

平成26年度診療報酬改定の概要

(精神科関連抜粋版)

厚生労働省保険局医療課

平成26年度診療報酬改定の概要(目次)①

○平成26年度診療報酬改定の概要		P4
○平成26年度診療報酬改定の重点課題と対応		P7
重点課題	■医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等	
	1. 入院医療について	P17
	①高度急性期と一般急性期を担う病床の機能分化	P19
	②長期療養患者の受け皿の確保等について	P36
	③急性期後・回復期の病床の充実と機能に応じた評価	P38
	④医療提供しているが、医療資源の少ない地域に配慮した評価	P42
	⑤有床診療所の機能に着目した評価	P47
	2. 外来医療の機能分化・連携の推進について	P50
	3. 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療の推進について	P56
	4. 医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について	P84

平成26年度診療報酬改定の概要(目次)②

I. 充実が求められる分野を適切に評価していく視点	
①緩和ケアを含むがん医療の推進について	P91
②精神疾患に対する医療の推進について	P93
③認知症への対策の推進について	P105
④救急医療、小児医療、周産期医療の推進について	P106
⑤リハビリテーションの推進について	P109
⑥手術等の医療技術の適切な評価	P117
⑦医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションの適切な評価について	P136
⑧DPCに基づく急性期医療の適切な評価について	P138
II. 患者から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で質の高い医療を実現する視点	P142
III. 医療従事者の負担を軽減する視点	P152
IV. 効率化余地がある分野を適正化する視点	P159
V. 消費税8%への引上げに伴う対応	P165
VI. 革新的な医薬品、医療機器等の費用対効果評価	P169
VII. 経過措置等	P170

平成26年度診療報酬改定の概要

- ・ 2025年(平成37)年に向けて、医療提供体制の再構築、地域包括ケアシステムの構築を図る。
- ・ 入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に取り組む。

全体改定率 **+0.10%**

※ ()内は、消費税率引上げに伴う医療機関等の課税仕入れにかかるコスト増への対応分

診療報酬(本体) +0.73%(+0.63%) 【 約3,000億円(約2,600億円)】

医科	}	+0.82%(+0.71%)	【 約2,600億円(約2,200億円)】
歯科		+0.99%(+0.87%)	【 約300億円 (約200億円)】
調剤		+0.22%(+0.18%)	【 約200億円 (約100億円)】

薬価改定 ▲0.58%(+0.64%) 【 ▲約2,400億円(約2,600億円)】

材料価格改定 ▲0.05%(+0.09%) 【 ▲ 約200億円 (約400億円)】

※なお、別途、後発医薬品の価格設定の見直し、うがい薬のみの処方の保険適用除外などの措置を講ずる。

社会保障制度改革国民会議

医療・介護分野の改革

平成25年8月6日
社会保障制度改革国民会議

社会保障制度改革国民会議報告書(抜粋)

- 急性期から亜急性期、回復期等まで、患者が状態に見合った病床でその状態にふさわしい医療を受けることができるよう、急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、入院期間を減らして早期の家庭復帰・社会復帰を実現するとともに、受け皿となる地域の病床や在宅医療・在宅介護を充実させていく必要がある。この時、機能分化した病床機能にふさわしい設備人員体制を確保することが大切であり、病院のみならず地域の診療所をもネットワークに組み込み、医療資源として有効に活用していくことが必要となる。
- この地域包括ケアシステムは、介護保険制度の枠内では完結しない。例えば、介護ニーズと医療ニーズを併せ持つ高齢者を地域で確実に支えていくためには、訪問診療、訪問口腔ケア、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問薬剤指導などの在宅医療が、不可欠である。自宅だけでなく、高齢者住宅に居ても、グループホームや介護施設その他どこに暮らしていても必要な医療が確実に提供されるようにしなければならず、かかりつけ医の役割が改めて重要となる。そして、医療・介護サービスが地域の中で一体的に提供されるようにするためには、医療・介護のネットワーク化が必要であり、より具体的に言えば、医療・介護サービスの提供者間、提供者と行政間など様々な関係者間で生じる連携を誰がどのようにマネージしていくかということが重要となる。

平成26年度診療報酬改定の基本方針のポイント

平成25年12月6日

社会保障審議会医療保険部会

社会保障審議会医療部会

基本認識

- 入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に取り組み、医療提供体制の再構築、地域包括ケアシステムの構築を図る。

重点課題

- 医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等
入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実 等

改定の視点

- 充実が求められる分野を適切に評価していく視点
がん医療の推進、精神疾患に対する医療の推進 等
- 患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で質の高い医療を実現する視点
医療安全対策の推進等、患者データの提出 等
- 医療従事者の負担を軽減する視点
医療従事者の負担軽減の取組、救急外来の機能分化の推進、 等
- 効率化余地がある分野を適正化する視点
後発医薬品の使用促進 等

将来に向けた課題

超少子高齢社会の医療ニーズに合わせた医療提供体制の再構築、地域包括ケアシステムの構築については、直ちに完成するものではなく、平成26年度診療報酬改定以降も、引き続き、2025(平成37)年に向けて、質の高い医療が提供される診療報酬体系の在り方の検討も含め、医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に取り組んでいく必要がある。

平成26年度診療報酬改定の重点課題と対応

重点課題

社会保障審議会の「基本方針」

・医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等



重点課題への対応

重点課題 医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等

1. 入院医療について

- ① 高度急性期と一般急性期を担う病床の機能の明確化とそれらの機能に合わせた評価
- ② 長期療養患者の受け皿の確保、急性期病床と長期療養を担う病床の機能分化
- ③ 急性期後・回復期の病床の充実と機能に応じた評価
- ④ 地域の実情に配慮した評価
- ⑤ 有床診療所における入院医療の評価

2. 外来医療の機能分化・連携の推進について

- ① 主治医機能の評価
- ② 紹介率・逆紹介率の低い大病院における処方料等の適正化

3. 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療の推進について

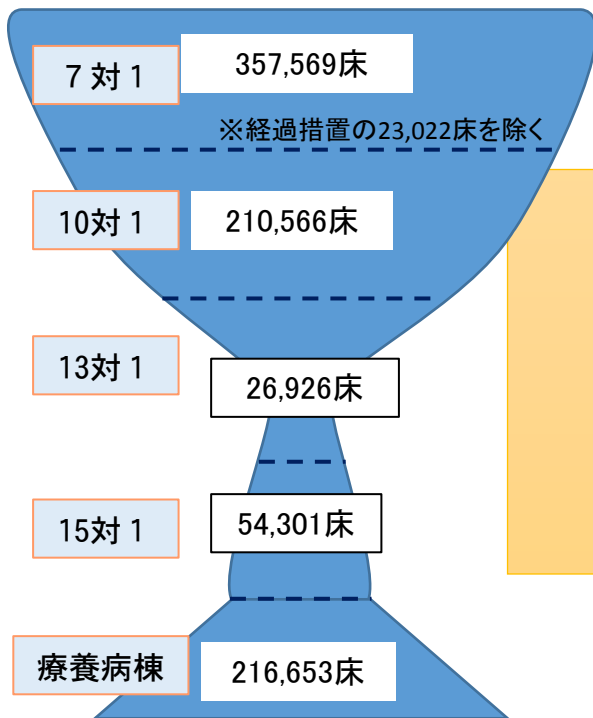
4. 医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について

「次期診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方」(概要)

(平成25年9月6日 社会保障審議会 医療保険部会・医療部会)

基本的な考え方

<現在の姿>



<高度急性期・一般急性期>

- 病床の機能の明確化と機能に合わせた評価
 - ・平均在院日数の短縮
 - ・長期入院患者の評価の適正化
 - ・重症度・看護必要度の見直し
 - ・入院早期からのリハビリの推進 等

<回復期(亜急性期入院医療管理料等)>

- 急性期を脱した患者の受け皿となる病床の整備
 - ・急性期病床からの受入れ、在宅・生活復帰支援、在宅患者の急変時の受入れなど病床機能を明確化した上で評価 等

<長期療養>

- 長期療養患者の受け皿の確保

<その他>

- 医療資源の少ない地域の実情に配慮した評価
- 有床診療所の機能に応じた評価

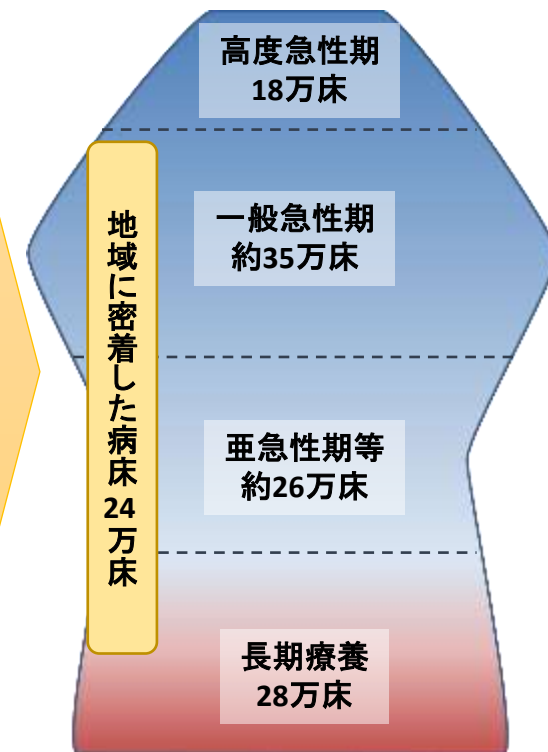
<外来医療>

- 外来の機能分化の推進
 - ・主治医機能の評価 等

<在宅医療>

- 質の高い在宅医療の提供の推進
 - ・在宅療養支援診療所・病院の機能強化 等

<2025年(平成37年)の姿>



外来医療

在宅医療

平成26年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見①

平成26年2月12日 中央社会保険医療協議会

1. 初再診料、時間外対応加算等について、歯科を含めて、引き続き検討すること。また、主治医機能の評価（地域包括診療料・地域包括診療加算）の影響、大病院の紹介率・逆紹介率や長期処方状況等を調査・検証し、外来医療の機能分化・連携の推進について引き続き検討すること。
2. 入院医療の機能分化・連携の推進について、次に掲げる事項等の影響を調査・検証し、病床機能報告制度等も踏まえ、引き続き検討すること。
 - (1) 一般病棟入院基本料（7対1、10対1の特定除外制度、「重症度、医療・看護必要度」、短期滞在手術等基本料等）の見直し
 - (2) 特定集中治療室管理料の見直し
 - (3) 総合入院体制加算の見直し
 - (4) 有床診療所入院基本料の見直し
 - (5) 地域包括ケア病棟入院料の創設
3. 医療を提供しているが医療資源の少ない地域に配慮した評価の影響を調査・検証し、その在り方を引き続き検討すること。
4. 療養病棟、障害者病棟、特殊疾患病棟等における長期入院も含めた慢性期入院医療の在り方について検討すること。
5. 在宅医療の適切な推進と介護保険との連携について、次に掲げる事項等を調査・検証し、在宅自己注射指導管理料の在り方、在宅医療を主に行う保険医療機関の外来医療の在り方等を引き続き検討すること。
 - (1) 機能強化型在宅療養支援診療所等の評価見直しの影響
 - (2) 在宅不適切事例の適正化の影響
 - (3) 歯科訪問診療の診療時間等
 - (4) 機能強化型訪問看護ステーションの実態
 - (5) 在宅における薬剤や衛生材料等の供給体制
6. 適切な向精神薬使用の推進を含め、精神医療の実態を調査・検証し、精神医療の推進について引き続き検討すること。

平成26年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見②

7. 救急医療管理加算の見直し、廃用症候群に対するリハビリテーションの適正化、リハビリテーションの推進等の影響、維持期リハビリテーションの介護サービスへの移行の状況、胃瘻の造設の状況等について調査・検証し、それらの在り方を引き続き検討すること。
8. 新薬創出・適応外薬解消等促進加算について、真に医療の質の向上に貢献する医薬品の国内研究・開発状況や財政影響を確認・検証するとともに、当該加算の対象品目の在り方等現行方式の見直しについても検討すること。また、長期収載品や後発医薬品の薬価の在り方について引き続き検討すること。
9. DPC制度について、医療機関群、機能評価係数Ⅱの見直し等を含め、引き続き調査・検証し、その在り方を引き続き検討すること。
10. 明細書の無料発行の促進の効果を含めた影響を調査・検証するとともに、診療報酬点数表の平易化・簡素化について引き続き検討すること。
11. 夜間の看護要員配置の評価、月平均夜勤時間72時間要件を満たさない場合の緩和措置、チーム医療の推進等を含め、医療従事者の負担軽減措置の影響を調査・検証し、それらの在り方を引き続き検討すること。
12. 後発医薬品の使用促進策、いわゆる門前薬局の評価の見直し、妥結率が低い保険薬局等の適正化等の影響を調査・検証し、調剤報酬等の在り方について引き続き検討すること。
13. 残薬確認の徹底と外来医療の機能分化・連携の推進等のため、処方医やかかりつけ医との連携を含めた分割調剤について引き続き検討すること。
14. 医薬品や医療機器等の保険適用の評価に際して費用対効果の観点を導入することについて、イノベーションの評価との整合性も踏まえつつ、データ・分析結果の収集、評価対象の範囲、評価の実施体制等を含め、平成28年度診療報酬改定における試行的導入も視野に入れながら、引き続き検討すること。
15. ICTを活用した医療情報の共有の評価の在り方を検討すること。

重点課題

医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等

1 入院医療について

2 外来医療の機能分化・連携の推進について

3 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療の推進について

4 医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について

病室等の面積に関する内法の規定の統一など(以下の①、②による。)

①病室等の面積の測定に当たり、壁芯ではなく、内法により行う。(平成27年4月以降)

- 病室や機能訓練室等の面積の測定に当たっては、一部の基準について、壁芯または内法により行うのか不明確であったため、内法による測定に統一し、平成27年4月1日より適用する。
- ただし、平成26年3月31日までに届け出た場合については、壁芯による測定であっても、平成27年4月1日以降も有効なものとして取り扱う。(ただし、当該病棟の増築又は全面的な改築を行うまでの間に限る。)
- よって、平成27年4月1日以降に新規に届け出た場合は、内法による測定で面積基準等を満たしていなければならない。

壁芯による測定 **×**



ただし、平成26年3月31日までに届け出た場合※は、平成27年4月1日以降も壁芯による面積は有効(増築又は全面的な改築を行うまでに限る)

