

経営情報レポート

「機能分化・在宅・連携」がキーワード

2012年 診療報酬改定の ポイント

- ① 2025年を見据えた改定の基本方針
- ② 外来・在宅医療は機能分化と看取りを強化
- ③ 病院機能に合わせた効率的な入院医療の評価
- ④ 有床診療所の機能活用のため評価項目を新設

1 | 2025年を見据えた改定の基本方針

全体改定率 0.004% ~プラス改定を維持

厚生労働大臣による2012年1月18日の改定諮問を経て、中医協で進められてきた具体的点数や算定要件に関する議論の結果、同2月10日、2012年度診療報酬改定について答申が行われました。本年4月に介護報酬改定と同時に施行となる今次診療報酬改定の全体像と具体的な内容の一部が明らかとなっています。

厚生労働省は、今次診療報酬改定の基本的な方針として、①「社会保障・税一体改革成案」で示した2025年のイメージを見据えつつ、あるべき医療の実現に向けた第一歩の改定と位置付けたほか、②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に必要な分野について、重点的な配分を行ったとしています。

◆2012年度診療報酬改定率

2012年改定のポイント

「医療・介護供給体制の将来像を提示」
「地域包括ケアシステム」

●全体改定率	0.004%	
	⇒	前回改定率：0.19%
●診療報酬（本体）	1.38%	（約5,500億円）
医科	1.55%	（約4,700億円）
歯科	1.70%	（約500億円）
調剤	0.46%	（約300億円）
●薬価等	▲1.38%	（約5,500億円）

(1)2012年度診療報酬改定で示された重点課題

厚生労働省保険局医療課は、「平成24年度診療報酬改定の概要」（2012年2月14日公表）の中で、今次改定で重視すべき課題として、次の2点を挙げています。

●重点課題

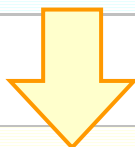
- ①急性期医療の適切な提供に向けた病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減
- ②医療と介護の役割分担の明確化と連携体制の強化及び在宅医療の充実

また、これらに加えて「医療技術の進歩の促進と導入」を掲げており、このなかで「病

院機能にあわせた入院医療、慢性期入院医療の適正評価、資源の少ない地域への配慮、診療所の機能に応じた評価」についても、今次改定における評価の導入を明らかにしています。

(2) 今次改定における基本方針 ~4つの視点

- ① 充実が求められる分野を適切に評価していく視点
- ② 患者等からみてわ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
- ③ 医療機能の分化と連携等、質が高く効率的な医療を実現する視点
- ④ 効率化の余地があると思われる領域を適正化する視点



- 将来を見据えた課題
 - 急性期、亜急性期、慢性期等の病院・病床機能の分化並びに強化
 - 地域に密着した急性期医療、亜急性期医療や慢性期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

手厚い評価となった分野と項目

今次診療報酬改定における本体・医科部分への配分は、重点課題として示された2点を含む次の3項目に対し、報酬が手厚く配分されています。

◆ 医科の重点配分項目

医科における重点配分(4,700億円)

I 負担の大きな

医療従事者の負担軽減

- ◎ 今後も急性期医療等を適切に提供し続けるため、病院勤務医をはじめとした医療従事者の負担軽減を講じる(1200億円)

II 医療と介護等との機能分化や円滑な連携、在宅医療の充実

- ◎ 医療介護同時改定であり、超高齢社会に向けて、急性期から在宅、介護まで切れ目のない包括的なサービスを提供する(1500億円)

III がん治療、認知症治療などの医療技術の進歩の促進と導入

- ◎ 日々進化する医療技術を遅滞なく国民が受けることができるよう、医療技術の進歩の促進と導入に取り組む(2000億円)

(1)負担の大きな医療従事者の負担軽減

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、今次改定の新設評価項目に拡大し、病院勤務医の負担軽減及び処遇改善を推進するものとなりました。この結果、現行の8項目から15項目に対象が拡大されています。

