

各位

株式会社千早ティール・スリー
代表取締役 谷口 仁志

令和6年度（2024年度）診療報酬改定における 重症度、医療・看護必要度関連の変更について

拝啓

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、令和6年度診療報酬改定における「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（通知）」が3月5日に公開され、重症度、医療・看護必要度に関する変更点が明確になりました。さらに、3月7日に再掲載がありましたので、そちらの内容も含め、下記の通りお知らせいたします。今後とも、皆様方のご指導とご鞭撻を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

敬具

記

1. 重症度、医療・看護必要度に関する変更概要

1) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度

(1) 評価項目及び評価方法等に関する見直し

- ・「創傷処置①創傷の処置（褥瘡の処置を除く）」、「呼吸ケア」について、必要度Ⅰの場合も、必要度Ⅱにおけ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、評価の対象となることとなった。
- ・「創傷処置②褥瘡の処置」の評価項目が削除された。
- ・「注射薬剤3種類以上の管理」において、静脈栄養に関する薬剤を対象にしないことになり、除外コードに掲載された。また、入院期間中に初めて該当した日から7日目までを評価対象の候補日とすることになり、評価項目名が「注射薬剤3種類以上の管理（最大7日間）」となった。初めて該当した日以降に他の入院料を算定する病棟または病室に転棟した場合であっても、初めて該当した日から起算して7日以内であるときは評価の対象である。さらに、ビタミン剤に関する規定は削除された。
- ・「専門的な治療・処置」の「①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）」、「②抗悪性腫瘍剤の内服の管理」について、入院での使用率がそれぞれ60%未満、70%未満の薬剤を対象にしないことになり、コード一覧から削除された。
- ・「専門的な治療・処置」の以下の6項目について、配点が2点から3点に変更された。
 - 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
 - ⑩無菌治療室での治療

- ・「救急搬送後の入院／緊急に入院を必要とする状態」について、評価日数が5日間から2日間に変更された。
- ・C項目について、入院での実施率が9割以上である手術等が評価対象になるよう、コード一覧の見直しが行われた。
- ・C項目のうち、以下の項目について評価日数が短縮された。
 - 「開頭手術」13日間→11日間
 - 「開胸手術」12日間→9日間
 - 「開腹手術」7日間→6日間
 - 「骨の手術」11日間→10日間
 - 「胸腔鏡・腹腔鏡手術」5日間→4日間
 - 「救命等に係る内科的治療①～③」5日間→4日間
 - 「別に定める手術」6日間→5日間

[経過措置]

令和6年3月31日時点で、急性期一般入院料6、地域一般入院料1、7対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（結核病棟入院基本料。）、10対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟）、専門病院入院基本料）、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、一般病棟看護必要度評価加算の届出を行っている病棟にあっては、令和6年9月30日までの間に限り、令和6年度改定前の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて評価をしても差し支えない。

(2) 判定基準及び該当患者割合の見直し

ア) 7対1病棟（急性期一般入院料1、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料）

- ・B項目を用いた判定基準が廃止された。ただし、引き続きB項目の評価は必要である。
- ・判定基準として、特に高い基準（以下「基準①」）、一定程度高い基準（以下「基準②」）という2種類を用いることになり、それぞれ割合要件が設定され、「基準①が一定以上かつ基準②が一定以上」であることが要件となった。

基準① 「A得点3点以上またはC得点1点以上」に該当する患者の割合

基準② 「A得点2点以上またはC得点1点以上」に該当する患者の割合

イ) 7対1病棟以外の入院料、加算

基準を満たす患者の判定基準に変更はないが、評価項目の見直し等に伴い、該当患者割合が変更された。

（「3. 改定前後の該当患者割合」を参照）

(3) 評価対象患者の変更

短期滞在手術等基本料を算定する患者を対象から除外するとの記載が削除された。

(4) 対象となる入院料等に係る変更

地域包括医療病棟入院料が新設され、一般病棟用の「必要度Ⅰ」または「必要度Ⅱ」を用いた測定をすることになった。

(5) 必要度Ⅱの要件化の拡大

- ・一般病棟入院基本料のうち急性期一般入院料1の届出を行う場合、許可病床数200床未満の医療機関についても必要度Ⅱを用いて測定することが要件となった。ただし、Ⅱを用いて測定することが困難であることについて正当な理由がある場合（電子カルテシステムを導入していない場合）は除く。
- ・一般病棟入院基本料のうち急性期一般入院料2～3の届出を行う場合、許可病床数200床以上400床の医療機関についても必要度Ⅱを用いて測定することが要件となった。

