

2024年度  
診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬  
同時改定のポイント（トリプル改定）その3

2024年 3月 14日（木）

第15回 地域連携情報交換会

医療法人さくら 法人本部 本部長 清水 義文

ピアザ☆ふじみ 多目的ホール

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

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

### 【具体的方向性の例】

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

## (3) 安心・安全で質の高い医療の推進

### 【具体的方向性の例】

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

## (4) 効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上

### 【具体的方向性の例】

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

## 賃上げに向けた評価の新設

### 【新設】 外来・在宅ベースアップ評価料 (I) (1日につき)

- (1) 初診時 6点
- (2) 再診時 2点
- (3) 訪問診療時
  - イ 同一建物居住者以外の場合 28点
  - ロ イ以外の場合 7点

この他に

初診料 3点増 再診料2点増

医療情報取得加算1 3点：マイナ保険証なし

医療情報取得加算2 1点：マイナ保険証あり

医療情報取得加算3 2点：3ヶ月に1回（マイナ保険証なし）

医療情報取得加算4 1点：3ヶ月に1回（マイナ保険証あり）

## 『施設基準』

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）が勤務していること。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。
3. 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。ただし、令和6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においてはこの限りではない。
4. 基本給、手当、賞与等のうち対象とする賃金項目を特定した上で行い、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げにより改善を図ることを原則とする。（賞与はNG）
5. 対象職員の基本給等を令和5年度と比較して一定水準以上引き上げた場合は、40歳未満の勤務医（歯科医師を含む）及び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）を行うことができること。
6. 令和6年度及び令和7年度における保険医療機関に勤務する職員の賃金の改善に係る計画を作成していること。
7. 計画に基づく職員の賃金の改善に係る状況について、定期的に地方厚生局長等に報告すること。

## 別表1 [対象職員]

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

専ら事務作業を行うものは含まれない

医師・医事課・総務・経理・事務長・事務次長・薬剤師助手・リハビリ助手などの職員は対象職員とはならない。

ただし、基本給等を令和5年度と比較して一定水準以上引き上げた場合、40歳未満の勤務医（歯科医師を含む）及び事務職員等の当該保険医療機関に勤務する職員の賃金（定期昇給によるもの除く）を行うことができる。

## 【新設】 外来・在宅ベースアップ評価料 (II) (1日につき)

### (1) 外来・在宅ベースアップ評価料 (II) 1

イ 初診または訪問診療を行った場合 **8点**

ロ 再診時等 **1点**

### (2) 外来・在宅ベースアップ評価料 (II) 2

イ 初診または訪問診療を行った場合 **16点**

ロ 再診時等 **2点**

### (8) 外来・在宅ベースアップ評価料 (II) 8

イ 初診または訪問診療を行った場合 **64点**

ロ 再診時等 **8点**

### 【主な施設基準】

(3) 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**1分2厘未滿**であること

外来・在宅ベースアップ評価料 (I) だけでは賃金増率が1.2%に達しない無床診療所では、**外来・在宅ベースアップ評価料 (II)** も算定可能とする。厚労省が指定した計算式により**8段階の評価料**の中から自施設に合った区分の点数を算定。常勤換算で対象職員が2人以上勤務している医療機関が対象だが、特定地域では人数要件は満たしているものとする。

	初診料・ 訪問診療料 に対し必要な 点数	再診料 に対し必要な 点数
追加の評価 1	8点	1点
追加の評価 2	16点	2点
追加の評価 3	24点	3点
追加の評価 4	32点	4点
追加の評価 5	40点	5点
追加の評価 6	48点	6点
追加の評価 7	56点	7点
追加の評価 8	64点	8点



## 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の計算式

$$\begin{aligned}
 \text{【A】} = & \frac{\text{対象職員の給与総額} \times 1 \text{分} 2 \text{厘} - (\text{外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び} \\
 & \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される点数の見込み}) \times 10 \text{円}}{\left( \begin{aligned} & \text{外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）イの算定回数の見込み} \times 8 \\ & + \text{外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）ロの算定回数の見込み} \\ & + \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）イの算定回数の見込み} \times 8 \\ & + \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）ロの算定回数の見込み} \end{aligned} \right) \times 10 \text{円}}
 \end{aligned}$$

【A】	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及び歯 科外来・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及び歯 科外来・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及び歯 科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）8	64点	8点

## 【新設】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

### 【主な施設基準】

- (4) 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分3厘未満**であること

## 【施設基準】

- (1) 入院基本料、特定入院料、短期滞在手術等基本料3を取得する
- (2) 主として医療に従事する職員（対象職員）が勤務している  
対象職員は6ページの別表1
- (3) 【外来・在宅ベースアップ評価料 (I)】を取得している
- (4) 【外来・在宅ベースアップ評価料 (I)】により算定される点数見込みの10倍数が、対象職員の給与総額の2分3厘（評価料 (I) で不足する部分を【入院ベースアップ評価料】で補填）
- (5) 【入院ベースアップ評価料】の区分・点数は、「当該保険医療機関における対象職員の給与総額」、「評価料 (I) で算定される点数見込み」「延べ入院患者数（入院基本料、特定入院料、短期滞在手術等基本料3算定している患者の延べ人数）の見込み」による数【B】に基づき、別表に該当する区分のいずれかを届け出る  
165の区分に分かれる。

## 入院ベースアップ評価料の計算式

$$\text{【B】} = \frac{\left[ \text{対象職員の給与総額} \times 2 \text{分}3 \text{厘} - \left( \text{外来・在宅ベースアップ評価料（I）及び} \right. \right. \\
 \left. \left. \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）により算定される点数の見込み} \right) \times 10 \text{円} \right]}{\text{当該保険医療機関の延べ入院患者数} \times 10 \text{円}}$$

【B】	入院ベースアップ評価料の区分	点数
0 を超え 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

## 【新設】訪問看護ベースアップ評価料Ⅰ

区分番号02の1を算定している利用者1人につき、訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）として、月1回に限り780円算定する。（訪問看護管理療養費を算定している利用者）

## 【新設】訪問看護ベースアップ評価料Ⅱ

イ	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）	1	10円
ロ	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）	2	20円
	↓		
ヌ	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）	10	100円
ル	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）	11	150円
	↓		
ソ	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）	18	500円

## 訪問看護ベースアップ評価料Ⅱの施設基準

- (1) 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）の届出を行っている訪問看護ステーションであること。
- (2) 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される金額の見込みの数が、対象職員の給与総額から当該訪問看護ステーションの利用者の数に占める医療保険制度の給付の対象となる訪問看護を受けた者の割合（以下「医療保険の利用者割合」とする。）を乗じた数の**1分2厘未満**であること。ただし、同一月に医療保険制度と介護保険制度の給付の対象となる訪問看護を受けた者については、医療保険制度の給付による場合として取り扱うこと。

訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の訪問看護ステーションごとの区分については、当該訪問看護ステーションにおける対象職員の給与総額、訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される金額の見込み並びに訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定回数を見込みを用いて算出した数【C】に基づき、別表4に従い該当する区分のいずれかを届け出ること。

$$\text{【C】} = \frac{\left( \begin{array}{l} \text{対象職員の給与総額} \times \text{医療保険の利用者割合} \times 1 \text{分} 2 \text{厘} \\ - \text{訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される金額の見込み} \end{array} \right)}{\text{訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定回数を見込み}}$$

