

# 平成24年度診療報酬改定について

厚生労働省保険局医療課長

鈴木 康裕

# ①前回(平成22年度)の診療報酬改定について

# 平成22年度診療報酬改定の概要

全体改定率 **+0.19%** (約700億円)

診療報酬(本体) **+1.55%** (約5,700億円)

医科 **+1.74%**  
(約4,800億円)

入院 **+3.03%**  
(約4,400億円)  
外来 **+0.31%**  
(約400億円)

歯科 **+2.09%** (約600億円)

調剤 **+0.52%** (約300億円)

薬価等 **▲1.36%** (約5,000億円)

## 社会保障審議会の「基本方針」

### 重点課題

- ・救急、産科、小児、外科等の医療の再建
- ・病院勤務医の負担軽減



### 重点課題への対応

- ・救命救急センター、二次救急医療機関の評価
- ・ハイリスク妊産婦管理の充実、ハイリスク新生児に対する集中治療の評価
- ・手術料の引き上げ、小児に対する手術評価の引き上げ
- ・医師事務作業補助体制加算の評価の充実、多職種からなるチーム医療の評価

# 産科医療の充実

## ハイリスク妊産婦の入院管理に対する評価の充実

(ハイリスク分娩管理加算)

- ・点数の引き上げ(2,000点→3,000点、1日につき)
- ・対象疾患の追加(多胎妊娠、子宮内胎児発育遅延)



## リスクの高い分娩を受け入れる救急医療機関数の増加

ハイリスク分娩管理加算の届出医療機関数が**増加**。

【平成20年】623施設 → 【平成22年】692施設 (+11.1%)

産婦人科医数が**増加**。

日本産婦人科学会会員数

【平成20年度】15,434人 → 【平成22年度】15,767人 (+2.2%)

# 小児医療の充実

## NICU(新生児特定集中治療室)の評価の充実

(新生児特定集中治療室管理料)

- ・点数の引き上げ(8,600点→10,000点、1日につき)

ハイリスク児の円滑な受け入れを推進するため、新生児及び乳幼児の救急搬送の評価

(救急搬送診療料)

- 新・新生児加算 1,000点
- ・乳幼児加算 150点 → 500点



## 増加するハイリスク新生児(低出生体重児など)を受け入れるNICUの病床数の増加

新生児特定集中治療室管理料の届出医療機関数・病床数が**増加**。

【平成20年】75施設 781床 → 【平成22年】85施設 992床(+27.0%)

小児科医数が**増加**。

小児科学会会員数  
【平成20年】19,235人 → 【平成22年】19,964人(+3.8%)

# 救急医療の充実

## 手厚い医療体制の救命救急センターや急性期入院医療の評価の充実

(救命救急入院料 充実段階Aの加算)

・点数の引き上げ(500点→1,000点)

(ハイケアユニット入院医療管理料)

・点数の引き上げ(3,700点→4,500点)

多数の小児救急外来受診者に対する  
トリアージの評価の新設

(地域連携小児夜間・休日診療料)

新・院内トリアージ加算 30点



## 手厚い医療体制の救命救急センターやハイケアユニットの病床数等の増加

○手厚い医師配置で重篤な患者を受け入れる救命救急センターが**増加**  
(救命救急入院料算定医療機関のうち、重篤な患者を受け入れることができる割合)  
【平成21年10月】78.1% → 【平成22年10月】90.4%

○ハイケアユニット入院医療管理料の届出医療機関数・病床数が**増加**  
【平成20年】68施設 → 【平成22年】150施設  
776床 → 1,355床(+74.6%)

# 救急医療を支えるための連携の強化

## 地域の開業医と連携して夜間・休日の救急体制を評価

### 新 (地域連携夜間・休日診療料)

- ・地域の開業医等との連携により、多数の救急患者を夜間・休日に受け入れるための救急体制の評価(100点)を新設。

## 後方病床機能としての有床診療所の評価

### 新 (有床診療所一般病床初期加算)

- ・急性期医療を担う病院の一般病床、老健、特養及び自宅等からの転入院患者を有床診療所の一般病床で受け入れた場合の加算(100点)を新設。



## 救命救急を支えるための地域での連携や受け入れの増加

(地域連携夜間・休日診療料算定回数)

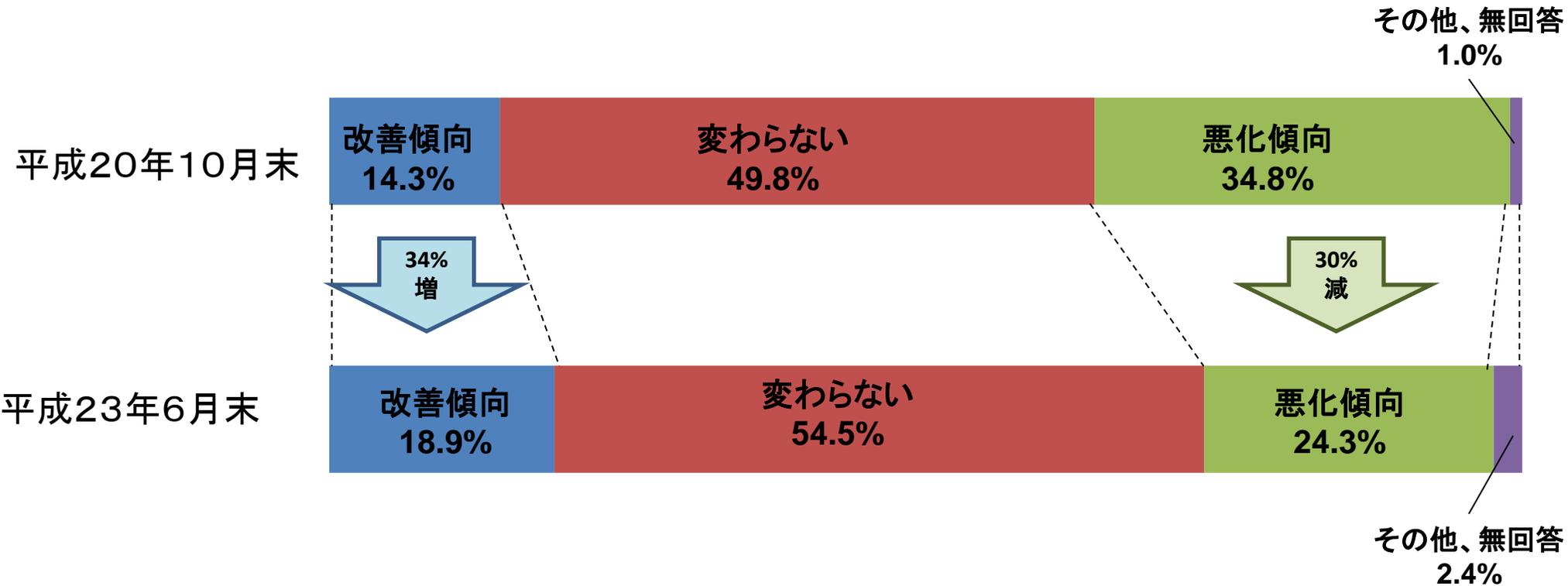
【平成22年】163,343回/月

(有床診療所一般病床初期加算算定回数)

【平成22年】137,749回/月

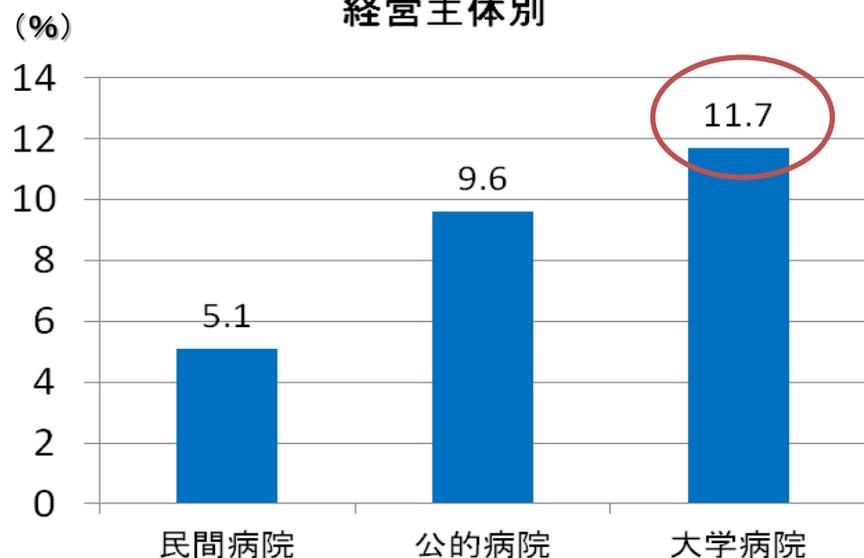
# 病院勤務医の勤務状況の改善

勤務医の勤務状況に関する平成23年6月時点の調査と平成20年10月時点の調査を比較すると、勤務状況が改善傾向にあると回答した医師が34%増え、悪化傾向にあると回答した医師が30%減少

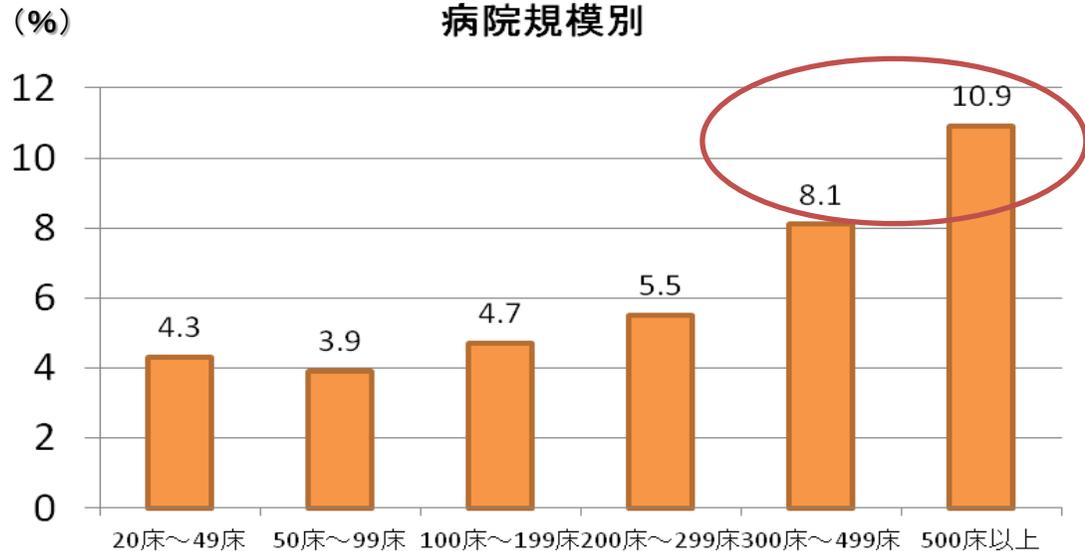


# 平成22年度診療報酬改定後の一日あたり医療費の伸び率 (平成22年4月～平成23年2月対前年同期比)

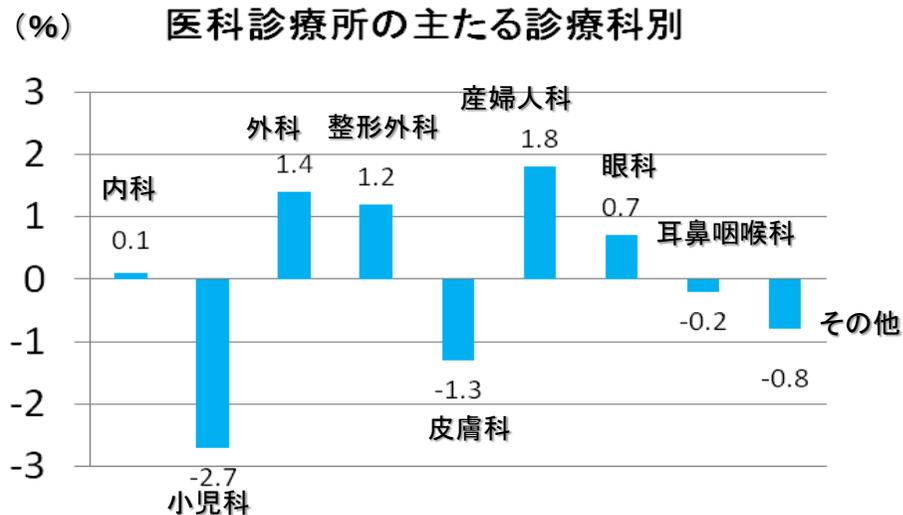
経営主体別



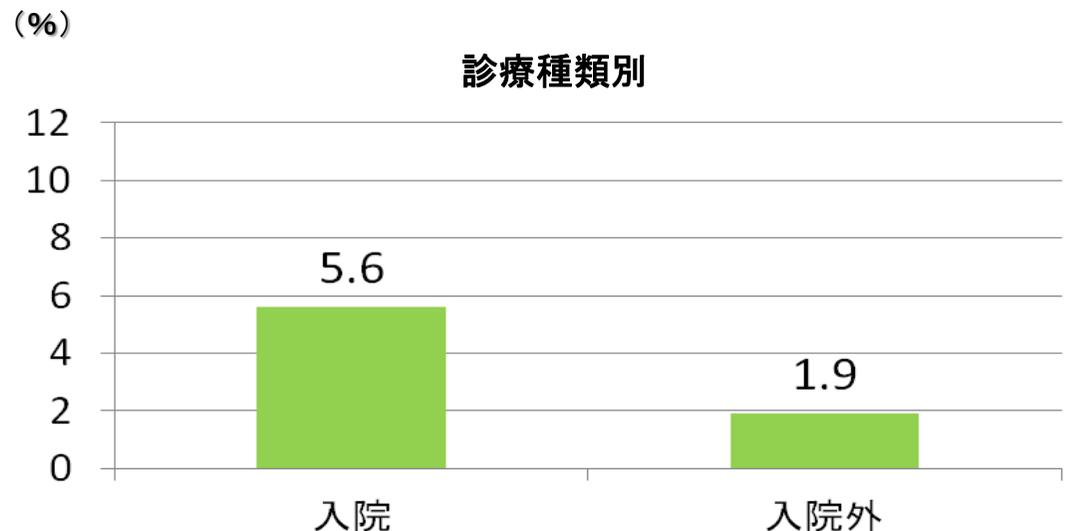
病院規模別



医科診療所の主たる診療科別



診療種類別



# 第18回医療経済実態調査(医療機関等調査)について①

## 1. 調査の目的

病院、一般診療所及び歯科診療所並びに保険薬局における医業経営等の実態を明らかにし、社会保険診療報酬に関する基礎資料を整備することを目的とする。

## 2. 調査の内容

病院、一般診療所及び歯科診療所並びに保険薬局について、施設の概要、損益の状況、従事者の人員及び給与の状況等の調査を行った。

## 3. 調査の対象

社会保険による診療・調剤を行っている全国の病院、一般診療所、歯科診療所及び1か月間の調剤報酬明細書の取扱件数が300件以上の保険薬局を層化無作為抽出した。

## 4. 前回調査からの改善点

- (1) 23年6月の「単月データ」に加え直近の2事業年(度)の「年間データ」を調査・集計した。  
※前回は21年6月に加え直近の1事業年(度)
- (2) 病院、一般診療所の抽出率について、以下のとおり改善した。  
※病院            1/5 → 1/3  
  一般診療所    1/25 → 1/20  
  歯科診療所    1/50  
  保険薬局      1/25
- (3) 東日本大震災の影響を把握するため、「震災地区以外」及び「震災地区」の区分にて、調査・集計した。
- (4) 有効回答率の向上を図るため、個人立(一般診療所、歯科診療所)の青色申告者については、一部調査項目を省略可とし、別集計した。
- (5) 従来の平均値に加え、中央値、45度分布図など多様な分析を行った。

# 第18回医療経済実態調査(医療機関等調査)について②

## 5. 調査の結果概要

### (1) 有効回答率

病院	52.4%(前回:56.6%)	1,401施設(前回: 917施設)
一般診療所	46.2%(前回:44.0%)	1,450施設(前回:1,047施設)
歯科診療所	53.6%(前回:60.1%)	603施設(前回: 661施設)
保険薬局	57.5%(前回:62.8%)	886施設(前回: 966施設)

被災地の有効回答数が少ない等により、回答率が下がっている。

### (2) 直近の2事業年(度)分の開設者区分別損益差額

○ 医業収益率で見れば6月単月データの傾向とあまり大きな乖離はない。

○ 年度の分布

病院は4月－3月が大半だが、診療所、歯科診療所、保険薬局ではかなりのばらつきがあり、改定前のデータがかなりの程度含まれる。

#### ① 一般病院等

○ 直近2事業年度の損益差額の構成比率は精神科病院(法人)を除き、全般的に向上している。

	集計1(介護収益2%未満)	集計2(全体の集計)
医療法人	3.4%→5.0%	3.4%→4.8%
国立	2.0%→5.2%	2.0%→5.2%
公立	▲13.1%→▲10.0%	▲13.0%→▲9.5%
一般病院全体	▲2.5%→▲0.1%	▲1.6%→0.5%
精神科・法人	▲0.1%→▲0.3%	0.1%→▲0.1%
精神科病院全体	▲0.1%→▲0.3%	0.1%→▲0.1%

# 第18回医療経済実態調査(医療機関等調査)について③

## ②一般診療所

○損益差額の構成比率はプラスであり、全般的に向上している。

	全 体	入院収益あり	入院収益なし
個人立	25.9%→26.9%	16.5%→18.9%	27.4%→28.3%
医療法人	5.5%→5.8%	4.2%→5.1%	5.8%→6.1%
一般診療所全体	11.6%→12.1%	6.4%→7.3%	12.9%→13.4%

※個人立の一般診療所の損益差額からは、開設者の報酬となる部分以外に、建物、設備について現存物の価値以上の改善を行うための内部資金に充てられることが考えられる。

## ③歯科診療所

○損益差額の構成比率はプラスであり、全般的に向上している。

	損益差額の構成比率
個人立	27.1%→27.3%
医療法人	3.3%→3.6%
歯科診療所全体	20.2%→20.6%

※個人立の歯科診療所の損益差額からは、開設者の報酬となる部分以外に、建物、設備について現存物の価値以上の改善を行うための内部資金に充てられることが考えられる。

## ④保険薬局

○損益差額の構成比率は、個人は向上、法人は低下している。

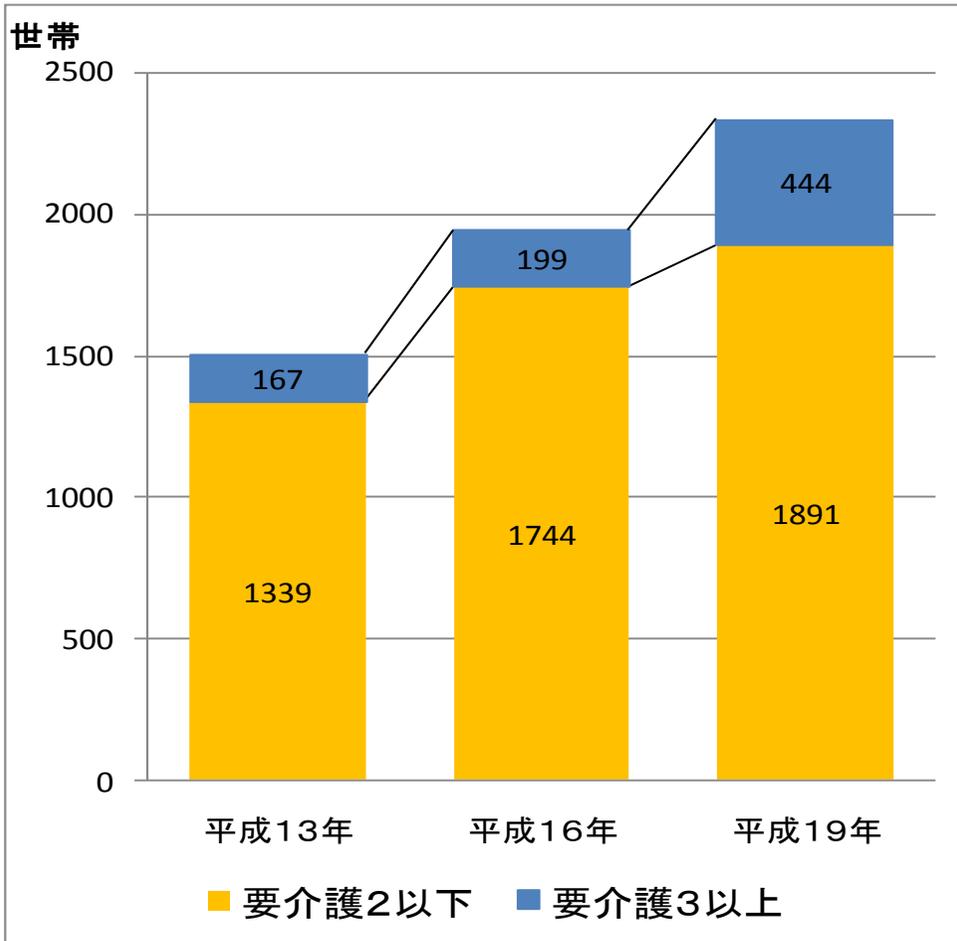
	損益差額の構成比率
個人立	11.1%→11.3%
法 人	5.2%→5.1%
保険薬局全体	5.5%→5.5%