[経過措置]

令和6年3月31日時点において現に急性期一般入院料1に係る届出を行っている病棟（許可病床数が200床未満の保険医療機関の病棟に限る）または、急性期一般入院料2～3の届出を行っている病棟（許可病床数が200床以上400床未満の保険医療機関の病棟に限る）については、令和6年9月30日までの間に限り、当該要件に該当するものとみなす。

2) 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度

(1) 評価項目及び評価方法に関する見直し

- ・「輸液ポンプの管理」が削除された。
- ・「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ」の評価方法が廃止された。

(2) 対象となる入院料・加算にかかる変更

特定集中治療室管理料5～6が新設され、「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱ」を用いた測定及び評価をすることになった。

(3) 判定基準の見直し

- ・「基準を満たす患者」の条件が、「A得点2点以上」に変更された。
- ・重症患者対応体制強化加算を算定する場合の「特殊な治療法等」に該当する患者の基準について、「直近6ヶ月」で集計をすることになった。

(4) 患者指標の追加

特定集中治療室管理料1～4を算定する場合の患者指標として、重症度、医療・看護必要度による基準だけでなく、SOFAスコアを用いた基準を併用することになった。

- a) 特定集中治療室管理料1～2を算定する場合、直近1年間において新たに当該治療室に入室した患者のうち、入室日のSOFAスコア5以上の患者の割合が10%以上であることが要件となる。
- b) 特定集中治療室管理料3～4を算定する場合、直近1年間において新たに当該治療室に入室した患者のうち、入室日のSOFAスコア3以上の患者の割合が10%以上であることが要件となる。

※いずれも15歳未満の小児は対象外

3) ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度

(1) 評価項目及び評価方法に関する見直し

- ・「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度Ⅱ（以下、必要度Ⅱ）」として、レセプト電算処理システム用コードを用いた評価方法が導入された。
- ・必要度Ⅰ（従来の評価方法）においても、「創傷処置①創傷の処置（褥瘡の処置を除く）」、「呼吸ケア」について、必要度Ⅱにおけ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、評価の対象となることとなった。
- ・「創傷処置②褥瘡の処置」、「心電図モニターの管理」、「輸液ポンプの管理」が削除された。
- ・「点滴ライン同時3本以上の管理」が「注射薬剤3種類以上の管理（最大7日間）」に変更された。必要度Ⅰ・Ⅱそれぞれ、一般病棟用の必要度Ⅰ・Ⅱの同評価項目と同様の評価方法である。

[経過措置]

令和6年3月31日時点において現に救命救急入院料1または救命救急入院料3に係る届出を行っている治療室にあっては、令和6年9月30日までの間に限り、令和6年度改定前のハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて評価をしても差し支えない。

(2) 判定基準及び該当患者割合の見直し

- ・B項目を用いた判定基準が廃止された。ただし、引き続きB項目の評価は必要である。
- ・2種類の判定基準についてそれぞれ割合要件が設定され、「基準①が一定以上かつ基準②が一定以上」であることが要件となった。
 - 基準① 「蘇生術の施行」、「中心静脈圧測定（中心静脈ライン）」、「人工呼吸器の管理」、「輸血や血液製剤の管理」、「肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）」、「特殊な治療法等」のいずれかに該当する患者の割合
 - 基準② A項目のうちいずれかに該当する患者の割合

