

# トピックス

保険委員会 令和6年3月

## <診療報酬改定のまとめ 身障分野について>

### 令和6年度診療報酬改定の説明について

#### 《医療と介護の連携の推進》

##### ●医療と介護保険施設の連携の推進

「協力医療機関の受け入れに関する加算の新設」

協力対象施設入所者入院加算（入院初日）の新設

1. 往診が行われた場合 600点、
2. 上記以外の場合 200点

「病状の急変時に、介護保険施設などの協力機関であって、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」

介護保険施設等連携往診加算 200点

##### ●入退院支援加算1・2の見直しについて

現行) 入退院支援加算1	230点	改定後) 入退院支援加算1	240点
入退院支援加算2	200点	入退院支援加算2	200点

##### ●リハビリテーションに係る医療介護障害連携

「リハビリテーションに係る情報連携の推進」

介護保険の通所リハビリテーション事業所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事業計画書を提供することとする

「退院前カンファレンスの通所リハ事業所などの医師等の参加の推進」

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事が望ましいこととする

##### ●医療と介護における栄養情報連携の推進

「栄養情報連携料の新設」

医療と介護における栄養情報連携を推進する観点から、入院栄養食事指導料の栄養情報提供加算について、名称、要件及び評価を見直す

栄養情報連携料 70点

入院栄養食事指導料を算定した患者に対して、**退院後の栄養食事管理について指導を行った内容及び入院中の栄養管理に関する情報**を示す文書を用いて説明し、これを**他の保険医療機関等の医師又は管理栄養士に情報提供**し、共有した場合に、入院中 1 回に限り算定する。

●医療と障害福祉サービス連携の推進

1. 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
2. 医療的ケア児(者)に対する入院前支援の評価の新設
3. 入退院支援加算 1・2 の見直し
4. リハビリテーションに係る医療・介護・障害福祉サービス連携の推進
5. 有床診療所における医療・介護・障害連携の推進
6. 就労支援に係る医療機関と障害福祉サービスの連携の推進

●リハビリテーションに係る医療・介護・障害福祉サービス連携の推進

病院・診療所が自立訓練(機能訓練)を提供する際の疾患別リハビリテーション料等に係る施設基準を緩和する

## 《医療機能に応じた入院医療の評価》

「地域医療包括病棟」

●地域医療包括病棟の新設

地域において、救急患者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、在宅復帰の機能を包括的に担う病棟の評価を新設する

**地域医療包括病棟入院料（一日当たり） 3050点**

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。
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。
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<sup>6</sup> 救急医療を行うにつき必要な体制を整備していること。
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。

#### 「急性期・高度急性期入院医療」

- 一般病棟用の重症度、医療、看護必要度の評価項目の見直し
- 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し

#### 「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に係る見直し

##### 1. 入院料の評価の見直し

回復期リハビリテーション病棟入院料の評価を引き上げる  
追加の施設基準

- ・回復期リハビリテーション入院料1及び2については**専従の社会福祉士**等の配置を要件とする
- ・回復期リハビリテーション入院料1及び3については**当該保険医療機関において、FIMの選定に関する研修会を年一回以上開催**する
- ・地域リハビリテーション活動支援事業に、地域の医師会等と連携し、参加している事が望ましいこととする

##### 2. GLIM基準による栄養評価の要件化

回復期リハビリテーション病棟入院料1について、入退院時の栄養状態の評価にGLIM基準を用いる事が望ましいこととする。

##### 3. 定期的なFIM評価の測定の要件化

回復期リハビリテーション病棟入院料及び回復期リハビリテーション入院管理料を

算定するに当たっては定期的（2週間に1回）に FIM 測定を行い、その結果について診療録などに記載することを要件とする

4. 運動期リハビリテーション料の算定単位数の見直し
5. 体制強化加算1、2の廃止

#### 「地域包括ケア病棟」

##### ●地域包括ケア病棟入院料の見直し 改定後)

1. 地域包括ケア病棟入院料・入院管理料1  
40日以内 2838点  
41日以降 2690点
2. 地域包括ケア病棟入院料・入院管理料2  
40日以内 2649点  
41日以降 2510点
3. 地域包括ケア病棟入院料・入院管理料3  
40日以内 2312点  
41日以降 2191点
4. 地域包括ケア病棟入院料・入院管理料4  
40日以内 2102点  
41日以降 1992点

