

日医発第949号(総医18)

平成22年2月4日

都道府県医師会長 殿

日本医師会

会長 唐澤祥人

「個別の診療報酬項目に対する日本医師会の見解」他の送付について

拝啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素より本会会務運営にご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、本日2月4日、日本医師会定例記者会見において、標記の件について公表いたしましたので、当該資料をご送付方々ご案内申し上げます。

本資料は、去る1月27日、1月29日、2月3日開催の中医協総会で行われた個別の診療報酬項目の議論なかで特に影響が大きい点について、改めて見解をまとめたものです。また、薬価改定率に関連して一部報道にて2010年度の診療報酬改定率は実質ゼロ改定であるとの点について、本会の見解をまとめました。

なお、本資料は厚生労働省政務三役、中医協の全委員および厚生労働省担当事務局にもお送りしました。

貴会におかれましても、今後多くの方々の目に触れ、議論に資していただきたくご期待申し上げます。本資料につきましては、日本医師会ホームページ定例記者会見資料および文書管理システムにも掲載していることを併せてお知らせします。

先生におかれましては、お忙しいところ恐縮でございますが、何卒ご高配を賜りますようお願い申し上げます。

敬 具

2010年2月4日

個別の診療報酬項目に対する日本医師会の見解

社団法人 日本医師会

日本医師会は、定例記者会見において、診療報酬改定に対する見解を随時述べてきた。以下、最近の中医協の議論に関し、これまでの見解に追加すべき点を述べる。

目次

1.	15対1入院基本料について.....	2
2.	月平均夜勤時間72時間要件について.....	3
3.	医療関係職種の役割分担と連携の評価.....	5
4.	ケアマネージャーとの連携の評価.....	6

中医協総会に提出された資料名は次のように省略している。

「骨子における重点課題関連項目（入院）」中医協 総-5 22. 1. 27

⇒（略）1月27日 中医協 総-5

「四つの視点」関連項目（入院を中心に）中医協 総-3 22. 2. 3

⇒（略）2月3日 中医協 総-3

1. 15 対 1 入院基本料について

●1月27日 中医協 総-5 p19 (抜粋)

医療経済実態調査の結果等を踏まえ、一般病棟入院基本料における 15 対 1 入院基本料の評価を適正化することを検討する。

●日本医師会の見解

適正化とは引き下げを意味しているが、日本医師会はこれに反対である。

医療経済実態調査では、入院基本料 15 対 1 の収支差額は黒字である。しかし、医療経済実態調査は、データの信頼性に問題があることは、これまで指摘してきたとおりである。また、医療経済実態調査で見ても、国公立病院同士で入院基本料別に比較すると、15 対 1 の赤字幅がもっとも大きい。

さらに、前回の医療経済実態調査でも、10対1に次いで15対1の赤字幅が大きかった。前回の診療報酬改定で15対1にプラスの改定は一切ない。したがって、今回の医療経済実態調査では、偶然、経営状態の良い15対1病院が抽出された可能性を否定できない。

地方では急性期を担っているが、看護職員不足から15対1を算定せざるを得ない病院もある。このような現実があるにもかかわらず、15対1を引き下げることには、厚生労働省が、地方の中小病院を淘汰し、都市部あるいは大規模な急性期病院にさらに資源を集中投入する政策を打ち出しているにひとしい。

総務省の「地方公営企業年鑑」では、すべての国公立病院の収支が公表される。最低限、この直近データの公開を待って判断すべきと考える。

2. 月平均夜勤時間 72 時間要件について

●1月 27 日 中医協 総-5 p18 (抜粋)

一般病棟入院基本料等の 7 対 1 及び 10 対 1 入院基本料において、月平均夜勤時間 72 時間以内の要件のみを満たせない場合、7 対 1、10 対 1 特別入院基本料として評価する。

●日本医師会の見解

中医協資料では、夜勤 72 時間要件を満たせない場合、1 カ月を限度として、やや低い点数を算定することが提案されている。しかし、夜勤 72 時間要件については、抜本的な見直しが必要であると考えます。

日本医師会が病院長を対象に行った調査¹では、病院長の 61.0%が 1 年前と比べて看護職員の採用が困難になったと回答している (図 2.1)。

また、1 月 29 日には、四病院団体協議会が行った「看護基準に関する緊急アンケート」²が報告された。本アンケートの回答者は、看護部長・師長もしくは看護職員配置責任者であり、「毎月行う夜勤 72 時間の勤務調整」については 71.1%が、極めて困難もしくは困難と回答していた (図 2.2)。また、「看護師の充足状況」が不足 (大いに不足、不足) との回答も 71.8%あった。

四病院団体協議会のアンケートの回答者は、看護職員配置責任者であり、現在、看護職員の配置について傾斜配分できる運用ルール³があることは熟知していると推察される。それでも、なお、現場の看護職員不足は切実である。

日本医師会は、看護職員の確保、さらに医療および看護の質の確保のために、夜勤 72 時間ルールについては継続して議論し、全面的に緩和されることを要望する。

¹ 日医総研「開業動機と開業医 (開設者) の実情に関するアンケート調査」2009 年 10 月、日医総研ワーキングペーパーNo.201

² 四病院団体協議会『「看護基準に関する緊急アンケート」報告』
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/01/dl/s0129-5p.pdf>

³ 「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り扱いについて」(通知第 0306002 号) 別添 2 入院基本料等の施設基準等 第 2-4 (2) イ

図 2.1 看護職員の採用

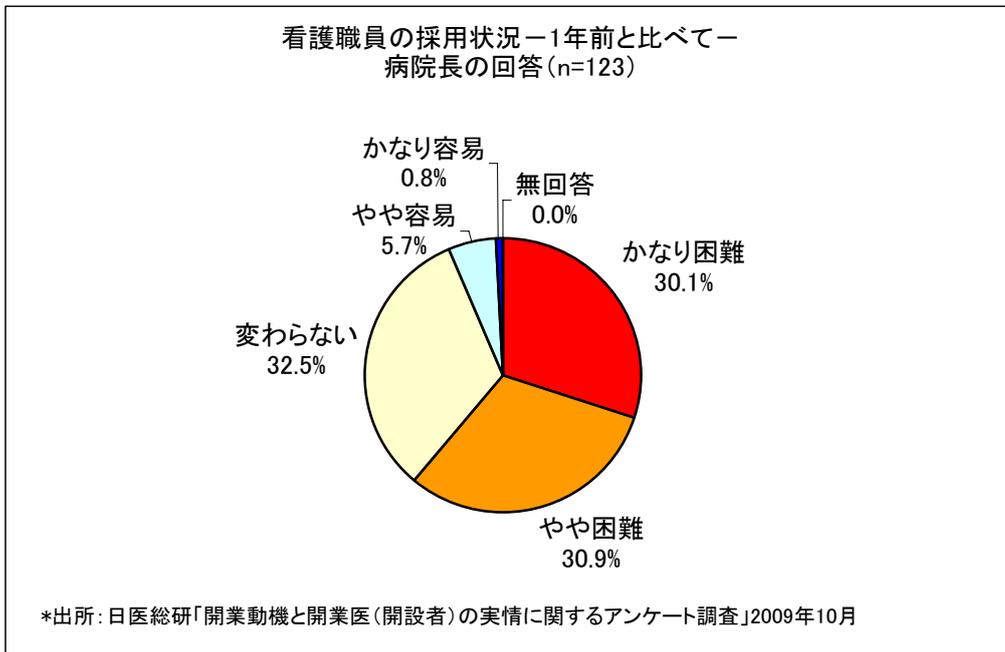
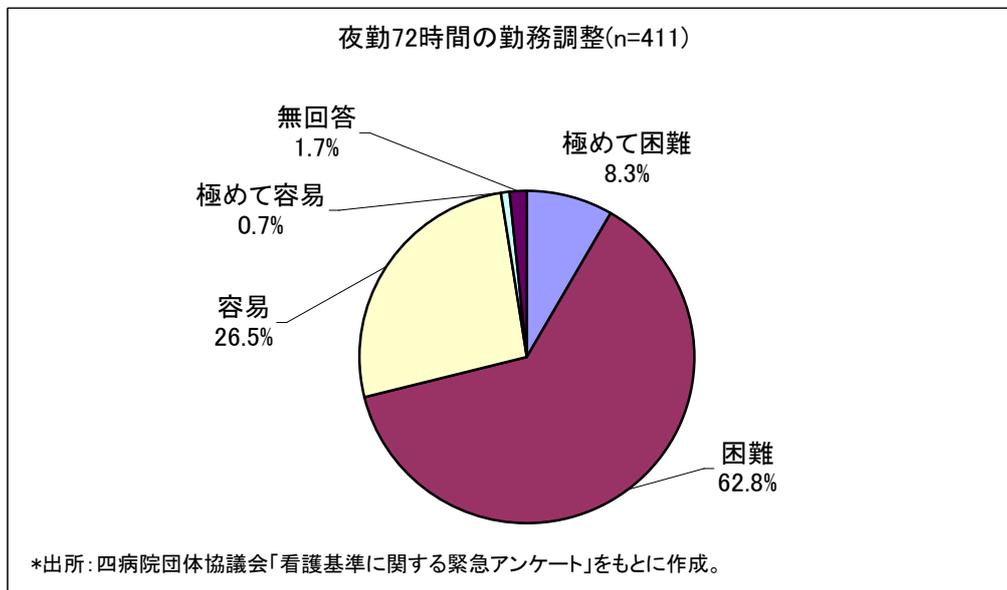


図 2.2 夜勤72時間の調整



3. 医療関係職種の役割分担と連携の評価

●1月27日 中医協 総-5 p20~22 (抜粋)

急性期入院医療においては、栄養管理や呼吸器装着患者の管理等について、多職種からなるチームによる取組が行われている。このような取組により、医療の質が向上するとともに、病院勤務医の負担軽減にもつながることから、試行的に評価を行う。また、導入後にその影響について検証を行う。

(例) 呼吸ケアチーム

医師、看護師、臨床工学技士、理学療法士などからなるチームにより、人工呼吸器の離脱に向け、適切な呼吸器設定や口腔状態の管理等を総合的に行う場合の評価を新設する。

【施設基準（看護師の例）】

イ) 人工呼吸器管理等について6カ月以上の専門の研修を受けた看護師

●日本医師会の見解

チーム医療の必要性についてはまったく異論はなく、賛成である。そうであればこそ、特定の職種を評価するのではなく、チーム医療全体での評価を行うべきである。

現在提示されている施設基準では、専門の研修が条件になっている。しかし、経済的、地理的条件、あるいは職場を離れられないなどの理由から、専門研修を受講できないものの、高い技能を持つ看護師等が多い。肩書きにとらわれず、提供されている医療そのものを評価するよう工夫されたい。

また、専門研修を受けた看護師の評価をすることで、今後、不十分な議論のまま、なし崩し的に専門看護師(NP, ナースプラクティショナー⁴)が導入され、専門看護師による初期診療や初期治療が行われるようになるのではないかと危惧される。

中医協資料にも示されているように、今回はあくまでも試行と位置づけ、しっかりと検証を行って、医療の安全と質の確保を徹底するよう要望する。

⁴ 規制改革会議の「更なる規制改革の推進に向けて～今後の課題～」(2009年12月4日)では、「診療看護師(仮称)」とされている。

4. ケアマネージャーとの連携の評価

●2月3日 中医協 総-3 p31 (抜粋)

介護支援連携指導料の新設

退院後に介護サービスの導入や変更が見込まれる患者に対し、見込みがついた段階から、入院中の医療機関の医師又は医師の指示を受けた看護師等がケアマネージャーと共同で、患者に対し、介護サービスの必要性等について指導を行うとともに、退院後の介護サービスに係る必要な情報共有を行った場合の評価を新設する。

●日本医師会の見解

これまでの会見でも述べてきたように、今回改定での新設に反対である。

(詳細は、日本医師会 2010年1月27日定例記者会見資料『平成22年度診療報酬改定に係る検討状況について(現時点の骨子)』等に対する日医の見解(第2報)参照)

第一に、2008(平成20)年度の診療報酬改定で、「退院時共同指導料2」が新設されており、この状況を検証すべきである。

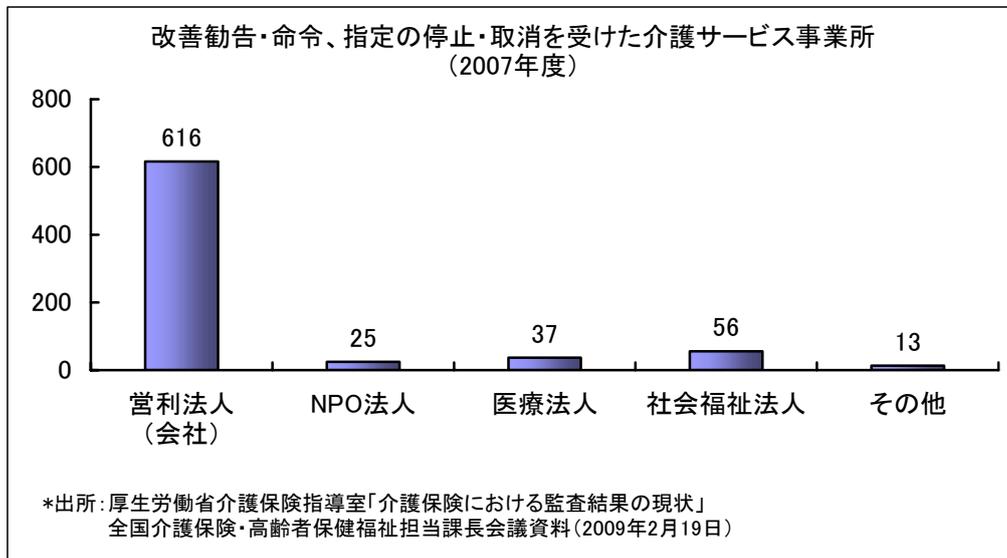
第二に、要介護認定後ではじめてケアマネージャーが認定される介護保険との整合性がとれていない。ケアマネージャー等が「指導」を行うという考え方も違和感がある。

