

個別改定項目について

重点課題1 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1-1 入院医療について

重点課題1-1-1 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について

看護配置の手厚い病棟における基準の見直し	1
質の高い集中治療の評価について	7
短期滞在手術基本料の見直し	11
総合入院体制加算の評価	14
新生児医療の評価の見直し	17
小児特定集中治療室管理料の見直し	20

重点課題1-1-2 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について

急性期病床と長期療養を担う病床の機能分化	21
療養病棟における在宅復帰機能の評価	24

重点課題1-1-3 急性期後・回復期(亜急性期入院医療管理料等)の病床の充実と機能に応じた評価について

地域包括ケアを支援する病棟の評価	25
回復期リハビリテーション病棟の評価の見直し	28

重点課題1-1-4 地域の実情に配慮した評価について

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	31
病院の栄養管理体制について	33

重点課題1-1-5 有床診療所における入院医療の評価について

有床診療所の機能に着目した評価	35
-----------------	----

重点課題1-2 外来医療の機能分化・連携の推進について

主治医機能の評価(その1)	42
---------------	----

主治医機能の評価(その2)	46
---------------	----

大病院の紹介率・逆紹介率 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	49
---	----

重点課題1-3 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

機能強化型在宅療養支援診療所等の評価	51
在宅療養における後方病床の評価	53

在宅不適切事例の適正化	55
機能強化型訪問看護ステーションの評価	63
在宅患者訪問点滴注射管理指導料について	65
在宅における薬剤や衛生材料等の供給体制について	66
在宅における褥瘡対策の推進	68
在宅自己注射指導管理料の見直し	70
小児在宅医療における在宅療養指導管理料の見直し	71
在宅歯科医療の推進等	72
在宅薬剤管理指導業務の一層の推進	78
在宅患者訪問薬剤管理指導の要件統一	84

重点課題 1-4 医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について

医療機関相互の連携等について	86
維持期リハビリテーションの評価	87
介護職員等喀痰吸引等指示の評価の拡大	90
周術期における口腔機能の管理等、医療機関相互の連携	92

I 充実が求められる分野を適切に評価していく視点

I-1 緩和ケアを含むがん医療の推進について

がん患者指導管理の充実	94
外来化学療法の評価の見直し	97

I-2 精神疾患に対する医療の推進について

精神病床の機能分化	100
精神疾患患者の地域移行と地域定着の推進	104
身体疾患を合併する患者への適切な医療の推進	110
適切な向精神薬使用の推進	113
児童・思春期の精神科医療の推進	116

I-3 認知症への対策の推進について

認知症対策の推進	117
----------	-----

I-4 救急医療、小児医療、周産期医療の推進について

救急医療管理加算の見直し	119
救命救急センターにおける急性薬毒物中毒治療の評価	121
精神疾患を有する救急患者等に対する受入の評価	122
小児医療に係る評価の見直し	123
新生児の退院調整等の評価	125

I-5 リハビリテーションの推進について

急性期病棟におけるリハビリテーション専門職の配置に対する評価	128
リハビリテーションの外来への円滑な移行の推進	130
廃用症候群に対するリハビリテーションを含む疾患別リハビリテーション等の適切な評価	134
回復期・維持期のリハビリテーションの見直し	137

