

【2024年度診療報酬改定の概要】

- ✓ 2024年度診療報酬改定から「注目ポイント」を記載しました。
- ✓ なお、書面の都合で簡易的な記載とさせていただきます。そのため、その詳細は、厚生労働省の「2024(令和6)年度診療報酬改定の関連資料等」にてご確認ください。

◇入院料通則の改定

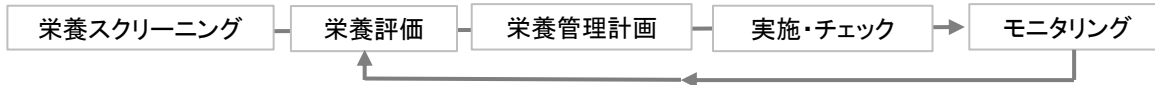
▶ 栄養管理体制の基準の明確化

【入院基本料等の施設基準等】→5 栄養管理体制の基準(一部省略)

(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

<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)



▶ 人生の最終段階における適切な意思決定支援の推進

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

- 入院料を算定する医療機関→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】
- 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

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

【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ないこと
- (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器具を使用して、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

(次項へ続く)

(出所): 厚生労働省「令和6年度診療報酬改定の概要(医科全体版)」(2024/3/5)を基にSMBC日興証券ソリューション・アドバイザー部作成

本資料は当社が信頼できると判断した情報源から入手した情報に基づいて作成されていますが、明示、黙示に関わらず内容の正確性あるいは完全性については保証するものではありません。また、本資料は有価証券の取引その他の取引の勧誘を目的としたものではありません。実際の取引等をご検討の際には、今後の制度改正の動きに加え、具体的な実務動向や法解釈の動き等に留意いただき、所轄の税務署や、弁護士、公認会計士、税理士等の専門家にご相談の上、お客様の最終判断をもって行っていただきますようお願い致します。本資料は、別段の表示のない限り、その作成時点に施行されている法令に基づき作成したものであり、将来、法令の解釈の変更や制度の改正、新たな法令の施行等がなされる可能性があります。なお、本資料とその記載内容につきましては、第三者に対してその全部または一部のコピーを作成したり、配布されませんようお願い致します。

SMBC日興メディカルニュース2024/4 ②

▶ 身体的拘束を最小化する取組の強化(承前)

(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。

ア 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

イ 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**

◇ 初再診料・ベースアップ評価等

▶ 初再診料

区分等	改定後	改定前
初診料	291点	288点
再診料	75点	73点
外来診療料	76点	74点

▶ 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)(1日につき)

区分等	点数
1 イ 初診又は訪問診療を行った場合	8点
ロ 再診時等	1点
2 イ 初診又は訪問診療を行った場合	16点
ロ 再診時等	2点
↓	
8 イ 初診又は訪問診療を行った場合	64点
ロ 再診時等	8点
※計算式あり	

▶ 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)(1日につき)

区分等	点数
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	28点
ロ イ以外の場合	7点
※計算式あり	

▶ 入院ベースアップ評価料(1日につき)

区分等	点数
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
※計算式あり	

別表3 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

別表2 A	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)区分(歯科省略)	点数 イ	点数 ロ
0を超	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	16点	2点
↓			
7.5以上	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)8	64点	8点

※ベースアップ評価に関係する計算

厚生労働省にて「**ベースアップ評価料計算支援ツール**」が用意されています

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

(出所): 厚生労働省「令和6年度診療報酬改定の概要(医科全体版)」(2024/3/5)を基にSMBC日興証券ソリューション・アドバイザー一部作成

本資料は当社が信頼できると判断した情報源から入手した情報に基づいて作成されていますが、明示、黙示に関わらず内容の正確性あるいは完全性については保証するものではありません。また、本資料は有価証券の取引その他の取引の勧誘を目的としたものではありません。実際の取引等をご検討の際には、今後の制度改正の動きに加え、具体的な実務動向や法解釈の動き等にご留意いただき、所轄の税務署や、弁護士、公認会計士、税理士等の専門家にご相談の上、お客様の最終判断をもって行っていただきますようお願い致します。本資料は、別段の表示のない限り、その作成時点に施行されている法令に基づき作成したものです。将来、法令の解釈の変更や制度の改正、新たな法令の施行等がなされる可能性があります。なお、本資料とその記載内容につきましては、第三者に対してその全部または一部のコピーを作成したり、配布されませんようお願い致します

SMBC日興メディカルニュース2024/4 ③

◇急性期一般

	必要度Ⅰ	必要度Ⅱ
急性期一般入院料 1	①21%/②28%	①20%/②27%
急性期一般入院料 2	22%	21%
急性期一般入院料 3	19%	18%
急性期一般入院料 4	16%	15%
急性期一般入院料 5	12%	11%

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)(※1)	なし	あり			(※1)A項目のうち「創傷処置(褥瘡の処置を除く)」及び「呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)」については、必要度Ⅰの場合も、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に掲げる診療行為を実施したときに限り、評価の対象となる (※2)A項目のうち「専門的な治療・処置」については、①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、③麻薬の使用(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抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用又は⑩無菌治療室での治療のいずれか1つ以上該当した場合は3点、その他の項目のみに該当した場合は2点とする
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)(※1)	なし	あり			
3	注射薬剤3種類以上の管理(最大7日間)	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(※2)					
	① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)				あり	
	② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理			あり		
	③ 麻薬の使用(注射剤のみ)				あり	
	④ 麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、			あり		
	⑤ 放射線治療			あり		
	⑥ 免疫抑制剤の管理(注射剤のみ)			あり		
	⑦ 昇圧剤の使用(注射剤のみ)				あり	
	⑧ 抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)				あり	
	⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用				あり	
	⑩ ドレナージの管理			あり		
	⑪ 無菌治療室での治療				あり	
7	I:救急搬送後の入院(2日間) II:緊急に入院を必要とする状態(2日間)	なし		あり		