※個人立の保険薬局の損益差額からは、開設者の報酬となる部分以外に、建物、設備について現存物の価値以上の改善を行うための内部資金に充てられることが考えられる。

## ②今回(平成24年度)の診療報酬改定について

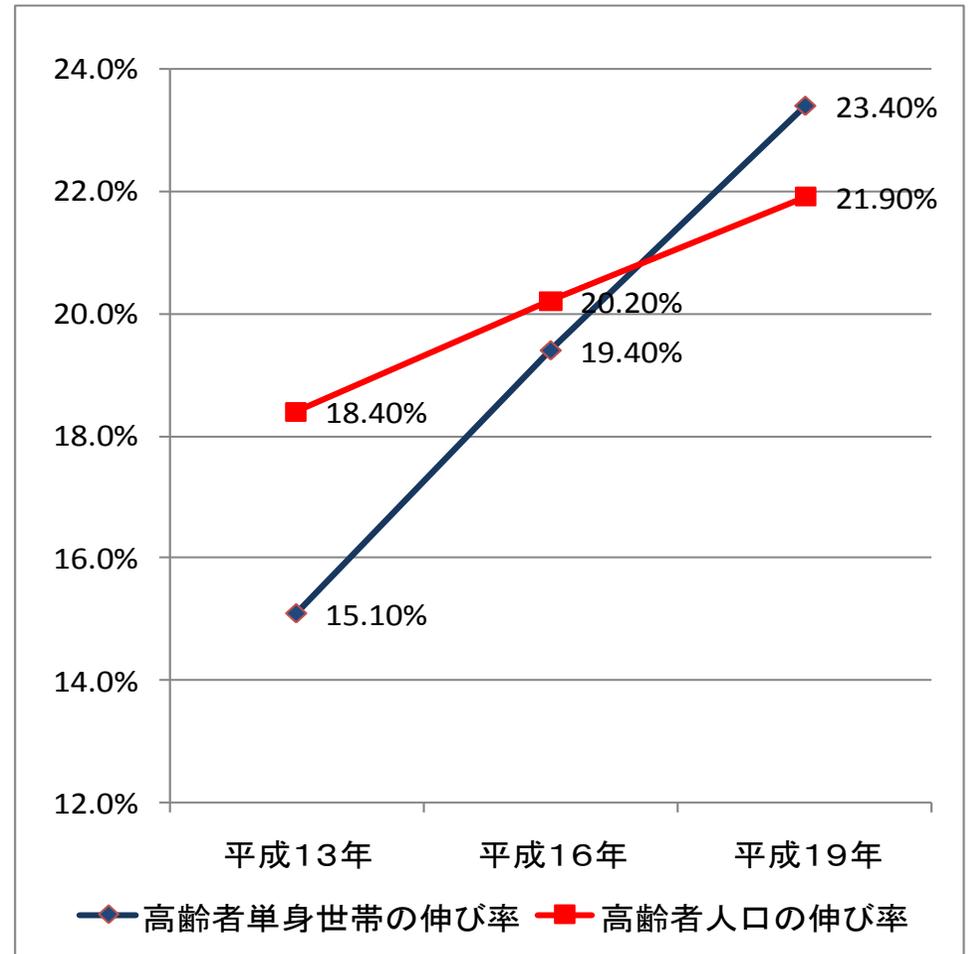
# 高齢者単身世帯の増加

## 高齢者単身世帯における要介護分布の年次推移



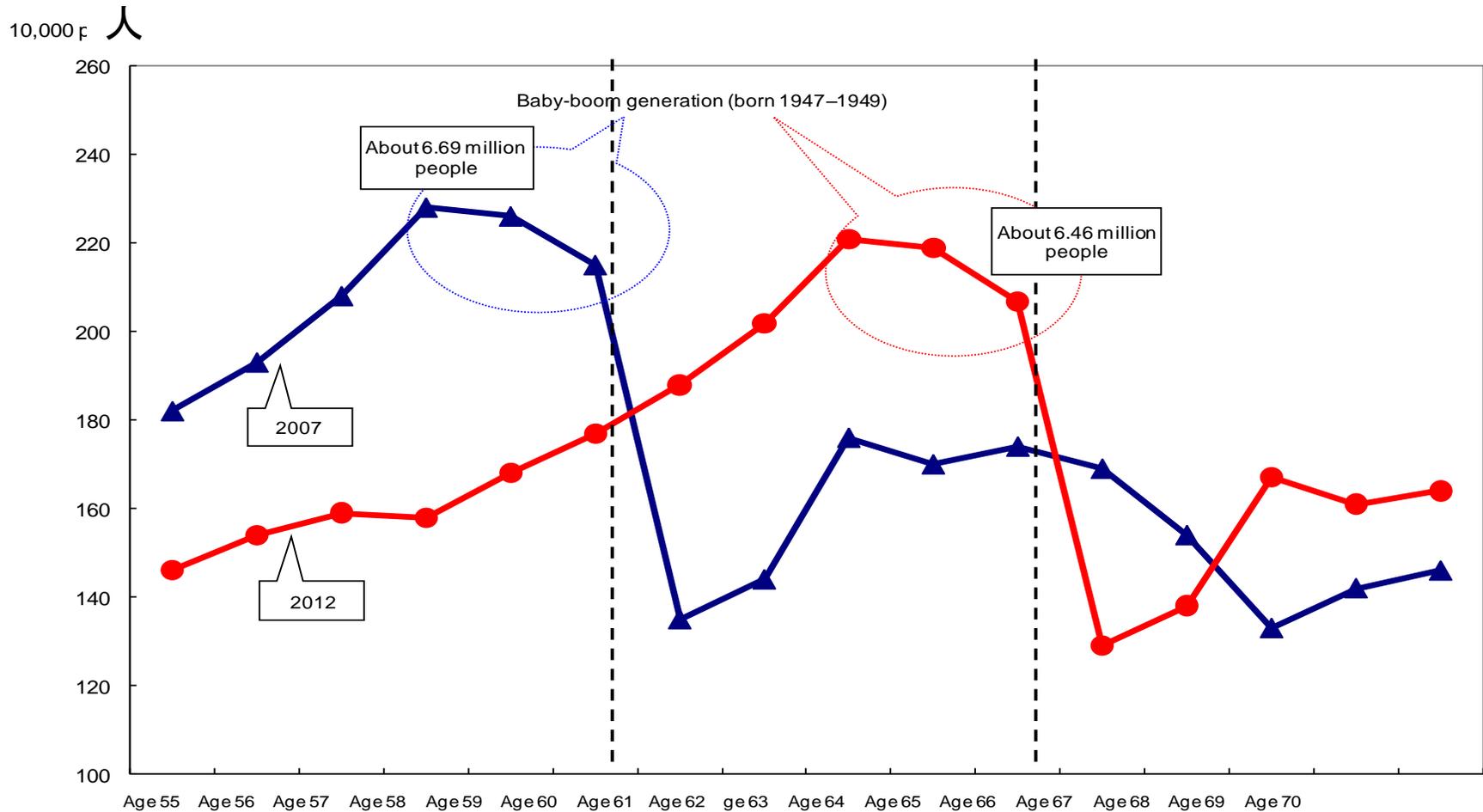
(※)介護を要する者のいる世帯数1万対

## 高齢者単身世帯と高齢者人口の伸び率

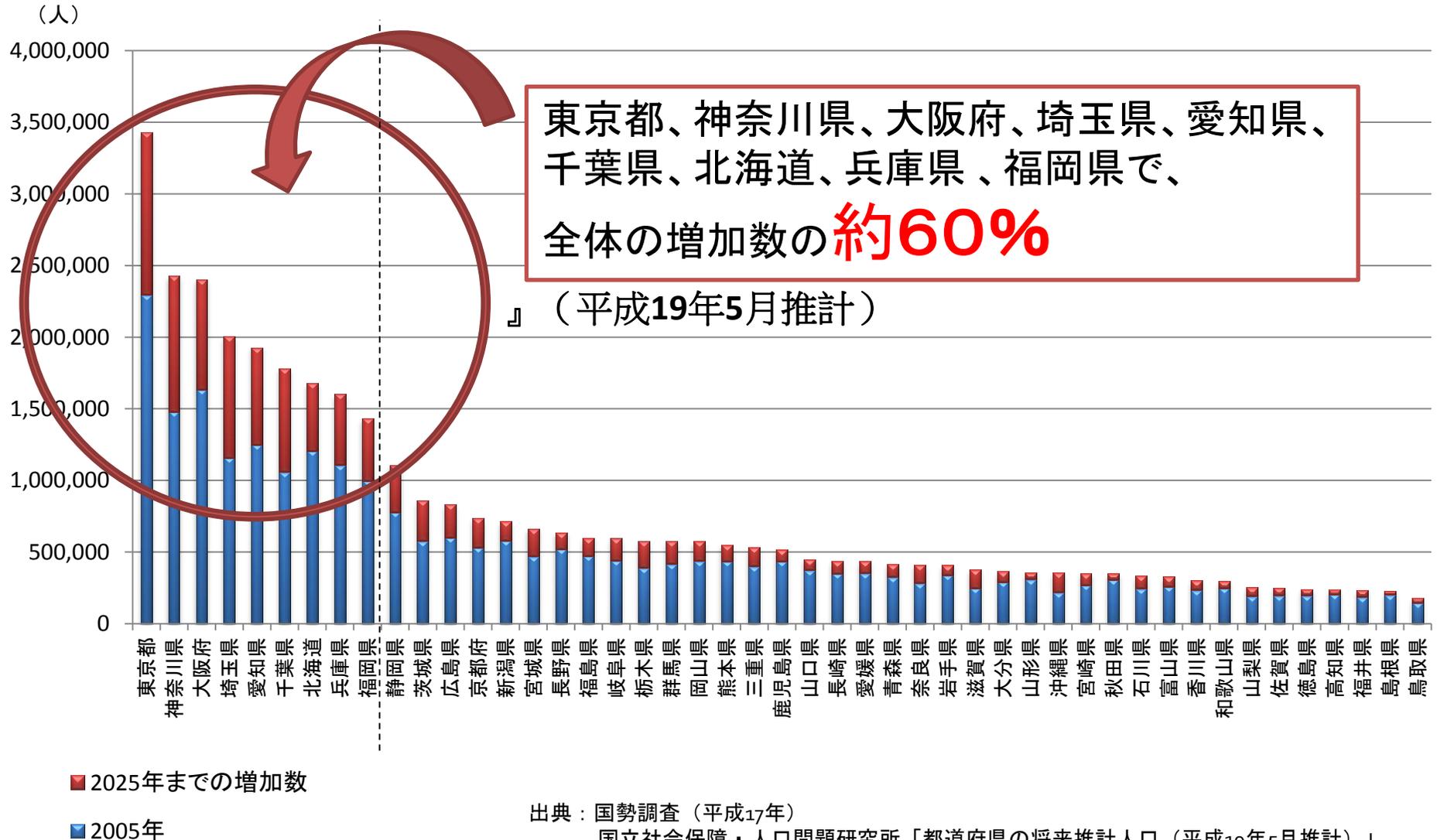


(出典)国民生活基礎調査から作成

# 我が国における ベビーブーマーの高齢化



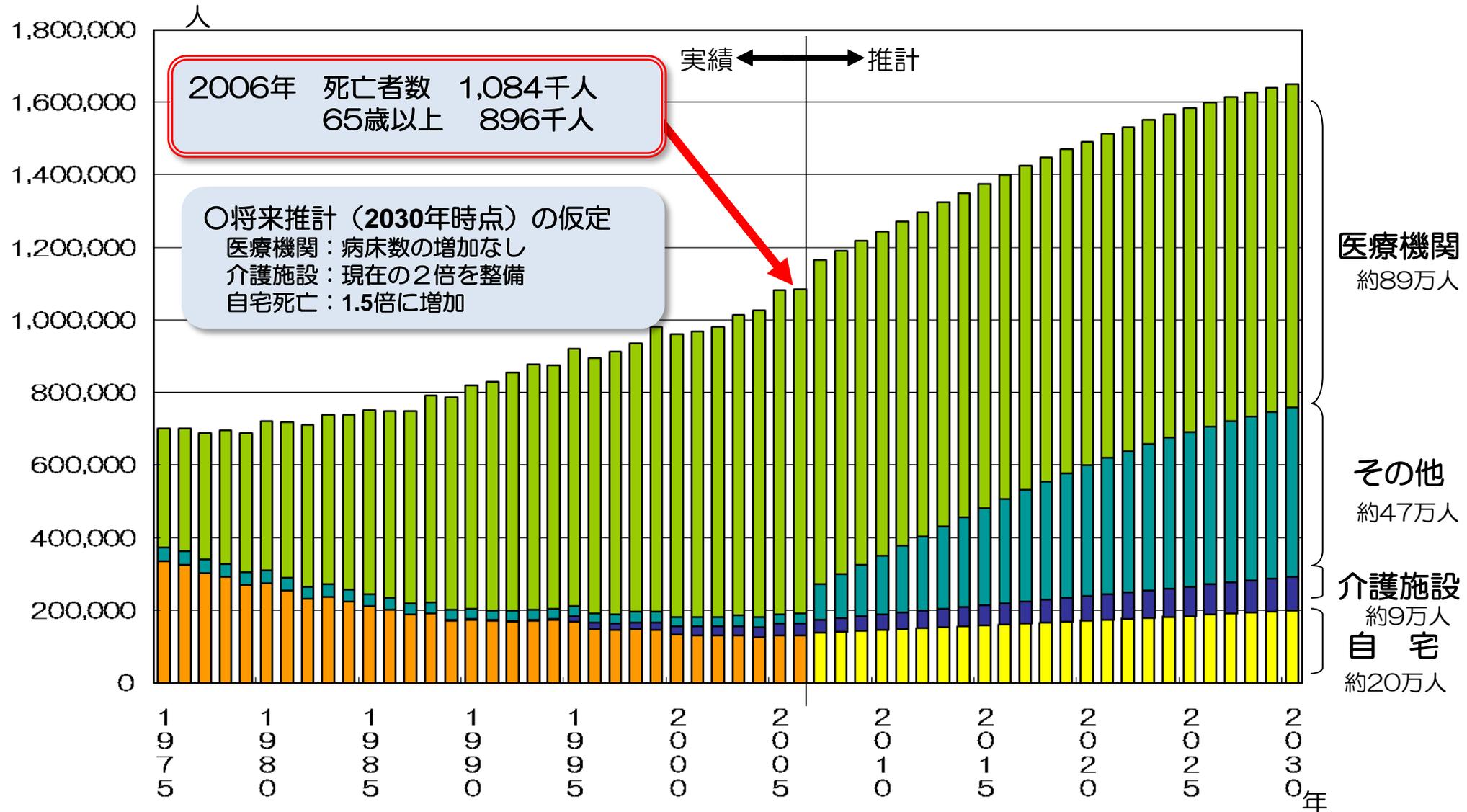
# 高齢者人口(65歳以上)の増加数 (2005年 → 2025年)



出典：国勢調査(平成17年)

国立社会保障・人口問題研究所「都道府県の将来推計人口(平成19年5月推計)」

# 死亡場所別、死亡者数の年次推移と将来推計



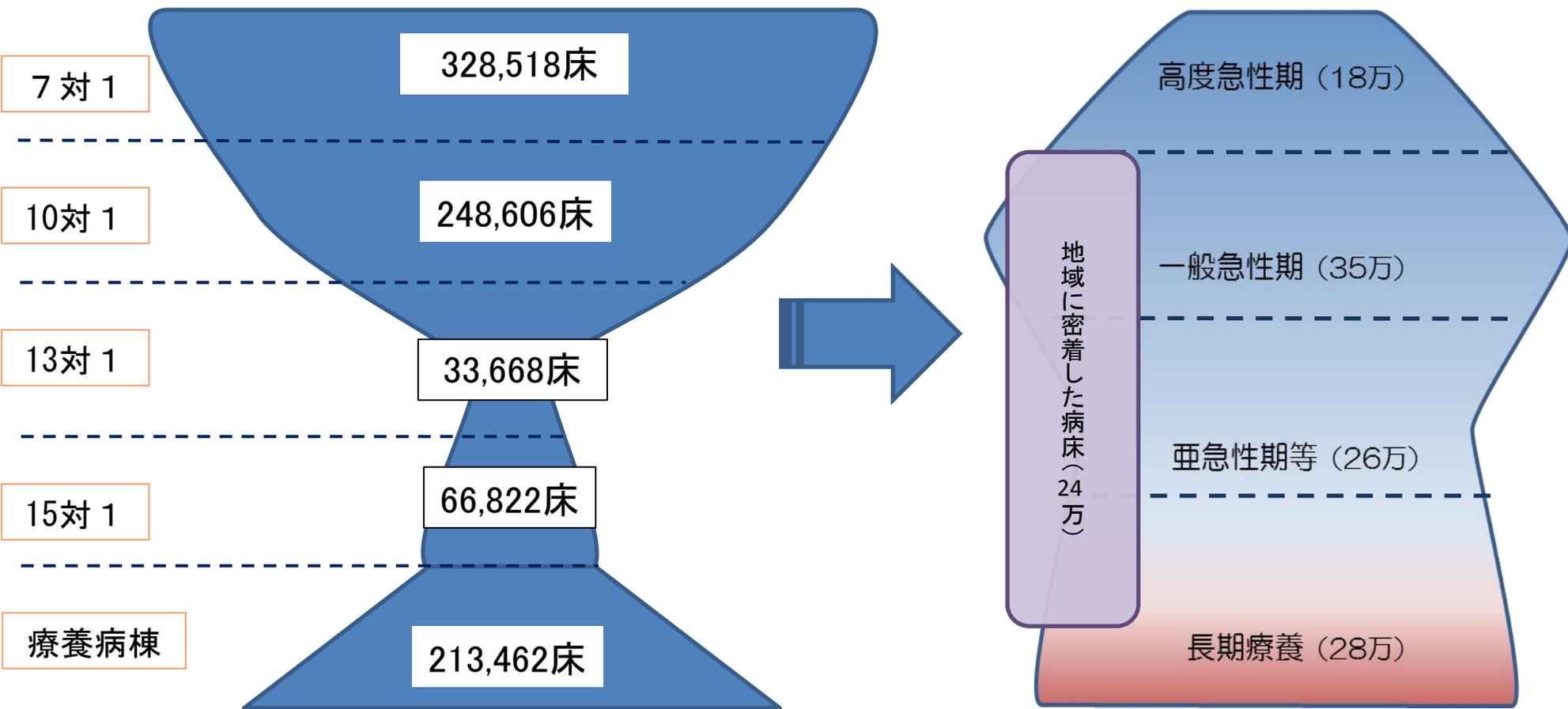
【資料】  
2006年(平成18年)までの実績は厚生労働省「人口動態統計」  
2007年(平成19年)以降の推計は国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集(2006年度版)」から推定