I-6 歯科医療の推進について

生活の質に配慮した歯科医療の充実	138
新規医療技術の保険導入等（歯科）	151
先進医療技術の保険導入（歯科）	155

I-7 的確な投薬管理・指導の推進について

薬学的管理及び指導の充実について	157
------------------	-----

I-8 手術等の医療技術の適切な評価

医療技術の適切な評価	160
医療技術の評価及び再評価	164
画像撮影診断料等の見直し	167
先進医療からの保険導入	169
胃瘻等について	171

I-9 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

新規特定保険医療材料等に係る技術料等の新設	175
-----------------------	-----

I-10 DPCに基づく急性期医療の適切な評価について

DPC/PDPS（急性期入院医療の診断群分類に基づく定額報酬算定制度）の見直し	177
---	-----

II 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

II-1 患者に対する相談指導、医療安全対策、明細書無料発行、患者データ提出等の推進について

患者に対する相談支援・医療安全対策等の推進	191
患者の視点に立った歯科医療	193
明細書の無料発行の促進	194
DPCのデータ提出等に係る評価	195

II-2 診療報酬点数表の平易化・簡素化

診療報酬点数表の簡素化	198
医科点数表の解釈の明確化	199

II-3 入院中のADL(日常生活動作)低下の予防と褥瘡対策について

医療機関における褥瘡の対策と発生状況等の報告	205
------------------------	-----

III 医療従事者の負担を軽減する視点

III-1 救急外来の機能分化を含む医療従事者の負担を軽減する取組の評価について

手術・処置の休日・時間外・深夜加算の見直し	207
内視鏡検査に係る休日・時間外・深夜加算の創設	210
夜間における看護補助者の評価について	211
月平均夜勤時間 72 時間要件を満たせなかった場合の緩和措置について	212
医師事務作業補助者の評価	214

III-2 チーム医療の推進について

チーム医療の推進について	215
--------------	-----

IV 効率化余地がある分野を適正化する視点

IV-1 後発医薬品の使用促進策について

後発医薬品の使用促進策について	215
-----------------	-----

IV-2 長期収載品の薬価の特例的な引下げについて

IV-3 平均在院日数の減少等について

平均在院日数減少等の取組の評価	221
-----------------	-----

IV-4 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価

検体検査実施料の適正化について	222
-----------------	-----

透析医療に係る評価の適正化	223
---------------	-----

うがい薬だけを処方する場合の取扱い	225
-------------------	-----

IV-5 大規模薬局の調剤報酬の適正化等

調剤報酬等における適正化・合理化	226
------------------	-----

V 消費税率8%への引上げに伴う対応

消費税率8%への引上げに伴う対応	232
------------------	-----

主治医機能の評価（その 1）

骨子【重点課題 1－2－(1)】

第 1 基本的な考え方

外来の機能分化の更なる推進の観点から、主治医機能を持った中小病院及び診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価を行う。

第 2 具体的な内容

中小病院及び診療所において、外来における再診時の包括的な評価を新設する。

(新) 地域包括診療料 1,500 点（月 1 回）

[包括範囲]

下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。

- ① （再診料の）時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算
- ② 地域連携小児夜間・休日診療料、診療情報提供料（Ⅱ）
- ③ 在宅医療に係る点数（訪問診療料を除く）
- ④ 薬剤料（処方料、処方せん料を除く。）
- ⑤ 患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が 550 点以上のもの

[算定要件]

- ① 対象患者は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の 4 疾病のうち 2 つ以上（疑いは除く。）を有する患者とする。なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病（上記 4 疾病のうち 2 つ）と重複しない対象疾病（上記 4 疾病のうち 2 つ）について他医療機関で診療を行う場合に限り、当該他医療機関でも当該診療料を算定可能とする。

