

平成24年度診療報酬改定

地区医師会保険担当理事連絡協議会

(診療報酬改定伝達講習会)

平成24年3月10日

千葉県医師会 保険担当理事

川 越 一 男

平成24年度診療報酬改定

平成23年12月21日決定

全体改定率 +0.004%

(1) 診療報酬改定(本体)

改定率 +1.379% (約5,500億円)

各科改定率 医科 +1.55%(約4,700億円)

※ 入院・外来別の改定率は未設定

歯科 +1.70%(約 500億円)

調剤 +0.46%(約 300億円)

(2) 薬価改定等

改定率 ▲1.375% (約5,500億円)

薬価改定 ▲1.26% (薬価ベース▲6.00%)(約5,000億円)

材料価格改定▲0.12% (約500億円)

改定財源の配分

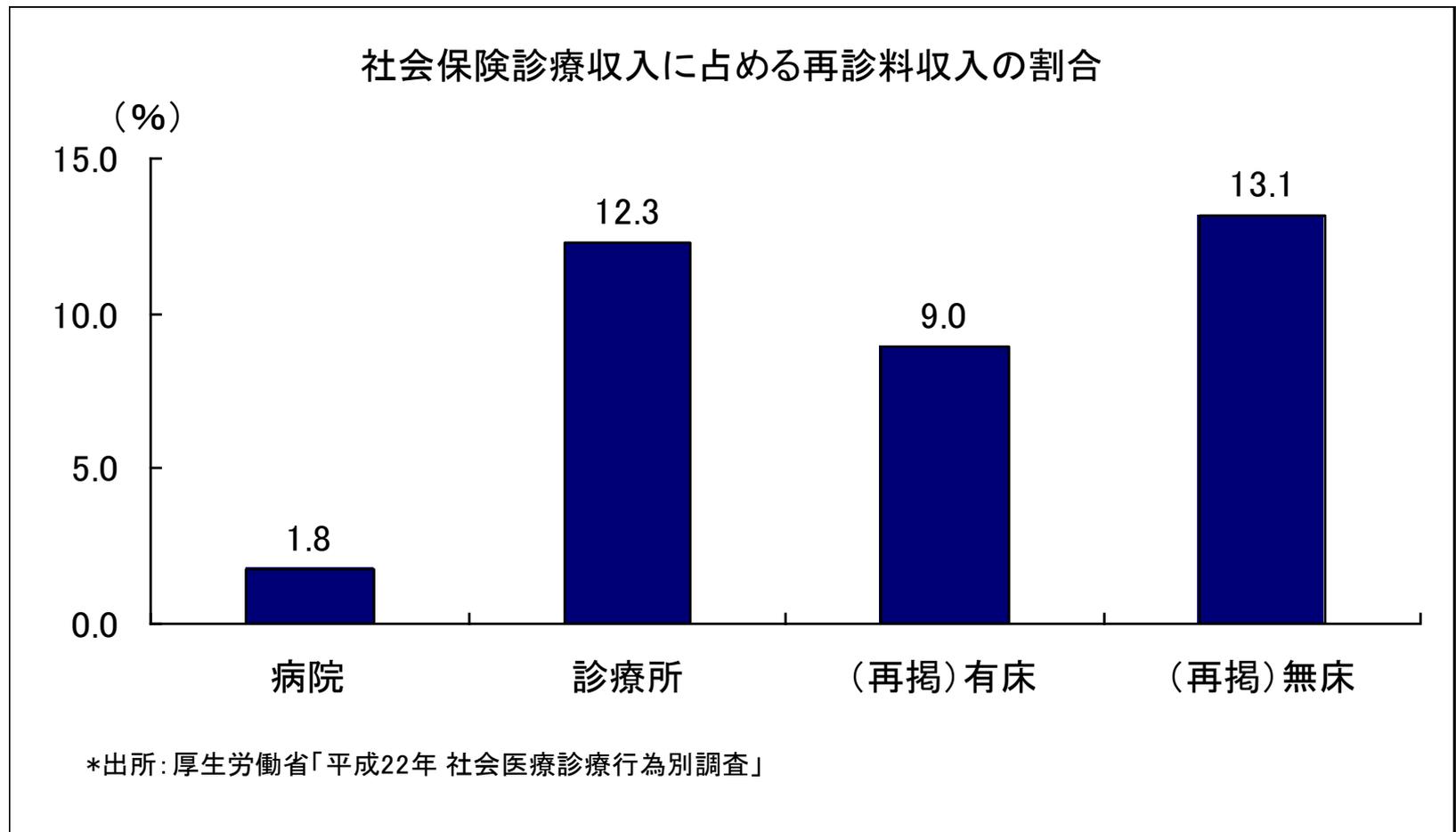
		平成22年度	平成24年度
全体		+0.19%	+0.004%
	診療報酬本体	+1.55% 5,700億円	+1.379% 5,500億円
	医科	+1.74% 4,800億円 { 入院 +3.03% 4,400億円 外来 +0.31% 400億円	+1.55% 4,700億円 { 入院 +2.07% 3,300億円 入院外 +1.01% 1,400億円
	歯科	+2.09% 600億円	+1.70% 500億円
	調剤	+0.52% 300億円	+0.46% 300億円
	薬価・材料	▲1.36% 5,000億円	▲1.375% 5,500億円

