

基本診療料に関する議論について

	1号側意見	2号側意見
1. 入院基本料等のあり方	<p>(平成24年7月18日1号側意見書)</p> <p>○次期改定に向けた課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・<u>病床機能に応じた患者の状態像に対応する医学管理や看護の必要度などを主な指標とする評価方法を導入すべき。</u> <p>・入院時に画一的に行われている検査等を入院基本料に包括化することを検討すべき。</p> <p>○中長期的な課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入院医療については、高度急性期、一般急性期、亜急性期など病院・病床の機能・役割に応じた評価のあり方を検討すべき。 ・入院医療においては、出来高払い方式を廃止し、原則として定額払い方式に移行することを検討すべき。 ・DPC制度については、可能な疾病から1入院当たりの定額払い方式を検討すべき。 ・治療経過が標準的な疾病については、入院と外来及び施設間の垣根を越えた定額払いの検討を進めるべき。 <p>(白川委員 平成24年7月18日診療報酬基本問題小委員会)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・<u>双方、入院基本料については、少し考え方が違うところはあるが、今の看護配置をベースとする診療報酬の点数付けについては、少し改善すべきではないかというところでは一致していると、病院経営の観点でどうかと、それから、病床の機能としてどうかということで議論を進めたいかがか。</u> 	<p>(鈴木委員 平成24年6月6日診療報酬基本問題小委員会)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・減額の在り方を見直して、できるだけ影響を少なくしていく必要があるのではないかな。 <p>(平成24年7月18日2号側意見書)</p> <p>○次期改定に向けた課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・基本診療料をめぐる課題については、<u>入院基本料の場合、看護師の月平均夜勤時間に関する72時間ルールや今年度診療報酬改定で包括化された栄養管理実施加算の基準を満たさない場合の診療報酬上の対応等が挙げられる。</u> <p>(西澤委員 平成24年7月18日診療報酬基本問題小委員会)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・共通しているのは、<u>入院基本料という、看護配置だけでなっているのはおかしいという辺りも完全に一致しているので、まず、そういうところから入っていい。看護配置だけではおかしいというのであれば、入院基本料はほかに何が入っているかというのをもう少し明らかにするとか、そういう議論が、これからできるものと考える。</u> <p>(嘉山委員 平成24年7月18日診療報酬基本問題小委員会)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入院基本料も、患者中心で、<u>医療必要度というのを基本にいろんなことを考えたいいいのではないかな。</u>
2. 初再診料等のあり方	<p>(平成24年7月18日1号側意見書)</p> <p>○次期改定に向けた課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・慢性的な疾患のうち、医療の標準化が一定程度可能なものについて、再診料と併せて包括的な評価を行うことを検討すべき。その際、必要以上の受診の是正や医療の過少提供の防止を図る仕組みを設けることを合わせて検討すべき。 <p>○中長期的な課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・歯科を含めた専門外来については、標準化が可能な疾病及び治療方法から定額払い方式の導入に向けた検討を行うべき。 	<p>(鈴木委員 平成24年6月6日診療報酬基本問題小委員会)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・初診料・再診料が同一となったが、病院と診療所では、初再診料の持つ重みが違うので、こういったものの在り方も検討してもいいのではないかな。 <p>(平成24年7月18日2号側意見書)</p> <p>○次期改定に向けた課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・外来の初・再診料についても必要な議論を行った上で、可能なものは次期改定において反映させたい。

	1号側意見	2号側意見
3. 各種加算のあり方	<p>(平成24年7月18日1号側意見書)</p> <p>○次期改定に向けた課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・診療報酬の簡素・合理化に向け、「24年度改定で包括化された褥瘡患者管理加算などのようにすでに多くの医療機関が算定している加算」、「放射線治療病室加算等の算定実績がない加算」、「療養病棟環境改善加算、医療安全対策加算等の加算を創設した所期の目的を果たしたと考えられる加算」について、引き続き調査し、歯科・調剤も含め加算の廃止・適正化の方向で検討を進めるべき。 ・外来管理加算は、患者を総合的かつ計画的に診る役割を担う医師を評価する方向で検討すべき。 ・時間外加算が算定要件どおりに算定されているかについて調査すべき。 <p>○中長期的な課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者を総合的かつ計画的に診る役割を担う医師の活動を評価する包括的な報酬のあり方について検討すべき。 	
4. 基本診療料と特掲診療料との関係のあり方	<p>(小林委員 平成24年7月18日診療報酬基本問題小委員会)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・基本診療料と特掲診療料の占めるウェートについては、これまでの診療報酬改定の積み上げの結果であり、初めから基本診療料と特掲診療料のウェートや全体のバランスをどう考えるかという検討項目を出して議論を進めるというのは、非常に違和感がある。 	<p>(鈴木委員 平成24年6月6日診療報酬基本問題小委員会)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者のわかりやすさについて、限られた財源を配分することになるので、基本診療料の比重を増やしていくことも考えられるのではないかと。
5. 入院基本料の定義付け	<p>(白川委員 平成24年6月6日診療報酬基本問題小委員会)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ワーキンググループは必要であれば、2号側でやっていただければ良く、中医協の場でやる必要は全くない。 	<p>(西澤委員 平成24年6月6日診療報酬基本問題小委員会)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入院基本料の定義を明らかにすべきで、ワーキンググループなりで問題点整理をしたほうが良いのではないかと。
6. コスト調査	<p>(白川委員 平成24年6月6日診療報酬基本問題小委員会)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・何か問題があるからそれを変えたいのか、そういう主張をしていたければ一定の理解はできるけれども、何をやりたいのかかわからないので私どもは全く受けるつもりはない。 	<p>(鈴木委員 平成24年6月6日診療報酬基本問題小委員会)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・コスト調査については、診療所は多様性があり、コスト調査が難しいので、いろんな分析の環境が整っている大病院の入院からしたらよいのではないかと。 <p>(西澤委員 平成24年6月6日診療報酬基本問題小委員会)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・点数をつけたときにコスト感覚を持たないとお互いに議論できないのではないかと。 <p>(平成24年7月18日2号側意見書)</p> <p>○中長期的な課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・一般病棟入院基本料について、包括化前の入院時医学管理料、看護料、室料・入院環境料という内訳に遡りながら、①基本的な医学管理に必要な費用、②基本的な医療従事者配置に必要な費用、③基本的な施設・設備及び環境の維持に必要な費用として、それぞれに含まれる内容を具体的に項目立てする形で明確に定義付けしていく。その上で、一般病棟入院基本料の評価体系のあり方、加算や特掲診療料による評価との関係等について検討。

第159回診療報酬基本問題小委員会（平成24年7月18日）での議論 （入院基本料について）

○白川委員

双方、入院基本料については、少し考え方が違うところはあるが、今の看護配置をベースとする診療報酬の点数付けについては、少し改善すべきではないかというところでは一致していると、病院経営の観点でどうかと、それから、病床の機能としてどうかということで議論を進めたいかがか。

○西澤委員

共通しているのは、入院基本料というと、看護配置だけでなっているのはおかしいという辺りも完全に一致しているので、まず、そういうところから入っていい。看護配置だけではおかしいというのであれば、入院基本料はほかに何が入っているかというのをもう少し明らかにするとか、そういう議論が、これからできるものとする。

○嘉山委員

入院基本料も、患者中心で、医療必要度というのを基本にいろんなことを考えた方がいいのではないか。

○西村委員

患者中心として価格づけを行うということは賛成で、価格づけを行うときコストや収支とか経営という面が中心に出される傾向があるが、やはり医療の質の視点も、その価格づけの中に取り入れていけたらと考える。

基本的な入院サービスの部門において、典型的な医療の質の問題とは何かということを把握しながら、質の担保が図れるような形で価格づけを考えていくということも加えていただきたい。

○印南委員

外形的な基準だけではなくて、中間のプロセス指標なり、そういうもの、クオリティ・インジケータをどんどん開発して、できるものから順次入れていくということが、必要な担保にもつながるのではないか。

基本診療料等に関する1号側（支払側）の意見

平成24年7月18日

1. 基本的な考え方

- ・ 社会保障・税の一体改革では、2025年のあるべき医療提供体制を目指し、病院・病床機能の役割分担・連携や在宅医療の充実を推進することとしている。これらの方針の実現に向け、基本診療料の検討を通じて、診療報酬上の対応を審議すべきと考える。
- ・ 基本問題小委員会の今後の進め方について、支払側委員としては、「平成26年度診療報酬改定に向けた課題」と「中長期的な課題」に整理し、検討することを求める。