C	手術等の医学的状況	0点	1点
15	開頭手術(11日間)	なし	あり
16	開胸手術(9日間)	なし	あり
17	開腹手術(6日間)	なし	あり
18	骨の手術(10日間)	なし	あり
19	胸腔鏡・腹腔鏡手術(4日間)	なし	あり

C	手術等の医学的状況	0点	1点
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(4日間) 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	なし	あり
22	別に定める検査(2日間)(例:経皮的針生検法)	なし	あり
23	別に定める手術(5日間)(例:眼窩内異物除去術)	なし	あり

(出所):厚生労働省「令和6年度診療報酬改定の概要(医科全体版)」(2024/3/5)を基にSMBC日興証券ソリューション・アドバイザー一部作成

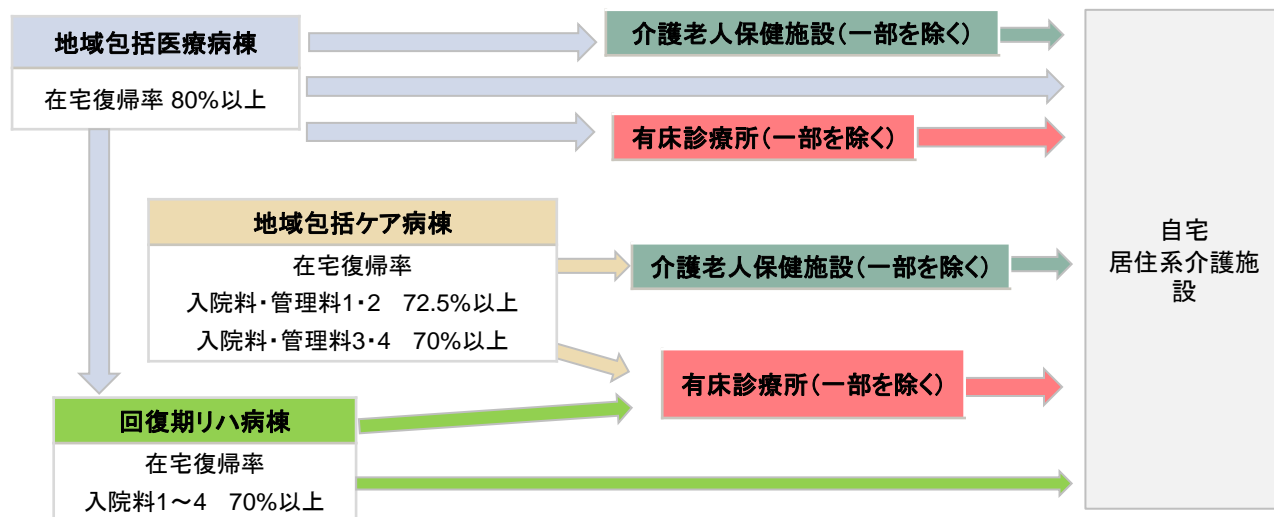
本資料は当社が信頼できると判断した情報源から入手した情報に基づいて作成されていますが、明示、黙示に関わらず内容の正確性あるいは完全性については保証するものではありません。また、本資料は有価証券の取引その他の取引の勧誘を目的としたものではありません。実際の取引等をご検討の際には、今後の制度改正の動きに加え、具体的な実務動向や法解釈の動き等にご留意いただき、所轄の税務署や、弁護士、公認会計士、税理士等の専門家にご相談の上、お客様の最終判断をもって行っていただきますようお願い致します。本資料は、別段の表示のない限り、その作成時点に施行されている法令に基づき作成したものであり、将来、法令の解釈の変更や制度の改正、新たな法令の施行等がなされる可能性があります。なお、本資料とその記載内容につきましては、第三者に対してその全部または一部のコピーを作成したり、配布されませんようお願い致します。

SMBC日興メディカルニュース2024/4 ④

◇急性期病棟・地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟の比較

	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"> 「A3点以上又はC1点以上」に該当する患者割合が20%以上 「A2点以上又はC1点以上」に該当する患者割合が27%以上 	<ul style="list-style-type: none"> 「A2点以上かつB3点以上」、「A3点以上」、「C1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B3点以上の患者割合が50%以上 	<ul style="list-style-type: none"> 「A1点以上又はC1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)	<ul style="list-style-type: none"> 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ST2名以上の配置、ADLに係る実績要件	PT、OT又はST1名以上の配置
在宅復帰率	80%以上 (分子に地ケア、回りハ病棟等への退院を含む)	80%以上 (分子に回りハ病棟等への退院を含む)	72.5%以上 (分子に回りハ病棟等への退院を含まない)

【在宅復帰率のルート】



(出所): 厚生労働省「令和6年度診療報酬改定の概要(医科全体版)」(2024/3/5)を基にSMBC日興証券ソリューション・アドバイザー一部作成

本資料は当社が信頼できると判断した情報源から入手した情報に基づいて作成されていますが、明示、黙示に関わらず内容の正確性あるいは完全性については保証するものではありません。また、本資料は有価証券の取引その他の取引の勧誘を目的としたものではありません。実際の取引等をご検討の際には、今後の制度改正の動きに加え、具体的な実務動向や法解釈の動き等にご留意いただき、所轄の税務署や、弁護士、公認会計士、税理士等の専門家にご相談の上、お客様の最終判断をもって行っていただきますようお願い致します。本資料は、別段の表示のない限り、その作成時点に施行されている法令に基づき作成したものです。将来、法令の解釈の変更や制度の改正、新たな法令の施行等がなされる可能性があります。なお、本資料とその記載内容につきましては、第三者に対してその全部または一部のコピーを作成したり、配布されませんようお願い致します。

◇地域包括医療病棟

▶ 地域包括医療病棟入院料

- 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**

[施設基準](抜粋)

- 看護職員が10:1以上配置
- 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
- 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(病室6.4㎡/1人以上、廊下幅1.8m以上が望ましい等)
- 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(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)
- 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
- 当該病棟の入院患者の平均在院日数が21日以内
- 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
- 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
- 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
- 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(2次救急医療機関又は救急告示病院で、常時、必要な検査、CT撮影、MRI撮影を行う体制にあること等)
- 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
- 特定機能病院以外の病院である
- 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
- 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

