

2024/8/15 那覇市在宅医療・介護連携
支援センター主催研修用資料

診療報酬改定(回リハ・地ケアver.)

北中城若松病院 大嶺

共通項目

□入院基本料の算定要件(新) → 出来なければ入院料算定不可！

- ①入院料の施設基準における栄養管理体制の基準に、標準的な栄養評価手法の活用及び退院時も含めた定期的な栄養状態の評価を栄養管理手順に位置づけることを明確化。
- ②(小児入院医療管理料等を算定する病棟のみを有する保険医療機関以外の)入院料及び特定入院料を算定している医療機関において、厚労省「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」等の内容を踏まえた適切な意志決定支援に係る指針を作成していることを要件。→地ケアはすでに要件！
- ③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(精神科病院においては精神保健福祉法の規定による)。

次ページ以降、厚労省保険局医療課作成「令和6年度診療報酬改定の概要【入院Ⅲ（回復期）】の資料より抜粋（一部を除き赤字は講師追記分）」

地域包括ケア病棟入院料の評価の見直し

地域包括ケア病棟入院料の評価の見直し

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

現行			改定後	
【地域包括ケア病棟入院料】			【地域包括ケア病棟入院料】	
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 1	<u>2,809点</u>		地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 1	29↑ <u>2,838点</u>
			<u>40日以内</u>	
			<u>41日以降</u>	119↓ <u>2,690点</u>
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 2	<u>2,620点</u>		地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 2	29↑ <u>2,649点</u>
			<u>40日以内</u>	
			<u>41日以降</u>	110↓ <u>2,510点</u>
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 3	<u>2,285点</u>		地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 3	<u>2,312点</u>
			<u>40日以内</u>	
			<u>41日以降</u>	<u>2,191点</u>
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 4	<u>2,076点</u>		地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 4	29↑ <u>2,102点</u>
			<u>40日以内</u>	
			<u>41日以降</u>	110↓ <u>1,992点</u>

地域包括ケア病棟の在宅患者支援病床初期加算の見直し

地域包括ケア病棟の在宅患者支援病床初期加算の見直し

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

現行

【在宅患者支援病床初期加算】

- (1) 介護老人保健施設から入院した患者の場合 **500点**
- (2) 介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者の場合 **400点**



改定後

【在宅患者支援病床初期加算】

- (1) 介護老人保健施設から入院した患者の場合
- ① 救急搬送された患者又は他の保険医療機関で区分番号C004-2に掲げる救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者であつて、入院初日から当該病棟に入院した患者の場合 **580点**
- ② ①の患者以外の患者の場合 **480点**
- (2) 介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者の場合
- ① 救急搬送された患者又は他の保険医療機関で区分番号C004-2に掲げる救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者であつて、入院初日から当該病棟に入院した患者の場合 **480点**
- ② ①の患者以外の患者の場合 **380点**

地域包括ケア病棟の施設基準の見直し

地域包括ケア病棟入院料における在宅医療等の実績の評価の見直し

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

現行

【地域包括ケア病棟入院料】

〔施設基準〕

地域包括ケア病棟入院料 1

- ① (略)
- ② 在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）及び精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）を前三月間において六十回以上算定している保険医療機関であること。
- ③ 訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法に規定する訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を前三月間において三百回以上算定している訪問看護ステーションが当該保険医療機関に併設されていること。
- ④ (略)
- ⑤ 介護保険法第八条第二項に規定する訪問介護、同条第四項に規定する訪問看護、同条第五項に規定する訪問リハビリテーション、同法第八条の二第三項に規定する介護予防訪問看護又は同条第四項に規定する介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有している施設が当該保険医療機関に併設されていること。
- ⑥ (略)