第三に、医療現場の実態にそぐわない。今回は、入院中の病院医師とケアマネージャーの連携を評価しようとしているが、現場の実態としては、退院後におけるかかりつけの医師とケアマネージャーを含む多職種との共同指導等のほうが、はるかに重要である。

介護関係職種の評価は、ひいては介護事業所の評価を行うものである。介護事業所には多くの営利法人が参入しているが、問題がある事業所もあることを指摘しておく。2007年度に改善勧告・命令、指定の停止・取消を受けた事業所の8割以上は会社立であった(図4.1)。

逆に、このような中、あえて介護関係職種の評価を進める背景には、市場開放圧力があり、将来的には公的保険範囲の縮小につながるのではないかと危惧される。

図 4.1 改善勧告・命令、指定の停止・取消を受けた介護サービス事業所



骨子における重点課題関連項目

(入院)

救急入院医療の充実に係る評価	1
ハイリスク妊産婦に係る医療の更なる評価	4
新生児集中治療・救急医療の評価	6
小児急性期救急医療の評価	9
N I C U入院患者等の後方病床の充実	11
急性期医療に対する後方病床機能の評価	15
一般病棟入院基本料等の評価について	18
医療関係職種の役割分担と連携の評価	20
病院勤務医の負担を軽減する体制の評価	23
病院勤務医の事務作業を補助する職員の配置の評価	25
地域における医療機関の連携に対する評価	27
地域医療を支える有床診療所の評価	29
在宅復帰後を見越した地域連携の評価	31

救急入院医療の充実に係る評価

第1 基本的な考え方

我が国における救急搬送件数は、この10年間で約1.5倍の年間約500万件まで増加している。また、救急患者のうち重症以上の傷病者については、搬送先の確保が困難なケースが生じている。

こうした状況を踏まえ、救命救急センターの評価の充実や地域において救急医療を積極的に提供している医療機関の評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 救命救急入院料の評価の見直し

救命救急入院料については、救命救急センターの充実度に応じた加算を設定しているが、今般充実度評価の見直しが行われたことも踏まえ、評価の高い救命救急センターの評価を引き上げる。

現 行	改定案
【救命救急入院料】（1日につき） 充実度評価Aの加算 500点	【救命救急入院料】（1日につき） 充実度評価Aの加算 〇〇〇点 改 充実度評価Bの加算 〇〇〇点 新

2. 特定集中治療室に関連のある入院料の見直し

(1) 広範囲熱傷特定集中治療室管理料については、これまで専用の治療室を用いることを要件としていたが、様々な救急患者の受入れを円滑に行うため、要件を緩和して特定集中治療室管理料及び救命救急入院料の一項目として評価を行う。

現 行	改定案
【広範囲熱傷特定集中治療室管理料】	【特定集中治療室管理料】（1日につき）

(1日につき) 7,890点 [算定日数] 60日を限度として算定	<u>広範囲熱傷の場合</u> 7,890点 ㊦ [算定日数] 60日を限度として算定 【救命救急入院料】(1日につき) <u>広範囲熱傷の場合</u> 7,890点 ㊦ [算定日数] 60日を限度として算定
---	--

(2) また、救急や手術後の患者等に高度な急性期医療を提供するために手厚い看護配置となっている病床を評価したハイケアユニット入院医療管理料について、その評価を引き上げるとともに要件の緩和を行う。

現 行	改定案
【ハイケアユニット入院医療管理料】 (1日につき) 3,700点 [施設基準] <u>救命救急入院料又は特定集中治療室管理料に係る届出及び診療録管理体制加算に係る届出を行った保険医療機関</u> 平均在院日数17日以内	【ハイケアユニット入院医療管理料】 (1日につき) 〇〇〇点 ㊦ [施設基準] 診療録管理体制加算に係る届出を行った保険医療機関 平均在院日数〇〇日以内

3. 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算の評価の引上げ

(1) 救急搬送受入れの中心を担う二次救急医療機関を評価している救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算について、評価を引き上げる。

現 行	改定案
【救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算】 (1日につき) 1 救急医療管理加算 600点 2 乳幼児救急医療管理加算 150点	【救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算】 (1日につき) 1 救急医療管理加算 〇〇〇点 ㊦ 2 乳幼児救急医療管理加算 〇〇〇点 ㊦

- (2) なお、入院時医学管理加算については、平成 20 年度診療報酬改定において、十分な設備等を備え、産科、小児科、精神科等を含む総合的かつ専門的な入院医療をいつでも提供できる体制を有する病院について評価するものとなったところであり、その趣旨を明確化するために名称を変更する。

④ 総合入院体制加算（1日につき） 120点

4. 救急搬送患者地域連携受入れの評価の新設

地域における救急搬送受入れの中核を担う救急医療機関が、地域の連携によってその機能を十分に発揮できるよう、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の早期の転院支援の評価を新設する。

⑤ 救急搬送患者地域連携紹介加算 〇〇〇点（退院時1回）

⑥ 救急搬送患者地域連携受入加算 〇〇〇点（入院初日）

[算定要件]

三次又は二次救急医療機関に緊急入院した患者が当該入院日から5日以内に他の医療機関に転院した場合に算定する。

[施設基準]

連携医療機関間で患者の転院受入体制に関する協議をあらかじめ行うこと。

ハイリスク妊産婦に係る医療の更なる評価

第1 基本的な考え方

産科医療の充実を図るため、合併症等によりリスクの高い分娩を行う妊産婦の入院について評価を行う。また、妊産婦の緊急搬送による入院を受け入れた場合についても評価を充実する。

第2 具体的な内容

1. ハイリスク分娩管理加算の対象拡大と評価の引上げ

- (1) 妊娠 22 週から 32 週未満の早産などの分娩管理を評価しているハイリスク分娩管理加算の評価を引き上げるとともに、対象に多胎妊娠と子宮内胎児発育遅延を加える。

現 行	改定案
<p>【ハイリスク分娩管理加算】 (1日につき) 2,000点 [対象者] 妊娠22週から32週未満の早産、40歳以上の初産婦、分娩前のBMI が35以上の初産婦、妊娠高血圧症候群重症、常位胎盤早期剥離、前置胎盤、双胎間輸血症候群、心疾患、糖尿病、特発性血小板減少性紫斑病、白血病、血友病、出血傾向、HIV 陽性</p>	<p>【ハイリスク分娩管理加算】 (1日につき) 〇〇〇点 ② [対象者] 妊娠22週から32週未満の早産、40歳以上の初産婦、分娩前のBMI が35以上の初産婦、妊娠高血圧症候群重症、常位胎盤早期剥離、前置胎盤、双胎間輸血症候群、<u>多胎妊娠、子宮内胎児発育遅延</u>、心疾患、糖尿病、特発性血小板減少性紫斑病、白血病、血友病、出血傾向、HIV 陽性</p>

- (2) なお、ハイリスク妊娠管理加算についても、同様の対象疾患の拡大を行う。

2. 妊産婦緊急搬送入院加算の評価の引上げと対象拡大

妊娠に係る異常による妊産婦の救急受入れを評価している妊産婦緊急搬送入院加算の評価を引き上げるとともに、妊娠以外の疾病で搬送された場合においてもこの加算を算定できることとする。

現 行	改定案
<p>【妊産婦緊急搬送入院加算】（入院初日） 5,000点</p> <p>[対象者]</p> <p>1 妊娠に係る異常が疑われ、救急車等により当該保険医療機関に緊急搬送された妊産婦</p> <p>2 他の医療機関において、妊娠に係る異常が認められ、当該保険医療機関に緊急搬送された妊産婦</p> <p>3 助産所において、妊娠に係る異常が疑われ、当該保険医療機関に緊急搬送された妊産婦</p>	<p>【妊産婦緊急搬送入院加算】（入院初日） 〇〇〇点 改</p> <p>[対象者]</p> <p>1 救急車等により当該保険医療機関に緊急搬送された妊産婦</p> <p>2 他の医療機関において、<u>他院での入院医療を必要とする異常</u>が認められ、当該保険医療機関に緊急搬送された妊産婦</p> <p>3 助産所において、<u>他院での入院医療を必要とする異常</u>が疑われ、当該保険医療機関に緊急搬送された妊産婦</p>

新生児集中治療・救急医療の評価

第1 基本的な考え方

この20年間で出生数は横ばい・減少となっているが、低出生体重児をはじめとするハイリスク新生児の増加により、新生児特定集中治療室(NICU)の病床数を1.5倍程度にすることとされている。

そうした状況を踏まえ、NICUの評価を更に充実させるとともに、要件の緩和等を行う。

また、高度な医療を必要とするリスクの高い新生児や重篤な小児患者等を専門的な医療機関に医師が同乗して搬送することについての評価を充実する。

第2 具体的な内容

1. NICU（新生児特定集中治療室管理料）について

NICU を評価した点数である新生児特定集中治療室管理料の評価を引き上げるとともに、NICU 担当医師が小児科当直業務との兼務を行う場合の評価を新設し、NICU の確保を推進する。

また、NICU 満床時に緊急受入れのために、やむを得ず、一時的に超過入院となるケースや、症状の増悪等により再入室するケースに配慮した評価とする。

(1) 新生児特定集中治療室管理料の評価の引き上げ

現 行	改定案
【新生児特定集中治療室管理料】（1日につき） 8,500点	【新生児特定集中治療室管理料 ¹ 】（1日につき） 〇〇〇点 ②

なお、総合周産期特定集中治療室管理料についても同様の評価の引上げを行う。

(2) 新生児特定集中治療室管理料 2 の新設



新生児特定集中治療室管理料 2 〇〇〇点（1日につき）

[施設基準]

- (1) 専任の医師が常時、当該医療機関内に勤務していること。
- (2) 新生児特定集中治療管理を行うにふさわしい専用の治療室を有していること。

(3) ハイリスク新生児受入れのための要件緩和

新生児特定集中治療室管理料及び総合周産期特定集中治療室管理料について、満床時の緊急受入れのために一時的に超過入院となる場合や、症状の増悪による再入室する場合の算定要件を緩和する。

① 一時的な超過入院における算定

- (ア) 満床時の緊急受入れ等、一時的に止むを得ず当該基準を満たすことが困難である場合は、助産師又は看護師の数は常時 4 : 1 以上を超えない範囲で、24 時間以内に常時 3 : 1 以上に調整すること。
- (イ) 超過病床数は 2 床までとすること。

② 症状増悪時の再入室

症状増悪等により当該治療室に再入室した場合に再度算定できることとする。ただし、その際には前回の入室期間と通算して算定日数を計算する。

2. 救急搬送診療料について

新生児や小児の専門医療機関の連携によりハイリスク児の円滑な受入れを推進するため、救急搬送診療料の乳幼児加算の評価を引き上げる

とともに、新生児加算を新設する。

現 行	改定案
<p>【救急搬送診療料】（1回につき）</p> <p style="text-align: right;">1,300点</p> <p style="text-align: right;">乳幼児加算 150点</p>	<p>【救急搬送診療料】（1回につき）</p> <p style="text-align: right;">1,300点</p> <p style="text-align: right;"><u>新生児加算</u> 〇〇〇点 ⑨</p> <p style="text-align: right;">乳幼児加算 〇〇〇点 ⑧</p>

小児急性期救急医療の評価

第1 基本的な考え方

地域の小児医療の中核的役割を果たす医療機関については、人員配置に応じて評価しているところであるが、よりきめ細かな評価としつつ、小児急性期医療への対応状況を踏まえた評価への見直しを行う。

また、我が国における乳幼児死亡率は世界的にも低い状況にもかかわらず、1～4歳児死亡率は相対的に高いことから、重篤な小児患者を受け入れる医療体制についての評価を新設する。

第2 具体的な内容

1. 小児入院医療管理料の再編成

小児入院医療管理料に常勤小児科医9人以上の新たな区分を新設する。

現 行	改定案
【小児入院医療管理料】（1日につき）	【小児入院医療管理料】（1日につき）
1（常勤小児科医20人以上） 4,500点	1（常勤小児科医20人以上） 4,500点
	2（常勤小児科医9人以上） ○○○点 ⑧
2（常勤小児科医5人以上） 3,600点	3（常勤小児科医5人以上） 3,600点
3（常勤小児科医3人以上） 3,000点	4（常勤小児科医3人以上） 3,000点
4（常勤小児科医1人以上） 2,100点	5（常勤小児科医1人以上） 2,100点

また、小児入院医療管理料1及び2を算定する医療機関については、その手厚い人員配置を踏まえ、小児救急医療等の提供を要件に追加する。なお、特定機能病院についても小児入院医療管理料の算定を可能とする。

(1) 小児入院医療管理料1

[施設基準]