▶ 関連する加算

(新) 初期加算(1日につき)	150点
(新) 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
(新) 夜間看護体制加算(1日につき)	71点
(新) 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
(新) リハビリテーション・栄養・口腔連携加算(1日につき)	80点

▶ 関連する加算

(新) 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
(新) 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
(新) 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

(出所): 厚生労働省「令和6年度診療報酬改定の概要(医科全体版)」(2024/3/5)を基にSMBC日興証券ソリューション・アドバイザー一部作成

本資料は当社が信頼できると判断した情報源から入手した情報に基づいて作成されていますが、明示、黙示に関わらず内容の正確性あるいは完全性については保証するものではありません。また、本資料は有価証券の取引その他の取引の勧誘を目的としたものではありません。実際の取引等をご検討の際には、今後の制度改正の動きに加え、具体的な実務動向や法解釈の動き等にご留意いただき、所轄の税務署や、弁護士、公認会計士、税理士等の専門家にご相談の上、お客様の最終判断をもって行っていただきますようお願い致します。本資料は、別段の表示のない限り、その作成時点に施行されている法令に基づき作成したものです。将来、法令の解釈の変更や制度の改正、新たな法令の施行等がなされる可能性があります。なお、本資料とその記載内容につきましては、第三者に対してその全部または一部のコピーを作成したり、配布されませんようお願い致します。

SMBC日興メディカルニュース2024/4 ⑥

◇回復期リハビリテーション病棟

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※
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	13対1以上(7割以上が看護師)	15対1以上(4割以上が看護師)			
	看護補助者	30対1以上				
	リハビリ専門職	専従常勤のPT3名以上、 OT2名以上、ST1名以上	専従常勤の PT2名以上、OT1名以上			
	社会福祉士	専任常勤1名以上 ⇒ <u>専従常勤1名以上</u>			—	
	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(生活療養は省略)		2,229点	2,166点	1,917点	1,859点	1,696点

※入院料5は、届出から2年間に限り届け出ることができる

【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 → 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 → 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

【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)

(出所): 厚生労働省「令和6年度診療報酬改定の概要(医科全体版)」(2024/3/5)を基にSMBC日興証券ソリューション・アドバイザー部作成

本資料は当社が信頼できると判断した情報源から入手した情報に基づいて作成されていますが、明示、黙示に関わらず内容の正確性あるいは完全性については保証するものではありません。また、本資料は有価証券の取引その他の取引の勧誘を目的としたものではありません。実際の取引等をご検討の際には、今後の制度改正の動きに加え、具体的な実務動向や法解釈の動き等にご留意いただき、所轄の税務署や、弁護士、公認会計士、税理士等の専門家にご相談の上、お客様の最終判断をもって行っていただきますようお願い致します。本資料は、別段の表示のない限り、その作成時点で施行されている法令に基づき作成したものであり、将来、法令の解釈の変更や制度の改正、新たな法令の施行等がなされる可能性があります。なお、本資料とその記載内容につきましては、第三者に対してその全部または一部のコピーを作成したり、配布されませんようお願い致します。

SMBC日興メディカルニュース2024/4 ⑦

◇地域包括ケア病棟関連

地域包括ケア病棟の施設基準

	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
入院料	2,838点(40日以内) 2,690点(41日以上)		2,649点(40日以内) 2,510点(41日以上)		2,312点(40日以内) 2,191点(41日以上)		2,102点(40日以内) 1,992点(41日以上)	
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 <u>10%以上</u> 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)							
<ul style="list-style-type: none"> 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を算定する患者、短期滞在手術等基本料1の対象手術等を実施した患者、短期滞在手術等基本料3の算定要件を満たす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								

(出所)：厚生労働省「令和6年度診療報酬改定の概要(医科全体版)」(2024/3/5)を基にSMBC日興証券ソリューション・アドバイザー部作成

本資料は当社が信頼できると判断した情報源から入手した情報に基づいて作成されていますが、明示、黙示に関わらず内容の正確性あるいは完全性については保証するものではありません。また、本資料は有価証券の取引その他の取引の勧誘を目的としたものではありません。実際の取引等をご検討の際には、今後の制度改正の動きに加え、具体的な実務動向や法解釈の動き等にご留意いただき、所轄の税務署や、弁護士、公認会計士、税理士等の専門家にご相談の上、お客様の最終判断をもって行っていただきますようお願い致します。本資料は、別段の表示のない限り、その作成時点に施行されている法令に基づき作成されたものですが、将来、法令の解釈の変更や制度の改正、新たな法令の施行等がなされる可能性があります。なお、本資料とその記載内容につきましては、第三者に対してその全部または一部のコピーを作成したり、配布されませんようお願い致します

SMBC日興メディカルニュース2024/4 ⑧

◇療養病棟関連

【疾患・状態に係る3つの医療区分、処置等に係る3つの医療区分および3つのADL区分に基づく27分類及びスモンに関する3分類の合計30分類の評価へ】

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	療養病棟入院基本料1の点数	療養病棟入院基本料2の点数	従前の入院料
1	3(スモン除く)	3	3	1,964	1,899	A
2	3(スモン除く)	3	2	1,909	1,845	B
3	3(スモン除く)	3	1	1,621	1,556	C
4	3(スモン除く)	2	3	1,692	1,627	A
5	3(スモン除く)	2	2	1,637	1,573	B
6	3(スモン除く)	2	1	1,349	1,284	C
7	3(スモン除く)	1	3	1,644	1,579	A
8	3(スモン除く)	1	2	1,589	1,525	B
9	3(スモン除く)	1	1	1,301	1,236	C
10	2	3	3	1,831	1,766	A
11	2	3	2	1,776	1,712	B
12	2	3	1	1,488	1,423	C
13	2	2	3	1,455	1,389	D
14	2	2	2	1,427	1,362	E
15	2	2	1	1,273	1,207	F
16	2	1	3	1,371	1,305	D
17	2	1	2	1,343	1,278	E
18	2	1	1	1,189	1,123	F
19	1	3	3	1,831	1,766	A
20	1	3	2	1,776	1,712	B
21	1	3	1	1,488	1,423	C
22	1	2	3	1,442	1,376	D
23	1	2	2	1,414	1,349	E
24	1	2	1	1,260	1,194	F
25	1	1	3	983	918	G
26	1	1	2	935	870	H
27	1	1	1	830	766	I
28	3(スモンに限る)	-	3	1,831	1,766	A
29	3(スモンに限る)	-	2	1,776	1,712	B
30	3(スモンに限る)	-	1	1,488	1,423	C

