



診療報酬改定対応はまだまだ  
これから

「2024年の診療報酬改定は  
医療機関にとって、  
福音書なのか黙示録なのか」

「働き方改革懇談会 & セミナー」

2024年4月27日（土）18：30～

（公社）日本医業経営コンサルタント協会  
東京都支部 理事  
認定登録医業経営コンサルタント

外山 和也

# 本日のセミナーの前提条件

1

「診療報酬改定」がテーマであるが、診療報酬の専門家ではないので、医療機関経営の視点からの発題とします。

2

民間の中小病院に関するテーマを中心に、組み立ててあります。

1. 序章
2. 改定の概要
3. 2040年に向けたメッセージ
4. 地域包括医療病棟と病病連携
5. 介護・障害サービスとの連携
6. 患者への啓発
7. まとめ

# 医療にパラダイムシフトが示唆された改定

- 医療の在り方が劇的に変化

- 「治す」医療から、（退院後の生活を考えた）  
「治し支える医療」へ

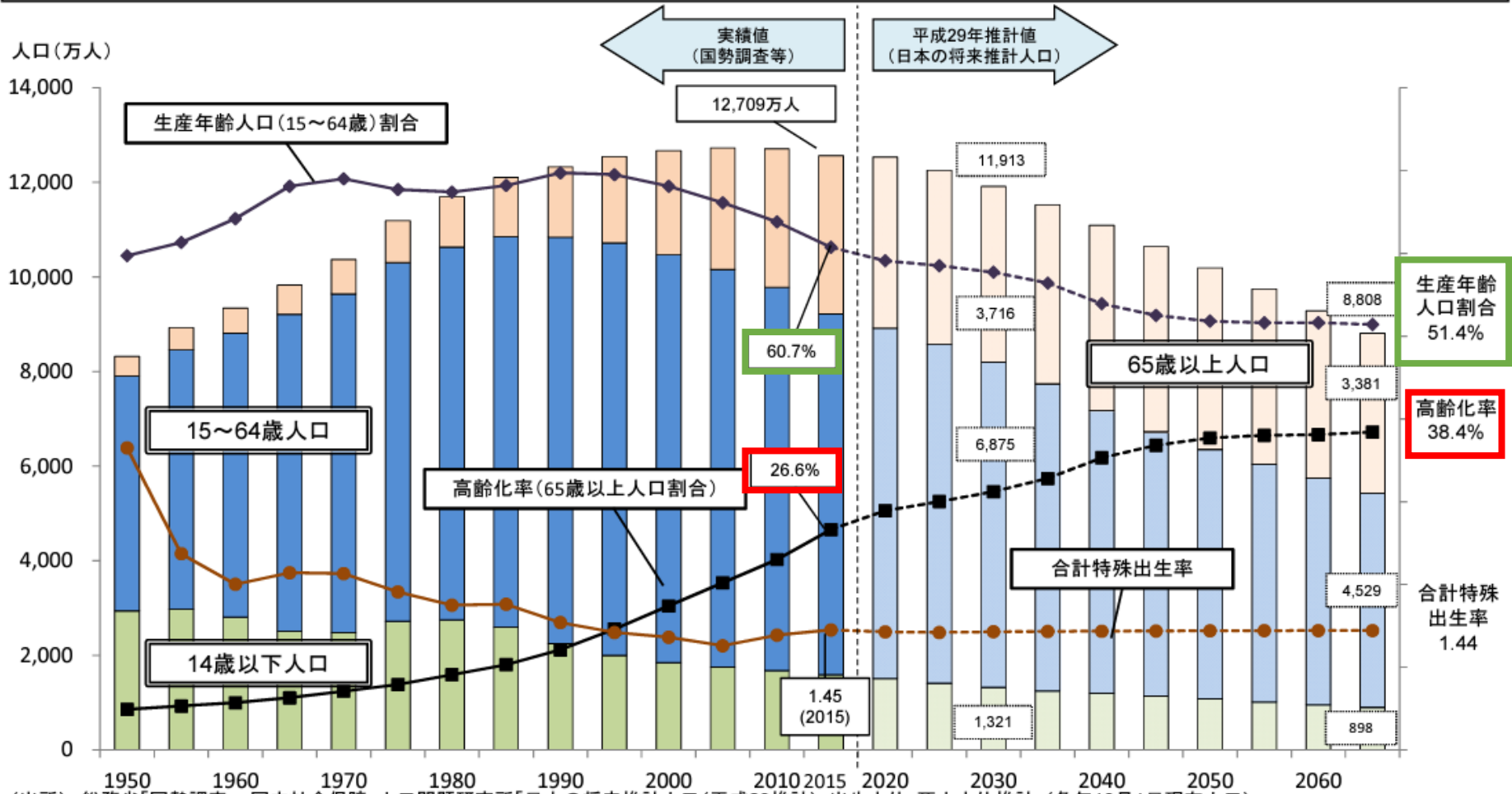
- 介護・障害サービスとの連携推進、情報共有

- 在宅での医療需要が増加。医療との直接連携がますます重要に
- 介護技術の提供範囲の拡大・複雑化への対応
- 「お世話」で支えるから、「生きる」を支えるへ
- 「尊厳」の擁護



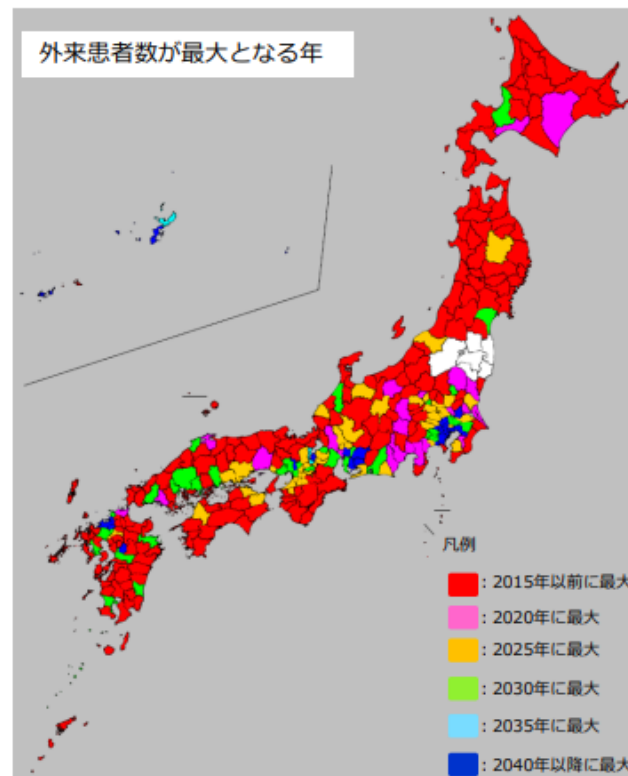
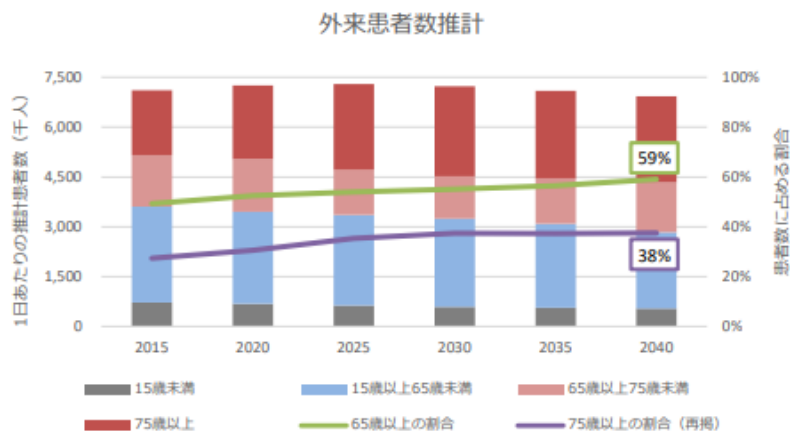
# 日本の人口の推移

○ 日本の人口は近年減少局面を迎えている。2065年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は38%台の水準になると推計されている。



2015年から2065年までの50年の間に  
 高齢化率：+11.8ポイント 生産年齢人口：△9.3ポイント

- 全国での外来患者数は2025年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2040年には約6割となるが見込まれる。
- 既に2020年までに214の医療圏では外来患者数のピークを迎えていると見込まれる。



出典：患者調査（平成29年）「受療率（人口10万対）、入院一外来×性・年齢階級×都道府県別」  
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

