

業宮報 医経情

REPORT

Available Information Report for
Medical Management

制度改正

賃上げ推進と
生活習慣病予防を図る
新たな取組へ

令和6年度診療 報酬改定の解説

- 1 令和6年度 診療報酬改定の概要
- 2 今後2年間で4.5%の賃上げへ
- 3 適切な生活習慣病の管理へ
- 4 高齢者の疾患に対する入院料の新設

2024

5

MAY

1 | 令和6年度 診療報酬改定の概要

令和6年度の診療報酬改定は、物価高騰の波や、職員の賃上げ、医療DXの推進などの様々な影響がある中で行われます。そこで今回は6月に行われる改定内容の詳細を解説し、背景やその目的、具体的な変更点について深く掘り下げ、さらに注目すべき点について解説していきます。

1 | 令和6年度診療報酬改定の方向性

今次改定での本体の増減としては+0.88%とされ、医療関係職種へのベースアップが主要な項目で、医療職の賃金は令和6年度に2.5%、令和7年度に2.0%の増額が予定されています。また、患者の自己負担増を伴った入院時の食費基準額も引き上げられます。一方、生活習慣病を中心とした管理料の再編により、診療報酬は0.25%引き下げられますが、その他の医科、歯科、調剤の各科ではそれぞれ増額改定されます。

薬価は革新的新薬の保護や後発医薬品の価格帯調整など、薬剤供給の安定化を図るとし、0.97%の減少です。これに伴い、選定療養の導入など新たな保険給付の対象基準が設けられます。

医療従事者の賃上げや物価動向にも注目が集まるなかで、改定後の医療現場の変化が注視されています。

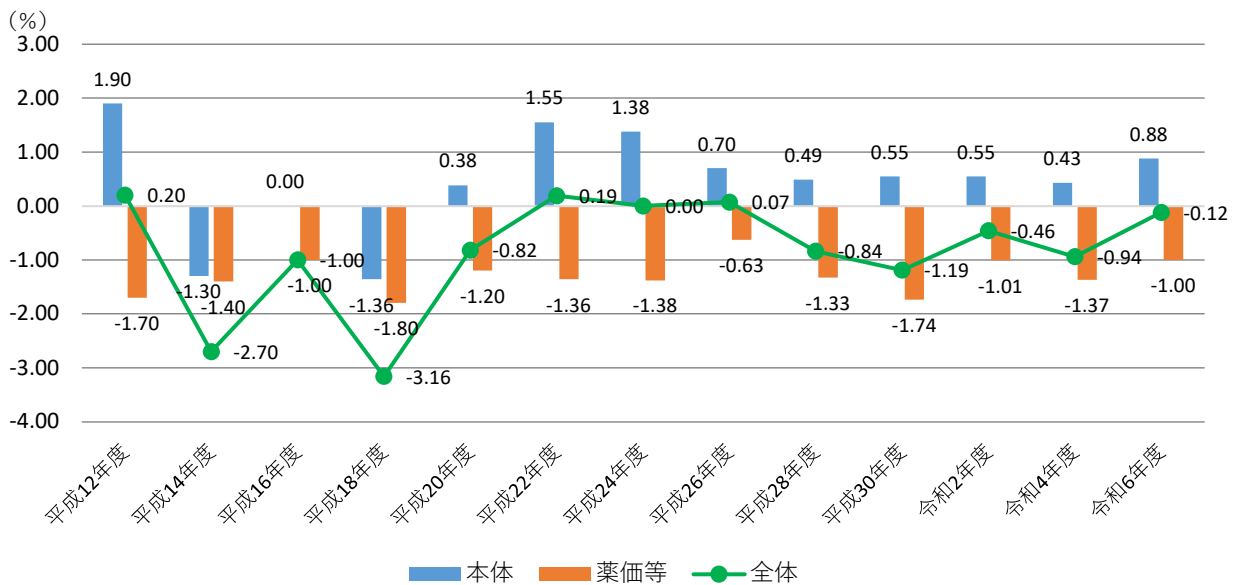
◆令和6年度診療報酬改定の改定率

1. 診療報酬本体		+0.88%
① 医療関係職種のベースアップを実施していくための特例的な対応		+0.61%
② 入院時の食費基準額の引上げの対応		+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%
【各科改定率】	医科	: +0.52%
	歯科	: +0.57%
	調剤	: +0.16%
2. 薬価等	①薬価	▲0.97%
	②材料価格	▲0.02%

2 | これまでの診療報酬改定率の推移

平成12年度からの診療報酬改定率の推移を見ると、平成20年度からは診療報酬本体でプラス改定が見られる一方で、薬価はマイナス改定が続いています。結果として平成28年度以降は診療報酬全体でマイナス改定が続き、令和6年度もその傾向が維持されていることがわかります。