※介護施設は老健、老人ホーム

# 【入院】現在の一般病棟入院基本料等の病床数

＜2010(H22)年の病床数＞

＜2025(H37)年のイメージ＞

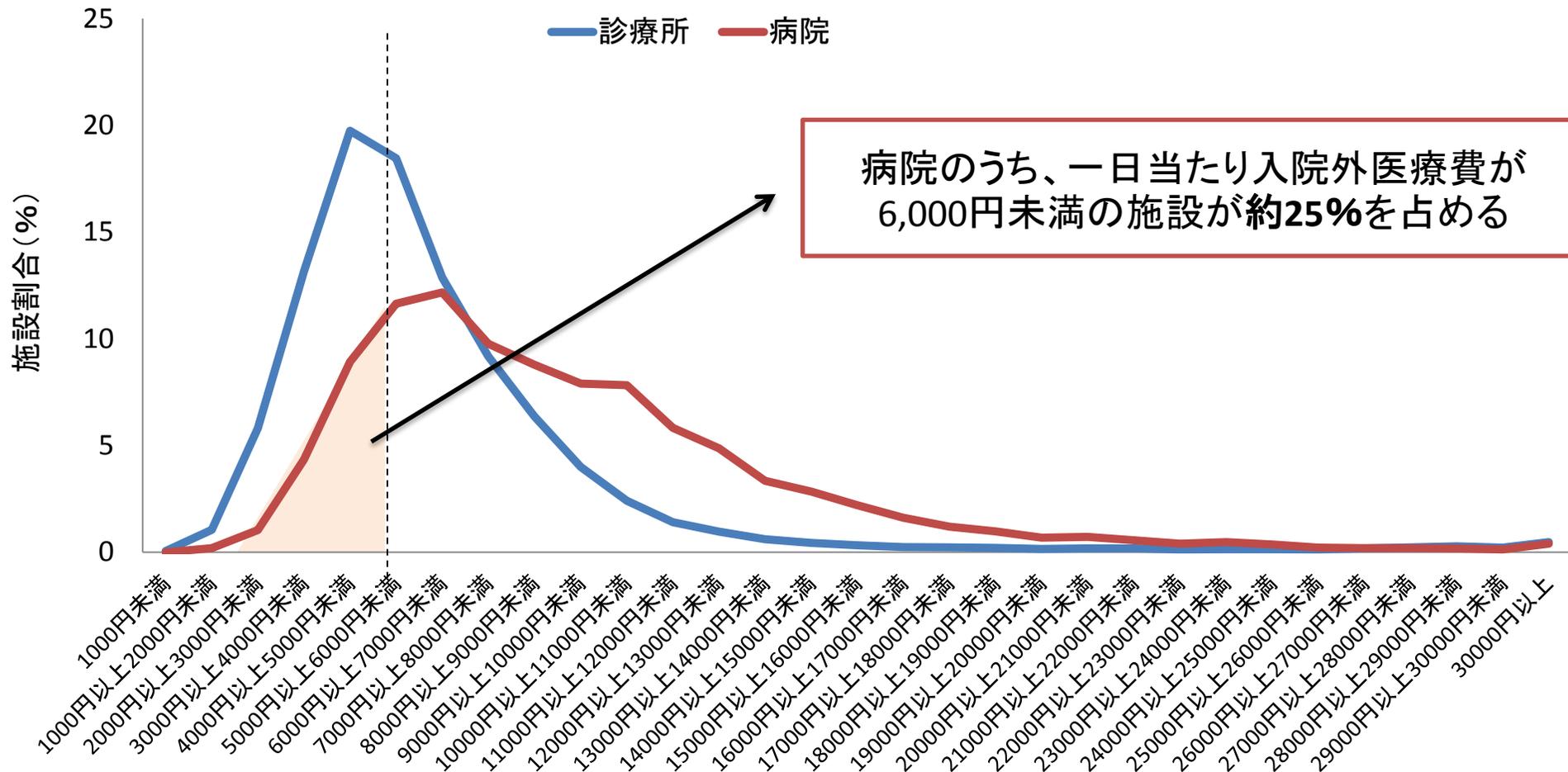


保険局医療課調べ

○ 届出医療機関数で見ると10対1入院基本料が最も多いが、病床数で見ると7対1入院基本料が最も多く、2025年に向けた医療機能の再編の方向性とは形が異なっている。

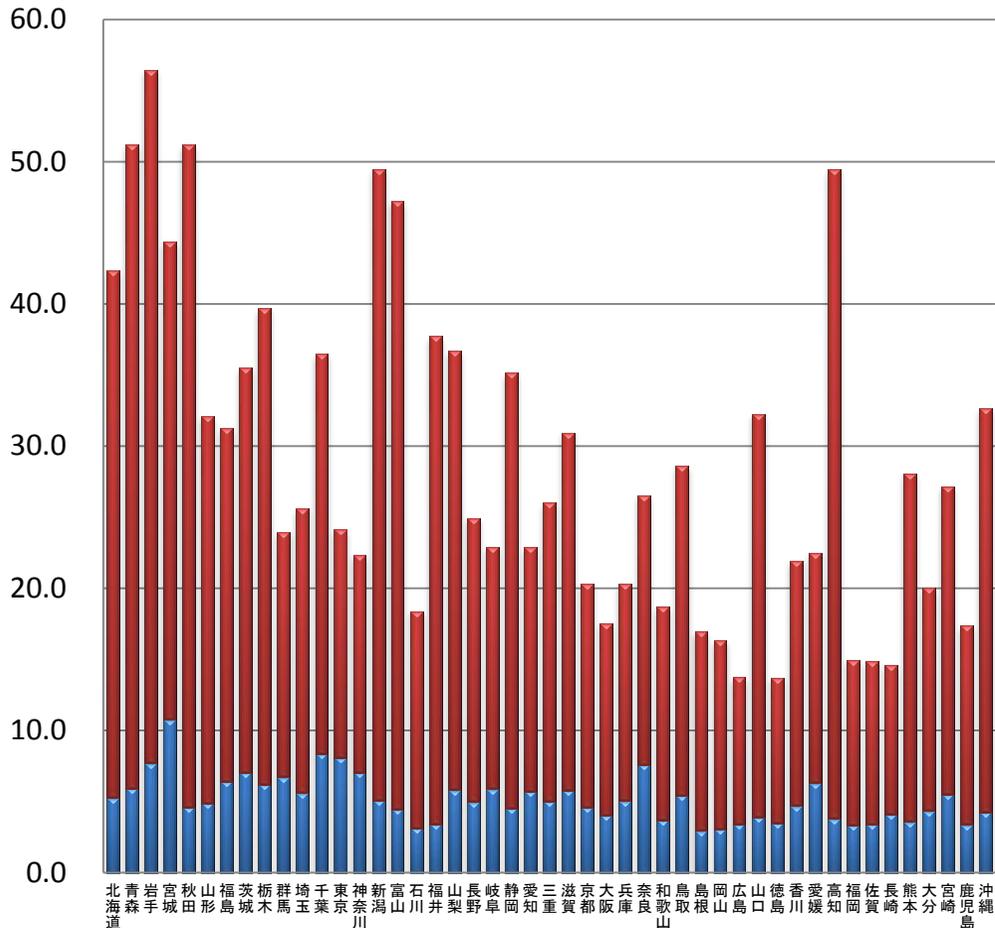
# 【外来】医療機関別一日あたり入院外医療費

(2010年6月分)

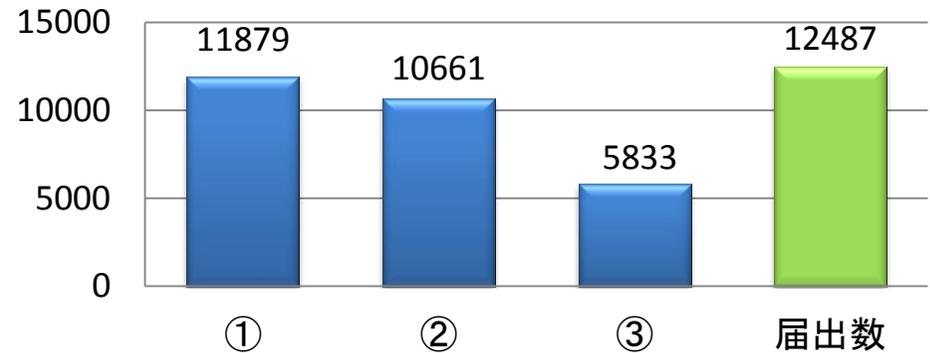


病院の外来においても、医療資源の投入量が低い患者が存在する

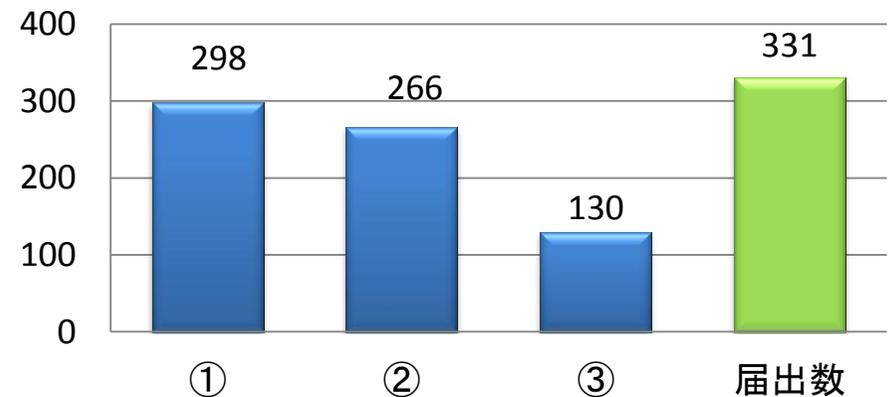
# 【在宅】在宅看取り1名以上の在宅療養支援診療所と在宅死亡の比較(都道府県別分布)



在宅療養支援診療所の内訳 (平成22年)



在宅療養支援病院の内訳 (平成22年)



- ① 報告数
- ② 担当患者数1名以上機関数
- ③ 在宅看取り数1名以上機関数

■ その他の在宅死亡数  
 ■ 在宅療養支援診療所が看取っている在宅死亡数

# 社会保障・税一体改革素案が目指す医療・介護機能再編(将来像)

○ 患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築。

## 【2011(H23)年】



### 【取組の方向性】

- 入院医療の機能分化・強化と連携
  - ・急性期への医療資源集中投入
  - ・亜急性期、慢性期医療の機能強化 等
- 地域包括ケア体制の整備
  - ・在宅医療の充実
    - ・看取りを含め在宅医療を担う診療所等の機能強化
    - ・訪問看護等の計画的整備 等
  - ・在宅介護の充実
    - ・居住系サービスの充実・施設ユニット化
    - ・ケアマネジメント機能の強化 等

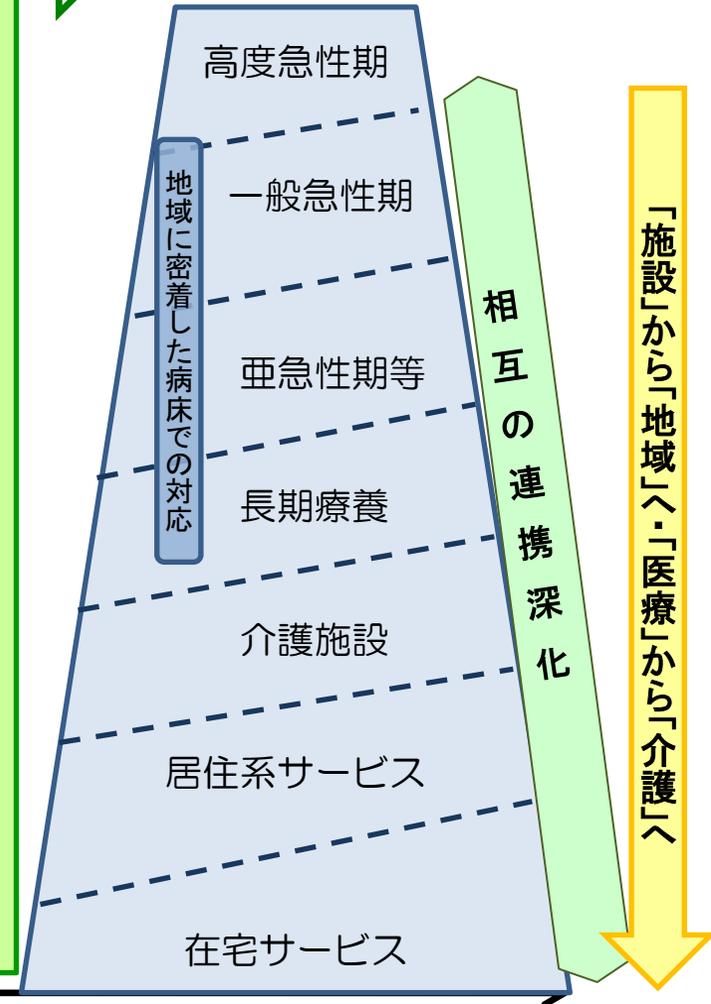
2012年以降、診療報酬・介護報酬の体系的見直し

基盤整備のための一括的法整備(2012年目途法案化)

### 【患者・利用者の方々】

- ・病気になっても、職場や地域生活へ早期復帰
- ・医療や介護が必要になっても、住み慣れた地域での暮らしを継続

## 【2025(H37)年】



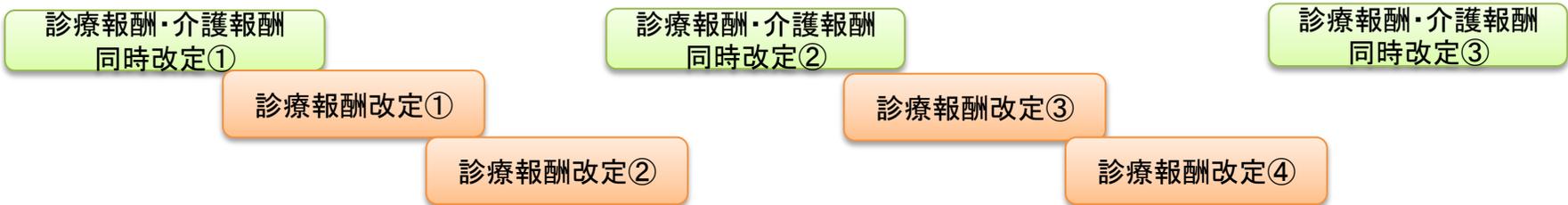
医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資

2012年 2014年 2016年 2018年 2020年 2022年 2024年 2025年

方向性

- ① 医療機関の機能の明確化と連携の強化
- ② 医療機関と在宅/介護施設との連携強化
- ③ 医療提供が困難な地域に配慮した医療提供体制の構築

改定(予定)



診療報酬の体系的見直し

機能分化・連携・地域特性の明確化

検討内容

入院

- 高度急性期、一般急性期、亜急性期等の患者の状態に応じた診療報酬体系の検討・実施
- 地域に密着した病床における、高度急性期医療から亜急性期医療までの一体的な対応に対する評価を検討・実施

外来

- 外来受診の役割分担に向けた評価の検討・実施
  - 専門医療機関等における、専門的な外来やセカンド・オピニオン等の評価を検討・実施
  - 診療所等と地域の拠点病院が連携をして外来受診を行っていることへの評価を検討・実施 等

在宅

- 在宅医療を担う診療所等の機能強化等を行うための評価を検討・実施
- 在宅を担う医療機関と外来を行う医療機関が連携をとって継続的な診療を行うことについての評価の検討・実施 等

# 平成24年度診療報酬改定の基本方針のポイント

平成23年12月1日  
社会保障審議会医療保険部会  
社会保障審議会医療部会

## 重点課題

「社会保障・税一体改革成案」等を踏まえ、以下の課題について重点的に取り組むべき。

- **救急、産科、小児、外科等の急性期医療を適切に提供していくという観点も踏まえた、病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減**  
チーム医療の促進、救急外来や外来診療の機能分化の推進 等
- **医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実**  
在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携の推進、看取りに至るまでの医療の充実、在宅歯科、在宅薬剤管理の充実、訪問看護の充実 等

## 改定の視点

- **充実が求められる分野を適切に評価していく視点**  
がん医療の充実、認知症対策の促進 等
- **患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で生活の質にも配慮した医療を実現する視点**  
退院支援の充実等の患者に対する相談支援体制の充実に対する適切な評価 等
- **医療機能の分化と連携等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点**  
急性期、亜急性期等の病院機能にあわせた効率的な入院医療の評価、慢性期入院医療の適正な評価 等
- **効率化余地があると思われる領域を適正化する視点**  
後発医薬品の使用促進策 等

## 将来に向けた課題

来年度の改定のみならず、超高齢社会のあるべき医療の姿を見据えつつ、引き続き、「社会保障と税一体改革成案」において、2025年の姿として描かれた病院・病床機能の分化・強化と連携、在宅医療の充実、重点化・効率化等の推進等に取り組んでいく必要がある。

急性期、亜急性期、慢性期等の病院・病床機能の分化、強化  
地域に密着した病床における入院医療等の一体的な対応、  
外来診療の役割分担、在宅医療の充実

## 診療報酬・介護報酬改定等について(抄)

平成24年度の診療報酬・介護報酬の同時改定は、「社会保障・税一体改革成案」の確実な実現に向けた最初の第一歩であり、「2025年のあるべき医療・介護の姿」を念頭に置いて、以下の取組を行う。

### 1. 診療報酬改定

我が国の医療はいまだ極めて厳しい状況に置かれている。国民・患者が望む安心・安全で質の高い医療が受けられる環境を整えていくため、厳しい経済環境や保険財政の下、平成24年度改定においては、概ね5,500億円の診療報酬本体の引上げを行うこととし、その増加分を下記の3項目に重点的に配分する。

#### (1) 診療報酬改定(本体)

改定率 +1.38%

各科改定率	医科	+1.55%
	歯科	+1.70%
	調剤	+0.46%

#### (重点項目)

- ・ 救急、産科、小児、外科等の急性期医療を適切に提供し続けることができるよう、病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減・処遇改善の一層の推進を図る。
- ・ 地域医療の再生を図る観点から、早期の在宅療養への移行や地域生活の復帰に向けた取組の推進など医療と介護等との機能分化や円滑な連携を強化するとともに、地域生活を支える在宅医療の充実を図る。
- ・ がん治療、認知症治療などの推進のため、これらの領域における医療技術の進歩の促進と導入を図ることができるよう、その評価の充実を図る。

