

平成24年度

診療報酬・介護報酬 改定特集号



Contents

平成24年度診療報酬・介護報酬改定の概要

Q1 今回の改定の特徴は？	2
診療報酬改定のポイント	
Q2 地域医療貢献加算は？	3
Q3 再診料は？	3
Q4 病・診の役割分担促進のための改定は？	4
Q5 有床診療所に関する改定は？	4
Q6 在宅療養支援診療所に関する改定は？	5
Q7 訪問看護ステーションに関する改定は？	5
Q8 糖尿病透析予防指導管理料とは？	6
Q9 認知症に関する改定は？	6
Q10 後発医薬品の使用促進に関する改定は？	7
Q11 検査に関する改定は？	7
Q12 歯科医療に関する改定は？	8
介護報酬改定のポイント	
Q13 介護職員処遇改善交付金はどうなった？	9
Q14 4月から始まる新サービスとは？	9
Q15 地域区分はどうなった？	10
Q16 医療・介護連携促進のための報酬は？	10

Q1 | 今回の診療報酬と介護報酬の同時改定にはどんな特徴がありますか？

A1 | 6年に1度の同時改定であり、医療と介護の役割分担と連携が課題となりました。また、社会保障と税の一体改革を踏まえ、将来の医療・介護サービスのあるべき姿を目指した改革の第一歩と位置付けられています。

解説

(1) 改定率と影響額

中央社会保険医療協議会（森田朗会長）は平成 24 年 2 月 10 日、「平成 24 年度 診療報酬改定」について、小宮山洋子厚生労働大臣に答申しました。

改定率は 0.004% で、厳しい財政事情の中で、かろうじてネットでプラス改定を確保。薬価と医療材料を 1.375% 引き下げ、その財源を振り向けて診療報酬本体は 1.379% の引き上げとなりました（表 1）。

財政の影響額は約 5,500 億円で、これを「医療従事者の負担軽減・処遇改善」「医療と介護の連携と在宅医療の充実」「がんや認知症治療の分野」に重点的に配分しています（表 2）。

一方、診療報酬改定と同時に実施される介護報酬改定は、1 月 25 日の社会保障審議会・介護給付費分科会（大森彌分科会長）で決まりました。改定率は 1.2% のプラス改定です。

今改定では、3 月末で終了する介護職員処

遇改善交付金が介護報酬に組み込まれました。介護職員処遇改善交付金を介護報酬に置き換えると 2% 程度に相当するとされていますが、物価・人件費の下落分を反映させて、1.2% の改定率となりました。

なお、1.2% の内訳は、在宅サービスに 1%、施設に 0.2% の配分で、在宅重視の改定となっています。

(2) 地域包括ケアの実現を目指す

平成 24 年度の診療報酬改定は、6 年に 1 度の介護報酬との同時改定です。増大する医療・介護ニーズを見据えて、医療と介護の役割分担と連携を進め、地域包括ケアの実現を目指して在宅医療を重視しているのが大きな特徴です。

また、今回の改定は 1 月 6 日に政府・与党が決定した「社会保障と税の一体改革素案」を受けて、2025 年の医療・介護サービスのあるべき姿を目指した改革の第一歩と位置付けられています。

一体改革は、社会保障制度全般の改革の道筋を示していますが、医療分野については、入院医療の機能分化と連携、在宅医療の充実によって施設から地域への流れをつくるビジョンを示し、今後の診療報酬改定や法整備を通じて実現することとしています。

表 1 診療報酬改定の内訳

全体改定率 + 0.004%

診療報酬本体	+ 1.379%	(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	▲ 1.375%	(約 5,500 億円)

表 2 医科の重点評価項目

- 救急、産科、小児、外科等の急性期医療を適切に提供するため、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。 **約 1,200 億円**
- 在宅療養への円滑な移行や地域生活の復帰を進めるため、医療と介護の機能分化と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。 **約 1,500 億円**
- がん治療、認知症治療などを推進するため、これらの医療技術の評価を充実する。 **約 2,000 億円**