(出所):厚生労働省「令和6年度診療報酬改定の概要(医科全体版)」(2024/3/5)を基にSMBC日興証券ソリューション・アドバイザー部作成

本資料は当社が信頼できると判断した情報源から入手した情報に基づいて作成されていますが、明示、黙示に関わらず内容の正確性あるいは完全性については保証するものではありません。また、本資料は有価証券の取引その他の取引の勧誘を目的としたものではありません。実際の取引等をご検討の際には、今後の制度改正の動きに加え、具体的な実務動向や法解釈の動き等に留意いただき、所轄の税務署や、弁護士、公認会計士、税理士等の専門家にご相談の上、お客様の最終判断をもって行っていただきますようお願い致します。本資料は、別段の表示のない限り、その作成時点で施行されている法令に基づき作成したものです。将来、法令の解釈の変更や制度の改正、新たな法令の施行等がなされる可能性があります。なお、本資料とその記載内容につきましては、第三者に対してその全部または一部のコピーを作成したり、配布されませんようお願い致します。

◇療養病棟関連

	疾患・状態	処置等
医療区分3	<ul style="list-style-type: none"> ・スモン ・医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態 	<ul style="list-style-type: none"> ・中心静脈栄養（療養病棟入院基本料を算定する場合にあつては、広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻若しくは急性膵炎を有する患者を対象とする場合又は中心静脈栄養を開始した日から30日以内の場合に実施するものに限る） ・二十四時間持続点滴 ・人工呼吸器の使用 ・ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄 ・気管切開又は気管内挿管（発熱を伴う状態の患者に対するものに限る） ・酸素療法（密度の高い治療を要する状態の患者に対するものに限る） ・感染症の治療の必要性から実施する隔離室での管理
医療区分2	<p>筋ジストロフィー症</p> <ul style="list-style-type: none"> ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症、 ・パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であつて生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る）） ・その他の指定難病等（スモンを除く） ・脊髄損傷 （頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢全てに認められる場合に限る） ・慢性閉塞性肺疾患 （ヒュー・ジョーンズの分類がⅤ度の状態に該当する場合に限る） ・悪性腫瘍 （医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る） ・消化管等の体内からの出血が反復継続している状態 ・他者に対する暴行が毎日認められる状態 	<ul style="list-style-type: none"> ・中心静脈栄養（広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻又は急性膵炎を有する患者以外を対象として、中心静脈栄養を開始した日から30日を超えて実施するものに限る） ・肺炎に対する治療 ・尿路感染症に対する治療 ・傷病等によるリハビリテーション（原因となる傷病等の発症後、三十日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る） ・脱水に対する治療（発熱を伴う状態の患者に対するものに限る） ・頻回の嘔吐に対する治療（発熱を伴う状態の患者に対するものに限る） ・褥瘡に対する治療（皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が二箇所以上に認められる場合に限る） ・末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療 ・せん妄に対する治療 ・うつ症状に対する治療 ・人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法 ・経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養（発熱又は嘔吐を伴う状態の患者に対するものに限る） ・一日八回以上の喀痰（かくたん）吸引 ・気管切開又は気管内挿管が行われている状態（発熱を伴う状態を除く） ・頻回の血糖検査 ・創傷（手術創や感染創を含む。）、皮膚潰瘍又は下腿（たい）若しくは足の蜂巣炎、膿（のう）等の感染症に対する治療 ・酸素療法（密度の高い治療を要する状態を除く）
医療区分1		医療区分2・3に該当しない者

ADL区分		項目	支援のレベル	当日を含む過去3日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベルについて、左記の4項目に0～6の範囲で最も近いものを記入し合計する 新入院（転棟）の場合は、入院（転棟）後の状態について評価する（0. 自立、1. 準備のみ、2. 観察、3. 部分的援助、4. 広範な援助、5. 最大の援助、6. 全面依存）
ADL区分3	23点以上	a ベット上の可動性	0～6	
ADL区分2	11点～23点未満	b 移乗	0～6	
ADL区分1	11点未満	c 食事	0～6	
		d トイレの使用	0～6	
		(合計点)	0～24	

▶ 経腸栄養管理加算

経腸栄養管理加算 (1日につき)	300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が、療養病棟入院基本料を算定している患者について、経腸栄養を開始した場合、入院中1回に限り、経腸栄養を開始した日から7日を限度として所定点数に加算する。この場合において、栄養サポートチーム加算、入院栄養食事指導料、集団栄養食事指導料は別に算定できない
---------------------	------	--

(出所)：厚生労働省「令和6年度診療報酬改定の概要(医科全体版)」(2024/3/5)を基にSMBC日興証券ソリューション・アドバイザー部作成

SMBC日興メディカルニュース2024/4 ⑩

◇在宅関係

在宅時医学総合管理料	機能強化型在支診・在支病(病床あり)					機能強化型在支診・在支病(病床なし)				
	1人	2-9人	10-19人	20-49人	50人以上	1人	2-9人	10-19人	20-49人	50人以上
①月2回以上訪問(難病等)	5,385	4,485	2,865	2,400	2,110	4,985	4,125	2,625	2,205	1,935
②月2回以上訪問	4,485	2,385	1,185	1,065	905	4,085	2,185	1,085	970	825
③(うち1回は情報通信機器を用いた診療)	3,014	1,670	865	780	660	2,774	1,550	805	720	611
④月1回訪問	2,745	1,485	765	670	575	2,505	1,365	705	615	525
⑤(うち2月目は情報通信機器を用いた診療)	1,500	828	425	373	317	1,380	768	395	344	292