- ① 入院を要する小児救急医療の提供を行っていること。

- ② 小児重症患者に対する集中治療を行うための体制を有していること。
- ③ 年間の小児緊急入院患者数が800件以上であること。

(2) 小児入院医療管理料 2

[施設基準]

- ① 常勤の小児科又は小児外科の医師9人以上配置されていること。
- ② 7：1以上の看護配置であること。
- ③ 平均在院日数21日以内であること。
- ④ 入院を要する小児救急医療の提供を行っていること。

2. 小児急性期集中治療の評価

外傷や不慮の事故等による重篤な小児救急患者に対して、超急性期の救命医療とそれに引き続く急性期の専門的集中治療が提供されることについて、救命救急入院料及び特定集中治療室管理料の加算を新設する。



救命救急入院料 小児加算 〇〇〇点（入院初日1回）

[算定要件]

15歳未満の重篤な小児救急患者を受入れた場合。

[施設基準]

専任の小児科医が常時、当該保険医療機関内に勤務していること。



特定集中治療室管理料 小児加算 〇〇〇点（7日以内）
〇〇〇点（8日以上14日以内）

[算定要件]

15歳未満の重篤な小児患者に対し、特定集中治療室管理が行われた場合。

[施設基準]

専任の小児科医が常時、当該保険医療機関内に勤務していること。

N I C U入院患者等の後方病床の充実

第1 基本的な考え方

N I C Uの満床状態の解消が周産期救急医療における課題となっていることから、N I C U入院中の患者等についての退院支援を評価する。また、N I C Uの後方病床や在宅での療養へと円滑に移行することができるようN I C Uの後方病床について評価の引上げを行う。

第2 具体的な内容

1. 退院調整に係る評価の新設

N I C Uに入院する患者等に係る退院調整加算を新設する。

新 新生児特定集中治療室退院調整加算 〇〇〇点（退院時1回）

[算定要件]

当該入院期間中に新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料（新生児特定集中治療室管理料の場合）の算定のある患者について、看護師又は社会福祉士が、患者の同意を得て退院支援のための計画を策定し、退院・転院に向けた支援を行った場合、退院時に算定する。

[施設基準]

退院調整部門が設置されており、当該部門について専従の看護師又は専従の社会福祉士が1名以上配置されていること。

2. 新生児治療回復室（G C U）への受入れに対する評価の新設

N I C Uからハイリスク児を直接受け入れる後方病床のうち、新生児治療回復室（G C U）について、新生児入院医療管理加算に代えて、新たな評価区分を新設する。



新生児治療回復室入院医療管理料 〇〇〇点（1日につき）

[算定要件]

(1) 高度の先天奇形、低体温等の状態[※]にある新生児について、十分な体制を整えた治療室において医療管理を行った場合に算定する。

※従来の新生児入院医療管理加算の算定対象と同様。

(2) NICUを算定した期間と通算して 30 日間を限度として算定する。ただし、出生時体重が 1,000g 未満又は 1,000g 以上 1,500g 未満の新生児の場合は、それぞれ 120 日又は 90 日を限度として算定する。

[施設基準]

- (1) 新生児特定集中治療室管理料を算定していること。
- (2) 専任の小児科の常勤医師が 1 名以上配置されていること。
- (3) 常時 6 対 1 以上の看護配置であること。

3. 超重症児（者）入院診療加算の見直し

超重症児（者）入院診療加算の判定基準を見直し、評価を引き上げるとともに、その要件を緩和する。また、有床診療所における同加算の算定を認める。さらに、在宅療養を行っている超重症児（者）が入院した場合について、在宅療養の継続を支援する観点から、加算を新設する。

(1) 超重症児（者）入院診療加算の評価の引き上げ

現 行	改正案
<p>【超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算】</p> <p>1 超重症児（者）入院診療加算</p> <p>イ 6歳未満の場合 600点</p> <p>ロ 6歳以上の場合 300点</p> <p>[対象患者の状態]</p>	<p>【超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算】</p> <p>1 超重症児（者）入院診療加算</p> <p>イ 6歳未満の場合 <u>〇〇〇点</u> ㊦</p> <p>ロ 6歳以上の場合 <u>〇〇〇点</u> ㊦</p> <p>[対象患者の状態]</p>

<p>(1) 超重症の状態</p> <p>イ 介助によらなければ座位が保持できず、かつ、人工呼吸器を使用する等特別の医学的管理が必要な状態が<u>6月以上</u>継続している状態であること。</p> <p>ロ 超重症児（者）の判定基準による判定スコアが 25 点以上であること。</p>	<p>(1) 超重症の状態</p> <p>イ 介助によらなければ座位が保持できず、かつ、人工呼吸器を使用する等特別の医学的管理が必要な状態が継続している状態であること。 ㊦</p> <p>ロ 超重症児（者）の判定基準による判定スコアが 25 点以上であること。</p>
---	--

(2) 算定医療機関の拡大



N I C U退室後の患者に係る後方病床機能を、有床診療所が担っている場合もあることから、有床診療所においても超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算を算定可とする。

(3) 在宅重症児の受け入れの評価

在宅移行した超重症児（者）又は準超重症児（者）が、医療上の必要から入院した場合について、在宅療養の継続を支援する観点から、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算に入院早期の評価を新設する。



在宅重症児受入加算 〇〇〇点（5日以内、1日につき）

[算定要件]

在宅療養を行っている超重症児（者）・準超重症児（者）が、医療上の必要から入院した場合に算定する。

(4) 超重症児（者）判定基準の見直し



当該基準が関連学会において見直されたことを踏まえ、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算の対象となる超重症の状態についても見直しを行う。

4. 障害者施設等への受入れに対する評価

障害者病棟等において、NICUに入院していた患者を受入れた場合についての加算を新設する。

⑨ 重症児（者）受入連携加算 〇〇〇点（入院初日）

[算定要件]

重症児（者）集中治療室等退院調整加算が算定された患者を、障害者施設等で受け入れた場合に算定する。

[施設基準]

障害者病棟入院基本料、特殊疾患入院医療管理料又は特殊疾患病棟入院料を算定していること。

急性期医療に対する後方病床機能の評価

第1 基本的な考え方

急性期医療を支えるためには、急性期医療の後方病床の確保や、在宅療養中の患者や介護保険施設の入所者の状態が軽度悪化した際に入院医療を提供できる病床の確保が重要であることから、地域医療を支える有床診療所や病院の療養病棟においてこのような患者を受け入れた場合を評価する。

第2 具体的内容

1. 有床診療所の一般病床が有する後方病床機能の評価

地域医療を支える有床診療所の一般病床において、急性期の入院医療を経た患者、状態が軽度悪化した在宅療養中の患者や介護保険施設の入所者を受け入れた場合の入院早期の評価を新設する。また、複数の医師を配置している場合の評価に関し、地域医療を支えている有床診療所についての評価を引き上げる。併せて、診療所後期高齢者医療管理料は廃止する。

(1) 初期加算の新設



有床診療所一般病床初期加算 ○○○点（7日以内、1日につき）

[算定要件]

急性期医療を担う病院の一般病床、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、自宅等からの転院・入院患者を、当該有床診療所の一般病床で受け入れた場合に算定する。

[施設基準]

一般病床を有する診療所であって、以下のいずれかを満たす診療所

- ①過去 1 年間に在宅患者訪問診療の実績がある在宅療養支援診療所である
- ②全身麻酔・脊椎麻酔・硬膜外麻酔（手術を実施した場合に限る。）を年間 30 件以上実施している
- ③救急病院等を定める省令に基づき認定されている
- ④病院群輪番制又は在宅当番医制に参加している
- ⑤がん性疼痛緩和指導管理料を算定している
- ⑥夜間看護配置加算を算定しており、夜間の診療応需体制を有している

(2) 医師配置加算の見直し

現 行	改定案
<p>【有床診療所入院基本料】注 3</p> <p>医師配置加算（1日につき） 60 点</p> <p>[算定要件]</p> <p>当該診療所における医師の数が、2 以上であること。</p>	<p>【有床診療所入院基本料】注 3</p> <p><u>医師配置加算 1</u>（1日につき）〇〇点 (新)</p> <p><u>医師配置加算 2</u>（1日につき）60 点 (改)</p> <p>[算定要件]</p> <p>医師数が 2 以上であること。</p> <p>[施設基準]</p> <p><u>医師配置加算 1</u>： 初期加算と同様</p> <p><u>医師配置加算 2</u>： 上記以外</p>

改 (3) 入院基本料等加算の拡充

有床診療所においても、所定の要件を満たした場合は、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、無菌治療室管理加算、放射線治療病室管理加算、重症皮膚潰瘍管理加算、特殊疾患入院施設管理加算を算定可とする。

(4) 上記(1)～(3)に伴い、診療所後期高齢者医療管理料は廃止する。

2. 病院の療養病棟又は有床診療所の療養病床が有する後方病床機能の評価

病院の療養病棟及び有床診療所の療養病床において、急性期の入院医療を経た患者、状態が軽度悪化した在宅療養中の患者や介護保険施設の入所者を受け入れた場合についての評価を新設する。



療養病棟初期加算 〇〇〇点（14日以内、1日につき）

有床診療所療養病床初期加算 〇〇〇点（14日以内、1日につき）

[算定要件]

急性期医療を担う病院の一般病床、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、自宅等からの入院患者を療養病床で受け入れた場合に算定する。

[施設基準]

- ① 病院の場合は、療養病棟入院基本料を算定していること。
- ② 診療所の場合は、有床診療所療養病床入院基本料を算定している在宅療養支援診療所であって、過去1年間に在宅患者訪問診療の実績があること。

一般病棟入院基本料等の評価について

第1 基本的な考え方

人的資源を集中的に投入し、充実した急性期の入院医療を提供している医療機関における早期の入院医療を中心とした評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 一般病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料（一般病棟）において、入院早期の加算の引き上げを検討する。

現 行	改定案
【一般病棟入院基本料】（1日につき） 14日以内の期間の加算 428点	【一般病棟入院基本料】（1日につき） 14日以内の期間の加算 〇〇〇点 ^改

2. 一般病棟入院基本料等の7対1及び10対1入院基本料において、月平均夜勤時間72時間以内の要件のみを満たせない場合、7対1、10対1特別入院基本料として評価する。

⑨ 一般病棟入院基本料 7対1特別入院基本料 〇〇〇点※

⑨ 一般病棟入院基本料 10対1特別入院基本料 〇〇〇点※

⑨ 結核病棟入院基本料 7対1特別入院基本料 〇〇〇点※

⑨ 結核病棟入院基本料 10対1特別入院基本料 〇〇〇点※

⑨ 精神病棟入院基本料 10対1特別入院基本料 〇〇〇点※

※該当入院基本料点数の〇〇〇%の点数と設定する。

[算定要件]

- ① 一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料及び精神病棟入院基本料の7対1入院基本料、10対1入院基本料の届出を行っているが、施設基準のうち看護職員の月平均夜勤時間数72時間以内であることの要件のみを満たせない場合
- ② 1カ月間を限度として算定できることとする

- 3. 一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料及び専門病院入院基本料における準7対1入院基本料は、算定している医療機関が少ないこと等を踏まえ、廃止する。
- 4. 医療経済実態調査の結果等を踏まえ、一般病棟入院基本料における15対1入院基本料の評価を適正化することを検討する。

現 行	改定案
【一般病棟入院基本料】(1日につき) 15対1入院基本料 954点	【一般病棟入院基本料】(1日につき) 15対1入院基本料 ○○○点 ^改

- 5. 後期高齢者特定入院基本料について、名称から「後期高齢者」を削除するとともに、75歳以上に限定していた対象年齢の要件を廃止するとともに、新たに対象となる患者については、退院支援状況報告書の提出により、当該入院基本料の算定ではなく、従来通りの出来高による算定も可能とする。

現 行	改定案
【後期高齢者特定入院基本料】(1日につき) [対象者] 特定患者(高齢者医療確保法の規定による療養の給付を受ける者(以下「後期高齢者」という。))である患者であって、当該病棟に90日を超えて入院する患者(別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。))	【特定入院基本料】(1日につき) [対象者] 特定患者(当該病棟に90日を超えて入院する患者(別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。))

医療関係職種の役割分担と連携の評価

第1 基本的な考え方

1. 急性期入院医療において、手厚い人員体制を確保することで、多職種が連携し、より質の高い医療を提供するとともに、病院勤務医の負担軽減にも寄与するような取組を評価する。
2. 急性期の入院医療においても、患者の高齢化等に伴い、看護補助業務の重要性が増している。病院勤務医の負担軽減の観点からも、医師が行っている業務の一部を看護職員が担いつつ、看護職員でなければできない業務に専念するため、看護補助者の配置を評価する。
3. 急性期入院医療においては、栄養管理や呼吸器装着患者の管理等について、多職種からなるチームによる取組が行われている。このような取組により、医療の質が向上するとともに、病院勤務医の負担軽減にもつながることから、試行的に評価を行う。また、導入後にその影響について検証を行う。

第2 具体的な内容

1. 看護補助者の配置の評価

急性期の入院医療を担う7対1入院基本料及び10対1入院基本料について、看護補助者の配置の評価を新設する。



急性期看護補助体制加算 (1日につき)

- | | | |
|---|----------------------|------|
| 1 | 急性期看護補助体制加算 1 (50対1) | 〇〇〇点 |
| 2 | 急性期看護補助体制加算 2 (75対1) | 〇〇〇点 |

