令和6年診療報酬改定伝達会議

令和６年３月３１日

第２部　入院料等

第１節　入院基本料

第２節　入院基本料等加算

第３節　特定入院料

第４節　短期滞在手術等基本料

（第５節　看護職員待遇改善評価料は削除）

第１節　入院基本料

「A100 急性期一般入院料（1日につき）」の見直し　　いずれも増点

１　急性期一般入院基本料			現行
イ　急性期一般入院料１	1,688点	←	1,650点
ロ　急性期一般入院料２	1,644点	←	1,619点
ハ　急性期一般入院料３	1,569点	←	1,545点
ニ　急性期一般入院料４	1,462点	←	1,440点
ホ　急性期一般入院料５	1,451点	←	1,429点
ヘ　急性期一般入院料６	1,404点	←	1,382点

告知の別表第１ 9ページ

「急性期一般入院料1等」の施設基準の見直し

平均在院日数の基準の見直し

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にあっては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にあっては16日）以内であること。

令和６年度診療報酬改定説明資料等について
０２ 令和６年度診療報酬改定の概要　（医科全体版）　112ページ
https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001221676.pdf

「急性期一般入院料1等」の施設基準の見直し

重症度、医療・看護必要度の該当患者の要件の見直し

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

令和６年度診療報酬改定説明資料等について
０２ 令和６年度診療報酬改定の概要　（医科全体版）　112ページ
https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001221676.pdf

「A101 療養病棟入院基本料（1日につき）」の見直し

1　療養病棟入院料1
（生活療養を受ける場合を除く）

イ	入院料1	1,964点
ロ	入院料2	1,909点
ハ	入院料3	1,621点
ニ	入院料4	1,692点
ホ	入院料5	1,637点
ヘ	入院料6	1,349点
ト	入院料7	1,644点
チ	入院料8	1,589点
リ	入院料9	1,301点
	↓	
オ	入院料27	830点
	↓	
マ	入院料30	1,232点

2　療養病棟入院料2　（略）

現行

1　療養病棟入院料1
（生活療養を受ける場合を除く）

イ	入院料A	1,813点
ロ	入院料B	1,758点
ハ	入院料C	1,471点
ニ	入院料D	1,414点
ホ	入院料E	1,386点
ヘ	入院料F	1,232点
ト	入院料G	968点
チ	入院料H	920点
リ	入院料I	815点

2　療養病棟入院料2　（略）

細分化された

告知の別表第1 12ページ

「A101療養病棟入院基本料」に対する加算の新設

（新）経腸栄養管理加算（1日につき）　300点

- 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。

［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。

［施設基準］
（1）栄養サポートチーム加算を届け出ていること又は療養病棟における経腸栄養管理を担当する専任の管理栄養士を1名以上配置していること。
（2）内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施する体制を有していること。なお、当該検査等については、耳鼻咽喉科又はリハビリテーション科その他必要な診療科を標榜する他の保険医療機関との協力により確保することでも差し支えない。

告知の別表第1 15ページ

「A108 有床診療所入院基本料（1日につき）」の見直し

いずれも増点

			現行
1　有床診療所入院基本料1			
イ　14日以内の期間	932点	←	917点
ロ　15日以上30日以内の期間	724点	←	712点
ハ　31日以上の期間	615点	←	604点
2　有床診療所入院基本料2			
イ　14日以内の期間	835点	←	821点
ロ　15日以上30日以内の期間	627点	←	616点
ハ　31日以上の期間	566点	←	555点

以下、基本料6まで

告知の別表第1 27ページ

「A200 総合入院体制加算（1日につき）」の見直し

➢ 急性期医療の適切な体制整備を推進する観点から、総合入院体制加算の要件及び評価を見直す。

現行

【総合入院体制加算１】　240点
［施設基準］
- 全身麻酔による手術件数が年800件以上であること。また、以下のアから力までを全て満たしていること。
  ア～力（略）

【総合入院体制加算２】　180点
［施設基準］
- 全身麻酔による手術件数が年800件以上であること。なお、併せて以下のアから力までの全てを満たすことが望ましいものであり、少なくとも４つ以上を満たしていること。
  ア～力（略）

【総合入院体制加算３】　120点
［施設基準］
- 全身麻酔による手術件数が年800件以上であること。なお、併せて以下のアから力までの全てを満たすことが望ましいものであり、少なくとも２つ以上を満たしていること。
  ア～力（略）