## 財務大臣、厚生労働大臣 予算折衝合意内容(抄)②

### (2) 薬価改定等

改定率 ▲1.38%

薬価改定率 ▲1.26%(薬価ベース ▲6.00%)

材料改定率 ▲0.12%

(注) 診療報酬本体と薬価改定等を併せた全体(ネット)の改定率は、+0.00%。

なお、別途、後発品の置き換え効果の精算を行うとともに、後発医薬品の推進策については、新たなロードマップを作成して強力に進める。併せて、長期収載品の薬価の在り方について検討を進める。

平成23年12月21日

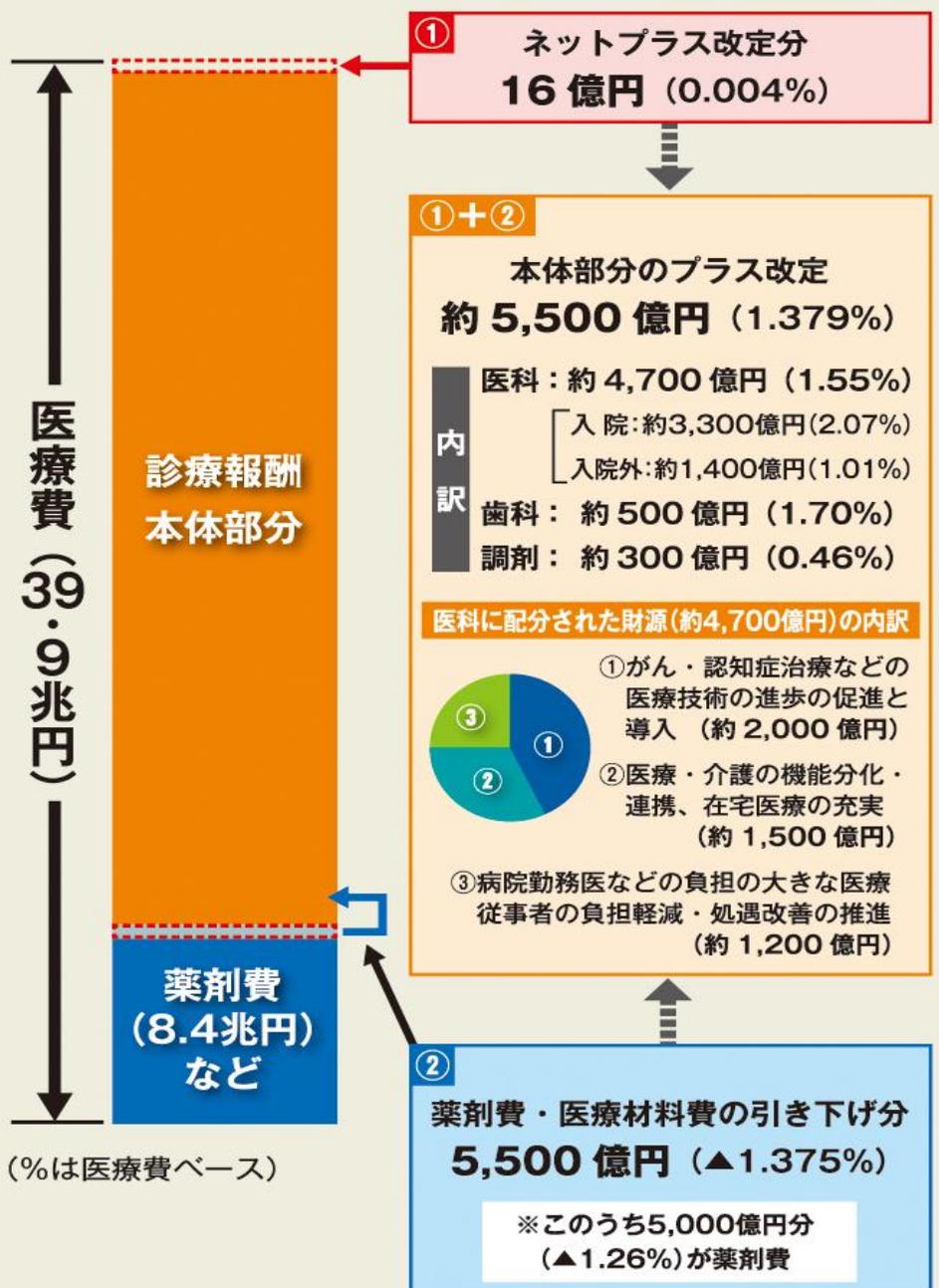
財務大臣

厚生労働大臣

大臣折衝の結果、上記のとおり合意したことを確認する。

民主党政調査会長

# 2012年度診療報酬改定



# 平成24年度診療報酬改定の概要

## 改定財源の配分

	平成22年度	平成24年度
全体	+0.19%	+0.004%
診療報酬本体	+1.55% 5,700億円	+1.379% 5,500億円
医科	+1.74% 4,800億円 ┌ 入院 +3.03% 4,400億円 └ 入院外 +0.31% 400億円	+1.55% 4,700億円 ┌ 入院 +2.07% 3,300億円 └ 入院外 +1.01% 1,400億円
歯科	+2.09% 600億円	+1.70% 500億円
調剤	+0.52% 300億円	+0.46% 300億円
薬価・材料	▲1.36% 5,000億円	▲1.375% 5,500億円

# 平成24年度診療報酬改定項目の概要①

		入院	外来	在宅
重点課題1 医療従事者 負担軽減	①救急等の推進	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ PICU(P29)</li> <li>◆ 後方受け入れ(P30)</li> <li>◆ 超重症児(者)の受入(P31)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 院内トリアージ(P37)</li> <li>◆ 救急外来(P37)</li> </ul>	
	②勤務体制の改善	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 病院医療従事者の勤務体制の改善(P34)</li> <li>◆ 医師事務作業補助者の充実(P35)</li> <li>◆ 看護補助者の充実(P36)</li> </ul>		
	③外来の機能分化		<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 複数科受診(P38)</li> <li>◆ 時間外対応加算(P38)</li> <li>◆ 特定機能病院等の初・再診(P39)</li> </ul>	
	④チーム医療	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 精神科リエゾン(P40)</li> <li>◆ 薬剤師の病棟業務(P41)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 臓器移植後の医学管理(P40)</li> <li>◆ 外来緩和ケア(P41)</li> </ul>	
		◆ 周術期の口腔機能管理(P42)		
重点課題2 医療介護連 携等の推進	①在宅医療の推進			<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 在宅医療の機能強化(P44)</li> <li>◆ 在宅緩和ケア(P44)</li> </ul>
	②看取りの医療			◆ 看取りの充実(P44)
	③在宅歯科、薬剤管理			<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 在宅歯科医療(P45)</li> <li>◆ 在宅薬剤管理指導業務(P46)</li> </ul>
	④訪問看護・医療介護連携		◆ 維持期リハビリテーション(P48)	◆ 訪問看護(P47)

# 平成24年度診療報酬改定項目の概要②

	入院	外来	在宅
医療技術の導入等	<p>①充実が求められる分野</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 緩和ケアの充実(P49)</li> <li>◆ がん診療連携(P49)</li> <li>◆ 精神科医療機関間の連携(P52)</li> <li>◆ 精神科慢性期医療の充実(P53)</li> <li>◆ 認知症治療対策(P55)</li> <li>◆ 感染防止対策(P57)</li> <li>◆ 回復期リハビリテーション(P59)</li> <li>◆ 早期リハビリテーション(P60)</li> </ul> <p>◆ 医療技術の適切な評価(P63)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 糖尿病透析予防(P51)</li> </ul> <p>◆ 通院・在宅精神療法(P54)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 生活の質に配慮した歯科医療の充実(P61)</li> <li>◆ 歯科固有の技術(P62)</li> </ul>	
	<p>②患者の視点等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 患者サポート体制(P67)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 明細書無料発行の推進(P68)</li> </ul>	
	<p>③医療機関の機能に応じた評価</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 栄養管理実施加算の簡素化(P69)</li> <li>◆ 7対1入院基本料の算定要件の見直し(P72)</li> <li>◆ 亜急性期入院医療管理料の見直し(P74)</li> <li>◆ DPC制度の見直し(P75)</li> <li>◆ 長期療養の適正化(P77)</li> <li>◆ 地域に配慮した評価(P78)</li> <li>◆ 有床診療所の緩和ケア(P79)</li> <li>◆ 有床診療所のターミナルケア(P79)</li> <li>◆ 有床診療所の柔軟な病床運用(P80)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 薬局における薬学的管理(P81)</li> </ul>	
	<p>④効率化余地がある領域の適正化</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ ジェネリック医薬品の推進(P82)</li> <li>◆ CT,MRI(P83)</li> <li>◆ 医療機器の保守管理(P83)</li> <li>◆ 透析(P84)</li> <li>◆ 検体検査(P85)</li> </ul>	

## 小児救急医療の評価

- 従来からある、一般向けの特定集中治療室(ICU)に加え、新たに小児専門の特定集中治療室(PICU)に対する評価を新設し、小児救急医療の充実を図る。

### **(新) 小児特定集中治療室管理料(1日あたり)**

**15,500点(7日以内)**

**13,500点(8日以上14日以内)**

#### [算定要件]

15歳未満であって、特定集中治療室管理が必要な患者について算定する。

#### [施設基準]

- ① 小児特定集中治療室として8床以上の病室を有していること。
- ② 小児集中治療を行う医師が常時配置されていること。
- ③ 常時2対1以上の看護配置であること。
- ④ 体外補助循環を行うために必要な装置など、小児集中治療を行うための十分な設備を有していること。
- ⑤ 重症者等を概ね9割以上入院させる治療室であること。
- ⑥ 同病室に入院する患者のうち、転院日に他の医療機関において救命救急入院料、特定集中治療室管理料を算定していた患者を一定程度受け入れていること。

## 急性期後の患者や在宅患者の受入に対する評価

- 一般病棟(13対1、15対1)において、急性期後の患者、状態が悪化した在宅療養中の患者、介護施設の入所者を受け入れた場合についての評価を新設し、状態の落ち着いた患者の早期の転院支援や在宅療養中の患者が急変した際に必要な医療を受けられる体制を推進する。

### (新) 救急・在宅等支援病床初期加算 150点(1日につき)

- 療養病棟においても、療養病棟入院基本料1(20対1)算定病床について、救急・在宅等支援療養病床初期加算の引き上げを行い、状態の落ち着いた患者の早期の転院支援や在宅療養中の患者が急変した際に必要な医療を受けられる体制を推進する。

### (新) 救急・在宅等支援療養病床初期加算

150点 → 300点(1日につき)

# 救急・周産期医療の推進③

## 超重症児(者)、準超重症児(者)の受入医療機関の拡充

- 超重症児(者)、準超重症児(者)に対する日々の診療の評価について、療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料でも算定可能とし、後方病床における取組を推進する。

超重症児(者)入院診療加算(1日につき)	800点(6歳未満)/400点(6歳以上)
準超重症児(者)入院診療加算(1日につき)	200点(6歳未満)/100点(6歳以上)

[算定可能病床(改定後、下線部を追加)]

一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料、有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料

[算定要件(改定後、下線部を追加)]

超重症児(者)入院診療加算、準超重症児(者)入院診療加算は、出生時、乳幼児期又は小児期等の15歳までに障害を受けた児(者)で、当該障害に起因して超重症児(者)又は準超重症児(者)の判定基準を満たしている児(者)に対し、算定する。

# 診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について

(平成24年3月5日通知、30日修正)

## A212 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算

(1) 超重症児(者)入院診療加算、準超重症児(者)入院診療加算は、出生時、乳幼児期又は小児期等の15歳までに障害を受けた児(者)で、当該障害に起因して超重症児(者)又は準超重症児(者)の判定基準を満たしている児(者)に対し、算定する。

ただし、上記以外の場合であって、療養病棟入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を除く病棟又は病床においては、平成24年3月31日時点で30日以上継続して当該加算を算定している患者であって、重度の肢体不自由児(者)(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者は除く。)、脊髄損傷等の重度障害者(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者は除く。)、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者等については、(2)又は(3)の基準(※)を満たしていれば、当面の間、同年4月1日以降も継続して、当該加算を算定できるものとする。

(下線部追加)

(※)「超重症児(者)・準超重症児(者)の判定基準」に依る

# 24年改定以降の(準)超重症児(者)入院診療加算の算定可能患者について

		一般病棟 精神病棟 特定機能病院 専門病院 等	障害者病棟 (以下の患者が7割以上) 特殊疾患病棟 (以下の患者が8割以上)	新 療養病棟 有床診
		/	<b>【対象患者】</b> ・脊髄損傷等の重度障害者 (脳卒中の後遺症・認知症の患者を除く) ・重度の意識障害者 ・筋ジストロフィー患者 ・神経難病患者	/
≤15歳		○	○	○
>15歳	15歳までに障害を受けた者	○	○	○
	15歳までに障害を受けていない者	○※ ただし、上記の【対象患者】 であって、24年3月末時点で 30日以上継続して、当該加 算を算定している者に限る。	○※ ただし、上記の【対象患者】 であって、24年3月末時点で 30日以上継続して、当該加 算を算定している者に限る。	×

※ただし、算定できる期間は「当面の間」とし、今後、実態を踏まえた上で、その取り扱いを検討する。

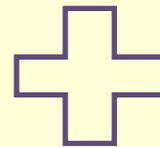
- 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を要件とする項目を今般新たに評価する項目に拡大し、病院勤務医の負担軽減及び処遇改善を推進する。

## 8項目から15項目に対象拡大

【病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善を要件とする項目】

### 現行

- ① 総合入院体制加算
- ② 医師事務作業補助体制加算
- ③ ハイリスク分娩管理加算
- ④ 急性期看護補助体制加算
- ⑤ 栄養サポートチーム加算
- ⑥ 呼吸ケアチーム加算
- ⑦ 小児入院医療管理料1及び2
- ⑧ 救命救急入院料 注3に掲げる加算を算定する場合



### 新たに追加

- ⑨ 総合周産期特定集中治療室管理料
- ⑩ (新)小児特定集中治療室管理料(スライド29)
- ⑪ (新)精神科リエゾンチーム加算(スライド40)
- ⑫ (新)病棟薬剤業務実施加算(スライド41)
- ⑬ (新)院内トリアージ実施料(スライド37)
- ⑭ (新)移植後患者指導管理料(スライド40)
- ⑮ (新)糖尿病透析予防指導管理料(スライド51)

<病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の具体例>

#### 【必須項目の例】

- ・ 医師と医療関係職種等における役割分担
- ・ 外来縮小の取り組み※ 等

※特定機能病院及び一般病床500床以上の病院に限る

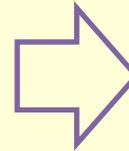
#### 【選択項目の例】

- ・ 医師事務作業補助者の配置
- ・ 予定手術前の当直に対する配慮 等

# 病院勤務医の負担を軽減する体制の評価②

- 医師事務作業補助者の配置について、よりきめ細かく評価し、病院勤務医の負担を軽減する体制の推進を図る。

現行	
医師事務作業補助者の配置	点数
15対1	810点
20対1	610点
25対1	490点
50対1	255点
75対1	180点
100対1	138点



改定後	
医師事務作業補助者の配置	点数
15対1	810点
20対1	610点
25対1	490点
<b>(新) 30対1</b>	<b>410点</b>
<b>(新) 40対1</b>	<b>330点</b>
50対1	255点
75対1	180点
100対1	138点

※50対1については、年間の緊急入院患者数の実績要件を緩和する。

## 看護補助者配置の手厚い評価

- より手厚い看護補助者の配置や夜間配置等の評価を行い、看護職員の負担軽減を促進し、医師と看護職員との役割分担の推進を図る。

### ■看護補助者のより手厚い配置

**(新) 25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割以上※) 160点**

**(新) 25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割未満※) 140点**

※届出に必要な看護補助者の数に占める看護補助者{みなし看護補助者(入院基本料等の施設基準に定める必要な数を超えて配置している看護職員)を除く}の割合(常勤換算)

### ■夜間の看護補助者のより手厚い配置

**(新) 夜間 50対1急性期看護補助体制加算 10点**

**(新) 夜間100対1急性期看護補助体制加算 5点**

### ■夜間の看護職員の手厚い配置

**(新) 看護職員夜間配置加算 50点**

【施設基準】夜勤の看護職員数は、当該病棟の入院患者数に対して、12対1以上であること

# 救急外来や外来診療の機能分化の推進①

## 救命救急センターに患者が集中しない仕組みの推進

- 従来は、小児に対するトリアージのみが評価されていたが、全年齢層の夜間、深夜、休日の救急外来受診患者に対し、患者の来院後速やかに院内トリアージを実施した場合の評価を新設し、救命救急センターに患者が集中しない仕組みを推進する。

**(新) 院内トリアージ実施料 100点(初診時)**

- 二次救急医療機関における深夜・土曜・休日の救急搬送患者に対する外来での初期診療に対する評価を新設し、救命救急センターに患者が集中しない仕組みを推進する。

**(新) 夜間休日救急搬送医学管理料 200点(初診時)**

- 地域の開業医等との連携により、地域において多数の救急患者を受け入れるための救急体制を整えている医療機関の評価を引き上げて、救命救急センターに患者が集中しない仕組みを推進する。

**地域連携小児夜間・休日診療料1 400点 → 450点**

**2 550点 → 600点**

**地域連携夜間・休日診療料 100点 → 200点**

※地域連携小児夜間・休日診療料1:小児科医が一定時間在院している場合  
2:小児科医が常時在院している場合

# 救急外来や外来診療の機能分化の推進②

## 初・再診料及び関連する加算の評価

➤ 現在は、同一日の2科目以降の再診は評価されていないが、患者が医療機関の事情によらず、自らの意思により2科目の診療科を受診した場合には、効率的な医療提供、患者の便益、診療に要する費用等を踏まえ、再診料、外来診療料について、同一日の2科目の再診を評価を行う。

- (新) 再診料 **34点(同一日2科目の場合)**
- (新) 外来診療料 **34点(同一日2科目の場合)**

➤ 地域医療貢献加算について、分かりやすい名称に変更するとともに、診療所の時間外の電話対応等の評価体系を充実させ、休日・夜間に病院を受診する軽症患者の減少、ひいては病院勤務医の負担軽減につながるような取組のさらなる推進を図る【**現行**】地域医療貢献加算 【**改定後**】 時間外対応加算

地域医療貢献加算	3点
----------	----



(新) 時間外対応加算1	5点
(改) 時間外対応加算2	3点
(新) 時間外対応加算3	1点

[算定要件]  
 時間外対応加算1: 標榜時間外において**常時**、患者からの電話等による問い合わせに応じる。  
 時間外対応加算2: 標榜時間外の**準夜帯**において、患者からの電話等による問い合わせに応じる。休日、深夜又は早朝は留守番電話等に対応しても差し支えない。  
 時間外対応加算3: 地域の医療機関と**輪番**による**連携**を行い、**当番日の標榜時間外の準夜帯**において、患者からの電話等による問い合わせに応じる。当番日の深夜又は早朝は留守番電話等に対応しても差し支えない。  
 連携する医療機関数は、3以下とする。連携に関する情報は、院内に掲示するとともに患者へ説明する。

# 救急外来や外来診療の機能分化の推進③

## 特定機能病院等における初・再診料等の評価の見直し

- 紹介率や逆紹介率の低い特定機能病院等を紹介なしに受診した患者等に係る初・再診料を適正な評価とするとともに、保険外併用療養費(選定療養)の枠組みの活用を推進し、病院及び診療所における外来機能の分化及び病院勤務医の負担軽減を図る。