※地域包括ケア病棟入院料のみ平成27年3月31日まで届出可能

内法による測定 **○**



平成27年4月1日以降の新規の届出については、内法による測定を義務づけ

新たに内法による測定が義務づけられる項目 (新設の項目を含む。)

療養環境加算	脳血管疾患等リハビリテーション料
療養病棟療養環境改善加算2	運動器リハビリテーション料
診療所療養病床療養環境改善加算	呼吸器リハビリテーション料
救命救急入院料3、4	障害者(者)リハビリテーション
特定集中治療室管理料	がん患者リハビリテーション
小児特定集中治療室管理料	集団コミュニケーション療法料
新生児特定集中治療室管理料	認知症療法・認知行動療法
母体・胎児集中治療室管理料	精神科作業療法
新生児集中治療室管理料	精神科ショート・ケア
地域包括ケア病棟入院料1及び地域	精神科デイ・ケア
包括ケア入院医療管理料1	精神科ナイト・ケア
認知症治療病棟入院料	精神科デイ・ナイト・ケア
無菌製剤処理料	重度認知症患者デイ・ケア料
心大血管疾患リハビリテーション料	特定一般病棟入院料における地域包括ケアを行う病室

※以下の項目は、平成26年度改定以前から、既に内法規定のあるものであり、取扱いに変更はない。

療養病棟療養環境加算1	特殊疾患病棟入院料
診療所療養病床療養環境加算	緩和ケア病棟入院料
特殊疾患入院医療管理料	精神療養病棟入院料
小児入院医療管理料に係る加算	

②廊下幅は、柱等の構造物(手すりを除く。)も含めた最も狭い部分において基準を満たすことを要件とする。

(対象)
 ・療養病棟療養環境加算
 ・診療所療養病床療養環境加算

(経過措置)
 平成27年4月1日から適用。また、平成26年3月31日において、現に当該届出を行っている保険医療機関については、当該病棟の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、当該規定を満たしているものとする。

大病院の紹介率・逆紹介率を高める取り組み

紹介率・逆紹介率の低い大病院における処方料等の適正化

- 特定機能病院及び500床以上の地域医療支援病院の紹介率・逆紹介率を高める取り組みをさらに推進するとともに、特定機能病院等を除く500床以上の全ての病院（一般病床が200床未満の病院を除く。）については、紹介なしに受診した患者等に係る初診料及び外来診療料を適正な評価とするとともに、保険外併用療養費（選定療養）の枠組みの活用を推進し、病院及び診療所における外来機能の分化及び病院勤務医の負担軽減を図る。

(新) 初診料 209点(紹介のない場合)

(新) 外来診療料 54点

(他医療機関へ紹介したにもかかわらず、当該病院を受診した場合)

※ 保険外併用療養費(選定療養)を利用可能

※対象病院については、一部の薬剤を除き、**原則的に30日分以上の投薬に係る評価（処方料、処方せん料、薬剤料）を60/100に適正化**する。

※年に1回、紹介率・逆紹介率等を地方厚生（支）局長等に報告する（毎年10月報告）

[経過措置] 平成27年3月31日まで(平成24年度改定の取扱いについては、平成27年3月31日まで継続)

[対象病院]

- ① 特定機能病院と許可病床が500床以上の地域医療支援病院のうち、紹介率**50%**未満かつ逆紹介率**50%**未満の施設
- ② 許可病床数が500床以上の全ての病院（特定機能病院および許可病床が500床以上の地域医療支援病院、並びに一般病床が200床未満の病院を除く。）のうち、紹介率**40%**未満かつ逆紹介率**30%**未満の施設

※②に係る紹介率等の定義については、地域医療支援病院の定義に準ずる

$$\text{紹介率} = \frac{(\text{紹介患者数} + \text{救急患者数})}{\text{初診の患者数}} \quad \text{逆紹介率} = \frac{\text{逆紹介患者数}}{\text{初診の患者数}}$$

※初診の患者数等の定義については、医療法における業務報告と同様（**なお、初診の患者数のうち、夜間又は休日に受診したものの数は除く。**）

紹介率・逆紹介率の低い大病院における処方料等の適正化の除外薬剤について

- ア 薬効分類が抗てんかん剤のもので、てんかんに対して用いた場合
- イ 薬効分類の小分類が甲状腺ホルモン製剤のもので、甲状腺の障害に対して用いた場合
- ウ 薬効分類が副腎ホルモン剤のもので、副腎性器障害又は副腎皮質機能不全に対して用いた場合
- エ 薬効分類が卵胞ホルモン及び黄体ホルモン剤のもので、卵巣除去後機能不全又はその他の卵巣機能不全に対して用いた場合
- オ 薬効分類の小分類が合成ビタミンD製剤のもので、副甲状腺機能低下症又は偽性副甲状腺機能低下症に対して用いた場合
- カ 薬効分類が乳幼児用剤のもので、フェニルケトン尿症、楓糖尿症、ホモシスチン尿症又はガラクトース血症に対して用いた場合
- キ アからカの内服薬と併用する薬効分類が健胃消化剤のもので、アからカに該当する疾患に対して用いた場合

医療提供しているが、医療資源の少ない地域(特定地域・30二次医療圏)

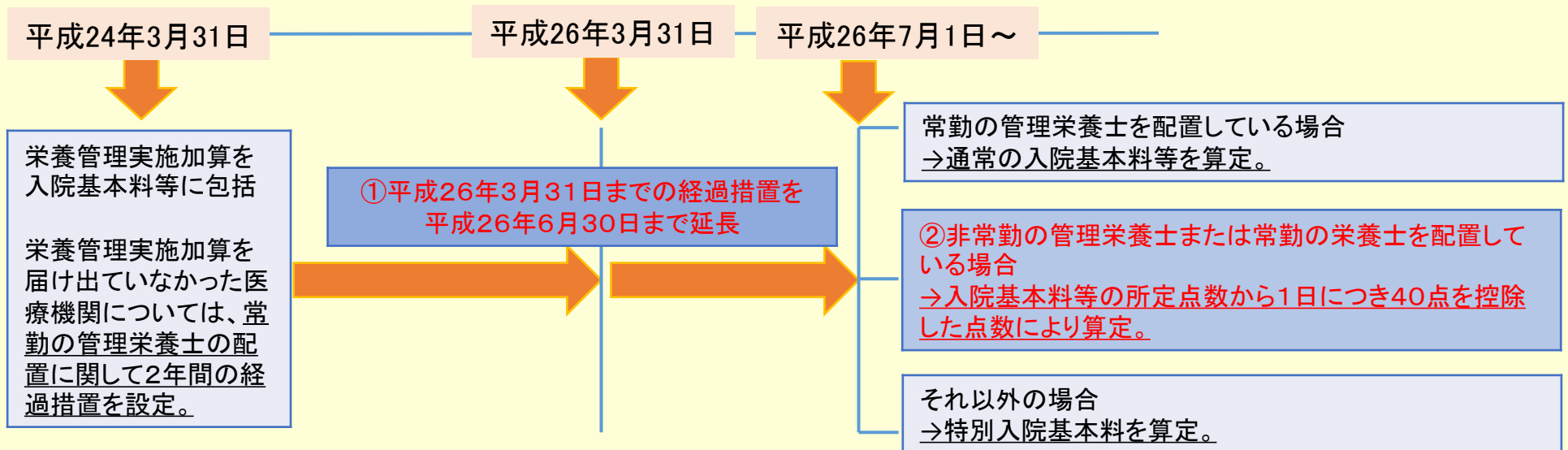
都道府県	二次医療圏	市町村
北海道	中空知	芦別市、赤平市、滝川市、砂川市、歌志内市、奈井江町、上砂川町、浦臼町、新十津川町、雨竜町
	東胆振	苫小牧市、白老町、安平町、厚真町、むかわ町
	北網	北見市、網走市、大空町、美幌町、津別町、斜里町、清里町、小清水町、訓子府町、置戸町
	十勝	帯広市、音更町、士幌町、上士幌町、鹿追町、新得町、清水町、芽室町、中礼内村、更別村、大樹町、広尾町、幕別町、池田町、豊頃町、本別町、足寄町、陸別町、浦幌町
	釧路	釧路市、釧路町、厚岸町、浜中町、標茶町、弟子屈町、鶴居村、白糠町
秋田県	大館・鹿角	大館市、鹿角市、小坂町
	由利本荘・にかほ	由利本荘市、にかほ市
山形県	置賜	米沢市、長井市、南陽市、高畠町、川西町、小国町、白鷹町、飯豊町
	庄内	鶴岡市、酒田市、三川町、庄内町、遊佐町
福島県	会津	会津若松市、喜多方市、北塩原村、西会津町、磐梯町、猪苗代町、会津坂下町、湯川村、柳津町、三島町、金山町、昭和村、会津美里町
東京都	島しょ	大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村、小笠原村
新潟県	下越	村上市、新発田市、胎内市、関川村、粟島浦村、聖籠町
	上越	上越市、妙高市、糸魚川市
	佐渡	佐渡市
長野県	飯伊	飯田市、下伊那郡(松川町、高森町阿南町、清内路村、阿智村、平谷村、根羽村、下條村、売木村、天龍村、泰阜村、喬木村、豊丘村、大鹿村)
岐阜県	飛騨	高山市、飛騨市、下呂市、白川村
和歌山県	田辺	田辺市、みなべ町、白浜町、上富田町、すさみ町
島根県	隠岐	海士町、西ノ島町、知夫村、隠岐の島町
岡山県	津山・英田	津山市、美作市、鏡野町、勝央町、奈義町、西粟倉村、久米南町、美咲町
香川県	小豆	小豆郡(土庄町、小豆島町)
高知県	幡多	宿毛市、土佐清水市、四万十市、大月町、三原村、黒潮町
長崎県	五島	五島市
	上五島	新上五島町、小値賀町
	壱岐	壱岐市
	対馬	対馬市
熊本県	球磨	人吉市、錦町、あさぎり町、多良木町、湯前町、水上村、相良村、五木村、山江村、球磨村
鹿児島県	熊毛	西之表市、熊毛郡(中種子町、南種子町、屋久島町)
沖縄県	奄美	奄美市、大島郡(大和村、宇検村、瀬戸内町、籠郷町、喜界町、徳之島町、天城町、伊仙町、和泊町、知名町、与論町)
	宮古 八重山	宮古島市、多良間村 石垣市、竹富町、与那国町

病院の栄養管理体制について

常勤の管理栄養士を確保できない病院に対する入院基本料等の見直し

- 平成24年改定で病院の入院基本料等に栄養管理実施加算を包括化した際に設けられた、常勤の管理栄養士1名以上の配置に係る経過措置について、一部の病院で常勤の管理栄養士が確保されていない実態を踏まえ以下の見直しを行う。

- ①常勤の管理栄養士の配置に関する経過措置を平成26年6月30日まで延長する。
- ②平成26年7月1日以降、常勤の管理栄養士を確保できない場合、
非常勤の管理栄養士または常勤の栄養士を確保している場合、入院料の所定点数から40点(1日につき)を控除した点数により算定。(ただし、平成24年3月31日において、①の経過措置に係る届出を行った医療機関に限る。)



看護職員の確保が困難な医療機関に対する緩和措置

月平均夜勤時間72時間を満たせない場合の緩和措置の見直し

- 月平均夜勤時間72時間要件は維持しつつ、当該要件のみを満たせない場合に、一般病棟7対1及び10対1入院基本料と同様に8割相当の入院基本料を算定できるよう、各入院基本料に2割減算の規定を設ける。

【現行】

【一般病棟入院基本料】

7対1 特別入院基本料	1,244点
10対1 特別入院基本料	1,040点

【改定後】

【一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料25対1、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料】

月平均夜勤時間超過減算

20/100を減算

[算定要件]

- ① 月平均夜勤時間が72時間以下であるという要件のみ満たせなくなった場合については、直近3月に限り算定できる。
 - ② 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
 - ③ 毎月看護職員採用活動状況を報告
- ※ 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。

[緩和措置の対象外の入院基本料]

特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料

重点課題

医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等

1 入院医療について

2 外来医療の機能分化・連携の推進について

3 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療の推進について

4 医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について

大病院の紹介率・逆紹介率を高める取り組み

紹介率・逆紹介率の低い大病院における処方料等の適正化

- 特定機能病院及び500床以上の地域医療支援病院の紹介率・逆紹介率を高める取り組みをさらに推進するとともに、特定機能病院等を除く500床以上の全ての病院（一般病床が200床未満の病院を除く。）については、紹介なしに受診した患者等に係る初診料及び外来診療料を適正な評価とするとともに、保険外併用療養費（選定療養）の枠組みの活用を推進し、病院及び診療所における外来機能の分化及び病院勤務医の負担軽減を図る。

(新) 初診料 209点(紹介のない場合)

(新) 外来診療料 54点

(他医療機関へ紹介したにもかかわらず、当該病院を受診した場合)

※ 保険外併用療養費(選定療養)を利用可能

※対象病院については、一部の薬剤を除き、**原則的に30日分以上の投薬に係る評価（処方料、処方せん料、薬剤料）を60/100に適正化**する。

※年に1回、紹介率・逆紹介率等を地方厚生（支）局長等に報告する

[経過措置] 平成27年3月31日まで(平成24年度改定の取扱いについては、平成27年3月31日まで継続)

[対象病院]

- ① 特定機能病院と許可病床が500床以上の地域医療支援病院のうち、紹介率**50%**未満かつ逆紹介率**50%**未満の施設
- ② 許可病床数が500床以上の全ての病院（特定機能病院および許可病床が500床以上の地域医療支援病院、並びに一般病床が200床未満の病院を除く。）のうち、紹介率**40%**未満かつ逆紹介率**30%**未満の施設

