理の推進

継続的・定期的な口腔管理による歯科疾患の重症化予防の取組の推進

- ライフコースを通じた継続的・定期的な口腔管理による歯科疾患の重症化予防の取組を推進する観点から、かかりつけ歯科医による口腔管理の評価を見直す。

1. かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所について、施設基準の名称、要件及び評価を見直す。

現行

【かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所】

【施設基準（抜粋）】

（新設）

・歯科訪問診療料の算定又は在宅療養支援歯科診療所 1 若しくは在宅療養支援歯科診療所 2 との連携実績があること。

・歯科疾患の継続管理等に係る適切な体制が整備されていること。
・歯科疾患の継続管理等に係る適切な研修を受けた常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。

※研修内容：歯科疾患の重症化予防に資する継続管理に関する研修（口腔機能の管理を含むものであること）、高齢者の心身の特性及び緊急時対応等

改定後

【口腔管理体制強化加算】

【施設基準（抜粋）】

・ **口腔機能管理に関する実績があること。**

・ 次のいずれかに該当すること。

イ 歯科訪問診療料の算定

□ 在宅療養支援歯科診療所 1、在宅療養支援歯科診療所 2
又は在宅療養支援歯科病院との連携実績

ハ 在宅歯科医療に係る連携体制が確保されていること

・歯科疾患の継続管理等に係る適切な体制が整備されていること。
・歯科疾患の継続管理等に係る適切な研修を受けた常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。

※研修内容：歯科疾患の重症化予防に資する継続管理に関する研修（口腔機能の管理を含むものであること）、**小児の心身の特性、**
高齢者の心身の特性及び緊急時対応等

2. かかりつけ歯科医によるエナメル質初期う蝕に関する評価の要件を見直すとともに初期の根面う蝕に関する評価を新設する。

3. かかりつけ歯科医による口腔機能管理に関する評価を新設する。

現行

【歯科疾患管理料】 エナメル質初期う蝕管理加算 260点

【算定要件（抜粋）】

・ フッ化物歯面塗布処置及び機械的歯面清掃処置は含まれる。

【小児口腔機能管理料】 【口腔機能管理料】 100点

【算定要件（抜粋）】

・ 口腔機能の評価に基づく療養上必要な指導を行った場合に月 1 回に限り算定可能。

改定後

（廃止）

（新）エナメル質初期う蝕管理料 **口腔管理体制強化加算** 48点

（新）根面う蝕管理料 **口腔管理体制強化加算** 48点

【算定要件（抜粋）】

・ フッ化物歯面塗布処置及び機械的歯面清掃処置は別途算定可能。

【小児口腔機能管理料】 【口腔機能管理料】 60点

【算定要件（抜粋）】

・ 口腔機能の評価に基づき、**口腔機能の管理**を行った場合に月 1 回に限り算定可能。
口腔管理体制強化加算 50点

在宅歯科医療の推進

質の高い在宅歯科医療の提供の推進

- 質の高い在宅歯科医療の提供を推進する観点から、歯科訪問診療1における20分未満の場合の評価を見直すとともに、歯科訪問診療2及び歯科訪問診療3について区分を見直す。

現行

		同一の建物に居住する患者数		
		1人 歯科訪問診療1	2人以上9人以下 歯科訪問診療2	10人以上 歯科訪問診療3
患者1人につき診療に要した時間	20分以上	【1,100点】	【361点】	【185点】
	20分未満	【880点】	【253点】	【111点】

改定後

		同一の建物に居住する患者数		
		1人 歯科訪問診療1	2人以上3人以下 歯科訪問診療2	4人以上9人以下 歯科訪問診療3
患者1人につき診療に要した時間	20分以上	【1,100点】	【410点】	【310点】
	20分未満		【287点】	【217点】
		10人以上19人以下 歯科訪問診療4	20人以上 歯科訪問診療5	
患者1人につき診療に要した時間	20分以上	【160点】	【95点】	
	20分未満	【96点】	【57点】	

- 歯科訪問診療の後方支援や地域の歯科診療所と連携した口腔機能評価等を含む歯科訪問診療を行う在宅療養支援歯科病院を新設する。

現行

- (評価の例) 【歯科疾患在宅療養管理料】
 1 在宅療養支援歯科診療所1の場合 2 在宅療養支援歯科診療所1の場合
 3 1, 2以外の場合

改定後

- (評価の例) 【歯科疾患在宅療養管理料】
 1 在宅療養支援歯科診療所1の場合 2 在宅療養支援歯科診療所1の場合
 3 **在宅療養支援歯科病院の場合 340点** 4 1~3以外の場合