(新) 初診料 200点(紹介のない場合)

(新) 外来診療料 52点

(他医療機関へ紹介したにもかかわらず、当該病院を受診した場合)

### [算定要件]

- ・紹介率が40%未満の特定機能病院及び500床以上の地域医療支援病院  
※ただし、逆紹介率が30%以上の場合は除く。
- ・当該初診料・外来診療料の評価を導入するのは、平成25年4月1日とする。

# チーム医療の推進①

## 一般病棟における、精神科リエゾンの評価

- 一般病棟における精神科医療のニーズの高まりを踏まえ、一般病棟に入院する患者に対し、精神科医、専門性の高い看護師、精神保健福祉士、作業療法士等が多職種で連携した場合の評価を新設し、より質の高い精神医療の推進を図る。
- **(新) 精神科リエゾンチーム加算 200点(週1回)**

## 臓器移植後、造血幹細胞移植後の医学管理の評価

- 医師、専門性の高い看護師等のチームによる臓器移植後、造血幹細胞移植後の医学管理に対する評価を新設し、移植医療の充実を図る。
- (新) 移植後患者指導管理料**
  - 臓器移植後患者指導管理料 300点(月1回)**
  - 造血幹細胞移植後患者指導管理料 300点(月1回)**

### 外来緩和ケアチームの評価

- がん患者がより質の高い療養生活を送ることができるよう、外来における緩和ケア診療に対する評価を新設し、緩和ケアの充実を図る。

**(新) 外来緩和ケア管理料 300点(月1回)**

### 薬剤師の病棟における業務に対する評価

- 薬剤師が勤務医等の負担軽減等に資する業務を病棟で一定以上実施している場合に対する評価を新設し、勤務医の負担軽減等を図る。

**(新) 病棟薬剤業務実施加算 100点(週1回)**

# 周術期における口腔機能の管理等、チーム医療の推進

## 周術期における口腔機能の管理

- がん患者等の周術期等における歯科医師の包括的な口腔機能の管理等を評価（術後の誤嚥性肺炎等の外科的手術後の合併症等の軽減が目的）

（新） 周術期口腔機能管理計画策定料                    300点  
 【周術期における一連の口腔機能の管理計画の策定を評価】

（新） 周術期口腔機能管理料（Ⅰ）                    190点  
 【主に入院前後の口腔機能の管理を評価】

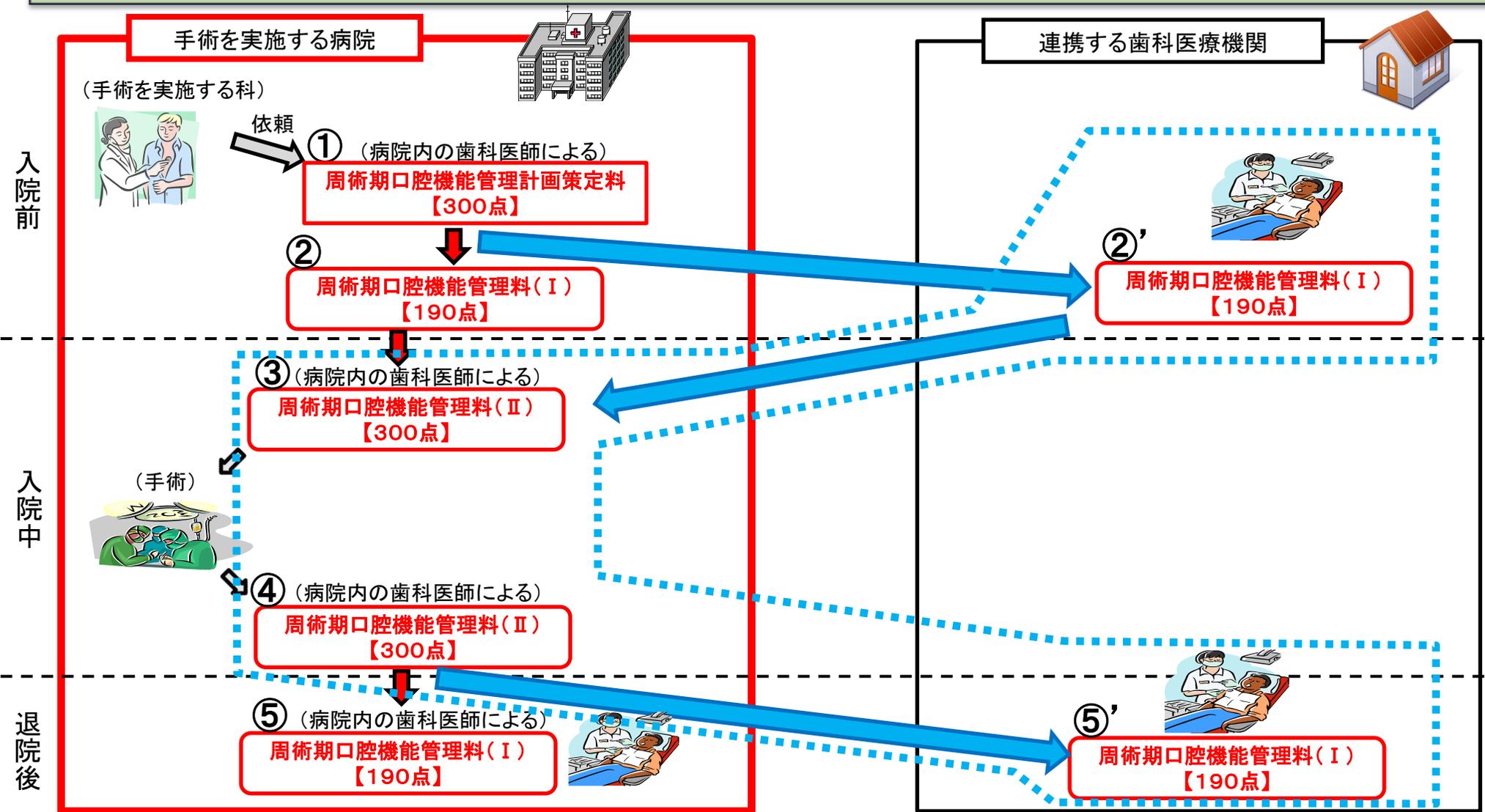
（新） 周術期口腔機能管理料（Ⅱ）                    300点  
 【入院中の口腔機能の管理を評価】

（新） 周術期口腔機能管理料（Ⅲ）                    190点  
 【放射線治療や化学療法を実施する患者の口腔機能の管理を評価】

- 周術期における入院中の患者の歯科衛生士の専門的口腔衛生処置を評価

（新） 周術期専門的口腔衛生処置                    80点

# 周術期における口腔機能の管理のイメージ



※ 歯科の無い医療機関に入院する患者の入院中の周術期の口腔機能の管理が必要な場合は、連携する歯科医療機関の歯科訪問診療で実施。

※ 放射線治療や化学療法を実施する患者についても同様に連携して口腔機能の管理を実施。

# 在宅医療の充実

## 医療機関間連携等による在宅医療の機能強化と看取りの充実

- ▶ 医療機関間連携等を行い、緊急往診と看取りの実績等を有する医療機関について、評価の引き上げを行う。
  - ・緊急時・夜間の往診料の引き上げ
  - ・在宅時医学総合管理料の引き上げ
  - ・在宅患者緊急入院診療加算の引き上げ
  - ・在宅ターミナルケア加算の評価体系の見直し

【現行】 <機能を強化した在宅療養支援診療所/病院(病床を有する場合)の例> 【改定後】

往診料 緊急加算	650点
在宅時医学総合管理料(処方せん有)	4,200点
在宅患者緊急入院診療加算	1,300点
在宅ターミナルケア加算	10,000点



往診料 緊急加算	<u>850点</u>
在宅時医学総合管理料(処方せん有)	<u>5,000点</u>
在宅患者緊急入院診療加算	<u>2,500点</u>
<u>(新)ターミナルケア加算</u>	<u>6,000点</u>
<u>(新)看取り加算</u>	<u>3,000点</u>

## 在宅緩和ケアの充実

▶ 緩和ケア専門の医師・看護師と、在宅医療を担う医療機関の医師・看護師が共同して、同一日に診療・訪問を行った場合を評価し、在宅緩和ケアの充実を図る。

# 在宅歯科医療の評価

## 在宅歯科医療の推進

### ➤ 歯科訪問診療の対象者の表現の見直し

常時寝たきりの状態等であって、在宅等において療養を行っており、疾病、傷病のため通院による歯科治療が困難な患者

→

在宅等において療養を行っており、疾病、傷病のため通院による歯科治療が困難な患者

### ➤ 歯科訪問診療料の評価の引き上げ

歯科訪問診療料1 830点 → 850点

【同一建物居住者(在宅等で2人以上を診療した場合)以外に対する歯科訪問診療をした際の評価】

### ➤ 歯科訪問診療の器具の携行に関する評価の見直し

在宅患者等急性歯科疾患対応加算

【歯科治療に必要な切削器具等を常時携行している場合の評価】

同一初診期間中

1回目 : 232点

2回目以降:90点

→

同一建物居住者以外:170点

同一建物居住者 同一日に5人以下:85点

同一日に6人以上:50点

### ➤ 歯科衛生士の歯科訪問診療の補助に関する評価

(新) 歯科訪問診療補助加算

同一建物居住者以外:110点

同一建物居住者:45点

# 在宅薬剤管理指導業務の一層の推進

## 在宅業務に対する新規評価

在宅業務を推進するため、過去の実績も考慮した施設基準を満たす薬局が、在宅患者向けに調剤した場合の加算を新設する。

**(新) 在宅患者調剤加算 15点(処方せん受付1回につき)**

## 小規模薬局間の連携による在宅業務の評価

かかりつけ薬局が対応できない場合に、あらかじめ連携しているサポート薬局が臨時に在宅訪問対応できるよう、制度を見直す。\*

\* 現行では、薬局単独で実施した場合のみ算定可能。改定後は、サポート薬局が実施した場合であっても算定可能。

## 無菌調剤に係る薬局の負担軽減

無菌調剤に関する施設基準を合理的に見直す。\*

\* 小スペースでも実施可能となるよう、専用の部屋(5平方メートル以上)の施設要件を削除。

## 在宅訪問可能な距離の目安を設定

患家までの距離が遠い場合は緊急時に患者の不利益も予想されることから、16kmを超える場合には、原則、算定不可とする。

# 訪問看護の充実

## 医療ニーズの高い患者への対応

訪問看護の訪問回数や対象の制限等について、要件の緩和を行い、増加しつつある医療ニーズの高い患者に対する訪問看護の充実を図る。

- 訪問看護を週4日以上提供できる対象の拡大
- 退院直後、外泊日、退院当日の訪問看護を評価
- 月13回以上の訪問看護に係る訪問看護管理療養費の算定対象の拡大

## 効率的かつ質の高い訪問看護の推進

看護補助者との同行訪問及び専門性の高い看護師との同一日の訪問看護の評価を行い、効率的かつ質の高い訪問看護の推進を図る。

**(新) 複数名訪問看護加算 300点 (訪問看護療養費3,000円)**

- 専門性の高い看護師による訪問の評価(褥瘡ケア又は緩和ケア<sup>(※)</sup>)

**(新) 在宅患者訪問看護・指導料(専門の研修を受けた看護師) 12,850円**

**(新) 訪問看護基本療養費 (専門の研修を受けた看護師) 1,285点**

- 長時間訪問看護の対象拡大: 超重症児・準超重症児等

# 維持期リハビリテーションの評価

## 維持期リハビリテーションの評価

- 要介護被保険者等に対する維持期の脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーションの評価の見直しを行い、維持期のリハビリテーション※について医療と介護の役割分担を明確化する。

※標準的算定日数を超えた患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断されないが、状態の維持等を目的として行われるリハビリテーション

### 【現行】 <要介護被保険者等に対するリハビリテーション料>

脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)	245点
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)	200点
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)	100点
運動器リハビリテーション料(Ⅰ)	175点
運動器リハビリテーション料(Ⅱ)	165点
運動器リハビリテーション料(Ⅲ)	80点



### 【改定後】

脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)	<u>221点</u>
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)	<u>180点</u>
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)	<u>90点</u>
運動器リハビリテーション料(Ⅰ)	<u>158点</u>
運動器リハビリテーション料(Ⅱ)	<u>149点</u>
運動器リハビリテーション料(Ⅲ)	80点

(注) 廃用症候群の場合に対する脳血管疾患等リハビリテーションは省略

要介護被保険者等に対する、維持期のリハビリテーションは原則として平成26年3月31日までとする。(次回改定時に介護サービスにおける充実状況等を確認する)

# がん医療の推進

## 緩和ケアの評価

- 緩和ケア病棟に入院待ちする患者数の増加等を踏まえ、緩和ケア病棟入院基本料の評価体系の見直し(入院初期の緩和ケアに対する評価の充実)を行い、外来・在宅緩和ケアの充実と併せて、在宅への円滑な移行を促進し、緩和ケアの提供体制の充実を図る。【現行】                      緩和ケア病棟入院料(1日につき)                      【改定後】

		➡	(改) 30日以内の場合	4,791点
緩和ケア病棟入院料	3,780点		(改) 31日以上60日以内の場合	4,291点
			(改) 61日以上の場合	3,291点

## がん診療連携の充実

- 多様化したがん治療に対応できるよう、がん診療連携に係る評価について要件等の見直しを行い、地域の医療機関におけるがん診療連携をより一層推進させる。

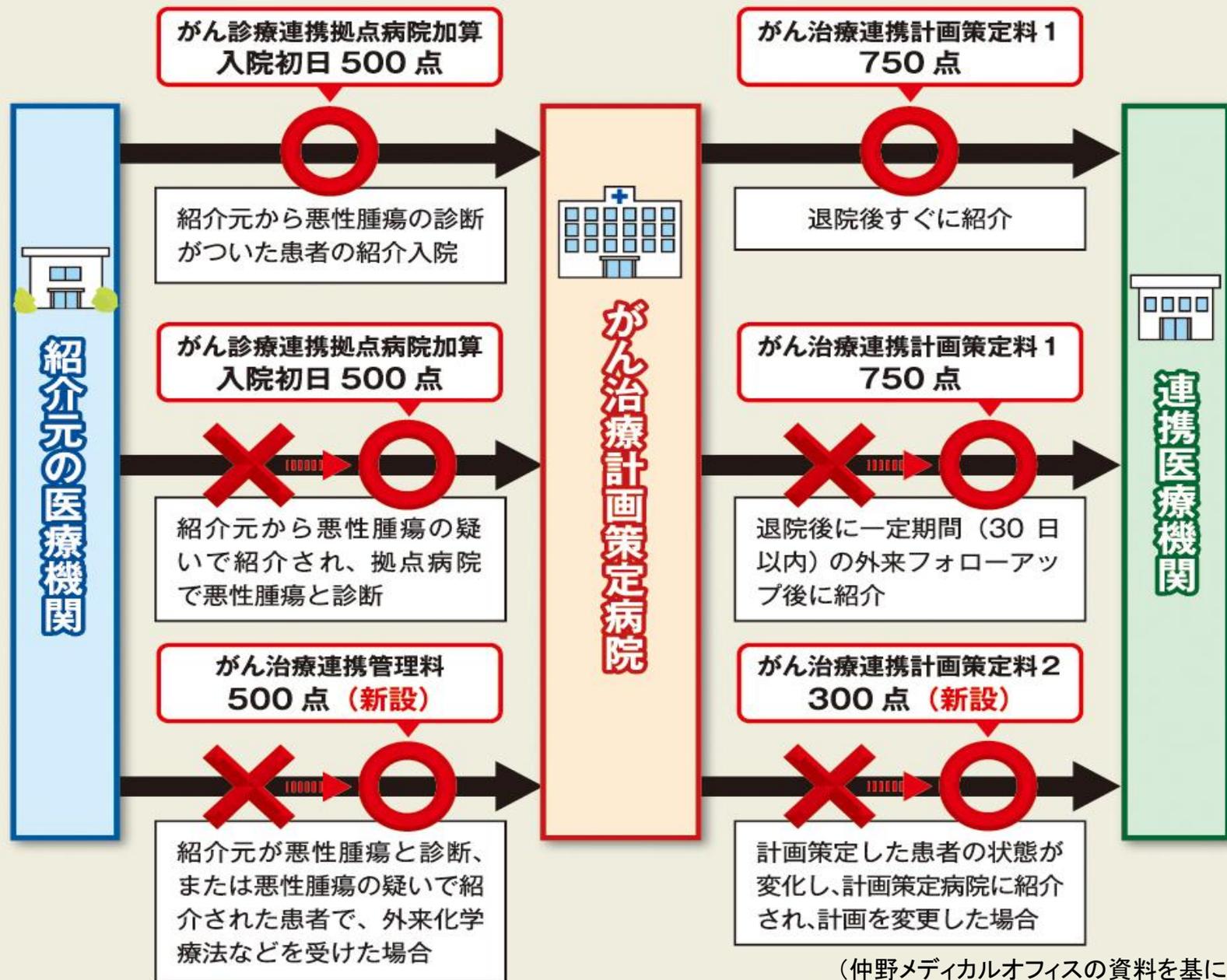
### (改) がん診療連携拠点病院加算

従来は、別の医療機関で悪性腫瘍と診断された紹介患者が入院した時のみ評価されていたが、疑い病名での紹介や、入院には至らず外来化学療法等を受けた場合でも算定可能とする。

### (改) がん治療連携計画策定料

従来は、手術後に速やかに退院した場合のみ算定可能であったが、退院後の外来診療時や、計画変更時でも算定可能とする。

# がん診療連携拠点病院等の算定機会の拡大



(仲野メディカルオフィスの資料を基にじょうが作成)  
(メディカル・リードの資料を基にじょうが作成)

# 生活習慣病対策の推進

## 糖尿病透析予防指導の評価

- 透析患者数が増加している中、透析導入患者の原疾患は糖尿病性腎症が最も多くなっており、糖尿病患者に対し、外来において、医師と看護師又は保健師、管理栄養士等が連携して、重点的な医学管理を行うことについて評価を行い、糖尿病患者の透析移行の予防を図る。

### **(新) 糖尿病透析予防指導管理料 350点(月1回)**

#### [算定要件]

ヘモグロビンA1c(HbA1c)が6.1%(JDS 値)以上、6.5%(国際標準値)以上又は内服薬やインスリン製剤を使用している外来糖尿病患者であって、糖尿病性腎症第2期以上の患者(透析療法を行っている者を除く)に対し、透析予防診療チームが透析予防に係る指導管理を行った場合に算定する。

#### [施設基準]

- ① 以下から構成される透析予防診療チームが設置されていること。
  - ア 糖尿病指導の経験を有する専任の医師
  - イ 糖尿病指導の経験を有する専任の看護師又は保健師
  - ウ 糖尿病指導の経験を有する専任の管理栄養士
- ② 糖尿病教室等を実施していること。
- ③ 一年間に当該指導管理料を算定した患者の人数、状態の変化等について報告を行うこと。

## 精神科医療機関間の連携の評価

- 精神科救急医療機関に緊急入院した後、状態の落ち着いた患者について、あらかじめ連携している精神科医療機関に転院させた場合や、精神科医療機関が受け入れた場合の評価を新設し、精神科救急医療機関と後方病床としての精神科医療機関の連携を評価する。

**(新) 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算 1,000点**

**(新) 精神科救急搬送患者地域連携受入加算 2,000点**

### [算定要件]

精神科救急医療機関に緊急入院した患者が、入院日から60日以内に他の精神科医療機関に転院した場合に算定する。

### [施設基準]

#### 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算

精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料の届出を行っている医療機関

#### 精神科救急搬送患者地域連携受入加算

精神病棟入院基本料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料、児童・思春期入院医療管理料の届出を行っている医療機関