※②に係る紹介率等の定義については、地域医療支援病院の定義に準ずる

$$\text{紹介率} = \frac{(\text{紹介患者数} + \text{救急患者数})}{\text{初診の患者数}}$$

$$\text{逆紹介率} = \frac{\text{逆紹介患者数}}{\text{初診の患者数}}$$

※初診の患者数等の定義については、医療法における業務報告と同様（なお、初診の患者数のうち、夜間又は休日に受診したものの数は除く。）

紹介率・逆紹介率の低い大病院における処方料等の適正化の除外薬剤について

- ア 薬効分類が抗てんかん剤のもので、てんかんに対して用いた場合
- イ 薬効分類の小分類が甲状腺ホルモン剤のもので、甲状腺の障害に対して用いた場合
- ウ 薬効分類が副腎ホルモン剤のもので、副腎性器障害又は副腎皮質機能不全に対して用いた場合
- エ 薬効分類が卵胞ホルモン及び黄体ホルモン剤のもので、卵巣除去後機能不全又はその他の卵巣機能不全に対して用いた場合
- オ 薬効分類が黄体ホルモン剤のもので、思春期早発症に対して用いた場合
- カ 薬効分類がビタミンD剤のもので、副甲状腺機能低下症又は偽性副甲状腺機能低下症に対して用いた場合
- キ 薬効分類が乳幼児用剤のもので、フェニルケトン尿症、楓糖尿症、ホモシスチン尿症又はガラクトース血症に対して用いた場合
- ク アからキの内服薬と併用する薬効分類が健胃消化剤のもので、アからキに該当する疾患に対して用いた場合

重点課題

医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等

1 入院医療について

2 外来医療の機能分化・連携の推進について

3 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療の推進について

4 医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について

療養担当規則の一部改正等

患者の誘引の禁止(在宅医療の不適切事例への対応)

- 保険医療機関等が、事業者等に対して、金品を提供し、患者を誘引することを禁止

例

保険医療機関が、事業者等と患者紹介に関する契約書を取り交わす等して、紹介料として診療報酬の中から一定の金額を支払う。



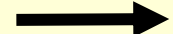
契約書



事業者等から、同一建物の居住者を独占的に紹介してもらい、患者の状態等にかかわらず、一律に訪問診療を行う。



一律に訪問診療



禁止

特定の保険薬局への誘導について(地域包括診療加算、地域包括診療料など)

- 地域包括診療加算、地域包括診療料を算定する保険医療機関が、患者に対して、
 - ① 連携薬局の中から患者自らが選択した薬局において処方を受けるよう説明をすること
 - ② 時間外において対応できる薬局のリストを文書により提供すること
- 保険医療機関が 在宅で療養を行う患者に対して、在宅患者訪問薬剤管理指導の届出を行った薬局のリストを文書により提供すること については、療担規則で禁止する「特定の保険薬局への誘導」に該当しないことを明確化

明細書の無料発行の義務化

- 明細書の無料発行について、新たに 400床未満の病院を義務化 の対象とする。(「正当な理由」を認めないこととする。) ※平成28年4月施行

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑦

在宅医療の適正化(訪問看護)①

- 同一日の同一建物の訪問看護については、2人目までは同一建物以外と同じ点数を算定するが、3人目以上の場合、1人目から同一建物の点数を算定する。

【現行】

【同一建物居住者訪問看護・指導料】

保健師、助産師又は看護師等による場合	
2人以上(1人目から)	
イ 週3日目まで	430点
ロ 週4日目以降	530点



【改定後】

【同一建物居住者訪問看護・指導料】

保健師、助産師又は看護師等による場合	
<u>3</u> 人以上(1人目から)	
イ 週3日目まで	<u>278</u> 点
ロ 週4日目以降	<u>328</u> 点

- 精神科訪問看護・指導料、訪問看護基本療養費、精神科訪問看護基本療養費についても同様の算定方法となる(個別の点数は異なる)。

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑧

在宅医療の適正化(訪問看護)②

▶ 同一建物における3人以上の患者に対して、同一日に訪問看護を行った場合の評価を引き下げる。

例. 保健師、助産師又は看護師による場合(週3日目まで)

現行

1人に対して訪問した場合

→ 在宅患者訪問看護・指導料



改定後

1人に対して訪問した場合

→ 在宅患者訪問看護・指導料



現行

同一建物に居住する2人に訪問した場合 → 同一建物居住者訪問看護・指導料
(同一日に2人以上)



改定後

同一建物に居住する2人に訪問した場合 → 同一建物居住者訪問看護・指導料
(同一日に2人)



現行

同一建物に居住する3人に訪問した場合 → 同一建物居住者訪問看護・指導料
(同一日に2人以上)



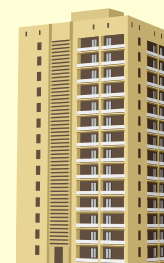
現行

同一建物に居住する3人に訪問した場合 → 同一建物居住者訪問看護・指導料
(同一日に3人以上)



※日々の訪問について、訪問看護利用者の氏名・訪問場所・訪問時間・人数について記録し、保管しておくこと。

- 利用者等の求めに応じて、同じ建物に居住する他の利用者に対して緊急に訪問看護を実施し、結果として複数の同一建物居住者への訪問になった場合は、1人に対して訪問した場合の点数を算定する。
- 緊急に行われた訪問看護は、同日に既に行われている又は予定されている訪問看護の算定方法に影響を及ぼさない。
- 緊急に訪問する必要があった理由について明細書の特記事項に記載する。



医療機関における褥瘡対策の報告様式のイメージ

医療機関における褥瘡対策の推進

報告様式

※毎年7月に褥瘡対策の実施状況について報告する。

褥瘡対策の実施状況（報告月の前月の初日における実績・状況）		
① 入院患者数（報告月の前月の初日の入院患者数）		名
② ①のうち、 <u>d 1以上</u> の褥瘡を有していた患者数		名
③ ②のうち、 <u>入院時に既に褥瘡を有していた患者数</u>		名
④ ②のうち、 <u>入院中に新たに褥瘡が発生した患者数</u>		名
⑤ 体圧分散マットレス等に関する体制の整備状況		
⑥ 褥瘡の重症度	入院時の褥瘡（③の患者の入院時の状況）	院内発生した褥瘡（④の患者の発見時の状況）
<u>d 1</u>	名	名
<u>d 2</u>	名	名
<u>D 3</u>	名	名
<u>D 4</u>	名	名
<u>D 5</u>	名	名
<u>D U</u>	名	名

①入院患者数：

届出月の前月の初日の入院患者数を記載。
（当該日の入院または入院予定患者は含めないが、当該日の退院または退院予定患者は含める。）

②d 1以上の褥瘡を保有していた患者数（褥瘡有病者数）：

①の患者のうち、DESIGN-R分類 d 1以上を有する患者数を記載。
（1名の患者が複数の褥瘡を有していても、患者1名として数える。）

③入院時既に褥瘡を保有していた患者数（入院時褥瘡保有者数）：

②の患者のうち、入院時に、DESIGN-R分類 d 1以上を有する患者数を記載。
（1名の患者が複数の褥瘡を有していても、患者数1名として数える。）

④新たに入院中に褥瘡が発生した患者数：

②の褥瘡保有者数から③の入院時褥瘡保有者数を減じた数を記載。

⑥褥瘡の重症度：

③の入院時褥瘡保有者については、入院時の褥瘡の重症度を記載。④の入院中に新たに褥瘡が発生した患者については、発生時の重症度を記載。

医療技術の進歩の促進と導入、その他の分野

1 充実が求められる分野を適切に評価していく視点

2 患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で質の高い医療を実現する視点

3 医療従事者の負担を軽減する視点

4 効率化余地がある分野を適正化する視点

5 消費税率8%への引上げに伴う対応

精神病床の機能分化①

精神科急性期医療の充実

- 精神科急性期治療病棟入院料1について、医師を16:1で配置した場合の評価を新設する。

(新) 精神科急性期医師配置加算 500点(1日につき)

[施設基準]

- ① 新規入院患者のうち6割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、在宅へ移行すること。
- ② 時間外、休日又は深夜の入院件数が年8件以上であること。
- ③ 時間外、休日又は深夜の外来対応件数が年20件以上であること。

- 急性期の精神疾患患者に対するチーム医療を推進し、早期退院を促すため、精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料、精神科急性期治療病棟入院料(精神科急性期医師配置加算を算定するものに限る)において、計画に基づいた医療を提供した場合の評価を新設する。

(新) 院内標準診療計画加算 200点(退院時1回)

[対象患者]

- ①統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害、②気分(感情)障害

[算定要件]

入院した日から起算して7日以内に医師、看護師及び精神保健福祉士等が共同して、院内標準診療計画書を策定し、当該計画書に基づき診療を行い、当該患者が60日以内に退院した場合に退院時1回に限り所定点数に加算する。

精神病床の機能分化②

精神療養病棟の医師配置等の見直し

- 精神療養病棟入院料について、精神保健指定医配置の要件および、医療法に定める医師の員数配置の要件を見直し、退院支援に係る要件を追加する。

精神療養病棟入院料 1,061点(1日につき)

当該病棟に常勤の精神保健指定医が1名以上配置されていること。

医療法に定める医師の員数以上の員数が配置されていること。

精神療養病棟入院料 1,090点(1日につき)

(改) 当該病棟に専任の常勤の精神科医が1名以上配置されていること。

(改) 医療法に定める医師の員数以上の員数が配置されていること(看護職員25対1※以上を満たす場合を除く)。※平成30年3月31日までは30対1

(新) 当該病棟の全入院患者に対して、7日以内に退院支援相談員を指定すること。その上で、退院支援のための委員会を設置・開催しつつ、退院に向けた相談支援、地域援助事業者等の紹介、退院調整等に関する院内における業務を実施すること。

精神保健福祉士の配置の評価

- 精神療養病棟入院料及び精神科入院基本料を算定する病棟について、精神保健福祉士を配置した場合の評価を新設する。

(新) 精神保健福祉士配置加算 30点(1日につき)

[算定要件]

- ① 当該病棟に専従の常勤精神保健福祉士を1名以上配置すること。
- ② ①とは別に、退院支援部署又は地域移行支援室に常勤精神保健福祉士を1名以上配置すること。
- ③ 措置入院、鑑定入院、医療観察法入院で当該保険医療機関に入院となった者を除いた当該病棟の新規入院患者のうち9割以上(精神療養病棟の場合は7割以上)が入院日から起算して1年以内に退院し、在宅へ移行すること。

精神病床の機能分化③

精神科救急医療についての実績要件の見直し

- 精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料の措置入院、緊急措置入院及び応急入院の実績要件を、現状に即した要件に見直すとともに、夜間休日の救急の受入れ実績を要件に加える。

精神科救急入院料 2,842点～(1日につき)
精神科救急・合併症入院料 3,042点～(1日につき)

地域における1年間における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者のうち、原則として4分の1以上又は30件以上の患者を当該病棟において受け入れていること。

精神疾患にかかる時間外、休日又は深夜における診療(電話再診を除く。)件数が年間200件以上、又は次の地域における人口万対2.5件以上であること

精神科救急入院料 2,920点～(1日につき)
精神科救急・合併症入院料 3,128点～(1日につき)

(改)地域における1年間における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者のうち、原則として4分の1以上又は20件以上の患者を当該病棟において受け入れていること。

(改)精神疾患にかかる時間外、休日又は深夜における診療(電話再診を除く。)件数が年間200件以上、又は次の地域における人口万対2.5件以上であり、かつ、精神疾患にかかる時間外、休日又は深夜における入院件数が年間20件以上であること。

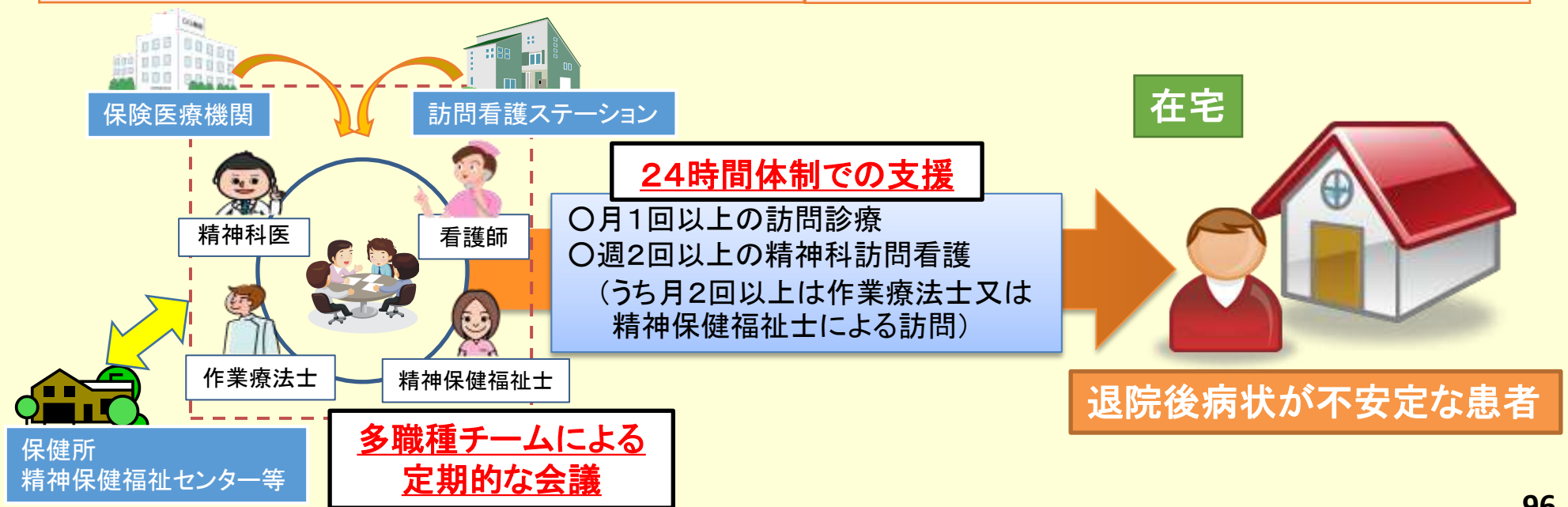
精神疾患をもつ患者の地域移行と地域定着の推進①

精神科重症患者早期集中支援管理料①

- 長期入院後や入退院を繰り返す病状が不安定な退院患者の地域移行を推進する観点から、24時間体制の多職種チームによる在宅医療に関する評価を新設する。

(新) 精神科重症患者早期集中支援管理料(月1回6月以内)

1 保険医療機関が単独で実施する場合	2 訪問看護ステーションと連携する場合
イ 同一建物居住者以外の場合 1800点	イ 同一建物居住者以外の場合 1480点
ロ 同一建物居住者の場合	ロ 同一建物居住者の場合
(1)特定施設等に入院する者の場合 900点	(1)特定施設等に入院する者の場合 740点
(2) (1)以外の場合 450点	(2) (1)以外の場合 370点