診療報酬改定のポイント

1. 外来に関する評価

Q2 | 地域医療貢献加算はどのように変わりましたか？

A2 | 名称が「時間外対応加算」に変更され、3段階の評価となりました。

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

解説

病院と診療所の役割分担を進め、病院勤務医の負担を軽減するため、地域医療貢献加算（3点、再診料の加算）の点数が引き上げられました。名称を分かりやすくするため、「時間外対応加算」に変更し、時間外の体制に応じて3段階の点数を設定しました。

診療所が時間外に電話などの問い合わせに応じることで、休日・夜間に病院を受診する軽症患者の減少を図るのがねらいです。

時間外対応加算 1 は、標榜時間外において常時、患者さんからの電話等による問い合わせに応じることが算定の要件です。原則として自院で対応することが求められます。

加算 2 は従来の地域医療貢献加算と同様の要件で、準夜帯において電話対応を行う場合に算定。加算 3 では、地域の医療機関と輪番で対応することが認められます（表 3）。

表 3 時間外対応加算の算定要件

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。原則として自院で対応する。
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、深夜または早朝は留守番電話等で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。当番日の深夜または早朝は留守番電話等で対応しても差し支えない。連携する医療機関数は3以下。

Q3 | 再診料はどうなりましたか？

A3 | 再診料・外来診療料ともに据え置きですが、患者さんの意思により、同じ日に2科目の診療料を受診した場合に、2つめの診療料の再診料・外来診療料として、34点を算定できることになりました。

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

解説

同一の医療機関において同一日に複数の診療料を受診した場合、これまでは再診料（69点）を1回しか算定できませんでしたが、今回の改定により、2科目の診療料においても、再診料として34点が算定できることになりました。初診料と同様に、再診料も2科目は半分の点数となります。

1つ目の診療料で診療を受けた疾病とは別の疾病について、患者さんが、医療機関の事情によらず、自らの意思によって2科目の診療料を受診した場合に算定することができます。1つ目の診療料とは別の医師が診察を行うことが要件です。

なお、2科目の再診料や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することはできません。

Q4 紹介状なしに大病院を受診する患者さんの負担が上がると聞きました。

A4 紹介率の低い大病院を紹介なしに受診した患者さんの初診料を引き下げました。差額分は保険外の料金を徴収できるとしています。

解説

紹介率の低い大病院を、紹介状なしに受診した患者さんの初診料が引き下げられました(200点)。同時に、他医療機関を紹介したにもかかわらず、当該病院を受診した患者さんの外来診療料も引き下げています(52点)。

これらの差額分は、保険外併用療養費(選定療養)の仕組みを活用し、保険外の料金を徴収することが認められており、結果的に患者負担が増えることとなります。

対象は紹介率が40%未満の特定機能病院や500床以上の地域医療支援病院で、逆紹介率30%以上の病院は除きます。経過措置が設けられ、実施は平成25年4月1日です。

病院と診療所との役割分担を促進し、大病院の軽症外来患者を減らすねらいがあります。

2. 入院に関する評価

Q5 有床診療所に関する改定内容を教えてください。

A5 有床診療所の機能を有効活用するため、緩和ケアやターミナルケアに対する評価を新設したほか、病床をより柔軟に運用するために規制を緩和しています。

解説

在宅で生活する患者さんの医療を支えるため、地域に密着した有床診療所の有効活用が求められています。このため、夜間に看護師が配置されている有床診療所について、以下の評価が新設されました。



(1) 有床診療所緩和ケア診療加算

新 有床診療所緩和ケア診療加算 (1日につき)
150点

入院患者で、悪性腫瘍または後天性免疫不全症候群の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状または不安、抑うつなどの精神症状を持つ患者さんに緩和ケアを行った場合に算定します。

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を配置していることが必要です。

(2) 看取り加算

新 看取り加算 (1日につき)
在宅療養支援診療所の場合 2,000点
その他の場合 1,000点

患者さんを入院から30日以内に看取った場合に、有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料に対する加算として、看取り加算を算定できます。夜間に看護職員を1名以上配置していることが求められます。

(3) 柔軟な病床運用

有床診療所の入院基本料は、一般病床、療養病床で区別されていますが、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ができるようになりました。