【各 論】

※スライド各ページに記載している
【点p〇〇，留p〇〇，
施告p〇〇，施通p〇〇，様p〇〇】等は、
『改定診療報酬点数表参考資料』の
点数告示、留意事項通知、施設基準告示、
施設基準通知、届出様式等の関連するページ
を示す。

再診料の重み

再診料は診療所収入の12.3%を占めており、診療所にとっては、初診料と並んで、もっとも重要な経営原資の1つである。



同一日の複数科受診の評価

再診料、外来診療料について、**同一日の2科目の再診**について評価を行う。

(新) 再診料 34点(同一日2科目の場合) 点p3, 留p57

(新) 外来診療料 34点(同一日2科目の場合) 点p4, 留p60

[算定要件]

- ① **同一日**に他の傷病(一つ目の診療科で診療を受けた疾病又は診療継続中の疾病と同一の疾病又は互いの関連のある疾病以外の疾病のことをいう。)について、患者が医療機関の事情によらず、**患者の意思により新たに別の診療科**(医療法上の標榜診療科のことをいう。)を再診として受診した場合(一つ目の診療科の保険医と同一の保険医から診察を受けた場合を除く。)に算定する。
- ② 2科目の再診料又は外来診療料を算定する場合は、乳幼児加算、外来管理加算等の**加算点数は算定できない**。

地域医療貢献加算の見直し

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、さらなる推進のため**評価体系を見直す**。

点p3, 留p59, 施告p505, 施通p545, 様p820

改定後	現行
<p>A001 再診料 注9 時間外対応加算</p> <p>イ 時間外対応加算1 5点(新) (常時(24時間)対応)</p> <p>ロ 時間外対応加算2 3点(改) (準夜帯対応)</p> <p>ハ 時間外対応加算3 1点(新) (輪番制)</p> <p>※自院における通院中の患者を対象とするものであり、緊急の初診患者への対応を求めるものではない。</p>	<p>A001 再診料 注8 <u>地域医療貢献加算 3点</u></p>

地域医療貢献加算→時間外対応加算

《改定内容》

自院の患者への時間外対応であることが確認された上、分かりやすい名称に変更するとともに、さらなる推進のため評価体系を見直す

地域医療貢献加算：3点



時間外対応加算1：5点(常時対応)

時間外対応加算2：3点(準夜帯対応)

時間外対応加算3：1点(輪番制)

[算定要件]

時間外対応加算1

- 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
- ② 原則として自院で対応する

時間外対応加算2

- ① 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で対応しても差し支えない
- ② 原則として自院で対応する