（新設）

改定後

【総合入院体制加算１】　260点
［施設基準］
- 全身麻酔による手術件数が年2,000件以上であること。また、以下のアから力までを全て満たしていること。
  ア～力（略）

【総合入院体制加算２】　200点
［施設基準］
- 全身麻酔による手術件数が年1,200件以上であること。なお、併せて以下のアから力までの全てを満たすことが望ましいものであり、少なくとも４つ以上を満たしていること。
  ア～力（略）

【総合入院体制加算３】　120点
［施設基準］
- 全身麻酔による手術件数が年800件以上であること。なお、併せて以下のアから力までの全てを満たすことが望ましいものであり、少なくとも２つ以上を満たしていること。
  ア～力（略）

［施設基準（総合入院体制加算１、２及び３）］
- **特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係がないこと。ただし、令和６年３月31日以前から、特定の保険薬局と不動産の賃貸借取引関係にある場合は、当該特別の関係がないものとみなすこと。**

告知の別表第1 32ページ

「A200-2　急性期充実体制加算」の見直し

➢ 悪性腫瘍手術等の実績要件のうち多くの基準を満たす場合とそれ以外であって小児科又は産科の実績を有する場合に応じた評価を行うとともに、小児科、産科及び精神科の入院医療の提供に係る要件を満たす場合について、小児・周産期・精神科充実体制加算を新設する。また、手術等の実績要件に、心臓胸部大血管の手術を追加する。

現行

【急性期充実体制加算】
（新設）

1	7日以内の期間	460点
2	8日以上11日以内の期間	250点
3	12日以上14日以内の期間	180点

（新設）

（新設）

注２　精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制を確保した保険医療機関に入院している患者については、精神科充実体制加算として、30点を更に所定点数に加算する。

[施設基準]
（急性期充実体制加算１）
手術等に係る実績について、(イ)及び、(ロ)から(ト)までのうち５つ以上を満たしていること。

（急性期充実体制加算２）
(チ)又は(リ)のいずれかを満たし、手術等に係る実績について、(イ)及び、(ロ)から(ト)までのうち２つ以上を満たしていること。

改定後

【急性期充実体制加算】

1	急性期充実体制加算１	
	イ　7日以内の期間	440点
	ロ　8日以上11日以内の期間	200点
	ハ　12日以上14日以内の期間	120点
2	急性期充実体制加算２	
	イ　7日以内の期間	360点
	ロ　8日以上11日以内の期間	150点
	ハ　12日以上14日以内の期間	90点

注２　小児患者、妊産婦である患者及び精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制を確保した保険医療機関に入院している患者については、小児・周産期・精神科充実体制加算として、次に掲げる点数を更に所定点数に加算する。

イ　急性期充実体制加算１の場合	90点
ロ　急性期充実体制加算２の場合	60点

注３　精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制を確保した保険医療機関に入院している患者については、精神科充実体制加算として、30点を更に所定点数に加算する。

<手術等に係る実績の要件>
(イ) 全身麻酔による手術について、2,000 件／年以上（うち、緊急手術350 件／年以上）
(ロ) 悪性腫瘍手術について、400 件／年以上
(ハ) 腹腔鏡下手術又は胸腔鏡下手術について、400 件／年以上
(ニ) 心臓力テーテル法による手術について、200 件／年以上
(ホ) 消化管内視鏡による手術について、600 件／年以上
(ヘ) 化学療法の実施について、1,000 件／年以上
(ト) 心臓胸部大血管の手術について、100 件／年以上
(チ) 異常分娩の件数が50 件／年以上であること。
(リ) 6歳未満の乳幼児の手術件数が40 件／年以上であること。

告知の別表第1 32ページ

「A308 回復期リハビリテーション病棟入院料」の見直し

➢ 40歳未満の勤務医師、事務職員等の賃上げに資する措置としての入院基本料等の評価の見直し及び、回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準の見直しに伴い、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。

現行

【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１	2,129点
（生活療養を受ける場合	2,115点）
回復期リハビリテーション病棟入院料２	2,066点
（生活療養を受ける場合	2,051点）
回復期リハビリテーション病棟入院料３	1,899点
（生活療養を受ける場合	1,884点）
回復期リハビリテーション病棟入院料４	1,841点
（生活療養を受ける場合	1,827点）
回復期リハビリテーション病棟入院料５	1,678点
（生活療養を受ける場合	1,664点）