訪問歯科衛生指導の推進

- 終末期の悪性腫瘍の患者等の緩和ケアを受けている患者について訪問歯科衛生指導料の算定回数制限を4回/月から8回/月に見直し

令和6年度診療報酬改定

14.調剤報酬・薬価

令和6年度調剤報酬改定の主なポイント

地域の医薬品供給拠点としての役割を発揮するための体制評価の見直し

- **調剤基本料の評価の見直し**
 - ・地域の医薬品供給拠点としての役割を担い、地域医療に貢献する薬局の整備を進めていくこと、職員の賃上げを実施すること等の観点から調剤基本料の引上げ
 - ・調剤基本料2の算定対象拡大による適正化（1月における処方箋の受付回数が4,000回を超え、かつ、処方箋受付回数が多い上位3の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合の合計が7割を超える薬局）
- **かかりつけ機能に係る薬局の評価（地域支援体制加算）の見直し**
 - ・薬局の地域におけるかかりつけ機能を適切に評価する観点から要件を強化
 - ・他の体制評価に係る評価を踏まえた点数の見直し
- **新興感染症等に対応できる薬局の評価（連携強化加算）の見直し**
 - ・改正感染症法の第二種協定指定医療機関の指定要件を踏まえた見直し
- **医療DXの推進**
 - ・医療DXに対応する体制（電子処方箋、マイナ保険料利用率、電子カルテ情報共有サービス、電子薬歴等）を確保している場合の評価を新設
- **その他の見直し**
 - ・特別調剤基本料の区分新設（いわゆる同一敷地内薬局、調剤基本料の届出がない薬局に区別）
 - ・いわゆる同一敷地内薬局の評価見直し

質の高い在宅業務の推進

- **在宅業務に係る体制評価**
 - ・ターミナルケア、小児在宅医療に対応した訪問薬剤管理指導の体制を整備している薬局の評価を新設
- **ターミナル期の患者への対応に係る評価充実**
 - ・医療用麻薬を注射で投与されている患者を月8回の定期訪問ができる対象に追加（介護報酬も同様の対応）
 - ・ターミナル期の患者の緊急訪問の回数を月4回から原則月8回に見直し
 - ・ターミナル期の患者を夜間・休日・深夜に緊急訪問した場合の評価新設
 - ・医療用麻薬の注射剤を希釈しないで無菌調製した場合の評価追加
- **在宅患者への薬学的管理及び指導の評価の拡充**
 - ・処方箋交付前の処方提案に基づく処方変更に係る評価新設
 - ・退院直後などの計画的な訪問が始まる前に患家を訪問して多職種と連携した薬学的管理・指導を行った場合の評価新設
- **高齢者施設の薬学的管理の充実**
 - ・①ショートステイの利用者への対応、②介護医療院、介護老人保健施設の患者に対して処方箋が交付された場合の対応の評価新設（服薬管理指導料3）
 - ・施設入所時等に服薬支援が必要な患者に指導等を行った場合の評価新設

かかりつけ機能を発揮して患者に最適な薬学的管理を行うための薬局・薬剤師業務の評価の見直し

- **かかりつけ薬剤師業務の評価の見直し**
 - ・休日・夜間等のやむを得ない場合は薬局単位での対応でも可能とする見直し
 - ・かかりつけ薬剤師と連携して対応する薬剤師の範囲見直し（複数名可）
 - ・かかりつけ薬剤師指導料等を算定している患者に対して吸入指導を実施した場合の評価、調剤後のフォローアップ業務の評価が算定可能となるよう見直し
- **調剤後のフォローアップ業務の推進**
 - ・糖尿病患者の対象薬剤拡大（インスリン製剤等→糖尿病薬）
 - ・慢性心不全患者へのフォローアップの評価を新設
- **医療・介護の多職種への情報提供の評価**
 - ・介護支援専門員に対する情報提供の評価を新設
 - ・リフィル処方箋調剤に伴う医療機関への情報提供の評価を明確化
- **メリハリをつけた服薬指導の評価**
 - ・ハイリスク薬の服薬指導（特定薬剤管理指導加算1）における算定対象となる時点等の見直し
 - ・特に患者に対して重点的に丁寧な説明が必要となる場合における評価（特定薬剤管理指導加算3）を新設（①医薬品リスク管理計画に基づく説明資料の活用等の安全性に関する特段の情報提供の場合、②長期収載品の選定療養、供給不足による医薬品の変更の説明をした場合の評価）
- **調剤業務に係る評価（自家製剤加算）の見直し**
 - ・嚥下困難者用製剤加算を廃止し飲みやすくするための製剤上の調製を行った場合の評価を、自家製剤加算での評価に一本化
 - ・供給不足によりやむを得ず錠剤を粉砕等する場合でも加算が算定できるよう見直し

