

令和6年度 那覇市在宅医療・介護連携推進事業

「那覇市地域包括支援センターおよび介護支援専門員向け
令和6年度診療報酬改定研修会」

急性期病棟



地方独立行政法人 那覇市立病院
医療福祉相談室・がん相談支援センター
医療ソーシャルワーカー 仲宗根 恵美





病院概要

- 一般病床 470床
- 標榜診療科 36診療科（令和5年4月1日現在）

内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、神経内科、血液内科、腎臓内科、糖尿病内科、内分泌内科、リウマチ科、脳神経内科、小児科、精神科、外科、呼吸器外科、消化器外科、小児外科、内視鏡外科、乳腺外科、整形外科、脳神経外科、皮膚科、腎・泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、救急科、リハビリテーション科、病理診断科、放射線診断科、放射線治療科、麻酔科、歯科口腔外科、歯科、心臓血管外科、形成外科

病院概要

【主な機能】

- ・救急告示病院
- ・地域医療支援病院
- ・地域がん診療連携拠点病院
- ・地域周産期母子医療センター
- ・基幹型臨床研修指定病院
- ・日本医療機能評価機構認定病院

【他に】

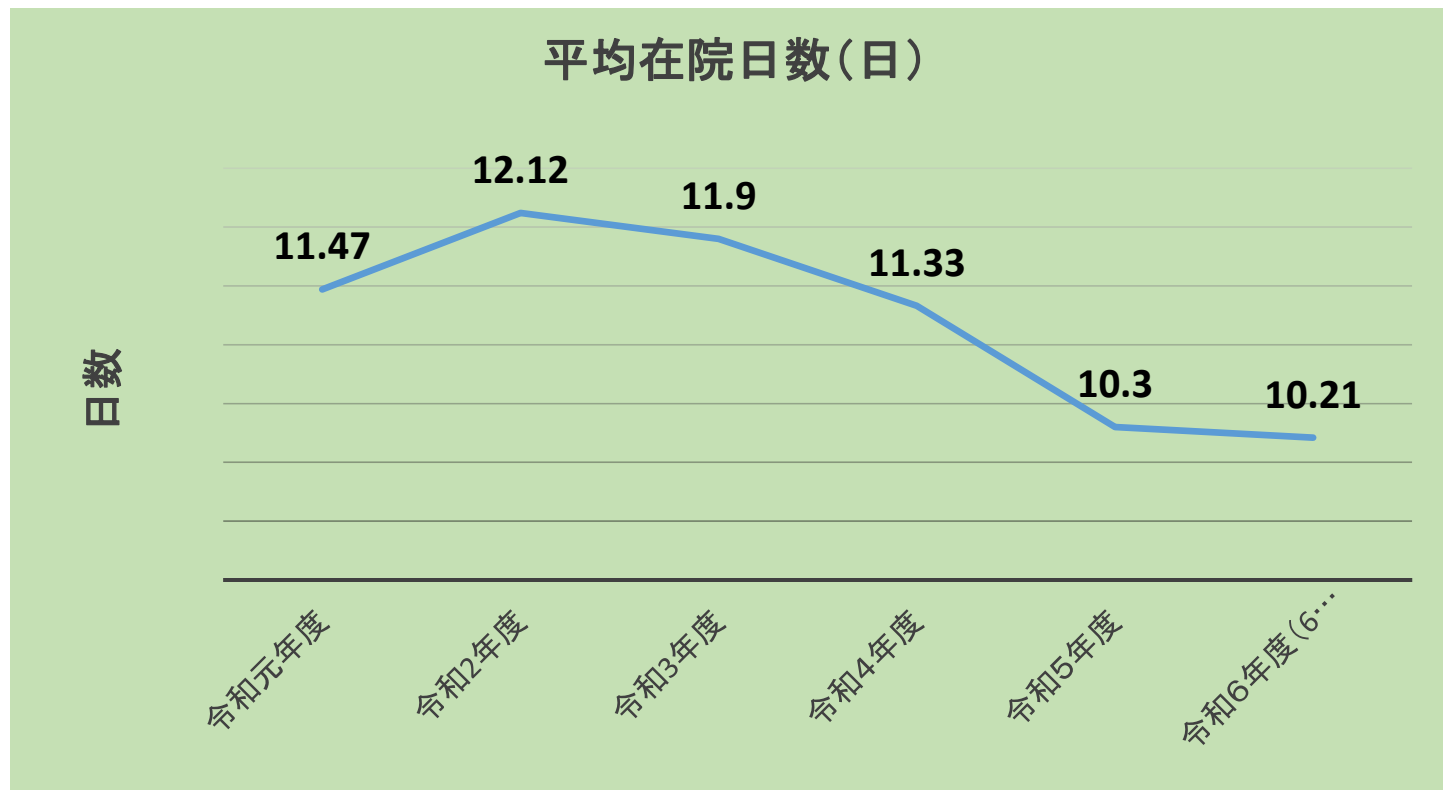
- ・災害医療・感染症医療支援・協力
- ・こども虐待対策拠点病院
- ・高齢者虐待連携病院
- ・障害者虐待連携病院
- ・性暴力被害者ワンストップ支援センター協力病院
- ・一次脳卒中センター（PSC）コア認定
- ・臓器提供施設連携構築事業 拠点施設認定
- ・那覇市施策との連携
- ・在宅医療への支援・連携