改定後

【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１	2,229点
（生活療養を受ける場合	2,215点）
回復期リハビリテーション病棟入院料２	2,166点
（生活療養を受ける場合	2,151点）
回復期リハビリテーション病棟入院料３	1,917点
（生活療養を受ける場合	1,902点）
回復期リハビリテーション病棟入院料４	1,859点
（生活療養を受ける場合	1,845点）
回復期リハビリテーション病棟入院料５	1,696点
（生活療養を受ける場合	1,682点）

告知の別表第1 71ページ

「A308-3 地域包括ケア（回復期）病棟入院料」の評価の見直し

- 適切な在宅復帰支援を推進する観点から、地域包括ケア病棟入院料の評価について、入院期間に応じた評価体系に見直す。

現行	
【地域包括ケア病棟入院料】	
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料１	2,809点
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料２	2,620点
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料３	2,285点
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料４	2,076点

改定後	
【地域包括ケア病棟入院料】	
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
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料２	
40日以内	2,649点
41日以降	2,510点
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料３	
40日以内	2,312点
41日以降	2,191点
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料４	
40日以内	2,102点
41日以降	1,992点

告知の別表第1 72ページ

第２節　入院基本料等加算

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組の推進

（新）A233 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

通知の別添1（医科点数表）68ページ

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の新設（Ⅱ－３－①）

- 入院した患者全員に対し、**入院後48時間以内にADL、栄養状態及び口腔状態に関する評価**を行い、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画の作成及び計画に基づく**多職種による取組（土曜、日曜及び祝日に行うリハビリテーションを含む）**を行う体制の確保に係る**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）**を新設する。

告知の別表第1 42ページ

第３節　特定入院料

「地域包括医療病棟」の新設

新設の背景

- 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）

など

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

「地域包括医療病棟」の新設

（新） A304 地域包括医療病棟入院料（１日につき） 3,050点

注１ 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。

２ 入院した日から起算して14日を限度として、初期加算として、１日につき150点を所定点数に加算する。

他

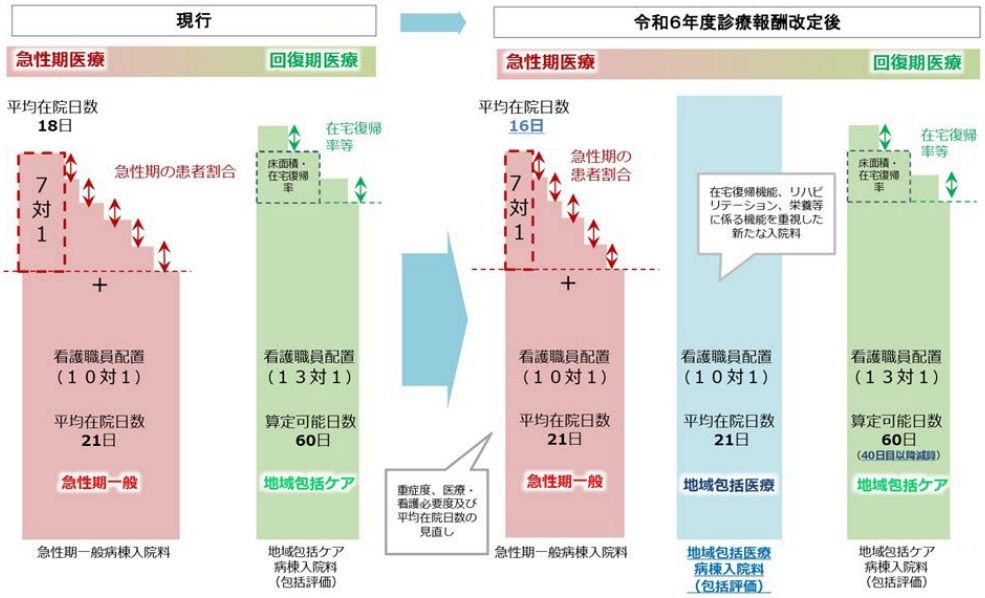
告知の別表第1 60ページ

中医協答申 医科点数表　新旧対照表　別紙１－１ 医科診療報酬点数表 69ページ

https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001209396.pdf

令和６年度診療報酬改定　Ⅱ－２　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－①　等

地域包括医療病棟の新設による今後の医療提供体制のイメージ



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	・「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	・「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	・「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）	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、回リハ病棟等への退院を含む）	80%以上 （分子に回リハ病棟等への退院を含む）	72.5%以上 （分子に回リハ病棟等への退院を含まない）