- ② 対象医療機関は、診療所および許可病床が200床未満の病院とする。
- ③ 担当医を決めること。また、当該医師は、関係団体主催の研修を修了していること。（当該取り扱いについては、平成27年4月1日から施行する。）
- ④ 以下の指導、服薬管理等を行っていること。
 - ア) 患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に療養上必要な指導及び診療を行うこと。
 - イ) 他の医療機関と連携の上、患者がかかっている医療機関をすべて把握するとともに、処方されている医薬品をすべて管理し、カルテに記載すること。
 - ウ) 病院において、患者の同意が得られた場合は、下記のすべてを満たす薬局に対して院外処方を行うことを可能とする。
 - a. 24時間開局している薬局であること。なお、24時間開局している薬局のリストを患者に説明した上で患者が選定した薬局であること。
 - b. 当該患者がかかっている医療機関をすべて把握した上で、薬剤服用歴を一元的かつ継続的に管理し、投薬期間中の服薬状況等を確認及び適切な指導を行い、当該患者の服薬に関する情報を医療機関に提供している薬局であること。
 - エ) 病院において院外処方を行う場合は、下記の通りとする。
 - a. 当該薬局に患者がかかっている医療機関のリストを渡すこと。
 - b. 患者は受診時に薬局発行のお薬手帳又は当該医療機関発行のお薬手帳を持参すること。その際、医師はお薬手帳のコピーをカルテに貼付する等を行うこと。
 - オ) 診療所においては、当該患者について原則として院内処方を行うが、カの場合に限り院外処方は可能とする。
 - カ) 診療所において院外処方を行う場合は、下記の通りとする。
 - a. 24時間対応をしている薬局と連携していること。
 - b. 原則として院外処方を行う場合は当該薬局を対象とするが、患者の同意がある場合に限り、その他の薬局での処方も可能とする。この場合、夜間・休日等の時間外に対応できる薬局のリストを患者に説明し、文書で渡すこと。
 - c. 当該薬局に患者がかかっている医療機関のリストを渡すこと。
 - d. 患者は受診時に薬局発行のお薬手帳又は当該医療機関発行のお薬手帳を持参すること。その際、医師はお薬手帳のコピーをカルテに貼

付する等を行うこと。

- キ) 当該患者について、当該医療機関で検査(院外に委託した場合を含む。)を行うこととし、その旨を院内に掲示すること。
 - ク) 当該点数を算定している場合は、7剤投与の減算規定の対象外とする。
- ⑤ 以下の健康管理等を行っていること。
- ア) 健康診断・検診の受診勧奨を行いその結果等をカルテに記載するとともに、患者に渡し、評価結果をもとに患者の健康状態を管理すること。
 - イ) 健康相談を行っている旨を院内掲示すること。
 - ウ) 敷地内禁煙であること。
- ⑥ 介護保険に係る相談を行っている旨を院内掲示し、要介護認定に係る主治医意見書を作成しているとともに、下記のいずれか一つを満たすこと。
- ア) 居宅療養管理指導又は短期入所療養介護等を提供していること
 - イ) 地域ケア会議に年1回以上出席していること
 - ウ) ケアマネージャーを常勤配置し、居宅介護支援事業所の指定を受けていること
 - エ) 介護保険の生活期リハを提供していること
 - オ) 当該医療機関において、同一敷地内に介護サービス事業所を併設していること
 - カ) 介護認定審査会に参加した経験があること
 - キ) 所定の研修を受講していること
 - ク) 医師がケアマネージャーの資格を有していること
 - ケ) 病院の場合は、総合評価加算の届出を行っていること、又は介護支援連携指導料を算定していること
- ⑦ 在宅医療の提供および24時間の対応について、在宅医療を行うことを院内掲示し、夜間の連絡先も含めて当該患者に対して説明と同意を求めるとともに、下記のうちすべてを満たすこと
- ・診療所の場合は
 - ア) 時間外対応加算1を算定していること
 - イ) 常勤医師が3人以上在籍していること
 - ウ) 在宅療養支援診療所であること
 - ・病院の場合は、
 - ア) 2次救急指定病院又は救急告示病院であること
 - イ) 地域包括ケア入院料(新規)又は地域包括ケア入院医療管理料(新規)を算定していること

ウ) 在宅療養支援病院であること

- ⑧ 地域包括診療料と地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出することができる
- ⑨ 初診時には算定できない

主治医機能の評価（その 2）

骨子【重点課題 1－2－(1)】

第 1 基本的な考え方

外来の機能分化の更なる推進の観点から、主治医機能を持った診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価を行う。

第 2 具体的な内容

診療所において、複数の慢性疾患を有する患者に対し、服薬管理や健康管理等を行うことについての評価を新設する。

(新) 地域包括診療加算 20 点（1 回につき）

[算定要件]