改定後

【地域包括ケア病棟入院料】

〔施設基準〕

地域包括ケア病棟入院料 1

- ① (略)
- ② **退院後訪問指導料**、在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）、精神科訪問看護・指導（Ⅲ）、**指定居宅サービス介護給付費単位数表の訪問看護費の口**及び指定介護予防サービス介護給付費単位数表の**介護予防訪問看護費の口**を前三月間において**百五十回以上**算定している保険医療機関であること。
- ③ 訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法に規定する訪問看護基本療養費、精神科訪問看護基本療養費、指定居宅サービス介護給付費単位数表の**訪問看護費のイ**及び指定介護予防サービス介護給付費単位数表の**介護予防訪問看護費のイ**を前三月間において**八百回以上**算定している訪問看護ステーションが当該保険医療機関に併設されていること。
- ④ (略)
- ⑤ 介護保険法第八条第二項に規定する訪問介護、同条第五項に規定する訪問リハビリテーション又は第八条の二の第四項に規定する介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有している施設が当該保険医療機関に併設されていること。
- ⑥ (略)

※ 地域包括ケア入院医療管理料 1、地域包括ケア病棟入院料 2、地域包括ケア入院医療管理料 2、地域包括ケア病棟入院料 3、地域包括ケア入院医療管理料 3、地域包括ケア病棟入院料 4、地域包括ケア入院医療管理料 4、特定一般入院料病棟入院料の注 7 についても同様。

〔経過措置〕

令和6年3月31日において現に地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟又は病室については、令和7年5月31日までの間に限り、②、③又は⑤のそれぞれに該当するものとみなす。

地域包括ケア病棟の施設基準の見直し

	入院料1	管理料1	入院料2	管理料2	入院料3	管理料3	入院料4	管理料4
看護職員	13対1以上（7割以上が看護師）							
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置							
リハビリテーション実施	リハビリテーションを提供する患者については1日平均2単位以上提供していること							
救急の実施	一般病床において届け出る場合には、第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令に基づく認定された救急病院であること（ただし、200床未満の場合は救急外来を設置していること又は24時間の救急医療提供を行っていることで要件を満たす。）							
届出単位	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室
許可病床数200床未満	○		-	○	○		-	○
室面積	6.4平方メートル以上							
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ 10%以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ 8%以上							
自院の一般病棟から転棟した患者割合※1	-		6割5分未満 (許可病床数200床以上の場合) (満たさない場合85/100に減算)	-	-		6割5分未満 (許可病床数200床以上の場合) (満たさない場合85/100に減算)	-
自宅等から入棟した患者割合※1	2割以上 (管理料の場合、10床未満は3月で8人以上)		いずれか1つ以上 (満たさない場合90/100に減算) (「在宅医療等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい)		2割以上 (管理料の場合、10床未満は3月で8人以上)		いずれか1つ以上 (満たさない場合90/100に減算) (「在宅医療等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい)	
自宅等からの緊急患者の受入	3月で9人以上				3月で9人以上			
在宅医療等の実績	○（2つ以上）				○（2つ以上）			
在宅復帰率※1※2	7割2分5厘以上				7割以上（満たさない場合90/100に減算）			
入退院支援部門等	入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること 入院料及び管理料の1・2については入退院支援加算1を届け出ていること（許可病床数100床以上の場合） (満たさない場合90/100に減算)							

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

※1 自院の一般病棟から転棟した患者割合、自宅等から入棟した患者割合、在宅復帰率について、**短期滞在手術等基本料3を算定する患者及び短期滞在手術等基本料1の対象手術を実施した患者を対象から除く。**