[算定要件]

- (1) 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）及び専門病棟入院基本料の7対1入院基本料及び10対1入院基本料の届出病棟に入院している患者であること

(2) 14日を限度として算定できることとする

[施設基準]

(1) 1日の入院患者数に対する看護補助者の配置数が、50対1又は75対1以上であること

※ ただし、傾斜配置できるものとする

(2) 年間の緊急入院患者数が200名以上の実績を有する病院、又は総合周産期母子医療センターであること

(3) 一般病棟用の重症度・看護必要度の基準を満たす患者の割合が7対1入院基本料においては15%以上、10対1入院基本料においては10%以上であること

(4) 看護補助者に対し、急性期看護における適切な看護補助のあり方に関する院内研修会を行っていること

2. 多職種からなるチームによる取組の評価

(1) 急性期の入院医療を行う一般病棟において、栄養障害を生じている患者又は栄養障害を生じるリスクの高い患者に対して、医師、看護師、薬剤師、管理栄養士などからなるチームを編成し、栄養状態改善の取組が行われた場合の評価を新設する。



栄養サポートチーム加算（週1回） ○○○点

[対象患者]

一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）、専門病院入院基本料のうち、7対1入院基本料又は10対1入院基本料の届出病棟に入院している患者のうち、栄養管理実施加算が算定されており、栄養障害を有すると判定された者 等

[算定要件]

- ①対象患者に対する栄養カンファレンスと回診の開催（週1回以上）
- ②対象患者に関する栄養治療実施計画の策定とそれに基づくチーム診療 等
- ③1日当たりの算定患者数は、1チームにつき概ね30人以内とする

[施設基準]

当該保険医療機関内に、以下から構成される栄養管理に係る専任のチームが設置されていること。また、以下のうちのいずれか1人は専従であること。

- ア 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤医師
- イ 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤看護師
- ウ 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤薬剤師
- エ 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤管理栄養士

上記のほか、歯科医師、歯科衛生士、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、言語聴覚士が配置されていることが望ましい。

- (2) 栄養サポートチーム加算の新設に合わせ、後期高齢者退院時栄養・食事指導料は廃止する。
- (3) 一般病棟において、医師、看護師、臨床工学技士、理学療法士などからなるチームにより、人工呼吸器の離脱に向け、適切な呼吸器設定や口腔状態の管理等を総合的に行う場合の評価を新設する。



呼吸ケアチーム加算（週1回） 〇〇〇点

[算定要件]

- ① 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）及び専門病棟入院基本料の届出病棟に入院しており、48時間以上継続して人工呼吸器を装着している患者であること
- ② 人工呼吸器装着後の一般病棟での入院期間が1ヶ月以内であること
- ③ 人工呼吸器離脱のための医師、専門の研修を受けた看護師等による専任のチーム（呼吸ケアチームという）による診療等が行われた場合に週1回に限り算定する

[施設基準]

- ① 呼吸ケアチームは専任のア)～エ)により構成する
 - ア) 人工呼吸器管理等について十分な経験のある医師
 - イ) 人工呼吸器管理等について6カ月以上の専門の研修を受けた看護師
 - ウ) 人工呼吸器等の保守点検の経験を3年以上有する臨床工学技士
 - エ) 呼吸器リハビリテーションを含め5年以上の経験を有する理学療法士

病院勤務医の負担を軽減する体制の評価

第1 基本的な考え方

1. 病院勤務医の勤務状況が未だ厳しいことから、病院勤務医の処遇を改善し、負担を軽減する体制を要件とした診療報酬項目を拡大するとともに、実際に病院勤務医の負担の軽減に結び付くよう、現在一部の医療機関で行われている様々な取り組みを参考に、より効果の期待できる院内の体制の整備や負担軽減及び処遇の改善に係る計画の策定と実行を位置付ける。
2. 重篤な救急患者を受入れる救急医療機関において、軽症受診者の増加が病院勤務医の負担の一因となっていることから、こうした軽症患者が救命救急センターを受診した場合には、一定の条件を付した上で、保険給付の範囲外で患者からの費用徴収を可能にする。

第2 具体的な内容

1. 病院勤務医の負担軽減及び処遇改善を図る体制について

- (1) 実際に病院勤務医の負担軽減につながるよう、今後新たに評価する項目について、病院勤務医の負担軽減及び処遇の改善に資する体制を要件に加える。

要件を加える項目の例

急性期看護補助加算

栄養サポートチーム加算

呼吸ケアチーム加算

小児入院医療管理料 1 及び 2

救命救急入院料 注3に掲げる加算を算定する場合 等

- (2) 病院勤務医の負担の現状に鑑み、より効果の期待できる勤務医負担

軽減のための体制を要件とする。

[算定要件]

- ①病院勤務医の勤務時間について、タイムカード等の客観的な指標を用いて把握していること。
- ②勤務医の勤務状況や負担を把握し、改善に関する提言を行う責任者を配置すること。
- ③役割分担の推進のための多職種からなる委員会を設置し、病院勤務医の負担軽減に係る計画の策定時や評価時、その他必要時に開催されていること。
- ④今後の勤務医負担軽減計画について、先進的な取組み事例を参考に、具体的な取組内容や目標達成年次等を入れた計画を策定し、厚生局に提出すること。
- ⑤目標の達成状況について、年1回厚生局に報告すること。

2. 軽症患者が救命救急センター（平成 22 年 1 月 1 日現在、全国で 221 施設）を受診した場合については、一定の条件を付した上で、保険給付の範囲外で患者からの費用徴収を可能にする。

[具体的な要件（案）]

- ・ 軽症患者に該当するか否かは、診察の前に、医師又は経験を有する看護師が判断する。その基準は、学会等が示すトリアージの基準を参考に、各医療機関が策定する。
- ・ 軽症患者に該当し、特別の料金を徴収される可能性がある旨は、診療前に患者側に伝える。
- ・ この軽症患者の基準や特別の料金を徴収される旨は、院内掲示するとともに、ホームページ等で公表する。
- ・ なお、診療後に軽症の状態に当たらなかったことが判明した場合や入院が必要となった場合等は、特別な料金の徴収はできないものとする。

[救命救急センターの救急外来を受診する際に特別な料金の徴収対象とされる典型例]

- ・ 海外旅行なのでいつもの薬を長期処方して欲しいと言って来院する患者
- ・ 虫刺されがかゆいと言って来院する患者
- ・ 指に刺さった小さなトゲを抜いてほしいと言って来院する患者

病院勤務医の事務作業を補助する職員の配置の評価

第1 基本的な考え方

診断書の作成、診療録の記載等の書類作成業務が特に急性期の入院医療を担う病院勤務医の負担となっていることや、医師事務作業補助者の配置により一定の負担軽減効果が見られていることから、より多くの医師事務作業補助者を配置した場合の評価を設けるとともに、評価の引上げと要件の緩和を行う。

第2 具体的な内容

医師事務作業補助体制加算の引上げを行うとともに、より多くの医師事務作業補助者を配置した場合の評価を設ける。

現 行	改定案
<p>【医師事務作業補助体制加】（入院初日）</p> <p>1 25対1 補助体制加算 355点</p> <p>2 50対1 補助体制加算 185点</p> <p>3 75対1 補助体制加算 130点</p> <p>4 100対1 補助体制加算 105点</p> <p>[施設基準]</p> <p>1 25対1 補助体制加算の施設基準 第三次救急医療機関、小児救急医療 拠点病院、総合周産期母子医療センタ ー</p> <p>2 50対1、75対1、100対1 補助体制加 算の施設基準</p>	<p>【医師事務作業補助体制加】（入院初日）</p> <p>1 15対1 補助体制加算 ○○○点^新</p> <p>2 20対1 補助体制加算 ○○○点^新</p> <p>3 25対1 補助体制加算 ○○○点^改</p> <p>4 50対1 補助体制加算 ○○○点^改</p> <p>5 75対1 補助体制加算 ○○○点^改</p> <p>6 100対1 補助体制加算 ○○○点^改</p> <p>[施設基準]</p> <p>1 15対1、20対1 補助体制加算の施設 基準 第三次救急医療機関、小児救急医療 拠点病院、総合周産期母子医療センタ ー、<u>年間の緊急入院患者数が800名以上 の実績を有する病院</u></p> <p>2 25対1、50対1 補助体制加算の施設 基準</p>

<p>1 の施設基準を満たしていること又は災害拠点病院、へき地医療拠点病院、地域医療支援病院、年間の緊急入院患者数が200名以上の実績を有する病院</p>	<p>1 の施設基準を満たしていること又は災害拠点病院、へき地医療拠点病院、地域医療支援病院、年間の緊急入院患者数が200名以上の実績を有する病院、<u>全身麻酔による手術件数が年間800件以上の病院</u></p> <p>3 <u>75対1、100対1補助体制加算の施設基準</u></p> <p>1 又は2 の施設基準を満たしていること又は年間の緊急入院患者数が<u>100名以上の実績を有する病院</u></p>
---	---

地域における医療機関の連携に対する評価

第1 基本的な考え方

地域の医療機関や介護サービス等も含めた連携を通して、個々の患者に対し適切な場所での療養を提供する観点から、以下の見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 比較的長期の療養を担う病棟における退院調整加算の見直し

従来の退院調整加算について、手厚い体制で退院調整を行う場合の評価を新設するとともに、名称を変更する。

現 行	改定案
<p>【退院調整加算】</p> <p>1 退院支援計画作成加算(入院中1回)</p> <p>2 退院加算(退院時1回)</p> <p>イ 療養病棟入院基本料等の算定患者が退院した場合 100点</p> <p>ロ 障害者施設等入院基本料等の算定患者が退院した場合 300点</p> <p>[施設基準]</p>	<p>【慢性期病棟等退院調整加算】</p> <p>1 退院支援計画作成加算(入院中1回)</p> <p>2 退院加算1(退院時1回)</p> <p>イ 療養病棟入院基本料等の算定患者が退院した場合 〇〇〇点 ㊦</p> <p>ロ 障害者施設等入院基本料等の算定患者が退院した場合 〇〇〇点 ㊦</p> <p>3 退院加算2(退院時1回)</p> <p>イ 療養病棟入院基本料等の算定患者が退院した場合 100点</p> <p>ロ 障害者施設等入院基本料等の算定患者が退院した場合 300点</p> <p>[施設基準]</p> <p>退院加算1:退院調整部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する専従の看護師及び専任の社会福祉士</p>

<p>退院調整部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上配置されていること。</p>	<p>又は専任の看護師及び専従の社会福祉士が配置されていること。 ㊦</p> <p>退院加算2：退院調整部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上配置されていること。</p>
--	---

2. 主に急性期医療を担う病棟における退院調整加算の新設

後期高齢者退院調整加算について、急性期治療を受け、病状の安定が見込まれた患者について、必要に応じて医療と介護が切れ目なく提供されるよう、介護保険サービスの活用も含めて支援する観点から、名称変更及び対象年齢の拡大を行う。



急性期病棟等退院調整加算 1 〇〇〇点（退院時 1 回）

急性期病棟等退院調整加算 2 〇〇〇点（退院時 1 回）

[算定要件]

(1) 対象患者

65 歳以上の患者又は 40 歳以上の特定疾病患者であって、一般病棟入院基本料（特定入院基本料を除く。）を算定している患者

(2) 適切なサービスの選択や手続き等について、患者及び患者家族に必要な情報提供や、適切な施設への転院等の手続きを行った場合に算定する。

[施設基準]

急性期病棟等退院調整加算 1：退院調整部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する専従の看護師及び専任の社会福祉士又は専任の看護師及び専従の社会福祉士が配置されていること。 ㊦

急性期病棟等退院調整加算 2：退院調整部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上配置されていること。

地域医療を支える有床診療所の評価

第1 基本的な考え方

地域医療を支える有床診療所について、手厚い人員配置や後方病床機能等に対する評価を拡充する。

第2 具体的な内容

改 1. 有床診療所入院基本料の再編成

手厚い看護職員の配置を行う有床診療所の評価を新設するとともに、有床診療所の実態を踏まえ、評価区分を見直す。

現 行	有床診療所入院基本料 1 (看護職員 5 人以上)	7 日以内	810 点
		8～14 日	660 点
		15～30 日	490 点
		31 日以上	450 点
	有床診療所入院基本料 2 (看護職員 1～4 人)	7 日以内	640 点
		8～14 日	480 点
		15～30 日	320 点
		31 日以上	280 点



改 定 案	有床診療所入院基本料 <u>1</u> (看護職員 <u>7 人以上</u>)	14 日以内	〇〇〇点
		15～30 日	〇〇〇点
		31 日以上	〇〇〇点
	有床診療所入院基本料 <u>2</u> (看護職員 <u>4～6 人</u>)	14 日以内	〇〇〇点
		15～30 日	〇〇〇点
		31 日以上	〇〇〇点
	有床診療所入院基本料 <u>3</u> (看護職員 <u>1～3 人</u>)	14 日以内	〇〇〇点
		15～30 日	〇〇〇点
		31 日以上	〇〇〇点

2. 後方病床機能の評価

急性期医療及び在宅医療等に対する後方病床の機能を有する等、地域医療を支える有床診療所の機能を評価する。

(1) 初期加算の新設〔p. 14, 16 再掲〕

地域医療を支える有床診療所における後方病床機能や在宅支援機能の評価として、急性期の入院医療を経た患者、状態が軽度悪化した在宅療養中の患者や介護保険施設の入所者を受け入れた場合の入院早期の評価を新設する。

