

令和6年度

# 診療報酬改定講習会

〔第1回〕 令和6年4月24日（水） 於 東京都医師会館

〔第2回〕 令和6年4月25日（木） 於 東京都医師会館

〔第3回〕 令和6年5月15日（水） 於 たましん RISURU ホール

## ■アンケート、ご質問等について

今後の講習会をより良いものにするため、アンケートにご協力ください。  
以下のQRコードを読み込むことで、回答用の Google フォームにアクセスできますので、**5月31日(金)**までにご回答をお願いいたします。  
なお、アンケートと併せて、診療報酬改定等に関するご質問も受付いたします。  
個別回答はいたしません。質問をとりまとめて関係機関に照会を行い、その回答をホームページ( <https://www.tokyo.med.or.jp/33034> )に掲載する予定です。

【令和6年度 東京都医師会診療報酬改定講習会アンケート】



「令和6年度 診療報酬改定講習会」

[発行] 公益社団法人 東京都医師会  
〒101-8328  
東京都千代田区神田駿河台 2-5  
電話番号 03 (3294) 8821 (代表)

無断転用・転載を禁じます

主 催

公益社団法人 東京都医師会・東京都保健医療局

# 次第

開会

挨拶

講演

(1) 令和6年度 診療報酬改定および届出事項等について (60分)

公益社団法人 東京都医師会

(2) 令和6年度 介護報酬改定について (30分)

東京都国民健康保険団体連合会  
介護福祉部 介護保険課

閉会

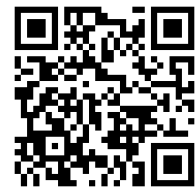
# 目次

1. 令和6年度 診療報酬改定および届出事項等について . . . . .	1
2. 令和6年度 介護報酬改定について . . . . .	83

## ■講演映像、資料の掲載について

講演映像(4月24日収録分)や配布資料は、後日、本会ホームページ( <https://www.tokyo.med.or.jp/33034> )に掲載する予定です。右のQRコードからもアクセス可能ですので、ご活用ください。

また、診療報酬改定に関する情報も適宜掲載しております。



# 令和6年度 診療報酬改定講習会

## 第1部「令和6年度診療報酬改定および届出事項等について」

公益社団法人 東京都医師会

### 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質向上に向けた取組
- 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

##### (3) 安心・安全で質の高い医療の推進

###### 【具体的方向性の例】

- 食料料費、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

##### (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

##### (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**。

<b>(新) 外来・在宅ベースアップ評価料 (I)</b>	
1 初診時6点 / 2 再診時等 2点 等	
<b>(新) 入院ベースアップ評価料 1~165点</b>	
【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。

<b>(新) 医療情報取得加算</b>	
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
<b>(新) 医療DX推進体制整備加算 (初診時) 8点</b>	
<b>(新) 在宅医療DX情報活用加算 (月1回) 10点</b>	

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。

<b>(新) 特定感染症入院医療管理加算</b>	
治療室の場合	200点
それ以外の場合	100点
<b>(新) 特定感染症患者療養環境特別加算</b>	
個室加算	300点
陰圧室加算	200点
<b>(新) 発熱患者等対応加算 20点</b>	
<b>(新) 抗菌薬適正使用体制加算 5点</b>	
<b>(新) 急性期リハビリテーション加算 50点 (14日目まで)</b>	

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**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	
<b>(新) 協力対象施設入所者入院加算 (入院初日)</b>	
1 往診が行われた場合	600点
2 1以外の場合	200点
<b>(新) 介護保険施設等連携往診加算 200点</b>	
<b>(新) 医療的ケア児(者)入院前支援加算 1,000点</b>	
【有床診療所入院基本料】	
イ 介護障害連携加算 1	192点
ロ 介護障害連携加算 2	38点

5. 外来医療の機能分化・強化等

- 特定疾患療養管理料の対象疾患から生活習慣病を除外し、療養計画書への同意や診療ガイドラインを参考にすることを要件とした出来高算定による**生活習慣病管理料(II)**を新設。
- 地域包括診療料・加算においてかかりつけ医とケアマネとの連携を促進。
- リフィル処方箋や長期処方箋の促進、**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実施。

<b>(新)生活習慣病管理料(II) 333点 (月1回)</b>	
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。

<b>(新) 地域包括医療病棟入院料 3,050点</b>	
<b>(新) 特定集中治療室管理料 5・6 8,890点</b>	
【急性期充実体制加算】	
急性期充実体制加算 1/2	440点/360点(7日以内の期間) 等
小児・周産期・精神科充実体制加算	
急性期充実体制加算 1/2の場合	90点/60点
回復期リハビリテーション病棟入院料 1	2,229点 (体制強化加算は廃止)
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 1	40日以内 2,838点 / 41日以降 2,690点

令和6年度診療報酬改定における主要な改定項目③

7. 質の高い訪問診療・訪問看護の確保

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

(新) 在宅医療情報連携加算 100点

(新) 在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料 200点

(新) 往診時医療情報連携加算 200点

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

訪問看護管理療養費（月に2日目以降の訪問の場合）

(新) 訪問看護管理療養費1 3,000円

(新) 訪問看護管理療養費2 2,500円

(新) 24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）

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

8. 重点的な分野における対応

- ▶ 働き方改革も踏まえた救急患者のいわゆる下り搬送の評価。
- ▶ NICUにおける重症児へのより手厚い看護配置（2対1）等に対する評価の新設。
- ▶ 発達障害や不適切な養育に繋がり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院支援に対する評価の新設。

(新) 救急患者連携搬送料 600～1,800点

(新) 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料 14,539点

小児特定疾患カウンセリング料 (新) 初回 800点他

小児入院医療管理料（1日につき） (新) 看護補助加算 151点 (新) 看護補助体制充実加算 156点

(新) 精神科地域包括ケア病棟入院料 1,535点

(新) 精神科入院支援加算（退院時1回） 1,000点

個別改定項目/医療資源の少ない地域への対応

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

(新) リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算（1日につき） 120点

(新) 急性期リハビリテーション加算 50点

(新) 栄養情報連携料 70点

(新) バイオ後続品使用体制加算 100点

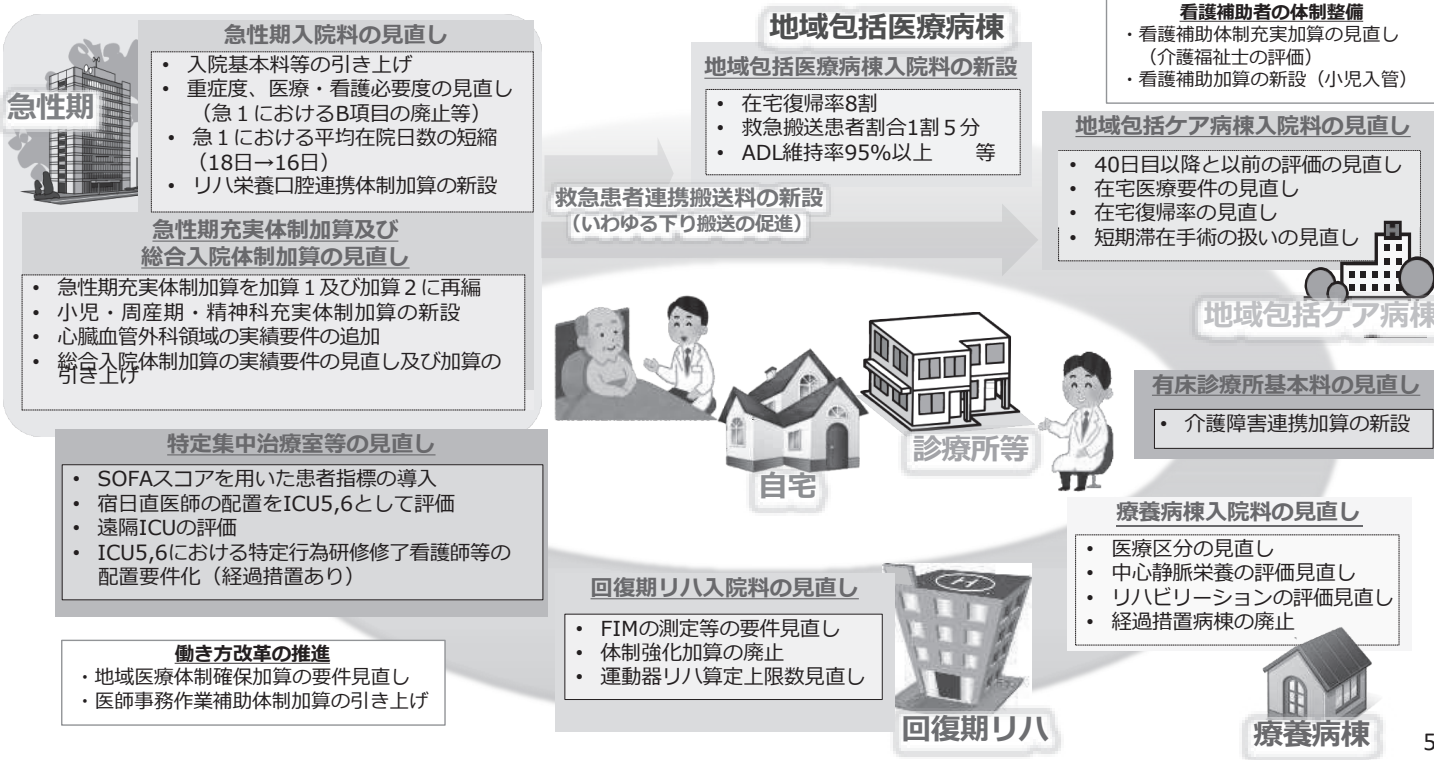
【在宅血液透析指導管理料】 (新) 遠隔モニタリング加算 115点

(新) 回復期リハビリテーション入院医療管理料 1,859点

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

患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価

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



第1部「令和6年度診療報酬改定および届出事項等について」

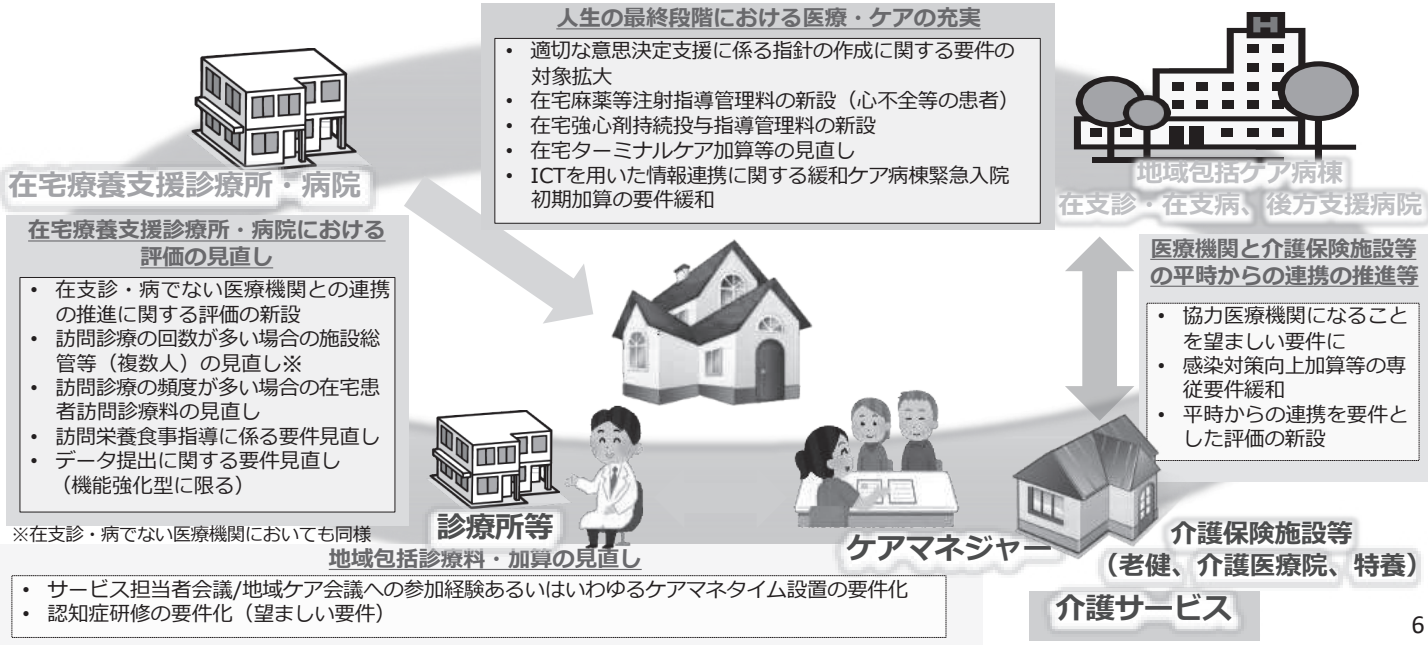
令和6年度診療報酬改定 II-2 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組

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



令和6年度診療報酬改定

1. 賃上げ・基本料等の引き上げ

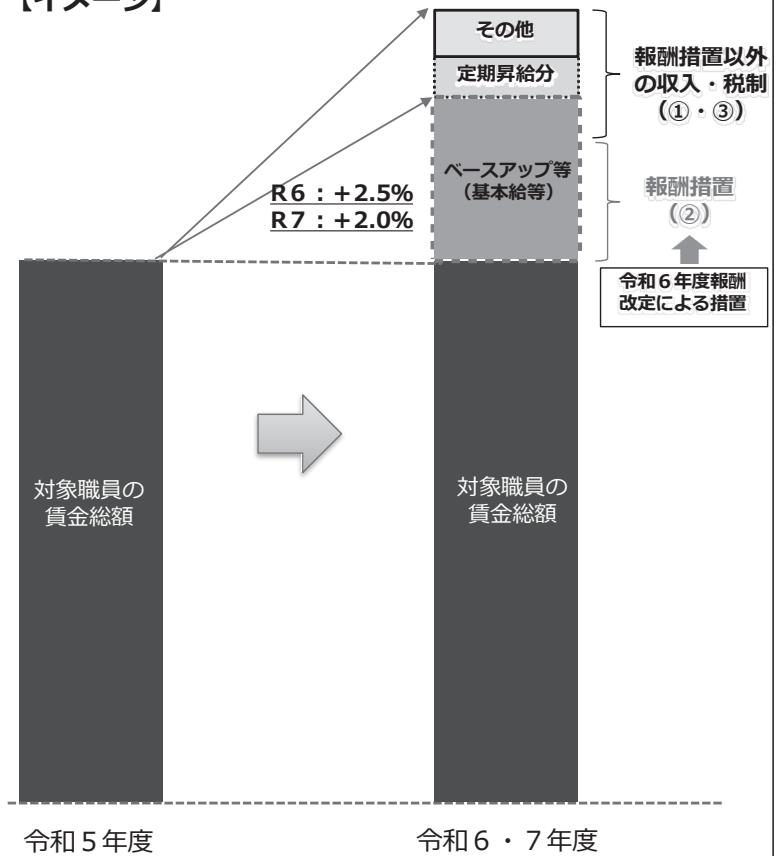
- (1) ベースアップ評価料
- (2) 基本料の引き上げ
- (3) 入院料通則の改定

## 令和6年度及び令和7年度における賃上げのイメージ

### 【基本的な方針】

- 次の①～③を組み合わせた賃上げ対応
  - ① 医療機関や事業所の過去の実績をベースにしつつ、更に
  - ② 今般の報酬改定による上乗せの活用
  - ③ 賃上げ促進税制の活用
- 令和6年度に+2.5%、令和7年度に+2.0%のベースアップを実施し、定期昇給なども合わせて、昨年を超える賃上げの実現を目指す。

### 【イメージ】



8

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

## 賃上げに対する評価

### ベースアップ評価料

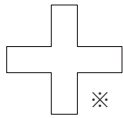
看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種（40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者を除く）について賃上げを実施していくための評価

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

外来・在宅ベースアップ評価料(I)、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)、訪問看護ベースアップ評価料(I)

- 届け出が必要、初再診料等に評価を上乗せ（区分は設けない）

（新）外来・在宅ベースアップ評価料（I）初診時6点 再診時2点 等



※ 入院に携わる職員のための評価



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

#### ①' 賃金増率が低い場合の①への上乗せ評価

外来・在宅ベースアップ評価料(II)、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(II)、訪問看護ベースアップ評価料(II)

- 一定の水準（対象職員の給与総額の1.2%）に達するため、評価の区分（8区分）を計算し、届出を行った施設について、①の評価へ上乗せ

（新）外来・在宅ベースアップ評価料(II) 等

病院、有床診療所

#### ② 入院患者に係る評価

入院ベースアップ評価料

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

- 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）

（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

### 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

9



## 賃上げに向けた評価の新設①

### 外来・在宅ベースアップ評価料(I)の新設【算定要件】

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

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

**【算定要件】**

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

## 賃上げに向けた評価の新設②

### 外来・在宅ベースアップ評価料(I)の新設【施設基準】

**【施設基準の概要】**

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

**主として医療に従事する職員（対象職員）**

薬剤師	言語聴覚士	臨床工学技士	はり師、きゆう師
保健師	義肢装具士	管理栄養士	柔道整復師
助産師	歯科衛生士	栄養士	公認心理師
看護師	歯科技工士	精神保健福祉士	診療情報管理士
准看護師	歯科業務補助者	社会福祉士	医師事務作業補助者
看護補助者	診療放射線技師	介護福祉士	その他医療に従事する職員
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、	

- (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④

### 外来・在宅ベースアップ評価料(II)の新設【算定要件】

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

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

#### 【算定要件】

- (1) 主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下「対象職員」という。）の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して診療を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。
- (2) イについては、外来・在宅ベースアップ評価料(I)の1（初診時）若しくは3（訪問診療時）を算定した場合に、1日につき1回に限り算定できる。
- (3) ロについては、外来・在宅ベースアップ評価料(I)の2（再診時等）を算定した場合に、1日につき1回に限り算定できる。

12

## 賃上げに向けた評価の新設⑤

### 外来・在宅ベースアップ評価料(II)の新設【施設基準】

#### 【施設基準の概要】

- (1) 入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）を算定していない保険医療機関であること。
- (2) 外来・在宅ベースアップ評価料(I)を届け出ている保険医療機関であること。
- (3) 外来・在宅ベースアップ評価料(I)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)により算定される点数の見込みの10倍が、対象職員の給与総額の1.2%未満であること。
- (4) 下記の式【A】に基づき、該当する区分のいずれかを届け出ること。ただし、外来・在宅ベースアップ評価料(II)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(II)の施設基準の届出を行う場合は、同一の区分を届け出ること。

$$\begin{aligned}
 \text{【A】} &= \frac{\left( \text{対象職員の給与総額} \times 1.2\% - (\text{外来・在宅ベースアップ評価料(I)及び} \right. \\
 &\quad \left. \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)により算定される点数の見込み}) \times 10\text{円} \right)}{\left( \text{外来・在宅ベースアップ評価料(II)イの算定回数} \times 8 \right. \\
 &\quad \left. + \text{外来・在宅ベースアップ評価料(II)ロの算定回数} \times 2 \right. \\
 &\quad \left. + \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料(II)イの算定回数} \times 8 \right. \\
 &\quad \left. + \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料(II)ロの算定回数} \times 2 \right) \times 10\text{円}
 \end{aligned}$$

#### 外来・在宅ベースアップ評価料(II)の区分

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

13

## 賃上げに向けた評価の新設⑥

### 外来・在宅ベースアップ評価料(II)の新設【施設基準】(続き)

**[施設基準の概要]**

- (5) (4) について、届出に当たっては、別表に示した期間において【A】の算出を行うこと。  
また、別表のとおり、毎年3、6、9、12月に上記の算定式により新たに算出を行い、区分に変更がある場合は算出を行った月内に地方厚生(支)局長に届出を行った上で、翌月から変更後の区分に基づく点数を算定すること。  
ただし、前回届け出た時点と比較して、「対象職員の給与総額」、「外来・在宅ベースアップ評価料(I)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)により算定される点数の見込み」、「外来・在宅ベースアップ評価料(II)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(II)の算定回数の見込み」及び【A】のいずれの変化も1割以内である場合においては、区分の変更を行わないものとする。新規届出時は、直近の別表の「算出を行う月」における対象となる期間の数値を用いること。ただし、令和6年6月3日までに届出を行った場合は、令和6年6月に区分の変更を行わないものとする。
- (6) 当該評価料を算定する場合は、令和6年度及び令和7年度において対象職員の賃金(役員報酬を除く。)の改善(定期昇給によるものを除く。)を実施しなければならない。
- (7) (6) について、当該評価料は、対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む)等の増加分に用いること。ただし、ベア等を行った保険医療機関において、患者数等の変動等により当該評価料による収入が上記の支給額を上回り、追加でベア等を行うことが困難な場合であって、賞与等の手当によって賃金の改善を行った場合又は令和6年度及び令和7年度において翌年の賃金の改善のために繰り越しを行う場合(令和8年12月までに賃金の改善措置を行う場合に限る。)についてはこの限りではない。いずれの場合においても、賃金の改善の対象とする項目を特定して行うこと。なお、当該評価料によって賃金の改善を実施する項目以外の賃金項目(業績等に応じて変動するものを除く。)の水準を低下させてはならない。
- (8) 「賃金改善計画書」及び「賃金改善実績報告書」を作成し、定期的に地方厚生(支)局長に報告すること。
- (9) 常勤換算2人以上の対象職員が勤務していること。ただし、医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては、当該規定を満たしているものとする。

**【別表】算出に当たって対象となる期間及び算定を開始する月について**

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

## 賃上げに向けた評価の新設⑦

### 外来・在宅ベースアップ評価料(II)の新設【施設基準】(続き)

**[施設基準の概要]**

- (10) 当該保険医療機関において、以下に掲げる社会保険診療等に係る収入金額の合計額が、総収入の80%を超えること。
  - ア 社会保険診療(租税特別措置法(昭和三十三年法律第二十六号)第二十六条第二項に規定する社会保険診療をいう。以下同じ。)に係る収入金額(労働者災害補償保険法(昭和二十二年法律第五十号)に係る患者の診療報酬(当該診療報酬が社会保険診療報酬と同一の基準によっている場合又は当該診療報酬が少額(全収入金額のおおむね百分の十以下の場合をいう。))の場合に限る。))を含む。
  - イ 健康増進法(平成十四年法律第百三十三号)第六条各号に掲げる健康増進事業実施者が行う同法第四条に規定する健康増進事業(健康診査に係るものに限る。以下同じ。)に係る収入金額(当該収入金額が社会保険診療報酬と同一の基準により計算されている場合に限る。))
  - ウ 予防接種(予防接種法(昭和二十三年法律第六十八号)第二条第六項に規定する定期の予防接種等その他医療法施行規則第三十条の三十五の三第一項第二号ロの規定に基づき厚生労働大臣が定める予防接種(平成二十九年厚生労働省告示第三百十四号)に規定する予防接種をいう。)に係る収入金額
  - エ 助産(社会保険診療及び健康増進事業に係るものを除く。)に係る収入金額(一の分娩に係る助産に係る収入金額が五十万円を超えるときは、五十万円を限度とする。))
  - オ 介護保険法の規定による保険給付に係る収入金額(租税特別措置法第二十六条第二項第四号に掲げるサービスに係る収入金額を除く。))
  - カ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第六条に規定する介護給付費、特例介護給付費、訓練等給付費、特例訓練等給付費、特定障害者特別給付費、特例特定障害者特別給付費、地域相談支援給付費、特例地域相談支援給付費、計画相談支援給付費、特例計画相談支援給付費及び基準該当療養介護医療費並びに同法第七十七条及び第七十八条に規定する地域生活支援事業に係る収入金額
  - キ 児童福祉法第二十一条の五の二に規定する障害児通所給付費及び特例障害児通所給付費、同法第二十四条の二に規定する障害児入所給付費、同法第二十四条の七に規定する特定入所障害児食費等給付費並びに同法第二十四条の二十五に規定する障害児相談支援給付費及び特例障害児相談支援給付費に係る収入金額
  - ク 国、地方公共団体及び保険者等が交付する補助金等に係る収入金額

## 賃上げに向けた評価の新設⑨

### 入院ベースアップ評価料の新設【算定要件】

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

(新)	入院ベースアップ評価料(1日につき)	
1	入院ベースアップ評価料1	1点
2	入院ベースアップ評価料2	2点
↓		
165	入院ベースアップ評価料165	165点

**【算定要件】**

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

**主として医療に従事する職員（対象職員）**

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

## 賃上げに向けた評価の新設⑩

### 入院ベースアップ評価料の新設【施設基準】

**【施設基準の概要】**

- (1) 入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）を算定している保険医療機関であること。
- (2) 外来・在宅ベースアップ評価料（I）の届出を行っている保険医療機関であること。
- (3) 外来・在宅ベースアップ評価料（I）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）により算定される点数の見込みの10倍の数が、対象職員の給与総額の2.3%未満であること。
- (4) 下記の式により算出した数【B】に基づき、該当する区分を届け出ること。

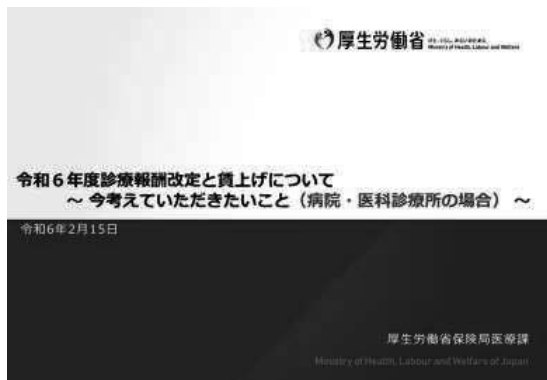
$$【B】 = \frac{\left[ \text{対象職員の給与総額} \times 2.3\% - (\text{外来・在宅ベースアップ評価料 (I) 及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (I) により算定される点数の見込み}) \times 10 \text{円} \right]}{\text{当該保険医療機関の延べ入院患者数} \times 10 \text{円}}$$

**入院ベースアップ評価料の区分**

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

## (参考) 賃上げに関する詳細

- 厚生労働省では、令和6年度診療報酬改定における賃上げについて、「賃上げ等に関する診療報酬改定&マイナ保険証の利用促進に関するオンラインセミナー」を開催致しました。
- 厚生労働省HP (mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500\_00248.html) では、**オンラインセミナーのアーカイブ動画や説明資料及びベースアップ評価料計算支援ツール**を用いて、
  - ①医療従事者の賃上げの概要について
  - ②よくあるご質問
  - ③ベースアップ評価料の試算
 について説明しています。
- **医療従事者の賃上げについて、動画や資料で理解を深め、ベースアップ評価料計算支援ツールを用いて、具体的にいくら賃上げが可能か試算してみましょう。**



画像をクリックすると、説明資料（病院・以下診療所の場合）をダウンロードできます。（PDFファイル）



画像をクリックすると、ベースアップ評価料計算支援ツールをダウンロードできます。（Excelファイル）

## ベースアップ評価料の概要①

ベースアップ評価料は医療従事者の処遇改善の(賃上げ等)の財源として新設された。

ベースアップ評価料の算定にあたっては、厚労省から「経営判断によって算定しないという選択肢は当然残ります。しかし、まさにこの春闘で満額回答が出ようとしている産業が数多くある中で、医療分野で人材を確保していくために算定していただきたいと思っています。」とのコメントがあり、多くの医療機関で算定することが求められている。

対象となる職員(医療職等)の「基本給」「賞与」「超過勤務手当」等の賃上げや、賃上げに伴う「法定福利費の事業主負担分」の増額等を実施する医療機関が、施設基準を厚生局に届け出た上でベースアップ評価料を算定することとなる。

以下、施設基準や疑義解釈【ベースアップ評価料関係】等からの抜粋

- 評価料(I)は、対象職員のベースアップを実施する全ての医療機関が届出を行い、算定することができる。(算定点数は一律)
  - 評価料(II)は、評価料(I)の増収分が給与総額の「1.2%未満」の場合に算定可能。医療機関の状況に合わせて区分が定められている。(算定点数は区分に応じ変動)
- また、3か月ごとに区分の見直しを行い、区分に変更がある場合は変更届を提出する必要がある。(変更届出の猶予条件有)【疑義解釈その1問8】



# ベースアップ評価料の概要②

- 本評価料による増収分は全て賃上げに充てなければならない。  
令和6年度でベースアップを完結できない場合であっても、令和7年度に繰り越すことが可能。  
令和7年度で完結できない場合であっても、令和8年12月までには完結させなければならない。
- 評価料(I)は基礎部分…様式95、別添(賃金改善計画書)を提出  
評価料(II)は追加部分…様式96、別添(賃金改善計画書)を提出
- 試算の結果、評価料(II)の区分3を算定可能であったとしても、下位にあたる評価料(II)の区分1や2で届け出することは可能である。〔疑義解釈その1問13〕
- 施設基準の届出後、年1回、様式98(賃金改善実績報告書)等の提出が必要。
- 本評価料を算定する場合、対象職員に対して、賃金改善について「賃金改善計画書」の内容を用いて周知しなければならず、質問等があった場合は、書面を用いて説明する等、わかりやすく回答すること。〔疑義解釈その1問7〕
- ベースアップを実施するにあたり、職員によって個別にアップ率や金額等に差をつけて実施することは可能。〔疑義解釈その1問4〕  
ただし、前項のとおり、職員から本評価料に係るベースアップについて質問等があった場合、書面等により回答しなければならないため、職員に説明できる理由が必要。



# ベースアップ評価料算定のための準備

## 【東京都医師会】

算出ツール(仮)  
(職員給与等を入力して常勤換算や給料総額等を算出)

常勤換算の常勤換算		5A		5B		5C		5D		5E	
職種別	人数	平均月給	平均月給	人数	平均月給	人数	平均月給	人数	平均月給	人数	平均月給
内科	4	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0
外科	1	20	20	0	0	0	0	0	0	0	0
小児科	1	35	35	0	0	0	0	0	0	0	0
産科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
皮膚科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
泌尿科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
呼吸器科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
消化器科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
循環器科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
神経科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
泌尿器科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
眼科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
耳鼻科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合計	2	35	0	0	0	0	0	0	0	0	0
医師	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

## 【厚生労働省】

計算支援ツール  
(給与総額等を入力して評価料の算定や賃上げの見込みを試算する)

Step 1 対象職員の給与総額の計算

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

算定開始予定日: 2024年6月1日

算定対象月	対象職員給与総額
2023年3月	
2023年4月	
2023年5月	
2023年6月	
2023年7月	
2023年8月	
2023年9月	
2023年10月	
2023年11月	
2023年12月	
2024年1月	
2024年2月	

1月当たり給与総額: 0円

## 【厚生労働省】

様式95～98  
(計算支援ツールの結果をもとに計画書等を作成する)

様式95  
「外資・在宅ベースアップ評価料(1)」の施設基準に係る届出書作成書

1 届出書作成コード  
届出書作成コード: \_\_\_\_\_

2 届出書作成種別  
 外資・在宅ベースアップ評価料(1)  
 診療科・在宅ベースアップ評価料(1)

3 外資・在宅等の実施の有無  
 外資・在宅(在宅勤務)を実施している(届出書作成種別(1))  
 外資・在宅(在宅勤務)を実施していない(届出書作成種別(2))

4 対象職員(常勤換算)数: \_\_\_\_\_人  
○ 対象職員とは、本施設に在籍する職員(医師及び歯科医師を除く)を指し、○より大きい数で表わす。  
【届出書の作成】  
1 「2」については、届出書作成種別(1)について記述すること。  
なお、いずれかに該当する届出書作成種別(1)は、いずれも記載すること。  
2 「3」については、外資・在宅等の実施の有無について記述すること。  
なお、1「3」に該当する届出書作成種別(1)は、いずれも記載すること。  
3 「4」については、届出書作成種別(1)に該当する対象職員の人数を記載すること。  
4 届出書の届出書作成種別(1)は、施設で働く職員(医師及び歯科医師を除く)の人数を記載すること。  
5 届出書の届出書作成種別(2)は、施設で働く職員(医師及び歯科医師を除く)の人数を記載すること。  
6 届出書の届出書作成種別(2)は、施設で働く職員(医師及び歯科医師を除く)の人数を記載すること。  
7 届出書の届出書作成種別(2)は、施設で働く職員(医師及び歯科医師を除く)の人数を記載すること。  
8 届出書の届出書作成種別(2)は、施設で働く職員(医師及び歯科医師を除く)の人数を記載すること。

現在作成中

マニュアルも作ります！



## 【厚生労働省ホームページ】

計算支援ツール

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001211656.xlsx>

様式95～98 (届出様式作成支援フォーム)

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001240270.xlsx>

## 施設基準提出の事前準備①

### 1. 申請時の常勤換算した職員数を算出する

常勤の職員は1とし、非常勤職員の常勤換算数は、「非常勤の所定労働時間」を「医療機関ごとに定める常勤職員の所定労働時間で除して得た数。常勤換算数が1を超える場合は1。(切り捨て)。

なお、「評価料Ⅱ」等については、常勤換算で2人以上の配置が必要。

### 2. 対象職員を選定する ※医師、事務職員は除く

採用している職員のうち、対象職員を選定する。対象となる職種は、「主として医療に従事する職員」

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



## 施設基準提出の事前準備②

### 3. 対象職員の過去1年間における給与総額(月平均)を算出する

『過去1年間』の対象期間は、下表『対象職員の給与総額』の対象となる期間を参照

※給与総額に含むことが可能な手当(定期的な手当:住居手当等)については、関東信越厚生局に問合せ中。

### 4. 過去3か月間の「初診料」、「再診料」、「訪問診療料 ア同一建物以外、イ同一建物」の算定回数により月平均算定回数を算出する

『過去3か月間』の対象期間は、下表『評価料(I)により算定される点数の見込み』、『評価料(II)の算定回数の見込み』等の対象となる期間を参照

※同日初再診の場合の回数の取扱いについては、関東信越厚生局に問合せ中。

算出を行う月	『対象職員の給与総額』の対象となる期間	『評価料(I)により算定される点数の見込み』、『評価料(II)の算定回数の見込み』等の対象となる期間	届け出た区分に従って算定を開始する月
3月	前年3月～2月	前年12月～2月	4月
6月	前年6月～5月	3～5月	7月
9月	前年9月～8月	6～8月	10月
12月	前年12月～11月	9～11月	翌年1月



※「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別表7を改変

## 施設基準提出の事前準備③

### 5. 手順3及び4の数値を「様式96」に入力する

→「評価料(Ⅱ)」が『算定不可』、または、  
『評価料(Ⅱ)の算定可能な区分』が表示される。

- 『算定不可』の場合…「様式95」のみを提出する
- 『評価料(Ⅱ)を算定可能な区分』を申請する場合…「様式95」と「様式96」を提出する

### 6. 「賃金改善計画書」の作成にあたり、医療機関としてベースアップする予定金額(月額)を決定する

- ▶ ベースアップの予定金額はベースアップ評価料の増額分以上であること。
- ▶ 「様式96」を作成すると、「賃金改善計画書」に評価料(Ⅰ)及び評価料(Ⅱ)の増額分が自動計算されるため参照すること。

注:「様式95」「様式96」「賃金改善計画書」の詳細な作成方法については、現在、東京都医師会で作成中



24

## 施設基準提出後に必要な対応

1. 令和7年4月と令和8年4月に「実績報告書」等を提出すること。

2. 「評価料(Ⅱ)」については、3か月に1回「様式96」により区分の変更が無いかを確認すること。

区分に変更がある場合は、同月に「様式96」「賃金改善計画書」等により区分変更を行うこと。

ただし、前回届け出た時点と比較して、対象となる3か月の「対象職員の給与総額」、「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定される点数の見込み」、「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の算定回数の見込み」及び【B】のいずれの変化も1割以内である場合においては、区分の変更を行わないものとする。