精神科重症患者早期集中支援管理料②

[算定要件]

訪問診療を月1回以上及び精神科訪問看護を週2回以上(うち月1回以上は精神保健福祉士又は作業療法士が訪問)実施している患者に対し、退院した日から起算して6月以内の期間に限り算定する。

[対象患者]

以下①～④のすべてを満たす者。

- ①1年以上精神病床に入院して退院した者又は入退院を繰り返す者。
- ②統合失調症、気分障害又は重度認知症の患者で、退院時のGAF40以下の者。
- ③精神科を標榜する保険医療機関への通院が困難な者。
- ④障害福祉サービスを利用していない者。

[施設基準]

- ①常勤精神保健指定医、常勤看護師又は常勤保健師、常勤精神保健福祉士及び常勤作業療法士の4名から構成される専任のチームが設置されていること(いずれか1人は専従)。
- ②上記4人を含む多職種会議を週1回以上開催(月1回以上は保健所又は精神保健福祉センター等と共同)すること。
- ③24時間往診及び看護師又は保健師による精神科訪問看護が可能な体制を確保していること。
- ④地域の精神科救急医療体制の確保に協力等を行っていること。

精神疾患患者の地域移行と地域定着の推進②

- 長期入院後の退院患者や入退院を繰り返す病状が不安定な患者の地域移行を推進する観点から、保険医療機関と連携して行う訪問看護の評価を新設する。

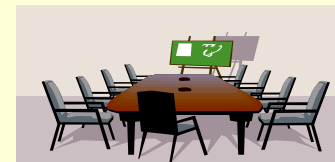
(新) 精神科重症患者早期集中支援管理連携加算 6,400円(月1回6月以内)

[算定要件]

- ① 精神科重症患者早期集中支援管理料を算定する患者の主治医が属する保険医療機関と連携し、当該医療機関の職員と共同で会議を行い、支援計画を策定する訪問看護事業所であること。
- ② 精神科訪問看護を週2回以上実施していること。
- ③ 多職種会議を週1回以上開催し、うち、月1回以上は保健所又は精神保健福祉センター等と共同して会議を開催すること。

[施設基準]

- ① 精神科訪問看護療養費の届出を行っている訪問看護事業所であること。
- ② 24時間対応体制加算の届出のある訪問看護事業所であること。



- 精神科重症患者に対し、保険医療機関と連携しながら1日複数回の訪問看護を行う場合についての評価を新設する。

(医療機関)

(新) 精神科複数回訪問加算 450点(1日2回)

(新) 精神科複数回訪問加算 800点(1日3回以上)

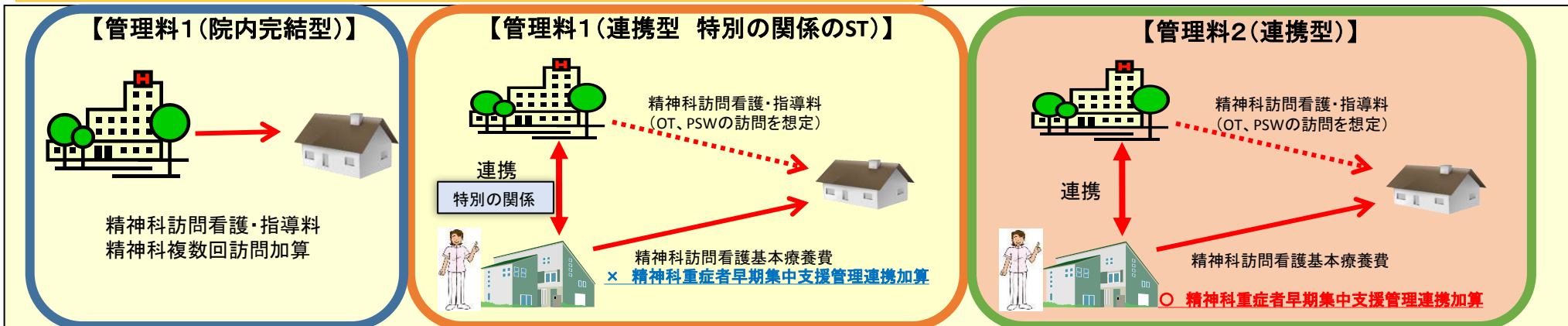
(訪問看護ステーション)

(新) 精神科複数回訪問加算 4,500円(1日2回)

(新) 精神科複数回訪問加算 8,000円(1日3回以上)

精神科重症者早期集中支援連携加算、精神科複数回訪問加算

連携する病院と訪問看護ステーションの算定の仕組み



	訪問看護の提供体制	訪問看護の回数要件		同一日における訪問看護の算定		同一時間帯における訪問看護の算定		同一日における精神科複数回訪問加算の算定	
		精神科重症者早期集中支援管理料1,2	精神科重症者早期集中支援管理連携加算	病院 (OT,PSWを想定)	訪問看護ST	病院 (OT,PSWを想定)	訪問看護ST	病院 (OT,PSWを想定)	訪問看護ST
精神科重症者早期集中支援管理料1	院内から訪問看護を実施	2回以上/週	—	○	—	○	—	○	—
精神科重症者早期集中支援管理料1	特別の関係 の訪問看護STと連携	2回以上/週 (病院も実施している場合は、病院とSTの合計)	×	○	○	○	×	○	×
精神科重症者早期集中支援管理料2	訪問看護STと連携	2回以上/週 (病院も実施している場合は、病院とSTの合計)	○	○	○	×	○	×	○

通常、特別の関係の場合はどちらか一方が○。ただし、精神科重症者早期集中支援の場合は、病院からの訪問看護が作業療法士または精神保健福祉士の場合にかぎり、両方○

- 連携する病院と訪問看護STが特別の関係である場合、精神科重症者早期集中支援管理連携加算は算定できない。
- 精神科重症者早期集中支援管理料の算定に係る同一日の訪問看護については、特別の関係であっても算定可能。(病院からの訪問看護が作業療法士、精神保健福祉士の場合に限る)
- 同一時間帯に行われる訪問看護においては、管理料1を算定する場合は病院が、管理料2を算定する場合は訪問看護STが算定する。
- 同一日に行われる複数回訪問看護においては、管理料1を算定する場合は病院が、管理料2を算定する場合は訪問看護STが複数回加算を算定する。

精神疾患をもつ患者の地域移行と地域定着の推進③

在宅時における長時間の精神療法の評価

- 通院・在宅精神療法の初診時の評価を見直すとともに、通院・在宅精神療法のうち在宅で行った場合について、長時間の診療の評価を新設する。

1 精神科救急医療体制に協力する精神保健指定医等の初診の場合 700点

2 1以外の場合
 イ 30分以上の場合 400点
 ロ 30分未満の場合 330点



1 (改)精神科救急医療体制に協力する精神保健指定医等の初診の場合 600点

2 (新)精神科救急医療体制に協力する精神保健指定医等が60分以上行った場合(在宅精神療法のみ) 540点

3 1及び2以外の場合
 イ 30分以上の場合 400点
 ロ 30分未満の場合 330点

精神科デイ・ケア等の見直し

- 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケアを1年以上提供している場合の評価を見直す。

精神科ショート・ケア等 275点～

当該療法を最初に算定した日から起算して3年を超える場合は、週5日を限度として算定。



(改)精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して1年を超える場合は、週5日を限度として算定。

身体疾患を合併する精神疾患患者への適切な医療の推進

身体合併症管理の充実

- 精神病床に入院する患者の身体合併症に適切に対応するため、精神科身体合併症管理加算の算定期間を延長する。

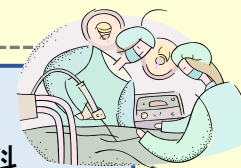
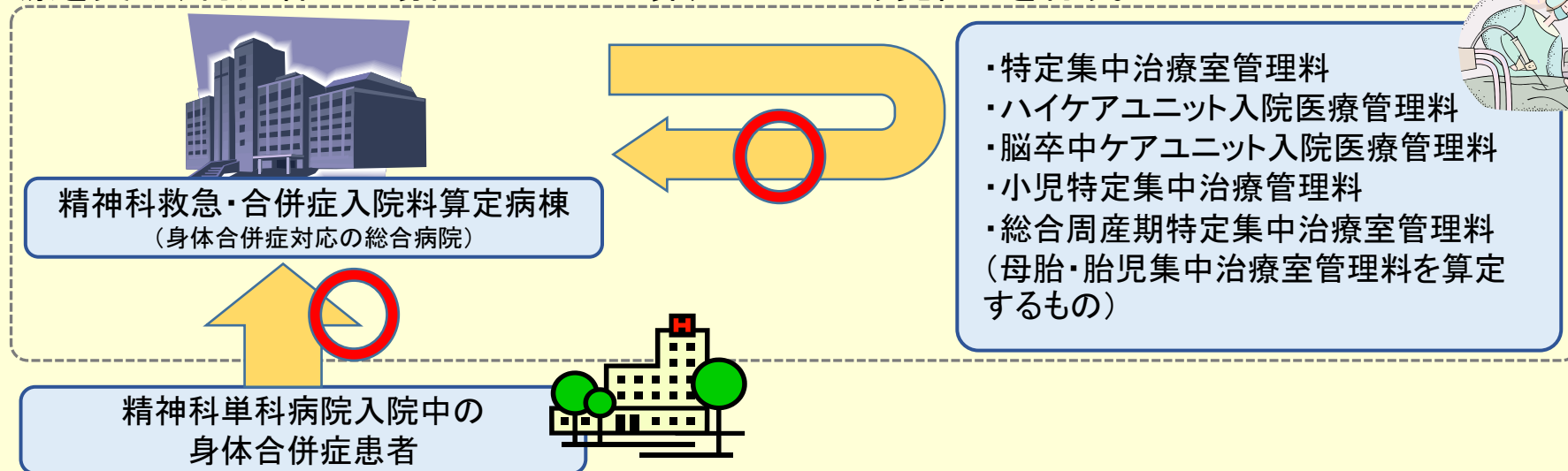
精神科身体合併症管理加算(1日につき)
450点



精神科身体合併症管理加算(1日につき)
1 7日以内 450点
2 8日以上10日以内 225点(新)

精神科救急・合併症入院料の算定要件の見直し

- 精神科救急・合併症入院料について、他の精神科単科病院から受け入れた患者についても算定できるよう見直しを行う。また、精神科救急・合併症入院料を算定した後に、手術等により一時期ICU等で治療を受け、再入棟した場合についても算定できるよう見直しを行う。



適切な向精神薬の使用の推進①

非定型抗精神病薬加算の見直し

- 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟において、種類数制限のない非定型抗精神病薬加算2を削除する。

イ 非定型抗精神病薬加算1(2種類以下の場合)	15点
ロ 非定型抗精神病薬加算2(イ以外の場合)	10点



非定型抗精神病薬加算(2種類以下の場合) 15点

抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の処方適正化①

- 1回の処方において、3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬を投与した場合(以下、「向精神薬多剤投与」という。)、①精神科継続外来支援・指導料は算定できないこととし、②処方せん料、処方料、薬剤料については減算する。

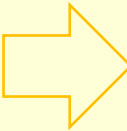
精神科継続外来支援・指導料

1回の処方において、3剤以上の抗不安薬又は3剤以上の睡眠薬を投与した場合は、100分の80の点数で算定する。

処方せん料 68点

処方料 42点

薬剤料



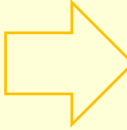
精神科継続外来支援・指導料

1回の処方において、3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬を投与した場合は、算定しない。

処方せん料(多剤投与の場合) 30点

処方料(多剤投与の場合) 20点

薬剤料(多剤投与の場合) 100分の80



※ただし、以下の場合は向精神薬多剤投与として扱わない。

(イ) 他の保険医療機関ですでに、向精神薬多剤投与されている場合の連続した6ヶ月間。

(ロ) 薬剤の切り替えが必要であり、既に投与されている薬剤と新しく導入する薬剤を一時的に併用する場合の連続した3ヶ月間。

(ハ) 臨時に投与した場合。

(ニ) 抗うつ薬又は抗精神病薬に限り、精神科の診療に係る経験を十分に有する医師(※)が処方した場合。※臨床経験を5年以上有する、適切な保険医療機関において3年以上の診療経験を有する、相当数の主治医として治療した経験を有する、精神科薬物療法に関する研修を修了していること等の要件を満たす医師をいう。

※向精神薬多剤投与を行った保険医療機関は、年に1回、向精神薬多剤投与の状況を地方厚生(支)局長に報告する。

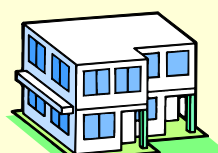
※精神科継続外来支援・指導料、処方せん料、処方料、薬剤料の見直しは平成26年10月1日より適用。

適切な向精神薬の使用の推進②

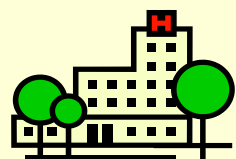
抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の処方適正化②

[抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の適正化についての除外規定]

①初めて受診した日において、すでに他の保険医療機関で多剤投与されている場合



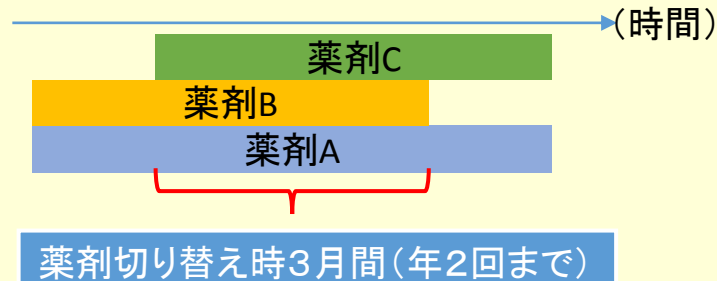
多剤処方



初めて受診した日から
6月間

②薬剤の切り替え時

新しく導入する薬剤を一時的に併用する場合



③臨時に投与した場合

連続する投与期間が2週間以内又は
14回以内の投与

※投与中止期間が1週間以内の場合は
連続する投与とみなす。

※抗不安薬及び睡眠薬については臨時
に投与した場合も種類数に含める。



④精神科の診療に係る経験を十分に有する医師
が、やむを得ず投与を行う必要があると認めた
場合(抗うつ薬と抗精神病薬に限る)