(2) 医師配置加算の見直し〔p. 15 再掲〕

複数の医師を配置している場合の評価に関し、地域医療を支えている有床診療所についての評価を引き上げる。

(3) 重症児等の受入れの評価〔p. 15 再掲〕

有床診療所における重症児等の受入れを評価する。

在宅復帰後を見越した地域連携の評価

第1 基本的な考え方

1. 地域連携診療計画において、亜急性期・回復期の病院を退院後に通院医療・在宅医療を担う病院・診療所や、リハビリテーション等の医療系サービスを担う介護サービス事業所までも含めた計画を運用することにより、退院後も切れ目ない医療を提供できることから、退院後の療養を見越した地域連携診療計画の運用について評価を行う。
2. 退院後の生活を見通し、入院後比較的早期から介護サービスの導入を見越した居宅介護支援事業者等との連携の評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 地域連携診療計画において、退院後の通院医療・リハビリテーション等を担う病院・診療所・介護サービス事業所等も含めた連携と情報提供が行われている場合の、評価を新設する。

現 行	改定案
<p>【地域連携診療計画退院時指導料】 (退院時1回) 600点</p>	<p>【<u>地域連携診療計画退院時指導料1</u>】 (退院時1回) 600点</p> <p>【<u>地域連携診療計画退院計画加算</u>】 ○○○点 新</p> <p>[算定要件] 患者ごとに策定された地域連携診療計画に沿って、退院後の療養を担う保険医療機関又は介護サービス事業所と連携を行い、退院後の診療計画について、文書で退院後の療養を担う医療機関に提供した場合に地域連携診療計画退院時指導料1に加算する。</p>



地域連携診療計画退院時指導料 2 〇〇〇点

[算定要件]

- (1) 診療所又は許可病床数 200 床未満の病院において、地域連携診療計画に基づき、地域連携診療計画退院時指導料 1 を算定する医療機関を退院後の患者に対して、通院あるいは在宅医療を提供した場合に、初回月に算定する。
- (2) 退院日の属する月の翌月までに、地域連携診療計画管理料を算定する医療機関に対して、診療状況を報告すること。

2. 介護支援連携指導料の新設



介護支援連携指導料 〇〇〇点（入院中 2 回）

[算定要件]

- (1) 入院中の医療機関の医師又は医師の指示を受けた看護師・薬剤師・理学療法士等が、入院中の患者の同意を得て、居宅介護支援事業者等と退院後の介護サービス等について共同して指導を行った場合に、入院中 2 回に限り算定する。
- (2) 退院時共同指導料他職種連携加算を算定する場合には、同日に行った指導について、介護支援連携指導料は算定できない。

「四つの視点」関連項目（入院を中心に）

精神科急性期入院医療に係る評価	1
精神科慢性期入院医療に係る評価	5
精神科専門的入院医療に係る評価	7
地域における精神医療の評価	9
医療安全対策の推進について	12
急性期の医療機関における入院患者の看護必要度の評価	15
検体検査評価の充実について	16
安全な麻酔管理体制の評価	17
医療療養病棟の評価に係る見直し	18
疾患別リハビリテーションの充実について	20
回復期等における充実したリハビリテーションの評価	24
がん患者や難病患者に対するリハビリテーションの評価	28
ケアマネジャーとの連携の評価等について	30
明細書発行の推進及び処方せん様式等の見直し	32

精神科急性期入院医療に係る評価

第1 基本的な考え方

精神科の急性期医療を担う病院において、手厚い人員配置がなされていることを踏まえ、新たな看護配置区分の評価を設ける。

また、精神科救急患者及び身体合併症治療を要する患者については、救急搬送の受入困難事例ともなっていることから、診療報酬上の評価を引き上げる。

第2 具体的な内容

1. 精神科入院基本料の見直し

- (1) 精神科病棟において、15対1を超えた手厚い看護体制を提供している病棟について、看護配置区分の評価を新設するとともに、入院患者の重症度に関する基準を導入する。



精神病棟入院基本料 13対1入院基本料 ○○○点

[算定要件]

- ①新規入院患者のうち、重症者（GAFスコア 30 以下又は身体合併症患者）の割合が4割以上であること。
- ②身体疾患への治療体制を確保している医療機関であること。

- (2) 10対1精神病棟入院基本料について、精神疾患の特性を踏まえてその平均在院日数の要件を緩和する一方、入院患者の重症度に関する基準を導入する。また、入院基本料の加算について、入院早期をより重視した評価体系とする。

なお、特定機能病院入院基本料（精神病棟）についても同様の見直しを行う。



精神病棟入院基本料 10 対 1 入院基本料 1,240 点

[算定要件]

- ①平均在院日数が 40 日 以内であること。
- ②新規入院患者のうち、重症者（GAFスコア 30 以下）の割合が 5 割以上であること。

現 行	改定案
【入院基本料加算】	【入院基本料加算】
14日以内 459点	14日以内 〇〇〇点 改
15日以上 30日以内 242点	15日以上 30日以内 〇〇〇点 改
31日以上 90日以内 125点	31日以上 90日以内 125点
91日以上 180日以内 20点	91日以上 180日以内 〇〇〇点 改
181日以上 1年以内 5点	181日以上 1年以内 〇〇〇点 改

2. 精神科急性期入院料の引き上げ

- (1) 精神科救急入院料及び精神科救急・合併症入院料について、その早期の評価を引き上げる。

現 行	改定案
【精神科救急入院料】（1日につき）	【精神科救急入院料】（1日につき）
1 精神科救急入院料 1	1 精神科救急入院料 1
30日以内 3,431点	30日以内 〇〇〇点 改
31日以上 3,031点	31日以上 3,031点
2 精神科救急入院料 2	2 精神科救急入院料 2
30日以内 3,231点	30日以内 〇〇〇点 改
31日以上 2,831点	31日以上 2,831点
【精神科救急・合併症入院料】	【精神科救急・合併症入院料】
（1日につき）	（1日につき）
30日以内 3,431点	30日以内 〇〇〇点 改
31日以上 3,031点	31日以上 3,031点

(2) また、精神科急性期治療病棟入院料についても、評価の引き上げと施設基準の緩和を行う。

現 行	改定案
<p>【精神科急性期治療病棟入院料】 (1日につき)</p> <p>1 精神科急性期治療病棟入院料 1 30日以内 1,900点 31日以上 1,600点</p> <p>2 精神科急性期治療病棟入院料 2 30日以内 1,800点 31日以上 1,500点</p> <p>[算定要件等] 当該病院の全病床数の7割以上 又は200床以上が精神病床である 若しくは特定機能病院である。</p>	<p>【精神科急性期治療病棟入院料】 (1日につき)</p> <p>1 精神科急性期治療病棟入院料 1 30日以内 ○○○点 改 31日以上 1,600点</p> <p>2 精神科急性期治療病棟入院料 2 30日以内 ○○○点 改 31日以上 1,500点</p> <p>[算定要件等] (削除) 改</p>

(3) なお、精神科救急入院料、急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料の算定について、医療観察法の入院処遇が終了した者の転院を受入れた場合の算定を認めるとともに、受入れた月については措置入院等と同様に入院患者数の算定から除外して扱うこととする。

3. 身体合併症の対応に関する評価

精神疾患、身体疾患の双方について治療を行った場合の評価である精神科身体合併症管理加算を引き上げる。

現 行	改定案
<p>【精神科身体合併症管理加算】 (1日につき)</p> <p>1 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料又は認知症病棟入院料を算定している患者の場合</p>	<p>【精神科身体合併症管理加算】 (1日につき) ○○○点 改</p> <p>[算定要件] 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、認知症病棟入院料、精</p>

<p style="text-align: right;">300点</p> <p>2 精神病棟入院基本料（10対1、15対1）、特定機能病院入院基本料（7対1、10対1、15対1（精神病棟に限る））を算定している患者の場合</p> <p style="text-align: right;">200点</p>	<p>精神病棟入院基本料（10対1、<u>13対1</u>、15対1）、特定機能病院入院基本料（7対1、10対1、<u>13対1</u>、15対1（精神病棟に限る。））を算定している病棟であること。</p>
---	---

精神科慢性期入院医療に係る評価

第1 基本的な考え方

平成21年9月24日に今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会により取りまとめられた「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」において、「入院医療中心から地域医療中心へ」という基本理念を推進し、精神疾患にかかった場合でも質の高い医療、症状・希望等に応じた適切な医療・福祉サービスを受け、地域で安心して自立した生活を継続できる社会を実現することが謳われた。

そこで、この方針に従い、診療報酬上必要な評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 精神科地域移行実施加算の評価の引き上げ

入院期間が5年を超える長期入院患者を直近1年間で5%以上減少させた実績のある医療機関に対する評価を引き上げる。

現 行	改定案
【精神科地域移行実施加算】 (1日につき) 5点	【精神科地域移行実施加算】 (1日につき) 〇〇〇点 改

2. 非定型抗精神病薬加算の見直し

統合失調症患者に対して投与する抗精神病薬の種類数を国際的な種類数と同程度としていることについて、精神科救急入院料等の特定入院料の非定型抗精神病薬加算※において評価する。

※以下の特定入院料への加算

- A311 精神科救急入院料、A311-2 精神科急性期治療病棟入院料、
- A311-3 精神科救急・合併症入院料、A312 精神療養病棟入院料

現 行	改定案
<p>【非定型抗精神病薬加算】 (1日につき) 10点</p>	<p>【非定型抗精神病薬加算】(1日につき)</p> <p>1 非定型抗精神病薬加算1 〇〇〇点^新</p> <p>2 非定型抗精神病薬加算2 〇〇〇点^改</p> <p>[算定要件]</p> <p>(1) 非定型抗精神病薬加算1 使用している抗精神病薬の種類が 2種類以下であること</p> <p>(2) 非定型抗精神病薬加算2 1以外の場合</p>

3. 精神療養病棟入院料への重症度評価の導入

精神療養病床について、患者の状態像によらず一律の評価となっていることを見直し、重症度に応じた加算を新設する。

現 行	改定案
<p>【精神療養病棟入院料】(1日につき) 1,090点</p>	<p>【精神療養病棟入院料】(1日につき) 〇〇〇点^改</p> <p><u>重症者加算</u>(1日につき) 〇〇〇点^新</p> <p>[算定要件]</p> <p>重症者加算：当該患者のGAFスコア が40以下であること。</p>

精神科専門的入院医療に係る評価

第1 基本的な考え方

児童・思春期の発達障害やうつ病、強度行動障害やアルコール依存症等の専門的な医療の提供が必要な疾患について、適切な医療体制が提供されるよう診療報酬上必要な評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 児童・思春期精神科入院医療管理加算

発達障害や思春期うつ病など、児童思春期の精神疾患患者の治療を行う専門病棟についての評価を引き上げる。

現 行	改定案
【児童・思春期精神入院医療管理加算】 (1日につき) 650点	【児童・思春期精神入院医療管理加算】 (1日につき) 〇〇〇点 改

2. 強度行動障害児に対する入院医療の評価

個人の特性等に配慮した特別な医学的ケアを必要とする強度行動障害児に対する入院医療について、新たな評価を設ける。



強度行動障害入院医療管理加算 (1日につき) 〇〇〇点

[算定要件]

- (1) 強度行動障害児(者)の医療度判定基準スコア 24 点以上の者であること。
- (2) 行動障害に対する専門的な医療提供体制が整備されていること。

3. 重度アルコール依存症入院医療の評価

重度のアルコール依存症治療において、高い治療効果が得られる専門的入院医療について、新たな評価を設ける。



重度アルコール依存症入院医療管理加算（1日につき）

30日以内 〇〇〇点

31日以上60日以内 〇〇〇点

[算定要件]

- (1) 当該保険医療機関にアルコール依存症に係る研修を修了した専従の医師、専従の作業療法士又は精神保健福祉士又は臨床心理技術者が配置されていること。
- (2) アルコール依存症の治療プログラムに基づく治療が提供されていること。

4. 摂食障害に対する入院医療の評価

治療抵抗性を示すことの多い摂食障害について、専門的な入院医療に対する新たな評価を設ける。



摂食障害入院医療管理加算（1日につき）

30日以内 〇〇〇点

31日以上60日以内 〇〇〇点

[算定要件]

- (1) 重度の摂食障害による著しい体重減少が認められる者であること。
- (2) 当該保険医療機関に摂食障害の専門的治療を行う医師、臨床心理技術者等が配置されていること。
- (3) 摂食障害の治療について、一定の実績を有する保険医療機関であること。

地域における精神医療の評価

第1 基本的な考え方

精神科外来における精神療法については、長時間に及ぶものについての評価を引き上げるとともに、近年うつ病に対する効果が明らかとなっている認知行動療法についての評価を新設する。

精神科デイ・ケア等について、障害福祉サービスの充実を踏まえ、精神障害者の地域移行の推進につながるよう評価の見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 精神科専門療法の見直し

- (1) 精神科専門療法について、病院と診療所で異なった評価になっている点を見直すとともに、長時間に及ぶものについての評価を引き上げる。

現 行	改定案
【通院・在宅精神療法】（1日につき）	【通院・在宅精神療法】（1日につき）
1 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において精神保健指定医が通院精神療法を行った場合 500点	1 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において精神保健指定医が通院精神療法を行った場合 500点
2 1以外の場合	2 1以外の場合
イ 病院の場合	イ <u>30分以上の場合</u> 〇〇〇点 改
(1) 30分以上の場合 360点	ロ <u>30分未満の場合</u> 〇〇〇点 改
(2) 30分未満の場合 330点	
ロ 診療所の場合	
(1) 30分以上の場合 360点	
(2) 30分未満の場合 350点	