注:「実績報告書」の作成方法、区分変更の届出方法については、現在、東京都医師会で作成中



25



## 疑義解釈(ベースアップ評価料)

Q6 ベースアップ評価料において、賃金の改善については、算定開始月から実施する必要があるか。

→ 原則算定開始月から賃金改善を実施し、算定する月においては実施する必要がある。なお、令和6年4月より賃金の改善を行った保険医療機関又は訪問看護ステーションについては、令和6年4月以降の賃金の改善分についても、当該評価料による賃金改善の実績の対象に含めてよい。

ただし、届出時点において「賃金改善計画書」の作成を行っているものの、条例の改正が必要であること等やむを得ない理由により算定開始月からの賃金改善が実施困難な場合は、令和6年12月までに算定開始月まで遡及して賃金改善を実施する場合に限り、算定開始月から賃金改善を実施したものとみなすことができる。



### 令和6年度診療報酬改定

## 1. 賃上げ・基本料等の引き上げ

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

## 初再診料等の評価の見直し

### 初再診料等の評価の見直し

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

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

28

## 入院基本料等の見直し

### 入院基本料等の見直し

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

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

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

29

## 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

30

### 人生の最終段階における適切な意思決定支援の推進（入院料通則の改定②）

#### 人生の最終段階における適切な意思決定支援の推進

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

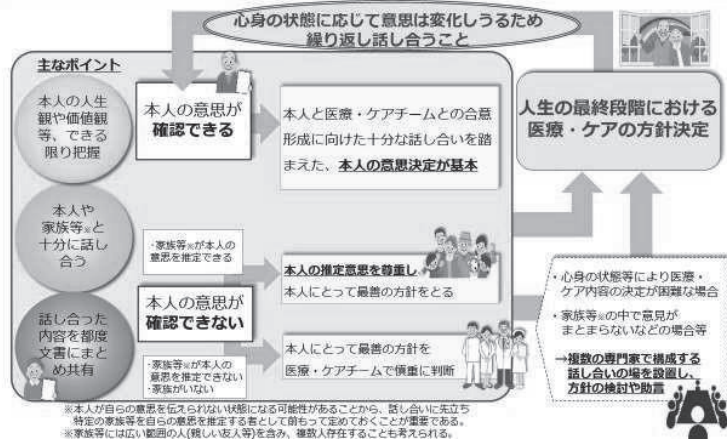
- ガイドライン等の内容を踏まえた**適切な意思決定支援に係る指針の作成を要件とする入院料の範囲を拡大**する。
- ガイドライン等の内容を踏まえた**適切な意思決定支援に係る指針の作成を、地域包括診療料等の要件に追加**する。

#### 【指針の作成が要件となる対象】

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

#### 「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。



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

31

## 身体的拘束を最小化する取組の強化（入院料通則の改定③）

### 身体的拘束を最小化する取組の強化

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

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



#### 【身体的拘束最小化の基準】

##### 〔施設基準〕

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

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

32

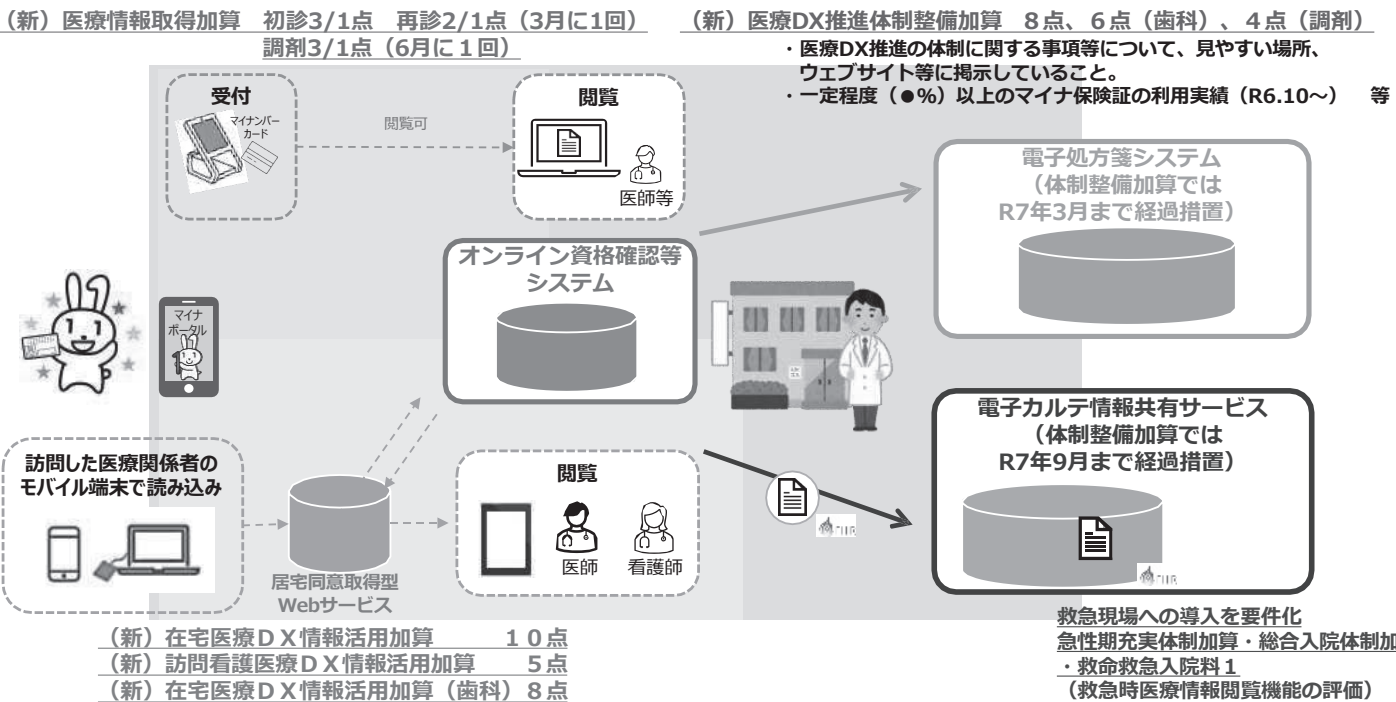
## 令和6年度診療報酬改定 2. 医療DXの推進

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

33

## 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）



※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①

### 医療情報・システム基盤整備体制充実加算の見直し

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

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

以下の場合を新たに評価

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

## 医療DXの推進②

### 医療DX推進体制整備加算の新設

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

(新)	医療DX推進体制整備加算	8点
(新)	医療DX推進体制整備加算（歯科点数表初診料）	6点
(新)	医療DX推進体制整備加算（調剤基本料）	4点



[算定要件（医科医療機関）]

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

[施設基準（医科医療機関）]

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

36

## 医療DXの推進③

### 在宅医療DX情報活用加算の新設

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

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



[対象患者（医科医療機関）]

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

[算定要件（医科医療機関）]

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

[施設基準（医科医療機関）]

- （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）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）
- （4）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）
- （5）（2）の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- （6）（5）の掲示事項について、原則としてウェブサイトに掲示していること。

37

## 救急時医療情報閲覧機能の導入の推進

### 救急時医療情報閲覧機能の導入の要件化

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

現行
【急性期充実体制加算】 [施設基準] 第1の2 急性期充実体制加算 1 急性期充実体制加算に関する施設基準 (1)～(4) (略)  (5) 24時間の救急医療提供として、次のいずれにも該当していること。 ア・イ (略) (新設)



改定後
【急性期充実体制加算】 [施設基準] 第1の2 急性期充実体制加算 1 通則 (1)・(2) (略)  (3) 24時間の救急医療提供として、次のいずれにも該当していること。 ア・イ (略) ウ <u>救急時医療情報閲覧機能を有していること。</u>  [経過措置] 1の(3)のウに規定する救急時医療情報閲覧機能の要件については、令和7年4月1日以降に適用するものとする

## 診療録管理体制加算の見直し

### 診療録管理体制加算の見直し

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

現行
【診療録管理体制加算1】 100点 [施設基準] ・許可病床数400床以上の保険医療機関については、専任の医療情報システム安全管理責任者を配置すること。  (新設)  (新設)  【診療録管理体制加算2】 30点 ・区分の見直し(診療録管理体制加算1→2)  (新設) ・区分の見直し(診療録管理体制加算2→3)



改定後
【診療録管理体制加算1】 <b>140点</b> [施設基準] ・許可病床数200床以上の保険医療機関については、専任の医療情報システム安全管理責任者を配置すること。  ・非常時に備えた医療情報システムのバックアップを複数の方式で確保し、その一部はネットワークから切り離れたオフラインで保管していること。  ・非常時を想定した医療情報システムの利用が困難な場合の対応や復旧に至るまでの対応についての業務継続計画(BCP)を策定し、少なくとも毎年1回程度、定期的に訓練・演習を実施すること。また、その結果を踏まえ、必要に応じて改善に向けた対応を行っていること。  【診療録管理体制加算2】 <b>100点</b> ・許可病床数200床以上の保険医療機関については、専任の医療情報システム安全管理責任者を配置すること。  【診療録管理体制加算3】 <b>30点</b>

## 令和6年度診療報酬改定 2. 医療DXの推進

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

40

令和6年度診療報酬改定 II-1 医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進-⑩

### 情報通信機器を用いた通院精神療法に係る評価の新設

➤ 「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」を踏まえ、情報通信機器を用いて通院精神療法を実施した場合について、新たな評価を行う。

#### (新) 通院精神療法 八 情報通信機器を用いて行った場合

(1) 30分以上 (精神保健指定医による場合)	357点
(2) 30分未満 (精神保健指定医による場合)	274点



[対象患者]

情報通信機器を用いた精神療法を実施する当該保険医療機関の精神科を担当する医師が、同一の疾病に対して、過去1年以内の期間に<sup>1</sup>対面診療を行ったことがある患者

[算定要件] (概要)

(1) 情報通信機器を用いた精神療法を行う際には、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」及び「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」(以下「オンライン精神療法指針」という。)に沿った診療及び処方を行うこと。

(2) 当該患者に対して、1回の処方において3種類以上の抗うつ薬または3種類以上の抗精神病薬を投与した場合には、算定できない。

[施設基準] (概要)

(1) 情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。  
 (2) オンライン精神療法指針に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。  
 (3) オンライン精神療法指針において、「オンライン精神療法を実施する医師や医療機関については、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムに資するよう、地域における精神科医療の提供体制への貢献が求められる」とされていることから、以下のア及びイを満たすこと。

ア 地域の精神科救急医療体制の確保に協力している保険医療機関 ※ (イ) から (ハ) までのいずれかを満たすこと

(イ)	(ロ)	(ハ)
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 常時対応型施設(★) 又は 身体合併症救急医療確保事業において指定</li> <li>(★) 精神科救急医療体制整備事業における類型</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 病院群輪番型施設(★)</li> <li>・ 時間外、休日又は深夜において、入院件数が年4件以上 又は 外来対応件数が年10件以上</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 外来対応施設(★) 又は 時間外対応加算1の届出</li> <li>・ 精神科救急情報センター、保健所等からの問い合わせ等に原則常時対応できる体制</li> </ul>

イ 情報通信機器を用いた精神療法を実施する精神保健指定医が、精神科救急医療体制の確保へ協力 ※ (イ) 又は (ロ) のいずれかの実績

(イ)	(ロ)
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 時間外、休日又は深夜における外来対応施設での外来診療 又は 救急医療機関への診療協力を、年6回以上行うこと。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 精神保健福祉法上の精神保健指定医として業務等を年1回以上行っていること。</li> </ul>

41



## 診療報酬における書面要件及び書面掲示のデジタル化について

### 診療報酬における書面要件の見直し

- ▶ 医療DXを推進する観点から、診療報酬上、書面での検査結果その他の書面の作成又は書面を用いた情報提供等が必要とされる項目について、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」の遵守を前提に、電磁的方法による作成又は情報提供等が可能であることについて明確化する。
- ▶ 具体的には、
  - 文書による提供等を行うこととされている個々の患者の診療に関する情報等を、電磁的方法によって、患者、他の保険医療機関、保険薬局又は指定訪問看護事業者等に提供等する場合は、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保するとともに、書面における署名又は記名・押印に代わり、当該ガイドラインに定められた電子署名を施すこととする。
  - 診療情報提供書については、電子カルテ情報共有サービスを用いて提供する場合には、一定のセキュリティが確保されていることから電子署名を行わなくても共有可能とする。

### 書面掲示事項のウェブサイトへの掲載

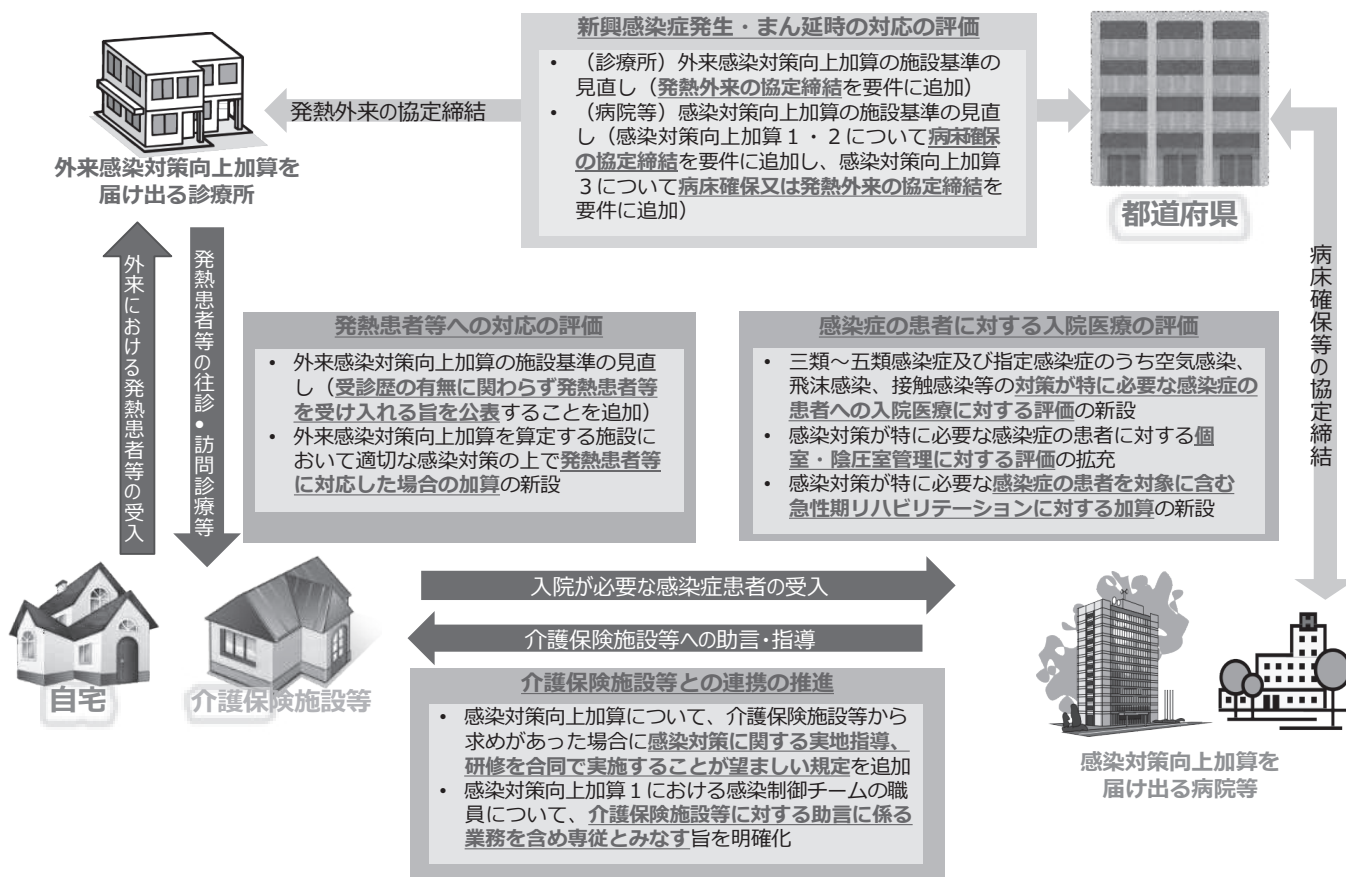
- ▶ デジタル原則に基づき書面掲示についてインターネットでの閲覧を可能な状態にすることを原則義務づけよう求められていることを踏まえ、保険医療機関、保険薬局及び指定訪問看護事業者における書面掲示について、原則として、ウェブサイトに掲載しなければならないこととする。
  - ※ 自ら管理するウェブサイトをもたない保険医療機関等は対象外。
  - ※ 令和7年5月31日までの間の経過措置を設ける。

42

## 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

43

## 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

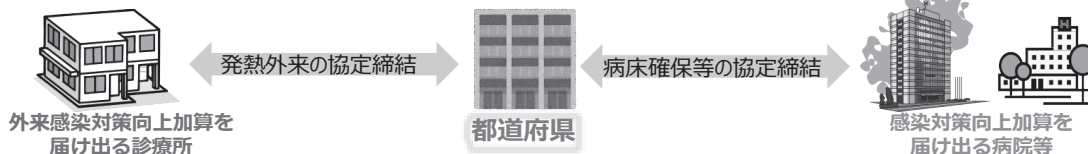


## ポストコロナにおける感染症対策の評価①

### 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	改定後
<p>【感染対策向上加算】【施設基準（抜粋）】</p> <p>加算1：新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること。</p> <p>加算2：新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること。</p> <p>加算3：新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者若しくは疑い患者を受け入れる体制又は発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること。</p> <p>【外来感染対策向上加算】【施設基準（抜粋）】</p> <p>新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること。</p>	<p>【感染対策向上加算】【施設基準（抜粋）】</p> <p>加算1：都道府県知事の指定を受けている第一種協定指定医療機関であること。</p> <p>加算2：（加算1と同様）</p> <p>加算3：都道府県知事の指定を受けている第一種協定指定医療機関又は都道府県知事の指定を受けている第二種協定指定医療機関（発熱外来に係る措置を講ずるものに限る。）であること。</p> <p>【外来感染対策向上加算】【施設基準（抜粋）】</p> <p>都道府県知事の指定を受けている第二種協定指定医療機関（発熱外来に係る措置を講ずるものに限る。）であること。</p>



## ポストコロナにおける感染症対策の評価④

### 発熱外来に対する評価の新設

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

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

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

**（新） 発熱患者等対応加算 20点**

【算定要件】

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

### 抗菌薬の使用実績に基づく評価の新設

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

**（新） 抗菌薬適正使用体制加算 5点**

【施設基準】

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

46

## 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B I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。

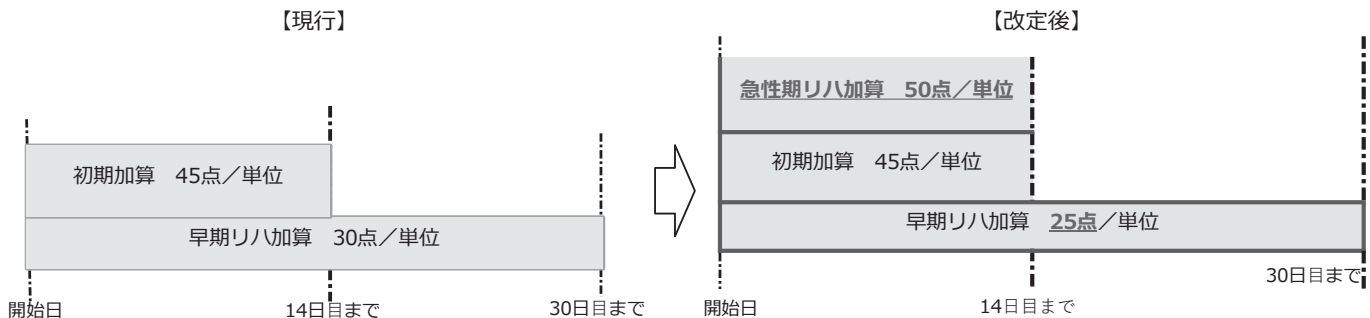
- ① 動脈圧測定（動脈ライン）
- ② シリンジポンプの管理
- ③ 中心静脈圧測定（中心静脈ライン）
- ④ 人工呼吸器の管理
- ⑤ 輸血や血液製剤の管理
- ⑥ 特殊な治療法等（CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO）

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。



47

## 感染対策に関する介護保険施設等との連携の推進

### 感染対策向上加算の見直し

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

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

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

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



## 外来感染対策向上加算の届出について①

### 1. 外来感染対策向上加算を届出している医療機関

令和6年3月31日時点で届出を行っている医療機関は、12月31日までの間に限り、「医療措置協定医療機関」に該当するとみなされるため、既に届出済の医療機関は4月1日以降も引き続き、外来感染対策向上加算(6点)が算定可能。

また、6月1日以降、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者に対応した場合、さらに今回の改定で新設された「発熱患者等対応加算」(20点)を算定できるため、1か月につき最大で26点が算定できる。

※同月内であれば、以下のような算定も可能(疑義解釈その1 問4)

- 1回目の受診(発熱等無し)………外来感染対策向上加算を算定
- 2回目の受診(発熱・感染症疑い)………発熱患者等対応加算を算定

#### 【注意事項】

令和7年1月1日以降も引き続き外来感染対策向上加算を算定する医療機関は、経過措置が終了する令和6年12月31日までに「医療措置協定」を締結し、再度、施設基準の届出を行う必要がある。

届出が間に合わない場合、令和7年1月から「外来感染対策向上加算」の算定ができなくなるだけでなく、令和6年6月以降の算定開始日に遡って返還金を求められる可能性がある。

医療措置協定の締結には1か月ぐらい時間を要します。届出を予定している医療機関は早めに都庁ホームページの協議フォームに入力を行ってください。

[https://www.hokeniryu.metro.tokyo.lg.jp/kansen/i\\_kyotei.html](https://www.hokeniryu.metro.tokyo.lg.jp/kansen/i_kyotei.html)



## 外来感染対策向上加算の届出について②

### 2. 外来感染対策向上加算を届出していない医療機関

- ① 令和6年6月1日から算定する場合
  - ・医療措置協定を締結する（4月中に依頼すると6月1日締結予定）
  - ・締結後（電子署名に同意・返送後）、関東信越厚生局に届出をする（令和6年5月2日から6月3日までに届出）
  - ※原則、6月3日までに受理されれば、6月1日から算定可能
- ② 6月1日からの算定に間に合わない場合
  - ・医療措置協定を締結する（5月中に依頼すると7月1日締結予定）
  - ・締結後（電子署名に同意・返送後）、関東信越厚生局に届出をする
  - ※原則、受理後、翌月から算定可能

届出に必要な業務指針や手順書等は東京都医師会ホームページを参考にしてください。  
[https://www.tokyo.med.or.jp/25873#kansen\\_manual](https://www.tokyo.med.or.jp/25873#kansen_manual)

医療措置協定の締結には1か月ぐらい時間を要します。届出を予定している医療機関は早めに都庁ホームページの協議フォームに入力を行ってください。

[https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/kansen/i\\_kyotei.html](https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/kansen/i_kyotei.html)



### 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)
    - 介護保険施設等に入所者の病状の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、介護保険施設等入所者の病状の急変時に、介護保険施設等の協力医療機関であって、平時からの連携体制を構築している医療機関の医師が往診を行った場合について、新たな評価を行う。
- 2. **地域包括診療料等の見直し** (II-7-①)
  - かかりつけ医機能の評価である地域包括診療料等について、かかりつけ医と介護支援専門員との連携の強化する観点から、算定要件に介護支援専門員および相談支援員との相談に応じること及びその旨を院内掲示すること等を追加する。
- 3. **介護保険施設等及び障害者支援施設における医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し** (II-2-④)
  - 医療と介護の両方を必要とする状態の患者が可能な限り施設での生活を継続するために、介護保険施設等において対応が困難な医療行為について医療保険による算定を可能とする。
- 4. **入退院支援加算1・2の見直し** (II-2-⑧)
  - 入退院支援における、関係機関との連携強化等の観点から、退院時における医療機関から介護支援専門員へ情報提供する様式の見直し、入退院支援加算1の施設基準で求める連携機関数について、急性期病棟を有する医療機関では病院・診療所との連携を、地域包括ケア病棟を有する医療機関では介護サービス事業所及び障害福祉サービス事業所等との連携を一定程度求めることとする。
- 5. **リハビリテーションに係る医療・介護情報連携の推進** (II-2-⑤)
  - 医療機関と介護保険の訪問・通所リハビリテーション事業所のリハビリテーションに係る連携を更に推進する観点から、介護保険の通所リハビリテーションなどへ移行する場合に、移行先の事業所等にリハビリテーション実施計画書を提供することとする。
- 6. **医療と介護における栄養情報連携の推進** (II-3-⑦)
  - 医療と介護における栄養情報連携を推進する観点から、栄養情報提供加算の名称と要件、評価を見直し、入院栄養食事指導を行った場合に加えて、介護保険施設等に退院する患者について、退院先施設の管理栄養士と連携した場合も算定を可能とする。

## 医療と介護の連携の推進 (イメージ)

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

### 介護保険施設等と連携する医療機関 【在宅医療を担う医療機関や感染対策を担う医療機関等】

#### 介護保険施設等との連携の推進

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

#### 地域包括診療料等を算定する医療機関

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

● : 診療報酬 ■ : 介護報酬

(1) 平時からの連携  
(カンファレンス等による入所者の情報の共有等)

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

(2) 急変時の電話相談・診療の求め

(3) 相談対応・医療提供

- 介護保険施設等連携往診加算の新設
- 医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し
- (4) 入院調整
- 協力対象施設入所者入院加算の新設
- 退所時情報提供加算の見直し

(5) 早期退院

- 退院が可能となった場合の速やかな受入れの努力義務化

医師等と介護支援専門員との連携

### 介護保険施設等 【特養・老健・介護医療院】

#### 協力医療機関等との連携の強化

- ・ **診療や入院受入れ等を行う体制を確保した協力医療機関を定めることの義務化**  
以下の要件を満たす協力医療機関を定めることを義務化  
①入所者の病状が急変した場合等に相談対応を行う体制を常時確保  
②診療の求めがあった場合の診療を行う体制を常時確保  
③入院を要する入所者の入院を原則受け入れる体制の確保  
※協力医療機関との間で1年に1回以上入所者の病状の急変が生じた場合の対応方針について確認
- ・ **協力医療機関連携加算の新設**  
介護保険施設等において、定期的な会議の実施による協力医療機関との連携体制の構築を評価
- ・ **高齢者施設等感染対策向上加算の新設**  
感染対策向上加算を算定する医療機関等が行う研修に参加すること等や実地指導を受けることを評価
- ・ **退所時情報提供加算の新設**  
入所者が医療機関へ退所した場合に医療機関に対し、生活支援上の留意点等の情報を提供することを評価
- ・ **早期退院の受入れの努力義務化**  
退院が可能となった場合の速やかな受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①

### 協力対象施設入所者入院加算の新設

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

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

[対象医療機関]

在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、在宅療養後方支援病院、地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟又は病室を有する病院

[算定要件]

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

[施設基準](概要)

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

ア 次の(イ)及び(ロ)に該当していること。

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

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

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

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

54

## 医療機関と介護保険施設等の連携の推進②

### 介護保険施設等連携往診加算の新設

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

(新) 介護保険施設等連携往診加算	200点
-------------------	------

[算定要件]

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

[施設基準](概要)

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

ア 次の(イ)及び(ロ)に該当していること。

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

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

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

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

### 医療機関と介護保険施設等の連携の推進

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

55

令和6年度診療報酬改定 II-2 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組-④、II-4 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価-②

## 介護保険施設等における生活に配慮した医療の推進等

### 介護保険施設等における医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し

- 医療と介護の両方を必要とする状態の患者が可能な限り施設での生活を継続するために、**介護保険施設等における医療保険で給付できる医療サービスの範囲を見直す。**

[新たに医療保険で算定可能となる医療サービス]

- ・ 介護老人保健施設に入所している**末期の悪性腫瘍の患者**に対する「B001-22 がん性疼痛緩和指導管理料」、「B001-24 外来緩和ケア管理料」及び「B001-2-8 外来放射線照射診療料」（麻薬の投与に係る「G 注射」の費用を含む）。
- ・ 介護老人保健施設に入所している患者に対し、当該介護老人保健施設の医師及び当該介護老人保健施設の併設医療機関に所属する医師以外の医師が、**高度な薬学的管理を必要とする薬剤を処方した場合の「F400 処方箋料」。**
- ・ 介護老人保健施設及び介護医療院における**重症心不全患者**に対する「C116 在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料」。
- ・ 介護老人保健施設及び介護医療院に入所している患者に対し、当該施設の医師以外の医師が、高度な薬学的管理を必要とする薬剤に係る処方箋を発行した場合、**応需した保険薬局における「調剤報酬（調剤基本料、薬剤調製料、調剤管理料、服薬管理指導料3、外来服薬支援料2、薬剤料、特定保険医療材料）」。**
- ・ 新興感染症等発生時において、施設に入所している**感染症患者**に対して医師の処方箋に基づき薬剤師が訪問して薬学的管理及び指導を実施した場合の「在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1」。

### 血友病患者の治療の評価の見直し

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

現行	改定後
血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体	血友病の患者に使用する医薬品（血友病患者における出血傾向の抑制の効能又は効果を有するものに限る。）

56

令和6年度診療報酬改定 II-2 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組-⑧

## 入退院支援加算1・2の見直しについて①

### 入院時支援加算1の見直し

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

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

### 入退院支援加算1の施設基準で求める連携機関数について

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

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

### 生活に配慮した支援の強化

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

57



## リハビリテーションに係る医療介護障害連携



退院時の情報連携を促進し、退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを実施する観点から、以下の見直しを行う。

- ・ **リハビリテーションに係る情報連携の推進**
- ・ **退院前カンファレンスへの通所リハ事業所等の医師等の参加の推進**



### 診療報酬上の対応

- 保険医療機関において、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料若しくは運動器リハビリテーション料を算定する患者が、**介護保険の通所リハビリテーション事業所等によるサービス利用へ移行する場合、移行先の事業所に対しリハビリテーション実施計画書等を提供することとする。**
- 退院時のリハビリテーションに係る医療機関と介護保険の訪問・通所リハビリテーション事業所との連携により、退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを推進する観点から、**退院時共同指導料2の参加職種について、介護保険によるリハビリテーションを提供する事業所の医師、理学療法士等の参加を求めることが望ましいこととする。**

### 介護報酬上の対応

- 訪問・通所リハビリテーションにおいて、医師等の従業者が、入院中にリハビリテーションを受けていた利用者に対し退院後のリハビリテーションを提供する際に、リハビリテーション計画を作成するに当たっては、**入院中に医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書等を入手し、内容を把握することを義務付ける。**
- 退院時の情報連携を促進し、退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを実施する観点から、医療機関からの退院後に介護保険のリハビリテーションを行う際、リハビリテーション事業所の理学療法士等が、**医療機関の退院前カンファレンスに参加し、共同指導を行ったことを評価する退院時共同指導加算（600単位/回）を設ける。**

### 診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬の共通対応

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

## 退院時におけるリハビリテーションに係る医療介護連携の推進

### 退院時におけるリハビリテーションに係る医療・介護連携の推進

- 退院時のリハビリテーションに係る医療機関と介護保険の訪問・通所リハビリテーション事業所間の連携により、退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを推進する観点から、退院時共同指導料2について要件を見直す。

#### 現行

【退院時共同指導料2】  
【算定要件】

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

#### 改定後

【退院時共同指導料2】  
【算定要件】

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

(介護保険法に規定する訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーション又は介護予防通所リハビリテーションをいう。)を利用予定の場合、在宅での療養上必要な説明及び指導について、当該患者が入院している医療機関の保険医等が、介護保険によるリハビリテーションを提供する事業所の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の参加を求めることが望ましい。



退院前カンファレンスにおける情報共有

## 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

60

令和6年度診療報酬改定 II-2 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組 等

### 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。

61

## 障害者支援施設における医療保険給付の医療サービスの範囲の見直し

### 障害者支援施設における医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し

- 医療とケアの両方を必要とする状態の患者が可能な限り施設での生活を継続するために、**障害者支援施設における医療保険で給付できる医療サービスの範囲を見直す。**

[新たに医療保険で算定可能となる医療サービス]

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

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



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



## 医療的ケア児（者）に対する入院前支援の評価の新設

### 医療的ケア児（者）に対する入院前支援の評価の新設

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

**（新） 医療的ケア児（者）入院前支援加算 1,000点**



[対象患者]

**医療的ケア判定スコア16点以上の医療的ケア児（者）**

[算定要件]

- 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示を受けた看護職員が、入院前に別に厚生労働大臣が定める患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）及び第3節の特定入院料のうち、医療的ケア児（者）入院前支援加算を算定できるものを現に算定している患者に限り、当該保険医療機関の入院期間が通算30日以上のもを除く。）の患者等を訪問し、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。**
- 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。**
- 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]

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

## 入退院支援加算1・2の見直しについて②

### 入退院支援加算の対象の見直し

- ▶ 入退院支援加算の対象となる「退院困難な要因を有している患者」に、特別なコミュニケーション支援を要する者及び強度行動障害の状態の者を追加する。

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

## 入退院支援加算1・2の見直しについて③

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

- ▶ 特別なコミュニケーション支援を要する者及び強度行動障害の状態の者に対し、入院前に医療機関と本人・家族等や障害福祉サービス事業所等とで事前調整を行うことの評価を新設する。

#### (新) 入院事前調整加算 200点

##### [算定要件]

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

##### [施設基準]

入院事前調整加算に規定する厚生労働大臣が定める患者

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

令和6年度診療報酬改定

## 5. 外来診療の機能分化・強化等

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

66

令和6年度診療報酬改定 III-5 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

## 生活習慣病対策

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

### 1. 生活習慣病管理料(Ⅱ)の新設(Ⅱ-5-①)

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

### 2. 生活習慣病管理料の評価及び要件の見直し(Ⅱ-5-①)

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

### 3. 特定疾患療養管理料の見直し(Ⅱ-5-①)

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

### 4. 特定疾患処方管理加算の見直し(Ⅱ-5-②)

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

### 5. 地域包括診療料等の見直し(Ⅱ-5-③)

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

### 6. 慢性腎臓病の透析予防指導管理の評価の新設(Ⅲ-5-④)

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

67

## 生活習慣病に係る疾病管理のイメージ

○ 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のイメージは以下のとおり。



## 生活習慣病に係る医学管理料の見直し①

- 生活習慣病に対する質の高い疾病管理を推進する観点から、生活習慣病管理料について要件及び評価を見直す。
  - 療養計画書を簡素化するとともに、電子カルテ情報共有サービスを活用する場合、血液検査項目についての記載を不要とする。
  - 診療ガイドライン等を参考として疾病管理を行うことを要件とする。
  - 少なくとも1月に1回以上の総合的な治療管理を行う要件を廃止する。
  - 歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等の多職種と連携することを望ましい要件とする。
  - 糖尿病患者に対して歯科受診を推奨することを要件とする。

現行	改定後
<b>【生活習慣病管理料】</b> 1 脂質異常症を主病とする場合 570点 2 高血圧症を主病とする場合 620点 3 糖尿病を主病とする場合 720点	<b>【生活習慣病管理料(Ⅰ)】</b> 1 脂質異常症を主病とする場合 610点 2 高血圧症を主病とする場合 660点 3 糖尿病を主病とする場合 760点

### 改定後

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

# 生活習慣病 療養計画書

## 初回用

## 継続用

(別紙様式9)

生活習慣病 療養計画書 初回用 (記入日: 年 月 日)

患者氏名: (男・女) 主病: 糖尿病 高血圧症 脂質異常症

生年月日: 明・大・昭・平・令 年 月 日生(才)

ねらい: 検査結果を理解できること・自分の生活上の問題点を抽出し、目標を設定できること

【目標】

【①達成目標】: 患者と相談した目標

【②行動目標】: 患者と相談した目標

【重点を置く領域と指導項目】

□食事

□食事摂取量を適正にする □食塩・調味料を控える

□野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす □外食の際の注意事項( )