※精神科の診療に係る経験を十分に有する医師

- ①～④の全てを満たす者
- ①5年以上の臨床経験
- ②3年以上の適切な保険医療機関における精神科の診療経験
- ③国際疾病分類の「精神及び行動の障害」における全ての診断カテゴリーについて主治医として治療経験
- ④精神科薬物療法に関する適切な研修の修了



児童・思春期の精神科医療の推進

通院・在宅精神療法 20歳未満加算の起算日の見直し

- 精神疾患以外で医療機関を受診していた小児患者が精神疾患を発症し、同一の医療機関の精神科を受診した場合も、通院・在宅精神療法の20歳未満加算を算定できるよう見直しを行う。

通院・在宅精神療法 20歳未満加算

初診の日から起算して1年以内の期間に行った場合に限る



通院・在宅精神療法 20歳未満加算

当該保険医療機関の精神科を初めて受診した日から起算して1年以内の期間に行った場合に限る

通院・在宅精神療法、心身医学療法の20歳未満加算の見直し

- 必要に応じて児童相談所等との連携や保護者等に対する指導を行うことを要件として明示した上で、通院・在宅精神療法の20歳未満加算、心身医学療法の20歳未満加算の評価を充実させる。

通院・在宅精神療法 200点

20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合に算定する。



通院・在宅精神療法 350点(改)

20歳未満の患者に対して、必要に応じて児童相談所等との連携や保護者等への指導を行った上で、通院・在宅精神療法を行った場合に算定する

心身医学療法 100分の100に相当する点数

20歳未満の患者に対して心身医学療法を行ったに算定する。



心身医学療法 100分の200に相当する点数(改)

20歳未満の患者に対して、必要に応じて児童相談所等との連携や保護者等への指導を行った上で、心身医学療法を行った場合に、算定する。

認知症対策の推進

重度認知症患者への対応

- 精神病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料(精神病棟)の重度認知症加算について、算定期間を短縮した上で、評価を充実させる。

入院した日から起算して3月以内の期間
に限り加算 100点



入院した日から起算して1月以内の期間
に限り加算 300点

認知症患者に対するリハビリテーションの推進

- 認知症治療病棟入院料を算定する患者又は認知症疾患医療センターに入院する重度の認知症患者に対する短期の集中的な認知症リハビリテーションの評価を新設する。

(新) 認知症患者リハビリテーション料 240点(1日につき)

(入院した日から1月以内、週3日まで)

[対象患者]

認知症治療病棟入院料を算定する患者又は認知症疾患医療センターに入院する患者のうち、
重度認知症の者(「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」のランクMに該当する者)

[施設基準]

- ① 認知症患者の診療の経験を5年以上有する、又は認知症患者のリハビリテーションに関し適切な研修を修了した専任の医師が1名以上勤務していること
- ② 専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士、常勤言語聴覚士が1名以上勤務していること

救急医療等の推進について①

救急医療管理加算の見直し

- 救急医療管理加算の算定基準が明確でない点があること等を踏まえ、適正化の観点から算定基準を明確化するとともに評価の見直しを行う。

現行

A205 救急医療管理加算 800点
(1日につき) (7日まで)

【対象患者】

次に掲げる状態にあつて、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう

- ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
- イ 意識障害又は昏睡
- ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
- エ 急性薬物中毒
- オ ショック
- カ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
- キ 広範囲熱傷
- ク 外傷、破傷風等で重篤な状態
- ケ 緊急手術を必要とする状態
- コ その他、「ア」から「ケ」に準ずるような重篤な状態



改定後

A205 救急医療管理加算1 800点
救急医療管理加算2 400点(新)
(1日につき) (7日まで)

【対象患者】

次に掲げる状態にあつて、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう

<救急医療管理加算1>

- ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
- イ 意識障害又は昏睡
- ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
- エ 急性薬物中毒
- オ ショック
- カ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
- キ 広範囲熱傷
- ク 外傷、破傷風等で重篤な状態
- ケ 緊急手術を必要とする状態

<救急医療管理加算2>

コ その他、「ア」から「ケ」に準ずるような重篤な状態

※ 当該加算は入院時に重篤な状態の患者に対して算定するものであり、入院後に悪化の可能性が存在する患者については対象とならない。

※ 年に1度、「コ」に該当する患者の概要について報告を行うこと。

救急医療等の推進について②

救命救急センターにおける急性薬毒物中毒治療の評価

- ▶ 救命救急入院料の急性薬毒物中毒加算について、対象を明確化するとともに、簡易な検査の評価を新設する。また、算定可能な対象施設を高度救命救急センターだけでなく救命救急センターに拡大し、自殺対策を含めた救急医療等の推進を図る。

救命救急入院料 1 イ 9869点 (3日以内の期間)

急性薬毒物中毒加算1(機器分析) 5,000点

(新) 急性薬毒物中毒加算2(その他) 350点

[算定要件] 急性薬毒物中毒加算1(機器分析)については日本中毒学会によるガイドラインに基づいた機器分析を自院で行った場合に算定

[施設基準] 高度救命救急センター 及び救命救急センター

※新たな届出は必要ない

精神疾患を有する救急患者等に対する受入の評価

- ▶ 精神疾患を有する患者や急性薬毒物中毒患者については、搬送医療機関が決定するまでにかかる時間が長いことから、夜間休日救急搬送医学管理料について、精神疾患の既往がある患者又は急性薬毒物中毒の患者について評価を新設し、自殺対策を含めた救急医療等の推進を図る。

夜間休日救急搬送医学管理料 200点

(新) 精神疾患患者等受入加算 400点

[算定要件] 対象患者は深夜、土曜又は休日に救急用自動車及び救急医療用ヘリコプターで搬送された患者のうち、過去6月以内に精神科受診の既往がある患者又はアルコール中毒を除く急性薬毒物中毒が診断された患者

[施設基準] 第二次救急医療機関であること

医療技術の適切な評価

基本的な考え方

- 我が国の医療水準は国際的にみても高い状況にあり、引き続き、質の高い医療を継続的に提供できる体制を確保するために、外科的な手術や専門性の高い医学管理などの医療技術について、学会等からの提案も踏まえ、難易度や専門性に応じた適切な評価を行う。

評価の視点

1. 医療技術の評価及び再評価

学会等からの提案書に基づき、医療技術評価分科会において検討を行い、新規技術の保険導入及び既存技術の再評価を行う。

2. 外科的手術等の適切な評価

「外保連試案第8.2版」等を活用し、診療報酬における手術の相対的な評価をより精緻にする。

3. 先進医療からの保険導入

先進医療会議の検討結果を踏まえ、新規技術の保険導入を行う。

4. 胃瘻等について

胃瘻造設前の嚥下機能評価の実施や造設後の連携施設への情報提供の推進を図るため、評価の新設等を行う。

5. 新規特定保険医療材料等に係る技術料の新設

新規医療材料を用いた技術や検査について、技術料等の評価及び見直しを行う。

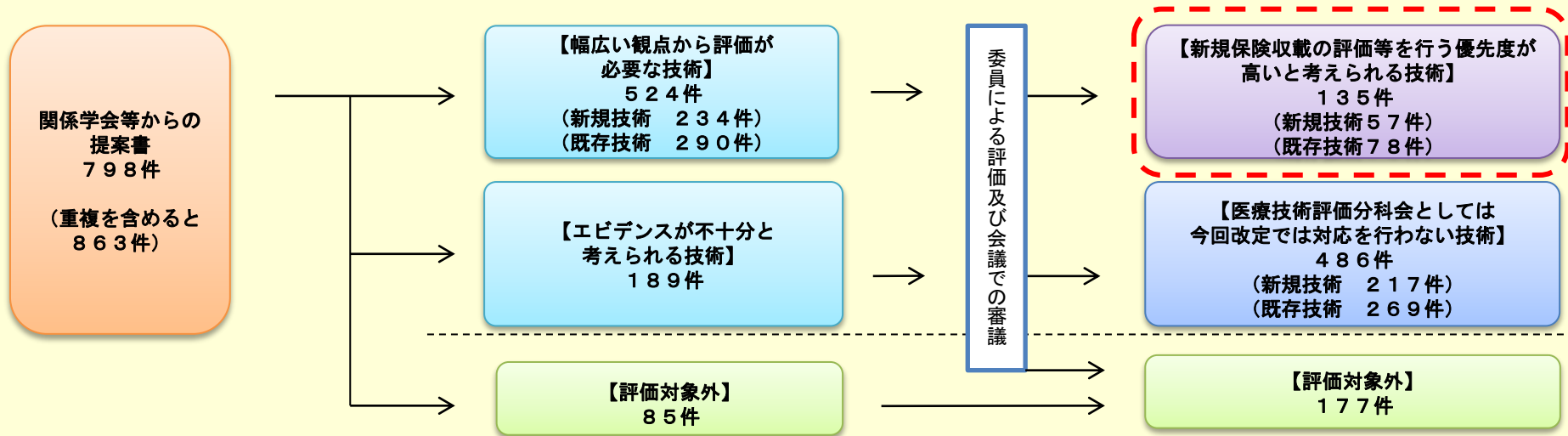
1. 医療技術の評価及び再評価①

医療技術評価分科会での検討

医療技術の適正な評価の観点から、関係学会等から提出された提案書に基づき、医療技術評価分科会において検討を実施し、新しい医療技術57件を保険導入するとともに、既存技術78件について対象疾患の拡大や評価の引き上げ等を行う。

【評価の実施方法等】

- ①平成25年3月から6月末にかけ関係学会から863件(重複を含む)の提案書が提出
- ②学会等のヒアリングや重複の確認を行い、基本診療料や使用する医薬品及び医療機器等の薬事法上の承認が確認できない技術等を除いた技術について検討を実施
- ③幅広い観点から評価が必要な技術、エビデンスが不十分と考えられる技術について、専門的観点も踏まえ、分野横断的な幅広い観点から評価を実施



例)

- ・新規技術; 網膜再建術、EDチューブ挿入術など
- ・既存技術; 拡大胸腺摘除術(重症筋無力症に対する)、脊髄誘発電位測定等加算など

1. 医療技術の評価及び再評価③

評価体系の見直し

- 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、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を見直し、より質の高い診断治療の推進を図る。

【現行】

コンピューター断層撮影装置 CT撮影（一連につき） 1 CT撮影（一連につき）	
イ 64列以上のマルチスライス型の機器の場合	950点
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
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
ニ イ、ロ、ハ以外の場合	600点

磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)	
1 3テスラ以上の機器による場合	1,400点
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
3 1、2以外の場合	950点

眼底カメラ撮影 1 通常の方法の場合	56点
--------------------	-----

【改定後】

コンピューター断層撮影装置 CT撮影（一連につき） 1 CT撮影（一連につき）	
イ 64列以上のマルチスライス型の機器の場合	<u>1,000点</u>
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
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	<u>770点</u>
ニ イ、ロ、ハ以外の場合	<u>580点</u>

磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)	
1 3テスラ以上の機器による場合	<u>1,600点</u>
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
3 1、2以外の場合	<u>920点</u>

眼底カメラ撮影 1 通常の方法の場合	
イ アナログ撮影	<u>54点</u>
ロ デジタル撮影	<u>58点</u>

(参考)新たに施設基準の届出が必要な手術

今般の改定で、医療技術評価分科会等からの提案等により施設基準が新設された又は見直しが図られたため、新たに届出が必要な手術について以下に示す。

K169 注1	頭蓋内腫瘍摘出術 脳腫瘍覚醒下マッピング加算	K643-2	腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術
K190-6, 7	仙骨神経刺激装置植込術及び交換術	K649-2	腹腔鏡下胃吊り上げ固定術(胃下垂症手術)、胃捻転症手術
K260-2	羊膜移植術	K655-5	腹腔鏡下噴門側胃切除術
K268の5	緑内障手術 緑内障治療用インプラント挿入術 (プレートのあるもの)	K656-2	腹腔鏡下胃縮小術(スリーブ状切除によるもの)
K281-2	網膜再建術	K664	胃瘻造設術
K340-7	内視鏡下鼻・副鼻腔手術V型(拡大副鼻腔手術)	K699-2	体外衝撃波膀胱石破碎術
K502-5	胸腔鏡下拡大胸腺摘出術	K755-2	腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出術(褐色細胞腫)
K504-2	胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術	K785-2	腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術
K529-2	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術	K802-4	腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術
K546	経皮的冠動脈形成術	K802-5	腹腔鏡下膀胱部分切除術
K549	経皮的冠動脈ステント留置術	K802-6	腹腔鏡下膀胱脱手術
K562-2	胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術	K803-3	腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術
K617-5	内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝離断術	K804-2	腹腔鏡下尿膜管摘出術
K627-3	腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術	K843-2	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術
K627-4	腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術	K879-2	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術(子宮体がんに限る。)
K642-3	腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術	K910-3	胎児胸腔・羊水腔シャント術

2. 外科的手術等の適切な評価③

画像等手術支援加算の対象の明確化

- 画像等手術支援加算のうちナビゲーションによるものについて、医学的な有用性に基づき、通知を明確化する。

画像等手術支援加算 ナビゲーションによるもの

ナビゲーションによるものとは、手術前又は手術中に得た画像を3次元に構築し、手術の過程において、手術を補助する目的で用いることをいう。



画像等手術支援加算 ナビゲーションによるもの

ナビゲーションによるものとは、手術前又は手術中に得た画像を3次元に構築し、手術の過程において、**3次元画像と術野の位置関係をリアルタイムにコンピューター上で処理することで**、手術を補助する目的で用いることをいう。

心臓弁再置換術加算の対象の明確化

- K555 弁置換術の注に規定されている心臓弁再置換術加算について、弁置換術以外の弁置換を伴う術式を行った場合にも算定できる旨を明確化する。

K555	弁置換術	注 過去に心臓弁手術を行ったものに対し、弁手術を行った場合には、心臓弁再置換術加算として、所定点数に所定点数の100分の50を加算する。
K557-3	弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術	<u>(注の新設)</u>
K560	大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。)	<u>(注の新設)</u>



K555	弁置換術	<u>注 過去に心臓弁手術を行ったものに対し、弁手術を行った場合には、心臓弁再置換術加算として、所定点数にK555弁置換術の所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。</u>
K557-3	弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術	
K560	大動脈瘤切除術(吻合又は移植を含む。)	