令和5年度

病床稼働率 79 %
平均在院日数 10.3日



テーマ別に探す

報道・広報

政策について

厚生労働省について

統計情報・白書

所管の法令等

申請・募集・情報公開

ホーム > 政策について > 分野別の政策一覧 > 健康・医療 > 医療保険 > 令和6年度診療報酬改定について > 令和6年度診療報酬改定説明会(令和6年3月5日開催)資料等について

令和6年度診療報酬改定説明資料等について

説明動画

[令和6年度診療報酬改定説明\(YouTube\)](#) (はこちら ← 公開しました)

[令和6年度診療報酬改定における賃上げについて\(YouTube\)](#) (はこちら ← 公開しました)

- [ベースアップ評価料計算支援ツール\(医科\)](#)
- [ベースアップ評価料計算支援ツール\(歯科\)](#)
- [ベースアップ評価料計算支援ツール\(訪問看護\)](#)

説明資料

- [01 令和6年度診療報酬改定の概要 \(全体概要版\) \[5MB\]](#)
- [02 令和6年度診療報酬改定の概要 \(医科全体版\) \[10MB\]](#) ※分割版の03～20まで

(分割版はこちら)

- [03 令和6年度診療報酬改定の概要 賃上げ・基本料の引き上げ \[676KB\]](#)
- [04 令和6年度診療報酬改定の概要 医療DXの推進 \[1MB\]](#)
- [05 令和6年度診療報酬改定の概要 ポストコロナにおける感染症対策の推進 \[1MB\]](#)
- [06 令和6年度診療報酬改定の概要 同時報酬改定における対応 \[668MB\]](#)
- [07 令和6年度診療報酬改定の概要 外来 \[1MB\]](#)
- [08 令和6年度診療報酬改定の概要 入院Ⅰ\(地域包括医療病棟\) \[680KB\]](#)
- [09 令和6年度診療報酬改定の概要 入院Ⅱ\(急性期・高度急性期入院医療\) \[1MB\]](#)
- [10 令和6年度診療報酬改定の概要 入院Ⅲ\(回復期\) \[475MB\]](#)
- [11 令和6年度診療報酬改定の概要 入院Ⅳ\(慢性期入院医療\) \[1MB\]](#)
- [12 令和6年度診療報酬改定の概要 入院Ⅴ\(DPC/PDPS・短期滞在手術等\) \[1MB\]](#)
- [13 令和6年度診療報酬改定の概要 入院Ⅵ\(働き方改革の推進・構造的個別事項\) \[815KB\]](#)
- [14 令和6年度診療報酬改定の概要 在宅\(在宅医療、訪問看護\) \[1MB\]](#)
- [15 令和6年度診療報酬改定の概要 重点分野Ⅰ\(救急医療、小児・周産期医療、がん医療\) \[1MB\]](#)
- [16 令和6年度診療報酬改定の概要 重点分野Ⅱ\(認知症、精神医療、難病患者に対する医療\) \[2MB\]](#)
- [17 令和6年度診療報酬改定の概要 医療資源の少ない地域等に配慮した対応 \[1MB\]](#)
- [18 令和6年度診療報酬改定の概要 個別改定事項\(1\) \[567KB\]](#)

