

入院外の医療

初・再診料

初診料が3点、再診料と外来診療料がそれぞれ2点引き上げられた。また、外来感染対策向上加算に発熱患者等対応加算が新設された。発熱や感染症を疑わせる症状を有する患者に対して初診又は再診を行った場合に外来感染対策向上加算に加えて20点が加算できる。新型コロナに関する特例が終了し、発熱患者等への対応が正式に点数表に加えられたものとみられる。

初診料には新たに医療DX推進体制整備加算が新設された。オンライン資格確認の実施、電子処方箋の発行、電子カルテ情報共有サービスの活用等の体制を整備し届出を行うと、月1回初診料に8点が加算できる。施設標準の一部には経過措置も設けられている。

医療情報・システム基盤整備体制充実加算は医療情報取得加算に名称変更され、初診時は引き下げられたが、再診時にも月1回算定できるようになった。

新設のベースアップ評価料については1面を参照されたい。

医学管理料

特定疾患療養管理料の対象疾患から、糖尿病、脂質異常症及び高血圧が除外され、3疾患の医学管理は生活習慣病管理料に一本化された。これに伴い、生活習慣病管理料がⅠとⅡに再編、Ⅰは従来通り検査、注射の費用等が包括されるが、新設のⅡは検査、注射等が出来高で算定ができる。Ⅱは一律333点とされ、点数は特定疾患療養管理料より高いが外来管理加算や特定疾患処方管理加算の併算定不可、月1回までの算定、診療情報提供料を含む他の医学管理等の点数の併算定ができないことなどから実質的に大幅な引き下げといえる。なお、算定要件としてⅠと同様に患者の同意や療養計画書の作成交付も求められる。

在宅医療

在宅ターミナルケア加算の要件が緩和される。患者の死亡日前14日以内に退院時共同指導料1を算定した上で往診をした場合は、訪問診療の実績が無くとも算定できることとなった。これまで算定できなかった、退院後に往診のみで患者が亡くなってしまいうケースも共同指導を行ってれば算定ができる。

生活習慣病に関する管理料の算定イメージ

改定前		改定後	
再診料	73点	再診料	75点
外来管理加算	52点	生活習慣病管理料(Ⅱ)	333点
特定疾患療養管理料	225点	処方箋料	60点
処方箋料	68点		
特定疾患処方管理加算2	66点		
合計点数	484点	合計点数	468点

医科 2024年 診療報酬改定の主な内容

在宅時医学総合管理料(施設入居時等含む)の点数がいずれも15点引き下げられた。また、単一建物診療患者数「10人以上」、「20～49人」、「50人以上」に細分化され、20人以上の区分ではより低い点数を算定することとなった。

検査

血液採取の静脈が3点、動脈血採取も5点引き上げられたが、TSH、インフルエンザ抗原定性など実施料の引き下げが多くみられた。

また、これまで準用点数とされてきた新型コロナに関する検査が点数化されたが、抗原定性は特例措置の半分の150点、インフルエンザと同時検出の抗原定性についても195点引き下げられ225点とされた。RSウイルスとの同時検出や抗原定量、PCR検査については据え置きとされこれまでと同様の点数が算定できる。

投薬

処方箋料が8点引き下げられた。特定疾患処方管理加算については、糖尿病、脂質異常症及び高血圧症が対象疾患から除外された。また加算1が廃止され、これまでの加算2についても10点引き下げられ56点になった。

一般名処方加算、外来後発医薬品使用体制加算については、それぞれ3点ずつ引き上げられるが、医薬品の供給が不足した場合の体制が整備されていること等を院内掲示するといった、昨年12月末で算定が終了した特例措置の要件が施設基準に追加された。

10月から開始する長期収載品の選定療養についても盛り込まれ、新たに患者希望や医療上必要の欄が設けられた処方箋の様式が示された。

注射

注射の実施料では、静脈内注射、皮下及び筋肉内注射が各3点引き上げられ、点滴注射は6歳未満が4点、6歳以上とその他の場合が3点ずつ引き上げられた。

リハビリテーション

各疾患別リハビリテーション料が実施者の職種ごとの区分に変更された。実施者による点数差はなく、従前から

の増減もない。

精神科専門療法

通院・在宅精神療法については、60分以上行った場合の点数が引き上げられたが、30分未満の場合は引き下げられた。

処置

熱傷処置の500cm²以上のもの、爪甲除去などの点数は上げが行われた。耳垢塞栓除去(複雑なもの)では片側につき10点、人工腎臓では各区分で9点ずつ引き下げられた。