植込型カテーテルによる中心静脈注射等に関する名称の見直し

- 植込型中心静脈カテーテルについて、中心静脈栄養だけでなく化学療法等も一般に広く行われていることから、その使用実態を踏まえて診療報酬上の名称等の見直しを行う。

現行

植込型カテーテルによる中心静脈栄養

中心静脈栄養用植込型カテーテル設置



改定後

植込型カテーテルによる中心静脈**注射**

中心静脈**注射**用植込型カテーテル設置

3. 先進医療会議からの保険導入①

先進医療からの保険導入

- ▶ 先進医療会議での検討結果を踏まえ、現在、先進医療で実施している技術のうち、有効性、効率性等に鑑み8技術について保険導入を行った。

導入した技術(医科:一覧)(6技術)

技術名	点数
羊膜移植術	<u>6,750点</u>
胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術	<u>27,400点</u>
内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術	<u>10,200点</u>
腹腔鏡下胃縮小術(スリーブ状切除によるもの)	<u>36,410点</u>
腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術(子宮体がんに限る。)	<u>70,200点</u>

現行

光トポグラフィー 670点
(脳外科手術の術前検査に使用)



改定後

光トポグラ
フィー

脳外科手術の術前検査に使用するもの

670点

(新)抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用するもの 400点※

※ 地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医による場合

4. 胃瘻等について①

1. 胃瘻造設術、胃瘻造設時嚥下機能評価加算

➤ 胃瘻造設前の嚥下機能評価の実施等の推進を図るため、胃瘻造設術の評価を見直すとともに、胃瘻造設時の適切な嚥下機能検査に係る評価を新設する。



【現行】

胃瘻造設術	10,070点
—	—

【改定後】

(改) 胃瘻造設術	6,070点※
(新) 胃瘻造設時嚥下機能評価加算	2,500点※

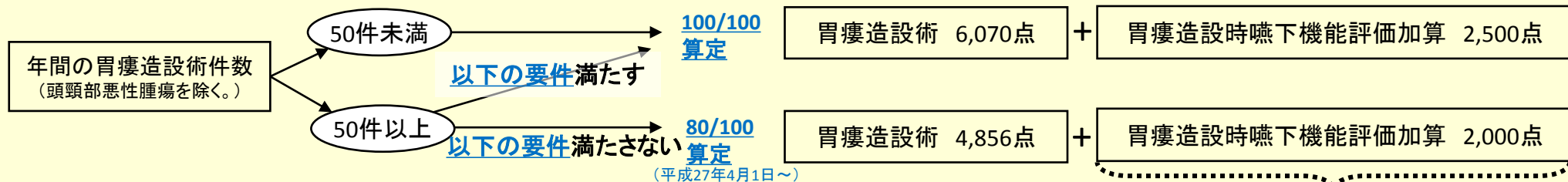
※ 要件を満たさない場合、80/100に減算(平成27年4月1日～)

[胃瘻造設術の留意事項]

○胃瘻造設の必要性、管理方法、閉鎖の条件等を患者に説明

○ 胃瘻造設の必要性、管理方法、閉鎖の条件等を患者・**家族**に説明
○ **他医療機関に患者を紹介する場合は、嚥下機能等の情報提供を実施**

(算定のイメージ)



(要件) (胃瘻造設術が年間50件以上の場合)

- (1) 術前に**全例注**に**嚥下機能検査を実施** (嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査に限る。)
- (2) **経口摂取回復率35%以上** (鼻腔栄養・胃瘻造設患者の回復率をいう。定義は次々頁)

注) 下記の患者を除く。

- ① 減圧ドレナージ目的
- ② 成分栄養剤の経路目的 (炎症性腸疾患に限る。)
- ③ 食道、胃噴門部の狭窄等
- ④ 意識障害等があり検査が危険(ただし、意識障害が回復し次第実施)
- ⑤ 顔面外傷により嚥下が困難

経口摂取回復率の計算からも除く
(嚥下機能とは無関係に胃瘻造設が必要な患者)

[留意事項]

- (1) **術前に嚥下機能検査を実施注**した場合に算定
- (2) 検査結果に基づき、十分に説明・相談

注) 嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査に限る。
内視鏡下嚥下機能検査は所定の研修を修了した者が実施
(平成27年3月31日までは修了していなくても算定可)

(参考) DPC病院において、「胃瘻造設術が年間50件以上」は胃瘻造設術件数上位5%に相当する。(107病院が該当)
(平成24年DPCデータより)

4. 胃瘻等について②

2. 経口摂取回復促進加算

- 高い割合で経口摂取に回復させている場合の摂食機能療法の評価の見直しを行う。

【現行】

摂食機能療法	185点
—	—



【改定後】

摂食機能療法	<u>185点</u>
(新) 経口摂取回復促進加算	<u>185点</u>

[施設基準]

- (1) 専従の常勤言語聴覚士が1名以上
- (2) 経口摂取回復率35%以上（鼻腔栄養・胃瘻造設患者の回復率をいう。定義は次頁） 等



[算定要件]

- (1) 鼻腔栄養又は胃瘻の患者に対して実施した場合に加算
- (2) 月に1回以上嚥下造影または内視鏡下嚥下機能検査を実施
- (3) 月に1回以上、医師、リハビリテーションを行う言語聴覚士等を含む多職種によるカンファレンス等を行い、計画の見直し、嚥下調整食の見直し等を実施
- (3) 治療開始日から起算して6月以内に限り加算
- (4) 当該加算を算定する月においては、内視鏡下嚥下機能検査・嚥下造影は算定できない。（胃瘻造設の判断のためのものを除く。） 等

- これまで評価が不明確だった、胃瘻抜去術の技術料を新設する。

【現行】

胃瘻閉鎖術 12,040点
—



胃瘻閉鎖術	<u>12,040点</u>	※ <u>外科的に造設された胃瘻について、開腹や腹腔鏡操作等により胃瘻閉鎖を行った場合に算定</u>
(新) 胃瘻抜去術	<u>2,000点</u>	※ <u>胃瘻カテーテルを抜去し、閉鎖した場合に算定</u>

4. 胃瘻等について③

3. 計算方法、届出方法等

(経口摂取に回復させている割合の計算方法)

$$\frac{\text{経口摂取に回復した患者数}}{\text{自院導入患者数} + \text{紹介患者数}} = \frac{\text{「胃瘻拔去・閉鎖」又は「経鼻経管を拔去」かつ「1か月以上栄養方法が経口摂取のみ」}[1年以内]^{注}}{\text{自院で新たに「鼻腔栄養導入」、「胃瘻造設」} + \text{紹介された「鼻腔栄養」、「胃瘻」の患者(「自院で摂食機能療法を実施した患者に限る」)}}$$

注)回復率は、鼻腔栄養導入又は胃瘻造設した日から起算して1年以内に回復したもので計算する。

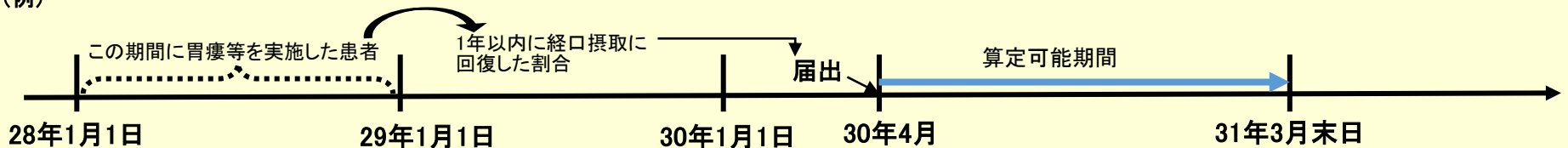
分子及び分母から除くもの

- ① 1年以内※に死亡した患者 (ただし、栄養方法が経口摂取のみの状態に回復した上で死亡した患者は、分子分母に加える。)
- ② 1か月以内※に経口摂取に回復した患者
- ③ 1年以上※経過してから、他の保険医療機関から紹介された患者 ※ 鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算
- ④ 減圧ドレナージ目的(消化器疾患等の患者で胃瘻造設を行う場合に限る。)
- ⑤ 成分栄養剤の経路目的(炎症性腸疾患等の患者で胃瘻造設を行う場合に限る。)
- ⑥ 食道、胃噴門部の狭窄等

(届出に関する取り扱い)

【通常の場合】前々年の1月～12月に胃瘻等実施した患者の回復率で届出

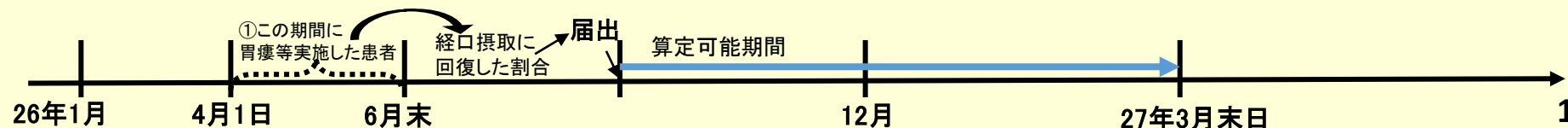
(例)



【新規届出の場合】直近2年のいずれかの4月～6月に胃瘻等実施した患者の回復率で届出可。

(例)

- ①平成26年4月～6月に胃瘻等実施した患者の回復率で届出可。(平成25年4月～6月でも可)
- ②継続は、平成26年1月～12月に胃瘻等実施した患者の回復率で判断(平成25年1月～12月でも可)



医療技術の進歩の促進と導入、その他の分野

1 充実が求められる分野を適切に評価していく視点

2 患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で質の高い医療を実現する視点

3 医療従事者の負担を軽減する視点

4 効率化余地がある分野を適正化する視点

5 消費税率8%への引上げに伴う対応

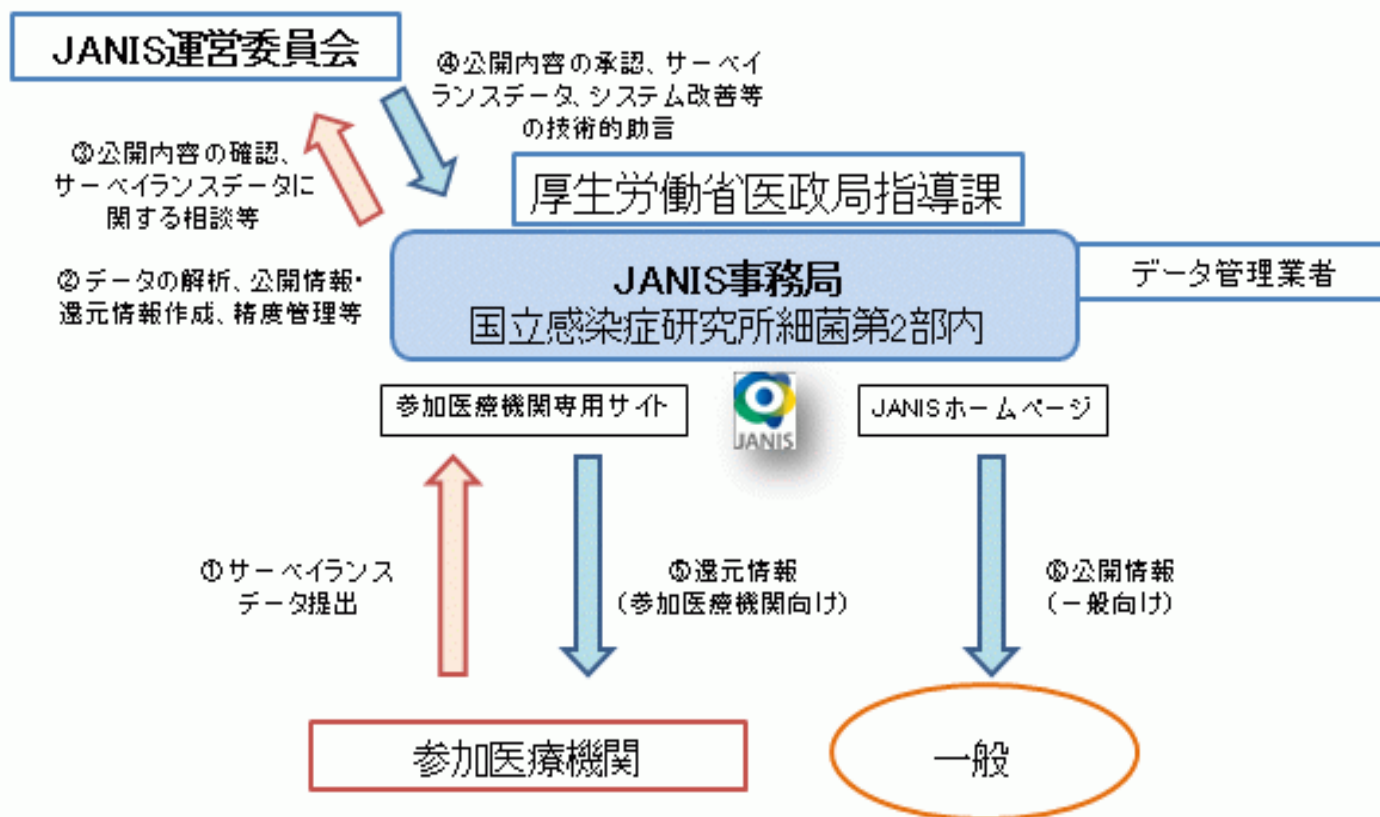
患者等からみて分かりやすく、質の高い医療の実現

感染防止対策加算の見直し

➤ 感染防止対策加算1について、院内感染対策サーベイランス(JANIS)事業等の地域や全国のサーベイランスに参加していることを必須にする。

※平成26年3月31日に届け出ている場合は、平成27年3月31日までは本基準を満たしているものとする。

【JANISの運営体制（参考）】



明細書の無料発行の促進①

明細書の無料発行の推進

- 平成24年度改定において、電子請求が義務付けられている400床以上の病院及び薬局については、例外なく、平成26年4月より明細書の発行を義務とした。
- 電子請求が義務付けられている400床未満の病院・診療所は、引き続き、正当な理由のない限り、原則として明細書を無料で発行することとした。

- ⇒ 正当な理由 ① 明細書発行機能が付与されていないレセコンを使用
② 自動入金機の改修が必要な場合



400床未満の病院については、これを平成27年度以降は認めないこととする。

- 正当な理由を担保するため、毎年行われている他の届出事項と併せて、明細書無料発行の対応の有無、正当な理由に該当する旨等を報告することとする。

その他の取組

- 400床未満の病院及び診療所であって、「正当な理由」に該当する保険医療機関については、今後、レセプトコンピュータを改修する時期等を届け出ることとする。
- 「正当な理由」に該当する保険医療機関であって、1,000円を超える明細書の発行料金を徴収しているものについては、その料金設定の根拠を明らかにする。