https://www.mhlw.go.jp/shokanhourei/index.html

令和6年3月5日版

令和6年度診療報酬改定 【全体概要版】

厚生労働省保険局医療課

※ 本資料は現時点での改定の概要をご紹介するためのものであり、算定要件・施設基準等の詳細については、今後正式に発出される告示・通知等をご確認ください。

※ 本資料は、HP掲載時に適宜修正する場合がありますのでご注意ください。

令和6年度診療報酬改定における主要な改定項目①

1. 賃上げ・基本料等の引き上げ

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

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

【一般病棟入院基本料】

急性期一般入院料 1 **1,688点**

【特定機能病院入院基本料】

7対1入院基本料（一般病棟の場合） **1,822点**

【初診料・再診料等】

初診料 **291点**

再診料 **75点**

2. 医療DXの推進

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

(新) 医療情報取得加算

初診時

医療情報取得加算 1 **3点**

医療情報取得加算 2 **1点**

再診時（3月に1回に限り算定）

医療情報取得加算 3 **2点**

医療情報取得加算 4 **1点**

(新) 医療DX推進体制整備加算 (初診時) 8点

(新) 在宅医療DX情報活用加算 (月1回) 10点

3. ポストコロナにおける感染症対策の推進

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

(新) 特定感染症入院医療管理加算

治療室の場合 **200点**

それ以外の場合 **100点**

(新) 特定感染症患者療養環境特別加算

個室加算 **300点**

陰圧室加算 **200点**

(新) 発熱患者等対応加算 20点

(新) 抗菌薬適正使用体制加算 5点

**(新) 急性期リハビリテーション加算
50点 (14日目まで)**

令和6年度診療報酬改定における主要な改定項目②

4. 同時報酬改定における対応

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

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

（新）協力対象施設入所者入院加算（入院初日）

1 往診が行われた場合	600点
2 1以外の場合	200点

（新）介護保険施設等連携往診加算 200点

（新）医療的ケア児（者）入院前支援加算 1,000点

【有床診療所入院基本料】

イ 介護 障害 連携加算 1	192点
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の促進、**一般名処方加算の見直し**等による後発品使用促進。
- 外来腫瘍化学療法の充実。

（新）生活習慣病管理料（Ⅱ） 333点（月1回）

特定疾患処方管理加算	56点
地域包括診療加算 1/2	28点/21点
認知症地域包括診療加算 1/2	38点/31点
【一般名処方加算】 一般名処方加算 1/2	10点/8点
後発医薬品使用体制加算 1/2/3	87点/82点/77点
外来後発医薬品使用体制加算 1/2/3 【薬剤情報提供料】	8点/7点/5点 4点
【処方箋料】	60点

6. 医療機能に応じた入院医療の評価

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

（新）地域包括医療病棟入院料 3,050点

（新）特定集中治療室管理料 5・6 8,890点

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

回復期リハビリテーション病棟入院料 1
2,229点（体制強化加算は廃止）

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

令和6年度診療報酬改定における主要な改定項目③

7. 質の高い訪問診療・訪問看護の確保

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

(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得る児への対応強化。
- 小児に付き添う家族等に配慮した小児入院医療提供体制の推進。
- 精神科における地域包括ケアを推進する**精神科地域包括ケア病棟**の新設。
- 精神病床に入院する患者への入退院支援に対する評価の新設。