麻酔

トリガーポイント注射が10点引き下げられ70点とされた。

入院医療

入院料引き上げ

通則見直しと賃上げ対応

入院料の通則で定められている入院診療計画等の施設基準(現在の「5基準」)について、栄養管理体制の基準が一部変更されると共に、新たに「意思決定支援」と「身体的拘束最小化」に関する2基準が追加され、入院料本体に共通で求められる施設基準は全部で7基準となる。

これらの通則の改定と、40歳未満の勤務医及び事務職員の賃上げ対応との名目で入院基本料、特定入院料等が引き上げとなる。

重症度、医療・看護必要度の変更と平均在院日数短縮

急性期一般病棟入院料1では、平均在院日数が18日から16日に短縮され、「重症度、医療・看護必要度(以下、必要度)」の該当患者割合も変更となる。これらの日数や割合は、病床削減ありきで議論されてきており、今次改定により急性期一般1を維持できない病院が多数出ることが懸念される。

また、必要度Ⅱでの評価対象病棟が増えるとともに、必要度の評価内容も変更となる。急性期一般1ではA項目とC項目のみで評価(B項目は廃止)することとなり、急性期一般2～5でも該当患者割合の変更が行われる。また、急性期一般1～4の該当患者割合では、許可病床数に応じた区分が廃止され、今後は、200床未満の中小病院でも200床以上の病院と同じ割合を求められる。

地域包括医療病棟入院料の新設

高齢者の救急に対応するものとして、地域包括医療病棟入院料(3,050点/日、90日限度)が新設された。10対1看護配置に加え、常勤のPT・

OT・ST2人以上の配置や、専任の管理栄養士の配置等が必要で、急性期治療だけでなくリハビリ・栄養・口腔管理等も担う。厚労省は、急性期一般や一部の地域包括ケア病棟からの移行を見込むが、平均在院日数21日以内、必要度の基準、在宅復帰率8割以上、救急搬送患者等15%以上といった要件もあり、どの程度の移行が進むかは未知数だ。

回復期～慢性期

回復期リハ病棟入院料では、定期的(2週間に1回以上)なFIM測定が必須となり、GLIM基準による栄養評価の実施が入院料1では要件化、入院料2～5では望ましいとされた。体制強化加算の廃止に伴い、入院料1・2においては専従常勤の社会福祉士の配置が必要となる。

地域包括ケア病棟入院料では、点数が40日以内と41日以上60日以内の2区分となり、41日以上は引き下げとなる。

療養病棟入院基本料では、医療区分とADL区分に基づく9分類から、「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」、「3つのADL区分」による27分類とスモンに関する3分類の、合計30分類となった。併せて、医療区分・ADL区分ともに1である入院料27(従前の入院料1)は、1日につき2単位を超えるリハビリが入院料に含まれるとされた(既存病棟は2024年9月末まで経過措置あり)。

感染症対策

感染対策向上加算では、感染症法の第一種又は第二種協定指定医療機関である事が要件となる。

特定感染症入院医療管理加算が新設され、感染症法の3類～5類、指定感染症等のうち感染対策が特に必要な患者に対して、適切な感染防止策を実施した場合に算定できる。

その他

精神疾患を有する患者の地域移行等に対する支援を提供する精神病棟として、精神科地域包括ケア病棟入院料が新設された。また、データ提出加算の届出を要件とする入院料が拡大され、精神病棟入院基本料(10対1、13対1)、精神科急性期治療病棟入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料においても、データ提出加算が必要となる(既存病棟等は、2026年5月末までの経過措置あり)。

入院時食療費・生活療養費の食事の提供たる療養が1食あたり30円引き上げとなり、患者の標準負担額も1食あたり30円(低所得区分は10円又は20円)引き上げられる。