明細書の無料発行の促進②

明細書無料発行の義務化の範囲などについて

電子レセプト請求の義務付け対象となっている医療機関及び薬局

		明細書の無料発行体制整備済	明細書の無料発行体制未整備
病 院	400床以上	義務化 (免除規定なし)	平成26年4月以降、義務化 (免除規定なし)
	400床未満		平成26年4月～平成28年3月まで (報告事項) →明細書無料発行の対応の有無、正当な理由に該当する旨等を報告 →レセプトコンピュータを改修する時期を届出る。 →1,000円を超える明細書の発行料金を徴収して場合は、その料金設定の根拠を明らかにする。 平成28年4月以降、義務化(免除規定なし)
診療所 (歯科診療所含む)			平成26年4月以降 (報告事項) →明細書無料発行の対応の有無、正当な理由に該当する旨等を報告 →レセプトコンピュータを改修する時期を届出る。 →1,000円を超える明細書の発行料金を徴収して場合は、その料金設定の根拠を明らかにする。 ※なお、平成28年4月以降も免除規定はあり
薬局			平成26年4月以降、義務化 (免除規定なし)

患者等からみて分かりやすく、質の高い医療の実現

診療録管理体制加算の見直し

- ▶ 診療録管理体制加算について、コードに基づく診療録の管理や専従の職員の配置等、充実した診療録管理体制を有している場合の評価を新設する。

診療録管理体制加算（入院初日）

現行	
—	—
診療録管理体制加算	30点



改定後	
(新) 診療録管理体制加算1	100点
診療録管理体制加算2	30点

[施設基準]

- ① 年間退院患者実数2,000名あたり1名以上の専任の常勤診療記録管理者が配置されており、うち1名以上が専従であること。
- ② 各退院患者の「氏名」、「生年月日」、「疾病名」及び「入院中の手術」等に関する電子的な一覧表を有し、診療録の検索・抽出が速やかにできる体制を確保していること。
- ③ 前月に退院した全診療科の全退院患者のうち、退院日の翌日から起算して14日以内に退院時要約が作成され、中央病歴管理室に提出された者の割合が9割以上であること。

医科点数表の解釈の明確化①

創傷処理に関する明確化

- 創傷処理及び小児創傷処理(6歳未満)における「筋肉、臓器に達するもの」とは、単に創傷の深さを指すものではなく、筋肉、臓器に何らかの処理(筋膜縫合、骨膜縫合等)を行うものを指すことを明確にする。

在宅人工呼吸指導管理料に関する明確化

- 慢性心不全等に合併する中枢性の睡眠時無呼吸症候群(SAS)に対して、従来の陽圧換気装置よりも効果的とされるASV(Adaptive Servo Ventilation)を用いてSASの治療を行った場合であっても、在宅人工呼吸指導管理料を算定できないことを明確にする。

電子画像管理加算に関する明確化

- 電子画像管理加算の対象はデジタル撮影した画像であり、アナログ撮影した画像をデジタル映像化処理して管理・保存した場合は算定できないことを明確にする。

画像診断管理加算に関する明確化

- 画像診断管理加算及び遠隔画像診断における画像診断管理加算の算定について、画像の読影等を行う外部の機関を利用した場合は、評価の対象とならないことを明確にする。

医科点数表の解釈の明確化②

室内面積等の算出に関する明確化

- 施設基準に規定された室内面積や廊下幅の算出にあたっては、壁芯ではなく内法により行うことを明確にする。

往診料における夜間の定義に関する明確化

- 往診料の夜間の定義について、「12時間を標準として各都道府県で統一的取り扱いをすること」とされている現行の規定を改め、初再診料の夜間の定義と同様に「午後6時から午前8時までの間」と明確にする。

生活習慣病管理料に関する明確化

- 生活習慣病管理料について、院内で薬剤を処方する必要がない患者や他の医療機関において既に薬剤が処方されている患者について算定する区分を明確にする。

在宅自己腹膜灌流指導管理料に関する明確化

- 在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者について、他の医療機関において人工腎臓等を行った場合には、人工腎臓等の所定点数は算定できないことを明確にする。

医療技術の進歩の促進と導入、その他の分野

1 充実が求められる分野を適切に評価していく視点

2 患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で質の高い医療を実現する視点

3 医療従事者の負担を軽減する視点

4 効率化余地がある分野を適正化する視点

5 消費税率8%への引上げに伴う対応

医療従事者の負担を軽減する取り組みの評価⑤

医師事務作業補助体制の評価

- 医師事務作業補助者の配置による効果を勘案し、医師事務作業補助者の業務を行う場所について、一定以上の割合を病棟又は外来とした上で、医師事務作業補助体制加算の更なる評価を新設する。

(医師事務作業補助体制加算)

現行	
医師事務作業補助者の配置	点数
15対1	810点
20対1	610点
25対1	490点
30対1	410点
40対1	330点
50対1	255点
75対1	180点
100対1	138点

(新) 医師事務作業補助体制加算 1

改定後	
医師事務作業補助者の配置	点数
15対1	<u>860点</u>
20対1	<u>648点</u>
25対1	<u>520点</u>
30対1	<u>435点</u>
40対1	<u>350点</u>
50対1	<u>270点</u>
75対1	<u>190点</u>
100対1	<u>143点</u>



[施設基準]

- ① 医師事務作業補助者の業務を行う場所について、80%以上を病棟又は外来とする。
- ② 看護職員を医師事務作業補助者として届出することは不可。

※ 従前の医師事務作業補助体制加算については、看護職員を医師事務作業補助者として届出することは不可とした上で、医師事務作業補助体制加算2とする。

※ 病棟および外来とは、それぞれ入院医療、外来医療を行っている区域をいい、スタッフルームや会議室等を含む。(ただし、医局や、医師が診療や事務作業等を目的として立ち入ることがない診断書作成のための部屋及び医事課等の事務室は含まない。)

チーム医療の推進について ～病棟薬剤業務実施加算の制限緩和～

療養病棟又は精神病棟において、薬剤師が4週目以降も継続して病棟薬剤業務を実施していることを踏まえて、病棟薬剤業務実施加算の療養病棟・精神病棟における評価を充実する。

現行

【病棟薬剤業務実施加算】

(週1回) 100点

注：(前略)週1回に限り所定点数に加算する。この場合において、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料(精神病棟に限る。)を算定している患者については、入院した日から起算して4週間を限度とする。



改定後

【病棟薬剤業務実施加算】

(週1回) 100点

注：(前略)週1回に限り所定点数に加算する。この場合において、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料(精神病棟に限る。)を算定している患者については、入院した日から起算して8週間を限度とする。

調剤報酬等における適正化・合理化 ～妥結率が低い保険薬局等の適正化～

妥結率が低い場合は、医薬品価格調査の障害となるため、毎年9月末日までに妥結率が50%以下の保険薬局及び医療機関について、基本料の評価の適正化を図る。

<診療報酬>

- ◆ 許可病床が200床以上の病院において、妥結率が低い場合は、初診料・外来診療料・再診料の評価を引き下げる。

(新) 初診料	209点 (妥結率50%以下の場合)	[通常: 282点]
(新) 外来診療料	54点 (妥結率50%以下の場合)	[通常: 73点]
(新) 再診料	53点 (妥結率50%以下の場合)	[通常: 72点]

<調剤報酬>

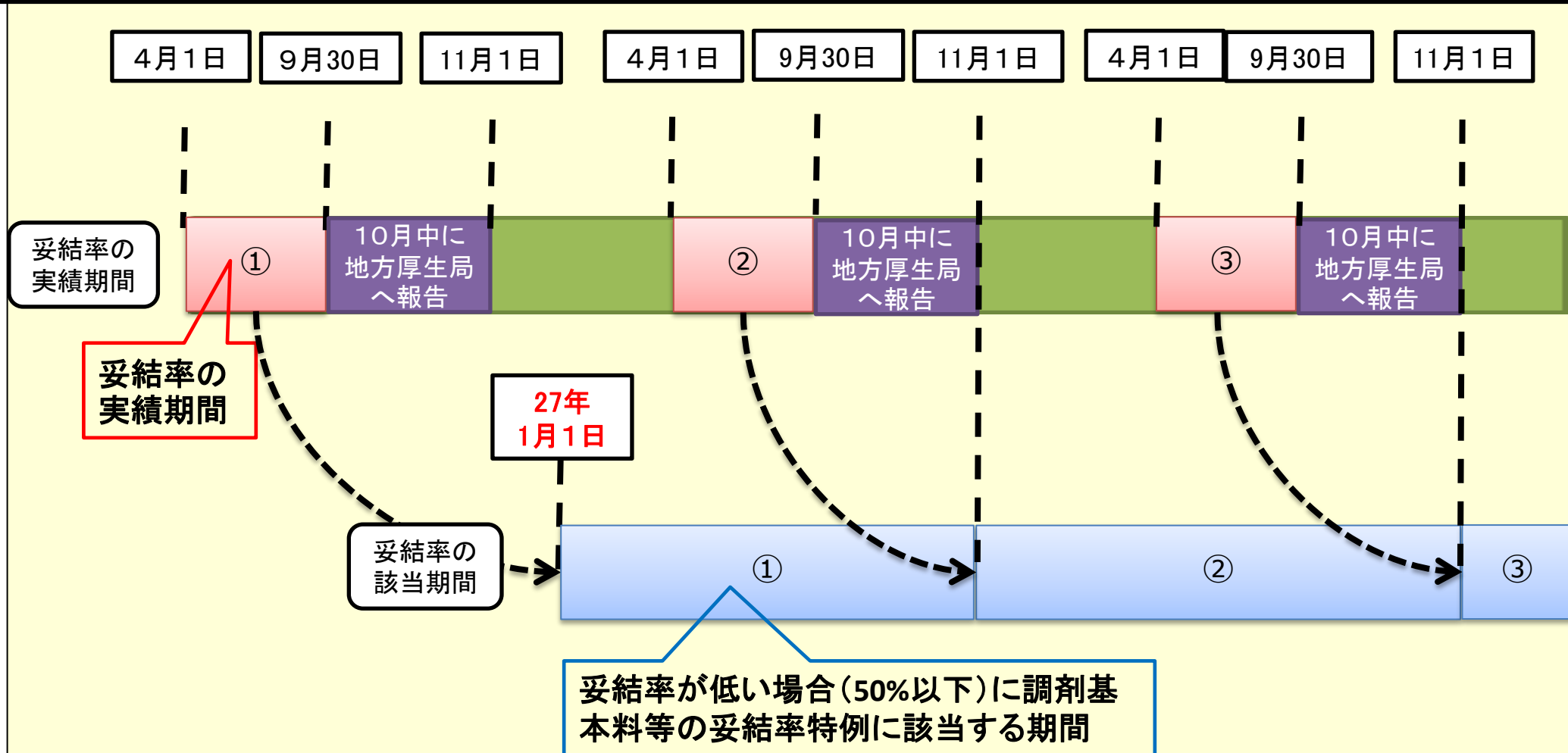
- ◆ 保険薬局において、妥結率が低い場合は、調剤基本料の評価を引き下げる。

(新) 調剤基本料	31点 (妥結率50%以下の場合)	[通常: 41点]
(新) 調剤基本料の特例	19点 (妥結率50%以下の場合)	[通常: 25点]

$$\text{妥結率} = \frac{\text{卸売販売業者と当該保険医療機関等との間での取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額 (各医療用医薬品の規格単位数量 \times 薬価を合算したもの)}}{\text{当該保険医療機関等において購入された医療用医薬品の薬価総額}}$$

※許可病床が200床以上の病院及び保険薬局においては、年に1回妥結率の実績について、地方厚生局へ報告する。

妥結率の特例の実績期間と該当期間



- 4月1日から9月30日を妥結率の実績期間とし、当該期間の妥結率の実績が基準を下回る場合には、11月1日から翌年10月31日まで妥結率が低い保険薬局等とみなされる。
- ただし、書類提出期間を踏まえ導入初年度のみ1月1日より適用とする。

医療技術の進歩の促進と導入、その他の分野

1 充実が求められる分野を適切に評価していく視点

2 患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で質の高い医療を実現する視点

3 医療従事者の負担を軽減する視点

4 効率化余地がある分野を適正化する視点

5 消費税率8%への引上げに伴う対応

消費税8%への引上げに伴う対応①

<消費税対応について>

- 社会保険診療は非課税かつ公定価格であり、医療機関等は患者に仕入れに係る消費税負担を転嫁できない。
- このため、平成26年4月1日から消費税率が8%に引き上がることに伴う医療機関等の消費税負担上昇分については、診療報酬で補てんする。

(消費税対応分)

改定率 +1.36% (約5,600億円)

本体 +0.63% (約2,600億円)
 薬価 +0.64% (約2,600億円)
 材料 +0.09% (約400億円)

医科 +0.71% (約2,200億円)
 歯科 +0.87% (約200億円)
 調剤 +0.18% (約100億円)

医療機関等の仕入れの構造

非課税仕入れ (人件費等)	診療報酬で補てん (改定率1.36%相当)	
	↑ 新たに医療機関等に 発生する消費税負担	
課税仕入れ (委託費等)	5%	3%
課税仕入れ (医薬品・医療材料)	5%	3%

<改定財源の診療報酬点数への上乗せについて>

- 薬価、特定保険医療材料価格については、実勢価格に消費税3%分をそのまま上乗せする。
- 本体報酬については、
 - ① 基本診療料・調剤基本料に上乗せする案(診療側)
 - ② ①に加え、仕入れ時の消費税負担が大きいと考えられる個別の報酬項目(「個別項目」)への上乗せを組み合わせる案(支払側)

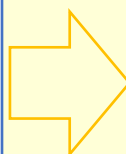
が提案されたが、公益裁定の結果、今回のように限られたデータの中で、全ての人から納得を得られるような「個別項目」への上乗せは現実的に不可能であることから、可能な限り分かりやすい形で上乗せすることを重視すべきであり、基本診療料・調剤基本料に点数を上乗せすることを中心に対応し、「個別項目」については、基本診療料・調剤基本料との関係上、上乗せしなければ不合理になると思われる項目等に補完的に上乗せすることが、現時点で取り得る最善の策であるとされた。