※2 **在宅復帰率の分子に、在宅強化型（超強化型を含む）の介護老人保健施設への退院患者の数の半数を加える。**

→併設老健も対象！

回復期リハビリテーション病棟に係る見直し①

入院料の評価の見直し

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

現行

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



改定後

【回復期リハビリテーション病棟入院料】	
回復期リハビリテーション病棟入院料 1 (生活療養を受ける場合)	100↑ <u>2,229点</u> <u>2,215点</u>
回復期リハビリテーション病棟入院料 2 (生活療養を受ける場合)	100↑ <u>2,166点</u> <u>2,151点</u>
回復期リハビリテーション病棟入院料 3 (生活療養を受ける場合)	<u>1,917点</u> <u>1,902点</u>
回復期リハビリテーション病棟入院料 4 (生活療養を受ける場合)	<u>1,859点</u> <u>1,845点</u>
回復期リハビリテーション病棟入院料 5 (生活療養を受ける場合)	<u>1,696点</u> <u>1,682点</u>

[追加の施設基準]

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

回復期リハビリテーション病棟に係る見直し②

GLIM基準による栄養評価の要件化

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

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

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

- 2018年に世界の栄養学会 (ESPEN:欧州, ASPEN:北米, PENSA:アジア, FELANPE:南米) が低栄養の診断基準としてGLIM基準を策定
 - 表現型(体重減少、低BMI、筋肉量減少)と病因(食事摂取量減少/消化吸収能低下、疾病負荷/炎症)により判定
- ※詳細は、日本臨床栄養代謝学会 (JSPEN) HP「GLIM基準について」を参照

定期的なFIMの測定の要件化

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

回復期リハビリテーション病棟に係る見直し③

運動器リハビリテーション料の算定単位数の見直し

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

現行

【算定上限緩和対象患者】

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

発症から60日以内は9単位
まで算定可

改定後

【算定上限緩和対象患者】

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

体制強化加算の廃止

- 回復期リハビリテーション病棟入院料の体制強化加算1及び2を廃止する。→専従Dr不要

現行

【回復期リハビリテーション病棟入院料1・2】

- | | | |
|---------|--------------|------|
| 体制強化加算1 | 入院中算定可 収入大幅減 | 200点 |
| 体制強化加算2 | | 80点 |

改定後

- 【回復期リハビリテーション病棟入院料1・2】
[廃止]

回復期リハビリテーション病棟入院料（主な施設基準）

		入院料 1	入院料 2	入院料 3	入院料 4	入院料 5 (※1)
職員の配置に関する施設基準	医師	専任常勤 1 名以上				
	看護職員	1 3 対 1 以上（7 割以上が看護師）	1 5 対 1 以上（4 割以上が看護師）			
	看護補助者	3 0 対 1 以上				
	リハビリ専門職	専従常勤の P T 3 名以上、 O T 2 名以上、S T 1 名以上	専従常勤の P T 2 名以上、O T 1 名以上			
	社会福祉士	専任常勤 1 名以上 ⇒ 専従常勤 1 名以上	-			
	管理栄養士	専任常勤 1 名	専任常勤 1 名の配置が望ましい			
リハビリテーションの提供体制等に関する施設基準	休日のリハビリテーション	○		-		
	FIMの測定に関する院内研修会	年 1 回以上開催	-	年 1 回以上開催	-	-
	リハビリ計画書への栄養項目記載/ GLIM基準による評価	○	GLIM基準を用いることが望ましい			
	口腔管理	○		-		
	第三者評価	受けていることが望ましい	-	受けていることが望ましい	-	-
	地域貢献活動	参加することが望ましい		-		
アウトカムに関する施設基準	新規入院患者のうちの、重症の患者の割合	4 割以上		3 割以上		-
	自宅等に退院する割合	7 割以上				
	リハビリテーション実績指数	40 以上	-	35 以上	-	-
	入院時に重症であった患者の退院時の日常生活機能評価（）内はFIM総得点	3 割以上が 4 点（16 点）以上改善		3 割以上が 3 点（12 点）以上改善		-
点数 （）内は生活療養を受ける場合	2,229 点 (2,215 点)	2,166 点 (2,151 点)	1,917 点 (1,902 点)	1,859 点 (1,845 点)	1,696 点 (1,682 点)	

※ 1 : 入院料 5 については、届出から 2 年間に限り届け出ることができる。