2. 26年度改定に向けた課題

(1) 入院基本料について

- ・ 急性期対応を想定した病床に看護必要度や診療密度が低い患者が入院している可能性があり、この検証・分析が必要である。

【主な検討内容】

- ・ 入院基本料は、主に看護配置に基づいて設定されているが、社会保障・税の一体改革に示された病院・病床機能の分化と関連づけた評価を検討すべきである。
- ・ このため、看護配置と診療密度・看護必要度との関係、入院期間等に関する調査に基づいて、それぞれの病床機能に応じた患者の状態像を明確にしたうえで、状態像に対応する医学管理や看護の必要度などを主な指標とする評価方法を導入すべきである。これにより、看護必要度等の低い患者は、高い入院基本料を算定できない仕組みに改めるべきである。
- ・ 入院前に実施されるものも含め、入院時に必要なものとして画一的に行われている検査等は入院基本料に包括すべきと考える。このため、入院時に画一的に行われている検査等を調査したうえで、包括化することを検討すべきである。

(2) 初・再診料、外来診療料、各種加算（外来管理加算等）について

① 再診料と各種加算（外来管理加算等）との関係について

- ・ 意義づけが不明確な外来管理加算等の各種加算については、患者からみてもわかりにくいため、見直す必要がある。

【主な検討内容】

- ・ 外来管理加算は、患者の病歴や生活習慣等を総合的に管理・診察することに対する評価とするため、患者を総合的かつ計画的に診る役割を担う医師を評価する方向で検討すべきである。
- ・ また、慢性的な疾患のうち、医療の標準化が一定程度可能なものについて、再診料と併せて包括的な評価を行うことを検討すべきである。その際、必要以上の受診の是正や医療の過少提供の防止を図る仕組みを設けることを合わせて検討すべきである。

る。

② 時間外加算

- ・ 時間外加算は原則として標榜時間外に算定できるとしているが、その運用に不透明な面がある。

【主な検討内容】

- ・ 時間外加算が算定要件どおりに算定されているかについて調査すべきである。

(3) 診療報酬の簡素・合理化の推進

- ・ 医療サービスの内容をわかりやすくするため、現行の診療報酬体系を簡素・合理化する必要がある。

【主な検討内容】

- ・ 診療報酬の簡素・合理化に向け、「24年度改定で包括化された褥瘡患者管理加算などのようにすでに多くの医療機関が算定している加算」、「放射線治療病室加算等の算定実績がない加算」、「療養病棟環境改善加算、医療安全対策加算等の加算を創設した所期の目的を果たしたと考えられる加算」について、引き続き調査し、歯科・調剤も含め加算の廃止・適正化の方向で検討を進めるべきである。

3. 中長期的な課題

(1) 患者を総合的かつ計画的に診る役割を担う医師への診療報酬上の評価の導入に向けた検討

- ・ 患者を総合的かつ計画的に診る役割を担う医師の養成と普及を促進するため、こうした医師の活動を評価する包括的な報酬のあり方について検討すべきである。

(2) 入院及び外来の新たな評価手法に向けた検討

①入院

- ・ 入院医療については、社会保障・税の一体改革が示した高度急性期、一般急性期、亜急性期など病院・病床の機能・役割に応じた評価のあり方を検討すべきである。
- ・ また、入院医療においては、出来高払い方式を廃止し、原則として定額払い方式に移行することを検討すべきである。
- ・ DPC制度については、在院日数の短縮や医療の標準化・透明化を一層推進するために、可能な疾病から1入院当たりの定額払い方式を検討すべきである。

②外来診療

- ・ 歯科を含めた外来診療に係るデータの収集・分析を進め、医療の標準化に向けた検討を進めるべきである。
- ・ そのうえで、歯科を含めた専門外来については、標準化が可能な疾病及び治療方法から定額払い方式の導入に向けた検討を行うべきである。

③入院・外来

- ・ 治療経過が標準的な疾病の実態を調査したうえで、入院と外来及び施設間の垣根を越えた定額払いについて検討を進めるべきである。

平成24年7月18日

基本診療料の検討の進め方に対する二号（診療側）委員の意見

中央社会保険医療協議会

二号委員

鈴木 邦彦

安達 秀樹

嘉山 孝正

西澤 寛俊

万代 恭嗣

堀 憲郎

三浦 洋嗣

我々がかねてより、現行の診療報酬体系（特に基本診療料）において、診療に要する諸費用が明確かつ適切に評価されてこなかったことを踏まえ、その是正に向けた検討の必要性を主張してきた。それは、エビデンスに基づいた形で、国民から理解と納得を得られる診療報酬点数の設定を行うためである。

基本問題小委員会における基本診療料に関する今後の具体的な検討の進め方について、以下の通りの提案を行う。

1. 基本診療料のあり方に関する中長期的な検討

中長期的な取組みとして、入院診療の要をなす一般病棟入院基本料の定義付けに関する議論を行うことを提案する。

入院基本料は、平成12年度に入院時医学管理料、看護料、室料・入院環境料が包括されて設定されたものであるが、現状では入院基本料の中で何をどのように評価しているかが不明確となっている。例えば、医学管理について見ると、入院基本料だけではなく、加算や特掲診療料にも医学管理を評価する項目があり、それらがどういう基準で切り分けられて評価されているのか、必ずしも明らかではない。その他の費用についても同様であり、要するに、基本診療料とそれ以外にまたがって評価されている費用について、点数設定の基本的な考え方が整理されていないのが実態である。そして、入院基本料はもっぱら看護配置基準ありきで評価される構造になっており、評価体系として適切とは言えない。

そこで、まずは、一般病棟入院基本料について、包括化前の入院時医学管理料、看護料、室料・入院環境料という内訳に遡りながら、①基本的な医学管理に必要な費用、②基本的な医療従事者配置に必要な費用、③基本的な施設・設備及び環境の維持に必要な費用として、それぞれに含まれる内容を具体的に項目立てする形で明確に定義付けしていくことを提案したい。その上で、一般病棟入院基本料の評価体系のあり方、加算や特掲診療料による評価との関係等について検討していくこととしたい。

これらの検討を進めるに当たっては、まずは基本問題小委員会において基本的な議論を行った上で、技術的な内容については、基本問題小委員会の下にワーキンググループ

を設置し、そこで詳細な検討を行う（その際、検討状況を随時基本問題小委員会に報告し、その了承を得ながら検討を進める）ことを提案したい。なお、初・再診料やその他の入院基本料、特定入院料等については、一般病棟入院基本料に関する検討を踏まえた形で議論を進めていくこととしたい。

2. 次期改定までの短期的な対応

次期改定までに検討すべき基本診療料をめぐる課題については、基本問題小委員会において、上記の中長期的な検討とは切り離して議論していくことを求める。

具体的には、入院基本料の場合、看護師の月平均夜勤時間に関する72時間ルールや今年度診療報酬改定で包括化された栄養管理実施加算の基準を満たさない場合の診療報酬上の対応等が挙げられるが、個別の論点に関する見解については、今後の議論の中で適宜指摘していきたい。外来の初・再診料についても同様に必要な議論を行った上で、可能なものは次期改定において反映させたい。

中医協 診 - 5
24 . 8 . 2 2

入院基本料について

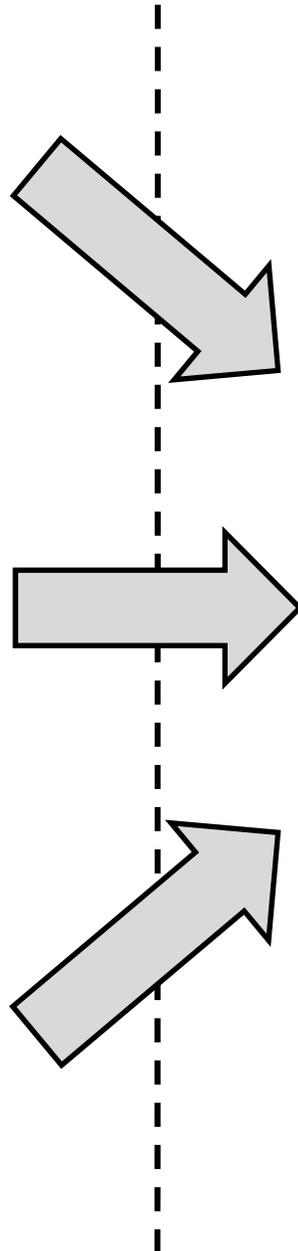
入院基本料の評価の変遷

入院時医学管理料
医学的管理に関する費用

看護料
看護師等の数に応じた評価

室料、入院環境料
療養環境の提供の評価

平成11年度以前



入院基本料
入院の際に行われる基本的な医学管理、看護、療養環境の提供を含む一連の費用を評価したもの。

平成12年度以降

基本的な入院医療の評価の変遷について

	給食	入院環境料 (室料)	看護料	医学管理
昭和33年時点	入院時基本診療料			
	(給食した場合の加算)	(寝具設備の加算)	(看護の加算)	包括
昭和45年時点	入院時基本診療料			入院時 医学管理料
	(給食した場合の加算)	(寝具設備の加算)	(看護の加算)	
昭和47年時点	給食料	室料	看護料	入院時 医学管理料
平成6年時点	入院時食事療養費※	入院環境料	看護料	入院時 医学管理料
平成11年				
平成12年時点	入院時食事療養費※	入院基本料		
		(入院環境料)	(看護料)	(医学管理料)