□油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす □その他( )

□節酒: (減らす(種類・量: を週 回))

□間食: (減らす(種類・量: を週 回))

□食べ方: (ゆっくり食べる・その他( ))

□食事時間: 朝食、昼食、夕食を規則正しくとる

□運動

□運動処方: 種類(ウォーキング・ ) 頻度(ほぼ毎日・週 日) 時間(30分以上・ ) 強度(息がはずむが会話可能な強さ or 脈拍 拍/分 or )

□日常生活の活動量増加(例: 1日1万歩・ )

□運動時の注意事項など( )

□たばこ

□非喫煙者である □禁煙の有効性 □禁煙の実施方法等

□仕事 □余暇 □睡眠の確保(質・量) □減量

□家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等)

□その他( )

【血液検査項目】(採血日 月 日) □総コレステロール ( mg/dl)

□血糖(空腹時 □随時 □食後( )時間) □中性脂肪 ( mg/dl)

( ) mg/dl □HDLコレステロール ( mg/dl)

□HbA1c: ( %) □LDLコレステロール ( mg/dl)

※血液検査結果を手交している場合は記載不要 □その他( )

【その他】

□栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満)

□その他( )

※実施項目は、□にチェック、( )内には具体的に記入

患者署名 \_\_\_\_\_ 医師氏名 \_\_\_\_\_

(別紙様式9の2)

生活習慣病 療養計画書 継続用 (記入日: 年 月 日) ( ) 回目

患者氏名: (男・女) 主病: 糖尿病 高血圧症 脂質異常症

生年月日: 明・大・昭・平・令 年 月 日生(才)

ねらい: 重点目標の達成状況を理解できること・目標再設定と指導された生活習慣改善に取り組めること

【目標】

【①目標の達成状況】

【②達成目標】: 患者と相談した目標

【③行動目標】: 患者と相談した目標

【重点を置く領域と指導項目】

□今回は、指導の必要なし

□食事摂取量を適正にする □食塩・調味料を控える

□野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす □外食の際の注意事項( )

□油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす □その他( )

□節酒: (減らす(種類・量: を週 回))

□間食: (減らす(種類・量: を週 回))

□食べ方: (ゆっくり食べる・その他( ))

□食事時間: 朝食、昼食、夕食を規則正しくとる

□今回は、指導の必要なし

□運動処方: 種類(ウォーキング・ ) 頻度(ほぼ毎日・週 日) 時間(30分以上・ ) 強度(息がはずむが会話可能な強さ or 脈拍 拍/分 or )

□日常生活の活動量増加(例: 1日1万歩・ )

□運動時の注意事項など( )

□たばこ

□禁煙の有効性 □禁煙の実施方法等

□仕事 □余暇 □睡眠の確保(質・量) □減量

□家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等)

□その他( )

【血液検査項目】(採血日 月 日) □総コレステロール ( mg/dl)

□血糖(空腹時 □随時 □食後( )時間) □中性脂肪 ( mg/dl)

( ) mg/dl □HDLコレステロール ( mg/dl)

□HbA1c: ( %) □LDLコレステロール ( mg/dl)

※血液検査結果を手交している場合は記載不要 □その他( )

【その他】

□栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満)

□その他( )

※実施項目は、□にチェック、( )内には具体的に記入

患者署名 \_\_\_\_\_ 医師氏名 \_\_\_\_\_

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

患者に療養計画書の内容を説明し、十分に理解したことを確認できれば患者署名を省略できる

# 生活習慣病に係る医学管理料の見直し②

## 生活習慣病管理料(II)の創設

▶ 検査等を包括しない生活習慣病管理料(II)を新設する。

**(新) 生活習慣病管理料(II) 333点(月1回に限る。)**

### 【算定要件】

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

### 【施設基準】

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

# 生活習慣病に係る医学管理料の見直し③

## 特定疾患療養管理料の対象疾患の見直し

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

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

## (参考) 外来データ提出加算について

### 外来データ提出加算 50点(月1回)

#### 【算定要件】

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

#### 【施設基準】

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

### 〈共通項目〉

大項目	項目名
属性	生年月日
	性別
	患者住所地域の郵便番号
身長・体重	身長
	体重
喫煙歴	喫煙区分
	1日の喫煙本数
介護情報	喫煙年数
	高齢者情報
診断情報/傷病	要介護度
	自院管理の有無
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
入院の状況	傷病名
	入院の有無
	ICD10コード
	傷病名コード
最終情報	修飾語コード
	傷病名
	当月中の最終情報
	終診年月日
	ICD10コード
傷病名	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名

### 〈在宅データ提出加算特有の項目〉

大項目	項目名	大項目	項目名
外来受診情報	受診年月日	リスク分類・LDLコレステロール	リスク分類
	初診/再診		LDLコレステロール
	他院による紹介の有無	脳卒中の有無(初発)	脳卒中の有無(既往含む)
診療科コード	脳卒中の初発の種類(既往含む)		
糖尿病の有無	糖尿病の有無	脳卒中の初発の発症(診断)年月	
	自院管理の有無	脳卒中(初発以外)	脳卒中の初発以外の種類(既往含む)
糖尿病の診断年月	診断年月		脳卒中の初発以外の発症(診断)年月
	血糖コントロール・慢性合併症	血糖コントロール	急性冠症候群の有無(初発)
慢性合併症:網膜症		急性冠症候群の初発の種類(既往含む)	
慢性合併症:腎症		急性冠症候群の初発の発症(診断)年月	
高血圧症の有無	高血圧症の有無	急性冠症候群(初発以外)	急性冠症候群の初発以外の種類(既往含む)
	自院管理の有無		急性冠症候群の初発以外の発症(診断)年月
高血圧症の診断年月	診断年月	心不全の有無	心不全の有無
	診断年月		心不全の診断年月
血圧	血圧分類	急性大動脈解離の有無(初発)	急性大動脈解離の有無(既往含む)
	リスク層		急性大動脈解離の初発の発症(診断)年月
	収縮期血圧	急性大動脈解離(初発以外)	急性大動脈解離の初発以外の発症(診断)年月
脂質異常症の有無	脂質異常症の有無	慢性腎臓病の有無	慢性腎臓病の有無
	自院管理の有無		慢性腎臓病の診断年月
脂質異常症の診断年月	診断年月	高尿酸血症の有無	高尿酸血症の有無
	診断年月		高尿酸血症の診断年月
		尿酸値	尿酸値

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



# 生活習慣病管理料(Ⅱ)算定例①

生活習慣病管理料(Ⅱ)は月1回の算定、  
さらに外来管理加算と特定疾患処方管理加算2が算定不可

例)高血圧症の患者を月1回見ていた場合

改定前				改定後			
項目	点数	回数	合計	項目	点数	回数	合計
再診料	73	1	73	再診料	75	1	75
外来管理加算	52	1	52				
特定疾患療養管理料	225	1	225	生活習慣病管理料(Ⅱ)	333	1	333
処方箋料	68	1	68	処方箋料	60	1	60
特定疾患処方管理加算2	66	1	66				
地域包括診療加算2	18	1	18	地域包括診療加算2	21	1	21
合計			502	合計			489



# 生活習慣病管理料(Ⅱ)算定例②

生活習慣病管理料(Ⅱ)は月1回の算定、  
さらに外来管理加算と特定疾患処方管理加算2が算定不可

例)糖尿病の患者月2回診察1回の処方した場合

改定前				改定後			
項目	点数	回数	合計	項目	点数	回数	合計
再診料	73	2	146	再診料	75	2	150
外来管理加算	52	2	104				
特定疾患療養管理料	225	2	450	生活習慣病管理料(Ⅱ)	333	1	333
処方箋料	68	1	68	処方箋料	60	1	60
特定疾患処方管理加算2	66	1	66				
合計			834	合計			543

・血糖自己測定指導加算500点/年1、  
・外来データ提出加算 50点/月1  
算定しても約200点の減点。  
ただし諸検査は出来高算定可能。



## 疑義解釈(生活習慣病管理料 I・II)①

Q131 「B001-3」生活習慣病管理料（I）及び「B001-3-3」生活習慣病管理料（II）（以下単に「生活習慣病管理料（I）及び（II）」という。）は、栄養、運動、休養、喫煙、飲酒及び服薬等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、患者に対して療養計画書により丁寧に説明を行い、患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受けた場合に算定できるものとされているが、署名の取扱い如何。

→ 初回については、療養計画書に患者の署名を受けることが必要。ただし、2回目以降については、療養計画書の内容を患者に対して説明した上で、患者が当該内容を十分に理解したことを医師が確認し、その旨を療養計画書に記載した場合には、患者署名を省略して差し支えない。



76

## 疑義解釈(生活習慣病管理料 I・II)②

Q132 療養計画書の内容について医師による丁寧な説明を実施した上で、薬剤師又は看護職員等の当該説明を行った医師以外のものが追加的な説明を行い、診察室外で患者の署名を受けた場合にも算定可能か。

→ 可能



77

## 疑義解釈(生活習慣病管理料 I・II)③

Q133 生活習慣病管理料（I）及び（II）に、外来管理加算の費用は含まれるものとされているが、生活習慣病管理料（I）及び（II）を算定した月において、当該算定日とは別日に、当該保険医療機関において、生活習慣病管理料（I）及び（II）を算定した患者に対して診療を行った場合に、外来管理加算を算定することは可能か。

→ 外来管理加算の算定要件を満たせば可能。



## 生活習慣病管理料 I と II の比較

	生活習慣病管理料(I)	生活習慣病管理料(II)
点数	<ul style="list-style-type: none"> <li>脂質異常症を主病とする場合 610点</li> <li>高血圧症を主病とする場合 660点</li> <li>糖尿病を主病とする場合 760点</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>脂質異常症、高血圧症、糖尿病を主病とする患者 333点</li> <li>情報通信機器を用いた診療 290点</li> </ul>
加算	血糖自己測定指導加算(年1回)500点、外来データ提出加算50点	
包括される項目	<ul style="list-style-type: none"> <li>外来管理加算</li> <li>医学管理等(診療情報提供料・薬剤情報提供料含む)</li> <li>検査、注射、病理診断</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>外来管理加算</li> <li>医学管理等(以下を除く)</li> </ul>
同日に併算可能な医学管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>糖尿病合併症管理料</li> <li>がん性疼痛緩和指導管理料</li> <li>外来緩和ケア管理料</li> <li>糖尿病透析予防指導管理料</li> <li>慢性腎臓病透析予防指導管理料</li> </ul>	※に加えて、 <ul style="list-style-type: none"> <li>外来栄養食事指導料</li> <li>集団栄養食事指導料</li> <li>ニコチン依存症管理料</li> <li>療養・就労両立支援指導料</li> <li>診療情報提供料(I)</li> <li>電子的診療情報評価料</li> <li>診療情報提供料(II)</li> <li>診療情報連携共有料</li> <li>連携強化診療情報提供料</li> <li>薬剤情報提供料</li> </ul>
他の管理料との併算	糖尿病を主病とする場合、在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない	
療養計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>療養計画書を交付[別紙様式9(初回用)、別紙様式9の2(継続用)、またはこれに準じた様式]</li> <li>患者またはその家族等から求めがあった場合に交付するとともに、概ね4月に1回以上は交付する</li> </ul>	
(I)と(II)の算定	—	生活習慣病管理料(I)を算定した日の属する月から起算して6月以内の期間は生活習慣病管理料(II)は算定できない



## 疑義解釈(生活習慣病管理料 I・II)④

Q143 生活習慣病管理料(II)において、「治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましい」とされたが、管理栄養士を雇用していない診療所において、外来栄養食事指導が必要となり、他の保険医療機関の管理栄養士と連携し、当該管理栄養士が所属する保険医療機関で対面により栄養食事指導を行った場合について、指示を出した医師の診療所が「B001」の「9」外来栄養食事指導料2を算定できるか。

→ 算定可能。ただし、栄養食事指導を行う管理栄養士は、指示を出す医師の診療所と適宜連絡が取れる体制を整備するとともに、栄養指導記録を必ず共有すること。



80

令和6年度診療報酬改定

### 5. 外来診療の機能分化・強化等

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

81

## 地域包括診療料等の見直し

### 地域包括診療料等の見直し

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

#### 改定後

【地域包括診療料】 ※地域包括診療加算についても同様  
 [算定要件]

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

[施設基準] ※地域包括診療加算についても同様

- 当該保険医療機関に、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師（以下この区分において「担当医」という。）を配置していること。また、担当医は認知症に係る適切な研修を修了していることが望ましい。
- 次に掲げる事項を院内掲示していること。ア 健康相談及び予防接種に係る相談を実施していること。  
 イ 当該保険医療機関に通院する患者について、介護支援専門員及び相談支援専門員からの相談に適切に対応することが可能であること。  
 ウ 患者の状態に応じ、28日以上長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であること。
- 介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示し、かつ、要介護認定に係る主治医意見書を作成しているとともに、以下のいずれか一つを満たしていること。  
 ア～ケ（略） コ 担当医が、「認知症初期集中支援チーム」等、市区町村が実施する認知症施策に協力している実績があること。
- 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		改定後	
地域包括診療加算 1	25点	地域包括診療加算 1	28点
地域包括診療加算 2	18点	地域包括診療加算 2	21点
認知症地域包括診療加算 1	35点	認知症地域包括診療加算 1	38点
認知症地域包括診療加算 2	28点	認知症地域包括診療加算 2	31点

82

## 処方等に関する評価の見直し

### リフィル処方及び長期処方の推進

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

### 処方箋料の見直し及び後発医薬品の使用促進等の推進

- ▶ 後発医薬品の使用促進を推進する等の観点から、以下の見直しを行う。

現行		改定後	
【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 後	42点	後発医薬品使用体制加算 2 後	82点
発医薬品使用体制加算 3	37点	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 外	5点	外来後発医薬品使用体制加算 1 外	8点
来後発医薬品使用体制加算 2 外来	4点	来後発医薬品使用体制加算 2 外来	7点
後発医薬品使用体制加算 3	2点	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

83

# 疑義解釈(リフィル処方箋)

Q144 地域包括診療加算、地域包括診療料、生活習慣病管理料（Ⅰ）、生活習慣病管理料（Ⅱ）の施設基準において、「患者の状態に応じ、28日以上の長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であること。」について、院内の見やすい場所に掲示していることが求められているが、具体的にどのような内容を掲示すればよいか。

- 当該保険医療機関において、患者の状態に応じ、
- ・ 28日以上の長期の投薬が可能であること
  - ・ リフィル処方箋を交付すること
- のいずれの対応も可能であることを掲示すること。  
 なお、具体的な掲示内容としてはポスターを活用しても差し支えない。



## 時間外対応加算の見直し

### 時間外対応加算の見直し

- ▶ 時間外対応加算について、多様な在り方を考慮した評価体系に見直す観点から、時間外の電話対応等に常時対応できる体制として、非常勤職員等が対応し、医師に連絡した上で、当該医師が電話等を受けて対応できる体制の評価を新設する。

#### 改定後

時間外対応加算1 5点

時間外対応加算2 4点

【施設基準】(抜粋)

診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、診療所の非常勤の医師、看護職員又は事務職員等が、常時、電話等により対応できる体制がとられていること。また、必要に応じて診療録を閲覧することができる体制及びやむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかつた場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。

時間外対応加算3 3点

時間外対応加算4 1点

### 時間外対応加算の見直しを踏まえた小児科かかりつけ診療料の見直し

- ▶ 時間外対応加算の評価体系の見直しの趣旨を踏まえ、小児かかりつけ診療料について、要件を見直す。

#### 現行

【小児かかりつけ診療料1】

【施設基準】(抜粋)

- ・ 区分番号「A001」の注10に規定する時間外対応加算1又は時間外対応加算2に係る届出を行っていること。

【小児かかりつけ診療料2】

【施設基準】(抜粋)

- ・ 次のいずれかの基準を満たしていること。  
 ア 区分番号「A001」の注10に規定する時間外対応加算3に係る届出を行っていること。  
 イ (略)



#### 改定後

【小児かかりつけ診療料1】

【施設基準】(抜粋)

- ・ 区分番号「A001」の注10に規定する時間外対応加算1又は時間外対応加算3に係る届出を行っていること。

【小児かかりつけ診療料2】

【施設基準】(抜粋)

- ・ 次のいずれかの基準を満たしていること。  
 ア 区分番号「A001」の注10に規定する時間外対応加算2又は時間外対応加算4に係る届出を行っていること。  
 イ (略)

令和6年度診療報酬改定

**5. 外来診療の機能分化・強化等**

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

86

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

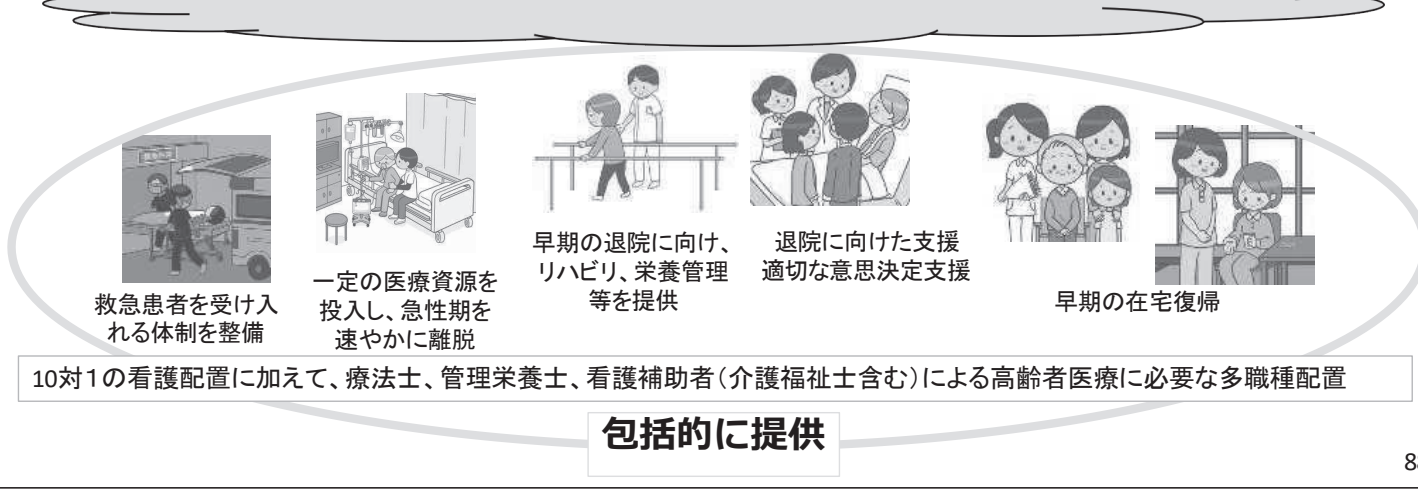
87

## 地域包括医療病棟① 病棟のイメージ

### 背景

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

### 地域包括医療病棟における医療サービスのイメージ



## 地域包括医療病棟② 施設基準等

### 地域包括医療病棟入院料の算定要件及び施設基準

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

#### (新) 地域包括医療病棟入院料 (1日につき) 3,050点

##### 【算定要件】

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

##### 【施設基準】(抜粋)

- (1) 看護職員が**10:1以上配置**されていること。
- (2) 当該病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が**2名以上**、専任の常勤の管理栄養士が**1名以上配置**されていること。
- (3) 入院早期からのリハビリテーションを行うにつき必要な構造設備を有していること。(病室6.4㎡/1人以上、廊下幅1.8m以上が望ましい 等)
- (4) 当該病棟に入院中の患者に対して、**ADL等の維持、向上及び栄養管理等に資する必要な体制が整備**されていること。  
(ADLが入院時と比較して低下した患者の割合が**5%未満**であること 等)
- (5) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を用いて評価し、**延べ患者数のうち「A3点以上、A2点以上かつB3点以上、又はC1点以上」に該当する割合が16%以上(必要度Iの場合)又は15%以上(必要度IIの場合)**であるとするとともに、**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、MR I撮影を行う体制にあること 等)
- 11 **データ提出加算及び入退院支援加算1**に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- 12 **特定機能病院以外の病院**であること。(13)急性期充実体制加算及び専門病院入院基本料の届出を行っていない保険医療機関であること。
- (14) **脳血管疾患等リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション料**に係る届出を行っている保険医療機関であること。





## 地域包括医療病棟③ 注加算

### 地域包括医療病棟入院料の注加算

**(新) 初期加算 (1日につき) 150点**

[算定要件]  
入院した日から起算して14日を限度として算定する。

**(新) 看護補助体制加算 (1日につき)**

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

[算定要件]  
入院した日から起算して14日を限度として算定する。

**(新) 夜間看護体制加算 (1日につき) 71点**

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

[施設基準]  
夜勤時間帯に看護補助者を配置していること。  
夜間における看護業務の負担の軽減に資する十分な業務管理等の体制が整備されていること。

**(新) 看護職員夜間12対1配置加算 (1日につき)**

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

[算定要件]  
入院した日から起算して14日を限度として算定する。

**(新) リハビリテーション・栄養・口腔連携加算 (1日につき) 80点**

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

**(新) 夜間看護補助体制加算 (1日につき)**

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

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

**(新) 看護補助体制充実加算 (1日につき)**

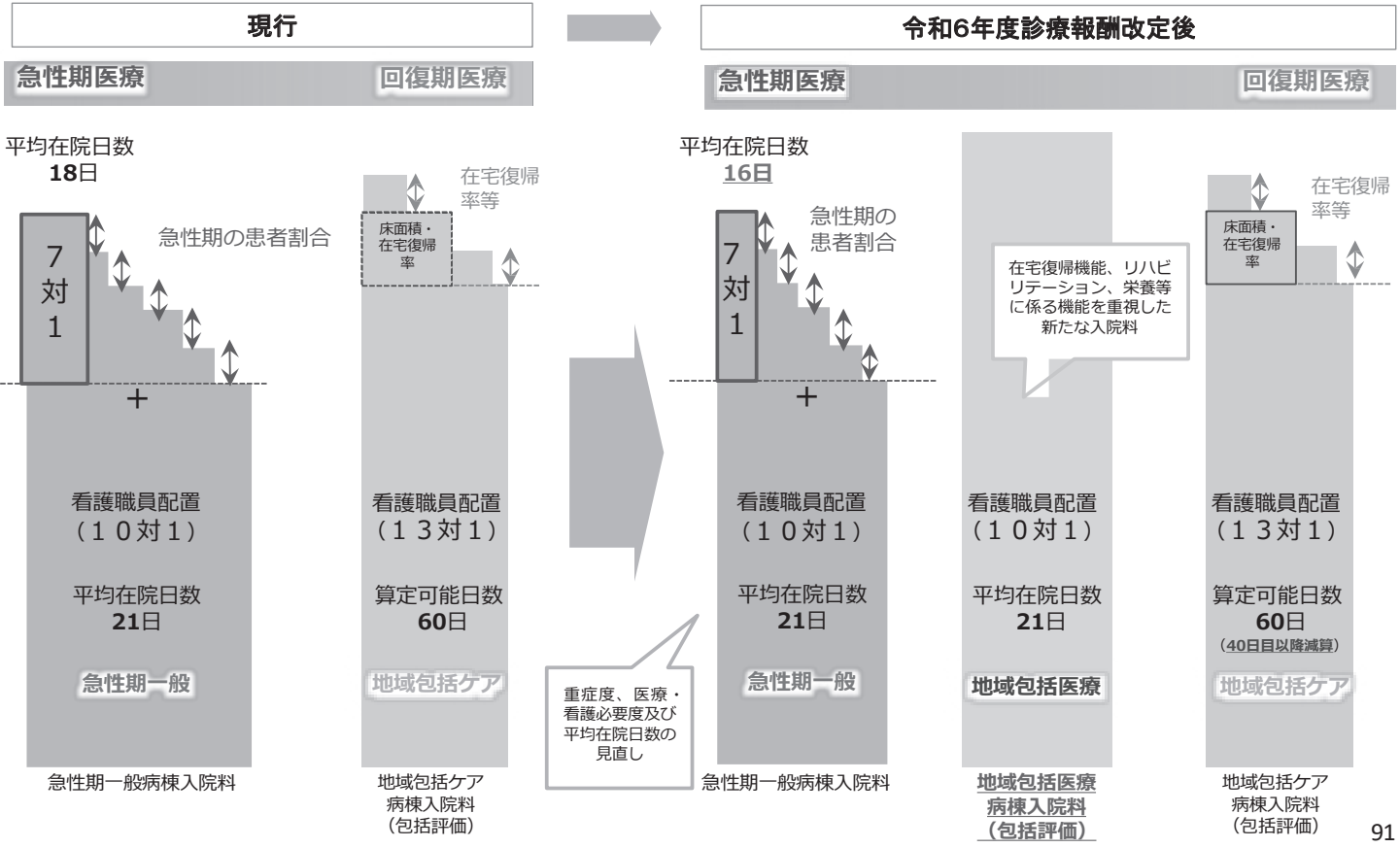
看護補助体制充実加算1	25点
看護補助体制充実加算2	15点
看護補助体制充実加算3	5点

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

**(新) 看護職員夜間16対1配置加算 (1日につき)**

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

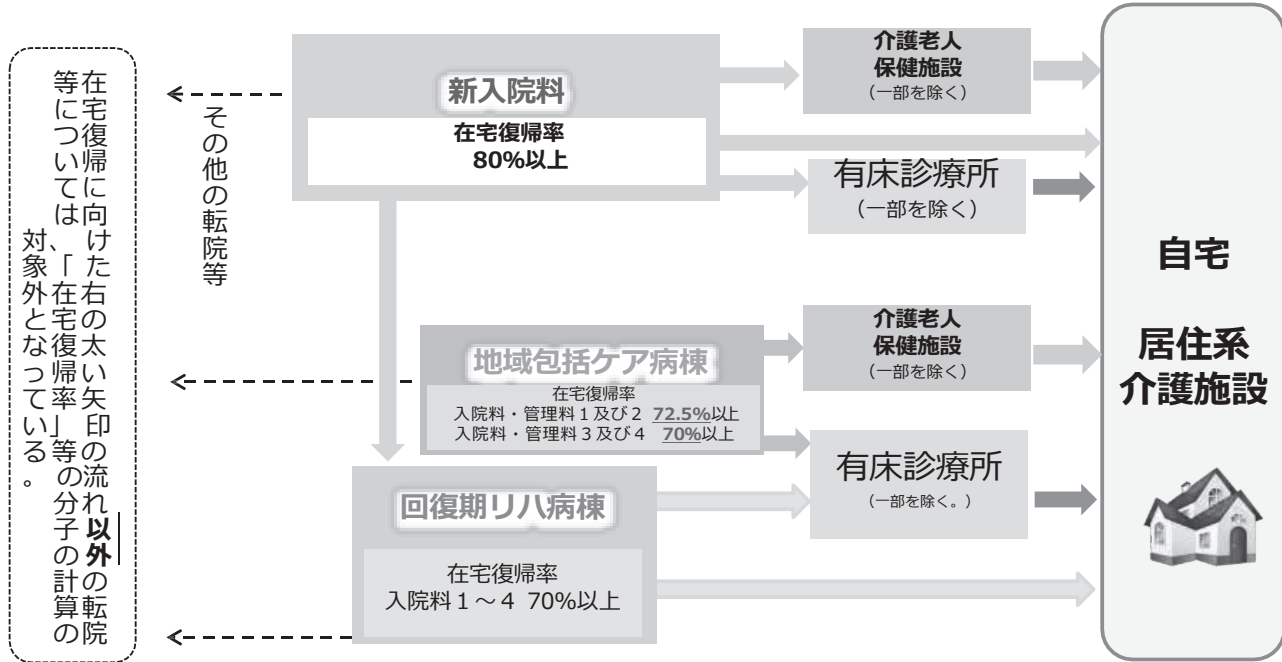
## 地域包括医療病棟の新設による今後の医療提供体制のイメージ



## 地域包括医療病棟における在宅復帰率

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

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



## 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	改定後
<b>【短期滞在手術等基本料1】</b> 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	<b>【短期滞在手術等基本料1】</b> 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

急性期一般入院料1等の施設基準の見直し

平均在院日数の基準の見直し

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

現行	改定後
【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。	【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	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、基準以上であること。 別表1 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr><td>A得点が2点以上かつB得点が3点以上の患者</td></tr> <tr><td>A得点が3点以上の患者</td></tr> <tr><td>C得点が1点以上の患者</td></tr> </table>	A得点が2点以上かつB得点が3点以上の患者	A得点が3点以上の患者	C得点が1点以上の患者	【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) <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>A得点が3点以上の患者</td> <td>A得点が2点以上の患者</td> </tr> <tr> <td>C得点が1点以上の患者</td> <td>C得点が1点以上の患者</td> </tr> </table>	A得点が3点以上の患者	A得点が2点以上の患者	C得点が1点以上の患者	C得点が1点以上の患者
A得点が2点以上かつB得点が3点以上の患者								
A得点が3点以上の患者								
C得点が1点以上の患者								
A得点が3点以上の患者	A得点が2点以上の患者							
C得点が1点以上の患者	C得点が1点以上の患者							

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

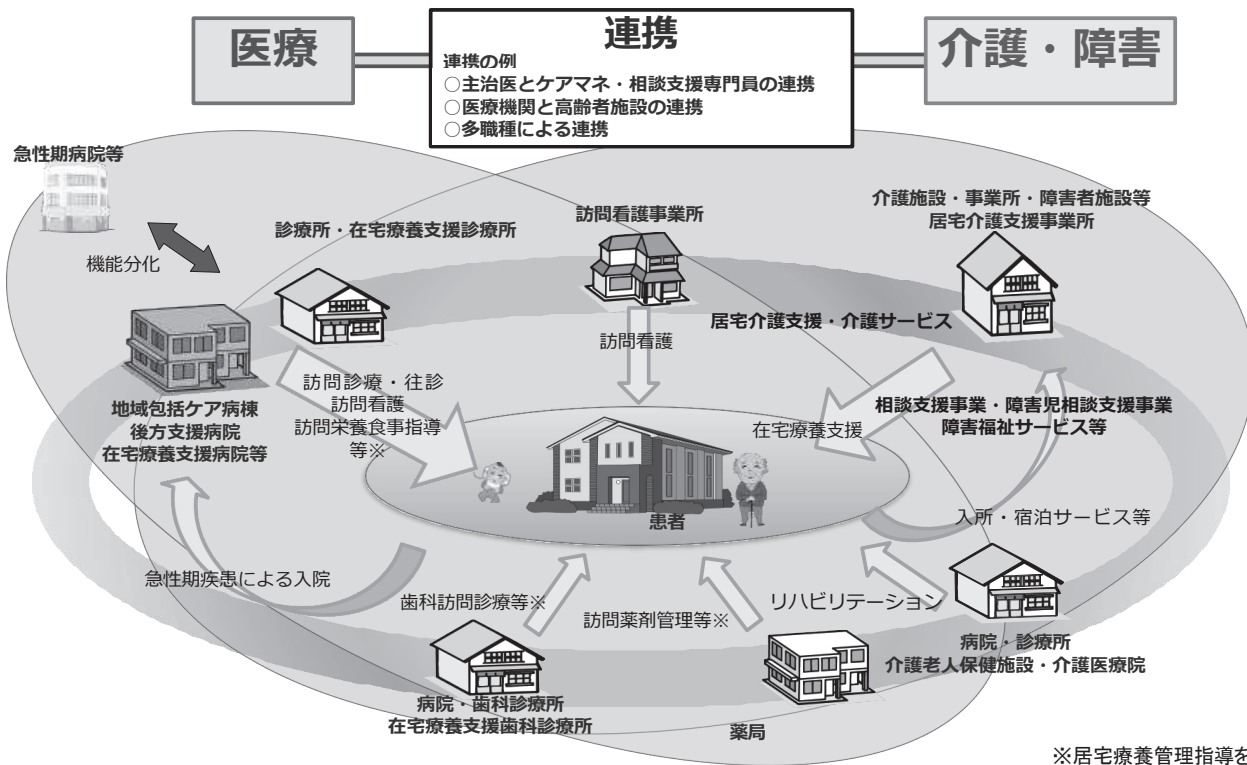
(1) 在宅医療

(2) 訪問看護

令和6年度診療報酬改定 II-8 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

地域包括ケアシステムにおける在宅医療（イメージ）

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



※居宅療養管理指導を含む

## 在宅医療における診療報酬上の評価構造（イメージ）

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

### ①定期的に訪問して診療を行った場合の評価

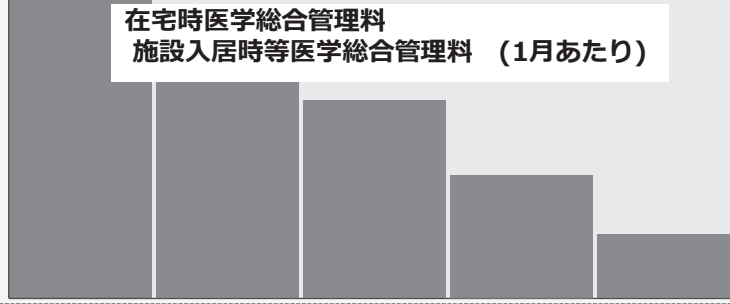
- 居住場所により段階的に評価
- 乳幼児等の診療、看取り等については、加算により評価
- 原則として週3回の算定を限度とするが、末期の悪性腫瘍等一部の疾患については例外を規定



在宅がん  
医療

### ②総合的な医学的管理等を行った場合の評価

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



総合  
診療料

※末期の悪性腫瘍の患者に、週4回以上の訪問診療・訪問看護等総合的な医療を提供した場合の包括的な評価

### ③指導管理等に対する評価

在宅人工呼吸指導管理料その他の特別な指導管理等に応じた評価

※特に規定するものを除き、診療に係る費用は包括

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

## 訪問診療・往診等に関する見直し

### 質の高い在宅医療提供体制の構築の推進

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

#### 【見直しの概要（主なもの）】

- ・在宅医療情報連携加算の新設  
他の保険医療機関等の関係職種がICTを用いて記録した患者に係る診療情報等を活用した上で、医師が計画的な医学管理を行った場合の評価
- ・在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料の新設  
在宅で療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者の病状の急変時に、ICTの活用によって、医療従事者等の間で共有されている人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を踏まえ医師が療養上必要な指導を行った場合の評価
- ・往診時医療情報連携加算の新設  
在支診・在支病と連携体制を構築する在支診・在支病以外の医療機関が訪問診療を行っている患者に、在支診・在支病が往診を行った場合の評価
- ・在宅療養移行加算の見直し  
対象となる範囲を病院まで拡大するとともに、他の医療機関と平時からの連携体制を構築している場合の評価の見直し
- ・在宅ターミナルケア加算等の見直し  
在宅ターミナルケア加算について、退院時共同指導を実施した上で訪問診療又は往診を実施している場合においても、算定可能とするとともに、看取り加算について、退院時共同指導を実施した上で往診を行い、在宅で患者を看取った場合に往診料においても算定可能とする

### 患者の状態に応じた適切な訪問診療・往診等の推進

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

#### 【見直しの概要（主なもの）】

- ・在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の見直し  
在宅時医学総合管理料等における単一建物診療患者の数が10人以上の場合の評価の細分化、及び単一建物診療患者の数が10人以上の患者について、訪問診療の算定回数が多い医療機関について、看取りの件数等に係る一定の基準を満たさない場合の評価の見直し
- ・往診料の見直し  
往診を行う保険医療機関において訪問診療を行っている患者等以外の患者に対する緊急の往診に係る評価の見直し
- ・在宅患者訪問診療料の見直し  
在支診・在支病における患者1人当たりの訪問診療の回数が一定以上の場合における、5回目以降の在宅患者訪問診療料の評価の見直し



## 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、医療従事者等と共有されている**人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を踏まえ医師が療養上必要な指導を行った場合の評価**を新設する。