(新) 救急患者連携搬送料 **600～1,800点**

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

小児特定疾患カウンセリング料
(新) 初回 **800点他**

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

(新) 精神科地域包括ケア病棟入院料
1,535点

(新) 精神科入退院支援加算（退院時1回）
1,000点

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**

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。



地域包括医療病棟① 病棟のイメージ

背景

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

地域包括医療病棟における医療サービスのイメージ



救急患者を受け入れる体制を整備



一定の医療資源を投入し、急性期を速やかに離脱



早期の退院に向け、リハビリ、栄養管理等を提供



退院に向けた支援
適切な意思決定支援



早期の在宅復帰
在宅医療、介護との連携

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

包括的に提供

<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001251535.pdf>

急性期病棟、地域包括医療病棟及び地域包括ケア病棟の機能の比較（イメージ）

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

入院基本料等の見直し

入院基本料等の見直し

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

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

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

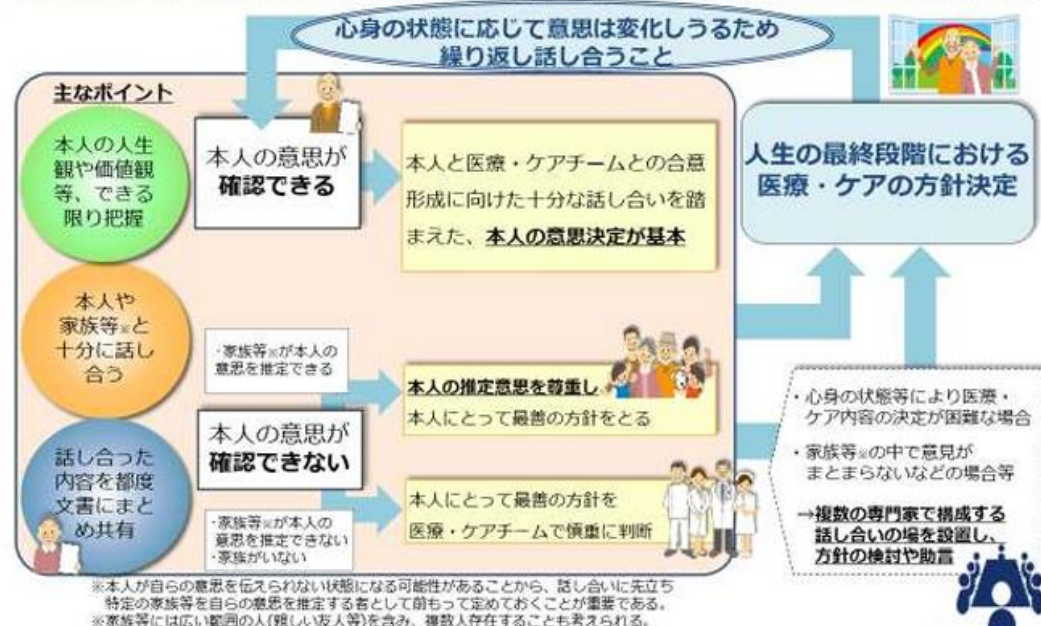
- 人生の最終段階における適切な意思決定支援を推進する観点から、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」（以下、「ガイドライン」とする。）等の内容を踏まえ、**意思決定支援に関する指針を作成することを要件とする入院料等の対象を見直す。**
- ガイドライン等の内容を踏まえた**適切な意思決定支援に係る指針の作成を要件とする入院料の範囲を拡大**する。
- ガイドライン等の内容を踏まえた**適切な意思決定支援に係る指針の作成を、地域包括診療料等の要件に追加**する。

【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。



【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、意思決定支援に関する指針の作成の基準に該当するものとみなす。

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。

急性期一般入院料1の施設基準の見直し

平均在院日数の基準の見直し

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

現行

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



改定後

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

重症度、医療・看護必要度の該当患者の要件の見直し

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

現行

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

別表1

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



改定後

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

別表1(基準：20% ※必要度Ⅱの場合)

別表2(基準：27% ※必要度Ⅱの場合)

A得点が3点以上の患者	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

看護必要度 ココが変わる!