## 精神療養病棟入院料の見直し

- 精神科救急医療体制の確保への協力及び重症者を受入れている病棟の評価を行い、より質の高い精神医療の充実を図る。

精神療養病棟入院料(1日につき)	
	1,050点
重症者加算(1日につき)	40点



精神療養病棟入院料(1日につき)	
	1,061点
(新) 重症者加算1(1日につき)	60点
(新) 重症者加算2(1日につき)	30点

〔算定要件〕

重症者加算: 当該患者のGAF尺度による判定が40以下であること。

〔算定要件〕

重症者加算1

精神科救急医療体制の確保に協力している保険医療機関であって、当該患者のGAF尺度による判定が30以下であること。

重症者加算2

当該患者のGAF尺度による判定が40以下であること。

- 退院支援部署による支援で退院した場合の加算を新設し、早期退院を推進する。

**(新) 退院調整加算 500点(退院時1回)**

# 地域における精神医療の評価

## 通院・在宅精神療法の見直し

➤ 精神科救急医療体制の確保に協力等を行っている精神保健指定医等の評価を引き上げ、地域に移行した患者への医療提供体制の充実を図る。

### 通院・在宅精神療法(1回につき)

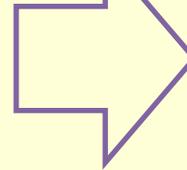
1 初診料を算定する初診の日において精神保健指定医等が通院・在宅精神療法を行った場合 500点

### 2 1以外の場合

イ 30分以上の場合 400点

ロ 30分未満の場合 330点

(P65)



### (新)通院・在宅精神療法(1回につき)

1 初診料を算定する初診の日において精神科救急医療体制の確保に協力等を行っている精神保健指定医等が通院・在宅精神療法を行った場合 700点

### 2 1以外の場合

イ 30分以上の場合 400点

ロ 30分未満の場合 330点

# 認知症対策の推進

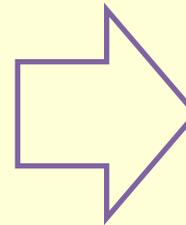
## 認知症治療病棟入院料の見直し

- 認知症患者について、入院日数に応じた評価体系に見直し、短期集中的な認知症治療の推進を図る。

### 認知症治療病棟入院料1

60日以内の期間 1,450点

61日以上の期間 1,180点



### 認知症治療病棟入院料1

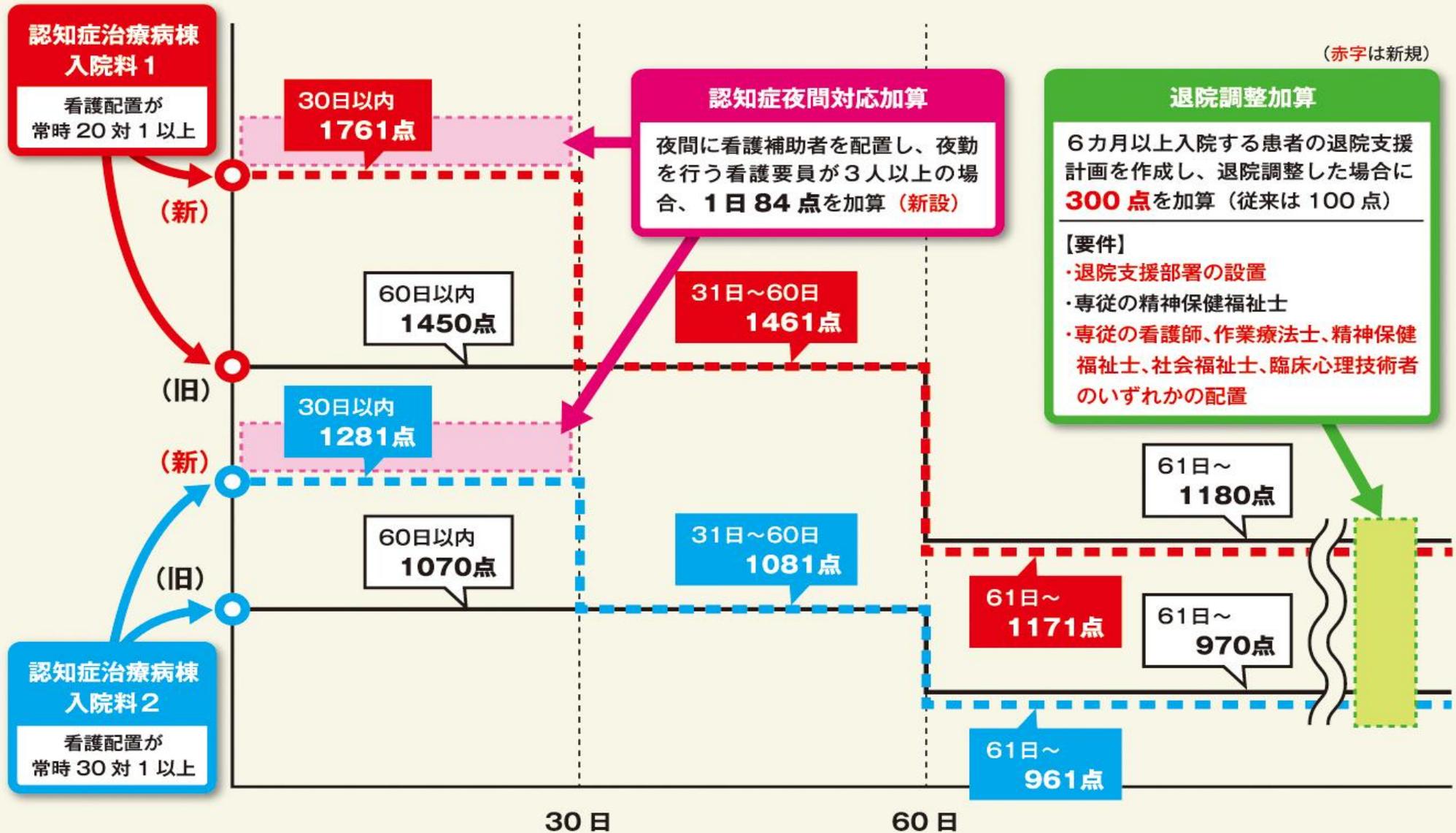
30日以内の期間 1,761点

31日以上60日以内の期間 1,461点

61日以上の期間 1,171点

- 看護職員の数等が異なる認知症治療病棟入院料2についても、同様に評価体系を見直す。

# 認知症入院治療の算定のイメージ



# 感染防止対策の評価

## 感染防止対策の評価

- 院内における感染防止対策の評価を充実させ、院内感染対策に関する取組を推進する。

(新)	<u>感染防止対策加算1</u>	<u>400点(入院初日)</u>
(新)	<u>2</u>	<u>100点(入院初日)</u>

[施設基準]

### 感染防止対策加算1

- ① 専任の院内感染管理者が配置されており、感染防止対策部門を設置していること。
- ② 以下からなる感染防止対策チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。
  - ア 感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師
  - イ 5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師
  - ウ 3年以上の病院勤務経験をもつ感染防止対策に関わる専任の薬剤師
  - エ 3年以上の病院勤務経験をもつ専任の臨床検査技師
 (ア又はイのうち1名は専従であること。)
- ③ 年4回以上、感染防止対策加算1を算定する医療機関は、感染防止対策加算2を算定する医療機関と共同カンファレンスを開催すること。

### 感染防止対策加算2 (感染防止対策加算1と異なる部分を記載)

- ① 一般病床の病床数が300床未満の医療機関であることを標準とする。  
(なお、300床以上であっても、基準を満たしている場合、届出を行うことができる。)
- ② 感染防止対策チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。感染防止対策チームの構成員については、感染防止対策加算1の要件から、イに定める看護師の研修要件を不要とする。また、ア又はイのいずれも専任でも可能とする。
- ③ 年4回以上、感染防止対策加算1を算定する医療機関の主催する共同カンファレンスに参加すること。

- 感染防止対策加算1を算定する医療機関同士が年1回以上、互いの医療機関に赴いて相互に感染防止に関する評価を行った場合の加算を新設し、院内感染防止対策のより一層の推進を図る。

(新)	<u>感染防止対策地域連携加算</u>	<u>100点(入院初日)</u>
-----	---------------------	-------------------

# 感染防止対策加算について（疑義解釈(その1)より抜粋）

(問1) A234-2感染防止対策加算1を算定する医療機関は、A234-2感染防止対策加算2を算定する医療機関が複数ある場合、それぞれの医療機関と個別にカンファレンスを開催しなければならないのか。

→ **感染防止対策加算2を算定する複数の医療機関との合同でよい。**

(問2) 感染防止対策加算1の届出を行っている複数の医療機関及び当該医療機関と連携している感染防止対策加算2の届出を行っている医療機関が合同でカンファレンスを実施した場合、当該カンファレンスは施設基準に規定されているカンファレンスの主催及び参加回数に数えることができるのか。

→ **原則として、1回のカンファレンスについて、主催できる医療機関は1カ所に限る。**ただし、市町村、保健所圏域、二次医療圏又は都道府県等の単位で、圏域内の感染防止対策加算1の届出を行っている複数の医療機関及び当該医療機関と連携している感染防止対策加算2の届出を行っている医療機関が合同で感染症情報の共有等に関するカンファレンスを実施した場合は、**年2回に限り、感染防止対策加算1の届出を行っている医療機関が開催する必要のあるカンファレンスを主催したこととして数えることができる。**(別途要件有り)

(問3) A234-2感染防止対策加算について、**特別の関係にある医療機関が連携**した場合も届出可能か。

→ **可能**である。

(問4) A234-2感染防止対策加算1の届出医療機関と2の届出医療機関の連携は、医療圏や都道府県を越えて連携している場合でも届出可能か。

→ **医療圏や都道府県を越えている場合であっても、適切に連携することが可能であれば届出可能。**

(問5) A234-2感染防止対策加算1の届出医療機関と2の届出医療機関が合同で開催するカンファレンスには、**感染制御チームのメンバー全員が参加する必要があるか。**

→ **原則、感染制御チームを構成する各々の職種(医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師)が少なくともそれぞれ1名ずつ参加すること。**

(問6) A234-2感染防止対策加算の施設基準にあるカンファレンスについては、インターネット、TV会議システムや電話によるものでもよいか。

→ **原則、直接対面**で行う。

# リハビリテーションの充実①

## 回復期リハビリテーション病棟の評価

- 回復期リハビリテーション病棟の評価体系を見直し、充実したリハビリテーションを推進する。
- 【現行】 【改定後】

回復期リハビリテーション病棟入院料1	1,720点
回復期リハビリテーション病棟入院料2	1,600点



(新)回復期リハビリテーション病棟入院料1	1,911点
(改)回復期リハビリテーション病棟入院料2	1,761点
回復期リハビリテーション病棟入院料3	1,611点

(注)重症患者回復病棟加算については、入院料に包括して評価を行う  
 ※回復期リハビリテーション病棟入院料1と2を同一保険医療機関が届出を行うことは可能。  
 ※回復期リハビリテーション病棟入院料1と3又は2と3を同一保険医療機関が届出を行うことはできない。

[施設基準] (回復期リハビリテーション病棟入院料1のみ記載)

### 回復期リハビリテーション病棟入院料1

- ① 看護配置常時13対1以上 (看護師7割以上、夜勤看護職員2名以上)
- ② 看護補助者常時30対1以上
- ③ 専任のリハビリテーション科医師1名以上、専従の理学療法士3名以上、作業療法士2名以上、言語聴覚士1名以上、専任の社会福祉士等1名以上
- ④ 在宅復帰率7割以上
- ⑤ 新規入院患者の3割以上が重症の患者であること
- ⑥ 新規入院患者のうち1割5分以上が「一般病棟用の重症度・看護必要度」A項目1点以上の患者であること。
- ⑦ 重症患者の3割以上が退院時に日常生活機能が改善していること。

# リハビリテーションの充実②

## 早期リハビリテーションの評価

- 発症早期より開始するリハビリテーションは有効性が高いことから、早期リハビリテーションの評価体系を見直し、早期のリハビリテーションの充実を図る。

### 14日以内の期間

#### (新) ① リハビリテーション科の医師が

勤務している医療機関の場合 75点

② その他の場合 30点

15日以上30日以内の期間 30点

#### [算定要件]

- 心大血管疾患リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料については治療開始日から起算して、それぞれの日数の間、区分に応じて算定する。
- 脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料については、発症、手術又は急性増悪からそれぞれの日数の間、区分に応じて算定する。

(問) リハビリテーションの初期加算について、リハビリテーション科を標榜している必要があるか。

→ 原則として標榜している必要がある。ただし、リハビリテーションに専ら従事している常勤の医師が勤務している場合は、リハビリテーション科を標榜していない場合であっても、当該加算を算定出来る。

また、心大血管疾患リハビリテーションについては、当該リハビリテーションの経験を有する常勤の医師が勤務している循環器科又は心臓血管外科、呼吸器リハビリテーションについては、呼吸器リハビリテーションの経験を有する常勤の医師が勤務している呼吸器内科、呼吸器外科を標榜していることで差し支えない。

# 生活の質に配慮した歯科医療

## 歯の保存に資する技術の評価

### ➤ 歯周病に関する技術の評価の見直し

スケーリング【歯石の除去】(3分の1顎につき):64点 → 66点

スケーリング・ルートプレーニング【歯石の除去及び歯根面の滑沢化】(1歯につき)

前歯:58点 → 60点、小臼歯:62点 → 64点、大臼歯:68点 → 72点

歯周病安定期治療の実施間隔の見直しや歯周外科手術の評価の引き上げ ほか

### ➤ 歯内療法(歯の神経等の治療)に関する評価の見直し

抜髄【歯の神経の除去】(1歯につき)単根管:220点 → 228点

感染根管処置【細菌感染した歯質や神経の除去】(1歯につき)単根管:130点 → 144点

根管貼薬処置【根管に薬剤を貼付】(1歯1回につき)単根管:20点 → 26点 ほか

## 障害者歯科医療の充実

### ➤ 障害者加算の名称の見直し及び対象者の明確化

障害者加算 → 歯科診療特別対応加算

※加算の対象者である、著しく歯科診療が困難な者の例示として、「日常生活に支障を来たすような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、歯科診療に際して家族等の援助を必要とする状態」を明確化

# 歯科固有の技術の見直し等

## 患者の視点に立った歯科医療の充実

- 歯科医療の総合的な環境整備を行っている施設基準を満たした歯科医療機関の評価の見直し

外来診療環境体制加算(初診料の加算): 30点 → 28点

(新) 再診時外来診療環境体制加算(再診料の加算) 2点

## 歯科固有の技術の適切な評価

- 歯の修復治療に関する技術の評価の見直し

初期う蝕早期充填処置【う蝕の進展を防止するための治療】: 120点 → 122点

窩洞形成【う蝕治療のために歯の形態を整える治療】単純なもの: 54点 → 60点

う蝕歯即時充填形成【う蝕に罹患した歯を1日で行う治療】(1歯につき): 120点 → 126点

金属歯冠修復【失われた歯の形態・機能を回復する治療】(1個につき): 445点 → 454点 ほか

- 早期に口腔機能の維持・回復が図られる補綴治療に関する技術の評価の見直し

印象採得【入れ歯作製のための歯型どり】(1個につき) 歯冠修復 連合印象: 60点 → 62点

有床義歯【入れ歯作製】総義歯(1顎につき): 2,060点 → 2,100点

有床義歯修理【入れ歯の修理】(1床につき): 220点 → 224点 ほか

## 基本的な考え方

- 我が国の医療水準は国際的にみても高い状況にあり、引き続き、質の高い医療を継続的に提供できる体制を確保するために、外科的な手術や専門性の高い医学管理などの医療技術について、学会等からの提案も踏まえ、難易度や専門性に応じた適切な評価を行う。

## 評価の視点

### 1. 医療技術の評価及び再評価 (スライド59)

学会等からの提案書に基づき、医療技術評価分科会において検討を行い、新規技術の保険導入及び既存技術の再評価を行う。

### 2. 手術料の引き上げ (スライド60)

「外保連試案第8版」を活用し、診療報酬における手術の相対的な評価をより精緻化する。

### 3. 内科的技術の評価 (スライド60)

医療技術評価分科会での検討等も踏まえ、内科医等により行われている高い専門性を有する検査や外来での医学管理等についても評価を行う。

### 4. 先進医療からの保険導入 (スライド60)

先進医療専門家会議の検討結果を踏まえ、新規技術の保険導入を行う。

### 5. 新規特定保険医療材料等に係る技術料の新設 (スライド60)

新規医療材料を用いた技術や検査について、技術料等の評価及び見直しを行う。

# 医療技術の適切な評価②

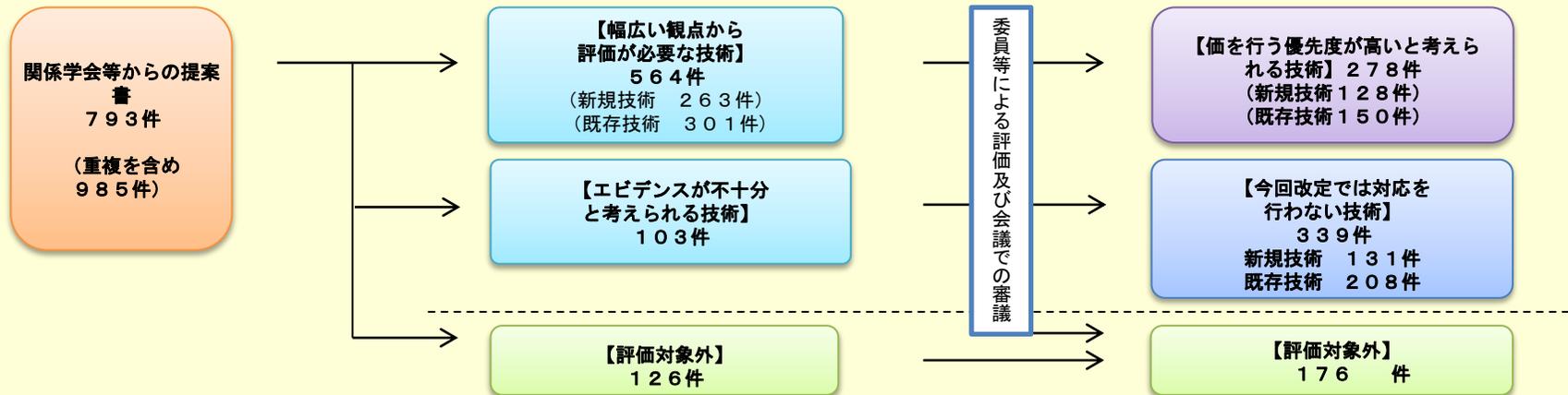
## 医療技術評価分科会での検討

### 1. 医療技術の評価及び再評価

医療技術の適正な評価の観点から、関係学会等から提出された提案書に基づき、医療技術評価分科会において検討を実施し、新しい医療技術128件を保険導入するとともに、既存技術150件について対象疾患の拡大や評価の引き上げ等を行う。

【評価の実施方法等】

- ①平成23年2月下旬から6月末にかけ関係学会から985件(重複を含む)の提案書が提出
- ②学会等のヒアリングや重複の確認を行い、基本診療料や管理料等を除いた技術について検討を実施
- ③幅広い観点から評価が必要な技術、エビデンスが不十分と考えられる技術について、専門的観点も踏まえ、分野横断的な幅広い観点から評価を実施