※「外来」には「通院」「往診」「訪問診療」「医師以外の訪問」が含まれる。

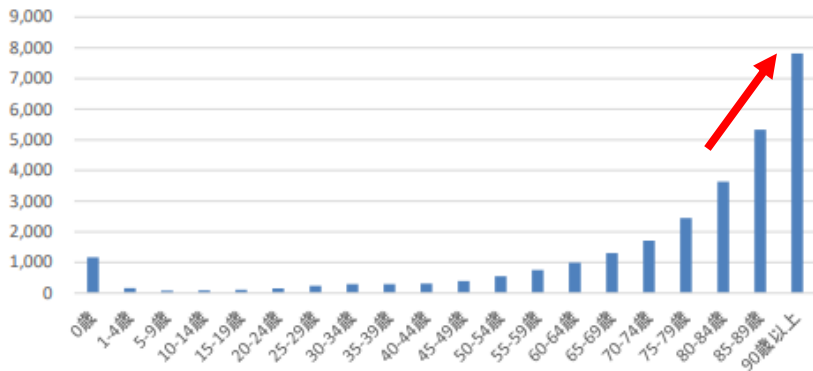
※二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

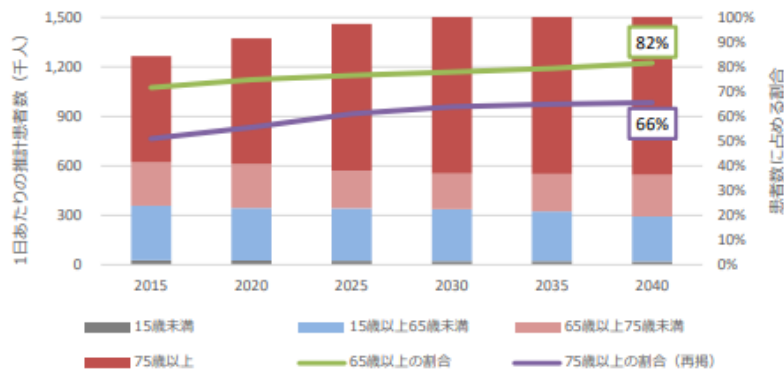
# 医療需要の変化① 入院患者数は、全体としては増加傾向にある

- 全国での入院患者数は2040年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2040年には約8割となるが見込まれる。
- 2次医療圏によって入院患者数が最大となる年は様々であるが、既に2020年までに89の医療圏が、また2035年までには260の医療圏がピークを迎えることが見込まれる。

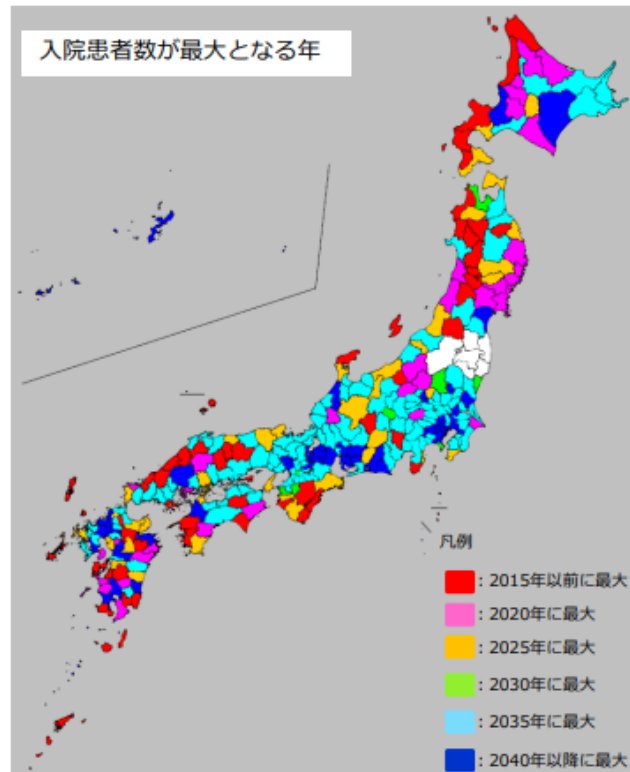
入院受療率（人口10万対）



入院患者数推計



入院患者数が最大となる年



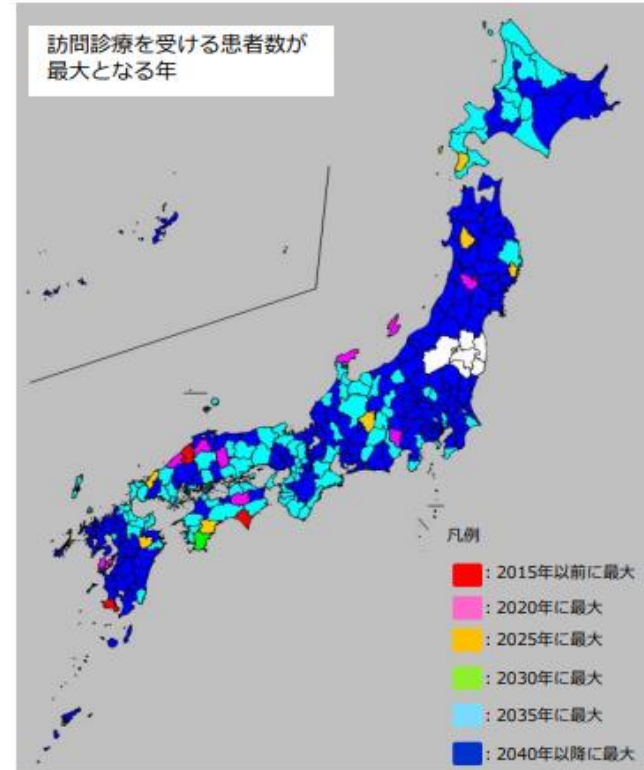
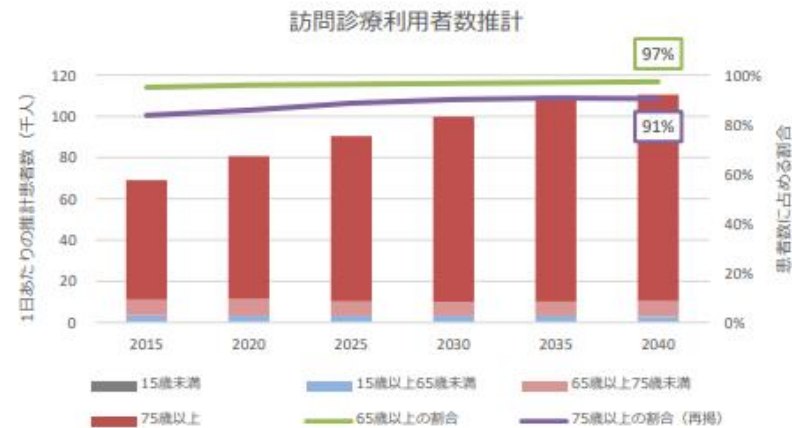
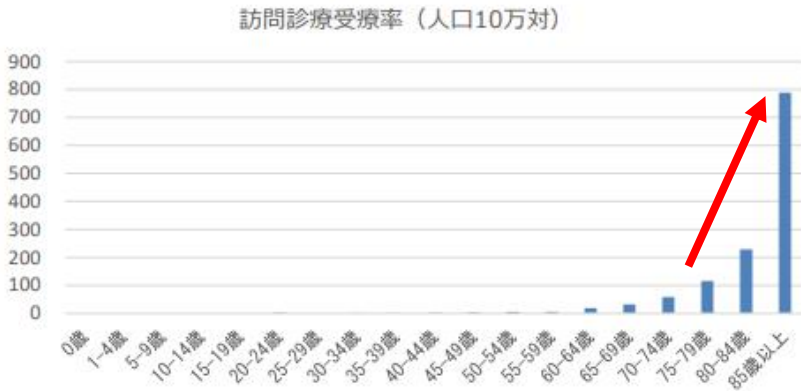
出典：患者調査（平成29年）「受療率（人口10万対）、入院一外来×性・年齢階級×都道府県別」

国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

- 全国での在宅患者数は、2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。
- 在宅患者数は、多くの地域で今後増加し、2040年以降に203の二次医療圏において在宅患者数のピークを迎えることが見込まれる。



出典：患者調査（平成29年）「推計患者数、性・年齢階級×傷病小分類×施設の種類・入院-外来の種別別」  
「推計外来患者数（患者所在地）、施設の種類・外来の種別×性・年齢階級×都道府県別」

国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

※ 病院、一般診療所を対象に集計。

※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の実受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