在宅時医学総合管理料	在支診・在支病					その他				
	1人	2-9人	10-19人	20-49人	50人以上	1人	2-9人	10-19人	20-49人	50人以上
①月2回以上訪問(難病等)	4,585	3,765	2,385	2,010	1,765	3,435	2,820	1,785	1,500	1,315
②月2回以上訪問	3,685	1,985	985	875	745	2,735	1,460	735	655	555
③(うち1回は情報通信機器を用いた診療)	2,554	1,450	765	679	578	2,014	1,165	645	573	487
④月1回訪問	2,285	1,265	665	570	490	1,745	980	545	455	395
⑤(うち2月目は情報通信機器を用いた診療)	1,270	718	375	321	275	1,000	575	315	264	225

※「施設入居時等医学総合管理料」は省略しております。

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	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		
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	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)	—

()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	患者家で死亡診断を行った場合に算定	200点

(出所)：厚生労働省「令和6年度診療報酬改定の概要(医科全体版)」(2024/3/5)を基にSMBC日興証券ソリューション・アドバイザー部作成

本資料は当社が信頼できると判断した情報源から入手した情報に基づいて作成されていますが、明示、黙示に関わらず内容の正確性あるいは完全性については保証するものではありません。また、本資料は有価証券の取引その他の取引の勧誘を目的としたものではありません。実際の取引等をご検討の際には、今後の制度改正の動きに加え、具体的な実務動向や法解釈の動き等に留意いただき、所轄の税務署や、弁護士、公認会計士、税理士等の専門家にご相談の上、お客様の最終判断をもって行っていただきますようお願い致します。本資料は、別段の表示のない限り、その作成時点で施行されている法令に基づき作成したものです。将来、法令の解釈の変更や制度の改正、新たな法令の施行等がなされる可能性があります。なお、本資料とその記載内容につきましては、第三者に対してその全部または一部のコピーを作成したり、配布されませんようお願い致します。

▶ リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算

名称等	点数	補足等
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	<p>[算定要件](概要)</p> <ul style="list-style-type: none"> 急性期医療において、当該病棟に入院中の患者のADLの維持、向上等を目的に、早期からの離床や経口摂取が図られるよう、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る多職種による評価と計画に基づき、多職種により取組を行った場合に、患者1人につきリハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を作成した日から起算して14日を限度に算定できる 当該病棟に入棟した患者全員に対し、原則入棟後48時間以内にADL、栄養状態、口腔状態についての評価に基づき、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を作成すること。リスクに応じた期間で定期的な再評価を実施すること 入院患者のADL等の維持、向上等に向け、カンファレンスが定期的開催されていること 適切な口腔ケアを提供するとともに、口腔状態に係る課題(口腔衛生状態の不良や咬合不良等)を認めた場合は必要に応じて当該保険医療機関の歯科医師等と連携する又は歯科診療を担う他の保険医療機関への受診を促すこと 疾患別リハビリテーション等の対象とならない患者についても、ADLの維持、向上等を目的とした指導を行うこと。専従の理学療法士等は1日につき9単位を超えた疾患別リハビリテーション料等の算定はできないものとする 専任の管理栄養士は、当該計画作成に当たって、原則入棟後48時間以内に、患者に 対面の上、入院前の食生活や食物アレルギー等の確認やGLIM基準を用いた栄養状態の評価を行うとともに、定期的な食事状況の観察、必要に応じた食事調整の提案等の取組を行うこと

▶ 医療 DX 推進体制整備加算

名称等	点数
医療 DX 推進体制整備加算	8点
施設基準(医科医療機関)(医科で記載)	
(1)オンライン請求を行っていること	
(2)オンライン資格確認を行う体制を有していること	
(3)医師が、電子資格確認を利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること	
(4)電子処方箋を発行する体制を有していること(経過措置 令和7年3月31日まで)	
(5)電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有していること(経過措置 令和7年9月30日まで)	
(6)マイナンバーカードの健康保険証利用の使用について、実績を一定程度有していること(令和6年10月1日から適用)	
(7)医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所及びウェブサイト等に掲示していること	

▶ 在宅医療DX情活用加算

名称等	点数
在宅医療 DX 情報活用加算	10点
施設基準(医科医療機関)(医科で記載)	
(1)オンライン請求を行っていること	
(2)オンライン資格確認を行う体制を有していること	
(3)居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムの活用により、医師等が患者の診療情報等を取得及び活用できる体制を有していること	
(4)電子処方箋を発行する体制を有していること。(経過措置 令和7年3月31日まで)	
(5)電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有していること(経過措置 令和7年9月30日まで)	
(6)(2)の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること	
(7)(6)の掲示事項について、原則としてウェブサイトに掲示していること	

▶ 医療情報・システム基盤整備体制充実加算の見直し

改定後	改定前
(改定後)医療情報取得加算	(改定前)医療情報・システム基盤整備体制充実加算
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	初診時 医療情報・システム基盤整備体制充実加算1 4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	医療情報・システム基盤整備体制充実加算2 2点

(出所)厚生労働省「令和6年度診療報酬改定の概要(医科全体版)」(2024/3/5)を基にSMBC日興証券ソリューション・アドバイザー一部作成

本資料は当社が信頼できると判断した情報源から入手した情報に基づいて作成されていますが、明示、黙示に関わらず内容の正確性あるいは完全性については保証するものではありません。また、本資料は有価証券の取引その他の取引の勧誘を目的としたものではありません。実際の取引等をご検討の際には、今後の制度改正の動きに加え、具体的な実務動向や法解釈の動き等に留意いただき、所轄の税務署や、弁護士、公認会計士、税理士等の専門家にご相談の上、お客様の最終判断をもって行っていただきますようお願い致します。本資料は、別段の表示のない限り、その作成時点に施行されている法令に基づき作成したものであり、将来、法令の解釈の変更や制度の改正、新たな法令の施行等がなされる可能性があります。なお、本資料とその記載内容につきましては、第三者に対してその全部または一部のコピーを作成したり、配布されませんようお願い致します。