また、この負担軽減の趣旨で看護補助者の配置についての見直しが行われ、より手厚い看護補助者の配置や夜間配置等を評価し、看護職員の負担軽減を促進することで、医師と看護職員との役割分化の推進を図るものとしています。

◆新たに要件を加える項目

- 総合周産期特定集中治療室管理料
- 小児特定集中治療室管理料 <新>
- 精神科リエゾンチーム加算 <新>
- 病棟薬剤業務実施加算 <新>
- 院内トリアージ実施料 <新>
- 移植後患者指導管理料 <新>
- 糖尿病透析予防指導管理料 <新>

(2)医療と介護等との機能分化や円滑な連携、在宅医療の充実

- 救命救急センターに患者が集中しない仕組みの推進
- 初・再診料及び関連する加算の評価
- 特定機能病院等における初・再診料等の評価の見直し
- 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
- 在宅緩和ケアの充実
- 効率的かつ質の高い訪問看護の推進

(3)がん治療、認知症治療などの医療技術の進歩の促進と導入

- 緩和ケアの評価～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）
- がん診療連携の充実～要件等の見直し
- 認知症治療病棟入院料の見直し ～入院日数に応じた評価体系に見直し

次章から、今次診療報酬改定内容のうち経営への影響が大きい主要項目について、診療所と関連する点に注意しながら、個別にみていきます。

2 | 外来・在宅医療は機能分化と看取りを強化

地域医療貢献加算から「時間外対応加算」へ

外来医療において最も注目すべきなのは、2010年度診療報酬改定において新たに設けられた初・再診料への加算である「地域医療貢献加算」の見直しに関する改定です。

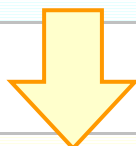
現行の同加算については患者などからの電話に対応する時間の範囲、輪番制による連携の可否等、要件があいまいとなっている点が指摘されており、算定に慎重な姿勢を示す診療所が多くなっていました。

また、「地域医療貢献加算」という名称についても、電話対応が主な要件であることとの齟齬が指摘され、同加算の名称変更と要件の明確化を図ることとなったのです。

◆「地域医療貢献加算」から「時間外対応加算」への見直し

<現 行>

- **地域医療貢献加算** **3点**
 - 標榜時間外の準夜帯において患者からの電話などによる問い合わせに対応
 - 休日、深夜または早朝については留守番電話などで対応しても差し支えない
 - 原則として自院で対応



<改定後>

- **時間外対応加算 1** **5点<新>**
 - 標榜時間外において常時、患者からの電話などによる問い合わせに対応
 - 原則として自院で対応
- **時間外対応加算 2** **3点<改>**
 - 標榜時間外の準夜帯において患者からの電話などによる問い合わせに対応
 - 休日、深夜または早朝については留守番電話などで対応しても差し支えない
 - 原則として自院で対応
- **時間外対応加算 3** **1点<新>**
 - 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などによる問い合わせに対応(当番日の深夜又は早朝:留守番電話で可)
 - 当番日は原則として自院で対応
 - 連携する医療機関数は3未満
 - 連携に関する情報は、院内に掲示し患者に説明する

在宅医療に関する改定項目

在宅医療にかかわる分野では、患者が望む居宅での看取りを支援するため、現状に合わない点の是正とともに、評価の拡充を図る改定となりました。

最も注目すべきは、現行の在宅療養支援診療所（以下、「在支診」）と在宅療養支援病院（以下、「在支病」）において、新たに「機能強化型」の区分を設け、評価を手厚くする点です。

このほか、訪問看護についても要件の見直し（緩和）や評価の引き上げが行われ、今次介護報酬改定を受けて、介護との連携強化も想定した新たな評価も導入されています。

(1)機能を強化した在支診・在支病の評価

いわゆる「機能強化型」の要件として、次のような施設基準が示されています。単独ですべての要件を満たすだけでなく、複数の地域の医療機関で連携してこれらの要件を充足すれば、機能強化型の点数を算定できるとしました。追加条件はあるものの、在宅医療を担う医療機関ネットワークの推進を図る内容となっています。