薬局の体制に係る評価の見直し

➤ 薬局の体制に係る評価を見直す。

調剤基本料

- 地域の医薬品供給拠点としての役割を担い、地域医療に貢献する薬局の整備を進めていくこと、職員の賃上げを実施すること等の観点から調剤基本料を引上げ
- 特別調剤基本料の区分新設
(A：敷地内薬局、B：基本料の届出がない薬局)

調剤基本料 1	42点→ 45点
調剤基本料 2	26点→ 29点
調剤基本料 3イ	21点→ 24点
調剤基本料 3ロ	16点→ 19点
調剤基本料 3ハ	32点→ 35点
特別調剤基本料A	7点→ 5点
特別調剤基本料B	7点→ 3点

一定の機能を有する薬局の体制の評価

- 地域におけるかかりつけ機能の役割を果たし、地域医療に貢献する薬局を評価（他の体制評価項目を踏まえた点数見直し）
- かかりつけ機能を推進するための要件強化（調剤基本料 1 の薬局とそれ以外の薬局の実績要件の項目をそろえる等）

【調剤基本料 1 の薬局】

地域支援体制加算 1	39点→ 32点
地域支援体制加算 2	47点→ 40点

【調剤基本料 1 以外の薬局】

地域支援体制加算 3	17点→ 10点
地域支援体制加算 4	39点→ 32点

- 後発医薬品の使用促進に取り組む薬局を評価（変更なし）

後発医薬品調剤体制加算 1（80%以上）	21点
後発医薬品調剤体制加算 2（85%以上）	28点
後発医薬品調剤体制加算 3（90%以上）	30点

- 感染・災害発生時に対応できる体制を整備する薬局を評価

連携強化加算	2点→ 5点
--------	---------------

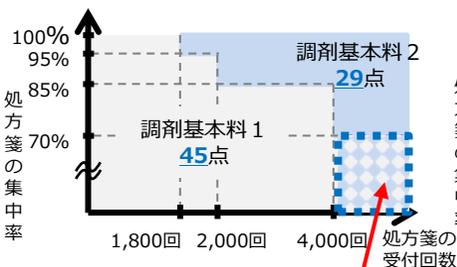
- 医療DXに対応する体制を確保する薬局を評価

（新）医療DX推進体制整備加算 4点（月に1回）

- 在宅訪問を十分行うための体制を整備する薬局を評価
(※在宅患者の処方箋に基づく対応の場合の加算)

（新）在宅薬学総合体制加算 1	15点
（新）在宅薬学総合体制加算 2	50点

(1) 大型チェーン薬局以外



(2) 大型チェーン薬局



処方箋受付回数月4,000回超
かつ 上位3の医療機関の集中率合計70%超（改定）

在宅業務に関する調剤報酬改定の概要

外来／在宅移行期

在宅療養

ターミナル期

■在宅移行初期管理料の新設

退院直後など、計画的に実施する訪問薬剤管理指導の前の段階で患家を訪問し、多職種と連携して今後の訪問薬剤管理指導のための服薬状況の確認や薬剤の管理等の必要な指導等を実施した場合の評価の新設



■介護支援専門員への情報提供の評価

外来患者に関する情報を介護支援専門員へ提供した場合の評価の新設
(服薬情報等提供料2の八)



■在宅患者訪問薬剤管理指導料の見直し

注射による麻薬の投与が必要な患者への定期訪問の上限回数見直し
(末期の悪性腫瘍の場合と同様の措置)
月4回 → 週2回かつ月8回

※介護保険の評価
(居宅療養管理指導費等)も同様の改定



■在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の見直し

末期の悪性腫瘍や注射による麻薬の投与が必要な患者への緊急訪問の上限回数見直し
月4回 → 原則として月8回

■夜間訪問加算・休日訪問加算・深夜訪問加算の新設

末期の悪性腫瘍や注射による麻薬の投与が必要な患者に対して夜間・休日・深夜に緊急訪問した場合の評価の新設



■在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の見直し

薬剤師が、医師とともに患家を訪問したり、ICTの活用等により医師等の多職種と患者情報を共有する環境等において、処方箋交付前に医師と処方内容を調整した場合の評価の追加