SMBC日興メディカルニュース2024/4 ⑫

▶ 生活習慣病に係る医学管理料

生活習慣病管理料(Ⅰ)	改定後	<ul style="list-style-type: none"> 療養計画書を簡素化するとともに、電子カルテ情報共有サービスを活用する場合、血液検査項目についての記載を不要とする 診療ガイドライン等を参考として疾病管理を行うことを要件とする 少なくとも1月に1回以上の総合的な治療管理を行う要件を廃止する 多職種と連携することを望ましい要件とする 糖尿病患者に対して歯科受診を推奨することを要件とする
脂質異常症を主病	610点	
高血圧症を主病	660点	
糖尿病を主病	760点	
(新設)生活習慣病管理料(Ⅱ)	333点	<ul style="list-style-type: none"> 月1回 検査等を包括しない など

▶ 特定疾患療養管理料

特定疾患療養管理料の対象疾患の見直し	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 糖尿病、脂質異常症及び高血圧を除外 ✓ アナフィラキシー・ギラン・バレー症候群の追加
--------------------	---

▶ 地域包括診療料等

[算定要件]※地域包括診療加算についても同様

- 患者又はその家族からの求めに応じ、疾患名、治療計画等についての文書を交付し、適切な説明を行うことが望ましい。その際、文書の交付については電子カルテ情報共有システムにおける患者サマリーに入力し、診療録にその記録及び患者の同意を得た旨を残している場合は、文書を交付しているものとみなすものとする
- 当該保険医療機関に通院する患者について、介護支援専門員及び相談支援専門員からの相談に適切に対応するとともに、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
- 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とともに、患者から求められた場合に適切に対応すること

▶ 在宅患者訪問診療料の見直し

在宅診・在宅病における在宅患者訪問診療料の算定

患者1人当たりの直近3月の訪問診療の回数が12回以上の場合、同一患者につき同一月において訪問診療を5回以上実施した場合、5回目以降の訪問診療については、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する

▶ 救急患者連携搬送料(新設)

項目等	点数	補足等
入院中の患者以外の患者	1,800点	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
入院1日目の患者	1,200点	
入院2日目の患者	800点	
入院3日目の患者	600点	

(出所):厚生労働省「令和6年度診療報酬改定の概要(医科全体版)」(2024/3/5)を基にSMBC日興証券ソリューション・アドバイザー一部作成

本資料は当社が信頼できると判断した情報源から入手した情報に基づいて作成されていますが、明示、黙示に関わらず内容の正確性あるいは完全性については保証するものではありません。また、本資料は有価証券の取引その他の取引の勧誘を目的としたものではありません。実際の取引等をご検討の際には、今後の制度改正の動きに加え、具体的な実務動向や法解釈の動き等に留意いただき、所轄の税務署や、弁護士、公認会計士、税理士等の専門家に相談の上、お客様の最終判断をもって行っていただきますようお願い致します。本資料は、別段の表示のない限り、その作成時点に施行されている法令に基づき作成したものです。将来、法令の解釈の変更や制度の改正、新たな法令の施行等がなされる可能性があります。なお、本資料とその記載内容につきましては、第三者に対してその全部または一部のコピーを作成したり、配布されませんようお願い致します

▶ 人工腎臓に係る導入期加算の見直し

項目等	改定後	改定前	補足等
導入期加算1	200点	200点	(1) 導入期加算1の施設基準(略)
導入期加算2	410点	400点	(2) 導入期加算2の施設基準 次のすべてを満たしていること→ア～オ(略) カ 腎代替療法を導入するに当たって、(1)のAに加え、心血管障害を含む全身合併症の状態及び当該合併症について選択することができる治療法について、患者に対し十分な説明を行っていること
導入期加算3	810点	800点	(3) 導入期加算3の施設基準 次のすべてを満たしていること→ア～カ(略) キ (2)の力を満たしていること

▶ 人工腎臓一慢性維持透析を行った場合

項目等	改定後			改定前		
	場合1	場合2	場合3	場合1	場合2	場合3
4時間以内	1,876点	1,836点	1,796点	1,885点	1,845点	1,805点
4時間以上5時間以内	2,036点	1,996点	1,951点	2,045点	2,005点	1,960点
5時間以内	2,171点	2,126点	2,081点	2,180点	2,135点	2,090点

▶ 在宅透析に係る遠隔モニタリングの評価

(新) 遠隔モニタリング加算 (月1回)	115点	<p>[算定要件]</p> <p>遠隔モニタリング加算は、以下の全てを実施する場合に算定する</p> <p>ア 注液量、排液量、除水量、体重、血圧、体温等の状態について継続的なモニタリングを行うこと</p> <p>イ モニタリングの状況に応じて、適宜患者に来院を促す等の対応を行うこと</p> <p>ウ 当該加算を算定する月にあっては、モニタリングにより得られた所見等及び行った指導管理の内容を診療録に記載すること</p> <p>エ モニタリングの実施に当たっては、厚生労働省の定める「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等に対応すること</p>
-------------------------	------	---

▶ 精神科入退院支援加算の新設

名称等	点数
精神科入退院支援加算(退院時1回)	1,000点
注2 精神科措置入院退院支援加算	300点

[算定要件](概要)