##### ●地域包括ケア病棟の施設基準の見直し

#### 「慢性期入院医療」

##### ●療養病棟入院基本料の見直し

1. 療養病棟入院基本料の医療区分に係る評価体系の見直し  
疾患・状態に係る3つの医療区分、処置などに係る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つの合計30分類に評価を見直す
4. 中心静脈栄養に係る評価の見直し  
療養病棟における中心静脈栄養について、患者の疾患及び状態並びに実施した期間に応じた医療区分に見直す。中心静脈栄養を終了後7日間に限り、終了前の医療区分により算定できる
5. 経腸栄養管理加算の新設  
療養病棟に入院中の患者に対し、静脈経腸栄養ガイドライン等を踏まえた栄養管理に係る説明を実施した上で、新たに経腸栄養を開始した場合に一定期間算定可能な経腸栄養管理加算を新設する

新設) 経腸栄養管理料の新設(一日につき) 300点

6. 注11に規定する警戒措置の廃止

7. 療養病棟における適切なリハビリテーションの推進

入院料27について、1日につき2単位を超える疾患別リハビリテーション料を包括範囲に含める

「働き方改革・横断的事項」

1. 地域医療体制確保加算の見直し

2. 入院時の食費の基準変更の見直し

### 《質の高い訪問診療、訪問看護の確保》

●在宅医療におけるICTを用いた連携の推進

●在宅療養支援診療所・病院における訪問栄養食事指導の推進

在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の施設基準の新設

### 《医療資源の少ない地域等への対応》

●医師少数区域及び医療資源の少ない地域などに配慮した評価の見直し

新設) 回復期リハビリテーション入院管理料 1859点

医療資源の少ない地域において回復期リハビリテーション病棟に相応する病室について、回復期リハビリテーション入院料の届出を病室単位で可能な区分を新設する

### 《個別改定項目》

●急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取り組みの推進

新設) 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

●病棟に応じた早期からの疾患別リハビリテーションの推進

重症者に対する早期からの疾患別リハビリテーションの推進

新設) 急性期リハビリテーション加算 50点(14日目まで)

対象患者

・BIが10点以下 ・認知症高齢者の日常生活自立度ランクM以上

・特定の処置が施されている事 ・特定感染症入院医療管理加算の感染症を疑うもの

改定) 早期リハビリテーション加算の変更 30点→25点(30日目まで)

●疾患別リハビリテーション料の実施者別区分の創設

※詳しくは厚労省のHP (<http://www.mhlw.go.jp>) をご参照ください。

# トピックス

保険委員会 令和6年3月

## <診療報酬改定のまとめ 精神医療分野について>

### 令和6年度診療報酬改訂について

「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」を掲げ、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築推進する観点から入院治療のトピックスとして

- 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
  - 地域移行機能強化病棟入院料の継続と要件の見直し
  - 精神科入退院支援加算の新設
- の項目が挙げられた。

精神医療における外来、在宅診療に係る評価の見直しとして、

- 療養生活環境整備指導加算及び療養生活継続支援加算の見直し
- 通院・在宅精神療法の見直し及び早期診療体制充実加算の新設
- 児童思春期支援指導加算の新設
- 心理支援加算の新設
- 精神科在宅患者支援管理料の見直し

の項目が挙げられた。以下に作業療法士が関係すると思われる内容について概要を示す。

#### 「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」

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、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精神病棟について、新たな評価を行う

(新) 精神科地域包括ケア病棟入院料	1, 535点 (一日につき)
自宅等移行初期加算	100点 (一日につき)

#### [算定要件]

(1)～(4)、(7) 略

(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病棟に応じて、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、一日平均二時間以上提供していることが望ましい。

[施設基準]

- 自宅等への移行実績
- 地域定着も含めた退院支援
- 精神科在宅医療の提供、精神科訪問診療、訪問看護などの提供実績
- 地域の精神科医療提供体制への貢献
- 精神科救急医療、時間外診療の提供
- 多職種の重点的な配置 → ・看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師で13:1(日勤帯は作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師の数が1以上)・看護職員で15:1以上(必要最小数の4割以上が看護師)・夜勤の看護職員数2以上

算定基準の略した部分、施設基準の詳細に関しては、厚生労働省のHP

(<https://www.mhlw.go.jp>) の令和6年度診療報酬改定説明資料等について

([mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352\\_00012.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00012.html)) 令和6年度診療報酬改定