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床に限られていましたが、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なりました。

3. 在宅医療に関する評価

Q6 在宅療養支援診療所に関する改定内容を教えてください。

A6 在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院（在支診・在支病）の機能を強化するため、3人以上の医師が勤務する場合の施設基準を設け、往診料などで高い点数を設定しています。

機能を強化した在支診・在支病に対する評価		
	病床有	病床無
往診料		
新 緊急加算	850点	750点
新 夜間加算	1,700点	1,500点
新 深夜加算	2,700点	2,500点
在宅時医学総合管理料		
新 処方せん有	5,000点	4,600点
新 処方せん無	5,300点	4,900点
在宅患者緊急入院診療加算		
新 機能を強化した在支診 ・在支病間での受入の場合	2,500点	
在宅ターミナルケア加算		
新 ターミナルケア加算	6,000点	5,000点
新 看取り加算	3,000点	3,000点

解説

高齢化に伴い、在宅医療のニーズが高まることから、在支診・在支病の機能強化が計られました。1人の医師で24時間対応の訪問

表4 機能を強化した在支診・在支病の施設基準

- ①所属する常勤医師が3名以上。
- ②過去1年間の緊急の往診実績5件以上。
- ③過去1年間の看取り実績2件以上。

【複数の医療機関が連携して上記の要件を満たす場合の要件】

- ①患者からの緊急時の連絡先の一元化を行う。
- ②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する。
- ③連携する医療機関数は10未満。
- ④病院が連携に入る場合は200床未満の病院に限る。

診療や往診を行うことは困難が多いことから、複数の医師が在籍する在支診等（表4）に対する評価を新設しました。さらに緊急時・夜間の往診料や在宅時医学総合管理料、在宅患者緊急入院加算も引き上げられています。

なお、複数の医療機関が連携して対応して要件を満たした場合も同様の評価を行うこととしています。その場合、連携する医療機関数は10未満とし、緊急時の連絡先を一元化することなどを求めています。

また、在宅ターミナルケア加算は、ターミナルケアのプロセスと看取りに分けた評価体系に見直し、機能を強化した在支診・在支病に高い点数を設定しました。

このほか、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っています。

Q7 訪問看護ステーションは、どのような改定が行われましたか？

A7 医療と介護の連携を進める観点から、退院後の訪問看護の評価を引き上げたほか、専門性の高い訪問看護を評価しています。

解説

訪問看護では、訪問回数や対象の制限を緩和し、増加する医療ニーズの高い患者に対する訪問看護の充実を図っています。

常勤医師



訪問看護を週4日以上提供できる対象患者が拡大され、在宅で気管カニューレや留置カテーテルを使用している患者にも週4日以上訪問看護が認められることになりました。

また、退院直後や外泊日、退院当日の訪問看護を評価しました。退院直後の医療依存度の高い状態の要介護の患者に対し、退院直後の2週間に限り、特別訪問看護指示に基づいて訪問看護が提供できるようになりました。医療機関においては、特別訪問看護指示加算(100点)が算定できます。

さらに、看護補助者が同行し役割分担した場合の評価や、褥創ケアや緩和ケアに専門性の高い看護師が訪問した場合の評価などが新設されています。

4. その他の評価

Q8 | 新設された糖尿病透析予防指導管理料とはどのようなものですか？

A8 | 透析に移行することを予防するために、透析予防診療チームが指導管理を行うことを評価する点数です。

新 糖尿病透析予防指導管理料 (月1回) 350点

解説

生活習慣病対策の一環として、糖尿病患者が透析に移行することを予防する取組みを評価する点数が新設されました。

透析を導入する患者の原疾患は糖尿病性腎



症が最も多いことから、糖尿病患者に対して、外来において医師と看護師または保健師、管理栄養士が連携して重点的な医学管理を行った場合を評価し、糖尿病透析予防指導管理料が新設されました。

ヘモグロビンA1cが6.1%以上(JDS値、国際基準値では6.5%以上)であるか、内服薬やインスリン製剤を服用している外来糖尿病患者であって、糖尿病性腎症第2期以上の患者が対象で、糖尿病指導の経験を有する専任の医師や看護師、管理栄養士からなる透析予防診療チームが指導管理を行った場合に算定します。糖尿病教室を実施していることや、同管理料を算定した1年間の患者の人数や状態の変化等について報告することが施設基準となっています。