- ① 対象患者は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の 4 疾病のうち 2 つ以上（疑いは除く。）を有する患者とする。なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病（上記 4 疾病のうち 2 つ）と重複しない対象疾病（上記 4 疾病のうち 2 つ）について他医療機関で診療を行う場合に限り、当該他医療機関でも当該加算を算定可能とする。
- ② 対象医療機関は、診療所とする。
- ③ 担当医を決めること。また、当該医師は関係団体主催の研修を修了していること。（当該取り扱いについては、平成 27 年 4 月 1 日から施行する。）
- ④ 以下の指導、服薬管理を行っていること。
 - ア) 患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に療養上必要な指導及び診療を行うこと。
 - イ) 他の医療機関と連携の上、患者がかかっている医療機関をすべて把握するとともに、処方されている医薬品をすべて管理し、カルテに記載すること。
 - ウ) 当該患者について原則として院内処方を行うこと。なお、エ) の場合に限り院外処方は可能とする。

- エ) 院外処方を行う場合は、下記の通りとする。
 - a. 24 時間対応をしている薬局と連携していること。
 - b. 原則として院外処方を行う場合は当該薬局を対象とするが、患者の同意がある場合に限り、その他の薬局での処方も可能とする。この場合、夜間・休日等の時間外に対応できる薬局のリストを患者に説明し、文書で渡すこと。
 - c. 当該薬局に患者がかかっている医療機関のリストを渡すこと。
 - d. 患者は受診時に薬局発行のお薬手帳、又は、当該医療機関発行のお薬手帳を持参すること。その際、医師はお薬手帳のコピーをカルテに貼付する等を行うこと。
 - オ) 当該点数を算定している場合は、7 剤投与の減算規定の対象外とする。
- ⑤ 以下の健康管理等を行っていること。
- ア) 健康診断・検診の受診勧奨を行いその結果等をカルテに記載するとともに、患者に渡し、評価結果をもとに患者の健康状態を管理すること。
 - イ) 健康相談を行っている旨を院内掲示すること。
 - ウ) 敷地内禁煙であること。
- ⑥ 介護保険に係る相談を行っている旨を院内掲示し、要介護認定に係る主治医意見書を作成しているとともに、下記のいずれか一つを満たすこと。
- ア) 居宅療養管理指導又は短期入所療養介護等を提供していること
 - イ) 地域ケア会議に年 1 回以上出席していること
 - ウ) ケアマネージャーを常勤配置し、居宅介護支援事業所の指定を受けていること
 - エ) 介護保険の生活期リハを提供していること（要介護被保険者等に対する維持期の運動器、脳血管疾患等リハビリテーション料は算定できない。）
 - オ) 当該医療機関において、同一敷地内に介護サービス事業所を併設していること
 - カ) 介護認定審査会に参加した経験があること
 - キ) 所定の研修を受講していること。
 - ク) 医師がケアマネージャーの資格を有していること。
- ⑦ 在宅医療の提供および 24 時間の対応について、在宅医療を行うことを院内掲示し、夜間の連絡先も含めて当該患者に対して説明と同意を求めるとともに、下記のうちいずれか一つを満たすこと。
- ア) 時間外対応加算 1 又は 2 を算定していること
 - イ) 常勤医師が 3 人以上在籍していること

ウ) 在宅療養支援診療所であること

- ⑧ 地域包括診療料と地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出することができる。
- ⑨ 初診時には算定できない。

在宅患者訪問薬剤管理指導の要件統一

骨子【重点課題 1－3－(17)】

第 1 基本的な考え方

チーム医療の一つとして、薬剤師による一層の在宅患者訪問薬剤管理指導が求められていることを踏まえて、診療報酬と調剤報酬の在宅患者訪問薬剤管理指導の算定要件を揃える。

第 2 具体的な内容

診療報酬の在宅患者訪問薬剤管理指導の算定要件を調剤報酬に揃える。患者 1 人につき月 4 回（がん末期患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週 2 回かつ月 8 回）及び薬剤師 1 人につき 1 日に 5 回に限り算定することを要件とし、在宅患者訪問薬剤管理指導の同一建物居住者以外の評価を引き上げ、同一建物居住者の評価を引き下げる。