■無菌製剤処理加算の評価対象の見直し

無菌製剤処理加算の対象に、医療用麻薬を希釈せず原液のまま注入器等に無菌的に調製した場合を追加



■在宅訪問の体制評価の新設 (在宅薬学総合体制加算)

(加算1) 在宅患者に対する必要な薬学的管理及び指導の体制を整備した薬局の評価
(加算2) 上記に加え、がん末期などのターミナルケア又は医療的ケア児等の小児在宅患者に対する高度な薬学的管理及び指導の体制を整備した薬局の評価
※在宅患者の処方箋に基づく対応の場合の加算 (在宅患者調剤加算の廃止)

薬学管理に関する評価

薬局の体制の評価

高齢者施設における薬剤師業務の評価の概要

入所時

施設入所中

■施設連携加算の新設

（外来服薬支援料2の加算）

介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の施設職員と協働して、入所時等に日常の服薬管理が容易になるよう薬学的観点から支援や指導等を実施することを評価



■ショートステイの利用者に対する薬学的管理の評価の明確化

ショートステイ（短期入所生活介護等）の利用者に訪問して服薬指導等を行った場合、服薬管理指導料3が算定できることを明確化（特別養護老人ホームの対応と同様の評価）

■介護老人保健施設・介護医療院の入所者に対する薬学的管理の評価

介護老人保健施設（老健）及び介護医療院へ入所中の患者の処方箋を応需した保険薬局の薬剤師が訪問して施設職員と連携して服薬指導等を実施した場合、調剤報酬が算定可能（介護保険との給付調整の見直し） ※服薬指導等の評価は服薬管理指導料3

■服薬管理指導料3の算定回数の見直し

服薬管理指導料3について、算定回数上限を新設（月4回まで）

■新興感染症等の患者に対する訪問・薬剤交付等の評価の新設

新興感染症等の患者（患家又は宿泊施設で療養する者、介護老人保健施設（老健）、介護医療院、地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）に入所する者）に対して、医師の処方箋に基づき、薬剤師が訪問して必要な薬学的管理及び指導を実施し、薬剤を交付した場合に在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1を算定可能

薬局における服薬指導等の業務の評価の主な見直し項目

かかりつけ薬剤師業務の見直し

- **24時間対応に係る要件の見直し**
 - ・ **休日・夜間等のやむを得ない場合は薬局単位での対応でも可能**となるよう見直し
 - ➔ **かかりつけ薬剤師指導料（76点）**
 - ➔ **かかりつけ薬剤師包括管理料（291点）**
- **服薬管理指導料の特例（かかりつけ薬剤師と連携する薬剤師の場合）の見直し**
 - ・ **かかりつけ薬剤師以外がやむを得ず対応する場合には、当該保険薬局に勤務する複数の常勤の保険薬剤師（かかりつけ薬剤師指導料等の施設基準を満たす薬剤師）**が対応可能となるよう見直し
 - ➔ **服薬管理指導料の特例（59点）**
- **かかりつけ薬剤師が通常行う業務の範囲の見直し**
 - ・ **吸入薬指導加算が算定可能**となるよう見直し
 - ➔ **吸入薬指導加算（30点／3月に1回まで）**
 - ・ **調剤後のフォローアップを行う調剤後薬剤管理指導料が算定可能**となるよう見直し
 - ➔ **調剤後薬剤管理指導料 1・2（60点／月1回まで）**

調剤後のフォローアップ業務の推進

- **糖尿病患者へのフォローアップの充実（対象薬剤の拡大）**
 - ・ **糖尿病患者に対するフォローアップ業務の対象薬剤をインスリン製剤等から糖尿病用剤に拡大**
 - ➔ **調剤後薬剤管理指導料 1（60点／月1回まで）**
- **慢性心不全患者へのフォローアップの拡大**
 - ・ **作用機序の異なる複数の循環器用治療薬の処方を受けている慢性心不全患者に対するフォローアップ業務の評価の新設**
 - ➔ **調剤後薬剤管理指導料 2（60点／月1回まで）**