別表 4

【C】	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の区分	金額
0 を超える	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ） 1	10 円
15 以上	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ） 2	20 円
↓		
95 以上	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ） 10	100 円
125 以上	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ） 11	150 円
↓		
475 以上	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ） 18	500 円



## 2 訪問看護ベースアップ評価料 (II)

イ 訪問看護ベースアップ評価料 (II)	1	10円/月
ロ 訪問看護ベースアップ評価料 (II)	2	20円/月
ハ 訪問看護ベースアップ評価料 (II)	3	30円/月
ニ 訪問看護ベースアップ評価料 (II)	4	40円/月
ホ 訪問看護ベースアップ評価料 (II)	5	50円/月
ヘ 訪問看護ベースアップ評価料 (II)	6	60円/月
ト 訪問看護ベースアップ評価料 (II)	7	70円/月
チ 訪問看護ベースアップ評価料 (II)	8	80円/月
リ 訪問看護ベースアップ評価料 (II)	9	90円/月
ヌ 訪問看護ベースアップ評価料 (II)	10	100円/月
ル 訪問看護ベースアップ評価料 (II)	11	150円/月
ヲ 訪問看護ベースアップ評価料 (II)	12	200円/月
ワ 訪問看護ベースアップ評価料 (II)	13	250円/月
カ 訪問看護ベースアップ評価料 (II)	14	300円/月
ヨ 訪問看護ベースアップ評価料 (II)	15	350円/月
タ 訪問看護ベースアップ評価料 (II)	16	400円/月
レ 訪問看護ベースアップ評価料 (II)	17	450円/月
ソ 訪問看護ベースアップ評価料 (II)	18	500円/月

# ベースアップ評価料の構造

無床診療所



外来・在宅ベースアップ評価料Ⅰ



外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ

病院  
有床診療所



外来・在宅ベースアップ評価料Ⅰ



入院ベースアップ評価料

訪問看護



訪問看護ベースアップ評価料Ⅰ



訪問看護ベースアップ評価料Ⅱ

## 入院ベースアップ評価料の計算式

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分3厘未満**であること

対象職員の給与総額	X0.023	外来・在宅ベースアップ評価料 I				延入院患者数X10円
		初診時6点	再診時2点	訪問診療イ28点	訪問診療イ以外7点	
70,000,000	1,610,000	210	4,500	15	5	3,600
1,610,000		12,600	90,000	4,200	350	36,000
		評価料 I の合計 (円)		107,150	←2分3厘未満か確認	

※さくら記念病院の場合

B = 41.7

入力項目

評価料の区分は42点となる		入院1名	420円
入院ベースアップ評価料の算定		1,512,000	円
外来・在宅ベースアップ評価料 I の算定		107,150	円
合計		1,619,150	円
職員数		180	名
一人当たり賃上げ		8,995	円

※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地方厚生局長等に届け出ること。職員の賃金の改善に係る計画を作成!

## 外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱの計算式

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  
**1分2厘未満**であること

対象職員の給与総額	X0.012	外来・在宅ベースアップ評価料Ⅰ				初診*8点	再診数*1点
		初診時6点	再診時2点	訪問診療イ28点	訪問診療イ以外7点		
9,500,000	114,000	43	1,421	0	0	3,440	14,210
114,000		2,580	28,420	0	0	評価料Ⅱの合計	17,650
		評価料Ⅰの合計(円)		31,000	←1分2厘未満か確認		

※北朝霞駅前クリニックの場合

A =

4.7

入力項目

追加の評価は5で初診40点、再診5点となる

初診	400 円
再診	50 円

外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱの算定

88,250 円

外来・在宅ベースアップ評価料Ⅰの算定

31,000 円

合計

119,250 円

職員数

20 名

一人当たり賃上げ

5,963 円

※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地方厚生局長等に届け出ること。職員の賃金の改善に係る計画を作成!

## 訪問看護ベースアップ評価料Ⅱの計算式

給与総額から医療保険の利用者割合を乗じた数の**1分2厘未満**であること

対象職員の給与総額	医療保険人数	介護保険人数	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ） により算定される金額	医療保険の利用者割合	給与総額×医療保険割合 ×0.012
4,000,000	16	92	12,480	14.8%	7,111
※ふじさくら訪問看護の場合					↑ 1分2厘を超えている
$C = -335.6$					
評価料Ⅱは算定できず					
評価料Ⅰのみ算定			12,480 円		
職員数			8 名		
職員1名当たりのBA			1,560 円		

※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地方厚生局長等に届け出ること。ただし、前回届け出た時点と比較して、直近3か月の【C】、対象職員の給与総額、訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される金額の見込み並びに訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定回数の見込みのいずれの変化も**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。職員の賃金の改善に係る計画を作成!

# 一般病棟入院基本料

## 基本的な考え方

40歳未満の勤務医師、事務職員等の賃上げに資する措置として、入院基本料等の評価を見直す。あわせて、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。

また、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、当該支援に係る指針の作成を要件とする。

さらに、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。

### 1 急性期一般入院基本料

イ 急性期一般入院料 1	1650点→1688点	38点アップ
ロ 急性期一般入院料 2	1619点→1644点	25点アップ
ハ 急性期一般入院料 3	1545点→1569点	24点アップ
ニ 急性期一般入院料 4	1440点→1462点	22点アップ
ホ 急性期一般入院料 5	1429点→1451点	22点アップ
ヘ 急性期一般入院料 6	1382点→1404点	22点アップ

### 2 地域一般入院基本料

イ 地域一般入院料 1	1159点→1176点	17点アップ
ロ 地域一般入院料 2	1153点→1170点	17点アップ
ハ 地域一般入院料 3	988点→1003点	15点アップ

食事療養費  
一食あたり  
30円増  
640円→670円

## 平均在院日数

	現行	改定案
急性期一般入院料 1	18日以内	<b>16日以内</b>
急性期一般入院料 2	21日以内	21日以内
急性期一般入院料 3	21日以内	21日以内
急性期一般入院料 4	21日以内	21日以内
急性期一般入院料 5	21日以内	21日以内

入院料 1 のみ16日に短縮

# 重症度、医療・看護必要度

入院料等	評価指標	該当患者		必要度Ⅰ ※従来の評価方法		必要度Ⅱ ※診療実績データを使用	
		現行	改定案	現行	改定案	現行	改定案
▼ 一般病棟入院基本料 ※ 〇 内は許可病床200床未満の場合							
急性期一般入院料 1	一般病棟用	「A2点以上かつB3点以上」 or「A3点以上」 or「C1点以上」	①「A3点以上」or「C1点以上」 ②「A2点以上」or「C1点以上」	31% (28%)	廃止 (①21% かつ ②28%)	28% (25%)	①20% かつ ②27%
急性期一般入院料 2			(変更なし)	27% (25%)	22%	24% (22%)	21%
急性期一般入院料 3			24% (22%)	19%	21% (19%)	18%	
急性期一般入院料 4			20% (18%)	16%	17% (15%)	15%	
急性期一般入院料 5			17%	12%	14%	11%	
急性期一般入院料 6			継続的に測定				
地域一般入院料 1	継続的に測定						
▼ 7対1入院基本料							
特定機能病院入院基本料	一般病棟用	同上	①「A3点以上」or「C1点以上」 ②「A2点以上」or「C1点以上」	-	-	28%	①20% かつ ②27%
専門病院入院基本料			30%	①21% かつ ②28%	28%		
結核病棟入院基本料			10%	8%	8%	7%	
▼ その他入院料							
地域包括ケア病棟入院料	一般病棟用	同上	(変更なし)	12%	10%	8%	(変更なし)
特定一般病棟入院料 (注7)				12%	10%	8%	(変更なし)
救命救急入院料 1・3	HCU用	継続的に測定					
救命救急入院料 2・4	ICU用	「A3点以上」	「A2点以上」	80%	廃止	70%	80%
新設： 地域包括医療病棟入院料	一般病棟用	新設	①「A2点以上かつB3点以上」 or「A3点以上」 or「C1点以上」	新設	16%	新設	15%
		新設	②入棟初日にB3点以上	新設	50%	新設	50%