現 行	改定案
<p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料】</p> <p>1 同一建物居住者以外の場合 550点</p> <p>2 同一建物居住者の場合 385点</p> <p>注 1については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なも</p>	<p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料】</p> <p>1 同一建物居住者以外の場合 650点(改)</p> <p>2 同一建物居住者の場合 300点(改)</p> <p>注 1については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なも</p>

のに対して、2については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、1と2を合わせて月2回に限り算定する。

のに対して、2については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、1と2を合わせて患者1人につき月4回（がん末期患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回）及び1と2を合わせて薬剤師1人につき1日に5回に限り算定する。

がん患者指導管理の充実

骨子【I-1- (1)】

第1 基本的な考え方

がん患者の精神的なケア、抗悪性腫瘍剤の副作用等の管理の重要性が増してきていることを踏まえ、がん患者に対する継続的な指導管理について評価を行う。

第2 具体的な内容

がん患者カウンセリング料について、名称を変更するとともに、医師又は看護師が行う心理的不安を軽減するための介入及び医師又は薬剤師が行う抗悪性腫瘍剤の副作用等の管理指導の評価を新設する。

現 行	改定案
<p>【がん患者カウンセリング料】</p> <p>500点</p> <p>(新規)</p> <p>(新規)</p> <p>[算定要件]</p> <p>(新規)</p>	<p>【がん患者指導管理料】</p> <p>1 <u>医師が看護師と共同して治療方針等について話し合い、その内容を文書等により提供した場合</u></p> <p>500点</p> <p>2 <u>医師又は看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合</u></p> <p>200点(新)</p> <p>3 <u>医師又は薬剤師が抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射の必要性等について文書により説明を行った場合</u></p> <p>200点(新)</p> <p>[算定要件]</p> <p>2 <u>医師又は看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合</u></p> <p><u>がんと診断された患者であって</u></p>

<p>(新規)</p>	<p><u>継続して治療を行うものに対し、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医又は医師の指示に基づき看護師が、患者の心理的不安を軽減するための指導を実施した場合に、6回に限り算定する。</u></p> <p>3 <u>医師又は薬剤師が抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射の必要性等について文書により説明を行った場合</u> <u>がんと診断された患者であって継続して抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射を実施されているもの（予定を含む）に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医または医師の指示に基づき薬剤師が、抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射の必要性等について文書により説明等を行った場合に、6回に限り算定する。</u></p>
<p>[施設基準] (新規)</p>	<p>[施設基準]</p> <p>2 <u>医師又は看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合</u></p> <p>① <u>当該保険医療機関に、緩和ケアの研修を修了した医師及び専任の看護師がそれぞれ1名以上配置されていること。</u></p> <p>② <u>①に掲げる看護師は、5年以上が ん患者の看護に従事した経験を有し、がん患者へのカウンセリング等に係る適切な研修を修了した者であること。</u></p>

<p>(新規)</p>	<p>③ <u>患者の希望に応じて、患者の心理状況及びプライバシーに十分配慮した構造の個室を使用できるように備えていること。</u></p> <p>3 <u>医師又は薬剤師が抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射の必要性等について文書により説明を行った場合</u></p> <p>① <u>当該保険医療機関に、化学療法の経験を5年以上有する医師及び専任の薬剤師がそれぞれ1名以上配置されていること。</u></p> <p>② <u>①に掲げる薬剤師は、3年以上化学療法に係る業務に従事した経験を有し、がんに係る適切な研修を修了し、がん患者に対する薬剤管理指導の十分な実績を有する者であること。</u></p> <p>③ <u>患者の希望に応じて、患者の心理状況及びプライバシーに十分配慮した構造の個室を使用できるように備えていること。</u></p>
-------------	---

外来化学療法の評価の見直し

骨子【I-1-(2)(3)】

第1 基本的な考え方

外来化学療法加算は、本来、入院して行う必要のない化学療法を、外来で実施する体制を整備した施設の評価を目的として設定されたが、投与方法の拡大等に伴い、加算の趣旨が不明瞭になりつつある。また、加算の対象となる薬剤に関する規定が不明確であるとの指摘がある。さらに、一部の薬剤については、在宅自己注射指導管理料の対象薬剤になっており、二重評価になっていることから、外来化学療法の評価のあり方について見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 外来化学療法加算を設定した本来の趣旨を明確にするため、投与方法の見直し、対象薬剤の見直しを行う。