医療制度改革の基本方針(平成9年4月7日 与党医療保険制度改革協議会)を基本とし、より合理的な診療報酬体系のあり方について、「医療保険福祉審議会制度企画部会診療報酬見直し検討会」において総合的に検討・病院の機能区分に応じた評価体系としては、入院という組織的な医療提供の体制を総合的に評価し、その効率的な医療サービスの提供を誘導できる新たな仕組み(ホスピタルフィーの体系)を検討する。

具体的には、現在の入院環境料、看護料、入院時医学管理料などを基本として医療機関がその機能を十分に果たしているかという点を加味して総合評価する「入院基本料」(仮称)という仕組み

※ 入院時食事療養費は、H6に療養の給付であった基準給食を入院時食事療養費に改変し、適切な評価を行うほか、多様なメニューの提供や入院時の栄養食事指導の評価、食堂における良好な食事環境等を評価することにした。

入院料の評価の変遷

昭和58年
(甲表)

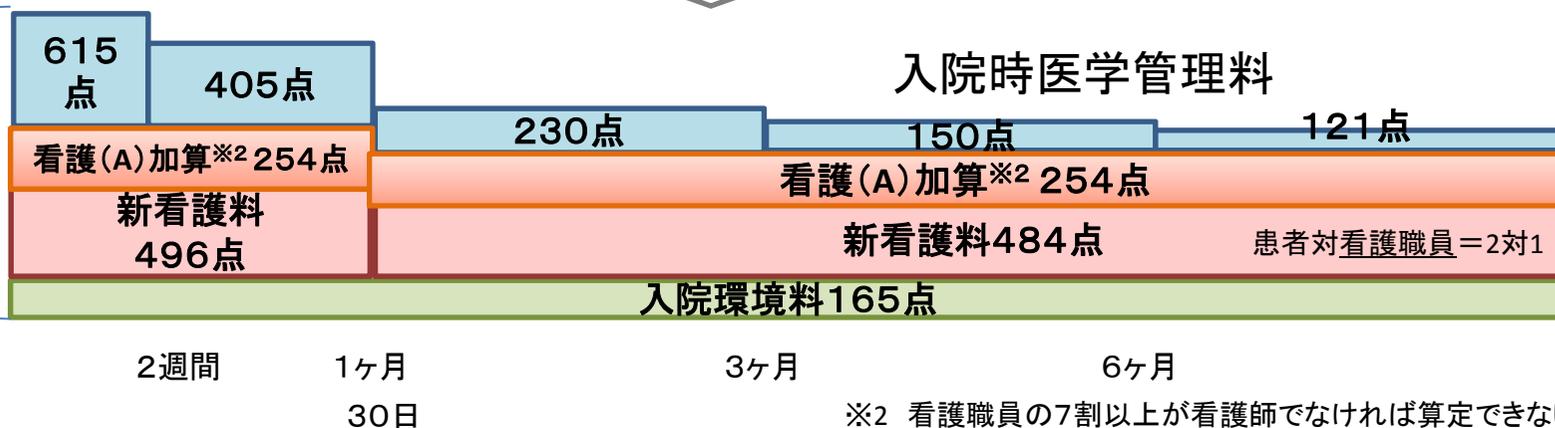
入院初日
703点



※1 看護要員の8割以上が看護職員で、看護要員の半数以上が看護師でなければ算定できない

平成10年

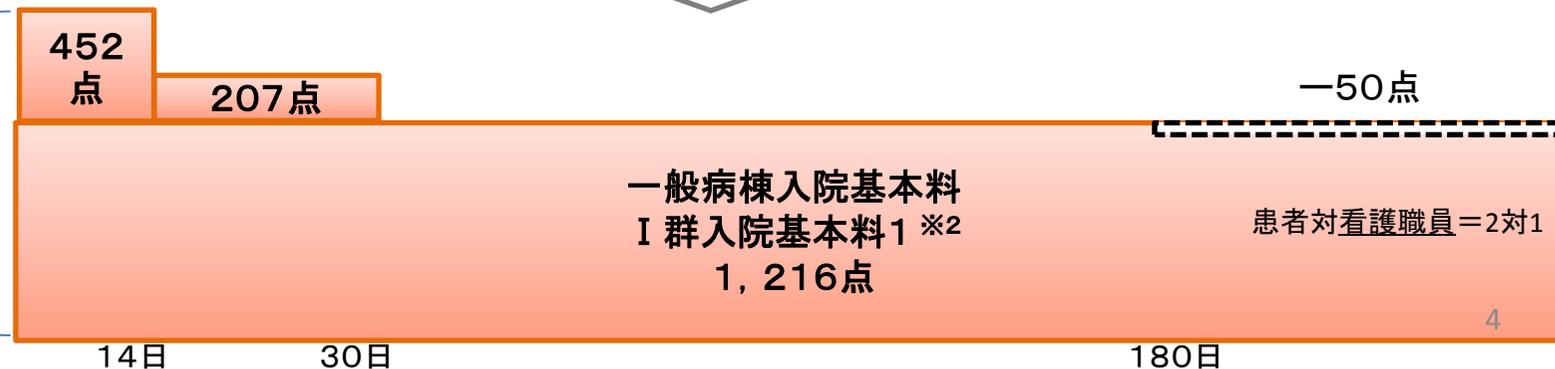
入院初日
1530点



※2 看護職員の7割以上が看護師でなければ算定できない

平成12年

入院初日
1668点



入院基本料の施設基準

基本診療料の施設基準等に関する告示

- 第一 届出の通則
- 第二 施設基準の通則
- 第三 初・再診料の施設基準等
- 第四 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制及び褥瘡対策及び栄養管理体制の基準
- 第五 病院の入院基本料の施設基準等

一 通則

- (1) 病院であること。
- (2) 一般病棟、療養病棟、結核病棟又は精神病棟をそれぞれ単位(特定入院料に係る入院医療を病棟単位で行う場合には、当該病棟を除く。)として看護を行うものであること。
- (3) 看護又は看護補助は、当該保険医療機関の看護職員又は当該保険医療機関の主治医若しくは看護師の指示を受けた看護補助者が行うものであること。
- (4) 次に掲げる施設基準等のうち平均在院日数に関する基準については、病棟の種別ごとに、保険診療に係る入院患者(別表第二に掲げる患者を除く。)を基礎に計算するものであること。
- (5) 次に掲げる看護職員及び看護補助者の数に関する基準については、病棟(別表第三に掲げる治療室、病室及び専用施設を除く。)の種別ごとに計算するものであること。
- (6) 夜勤を行う看護職員(病棟単位で特別入院基本料を算定する場合の看護職員を除く。)又は療養病棟の看護職員及び看護補助者(以下「看護要員」という。)(療養病棟入院基本料1の施設基準に係る届出を行った病棟、第十一の八に規定する病棟及び特別入院基本料を算定する病棟の看護要員を除く。)の一人当たりの月平均夜勤時間数が七十二時間以下であること等、看護職員及び看護補助者の労働時間が適切なものであること。
- (7) 七対一入院基本料、十対一入院基本料又は十三対一入院基本料を算定する病棟における夜勤については、看護師一を含む二以上の数の看護職員が行うこと。
- (8) 現に看護を行っている病棟ごとの看護職員の数と当該病棟の入院患者の数との割合を当該病棟の見やすい場所に掲示していること。

二 一般病棟入院基本料の施設基準等

- (1) 一般病棟入院基本料の注1に規定する入院基本料の施設基準

イ 七対一入院基本料の施設基準

- ① 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が七又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数、本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
- ② 当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。
- ③ 当該病棟の入院患者の平均在院日数が十八日以内であること。
- ④ 看護必要度の基準を満たす患者を一割五分以上入院させる病棟であること(救命救急入院料を算定する治療室を有している保険医療機関の病棟を除く。)
- ⑤ 常勤の医師の員数が、当該病棟の入院患者数に百分の十を乗じて得た数以上であること。

ロ 十対一入院基本料の施設基準

三 療養病棟入院基本料の施設基準等

施設基準告示の通則に定められている事項(病院の入院基本料の施設基準等)

	H12	H14	H16
病院の入院基本料の施設基準等	病院であること。		
	病棟種別をそれぞれ単位として看護を行うものであること。		
	看護は、当該保険医療機関の看護要員が行うこと。		
	定数超過・医療法人員標準未満保険医療機関に該当していないこと。	H14以降、施設基準の通則に移行	
	平均在院日数は、病棟種別毎に保険診療の患者を基礎に計算すること。		
	看護職員、補助者は病棟種別毎に計算すること。		
特別入院基本料	入院基本料の約45～75%		
通則以外・算定告示等	入院診療計画、院内感染防止対策		
	医療安全管理体制、褥瘡対策		
	入院診療計画未実施減算(入院中1回350点)※ 院内感染防止対策未実施減算(1日に5点)※		
	医療安全管理体制未整備減算(1日10点) 褥瘡対策未実施減算(1日5点)		
			褥瘡患者管理加算(入院中1回20点)
一般病棟入院基本料	施設基準通知	看護職員配置	
		正看比率	
		平均在院日数(一部)	
	算定告示	看護師比率(約2～10%)減算有り	