◆これまでの診療報酬改定率の推移



3 | 改定の基本的視点と具体的方向性

今回の診療報酬改定は、基本認識として以下の4項目が挙げられています。

物価高騰や賃金上昇に応じた医療機関の経営安定化などの適正化を目指し、また、全世代型社会保障の実現、医療・介護・障害福祉の連携強化、新興感染症への対応も基本認識として重視されています。これらの点を踏まえた改定は、現代の医療ニーズに応じたものであり、多角的なアプローチによる継続的な医療環境の改善を目指すものといえます。

◆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

◆令和6年度診療報酬改定の基本的視点と具体的方向性(抜粋)

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】**

- 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

- 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

- 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
- 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

- 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
- 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

2 | 今後2年間で4.5%の賃上げへ

1 | ベースアップ評価料の概要

今回の診療報酬改定において、看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種(40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者を除く)に対して賃上げを実施する際の評価として「ベースアップ評価料」が新設されました。

ベースアップ評価料は「外来・在宅医療の患者に係る評価、訪問看護ステーションの利用者に係る評価」と「入院患者に係る評価」に分けられています。

対象職員の賃上げの計画及び実績については定期的に報告することとされており、ベースアップ評価料を算定する際は、対象職員の賃上げ(ベースアップ等)に充当する必要があります。

また、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として、初再診料や入院基本料等の引き上げも同時になされました。

◆賃上げに係る評価の全体像

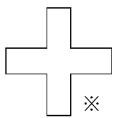
ベースアップ評価料

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

① 外来・在宅医療の患者に係る評価、訪問看護ステーションの利用者に係る評価

外来・在宅ベースアップ評価料(I)、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)、訪問看護ベースアップ評価料(I)
・ 届け出が必要、初再診料等に評価を上乗せ(区分は設けない)

(新) 外来・在宅ベースアップ評価料(I) 初診時 6点 再診時 2点 等



※ 入院に携わる職員のための評価



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

①' 賃金増率が低い場合の①への上乗せ評価

外来・在宅ベースアップ評価料(II)、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(II)、訪問看護ベースアップ評価料(II)
・ 一定の水準(対象職員の給与総額の1.2%)に達するため、評価の区分(8区分)を計算し、届出を行った施設について、①の評価へ上乗せ

(新) 外来・在宅ベースアップ評価料(II) 等

病院、有床診療所

② 入院患者に係る評価

入院ベースアップ評価料
・ 必要な評価の区分(165区分)を計算し、届出を行った施設について、入院料等に評価を上乗せ

(新) 入院ベースアップ評価料(1日につき)

1 入院ベースアップ評価料 1 1点

2 入院ベースアップ評価料 2 2点

↓

165 入院ベースアップ評価料165 165点

- ・ 対象職員の賃上げの計画及び実績について、毎年報告
- ・ ベースアップ評価料においては、算定した評価は、対象職員の賃上げ(ベースアップ等)に用いる必要(令和6年度から令和7年度への繰り越しは可)

初再診料、入院基本料等の引き上げ

40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上げに資する措置

- ・ 賃上げの計画及び毎年の実績(各年)についてベースアップ評価料①～②に伴う報告や抽出調査等により把握

厚生労働省：保険局医療課 令和6年度診療報酬改定の概要(医科全体版)

2 | 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の新設

外来医療又は在宅医療を実施している医療機関において、勤務する看護職員、薬剤師その他の医療関係職種の高賃金の改善を実施している場合の評価をするべく「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)」が新設されました。当該評価料を算定する場合は、令和6年度及び令和7年度において、定期昇給によるものを除いて対象職員の賃金の改善を実施しなければなりません。また、評価料を算定するにあたっては、「賃金改善計画書」及び「賃金改善実績報告書」を作成し、定期的に地方厚生(支)局長に報告することが求められています。

◆外来・在宅ベースアップ評価料(1日につき)

1. 初診時…6点
2. 再診時等…2点
3. 訪問診療時
 - イ) 同一建物居住者等以外の場合…28点
 - ロ) イ)以外の場合…7点

◆外来・在宅ベースアップ評価料の算定要件

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

◆外来・在宅ベースアップ評価料の施設基準の概要(抜粋)