これが  
キツイです！



A項目 モニタリング及び処置等		0点	1点	2点	3点
1 創傷処置 (①創傷の処置、②褥瘡の処置)	<p>重度褥瘡処置に係る診療行為を評価対象から除外</p> <p>Iの評価対象：必要度Ⅱにおいて評価対象となる診療行為を実施した場合</p>	なし	あり	-	
2 呼吸ケア (喀痰吸引のみの場合を除く)		なし	あり	-	
3 注射薬剤3種類以上の管理 (上限7日)		なし	あり	-	
4 シリンジポンプの管理	<p>厳格化</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>上限日数設定</li> <li>「アミノ酸・糖・電解質・ビタミン」等の静脈栄養に関する薬剤を除外</li> </ul>	なし	あり	-	
5 輸血や血液製剤の管理		なし	-	あり	
6 専門的な治療・処置				増点	
① 抗悪性腫瘍剤の使用 (注射)	<p>厳格化</p> <p>入院での使用割合が 注射：6割、内服：7割 未滿の薬剤を除外</p>	なし	-	あり	あり
② 抗悪性腫瘍剤の内服管理		なし	-	あり	あり
③ 麻薬の使用 (注射)		なし	-	あり	あり
④ 麻薬の内服、貼付、坐剤の管理		なし	-	あり	
⑤ 放射線治療		なし	-	あり	
⑥ 免疫抑制剤の管理 (注射)		なし	-	あり	
⑦ 昇圧剤の使用 (注射)		なし	-	あり	あり
⑧ 抗不整脈剤の使用 (注射)		なし	-	あり	あり
⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用		なし	-	あり	あり
⑩ トレナースの管理		なし	-	あり	
⑪ 無菌治療室での治療		なし	-	あり	あり
I : 救急搬送後の入院 (-5 → 2日間)	<p>評価日数短縮</p> <p>厳格化</p>	なし	-	あり	
II : 緊急に入院を必要とする状態 (-5 → 2日間)		なし	-	あり	

これがキツイです！

この辺ポイント！

C項目 手術等の医学的状況	現行	改定案	
開頭手術	13日	11日	(▲2日)
開胸手術	12日	9日	(▲3日)
開腹手術	7日	6日	(▲1日)
骨の手術	11日	10日	(▲1日)
胸腔鏡・腹腔鏡の手術	5日	4日	(▲1日)
全身麻酔・脊椎麻酔の手術	5日	5日	-
救命等に係る内科的治療 ①経皮的血管内治療	5日	4日	(▲1日)
救命等に係る内科的治療 ②経皮的心筋焼灼術等の治療	5日	4日	(▲1日)
救命等に係る内科的治療 ③侵襲的な消化器治療	5日	4日	(▲1日)
別に定める検査	2日	2日	-
別に定める手術	6日	5日	(▲1日)

※一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A・C項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧（案）も公表済み

7：1の病棟（急性期一般病棟入院料1）はB項目が無くなり①と②両方クリアしなければならない。  
7：1の病棟は相当キツくなる！

## 基準を下げた場合のインパクト

	移行後→	急性期一般 入院料1	急性期一般 入院料2	急性期一般 入院料3	急性期一般 入院料4	急性期一般 入院料5	急性期一般 入院料6
↓移行前							
急性期一般入院料1		0	▲20,367	▲68,985	▲137,970	▲145,197	▲176,076
急性期一般入院料2		20,367	0	▲48,618	▲117,603	▲124,830	▲155,709
急性期一般入院料3		68,985	48,618	0	▲68,985	▲76,212	▲107,091
急性期一般入院料4		137,970	117,603	68,985	0	▲7,227	▲38,106
急性期一般入院料5		145,197	124,830	76,212	7,227	0	▲30,879
急性期一般入院料6		176,076	155,709	107,091	38,106	30,879	0

※病床数：200床、稼働率：90%、現行の入院料にて試算

入院料1から2へ下げた場合で2,000万円/年  
 入院料2から3へ下げた場合で4,860万円/年  
 入院料3から4へ下げた場合で6,900万円/年  
 入院料4から5へ下げた場合で 720万円/年  
 の減収となる。

## 療養病棟入院基本料

現行の療養病棟入院基本料は、患者のADL区分 1～3と、患者の疾患・状態や医療処置で分類された医療区分 1～3を組み合わせた9分類となっている。2024年度改定では「疾患・状態」と「処置等」をそれぞれ3区分に細分し、3つの「ADL区分」と掛け合わせた27分類に精緻化する。スモンに関する3つの分類も新設し、計30分類の評価に見直す。

入院料は15点～150点アップだが  
中心静脈栄養の日数上限の導入、

医療区分とADL区分が1の入院料における  
疾患別リハビリテーションの単位数の算定制限  
などが行われる（1日2単位まで）

経腸栄養管理加算が新設（7日間300点/日）

入院料	疾患・状態に係る医療区分	処置等に係る医療区分	ADL区分	入院基本料1の点数	入院基本料2の点数
1	3（スモンを除く）	3	3	1964	1899
2	3（スモンを除く）	3	2	1909	1845
3	3（スモンを除く）	3	1	1621	1556
4	3（スモンを除く）	2	3	1692	1627
5	3（スモンを除く）	2	2	1637	1573
6	3（スモンを除く）	2	1	1349	1284
7	3（スモンを除く）	1	3	1644	1579
8	3（スモンを除く）	1	2	1589	1525
9	3（スモンを除く）	1	1	1301	1236
10	2	3	3	1831	1766
11	2	3	2	1776	1712
12	2	3	1	1488	1423
13	2	2	3	1455	1389
14	2	2	2	1427	1362
15	2	2	1	1273	1207
16	2	1	3	1371	1305
17	2	1	2	1343	1278
18	2	1	1	1189	1123
19	1	3	3	1831	1766
20	1	3	2	1776	1712
21	1	3	1	1488	1423
22	1	2	3	1442	1376
23	1	2	2	1414	1349
24	1	2	1	1260	1194
25	1	1	3	983	918
26	1	1	2	935	870
27	1	1	1	830	766
28	3（スモンのみ）	-	3	1831	1766
29	3（スモンのみ）	-	2	1776	1712
30	3（スモンのみ）	-	1	1488	1423

## 身体的拘束に関する項目

要注意！！

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、身体的拘束の最小化の実施体制を整備することを規定する。なお、精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む）における身体的拘束の取扱いについては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）の規定によるものとする。（身体拘束予防ガイドライン参照）

→ **精神科病棟以外の病棟全てにかかってくる。**

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。

入院患者に係わる職員を対象として、身体的拘束の最小化に関する**研修を定期的**に行うこと。

入院基本料から40点減点。→1名の身体的拘束を行うと病棟全員40点減点/日  
48床病棟だと、**1日19,200円減額**、月だと576,000円減額

**看護補助体制充実加算1 80点 →看護補助体制充実加算3 55点に減点**

**認知症ケア加算 → 100分の40に減点**

## ホームページへ記載すべき項目義務化

保険医療機関及び保険医療養担当規則等について、**書面掲示**することとされている事項について、**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。