- 1 7対1病棟で「B項目」の評価がなくなる
- 2 「看護必要度を満たす基準」が変わる
- 3 A項目「救急搬送後の入院」は5日→2日に短縮
- 4 A項目「注射薬剤3種類以上」は静脈栄養を除外



看護roo!

A項目 緊急度・重症度をいっそう厳しく評価

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点	3点
1	創傷処置（褥瘡の処置を除く） ④創傷の処置 ⑤褥瘡の処置 ※看護必要度Ⅱの評価対象となる診療行為を実施した場合のみ評価	なし	あり	—	—
2	呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く） ※看護必要度Ⅱの評価対象となる診療行為を実施した場合のみ評価	なし	あり	—	—
3	注射薬剤3種類以上の管理（最大7日間） ※静脈栄養に関する薬剤を除外	なし	あり	—	—
4	シリンジポンプの管理	なし	あり	—	—
5	輸血や血液製剤の管理	なし	—	あり	—
6	専門的な治療・処置	なし	—	あり	あり
	①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ） ※入院での使用割合が6割未満の薬剤は除外				
	②抗悪性腫瘍剤の内服の管理 ※入院での使用割合が7割未満の薬剤は除外				
	③麻薬の使用（注射剤のみ）				
	④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理				
	⑤放射線治療				
	⑥免疫抑制剤の管理（注射剤のみ）				
	⑦昇圧剤の使用（注射剤のみ）				
	⑧抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）				
	⑨抗血栓塞栓薬持続点滴の使用				
	⑩ドレナージの管理				
⑪無菌治療室での治療					
7	I：救急搬送後の入院（5日間 2日間） II：緊急に入院を必要とする状態（5日間 2日間）	なし	—	あり	—

B項目 7対1病棟は評価基準から除外

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

C項目 評価日数がほぼ短縮、短期滞在手術も評価対象に

C	手術等の医学的状况	0点	1点
15	開頭手術（13日間 11日間）	なし	あり
16	開胸手術（12日間 9日間）	なし	あり
17	開腹手術（7日間 6日間）	なし	あり
18	骨の手術（11日間 10日間）	なし	あり
19	胸腔鏡・腹腔鏡手術（5日間 4日間）	なし	あり
20	全身麻酔・脊椎麻酔の手術（5日間）	なし	あり
21	救命等に係る内科的治療（5日間 4日間）	なし	あり
	①経皮的血管内治療		
	②経皮的心筋焼灼術等の治療 ③侵襲的な消化器治療		
22	別に定める検査（2日間）	なし	あり
23	別に定める手術（6日間 5日間）	なし	あり

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、当該施設の協力医療機関となっている保険医療機関が施設入所者を受け入れた場合について、新たな評価を行う。

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

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

2. 地域包括診療料等の見直し (II-7-①)

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

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

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

4. 入退院支援加算1・2の見直し (II-2-⑧)

➤ 入退院支援における、関係機関との連携強化等の観点から、退院時における医療機関から介護支援専門員へ情報提供する様式の見直し、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。

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

【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

- エ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること
- オ 生活困窮者であること
- カ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること。）
- キ 排泄に介助を要すること
- ク 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと
- ケ 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む。）が必要なこと
- コ 入退院を繰り返していること
- 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

改定後

【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 入退院を繰り返していること
- ス 入院治療を行っても長期的な低栄養状態となることが見込まれること
- セ 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること
- ソ 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること
- タ その他患者の状況から判断してアからウまでに準ずると認められる場合

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。

入退院支援加算1・2の見直しについて①

入院時支援加算1の見直し

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

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

入退院支援加算1の施設基準で求める連携機関数について

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

現行	改定後
<p>【入退院支援加算1】 [施設基準]</p> <p>(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。</p>	<p>【入退院支援加算1】 [施設基準]</p> <p>(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、<u>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。）</u>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。</p> <p>また、<u>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</u>であること。</p>