- (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が勤務していること。対象職員は下に示す職員であり、専ら事務作業（医師事務作業補助者、看護補助者等が医療を専門とする職員の補助として行う事務作業を除く）を行うものは含まれない。
- (3) 当該評価料を算定する場合は、令和6年度及び令和7年度において対象職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実施しなければならない。
- (4) (3) について、当該評価料は、対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む）等の増加分に用いること。ただし、ベア等を行った保険医療機関において、患者数等の変動等により当該評価料による収入が上記の支給額を上回り、追加でベア等を行うことが困難な場合であって、賞与等の手当によって賃金の改善を行った場合又は令和6年度及び令和7年度において翌年度の賃金の改善のために繰り越しを行う場合（令和8年12月までに賃金の改善措置を行う場合に限る。）についてはこの限りではない。いずれの場合においても、賃金の改善の対象とする項目を特定して行うこと。なお、当該評価料によって賃金の改善を実施する項目以外の賃金項目（業績等に応じて変動するものを除く。）の水準を低下させてはならない。
- (5) 令和6年度に対象職員の基本給等を令和5年度と比較して2.5%以上引き上げ、令和7年度に対象職員の基本給等を令和5年度と比較して4.5%以上引き上げた場合については、40歳未満の勤務医及び勤務歯科医並びに事務職員等の当該保険医療機関に勤務する職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実績に含めることができること。
- (6) 「賃金改善計画書」及び「賃金改善実績報告書」を作成し、定期的に地方厚生(支)局長に報告すること。

◆主として医療に従事する職員

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

3 | 適切な生活習慣病の管理へ

1 | 特定疾患療養管理料の対象疾患の見直し

生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組を推進するため、様々な項目について見直しが行われました。まずは、特定疾患療養管理料の対象疾患から、生活習慣病である、糖尿病、脂質異常症及び高血圧が除外されることとなりました。処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算についても同様です。

また、「アナフィラキシー」および「ギラン・バレー症候群」が特定疾患療養管理料の対象疾患に加わることとなりました。

◆特定疾患療養管理料の対象疾患の見直し

特定疾患療養管理料の対象疾患の見直し

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

現行	改定後
【特定疾患療養管理料】 【施設基準】 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 結核 悪性新生物 甲状腺障害 処置後甲状腺機能低下症 糖尿病 スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害 ムコ脂質症 リポ蛋白代謝障害及びその他の脂(質)血症 リポジストロフィー ローノア・ベンゾード腺脂肪腫症 高血圧性疾患 虚血性心疾患 (中略) 性染色体異常 (新設) (新設)	【特定疾患療養管理料】 【施設基準】 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 結核 悪性新生物 甲状腺障害 処置後甲状腺機能低下症 (削除) 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・ベンゾード腺脂肪腫症 (削除) 虚血性心疾患 (中略) 性染色体異常 アナフィラキシー ギラン・バレー症候群

厚生労働省：保険局医療課 令和6年度診療報酬改定の概要(医科全体版)

2 | 生活習慣病管理料(Ⅰ)の見直し

生活習慣病に対する質の高い疾病管理を推進する観点から、生活習慣病管理料についての要件及び評価を見直すこととなりました。これまで用いられていた「療養計画書」が簡素化され、電子カルテ情報共有サービスを活用する場合には、血液検査項目についての記載は不要となります。

また、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等の多職種と連携することを望ましいとされ、糖尿病患者に対しては、歯科受診を推奨することが要件となりました。

◆生活習慣病管理料(Ⅰ)の見直し

- 1 脂質異常症を主病とする場合 570点 ⇒ 610点 (+40点)
 - 2 高血圧症を主病とする場合 620点 ⇒ 660点 (+40点)
 - 3 糖尿病を主病とする場合 720点 ⇒ 760点 (+40点)
- ※ 名称が「生活習慣病管理料」から「生活習慣病管理料(Ⅰ)」へ変更

3 | 生活習慣病管理料(Ⅱ)の新設

これまで「生活習慣病管理料」は検査、注射、病理診断の費用が包括されるものとなっていました。今回の改定により、検査等を包括しない生活習慣病管理料(Ⅱ)が新設されることとなりました。

今後、増加が見込まれている生活習慣病の患者については治療に関する計画書を用いた説明を行い、多職種連携やリフィル処方箋での長期処方の活用、医療DXを活用した情報共有によって、質の高い疾病管理を行うことが求められます。

◆生活習慣病管理料(Ⅱ)の新設

生活習慣病管理料(Ⅱ) 333点(月1回に限る。)

◆生活習慣病管理料(Ⅱ)の算定要件

- (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。ただし、糖尿病を主病とする場合にあっては、区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。
- (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部医学管理等(区分番号B001の9に掲げる外来栄養食事指導料、区分番号B001の11に掲げる集団栄養食事指導料、区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料、区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料、区分番号B001の37に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料、区分番号B001-3-2に掲げるニコチン依存症管理料、区分番号B001-9に掲げる療養・就労両立支援指導料、B005の14に掲げるプログラム医療機器等指導管理料、区分番号B009に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)、区分番号B009-2に掲げる電子的診療情報評価料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)、区分番号B010-2に掲げる診療情報連携強有料、区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料及び区分番号B0