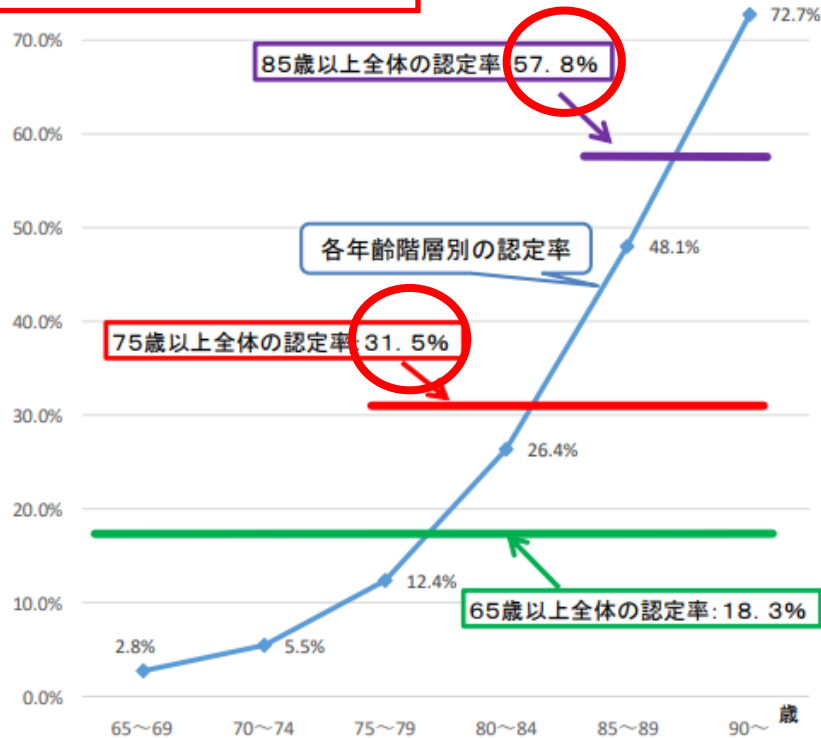


# 医療需要の変化⑤ 医療と介護の複合ニーズが一層高まる

- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に85歳以上で上昇する。
- 2025年度以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることを見込まれる。

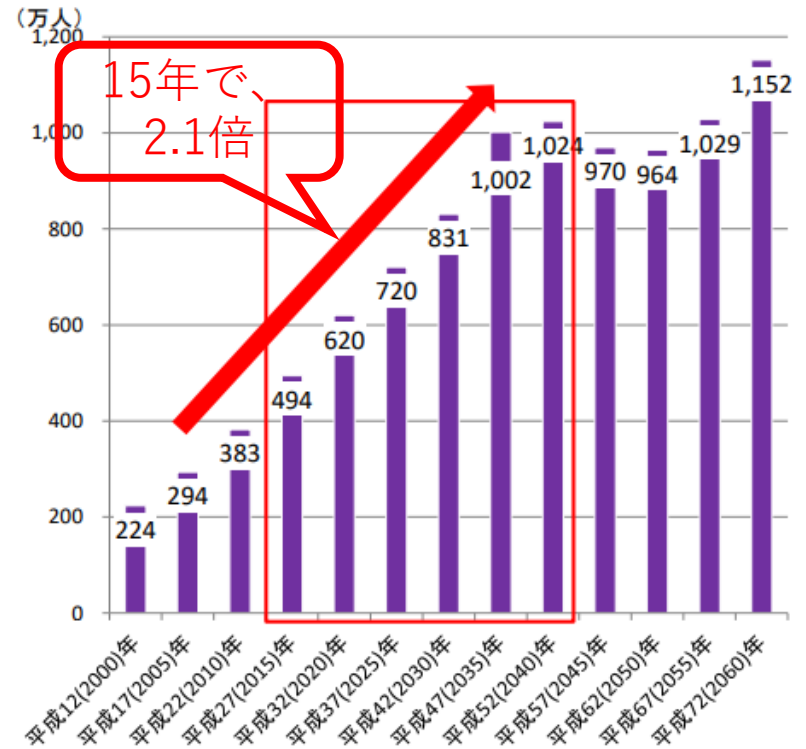
年齢階級別の要介護認定率

患者 ≡ 要介護者



出典：2020年9月末認定者数（介護保険事業状況報告）及び2020年10月1日人口（総務省統計局人口推計）から作成

85歳以上の人口の推移



出典：将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成29年4月推計)出生中位(死亡中位)推計  
実績は、総務省統計局「国勢調査」(国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口)

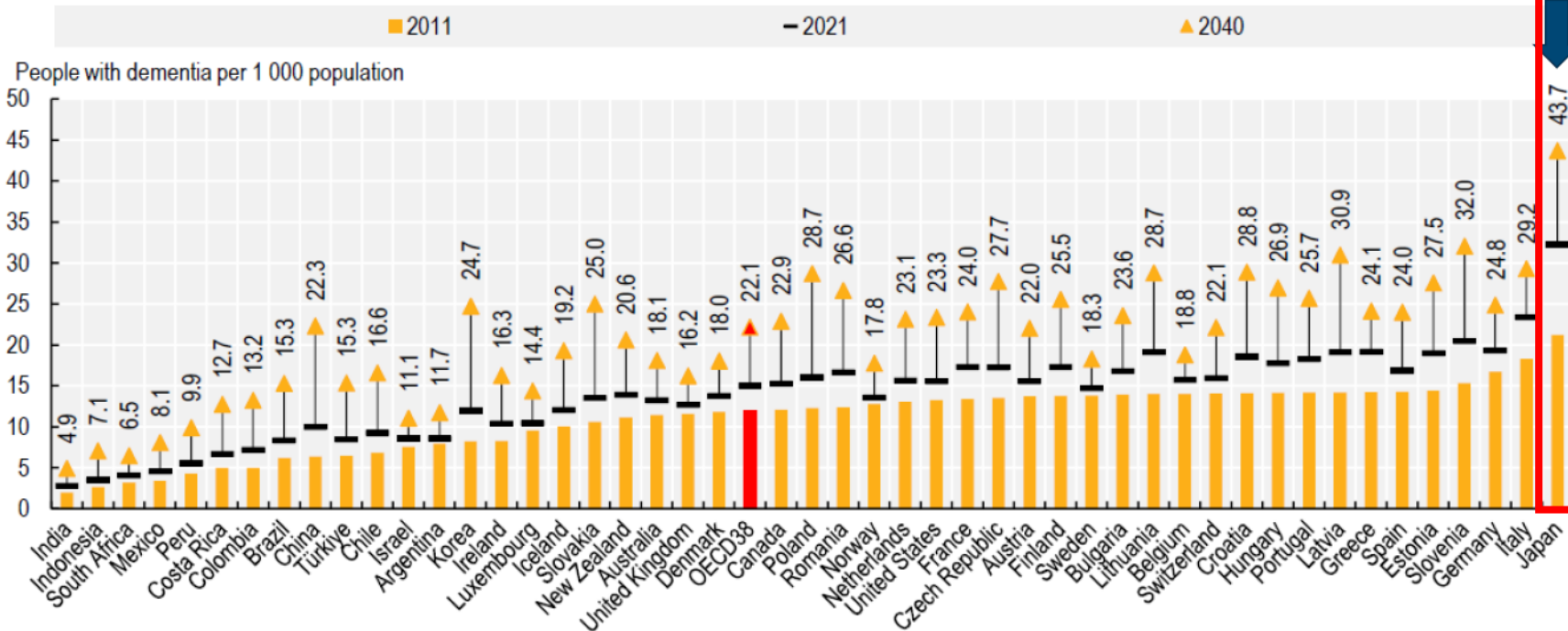




# 認知症患者の数が増加すると見込まれる

表10.8. 認知症の有病率推計、2011年、2021年と2040年

抽  
き  
え



注：2021年と2040年のデータは推計

出典: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Used with permission. All rights reserved. Global Burden of Disease Study 2019.