◆機能を強化した在支診・在支病の施設基準

- ① 現行の在支診・在支病の要件に以下を追加
 - イ) 所属する常勤医師3名以上
 - ロ) 過去1年間の緊急の往診実績5件以上
 - ハ) 過去1年間の看取り実績2件以上
- ② 複数医療機関が連携して①の要件を満たすことも可とするが、連携する場合は以下の要件を満たすこと
 - イ) 患者からの緊急時の連絡先の一元化
 - ロ) 患者の診療情報の共有を図るため、連携医療機関間で月1回以上の定期的なカンファレンスを実施
 - ハ) 連携する医療機関数は10未満
 - ニ) 病院が連携に入る場合は200床未満の病院に限る

機能強化型の在支診・在支病については、往診料の緊急・夜間・深夜加算や在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料などの項目において、一般の在支診・在支病より高い評価を算定することができます。

◆「機能強化型」在支診・在支病が高い評価に設定されている項目

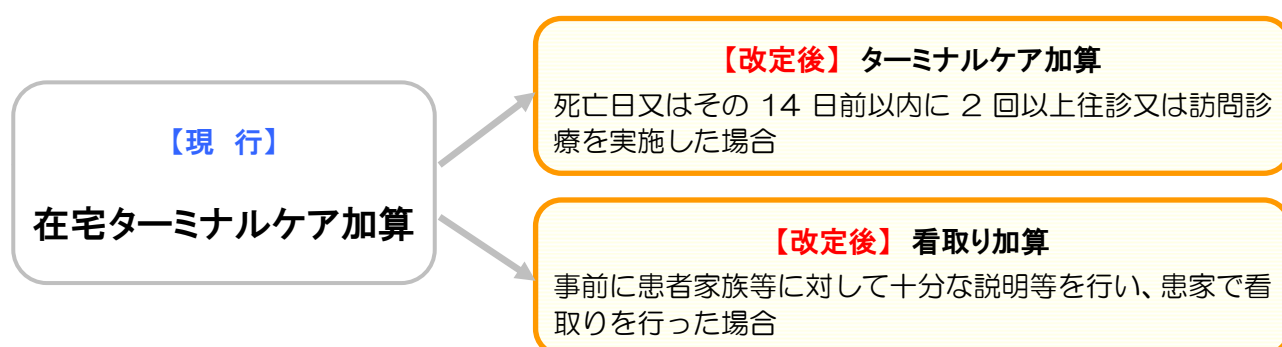
- 往診料における緊急・夜間・深夜加算
- 在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料
- 在宅がん医療総合診療料（ ⇒ 在宅末期医療総合診療料から名称変更）
- 在宅患者緊急入院診療加算（病床を有する医療機関のみ）
- 在宅ターミナルケア加算（ ⇒ ターミナルケア加算・看取り加算に細分化）

(2)ターミナルケアに関する評価の見直し

訪問診療を行っている患者を患家で看取った場合、現行の算定要件では、訪問診療を行う医療機関がターミナルケアを実施していても、看取りの直前に家族の希望などにより病院に入院すると、現行の「在宅ターミナルケア加算」が算定できなくなるという問題が指摘されていました。

一方、医療機関が連携して地域の在宅医療ネットワークを構築しているケースでは、ターミナルケアを行う医療機関（多くは診療所）と、看取りを行う医療機関（一般には連携先の病院）が異なると、同加算が算定できない例もありました。