令和7年（2025年）5月31日までの経過措置を設ける。

1. [3.1.保険医療機関及び保険医療養担当規則の変更](#)
2. [3.2.一般名処方加算](#)
3. [3.3.後発医薬品使用体制加算（外来後発医薬品使用体制加算も同様）](#)
4. [3.4.医療DX推進体制整備加算（歯科、調剤も同様）](#)
5. [3.5.在宅医療DX情報活用加算（訪問看護、歯科訪問も同様）](#)
6. [3.6.通院・在宅精神療法](#)
7. [3.7.地域包括診療料](#)
8. [3.8.外来腫瘍化学療法診療料](#)
9. [3.9.歯科外来診療医療安全対策加算1](#)
10. [3.10.介護保険施設等連携往診加算](#)
11. [3.11.在宅医療情報連携加算（在宅がん医療総合診療料、在宅歯科医療情報連携加算も同様）](#)
12. [3.12.バイオ後続品使用体制加算](#)

**要注意！！**

24年度の改定で「ウェブサイト原則記載」と変更されなかった事項についても、療養担当規則の変更で「書面掲示することとされている事項について、原則として、ウェブサイトに掲載しなければならない」とありますので、これまで院内で掲示が義務付けられているもの（機能強化加算、時間外対応加算、明細書発行体制等加算など）については、ウェブサイトにも記載が義務付けられると解釈できます。

## 地域包括医療病棟入院料 (新設)

地域包括医療病棟入院料 (1日につき) 3,050 点

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

10：1の入院基本料4に施設基準はかなり近い！

今回の目玉の一つだが、この病棟に変換するのはかなり難しい！  
地域包括ケア病棟との相性が悪すぎ！



## [施設基準]

- (1) 病院の**一般病棟を単位**として行うものであること。
- (2) 当該病棟において、1日に看護を行う**看護職員の数**は、  
常時、当該病棟の入院患者の数が**10** 又はその端数を増すごとに**1以上**であること。ただし、当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数  
が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における**夜勤を行う看護職員の数**は、本文の規定にかかわらず、**2以上**であることとする。
- (3) 当該病棟において、看護職員の最小必要数の**7割以上が看護師**であること。
- (4) 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名以上配置**されていること。
- (5) 当該病棟に**専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置**されていること。
- (6) **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。
- (7) 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。

(8) 次のいずれかに該当すること。

- イ 当該病棟において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰに係る評価票を用いて測定し、その結果、別表1の基準を満たす患者の割合が別表2のとおりであること。
- ロ 診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、当該病棟において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱに係る評価票を用いて測定し、その結果、別表1の基準を満たす患者の割合が別表2のとおりであること。

別表 1

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

別表 2

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

- (9) 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。
- (10) 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。
- (11) 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分未満であること。
- (12) 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区分番号●●に掲げる救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者の割合が1割5分以上であること。
- (13) 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。
- (14) データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (15) 特定機能病院以外の病院であること。
- (16) 急性期充実体制加算の届出を行っていない保険医療機関であること。
- (17) 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。

- (18) 脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (19) 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。
- (20) 夜間看護体制特定日減算に係る厚生労働大臣が定める保険医療機関許可病床数が100 床未満のものであること。
- (21) 夜間看護体制特定日減算に係る厚生労働大臣が定める日
  - 次のいずれにも該当する各病棟において、夜間の救急外来を受診した患者に対応するため、当該各病棟のいずれか 1 病棟において夜勤を行う看護職員の数が、一時的に 2 未満となった日
  - イ看護職員の数が一時的に 2 未満となった時間帯において、患者の看護に支障がないと認められること。
  - ロ看護職員の数が一時的に 2 未満となった時間帯において、看護職員及び看護補助者の数が、看護職員 1 を含む 2 以上であること。ただし、入院患者数が30 人以下の場合にあっては、看護職員の数が 1 以上であること。

## 加算について

### 1 初期加算（1日につき） **150 点**

[算定要件]

入院した日から起算して**14 日を限度**として、初期加算として、1日につき所定点数に加算する。

### 2 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、それぞれ所定点数に加算する。

### 3 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]

入院している患者（看護補助体制加算を算定する患者に限る。）については、当該基準に係る区分に従い、1日につき次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。

#### （1）夜間30 対 1 看護補助体制加算の施設基準

当該病棟において、夜勤を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が30 又はその端数を増すごとに 1 に相当する数以上であること。

#### （2）夜間50 対 1 看護補助体制加算、夜間100 対 1 看護補助体制加算も同様。

## 4 夜間看護体制加算（1日につき） 71点

### [算定要件]

夜間における看護業務の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病棟に入院している患者（看護補助体制加算を算定する患者に限る。）については、夜間看護体制加算として、更に所定点数に加算する。

### [施設基準]

- (1) 夜勤時間帯に看護補助者を配置していること。
- (2) 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。



## 5 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]

看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助に係る十分な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病棟に入院している患者（看護補助体制加算を算定する患者に限る。）については、当該基準に係る区分に従い、1日につきそれぞれ更に所定点数に加算する。ただし、本文の規定にかかわらず、身体的拘束を実施した日は、看護補助体制充実加算3の例により算定する。

## [施設基準]

### (1) 看護補助体制充実加算 1 の施設基準

- イ当該保険医療機関において3年以上の看護補助者としての勤務経験を有する看護補助者が、それぞれの配置区分ごとに5割以上配置されていること。
- ロ主として直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が**100** 又はその端数を増すごとに1以上であること。当該看護補助者は、介護福祉士の資格を有する者又は看護補助者として3年以上の勤務経験を有し適切な研修を修了した看護補助者であること。
- ハ看護補助体制充実加算に係る看護補助者に対する院内研修の内容については、別添2の第2の**11**の(4)の例による。ただし、エについては、看護補助者が行う業務内容ごとに業務範囲、実施手順、留意事項等について示した業務マニュアルを作成し、当該マニュアルを用いた院内研修を実施していること。
- ニ当該病棟の看護師長等は所定の研修を修了していること。また当該病棟の全ての看護職員（所定の研修を修了した看護師長等を除く。）が院内研修を年1回以上受講していること。

ホ当該保険医療機関における看護補助者の業務に必要な能力を段階的に示し、  
看護補助者の育成や評価に活用していること。

(2) 看護補助体制充実加算2の施設基準

(1) のロからホを満たすものであること。

(3) 看護補助体制充実加算3の施設基準

(1) のハ及びニを満たすものであること。

6 看護職員夜間12対1配置加算（1日につき）

看護職員夜間12対1配置加算1 110点

看護職員夜間12対1配置加算2 90点

看護職員夜間16対1配置加算（1日につき）

看護職員夜間16対1配置加算1 70点

看護職員夜間16対1配置加算2 45点

[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に入院している患者について、当該基準に係る区分に従い、入院した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。

## [施設基準]

### (1) 看護職員夜間12 対 1 配置加算 1 の施設基準

イ当該病棟において、夜勤を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が12 又はその端数を増すごとに 1 以上であること。ただし、当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、3 以上であることとする。

ロ看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。  
ハ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。

### (2) 看護職員夜間12 対 1 配置加算 2 の施設基準

(1) のイ及びロを満たすものであること。

### (3) 看護職員夜間16 対 1 配置加算 1 の施設基準

イ当該病棟において、夜勤を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が16 又はその端数を増すごとに 1 以上であること。ただし、当該