多職種との連携の充実

- **医療及び介護に関わる多職種への情報提供の評価**
 保険薬局の薬剤師が医療機関等へ情報提供を行った評価の見直し（服薬情報等提供料 2 の評価内容の見直し）
 - ・ **医療機関への情報提供を行った場合の評価（従来どおり）**
 - ➔ **服薬情報等提供料 2 イ（20点／月1回まで）**
 - ・ **リフィル処方箋を処方した医師へ情報提供を行った場合の評価（明確化）**
 - ➔ **服薬情報等提供料 2 ロ（20点／月1回まで）**
 - ・ **介護支援専門員に対して情報提供した場合の評価（新設）**
 - ➔ **服薬情報等提供料 2 ハ（20点／月1回まで）**

メリハリを付けた服薬指導の充実

- **ハイリスク薬の服薬指導の評価の見直し**
 特に安全管理が必要な医薬品（ハイリスク薬）の服薬指導に対する評価の見直し（新規処方時、用量変更時等に限り算定可能とする）
 - ・ **新たに処方された患者**に対して必要な指導を行った場合
 - ➔ **特定薬剤管理指導加算 1 イ（10点／1回につき）**
 - ・ **用法又は用量の変更、患者の副作用の発現状況等**に応じて必要な指導を行った場合
 - ➔ **特定薬剤管理指導加算 1 ロ（5点／1回につき）**
- **重点的な服薬指導・説明が必要な場合の評価**
 - ・ **特に医薬品の安全性に関する説明・指導**を行った場合（医薬品リスク管理計画に基づく説明資料、緊急安全性情報等の情報に基づく説明・指導）
 - ➔ **特定薬剤管理指導加算 3 イ（5点／1回につき）**
 - ・ **調剤前に医薬品の選択に係る情報の説明・指導**を行った場合（選定療養の対象となる先発医薬品を選択する患者、医薬品の供給状況により調剤する医薬品を変更する必要がある患者への説明・指導）
 - ➔ **特定薬剤管理指導加算 3 ロ（5点／1回につき）**

令和6年度薬価制度改革の概要

- 令和6年度薬価制度改革においては、骨太の方針2023に基づき、以下の点に基づき対応する。
 - 我が国の創薬力強化とともに、ドラッグ・ラグ/ドラッグ・ロスの解消を実現するため、革新的新薬のイノベーションの適切な評価を推進するための薬価上の措置を行う。
 - 後発品を中心とした安定供給の課題を解消するため、後発品企業の産業構造の転換を促すとともに、医療上必要性の高い品目の安定供給の確保につながるための薬価上の措置を行う。
- これらの薬価上の措置を行うとともに、長期収載品から後発品へのさらなる置換えを従来とは異なる方法で進めることにより、我が国の製薬産業について長期収載品に依存するモデルから高い創薬力を持つ研究開発型のビジネスモデルへの転換を進めていく。

<主な改革事項>

イノベーションの評価、ドラッグ・ラグ /ドラッグ・ロス解消に向けた対応

- 革新的新薬の特許期間中の薬価維持（新薬創出等加算の見直し）
- 日本に迅速導入された新薬の評価（加算新設）
- 小児用医薬品の開発促進
（成人と同時開発する小児適応の評価、収載時・改定時の加算充実等）
- 革新的新薬の有用性評価等の充実（収載時・改定時の加算充実等）
- 市場拡大再算定の見直し（一部領域における類似品の適用除外）

医薬品の安定供給の確保

- 安定供給が確保できる後発品企業の評価
（安定供給に係る企業指標に基づく評価等）
- 薬価を維持する「基礎的医薬品」の対象拡大
（薬価収載からの期間：25年以上→15年以上）
- 不採算品再算定の特例的な適用
（乖離率が一定水準（7.0%）以下の品目が対象）

長期収載品の保険給付の在り方の見直し

※選定療養の仕組みの導入
（令和6年10月より施行）

令和6年度薬価制度改革における主な改革事項

1 ドラッグ・ラグ/ドラッグ・ロス解消に向けた革新的な医薬品のイノベーション評価

(1) 日本への早期導入に関する評価

- ・先駆加算に準じて、日本へ早期に導入した品目（優先審査品目かつ欧米での初承認から6か月以内等の要件を満たす品目）の評価（迅速導入加算）
- ・収載後の外国平均価格調整における引上げの実施等