StatLink <https://stat.link/g1boiv>

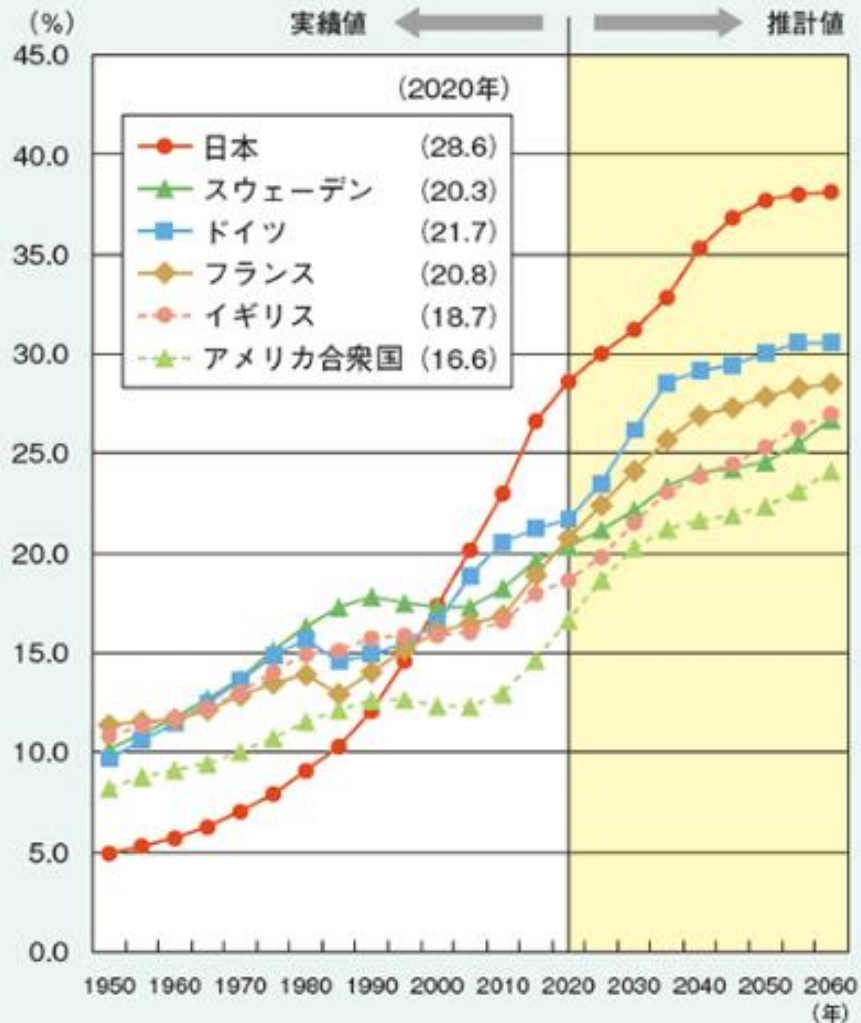
- **欧米諸国の認知症の有病率・発症率低下の要因**：疾病管理の改善、健康行動の推進といった生物学的な要因、社会経済的な要因、知的活動、環境要因の改善
- **日本で認知症が多いのは**：糖尿病の増加、西洋風の食事形式の拡大、運動習慣の欠如、急速な高齢化・長寿の影響、第二次世界大戦後の社会経済的な状況の急激な変化
  - ✓ **社会的孤立によるリスク⇒【対策】地域の社会参加がリスクを下げる**

「なぜ日本では認知症有病率・発症率が増加しているのか？」（SOMPO 未来研レポート）をもとに編集

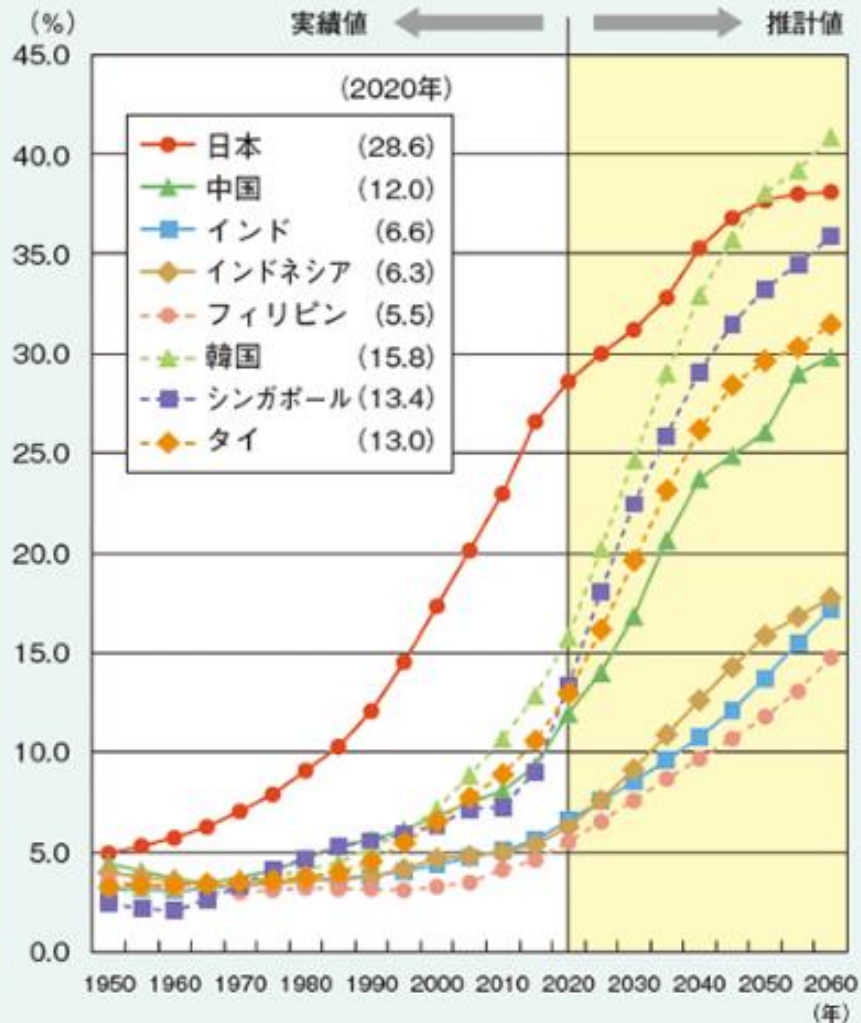
図1-1-6 世界の高齢化率の推移

今後、韓国、シンガポール、タイ、中国で増加

1. 欧米



2. アジア



資料：UN, World Population Prospects : The 2019 Revision

ただし日本は、2020年までは総務省「国勢調査」、2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果による。