このため、今次改定において、「在宅ターミナルケア加算」を分割し、①ターミナルケアの実施、②看取りの実施、をそれぞれ別個に評価する見直しが行われています。



新たな在宅医療と評価見直し項目

(1)新設された在宅医療項目

たん吸引に係る指示料<新>
介護保険新サービスに対する訪問看護指示料<新>

- 在宅小児経管栄養法指導管理料<新> 1050点
- 植込型輸液ポンプ持続注入指導管理料<新> 810点(*)
- 在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料<新> 810点(*)

(*) 植込術実施日から起算して3か月以内の期間に実施した場合は、導入期加算140点

(2)在宅医療に関連する見直し

- 在宅自己注射指導管理料
 - ①複雑な場合（間歇注入シリンジポンプ使用） 1230点<新>
 - ②1以外の場合 820点
- 間歇注入シリンジポンプ加算
 - ①プログラム付きポンプ（自動ボース投与プログラムが設定可能） 2500点<新>
 - ②1以外のポンプ 1500点
- 人工呼吸器加算
 - ①陽圧式人工呼吸器 7000点 ⇒ 7480点<改>
 - ②人工呼吸器 6000点 ⇒ 6480点<改>
 - ③陰圧式人工呼吸器 7000点 ⇒ 7480点<改>

3 | 病院機能に合わせた効率的な入院医療の評価

一般・急性期病床に関する改定

2010年における届出医療機関数でみると、10：1入院基本料が最も多くなっているものの、病床数では7：1入院基本料が最も多くなっており、厚生労働省が掲げる2025年に向けた医療機能再編の方向性とは異なっている現状があります。

そのため、特に一般病床を中心とした入院基本料の算定要件について、大きな見直しが行われました。

(1)一般病棟入院基本料の算定要件見直し

7：1一般病棟入院基本料の算定要件では、平均在院日数が1日短縮となり18日以内とされたほか、看護必要度基準については重症患者割合が15%に引き上げられました。この施設基準変更による激変緩和として経過措置が設けられたものの、こうした要件厳格化を受けて、7：1看護配置をとっている施設は、これまで以上の機能強化と重症度の高い患者受入れ、および早期退院への取り組みが求められることとなります。

一方、10：1一般病棟入院基本料は、現行の一般病棟看護必要度評価加算（5点）が廃止され、同加算の要件が入院基本料に組み込まれることとなりました。

◆7:1・10:1一般病棟入院基本料に関する算定要件見直し

※（ ）内は現行要件・点数

入院基本料	点数	平均在院日数	看護必要度基準
7：1一般病棟入院基本料	1555点	18日以内 (19日以内)	重症度患者15% (同10%)
10：1一般病棟入院基本料	1300点	21日以内	加算1 重症度15%：30点 加算2 重症度10%：15点 (必要度評価加算5点)

一般病棟看護必要度評価加算の廃止
⇒ 看護必要度の継続的測定は入院基本料の算定要件に

尚、経過措置としては現行7：1算定病棟のうち、改定後10：1算定病棟に限っては2014年3月31日までは改定後7：1の算定が可能とされ、併せて10：1算定病棟に看護必要度評価を導入するのは、2012年7月1日以降とする準備期間が設けられています。

また、13：1一般病棟入院基本料については、同10：1に代わり、一般病棟看護必要度評価加算（5点：1日につき）が新設され、13：1専門病棟入院基本料についても同様の取扱となります。

(2)特定除外制度の見直し

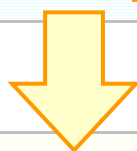
13：1、および15：1一般病棟入院基本料は、90日を超える入院患者に対する取扱いが大きく変わります。

- ①特定除外制度の廃止
- ②療養病棟入院基本料の算定が可能に

最も影響が大きい項目としては、これまで90日を超えて入院している患者に適用していたいわゆる「特定除外制度（*）」が廃止される点です。

これに代わる仕組みとして、次のような取扱いが導入されることとなりました。

- 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
 - ⇒ 該当患者は平均在院日数の計算対象外にできるが、報酬は療養病棟入院基本料1と同等
- 90日を超えた入院患者を対象として、出来高算定とするが、平均在院日数の計算対象に含める
 - ⇒ 該当患者は出来高算定にできるが、平均在院日数の計算対象に含めなければならない