**(新) 在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料 200点**

〔算定要件〕

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

### 緩和ケア病棟緊急入院初期加算の要件緩和

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

現行	改定後
<p>【緩和ケア病棟緊急入院初期加算】</p> <p>〔算定要件〕（該当部分概要）</p> <p>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。</p>	<p>【緩和ケア病棟緊急入院初期加算】</p> <p>〔算定要件〕（該当部分概要）</p> <p>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。</p>

102

## 地域における24時間の在宅医療提供体制の推進

### 往診時医療情報連携加算の新設

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

**(新) 往診時医療情報連携加算 200点**

〔算定要件〕

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

### 在宅療養移行加算の見直し

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

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

〔在宅療養移行加算 1 及び 3 の追加の施設基準〕

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

103

令和6年度診療報酬改定 II-8 質の高い在宅医療・訪問看護の確保-⑤

(参考) 在宅療養移行加算等における要件の一覧

			24時間要件						在支診・在宅病等との定期的なカンファレンス等による情報共有
			往診を行う体制		訪問看護を行う体制		連絡を受ける体制		
			単独	連携	単独	連携	単独	連携	
診療所	機能強化型	単独型	◎	×	○	○	◎	×	
		連携型		○ (<10)		○ (<10)		○ (<10)	
	その他		○		○		◎	×	
在宅療養支援病院	機能強化型	単独型	◎	×	○	○	◎	×	
		連携型		○ (<10)		○ (<10)		○ (<10)	
	その他		◎	×	○		◎	×	
在宅療養移行加算1(新)				○※1	-		○※1	◎※3	
在宅療養移行加算2(旧1)				○※1	-		○※1	-	
在宅療養移行加算3(新)				※2	-		○※1	◎※3	
在宅療養移行加算4(旧2)				※2	-		○※1	-	

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

104

令和6年度診療報酬改定 II-8 質の高い在宅医療・訪問看護の確保-⑥

在宅における心不全の患者等への指導管理に係る評価の新設

在宅悪性腫瘍等患者指導管理料の見直し

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

現行	改定後
<p><b>【在宅悪性腫瘍等患者指導管理料】</b> 1,500点</p> <p>在宅における鎮痛療法又は悪性腫瘍の化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の患者に対して、当該療法に関する指導管理を行った場合に算定する。</p>	<p><b>【在宅麻薬等注射指導管理料】</b></p> <p><b>1 悪性腫瘍の場合 1,500点</b> 悪性腫瘍の末期の患者に対して、在宅における麻薬等の注射に関する指導管理を行った場合に算定。</p> <p><b>2 筋萎縮性側索硬化症又は筋ジストロフィーの場合 1,500点</b> 筋萎縮性側索硬化症又は筋ジストロフィーの患者であって、在宅における麻薬等の注射に関する指導管理を行った場合に算定。</p> <p><b>3 (新) 心不全又は呼吸器疾患の場合 1,500点</b> 1又は2に該当しない場合であって、緩和ケアを要する心不全又は呼吸器疾患の末期の患者に対して、在宅における麻薬の注射に関する指導管理を行った場合に算定。</p> <p><b>【在宅腫瘍化学療法注射指導管理料】 1,500点</b> 悪性腫瘍の患者に対して、在宅における抗悪性腫瘍剤等の注射に関する指導管理を行った場合に算定する。</p>

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

在宅強心剤持続投与指導管理料の新設 (医療技術評価分科会を踏まえた対応)

(新) 在宅強心剤持続投与指導管理料 1,500点

【算定要件】 (主なもの)

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

105



## 在宅ターミナルケア加算等の見直し

▶ 本人の望む場所でより患者の希望に沿った看取りを支援する観点から、在宅ターミナルケア加算について、**死亡日及び死亡日前14日以内に退院時共同指導を実施した上で訪問診療又は往診を実施している場合においても、算定可能とする**とともに、**看取り加算について、退院時共同指導を実施した上で往診を行い、在宅で患者を看取った場合に往診料においても算定可能とする。**

**(新) 往診料 在宅ターミナルケア加算 3,500~6,500点**

[算定要件]

- 在宅ターミナルケア加算は、死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に退院時共同指導を行った上で往診を行った患者が、在宅で死亡した場合（往診を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。）に算定する。この場合、診療内容の要点等を診療録に記載すること。また、ターミナルケアの実施については、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、患者本人及びその家族等と話し合いを行い、患者本人の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応すること。

**(新) 往診料 看取り加算 3,000点**

[算定要件]

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

◀在宅患者訪問診療料のターミナルケア加算の見直し▶

現行	改定後
<p>【在宅患者訪問診療料 在宅ターミナルケア加算】</p> <p>在宅ターミナルケア加算は、死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に2回以上往診又は訪問診療を行った患者が、在宅で死亡した場合（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。）に算定する。この場合、診療内容の要点等を診療録に記載すること。また、ターミナルケアの実施については、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、患者本人及びその家族等と話し合いを行い、患者本人の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応すること。</p>	<p>【在宅患者訪問診療料 在宅ターミナルケア加算】</p> <p>在宅ターミナルケア加算は、死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に2回以上往診又は訪問診療を行った患者若しくは退院時共同指導を行った患者が、在宅で死亡した場合（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。）に算定する。この場合、診療内容の要点等を診療録に記載すること。また、ターミナルケアの実施については、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、患者本人及びその家族等と話し合いを行い、患者本人の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応すること。</p>

106

## (参考)在宅ターミナルケアに対する診療報酬上の評価の概要

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

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

※1 ( )内は在宅患者訪問診療料（Ⅱ）のイを算定しているときの点数

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

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

※2 看取り加算と死亡診断加算は併算できない

107

### 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			720点

緊急往診加算	850点	750点	650点	325点	<b>325点</b>
夜間・休日往診加算	1,700点	1,500点	1,300点	650点	<b>405点</b>
深夜往診加算	2,700点	2,500点	2,300点	1,300点	<b>485点</b>

- 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。

108

### 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①

▶ 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~	
<b>在宅時医学総合管理料</b>																					
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	
<b>施設入居時等医学総合管理料</b>																					
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	

109

## 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②

- ▶ 訪問診療の算定回数が多い医療機関における在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の評価を見直す。

**【概要】**

- ・単一建物診療患者の数が10人以上の患者について、当該保険医療機関における直近3月間の訪問診療回数及び当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関（令和6年3月31日以前に開設されたものを除く。）における直近3月間の訪問診療回数を合算した回数が2,100回以上の場合であって、次の要件をいずれかを満たさない場合はそれぞれ**所定点数の100分の60に相当する点数**を算定する。

- (イ) 直近1年間に5つ以上の保険医療機関から、文書による紹介を受けて訪問診療を開始した実績があること。
- (ロ) 当該保険医療機関において、直近1年間の在宅における看取りの実績を20件以上有していること又は重症児の十分な診療実績等を有していること。
- (ハ) 直近3か月に在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定した患者のうち、施設入居時等医学総合管理料を算定した患者の割合が2割以下であること。
- (ニ) 直近3月間に在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定した患者のうち、要介護3以上又は「特掲診療料の施設基準等」別表第八の二に掲げる別に厚生労働大臣が定める状態の患者の割合が5割以上であること。

【参考：対象医療機関に該当する場合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評価】

在宅時医学総合管理料 ・施設入居時等医学総合管理料	機能強化型在宅支診・在支病 (病床あり)			機能強化型在宅支診・在支病 (病床なし)			在宅支診・在支病			その他		
	10人～ 19人	20人～ 49人	50人～	10人～ 19人	20人～ 49人	50人～	10人～ 19人	20人～ 49人	50人～	10人～ 19人	20人～ 49人	50人～
①月2回以上訪問(難病等)	1,719点	1,440点	1,266点	1,575点	1,323点	1,161点	1,431点	1,206点	1,059点	1,071点	900点	789点
②月2回以上訪問	711点	639点	543点	651点	582点	495点	591点	525点	447点	441点	393点	333点
③(うち1回は情報通信機器を用いた診療)	519点	468点	396点	483点	432点	367点	459点	407点	347点	387点	344点	292点
④月1回訪問	459点	402点	345点	423点	369点	315点	399点	342点	294点	327点	276点	237点
⑤(うち2月目は情報通信機器を用いた診療)	255点	224点	190点	237点	206点	175点	225点	193点	165点	189点	158点	135点

- ▶ 機能強化型の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、各年度5月から7月の訪問診療の算定回数が2,100回を超える場合においては、データに基づく適切な評価を推進する観点から次年の1月から在宅データ提出加算に係る届出を要件とする。

110

## 在宅療養支援診療所・病院における訪問栄養食事指導の推進

### 在宅療養支援診療所・病院の要件の見直し

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

現行	改定後
<p>【在宅療養支援診療所】 [施設基準] (新設)</p> <p>【在宅療養支援病院】 [施設基準] (新設)</p>	<p>【在宅療養支援診療所】 [施設基準]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul> <p>【在宅療養支援病院】 [施設基準]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul> <p>【経過措置】 令和6年3月31日において現在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。</p>

111

(参考) 在支診・在支病の施設基準

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

112

(参考) 在宅データ提出加算について

在宅データ提出加算  
50点(月1回)

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

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

〈共通項目〉

〈在宅データ提出加算特有の項目〉

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

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

113

## 患者の状態に応じた適切な在宅医療の提供の推進①

### 在宅患者訪問診療料の見直し

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

[訪問診療の回数の計算対象とならない患者]

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

### 頻回訪問加算の見直し

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

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

[算定要件]

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

[対象患者] ①または②に該当する患者

- ①末期の悪性腫瘍の患者
- ②以下のうち、2つの状態に該当する患者

(「ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態」及び「人工肛門又は人工膀胱を設置している状態」のみの組み合わせは除く)

在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅悪性腫瘍等患者指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理、在宅肺高血圧症患者指導管理又は在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者、ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態、人工肛門又は人工膀胱を設置している状態

114

## 患者の状態に応じた適切な在宅医療の提供の推進②

### 包括的支援加算の見直し

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

#### ・ 包括的支援加算(在医総管・施設総管)

150点(月1回)

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

115

## 訪問看護指示書の記載事項及び様式見直し

### 訪問看護指示書の見直し

- ▶ 令和6年6月から訪問看護レセプトのオンライン請求が開始されることを踏まえ、より質の高い医療の実現に向けてレセプト情報の利活用を推進する観点から、訪問看護指示書及び精神科訪問看護指示書の記載事項及び様式を見直す。

現行	改定後												
<p><b>【訪問看護指示料】</b> [算定要件] 患者の主治医は、指定訪問看護の必要性を認めた場合には、診療に基づき速やかに訪問看護指示書及び特別訪問看護指示書（以下この項において「訪問看護指示書等」という。）を作成すること。当該訪問看護指示書等には、緊急時の連絡先として、診療を行った保険医療機関の電話番号等を必ず記載した上で、訪問看護ステーション等に交付すること。</p> <p>なお、訪問看護指示書等は、特に患者の求めに応じて、患者又はその家族等を介して訪問看護ステーション等に交付できるものであること。</p>	<p><b>【訪問看護指示料】</b> [算定要件] 患者の主治医は、指定訪問看護の必要性を認めた場合には、診療に基づき速やかに訪問看護指示書及び特別訪問看護指示書（以下この項において「訪問看護指示書等」という。）を作成すること。当該訪問看護指示書等には、緊急時の連絡先として、診療を行った保険医療機関の電話番号等を必ず記載した上で、訪問看護ステーション等に交付すること。<b>また、当該訪問看護指示書等には、原則として主たる傷病名の傷病名コードを記載すること。</b></p> <p>なお、訪問看護指示書等は、特に患者の求めに応じて、患者又はその家族等を介して訪問看護ステーション等に交付できるものであること。</p>												
<p>訪 問 看 護 指 示 書 （ 抜 粋 ） 在 宅 患 者 訪 問 点 滴 注 射 指 示 書</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">主たる傷病名</td> <td style="width: 12.5%;">(1)</td> <td style="width: 12.5%;">(2)</td> <td style="width: 12.5%;">(3)</td> </tr> </table>	主たる傷病名	(1)	(2)	(3)	<p>訪 問 看 護 指 示 書 （ 抜 粋 ） 在 宅 患 者 訪 問 点 滴 注 射 指 示 書</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">主たる傷病名</td> <td style="width: 12.5%;">(1)</td> <td style="width: 12.5%;">(2)</td> <td style="width: 12.5%;">(3)</td> </tr> <tr> <td>傷病名コード</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	主たる傷病名	(1)	(2)	(3)	傷病名コード			
主たる傷病名	(1)	(2)	(3)										
主たる傷病名	(1)	(2)	(3)										
傷病名コード													
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">精神科訪問看護指示料についても同様</div>													

## 令和6年度診療報酬改定

### 8. 重点的分野における対応

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

## 初期診療後の救急患者の転院搬送に対する評価

### 救急患者連携搬送料の新設

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

#### (新) 救急患者連携搬送料

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



#### [算定要件]

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

#### [施設基準]

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

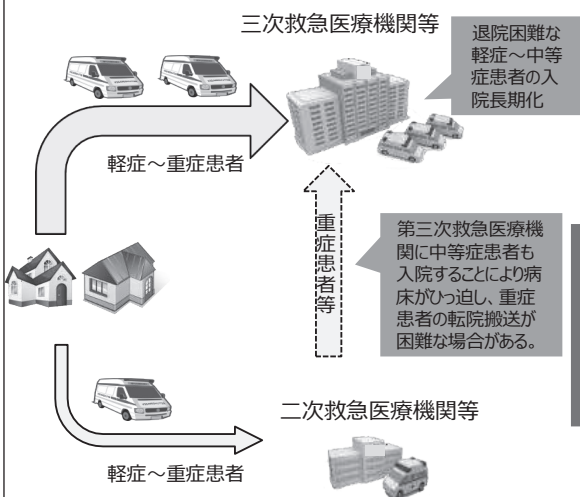
### 急性期一般入院料1における在宅復帰率の基準の見直し

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

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

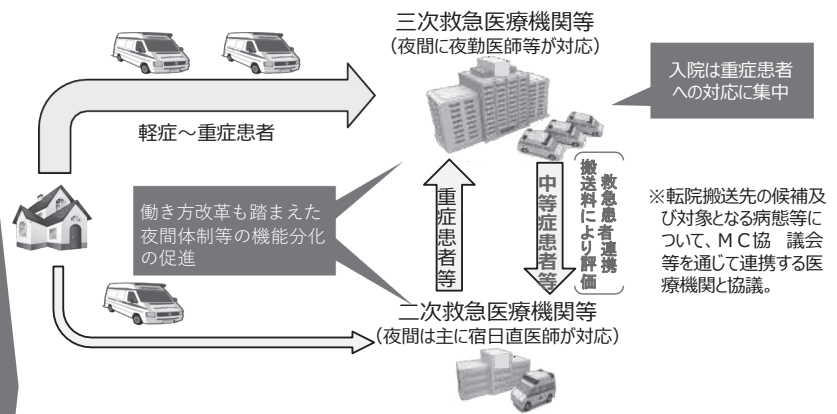
## 高齢者等の救急搬送に対する評価の見直しを通じた救急医療提供体制のイメージ

### ○これまでの救急医療提供体制における課題等

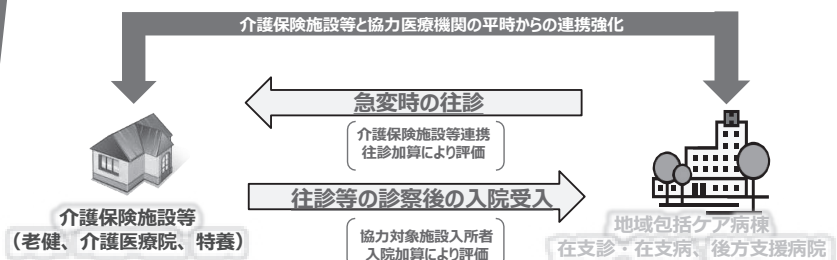


### ○初期診療後の適切な転院搬送の促進を通じた救急医療提供体制

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



### ○介護保険施設等との連携促進を通じた救急医療提供体制



令和6年度診療報酬改定

8. 重点的分野における対応

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

120

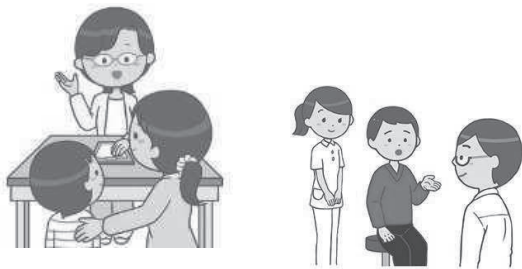
令和6年度診療報酬改定 Ⅲ-4-2 小児医療、周産期医療の充実-②等

小児特定疾患カウンセリング料の見直し

小児特定疾患カウンセリング料の見直し

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

現行	改定後
<p>【小児特定疾患カウンセリング料】</p> <p>イ 医師による場合</p> <p>(1) 月の1回目 500点</p> <p>(2) 月の2回目 400点</p> <p>ロ 公認心理師による場合 200点</p> <p>[算定要件] (抜粋)</p> <p>○ 2年を限度として月2回に限り算定する。</p>	<p>【小児特定疾患カウンセリング料】</p> <p>イ 医師による場合</p> <p><b>(1) 初回 800点</b></p> <p>(2) 初回のカウンセリングを行った日後 <b>1年以内の期間</b> に行った場合</p> <p>① 月の1回目 <b>600点</b>      ② 月の2回目 <b>500点</b></p> <p>(3) 初回のカウンセリングを行った日から起算して <b>2年以内の期間</b> に行った場合((2)の場合を除く。)</p> <p>① 月の1回目 <b>500点</b>      ② 月の2回目 <b>400点</b></p> <p>(4) 初回のカウンセリングを行った日から起算して <b>4年以内の期間</b> に行った場合((2)及び(3)の場合を除く。)</p> <p><b>400点</b></p> <p>ロ 公認心理師による場合 200点</p> <p>[算定要件] (抜粋)</p> <p>(1) 初回のカウンセリングを行った日から起算して、<b>2年以内の期間</b> においては月2回に限り、<b>2年を超える期間</b> においては、<b>4年を限度として、月1回に限り</b>、算定する。</p> <p>(2) 小児特定疾患カウンセリング料イの(1)、(2)、(3)又は(4)を算定すべき医学管理を<b>情報通信機器を用いて行った場合は、イの(1)、(2)の①若しくは②、(3)の①若しくは②又は (4)の所定点数に代えて、それぞれ696点、522点若しくは435点、435点若しくは348点又は348点を算定する。</b></p>



121



## 小児緩和ケア診療加算の新設

### 小児緩和ケア診療加算の新設

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



#### (新) 小児緩和ケア診療加算 700点

**[算定要件] (抜粋)**

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

**[施設基準] (抜粋)**

- 当該保険医療機関内に、以下から構成される小児緩和ケアに係るチーム（以下「小児緩和ケアチーム」という。）が設置されていること。
 

ア 身体症状の緩和を担当する専任の常勤医師	イ 精神症状の緩和を担当する専任の常勤医師
ウ 緩和ケアの経験を有する専任の常勤看護師	エ 緩和ケアの経験を有する専任の薬剤師
オ 小児科の診療に従事した経験を3年以上有している専任の常勤医師	カ 小児患者の看護に従事した経験を3年以上有している専任の常勤看護師

ア又はイの医師が小児科の診療に従事した経験を3年以上有する場合は、オの要件は満たしていることとする。ウの看護師が小児患者の看護に従事した経験を3年以上有している場合は、カを満たしていることとする。なお、アからエまでのうちいずれか1人は専従であること。ただし、緩和ケアチームが診察する患者数が1日に15人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない。

### 小児個別栄養管理加算の新設

#### (新) 小児個別栄養管理加算 70点

**[算定要件] (概要)**

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

122

## 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	改定後
<p><b>【小児かかりつけ診療料】</b></p> <p>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</p> <p>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</p> <p><b>[算定要件] (抜粋)</b></p> <p>(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。</p> <p>ア～エ (略)</p> <p>(新設)</p> <p>オ (略)</p> <p><b>[施設基準]</b> (略)</p>	<p><b>【小児かかりつけ診療料】</b></p> <p>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</p> <p>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</p> <p><b>[算定要件] (抜粋)</b></p> <p>(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。</p> <p>ア～エ (略)</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>キ (略)</p> <p><b>[施設基準] (抜粋)</b></p> <p>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。</p> <p>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)</p>



123

## 小児医療の充実

### 小児科外来診療料の評価の見直し

- ▶ 新型コロナウイルスの検査の取扱いの変更及び処方等に係る評価体系の見直し等を踏まえ、小児科外来診療料の評価を見直す。

現行	改定後
<b>【小児科外来診療料】</b> 1 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合 イ 初診時 599点      □ 再診時 406点 2 1以外の場合 イ 初診時 716点      □ 再診時 524点	<b>【小児科外来診療料】</b> 1 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合 イ 初診時 <b>604点</b> □ 再診時 <b>410点</b> 2 1以外の場合 イ 初診時 <b>721点</b> □ 再診時 <b>528点</b>

### 小児特定集中治療室管理料の見直し

- ▶ 臓器移植を行った小児の算定上限日数を延長する。

改定後	
15歳未満の小児	14日
15歳未満の小児のうち、急性血液浄化（腹膜透析は除く。）を必要とする状態、心臓手術ハイリスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮迫症候群、心筋炎、心筋症 のいずれかに該当する患者	21日
15歳未満の小児のうち、臓器移植を行った（心臓、肺、肝臓に限る）を行った患者	30日
15歳未満の小児のうち、体外式心肺補助（ECMO）を必要とする状態の患者	35日
手術を必要とする先天性心疾患を有する新生児 ※同一入院期間で新生児であった患者も含むものとする。	55日

124

## 小児抗菌薬適正使用支援加算の見直し

### 小児抗菌薬適正使用支援加算の見直し

- ▶ 小児の外来診療における抗菌薬の適正使用を推進する観点から、小児抗菌薬適正使用支援加算の対象疾患について見直す。

現行	改定後
<b>【小児抗菌薬適正使用支援加算】</b> [算定要件]（抜粋） 急性気道感染症又は急性下痢症により受診した患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、月1回に限り80点を所定点数に加算する。	<b>【小児抗菌薬適正使用支援加算】</b> [算定要件]（抜粋） 急性気道感染症、 <b>急性中耳炎、急性副鼻腔炎</b> 又は急性下痢症により受診した患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、月1回に限り80点を所定点数に加算する。

（参考）耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算（令和4年度診療報酬改定において新設）

耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算 80点

[算定要件]（概要）

急性気道感染症、急性中耳炎又は急性副鼻腔炎により受診した6歳未満の乳幼児に対して、耳鼻咽喉科処置を行った場合であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しない場合において、療養上必要な指導等を行い、文書により説明内容を提供した場合は、所定点数に加算する。

125

## 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日以上のもを除く。）の患者等を訪問し、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]

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

126

## 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	改定後								
<p>【小児入院医療管理料】</p> <p>【算定要件】（概要）</p> <p>注2 1日につき100点を所定点数に加算する。</p> <p>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。</p>	<p>【小児入院医療管理料】</p> <p>【算定要件】（概要）</p> <table border="1"> <tr> <td>注2 ア 保育士1名の場合</td> <td>100点</td> </tr> <tr> <td>イ 保育士2名以上の場合</td> <td>180点</td> </tr> <tr> <td>注4 ア 重症児受入体制加算1</td> <td>200点</td> </tr> <tr> <td>イ 重症児受入体制加算2</td> <td>280点</td> </tr> </table>	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
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]

- 看護補助者が30:1以上配置されていること。
- 夜勤を行う看護補助者が75:1以上配置されていること。
- 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]

- 看護補助者が30:1以上配置されていること。
- 夜勤を行う看護補助者が75:1以上配置されていること。
- 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。

127

## 不適切な養育等が疑われる患者に対する支援体制の評価

### 精神科養育支援体制加算の新設

- ▶ 不適切な養育等が疑われる児童の早期発見や、福祉・保健・警察・司法・教育等の関係機関の適切な連携を推進する観点から、児童・思春期精神科入院医療管理料において、多職種で構成される専任のチームを設置して連携体制を整備している場合について、新たな評価を行う。

#### (新) 精神科養育支援体制加算 300点(入院初日)

##### [対象患者]

- ・ 児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟に入院している患者。

##### [算定要件]

- ・ 当該病棟に入院している患者について、入院初日に限り加算する。

##### [施設基準] (概要)

- (1) 以下から構成される虐待等不適切な養育が疑われる20歳未満の精神疾患を有する患者への支援を行う「精神科養育支援チーム」が設置されていること
  - ア 小児医療及び児童・思春期の精神医療に関する十分な経験を有する専任の常勤精神保健指定医
  - イ 20歳未満の精神疾患を有する患者の看護に従事する専任の常勤看護師
  - ウ 20歳未満の精神疾患を有する患者の支援に係る経験を有する専任の常勤精神保健福祉士
  - エ 20歳未満の精神疾患を有する患者の支援に係る経験を有する専任の常勤公認心理師
- (2) 養育支援チームの業務
  - ア 養育支援に関するプロトコルの整備及び定期的なプロトコルの見直し。
  - イ 虐待等不適切な養育が疑われる20歳未満の精神疾患を有する患者が発見された場合に、院内からの相談に対応。
  - ウ 主治医及び多職種と十分な連携をとって養育支援を行う。
  - エ 虐待等不適切な養育が疑われた症例を把握・分析し、養育支援の体制確保のために必要な対策を推進。
  - オ 精神科養育支援体制を確保するための職員研修を企画・実施すること。当該研修は精神科養育支援の基本方針について職員に周知徹底を図ることを目的とするものであり、年2回程度実施されていること。
- (3) (1)のウ及びエを構成する精神保健福祉士及び公認心理師については、児童・思春期精神科入院医療管理料における専従の常勤の精神保健福祉士及び常勤の公認心理師との兼任は可能である。
- (4) (2)のイ及びウの業務を実施する医師は、虐待等不適切な養育が疑われる20歳未満の精神疾患を有する患者の診療を担当する医師と重複がないよう配置を工夫すること。

128

## 令和6年度診療報酬改定

### 8. 重点的分野における対応

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

129

## 認知症ケア加算の見直し

### 認知症ケア加算の見直し

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

現行		改定後	
【認知症ケア加算】		【認知症ケア加算】	
1 認知症ケア加算 1		1 認知症ケア加算 1	
イ 14日以内の期間	160点 / □ 15日以上の期間 30点	イ 14日以内の期間	<b>180点</b> / □ 15日以上の期間 <b>34点</b>
2 認知症ケア加算 2		2 認知症ケア加算 2	
イ 14日以内の期間	100点 / □ 15日以上の期間 25点	イ 14日以内の期間	<b>112点</b> / □ 15日以上の期間 <b>28点</b>
3 認知症ケア加算 3		3 認知症ケア加算 3	
イ 14日以内の期間	40点 / □ 15日以上の期間 10点	イ 14日以内の期間	<b>44点</b> / □ 15日以上の期間 10点
【算定要件】 身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の60に相当する点数により算定する。		【算定要件】 身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の <b>40</b> に相当する点数により算定する。	

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

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

130

## 令和6年度診療報酬改定

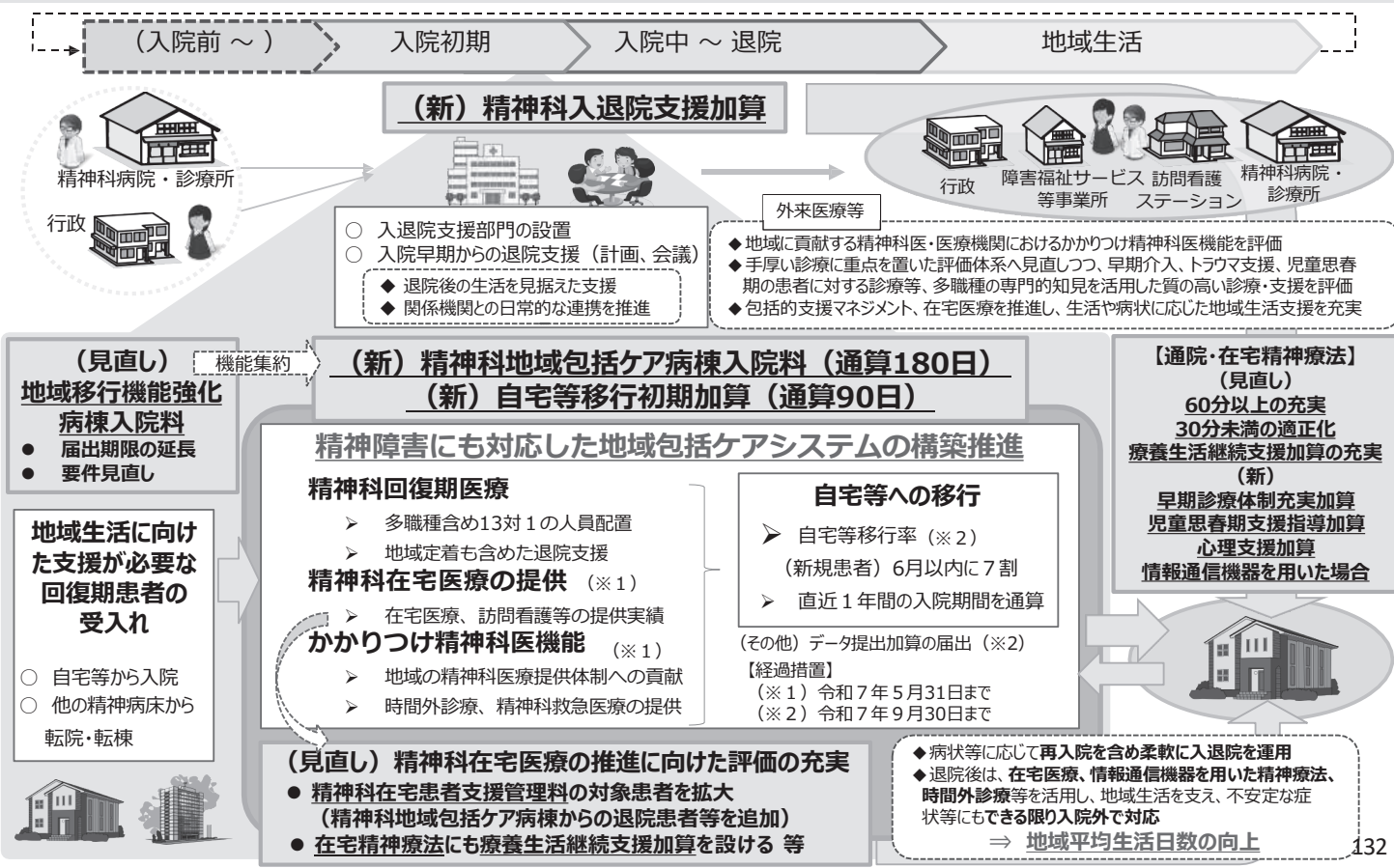
### 8. 重点的分野における対応

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

131

令和6年度診療報酬改定 Ⅲ-4-5 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

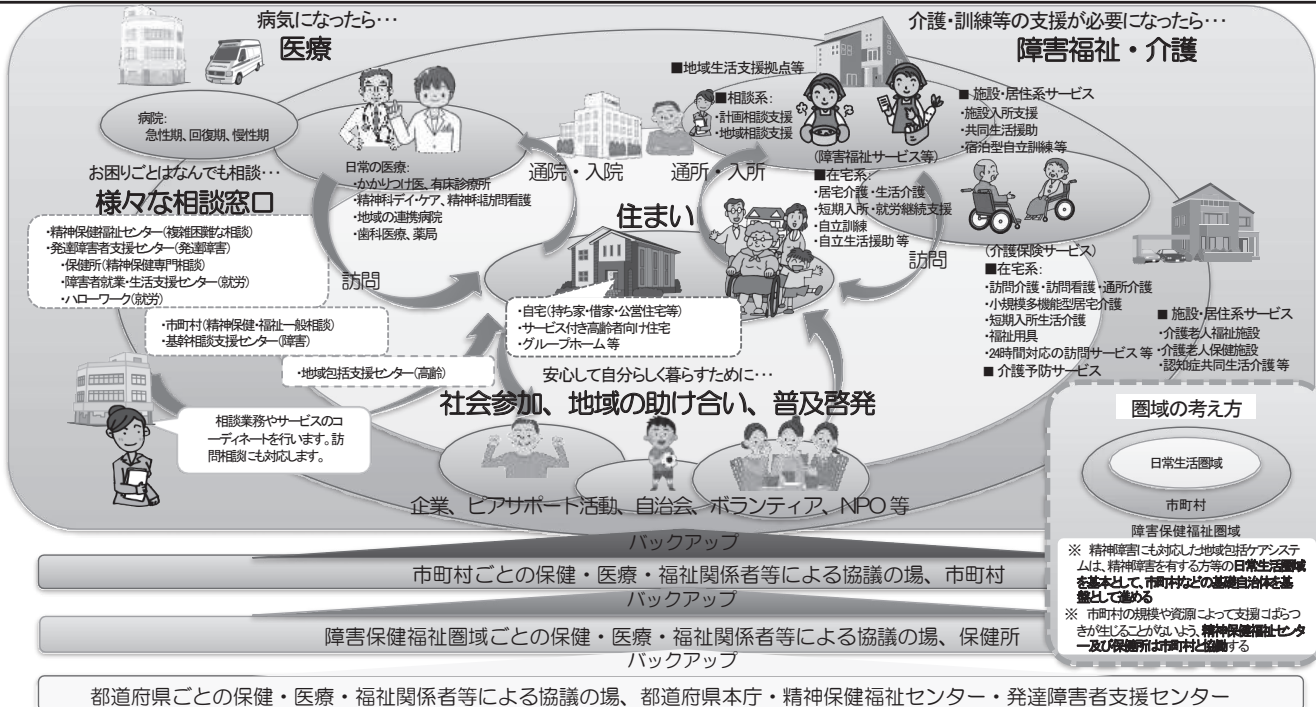
精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に向けた重点的な支援（イメージ）



令和6年度診療報酬改定 Ⅲ-4-5 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

(参考) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（イメージ）

- 精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労など）、地域の助け合い、普及啓発（教育など）が包括的に確保された精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を目指す必要があり、同システムは地域共生社会の実現に向かっていく上では欠かせないものである。
- このような精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にあたっては、計画的に地域の基盤を整備するとともに、市町村や障害福祉・介護事業者が、精神障害の有無や程度によらず地域生活に関する相談に対応できるように、市町村ごとの保健・医療・福祉関係者等による協議場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、当事者・ピアサポーター、家族、居住支援関係者などとの重層的な連携による支援体制を構築していくことが必要。



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

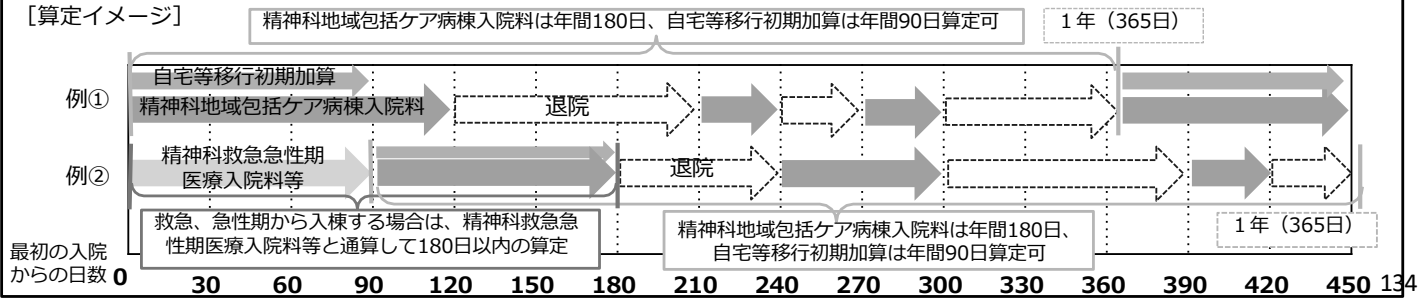
➤ 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に向けた重点的な支援を提供する精神病棟について、新たな評価を行う。