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)を確認ください。

「地域移行機能強化病棟入院料の継続と要件の見直し」

1. 地域移行機能強化病棟入院料について、長期入院患者の退院実績に関わる要件を見直す [施設基準] 略
2. 当該病棟において、専任の精神保健福祉士の配置に関わる要件を緩和する

[施設基準]	現行	改定後
入院患者数が40名を超えない場合	専従 常勤 精神保健福祉士 1名以上 専任 常勤 精神保健福祉士 1名以上	専従 常勤 精神保健福祉士 1名以上 専任 常勤 退院支援相談員 1名以上
入院患者数が40名を超える場合	専従 常勤 精神保健福祉士 1名以上 専任 常勤 精神保健福祉士 2名以上	専従 常勤 精神保健福祉士 1名以上 専任 常勤 退院支援相談員 2名以上
入院患者数が40名を超える場合であって、退院支援業務に必要な場合	専従 常勤 精神保健福祉士 1名以上 専任 常勤 精神保健福祉士 1名以上 専任 常勤 社会福祉士 1名以上	専任の従事者について、PSW以外の職種(退院支援相談員(※))でも可能とする。

(※) 退院支援相談員

- ・当該病棟入院した患者一人につき一人以上指定
- ・退院支援相談員は、次のいずれかの者であること

ア 精神保健福祉士

イ 保健師、看護師、准看護師、作業療法士、社会福祉士又は公認心理師として、精神障害者に関する業務に従事した経験を3年以上有する者

3. 地域移行機能強化病棟入院料については、令和12年3月31日まで届け出を可能とする

施設基準の略した部分に関しては、厚生労働省の HP (<https://www.mhlw.go.jp>) の令和 6 年度診療報酬改定説明資料等について

([mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352\\_00012.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00012.html)) 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) を確認ください。

#### 「児童思春期支援指導加算の新設」

児童・思春期の精神疾患患者に対する外来診療の充実を図る観点から、多職種が連携して患者の外来診療を実施した場合について、通院・在宅精神療法の加算を設ける

##### (新) 児童思春期支援指導加算

- |                                    |        |
|------------------------------------|--------|
| イ 60分以上の通院・在宅精神療法を行った場合            | 1,000点 |
| (当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から3月以内に一回限り) |        |
| ロ イ以外の場合                           |        |
| (1) 当該保険医療機関の精神科を受診した日から2年以内       | 450点   |
| (2) (1) 以外の場合                      | 250点   |

##### [算定要件]

- (1) 通院精神療法を算定する患者であって、20歳未満のものに対して児童思春期の患者に対する精神医療に関わる適切な研修を修了した精神科を担当する医師の指示の下、児童思春期の患者に対する当該支援に専任の保健師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士又は公認心理師が、当該患者に対して、対面による療養上必要な指導管理を30分以上実施した場合に算定する。なお、精神科を担当する医師が通院・在宅精神療法を実施した場合においても算定できる。
- (2) ～ (6) 略

##### [施設基準]

- (1) 略
- (2) 児童思春期の患者に対する当該支援に専任の保健師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士又は公認心理師が2名以上かつ2職種以上配置されており、そのうち1名以上は児童思春期の患者に対する精神医療に係る適切な研修を修了した者であること。
- (3) 略

・児童思春期支援指導加算の新設に伴い、20歳未満加算について、評価を見直す

「通院・在宅精神療法 20歳未満加算」

現行 350点 → 改定後 320点

施設基準の略した部分に関しては、厚生労働省の HP (<https://www.mhlw.go.jp>) の令和



6年度診療報酬改定説明資料等について

([mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352\\_00012.html](https://mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00012.html)) 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）を確認ください。