# 医療・介護関連の計画と今改定の位置づけ

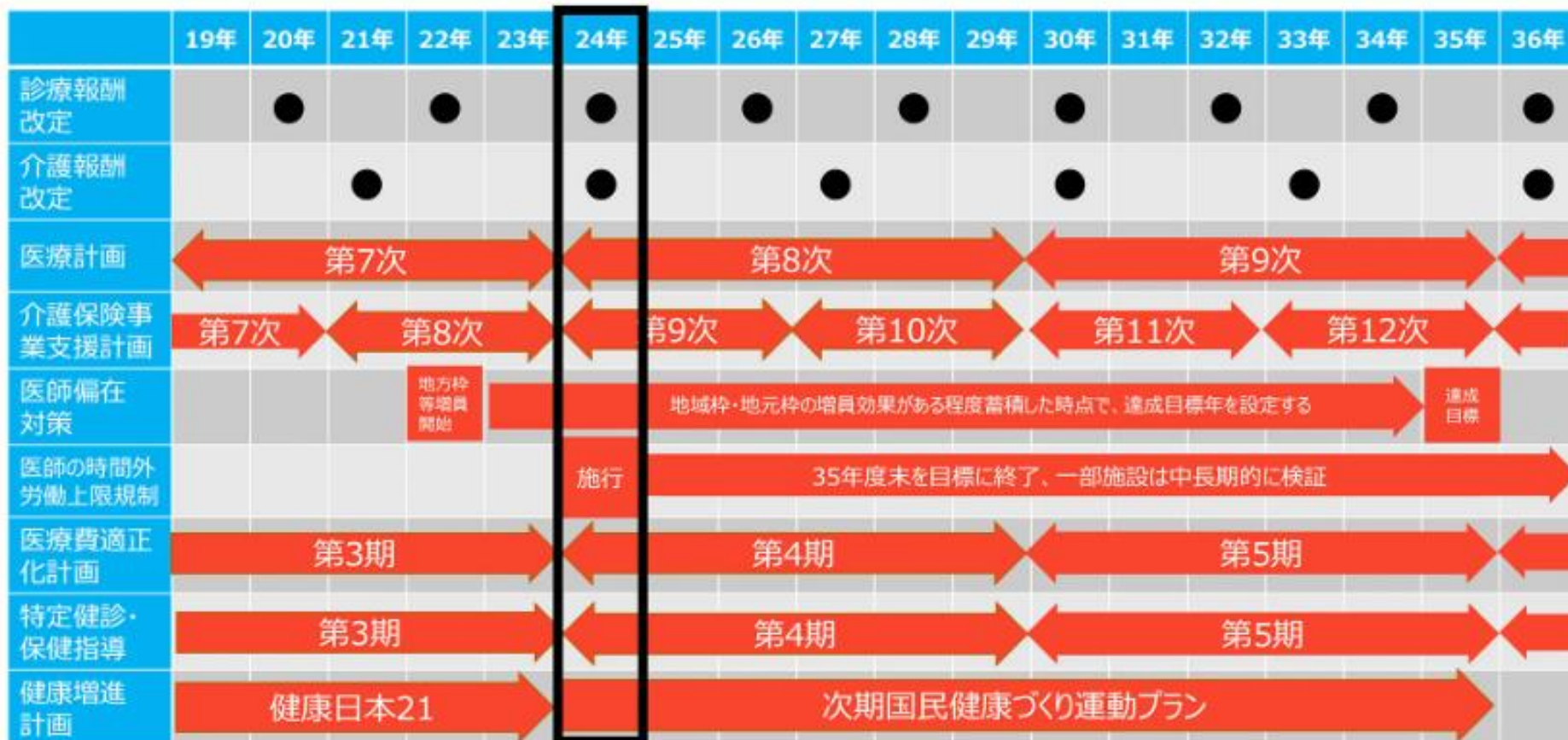


図1 健康、医療・介護関連制度の見直しスケジュール

1. 序章
2. 改定の概要
3. 2040年に向けたメッセージ
4. 地域包括医療病棟と病病連携
5. 介護・障害サービスとの連携
6. 患者への啓発
7. まとめ



# 令和6年度の診療報酬改定等に関する大臣折衝事項 (令和5年12月20日)

## 1. 診療報酬 +0.88% (R6年6月1日施行)

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

うち各科改定率：内科+0.52%、歯科+0.57%、調剤+0.16%

## 2. 薬価等

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

**人件費関係：+0.61+0.28=+0.89%**

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

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

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

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

## 3. 診療報酬・薬価等に関する制度改革事項

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

- ・医療DXの推進による医療情報の有効活用等
- ・調剤基本料等の適正化

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

3

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令和6年3月5日版

**介護報酬本体 +1.59%**  
**枠外 +0.45%**  
**実質 +2.04%**

令和6年6月実施、処遇改善加算の一本化による賃上げ効果、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  
 介護保険創設後初めて診療報酬改定率を上回る

**人件費関係：  
+0.98%**



# 令和6年度診療報酬改定の基本方針の概要

## 改定に当たっての基本認識

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

## 改定の基本的視点と具体的方向性

### (1) 現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進

#### 【重点課題】

#### 【具体的方向性の例】

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

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

#### 【具体的方向性の例】

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

### (3) 安心・安全で質の高い医療の推進

#### 【具体的方向性の例】

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

### (4) 効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上

#### 【具体的方向性の例】

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

# 令和6年度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 8点/7点/5点  
【薬剤情報提供料】 4点

【処方箋料】 60点

## 6. 医療機能に応じた入院医療の評価

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

(新) 地域包括医療病棟入院料 3,050点

(新) 特定集中治療室管理料 5・6 8,890点

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

回復期リハビリテーション病棟入院料 1 2,229点 (体制強化加算は廃止)

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

# 令和6年度診療報酬改定における主要な改定項目③

## 7. 質の高い訪問診療・訪問看護の確保

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

## 8. 重点的な分野における対応

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

## 個別改定項目/医療資源の少ない地域への対応

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

(新) 在宅医療情報連携加算 100点

(新) 在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料 200点

(新) 往診時医療情報連携加算 200点

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

訪問看護管理療養費（月に2日目以降の訪問の場合）

(新) 訪問看護管理療養費1 3,000円

(新) 訪問看護管理療養費2 2,500円

(新) 24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）

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

ロ イ以外の場合 6,520円

(新) 救急患者重携搬送料 600～1,800点

(新) 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料 14,539点

小児特定疾患カウンセリング料  
(新) 初回 800点他

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

(新) 精神科地域包括ケア病棟入院料 1,535点

(新) 精神科入退院支援加算（退院時1回） 1,000点

(新) リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算（1日につき） 120点

(新) 急性期リハビリテーション加算 50点

(新) 栄養情報重携料 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

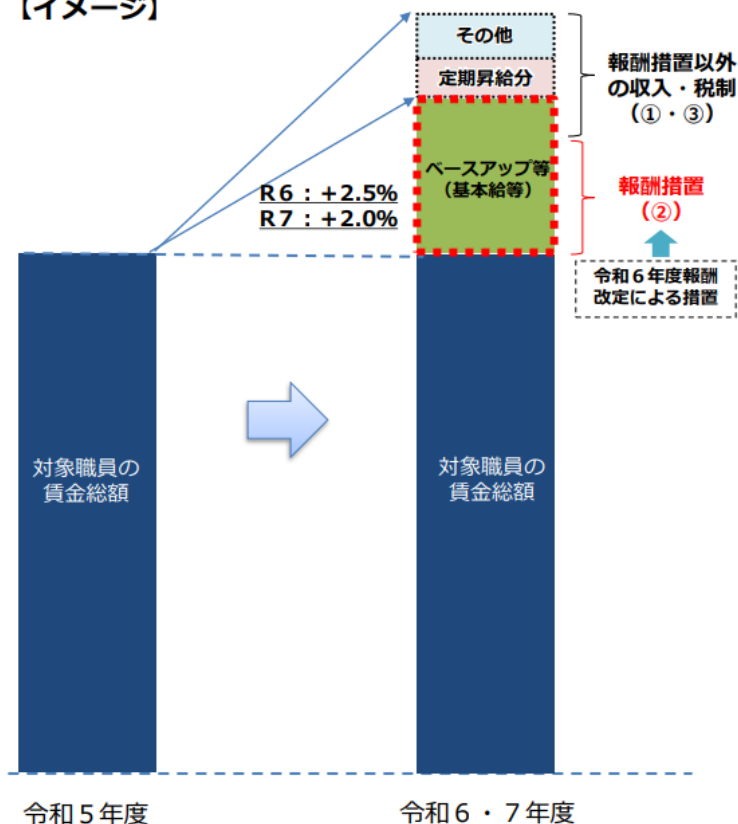
## 【基本的な方針】

### ■ 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】



## ベースアップ評価料

2024 (令和6) 年度診療報酬改定で、看護職員、病院薬剤師、その他の医療関係職種を対象に賃上げを実施するために設定した診療報酬点数。

ベースアップ評価料は、①外来、在宅医療の患者、訪問看護ステーションの利用者に関わる評価、②賃金増率が低い場合の①への上乗せ評価、③入院患者に関わる評価からなる。2024年度に+2.5%、2025年度に+2.0%のベースアップを行い、定期昇給なども合わせて2023年度実績を超える賃上げの実現を目指す。

たとえば、外来医療または在宅医療を実施している医療機関内で対象職員の賃金を改善している場合、外来・在宅ベースアップ評価料(I)は「初診時」6点、「再診時」2点、「訪問診療時」は「同一建物居住者等以外の場合」2.8点もしくは「それ以外の場合」7点となっている。

対象職員の賃上げの計画および実績について、毎年報告する必要がある。



# 賃上げ促進税制の概要

賃上げは促進税制と  
セットで

- 令和6年度以降、賃上げに係る診療報酬項目については、賃上げ促進税制の対象となる給与等支給額に含めることが可能。
- 医療機関・薬局の規模及び雇用者の給与等支給額の前年度比に応じて、所定の税額控除を受けられる。
- さらに、上乗せ要件を達成することで、給与等支給額の増加額の最大45%の税額控除が可能。

## 中小規模の 医療法人立又は個人立の 医療機関・薬局

青色申告書を提出する、中小企業者等（資本金1億円以下の法人、協同組合等）又は従業員数1,000人以下の個人事業主

全雇用者の  
給与等支給額  
(前年度比)

税額控除率

+ 1.5%

15%

+ 2.5%

30%

## 中規模の 医療法人立又は個人立の 医療機関・薬局

青色申告書を提出する、従業員数2,000人以下の企業又は個人事業主

継続雇用者の  
給与等支給額  
(前年度比)

税額控除率

+ 3%

10%

+ 4%

25%

## 大規模の 医療法人立又は個人立の 医療機関・薬局

青色申告書を提出する、全企業又は個人事業主

継続雇用者の  
給与等支給額  
(前年度比)