(2) 新薬創出・適応外薬解消等促進加算の見直し

- ・加算対象期間中の薬価維持（企業区分による加算係数の廃止等）
- ・対象品目の追加（小児用医薬品、迅速導入加算品）

(3) 新薬の薬価収載時における評価

- ・有用性系加算の評価の充実
- ・市場性加算、小児加算等の加算率の柔軟な判断

(4) 新薬の薬価改定時における評価

- ・複数の効能追加に対する改定時加算の充実（効能ごとに評価）
- ・新薬創出等加算品目に対する改定時加算の評価の充実（加算方法の変更）

(5) 小児用の医薬品に関する評価

- ・加算率の柔軟な判断、新薬創出等加算の対象への追加
- ・成人開発と同時に小児開発計画を策定し、承認を得た場合の加算率引上げ

(6) 新規モダリティのイノベーション評価

- ・原価計算方式における開示度向上については、引き続き検討
- ・再生医療等製品を含む新規モダリティの評価について、次期改定に向け検討

(7) その他のイノベーション評価に関する事項

- ・標準的治療法に位置づけられることが見込まれる品目に対する評価
- ・G1/G2品目を比較薬とすることが可能となるよう見直し

(8) 市場拡大再算定の見直し

- ・あらかじめ特定した領域について類似品としての適用を除外（R6四半期～）

(9) 長期収載品における対応

- ・改定ルールの見直しは行わないが、長期収載品の保険給付の在り方の見直しを踏まえ、後発品の置換え状況等を検証し、さらなる薬価上の措置を検討

2 後発品を中心とした医薬品の安定供給の確保のための対応

(1) 後発品の安定供給が確保できる企業の考え方

- ・安定供給に係る企業指標の導入・評価、安定供給に係る情報の可視化
- ・上位評価の企業の後発品について、通常の3価格帯とは別の価格に集約（収載後5年以内、安定確保医薬品A/B）

(2) 後発品の新規収載時の価格

- ・同時収載される内用薬が7品目を超える場合に0.4掛け（現行：10品目超）

(3) 価格の下支え制度の充実

- ・基礎的医薬品の対象範囲を収載から25年→15年に拡大
- ・不採算品再算定を企業希望の全品目に適用（乖離率が一定水準（7.0%）以下の品目が対象）

3 その他の課題

(1) 医薬品流通

- ・過度な薬価差の偏在も含め、医薬品流通の課題について関係会議の検討結果を踏まえ引き続き検討
- ・調整幅の在り方について、上記検討を踏まえ引き続き検討

(2) 診療報酬改定がない年の薬価改定

- ・引き続き検討（R6年度速やかに議論を開始）

(3) 高額医薬品に対する対応

- ・市場規模が年間1,500億円を超えると見込まれる品目は、引き続き、通常の薬価算定に先立ち中医協総会で薬価算定方法を議論

<薬価制度改革の検証等>

- ・革新的新薬の創出、ドラッグ・ラグ/ドラッグ・ロス解消等の医薬品開発に対する影響を製薬業界の協力のもとで分析・評価等を行い、革新的新薬の薬価の在り方を引き続き議論
- ・医薬品の安定供給確保に向けて、今回の企業指標・評価方法の妥当性等を検証し、安定供給が確保できる企業の考え方や評価結果の薬価制度における取扱いを引き続き議論

長期収載品の保険給付の在り方の見直し

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

保険給付と選定療養の適用場面

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

選定療養の対象品目の範囲

- 後発医薬品上市後、徐々に後発品に置換えが進むという実態を踏まえ、
 - ① 長期収載品の薬価ルールにおいては後発品上市後5年から段階的に薬価を引き下げることとしている。この点を参考に、**後発品上市後5年を経過した長期収載品**については**選定療養の対象（※）とする。**
※ ただし、置換率が極めて低い場合（市場に後発医薬品がほぼ存在しない場合）については、対象外とする。
 - ② また、**後発品上市後5年を経過していなくても、置換率が50%に達している場合**には、後発品の選択が一般的に可能な状態となっていると考えられ、**選定療養の対象とする。**

保険給付と選定療養の負担に係る範囲

- 選定療養の場合には、長期収載品と後発品の価格差を踏まえ、**後発医薬品の最高価格帯との価格差の4分の3までを保険給付の対象とする。**
- **選定療養に係る負担は**、医療上の必要性等の場合は長期収載品の薬価で保険給付されることや、市場実勢価格等を踏まえて長期収載品の薬価が定められていることを踏まえ、**上記価格差の4分の1相当分**とする。