Q9 | 認知症患者の外来診療に関する改定内容を教えてください。

A9 | 認知症の早期診断を進めるとともに、かかりつけ医がその後の管理を行う場合の評価が新設されました。

解説

認知症の早期診断を推進するため、認知症専門診断管理料の評価を引き上げるとともに、認知症と診断された患者さんに対し、かかりつけ医がその後の管理を行う場合の評価が新設されました。

(1) 認知症専門診断管理料

認知症専門診断管理料 (1人につき1回)

500点 → **改** 1 700点
新 2 300点

要件を見直した上で評価を引き上げ、「認知症専門診断管理料1」としました。認知症療養計画を作成した場合に算定できます。

「認知症専門診断管理料2」は、入院中ではない、他の医療機関等から紹介された症状が増悪した患者さんに対し、診療の上で療養方針を決定して紹介元の医療機関等に紹介した場合に、3か月に1回算定できます。

(2) 認知症療養指導料

新 認知症療養指導料 (月1回、6月まで) 350点

専門医療機関において、認知症療養計画を作成した患者さんに対し、専門医療機関からの診療情報に基づく診療を行った日から起算して6か月間、算定することができます。



Q10 | 後発医薬品 (ジェネリック医薬品) の使用促進に関する改定を教えてください。

A10 | 後発医薬品の使用促進を図るため、調剤薬局における体制整備を促すとともに、医療機関においては、一般名処方に対する点数を新設し、処方せん様式が変更されました。

直し、後発品の割合を引き上げた上で、高い割合の場合を重点的に評価しています。

また、薬剤服用歴管理指導料の算定要件を見直し、薬剤情報提供文書に後発品の有無、価格や在庫情報の提供を加えました。

Q11 | 検査に関する改定を教えてください。

A11 | 適正化の観点から、生体検査の一部の点数を引き下げるとともに、検体検査の一部については実勢価格を踏まえ、点数を引き上げました。

解説

(1) 医療機関での使用促進

新 一般名処方加算

(処方せん交付1回につき) 2点

後発医薬品使用体制加算 (入院初日)

※%は後発医薬品の採用品目割合

新 1 30%以上 35点

20%以上 30点 → **改** 2 20%以上 28点

医師が一般名による処方を行った場合の評価が新設されました。処方せんの様式も見直され、個々の医薬品ごとに、後発医薬品への変更の可否を明示する形に変更されました。

また、後発医薬品使用体制加算に、「30%以上」を新設した上で、従来の「20%以上」の評価は引き下げられました。

(2) 調剤薬局での使用促進

後発医薬品調剤体制加算 (処方せん受付1回につき)

1 20%以上 6点 → **改** 22%以上 5点

2 25%以上 13点 → **改** 30%以上 15点

3 30%以上 17点 → **改** 35%以上 19点

後発医薬品の使用促進のため、調剤基本料における後発医薬品調剤体制加算の要件を見

量的視野検査 (片側)

2 静的量的視野検査 300点 → **改** 290点

調節検査 74点 → **改** 70点

角膜形状解析検査 110点 → **改** 105点

他覚的聴力検査又は行動観察による聴力検査

1 鼓膜音響インピーダンス検査

300点 → **改** 290点

2 チンパノメトリー 350点 → **改** 340点

WT1mRNA 核酸増幅検査 2,000点

→ **改** WT1mRNA 2,520点

細菌培養同定検査 (血液、穿刺液)

150点 → **改** 190点

結核菌群リファンピシン耐性遺伝子同定検査 550点

→ **改** 結核菌群リファンピシン耐性遺伝子検出 850点

解説

使用する機器の価格や検査に要する時間に比べ、高い評価となっている生体検査につい

て適正化が行われました。また、衛生検査所料金調査を踏まえて、検体検査実施料を引き上げています。

5. 歯科医療に関する評価

Q12 歯科医療については、どのような改定が行われましたか？

A12 がん患者に対する周術期の口腔管理を評価したほか、在宅歯科医療や歯周病治療を重点的に評価しています。

解説

(1) 周術期の口腔機能の管理

新 周術期口腔機能管理計画策定料	300点
新 周術期口腔機能管理料（Ⅰ）	190点
新 周術期口腔機能管理料（Ⅱ）	300点
新 周術期口腔機能管理料（Ⅲ）	190点