上記の取扱については、病棟単位で医療機関が選択する

【経過措置】2012年10月1日施行

（*）特定除外制度：一般病棟に90日を超えて同一医療機関に入院している「特定患者」のうち、「厚生労働大臣が定める状態等にある患者」に該当する者を除外する取扱いとする制度

対象病棟が複数ある病院であれば、出来高点数が高い入院患者については90日を超えても出来高算定を継続し、処置・検査が少なく、在院日数が長い患者は療養病棟の包括入院料を算定するという病棟別の選択方法が可能になる一方、これまで特定除外患者を多く抱えてきた病院にとっては、大幅な減収につながる可能性があります。

この見直しは、厚生労働省が13：1、および15：1入院基本料を算定している病院に対し、より慢性期病院に近い機能を求めていることを示したものだといえます。

亜急性期病棟・回復期リハビリテーション病棟に関する改定

中医協はこれまでに、亜急性期入院医療管理料を算定する病床に、本来は回復期リハビリ病棟が相応の患者が入院している事態を問題として挙げており、この部分を整理する形で、亜急性期入院医療管理料と回復期リハビリテーション病棟入院料について、その患者像に応じた評価とする見直しも行われています。

特に、亜急性期病棟については、入院医療管理料の算定要件と施設基準が変更となりました。

◆亜急性期入院医療管理料の算定要件・施設基準の厳格化

● 亜急性期入院医療管理料 1 <改> 2050点

● 亜急性期入院医療管理料 2 <新> 1900点

【算定要件】 ⇒ 1・2とも60日を限度として一般病棟の病室単位で算定

管理料1：脳血管疾患等リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション量を算定したことがない患者について算定

管理料2：脳血管疾患等リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション量を算定したことがある患者について算定

【施設基準】 ⇒ 1・2共通

管理料1・2をあわせて一般病床数の3割以下まで届出可能。ただし、200床以上の病院は病床数に関わらず最大40床、100床以下の病院は病床数に関わらず最大30床まで可。等

その他入院に共通した項目の変更

入院基本料等加算については、算定要件の見直しや簡素化を目的とする改廃が行われているため、現行との変更点に注意する必要があります。

● 退院調整加算<改> ⇒ 急性期と慢性期の各加算を一本化

● 栄養管理実施加算 ⇒ 廃止：要件は入院基本料に包括（経過措置あり）

● 褥瘡患者管理加算 ⇒ 廃止：要件は入院基本料に包括

● 地域連携計画加算<新> 300点

● 総合評価加算<改> 100点 ⇒ 算定可能病床に療養病棟、有床診療所療養病床 追加

● 感染防止対策加算1・2<新> ⇒ 医療安全対策加算の感染防止対策加算は廃止

● 患者サポート体制充実加算<新> 70点（入院初日）

4 | 有床診療所の機能活用のため評価項目を新設

診療所に求められる機能に対する評価の新設

(1)有床診療所における緩和ケアの推進

病院における「緩和ケア診療加算」に準じるものとして、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こととしました。

◆緩和ケア機能に着目した新設項目

- 有床診療所緩和ケア診療加算 150点（1日につき）＜新＞
- 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。

(2)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の新設により、看取りを含めたターミナルケアについて充実を図るものとしています。

◆ターミナルケアを評価する新設項目

- 看取り加算

在宅療養支援診療所の場合	2,000点＜新＞
その他の場合	1,000点＜新＞
- ①夜間に看護職員を1名以上配置していること。

(3)有床診療所の病床の有効利用

現行の有床診療所における入院基本料の評価は、一般病床、療養病床で区別されていますが、これら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限り、患者像に応じた相互算定ができるようにしました。