時間外対応加算3

- ① 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で対応しても差し支えない
- ② 当番日は原則として自院で対応する
- ③ 連携する医療機関は自院を含め3以下とする
- ④ 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

☆ 問い合わせに応じる患者は新規初診患者ではなく、継続的に受診している患者
地域医療貢献加算を届出している診療所は時間外対応加算2を満たす場合、
改めて届出の必要はない

医師事務作業補助体制加算 配置に応じた適切な評価の新設

30対1、40対1の評価を新設する。また、50対1については、年間の緊急入院患者数が100名以上の実績を有する病院も算定可能とする。

点p22, 留p86, 施告p517, 施通p562

改定後			現行		
A207-2 医師事務作業補助体制加算 (入院初日)			A207-2 医師事務作業補助体制加算 (入院初日)		
1	15対1補助体制加算	810点	1	15対1補助体制加算	810点
2	20対1補助体制加算	610点	2	20対1補助体制加算	610点
3	25対1補助体制加算	490点	3	25対1補助体制加算	490点
4	30対1補助体制加算	410点(新)			
5	40対1補助体制加算	330点(新)			
6	50対1補助体制加算	255点	4	50対1補助体制加算	255点
7	75対1補助体制加算	180点	5	75対1補助体制加算	180点
8	100対1補助体制加算	138点	6	100対1補助体制加算	138点

後発医薬品の使用促進について

施通p691

◆処方せん様式の変更

現行の処方せん様式では、「後発医薬品への変更がすべて不可の場合の署名」欄があり、処方医の署名により処方薬すべてについて変更不可となる形式となっているが、**個々の医薬品について変更の可否を明示する様式に変更する(別紙)。**

【経過措置】

平成24年9月30日までは、従前の様式(旧様式)を手書き等で修正することにより使用可能。

後発医薬品の使用促進について

◆医療機関における後発医薬品を積極的に使用する体制評価の見直し

医療機関における後発医薬品の使用を進めるため、後発医薬品使用体制加算の現行の要件（後発医薬品の採用品目割合20%以上）に「**30%以上**」の評価を加える。

点p33, 留p108, 施告p522, 施通p580, 様p858

改 定 後	現 行
<p>A243 後発医薬品使用体制加算 (入院初日)</p> <p>1 後発医薬品使用体制加算1 35点(新) 2 後発医薬品使用体制加算2 28点(改)</p> <p>[施設基準]</p> <p>1 後発医薬品使用体制加算1 当該保険医療機関において使用することを決定した医薬品のうち後発医薬品の品目数が3割以上であること。</p> <p>2 後発医薬品使用体制加算2 当該保険医療機関において使用することを決定した医薬品のうち後発医薬品の品目数が2割以上であること。</p>	<p>A243 後発医薬品使用体制加算 (入院初日) 30点</p> <p>[施設基準]</p> <p>当該保険医療機関において使用することを決定した医薬品のうち後発医薬品の品目数が2割以上であること。</p>

後発医薬品の使用促進について

◆一般名処方の推進

後発医薬品の使用を一層促進するとともに、保険薬局における後発医薬品の在庫管理の負担を軽減するため、医師が処方せんを交付する際、後発医薬品のある医薬品について一般名処方が行われた場合の加算を新設する。

点p314, 留p319, 施通p692

改定後	現行
F400 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 68点	F400 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 68点
注6 薬剤の一般的名称を記載する処方せんを交付した場合、処方せんの交付1回につき2点を加算する。	

なお、一般名処方を行った場合の処方せん料の算定においては、「薬剤料における所定単位当たりの薬価」の計算は、当該規格のうち最も薬価が低いものを用いて計算することとする。

一般名処方

- 一般名処方とは義務化・強制ではない
- 一般名による記載を含む処方せんを交付した場合に、**処方せんの交付1回につき2点加算**する
- **1品目でも**一般名で処方すれば加算できる
- 手書き医療機関でも一般名で処方すれば加算できる
- 一般名処方しても最終的に患者は**先発医薬品**を選択できる
 - ※ 先発医薬品が選択された場合でも加算は算定できる
- 医療機関・薬局では以下のような説明が必要
 - 1) 一般名に該当する薬剤の提示とそれらの先発医薬品、後発医薬品別の説明
 - 2) 従来処方されていた薬の提示
- ※ 平成24年9月30日までは従前の処方せん様式を手書き等で修正して使用できる