- (1)原則として入院後7日以内に患者の状況を把握するとともに退院困難な要因を有している患者を抽出する
- (2)退院困難な要因を有する患者について、原則として7日以内に患者及び家族と病状や退院後の生活も含めた話し合いを行うとともに、関係職種と連携し、入院後7日以内に退院支援計画の作成に着手する
- (3)退院支援計画の作成に当たっては、入院後7日以内に病棟の看護師及び病棟に専任の入退院支援職員並びに入退院支援部門の看護師及び精神保健福祉士等が共同してカンファレンスを実施する
- (4)当該患者について、概ね3月に1回の頻度でカンファレンスを実施し、支援計画の見直しを適宜行う。なお、医療保護入院の者について、精神保健福祉法第33条第6項第2号に規定する委員会の開催をもって、当該カンファレンスの開催とみなすことができる

【施設基準の一部】

- ・入退院支援部門に専従の看護師及び専任の精神保健福祉士又は専従の精神保健福祉士及び専任の看護師が配置
- ・連携先など

(出所)厚生労働省「令和6年度診療報酬改定の概要(医科全体版)」(2024/3/5)を基にSMBC日興証券ソリューション・アドバイザー一部作成

本資料は当社が信頼できると判断した情報源から入手した情報に基づいて作成されていますが、明示、黙示に関わらず内容の正確性あるいは完全性については保証するものではありません。また、本資料は有価証券の取引その他の取引の勧誘を目的としたものではありません。実際の取引等をご検討の際には、今後の制度改正の動きに加え、具体的な実務動向や法解釈の動き等に留意いただき、所轄の税務署や、弁護士、公認会計士、税理士等の専門家にご相談の上、お客様の最終判断をもって行っていただきますようお願い致します。本資料は、別段の表示のない限り、その作成時点に施行されている法令に基づき作成したものです。将来、法令の解釈の変更や制度の改正、新たな法令の施行等がなされる可能性があります。なお、本資料とその記載内容につきましては、第三者に対してその全部または一部のコピーを作成したり、配布されませんようお願い致します。

▶ 精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に向けた重点的な支援を提供する病棟の評価の新設

名称等	点数
精神科地域包括ケア病棟入院料(1日につき)	1,535点
自宅等移行初期加算(1日につき)	100点

[算定要件] (概要)

- (1) 精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料(精神科救急急性期医療入院料等)を算定した期間と通算して180日を限度として、所定点数を算定する。ただし、精神科救急急性期医療入院料等を算定する病棟から退院した日から起算して3月以内に当該病棟に入院した場合も、精神科救急急性期医療入院料等を算定した期間を算入する
- (2) 当該病棟に転棟若しくは転院又は入院した日から起算して90日間に限り、自宅等移行初期加算として、100点を加算する
- (3) 過去1年以内に、精神科地域包括ケア病棟入院料又は自宅等移行初期加算を算定した患者については、期間の計算に当たって、直近1年間の算定期間(算定した日数)を180日又は90日に通算する
- (4) 精神科病棟入院基本料(15対1、18対1、20対1)、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料を届け出ている病棟から、当該病棟への転棟は、患者1人につき1回に限る
- (5) 当該病棟の入院患者に対しては、主治医が病状の評価に基づいた診療計画を作成し、適切な治療を実施するとともに、医師、看護職員、薬剤師、作業療法士、精神保健福祉士、公認心理師等の多職種が共同して、個々の患者の希望や状態に応じて、退院後の療養生活を見据え必要な療養上の指導、服薬指導、作業療法、相談支援、心理支援等を行う
- (6) 当該病棟の入院患者のうち必要なものに対しては、療養上の指導、服薬指導、作業療法、相談支援又は心理支援等を、1日平均2時間以上提供していることが望ましい
- (7) 症状性を含む器質性精神障害の患者にあっては、精神症状を有する状態に限り、単なる認知症の症状のみを有する患者については、当該入院料を算定できない

施設基準の届出について

令和6年6月1日から算定を行うための届出期間は、令和6年5月2日から6月3日まで
(厚生労働省の診療報酬改定関連に、施設基準届出チェックリストなどがあります)

(出所)厚生労働省「令和6年度診療報酬改定の概要(医科全体版)」(2024/3/5)を基にSMBC日興証券ソリューション・アドバイザー一部作成

令和6年度診療報酬改定に係る施設基準届出チェックリストの送付について

保険医療機関等における適切な届出事務に資するよう別添のとおり施設基準届出チェックリストがあります

- 【病院用】施設基準届出チェックリスト(令和6年度診療報酬改定)
- 【医科診療所用】施設基準届出チェックリスト(令和6年度診療報酬改定)
- 【歯科診療所用】と【薬局用】は省略

【病院用】施設基準届出チェックリスト(令和6年度診療報酬改定)

このチェックリストは、**更新日** 令和6年6月25日
このチェックリストは、**更新日**時点のものです。今後、厚生労働省の通知の訂正などに伴い変更される場合があります。届出時に変更がなければ、改めてご確認ください。

新たに創設された施設基準(新設)及び届出直しが必要な施設基準(要件変更)について

下記の施設基準を算定するためには、各施設基準ごとに要件を満たした上で「**届出期限**」**必着**で届出ください。

各届出様式については所管の**各地方厚生(支)局HPを参照**ください(当該チェックリストを各地方厚生(支)局に提出しても施設基準を届出したことにはなりません)。

項番	届出期間	区分	新設要件	整理番号	施設基準	チェック欄		備考
						届出状況	届出状況	
4	令和6年6月3日	基本診療料	新設	1-21	歯科外来診療部併設加算4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	令和6年6月3日	基本診療料	新設	1-22	初診料(歯科)の注16及び再診料(歯科)の注19に掲げる基準	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	令和6年6月3日	基本診療料	新設	1-25	療養病棟入院基本料の注11に規定する経路管理費加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	令和6年6月3日	基本診療料	新設	1-25	療養病棟入院基本料の注13に規定する看護補助体制充実加算1及び2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	令和6年6月3日	基本診療料	新設	1-30	障害者施設等入院基本料の注10に規定する看護補助体制充実加算1及び2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	令和6年6月3日	基本診療料	新設	1-38	急性期充実体制加算1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	令和6年6月3日	基本診療料	新設	1-39	急性期充実体制加算2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	令和6年6月3日	基本診療料	新設	1-42	診療管理体制加算1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	令和6年6月3日	基本診療料	新設	1-47	急性期看護補助体制加算の注4に規定する看護補助体制充実加算1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13	令和6年6月3日	基本診療料	新設	1-51	看護補助加算の注4に規定する看護補助体制充実加算1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