また、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床に限られていますが、今後は地域医療貢献の視点からこれら病床を有効に活用し、より柔軟な運用を可能とするため、全ての介護療養病床について算定を可能としました。

(4)診療所の療養病床環境加算の見直し

病院における「療養病棟療養環境加算」と同様に、診療所療養病床療養環境加算は、長期にわたり療養を必要とする患者に提供される療養環境を総合的に評価するものですが、医療法の経過措置として施設基準の緩和が認められている有床診療所については、今後、増改築により環境改善を図る具体的計画を策定することにより、新たに設けられた「改善加算」を算定することが可能になります。

尚、事実上現行の同加算2の名称変更と評価の引き下げになるため、同加算を算定していた病床については、経過措置として2012年9月30日までの期間は従前の加算を算定できると定められています。

◆診療所療養病床療養環境加算の見直し

- 診療所療養病床療養環境加算 100点（1日につき）
- 診療所療養病床療養環境改善加算 35点（1日につき）＜新＞
- ① 医療法上の原則は満たさないものの、同法の経過措置として施設基準の緩和が認められている医療機関のみを対象とする。
- ② 当該加算を算定できる期間については、増築または全面的な改築を行うまでの間とし、当該病床の療養環境の改善に資する計画を策定するとともに、毎年その改善状況についても報告することとする。

処置・検査その他の改定

(1)一般名処方の推進

これまでの診療報酬改定の方向性を継承し、後発医薬品の使用推進を図るべく、薬局での後発医薬品の調剤を行いやすくするため、後発品がある医薬品について、一般名処方を行った場合を評価する新たな加算が設けられています。

◆処方せん料の見直し ～加算の新設

- 処方せん料 1 7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のものを除く）を行った場合 40点
- 2 1以外の場合

（注）一般名処方加算＜新＞

一般名による記載を含む処方せんを交付した場合、2点加算（処方せん交付1回につき）

また、処方せんの様式についても、従来は処方せん単位で行っていた変更の可否の表示は、個々の医薬品について後発品の変更の可否を明示する様式に変更されます。

(2) コンピューター断層撮影診断料の見直し

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、これら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ものとなりました。

◆CT・MRI撮影診断料の改定

●コンピュータ断層撮影

①CT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



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

●MRI撮影

① 3テスラ以上の機器による場合(*)	1,400点<改>
② 1.5テスラ以上の機器による場合	1,330点<改>
③ ①、②以外の場合	950点<改>

(*) 画像診断管理加算2が算定できる施設で専従の診療放射線技師1名以上を配置

(3) 院内トリアージの実施

勤務医の負担軽減を図る趣旨で、自院の院内トリアージ基準に基づいて、専任の医師または専任の看護師により患者の来院後速やかに患者の状態を評価し、その緊急度区分に応じて診療の優先順位付けを行う院内トリアージが行われた場合の評価が新設されています。病院だけでなく、診療所においても活用場面が想定されます。

●院内トリアージ実施料 100点<新>

- ① 院内トリアージの実施基準を定め、定期的に見直しを行っている
- ② 患者に対して、院内トリアージの実施について説明を行い、院内の見やすいところへの掲示等により周知を行っている
- ③ 専任の医師または救急医療に関する3年以上の経験を有する専任の看護師が配置されている

医業経営情報レポート 3月号

「機能分化・在宅・連携」がキーワード 2012年度診療報酬改定のポイント

【著 者】日新税理士事務所

【発 行 者】桐元 久佳

【発 行】日新税理士事務所

大阪市中央区船越町 2-1-11 2F

TEL : 06-4790-9707 FAX : 06-4790-9710

落丁・乱丁本はお取り替え致します。本書に掲載されている内容の一部あるいは全部を無断で複写することは、法律で認められた場合を除き、著者および発行者の権利の侵害となります。その場合は、あらかじめ小社あて許諾を求めて下さい。