がん患者などの周術期の口腔内管理を評価するため、周術期口腔機能管理料等が新設されました。さらに、手術を行う医師との連携の下で、以下のような、がん患者の入院前から退院後を含めた口腔機能の管理などを評価しています。

- 周術期口腔機能管理計画策定料：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。
- 周術期口腔機能管理料（Ⅰ）：主に入院前後の口腔機能の管理を評価。
- 周術期口腔機能管理料（Ⅱ）：入院中の口腔機能の管理を評価。
- 周術期口腔機能管理料（Ⅲ）：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。

(2) 在宅歯科医療の推進

歯科訪問診療料 1	830点 → 改 850点
新 歯科訪問診療補助加算（1日につき）	
同一建物居住者以外の場合	110点
同一建物居住者の場合	45点

在宅歯科医療の推進を図るため、要件を緩和して歯科訪問診療の対象者を拡大し、「常時寝たきりの状態」になくとも行うことができるようになりました。

さらに、歯科訪問診療料 1 については点数を引き上げ、「診療時間 20 分以上」の要件から、患者さんの容体の急変によりやむを得ず満たさなかった場合を除外しています。

また、歯科衛生士が歯科訪問診療に際して診療の補助を行うことを評価し、歯科訪問診療補助加算が新設されました。在宅療養支援歯科診療所に属する歯科衛生士が、歯科医師と同行した場合に、歯科訪問診療料の加算として算定します。

(3) 歯周病の治療の評価

歯周基本治療

スケーリング（3分の1顎につき）	64点 → 改 66点
スケーリング・ルートプレーニング（1歯につき）	
前歯	58点 → 改 60点
小白歯	62点 → 改 64点
大白歯	68点 → 改 72点

歯の保存に資する技術の評価が見直され、歯周病に対する技術について、スケーリング（歯石の除去）、スケーリング・ルートプレーニング（歯石の除去および歯根面の滑沢化）などの評価が引き上げられました。

このほか、障害者加算の名称を「歯科診療特別対応加算」に改めた上で、対象者を明確にするため、算定要件に「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」を加えました。



介護報酬改定のポイント

Q13 | 介護職員処遇改善交付金は、介護報酬に取り込まれたそうですが、具体的にどうなりましたか？

A13 | 交付金に代わって、介護報酬において「介護職員処遇改善加算」が創設されました。

解説

平成 23 年度末で終了した介護職員処遇改善交付金は介護報酬に取り込まれ、「介護職員処遇改善加算」が創設されました。加算要件は交付金と同様で、各サービスの所定単位数に交付金と同じ交付率を掛け合わせて請求します。

介護職員処遇改善計画書を作成し、都道府県知事に提出するとともに、賃金を改善し、事業年度ごとに実績を報告することが算定の要件となっています。

Q14 | 4 月から始まる新たなサービスとは、どのようなものですか？

A14 | 昨年の介護保険法改正により創設された、「定期巡回・随時対応型サービス」と「複合型サービス」です。

解説

昨年の介護保険法改正により、地域包括ケ

ア実現のため、2 つのサービスが創設されました。「定期巡回・随時対応サービス」と「複合型サービス」で、いずれも要介護度別・月単位の定額報酬が設定されています（表 5）。

(1) 定期巡回・随時対応サービス

地域で暮らす要介護者の日常生活を支えるために必要な介護と看護のサービスを一体的に提供するもので、「地域包括ケア」を支える基礎的なサービスと位置付けられています。

介護と看護を一体的に提供するのが特徴で、1 日に複数回の定期訪問を行うとともに、24 時間体制をとって利用者からのコールを受けた際に必要な対応を行うサービスです。介護報酬では、一体型と連携型（他の訪問看護事業所との連携）の 2 類型が設定されました。