※ H10は入院診療計画加算、院内感染防止対策加算

施設基準告示の通則に定められている事項(病院の入院基本料の施設基準等)

	H18	H20	H22	H24
病院の入院基本料の施設基準事項	病院であること。			
	病棟種別をそれぞれ単位として看護を行うものであること。			
	看護は、当該保険医療機関の看護要員が行うこと。			
	平均在院日数は、病棟種別毎に保険診療の患者を基礎に計算すること。			
	看護職員、補助者は病棟種別毎に計算すること。			
	夜勤を行う看護職員の1人当たりの月平均夜勤時間数72時間以下であること。			
	7対1、10対1、13対1は2人以上の看護職員で夜勤をすること(うち1人以上看護師であること)。			
特別入院基本料	看護職員数と患者数の割合を病棟に掲示すること。			
	入院基本料の約37～60%		7対1及び10対1において月平均夜勤時間72時間要件のみ満たさない場合は入院基本料の80%	
告示・則等算定	入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策			
	褥瘡患者管理加算(入院中1回20点) H18以降、入院基本料等加算			入院基本料に包括
一般病棟入院基本料	施設基準通知			
	看護職員配置			
	正看比率			
	平均在院日数(すべて)			
			患者比率(看護必要度)(7対1のみ)	
		医師配置(7対1のみ)※		

※ H20.4.1～22.3.31まで医師配置のみ満たせない場合、準7対1入院基本料が算定できた

平成22年度診療報酬改定 特別入院基本料を算定するまでの激変緩和について

看護師不足によって月平均夜勤時間72時間以内の要件のみ満たせない場合、特別入院基本料を算定するまでの激変緩和措置を創設

7対1及び10対1特別入院基本料の新設(入院基本料の80%の点数設定)

- ① 一般病棟入院基本料 7対1 特別入院基本料 1,244点
- ① 一般病棟入院基本料 10対1 特別入院基本料 1,040点
- ① 結核病棟入院基本料 7対1 特別入院基本料 1,158点
- ① 結核病棟入院基本料 10対1 特別入院基本料 954点
- ① 精神病棟入院基本料 10対1 特別入院基本料 992点

[施設基準]

一般病棟入院基本料7対1及び10対1入院基本料を算定している医療機関であって、夜勤を行う看護職員の一人当たりの月平均夜勤時間数が72時間以下の要件のみを満たせない医療機関

算定期間:3か月間(当該入院基本料を最後に算定した月から起算して1年以内は算定できない。)

算定要件:毎月看護職員採用活動状況報告

当該点数算定期間中は、特定の看護職員に夜勤時間が偏重することがないように配慮すること。

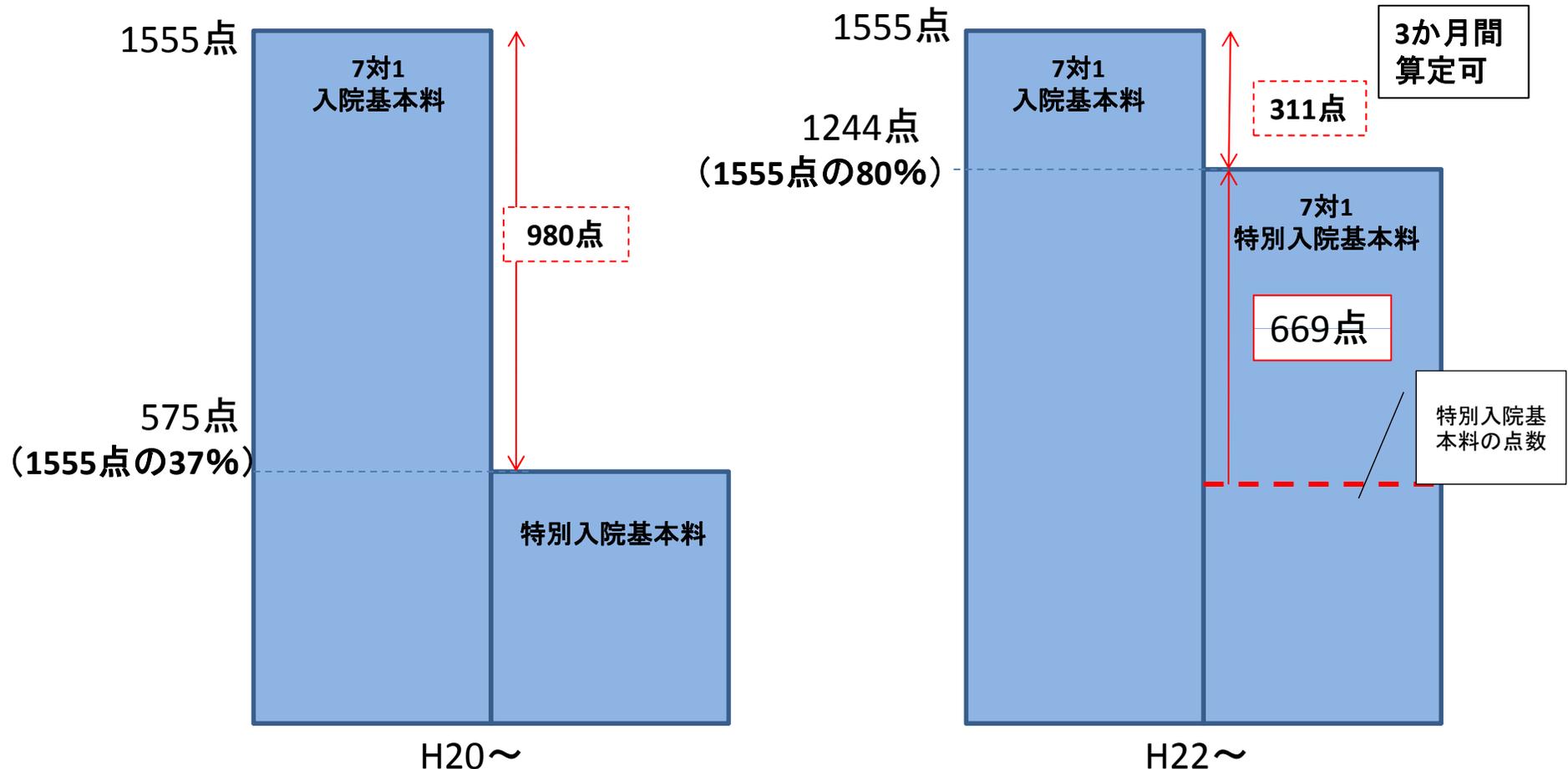
一般病棟入院基本料

7対1特別入院基本料の場合(H22改定時の点数の場合)

- 7対1入院基本料を算定している医療機関が特別入院基本料算定医療機関になると1日当たりの入院基本料が980点減点となる(1555点→575点)

注. 入院早期14日以内の加算も減点となる(450点→300点)