税額控除率

+ 3%

10%

+ 4%

15%

+ 5%

20%

+ 7%

25%



くるみん等

【上乗せ要件】 ①教育訓練費の増加 ②子育てとの両立・女性活躍への支援

上乗せ要件も達成で  
最大控除率**45%**

上乗せ要件も達成で  
最大控除率**35%**

上乗せ要件も達成で  
最大控除率**35%**

※税額控除額の計算は、全雇用者の前事業年度から適用事業年度の給与等支給額の増加額に税額控除率を乗じて計算。ただし、控除上限額は法人税額等の20%。

詳細は、右記QRコードのパンフレットをご確認ください。

なお、本内容は、令和5年12月の政府決定時点のもので、今後の国会審議等を踏まえて施策内容が変更となる可能性があります。



# 栄養管理体制の基準の明確化（入院料通則の改定①）

## 栄養管理体制の基準の明確化

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

### 現行

【入院基本料等の施設基準等】

#### 5 栄養管理体制の基準

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

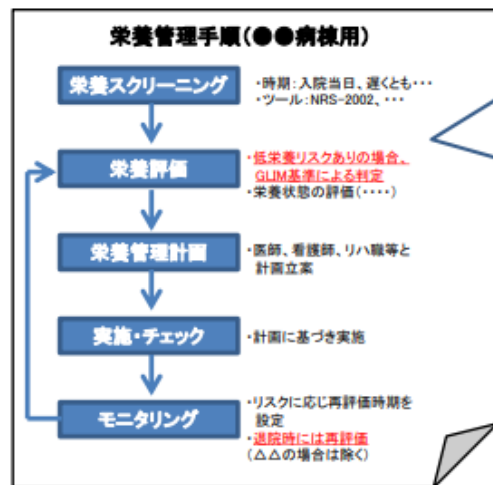
### 改定後

【入院基本料等の施設基準等】

#### 5 栄養管理体制の基準

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

**イメージ** 各医療機関の機能や患者特性等に応じて栄養管理手順に位置づける



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

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

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

#### ● 栄養スクリーニング

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

低栄養リスクあり

#### ● 低栄養診断

表現型基準（フェノタイプ基準）			病因基準（エチオロギー基準）	
意図しない体重減少	低BMI	筋肉量減少	食事摂取量減少、 消化吸収能低下	疾病負荷/炎症
それぞれの項目で1つ以上に該当			それぞれの項目で1つ以上に該当	

低栄養と判定

重症度判定(中等度低栄養、重度低栄養)

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



## 人生の最終段階における適切な意思決定支援の推進（入院料通則の改定②）

### 人生の最終段階における適切な意思決定支援の推進

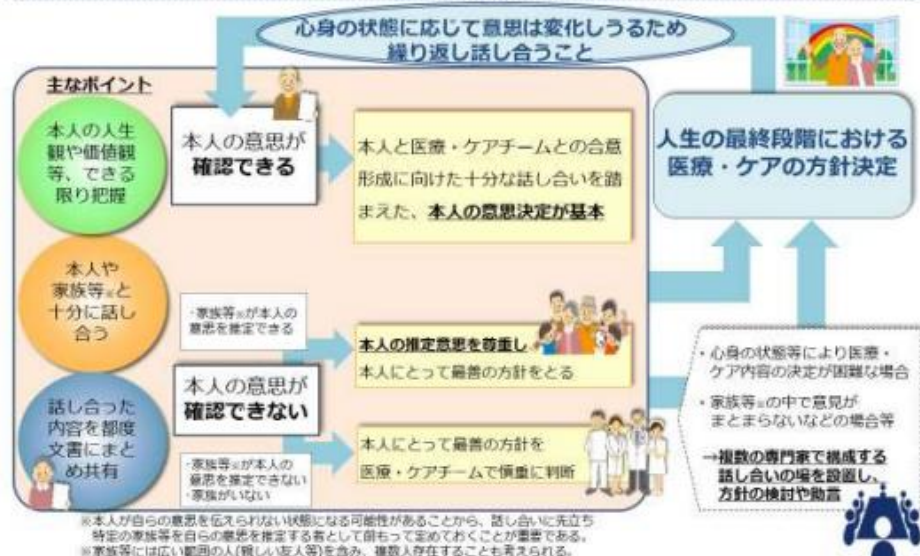
- 人生の最終段階における適切な意思決定支援を推進する観点から、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」（以下、「ガイドライン」とする。）等の内容を踏まえ、**意思決定支援に関する指針を作成することを要件とする入院料等の対象を見直す。**
- ガイドライン等の内容を踏まえた**適切な意思決定支援に係る指針の作成を要件とする入院料の範囲を拡大**する。
- ガイドライン等の内容を踏まえた**適切な意思決定支援に係る指針の作成を、地域包括診療料等の要件に追加**する。

#### 【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専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。



【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〕

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

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



# 徹底分析！2024年度診療報酬改定

2024年度診療報酬改定では物価高騰・賃金上昇に対応するため、報酬の引き上げ分の大半は医療従事者の処遇改善に充てられた。医療機能のさらなる分化と連携の実現に向け、厳しい改定が待ち構えている。

図2◎ 2024年度診療報酬改定における主な見直し

[改定の方向性]

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  
 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評価体系を見直し  
 医師の労働時間上限規制を念頭に、働き方改革を推進

高度急性期 p.33  
 急性期 p.37



- 急性期充実体制加算を加算1及び加算2に再編
- 小児・周産期・精神科充実体制加算の新設
- 心臓血管外科領域の実績要件の追加
- 総合入院体制加算の実績要件の見直し及び加算の引き上げ
- 特定集中治療室等におけるSOFAスコアを用いた患者指標の導入
- 宿日直医師の配置をICU5・6として評価
- 遠隔ICUの評価
- ICU5・6における特定行為研修修了看護師等の配置要件化
- 入院基本料等の引き上げ
- 重症度、医療・看護必要度の見直し
- 急性期一般入院料1の平均在院日数の短縮（18日⇒16日）
- リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の新設
- 地域医療体制確保加算の要件見直し

回復期  
 リハビリテーション  
 病棟 p.48



- 体制強化加算の廃止
- 運動器リハビリの算定上限数を6単位に見直し
- FIMの測定等の義務付け
- 口腔管理体制の整備を推進

療養病棟  
 p.50



- 医療区分を9区分に細分化し、ADL区分と掛け合わせた27分類として、スモンに関する3分類を加えた計30分類に精緻化
- 中心静脈栄養の評価の見直し（経腸栄養管理加算の新設）
- 入院料27について1日2単位超の疾患別リハビリを包括化
- 経過措置病棟の廃止



### 地域包括医療病棟

p.41



新設

- 地域包括医療病棟入院料の新設 [算定要件]
- 平均在院日数21日以内
- 急性期一般入院料4と同等の重症度、医療・看護必要度
- ADL維持率95%以上
- 在宅復帰率80%以上
- 救急搬送の患者割合15%以上
- 自院内転棟割合5%未満
- 休日リハビリの提供 など

### 地域包括ケア病棟・病床

p.45



- 入院期間40日以内と41日以降の評価の見直し(逡減制の導入)
- 在宅医療(訪問看護)の実績要件の見直し
- 在宅復帰率の計算式の見直し
- 短期滞在手術等の患者を在宅復帰率等の計算から除外
- 自院内転棟割合の緩和(60%から65%未満に見直し)
- 在宅患者支援病床初期加算の2段階への組み替え

### 在宅医療・訪問看護

p.59



- 在宅病・在宅診とそれ以外の医療機関における連携の推進(往診時医療情報連携加算の新設)
- 医学総合管理料・在宅患者訪問診療料における適正化
- 訪問栄養食事指導に係る要件の見直し
- 往診料における在宅ターミナルケア加算等の見直し
- 訪問看護師の負担を考慮した24時間体制の構築

### 外来・オンライン診療

p.55



- 生活習慣病に関する診療報酬体系の整理
- かかりつけ医機能の強化(地域包括診療料・加算の要件に介護支援専門員等との連携強化や認知症対応力の向上などを追加)
- 生活習慣病の重症化予防を評価
- 情報通信機器を用いた遠隔医療の推進(D to P with Nの推進や、遠隔死亡診断補助加算の新設など)

## 入院・外来全体を通した主な見直し



### 賃上げ対応 p.67

- 入院基本料や初再診料、外来診療料などの基本報酬の引き上げ
- ベースアップ評価料の新設

### 医師の働き方改革への対応 p.64

- 医師事務作業補助体制加算の引き上げ
- 看護補助者等の体制整備(看護補助体制充実加算の見直しによる介護福祉士の評価)