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

【算定要件】 (概要)

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

【算定イメージ】



精神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

【施設基準】 (概要)

**自宅等への移行実績**

- 当該病棟の入院患者のうち7割以上が入院日から起算して6月以内に退院し、自宅等へ移行すること。(②) ただし、(★)を満たす医療機関においては、6割以上を満たすこと。

**かかりつけ精神科医機能**

**【精神科回復期医療の提供】**

**多職種の重点的な配置**

- 看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師で13:1(日勤帯は作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師の数が1以上)
- 看員職員で15:1以上(必要最小数の4割以上が看護師)
- 夜勤の看護職員数2以上

**地域定着も含めた退院支援**

- 精神科入退院支援加算の届出(①)
- 精神障害者の地域生活を支援する関係機関等(※2)との連携(※2) 障害福祉サービス等事業者、介護サービス事業所、行政機関(都道府県、保健所、市町村)等

**【精神科在宅医療の提供】 精神科訪問診療、訪問看護等の提供実績**

- ア又はイ及びウ～オのいずれかを満たしていること。(①) ※いずれも直近3か月間の算定回数
- ア 精神科訪問看護・指導料(I)及び(Ⅲ) 60回以上 イ 訪問看護ステーションにおける精神科訪問看護基本療養費 300回以上
- ウ 精神科退院時共同指導料 3回以上 エ 在宅精神療法 20回以上 オ 精神科在宅患者支援管理料 10回以上(★)

**地域の精神科医療提供体制への貢献**

- 当該保険医療機関の常勤の精神保健指定医が、指定医の公務員としての業務(※)等を年1回以上行っていること。(①)
- (※) 措置入院時の診察、精神医療審査会における業務等

**精神科救急医療、時間外診療の提供**

- ア又はイを満たしていること(①)
- ア 常時対応型施設又は身体合併症救急医療確保事業において指定を受けている医療機関
- イ 病院群輪番型施設であって、時間外、休日又は深夜において、入院件数が年4件以上又は外来対応件数が年10件以上

**その他**

- データ提出加算に係る届出(②)
- クロザピンを処方する体制
- 精神科救急急性期医療入院料を算定する病床数が120床以下
- 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又は精神科地域包括ケア病棟入院料を算定する病床数の合計が200床以下

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

## 地域移行機能強化病棟入院料の継続と要件の見直し

- ▶ 精神病棟の長期入院患者の地域移行を一層推進する観点から、地域移行機能強化病棟入院料について、当該入院料に係る実績等を踏まえ、要件を見直すとともに、届出期間を延長する。

### 1. 地域移行機能強化病棟入院料について、長期入院患者の退院実績に係る要件を見直す。

#### 改定後

【地域移行機能強化病棟入院料】

【施設基準】（概要） ※<>内は現行

- (14) 届出時点で、次のいずれの要件も満たしていること。  
ア (略)  
イ 以下の式で算出される数値が<2.4> **3.3%**以上であること。  
当該保険医療機関に1年以上入院していた患者のうち、当該病棟から自宅等に退院した患者の数の1か月当たりの平均（届出の前月までの3か月間における平均）÷当該病棟の届出病床数×100（%）
- (15) 各月末時点で、以下の式で算出される数値が<2.4> **3.3%**以上であること。  
1年以上入院していた患者のうち、当該病棟から自宅等に退院した患者の数の1か月当たりの平均÷当該病棟の届出病床数 ×100（%）
- (16) 1年ごとに1回以上、当該保険医療機関全体の精神病床について、都道府県に許可病床数変更の許可申請を行っていること。算定開始月の翌年以降の同じ月における許可病床数は、以下の式で算出される数値以下であること。  
届出前月末日時点での精神病床の許可病床数 - （当該病棟の届出病床数の<30> **40%**×当該病棟の算定年数）
- (17) 地域移行機能強化病棟入院料に係る届出を取り下げの際には、許可病床数が以下の式で算出される数値以下であること。  
届出前月末日時点での精神病床の許可病床数 - （当該病棟の届出病床数の<30> **40%**×当該病棟の算定月数÷12）
- (21) **（削除）** <令和2年3月31日において現に地域移行機能強化病棟入院料の届出を行っている病棟については、(14)から(17)までの規定に限り、なお従前の例による。>

### 2. 当該病棟において、専任の精神保健福祉士の配置に係る要件を緩和する。

【施設基準】	現行	改定後
入院患者数が40名を超えない場合	専従 常勤 精神保健福祉士 1名以上 専任 常勤 精神保健福祉士 1名以上	専従 常勤 精神保健福祉士 1名以上 専任 常勤 退院支援相談員 1名以上
入院患者数が40名を超える場合	専従 常勤 精神保健福祉士 1名以上 専任 常勤 精神保健福祉士 2名以上	専従 常勤 精神保健福祉士 1名以上 専任 常勤 退院支援相談員 2名以上
入院患者数が40名を超える場合であって、退院支援業務に必要な場合	専従 常勤 精神保健福祉士 1名以上 専任 常勤 精神保健福祉士 1名以上 専任 常勤 社会福祉士 1名以上	専任の従事者について、PSW以外の職種（退院支援相談員（※））でも可能とする。

- （※）退院支援相談員  
・当該病棟に入院した患者1人につき1人以上指定  
・退院支援相談員は、次のいずれかの者であること  
ア 精神保健福祉士  
イ 保健師、看護師、准看護師、作業療法士、社会福祉士又は公認心理師として、精神障害者に関する業務に従事した経験を3年以上有する者

### 3. 地域移行機能強化病棟入院料については、**令和12年3月31日**まで届出を可能とする。

136

## 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し合い**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を行った患者の数の合計が**5人以上**であること。

※精神科措置入院退院支援加算の要件については、現行と同様。

137



## 精神科入退院支援加算の新設

- 精神科入退院支援加算の新設に伴い、現行の精神科措置入院退院支援加算を廃止する。

現行	改定後
【精神科措置入院退院支援加算】600点	(削除)

- 精神科入退院支援加算の新設を踏まえ、院内標準診療計画加算及び退院調整加算を廃止する。

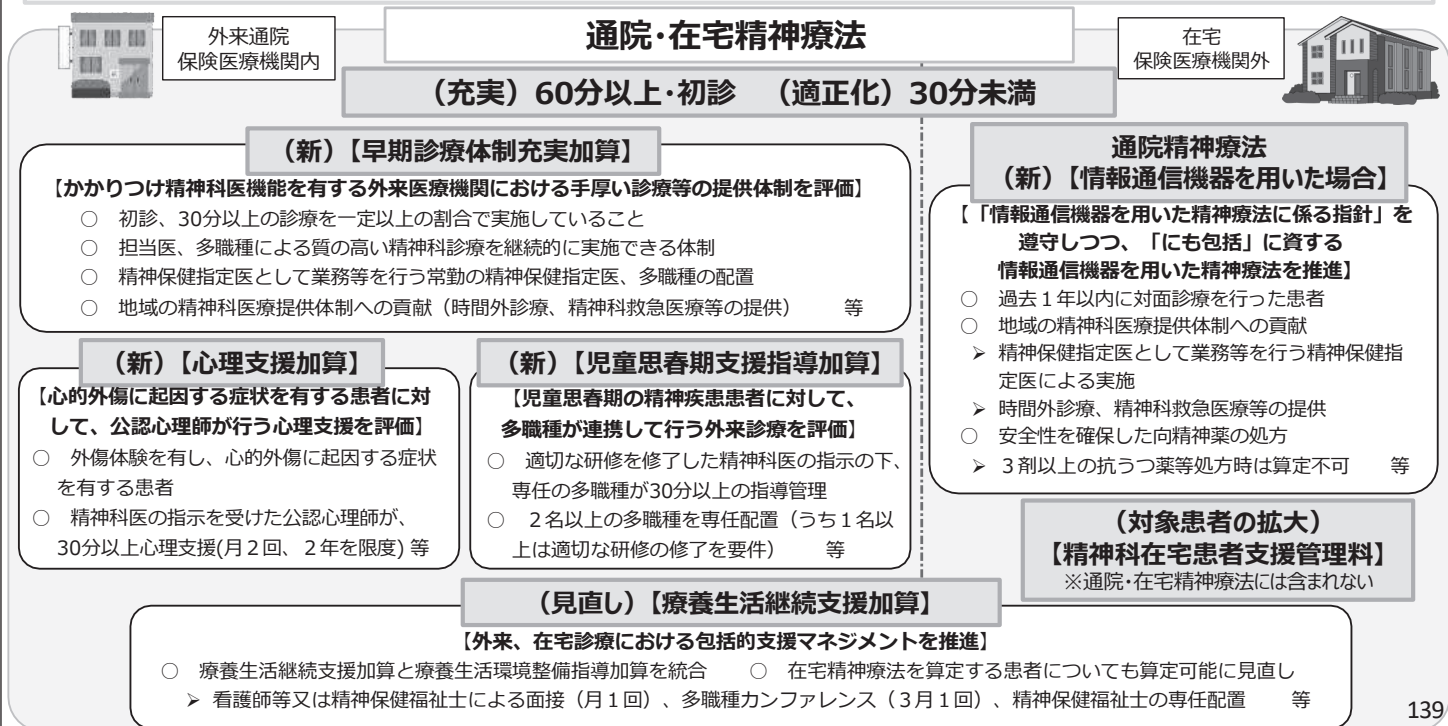
現行	改定後
【精神科救急急性期医療入院料】 注4 院内標準診療計画加算  【精神療養病棟入院料】 注5 退院調整加算	【精神科救急急性期医療入院料】 (削除) ※精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料についても同様。  【精神療養病棟入院料】 (削除) ※認知症治療病棟入院料についても同様。

138

## 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



139

## 療養生活環境整備指導加算及び療養生活継続支援加算の見直し

▶ 療養生活継続支援加算について、療養生活環境整備指導加算を統合するとともに、在宅精神療法を算定する患者に対しても算定可能とする。

現行	改定後
<p>【通院・在宅精神療法】 【算定要件】（概要） 注8（療養生活環境整備指導加算） 注9（療養生活継続支援加算） 通院精神療法を算定する患者であって、重点的な支援を要するものに対して、精神科を担当する医師の指示の下、看護師又は精神保健福祉士が、当該患者が地域生活を継続するための面接及び関係機関との連絡調整を行った場合に、1年を限度として、月1回に限り350点を所定点数に加算する。ただし、注8に規定する加算を算定した場合は、算定しない。</p> <p>【施設基準】（概要） (1) 当該支援に専任の看護師又は専任の精神保健福祉士が1名以上勤務していること。 (2) 当該看護師又は精神保健福祉士が同時に担当する療養生活継続支援の対象患者の数は1人につき80人以下であること。 (3) 当該看護師については、精神科等の経験を3年以上有し、精神看護関連領域に係る適切な研修を修了した者であること。</p>	<p>【通院・在宅精神療法】 【算定要件】（概要） 旧注8（削除） 注8（療養生活継続支援加算） 通院・在宅精神療法を算定する患者であって、重点的な支援を要する患者に対して、精神科を担当する医師の指示の下、<b>保健師、看護師又は精神保健福祉士</b>が、当該患者が地域生活を継続するための面接及び関係機関との連絡調整を行った場合に、療養生活継続支援加算として、次に掲げる区分に従い、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、月1回に限り、いずれかを所定点数に加算する。 <b>イ 直近の入院において精神科退院時共同指導料1を算定した患者の場合 500点</b> <b>ロ イ以外の患者の場合 350点</b></p> <p>【施設基準】（概要） (1) 当該支援に<b>専任の精神保健福祉士</b>が1名以上勤務していること。 (2) 当該支援を行う保健師、看護師又は精神保健福祉士が同時に担当する療養生活継続支援の対象患者の数は1人につき<b>30人</b>以下であること。</p> <p>（削除） ● 旧注8（療養生活環境整備指導加算）について、療養生活継続支援加算のイへ統合した上で、療養生活継続支援加算の要件を見直し。 ● 対象患者に、在宅精神療法を算定する患者を追加。</p>

140

## 通院・在宅精神療法の見直し及び早期診療体制充実加算の新設

### 通院・在宅精神療法の見直し

▶ 通院・在宅精神療法について、60分以上の精神療法を行った場合及び30分未満の精神療法を行った場合の評価を見直す。

【通院・在宅精神療法】		現行	改定後
1	通院精神療法		
	イ 措置入院退院後の患者に対して、支援計画で療養を担当する精神科医師が行った場合	660点	660点
	ロ 初診日に60分以上	精神保健指定医による場合 560点 精神保健指定医以外の場合 540点	<b>600点</b> <b>550点</b>
	ハ イ及びロ以外の場合	30分以上 精神保健指定医による場合 410点 精神保健指定医以外の場合 390点 30分未満 精神保健指定医による場合 330点 精神保健指定医以外の場合 315点	410点 390点 <b>315点</b> <b>290点</b>
2	在宅精神療法		
	イ 措置入院退院後の患者に対して、支援計画で療養を担当する精神科医師が行った場合	660点	660点
	ロ 初診日に60分以上	精神保健指定医による場合 620点 精神保健指定医以外の場合 600点	<b>640点</b> 600点
	ハ イ及びロ以外の場合	60分以上 精神保健指定医による場合 550点 精神保健指定医以外の場合 530点 30分以上60分未満 精神保健指定医による場合 410点 精神保健指定医以外の場合 390点 30分未満 精神保健指定医による場合 330点 精神保健指定医以外の場合 315点	<b>590点</b> <b>540点</b> 410点 390点 <b>315点</b> <b>290点</b>

141

## 通院・在宅精神療法の見直し及び早期診療体制充実加算の新設

### 早期診療体制充実加算の新設

- ▶ 精神疾患の早期発見及び症状の評価等の必要な診療を行うにつき十分な体制を有する医療機関が精神療法を行った場合について、通院・在宅精神療法に加算を設ける。

#### (新) 早期診療体制充実加算

	(1) 最初に受診した日から3年以内の期間に行った場合	(2) (1) 以外の場合
病院の場合	20点	15点
診療所の場合	50点	15点

#### [算定要件] (概要)

- (1) 当該患者を診療する**担当医**を決めること。
- (2) **担当医**は、当該患者に対して、以下の**指導、服薬管理**等を行うこと。
  - ア 原則として、**患者の同意**を得て、計画的な医学管理の下に療養上必要な指導及び診療を行う。
  - イ 患者の状態に応じて**適切な問診及び身体診察**等を行う。  
特に、精神疾患の診断及び治療計画の作成並びに治療計画の見直しを行う場合は、詳細な問診並びに身体診察及び**神経学的診察**を実施し、その結果を診療録に記載する。
  - ウ 患者が受診している**医療機関を全て把握**するとともに、処方されている**医薬品を全て管理**し、診療録に記載する。
  - エ **標榜時間外の電話等による問い合わせに対応可能な体制**を有し、当該患者に連絡先について情報提供するとともに、受診の指示等、速やかに必要な対応を行う。
  - オ 必要に応じて**障害支援区分認定に係る医師意見書**又は**要介護認定に係る主治医意見書**等を作成すること。
  - カ 必要に応じ、健康診断や検診の受診勧奨や、予防接種に係る相談への対応を行う。
  - キ 患者又は家族等の同意について、署名付の同意書を作成し、診療録に添付する。
  - ク **院内掲示やホームページ**等により以下の対応(※)が可能なることを周知する。
  - ケ 精神疾患の早期介入等に当たっては、「早期精神療法の診療プランと実践例」等を参考とする。

(※) 院内、HP等において、以下の対応を行っている旨を掲示

ケースマネジメント
障害福祉サービス等の相談
介護保険に係る相談
相談支援専門員、介護支援専門員からの相談に対応
市町村等との連携
入院していた患者の退院支援
身体疾患の診療、他科連携
健康相談、予防接種の相談
可能な限り向精神薬の多剤、大量、長期処方を控えていること

142

## 通院・在宅精神療法の見直し及び早期診療体制充実加算の新設

### 早期診療体制充実加算の新設

#### [施設基準] (概要)

#### 初診、30分以上の診療等の診療実績

30分以上又は60分以上の通院・在宅精神療法の算定回数/過去6か月間の通院・在宅精神療法の算定回数  $\geq 5\%$

【診療所】過去6か月間の初診日に60分以上の通院・在宅精神療法の算定回数の合計/勤務する医師の数  $\geq 60$ 以上

#### 地域の精神科医療提供体制への貢献(時間外診療、精神科救急医療の提供等)

アからウまでのいずれかを満たすこと。

- ア **常時対応型施設**(精神科救急医療確保事業) 又は **身体合併症救急医療確保事業**において指定
- イ **病院群輪番型施設**(精神科救急医療確保事業) であって、**時間外、休日又は深夜**において、**入院件数が年4件以上** 又は **外来対応件数が年10件以上**
- ウ **外来対応施設**(精神科救急医療確保事業) 又は **時間外対応加算1**の届出  
かつ **精神科救急情報センター、保健所、警察等からの問い合わせ等に原則常時対応**できる体制

常勤の精神保健指定医が、精神保健福祉法上の**精神保健指定医として業務等を年1回以上**行っていること。

※常勤の精神保健指定医が複数名勤務している場合は、少なくとも2名が当該要件を満たすこと

#### 精神保健指定医、多職種の配置等

常勤の精神保健指定医を**1名以上**配置

多職種の活用、専門的な診療等に係る**加算のうち**いずれかを届出

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を配置

- |                |                 |
|----------------|-----------------|
| 療養生活継続支援加算     | 精神科入院支援加算       |
| 児童思春期精神科専門管理加算 | 精神科リエゾンチーム加算    |
| 児童思春期支援指導加算    | 依存症入院医療管理加算     |
| 認知療法・認知行動療法    | 摂食障害入院医療管理加算    |
| 依存症集団療法        | 児童思春期精神科入院医療管理料 |
| 精神科在宅患者支援管理料   |                 |



143

## 児童思春期支援指導加算の新設

▶ 児童・思春期の精神疾患患者に対する外来診療の充実を図る観点から、多職種が連携して患者の外来診療を実施した場合について、通院・在宅精神療法に加算を設ける。

### (新) 児童思春期支援指導加算

- イ 60分以上の通院・在宅精神療法を行った場合 1,000点  
(当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から3月以内に1回限り)
- ロ イ以外の場合
  - (1) 当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から2年以内 450点
  - (2) (1)以外の場合 250点



#### [算定要件] (概要)

- (1) 通院精神療法を算定する患者であって、20歳未満のものに対して、児童思春期の患者に対する精神医療に係る適切な研修を修了した精神科を担当する医師の指示の下、児童思春期の患者に対する当該支援に専任の保健師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士又は公認心理師が、当該患者に対して、対面による療養上必要な指導管理を30分以上実施した場合に算定する。なお、精神科を担当する医師が通院・在宅精神療法を実施した月の別日に当該支援を実施した場合においても算定できる。
- (2) 多職種が共同して支援計画を作成すること。
- (3) 指導管理及び支援計画の内容に関して、患者等の同意を得た上で、学校等、児童相談所、児童発達支援センター、障害児支援事業所、基幹相談支援センター又は発達障害者支援センター等の関係機関に対して、文書による情報提供や面接相談を適宜行うこと。
- (4) 患者の支援方針等について、概ね3月に1回以上の頻度でカンファレンスを実施し、必要に応じて支援計画の見直しを行うこと。
- (5) 1週間当たりの算定患者数は30人以内とする。
- (6) 20歳未満加算又は児童思春期精神科専門管理加算を算定した場合は、算定しない。

#### [施設基準] (概要)

- (1) 児童思春期の患者に対する精神医療に係る適切な研修を修了した精神科の専任の常勤医師が1名以上配置されていること。
- (2) 児童思春期の患者に対する当該支援に専任の保健師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士又は公認心理師が2名以上かつ2職種以上配置されており、そのうち1名以上は児童思春期の患者に対する精神医療に係る適切な研修を修了した者であること。
- (3) 当該保険医療機関が過去6か月間に初診を実施した20歳未満の患者の数が、月平均8人以上であること。

▶ 児童思春期支援指導加算の新設に伴い、20歳未満加算について、評価を見直す。

現行	改定後
【通院・在宅精神療法 20歳未満加算】350点	【通院・在宅精神療法 20歳未満加算】320点

## 心理支援加算の新設

▶ 心的外傷に起因する症状を有する患者に対して適切な介入を推進する観点から、精神科を担当する医師の指示を受けた公認心理師が必要な支援を行った場合の評価を新設する。

### (新) 心理支援加算 250点(月2回)

#### [算定要件] (概要)

- (1) 心理に関する支援を要する患者に対して、精神科を担当する医師の指示を受けた公認心理師が、心理学に関する専門的知識及び技術等を用いて、対面による心理支援を30分以上実施した場合に、初回算定日の属する月から起算して2年を限度として、月2回に限り算定できる。(通院・在宅精神療法を実施した月の別日に当該支援を実施した場合においても算定可。)
- (2) 実施に当たっては、以下の要件をいずれも満たすこと。
  - ア 対象患者：外傷体験(※1)を有し、心的外傷に起因する症状(※2)を有する者として、精神科医が心理支援を必要と判断したもの
    - (※1) 身体的暴行、性的暴力、災害、重大な事故、虐待若しくは犯罪被害等
    - (※2) 侵入症状、刺激の持続的回避、認知と気分の陰性の変化、覚醒度と反応性の著しい変化又は解離症状
  - イ 医師は当該患者等に外傷体験の有無等を確認した上で、当該外傷体験及び心的外傷に起因する症状等について診療録に記載する。

DSM-5 PTSDの診断基準(抄) 成人、青年、6歳を超える子供の場合
A 実際にまたは危うく死ぬ、重症を負う、性的暴力を受ける出来事への曝露。(※1)
B 心的外傷的出来事の後に始まる、その心的外傷的出来事に関連した侵入症状の存在。
C 心的外傷的出来事に関連する刺激の持続的回避。
D 心的外傷的出来事に関連した認知と気分の陰性の変化。
E 心的外傷的出来事に関連した、覚醒度と反応性の著しい変化。
F 障害(基準B、C、DおよびE)の持続が1カ月以上。
G その障害は、臨床的に意味のある苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。
H その障害は、物質(例：医薬品またはアルコール)または他の医学的疾患の生理学的作用によるものではない。

心理支援加算の対象患者

A外傷体験  
+  
BからEまでのいずれか  
又は解離症状

を有する者として、精神科医が  
心理支援を必要と判断したもの



(※1) について、直接体験したもの他、直接目撃したものや、近親者又は親しい友人に起こった暴力的な出来事等の外傷体験に起因する場合も含まれる。

## 令和6年度診療報酬改定 11.個別改定事項（Ⅱ）

146

令和6年度診療報酬改定 Ⅰ-3 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-①

### 長期収載品の保険給付の在り方の見直し

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

#### 保険給付と選定療養の適用場面

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

#### 選定療養の対象品目の範囲

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

#### 保険給付と選定療養の負担に係る範囲

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

※具体的な対象品目や運用等の詳細については3月中に通知予定 147

# 処方箋の様式変更

処方箋  
(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号		保険者番号	
公費負担医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号 (枚数)	
氏名	保険医療機関の所在地及び名称		
生年月日	知事印	年 月 日	男・女
区分	被保険者	被扶養者	保険医氏名
交付年月日	令和 年 月 日	処方箋の発行期間	令和 年 月 日
変更不可 医療上必要	患者希望	個々の処方箋について、医療上の必要性があるため、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更が望ましいと判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。また、患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合には、「患者希望」欄に「レ」又は「×」を記載すること。	
(1) 「変更不可」欄を「変更不可(医療上必要)」欄に変更、 (2) 「患者希望」欄の新設			
リファイル可 <input type="checkbox"/> ( 回 )			
保険医署名 (「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。)			
保険薬局が調剤時に医薬品を確認した際の対応(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。) <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ送付照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ増発提供			
調剤実施回数(調剤回数に応じて、口)に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。 口1回目調剤日( 年 月 日) 口2回目調剤日( 年 月 日) 口3回目調剤日( 年 月 日) 次回調剤予定日( 年 月 日) 次回調剤予定日( 年 月 日)			
調剤年月日	令和 年 月 日	公費負担者番号	
保険薬局の所在地及び名称		公費負担医療の受給者番号	

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。  
2. エの付録は、本邦に適合させること。  
3. 療養の給付及び公費負担医療に関する事項に関する命令(昭和34年厚生省令第39号)第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

令和6年10月からの長期収載品の選定療養化に伴って処方箋の様式が変更された。

銘柄名で長期収載品を処方する場合で、医師が医療上の必要性があり、後発医薬品への変更には差し支えがあると判断した際には「変更不可(医療上必要)」欄にチェックまたは×印を品目ごとに記入し、「保険医署名」欄に署名または記名・押印する。

一方、患者の希望で長期収載品を処方する際には、「患者希望」欄にチェックまたは×印を品目ごとに記入することになる。

一般名処方を行う場合、「変更不可(医療上必要)」欄や「患者希望」欄にチェック等をしない。一般名処方の処方箋を薬局に持参した患者が長期収載品を希望した場合は、選定療養の対象になる。

## 医薬品の安定供給に資する取組の推進

### 一般名処方加算の見直し

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

**【施設基準】**

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

### 後発医薬品使用体制加算・外来後発医薬品使用体制加算の見直し

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

**【追加の施設基準】**

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

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

**【追加の施設基準】**

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

## バイオ後続品の使用促進②

### バイオ後続品導入初期加算の見直し

- ▶ 外来におけるバイオ後続品導入初期加算の対象患者について、外来化学療法を実施している患者から、医療機関において注射するバイオ後続品を使用する全ての患者に見直す。

現行	改定後
<p>【第6部 注射】</p> <p>[算定要件]</p> <p>&lt;通則&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>外来化学療法を算定する場合について、当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り150点を更に所定点数に加算する。</li> </ul> <p>【外来腫瘍化学療法診療料】</p> <p>[算定要件]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。</li> </ul>	<p>【第6部 注射】</p> <p>[算定要件]</p> <p>&lt;通則&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>入院中の患者以外の患者に対する注射に当たって、当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り150点を更に所定点数に加算する。</li> </ul> <p>【外来腫瘍化学療法診療料】</p> <p>[算定要件]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><u>(削除)</u></li> </ul>

※ 在宅自己注射指導管理料に係るバイオ後続品使用体制加算については従前のおり。

〈参考〉今回の改定で新たにバイオ後続品導入初期加算の対象となる注射薬

- ・ **アガルシダーゼベータ**
- ・ **ラニビズマブ**



150

## いわゆる同一敷地内薬局に関する評価の見直し

### いわゆる同一敷地内薬局を有する医療機関に関する処方箋料の見直し

- ▶ 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。

現行	改定後																		
<p>【処方箋料】</p> <table border="1"> <tr> <td>1 向精神薬他剤投与を行った場合</td> <td>28点</td> </tr> <tr> <td>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</td> <td>40点</td> </tr> <tr> <td>3 1及び2以外の場合</td> <td>68点</td> </tr> </table>	1 向精神薬他剤投与を行った場合	28点	2 1以外の場合の他剤投与又は向精神薬長期処方を行った場合	40点	3 1及び2以外の場合	68点	<p>【処方箋料】</p> <p><u>(対象医療機関の場合)</u></p> <table border="1"> <tr> <td>1 向精神薬他剤投与を行った場合</td> <td><b>18点</b></td> </tr> <tr> <td>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</td> <td><b>29点</b></td> </tr> <tr> <td>3 1及び2以外の場合</td> <td><b>42点</b></td> </tr> </table> <p><u>(対象医療機関以外の場合)</u></p> <table border="1"> <tr> <td>1 向精神薬他剤投与を行った場合</td> <td>20点※</td> </tr> <tr> <td>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</td> <td>32点※</td> </tr> <tr> <td>3 1及び2以外の場合</td> <td>60点※</td> </tr> </table> <p>※処方等に係る評価の再編に伴うもの</p>	1 向精神薬他剤投与を行った場合	<b>18点</b>	2 1以外の場合の他剤投与又は向精神薬長期処方を行った場合	<b>29点</b>	3 1及び2以外の場合	<b>42点</b>	1 向精神薬他剤投与を行った場合	20点※	2 1以外の場合の他剤投与又は向精神薬長期処方を行った場合	32点※	3 1及び2以外の場合	60点※
1 向精神薬他剤投与を行った場合	28点																		
2 1以外の場合の他剤投与又は向精神薬長期処方を行った場合	40点																		
3 1及び2以外の場合	68点																		
1 向精神薬他剤投与を行った場合	<b>18点</b>																		
2 1以外の場合の他剤投与又は向精神薬長期処方を行った場合	<b>29点</b>																		
3 1及び2以外の場合	<b>42点</b>																		
1 向精神薬他剤投与を行った場合	20点※																		
2 1以外の場合の他剤投与又は向精神薬長期処方を行った場合	32点※																		
3 1及び2以外の場合	60点※																		

【対象医療機関】

- ・ 以下の①～③のいずれにも該当する医療機関。

- ① 直近3月の処方箋を交付した回数が12,000回を超えること。
- ② 保険薬局(特別調剤基本料Aを算定しているものに限る)と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険医療機関であること。
- ③ 当該特別な関係を有する薬局の当該保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が9割を超えていること。

151

## 医療機関・訪問看護ステーションにおける明細書発行の推進

### 明細書無料発行の推進

- 現行、明細書の無料発行については、電子レセプト請求（オンライン請求・光ディスク等による請求）が義務付けられている病院、診療所及び薬局については、原則として明細書を発行しなければならないこととされているが、診療所であって、明細書交付が困難であることについて正当な理由※がある場合、当分の間、患者から求められたときに交付することで足りるとされる免除規定があり、また、訪問看護ステーションにおいては、明細書の発行は努力義務とされているところ。
- 現行の取扱いについて、患者から見て分かりやすい医療を実現する観点及び医療DXを推進する観点から以下のとおり見直す。
  - ① 診療所（医科・歯科）における明細書無料発行の免除規定について、診療報酬改定DXにおいて検討されている標準型レセコンの提供等により、全ての医療機関において明細書の発行が可能になった時期を目途として廃止する。
  - ② 訪問看護ステーションにおける明細書の発行について、令和6年6月（7月請求分）からオンライン請求が開始されることを踏まえ、現在努力規定となっている明細書の発行について義務化する。 なお、訪問看護療養費については、既に交付が義務づけられている領収証においては個別の項目毎の金額等の記載が求められていることに鑑み、現在の領収証を領収証兼明細書として位置づける。 また、領収証兼明細書に変更するシステム改修に必要な期間を考慮し、令和7年5月31日までの経過措置期間を置く。

【※正当な理由】

- ①一部負担金等の支払いがない患者に対応した明細書発行機能が付与されていないレセコンを使用している場合
- ②自動入金機の改修が必要な場合

## 令和6年度診療報酬改定 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。

154

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。

155

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 パ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。

156

令和6年度診療報酬改定  
経過措置

経過措置については、別途、告示、通知及び「施設基準届出チェックリスト」を参照されたい。

157

## 施設基準の届出について

### お願い

- 令和6年6月1日から算定を行うための届出期間は、**令和6年5月2日から6月3日**です。ご注意願います。
- 締切日直前に届出が集中することが予想されますので、できる限り早期にご提出いただくようお願いいたします。

5月下旬以降は厚生局に届出が集中し、混雑が予想されるため、可能な限り5月17日までの届出に努めることが求められております。

ただし、令和6年6月診療分の施設基準に係る電子申請による届出は、5月20日から受付開始となることにご留意ください。〔疑義解釈その2 問2〕

## <参考>

■施設基準届出様式【関東信越厚生局:「令和6年度診療報酬改定について」】  
[https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kantoshinetsu/iryo\\_shido/r06kaitei\\_00001.html](https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kantoshinetsu/iryo_shido/r06kaitei_00001.html)

※「2 施設基準等の届出について」より、基本診療料及び特掲診療料に関する届出様式をダウンロードして、必要書類を添付したうえ、医療機関が所在する都県を管轄する事務所へ提出してください。

▶ 東京都の医療機関は以下の住所へ郵送

〒163-1111

東京都新宿区西新宿6丁目22-1 新宿スクエアタワー11階  
関東信越厚生局東京事務所

※届出に係るご質問は以下の連絡先へご連絡ください。

<電話番号> 審査課(施設基準等):03-6692-5119  
指導課(算定要件等):03-6692-5126

※令和6年6月1日から算定するには、**令和6年6月3日(月)必着**で届出が必要です。

■施設基準届出チェックリスト【厚生労働省:「令和6年度診療報酬改定について」】  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411\\_00045.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00045.html)

※「第3 関係法令等」【省令・告示】(3)の3「令和6年度診療報酬改定に係る施設基準届出チェックリストの送付について(事務連絡)」の別添1~4のうち該当するものをダウンロードし、施設基準の届出漏れの防止にご活用ください。

MEMO

Horizontal dotted lines for writing.