(2) また、うつ病に対する効果が明らかとなっている認知療法・認知行動療法について、診療報酬上の評価を新設する。



認知療法・認知行動療法（1日につき） 〇〇〇点

[算定要件]

- (1) 気分障害の患者に対して一連の治療に関する計画を作成し、患者に対して詳細な説明を行うこと。
- (2) 診療に要した時間が 30 分を超えた場合に算定し、一連の治療につき 16 回を限度とする。
- (3) 厚生労働科学研究班作成のマニュアルに準じて行うこと。

2. 精神科デイ・ケア等の見直し

精神科デイ・ケア等について、精神障害者の地域移行を推進するために、早期の地域移行についての評価を行う。

現 行	改定案
<p>【精神科ショートケア】（1日につき）</p> <p>1 小規模なもの 275点</p> <p>2 大規模なもの 330点</p>	<p>【精神科ショートケア】（1日につき）</p> <p>1 小規模なもの 275点</p> <p>2 大規模なもの 330点</p> <p><u>当該療法の算定を開始した日から起算して1年以内の期間に行われる場合、所定点数に〇〇〇点を加算する。</u> 新</p>
<p>【精神科デイ・ケア】（1日につき）</p> <p>1 小規模なもの 550点</p> <p>2 大規模なもの 660点</p> <p>食事を提供した場合、48点を加算する。</p>	<p>【精神科デイ・ケア】（1日につき）</p> <p>1 小規模なもの 〇〇〇点 改</p> <p>2 大規模なもの 〇〇〇点 改</p> <p><u>当該療法の算定を開始した日から起算して1年以内の期間に行われる場合</u> <u>所定点数に〇〇〇点を加算する。</u> 新</p>

<p>【精神科ナイトケア】（1日につき） 500点 食事を提供した場合、48点を加算する。</p> <p>【精神科デイ・ナイトケア】 （1日につき） 1,000点 3食を提供した場合130点、2食を提供 した場合96点を加算する。</p> <p>【重度認知症患者デイ・ケア料】 （1日につき） 1,000点 食事を提供した場合、48点を加算する。</p>	<p>【精神科ナイトケア】（1日につき） 000点 改 <u>当該療法の算定を開始した日から 起算して1年以内の期間に行われる 場合、所定点数に000点を加算す る。</u> 新</p> <p>【精神科デイ・ナイトケア】 （1日につき） 000点 改 <u>当該療法の算定を開始した日から 起算して1年以内の期間に行われる 場合、所定点数に000点を加算す る。</u> 新</p> <p>【重度認知症患者デイ・ケア料】 （1日につき） 000点 改 <u>当該療法の算定を開始した日から 起算して1年以内の期間に行われる 場合、所定点数に000点を加算す る。</u> 新</p>
---	---

医療安全対策の推進について

第1 基本的な考え方

1. 医療安全対策については、医療の高度化、複雑化、患者の高まるニーズに対応するため、更なる普及が進むよう、評価を行う。また、感染症の専門的な知識を有する医療関係職種から構成されるチームによる病棟回診や、抗生剤の適正使用の指導・管理等の感染防止対策の取り組みの評価を行う。
2. 医薬品安全性情報等の管理体制が充実している医療機関において、入院患者に対して薬学的管理指導を実施した場合に評価を行う。
3. 医療機器の安全使用のため、医療機器の安全管理に関し、さらなる評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 医療安全対策加算の充実

医療安全対策加算について、評価の引き上げを行うとともに、より多くの病院において医療安全対策を推進する観点から、質を担保しつつ、要件を緩和した評価を新設する。また、感染症の専門的な知識を有する医療関係職種から構成されるチームによる病棟回診や、抗生剤の適正使用の指導・管理等の感染防止対策の取組の評価を行う。

現 行	改定案
【医療安全対策加算】（入院初日） 50点	【医療安全対策加算】（入院初日） 1 医療安全対策加算 1 〇〇〇点 ^改 2 医療安全対策加算 2 〇〇〇点 ^新 [算定要件]

	<p>(1) <u>医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が配置されていること。</u></p> <p>(2) その他の基準は1と同様。</p> <p>3 感染防止対策加算（入院初日） ○○○点^新</p> <p>[算定要件]</p> <p>(1) 医療安全対策加算1の届け出を行っている医療機関において、感染防止対策についてさらなる取組を行っている場合に算定する。</p> <p>(2) 感染症対策に3年以上の経験を有する常勤医師、感染管理に係る6カ月以上の研修を修了した看護師のうち専従1名、専任1名以上</p> <p>(3) 3年以上の病院勤務経験をもつ専任の薬剤師、臨床検査技師が配置されていること。</p> <p>(4) 感染防止対策部門の設置、感染対策チームが広域抗生剤等（カルバペネム、バンコマイシン等）の使用を管理していること。</p>
--	---

2. 医薬品安全性情報等の管理体制の充実

医療機関における医薬品安全性情報等の管理体制の更なる充実を図るため、医薬品情報管理室において更に質の高い医薬品安全性情報等の管理を行っている場合に、薬剤管理指導料に加算を設ける。

薬剤管理指導料



医薬品安全性情報等管理体制加算 ○○○点

[算定要件]

薬剤管理指導料の初回算定時に算定する。

[施設基準]

医薬品情報管理室において当該医療機関における医薬品の使用状況を把握するとともに、医薬品の安全性に係る重要な情報を把握した際に、速やかに必要な措置を講じる体制を有していること。

3. 医療機器安全管理料の充実

医療機器の安全使用を推進するため、医療機器の安全管理に関し、さらなる評価を行う。

現 行		改 定 案	
医療機器安全管理料 1	50点	医療機器安全管理料 1	〇〇〇点 改
医療機器安全管理料 2	1,000点	医療機器安全管理料 2	〇〇〇点 改

急性期の医療機関における 入院患者の看護必要度の評価

第1 基本的な考え方

地域において急性期を担う医療機関において、入院患者の重症度等の状態について評価を行い実情に合わせた適正な配置を行っている病院を評価する。

第2 具体的な内容

急性期の入院医療を担う一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）、専門病院入院基本料の10対1入院基本料について、「一般病棟用の重症度・看護必要度」に係る評価票を用い継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っている場合の加算を新設する。



一般病棟看護必要度評価加算（1日につき） 〇〇〇点

[算定要件]

- ①一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）、専門病院入院基本料の10対1入院基本料を算定している患者であること。
- ②当該入院基本料を算定している全ての患者の状態を一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票を用い継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っていること。

※ なお、毎年7月において、1年間の測定結果を地方厚生（支）局長に報告すること。

検体検査評価の充実について

第1 基本的な考え方

各種検体検査は診断や治療に必須のものであり、良質かつ適切な医療を提供するために、その質の確保及び迅速化は重要な課題である。

このため、検体検査の質の確保や迅速化について重点的な評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 特定機能病院等の大規模病院においては、高度な医療の提供が求められている。こうした検査の質を確保する観点から、より充実した体制で検体検査を実施する場合の評価を新設する。

⑨ 検体検査管理加算（Ⅳ） 〇〇〇点

[算定要件]

入院中の患者に対して、1人につき月1回算定する。

[施設基準]

- ①院内検査を行っている病院又は診療所であること。
- ②当該保険医療機関内に臨床検査を専ら担当する常勤の医師が配置されていること。
- ③当該保険医療機関内に常勤の臨床検査技師が10名以上配置されていること。
- ④当該検体検査管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

2. 外来迅速検体検査管理加算の評価を引き上げる。

現 行	改定案
【外来迅速検体検査加算】 5点/件（最大5件まで）	【外来迅速検体検査加算】 〇〇〇点/件（最大5件まで） ⑩

安全な麻酔管理体制の評価

第1 基本的な考え方

現在、常勤の麻酔科標榜医が麻酔前後の診察及び麻酔手技を行い質の高い麻酔を提供することについては、麻酔管理料により評価されている。

特定機能病院等の大規模な病院において、複数の麻酔科標榜医により麻酔の安全管理体制が整えられている医療機関において、麻酔科標榜医の監督下で質の高い麻酔が提供されることを評価する。

第2 具体的な内容

複数の常勤麻酔科標榜医による麻酔の安全管理体制が整えられていることを評価する麻酔管理料（Ⅱ）を新設する。



麻酔管理料（Ⅱ）

1	硬膜外麻酔又は脊椎麻酔	〇〇〇点（1人につき1回）
2	全身麻酔	〇〇〇点（1人につき1回）

[算定要件]

常勤の麻酔科標榜医の監督下に麻酔前後の診察及び麻酔手技が行われた場合に算定する。

[施設基準]

5人以上の常勤の麻酔科標榜医により麻酔の安全管理体制が確保されていること。

医療療養病棟の評価に係る見直し

第1 基本的な考え方

急性期医療に引き続き入院医療を提供する療養病棟について、より質の高い医療を評価する観点から以下の見直しを行う。

第2 具体的な内容

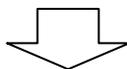
1. 療養病棟入院基本料の見直し

(1) 療養病棟入院基本料の再編成

医療療養病棟における入院患者の重症化傾向等を考慮して人員配置の要件を見直すとともに、医療経済実態調査の結果等を踏まえて療養病棟入院基本料の適正化を行う。

(現行) 療養病棟入院基本料

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	885点	1,320点	1,709点
ADL区分2	750点		
ADL区分1		1,198点	



(改定案) 療養病棟入院基本料1

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	〇〇〇点	〇〇〇点	〇〇〇点
ADL区分2	〇〇〇点	〇〇〇点	〇〇〇点
ADL区分1	〇〇〇点	〇〇〇点	〇〇〇点

[施設基準]

- ① 看護職員及び看護補助者が20対1配置以上であること。
- ② 医療区分2又は3の患者が全体の8割以上であること。

改 (改定案) 療養病棟入院基本料 2

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
A D L 区分 3	〇〇〇点	〇〇〇点	〇〇〇点
A D L 区分 2	〇〇〇点	〇〇〇点	〇〇〇点
A D L 区分 1	〇〇〇点	〇〇〇点	〇〇〇点

[施設基準]

看護職員及び看護補助者が 25 対 1 配置以上であること。

(2) データ提出の要件化

慢性期包括医療の質を向上させる取組を推進するため、患者の病像や提供されている医療サービスに関するデータ提出を要件化する。

2. 療養病床における後方病床機能の評価 [1 月 27 日提示済み]

病院及び有床診療所の療養病床において、急性期の入院医療を経た患者、在宅療養中の患者や介護保険施設の入所者を受け入れた場合についての評価を新設する。

3. 経過措置の延長

平成 18 年度改定及び平成 20 年度改定において実施した、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等に対する経過措置について、平成 23 年度末まで延長する。

疾患別リハビリテーションの充実について

第1 基本的な考え方

各疾患の特性を踏まえた発症早期からの集中的なリハビリテーションが予後の向上に寄与することが示されていることから、発症早期からのリハビリテーションが充実できるよう、評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 疾患別リハビリテーションの充実

- (1) 脳卒中等におけるリハビリテーションの重要性に鑑み、脳血管疾患等リハビリテーション(I)(II)の評価を引き上げる。また、廃用症候群に対するリハビリテーションについて、その疾患特性に応じた評価を行う。

現 行	改定案
【脳血管疾患等リハビリテーション料】 （1単位につき）	【脳血管疾患等リハビリテーション料】 （1単位につき）
1 脳血管疾患等リハビリテーション料(I) 235点	1 脳血管疾患等リハビリテーション料(I) (1) (2)以外の場合 〇〇〇点 ^改 (2) 廃用症候群の場合 〇〇〇点 ^新
2 脳血管疾患等リハビリテーション料(II) 190点	2 脳血管疾患等リハビリテーション料(II) (1) (2)以外の場合 〇〇〇点 ^改 (2) 廃用症候群の場合 〇〇〇点 ^新
3 脳血管疾患等リハビリテーション料(III) 100点	3 脳血管疾患等リハビリテーション料(III) (1) (2)以外の場合 100点 (2) 廃用症候群の場合 100点 ^新

- (2) 大腿骨頸部骨折をはじめとして、発症あるいは術後早期からの集中的なリハビリテーションが重要であることから、運動器リハビリテーションについて、より充実した人員配置を評価した新たな区分を新設する。

現 行	改定案
<p>【運動器リハビリテーション料】 (1単位につき)</p> <p>1 運動器リハビリテーション料 (I) 170点</p> <p>2 運動器リハビリテーション料 (II) 80点</p>	<p>【運動器リハビリテーション料】 (1単位につき)</p> <p>1 運動器リハビリテーション料(I) 〇〇〇点^新</p> <p>2 運動器リハビリテーション料(II) 〇〇〇点^改</p> <p>3 運動器リハビリテーション料(III) 80点</p> <p>[運動器リハビリテーション料(I)の算 定要件]</p> <p>入院中の患者に対し、運動器リハビ リテーションを行った場合に算定す る。</p> <p>[運動器リハビリテーション料(I)の施 設基準]</p> <p>(1) 疾患別リハビリテーションを担 当する専任の常勤医師が1名以上 配置されていること。</p> <p>(2) 運動器リハビリテーションを担 当する常勤の理学療法士、作業療法 士等が適切に配置されていること。</p> <p>(3) 運動器リハビリテーションを行 うにつき十分な施設を有している こと。</p> <p>(4) 運動器リハビリテーションを行 うにつき必要な機械、器具が具備さ れていること。</p>