### 今後増加する高齢者医療への対応

- 適切な意思決定支援に係る指針の作成に関する要件の対象拡大
- 身体的拘束の最小化に向けた取り組みの通則での要件化

### 精神疾患・認知症への対応強化 p.53

- 精神科地域包括ケア病棟入院料、精神科入退院支援加算、早期診療体制充実加算などの新設

- 需要の増加を受け児童思春期支援指導加算を新設

### 医療・介護・障害の連携強化 p.30

- 医療機関と介護施設等の平時からの連携を推進(協力対象施設入所者入院加算の新設など)
- マイナ保険証の利用による効率的な情報取得の推進(医療DX推進体制整備加算、在宅医療DX情報活用加算などの新設)

### 感染症対策の推進

- 感染対策向上加算と外来感染対策向上加算の要件に、協定指定医療機関であることを規定
- 発熱患者等対応加算、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

### 手術・処置の評価 p.70

- 日帰り手術の増加など実態に合わせた評価の見直し

1. 序章
2. 改定の概要
3. 2040年に向けたメッセージ
4. 地域包括医療病棟と病病連携
5. 介護・障害サービスとの連携
6. 患者への啓発
7. まとめ

# どうする診療報酬改定

猪口雄二氏

- ・ 「これは診療報酬の改定なのか、人件費改定なのかよく分からない感じがしている」

上村久子氏

- ・ 項目を把握するだけでなく、組織力の強化が求められる改定

中林梓氏

- ・ 連携関係は次のステージへ
- ・ 地域、院内、他職種、法人内



# 今回の改定の狙い、ポイント

- 賃上げ対応
- 医療DX
- 同時改定
- 入院基本料の引き上げ・通則見直し
  - 栄養管理体制
  - ACP
  - 身体的拘束
- 初・再診料の引き上げ
  - 消費税増税分を除き約20年ぶり

人件費充当で  
逆ザヤも

人件費充当で  
逆ザヤも

# 全体観

- 今回の改定は、ほぼ人件費

- 預り金改定

- 法人は、ほぼスルー

処遇改善は入院基本料を上げて「後はそれぞれの病院の経営者の裁量に委ねるべきではないか」「診療報酬の増額分の使途が決められていることで病院経営者の熱意に水を差すと懸念」（山本修一氏）

日本病院会ニュース 2024.4.10

- 「2040年に向けたメッセージを読み取ることが出来る

- 積極策ならば「福音書」に、消極策では「黙示録」に

- 「カンファレンス」から「連携」へ

- 連携推進法人

- ✓ 個人も可

- 「カンファレンス」：顔の付け合わせ

- 「連携」：同じ目的で何事かをしようとするものが、連絡をとり合ってそれを行うこと。地域、院内、他職種、法人内連携等

1. 序章
2. 改定の概要
3. 2040年に向けたメッセージ
4. 地域包括医療病棟と病病連携
5. 介護・障害サービスとの連携
6. 患者への啓発
7. まとめ



## 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



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

**包括的に提供**

## 地域包括医療病棟② 施設基準等

### 地域包括医療病棟入院料の算定要件及び施設基準

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

#### (新) 地域包括医療病棟入院料（1日につき） 3,050点

##### [算定要件]

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

##### [施設基準]（抜粋）

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

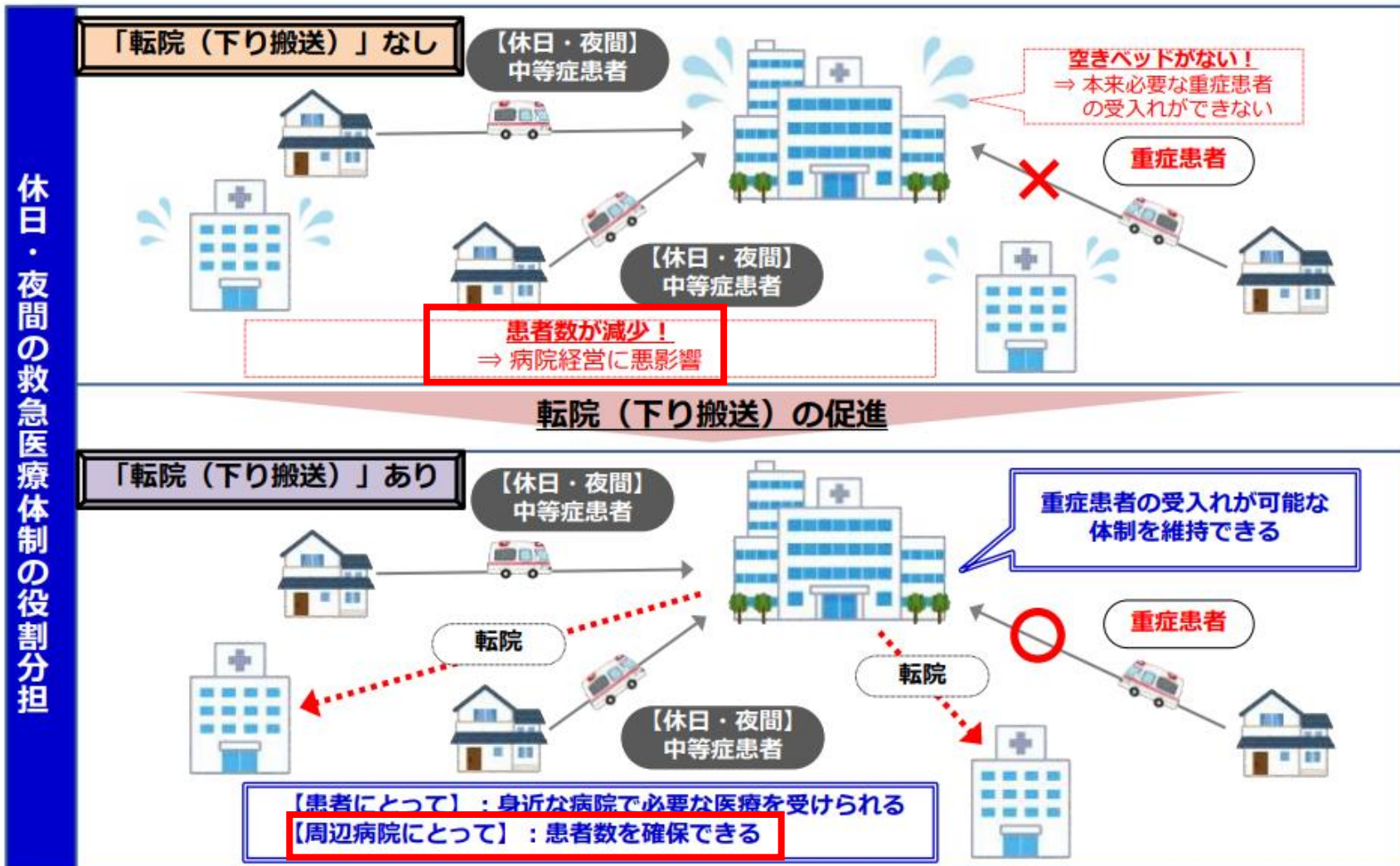




# 転院（下り搬送）による救急医療体制の役割分担（イメージ）

第2回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ（令和3年12月3日）新潟県提出資料（一部改変）

○ 入院治療の機能分化及び受入体制の確保のため、高次の医療機関からの転院搬送の促進の必要性が指摘されている。





## 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。

自治体の救急隊の救急車は不可

### 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。

# 地域包括医療病棟+転院（下り搬送）の活用

## • 地域包括医療病棟

- 3,050点/日・日当点5,000点も
- 急性期一般入院料4相当の重症度、医療・看護必要度
- 救急患者受け入れ15%以上
- 同一施設からの受け入れ5%未満

## • 転院（下り搬送）の活用

- 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。

### ➤ [算定要件]

- ✓ 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。

### ➤ [施設基準]

- ✓ 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。

連携室だけではなく、病院長・事務長も営業

川下側医療機関  
からアプローチ

1. 序章
2. 改定の概要
3. 2040年に向けたメッセージ
4. 地域包括医療病棟と病病連携
5. 介護・障害サービスとの連携
6. 患者への啓発
7. まとめ



## 医療と介護の連携の推進（イメージ）

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

### 介護保険施設等と連携する医療機関

【在宅医療を担う医療機関や感染対策を担う医療機関等】

#### 介護保険施設等との連携の推進

- **介護保険施設等の求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましいことを要件化**

在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、在宅療養支援診療所及び地域包括ケア病棟を有する病院において、要件化