11-3に掲げる薬剤情報提供料を除く。)の費用は、生活習慣病管理料(Ⅱ)に含まれるものとする。

(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。

◆生活習慣病管理料(Ⅱ)の施設基準

(1)生活習慣病管理に関する総合的な治療管理ができる体制を有していること。なお、治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましい。

(2)患者の状態に応じ、28日以上長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示すること。

(3)生活習慣病管理料(Ⅱ)を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行う場合に係る厚生労働大臣が定める施設基準情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

◆生活習慣病に係る疾病管理のイメージ

○生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組のイメージは以下のとおり。



厚生労働省：保険局医療課 令和6年度診療報酬改定の概要（医科全体版）

4 | 高齢者の疾患に対する入院料の新設

1 | 地域包括医療病棟のイメージ

昨今の高齢化の伸展に伴い、特に軽症から中等症の救急搬送が増えています。高齢者が急性期病棟で治療を受ける中で、活動性の低下などにより、回復期への転院や在宅復帰の遅延につながっています。また、高齢の入院患者における誤嚥性肺炎や尿路感染などの治療では、必要な医療資源が少ないにもかかわらず、これらへの対応が急性期病院で扱われることが多く、医療資源のミスマッチが発生しています。

早期リハビリテーションの導入が、死亡率の低下や活動性の改善に効果的であることが示されているなか、多くの高齢者が入院時に低栄養状態であることも問題となっており、これらの課題に対応するため、今次改定で地域包括医療病棟が新設されることとなりました。

◆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



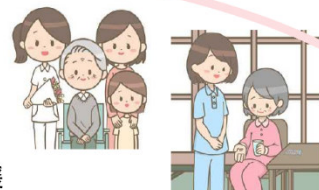
一定の医療資源を投入し、急性期を速やかに離脱



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

2 | 地域包括医療病棟入院料の施設基準

地域包括医療病棟入院料の施設基準としては、看護職員の配置は10:1以上を要求しており、病棟に常勤の理学療法士、作業療法士または言語聴覚士を2名以上、専任の管理栄養士を1名以上配置する必要があります。また、広い廊下と十分な面積があるリハビリテーション施設としての構造設備を整えることも求められています。

また、重症度や医療・看護必要度に基づいた評価基準も設定されており、これにより、急性期からのスムーズな転院、効果的な治療と早期の在宅復帰を目指すこととなります。

このような施設基準は、高齢者が急性期の治療後も適切なケアを受け続けられるように設計されています。

さらには、現在設置されている病棟から地域包括医療病棟への移行に際しては様々な形が想定されています。例えば、救急医療の実績が十分であり、既に後期高齢者の緊急入院が多く、急性期医療の中における機能分化が必要であるようなケースにおいては、一部の病棟を地域包括病棟に転換するといった形態も可能となります。

◆地域包括医療病棟入院料の施設基準(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、C

- T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。

◆想定される地域包括医療病棟への移行のイメージ

▶ 地域における、高齢化、救急医療提供体制、リハビリテーション等の提供体制等を踏まえて、急性期入院基本料1（7対1）、急性期入院基本料2-6を算定する急性期病棟、あるいは一定の救急医療の実績のある地域包括ケア病棟等から転換することが想定されている。

①急性期入院基本料1からの一部転換



救急医療の実績が十分であり、既に後期高齢者の緊急入院が多く、急性期医療の中における機能分化が必要であるケースにおいては、一部の病棟を地域包括病棟に転換することなどが考えられる。

②急性期入院基本料2-6からの転換



急性期医療が充実している医療機関であり、リハビリ職、栄養関係職種の確保とADLに関連する実績評価が十分である場合は、急性期の全病棟や一部の病棟を転換することが考えられる。

③地域包括ケア病棟からの転換



既に在宅復帰機能が十分である地ケアの中で、救急搬送の受入が可能である病棟においては、転換が可能。

厚生労働省：保険局医療課 令和6年度診療報酬改定の概要（医科全体版）

今回は診療報酬改定について解説しましたが、改定の主な目的は、普遍的課題ともいえるべき、医療サービスの質の向上と、患者のニーズに更に応える体制を整えることにありますが、特に今回挙げた「ベースアップ評価料」「生活習慣病管理料（Ⅱ）」、そして「地域包括医療病棟入院料」の新設は急激に変化する医療構造とそれを支える医療従事者を支えるという意味でも非常に意義深いものであると言えます。

このレポートがお役に立てば幸いです。

■参考資料

厚生労働省：保険局医療課 令和6年度診療報酬改定の概要（医科全体版）