～ 第2部 令和6年度 介護報酬改定について ～

説 明 : 東京都国民健康保険団体連合会  
介護福祉部 介護保険課

## 令和6年度 制度改正・報酬改定について

### － 介護保険制度改正に向けての検討経緯等 －

- 令和4年3月24日に開催された「社会保障審議会介護保険部会」において、以下の主な事項が提示されました。
  - ・介護予防・健康づくりの推進(健康寿命の延伸)
  - ・保険者機能の強化(地域保険としての地域のつながり機能・マネジメント機能の強化)
  - ・地域包括ケアシステムの推進(多様なニーズに対応した介護の提供・整備)
  - ・認知症施策の総合的な推進
  - ・持続可能な制度の構築・介護現場の革新
  
- 当該部会での議論を経て、令和4年12月20日に「介護保険制度の見直しに関する意見」が取りまとめられました。
  - ・全世代対応型の持続可能な社会保障制度の構築に向けて、質の高い医療介護を効率的に提供するための基盤整備が必要。
  - ・次期計画期間中に2025年を迎えるが、今後、85歳以上人口の割合が上昇し、サービス需要や給付費は増加する一方、生産年齢人口は急減。地域ニーズに対応したサービス等基盤の整備や、人材確保、保険制度の持続可能性の確保に向けた早急な対応が必要。
  - ・社会環境の変化の中でも、高齢者の自己決定に基づき、必要なサービスを受けられ、希望するところで安心して生活できる社会を実現する必要。

### － 報酬改定における検討経緯等 －

- 令和5年5月24日に開催された「社会保障審議会介護給付費分科会」において、以下の観点で議論することが示されました。
  - ・地域包括ケアシステムの深化・推進
  - ・自立支援・重度化防止を重視した質の高い介護サービスの推進
  - ・介護人材の確保と介護現場の生産性の向上
  - ・制度の安定性・持続可能性の確保
  
- 当該分科会での議論を経て、令和6年1月22日に「令和6年度介護報酬改定の主な事項について」が取り纏められました。

本日は、この資料を用いながら、「令和6年度 介護報酬改定について」 ご説明させていただきます。



# 令和6年度介護報酬改定の主な事項について

厚生労働省 老健局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

## 令和6年度介護報酬改定の概要

■ 人口構造や社会経済状況の変化を踏まえ、「地域包括ケアシステムの深化・推進」「自立支援・重度化防止に向けた対応」「良質な介護サービスの効率的な提供に向けた働きやすい職場づくり」「制度の安定性・持続可能性の確保」を基本的な視点として、介護報酬改定を実施。

### 1. 地域包括ケアシステムの深化・推進

■ 認知症の方や単身高齢者、医療ニーズが高い中重度の高齢者を含め、質の高いケアマネジメントや必要なサービスが切れ目なく提供されるよう、地域の実情に応じた柔軟かつ効率的な取組を推進

- ・ 質の高い公正中立なケアマネジメント
- ・ 地域の実情に応じた柔軟かつ効率的な取組
- ・ 医療と介護の連携の推進
  - 在宅における医療ニーズへの対応強化
  - 在宅における医療・介護の連携強化
  - 高齢者施設等における医療ニーズへの対応強化
  - 高齢者施設等と医療機関の連携強化

- ・ 看取りへの対応強化
- ・ 感染症や災害への対応力向上
- ・ 高齢者虐待防止の推進
- ・ 認知症の対応力向上
- ・ 福祉用具貸与・特定福祉用具販売の見直し

### 2. 自立支援・重度化防止に向けた対応

■ 高齢者の自立支援・重度化防止という制度の趣旨に沿い、多職種連携やデータの活用等を推進

- ・ リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組等
- ・ 自立支援・重度化防止に係る取組の推進
- ・ LIFEを活用した質の高い介護

### 3. 良質な介護サービスの効率的な提供に向けた働きやすい職場づくり

■ 介護人材不足の中で、更なる介護サービスの質の向上を図るため、処遇改善や生産性向上による職場環境の改善に向けた先進的な取組を推進

- ・ 介護職員の処遇改善
- ・ 生産性の向上等を通じた働きやすい職場環境づくり
- ・ 効率的なサービス提供の推進

### 4. 制度の安定性・持続可能性の確保

■ 介護保険制度の安定性・持続可能性を高め、全ての世代にとって安心できる制度を構築

- ・ 評価の適正化・重点化
- ・ 報酬の整理・簡素化

### 5. その他

- ・ 「書面掲示」規制の見直し
- ・ 通所系サービスにおける送迎に係る取扱いの明確化
- ・ 基準費用額（居住費）の見直し
- ・ 地域区分



## 1. 地域包括ケアシステムの深化・推進

2

### 質の高い公正中立なケアマネジメント

#### 居宅介護支援における特定事業所加算の見直し

告示改正

- 居宅介護支援における特定事業所加算の算定要件について、ヤングケアラーなどの多様な課題への対応を促進する観点等から見直しを行う。

#### 居宅介護支援

##### 【単位数】

< 現行 >

特定事業所加算 (I)	505単位
特定事業所加算 (II)	407単位
特定事業所加算 (III)	309単位
特定事業所加算 (A)	100単位



< 改定後 >

特定事業所加算 (I)	<b>519</b> 単位 (変更)
特定事業所加算 (II)	<b>421</b> 単位 (変更)
特定事業所加算 (III)	<b>323</b> 単位 (変更)
特定事業所加算 (A)	<b>114</b> 単位 (変更)

##### 【算定要件等】

- ア 多様化・複雑化する課題に対応するための取組を促進する観点から、「ヤングケアラー、障害者、生活困窮者、難病患者等、他制度に関する知識等に関する事例検討会、研修等に参加していること」を要件とするとともに、評価の充実を行う。
- イ (主任)介護支援専門員の専任要件について、居宅介護支援事業者が介護予防支援の提供や地域包括支援センターの委託を受けて総合相談支援事業を行う場合は、これらの事業との兼務が可能である旨を明確化する。
- ウ 事業所における毎月の確認作業等の手間を軽減する観点から、運営基準減算に係る要件を削除する。
- エ 介護支援専門員が取り扱う1人当たりの利用者数について、居宅介護支援費の見直しを踏まえた対応を行う。

3

地域の実情に応じた柔軟かつ効率的な取組、看取りへの対応強化

訪問介護における特定事業所加算の見直し

告示改正

■ 訪問介護における特定事業所加算について、中山間地域等における継続的なサービス提供や看取り期の利用者など重度者へのサービス提供を行っている事業所を適切に評価する観点等から見直しを行う。

訪問介護

報酬区分 ▶ 現行の(IV)を廃止し、現行の(V)を(IV)に、(V)を新設 算定要件 ▼ 現行の(6)を(1)に統合、(6)、(7)、(8)、(14)を新設、現行の(12)を削除	(I)	(II)	(III)	(IV) 廃止	(V) →(IV)	(V) 新設
	20%	10%	10%	5%	3%	3%
<b>体制要件</b>						
(1) 訪問介護員等・サービス提供責任者ごとに作成された研修計画に基づく研修の実施 (2) 利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項の伝達等を目的とした会議の定期的な開催 (3) 利用者情報の文書等による伝達、訪問介護員等からの報告 (4) 健康診断等の定期的な実施 (5) 緊急時等における対応方法の明示	○	○	○	○ ※(1)除く	○	○
(6) サービス提供責任者ごとに作成された研修計画に基づく研修の実施 → 【(1)へ統合】				○		
(6) 病院、診療所又は訪問看護ステーションの看護師との連携により、24時間連絡できる体制を確保しており、かつ、必要に応じて訪問介護を行うことができる体制の整備、看取り期における対応方針の策定、看取りに関する職員研修の実施等	○ <sup>(※)</sup>		○ <sup>(※)</sup>			
(7) 通常の事業の実施地域内であって中山間地域等に居住する者に対して、継続的にサービスを提供していること						○
(8) 利用者の心身の状況またはその家族等を取り巻く環境の変化に応じて、訪問介護事業所のサービス提供責任者等が起点となり、随時、介護支援専門員、医療関係職種等と共同し、訪問介護計画の見直しを行っていること						○
<b>人材要件</b>						
(9) 訪問介護員等のうち介護福祉士の占める割合が100分の30以上、又は介護福祉士、実務者研修修了者、並びに介護職員基礎研修課程修了者及び1級課程修了者の占める割合が100分の50以上	○	○				
(10) 全てのサービス提供責任者が3年以上の実務経験を有する介護福祉士、又は5年以上の実務経験を有する実務者研修修了者若しくは介護職員基礎研修課程修了者若しくは1級課程修了者	○	又は ○				
(11) サービス提供責任者を常勤により配置し、かつ、基準を上回る数の常勤のサービス提供責任者を1人以上配置していること → 【III・IVに追加】			○ 又は ○	○	○ 又は ○	
(12) 訪問介護員等の総数のうち、勤続年数7年以上の者の占める割合が100分の30以上であること → 【IIIに追加】						
<b>重度者等対応要件</b>						
(13) 利用者のうち、要介護4、5である者、日常生活自立度（III、IV、M）である者、たんの吸引等を必要とする者の占める割合が100分の20以上	○		○			
(12) 利用者のうち、要介護3～5である者、日常生活自立度（III、IV、M）である者、たんの吸引等を必要とする者の占める割合が100分の50以上 → 【削除】	又は		又は	○		
(14) 看取り期の利用者への対応実績が1人以上であること（併せて体制要件(6)の要件を満たすこと）	○ <sup>(※)</sup>		○ <sup>(※)</sup>			

(※)：加算（I）・（III）については、重度者等対応要件を選択式とし、(13)または(14)を満たす場合に算定できることとする。また、(14)を選択する場合には(6)を併せて満たす必要がある。

地域の実情に応じた柔軟かつ効率的な取組

総合マネジメント体制強化加算の見直し

告示改正

■ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び（看護）小規模多機能型居宅介護が、地域包括ケアシステムの担い手として、より地域に開かれた拠点となり、認知症対応を含む様々な機能を発揮することにより、地域の多様な主体とともに利用者を支える仕組みづくりを促進する観点から、総合マネジメント体制強化加算について、地域包括ケアの推進と地域共生社会の実現に資する取組を評価する新たな区分を設ける。なお、現行の加算区分については、新たな加算区分の取組を促進する観点から評価の見直しを行う。

定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護★、看護小規模多機能型居宅介護

算定要件（(4)～(10)は新設）	加算（I）：1,200単位 （新設）			加算（II）：800単位 （現行の1,000単位から見直し）		
	小規模多機能型居宅介護	看護小規模多機能型居宅介護	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	小規模多機能型居宅介護	看護小規模多機能型居宅介護	定期巡回・随時対応型訪問介護看護
(1) 個別サービス計画について、利用者の心身の状況や家族を取り巻く環境の変化を踏まえ、介護職員（計画作成責任者）や看護職員等の多職種協働により、随時適切に見直しを行っていること	○	○	○	○	○	○
(2) 利用者の地域における多様な活動が確保されるように、日常的に地域住民等との交流を図り、利用者の状態に応じて、地域の行事や活動等に積極的に参加していること	○	○	○	○	○	○
(3) 地域の病院、診療所、介護老人保健施設等に対し、事業所が提供することのできるサービスの具体的な内容に関する情報提供を行っていること	○	○	○	○	○	○
(4) 日常的に利用者と関わりのある地域住民等の相談に対応する体制を確保していること。	○	○	○	○	○	○
(5) 必要に応じて、多様な主体が提供する生活支援のサービス（インフォーマルサービスを含む）が包括的に提供されるような居宅サービス計画を作成していること	○	○	○	○	○	○
(6) 地域住民等との連携により、地域資源を効果的に活用し、利用者の状態に応じた支援を行っていること	○	○	○	○	○	○
(7) 障害福祉サービス事業所、児童福祉施設等と協働し、地域において世代間の交流の場の拠点となっていること（※）	事業所の特性に応じて1つ以上実施	事業所の特性に応じて1つ以上実施	○	事業所の特性に応じて1つ以上実施	○	○
(8) 地域住民等、他事業所等と共同で事例検討会、研修会等を実施していること	○	○	○	○	○	○
(9) 市町村が実施する通いの場や在宅医療・介護連携推進事業等の地域支援事業等に参加していること	○	○	○	○	○	○
(10) 地域住民及び利用者の住まいに関する相談に応じ、必要な支援を行っていること	○	○	○	○	○	○

(※) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護については、「障害福祉サービス事業所、児童福祉施設等と協働し、地域において世代間の交流を行っていること。」が要件

医療と介護の連携の推進－在宅における医療ニーズへの対応強化－

専門性の高い看護師による訪問看護の評価

告示改正

■ 医療ニーズの高い利用者が増える中、適切かつより質の高い訪問看護を提供する観点から、専門性の高い看護師が計画的な管理を行うことを評価する加算を新設。

訪問看護★、看護小規模多機能型居宅介護

【単位数】

<現行>  
なし

<改定後>

専門管理加算 250単位/月（新設）

【算定要件等】

○ 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都道府県知事に届け出た指定訪問看護事業所の緩和ケア、褥瘡ケア若しくは人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師又は特定行為研修を修了した看護師が、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合には、所定単位数に加算する。

イ 緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が計画的な管理を行った場合

- ・ 悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法を行っている利用者
- ・ 真皮を越える褥瘡の状態にある利用者
- ・ 人工肛門又は人工膀胱を造設している者で管理が困難な利用者

ロ 特定行為研修を修了した看護師が計画的な管理を行った場合

- ・ 診療報酬における手順書加算を算定する利用者

※対象の特定行為：気管カニューレの交換、胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換、膀胱ろうカテーテルの交換、褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去、創傷に対する陰圧閉鎖療法、持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整、脱水症状に対する輸液による補正

6

医療と介護の連携の推進－在宅における医療ニーズへの対応強化－

総合医学管理加算の見直し

告示改正

■ 介護老人保健施設が提供する短期入所療養介護における総合医学管理加算について、医療ニーズのある利用者の受入れを更に促進する観点から、以下の見直しを行う。

- ア 居宅サービス計画において計画的に行うこととなっている指定短期入所療養介護についても、治療管理を目的とするものについては同加算の対象とする。
- イ 算定日数について7日を限度としているところ、10日間を限度とする。

短期入所療養介護（介護老人保健施設が提供する場合に限り）

【単位数】

<現行>  
275単位/日

<改定後>  
変更なし

【算定要件等】

<現行>

- 1 治療管理を目的とし、別に厚生労働大臣が定める基準に従い、居宅サービス計画において計画的に行うこととなっていない指定短期入所療養介護を行った場合に、7日を限度として1日につき所定単位数を加算する。
- 2 緊急時施設療養費を算定した日は、算定しない。

<改定後>

- 1 治療管理を目的とし、別に厚生労働大臣が定める基準に従い、指定短期入所療養介護を行った場合に、10日を限度として1日につき所定単位数を加算する。
- 2 緊急時施設療養費を算定した日は、算定しない。

短期入所療養介護入所

介護老人保健施設

退所

在宅



在宅



総合医学管理加算（275単位/日）

- ・ 10日を限度として1日につき所定単位数を加算する。
- ・ 診療方針を定め、治療管理として投薬、検査、注射、処置等を行うこと。
- ・ 診療方針、診断、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容等を診療録に記載すること。
- ・ かかりつけ医に対し、利用者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて必要な情報の提供を行うこと。

かかりつけ医

7

医療と介護の連携の推進－在宅における医療ニーズへの対応強化－

療養通所介護における重度者への安定的なサービス提供体制の評価

告示改正

- 主に中重度の利用者を対象とする療養通所介護について、介護度に関わらず一律の包括報酬である一方、重度の利用者を受け入れるにあたっては特に手厚い人員体制、管理体制等が必要となることから、安定的に重度の利用者へのサービスを提供するための体制を評価する新たな加算を設ける。

療養通所介護

【単位数】

<現行>  
なし



<改定後>

重度者ケア体制加算 150単位/月（新設）

【算定要件等】

- 療養通所介護費における重度者ケア体制加算の基準

次のいずれにも適合すること。

- イ 指定地域密着型サービス基準第40条第2項に規定する看護師の員数に加え、看護職員を常勤換算方法で3以上確保していること。
- ロ 指定療養通所介護従業者のうち、保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第37条の2第2項第5号に規定する指定研修機関において行われる研修等（※）を修了した看護師を1以上確保していること。
- ハ 指定療養通所介護事業者が指定訪問看護事業者の指定を併せて受け、かつ、一体的に事業を実施していること。

※ 認定看護師教育課程、専門看護師教育課程、特定行為に係る看護師の研修制度により厚生労働大臣が指定する指定研修機関において行われる研修

医療と介護の連携の推進－在宅における医療・介護の連携強化－

医療機関のリハビリテーション計画書の受け取りの義務化

省令改正、告示改正

- 退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを実施する観点から、退院後のリハビリテーションを提供する際に、入院中に医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書等入手し、内容を把握することを義務付ける。
- リハビリテーション事業所の医師等が、医療機関の退院前カンファレンスに参加した際の評価を新たに設ける。

訪問リハビリテーション★、通所リハビリテーション★

【基準】（義務付け）

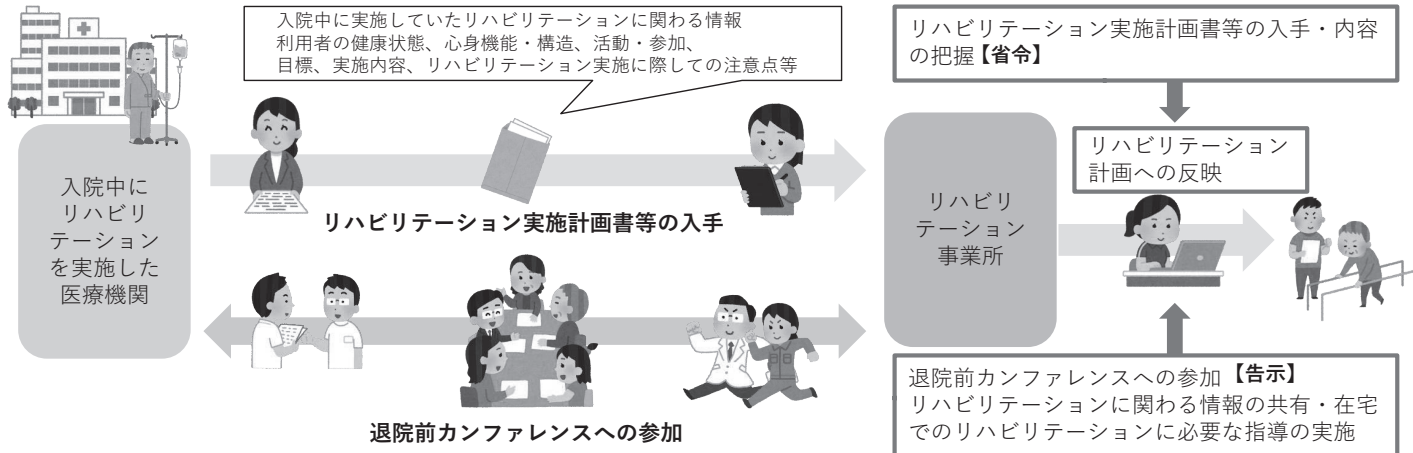
- 医師等の従業者は、リハビリテーションを受けていた医療機関から退院した利用者のリハビリテーション計画の作成に当たっては、当該医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書等入手し、当該利用者のリハビリテーションの情報を把握しなければならない。

【単位数】

退院時共同指導加算 600単位/回（退院時1回に限る）（新設）

【算定要件等】

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



医療と介護の連携の推進－高齢者施設等における医療ニーズへの対応強化－

特定施設入居者生活介護等における医療的ケアの推進に向けた入居継続支援加算の見直し 告示改正

■ 医療的ケアを要する者が一定数いる特定施設入居者生活介護等において、入居者の医療ニーズを踏まえた看護職員によるケアを推進する観点から、医療的ケアを要する者の範囲に尿道カテーテル留置、在宅酸素療法及びインスリン注射を実施している状態の者を追加する見直しを行う。

特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護

【単位数】

<現行>

入居継続支援加算（Ⅰ）36単位/日  
入居継続支援加算（Ⅱ）22単位/日

<改定後>

変更なし

【算定要件】

- (1) 又は (2) のいずれかに適合し、かつ、(3) 及び (4) のいずれにも適合すること。  
(新設)

- (1) ①～⑤を必要とする入居者が15%以上(※)であること。  
①口腔内の喀痰吸引  
②鼻腔内の喀痰吸引  
③気管カニューレ内部の喀痰吸引  
④胃ろう又は腸ろうによる経管栄養  
⑤経鼻経管栄養

- (2) ①～⑤を必要とする入居者と⑥～⑧に該当する入居者の割合が15%以上(※)であり、かつ、常勤の看護師を1名以上配置し、看護に係る責任者を定めていること。  
⑥尿道カテーテル留置を実施している状態  
⑦在宅酸素療法を実施している状態  
⑧インスリン注射を実施している状態

- (3) 介護福祉士の数が、常勤換算方法で、入居者の数が6又はその端数を増すごとに1以上であること。  
(4) 人員基準欠如に該当していないこと。

※入居継続支援加算（Ⅱ）においては、5%以上15%未満であること。

医療と介護の連携の推進－高齢者施設等における医療ニーズへの対応強化－

配置医師緊急時対応加算の見直し 告示改正

■ 入所者に急変が生じた場合等の対応について、配置医師による日中の駆けつけ対応をより充実させる観点から、現行、早朝・夜間及び深夜にのみ算定可能な配置医師緊急時対応加算について、日中であっても、配置医師が通常の勤務時間外に駆けつけ対応を行った場合を評価する新たな区分を設ける。

介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

【単位数】

<現行>

配置医師緊急時対応加算  
なし

早朝・夜間の場合 650単位/回  
深夜の場合 1,300単位/回

<改定後>

配置医師緊急時対応加算

配置医師の通常の勤務時間外の場合 325単位/回（新設）  
（早朝・夜間及び深夜を除く）

早朝・夜間の場合 650単位/回  
深夜の場合 1,300単位/回

医療と介護の連携の推進－高齢者施設等と医療機関の連携強化－

介護老人福祉施設等における緊急時等の対応方法の定期的な見直し 省令改正

■ 介護老人福祉施設等における入所者への医療提供体制を確保する観点から、介護老人福祉施設等があらかじめ定める緊急時等における対応方法について、配置医師及び協力医療機関の協力を得て定めることとする。  
また、1年に1回以上、配置医師及び協力医療機関の協力を得て見直しを行い、必要に応じて緊急時等における対応方法の変更を行わなければならないこととする。

介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

<緊急時等の対応方法に定める規定の例>

- 緊急時の注意事項
  - 病状等についての情報共有の方法
  - 曜日や時間帯ごとの医師との連携方法
  - 診察を依頼するタイミング
- 等

医療と介護の連携の推進－高齢者施設等と医療機関の連携強化－

協力医療機関との連携体制の構築

省令改正

■ 介護保険施設について、施設内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下でより適切な対応を行う体制を確保する観点から、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するために、以下の見直しを行う。

介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院

【基準】

- ア 以下の要件を満たす協力医療機関（③については病院に限る。）を定めることを義務付ける（複数の医療機関を定めることにより要件を満たすこととしても差し支えないこととする。）。（経過措置3年間）
  - ① 入所者の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。
  - ② 診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。
  - ③ 入所者の病状の急変が生じた場合等において、当該施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。
- イ 1年に1回以上、協力医療機関との間で、入所者の病状の急変が生じた場合等の対応を確認するとともに、当該協力医療機関の名称等について、当該事業所の指定を行った自治体に提出しなければならないこととする。
- ウ 入所者が協力医療機関等に入院した後に、病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、速やかに再入所させることができるように努めることとする。

協力医療機関との連携体制の構築

省令改正

■ 高齢者施設等内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下で適切な対応が行われるよう、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するために、以下の見直しを行う。

特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護★

【基準】

- ア 協力医療機関を定めるに当たっては、以下の要件を満たす協力医療機関を定めるように努めることとする。
  - ① 利用者の病状の急変が生じた場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。
  - ② 診療の求めがあった場合に、診療を行う体制を常時確保していること。
- イ 1年に1回以上、協力医療機関との間で、利用者の病状の急変が生じた場合等の対応を確認するとともに、当該協力医療機関の名称等について、当該事業所の指定を行った自治体に提出しなければならないこととする。
- ウ 利用者が協力医療機関等に入院した後に、病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、速やかに再入居させることができるように努めることとする。

12

医療と介護の連携の推進－高齢者施設等と医療機関の連携強化－

○ 令和6年度介護報酬改定における、①高齢者施設等における医療ニーズへの対応強化、②協力医療機関との連携強化にかかる主な見直し内容

高齢者施設等

【特養・老健・介護医療院・特定施設・認知症グループホーム】

①高齢者施設等における医療ニーズへの対応強化

■ 医療提供等にかかる評価の見直しを実施

＜主な見直し＞

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

②高齢者施設等と医療機関の連携強化

■ 実効性のある連携の構築に向けた運営基準・評価の見直し等を実施

- (1) 平時からの連携
  - ・ 利用者の病状急変時等における対応の年1回以上の確認の義務化（運営基準）
  - ・ 定期的な会議の実施に係る評価の新設
- (2) 急変時の電話相談・診療の求め
- (3) 相談対応・医療提供
  - ・ 相談対応を行う体制、診療を行う体制を常時確保する協力医療機関を定めることの義務化※1（運営基準）
- (4) 入院調整
  - ・ 入院を要する場合に原則受け入れる体制を確保した協力病院を定めることの義務化※2（運営基準）
  - ・ 入院時の生活支援上の留意点等の情報提供に係る評価の新設
- (5) 早期退院
  - ・ 退院が可能となった場合の速やかな受入れの努力義務化（運営基準）

在宅医療を支援する地域の医療機関等

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

※1 経過措置3年。（地域密着型）特定施設入居者生活介護・認知症対応型共同生活介護は努力義務。 ※2 介護保険施設のみ。

13

看取りへの対応強化

訪問入浴介護における看取り対応体制の評価

告示改正

■ 訪問入浴介護における看取り期の利用者へのサービス提供について、その対応や医師・訪問看護師等の多職種との連携体制を推進する観点から、事業所の看取り対応体制の整備を評価する新たな加算を設ける。

訪問入浴介護

【単位数】

<現行>  
なし

<改定後>

看取り連携体制加算 64単位/回（新設）  
※死亡日及び死亡日以前30日以下に限る

【算定要件】

- 利用者基準
  - イ 医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること。
  - ロ 看取り期における対応方針に基づき、利用者の状態又は家族の求め等に応じ、介護職員、看護職員等から介護記録等利用者に関する記録を活用して行われるサービスについての説明を受け、同意した上でサービスを受けている者（その家族等が説明を受け、同意した上でサービスを受けている者を含む。）であること。
- 事業所基準
  - イ 病院、診療所又は訪問看護ステーション（以下「訪問看護ステーション等」という。）との連携により、利用者の状態等に応じた対応ができる連絡体制を確保し、かつ、必要に応じて当該訪問看護ステーション等により訪問看護等が提供されるよう訪問入浴介護を行う日時を当該訪問看護ステーション等と調整していること。
  - ロ 看取り期における対応方針を定め、利用開始の際に、利用者又はその家族等に対して、当該対応方針の内容を説明し、同意を得ていること。
  - ハ 看取りに関する職員研修を行っていること。

訪問看護等におけるターミナルケア加算の見直し

告示改正

■ ターミナルケア加算について、介護保険の訪問看護等におけるターミナルケアの内容が医療保険におけるターミナルケアと同様であることを踏まえ、評価の見直しを行う。

訪問看護★、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護

【単位数】

<現行>

ターミナルケア加算 2,000単位/死亡月

<改定後>

ターミナルケア加算 **2,500**単位/死亡月

看取りへの対応強化

短期入所生活介護における看取り対応体制の強化

告示改正

■ 短期入所生活介護について、看取り期の利用者に対するサービス提供体制の強化を図る観点から、レスパイト機能を果たしつつ、看護職員の体制確保や対応方針を定め、看取り期の利用者に対してサービス提供を行った場合に評価する新たな加算を設ける。

短期入所生活介護

【単位数】

看取り連携体制加算 64単位/日（新設）※死亡日及び死亡日以前30日以下について7日を限度として算定可能

【算定要件】

- 次のいずれかに該当すること。
  - ① 看護体制加算（Ⅱ）又は（Ⅳ）イ若しくはロを算定していること。
  - ② 看護体制加算（Ⅰ）又は（Ⅲ）イ若しくはロを算定しており、かつ、短期入所生活介護事業所の看護職員により、又は病院、診療所、訪問看護ステーション若しくは本体施設の看護職員との連携により24時間連絡できる体制を確保していること。
- 看取り期における対応方針を定め、利用開始の際に、利用者又はその家族等に対して当該対応方針の内容を説明し、同意を得ていること。

ターミナルケアマネジメント加算等の見直し

告示改正

■ ターミナルケアマネジメント加算について、自宅で最期を迎えたいと考えている利用者の意向を尊重する観点から、見直しを行う。併せて、特定事業所医療介護連携加算におけるターミナルケアマネジメント加算の算定回数の要件についても見直しを行う。

居宅介護支援

【単位数】

<現行>

ターミナルケアマネジメント加算 400単位/月

<改定後>

変更なし

【算定要件】

自宅で最期を迎えたいと考えている利用者の意向を尊重する観点から、人生の最終段階における利用者の意向を適切に把握することを要件とした上で、当該加算の対象となる疾患を末期の悪性腫瘍に限定しないこととし、医師が一般に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断した者を対象とする。

※併せて、特定事業所医療介護連携加算におけるターミナルケアマネジメント加算の算定回数の要件を見直す。  
（<現行> 5回以上 → <改定後> 15回以上）

看取りへの対応強化

介護老人保健施設におけるターミナルケア加算の見直し

告示改正

■ 介護老人保健施設における看取りへの対応を充実する観点や在宅復帰・在宅療養支援を行う施設における看取りへの対応を適切に評価する観点から、ターミナルケア加算について、死亡日以前31日以上45日以下の区分の評価を見直し、死亡日の前日及び前々日並びに死亡日の区分への重点化を図る。

介護老人保健施設

【単位数】

<現行>

死亡日45日前～31日前 80単位/日  
 死亡日30日前～4日前 160単位/日  
 死亡日前々日、前日 820単位/日  
 死亡日 1,650単位/日

<改定後>

死亡日45日前～31日前 **72単位/日** (変更)  
 変更なし  
 死亡日前々日、前日 **910単位/日** (変更)  
 死亡日 **1,900単位/日** (変更)  
 80単位/日→72単位/日 160単位/日

1,900単位/日  
 ↑  
 1,650単位/日  
 910単位/日  
 ↑  
 820単位/日

死亡日以前45日 死亡日以前30日 死亡日以前4日 死亡日

介護医療院における看取りへの対応の充実

告示・通知改正

■ 本人・家族との十分な話し合いや他の関係者との連携を更に充実させる観点から、介護医療院の基本報酬の算定要件及び施設サービス計画の作成において、本人の意思を尊重した上で、原則入所者全員に対して「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に沿った取組を行うことを求めることとする。

介護医療院

【算定要件等】

- 施設サービスの計画の作成や提供にあたり、入所者の意思を尊重した医療及びケアが実施できるよう、入所者本人の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応していることを求める。

16

感染症や災害への対応力向上

高齢者施設等における感染症対応力の向上

告示改正

■ 高齢者施設等については、施設内で感染者が発生した場合に、感染者の対応を行う医療機関との連携の上で施設内で感染者の療養を行うことや、他の入所者等への感染拡大を防止することが求められることから、以下を評価する新たな加算を設ける。

- ア 新興感染症の発生時等に感染者の診療等を実施する医療機関（協定締結医療機関）との連携体制を構築していること。
- イ 上記以外の一般的な感染症（※）について、協力医療機関等と感染症発生時における診療等の対応を取り決めるとともに、当該協力医療機関等と連携の上、適切な対応を行っていること。

※ 新型コロナウイルス感染症を含む。

- ウ 感染症対策にかかる一定の要件を満たす医療機関等や地域の医師会が定期的に主催する感染対策に関する研修に参加し、助言や指導を受けること

■ また、感染対策に係る一定の要件を満たす医療機関から、施設内で感染者が発生した場合の感染制御等の実地指導を受けることを評価する新たな加算を設ける。

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

高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）

10単位/月（新設）

高齢者施設等

- ・ 感染症法第6条第17項に規定する第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保すること
- ・ 協力医療機関等との間で、感染症の発生時等の対応を取り決めるとともに、感染症の発生時等に、協力医療機関等と連携し適切に対応していること

第二種協定指定医療機関等との連携

院内感染対策に関する研修又は訓練に年1回参加

3年に1回以上実地指導を受ける

医療機関等

- ・ 第二種協定指定医療機関（新興感染症）
- ・ 協力医療機関等（その他の感染症）

- ・ 診療報酬における感染対策向上加算若しくは外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会

医療機関等

- ・ 診療報酬における感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関

高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）

5単位/月（新設）

高齢者施設等



感染症や災害への対応力向上

業務継続計画未策定事業所に対する減算の導入

告示改正

- 感染症や災害の発生時に継続的にサービス提供できる体制を構築するため、業務継続計画が未策定の際は、基本報酬を減算する。＜経過措置1年間（※）＞

全サービス（居宅療養管理指導★、特定福祉用具販売★を除く）

【単位数】

業務継続計画未策定減算 施設・居住系サービス 所定単位数の100分の3に相当する単位数を減算（新設）  
 その他のサービス 所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算（新設）

（※）令和7年3月31日までの間、感染症の予防及びまん延の防止のための指針の整備及び非常災害に関する具体的計画の策定を行っている場合には、減算を適用しない。訪問系サービス、福祉用具貸与、居宅介護支援については、令和7年3月31日までの間、減算を適用しない。

【算定要件】

感染症若しくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が策定されていない場合

高齢者虐待防止の推進

高齢者虐待防止の推進

告示改正

- 利用者の人権の擁護、虐待の防止等をより推進する観点から、虐待の発生又はその再発を防止するための措置が講じられていない場合に、基本報酬を減算する。

全サービス（居宅療養管理指導★、特定福祉用具販売★を除く）

【単位数】

高齢者虐待防止措置未実施減算 所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算（新設）

【算定要件】

虐待の発生又はその再発を防止するための措置（虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めること）が講じられていない場合  
 ※福祉用具貸与については、3年間の経過措置期間を設ける。

18

認知症の対応力向上

（看護）小規模多機能型居宅介護における認知症対応力の強化

告示改正

- （看護）小規模多機能型居宅介護における認知症対応力の更なる強化を図る観点から、認知症加算について、新たに認知症ケアに関する専門的研修修了者の配置や認知症ケアの指導、研修等の実施を評価する新たな区分を設ける。
- その際、現行の加算区分については、新たな加算区分の取組を促進する観点から、評価の見直しを行う。

小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護

【単位数】

＜現行＞

認知症加算（Ⅰ） 800単位/月  
 認知症加算（Ⅱ） 500単位/月

＜改定後＞

認知症加算（Ⅰ） 920単位/月（新設）  
 認知症加算（Ⅱ） 890単位/月（新設）  
 認知症加算（Ⅲ） 760単位/月（変更）  
 認知症加算（Ⅳ） 460単位/月（変更）

【算定要件】

＜認知症加算（Ⅰ）＞（新設）

- 認知症介護実践リーダー研修等修了者を認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が20人未満の場合は1以上、20人以上の場合は1に、当該対象者の数が19を超えて10又は端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置
- 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者に対して、専門的な認知症ケアを実施した場合
- 当該事業所の従業者に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に開催
- 認知症介護指導者研修修了者を1名以上配置し、事業所全体の認知症ケアの指導等を実施
- 介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、研修を実施又は実施を予定

＜認知症加算（Ⅱ）＞（新設）

- 認知症介護実践リーダー研修等修了者を認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が20人未満の場合は1以上、20人以上の場合は1に、当該対象者の数が19を超えて10又は端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置
- 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者に対して、専門的な認知症ケアを実施した場合
- 当該事業所の従業者に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に開催

＜認知症加算（Ⅲ）＞（現行のⅠと同じ）

- 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者に対して、（看護）小規模多機能型居宅介護を行った場合

＜認知症加算（Ⅳ）＞（現行のⅡと同じ）

- 要介護状態区分が要介護2である者であって、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱに該当する者に対して、（看護）小規模多機能型居宅介護を行った場合

19

認知症の対応力向上

認知症対応型共同生活介護、介護保険施設における  
平時からの認知症の行動・心理症状の予防、早期対応の推進

告示改正

■ 認知症の行動・心理症状（BPSD）の発現を未然に防ぐため、あるいは出現時に早期に対応するための平時からの取組を推進する観点から、新たな加算を設ける。

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

【単位数】

認知症チームケア推進加算（Ⅰ）150単位/月（新設） 認知症チームケア推進加算（Ⅱ）120単位/月（新設）

【算定要件】

○ 認知症の行動・心理症状（BPSD）の発現を未然に防ぐため、あるいは出現時に早期に対応するための平時からの取組を推進する観点から、以下を評価する新たな加算を設ける。

<認知症チームケア推進加算（Ⅰ）>（新設）

- (1) 事業所又は施設における利用者又は入所者の総数のうち、周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症の者の占める割合が2分の1以上。
- (2) 認知症の行動・心理症状の予防及び出現時の早期対応に資する認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者又は認知症介護に係る専門的な研修及び認知症の行動・心理症状の予防等に資するケアプログラムを含んだ研修を修了した者を1名以上配置し、かつ、複数人の介護職員からなる認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいる。
- (3) 対象者に対し、個別に認知症の行動・心理症状の評価を計画的に行い、その評価に基づく値を測定し、認知症の行動・心理症状の予防等に資するチームケアを実施。
- (4) 認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症ケアについて、カンファレンスの開催、計画の作成、認知症の行動・心理症状の有無及び程度についての定期的な評価、ケアの振り返り、計画の見直し等を実施。

<認知症チームケア推進加算（Ⅱ）>（新設）

- ・（Ⅰ）の（1）、（3）及び（4）に掲げる基準に適合。
- ・ 認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を1名以上配置し、かつ、複数人の介護職員からなる認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいる。

20

福祉用具貸与・特定福祉用具販売の見直し

一部の福祉用具に係る貸与と販売の選択制の導入

省令・告示・通知改正

■ 利用者負担を軽減し、制度の持続可能性の確保を図るとともに、福祉用具の適時・適切な利用、安全を確保する観点から、一部の用具について貸与と販売の選択制を導入する。その際、利用者への十分な説明と多職種の意見や利用者の身体状況等を踏まえた提案などを行うこととする。