→月平均夜勤時間72時間のみを満たせない場合、7対1特別入院基本料として、入院基本料の約80%を3か月間算定可能となった。



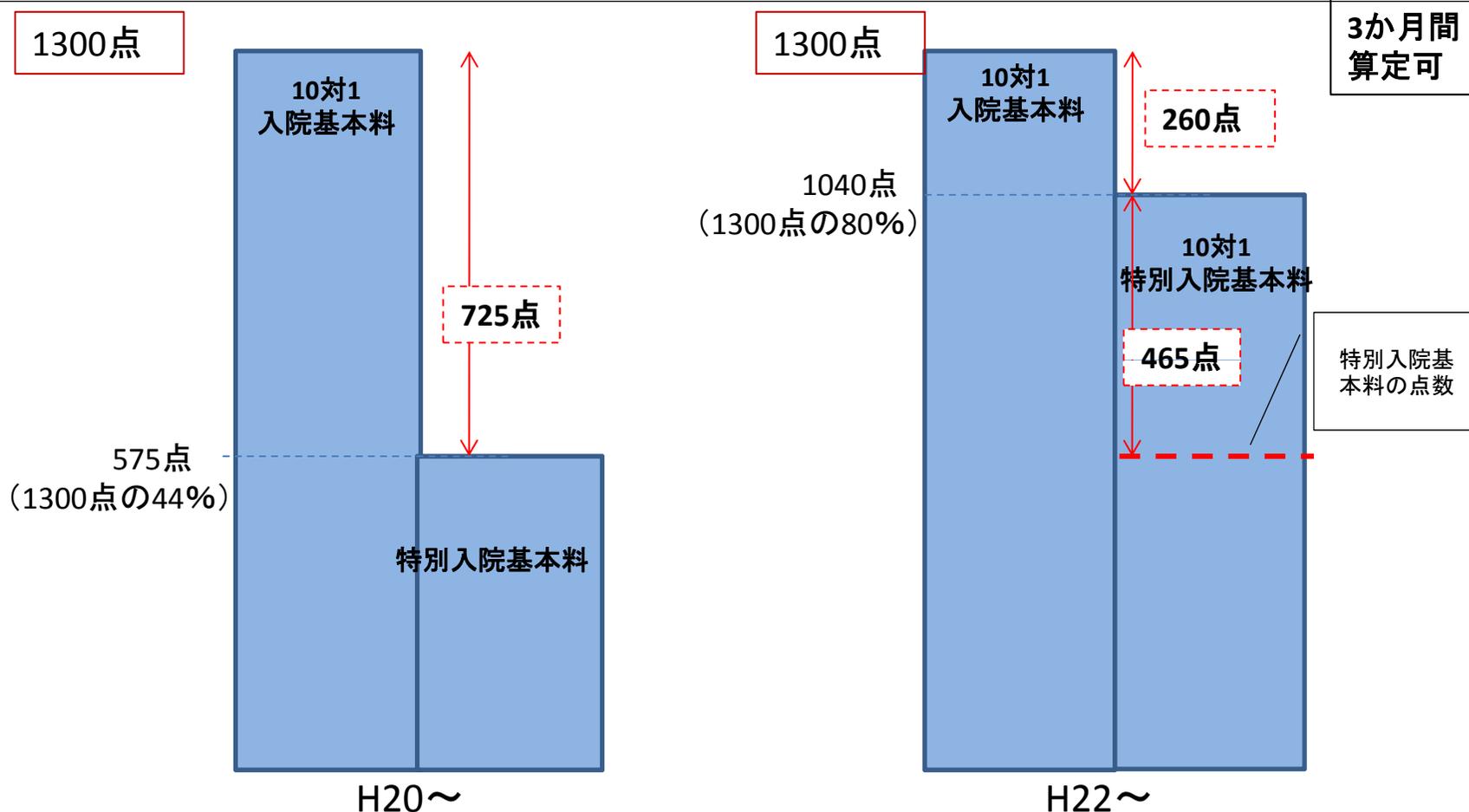
一般病棟入院基本料

10対1特別入院基本料の場合（H22改定時の点数の場合）

○ 10対1入院基本料を算定している医療機関が特別入院基本料算定医療機関になると1日当たりの入院基本料が725点減点となる（1300点→575点）

注. 入院早期14日以内の加算も減点となる（450点→300点）

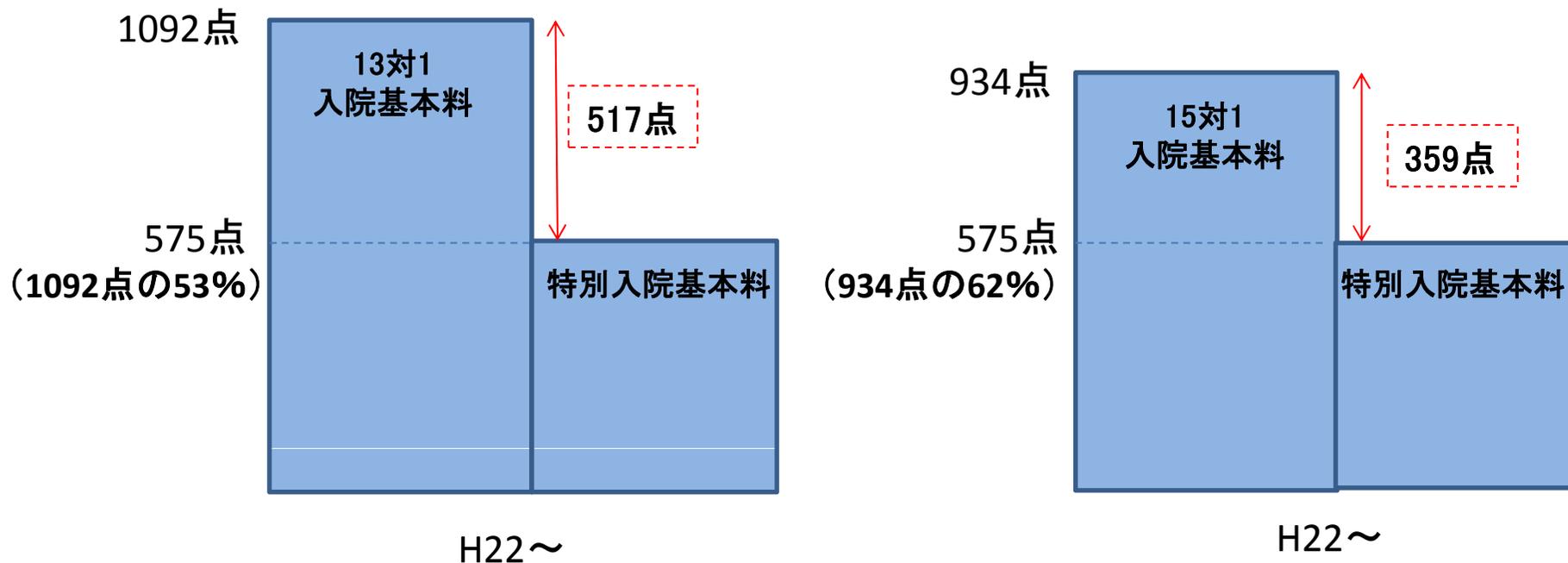
→月平均夜勤時間72時間のみを満たせない場合、10対1特別入院基本料として、入院基本料の約80%を3か月間算定可能となった。



一般病棟入院基本料

13対1及び15対1→特別入院基本料の場合

- 13対1入院基本料を算定している医療機関が特別入院基本料算定医療機関になると1日当たりの入院基本料が517点減点となる(1092点→575点)
 - 15対1入院基本料を算定している医療機関が特別入院基本料算定医療機関になると1日当たりの入院基本料が359点減点となる(934点→575点)
- 注. 入院早期14日以内の加算も減点となる(450点→300点)



入院基本料について

【現状】

- 入院医療の評価については、入院という組織的な医療提供の体制を総合的に評価するという観点から、入院環境料、看護料、入院時医学管理料等が平成12年度以降入院基本料として一体評価されてきた。
- 平成18年度以降、入院基本料の施設基準の通則に複数夜勤配置や月平均夜勤時間が規定され、従前から通則に規定されている要件に加え、これらについても満たさなければ入院基本料が算定できなくなり、その場合、特別入院基本料を算定することとなった。
- この特別入院基本料は575点であることから、一般病棟7対1入院基本料であれば、当該入院基本料の37%と著しい減額となり、医療機関の経営上のダメージが大きいとの指摘があり、平成22年改定では、7対1及び10対1入院基本料については、月平均夜勤時間72時間が満たせない場合については、入院基本料の80%となる7対1及び10対1特別入院基本料を新設した。



- 今後、特別入院基本料を算定する際の減額幅や7対1及び10対1特別入院基本料と同様の緩和措置を13対1及び15対1入院基本料へ拡大することについて検討する必要があるのではないか。

算定率の低い入院基本料等加算について

入院基本料等加算の算定率 ①

<平成22年社会医療診療行為別調査を元に算出 (主に毎日又は入院から一定期間算定するもの)>

区分	診療報酬名	算定率
A200	総合入院体制加算	1.9%
A204	地域医療支援病院入院診療加算	2.7%
A204-2	臨床研修病院入院診療加算	21.7%
A205	救急医療管理加算	48.7%
A205-2	超急性期脳卒中加算	0.0%
A205-3	妊産婦緊急搬送入院加算	0.7%
A206	在宅患者緊急入院診療加算	0.1%
A207	診療録管理体制加算	45.3%
A207-2	医師事務作業補助体制加算	26.7%
A207-3	急性期看護補助体制加算	30.3%
A208	乳幼児加算・幼児加算	1.0%
A210	難病等特別入院診療加算	1.0%
A211	特殊疾患入院施設管理加算	23.2%
A212	超重症児(者)入院診療加算 準超重症児(者)入院診療加算	5.3%
A213	看護配置加算	16.5%
A214	看護補助加算	49.6%
A218	地域加算	73.0%
A218-2	離島加算	0.4%
A219	療養環境加算	39.6%

区分	診療報酬名	算定率
A220	HIV感染者療養環境特別加算	0.0%
A220-2	二類感染症患者療養環境特別加算	0.3%
A221	重症者等療養環境特別加算	5.7%
A221-2	小児療養環境特別加算	0.4%
A222	療養病棟療養環境加算	82.1%
A223	診療所療養病床療養環境加算	88.5%
A225	放射線治療病室管理加算	0.0%
A226	重症皮膚潰瘍管理加算	0.3%
A226-2	緩和ケア診療加算	0.1%
A227	精神科措置入院診療加算	1.0%
A228	精神科応急入院施設管理加算	0.4%
A229	精神科隔離室管理加算	67.5%
A230	精神病棟入院時医学管理加算	16.1%
A230-2	精神科地域移行実施加算	18.7%
A231-2	強度行動障害入院医療管理加算	0.3%
A232	がん診療連携拠点病院加算	2.6%
A234	医療安全対策加算	33.4%
A238-5	救急搬送患者地域連携受入加算	0.1%
A243	後発医薬品使用体制加算	11.6%