(出所)厚生労働省「令和6年度診療報酬改定に係る施設基準届出チェックリストの送付について」(事務連絡)(2024/3/25)を基にSMBC日興証券ソリューション・アドバイザー一部作成

本資料は当社が信頼できると判断した情報源から入手した情報に基づいて作成されていますが、明示、黙示に関わらず内容の正確性あるいは完全性については保証するものではありません。また、本資料は有価証券の取引その他の取引の勧誘を目的としたものではありません。実際の取引等をご検討の際には、今後の制度改正の動きに加え、具体的な実務動向や法解釈の動き等にご留意いただき、所轄の税務署や、弁護士、公認会計士、税理士等の専門家にご相談の上、お客様の最終判断をもって行っていただきますようお願い致します。本資料は、別段の表示のない限り、その作成時点で施行されている法令に基づき作成したものです。将来、法令の解釈の変更や制度の改正、新たな法令の施行等がなされる可能性があります。なお、本資料とその記載内容につきましては、第三者に対してその全部または一部のコピーを作成したり、配布されませんようお願い致します。

金融商品取引法第 37 条(広告等の規制)にかかる留意事項

本資料は、法制度/税務、自社株評価、相続/事業承継、株主対策/資本政策、オファリング、M&A/IPO、年金/保険等の諸制度に関する紹介や解説、また、これに関連するスキーム等の紹介や解説、およびその効果等に関する説明・検証等を行ったものであり、金融商品の取引その他の取引の勧誘を目的とした金融商品に関する説明資料ではありません。記載の内容にしたがって、お客さまが実際にお取引をされた場合や実務を遂行された場合の手数料、報酬、費用、その他対価はお客さまのご負担となります。なお、SMBC日興証券株式会社(以下「当社」といいます)がご案内する商品等へのご投資には、各商品等に所定の手数料等をご負担いただく場合があります。たとえば、店舗における国内の金融商品取引所に上場する株式等(売買単位未満株式を除く)の場合は約定代金に対して最大1.265%(ただし、最低手数料5,500円)の委託手数料をお支払いいただきます。投資信託の場合は銘柄ごとに設定された各種手数料等(直接的費用として、最大3.30%の申込手数料、最大4.50%の換金手数料または信託財産留保額、間接的費用として、最大年率3.64%の信託報酬(または運用管理費用)およびその他の費用等)をお支払いいただきます。債券、株式等を募集、売出し等または相対取引により購入する場合は、購入対価のみをお支払いいただきます(債券の場合、購入対価に別途、経過利息をお支払いいただく場合があります)。また、外貨建ての商品の場合、円貨と外貨を交換、または異なる外貨間での交換をする際には外国為替市場の動向に応じて当社が決定した為替レートによるものとします。上記手数料等のうち、消費税が課せられるものについては、消費税分を含む料率または金額を記載しています。

本資料は、当社が信頼できると判断した情報源から入手した情報に基づいて作成されていますが、明示、黙示にかかわらず内容の正確性あるいは完全性について保証するものではありません。また、別段の表示のない限り、その作成時点において施行されている法令に基づき作成したものであり、将来、法令の解釈が変更されたり、制度の改正や新たな法令の施行等がなされる可能性もあります。さらに、本資料に記載の内容は、一般的な事項を記載したものに過ぎないため、お客さまを取り巻くすべての状況に適合してその効果等が発揮されるものではありません。このため、本資料に記載の内容にしたがって、お客さまが実際に取引をされた場合や実務を遂行された場合、その期待される効果等が得られないリスクもあります。なお、金融商品の取引その他の取引を行っていただく場合には、株式相場、金利水準、為替相場、不動産相場、商品相場等の価格の変動等および有価証券の発行者等の信用状況(財務・経営状況を含む)の悪化等それらに関する外部評価の変化等を直接の原因として損失が生ずるおそれ(元本欠損リスク)、または元本を超過する損失を生ずるおそれ(元本超過損リスク)があります。なお、信用取引またはデリバティブ取引等(以下「デリバティブ取引等」といいます)を行う場合は、デリバティブ取引等の額が当該デリバティブ取引等についてお客さまの差し入れた委託保証金または証拠金の額(以下「委託保証金等の額」といいます)を上回る場合があると共に、対象となる有価証券の価格または指標等の変動により損失の額がお客さまの差し入れた委託保証金等の額を上回るおそれ(元本超過損リスク)があります。また、店頭デリバティブ取引については、当社が表示する金融商品の売り付けの価格と買い付けの価格に差がある場合があります。上記の手数料等およびリスク等は商品ごとに異なりますので、当該商品等の契約締結前交付書面や目論見書またはお客さま向け資料等をよくお読みください。なお、目論見書等のお問い合わせは当社各部店までお願いいたします。また、実際の取引等をご検討の際には、個別の提案書等をご覧いただいた上で、今後の制度改正の動きに加え、具体的な実務動向や法解釈の動き、およびお客さまの個別の状況等に十分ご留意いただき、所轄の税務署や、弁護士、公認会計士、税理士等の専門家にご相談の上、お客さまの最終判断をもって行っていただきますよう、お願い申し上げます。

商号等：SMBC日興証券株式会社 金融商品取引業者 関東財務局長(金商)第2251号

加入協会：日本証券業協会、一般社団法人日本投資顧問業協会、

一般社団法人金融先物取引業協会、一般社団法人第二種金融商品取引業協会、
一般社団法人日本STO協会

(2023年9月30日現在)



SMBC日興証券

いっしょに、明日のこと。

Share the Future