(3) 評価対象患者の変更

必要度Ⅱの場合は、歯科の入院患者（同一入院中に医科の診療も行う期間については除く。）は、対象から除外することが記載された。

4) 日常生活機能評価票

(1) 評価方法に関する見直し

（日常生活機能評価を用いて測定する場合）定期的（2週間に1回以上）に日常生活機能評価の測定を行い、その結果について診療録等に記載することが要件となった。

(2) 対象となる入院料等に係る変更

回復期リハビリテーション入院医療管理料が新設され、日常生活機能評価を用いた測定（FIMで測定する場合を除く）をすることになった。

2. 改定後の評価方法

1) 入院基本料・特定入院料

入院基本料・特定入院料の種類		測定に用いる評価票・評価項目	該当患者の基準
一般病棟入院基本料	急性期一般入院基本料	急性期一般入院料 1 「必要度Ⅱ」 (許可病床数 200 床未満で、必要度Ⅱを用いることが困難であることについて正当な理由があるものを除く)	次の①、②がいずれも一定以上 基準① A 得点 3 点以上または C 得点 1 点以上 基準② A 得点 2 点以上または C 得点 1 点以上
		急性期一般入院料 2～3 ●許可病床数 200 床以上 →「必要度Ⅱ」 ●許可病床数 200 床未満 →「必要度Ⅰ」又は「必要度Ⅱ」	次のいずれかに該当 ・A 得点 2 点以上かつ B 得点 3 点以上 ・A 得点 3 点以上 ・C 得点 1 点以上
		急性期一般入院料 4～5 ●許可病床数 400 床以上 →「必要度Ⅱ」 ●許可病床数 400 床未満 →「必要度Ⅰ」又は「必要度Ⅱ」	
		急性期一般入院料 6 「必要度Ⅰ」又は「必要度Ⅱ」	
地域一般入院基本料	地域一般入院料 1		
結核病棟入院基本料	7 対 1 入院基本料	「必要度Ⅰ」又は「必要度Ⅱ」	
特定機能病院入院基本料	7 対 1 入院基本料 (一般病棟)	「必要度Ⅱ」	次の①、②がいずれも一定以上 基準① A 得点 3 点以上または C 得点 1 点以上 基準② A 得点 2 点以上または C 得点 1 点以上
	7 対 1 入院基本料 (結核病棟)	「必要度Ⅰ」又は「必要度Ⅱ」	次のいずれかに該当 ・A 得点 2 点以上かつ B 得点 3 点以上 ・A 得点 3 点以上 ・C 得点 1 点以上
	10 対 1 入院基本料 (一般病棟)		
	看護必要度加算 1～3 (10 対 1 入院基本料 (一般病棟))		
一般病棟看護必要度評価加算 (10 対 1 入院基本料 (一般病棟))			
専門病院入院基本料	7 対 1 入院基本料	「必要度Ⅰ」又は「必要度Ⅱ」	次の①、②がいずれも一定以上 基準① A 得点 3 点以上または C 得点 1 点以上 基準② A 得点 2 点以上または C 得点 1 点以上
	10 対 1 入院基本料	「必要度Ⅰ」又は「必要度Ⅱ」	次のいずれかに該当 ・A 得点 2 点以上かつ B 得点 3 点以上 ・A 得点 3 点以上 ・C 得点 1 点以上
	看護必要度加算 1～3 (10 対 1 入院基本料、13 対 1 入院基本料)		
	一般病棟看護必要度評価加算 (10 対 1 入院基本料、13 対 1 入院基本料)		
特定一般病棟入院料	一般病棟看護必要度評価加算	「必要度Ⅰ」又は「必要度Ⅱ」	次のいずれかに該当 ・A 得点 1 点以上 ・C 得点 1 点以上
	「注 7」(必要があつて地域包括ケア入院医療管理が行われた場合)	「必要度Ⅰ」又は「必要度Ⅱ」 (A 項目・C 項目)	
脳卒中ケアユニット入院医療管理料	脳卒中ケアユニット入院医療管理料	「必要度Ⅰ」又は「必要度Ⅱ」	次のいずれかに該当 ・A 得点 2 点以上かつ B 得点 3 点以上 ・A 得点 3 点以上 ・C 得点 1 点以上