*赤文字は算定率の低いもの

入院基本料等加算の算定率 ②

<届出施設数、病床数を元に算出（主に入院中に一定回数又は週一定回数算定するもの）>

区分	診療報酬名	算定率
A230-3	精神科身体合併症管理加算	81.1%
A231-3	重度アルコール依存症入院医療管理加算	1.4%
A231-4	摂食障害入院医療管理加算	1.3%
A233-2	栄養サポートチーム加算	11.9%
A236	褥瘡ハイリスク患者ケア加算	25.3%
A236-2	ハイリスク妊娠管理加算	13.7%
A237	ハイリスク分娩管理加算	45.5%
A238	慢性期病棟等退院調整加算	29.8%
A238-3	新生児特定集中治療室退院調整加算	4.5%
A238-4	救急搬送患者地域連携紹介加算	9.3%
A240	総合評価加算	8.5%
A242	呼吸ケアチーム加算	3.3%

<算定率の算出が難しいもの>

区分	診療報酬名	算出が難しい理由
A224	無菌治療室管理加算	1入院中に90日間まで算定するもので、かつ届出が不要なため

算定率の低い加算について

<患者の病態が算定要件となっている加算>

区分	診療報酬名	算定率	主な算定要件
A220	HIV感染者療養環境特別加算	0.0%	後天性免疫不全症候群の病原体に感染している患者について算定する。
A226-2	緩和ケア診療加算	0.1%	悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群の患者で、疼痛等身体症状や抑うつ等精神症状を持つ者に緩和ケアチームが診療を行った場合に算定する。
A226	重症皮膚潰瘍管理加算	0.3%	重症な皮膚潰瘍を有している者に医学管理を行った場合に算定する。
A231-2	強度行動障害入院医療管理加算	0.3%	強度行動障害スコア10以上及び医療度判定スコア24以上の患者に、経験を有する医師等による専門的入院医療が提供された場合に算定する。
A220-2	二類感染症患者療養環境特別加算	0.3%	二類感染症の患者及び疑似症状患者を個室又は陰圧室へ入院させた場合に算定する。
A221-2	小児療養環境特別加算	0.4%	麻疹等に罹患しており、他の患者への感染の危険性が高い、又は易感染性により、感染症罹患の危険性が高い、個室に入院した15歳未満の患者について算定する。
A205-3	妊産婦緊急搬送入院加算	0.7%	緊急分娩に対応できる医療機関において、妊娠に係る異常のため緊急入院を必要とする妊産婦(直近3ヶ月以内に入院医療を要する原因疾患で受診歴のある場合をのぞく)が、緊急搬送され入院した場合に入院初日に算定する。
A228	精神科応急入院施設管理加算	0.4%	応急入院患者等に対する診療応需態勢を整えている医療機関において、 <u>応急入院患者等を入院させた初日</u> に算定する。

<治療法が算定要件となっている加算>

区分	診療報酬名	算定率	主な算定要件
A225	放射線治療病室管理加算	0.0%	悪性腫瘍の患者に対して、密封小線源あるいは治療用放射性同位元素により治療を受けている患者を入院させる場合に算定する。
A205-2	超急性期脳卒中加算	0.0%	脳卒中の診断及び治療を担当する常勤の医師1名以上配置などの要件を満たす施設において、 <u>脳梗塞と診断された患者に発症3時間以内にプラスミノゲン活性化因子を投与した場合</u> に算定する。
A226-2	緩和ケア診療加算 (再掲)	0.1%	悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群の患者で、疼痛等身体症状や抑うつ等精神症状を持つ者に緩和ケアチームが診療を行った場合に算定する。

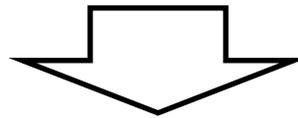
<制度が算定要件となっている加算>

区分	診療報酬名	算定率	主な算定要件
A238-5	救急搬送患者地域連携受入加算	0.1%	紹介元医療機関と受入先医療機関とが連携をとっており、高次の救急医療機関に <u>緊急入院した患者を入院から5日以内に受け入れた場合</u> に算定する。
A206	在宅患者緊急入院診療加算	0.1%	在宅で療養を行っている患者が急変した際に入院を受け入れた場合に算定する。
A218-2	離島加算	0.4%	離島地域に入院している患者に対して算定する。

算定率の低い加算について

【現状】

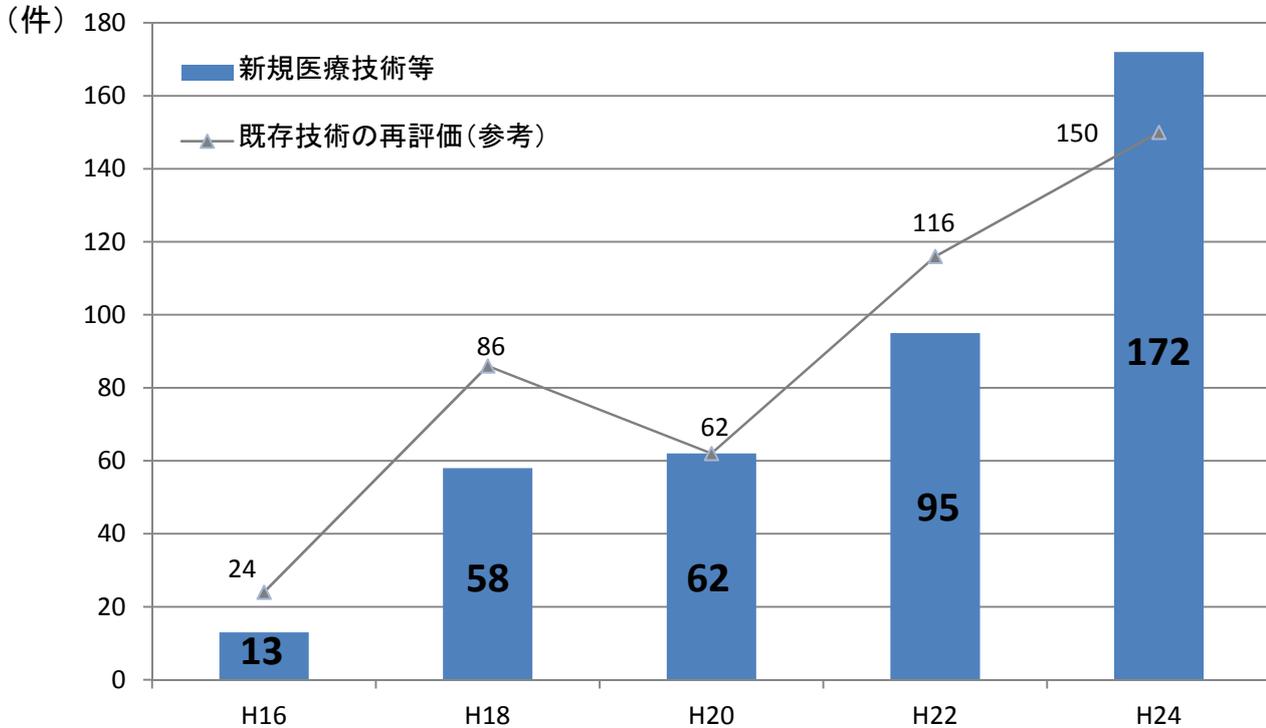
○入院基本料等加算のうち、平成24年度改定において、算定割合の高い栄養管理加算と褥瘡患者管理加算を入院基本料に包括化した。今後、今年度中に加算の算定状況や患者像等について調査を実施し、来年度以降、診療報酬基本問題小委員会及び入院医療等の調査・評価分科会等で診療報酬における包括化等の検討を行うこととしている。



○このうち、算定率の低い入院基本料等加算は、施設要件や患者要件などで必要以上に厳格なものがないか確認し、次回改定で必要に応じ見直しを行うとともに、分母となる病態や治療法等の実態を個別に調査したうえで、その利用状況を把握し、そののちに加算として役割を終えたと考えられるものは廃止するなど簡素化することを検討してはどうか。

新たに保険適用された医療技術の推移

○診療報酬調査専門組織医療技術評価分科会(設置:H15)等における評価結果を踏まえ保険導入を行うこととなった新規医療技術等の数である。



※再評価の中には、既記載技術の増点、減点、廃止、要件の見直し、適応疾患の拡大等が含まれる。

(新規技術の代表例)