- 国は後発医薬品の有効性、安全性等について、先発医薬品と差異がないとしているが、現場の実感としてまだ**違和感**があるのが事実
 - その理由としては、後発医薬品の質の担保、安定供給体制、情報提供、価格設定の問題などがある
- 後発医薬品の品目の中には、医師が使用経験等から**信頼できる後発医薬品**とそうでない後発医薬品があるため、「この後発品が処方されるなら一般名処方してもよい」と考える医師がいる
 - 薬局における後発医薬品の品揃え等について、工夫ができないか？

(別紙) 新たな処方せんの様式 (案)

処 方 せ ん												
(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)												
公費負担者番号			保 険 者 番 号									
公費負担医療の受給者番号			被保険者証・被保険者手帳の記号・番号									
患 者	氏 名		保 険 医 療 機 関 の 所 在 地 及 び 名 称									
	生年月日	明大 昭和 平	年 月 日	男・女	電 話 番 号							
	区 分	被保険者	被扶養者	都道府県 番号	点数表 番号	医療機関 コード	保 険 医 氏 名 (印)					
交付年月日		平成	年	月	日	処方せんの 使用期間		平成	年	月	日	特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。
変更不可 (個々の処方薬について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更を差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。)												
処 方												
備 考												
調剤済年月日		平成	年	月	日	公費負担者番号						
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名		公費負担医療の 受 給 者 番 号 (印)										
備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。 2. この用紙は、日本工業規格 A 列5番を標準とすること。 3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令(昭和61年厚生省令第36号)第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。												

様式第二号 (第二十三条関係)

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、これらに係る医療費も増加していることを勘案し、糖尿病患者に対し、外来において、医師と看護師または保健師、管理栄養士等の透析予防診療チームが連携して、重点的な医学管理を行うことについて評価を行う。
- ※平成22年で原疾患の43.5%が糖尿病性腎症

《改定内容》

糖尿病透析予防指導管理料: **350点(新設)**

[算定要件]

HbA_{1c}が6.1%(JDS値)以上、6.5%(国際標準値)以上
または

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

[施設基準]

①透析予防診療チーム

糖尿病指導の経験を有する専任の医師

糖尿病指導の経験を有する専任の看護師または保健師

糖尿病指導の経験を有する専任の管理栄養士 ← **非常勤でもよい**

②糖尿病教室等を実施

③1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

人工腎臓等の適正な評価

- ◆ **エリスロポエチンの価格が低下し、同じ効能を有するがより低価格であるエポエチンベータペゴル等への置換が進んでいる現状を踏まえ、包括点数を見直す。**

点p380, 留p395, 施告p610・620

改定後	現行
J038 人工腎臓(1日につき)	J038 人工腎臓(1日につき)
1 慢性維持透析を行った場合	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(改)	イ 4時間未満の場合 <u>2,075点</u>
ロ 4時間以上5時間未満の場合 2,205点(改)	ロ 4時間以上5時間未満の場合 <u>2,235点</u>
ハ 5時間以上の場合 2,340点(改)	ハ 5時間以上の場合 <u>2,370点</u>

外来リハビリテーションの評価

点p135, 留p165, 施告p600, 施通p635, 様p891

1週間に2回以上又は1週間に1回以上のリハビリテーションを実施しているが、必ずしも毎回医師の診察を必要としない患者について、リハビリテーションの包括的な指示に対する評価を新設する。

(新) B001-2-7 外来リハビリテーション診療料

- | | |
|-------------------|--------------|
| 1 外来リハビリテーション診療料1 | 69点(7日につき) |
| 2 外来リハビリテーション診療料2 | 104点(14日につき) |