令和6年度診療報酬改定

15. 附帯意見

令和6年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

(全般的事項)

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

(賃上げ全般)

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

(医療 DX)

- 3 令和 6 年 12 月 2 日から現行の健康保険証の発行が終了することを踏まえ、医療情報取得加算による適切な情報に基づく診療の評価の在り方について令和 6 年度早期より見直しの検討を行うとともに、医療 DX 推進体制整備加算について、今後のマイナンバーカードの保険証利用の利用実態及びその活用状況を把握し、適切な要件設定に向けて検討を行うこと。
加えて、医療 DX 推進体制整備加算について、電子処方箋の導入状況および電子カルテ共有サービスの整備状況を確認しつつ、評価の在り方について引き続き検討すること。

(働き方改革・人材確保)

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

(入院医療)

- 5 新設された地域包括医療病棟において、高齢者の急性疾患の受け入れ状況、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理などのアウトカムなどについて、幅広くデータに基づいた分析を行い、評価の在り方について検討すること。また、地域包括医療病棟の新設に伴い、10 対 1 の急性期一般病棟については、その入院機能を明確にした上で、再編を含め評価の在り方を検討すること。
- 6 急性期一般病棟入院基本料や高度急性期医療に係る評価、地域で急性期・高度急性期医療を集中的・効率的に提供する体制について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、人口構造や医療ニーズの変化も見据え、重症度、医療・看護必要度、SOFA スコア等、入院患者のより適切な評価指標や測定方法等、入院料の評価の在り方等について、引き続き検討すること。
- 7 地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料、障害者施設等入院基本料、療養病棟入院基本料等について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、求められている役割の更なる推進や提供されている医療の実態の反映の観点から、入院料の評価の在り方等について引き続き検討すること。
- 8 救急医療管理加算の見直しについて、今回改定による影響の調査・検証を行い、より適切な患者の重症度に応じた評価の在り方について引き続き検討すること。
- 9 DPC/PDPS 及び短期滞在手術等基本料について、今回改定による在院日数等への影響の調査・検証を行うとともに、医療の質の向上と標準化に向け、診療実態を踏まえた更なる包括払いの在り方について引き続き検討すること。
- 10 入院時の食費の基準の見直しについて、今回改定による影響、食費等の動向等を把握し、検証を行うこと。

令和6年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

(外来医療)

- 11 地域包括診療料・加算における介護保険サービスとの連携に係る評価について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、介護保険サービスとの連携の推進について引き続き検討すること。
- 12 生活習慣病の管理について、今回の改定による影響の調査・検証を行うとともに、より適切な管理がなされるよう、患者の視点を十分に踏まえつつ、引き続き検討すること。
加えて、他の疾病管理についても実態を踏まえた適切な評価の在り方について引き続き検討を行うこと。
- 13 かかりつけ医機能を有する医療機関について、改正医療法に基づく制度整備の状況を踏まえ、かかりつけ医機能がより発揮される評価の在り方を検討すること。
- 14 情報通信機器を用いた精神療法について、患者の受療行動を含め、その実態について調査・検証を行うとともに、より適切な評価の在り方について引き続き検討すること。
- 15 情報通信機器を用いた診療については、初診から向精神薬等を処方している医療機関や大半の診療を医療機関の所在地とは異なる都道府県の患者に対して行っている医療機関があることを踏まえ、今後、より丁寧に実態を把握するとともに、引き続き評価の在り方について検討すること。

(在宅医療等)

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

(精神医療)

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

(リハビリテーションへの対応等)

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

(医療技術の評価)

- 19 保険適用された医療技術に対する評価について、レジストリ等のリアルワールドデータの解析結果や関係学会等による臨床的位置付けを踏まえ、適切な再評価が継続的に行われるよう、医療技術の評価のプロセスも含め引き続き検討すること。
また、革新的な医療機器や検査等のイノベーションを含む先進的な医療技術について、迅速かつ安定的に患者へ供給・提供させる観点も踏まえ、有効性・安全性に係るエビデンスに基づく適切な評価の在り方を引き続き検討すること。

(歯科診療報酬)

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

令和6年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

(調剤報酬)

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

(敷地内薬局)

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

(長期処方やリフィル処方)

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

(後発医薬品の使用促進)

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

(長期収載品)

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

(薬価制度)

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

(保険医療材料制度)

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

(施策の検証)

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