# トピックス

保険委員会 令和6年3月

## <介護報酬改定のまとめ>

令和6年度介護報酬改定説明会 令和6年3月16日

講師：厚生労働省老健局 老人保健課 高齢者リハビリテーション推進官 上田貴代先生

※訪問リハ・通所リハとも令和6年6月1日～

### 【通所・訪問リハビリテーション共通事項】

1. 退院後の介護保険によるリハビリテーションをスムーズに行う

①入院中のリハビリ実施計画書受け取りの義務化

②退院前カンファレンスに介護保険事業所のリハスタッフが参加し、共同指導を行う

→**退院時共同指導加算 600 単位/回 (新設)**

③現行のリハマネ加算の見直し

→現行リハマネ A・B を **リハマネ (イ) (ロ)** に変更

訪問リハ：リハマネ (イ) 180 単位、リハマネ (ロ) 213 単位

通所リハ：リハマネ (イ) 6 か月以内 560 単位、6 か月超 240 単位

リハマネ (ロ) 6 か月以内 593 単位、6 か月超 273 単位

※リハマネ加算全てにおいて医師が説明し、同意を得た場合には **+270 単位**

④ケアプラン作成に係る主治医の明確化

→入院中の医師の意見を踏まえて居宅サービス計画を作成することが望ましい

⑤予防サービスにおけるリハビリテーションの質の向上に向けた評価

・利用開始から 12 か月経過した後への減算の拡大

→**要件を満たせば、減算なし、満たさない場合は減算増**

※必要条件：3 ヶ月に 1 度リハ会議を実施し、リハ計画書を見直し、厚生労働省に提出

・事業所評価加算の廃止

### 【通所リハビリテーションのみ】

1. 通所リハビリテーション事業所規模別基本報酬の見直し

現行 3 段階のものを 2 段階に変更

→利用延べ人数だけでなく、リハマネ加算を算定している利用者 80%以上、リハ専門スタッフの配置が 10 : 1

2. リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取り組みの推進

リハ・口腔・栄養の情報を一体化に共有し、計画書の内容に取り込む

→**リハビリテーションマネジメント加算 (ハ) (新設) 793 単位 (6 か月内) 473 単位 (6 か月超)**

3. 入浴介助加算（Ⅱ）の見直し
4. 予防サービスにおける運動器機能向上加算の基本報酬への包括化  
→栄養改善・口腔機能向上サービスを実施（2回以上/月）すれば  
**一体的サービス加算 480 単位（新設）**
5. 障害福祉サービスとの連携強化  
通所リハビリテーション事業所で共生型自立訓練（機能訓練）の提供が可能となる

#### 【訪問リハビリテーション】

1. 訪問リハビリテーションにおける集中的な認知症リハビリテーションの推進  
生活機能を改善するためのリハビリテーションを実施  
→**認知症短期集中リハビリテーション実施加算 240 単位/日（新設）**  
※退院日又は開始日から3か月間、1週に2日に限る
2. 診療未実施減算について
  - ①退院直後の診療未実施減算の免除  
→退院後1か月に限り入院中の医師の情報提供のもと実施可能
  - ②事業所医師がやむを得ず診療を行わなかった場合でも別の医療機関の計画的医学的管理を行う医師（適切な研修の修了者）が情報提供をし、共同して計画を作成し、リハ指示を出せば実施可能  
→257 単位（50 単位減算）
3. 病院、診療所だけでなく、介護老人保健施設、介護医療院においてもみなし指定可能となる

#### 【介護老人保健施設】

1. 在宅復帰・在宅療養支援等指標について基準の引き上げ
2. 短期集中・認知症リハビリテーション実施加算の見直し
  - ① **短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）258 単位（新設）**  
1回以上ADL等の評価を行い、その結果を厚生労働省に提出し、必要に応じリハ計画書を見直す
  - ②現行の短期集中リハビリテーション実施加算 240 単位  
→**短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）200 単位と減算**
  - ③**認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）240 単位（新設）**  
退所後に生活する居宅又は社会福祉施設等を訪問し、生活環境を踏まえたリハ計画書を作成する
  - ④現行の認知症短期集中リハビリテーション実施加算 240 単位  
→**認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）120 単位と減算**

#### 【介護老人保健施設・介護医療院・介護老人福祉施設・地域密着型老人福祉施設入所者生活介護】

1. リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取り組みの推進
  - ①リハ・口腔・栄養の情報を一体化に共有し、計画書の内容に取り込む  
**老人保健施設：リハビリテーションマネジメント計画書情報加算（Ⅰ）53 単位/月（新設）**  
**介護医療院：PT/OT/ST とも 20 単位/月（新設）**  
**介護老人福祉施設・地域密着型老人福祉施設入所者生活介護：個別機能訓練加算（Ⅲ）20 単位（新設）**

今回の改定で訪問リハビリテーションにおける認知症短期集中リハビリテーション実施加算が算定できることとなり、OT としては、新たな関わりとなっていくと思われます。認知症サポート医とともに認知症の方が、生活機能を維持しながら地域で生活できるよう支援していきたいと思ひます。

※詳細は厚労省の HP (<http://www.mhlw.go.jp>) をご参照ください