第４節　短期滞在手術等基本料

「A400 短期滞在手術等基本料」の見直し

A400 短期滞在手術等基本料

1　短期滞在手術等基本料1（日帰りの場合）　　**現行**

イ　主として入院で実施されている手術を行った場合

(1)　麻酔を伴う手術を行った場合　2,947点

(2)　(1)以外の場合　2,718点

ロ　イ以外の場合

(1)　麻酔を伴う手術を行った場合　1,588点

(2)　(1)以外の場合　1,359点

2,947点

2,718点

告知の別表第1 85ページ

「A400 短期滞在手術等基本料」の見直し

A400 短期滞在手術等基本料

1　短期滞在手術等基本料3　　**現行**

Ｄ２３７ 終夜睡眠ポリグラフィー３			
１及び２以外の場合イ安全精度管理下で行うもの	9,537点	←	10,549点
Ｄ２３７ 終夜睡眠ポリグラフィー３			
１及び２以外の場合ロその他のもの	8,400点	←	8,744点
Ｋ３１８ 鼓膜形成手術	31,981点	←	3,0571点
Ｋ３３３ 鼻骨骨折整復固定術	16,988点	←	18,809点
Ｋ３８９ 喉頭・声帯ポリープ切除術２			
直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの	24,709点	←	26,312点

告知の別表第1 42ページ

「A400 短期滞在手術等基本料」の対象手術等の取扱い

耳鼻咽喉科関連手術（短期滞在手術等基本料3）

Ｄ２３７ 終夜睡眠ポリグラフィー３　１及び２以外の場合イ安全精度管理下で行うもの
Ｄ２３７ 終夜睡眠ポリグラフィー３　１及び２以外の場合ロその他のもの
Ｋ３１８ 鼓膜形成手術
Ｋ３３３ 鼻骨骨折整復固定術
Ｋ３８９ 喉頭・声帯ポリープ切除術２　直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの

短期滞在手術等基本料の対象手術等の取扱い

➢ DPC対象病院の場合

	短期滞在手術等基本料の算定可否	平均在院日数	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度※
短期滞在１の対象手術等を実施する入院患者	○	対象外	対象外 → 対象
短期滞在３の対象手術等を実施する入院患者（短期滞在手術等の要件を満たす場合）	×（DPC/PDPSで算定）※DPC対象病院ではDPC/PDPSによる評価を優先するため	対象外	対象外 → 対象
短期滞在３の対象手術等を実施する入院患者（短期滞在手術等の要件を満たさない場合）	×（DPC/PDPSで算定）	対象	対象

➢ DPC対象病院以外の場合

	短期滞在手術等基本料の算定可否	平均在院日数	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度※
短期滞在１の対象手術等を実施する入院患者	○	対象外	対象外 → 対象
短期滞在３の対象手術等を実施する入院患者（短期滞在手術等の要件を満たす場合）	○（原則、短期滞在３を算定する）	対象外	対象外 → 対象
短期滞在３の対象手術等を実施する入院患者（短期滞在手術等の要件を満たさない場合）	×	対象	対象

※）特定集中治療室用及びハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度における取扱いは従前と同様。

46

令和6年診療報酬改定伝達会議

令和６年３月３１日

第２章　特掲診療料

第１部　医学管理等

第１節　医学管理等

耳鼻咽喉科・頭頸部外科に関するもののみを記載します

（第２節　プログラム医療機器等医学管理加算は削除）

B000　特定疾患療養管理料　　変更なし

1	診療所の場合	225点
2	許可病床数が100床未満の病院の場合	147点
3	許可病床数が100床以上200床未満の病院の場合	87点

耳鼻咽喉科・頭頸部領域の算定対象疾患

悪性新生物

甲状腺障害

処置後甲状腺機能低下症

アナフィラキシー

告知の別表第１90ページ

B001　特定疾患治療管理料　　変更なし

耳鼻咽喉科・頭頸部領域の算定対象

7	難病外来指導管理料	270点
14	高度難聴指導管理料	
	イ　区分番号Ｋ３２８に掲げる人工内耳植込術を行った日から起算して３月以内の期間に行った場合	500点
	ロ　イ以外の場合	420点
21	耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料	150点
35	アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料	
	イ　1月目	280点
	ロ　2月目以降	25点

告知の別表第１91ページ