現 行	改定案
<p>【外来化学療法加算A】</p> <p>[算定要件]</p> <p>① 入院中の患者以外の悪性腫瘍等の患者に対して算定する。</p> <p>② G000皮内、皮下及び筋肉注射により投与した場合は算定できない。</p> <p>③ 対象薬剤は、添付文書の「警告」若しくは「重要な基本的注意」欄に「緊急時に十分対応できる医療施設及び医師のもとで使用</p>	<p>【外来化学療法加算A】</p> <p>[算定要件]</p> <p>① <u>入院中の患者以外の悪性腫瘍の患者に対して、悪性腫瘍の治療を目的として抗悪性腫瘍剤が投与された場合に算定する。</u></p> <p>② G000皮内、皮下及び筋肉注射により投与した場合は算定できない。</p> <p>③ <u>加算の対象となる抗悪性腫瘍剤は、薬効分類上の腫瘍用薬とする。</u></p>

すること」又は「infusion reaction又はアナフィラキシーショック等が発言する可能性があるため患者の状態を十分に観察すること」等の趣旨が明記されている抗悪性腫瘍剤又はモノクローナル抗体製剤などヒトの細胞を規定する分子を特異的に阻害する分子標的薬とする。

(新規)

【外来化学療法加算B】

[算定要件]

- ① 入院中の患者以外の悪性腫瘍等の患者に対して算定する。
- ② 外来化学療法加算A以外の抗悪性腫瘍剤を投与した場合に算定する。

④ この場合において、区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は算定しない。

【外来化学療法加算B】

[算定要件]

- ① 入院中の患者以外の患者であって以下の場合に限り算定する。

ア 関節リウマチの患者、クローン病の患者、ベーチェット病の患者、強直性脊椎炎の患者、潰瘍性大腸炎の患者、尋常性乾癬の患者、関節症性乾癬の患者、膿疱性乾癬の患者及び乾癬性紅皮症の患者に対してインフリキシマブ製剤を投与した場合

イ 関節リウマチの患者、多関節に活動性を有する若年性特発性関節炎の患者、全身型若年性特発性関節炎の患者及びキャッスルマン病の患者に対してトシリズマブ製剤を投与した場合

ウ 関節リウマチの患者に対してアバセプト製剤を投与した場合

<p><u>(新規)</u></p>	<p>② <u>G000皮内、皮下及び筋肉注射に より投与した場合は算定できな い。</u></p>
<p><u>(新規)</u></p>	<p>③ <u>この場合において、区分番号C 101に掲げる在宅自己注射指導管理 料は算定しない。</u></p>

2. 在宅自己注射指導管理料の指導内容を明確化した上で、頻度に応じた点数を設定する。

「重点課題 1 - 3 - ⑧」を参照のこと。

適切な向精神薬使用の推進

骨子【I-2-(4)】

第1 基本的な考え方

諸外国と比べて我が国の向精神薬の処方剤数が多く、課題となっていることを踏まえ、適切な向精神薬の処方を推進する観点から、必要な見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 非定型抗精神病薬の適切な投薬を推進する観点から、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、精神療養病棟入院料の非定型抗精神病薬加算のうち、剤数制限のない非定型抗精神病薬加算2を削除する。

現 行	改定案
【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、精神療養病棟入院料】	【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、精神療養病棟入院料】
イ 非定型抗精神病薬加算1（2種類以下の場合） 15点	<u>非定型抗精神病薬加算（2種類以下の場合）</u> 15点
ロ 非定型抗精神病薬加算2（イ以外の場合） 10点	<u>（削除）</u>