入院基本料・特定入院料の種類		測定に用いる評価票・評価項目	該当患者の基準
ハイケアユニット入院医療管理料	ハイケアユニット入院医療管理料 1・2	「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」	次の①、②がいずれも一定以上 基準① 「蘇生術の施行」、「中心静脈圧測定」、「人工呼吸器の管理」、「輸血や血液製剤の管理」、「肺動脈圧測定」、「特殊な治療法等」のいずれかに該当 基準② A項目のいずれかに該当
救命救急入院料	救命救急入院料 1・3		
救命救急入院料	救命救急入院料 2・4	「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」 - 必要度Ⅱ	A 得点 2 点以上
特定集中治療室管理料	特定集中治療室管理料 1～6		
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 1～5	「日常生活機能評価票」 ※FIMによる評価の場合を除く	10 点以上
回復期リハビリテーション医療管理料	回復期リハビリテーション医療管理料		
特定機能病院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		
地域包括ケア病棟入院料	地域包括ケア病棟入院料 1～4	「必要度Ⅰ」又は「必要度Ⅱ」 (A 項目・C 項目)	次のいずれかに該当 ・A 得点 1 点以上 ・C 得点 1 点以上
	地域包括ケア入院医療管理料 1～4		
地域包括医療病棟入院料	地域包括医療病棟入院料	「必要度Ⅰ」又は「必要度Ⅱ」	次の①、②がいずれも一定以上 基準① 次のいずれかに該当 ・A 得点 2 点以上かつ B 得点 3 点以上 ・A 得点 3 点以上 ・C 得点 1 点以上 基準② 新たに入棟した患者について入棟初日の B 得点が 3 点以上

2) 入院基本料等加算

入院基本料等加算の種類		測定に用いる評価票・評価項目	該当患者の基準
総合入院体制加算 (一般病棟入院基本料、特定一般病棟入院料)		「必要度Ⅰ」又は「必要度Ⅱ」	次のいずれかに該当 ・A 得点 2 点以上 ・C 得点 1 点以上
急性期看護補助体制加算 (急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟)の7対1又は10対1)、専門病院入院基本料(7対1又は10対1)		「必要度Ⅰ」又は「必要度Ⅱ」	次のいずれかに該当 ・A 得点 2 点以上かつ B 得点 3 点以上 ・A 得点 3 点以上 ・C 得点 1 点以上
看護補助加算	看護補助加算 1 (地域一般入院基本料 1・2、13 対 1 入院基本料)		
看護職員夜間配置加算	急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟)の7対1又は10対1、専門病院入院基本料(7対1又は10対1)		
	地域包括ケア病棟入院料	「必要度Ⅰ」 (B 項目のうち、「診療・療養上の指示が通じる」「危険行動」)	「診療・療養上の指示が通じる」又は「危険行動」のいずれかに該当
重症患者対応体制強化加算	特定集中治療室管理料 1～6、救命救急入院料 2・4	「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」	「特殊な治療法等」に該当

3. 改定前後の該当患者割合

1) 一般病棟用の評価票を用いる入院料等

入院料等	改定前		改定後	
	必要度Ⅰ	必要度Ⅱ	必要度Ⅰ	必要度Ⅱ
急性期一般入院料 1		28%	基準①21% 基準②28% (※)	基準①20% 基準②27%
急性期一般入院料 2	27%	24%	22%	21%
急性期一般入院料 3	24%	21%	19%	18%
急性期一般入院料 4	20%	17%	16%	15%
急性期一般入院料 5	17%	14%	12%	11%
急性期一般入院料 6	- (測定)	- (測定)	- (測定)	- (測定)
7 対 1 入院基本料 (特定機能病院入院基本料 (一般病棟に限る。))		28%		基準①20% 基準②27%
7 対 1 入院基本料 (結核病棟入院基本料)	10%	8%	8%	7%
7 対 1 入院基本料 (専門病院入院基本料)	30%	28%	基準①21% 基準②28%	基準①20% 基準②27%
地域包括ケア病棟入院料 1~4、地域包括ケア入院医療管理料 1~4、特定一般病棟入院料 (地域包括ケア入院医療管理が行われた場合)	12%	8%	10%	8% (変更なし)
地域包括医療病棟入院料			基準①16% 基準②50%	基準①15% 基準②50%
総合入院体制加算 1	33%	30%	33% (変更なし)	32%
総合入院体制加算 2			31%	30% (変更なし)
総合入院体制加算 3	30%	27%	28%	27% (変更なし)
看護必要度加算 1 (10 対 1 入院基本料 (特定機能病院入院基本料 (一般病棟)、専門病院入院基本料))	22%	20%	18%	17%
看護必要度加算 2 (10 対 1 入院基本料 (特定機能病院入院基本料 (一般病棟)、専門病院入院基本料))	20%	18%	16%	15%
看護必要度加算 3 (10 対 1 入院基本料 (特定機能病院入院基本料 (一般病棟)、専門病院入院基本料))	18%	15%	13%	12%
急性期看護補助体制加算 (急性期一般入院料 6、10 対 1 入院基本料 (特定機能病院入院基本料 (一般病棟)、専門病院入院基本料))	7%	6%	6%	5%
看護職員夜間配置加算 (急性期一般入院料 6、10 対 1 入院基本料 (特定機能病院入院基本料 (一般病棟)、専門病院入院基本料))				
看護職員夜間配置加算 (地域包括ケア病棟入院料の「注 7」)	30%		30% (変更なし)	
看護補助加算 1 (地域一般入院基本料 1・2、13 対 1 入院基本料)	5%	4%	4%	3%