H18	<ul style="list-style-type: none"> ・内視鏡下手術(脊椎前方固定術) 等 ・輸血管理の評価 等
H20	<ul style="list-style-type: none"> ・ベッセルシーリングシステム ・生体臓器移植ドナーの安全管理料 ・神経学的診察技術料 ・穿刺に係る技術の評価(経皮経管的肝膿瘍ドレナージ等) 等
H22	<ul style="list-style-type: none"> ・肝門部胆管癌切除術(1血行再建あり 2血行再建なし) ・腓中央切除術 ・バイパス術を併用した脳動脈瘤手術 ・経皮的動脈形成術 等
H24	<ul style="list-style-type: none"> ・コンベックス走査式超音波気管支鏡下針生検 ・時間内歩行試験 ・ヘッドアップティルト試験 ・高解像度赤外線CCDを用いた眼振検査 等

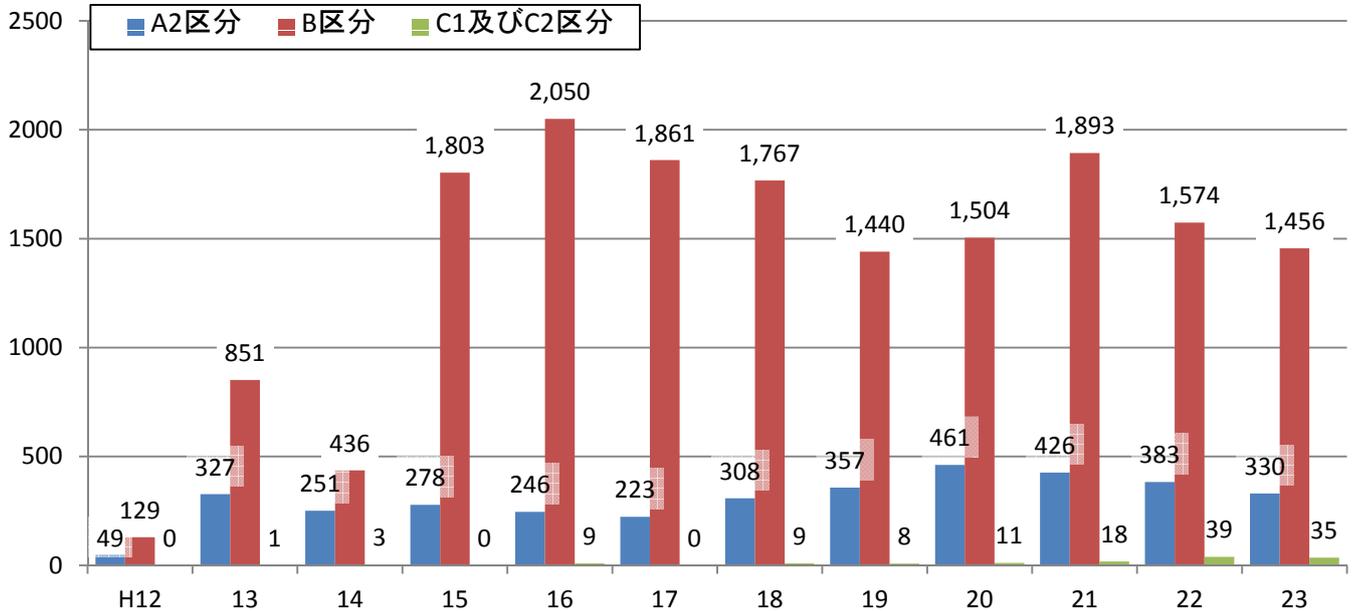
注1) 医療課調べ

注2) 診療報酬調査専門組織医療技術評価分科会設置前は、医療技術についても中医協総会で審議し、保険収載等を決定していたため、新たに保険適用された医療技術を切り分けて計上することは困難である。

新たに保険適用された医療材料の推移

○現行の評価区分制度となった平成12年10月以降の保険適用分からを調査したもので、企業から提出された「医療機器保険適用希望書」をカウントした数である。

(件)



A2区分...特定の診療報酬項目において包括的に評価されているもの
 B区分...材料価格が機能別分類に従って設定され、技術料とは別に評価されているもの
 C1区分...新たな機能区分が必要で、それをを用いる技術は既に評価されているもの
 C2区分...新たな機能区分が必要で、それをを用いる技術が評価されていないもの

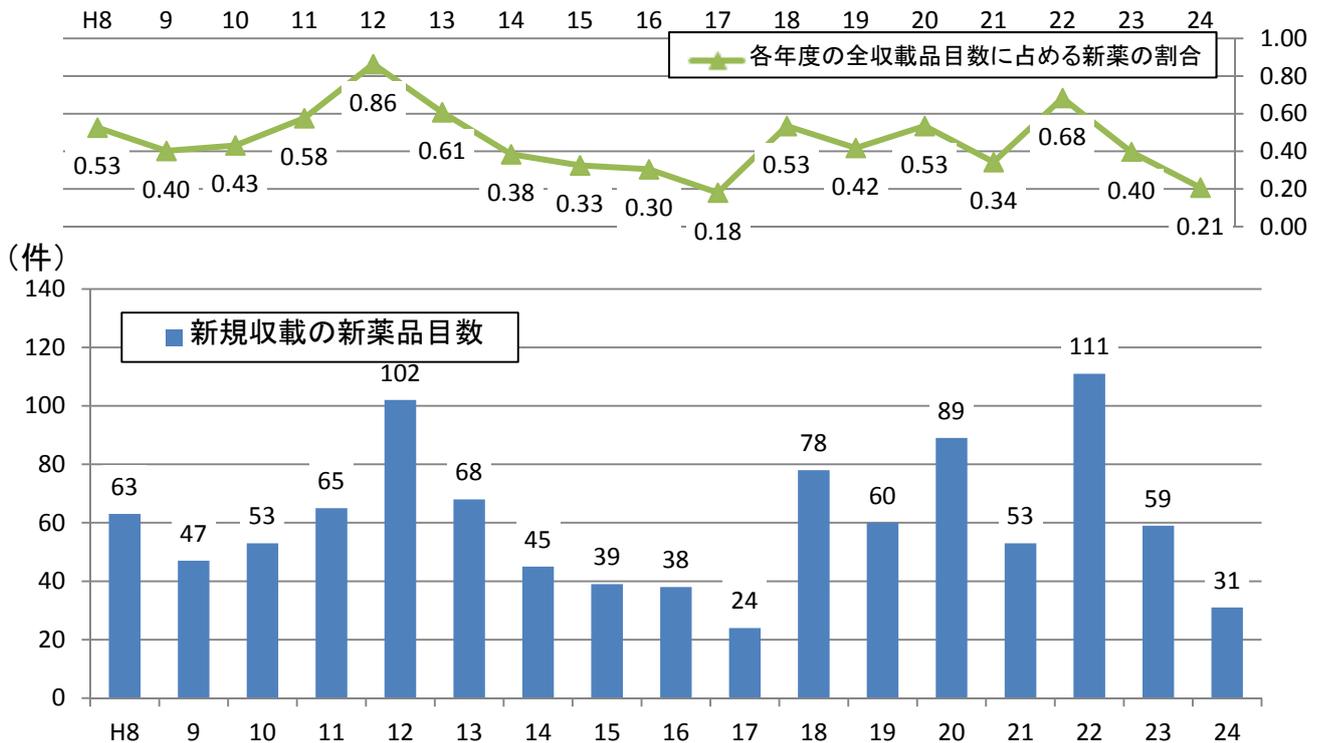
(新規材料の代表例)

H12	—
H13	アクアセル(皮膚欠損用被覆材)
H14	光トポグラフィー装置、AVA3Xiアクセス(血管造影用シースイントロデューサーセット)等
H15	—
H16	メドトロニック InSync 8040(ペースメーカートリプルチャンバ)、Cypherステント(薬剤溶出型冠動脈用ステントセット)等
H17	—
H18	全身用ポジトロンCT装置 Discovery LS、メドトロニック InSync ICD(両室ペーシング機能付き植込み型除細動器)等
H19	クックゼニスAAAエンドバスキュラーグラフト(腹部大動脈用ステントグラフト(メイン部分))、ギブン画像診断システム(カプセル型内視鏡)等
H20	アンジオガードXP(血管内血栓異物除去用留置カテーテル 頸動脈用ステント併用型)、ジェイス(自家培養表皮)等
H21	メドトロニック Reveal DX(植込み型心電図記録計)、ブレンドーE(膝蓋骨コンポーネント(パテラ)(直接固定用)等)(人工膝関節用材料 膝蓋骨材料等)等
H22	EON Mini Dual 8 ニューロスティミュレータ(埋込型脳・脊髄電気刺激装置 疼痛除去用(16極以上用)充電式)、トラベキュラーメタル モジュラー寛骨臼システム(人工股関節用材料 骨盤側材料 臼蓋形成用カップ)等
H23	DuraHeart 左心補助人工心臓システム(補助人工心臓セット 植込型(非拍動流型)磁気浮上型)、植込み型補助人工心臓 EVAHEART(本体等)(補助人工心臓セット 植込型(非拍動流型)水循環型)等