例)

- ・新規技術;コンベックス走査式超音波気管支鏡下針生検、内視鏡下蝶形骨洞手術など
- ・既存技術;血漿交換療法(血液型不適合肝移植に対するもの)、乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術など

### ➤ 胸腔鏡下・腹腔鏡下手術の保険導入

腹腔鏡等を用いた手術の普及状況や有用性等を踏まえ、難易度等を勘案し、一定の要件を満たす37手術を保険導入するとともに、安全性の観点から、施設基準の見直しを行う。

## 手術料や内科的な技術等の評価

**2. 外保連試案を活用した手術料の引き上げ**

主として入院で実施されている難易度がC・D・Eの手術について、「外保連試案第8版」の技術度・協力者数・時間に基づき、頭蓋内腫瘍摘出術、肝切除術や肺悪性腫瘍手術など約1,200項目の手術について、難易度C・Dは最大で30%、難易度Eは最大で50%を原則として引き上げを行う。

その際、減圧開頭術や腹腔鏡下胃、十二指腸潰瘍穿孔縫合術など緊急的な対応を要する頻度の高い手術をより高く評価するとともに、大動脈瘤切除術や食道悪性腫瘍手術など材料に係る費用の占める割合が高い手術について配慮を行う。

**3. 内科的な技術の評価**

高い専門性を有する検査や、症状等に応じた植込み型の医療機器の調整、稀少疾患に対する外来管理等の医療技術についても適切な評価を行う。

例) 時間内歩行試験、骨髄像診断加算、在宅振戦等刺激装置治療管理料の新設

脳波検査判断料、心臓ペースメーカー指導管理料、難病外来指導管理料の引き上げ

**4. 先進医療専門家会議の検討結果を踏まえた新規技術の保険導入**

肝切除術における画像支援ナビゲーション、色素性乾皮症の遺伝子診断や内視鏡的大腸粘膜下層剥離術など23の技術について保険導入を行う。

**5. 特定保険医療材料等に係る技術料等の新設**

現在、準用で行われている経皮的放射線治療用金属マーカー留置術や植込型補助人工心臓(非拍動流型)など22技術、HE-IgA(E型肝炎の検査)やレジオネラ核酸検出など12の検査について評価の新設及び見直しを行う。

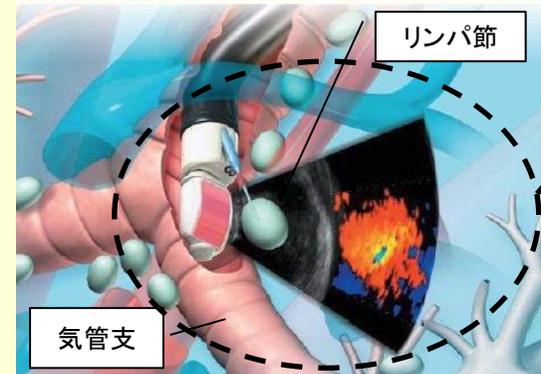
# 新たな医療技術の具体的な例

## 新しい医療技術の例

### ➤技術名:コンベックス走査式超音波気管支鏡針生検

#### 技術の概要:

超音波内視鏡を用いて、気管や気管周囲の病変を穿刺し、病理診断を行う。これまでの検査方法と比べて、肺がんの病期の診断率が有意に高い。(1299症例の解析では感度93%、特異度100%)



#### 検査の方法

- ①超音波内視鏡の挿入
- ②病変を描出
- ③病変を穿刺し、検体を採取
- ④病理診断の実施

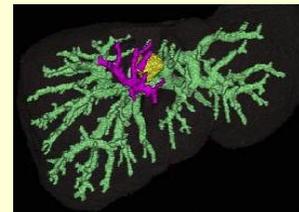
イメージ図:リンパ節穿刺の場合

### ➤技術名:肝切除術における画像支援ナビゲーション

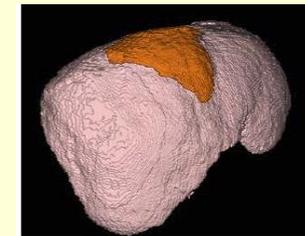
#### 技術の概要:

肝がんや肝内胆管がんなどの際に、手術前のCTの画像データを利用して、肝臓の3次元画像表示と容積測定を行い、十分な肝臓の機能を残すことができる手術術式を計画する。

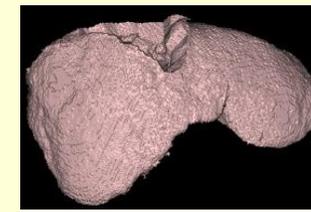
手術中は、3次元画像を参照しつつ、適切な切除範囲で肝切除を施行する。



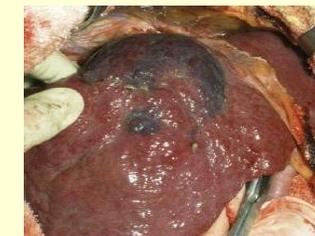
肝がん(黄)と  
担がん領域の門脈枝(紫)



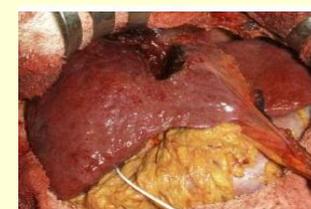
担がん門脈領域予想図(橙)



担がん領域切除後予想図



担がん門脈領域(青)



担がん領域切除後 66

# 患者サポート体制の評価

## 患者サポート体制の評価

- 患者等からの相談に幅広く対応できる体制をとっている医療機関に対する評価を新設し、医療従事者と患者との円滑なコミュニケーションの推進を図る。
- **(新) 患者サポート体制充実加算 70点 (入院初日)**

### [施設基準]

- ① 患者からの相談に対する窓口を設置し、専任の看護師、社会福祉士等を配置していること
- ② 患者のサポート等に関するマニュアルの作成、報告体制の整備、職員への研修等、体制の整備を実施していること。

# 明細書無料発行の推進

## 明細書無料発行の推進

- 平成22年度改定により、電子請求が義務付けられている病院・診療所・薬局は、正当な理由のない限り、原則として明細書を無料で発行することとした。

- ⇒ 正当な理由
- ① 明細書発行機能が付与されていないレセコンを使用
  - ② 自動入金機の改修が必要な場合

**400床以上の病院については、これを平成26年度以降は認めないこととする。**

- 正当な理由を担保するため、病院・診療所・薬局は、毎年行われている他の届出事項と併せて、明細書無料発行の対応の有無、正当な理由に該当する旨等を報告することとする。



## その他の取組

- 明細書発行に係る手数料について高額な料金はふさわしくない旨を実例に応じた額を明示しつつ、再度周知。
- 公費等により一部負担金が発生しない患者に対しても明細書の発行に努めることとする。

# 入院基本料等加算の簡素化①

## 栄養管理実施加算の簡素化

➤ 栄養管理実施加算を算定している医療機関が多いことから、栄養管理体制の確保を入院基本料及び特定入院料の要件とし、診療報酬体系の簡素化を行う。

[入院基本料及び特定入院料の施設基準] (新たに追加された栄養管理に関する項目)

- ① 栄養管理を担当する常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。ただし、有床診療所は非常勤であっても差し支えない。
- ② 管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他の医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順を作成すること。
- ③ 入院時に患者の栄養状態を医師、看護師、管理栄養士が共同して確認し、特別な栄養管理の必要性の有無について入院診療計画書に記載していること。
- ④ ③において、特別な栄養管理が必要とされた患者について、栄養管理計画を作成していること。
- ⑤ 栄養管理計画には、栄養補給に関する事項、その他栄養管理上の課題に関する事項、栄養状態の評価間隔等を記載すること。
- ⑥ 当該患者について、栄養管理計画に基づいた栄養管理を行うとともに、栄養状態を定期的に記録していること。
- ⑦ 当該患者の栄養状態を定期的に評価し、必要に応じて栄養管理計画を見直していること。
- ⑧ 特別入院基本料及び短期滞在手術料1を算定する場合は、①～⑦までの体制を満たしていることが望ましい。
- ⑨ 当該保険医療機関において、①の基準が満たせなくなった場合、当該基準を満たさなくなった日の属する月を含む3か月に限り、従来の入院基本料等を算定できる。
- ⑩ 平成24年3月31日において、栄養管理実施加算の届出を行っていない医療機関については、平成26年3月31日までの間は地方厚生(支)局長に届け出た場合に限り、①の基準を満たしているものとする。

# 入院基本料等加算の簡素化②

## 栄養管理体制の確保方法①

### 1. 栄養管理実施加算を算定している場合

#### <従前の取扱いと変更がない部分>

- ① 常勤管理栄養士の確保。
- ② 栄養管理手順の作成。
- ③ 栄養管理計画を作成した患者について、栄養状態の定期的な評価や記録、計画の見直し等を行う。

#### <従前の取扱いと変更になる部分>

- ① 入院患者の入院診療計画書に、特別な栄養管理の必要性の有無を記載する。

●入院診療計画書の例(電子カルテ等、様式の変更が間に合わない場合は「その他」欄に記載してもよい)

推定される入院期間	
特別な栄養管理の必要性	有 ・ 無 (どちらかに○)
その他 ・看護計画	

- ② 栄養管理計画は、入院診療計画書で必要と認めた患者について作成する。
- ③ 離職等のため、管理栄養士がいなくなった場合は、当該月を含めて3か月間は従来の入院料を算定することができる\*。(それ以降は、特別入院基本料及び短期滞在手術料1のみ算定可能)
- ④ 有床診療所については、非常勤の管理栄養士でもよい。

\*管理栄養士の離職又は長期欠勤のため栄養管理体制の基準を満たせなくなった病院又は診療所については、栄養管理体制の基準が一部満たせなくなった保険医療機関として、届出を行うこと。

# 入院基本料等加算の簡素化③

## 栄養管理体制の確保方法②

### 2. 栄養管理実施加算を算定していない場合

#### <新たに必要となる項目>

- ① 常勤の管理栄養士の確保(有床診療所では、非常勤でもよい)  
ただし、別に届出を行うことで、平成26年3月31日まで猶予される。
- ② 栄養管理手順の作成。
- ③ 入院患者の入院診療計画書に、特別な栄養管理の必要性の有無を記載する。

●入院診療計画書の例(電子カルテ等、様式の変更が間に合わない場合は「その他」欄に記載してもよい)

推定される入院期間	
特別な栄養管理の必要性	有 ・ 無 (どちらかに○)
その ・ 看護計画 その他	

- ④ 入院診療計画書で特別な栄養管理の必要性がある患者について、栄養管理計画を作成する。
- ⑤ 栄養管理計画を作成した患者について、栄養状態の定期的な評価や記録、計画の見直し等を行う。

# 病院機能にあわせた効率的な入院医療等の評価

## 7対1入院基本料の算定要件の見直し

一般病棟7対1入院基本料の算定要件の見直しを行い、患者像に即した適切な評価や病床の機能分化の推進を図る。

### 【現行】

一般病棟 入院基本料	平均在院日数 19日以内 看護必要度基準 1割以上
特定機能病院 入院基本料	平均在院日数 28日以内 看護必要度基準 評価のみ
専門病院 入院基本料	平均在院日数 30日以内 看護必要度基準 1割以上

### 【改定後】

一般病棟 入院基本料	平均在院日数 18日以内 看護必要度基準 1割5分以上
特定機能病院 入院基本料	平均在院日数 26日以内 看護必要度基準 1割5分以上
専門病院 入院基本料※	平均在院日数 28日以内 看護必要度基準 1割5分以上

※ ただし、悪性腫瘍患者を一般病棟に7割以上入院させている保険医療機関における看護必要度基準については、従前通り1割以上であること

### 【経過措置】

平成24年3月31日において7対1入院基本料を算定している病棟であって、平成24年4月1日以降において改定後の7対1入院料の算定基準は満たさないが、改定後の10対1入院基本料の基準を満たしている病棟に限り、平成26年3月31日までの間、改定後の7対1入院基本料を算定できる。(ただし、25対1急性期看護補助体制加算(スライド8枚目)は算定できない)

<参考>看護必要度基準:「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」により測定  
A得点(モニタリング及び処置等)2点以上 かつ、B得点(患者の状況等)3点以上の患者の割合

# 7対1入院基本料について(疑義解釈(その1)より抜粋)

(問)新7対1の要件(平均在院日数、看護必要度)を満たさなかった場合、新10対1を届出ることになるのか。

→ 新7対1の要件を満たさない場合には、新10対1、又は、7対1入院基本料(経過措置)を届出ることができる。

7対1入院基本料(経過措置)は、今回の改定で7対1入院基本料の算定要件(平均在院日数、看護必要度)について変更が行われたため、経営状態の急激な変化等の病院への影響を踏まえて設けられたものであり、平成26年3月31日まで算定できるものである。なお、一時的に7対1入院基本料(経過措置)を届出したとしても、平均在院日数(直近3か月の実績)、看護必要度基準(直近1か月の実績)を満たせば、再度、新7対1を届出することが可能である。

## 【用語の説明】

新7対1:平成24年改定以降の7対1(1,566点)

新10対1:平成24年改定以降の10対1(1,311点)

7対1入院基本料(経過措置):平成24年3月31日まで7対1入院基本料を算定していた医療機関が新10対1の要件を満たしていた場合に、平成26年3月31日まで算定できる入院基本料

(問)新7対1の要件(人員)を満たさない場合、新10対1を届出ることになるのか。

→ 新7対1の基準(人員※1)を満たさず、本来であれば新10対1を届出医療機関については、平成26年3月31日までに新10対1を届出ることを前提に、7対1(経過措置)を届出ることができる。

この経過措置は、現在7対1届出医療機関が、将来的に10対1届出医療機関となるため、計画的段階的に人員削減できるように設けられたものである。そのため、7対1(経過措置)を届出る場合①平成26年3月31日までに新10対1として届出ること。②新10対1を届出した後、再び新7対1を届出するためには、3か月間の新7対1としての実績要件※2を満たすことが必要となる。もちろん、新7対1の要件(人員)を満たさない場合、新10対1を届出することも可能である。この場合、新10対1から新7対1となるためには、通常どおり、要件を満たしてから新7対1の届出※3をしてもよい。

## ※1 新7対1の基準

人員:(看護)常時、入院患者数7又はその端数を増すごとに1以上であること等(従前通り)。

(医師)入院患者の100分の10を乗じた数以上(従前通り)

## ※2 新7対1の実績要件

・平均在院日数:18日以内

・看護必要度基準を満たす患者の割合:1割5分以上(さらに※1の人員要件)

## ※3 届出前直近1か月(平均在院日数は3月の実績)の実績をもって届け出ること。

# 亜急性期入院医療管理料

## 亜急性期入院医療管理料の見直し

- 亜急性期入院医療管理料を算定している患者の中に、回復期リハビリテーションを要する患者が一定程度含まれることから、患者の実態に応じた評価体系に見直すことで、医療機関におけるより適切な機能分化を推進する。

(改)	<u>亜急性期入院医療管理料1</u>	<u>2,061点</u>
(新)	<u>2</u>	<u>1,911点</u>

[算定要件]

### 亜急性期入院医療管理料1

脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料を算定したことがない患者について算定する。  
(最大60日まで算定可能)

### 亜急性期入院医療管理料2

脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料を算定したことがある患者について算定する。  
(最大60日まで算定可能)

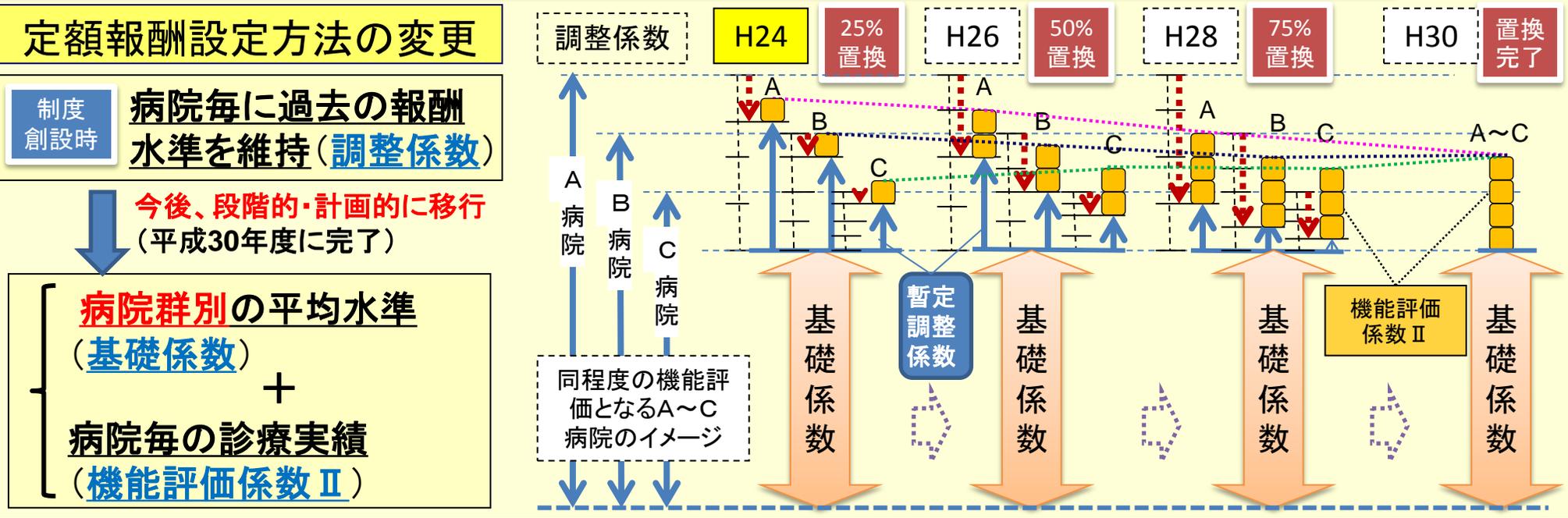
※当該入院(通則5に規定されているもの)において、リハビリテーションを算定した日(リハビリテーションを算定した日を含む。)以降に、亜急性期入院医療管理料2を算定する。

[施設基準] (亜急性期入院医療管理料1、2共通)

- ① 届出可能病床は一般病床の3割以下。ただし、200床以上の病院は病床数にかかわらず最大40床まで。100床以下の病院は病床数にかかわらず最大30床まで届出可能。
- ② 看護職員配置常時13対1以上であること
- ③ 診療録管理体制加算を算定していること
- ④ 在宅復帰率6割以上であること

# DPC制度(急性期入院医療の定額報酬算定)の見直し等①

## 基礎係数(病院群別)の導入と調整係数の段階的・計画的な廃止



## 病院群の設定(DPC病院Ⅰ群~Ⅲ群)

DPC対象病院 約1500病院	Ⅰ群 大学病院 本院 80病院 約6.5万床	Ⅱ群 一定の要件(*)を満たす 90病院 約5万床	Ⅲ群 Ⅰ・Ⅱ群以外 約1300病院 約36万床
--------------------	------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------

### DPC病院Ⅱ群の要件

(大学病院本院に準じた診療密度と一定の機能を有する病院)