- **感染症対策向上加算等の専従要件の明確化**

介護保険施設等からの求めに応じて行う専門性に基づく助言が感染対策向上加算等のチームの構成員の専従業務に含まれることを明確化する

- **介護保険施設等連携往診加算の新設**

入所者の病状の急変時に、介護保険施設等の協力医療機関であって、平時からの連携体制を構築している医療機関の医師が往診を行った場合についての評価

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

高度な薬学的管理を必要とする薬剤を処方した場合の「F400 処方箋料」を医療保険からの給付とする等の見直し

- **協力対象施設入所者入院加算の新設**

介護保険施設等の入所者の病状の急変時に、介護保険施設等と平時からの連携体制を構築している保険医療機関の医師が診察を実施した上で、入院の必要性を判断し、入院をさせた場合の評価

#### 地域包括診療料等を算定する医療機関

- **地域包括診療料等の算定要件の見直し**

地域包括診療料等の算定要件に介護支援専門員との相談に応じることを追加する。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



# 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

## 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

## 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

## 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

- 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。



## 介護との連携に眼を向けよう

### 特養など入所者急変に「協力医療機関」の定め義務化へ 厚労省

厚生労働省は、特別養護老人ホームなどの入所者の体調の急変に備えて、夜間・休日に相談や診療が可能な医療機関を、施設ごとに定めることを義務化する方針を固めました。

特別養護老人ホームなどの介護保険施設の多くは、医療が必要になった場合に対応してくれる病院を定めていますが、新型コロナウイルスの感染拡大時には、感染した入所者の受け入れを断られるケースが相次ぎ、施設内で感染が広がる問題が起きました。

こうした医療機関との連携の課題を解消するため、厚生労働省は、特別養護老人ホームや介護老人保健施設などの施設に対して、感染拡大時にかかわらず、入所者の容体急変時に対応してもらう「協力医療機関」を定めることを義務化する方針を固めました。

## 「協力医療機関」推進

- 先手を打ち介護施設回りを

- 「協力医療機関になれば入院患者は間違いなく増え、病床稼働率の改善につながる。中小病院は施設回りをして、4月、5月に出来るだけ選定の約束を取り付けるべきだ」

(株) メディヴァ小松大介氏

- 介護施設では、「協力医療機関」の確保に懸念

- 複数の特養などが合同で医療機関と協議しようとする動きもある

連携室だけではなく、病院長・事務長も営業

1. 序章
2. 改定の概要
3. 2040年に向けたメッセージ
4. 地域包括医療病棟と病病連携
5. 介護・障害サービスとの連携
6. 患者への啓発
7. まとめ



# 患者への啓発活動

- 患者負担の上で成り立つ

- ベースアップ評価料
- 医療DX推進推進体制整備加算

- 長期収載品（先発品）の選定療養費

- 長期収載品処方の場合に後発品との差額の一部（1/4）選定療養費（自費）

- 医師の働き方改革

- 地域医療体制確保加算

- ✓ 施設基準に、医師の時間外・休日労働時間に係る基準を追加する。
- ✓ 1年間の時間外・休日労働時間が次のとおりでない対象医師がいる場合において、その理由、改善のための計画を当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示する等の方法で公開した場合は、その限りでないこと。
  - 令和6年度においては、1,785時間以下
  - 令和7年度においては、1,710時間以下

**マイナンバーカード保険証の普及促進と行政のデジタル化へのご協力をお願い**

陽春の候、ますます御健勝のこととお慶び申し上げます。





日頃は我が国のデジタル化に関して、ご理解、ご協力を賜りましてありがとうございます。

さて、このたびマイナンバーカード保険証の普及促進と皆様の御地元の行政のデジタル化に関して、ご協力を賜りたく、筆を執った次第でございます。

皆様すでにご存じのとおり、今年の12月2日をもって現行の保険証が廃止されます。もちろん保険証が廃止されても国民皆保険には何ら影響はありません。今年送られてくる新しい保険証は、来年の利用期限まで利用することができますし、その後は、マイナンバーカードを持っていない方やマイナンバーカードの保険証利用登録を行っていない方は保険者から送られてくる「資格確認書」で受診することができます。

マイナンバーカードの保険証利用には大きなメリットがあります。

マイナンバーカードを使えば高額医療費の上限を超える窓口負担がなくなります。お薬

一部の例外を除き、保険診療を行う医療機関はマイナンバーカードによる受付が義務付けられているにもかかわらず、実際にはマイナンバーカードでの受付をしていない病院や、患者がマイナンバーカードで受付をしようとしているのに保険証の提示を求める医療機関があるようです。ぜひ、皆様の御地元の医療機関（病院・クリニック・歯科医院・薬局）に、マイナンバーカードでの受付を働きかけていただきたくお願い申し上げます。もし、マイナンバーカードでの受付をしていない医療機関があれば、   （マイナンバーカード総合窓口）に御連絡ください。必要に応じ、厚労省から医療機関に事実関係の確認などを行います。

マイナンバーカード保険証の利用を今から促進していただいて、いざ保険証が使えなくなった時に医療機関が慌てるということがないように、ぜひ皆様のご協力を賜りますようお願い申し上げます。

医療機関に対しても、昨年10月と比較したマイナンバーカード保険証の利用率の向上に応じて厚労省から支援金が支払われるようになっており、医療機関にとってもメリットがあるようになっていきます。

1. 序章
2. 改定の概要
3. 2040年に向けたメッセージ
4. 地域包括医療病棟と病病連携
5. 介護・障害サービスとの連携
6. 患者への啓発
7. **まとめ**



- 医療の在り方が劇的に変化

- 「治す」医療から、（退院後の生活を考えた）  
「治し支える医療」へ

- 介護・障害サービスとの連携推進、情報共有

- 在宅での医療需要が増加。医療との直接連携がますます重要に
- 介護技術の提供範囲の拡大・複雑化への対応
- 「お世話」で支えるから、「生きる」を支えるへ
- 「尊厳」の擁護

## 介護の三原則とは？



生活継続の原則



自己決定の原則



残存能力活用の原則

これから20年後の社会と経済の変化に対応するため、パラダイムシフトが必要

2040年に置き換えて

### 2035年に向けての課題と展望

- 保健医療ニーズの増大、社会環境・価値の多様化、格差の増大、グローバル化の進展
- 単なる負担増と給付削減による現行制度の維持を目的とするのではなく、価値やビジョンを共有し、新たな「社会システム」としての保健医療の再構築が必要
- 世界最高の健康水準を維持すると同時に、保健医療分野における技術やシステムの革新を通じて我が国の経済成長や発展の主軸として寄与
- 財政再建にも真摯に向き合い、我が国の経済財政に積極的に貢献
- 少子高齢社会を乗り越え、日本がさらに発展し、これから高齢化に直面する国際社会をリードすることで、健康長寿大国としての地位を確立

### 保健医療のパラダイムシフト

2040年に置き換えて

これまで

2035年に向けて

量の拡大

質の改善

インプット  
中心

患者の価値  
中心

行政による  
規制

当事者による  
規律

キュア中心  
救命・治癒

ケア中心  
機能改善

発散

統合

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\(内科\)](#)
- [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 \(全体概要版\) \[4MB\]](#)
- [02 令和6年度診療報酬改定の概要 \(医科全体版\) \[7MB\]](#) ※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 \[1MB\]](#)
- [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 \[1MB\]](#)
- [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\(地域包括医療病棟\) \[1MB\]](#)
- [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\(回復期\) \[1MB\]](#)
- [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\(働き方改革の推進、横断的個別事項\) \[815KB\]](#)
- [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\(1\) \[1MB\]](#)
- [19 令和6年度診療報酬改定の概要 個別改定事項\(2\) \[1MB\]](#)
- [20 令和6年度診療報酬改定の概要 医療技術 \[1MB\]](#)
- [21 令和6年度保険医療材料制度改革の概要 \[1MB\]](#)
- [22 令和6年度診療報酬改定の概要 費用対効果評価制度 \[2MB\]](#)
- [23 令和6年度診療報酬改定の概要 \(歯科\) \[4MB\]](#)
- [24 令和6年度診療報酬改定の概要 \(調剤\) \[8MB\]](#)
- [25 令和6年度薬価制度改革の概要 \[2MB\]](#)



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





ご清聴ありがとうございました

ご意見・質問等ありましたら、下記アドレスまでお願いいたします。

(公社) 日本医業経営コンサルタント協会  
東京都支部 理事  
外山 和也

[kazuyatoyama8@gmail.com](mailto:kazuyatoyama8@gmail.com)