- (3) 心大血管疾患リハビリテーションについては、その実施により虚血性心疾患をはじめとする心疾患患者の長期予後を改善することが示されているが、その実施が可能な施設が全国で 418 施設と少ないことから、施設基準の見直しを行う。

現 行	改定案
<p>【心大血管疾患リハビリテーション料】（1単位につき）</p> <p>1 心大血管疾患リハビリテーション料（I） 200点</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 届出保険医療機関（循環器科又は心臓血管外科を標榜するものに限る。）において、循環器科又は心臓血管外科の医師が常時勤務しており、心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。</p>	<p>【心大血管疾患リハビリテーション料】（1単位につき）</p> <p>1 心大血管疾患リハビリテーション料（I） 200点</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 届出保険医療機関（循環器科又は心臓血管外科を標榜するものに限る。）において、<u>循環器科又は心臓血管外科の医師が心大血管疾患リハビリテーションを実施している時間帯において常時勤務しており、心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。なお、心大血管疾患リハビリテーションが行われていない時間については、患者の急変等に対応できる体制を備えていること。</u></p>

2. 発症早期からのリハビリテーションの充実

発症早期からのリハビリテーションの充実を図るため、疾患別リハビリテーションの早期リハビリテーション加算を引き上げる。

現 行	改定案
<p>【早期リハビリテーション加算】</p> <p>（1単位につき） 30点</p>	<p>【早期リハビリテーション加算】</p> <p>（1単位につき） 〇〇〇点^改</p>

3. 維持期のリハビリテーションについて

維持期のリハビリテーションについては、平成 21 年度介護報酬改定において充実が図られたが、その実施状況に鑑み、今回の診療報酬改定においては、介護サービスとしてのリハビリテーションを提供することが適切と考えられる患者に対して介護サービスに係る情報を提供することを要件として、維持期における月 13 単位までのリハビリテーションの提供を継続する。

回復期等における充実した リハビリテーションの評価

第1 基本的な考え方

1. 回復期リハビリテーション病棟に導入された質の評価については、質の向上につながっていることが検証部会の結果で明らかとなった。さらに質の高いリハビリテーションを行っている病棟を評価する観点から、休日においてもリハビリテーション提供可能な体制や、充実した量のリハビリテーションを提供していることの評価を行う。
2. 検証部会の結果より、亜急性期病棟において、リハビリテーションを行っている患者が多く入院していることが明らかとなった。亜急性期病棟における、合併症等、密度の高い医療を必要とする患者に対する回復期のリハビリテーションの提供について、評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 充実したリハビリテーションを行う回復期リハビリテーション病棟の評価について
 - (1) 集中的なリハビリテーションを提供する観点から、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病棟において提供すべきリハビリテーションの単位数の基準を設ける。また、回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する病棟においては実際には多くの重症患者を受け入れていることから、その割合の基準を引き上げる。また、これらの見直しに伴い、評価の引き上げを行う。

現 行	改定案
<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】（1日につき）</p> <p>1 回復期リハビリテーション病棟入院料1 1,690点</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 回復期リハビリテーションを要する状態の患者を8割以上入院させていること</p> <p>(2) 当該病棟において新規入院患者のうち1割5分以上が重症の患者であること</p> <p>(3) 当該病棟において退院患者のうち、他の保険医療機関への転院した者等を除く者の割合が6割以上であること</p> <p>2 回復期リハビリテーション病棟入院料2 1,595点</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 回復期リハビリテーションを要する状態の患者を8割以上入院させていること</p>	<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】（1日につき）</p> <p>1 回復期リハビリテーション病棟入院料1 ○○○点 ㊦</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 回復期リハビリテーションを要する状態の患者を8割以上入院させていること</p> <p><u>(2) 回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対し、1人1日あたり2単位以上のリハビリテーションが行われていること</u></p> <p>(3) 当該病棟において新規入院患者のうち<u>2割以上</u>が重症の患者であること</p> <p>(4) 当該病棟において退院患者のうち、他の保険医療機関への転院した者等を除く者の割合が6割以上であること</p> <p>2 回復期リハビリテーション病棟入院料2 ○○○点 ㊦</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 回復期リハビリテーションを要する状態の患者を8割以上入院させていること</p> <p>(2) <u>回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対し、1人1日あたり2単位以上のリハビリテーションが行われていること</u></p>

- (2) より充実したリハビリテーションを提供する観点から、土日を含めいつでもリハビリテーションを提供できる体制をとる病棟の評価や、集中的にリハビリテーションを行う病棟に対する評価を新設する。

新 休日リハビリテーション提供体制加算（1日につき） 〇〇〇点

[算定要件]

休日を含め、週7日間リハビリテーションを提供できる体制をとっていること

新 リハビリテーション充実加算（1日につき） 〇〇〇点

[算定要件]

回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対し、1人1日あたり6単位以上のリハビリテーションが行われていること

2. 亜急性期病棟におけるリハビリテーションの評価について

- (1) 亜急性期病棟においても、急性期後の患者や急性増悪した在宅患者を受け入れ、密度の高い医療を行うとともに、急性期後のリハビリテーションを提供していることの評価を新設する。

改 リハビリテーション提供体制加算（1日につき） 〇〇〇点

[算定要件]

リハビリテーションを必要とする患者に対し、平均週 16 単位以上の疾患別リハビリテーションが提供されていること

- (2) 合併症を有するリハビリテーションを必要とする患者を多く受け入れている場合や、他の急性期の入院医療を担う医療機関からの受け入れが多い場合については、病床数の要件を緩和する。

現 行	改定案
【亜急性期入院医療管理料】	【亜急性期入院医療管理料】

<p>(1日につき)</p> <p>1 亜急性期入院医療管理料 1 2,050点</p> <p>[施設基準] 当該病室の病床数は、当該保険医療機関の有する一般病床の数の1割以下であること。</p> <p>2 亜急性期入院医療管理料 2 2,050点</p> <p>[施設基準] (1) 許可病床数が200床未満の保険医療機関に限る (2) 当該病室の病床数は、当該保険医療機関の有する一般病床の数の3割以下であること。</p>	<p>(1日につき)</p> <p>1 亜急性期入院医療管理料 1 2,050点</p> <p>[施設基準] 当該病室の病床数は、当該保険医療機関の有する一般病床の数の1割以下であること。 <u>ただし、回復期リハビリテーションを要する状態の患者であって合併症を有する患者の受け入れ割合が10%以上である場合は3割以下であること(最大60床まで)。</u></p> <p>2 亜急性期入院医療管理料 2 2,050点</p> <p>[施設基準] (1) 許可病床数が200床未満の保険医療機関に限る (2) 当該病室の病床数は、当該保険医療機関の有する一般病床の数の3割以下であること。<u>ただし、他医療機関の7対1入院基本料等を算定している病床から3週間以内に受け入れた患者が当該病室に入院する患者の1割以上である場合は、5割以下であること。</u></p>
---	---

がん患者や難病患者に対する リハビリテーションの評価

第1 基本的な考え方

1. がん患者はがん自体により体力が低下していることに加え、比較的侵襲の大きな治療を行うことで機能障害が発生することも予想されることから、がん患者の状態に基づき、がんの特性や治療の内容に配慮した個別のリハビリテーションを提供した場合の評価を設ける。
2. 難病患者においても、退院後早期かつ集中的なリハビリテーションを充実する観点から、退院後に個別リハビリテーションを含むリハビリテーションを提供する場合の評価を行う。

第2 具体的な内容

1. がんに対するリハビリテーションの評価

がん患者が手術・放射線治療・化学療法等の急性期治療を受ける際、これらの治療によって合併症や障害が起こることが予想されることから、治療前あるいは治療後早期から疾患特性等に配慮した個別のリハビリテーションを行うことで機能低下を最低限に抑え、早期回復を図る取り組みを評価する。



がん患者リハビリテーション料（1単位につき） 〇〇〇点

[算定要件]

がんの治療のため入院中の患者に対して 20 分以上の個別リハビリテーションを提供した場合に 1 日 6 単位を限度として算定する。

[施設基準]

- (1) がん患者のリハビリテーションに関する経験（研修要件あり）を有する専任の医師が配置されていること。
- (2) がん患者のリハビリテーションに関する経験を有する専従の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の中から2名が配置されていること。
- (3) 100m²以上の機能訓練室があり、その他必要な器具が備えられていること。

2. 難病患者リハビリテーションの評価

難病患者リハビリテーションについて、退院後の集中的なりハビリテーションを評価する観点から、難病リハビリテーション料の引き上げることにより、療養上必要な食事を提供した場合も包括して評価を行うとともに、短期集中リハビリテーション実施加算を新設する。

現 行	改定案
<p>【難病患者リハビリテーション料】 (1日につき) 600点</p> <p>注2 難病患者リハビリテーション料を行った場合に食事を提供した時は48点を加算する。</p>	<p>【難病患者リハビリテーション料】 (1日につき) 〇〇〇点 改</p> <p><u>短期集中リハビリテーション実施加算</u> (1日につき)</p> <p>退院後1月以内 〇〇〇点 新</p> <p>退院後1月を超え3月以内 〇〇〇点 新</p>

ケアマネジャーとの連携の評価等について

第1 基本的な考え方

高齢者は、疾患の発症に伴う障害や体力の低下により、退院後に介護サービスの導入が必要となる場合があることから、入院後早期の段階で介護サービス導入の必要性を検討することや、介護サービス利用上の医学的観点からの留意事項に関して、主治医をはじめとした医療関係職種とケアマネジャーが情報の共有を図り、スムーズな介護サービスの導入につなげることを評価する。

第2 具体的な内容

1. 病状の安定が見込まれた後できるだけ早期に、基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な機能評価を行うことを評価した後期高齢者総合評価加算について、名称から「後期高齢者」を削除するとともに、評価の内容に、退院後を見越した介護保険によるサービスの必要性等を位置付け、対象者を65歳以上の患者等に拡大する。

現 行	改定案
【後期高齢者総合評価加算】 (入院中1回) 50点 保険医療機関が、入院中の後期高齢者である患者に対して、当該患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行った場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。	【総合評価加算】 (入院中1回) 50点 保険医療機関が、入院中の患者（ <u>65歳以上の者及び40歳以上65歳未満の者</u> であって介護保険法（平成9年法律第123号）第7条第3号に規定する要介護者又は同条第4号に規定する要支援者に該当することが見込まれる者に限り）に対して、当該患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲、 <u>退院後の介護サービスの必要性等</u> について総合的な評価を行った場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。 ㊦

2. 退院後に介護サービスの導入や変更が見込まれる患者に対し、見込みがついた段階から、入院中の医療機関の医師又は医師の指示を受けた看護師等がケアマネジャーと共同で、患者に対し、介護サービスの必要性等について指導を行うとともに、退院後の介護サービスに係る必要な情報共有を行った場合の評価を新設する。



介護支援連携指導料 〇〇〇点（入院中2回）

[算定要件]

- (1) 入院中の医療機関の医師又は医師の指示を受けた看護師・薬剤師・理学療法士等が、入院中の患者の同意を得て、居宅介護支援事業者等と退院後の介護サービス等について共同して指導を行った場合に、入院中2回に限り算定する。
- (2) 退院時共同指導料の多職種連携加算（B005 注3）を算定する場合には、同日に行った指導について、介護支援連携指導料は算定できない。

明細書発行の推進及び処方せん様式等の見直し

第1 基本的な考え方

1. 明細書発行義務化の拡大について

現在、注射・投薬などの部ごとに費用のわかる領収証については、既に全ての保険医療機関等について、無料での発行が義務付けられているところ。

一方、詳細な個別の点数項目までわかる明細書については、電子媒体又はオンラインによる診療報酬請求が義務付けられた保険医療機関について、患者から求めがあった場合の発行が義務付けられているところ。

患者の待ち時間の増加や医療機関の負担増にも配慮しつつ、医療の透明化や患者への情報提供の観点から、明細書の発行を積極的に推進していくこととする。

2. 電子化加算について

平成18年度改定において、医療のIT化を集中的に推進していく観点から、平成23年3月末までの時限的措置として電子化加算が新設されたところ。しかし、電子請求が義務化された保険医療機関はその算定対象外となっている。

このような状況を踏まえ、時限措置も含めた電子化加算そのものを一旦廃止し、IT化が遅れていると考えられる診療所を対象としたIT化及び明細書発行推進の点数として、新たな点数を設定する。

3. 処方せん様式等の見直しについて

現在、処方せん及び調剤レセプトには、処方せんを発行した保険医療機関の医療機関コード等が記載されていないことから、保険者において調剤レセプトと医科レセプト（又は歯科レセプト）の突合に手間がかかっている状況にある。このため、これらの記載を加えることとする。

第2 具体的な内容

1. 明細書発行義務化の拡大

- (1) レセプト電子請求が義務づけられている保険医療機関等について
レセプトの電子請求を行っている保険医療機関等が使用しているレセコンは、明細書発行機能が付与されているものが大半（注1）であり、また、検証部会の調査結果では明細書の発行は大半が無償で行われていることから（注2）、明細書発行義務を拡大する基盤は整いつつある。一方で、既存機器の改修等が必要な医療機関もあること等を考慮しつつ、今般、患者から求めがあった場合に明細書を発行するという現行の取扱いを改め、レセプトの電子請求を行っている保険医療機関等については、以下に掲げる正当な理由のない限り、全ての患者に対して明細書を無料で発行することとする。