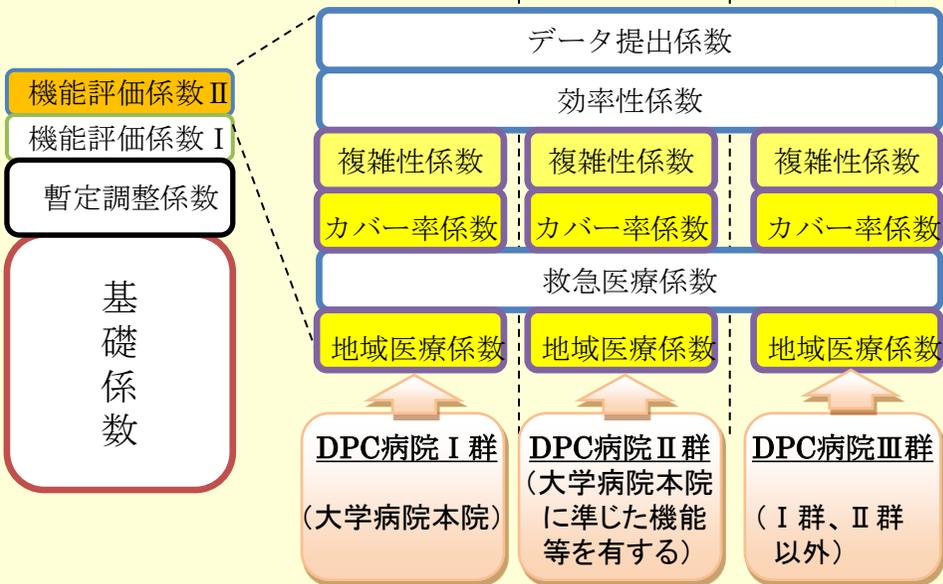
以下の実績要件1~4を全て満たす病院(特定機能病院は実績要件2を除く)

- 【実績要件1】 診療密度
- 【実績要件2】 医師研修の実施
- 【実績要件3】 高度な医療技術の実施
- 【実績要件4】 重症患者に対する診療の実施

## 機能評価係数Ⅱの見直し(病院群別・評価体系の導入と評価項目の拡充)

### ■病院群別・評価体系の導入による機能分化の推進

- 「複雑性」「カバー率」「地域医療」の群別評価と病院群の特性に応じた評価基準の導入



【例1】「地域医療」の救急医療体制評価指数:

I・II群は救命救急センターを重点評価

III群は二次救急輪番への参加を重点評価

【例2】「カバー率」: III群は専門診療に配慮

### ■評価項目の拡充

- (新) 地域医療貢献の 定量評価指数を導入  
(地元医療圏の患者割合)
- (改) 体制評価指数の見直し
  - ・7項目⇒10項目に拡充(評価上限も設定)
  - ・ポイント評価で一定の実績を考慮

## DPCデータ提出評価の充実

### ■急性期入院医療を担う医療機関の機能や役割の分析・評価を推進

- DPC対象病院について、外来診療に係るデータの提出に対応  
(新) 機能評価係数Ⅰ データ提出加算2
- DPC対象病院以外の急性期病院について、DPCフォーマットデータの提出を評価  
(新) データ提出加算1 イ(200床以上) 100点、ロ(200床未満) 150点(入院診療のみ提出)(退院時一回)  
(新) 2 イ(200床以上) 110点、ロ(200床未満) 160点(入院診療と外来診療を提出)(退院時一回)

## 一般病棟における長期療養の適正化

➤ 一般病棟(13:1, 15:1)における長期療養患者の実態に合わせた評価体系の見直しを行い、より適切な医療機関の機能分化を推進する。

- ① 90日を超えて入院する患者を対象として、療養病棟と同等の報酬体系(医療区分及びADL区分を用いた包括評価)とする。
  - ② 90日を超えて入院する患者を対象として、出来高算定とするが、平均在院日数の計算対象とする。
- ①、②の取扱いについて、病棟単位で、医療機関が選択することとする。

## 医療提供しているが、医療資源の少ない地域に配慮した評価

## 地域に配慮した評価

自己完結した医療提供をしており、医療従事者の確保等が困難かつ医療機関が少ない2次医療圏及び離島にある医療機関について、評価体系を見直し、地域医療の活性化を促す。

※特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟7対1、10対1入院基本料を算定している病院を除く

- 一般病棟入院基本料の届出について、**病棟毎の届出を可能とする。**
- 亜急性期入院医療管理料について看護配置等を緩和した評価を新設する。
 

(新) 亜急性期入院医療管理料1	1,761点(1日につき)
(新) 亜急性期入院医療管理料2	1,661点(1日につき)

[施設基準]

看護職員配置が常時15対1

- チームで診療を行う入院基本料等加算について、専従要件を緩和した評価を新設する。
 

(新) 栄養サポートチーム加算	100点(週1回)
(新) 緩和ケア診療加算	200点(1日につき)
- 1病棟のみの小規模な病院について、病棟に応じた評価を新設する。
 

(新) 特定一般病棟入院料	13対1入院料	1,103点
	15対1入院料	945点

# 診療所の機能に着目した評価①

## 有床診療所における緩和ケアの推進

- 有床診療所における質の高い緩和ケア医療に対する評価を新設し、緩和ケアの推進を図る。

**(新) 有床診療所緩和ケア診療加算 150点(1日につき)**

[施設基準]

- ① 夜間に看護職員を1名以上配置していること。
- ② 身体症状、精神症状の緩和を担当する常勤医師、緩和ケアの経験を有する常勤看護師(医師もしくは看護師の一方は緩和ケアに関する研修修了者)が配置されていること。

## 有床診療所におけるターミナルケアの推進

- 有床診療所における、ターミナルケアに対する評価を新設し、看取りを含めたターミナルケアを充実を図る。

**(新) 看取り加算**

<u>在宅療養支援診療所の場合</u>	<u>2,000点</u>
<u>その他の場合</u>	<u>1,000点</u>

[施設基準]

- ① 夜間に看護職員を1名以上配置していること。

## 診療所の機能に着目した評価②

### 有床診療所の柔軟な病床運用

- 有床診療所の入院基本料の評価は、一般病床、療養病床で区別されているが、両方の病床を有する診療所については、双方の要件を満たしている場合に限り、患者像に応じた相互算定を可能とする。
- 介護療養病床入院患者が急性増悪した際に、医療保険を算定できる病床は2室8床に限られているが、より柔軟な運用を可能とするため、全介護療養病床について算定可能とする。

# 薬局における薬学的管理及び指導の充実

## 薬剤服用歴管理指導料における包括的評価の拡充

薬局における薬学的管理指導の充実を図るため、お薬手帳を通じた情報提供、残薬確認、後発医薬品に関する情報提供を包括的に評価する。

現行		改定後	
薬剤服用歴管理指導料	30点	薬剤服用歴管理指導料	41点
—		・ 残薬の有無の確認	(新規要件)
—		・ 後発医薬品に関する情報提供	(新規要件)
薬剤情報提供料	15点	・ お薬手帳を通じた情報提供	薬剤服用歴管理指導料の要件
・ お薬手帳を通じた情報提供		薬剤情報提供料	廃止

## ハイリスク薬について薬学的管理指導項目の明確化

算定要件が不明確であるなどの指摘があることから、ハイリスク薬(要注意薬)服用患者に対し、その効果や関連副作用の有無等の確認すべき内容等を明確化する。

## 6歳未満の乳幼児への服薬指導に対する評価

6歳未満の乳幼児への服薬指導を充実させるため、乳幼児への服薬指導に対する評価を、薬学管理料の加算として新設する。

(新) 乳幼児服薬指導加算 5点(処方せんの受付1回につき)

# 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用促進

## 薬局における取組の評価

- 薬剤情報提供文書を活用した後発医薬品の情報提供※を評価する。  
※ 薬剤服用歴管理指導料における薬剤情報提供文書に、後発医薬品の有無、価格等の情報を付加。
- 後発医薬品の調剤数量に係る評価について算定要件を見直す。

現行			➔	改定後		
調剤数量割合	20%	6点		調剤数量割合	22%	5点
	25%	13点			30%	15点
	30%	17点			35%	19点

## 医療機関における取組の評価等

- 後発医薬品の使用割合に応じた段階的な評価を導入する。  
 30点（採用品目割合：20%） → 28点（採用品目割合：20%以上）  
35点（採用品目割合：30%以上）
- 薬局での後発医薬品の調剤を行いやすくするため、医師が後発品がある医薬品について、一般名処方を行った場合の評価を新設する。

**（新） 一般名処方加算 2点（処方せん交付1回）**

銘柄名処方（現行）	➔	一般名処方（改定後）
原則、当該銘柄を用いて調剤		有効成分が同一であれば、どの後発医薬品も調剤可能

- 諸外国の例にならい、個々の処方薬※ごとに、後発医薬品への変更の可否を明示するよう処方せん様式を見直す。

## 評価体系の見直し

CT撮影及びMRI撮影については、新たな医療機器の開発や撮影方法の登場などの技術の進歩が著しく、診断や治療の質の向上に資するイノベーションを適切に評価する観点から、画像診断撮影の評価体系を見直し、より質の高い診断治療の推進を図る。

### コンピューター断層撮影装置 1 CT撮影

イ 16列以上のマルチスライス型の機器による場合	900点
ロ 2列以上16列未満のマルチスライス型の機器による場合	820点
ハ イ、ロ以外の場合	600点



### コンピューター断層撮影装置 1 CT撮影

イ <b>64列以上のマルチスライス型の機器の場合</b>	<b>950点</b>
ロ 16列以上 <b>64列未満</b> のマルチスライス型の機器による場合	<b>900点</b>
ハ <b>4列</b> 以上16列未満のマルチスライス型の機器による場合	<b>780点</b>
ニ イ、ロ、 <b>ハ</b> 以外の場合	<b>600点</b>

### 磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)

1 1.5テスラ以上の機器による場合	1,330点
2 1以外の場合	1,000点



### 磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)

1 <b>3テスラ以上の機器による場合</b>	<b>1,400点</b>
2 1.5テスラ以上3テスラ未満の機器による場合	<b>1,330点</b>
3 1、2以外の場合	<b>950点</b>

[施設基準]CT撮影の64列以上の場合、MRI撮影の3テスラ以上の場合については、画像診断管理加算2(※)が算定できる施設に限る。専従の診療放射線技師が1名以上。

※放射線科を標榜している病院であることや画像診断を専ら担当する常勤の医師が1名以上配置されていることなど4項目が要件

## 医療機器の保守管理に関する評価

- 高い機能を有するCT撮影装置(4列以上のマルチスライス型の機器)及びMRI撮影装置(1.5テスラ以上の機器)の施設基準の届出にあたり、安全管理責任者の氏名や、CT撮影装置やMRI撮影装置、造影剤注入装置の保守管理計画をあわせて提出することとする。

## 新たな技術の評価及び評価の見直し

- ▶ 長期に及ぶ慢性維持透析患者の合併症に対し、近年有効性が明らかになりつつある新しい治療法(オンライン血液透析濾過)を評価を行い、より質の高い透析医療の推進を図る。

**(新)慢性維持透析濾過(複雑なもの) 2,255点(1日につき)**

[算定要件] 血液透析濾過のうち、透析液から分離作成した置換液を用いて血液透析濾過を行っている場合

[施設基準] 透析水質確保加算2(※)を算定していること(※:透析液の水質を確保するため、水質検査を実施するなどの基準を満たした場合の加算)

- ▶ オンライン血液透析濾過では使用する透析液について、より厳格な水質管理が求められることから、透析液水質確保加算について段階的な評価を行う。

人工腎臓(1日につき)	
透析液水質確保加算	10点



人工腎臓(1日につき)	
1 透析水質確保加算1	8点
2 透析水質確保加算2	20点

[施設基準]

- ①月1回以上水質検査を実施し、関係学会から示されている基準を満たした血液透析濾過用の置換液を作成し、使用していること。
  - ②透析機器安全管理委員会を設置し、その責任者として専任の医師又は専任の臨床工学技士が1名以上配置されていること。
- ▶ 包括薬剤の価格やエリスロポエチン製剤の使用実態に応じた点数の見直しを行う。

人工腎臓(1日につき) 1慢性維持透析を行った場合	
イ 4時間未満の場合	2,075点
ロ 4時間以上5時間未満の場合	2,235点
ハ 5時間以上の場合	2,370点



人工腎臓(1日につき) 1慢性維持透析を行った場合	
イ 4時間未満の場合	2,040点
ロ 4時間以上5時間未満の場合	2,205点
ハ 5時間以上の場合	2,340点

# 検体検査の評価の見直し

## 検体検査実施料の見直し

- 医療技術評価分科会での評価や実勢価格を踏まえ、検体検査実施料の引き上げを行う。

例) WT1mRNA核酸増幅検査	2,000点	→	2,520点
細菌培養同定検査 血液, 穿刺液	150点	→	190点
結核菌群リファンピシン耐性遺伝子同定検査	550点	→	850点

## 検査区分の細分化

- 1つの検査項目に、分析物の有無を判定する定性検査や分析物の量を精密に測定する定量検査など、有用性の異なる複数の検査が含まれる場合に、医学的な有用性を踏まえ、区分の細分化を行う。

例) プロテインS	→	プロテインS活性、プロテインS抗原
マイコプラズマ抗体価	→	マイコプラズマ抗体定性、マイコプラズマ抗体半定量

## 検体検査名称の見直し

- 標準検査名称・標準検査法名称を参考に検体検査の名称を見直す。

例) 単純ヘルペスウイルス特異抗原	→	単純ヘルペスウイルス抗原定性
梅毒脂質抗原使用検査(定性)	→	梅毒血清反応(STS)定性

# 答申書(平成24年度診療報酬改定について)

平成24年2月10日

厚生労働大臣

小宮山 洋子 殿

中央社会保険医療協議会

会 長 森 田 朗

答 申 書

(平成24年度診療報酬改定について)

平成24年1月18日付け厚生労働省発保0118第1号をもって諮問のあった件について、別紙1から別紙8までの改正案を答申する。

なお、答申に当たっての本協議会の意見は、別添のとおりである。

# 答申書附帯意見①

平成24年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

(別添)

(急性期医療の適切な提供に向けた医療従事者の負担軽減等)

- 1 初再診料及び入院基本料等の基本診療料については、コスト調査分科会報告書等も踏まえ、その在り方について検討を行うこと。なお、歯科は単科で多くは小規模であること等を踏まえ、基本診療料の在り方について別途検討を行うこと。その上で、財政影響も含め、平成24年度診療報酬改定における見直しの影響を調査・検証し、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。また、医療経済実態調査のさらなる充実・改良等により、医療機関等の協力を得つつ経営データをより広く収集し、診療報酬の体系的見直しを進めること。
- 2 救急医療機関と後方病床との一層の連携推進など、小児救急や精神科救急を含む救急医療の評価について影響を調査・検証するとともに、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。
- 3 病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の勤務体制の改善等の取組に係るさらなる措置(時間外対応加算を含む。)については、その効果を調査・検証するとともに、いわゆるドクターフィーの導入の是非も含め、引き続き、医師や看護師等の勤務の負担軽減に関する検討を行うこと。
- 4 次に掲げるチーム医療に関する評価について、調査・検証を行うこと。
  - ・薬剤師の病棟業務(療養病棟又は精神病棟における業務を含む。)
  - ・歯科医師等による周術期等の口腔機能の管理
  - ・糖尿病透析予防指導による生活習慣病対策の推進・普及の実態
  - ・栄養障害を生じている患者への栄養状態改善に向けた取組等

## 答申書附帯意見②

(医療と介護の連携強化、在宅医療等の充実)

5 在宅医療を担う医療機関の機能分化と連携等による在宅医療のさらなる充実や後方病床機能の評価について検討を行うこと。

6 効率的かつ質の高い訪問看護のさらなる推進について検討を行うこと。

7 維持期のリハビリテーションについては、介護サービスにおけるリハビリテーションの充実状況等を踏まえ、介護保険サービスとの重複が指摘される疾患別リハビリテーションに関する方針について確認を行うこと。また、廃用症候群に対する脳血管疾患等リハビリテーションの実施状況について調査・検証するとともに、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。

(質が高く効率的な医療提供体制)

8 病院機能に合わせた効率的な入院医療を図るため、一般病棟入院基本料、亜急性期入院医療管理料等の見直しについての影響を調査・検証するとともに、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。特に、一般病棟入院基本料(13対1、15対1)算定病棟における特定除外制度の見直しについても、平均在院日数の変化等の影響を調査・検証をすること。さらに、一般病棟(7対1、10対1を含む)、療養病棟、障害者病棟等における長期入院の詳細かつ横断的な実態の調査も含め、慢性期入院医療の適切な評価の見直しについて引き続き検討を行うこと。

9 以下の経過措置については、現場の実態を踏まえた検討を行い、必要な措置を講ずること。

- ・一般病棟における7対1入院基本料の算定要件の見直しに係る経過措置
- ・特殊疾患病棟や障害者施設等から療養病棟に転換した場合に対する経過措置

## 答申書附帯意見③

10 DPC制度については、医療機関群の設定、機能評価係数Ⅱの見直し等の影響を踏まえながら、今後3回の改定を目途に継続する段階的な調整係数の置換えを引き続き計画的に実施すること。その際、臨床研修制度を含めた他制度への影響についても十分に調査・検証するとともに、見直し等が必要な場合には速やかに適切な措置を講じること。また、DPC対象の病院と対象外の病院のデータの比較・評価を行うこと。

11 医療提供体制が十分ではなく医療機関の機能分化を進めることが困難な地域に配慮した評価の見直しについて影響を調査・検証するとともに、診療所を含む当該地域全体の医療の状況の把握なども踏まえ、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。

12 平均在院日数の減少や長期入院の是正など、入院医療や外来診療の機能分化の推進や適正化について引き続き検討を行うこと。

13 診療報酬における包括化やIT化の進展等の状況変化を踏まえて、診療報酬の請求方法や、指導・監査等適切な事後チェックに資するための検討を引き続き行うこと。

(患者の視点に配慮した医療の実現)

14 診療報酬項目の実施件数の評価等を踏まえた診療報酬体系のさらなる簡素・合理化(今回改定の医療現場への影響を含む。)、明細書の無料発行のさらなる促進(400床未満の病院や公費負担医療に係る明細書の無料発行を含む。)、医療安全対策や患者サポート体制の評価の効果について検討を行うこと。

(医薬品、医療材料等の適正な評価)

15 長期収載品の薬価のあり方について検討を行い、後発医薬品のさらなる普及に向けた措置を引き続き講じること。

## 答申書附帯意見④

16 手術や処置、内科的な診断や検査を含めた医療技術について、医療上の有用性や効率性などを踏まえ患者に提供される医療の質の観点から、物と技術の評価のあり方を含め、診療報酬上の相対的な評価も可能となるような方策について検討を行うこと。

17 革新的な新規医療材料やその材料を用いる新規技術、革新的な医薬品等の保険適用の評価に際し、算定ルールや審議のあり方も含め、費用対効果の観点を可能な範囲で導入することについて検討を行うこと。

(その他の調査・検証事項)

18 上記に掲げるもののほか、今回改定の実施後においては、特に以下の項目について調査・検証を行うこととすること。

(1)在宅医療の実施状況及び医療と介護の連携状況

(2)在宅における歯科医療と歯科診療で特別対応が必要な者の状況

(3)慢性期精神入院医療や地域の精神医療、若年認知症を含む認知症に係る医療の状況

(4)一般名処方の普及状況・加算の算定状況や後発医薬品の処方・調剤の状況

(5)診療報酬における消費税の取扱い

(6)医療機関における褥瘡の発生等の状況

なお、上記1～18の事項については、できるだけ早急に取り組を開始し、その進捗について報告すること。さらに国民がより質の高い医療を受けることが出来るよう、医療提供体制の機能強化に係る関連施策との連携、また、国民に対する働きかけを含めて幅広い視点に立って、診療報酬のあり方について検討を行うこと。