全ての仕入れ価格が3%引き上げられるわけではない(非課税仕入れが存在するため)ので、改定率としては、1.36%相当となる。

消費税8%への引上げに伴う対応②

1. 医科診療報酬

現行	
初診料	270点
再診料	69点
外来診療料	70点
入院基本料 (有床診療所入院基本料を含む。) 特定入院料 短期滞在手術基本料	各点数
【個別項目】	
外来リハビリテーション診療料1	69点
外来放射線照射診療料	280点
在宅患者訪問診療料1	830点



改定後	うち、消費税 対応分
(改)初診料	<u>282点</u> (+12点)
(改)再診料	<u>72点</u> (+3点)
(改)外来診療料	<u>73点</u> (+3点)
(改)入院基本料 (有床診療所入院基本料を含む。) (改)特定入院料 (改)短期滞在手術基本料	平均的に+2% 程度上乗せ
【個別項目】	
(改)外来リハビリテーション診療料1	<u>72点</u> (+3点)
(改)外来放射線照射診療料	<u>292点</u> (+12点)
(改)在宅患者訪問診療料1	<u>833点</u> (+3点)

[点数配分の考え方]

- ・医科に配分された2,200億円を、診療所と病院の医療費シェア・課税経費率に応じて配分(診療所600億円、病院1,600億円)
- ・診療所の600億円をほぼ全額初・再診料に配分(初診料と再診料の比率は、現行の点数比率≒4:1)。
- ・病院について診療所と同じ点数を初・再診料(外来診療料)に上乗せし、残った財源を課税経費率に応じて入院料に配分(平均的に2%程度の上乗せとなる)
- ・有床診療所入院基本料は、病院の入院料と均衡するよう2%程度引上げ。
- ・最後に残った財源を補完的に個別項目に上乗せ。

消費税8%への引上げに伴う対応③

2. 歯科診療報酬

現行	
歯科初診料	218点
歯科再診料	42点
【個別項目】	
歯科訪問診療料1	850点



改定後		うち、消費税 対応分
(改) 歯科初診料	<u>234点</u>	(+16点)
(改) 歯科再診料	<u>45点</u>	(+3点)
【個別項目】		
(改) 歯科訪問診療料1	<u>866点</u>	(+16点)

3. 調剤報酬

現行	
調剤基本料	40点
【個別項目】	
一包化加算(56日分以下)	30点
無菌製剤処理加算 (中心静脈栄養法用輸液)	40点



改定後		うち、消費税 対応分
(改) 調剤基本料	<u>41点</u>	(+1点)
【個別項目】		
(改) 一包化加算(56日分以下)	<u>32点</u>	(+2点)
(改) 無菌製剤処理加算 (中心静脈栄養法用輸液)	<u>65点</u>	(+10点)

4. 訪問看護療養費

現行	
訪問看護管理療養費 (初日)	7,300円



改定後		うち、消費税 対応分
(改) 訪問看護管理療養費 (初日)	<u>7,400円</u>	(+100円)

革新的な医薬品、医療機器等の費用対効果評価

1. 経緯等

- 中医協において、革新的な医療技術の取り扱いを議論した際等に、「医療保険制度において費用対効果の議論を行っていくべき」との指摘が複数回あった。
→（平成24年度診療報酬改定に係る附帯意見）
“保険適用の評価に際し費用対効果の観点可能な範囲で導入することについて検討を行う”
- 平成24年5月から議論が始まり、これまで15回開催したところ。
 - 平成25年11月6日「議論の中間的な整理」総会報告
 - 平成26年1月15日「費用対効果評価の今後の検討について」総会報告
“医療技術の保険適用の評価に際し、費用対効果の観点を導入する時期については、(中略)、平成28年度診療報酬改定における試行的導入も視野に入れながら、引き続き検討”
 - 平成26年2月12日「平成26年度診療報酬改定について 附帯意見」
“14. 医薬品や医療機器等の保険適用の評価に際して費用対効果の観点を導入することについて、イノベーションの評価との整合性も踏まえつつ、データ・分析結果の収集、評価対象の範囲、評価の実施体制等を含め、平成28年度診療報酬改定における試行的導入も視野に入れながら、引き続き検討”

2. 平成26年度以降の検討内容

- (1) 企業からのデータ・分析の提出に基づく具体例を用いた検討
 - ① 分析の手法、具体的な評価の活用手法
 - ② ガイドライン等
 - ③ 評価 (appraisal)
- (2) 評価対象技術の範囲
- (3) 実施体制等
- (4) 費用対効果評価の導入時期

経過措置等について①

	項目	経過措置
1	特定除外の見直し①	・平成26年9月30日までは、一般病棟入院基本料(7対1、10対1)等において、特定入院基本料を算定できる。
2	特定除外の見直し②	・90日を超えて入院する患者を対象として、原則として療養病棟と同等の報酬体系とする取り扱いを選んだ場合、平成27年9月30日までの間、療養病棟の算定を届け出た病棟の2室4床に限り、出来高算定を認める。【経過措置利用のために届出必要】
3	特定除外の見直し③	・90日を超えて入院する患者を対象として、原則として療養病棟と同等の報酬体系とする取り扱いを選んだ場合、平成26年3月31日に入院している患者は、当分の間、医療区分を3とみなす。
4	7対1入院基本料等の看護必要度の見直しについて	・平成26年3月31日に届出を行っている病棟は、平成26年9月30日までは基準を満たすものとみなす。 ・平成26年10月1日以降も算定する場合は、届出が必要。
5	救命救急入院料の看護必要度、がん専門病院の看護必要度の見直しについて	・平成26年3月31日に届出を行っている病棟は、平成26年9月30日までは要件を満たすものとみなす。
6	看護補助加算1の見直しについて	・平成26年3月31日に届出を行っている医療機関は、平成26年9月30日までは要件を満たすものとみなす。 ・平成26年10月1日以降も算定する場合は、届出が必要。
7	7対1入院基本料等の自宅等退院患者割合について	・平成26年3月31日に届出を行っている病棟は、平成26年9月30日までは基準を満たすものとみなす。 ・平成26年10月1日以降も算定する場合は、届出が必要。
8	7対1入院基本料等のデータ提出加算の届出要件の追加について	・平成26年3月31日に届出を行っている病棟は、平成27年3月31日までは基準を満たすものとみなす。 ・平成27年4月1日以降も算定する場合は、届出が必要。
9	ICUの看護必要度の見直しについて	・平成26年3月31日に届出を行っている病棟は、平成27年3月31日までは新ICU3又は新ICU4の看護必要度の基準を満たすものとみなす。 ・平成27年4月1日以降も算定する場合は、届出が必要。
10	HUCの看護必要度の見直しについて	・平成26年3月31日に届出を行っている病棟は、平成26年9月30日までは基準を満たすものとみなし、4,584点を算定できる。 ・平成26年10月1日以降も算定する場合は、HUC1又はHCU2の届出が必要。
11	総合入院体制加算の見直しについて	・総合入院体制加算2を新規に届け出る場合は、地域包括ケア病棟入院料等の届出を行っていない医療機関であること。
12	A302及びA303(新生児の受け入れ要件)の見直しについて	・平成26年3月31日にまでに届出を行っている治療室は、平成26年9月30日までは基準を満たすものとみなす。
13	A212(超重症児等入院診療料加算)の見直しについて	・平成27年4月1日適用

経過措置等について②

	項目	経過措置
14	療養病棟等の経過措置の廃止について	・経過措置を削除
15	(地域包括ケア病棟)亜急性期入院管理料の廃止について	・平成26年3月31日までに届出を行っている病室は、平成26年9月30日までは算定できる。
16	地域包括ケア病棟(内法の取り扱い)について	・平成27年4月1日から適用 なお、平成27年3月31日までに届出したものについては壁芯でよいこととする。
17	地域包括ケア病棟(データ提出加算の取り扱い)について	・平成27年4月1日から適用(届出が必要)
18	地域包括ケア病棟の看護師等配置基準について	・平成27年3月31日までの間は必要人数の5割未満であれば看護師を看護補助者とみなすものとする。
19	地域包括ケア病棟の在宅復帰率の実績について	・平成26年3月31日に7対1入院料(一般病棟、専門病院)の届出を行っている病棟が地域包括ケア病棟入院料の届出を行う場合、平成26年9月30日までの間は在宅復帰率の基準を満たしているものとする。 ・平成26年10月1日以降も算定する場合は、届出が必要。
20	休日リハビリテーションの要件見直しについて	・平成26年3月31日に回復期リハビリテーション1の届出を行っているところで休日リハビリテーション加算の届出をしていないところは、平成26年9月30日までは基準を満たすものとみなす。 ・平成26年10月1日以降も算定する場合は、届出が必要。
21	回復期リハビリテーション入院基本料1の看護必要度の見直しについて	・平成26年3月31日に回復期リハビリテーション1の届出を行っている病棟は、平成26年9月30日までは基準を満たすものとみなす。 ・平成26年10月1日以降も算定する場合は、届出が必要。
22	常勤の管理栄養士の配置に関する経過措置について	・病院に限り、常勤管理栄養士確保に関する経過措置を平成26年6月30日まで延長。
23	栄養管理実施体制を満たさない病院の減算について	・平成26年7月1日から適用(届出が必要)
24	有床診療所4～6の届出について	・平成26年3月31日までに有床診療所入院基本料1、2又は3を算定していた有床診療所であれば、新たな届出をせずとも、それぞれ新有床診療所入院基本料4、5又は6を引き続き算定することができる。
25	主治医機能の評価(研修要件の取り扱い)について	・平成27年4月1日から適用

経過措置等について③

	項目	経過措置
26	大病院の紹介率・逆紹介率の見直しについて	・平成27年4月1日から適用(届出が必要)
27	大病院の紹介率・逆紹介率の30日処方制限について	・平成27年4月1日から適用(届出が必要)
28	機能強化型在支診等の要件の見直しについて	・平成26年3月31日時点で機能強化型と届け出ている医療機関については、平成26年9月30日まで基準を満たすとみなす。
29	機能強化型在支診等(強化型)の見直しについて	・上記のうち、単独で在支診等の要件を満たす場合は、過去半年の実績が必要要件を満たせば、平成27年3月31日までの間、緊急往診、看取りの実績基準を満たすものとする。 ・平成26年10月1日以降も算定する場合は、届出が必要。
30	機能強化型在支診等(連携型)の見直しについて	・連携型が強化型とあわせて、過去半年の実績が必要要件を満たせば、必要要件をすべて満たせば、平成27年3月31日までの間、緊急往診、看取りの実績基準を満たすものとする。 ・平成26年10月1日以降も算定する場合は、届出が必要。
31	維持期リハビリテーションの経過措置の延長について	・要介護被保険者等であって、入院中の患者以外の者については、原則として平成28年4月1日以降は対象とはならないものとする。ただし、要介護被保険者等であって、入院中の患者については、経過措置の対象患者から除く。
32	抗不安薬、睡眠薬、抗精神病薬、抗うつ薬の多剤処方の適正化について	・平成26年10月1日から適用(ただし、非定型抗精神病薬加算の見直しは経過措置なし。精神科継続外来支援・指導料は平成26年9月30日まで従前の例による。)
33	院内感染サーベイランス(JANIS)事業への参加要件について	・平成26年3月31日に感染防止対策加算1の届出を行っている保険医療機関は、平成27年3月31日までは基準を満たすものとみなす。 ・平成27年4月1日以降も算定する場合は、届出が必要。
34	胃瘻造設術の減算規定及び胃瘻造設時嚥下機能評価加算の減算規定について	・胃瘻造設術及び胃瘻造設時嚥下機能評価加算の減算規定は、平成27年4月1日から適用。(届出が必要)
35	胃瘻造設時嚥下機能評価加算(内視鏡下嚥下機能検査を実施する際の研修規定)の取り扱いについて	・胃瘻造設時嚥下機能評価加算については、平成27年3月31日までは基準を満たすものとみなす。 ・平成27年4月1日以降も算定する場合は、届出が必要。
36	データ提出加算の対象病棟の拡大について	・平成26年3月31日に届出を行っている医療機関については、平成27年3月31日までは基準を満たすものとみなす。 ・平成27年4月1日以降も算定する場合は、届出が必要。

経過措置等について④

	項目	経過措置
37	明細書の無償発行義務化に係る取り扱いについて	・400床未満の病院について、平成28年4月1日から明細書の無料発行を義務化。
38	内法による測定の取り扱いについて	・平成27年4月1日から適用。 なお、平成26年3月31日に届出を行っている医療機関は、当該病棟の増築等を行うまでの間は基準を満たすものとみなす。
39	急性期看護補助体制加算、夜間急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算の見直し等について	・平成26年3月31日に届出を行っていた医療機関は、平成26年9月30日までは基準を満たすものとみなす。 ・平成26年10月1日以降も算定する場合は、届出が必要。
40	精神科訪問看護の研修要件について	・平成27年3月31日までの間は、研修要件を満たしているものとみなす。 ・平成27年4月1日以降も算定する場合は、届出が必要。
41	看護必要度加算の見直しについて	・平成26年3月31日に届出を行っていた医療機関は、平成26年9月30日までは基準を満たすとみなす。 ・平成26年10月1日以降も算定する場合は、届出が必要。
42	ADL維持向上等加算の医師の研修要件について	・平成27年3月31日までの間は、研修要件を満たしているものとみなす。 ・平成27年4月1日以降も算定する場合は、届出が必要。
43	体制強化加算の医師の研修要件について	・平成27年3月31日までの間は、研修要件を満たしているものとみなす。 ・平成27年4月1日以降も算定する場合は、届出が必要。
44	精神療養病棟の医師配置と看護師配置の要件について	・看護配置25:1(平成30年3月31日までは看護配置30:1)を満たす場合は、医師法施行規則の医師員数配置の要件は除外。
45	ADL維持向上等加算の施設基準(アウトカム評価)について	・ADLの評価について、平成27年3月31日までの間は、BIの代わりに「DPC入退院時のADLスコア」による届出を認める。 ・「DPC入退院時のADLスコア」を用いて届け出た場合、平成27年4月1日以降も算定する場合には、BIによる評価を行った上で届出が必要。
46	褥瘡の研修要件について	・平成26年9月30日までの間は、研修要件を満たしているものとみなす。 ・平成26年10月1日以降も算定する場合は、届出が必要。