2. 抗不安薬・睡眠薬、抗うつ薬、抗精神病薬の適切な投薬を推進する観点から、精神科継続外来支援・指導料、処方料、処方せん料及び薬剤料について、多剤処方した場合の減算規定を新設する。

現 行	改定案
<p>【精神科継続外来支援・指導料】</p> <p>注2 当該患者に対して、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には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。</p>	<p>【精神科継続外来支援・指導料】</p> <p>注2 当該患者に対して、1回の処方において、<u>3剤以上の抗不安薬、3剤以上の睡眠薬、4剤以上の抗うつ薬又は4剤以上の抗精神病薬を投与した場合は算定しない。</u></p>
<p>【処方料】</p> <p><u>(新規)</u></p> <p>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 29点</p> <p>2 1以外の場合 42点</p>	<p>【処方料】</p> <p>1 <u>3剤以上の抗不安薬、3剤以上の睡眠薬、4剤以上の抗うつ薬又は4剤以上の抗精神病薬の投薬を行った場合</u> 20点(新)</p> <p>2 <u>1以外の場合で、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</u> 29点</p> <p>3 <u>1または2以外の場合</u> 42点</p>
<p>【処方せん料】</p> <p><u>(新規)</u></p> <p>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</p> <p>2 1以外の場合 68点</p>	<p>【処方せん料】</p> <p>1 <u>3剤以上の抗不安薬、3剤以上の睡眠薬、4剤以上の抗うつ薬又は4剤以上の抗精神病薬の投薬を行った場合</u> 30点(新)</p> <p>2 <u>1以外の場合で、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</u> 40点</p> <p>3 <u>1または2以外の場合</u> 68点</p>
<p>【薬剤料】</p> <p><u>(新規)</u></p>	<p>【薬剤料】</p> <p>注1 <u>3剤以上の抗不安薬、3剤以上の睡眠薬、4剤以上の抗うつ薬又は4剤以上の抗精神病薬の投薬を行った場合には、所定点数の</u></p>

<p>注 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。）を行った場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。</p>	<p><u>100分の80に相当する点数により算定する。</u></p> <p>注2 <u>注1以外の場合で、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。）を行った場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。</u></p>
--	--

※ 抗不安薬・睡眠薬、抗うつ薬、抗精神病薬の多剤処方による減算の除外項目については、他院で多剤処方された患者が受診した場合の一定期間、薬剤を切り替える際の一定期間等とする。

[経過措置]

抗不安薬・睡眠薬、抗うつ薬、抗精神病薬の多剤処方にかかる見直しについては、減薬に必要な期間を設けるため平成26年10月1日より導入する。

DPC/PDPS（急性期入院医療の診断群分類に 基づく定額報酬算定制度）の見直し

骨子【I-10】

第1 基本的な考え方

1. 平成15年度に導入されたDPC/PDPS（急性期入院医療の診断群分類に基づく定額報酬算定制度）は、これまで診療報酬改定の際に必要な見直しを行っており、今回の改定においても、改定全体の方針を踏まえつつ、診断群分類点数表の改定及び医療機関別係数の設定等、所要の処置を講ずる。
2. DPC/PDPSの円滑導入のために設定された調整係数については、今回の改定も含め3回の改定を目途に段階的に基礎係数と機能評価係数Ⅱへの置換えを進めることとされており、今回の改定において引き続き段階的な基礎係数と機能評価係数Ⅱへの置換えを進める。
3. 機能評価係数Ⅰについては、出来高評価体系における「当該医療機関の入院患者全員に対して算定される加算」や「入院基本料の補正值」等を機能評価係数Ⅰとして評価する。
4. 機能評価係数Ⅱについては、現行の6項目に新たに「後発医薬品係数」を追加した7項目を基本として必要な見直しを行う。また、その際、項目に応じて各医療機関群の特性を踏まえた評価を行う。
5. 算定ルール等については、同一疾患で再入院した際の取扱い、入院時の持参薬の取扱いについて、必要な見直しを行う。
6. DPC導入の影響評価に係る調査（退院患者調査）については、全DPC対象病院において外来診療に係るデータの提出を必須化する等、必要な見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 入院基本料等の見直し等の反映