福祉用具貸与★、特定福祉用具販売★、居宅介護支援★

【選択制の対象とする福祉用具の種目・種類】

- 固定用スロープ
- 歩行器（歩行車を除く）
- 単点杖（松葉づえを除く）
- 多点杖

【対象者の判断と判断体制・プロセス】

利用者等の意思決定に基づき、貸与又は販売を選択できることとし、介護支援専門員や福祉用具専門相談員は、貸与又は販売を選択できることについて十分な説明を行い、選択に当たっての必要な情報提供及び医師や専門職の意見、利用者の身体状況等を踏まえた提案を行うこととする。

【貸与・販売後のモニタリングやメンテナンス等のあり方】

※ 福祉用具専門相談員が実施

<貸与後>

- 利用開始後少なくとも6月以内に一度モニタリングを行い、貸与継続の必要性について検討する。

<販売後>

- 特定福祉用具販売計画における目標の達成状況を確認する。
- 利用者等からの要請等に応じて、福祉用具の使用状況を確認し、必要な場合は、使用方法の指導や修理等を行うよう努める。
- 利用者に対し、商品不具合時の連絡先を情報提供する。

21

## 2. 自立支援・重度化防止に向けた対応

22

### リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組等

#### リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組の推進

告示改正

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

#### 通所リハビリテーション、介護老人保健施設、介護医療院、介護老人福祉施設等

##### 【単位数】（通所リハビリテーションの場合）

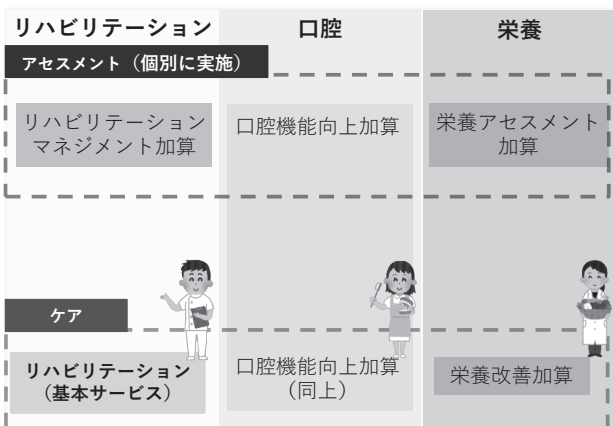
リハビリテーションマネジメント加算(イ)	同意日の属する月から6月以内	560単位/月、6月超	240単位/月
リハビリテーションマネジメント加算(ロ)	同意日の属する月から6月以内	593単位/月、6月超	273単位/月
リハビリテーションマネジメント加算(ハ)（新設）	同意日の属する月から6月以内	793単位/月、6月超	473単位/月

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

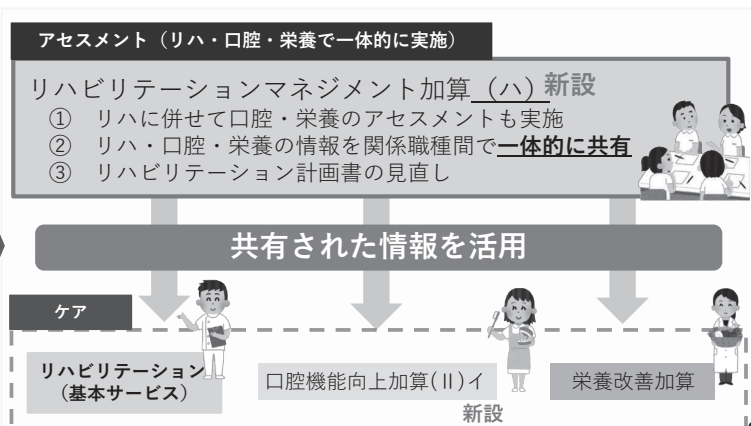
##### 【ハの算定要件】

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

#### 現行（一体的に実施した場合の評価なし）



#### 改定後（一体的に実施した場合の評価の新設）



23

リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組等－リハビリテーション－

通所リハビリテーションの事業所規模別基本報酬の見直し

告示改正

■ 大規模型事業所であってもリハビリテーションマネジメントを実施する体制等が充実している事業所を評価する観点から、通所リハビリテーションの事業所規模別の基本報酬について見直しを行う。

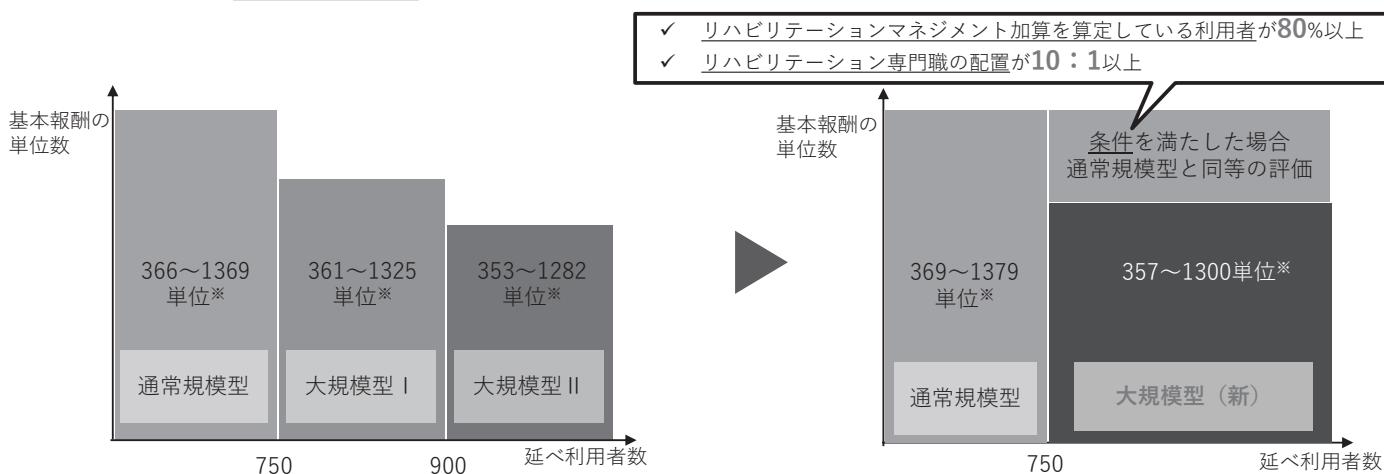
通所リハビリテーション

【算定要件】

- 現行3段階に分かれている事業所規模別の基本報酬を、通常規模型・大規模型の2段階に変更する。
- 大規模型事業所のうち、以下の要件を全て満たす事業所については、通常規模型と同等の評価を行う。
  - ・ リハビリテーションマネジメント加算の算定率が、利用者全体の80%以上であること。
  - ・ 利用者に対するリハビリテーション専門職の配置が10：1以上であること。

現行

改定後



リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組等－口腔・栄養－

居宅療養管理指導における管理栄養士及び歯科衛生士等の通所サービス利用者に対する介入の充実

告示改正

■ 居宅療養管理指導費について、通所サービス利用者に対する管理栄養士による栄養食事指導及び歯科衛生士等による歯科衛生指導を充実させる観点から、算定対象を通院又は通所が困難な者から通院困難な者に見直す。

居宅療養管理指導★

【算定対象】

- 管理栄養士及び歯科衛生士等が行う居宅療養管理指導について、算定対象を「通院又は通所が困難な者」から「通院が困難な者」に見直す。

利用者の状況	< 現行 >		< 改定後 >	
	通所可	通所不可	通所可	通所不可
通院可	×	×	×	×
通院不可	×	○	○	○

○：算定可  
×：算定不可

リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組等－口腔－

訪問系サービス及び短期入所系サービスにおける口腔管理に係る連携の強化

告示改正

■ 訪問系サービス及び短期入所系サービスにおいて、職員による利用者の口腔の状態の確認によって、歯科専門職による適切な口腔管理の実施につなげる観点から、事業所と歯科専門職の連携の下、介護職員等による口腔衛生状態及び口腔機能の評価の実施並びに利用者の同意の下の歯科医療機関及び介護支援専門員への情報提供を評価する新たな加算を設ける。

訪問介護、訪問看護★、訪問リハビリテーション★、短期入所生活介護★、短期入所療養介護★、定期巡回・随時対応型訪問介護看護

【単位数】

<現行>  
なし

<改定後>

口腔連携強化加算 50単位/回（新設）

【算定要件等】

- 事業所の従業者が、口腔の健康状態の評価を実施した場合において、利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果を情報提供した場合に、1月に1回に限り所定単位数を加算する。
- 事業所は利用者の口腔の健康状態に係る評価を行うに当たって、診療報酬の歯科点数表区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の算定の実績がある歯科医療機関の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、当該従業者からの相談等に対応する体制を確保し、その旨を文書等で取り決めていること。



26

リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組等－栄養－

退所者の栄養管理に関する情報連携の促進

告示改正

■ 介護保険施設から、居宅、他の介護保険施設、医療機関等に退所する者の栄養管理に関する情報連携が切れ目なく行われるようにする観点から、介護保険施設の管理栄養士が、介護保険施設の入所者等の栄養管理に関する情報について、他の介護保険施設や医療機関等に提供することを評価する新たな加算を設ける。

介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院

【単位数】

<現行>  
なし

<改定後>

退所時栄養情報連携加算 70単位/回（新設）

【算定要件】

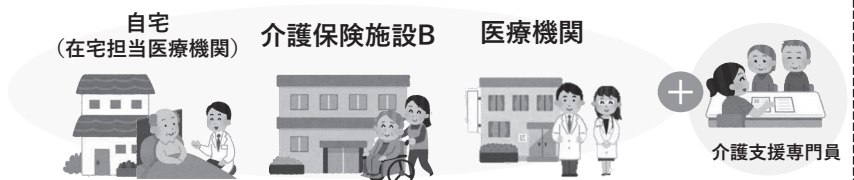
- 対象者
  - ・厚生労働大臣が定める特別食※を必要とする入所者又は低栄養状態にあると医師が判断した入所者。
- 主な算定要件
  - ・管理栄養士が、退所先の医療機関等に対して、当該者の栄養管理に関する情報を提供する。
  - ・1月につき1回を限度として所定単位数を算定する。

介護保険施設A



栄養管理に関する情報

※疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する腎臓病食、肝臓病食、糖尿病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食、嚥下困難者のための流動食、経管栄養のための濃厚流動食及び特別な場合の検査食（単なる流動食及び軟食を除く。）



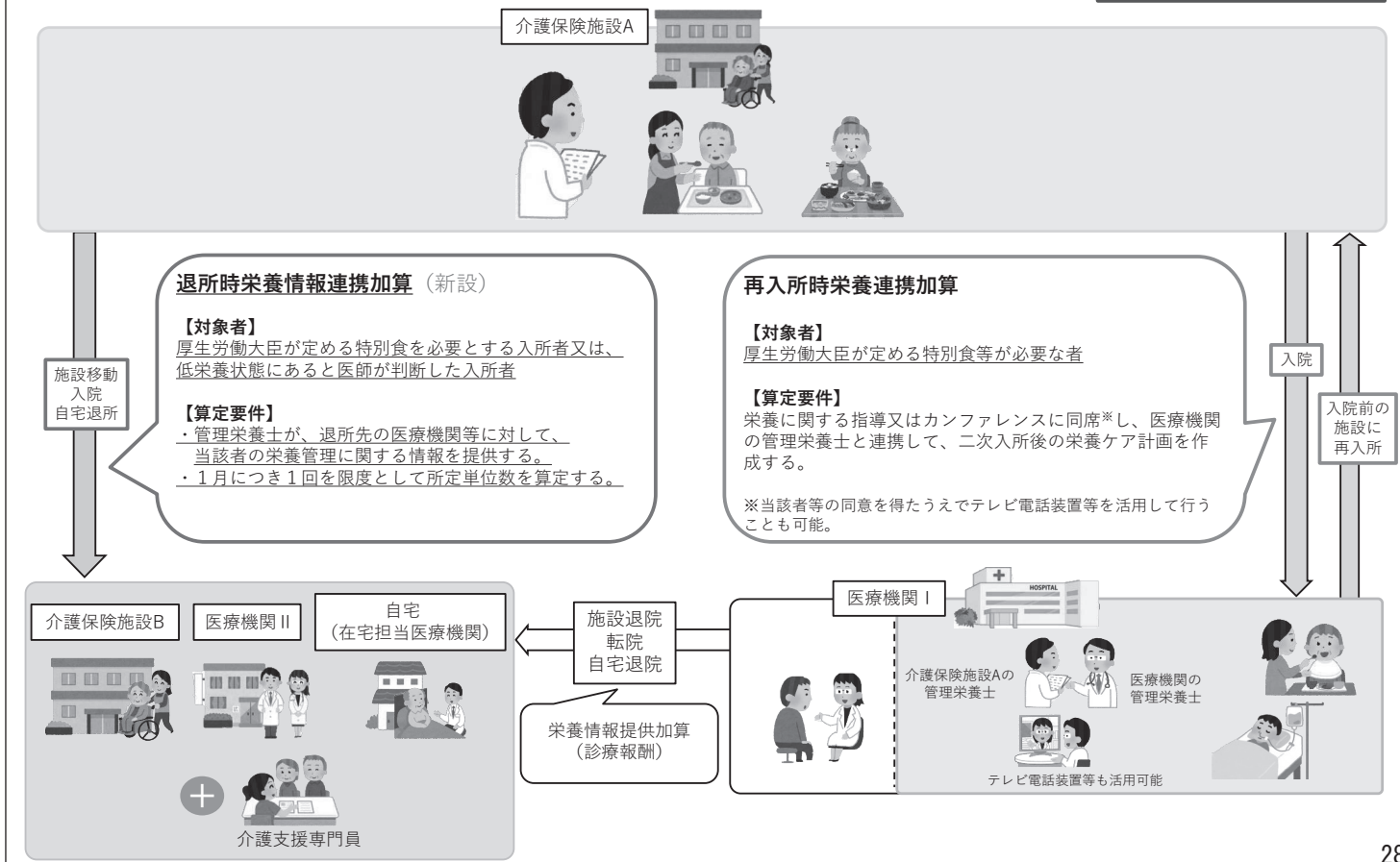
情報を提供する職種の例：医師、管理栄養士、看護師、介護職員等

27

リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組等－栄養－

栄養に関する情報連携のイメージ図

下線部：R6報酬改定事項



自立支援・重度化防止に係る取組の推進

通所介護等における入浴介助加算の見直し

告示・通知改正

■ 通所介護等における入浴介助加算について、入浴介助技術の向上や利用者の居宅における自立した入浴の取組を促進する観点から、見直しを行う。

通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護★、通所リハビリテーション（加算IIのみ）

【単位数】

<現行>		<改定後>	
入浴介助加算（Ⅰ）	40単位/日	変更なし	
入浴介助加算（Ⅱ）	55単位/日	変更なし	

【算定要件】

- <入浴介助加算（Ⅰ）>（現行の入浴介助加算（Ⅰ）の要件に加えて）
- 入浴介助に関わる職員に対し、**入浴介助に関する研修等を行うこと**を新たな要件として設ける。
- <入浴介助加算（Ⅱ）>（現行の入浴介助加算（Ⅱ）の要件に加えて）
- 医師等に代わり介護職員が訪問し、**医師等の指示のもと情報通信機器等を活用して状況把握を行い、医師等が評価・助言する場合**においても算定可能とする。
- （算定要件に係る現行のQ&Aや留意事項通知で示している内容を告示に明記する）
- 訪問可能な職種として、利用者の動作及び浴室の環境の評価を行うことができる福祉用具専門相談員、機能訓練指導員、地域包括支援センターの職員その他住宅改修に関する専門的知識及び経験を有する者を明記する。
  - 個別の入浴計画に相当する内容を通所介護計画に記載することをもって個別の入浴計画の作成に代えることができることを明記する。
  - 利用者の居宅の状況に近い環境の例示として、福祉用具等を設置することにより、利用者の居宅の浴室の状況を再現しているものを明記する。

<入浴介助加算（Ⅰ）>

<入浴介助加算（Ⅱ）> 入浴介助加算（Ⅰ）の要件に加えて

通所介護事業所

研修等の実施

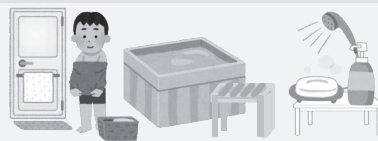
入浴介助を行う職員に対し、入浴介助に関する研修等を行うこと。



利用者宅

利用者宅を訪問

利用者宅の浴室の環境を確認



<訪問可能な職種>

医師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士、介護支援専門員、利用者の動作及び浴室の環境の評価を行うことができる福祉用具専門相談員、機能訓練指導員、地域包括支援センターの職員その他住宅改修に関する専門的知識及び経験を有する者

医師等による利用者の居宅への訪問が困難な場合には、医師等の指示の下、介護職員が利用者の居宅を訪問し、情報通信機器等を活用して把握した浴室における利用者の動作及び浴室の環境を踏まえ、医師等が評価・助言を行っても差し支えない。

自立支援・重度化防止に係る取組の推進

介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援機能の促進

告示改正

- 在宅復帰・在宅療養支援等評価指標及び要件について、介護老人保健施設の在宅復帰・在宅療養支援機能を更に推進する観点から、指標の取得状況等も踏まえ、以下の見直しを行う。その際、6月の経過措置期間を設けることとする。
  - ア 入所前後訪問指導割合に係る指標について、それぞれの区分の基準を引き上げる。
  - イ 退所前後訪問指導割合に係る指標について、それぞれの区分の基準を引き上げる。
  - ウ 支援相談員の配置割合に係る指標について、支援相談員として社会福祉士を配置していることを評価する。
- また、基本報酬について、在宅復帰・在宅療養支援機能に係る指標の見直しを踏まえ、施設類型ごとに適切な水準に見直しを行うこととする。

介護老人保健施設

※下線部が見直し箇所

在宅復帰・在宅療養支援等指標：下記評価項目（①～⑩）について、項目に応じた値を足し合わせた値（最高値：90）

①在宅復帰率	50%超 20	30%超 10	30%以下 0
②ベッド回転率	10%以上 20	5%以上 10	5%未満 0
③入所前後訪問指導割合	30%以上 10 ⇒ <u>35%以上 10</u>	10%以上 5 ⇒ <u>15%以上 5</u>	10%未満 0 ⇒ <u>15%未満 0</u>
④退所前後訪問指導割合	30%以上 10 ⇒ <u>35%以上 10</u>	10%以上 5 ⇒ <u>15%以上 5</u>	10%未満 0 ⇒ <u>15%未満 0</u>
⑤居宅サービスの実施数	3サービス 5	2サービス（訪問リハビリテーションを含む） 3	2サービス 1 0、1サービス 0
⑥リハ専門職の配置割合	5以上（PT, OT, STいずれも配置） 5	5以上 3	3以上 2 3未満 0
⑦支援相談員の配置割合	3以上 5 ⇒ <u>3以上（社会福祉士の配置あり） 5</u>	（設定なし） ⇒ <u>3以上（社会福祉士の配置なし） 3</u>	2以上 3 ⇒ <u>2以上 1</u> 2未満 0
⑧要介護4又は5の割合	50%以上 5	35%以上 3	35%未満 0
⑨喀痰吸引の実施割合	10%以上 5	5%以上 3	5%未満 0
⑩経管栄養の実施割合	10%以上 5	5%以上 3	5%未満 0

30

自立支援・重度化防止に係る取組の推進

かかりつけ医連携薬剤調整加算の見直し

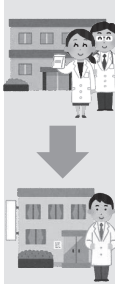
告示改正

- かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）について、施設におけるポリファーマシー解消の取組を推進する観点から、入所前の主治医と連携して薬剤を評価・調整した場合に加え、施設において薬剤を評価・調整した場合を評価する新たな区分を設ける。その上で、入所前の主治医と連携して薬剤を評価・調整した場合の区分を高く評価する。
- また、新たに以下の要件を設ける。
  - ア 処方を変更する際の留意事項を医師、薬剤師及び看護師等の多職種で共有し、処方変更に伴う病状の悪化や新たな副作用の有無について、多職種で確認し、必要に応じて総合的に評価を行うこと。
  - イ 入所前に6種類以上の内服薬が処方されている方を対象とすること。
  - ウ 入所者やその家族に対して、処方変更に伴う注意事項の説明やポリファーマシーに関する一般的な注意の啓発を行うこと。

介護老人保健施設

※入所者1人につき1回を限度として、当該入所者の退所時に加算

かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）イ 140単位/回（一部変更）  
＜入所前の主治医と連携して薬剤を評価・調整した場合＞



- ① 医師又は薬剤師が高齢者の薬物療法に関する研修を受講すること。
- ② 入所後1月以内に、状況に応じて入所者の処方の内容を変更する可能性があることについて主治の医師に説明し、合意していること。
- ③ 入所前に当該入所者に6種類以上の内服薬が処方されており、施設の医師と当該入所者の主治の医師が共同し、入所中に当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、かつ、療養上必要な指導を行うこと。
- ④ 入所中に当該入所者の処方の内容に変更があった場合は医師、薬剤師、看護師等の関係職種間で情報共有を行い、変更後の入所者の状態等について、多職種で確認を行うこと。
- ⑤ 入所時と退所時の処方の内容に変更がある場合は変更の経緯、変更後の入所者の状態等について、退所時又は退所後1月以内に当該入所者の主治の医師に情報提供を行い、その内容を診療録に記載していること。

かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）ロ 70単位/回（新設）  
＜施設において薬剤を評価・調整した場合＞



- ・ かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）イの要件①、④、⑤に掲げる基準のいずれにも適合していること。
- ・ 入所前に6種類以上の内服薬が処方されていた入所者について、施設において、入所中に服用薬剤の総合的な評価及び調整を行い、かつ、療養上必要な指導を行うこと。

かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ） 240単位/回  
＜服薬情報をLIFEに提出＞

- ・ かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）イ又はロを算定していること。
- ・ 当該入所者の服薬情報等の情報を厚生労働省に提出し、処方に当たって、当該情報その他薬物療法の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。



かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅲ） 100単位/回  
＜退所時に、入所時と比べて1種類以上減薬＞

- ・ かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ）を算定していること。
- ・ 退所時において処方されている内服薬の種類が、入所時に処方されていた内服薬の種類に比べて1種類以上減少していること。



31

LIFEを活用した質の高い介護

科学的介護推進体制加算の見直し

告示・通知改正

- 科学的介護推進体制加算について、質の高い情報の収集・分析を可能とし、入力負担を軽減し科学的介護を推進する観点から、見直しを行う。

通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護★、通所リハビリテーション★、特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、小規模多機能型居宅介護★、認知症対応型共同生活介護★、看護小規模多機能型居宅介護、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院

- LIFEへのデータ提出頻度について、他のLIFE関連加算と合わせ、少なくとも「3月に1回」に見直す。
- その他、LIFE関連加算に共通した以下の見直しを実施。
  - ・ 入力項目の定義の明確化や、他の加算と共通する項目の選択肢を統一化する
  - ・ 同一の利用者に複数の加算を算定する場合に、一定の条件下でデータ提出のタイミングを統一できるようにする

自立支援促進加算の見直し

告示・通知改正

- 自立支援促進加算について、質の高い情報の収集・分析を可能とし、入力負担を軽減し科学的介護を推進する観点から、見直しを行う。

介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院

【単位数】

< 現行 >

自立支援促進加算 300単位/月

< 改定後 >

自立支援促進加算 **280**単位/月 (変更)  
(介護老人保健施設は300単位/月)

【見直し内容】

- 医学的評価の頻度について、支援計画の見直し及びデータ提出の頻度と合わせ、「3月に1回」へ見直すことで、事務負担の軽減を行う。
- その他、LIFE関連加算に共通した見直しを実施。

32

LIFEを活用した質の高い介護

アウトカム評価の充実のための加算等の見直し

告示・通知改正

- ADL維持等加算、排せつ支援加算、褥瘡マネジメント加算（介護医療院は褥瘡対策指導管理）について、介護の質の向上に係る取組を一層推進する観点や自立支援・重度化防止に向けた取組をより一層推進する観点から、見直しを行う。

< ADL維持等加算 >

通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

【単位数】

< 現行 >

ADL維持等加算（Ⅰ） ADL利得（※）が1以上  
ADL維持等加算（Ⅱ） ADL利得が2以上

< 改定後 >

ADL利得が1以上  
ADL利得が**3**以上（アウトカム評価の充実）

（※）ADL利得：評価対象利用開始月の翌月から起算して6月目の月に測定したADL値から評価対象利用開始月に測定したADL値控除して得た値を用いて一定の基準に基づき算出した値の平均値

- ADL利得の計算方法について、初回の要介護認定から12月以内の者や他の事業所が提供するリハビリテーションを併用している場合における要件を簡素化する。【通知改正】

< 排せつ支援加算 >

看護小規模多機能型居宅介護、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院

- 尿道カテーテルの抜去について、排せつ支援加算で評価の対象となるアウトカムへ追加する。

< 現行 >

・ 排尿・排便の状態の改善  
・ おむつ使用あり→なしに改善

< 改定後 >

・ 排尿・排便の状態の改善  
・ おむつ使用あり→なしに改善  
・ **尿道カテーテル留置→抜去**（アウトカム評価の充実）

< 褥瘡マネジメント加算等 >

看護小規模多機能型居宅介護、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院

- 褥瘡の治癒後に再発がないことに加え、治癒についても、褥瘡マネジメント加算等で評価の対象となるアウトカムに見直す。

< 現行 >

・ 褥瘡発生のリスクが高い利用者に褥瘡の発生がない  
・ 施設入所時等に認めた褥瘡の治癒後に再発がない

< 改定後 >

・ 褥瘡発生のリスクが高い利用者に褥瘡の発生がない  
・ **施設入所時等に認めた褥瘡の治癒**（アウトカム評価の充実）

33



### 3. 良質な介護サービスの効率的な提供に向けた働きやすい職場づくり

#### 介護職員の処遇改善

##### 介護職員の処遇改善（令和6年6月施行）

告示改正

- 介護現場で働く方々にとって、令和6年度に2.5%、令和7年度に2.0%のベースアップへと確実につながるよう加算率の引上げを行う。
  - 介護職員等の確保に向けて、介護職員の処遇改善のための措置ができるだけ多くの事業所に活用されるよう推進する観点から、介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算、介護職員等ベースアップ等支援加算について、現行の各加算・各区分の要件及び加算率を組み合わせた4段階の「介護職員等処遇改善加算」に一本化を行う。
- ※ 一本化後の加算については、事業所内での柔軟な職種間配分を認める。また、人材確保に向けてより効果的な要件とする等の観点から、月額賃金の改善に関する要件及び職場環境等要件を見直す。

【訪問介護、訪問入浴介護★、通所介護、地域密着型通所介護、療養通所介護、認知症対応型通所介護★、通所リハビリテーション★、短期入所生活介護★、短期入所療養介護★、特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、小規模多機能型居宅介護★、認知症対応型共同生活介護★、看護小規模多機能型居宅介護、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院】

< 現行 >

介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	13.7%
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	10.0%
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	5.5%
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	6.3%
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	4.2%
介護職員等ベースアップ等支援加算	2.4%

< 改定後 >

介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	24.5% (新設)
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	22.4% (新設)
介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	18.2% (新設)
介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)	14.5% (新設)

- ※：加算率はサービス毎の介護職員の常勤換算職員数に基づき設定しており、上記は訪問介護の例。処遇改善加算を除く加減算後の総報酬単位数に上記の加算率を乗じる。
- ※：上記の訪問介護の場合、現行の3加算の取得状況に基づく加算率と比べて、改定後の加算率は2.1%ポイント引き上げられている。
- ※：なお、経過措置区分として、令和6年度末まで介護職員等処遇改善加算(V)(1)～(14)を設け、現行の3加算の取得状況に基づく加算率を維持した上で、今般の改定による加算率の引上げを受けることができるようにする。

(注) 令和6年度末までの経過措置期間を設け、加算率(上記)並びに月額賃金改善に関する要件及び職場環境等要件に関する激変緩和措置を講じる。

生産性の向上等を通じた働きやすい職場環境づくり

利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の設置の義務付け

省令改正

■ 介護現場における生産性の向上に資する取組の促進を図る観点から、現場における課題を抽出及び分析した上で、事業所の状況に応じて、利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の設置を義務付ける。＜経過措置3年間＞

短期入所系サービス★、居住系サービス★、多機能系サービス★、施設系サービス

介護ロボットやICT等のテクノロジーの活用促進

告示改正

■ 介護ロボットやICT等の導入後の継続的なテクノロジー活用を支援するため、見守り機器等のテクノロジーを導入し、生産性向上ガイドラインに基づいた業務改善を継続的に行うとともに、効果に関するデータ提出を行うことを評価する新たな加算を設ける。

短期入所系サービス★、居住系サービス★、多機能系サービス★、施設系サービス

【単位数】

- 生産性向上推進体制加算（Ⅰ） 100単位/月（新設）
- 生産性向上推進体制加算（Ⅱ） 10単位/月（新設）

【算定要件】

＜生産性向上推進体制加算（Ⅰ）＞

- （Ⅱ）の要件を満たし、（Ⅱ）のデータにより業務改善の取組による成果が確認されたこと。
- 見守り機器等のテクノロジーを複数導入していること。
- 職員間の適切な役割分担（いわゆる介護助手の活用等）の取組等を行っていること。
- 1年以内ごとに1回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供を行うこと。

＜生産性向上推進体制加算（Ⅱ）＞

- 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催や必要な安全対策を講じた上で、生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行っていること。
- 見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入していること。
- 1年以内ごとに1回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供を行うこと。

36

生産性の向上等を通じた働きやすい職場環境づくり

生産性向上に先進的に取り組む特定施設における人員配置基準の特例的な柔軟化

省令改正

■ 見守り機器等のテクノロジーの複数活用及び職員間の適切な役割分担の取組等により、生産性向上に先進的に取り組む特定施設について、介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減が行われていることを確認した上で、人員配置基準を特例的に柔軟化する。

特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護

○ 特定施設ごとに置くべき看護職員及び介護職員の合計数について、要件を満たす場合は、「常勤換算方法で、要介護者である利用者の数が3（要支援者の場合は10）又はその端数を増すごとに0.9以上であること」とする。

＜現行＞

利用者	介護職員（+看護職員）
3 (要支援の場合は10)	1

＜改定後（特例的な基準の新設）＞

利用者	介護職員（+看護職員）
3 (要支援の場合は10)	0.9

（要件）

- ・利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会において必要な安全対策について検討等していること
- ・見守り機器等のテクノロジーを複数活用していること
- ・職員間の適切な役割分担の取組等をしていること
- ・上記取組により介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減が行われていることがデータにより確認されること

※安全対策の具体的な要件

- ①職員に対する十分な休憩時間の確保等の勤務・雇用条件への配慮
- ②緊急時の体制整備（近隣在住職員を中心とした緊急参集要員の確保等）
- ③機器の不具合の定期チェックの実施（メーカーとの連携を含む）
- ④職員に対する必要な教育の実施
- ⑤訪室が必要な利用者に対する訪室の個別実施

（※）人員配置基準の特例的な柔軟化の申請に当たっては、テクノロジーの活用や職員間の適切な役割分担の取組等の開始後、これらを少なくとも3か月以上試行し（試行期間中においては通常の人員配置基準を遵守すること）、現場職員の意見が適切に反映できるよう、実際にケア等を行う多職種の職員が参画する委員会において安全対策や介護サービスの質の確保、職員の負担軽減が行われていることをデータ等で確認するとともに、当該データを指定権者に提出することとする。

37

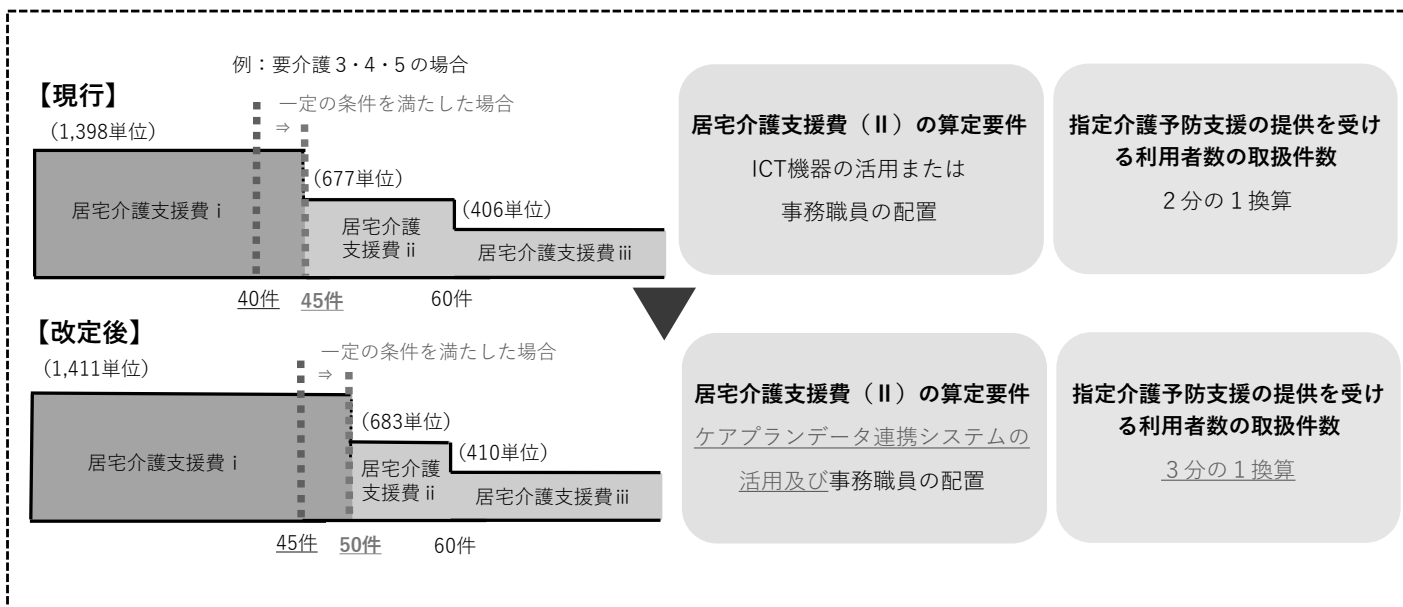
効率的なサービス提供の推進

介護支援専門員1人当たりの取扱件数（報酬）

告示改正

■ 居宅介護支援費（Ⅰ）に係る介護支援専門員の一人当たり取扱件数について、現行の「40未満」を「45未満」に改めるとともに、居宅介護支援費（Ⅱ）の要件について、ケアプランデータ連携システムを活用し、かつ、事務職員を配置している場合に改め、取扱件数について、現行の「45未満」を「50未満」に改める。また、居宅介護支援費の算定に当たっての取扱件数の算出に当たり、指定介護予防支援の提供を受ける利用者数については、3分の1を乗じて件数に加えることとする。

居宅介護支援



4. 制度の安定性・持続可能性の確保

評価の適正化・重点化

訪問介護における同一建物等居住者にサービス提供する場合の報酬の見直し

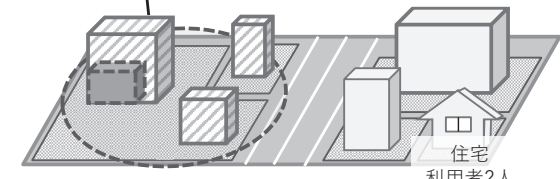
告示改正

■ 訪問介護の同一建物減算について、事業所の利用者のうち、一定割合以上が同一建物等に居住する者への提供である場合に、報酬の適正化を行う新たな区分を設け、更に見直しを行う。