病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、3以上であることとする。

ロ (1) のロ及びハを満たすものであること。

(4) 看護職員夜間**16** 対 1 配置加算 2 の施設基準

(1) のロ及び (3) のイを満たすものであること。

## 急性期一般入院料の病棟は算定可

## [算定要件]

リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理を連携・推進す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病棟に入院している患者について、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画を作成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。この場合において、区分番号A233-2に掲げる栄養サポートチーム加算は別に算定できない。

## [施設基準]

- (1) 当該病棟に入院中の患者に対して、**ADL**等の維持、向上及び栄養管理等に資する十分な体制が整備されていること。
- (2) 口腔管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

# 急性期リハビリテーション加算（新規） 50点（14日間）

急性期一般入院料の病棟は算定可

- リハビリテーションを実施する日に別に厚生労働大臣が定める患者に対してリハビリテーションを行った場合は、発症、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療開始日のいずれか早いものから起算して14日を限度として急性期リハビリテーション加算として、**1単位につき50点**を更に所定点数に加算する。

急性期リハビリテーション加算	50点	14日	
初期加算	45点	14日	
早期リハビリテーション加算	25点	30日	（改訂前は30点）

合計 14日まで120点/単位 30日まで70点/単位

- 回復期リハへ行く前はかなり改善され、回リハでアウトカムが取りづらくなる。  
（リハビリテーション総合計画評価料（300点or240点）は廃止だか計画書は義務化）



# 救急患者連携搬送料 (新設)

## 救急患者連携搬送料

- 1 入院中の患者以外の患者の場合 1800点
- 2 入院1日目の患者の場合 1200点
- 3 入院2日目の患者の場合 800点
- 4 入院3日目の患者の場合 600点

### 【算定要件】

救急外来を受診した患者に初期診療を行い、連携医療機関で入院医療を提供するために医師、看護師または救急救命士が同乗して、搬送した場合に算定する。この場合、救急搬送診療料は別に算定できない

### 【施設基準】

- (1) 救急搬送の実績がある
- (2) 救急患者の転院体制について、連携する他の医療機関等とあらかじめ協議を行っている
- (3) 連携医療機関に搬送した患者の臨床経過について、転院搬送先から診療情報提供が可能な体制が整備されている
- (4) 連携する他の医療機関へ転院搬送後、患者の病状が急変した際に備え、緊急の診療提供体制を確保している

# 地域包括医療病棟入院料のまとめ

## 【算定要件】

入院早期からリハビリを行う設備があり、入院中の患者にADL等の維持、向上及び栄養管理等に資する必要な体制、地域で急性疾患等の患者に包括的な入院・救急医療を行う体制を整えるなど、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合する病棟に入院する患者について、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、一般病棟入院基本料の地域一般入院料3を算定する

## 【施設基準】

- (1) 10対1の看護配置
- (2) 常勤の理学療法士、作業療法士または言語聴覚士2人以上、専任の常勤の管理栄養士1人以上の配置
- (3) 入院早期からのリハビリを行う構造設備を有する
- (4) 入院患者にADL等の維持、向上及び栄養管理等に資する体制の整備
- (5) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準
- (6) 当該病棟の入院患者の平均在院日数が21日以内
- (7) **在宅復帰率が8割以上**
- (8) 自院内転棟割合が5分未満
- (9) 入院患者に占める、救急自動車等による緊急搬送患者または他の保険医療機関で**救急患者連携搬送料**を

**算定し搬送**されてきた患者の割合が**1割5分以上**

- (10) 地域で急性疾患等の患者に包括的な入院・救急医療を行う体制の整備
- (11) 入退院支援加算1とデータ提出加算の届け出
- (12) 特定機能病院以外の病院
- (13) 急性期充実体制加算、専門病院入院基本料の届け出を行っていない
- (14) 脳血管疾患等リハビリ料または運動器リハビリ料の届け出

## 地域包括医療病棟・一般病棟・地域包括ケア病棟の比較

病棟		入院基本料	初期加算	看護配置加算など	合計
地域包括医療病棟	14日まで	3,050	470	331	3,851
地域包括医療病棟	90日まで	3,050	0	331	3,381
地域包括医療病棟	91日以降	1,003	0	地域一般入院料3 0	1,003
一般病棟 急性期入院料4	14日まで	1,462	642	435	2,539
一般病棟 急性期入院料4	30日まで	1,462	192	435	2,089
一般病棟 急性期入院料4	31日以降	1,462	0	435	1,897
地域包括ケア病棟入院料1	14日まで	2,838	250	385	3,473
地域包括ケア病棟入院料1	40日まで	2,838	0	385	3,223
地域包括ケア病棟入院料1	60日まで	2,690	0	385	3,075
地域包括ケア病棟入院料1	61日以降	830	0	療養27 特別入院基本料 0	830 612

## 医療DXについて

医療DX推進本部でまとめられた「医療DXの推進に関する工程表」に沿って進められていくことが示されています。同工程表において「全国医療情報プラットフォーム」に関し、**2024**年度中の電子処方箋の普及に努めるとともに、電子カルテ情報共有サービス（仮称）を構築し、共有する情報を拡大するとしています。

また、オンライン資格確認の今後の範囲拡大として、介護保険、予防接種、母子保健、公費負担医療、地方単独の医療費助成などの情報を順次マイナンバーカードと紐付けを行っていくとともに、次の感染症危機に対しても対応を進めるとしています。