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。

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、退院後早期に継続的で質の高いリハビリテーションを推進する観点から、退院時共同指導料2の参加職種について、介護保険によるリハビリテーションを提供する事業所の医師、理学療法士等の参加を求めることが望ましいこととする。

介護報酬上の対応

- 訪問・通所リハビリテーションにおいて、医師等の従業者が、入院中にリハビリテーションを受けていた利用者に対し退院後のリハビリテーションを提供する際に、入院中に医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書等を入手し、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との間の連携により、退院後早期に継続的で質の高いリハビリテーションを推進する観点から、退院時共同指導料2について要件を見直す。

現行

【退院時共同指導料2】
【算定要件】

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



退院前カンファレンスにおける情報共有

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。



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。

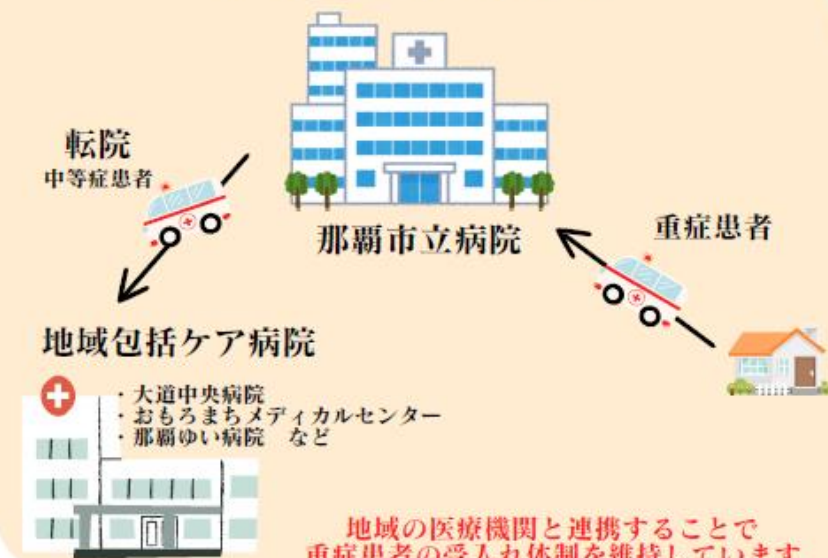
急性期一般入院料1における在宅復帰率の基準の見直し

- 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。

適切な医療につなげるために
入院後、当日を含めた数日以内に
転院調整をお願いすることがあります

《救急医療体制の役割分担》



今年度より国から那覇市立病院などの急性期病院は手術やがん治療、カテーテル治療などの医療に専念するよう指導を受けています。

そのため、地域包括ケア病棟で対応可能な疾患や症状の場合、那覇市立病院に入院後、当日を含め数日で地域の医療機関に転院調整をおこないます。

※患者さんが安心して安全な治療が継続できるよう転院先の医療機関と確実な引継ぎを行います。患者さん、ご家族に急な対応をお願いすることと存じますがご理解・ご協力の程よろしくお願い致します。

理事長 外間 浩

入院時の食費の基準の見直し

入院時の食費の基準の見直し

- 食材費等が高騰していること等を踏まえ、**入院時の食費の基準を引き上げる**。
 ※ 令和6年6月1日施行。令和6年3月までは重点支援地方交付金により対応。令和6年4月・5月については地域医療介護総合確保基金により対応。
- 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。

	現行		改定後
総額	640円	+30円 ➔	<u>670円</u>
自己負担	一般所得者の場合	+30円 ➔	<u>490円</u>
	住民税非課税世帯の場合	+20円 ➔	<u>230円</u>
	住民税非課税かつ所得が一定基準に満たない70歳以上の場合	+10円 ➔	<u>110円</u>

理念

和と奉仕



2025年10月 新病院開院予定

ご静聴
ありがとう
ございました。