[算定要件]

外来リハビリテーション診療料1

- ① リハビリテーション実施計画において、1週間に2日以上疾患別リハビリテーションを実施することとしている外来の患者に対し、包括的にリハビリテーションの指示が行われた場合に算定する。
- ② 算定日から7日間は医師による診察を行わない日であってもリハビリテーションを実施してよい。
- ③ 算定日から7日間はリハビリテーションを実施した日について初診料、再診料、外来診療料を算定しない。

外来リハビリテーションの評価

- 外来でのリハビリテーションにおいて、現在は毎回医師の診察が必要となっているが、状態が安定している場合等、医学的に毎回医師の診察を必要としない患者が含まれているため、医師の包括的な指示の下にリハビリテーションを提供できるよう、評価体系を見直す。

《改定内容》

1週間に2回以上又は1週間に1回以上のリハビリテーションを実施しているが、必ずしも毎回医師の診察を必要としない患者について、リハビリテーションの包括的な指示に対する評価を新設

外来リハビリテーション診察料1: 69点(7日につき)(新設)

外来リハビリテーション診察料2: 104点(14日につき)(新設)

[算定要件]

- ① リハビリテーション実施計画において、1(2)週間に2日以上疾患別リハビリテーションを実施することとしている外来患者に対し、包括的にリハビリテーションの指示が行われた場合に算定する
- ② 算定日から7(14)日間は医師による診察を行わない日であってもリハビリテーションを実施してよい
- ③ 算定日から7(14)日間はリハビリテーションを実施した日について、初・再診料、外来診療料を算定しない

[施設基準]

- ① 毎回のリハビリテーションにあたり、リハビリテーションスタッフが十分な観察を行い、必要時に医師の診察が可能な体制をとっていること
- ② 毎回のリハビリテーション後にカンファレンス等で医師がリハビリテーションの効果や進捗状況を確認していること

コンピューター断層撮影診断料の見直し

64列以上のマルチスライス型CT及び3テスラ以上のMRIによる撮影に対する評価を新設する。

点p299, 留p309, 施告p607, 施通p649, 様p915

改 定 後	現 行
<p>E200 コンピューター断層撮影(CT撮影)</p> <p>1 CT撮影</p> <p>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)</p> <p>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)</p> <p>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)</p> <p>ニ イ、ロ、ハ以外の場合 600点(改)</p> <p>[施設基準]</p> <p>イについては、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。</p>	<p>E200 コンピューター断層撮影(CT撮影)</p> <p>1 CT撮影</p> <p>イ 16列以上のマルチスライス型の機器による場合 <u>900点</u></p> <p>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 <u>820点</u></p> <p>ハ イ、ロ以外の場合 <u>600点</u></p>

改定後	現行
<p>E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影 (MRI撮影)</p> <p>1 3テスラ以上の機器による場合 1,400点(改)</p> <p>2 1.5テスラ以上3テスラ未満の機器による場合 1,330点(改)</p> <p>3 1又は2以外の場合 950点(改)</p> <p>[施設基準] 1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。</p>	<p>E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影 (MRI撮影)</p> <p>1 1.5テスラ以上の機器による場合 <u>1,330点</u></p> <p>2 1以外の場合 <u>1,000点</u></p>

[参考]

画像診断管理加算2の施設基準

- ① 放射線科を標榜している病院であること。
- ② 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。
- ③ 当該保険医療機関において実施されるすべての核医学診断、CT撮影及びMRI撮影について、②に規定する医師により遅くとも撮影日の翌診療日までに当該患者の診療を担当する医師に報告されていること。
- ④ 画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

ビタミン剤の取扱い

ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤以外のビタミン製剤についても、「単なる栄養補給目的」での投与は算定不可とする。

点p313, 留p318

改定後

【投薬／注射 薬剤】

入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与された**ビタミン剤については**、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断したときを除き、これを算定しない。

現行

【投薬／注射 薬剤】

入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤(**ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。**)については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断した場合を除き、これを算定しない。