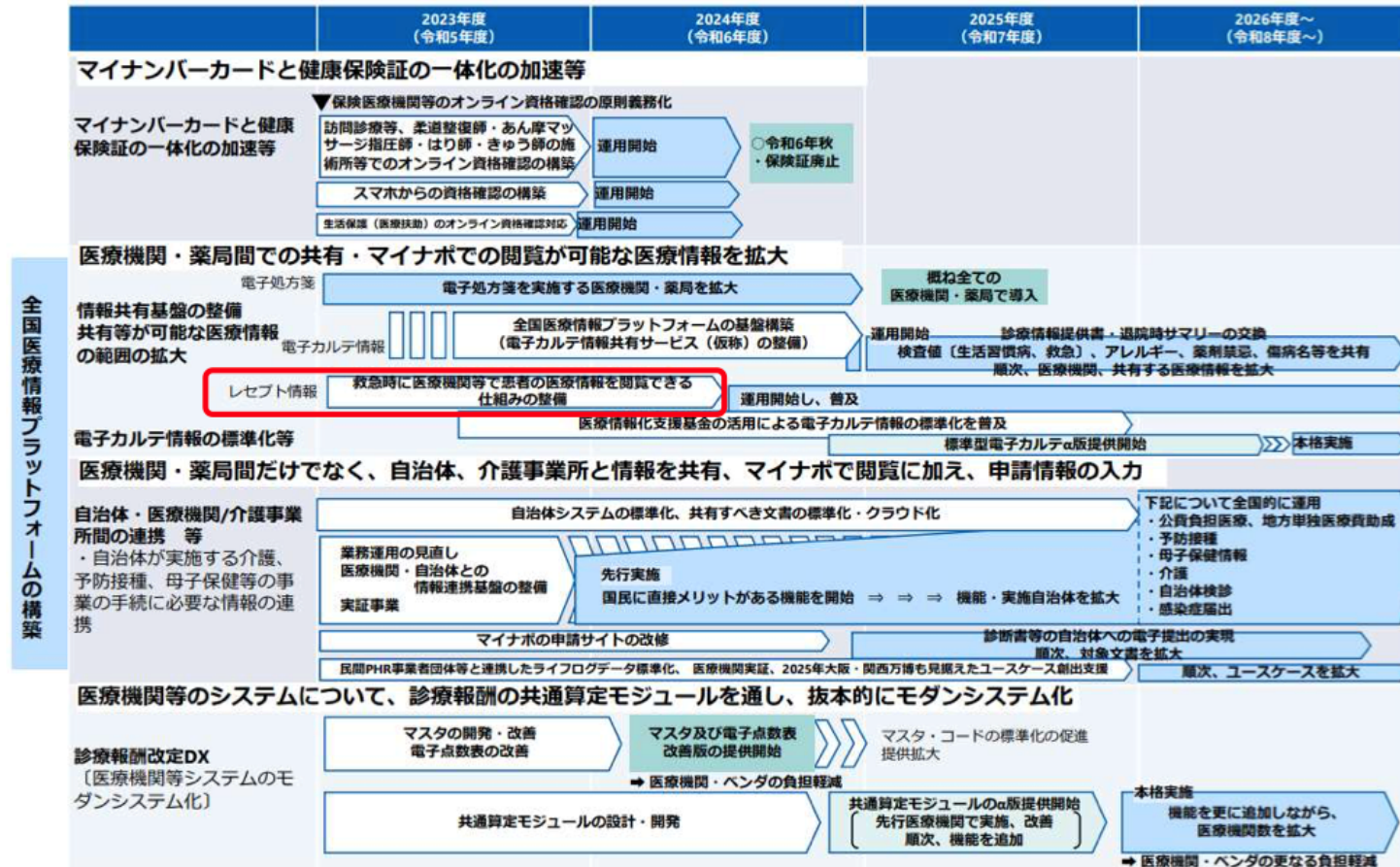
「診療報酬改定DX」については、まず**2024**年度に医療機関等の電子カルテやレセコンの共通言語となるマスタ及びそれを活用した「電子点数表」を改善・提供して共通コストを削減していくとしています。次に、**2026**年度には、「共通算定モジュール」を本格的に提供し、共通算定モジュール等を実装した「標準型レセコン」や「標準型電子カルテ」の提供により、医療機関等のシステムを抜本的に改革し、医療機関等の間接コストを極小化するとしています。

同工程表によると、わが国の情報共有基盤として、「全国医療情報プラットフォーム」の構築が進められ、情報の標準化、効率化のために「標準型レセコン」や「標準型電子カルテ」を提供していくことが想定されています。

# 医療DXの推進に関する工程表〔全体像〕

○ 医療DXの推進に関する工程表〔全体像〕において、全国医療情報PFの構築については、情報共有基盤の整備、共有等が可能な医療情報の範囲の拡大が掲げられており、電子カルテ情報共有サービスや救急時に患者の医療情報を閲覧できる仕組みの整備が進められているところ。後者については令和6年度中の運用開始を目途に進められている。

## 医療DXの推進に関する工程表〔全体像〕



# 特定疾患療養管理料

改定前	改定後
<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 <b>糖尿病</b> 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 <b>リポ蛋白代謝障害及びその他の脂（質）血症</b></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 <b>高血圧性疾患</b> 虚血性心疾患 (中略) (新設) (新設)</p> <div data-bbox="529 1068 1202 1259" style="background-color: #e0ffe0; padding: 5px;"> <p>さくら記念病院 100万円/月 クリニック 60万円/月 算定していたが殆ど無くなる</p> </div>	<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 <b>(削除)</b> 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 <b>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。）</b> リポジストロフィー ローノア・ベンソード腺脂 肪腫症 <b>(削除)</b> 虚血性心疾患 (中略) アナフィラキシー ギラン・バレー症候群</p> <div data-bbox="1837 1021 2288 1272" style="background-color: #ffe0e0; padding: 5px;"> <p>100床未満 147点 200床未満 87点 診療所 225点 <b>月2回</b>まで算定</p> </div>

# 特定疾患療養管理料等(対象疾患2024)

- 結核
- 悪性新生物
- 甲状腺障害
- 処置後甲状腺機能低下症
- 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。）
- リポジストロフィー
- ローノア・ベンソード腺脂
- 肪腫症
- 虚血性心疾患
- 不整脈
- 心不全
- 脳血管疾患
- 一過性脳虚血発作及び関連症候群
- 単純性慢性気管支炎及び粘液膿性慢性気管支炎
- 詳細不明の慢性気管支炎
- その他の慢性閉塞性肺疾患
- 肺気腫
- 喘息
- 喘息発作の重積
- 気管支拡張症
- 胃潰瘍
- 十二指腸潰瘍
- 胃炎及び十二指腸炎
- 肝疾患（経過が慢性なものに限る）
- 慢性ウィルス肝炎
- アルコール性慢性膵炎
- その他の慢性膵炎
- 思春期早発症
- 性染色体異常
- アナフィラキシー
- ギラン・バレー症候群

# 生活習慣病管理料が生活習慣病管理料Ⅰに変更

改定前	改定後
<p>B 0 0 1 - 3 生活習慣病管理料</p> <p>1 脂質異常症を主病とする場合 570 点</p> <p>2 高血圧症を主病とする場合 620 点</p> <p>3 糖尿病を主病とする場合 720 点</p> <p>注1 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つては、区分番号C 1 0 1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。</p> <p>2 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った第2章第1部医学管理等（区分番号B 0 0 1の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B 0 0 1の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号B 0 0 1の24に掲げる外来緩和ケア管理料及び区分番号B 0 0 1の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料を除く。）、第3部検査、第6部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。</p>	<p>B 0 0 1 - 3 生活習慣病管理料(Ⅰ)</p> <p>1 脂質異常症を主病とする場合<b>610 点</b></p> <p>2 高血圧症を主病とする場合<b>660 点</b></p> <p>3 糖尿病を主病とする場合<b>760 点</b></p> <p>注1 別に<b>厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関</b>（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つては、区分番号C 1 0 1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。</p> <p>2 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った<b>区分番号A 0 0 1の注8に掲げる医学管理</b>、第2章第1部医学管理等（区分番号B 0 0 1の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B 0 0 1の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号B 0 0 1の24に掲げる外来緩和ケア管理料、区分番号B 0 0 1の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料及び<b>区分番号B 0 0 1の37に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料を除く。</b>）、第3部検査、第6部注射及び第13部病理診断の費用は、<b>生活習慣病管理料(Ⅰ)に含まれるものとする。</b></p> <p>3・4 （略）</p> <p>5 <b>生活習慣病管理料(Ⅱ)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(Ⅰ)は、算定できない。</b></p>



## 生活習慣病管理料Ⅱ 新設

333点 月1回算定

さくら記念病院 150万円/月  
クリニック 46万円/月  
特定疾患管理料と比較

- 算定要件
- (1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。
- (2) 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った区分番号A001の注8に掲げる医学管理及び第2章第1部第1節医学管理等（区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料、区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料及び区分番号B001の37に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料を除く。）の費用は、生活習慣病管理料(Ⅱ)に含まれるものとする。
- (3) 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。
- (4) 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、生活習慣病管理料(Ⅱ)を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、290点を算定する。