※ 許可病床数が 200 床未満であって、必要度Ⅱを用いて評価を行うことに正当な理由があるもの

[経過措置]

令和 6 年 3 月 31 日時点で、急性期一般入院基本料 1~5、7 対 1 入院基本料 (結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料 (一般病棟)、専門病院入院基本料)、看護必要度加算、総合入院体制加算、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算 1、地域包括ケア病棟入院料、特定一般病棟入院料 (地域包括ケア入院医療管理が行われた場合) の届出を行っている病棟又は病室については、令和 6 年 9 月 30 日までの間に限り、それぞれ当該入院料等に係る重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなす。

2) 特定集中治療室用の評価票を用いる入院料等

入院料等		改定前		改定後	
		必要度Ⅰ	必要度Ⅱ	必要度Ⅰ	必要度Ⅱ
救命救急入院料 2・4	特定集中治療室管理料 1 を満たす場合	80%	80%	/	80%
	特定集中治療室管理料 3 を満たす場合	70%	70%		70%
特定集中治療室管理料 1・2		80%	70%		80%
特定集中治療室管理料 3・4		70%	60%		70%
特定集中治療室管理料 5・6 (新設)		/	/		70%
重症患者対応体制強化加算		15%	15%		直近 6 ヶ月で 15%

[経過措置]

令和 6 年 3 月 31 日時点において現に特定集中治療室管理料 1～4、救命救急入院料 2・4 に係る届出を行っている治療室（令和 6 年度改定後に特定集中治療室管理料 5～6 の届出を行う治療室を含む）については、令和 6 年 9 月 30 日までの間に限り、それぞれ当該入院料等に係る重症度、医療・看護必要度に関する要件を満たすものとみなす。

3) ハイケアユニット用の評価票を用いる入院料

入院料等	改定前	改定後
		(必要度Ⅰ・Ⅱ共通)
救命救急入院料 1・3	- (測定)	- (測定)
ハイケアユニット入院医療管理料 1	80%	基準①で 15%以上、基準②で 80%以上
ハイケアユニット入院医療管理料 2	60%	基準①で 15%以上、基準②で 65%以上

[経過措置]

令和 6 年 3 月 31 日においてハイケアユニット入院医療管理料 1～2 に係る届出を行っている病室については、令和 6 年 9 月 30 日までの間に限り、それぞれ当該入院料等に係る重症度、医療・看護必要度に関する要件を満たすものとみなす。

4) 日常生活機能評価票を用いる入院料 (FIM による評価の場合を除く)

入院料等	改定前	改定後
回復期リハビリテーション病棟入院料 1・2	重症患者が新規入院患者のうち 40%以上、また、新規入院時に重症であった退院患者のうち、30%以上が退院時に 4 点以上改善 (改定前後で変更なし)	
回復期リハビリテーション病棟入院料 3・4	重症患者が新規入院患者のうち 30%以上、また、新規入院時に重症であった退院患者のうち、30%以上が退院時に 3 点以上改善 (改定前後で変更なし)	
回復期リハビリテーション医療管理料 (新設)	/	重症患者が新規入院患者のうち 30%以上、また、新規入院時に重症であった退院患者のうち、30%以上が退院時に 3 点以上改善
特定機能病院リハビリテーション病棟入院料	重症患者が新規入院患者のうち 50%以上 (改定前後で変更なし)	

以上