

## 臨時医事業務研究会 (診療報酬研究会)

- 日 時 令和6年9月13日(金) 13:30~16:35
- 出席者 56病院76名・委員15名
- 開催方法 ハイブリッド開催 (会場：岡山県医師会館 4階 401会議室)

2024年診療報酬改定は、6月施行と今までにない後ろ倒しの改定であり、また、厳しい改定により各病院が経営的にも苦慮していると考えられる。この度、初めての試みとして、今改定の振り返りや今後の動向等について学ぶため、臨時の研究会を開催した。10月改定の内容も含め、施設基準や改定後の様々な疑義解釈と照らし合わせながらの講演であった。少しでも会員病院の経営改善に役立てていただきたい。

### 講演 2024年診療報酬改定の振り返りと対応策の確認

講師 株式会社ASK梓診療報酬研究所 中林 梓 代表取締役



まずは10月から2つの改定がある。1つ目は「長期収載品の保険給付に選定療養費の仕組み導入」である。長期収載品を患者希望で処方する場合、選定療養(薬価の一部を保険給付から除外)の対象となる。ただし、改定Q&Aで様々な除外規定が示されているので留意していただきたい。また、コメントコード追加、処方箋様式変更もあるため、自院にて確認と医師への啓発を願いたい。2つ目は「医療DX推進体制整備加算及び医療情報取得加算の見直し」である。医療DXはマイナ保険証利用率によって10月から3段階へ変更となる。既に医療DXの届出をしている医療機関は、新たに届出不要である。利用率の確認には、来年1月までは「レセプト確認ベース」「オンライン資格確認件数ベース」のいずれか高い方を用いることができる。医療情報取得加算は12月より点数変更留意していただきたい。

- ポイント**
- 原則としては、適用時期の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いる。ただし、令和6年10月~令和7年1月は、適用時期の2月前のオンライン資格確認件数ベースマイナ保険証利用率を用いることもできる。
  - 適用月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率又は2月前のオンライン資格確認件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月及び前々月のマイナ保険証利用率を用いることも可能であること。

参照可能なマイナ保険証利用率の算出		
	レセプト件数ベース	オンライン資格確認件数ベース
10月適用分	5~7月の最高値	6~8月の最高値
11月適用分	6~8月の最高値	7~9月の最高値
12月適用分	7~9月の最高値	8~10月の最高値
1月適用分	8~10月の最高値	9~11月の最高値
2月適用分	9~11月の最高値	(経過措置終了)
3月適用分	10~12月の最高値	(経過措置終了)

厚生労働省保険局

「医療DX推進体制整備加算・医療情報取得加算の見直しについて」資料抜粋

入院基本料等では、入院料通則「栄養管理体制の基準」における退院時を含む定期的な評価は、必ずしも全ての患者について退院時の評価を行う必要はないと改定Q&Aで出たが、どのような患者に退院時に行う必要があるかを自院の栄養管理手順の中に落とし込みは必要である。「意

思決定支援の基準」「身体拘束最小化の基準」は令和7年5月31日まで、基準を満たしているものとするが、忘れないように自院の規定を作っておく必要がある。

急性期一般入院料1では平均在院日数は16日に短縮になったが、ほとんどの病院は問題ないと思われる。重症度、医療・看護必要度の新基準では、救急入院が5日間から2日間、注射薬剤3種類、B項目が無くなったことが厳しくなっており、急性期一般入院料1を維持できるかどうかである。

救急患者連携搬送料(下り搬送)では、三次救急医療機関から連携する他医療機関に転送搬送が評価されている。また急性期から急性期でも連携していれば搬送を認められているため、あらゆる可能性を考え、連携の検討が必要である。

地域包括医療病棟では、届け出ている医療機関が想定より低く推移している。施設基準要件が厳しく、届け出ができない医療機関が多いと考える。そのため、改定Q&Aで一時的な要件緩和措置があるので、確認していただきたい。

急性期リハビリテーション加算では、加算の対象となる患者は日毎に評価を行い、対象とならなくなった場合は算定できないことを留意願いたい。また日毎評価の記録を残しておいてもらいたい。

地域包括ケア病棟では、40日以内、41日以降で点数が変更となった。また在宅患者支援病床初期加算に救急患者連携搬送料を算定した患者の場合には点数が加わった。どのような患者であれば、直接地域包括ケア病棟に入棟させるかルール作りが必要である。また、老健の強化型との連携が在宅復帰率に有利に働く。パス等を作成し、回転率を上げることも考えていただきたい。

回復期リハビリテーション病棟では、体制強化加算廃止の影響が大きい。改定Q&Aで、運動器リハビリテーション



料を1日9単位算定できる要件があるので確認していただきたい。

療養病棟入院基本料では、30分類へ評価の見直し、中心静脈栄養を有している患者の傷病名による医療区分の区分けに留意していただきたい。改定Q&Aで、中心静脈栄養患者の経過措置があるので確認していただきたい。

入院加算について、救急医療管理加算では、加算2を算定した患者のうち、その他の重症な状態が直近6か月間、5割以上であれば点数半減になる。直近6か月とは、医療改定後6月から11月までの6か月間で算定した患者であり、来年1月より減算が始まる。算定要件別に件数管理を

していただきたい。また、その他の重症な状態から他の要件へ変更できるか、考えていただきたい。看護補助体制加算では、身体拘束を実施した日の取り扱いは、令和7年6月1日以降に適用である。施設基準要件に照らし合わせて高い点数を算定していただきたい。また、看護補助者としての勤務経験は医療改定毎ではないので、随時変更できる体制の構築をしていただきたい。薬剤総合評価調整加算では、カンファレンスは不要、手順書作成が要件となる。また、薬剤増でも請求できるので確認いただきたい。

医療介護連携では、介護保険施設等で協力医療機関を定めることが義務化された。施設、病院共にWin-Winな関係構築のために、病状確認や救急搬送のルール作りをしていただきたい。

栄養情報連携料では、今回の医療改定で入院栄養食事指導料を算定していなくても算定できるようになったので確認いただきたい。

外来化学療法では、今回の医療改定で過去疑義解釈の廃止がありますので確認いただきたい。

(医事業務委員 安部雅之)