# 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

##### 【在宅患者訪問診療料 在宅ターミナルケア加算】

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

#### 改定後

##### 【在宅患者訪問診療料 在宅ターミナルケア加算】

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

# (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 ■

※2 看取り加算と死亡診断加算は併算定できない

# 往診料の評価の見直し

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

	以下のいずれかに該当する場合 <b>別に厚生労働大臣が定める患者</b>			<b>その他の場合</b> 厚生労働大臣が定める患者以外の患者に対して行う場合
	① 往診を行う保険医療機関において <b>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</b> ② 往診を行う保険医療機関と <b>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</b> ③ 往診を行う保険医療機関の <b>外来において継続的に診療</b> を受けている患者 ④ 往診を行う保険医療機関と <b>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</b>			
	機能強化型の 在支診・在支病（単独型・連携型）		機能強化型 以外の 在支診・在支病	
	病床有	病床無		
往診料	720点			

+

新設

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

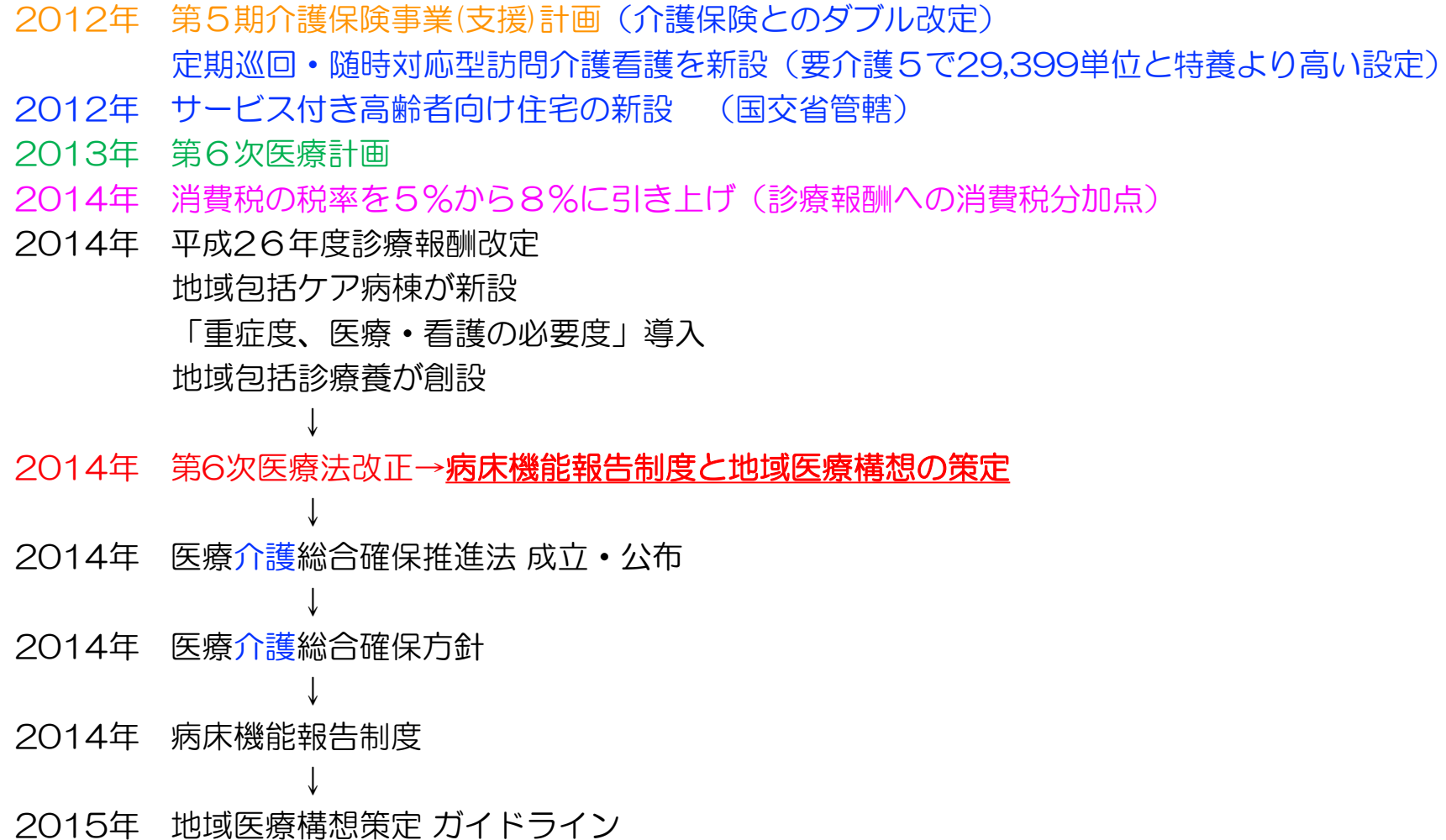
保険医療機関において、**標榜時間内**であって、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している時に、患者又は現にその看護に当たっている者から緊急に求められて往診を行った場合に算定する。