注1) 医療課調べ

注2) 平成12年9月以前に保険適用された医療材料は、当時、薬事承認に併せて保険適用されていたため、保険適用となった製品数の記録がない。

新たに保険収載された新薬の推移



注) 平成24年度は5月末までの品目数。

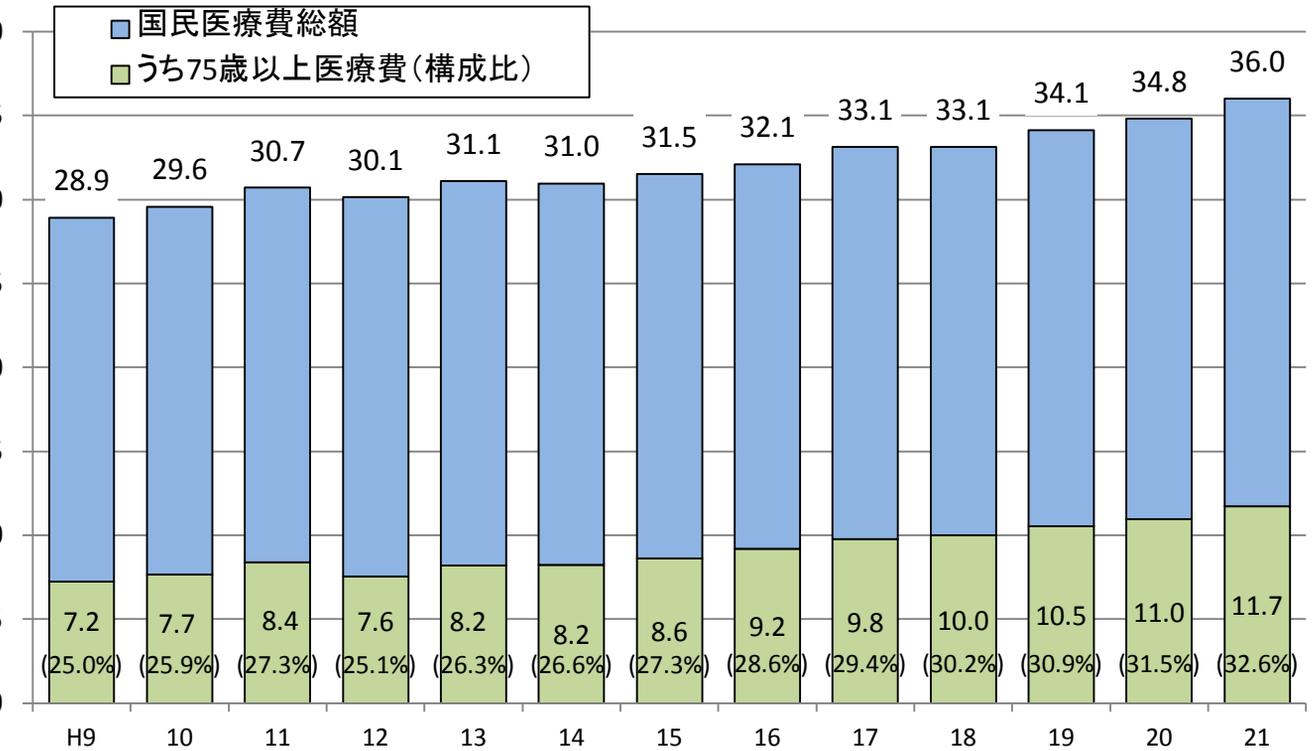
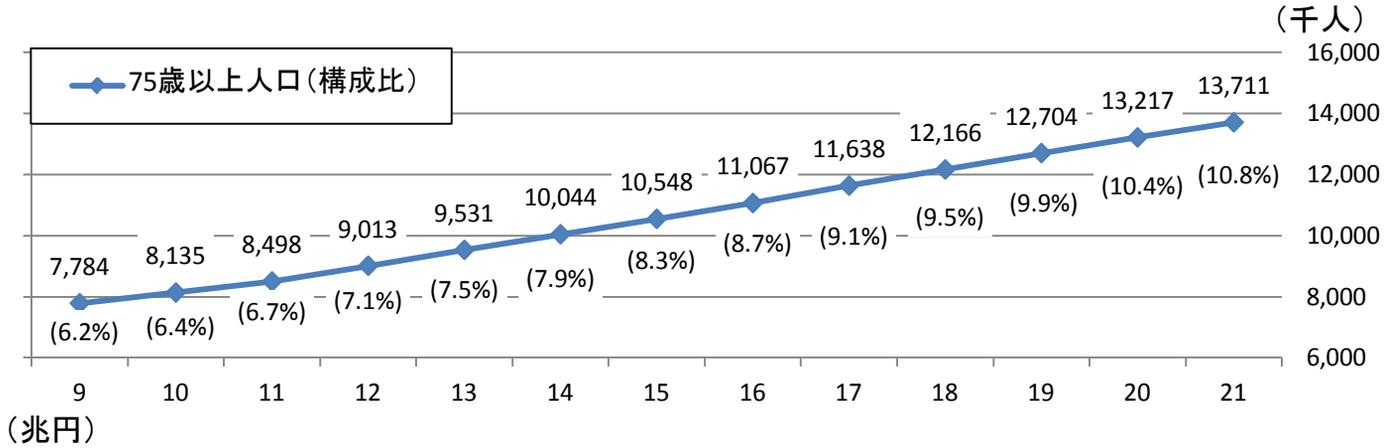
※ 平成8年度から平成24年度までの新規収載の新薬品目数合計の平成24年度時点での全収載品目数に対する割合は6.86%である。

(新規収載新薬の例)

H8	オドリック錠0.5mg・1mg(血圧降下剤)、リーバクト顆粒(たん白アミノ酸製剤)等
H9	フロモックス錠75mg(主としてグラム陽性・陰性菌に作用するもの)、パリエット錠10mg(消化性潰瘍用剤)等
H10	ニューロタン錠25・50(血圧降下剤)、ジルテック錠5・10(その他のアレルギー用薬)等
H11	プロプレス錠2・4・8・12(血圧降下剤)、ファスティック錠30・90スターシス錠30mg90mg(糖尿病用剤)等
H12	リピトール錠5mg・10mg(高脂血症用剤)、アレロック錠2.5・5(その他のアレルギー用薬)等
H13	ジプレキサ錠2.5mg・5mg・10mg(精神神経用剤)、シングレア錠10・キプレス錠10(その他のアレルギー用薬)等
H14	アクトネル錠2.5mg・ベネット錠2.5mg(他に分類されない代謝性医薬品)、ガチフロ錠100mg(合成抗菌剤)等
H15	リパロ錠1mg・2mg(高脂血症用剤)、ケテック錠300mg(主としてグラム陽性菌、マイコプラズマに作用するもの)等
H16	グルファスト錠5mg・10mg(糖尿病用剤)、クレストール錠2.5mg・5mg(高脂血症用剤)等
H17	ブイフェンド錠50mg(主としてカビに作用するもの)、セイブル錠25mg・50mg・75mg(糖尿病用剤)等
H18	プラビックス錠25mg・75mg(その他に血液・体液用薬)、ガバペン錠200mg(抗てんかん剤)等
H19	ゼチーア錠10mg(高脂血症用剤)、ジェニナック錠200mg(合成抗菌剤)等
H20	イリボー錠2.5μg・5μg(その他の消化器官用薬)、トレリーフ錠25mg(抗パーキンソン剤)等
H21	クロザリル錠25mg・錠100mg(精神神経用剤)、ジャヌビア錠25mg・50mg・100mg・グラクティブ錠25mg・50mg・100mg(糖尿病用剤)等
H22	イーケプラ錠250mg・500mg(抗てんかん剤)、エディロールカプセル0.5μg・0.75μg(ビタミンA及びD剤)等
H23	リクシアナ錠15mg・30mg(血液凝固阻止剤)、ベタニス錠25mg(その他の泌尿生殖器及び肛門用薬)等
H24	キックリンカプセル250mg(その他の循環器官用薬)、ミニリンメルトOD錠120μg(脳下垂体ホルモン剤)等

注) 医療課調べ

75歳以上人口・医療費の推移



<対前年度伸び率>

	H10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
75歳以上人口	4.5	4.5	6.1	5.7	5.4	5.0	4.9	5.2	4.5	4.4	4.0	3.7
国民医療費総額	2.3	3.8	▲ 1.8	3.2	▲ 0.5	1.9	1.8	3.2	▲ 0.0	3.0	2.0	3.4
75歳以上医療費	5.9	9.5	▲ 9.9	8.4	0.4	4.8	6.7	6.1	2.5	5.5	4.0	6.9

注) 国民医療費(厚生労働省)、人口推計(総務省統計局)より作成