運営基準では、サービス提供にあたって訪問介護・看護計画書の作成が義務付けられています。計画書は、保健師または看護師が利用者の居宅を訪問し、アセスメントした結果を踏まえて作成します。そのほか事業者は、地域の関係者が参加する「介護・医療連携推進会議」を設置することが求められます。

(2) 複合型サービス

小規模多機能型居宅介護と訪問看護を組み合わせたサービスで、利用者の状態に応じて、通い・泊まり・訪問（介護・看護）サービスを柔軟に提供します。サービスを一元管理することにより、利用者のニーズに応じたサービス提供が可能になるほか、事業者にとっても柔軟な人員配置が可能になります。



表 5 定期巡回・随時対応サービスの定額報酬（1 月）

	定期巡回・随時対応型 訪問介護看護費（I） （一体型）		定期巡回・随時対応型 訪問介護看護費（II） （連携型）
	介護・看護利用者	介護利用者	
要介護 1	9,270	6,670	6,670
要介護 2	13,920	11,120	11,120
要介護 3	20,720	17,800	17,800
要介護 4	25,310	22,250	22,250
要介護 5	30,450	26,700	26,700

Q15 | 介護報酬改定で、地域区分の見直しが行われたと聞きましたが、どのようになりましたか？

A15 | 人件費の地域差を反映させるため、地域区分が従来の5区分から7区分になりました。

解説

地域区分は、人件費の地域差を介護報酬に反映させるために設定されているものです。今改定では、国家公務員の地域手当に準じて5区分から7区分に再編し、適用地域と上乘せ割合が見直されました（表6）。

名称についても、「1級地」「2級地」という区分に変更となっています。

従来の特別区（15%）に当たる1級地は、18%の上乗せとなりました。例えば、人件費70%のサービスであれば、1単位が11.26円で計算されることとなります。

また、介護事業経営実態調査の結果を踏まえ、サービスごとの人件費割合を見直した結果、訪問看護は従来の55%から70%に引き上げられました。新サービスの定期巡回・随時対応サービスは70%、複合型サービスは55%とされています。

なお、これらについては、平成26年度末までの経過措置を設定としています。

Q16 | 医療と介護の連携を進めるためにどんな報酬が設定されましたか？

A16 | ケアマネジメントにおいて、緊急時等居宅カンファレンス加算を創設し、情報共有や連携の強化を図っています。

解説

介護報酬においても、医療との連携強化が大きなテーマです。このため、サービスを統括するケアマネジャーの報酬に「緊急時等居宅カンファレンス加算」が創設されました。

ケアマネジャーが病院・診療所の求めにより、病院・診療所の職員とともに利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、サービスの利用を調整したときに200単位を算定します（1月に2回を限度）。

このほか、医療連携加算や退院・退所加算を見直し、入退院時の情報共有と連携強化が図られ、従来の医療連携加算（150単位/月）は、入院時情報連携加算に再編されました。

- 入院時情報連携加算（Ⅰ）200単位/月（介護支援専門員が病院または診療所に訪問する場合）
- 入院時情報連携加算（Ⅱ）100単位/月（介護支援専門員が病院または診療所に訪問する以外の方法の場合）

表6 地域区分と介護報酬1単位当たりの単価の見直し

【従来】

地域区分	特別区	特甲地	甲地	乙地	その他	
上乘せ割合	15%	10%	6%	5%	0%	
人件費割合	70%	11.05円	10.70円	10.42円	10.35円	10円
	55%	10.83円	10.55円	10.33円	10.28円	10円
	45%	10.68円	10.45円	10.27円	10.23円	10円

【見直し後】

地域区分	1級地	2級地	3級地	4級地	5級地	6級地	その他	
上乘せ割合	18%	15%	12%	10%	6%	3%	0%	
人件費割合	70%	11.26円	11.05円	10.84円	10.70円	10.42円	10.21円	10円
	55%	10.99円	10.83円	10.66円	10.55円	10.33円	10.17円	10円
	45%	10.81円	10.68円	10.54円	10.45円	10.27円	10.14円	10円