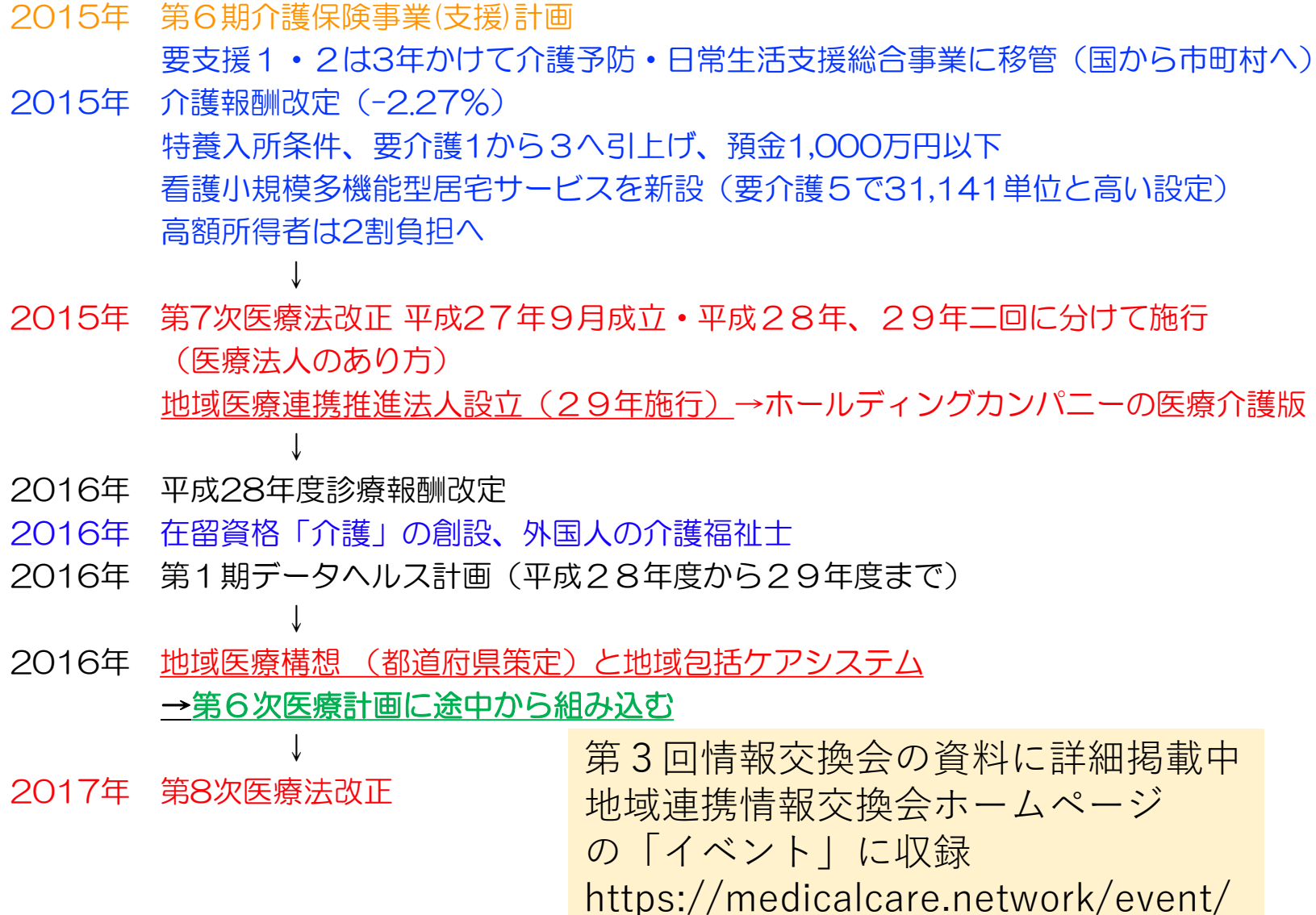
②夜間・休日・深夜往診加算の取扱いについて

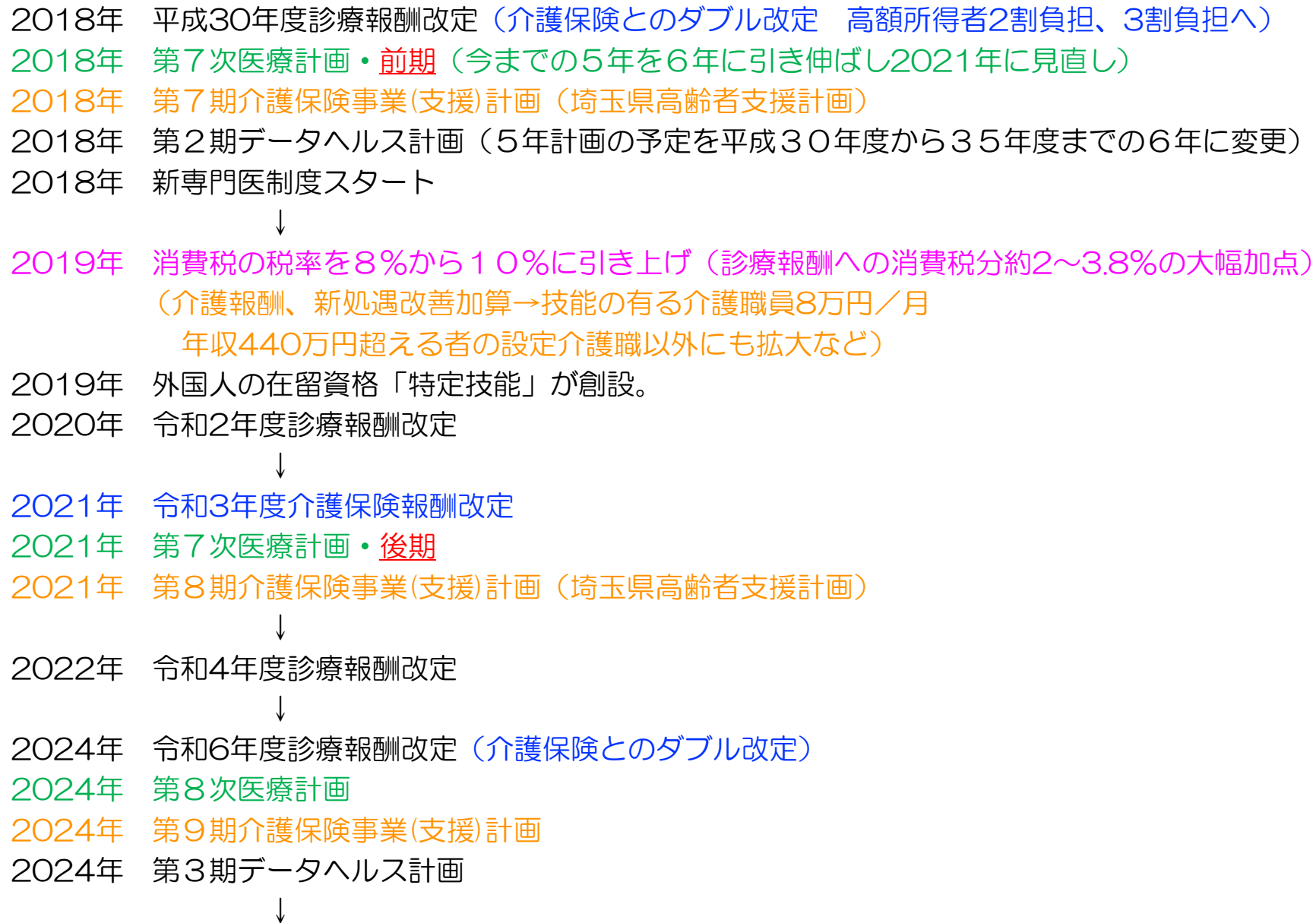
夜間（深夜を除く。）とは**午後6時から午前8時まで**とし、深夜の取扱いについては、**午後10時から午前6時まで**とする。ただし、これらの時間帯が標榜時間に含まれる場合、夜間・休日往診加算及び深夜往診加算は算定できない。

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。

- 2006年 診療報酬改定（-3.16%）、診療報酬本体部分の大幅マイナス改定（-1.36%）  
7：1入院基本料の導入。在宅看取り加算導入、死亡日訪問に10,000点等。  
DPC包括評価導入、療養病床は医療区分1～3とADL区分1～3のマトリックス導入
- 2006年 第5次医療法改正
- ・ 医療計画制度見直し等を通じた医療機能の分化
  - ・ 地域医療の連携体制の構築（2025年対策）
- 2006年 特定療養費制度廃止→保険外併用療養費制度（評価療養と選定療養）
- 2006年 改正介護保険法施行
- 2006年 第3期介護保険事業(支援)計画
- 2006年 平成18年度診療報酬改定（介護保険とのダブル改定、介護保険は-0.5%）  
多数の要介護1の認定者が要支援2へ移る
- 2007年 「救急医療における終末期医療に関する提言（ガイドライン）」
- 2008年 第5次医療計画
- 2008年 老人保健法から「高齢者の医療確保に関する法律（高齢者医療確保法）」に改称。  
後期高齢者制度開始。
- 2008年 EPA看護師・介護福祉士候補者受入開始（インドネシア、フィリピン、ベトナム）
- 2009年 第4期介護保険事業(支援)計画
- 2010年 平成22年度診療報酬改定 療養病床は、療養病床1と療養病床2に細分化











そして2025年です

で、その後は、、、

人口減少→多死亡社会、

地域格差の拡大

DX、IoT、AI、ICT、遠隔診療

新薬

ロボット

IPS細胞

イノベーション

政府は20年前より準備している→歴史から未来を読む力が必要！

今回の同時改定は内容が多くまた各項目が細かい為、膨大な資料になっている。

厚労省のHPで詳細をさらに確認が必要！

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352\\_00012.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00012.html)

上記をHPを参照してください。



ご清聴有難う  
ございました。

医療法人さくら  
法人本部 本部長  
清水 義文

有料老人ホームふじさくら 1F