現行例

① 事業所と同一建物等に居住する利用者49人  
⇒ 10%減算

①以外の同一の建物に居住する利用者3人  
⇒ 減算なし



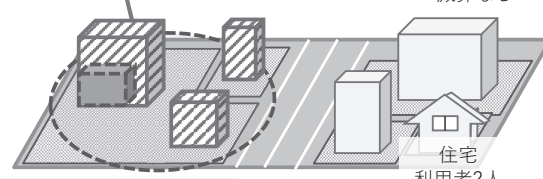
利用者が54人の事業所の場合

住宅利用者2人 ⇒ 減算なし

改定後例

④ 事業所と同一建物等に居住する利用者49人  
( $49/54=9$ 割以上であるため)  
⇒ 12%減算

①以外の同一の建物に居住する利用者3人  
⇒ 減算なし



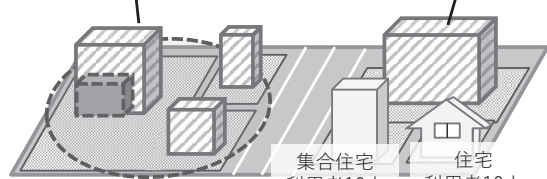
利用者が54人の事業所の場合

住宅利用者2人 ⇒ 減算なし

事業所と同一建物等に居住する利用者が50人以上の場合

② 事業所と同一建物等に居住する利用者50人  
⇒ 15%減算

③ ①以外の同一の建物に居住する利用者20人  
⇒ 10%減算



利用者が90人の事業所の場合

集合住宅利用者10人 住宅利用者10人 ⇒ 減算なし

減算の内容	算定要件
10%減算	①：事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住する者（②及び④に該当する場合を除く。）
15%減算	②：事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住する利用者の人数が1月あたり50人以上の場合
10%減算	③：上記①以外の範囲に所在する建物に居住する者（当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり20人以上の場合）
12%減算	④：正当な理由なく、事業所において、前6月間に提供した訪問介護サービスの提供総数のうち、事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住する者（②に該当する場合を除く）に提供されたものの占める割合が100分の90以上である場合

脚注： 訪問介護事業所 改定後に減算となるもの 現行の減算となるもの 減算とならないもの

評価の適正化・重点化

短期入所生活介護における長期利用の適正化

告示改正

■ 短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護における長期利用について、長期利用の適正化を図り、サービスの目的に応じた利用を促す観点から、施設入所と同等の利用形態となる場合、施設入所の報酬単位との均衡を図ることとする。

短期入所生活介護★

○ 短期入所生活介護  
<改定後>

(要介護3の場合)	単独型	併設型	単独型ユニット型	併設型ユニット型
基本報酬	787単位	745単位	891単位	847単位
長期利用者減算適用後 (31日～60日)	757単位	715単位	861単位	817単位
長期利用の適正化 (61日以降) (新設)	732単位	715単位	815単位	815単位
(参考) 介護老人福祉施設	732単位		815単位	

※ 短期入所生活介護の長期利用について、介護福祉施設サービス費の単位数と同単位数とする。  
(併設型は、すでに長期利用者に対する減算によって介護福祉施設サービス費以下の単位数となっていることから、さらなる単位数の減は行わない。)

○ 介護予防短期入所生活介護  
<改定後>

連続して30日を超えて同一事業所に入所している利用者の介護予防短期入所生活介護費について、介護福祉施設サービス費又はユニット型介護福祉施設サービス費の要介護1の単位数の、75/100(要支援1)又は93/100(要支援2)に相当する単位数を算定する。(新設)


評価の適正化・重点化

同一建物に居住する利用者へのケアマネジメント

告示改正

■ 介護報酬が業務に要する手間・コストを評価するものであることを踏まえ、利用者が居宅介護支援事業所と併設・隣接しているサービス付き高齢者向け住宅等に入居している場合や、複数の利用者が同一の建物に入居している場合には、介護支援専門員の業務の実態を踏まえた評価となるよう見直しを行う。

居宅介護支援

<現行> なし  <改定後> 同一建物に居住する利用者へのケアマネジメント 所定単位数の95%を算定（新設）

対象となる利用者

- ・ 指定居宅介護支援事業所の所在する建物と同一の敷地内、隣接する敷地内の建物又は指定居宅介護支援事業所と同一の建物に居住する利用者
- ・ 指定居宅介護支援事業所における1月当たりの利用者が同一の建物に20人以上居住する建物（上記を除く。）に居住する利用者

多床室の室料負担（令和7年8月施行）

告示改正

■ 「その他型」及び「療養型」の介護老人保健施設並びに「II型」の介護医療院について、新たに室料負担（月額8千円相当）を導入する。

短期入所療養介護★、介護老人保健施設、介護医療院

- 以下の多床室（いずれも8㎡/人以上に限る。）の入所者について、基本報酬から室料相当額を控除し、利用者負担を定めることとする。
  - ・ 「その他型」及び「療養型」の介護老人保健施設の多床室
  - ・ 「II型」の介護医療院の多床室
- ただし、基準費用額（居住費）を増額することで、一定未満の所得の方については利用者負担を増加させない。

42

報酬の整理・簡素化

定期巡回・随時対応型訪問介護看護の基本報酬の見直し

告示改正

■ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護と夜間対応型訪問介護の将来的なサービスの統合を見据えて、夜間対応型訪問介護との一体的実施を図る観点から、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の基本報酬に、夜間対応型訪問介護の利用者負担に配慮した新たな区分を設ける。

定期巡回・随時対応型訪問介護看護

<改定後>			
一体型事業所（※）			
介護度	介護・看護利用者	介護利用者	夜間のみサービスを必要とする利用者（新設）
要介護1	7,946単位	5,446単位	<b>【定額】</b> ・ 基本夜間訪問サービス費：989単位/月  <b>【出来高】</b> ・ 定期巡回サービス費：372単位/回 ・ 随時訪問サービス費（I）：567単位/回 ・ 随時訪問サービス費（II）：764単位/回 （2人の訪問介護員等により訪問する場合）  注：要介護度によらない
要介護2	12,413単位	9,720単位	
要介護3	18,948単位	16,140単位	
要介護4	23,358単位	20,417単位	
要介護5	28,298単位	24,692単位	

（※）連携型事業所も同様

43

報酬の整理・簡素化

運動器機能向上加算の基本報酬への包括化

告示改正

- 介護予防通所リハビリテーションにおける身体機能評価を更に推進するとともに、報酬体系の簡素化を行う観点から見直しを行う。

介護予防通所リハビリテーション

【単位数】

<現行>

運動器機能向上加算 225単位/月  
 選択的サービス複数実施加算Ⅰ 480単位  
 選択的サービス複数実施加算Ⅱ 700単位

<改正案>

廃止（基本報酬で評価）  
 廃止（個別の加算で評価）  
**一体的サービス提供加算** 480単位/月（新設）

- 運動器機能向上加算を廃止し、基本報酬への包括化を行う。
- 運動器機能向上加算、栄養改善加算、口腔機能向上加算のうち、複数の加算を組み合わせで算定していることを評価する選択的サービス複数実施加算について見直しを行う。

認知症情報提供加算の廃止

告示改正

- 認知症情報提供加算について、算定実績等を踏まえ、廃止する。

介護老人保健施設

地域連携診療計画情報提供加算の廃止

告示改正

- 地域連携診療計画情報提供加算について、算定実績等を踏まえ、廃止する。

介護老人保健施設

長期療養生活移行加算の廃止

告示改正

- 長期療養生活移行加算について、介護療養型医療施設が令和5年度末に廃止となることを踏まえ、廃止する。

介護医療院

44

5. その他

45

その他

「書面掲示」規制の見直し

省令・告示・通知改正

- 運営基準省令上、事業所の運営規程の概要等の重要事項等について、「書面掲示」に加え、インターネット上で情報の閲覧が完結するよう、介護サービス事業者は、原則として重要事項等の情報をウェブサイトに掲載・公表しなければならないこととする。  
(※令和7年度から義務付け)

全サービス

通所系サービスにおける送迎に係る取扱いの明確化

Q & A 発出

- 通所系サービスにおける送迎について、利便性の向上や運転専任職の人材不足等に対応する観点から、送迎先について利用者の居住実態のある場所を含めるとともに、他の介護事業所や障害福祉サービス事業所の利用者との同乗を可能とする。

通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護★、通所リハビリテーション★、療養通所介護

- 利用者の送迎について、利用者の居宅と事業所間の送迎を原則とするが、**運営上支障が無く、利用者の居住実態**（例えば、近隣の親戚の家）**がある場所**に限り、当該場所への送迎を可能とする。
- 介護サービス事業所において、他事業所の従業員が自事業所と雇用契約を結び、自事業所の従業員として送迎を行う場合や、委託契約において送迎業務を委託している場合（共同での委託を含む）には、責任の所在等を明確にした上で、**他事業所の利用者との同乗を可能**とする。
- 障害福祉サービス事業所が介護サービス事業所と雇用契約や委託契約（共同での委託を含む）を結んだ場合においても、責任の所在等を明確にした上で、**障害福祉サービス事業所の利用者も同乗することを可能**とする。  
※なお、この場合の送迎範囲は、利用者の利便性を損うことのない範囲並びに各事業所の通常の事業実施地域範囲内とする。

46

その他

基準費用額（居住費）の見直し（令和6年8月施行）

告示改正

- 令和4年の家計調査によれば、高齢者世帯の光熱・水道費は令和元年家計調査に比べると上昇しており、在宅で生活する者との負担の均衡を図る観点や、令和5年度介護経営実態調査の費用の状況等を総合的に勘案し、基準費用額（居住費）を60円/日引き上げる。

短期入所系サービス★、施設系サービス

- 基準費用額（居住費）を、全ての居室類型で1日当たり60円分増額する。
- 従来から補足給付の仕組みにおける負担限度額を0円としている利用者負担第1段階の多床室利用者については、負担限度額を据え置き、利用者負担が増えないようにする。

47

その他

地域区分

告示改正

■ 令和6年度以降の級地の設定に当たっては、現行の級地を適用することを基本としつつ、公平性を欠く状況にあると考えられる自治体については特例（※1）を設け、自治体に対して行った意向調査の結果を踏まえ、級地に反映する。

また、平成27年度介護報酬改定時に設けられた経過措置（※2）については令和5年度末までがその期限となっているが、令和8年度末までの延長を認める。

（※1）

ア 次の場合は、当該地域に隣接する地域に設定された地域区分のうち、一番低い又は高い地域区分までの範囲で引き上げる又は引き下げを認める。

- i 当該地域の地域区分よりも高い又は低い地域に全て囲まれている場合。
- ii 当該地域の地域区分よりも高い又は低い級地が設定された地域に複数隣接しており、かつ、その地域の中に当該地域と4級地以上の級地差がある地域が含まれている場合。なお、引上げについては、地域手当の級地設定がある自治体を除く。
- iii 当該地域の地域区分よりも高い又は低い級地が設定された地域に囲まれており、かつ、同じ地域区分との隣接が単一（引下げの場合を除く。）の場合。なお、引上げについては、地域手当の級地設定がある自治体を除く。（新設）

イ 5級地以上の級地差がある地域と隣接している場合について、4級地差になるまでの範囲で引上げ又は引下げを認める。（新設）

（注1）隣接する地域の状況については、同一都道府県内のみ状況に基づき判断することも可能とする。（アiのみ）

（注2）広域連合については、構成自治体に適用されている区分の範囲内で選択することを認めているが、令和5年度末に解散する場合について、激変緩和措置を設ける。

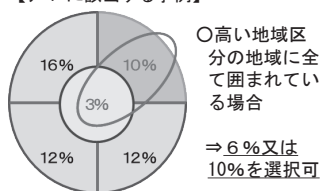
（注3）自治体の境界の過半が海に面している地域にあっては、イの例外として、3級地差以上の級地差であっても2級地差になるまで引上げを認める。

（注4）障害福祉サービス等報酬及び子ども・子育て支援制度における公定価格の両方の地域区分が、経過措置等による特別な事情で介護報酬の級地より高くなっている場合、その範囲内において、隣接する高い級地のうち最も低い区分まで引上げを可能とする。

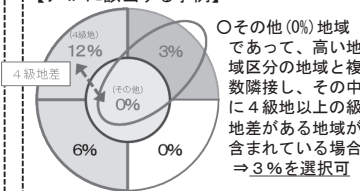
（※2）

平成27年度の地域区分の見直しに当たり、報酬単価の大幅な変更を緩和する観点から、従前の設定値と見直し後の設定値の範囲内で選択することが可能とするもの。

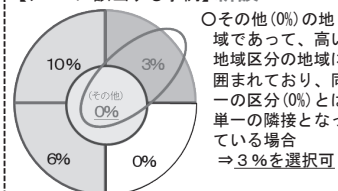
【アiに該当する事例】



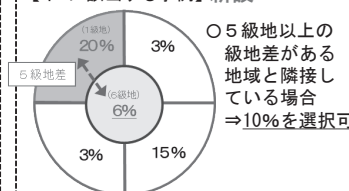
【アiiに該当する事例】



【Aiiiに該当する事例】新設



【イに該当する事例】新設



48

基本報酬の見直し

概要

告示改正

- 改定率については、介護現場で働く方々の処遇改善を着実に進めつつ、サービス毎の経営状況の違いも踏まえたメリハリのある対応を行うことで、全体で+1.59%を確保。そのうち、介護職員の処遇改善分+0.98%、その他の改定率として、賃上げ税制を活用しつつ、介護職員以外の処遇改善を実現できる水準として+0.61%。
- これを踏まえて、介護職員以外の賃上げが可能となるよう、各サービスの経営状況にも配慮しつつ+0.61%の改定財源について、基本報酬に配分する。

令和6年度介護報酬改定に関する「大臣折衝事項」（令和5年12月20日）（抄）

令和6年度介護報酬改定については、介護現場で働く方々の処遇改善を着実に進めつつ、サービス毎の経営状況の違いも踏まえたメリハリのある対応を行うことで、改定率は全体で+1.59%（国費432億円）とする。具体的には以下の点を踏まえた対応を行う。

- ・ 介護職員の処遇改善分として、上記+1.59%のうち+0.98%を措置する（介護職員の処遇改善分は令和6年6月施行）。その上で、賃上げ税制を活用しつつ、介護職員以外の処遇改善を実現できる水準として、+0.61%を措置する。
- ・ このほか、改定率の外枠として、処遇改善加算の一本化による賃上げ効果や、光熱水費の基準費用額の増額による介護施設の増収効果が見込まれ、これらを加えると、+0.45%相当の改定となる。
- ・ 既存の加算の一本化による新たな処遇改善加算の創設に当たっては、今般新たに追加措置する処遇改善分を活用し、介護現場で働く方々にとって、令和6年度に2.5%、令和7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、今回の改定が、介護職員の処遇改善に与える効果について、実態を把握する。
- ・ 今回の報酬改定では、処遇改善分について2年分を措置し、3年目の対応については、上記の実態把握を通じた処遇改善の実施状況等や財源とあわせて令和8年度予算編成過程で検討する。

49



### 介護報酬改定の改定率について

改定時期	改定にあたっての主な視点	改定率
平成15年度改定	○ 自立支援の観点に立った居宅介護支援(ケアマネジメント)の確立 ○ 自立支援を指向する在宅サービスの評価 ○ 施設サービスの質の向上と適正化	▲2.3%
平成17年10月改定	○ 居住費(滞在費)に関連する介護報酬の見直し ○ 食費に関連する介護報酬の見直し ○ 居住費(滞在費)及び食費に関連する運営基準等の見直し	
平成18年度改定	○ 中重度者への支援強化 ○ 介護予防、リハビリテーションの推進 ○ 地域包括ケア、認知症ケアの確立 ○ サービスの質の向上 ○ 医療と介護の機能分担・連携の明確化	▲0.5%[▲2.4%] ※[ ]は平成17年10月改定分を含む。
平成21年度改定	○ 介護従事者の人材確保・処遇改善 ○ 医療との連携や認知症ケアの充実 ○ 効率的なサービスの提供や新たなサービスの検証	3.0%
平成24年度改定	○ 在宅サービスの充実と施設の重点化 ○ 自立支援型サービスの強化と重点化 ○ 医療と介護の連携・機能分担 ○ 介護人材の確保とサービスの質の評価(交付金を報酬に組み込む)	1.2%
平成26年度改定	○ 消費税の引き上げ(8%)への対応 ・基本単位数等の引上げ・区分支給限度基準額の引上げ	0.63%
平成27年度改定	○ 中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の更なる強化 ○ 介護人材確保対策の推進(1.2万円相当) ○ サービス評価の適正化と効率的なサービス提供体制の構築	▲2.27%
平成29年度改定	○ 介護人材の処遇改善(1万円相当)	1.14%
平成30年度改定	○ 地域包括ケアシステムの推進 ○ 自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現 ○ 多様な人材の確保と生産性の向上 ○ 介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保	0.54%
令和元年10月改定	○ 介護人材の処遇改善 ○ 消費税の引上げ(10%)への対応 ・基本単位数等の引上げ・区分支給限度基準額や補足給付に係る基準費用額の引上げ	2.13% 〔 処遇改善 1.67% 消費税対応 0.39% 〕 〔 補足給付 0.06% 〕
令和3年度改定	○ 感染症や災害への対応力強化 ○ 地域包括ケアシステムの推進 ○ 自立支援・重度化防止の取組の推進 ○ 介護人材の確保・介護現場の革新 ○ 制度の安定性・持続可能性の確保	介護職員の人材確保・処遇改善にも配慮しつつ、物価動向による物件費への影響など介護事業者の経営を巡る状況等を踏まえ、 0.70% ※うち、新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な評価 0.05%(令和3年9月末まで)
令和4年10月改定	○ 介護人材の処遇改善(9千円相当)	1.13%
令和6年度改定	○ 地域包括ケアシステムの深化・推進 ○ 自立支援・重度化防止に向けた対応 ○ 良質な介護サービスの効率的な提供に向けた働きやすい職場づくり ○ 制度の安定性・持続可能性の確保	1.59% 〔 介護職員の処遇改善 0.98% 〕 〔 その他 0.61% 〕

50

### 令和6年度介護報酬改定の施行時期について (主な事項)

- 令和6年度介護報酬改定の施行時期については、令和6年度診療報酬改定が令和6年6月1日施行とされたこと等を踏まえ、以下のとおりとする。
  - **6月1日施行とするサービス**
    - ・ 訪問看護
    - ・ 訪問リハビリテーション
    - ・ 居宅療養管理指導
    - ・ 通所リハビリテーション
  - **4月1日施行とするサービス**
    - ・ 上記以外のサービス
- 令和6年度介護報酬改定における処遇改善関係加算の加算率の引上げについては、予算編成過程における検討を踏まえ、令和6年6月1日施行とする。これを踏まえ、加算の一本化についても令和6年6月1日施行とするが、現行の処遇改善関係加算について事業所内での柔軟な職種間配分を認めることとする改正は、令和6年4月1日施行とする。
- 補足給付に関わる見直しは、以下のとおりとする。
  - **令和6年8月1日施行とする事項**
    - ・ 基準費用額の見直し
  - **令和7年8月1日施行とする事項**
    - ・ 多床室の室料負担

51

## 居宅療養管理指導

居宅療養管理指導につきましては、以下のとおり改定がされております。

### ● 基本報酬の見直し

○医師が行う場合

(1)居宅療養管理指導(Ⅰ) (Ⅱ以外の場合に算定)

	<現行>		<改定後>
単一建物居住者が1人	514単位	➔	515単位
単一建物居住者が2～9人	486単位	➔	487単位
単一建物居住者が10人以上	445単位	➔	446単位

(2)居宅療養管理指導(Ⅱ) (在宅時医学総合管理料等を算定する利用者を対象とする場合に算定)

	<現行>		<改定後>
単一建物居住者が1人	298単位	➔	299単位
単一建物居住者が2～9人	286単位	➔	287単位
単一建物居住者が10人以上	259単位	➔	260単位

○歯科医師が行う場合 略

○薬剤師が行う場合 略

○管理栄養士が行う場合 略

○歯科衛生士が行う場合 略

### ● 基本報酬以外の見直し

○患者の状態に応じた在宅薬学管理の推進

○身体的拘束等の適正化の推進

○居宅療養管理指導における管理栄養士及び歯科衛生士等の通所サービス利用者に対する介入の充実

○居宅療養管理指導におけるがん末期の者に対する歯科衛生士等の介入の充実

○管理栄養士による居宅療養管理指導の算定回数の見直し

○薬剤師による情報通信機器を用いた服薬指導の評価の見直し

○特別地域加算、中山間地域等の小規模事業所加算及び中山間地域に居住する者へのサービス提供加算の対象地域の明確化

○特別地域加算の対象地域の見直し

○居宅療養管理指導における高齢者虐待防止措置及び業務継続計画の策定等に係る経過措置期間の延長

次ページ以降参照

【厚生労働省資料】 令和6年度介護報酬改定における改定事項について（抜粋）

## 2. (1) ⑭ 居宅療養管理指導における管理栄養士及び歯科衛生士等の通所サービス利用者に対する介入の充実

### 概要

【居宅療養管理指導★】

- 居宅療養管理指導費について、通所サービス利用者に対する管理栄養士による栄養食事指導及び歯科衛生士等による歯科衛生指導を充実させる観点から、算定対象を通院又は通所が困難な者から通院困難な者に見直す。  
【告示改正】

### 算定要件等

< 現行 >

- ニ 管理栄養士が行う場合  
注1 在宅の利用者であって通院又は通所が困難なものに対して、（中略）1月に2回を限度として、所定単位数を算定する。
- ホ 歯科衛生士等が行う場合  
注1 在宅の利用者であって通院又は通所が困難なものに対して、（中略）1月に4回を限度として、所定単位数を算定する。

< 改定後 >

- ニ 管理栄養士が行う場合  
注1 在宅の利用者であって通院が困難なものに対して、（中略）1月に2回を限度として、所定単位数を算定する。
- ホ 歯科衛生士等が行う場合  
注1 在宅の利用者であって通院が困難なものに対して、（中略）1月に4回を限度として、所定単位数を算定する。

< 現行 >			< 改定後 >		
利用者の状況	通所可	通所不可	利用者の状況	通所可	通所不可
通院可	×	×	通院可	×	×
通院不可	×	○	通院不可	○	○

○：算定可  
×：算定不可

80

## 2. (1) ⑳ 管理栄養士による居宅療養管理指導の算定回数の見直し

### 概要

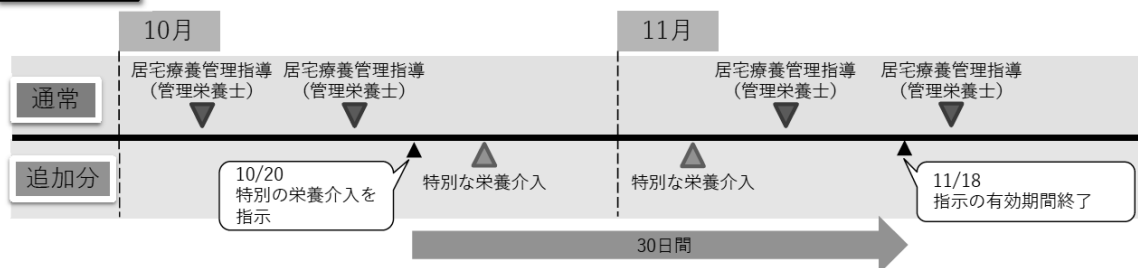
【居宅療養管理指導★】

- 終末期等における、きめ細かな栄養管理等のニーズに応じる観点から、一時的に頻回な介入が必要と医師が判断した利用者について期間を設定したうえで追加訪問することを可能とする見直しを行う。【告示改正】

### 算定要件等

- 算定要件（追加内容）
  - ・ 計画的な医学的管理を行っている医師が、利用者の急性増悪等により一時的に頻回の栄養管理を行う必要がある旨の特別の指示を行う。
  - ・ 利用者を訪問し、栄養管理に係る情報提供及び指導又は助言を行う。
  - ・ 特別の指示に基づく管理栄養士による居宅療養管理指導は、その指示の日から30日間に限り、従来の居宅療養管理指導の限度回数（1月に2回）を超えて、2回を限度として行うことができる。

### 算定の例



85

### 5. ② 特別地域加算、中山間地域等の小規模事業所加算及び中山間地域に居住する者へのサービス提供加算の対象地域の明確化

<b>概要</b>	【訪問系サービス★、通所系サービス★、多機能系サービス★、福祉用具貸与★、居宅介護支援】		
○ 過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法において、「過疎地域」とみなして同法の規定を適用することとされている地域等が、特別地域加算、中山間地域等の小規模事業所加算及び中山間地域に居住する者へのサービス提供加算の算定対象地域に含まれることを明確化する。【告示改正】			
<b>基準</b>			
	算定要件	単位数	
特別地域加算	別に厚生労働大臣が定める地域（※1）に所在する事業所が、サービス提供を行った場合	所定単位数に15/100を乗じた単位数	※1：①離島振興対策実施地域、②奄美群島、③振興山村、④小笠原諸島、⑤沖縄の離島、⑥豪雪地帯、特別豪雪地帯、辺地、 <b>過疎地域</b> 等であって、人口密度が希薄、交通が不便等の理由によりサービスの確保が著しく困難な地域 ※2：①豪雪地帯及び特別豪雪地帯、④辺地、⑤半島振興対策実施地域、④特定農山村、 <b>過疎地域</b> ※3：①離島振興対策実施地域、②奄美群島、③豪雪地帯及び特別豪雪地帯、④辺地、⑤振興山村、⑥小笠原諸島、⑦半島振興対策実施地域、⑧特定農山村地域、 <b>過疎地域</b> 、⑩沖縄の離島
中山間地域等における小規模事業所加算	別に厚生労働大臣が定める地域（※2）に所在する事業所が、サービス提供を行った場合	所定単位数に10/100を乗じた単位数	
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	別に厚生労働大臣が定める地域（※3）に居住する利用者に対し、通常の事業の実施地域を越えて、サービス提供を行った場合	所定単位数に5/100を乗じた単位数	
○ 厚生労働大臣が定める中山間地域等の地域（平成21年厚生労働省告示第83号）及び厚生労働大臣が定める地域（平成24年厚生労働省告示第120号）の規定を以下のように改正する。			
< 現行 > 過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法(令和三年法律第十九号)第二条 第一項に規定する過疎地域		▶	< 改定後 > 過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法(令和三年法律第十九号)第二条 第二項により公示された過疎地域

### 5. ④ 居宅療養管理指導における高齢者虐待防止措置及び業務継続計画の策定等に係る経過措置期間の延長

<b>概要</b>	【居宅療養管理指導★】
○ 居宅療養管理指導について、事業所のほとんどがみなし指定であることや、体制整備に関する更なる周知の必要性等を踏まえ、令和6年3月31日までとされている以下の義務付けに係る経過措置期間を3年間延長する。 【省令改正】	
ア 虐待の発生又はその再発を防止するための措置	
イ 業務継続計画の策定等	

## 地域区分の見直し

※令和6年度からの地域区分の単価の見直しはない。

サービス種類	1級地	2級地	3級地	4級地	5級地	6級地	7級地	その他
<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問介護</li> <li>・訪問入浴介護</li> <li>・訪問看護</li> <li>・定期巡回・随時対応型訪問介護看護</li> <li>・夜間対応型訪問介護</li> <li>・居宅介護支援</li> <li>・介護予防支援</li> </ul>	11.40円	11.12円	11.05円	10.84円	10.70円	10.42円	10.21円	10円
<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問リハビリテーション</li> <li>・通所リハビリテーション</li> <li>・短期入所生活介護</li> <li>・認知症対応型通所介護</li> <li>・小規模多機能型居宅介護</li> <li>・複合型サービス</li> </ul>	11.10円	10.88円	10.83円	10.66円	10.55円	10.33円	10.17円	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・通所介護</li> <li>・短期入所療養介護</li> <li>・特定施設入居者生活介護</li> <li>・地域密着型通所介護</li> <li>・認知症対応型共同生活介護</li> <li>・地域密着型特定施設入居者生活介護</li> <li>・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護</li> <li>・介護福祉施設サービス</li> <li>・介護保健施設サービス</li> <li>・介護医療院サービス</li> </ul>	10.90円	10.72円	10.68円	10.54円	10.45円	10.27円	10.14円	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・居宅療養管理指導</li> <li>・福祉用具貸与</li> </ul>	10円							

※サービス種類については、介護予防サービスのある居宅サービス及び地域密着型サービスは介護予防サービスを含む。

### 令和6年度から令和8年度までの間の地域区分の適用地域

	1級地	2級地	3級地	4級地	5級地	6級地	7級地	その他
上乗せ割合	20%	16%	15%	12%	10%	6%	3%	0%
地域	特別区	調布市(3) 町田市 狛江市 多摩市	八王子市 武蔵野市 三鷹市 青梅市 府中市 小金井市 小平市 日野市 東村山市 国分寺市 国立市 清瀬市 東久留米市 稲城市 西東京市	立川市 昭島市 東大和市	福生市 あきる野市 日の出町	武蔵村山市 羽村市 瑞穂町 奥多摩町 檜原村		大島町 利島村 新島村 神津島村 三宅村 御蔵島村 八丈町 青ヶ島村 小笠原村

( ) 内の数字は現行の級地を示す

# ご留意いただきたい事項

ご請求にあたって、特にご留意いただきたい事項は、以下のとおりです。

**● ご請求のサービス月分に応じた「単位数」により、ご請求ください！！**

【事 例】

令和6年5月サービス分

給付費 明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分 回数	公費対象単位数	摘要
		医師居宅療養管理指導 I	3 1 1 1 1 1	5 1 4	2	1 0 2 8		

報酬改定前の請求パターン

\*\*\*\*\*

令和6年6月サービス分

給付費 明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分 回数	公費対象単位数	摘要
		医師居宅療養管理指導 I	3 1 1 1 1 1	5 1 4	2	1 0 2 8		

報酬改定後のサービス分であるが  
報酬改定前の単位数にて請求されているパターン

➡ 改定前の低い単位数で請求されている場合は、  
当該単位数にて支給決定されてしまいます。  
(▲ 2 単位で決定)

令和6年6月サービス分

給付費 明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分 回数	公費対象単位数	摘要
		医師居宅療養管理指導 I	3 1 1 1 1 1	5 1 5	2	1 0 3 0		

報酬改定後のサービス月分で  
報酬改定後の単位数にて請求されているパターン

**● 届け出には、期限があります！！**

介護報酬改定等により、加算や減算等の新設や算定要件の変更されるものがあります。告示や要件をご確認のうえ、必要な届け出を行ってください。

居宅療養管理指導など、6月サービスから算定を開始する加算等の東京都への届け出の提出期限

**令和6年5月15日(水) 必着**

届け出が正当にされていない場合、台帳不備により審査決定ができず、介護報酬等のお支払いができません。

# インターネット請求等に関するお知らせ

介護給付費の請求は、請求命令により、原則、伝送又は電子媒体による請求とされています。

これまでに、多くの介護事業所様におかれましては、原則に基づいた方法によりご請求いただいているところですが、これら以外の請求方法として、書面によるご請求が約1%程度残存しております。

書面によるご請求の場合は、伝送又は電子媒体の場合に比べ、以下のようなデメリットがあります。

- ◆ 郵送等の遅延による、請求期限に間に合わないことがある！
- ◆ 送付したはずなのに、国保連合会に届いていない！
- ◆ 直接、持ち込まれる際は、往復の交通費や移動に時間等がかかる！
- ◆ 書面によるデータを電子化する必要があるため、審査時期が遅れることから、多くのエラーがある場合のご連絡が遅延となる！
- ◆ 審査決定後、「請求明細書・給付管理票返戻(保留)一覧表」や「介護給付費等支払決定額通知書」のお送りする時期が遅くなる！

簡単な操作で、請求明細書の作成ができる無償のソフトも本会のホームページからインストールが可能ですので、伝送又は電子媒体による請求への早めの切り替えにご協力くださいますようお願いいたします。

以下のチラシもご用意しておりますので、ご検討の際にはお問い合わせください。

(インターネット請求の導入手順について)

**インターネット請求の導入手順について**

インターネット回線での請求について、本館にて必要な導入手順をまとめたので、お見立てください。なお、インターネット請求には、2つの請求方法（事業所請求、代理請求）があります。本館では事業所請求の導入手順を記載しています。

-導入手順についてよくあるお問合せ-

インターネット請求には、どんな準備が必要？

主に、以下4点の準備が必要です。

- PC/スマホ等の動作環境の確認
- インターネット請求開始の届出
- 国保連合会に届出を提出し、インターネット請求用のユーザIDを取得します。
- 電子証明書の取得
- 発行申請し、発行されたらインストールします。
- 場合によっては必要に応じて、インターネット請求開始に使用するプログラムをインストールします。

※詳しい手順は、次ページをご覧ください。

請求業務を業者に代行してもらう場合、電子証明書の取得や統合インストールによるインストール等は不要となります。詳しくは、担当課への問合せ窓口へご確認ください。

準備期間はどれくらいかかる？

国保連合会の運用や必要な事業の内容によって異なりますが、届出から請求ができるようになるまで、1ヵ月程度かかります。

準備にはどれくらい費用がかかる？

電子証明書の発行手数料がかかります。※有効期間3年間（介護保険証明書：13,200円、介護・障害共済証明書：13,900円）その他に、インターネット回線、請求ソフト等に費用がかかります。

(同左 《代理請求をされる場合》)

**《代理請求編》インターネット請求の導入手順について**

インターネット回線での請求について、本館にて必要な導入手順をまとめたので、お見立てください。なお、インターネット請求には、2つの請求方法（事業所請求、代理請求）があります。本館では代理請求の概要及び導入手順を記載しています。

-導入手順についてよくあるお問合せ-

代理請求とは？どんなメリットがある？

複数事業所の請求を、代理人が1つのユーザIDでまとめて行う請求方法です。

例えば、事業所を複数運営している場合に、本館等の請求担当者からすべての事業所の請求をまとめて行ったり、または請求業務を業者に代行してもらう効果があります。

また、1つの電子証明書で100事業所の請求が可能となる発行手数料を削減できることもできます。

事業所請求の場合、ユーザID（事業所番号）ごとに電子証明書が必要となるため、発行手数料もユーザID（事業所番号）の数にかかります。

◆代理請求のイメージ

(介護電子媒体化ソフトのご案内)

**介護電子媒体化ソフト**

簡単な操作で請求明細書の作成ができる無償ソフトです。現状、紙で作成している請求明細書の転写方法及び印刷のイメージで画面入力を行うことにより、電子化された請求明細書を作成することができます。

**介護電子媒体化ソフトで作成可能な請求明細書**

サービス種別コード	サービス種別名称
31	居宅療養管理指導
17	福祉用具貸与
34	介護予防居宅療養管理指導
67	介護予防福祉用具貸与

《主な注意点》

- ・上記サービス以外の請求明細書は作成できません。
- ・業務の公表の請求には対応していません。
- ・請求明細書の発行費用は画面入力できる行数は20行までです。
- ・入力できる請求者数は100名までです。
- ・本ソフトで作成した請求データは、電子媒体（CD-R）での提供となります。伝送（インターネット回線）及び紙媒体での提供はできません。

**介護電子媒体化ソフトの取扱いから請求までの流れ**

- ①本会ホームページから「インストールマニュアル」「操作マニュアル」をダウンロードします。
- ②お使いのパソコンに「介護電子媒体化ソフト」をインストールします。
- ③「介護電子媒体化ソフト」を起動し、請求情報を入力します。
- ④作成した請求明細書データ（CSVデータ）をCD-Rに書き込みます。
- ⑤本会ホームページから「電子媒体等請求送付書」を印刷し、CD-Rと合わせて国保連合会に提出します。

※本ソフトの動作環境及び操作方法については、各種マニュアルを参照してください。

▼国保連合会ホームページ▼  
<https://www.tokyo-kokuboren.or.jp>  
 HOME>介護事業所等の皆様>2-12 介護電子媒体化ソフトについて  
 >2-2 発行日程・届出方法について

TEL.03-6238-0207

## 最後に

介護報酬のご請求は、サービス提供月の翌月10日が締め切り日となっております。

業務ご多用のなか、大変恐縮ではございますが、ご請求前には、必ず誤りがないかご確認いただき、早めにご提出くださいますよう、お願いいたします。

ご清聴、ありがとうございました。