「正当な理由」の考え方（案）

① 発行関係

- イ 明細書発行機能が付与されていないレセコンを使用している保険医療機関等や、付与されていてもその発行に一定以上の時間を要するレセコンを使用している保険医療機関等である場合
- ロ 自動入金機を活用しており、自動入金機で明細書発行を行おうとした場合には、自動入金機の改修が必要な保険医療機関等である場合

② 費用徴収関係

上記①のイ又はロに該当する場合

「DPCに関する明細書」について

DPCに関する明細書については、入院中に使用された医薬品、行われた検査について、その名称を付記することが望ましいものとする。

上記の正当な理由に該当する場合には、保険医療機関等はその旨及び希望する患者には明細書を発行する旨を院内掲示で明示するととも

に、地方厚生局にその旨の届出を行うこととする。

また、各保険医療機関等は、明細書発行の手続き、費用徴収の有無、費用徴収を行う場合の金額について、院内に掲示するとともに、その内容を地方厚生局に届け出るものとする。

(注1)

レセコンベンダへの聞き取り調査によれば、

- ・ 医科ベンダ 20 社中、明細書発行に対応しているベンダは 19 社
(うち手間がかからず印刷可能なベンダは 11 社)
- ・ 歯科ベンダ 16 社中、明細書発行に対応しているベンダは 16 社
(うち手間がかからず印刷可能なベンダは 14 社)
- ・ 調剤ベンダ 20 社中、明細書発行に対応しているベンダは 14 社
(うち手間がかからず印刷可能なベンダは 6 社)

※ 画面切り替えは、レセコンの仕様によるが、30 秒程度かかる
とのこと

(注2)

平成 21 年度の検証部会調査(「明細書発行の一部義務化の実施状況調査」)によれば、明細書を発行している保険医療機関等の 71.0%が無料で明細書を発行しており、患者の 43.4%が無料であれば明細書発行を希望すると回答している。

- (2) レセプト電子請求が義務づけられていない保険医療機関等について医療の透明化や患者への情報提供を積極的に推進していく必要がある一方で、これらの保険医療機関等は明細書を即時に発行する体制が整っていないと考えられることを配慮して、当該保険医療機関等の明細書発行に関する状況(明細書発行の有無、明細書発行の手続き、費用徴収の有無、費用徴収を行う場合の金額)を院内に掲示することとする。

2. 電子化加算の見直し

IT化が遅れていると考えられる診療所を対象としたIT化及び明細書発行推進の点数として、新たな点数を設定することとする。



明細書発行体制等加算 〇〇〇点

[算定要件]

- (1) 診療所であること。
- (2) レセプトオンライン請求を行っていること。ただし、MOなどの電子媒体での請求でも可とする。
- (3) 明細書を無料で発行していること。その旨を領収証に記載し、院内掲示を行っていること。

現 行	改定案
【電子化加算】 （初診料に加算） 3点 	【明細書発行体制等加算】 （再診料に1月につき1回加算） 〇〇〇点 

3. 処方せん様式等の見直しについて

処方せん及び調剤レセプトに、以下の記載を加えることとする。なお、経過措置期間を設け、平成 22 年 9 月までは従前の様式でも可とする。

- (1) 都道府県番号（都道府県別の 2 桁の番号）
- (2) 点数表番号（医科は 1、歯科は 3）
- (3) 医療機関コード（医療機関別の 7 桁の番号）

2010年2月4日

財務省主導で行われた診療報酬改定への見解 —薬価改定率に着目して—

社団法人 日本医師会

1. 診療報酬改定率の確認

先日、一部で、2010年度の診療報酬改定率は実質ゼロ改定であるとの報道があった¹。診療報酬改定率は+0.19%と公表されているが、この枠外に後発医薬品の使用促進分▲0.16%があるので、実際の改定率は+0.03%に過ぎないという指摘である。

2010年度の診療報酬改定率は、診療報酬本体+1.55%、薬価改定等▲1.36%であり、全体で+0.19%である(表 1.1)。このうち、薬価改定率は▲1.23%、薬価ベースで▲5.75%である。

表 1.1 2010(平成22)年度診療報酬改定の内訳

		改定率	影響額(医療費ベース)等	
入院	急性期入院医療	+3.03%		4,000億円
	その他			400億円
外来		+0.31%		400億円
医科本体		+1.74%		4,800億円
歯科		+2.09%		600億円
調剤		+0.52%		300億円
診療報酬改定(本体)		+1.55%		5,700億円
薬価改定		▲1.23%	(薬価ベース▲5.75%)	▲4,500億円
材料価格改定		▲0.52%		▲500億円
薬価改定等		▲1.36%		▲5,000億円
全体		+0.19%		+700億円

¹ 2010年1月31日 毎日新聞

2. 薬価改定率決定までの経緯

2009年12月2日、中医協薬価専門部会に、薬価改定率を薬価ベースで▲6.2%、削減額を▲4,800億円にするとの叩き台が示された。その内訳は、市場実勢価格にもとづく薬価改定▲5,000億円、新薬創出等の加算+830億円などである（表2.1）。

表 2.1 薬価改定率の内訳

叩き台（2009年12月22日、中医協総会提出時点）

	金額 ^{*1)}	備考
市場実勢価格に基づく薬価改定	▲約5,000億円	
新薬創出・適応外薬解消等促進加算	約830億円	加重平均乖離率8.41%-調整幅2% ^{*2)}
後発医薬品のある先発品の追加引下げ	▲約530億円	▲2% ^{*2)}
先発品の特例引下げ等	▲約400億円	
不採算品再算定等	約300億円	
薬剤費全体の削減額	▲約4,800億円	▲約6.2%



決定（予算折衝後）

	金額	備考
市場実勢価格に基づく薬価改定	▲約5,000億円	
新薬創出・適応外薬解消等促進加算	約700億円	(加重平均乖離率8.41%-調整幅2%) × 0.8 ^{*3)}
先発品の特例引下げ等	▲約400億円	
不採算品再算定等	約200億円	
① 薬剤費全体の削減額	▲約4,500億円	▲5.75%
② 後発医薬品のある先発品の追加引下げ	▲約600億円	▲2.2% ^{*3)} → 診療報酬改定財源の外数
①+②	▲約5,100億円	

*1)「特許期間中の新薬の薬価改定について(資料編)」2009年12月2日、薬価専門部会資料

*2)「平成22年度薬価制度改革の骨子(案)」2009年12月22日、中医協総会資料

*3)「平成22年度薬価制度改革の骨子(平成21年12月22日中央社会保険医療協議会了解)」2009年1月13日、中医協総会資料

12月22日の中医協総会にも、叩き台にもとづく「平成22年度薬価制度改革の骨子(案)」が示された。しかし、この時点で診療報酬改定率は決定していなかった。予算折衝過程で新薬創出等の増加分が減ることなども予想され、中医協の遠藤会長は、「(骨子の了承を) わたしに一任していただきたい」として了承を取り付けたと報道された²。

12月23日、診療報酬改定率が決定した。薬価改定率は▲1.23%、薬価ベースで▲5.75%であり、当初叩き台の▲6.2%よりも小幅な改定であった。

しかし、一方、12月23日に公表された大臣折衝資料には、「別途、後発品の置き換え効果の精算を行う」とあった³。このことが、後に「実質ゼロ改定」と報道されるにいたる要因となる。

薬価改定による金額は、叩き台では▲4,800億円(▲6.2%)、決定額は▲4,500億円(▲5.75%)である。

この差の主な理由は、第一に、「後発医薬品のある先発品の追加引下げ」分が、改定財源から外されたことにある。大臣折衝資料に「別途、後発品の置き換え効果の精算を行う」と明記されたためである。しかも引き下げ率は当初予定されていた▲2%から▲2.2%に拡大した。

第二に、新薬創出等の加算は当初+830億円で見込まれていたが、これを0.8掛けし、+700億円に圧縮された。

「後発医薬品のある先発品の追加引下げ」の▲2.2%は、金額ベースでは▲600億円である。

診療報酬全体では+700億円(+0.19%)の改定であったが、仮に「後発医薬品のある先発品の追加引下げ」分を加味すれば、診療報酬全体の引き上げ分は100億円(700億円-600億円)、診療報酬改定率は0.027%と計算される。また、これに係る国庫負担分は25億円⁴に過ぎない。

² メディファクス 2009年12月24日 5790号

³ 平成22年度予算大臣折衝資料「協会けんぽの国庫負担及び診療報酬改定について」2009年12月23日

⁴ 厚生労働省「平成19年度 国民医療費」から計算

「別途、後発品の置き換え効果の精算を行う」ことについて、予算折衝以前の中医協ではまったく説明されていなかった。まさに、財務省の詭弁、奇策であり、診療報酬改定が、財務省主導で行われたことがあらためて露呈した。

3. 後発医薬品の使用促進財源は診療報酬改定財源ではないのか

一部メディアが、「実質ゼロ改定」と報道したことに対し、2月1日、厚生労働省が反論資料を発表した。少し長いが、その一部を抜粋する。

厚生労働省『平成22年度診療報酬改定の改定率について』⁵から抜粋

「厚生労働省としては、従来から後発医薬品の使用促進、すなわち、『先発品から後発品への置き換え』による財源は、本来的に医療機関の収入とみなされるべきものの減少につながる訳ではないことから、一貫して、診療報酬改定の財源とはしてこなかったところです」

厚生労働省が述べるように、後発医薬品への使用促進により捻出された財源は、診療報酬改定財源ではなかったのであろうか。

2008（平成20）年度改定を振り返ってみたい。いわゆる「基本方針2006」以降の予算編成では、社会保障費年2,200億円の削減が大原則であった。2008年度予算では、薬価・材料価格改定により▲960億円、後発医薬品の使用促進により▲220億円の財源が捻出された（表3.1）。このほか、結果的には廃案になったが被用者保険による政管健保支援▲1,000億円、その他の施策で▲320億円、合計▲2,500億円を捻出した。

これらの結果、社会保障費年▲2,200億円の範囲内で、診療報酬本体の改定に300億円を充当できる見込みとなり、診療報酬本体は+0.38%の引き上げになっ

⁵ 厚生労働省ホームページ『平成22年度診療報酬改定の改定率について』2010年2月1日
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuhoken/iryuhoken12/iryuhoukaiteiritu.html>

た。このように広い意味では、後発医薬品の使用促進も診療報酬改定財源であった。

厚生労働省の反論文書は、この点について説明不足である。また、報道があるまで、厚生労働省自身が薬価改定の経緯、内容について明確な説明を行ってこなかったことも問題である。

表 3.1 社会保障費削減額の内訳（2008 年度予算）

内 容	金 額
薬価・材料価格改定	▲960億円
後発医薬品の使用促進	▲220億円
被用者保険による政管健保支援	▲1,000億円
その他の制度・施策の見直し	▲320億円
小計	▲2,500億円
診療報酬改定(本体)	+300億円
合計	▲2,200億円

*出所：財務省「平成20年度予算のポイント」「平成20年度社会保障関係予算等のポイント」

4. 財務省主導から政治主導へ

財務省はこれまで行政刷新会議の「事業仕分け」に不適切なデータおよび解釈を示し、診療報酬については底上げではなく、配分の見直しが必要であると述べてきた。また、改定率決定前には、財務省が2010年度の診療報酬を3%程度引き下げる査定方針を明らかにしたとの報道もあった⁶。

日本医師会は、そのたびに財務省の解釈の間違い等を指摘し、診療報酬を大幅かつ全体的に引き上げるべきであると主張してきた。また、新政権に対しては、財務省主導をあらため、政治主導で、政権公約を実現してほしいと期待してきた。

今回の診療報酬改定の経緯を振り返ると、まさに財務省の一省主導であった。今後は、新政権がさらに政治主導を発揮し、医療費増加の公約を徹底して貫くことをあらためて期待し、日本医師会としてもこれまで以上に財務当局と対峙していきたい。

⁶ 2009年11月20日 読売新聞

平成22年度診療報酬改定の改定率について

- 先日、一部報道において、平成22年度診療報酬の改定率に関して、後発医薬品の置き換え効果の精算分約600億円が、改定率の計算に盛り込まれていないことから、実質ゼロ改定である旨の報道がありました。
- 厚生労働省としては、従来から後発医薬品の使用促進、すなわち、「先発品から後発品への置き換え」による財源は、本来的に医療機関の収入とみなされるべきものの減少につながる訳ではないことから、一貫して、診療報酬改定の財源とはしてこなかったところです。
- 今般の後発医薬品の置き換え効果の精算分600億円についても、後発医薬品の使用促進が進んでいない現状を是正するために実施するものであり、後発品の使用促進と同様、診療報酬の改定財源とはしていないところであります。
- このように、平成22年度の診療報酬の改定率については、従来と同様の考え方で計算しているところであり、その率は、これまでの説明のとおり、診療報酬本体の改定で+1.55%、薬価等の改定で△1.36%、合計で+0.19%であります。
- なお、報道にあった当省の幹部が、診療報酬の改定率に関して、報道にあったような打ち合わせを行った事実はありません。