- (1) 急性期入院医療の評価の見直しに伴う入院基本料等の見直しについては、診断群分類点数表の設定（改定）において実態に即して反映させる。
- (2) 診療報酬改定後の包括範囲に係る報酬水準（但し、機能評価係数Ⅰに係るものを除く）については、診療報酬改定前の当該水準に改定率（消費税増税に係る対応分を除いたもの）を乗じたものとし、医療機関別係数の計算において反映させる。
- (3) また、消費税増税に係る対応として、入院料、薬価等の出来高報酬体系における消費税増税に係る対応を踏まえ、各項目の引き上げ分に相当する引き上げ額を前年度の包括範囲出来高実績に基づいて算出し、医療機関別係数の計算および診断群分類点数表の設定において反映させる。

2. 各医療機関別係数の見直しに係る対応

(1) 調整係数の見直しに係る対応

- ① DPC/PDPS の円滑導入のために設定された調整係数については、今回の改定も含め3回の改定を目途に段階的に基礎係数と機能評価係数Ⅱへの置換えを進めることとされており、今回改定においては、調整部分の50%を機能評価係数Ⅱに置換え、残りの調整部分を「暫定調整係数」として設定する。

〔医療機関Aの暫定調整係数〕＝

〔医療機関Aの調整係数（※）〕

－〔医療機関Aの属する医療機関群の基礎係数〕×0.5

※「調整係数」は制度創設時（平成15年）の定義に基づく

- ② 制度全体の移行措置に伴う個別の医療機関別係数の変動についても、激変緩和の観点から一定の範囲内（医療機関別係数の変動の影響による推計診療報酬変動率（出来高部分も含む）に基づき、2%を超えて変動しない範囲）となるよう暫定調整係数を調整する措置も併せて講ずる。

(2) 基礎係数（医療機関群の設定等）に係る対応

医療機関群については、「DPC 病院Ⅰ群」～「DPC 病院Ⅲ群」の3群による構成を引き続き維持することとし、「DPC 病院Ⅱ群」の選定に係る実績要件について必要な見直しを行う（「別表1」参照）。なお、各要件の基準値（カットオフ値）は、前年度のDPC 病院Ⅰ群の実績値に基づき設定する。

(3) 機能評価係数Ⅰの見直し

従前の評価方法を継続し、その他の入院基本料等加算の見直し等について、必要に応じて機能評価係数Ⅰに反映させる。

(4) 機能評価係数Ⅱの見直し

- ① 機能評価係数Ⅱの各係数への報酬配分（重み付け）は等分とする。
- ② 現行の評価項目（6指数）に加え、後発医薬品指数を追加した7指数により評価を行う。また、データ提出指数、救急医療指数、地域医療指数について必要な見直しを行う。

〔機能評価係数Ⅱ見直しの概要〕（詳細は「別表2」・「別表3」を参照）

現行		平成26年改定
① データ提出指数	→見直し	① 保険診療指数
② 効率性指数	現行通り	② 効率性指数
③ 複雑性指数	現行通り	③ 複雑性指数
④ カバー率指数	現行通り	④ カバー率指数
⑤ 救急医療指数	→見直し	⑤ 救急医療指数
⑥ 地域医療指数	→見直し	⑥ 地域医療指数
	→新設	⑦ 後発医薬品指数

①保険診療指数（現行の「データ提出指数」を見直した指数）

「データ提出指数」から「保険診療指数」に改称し、DPCデータの記載矛盾、レセプトの未コード化傷病名の使用率、適切な保険診療の普及のための取組に関する評価項目を追加する。

②効率性指数、③複雑性指数、④カバー率指数

現行の評価方法を継続する。

⑤救急医療指数

当該指数の評価対象となる患者をより公平に選定するため、重症な患者が算定する入院料等を算定している患者を評価対象とする。

⑥地域医療指数

ア) 退院患者調査データを活用した地域医療への貢献について、地域で発生する患者に対する各病院の患者のシェアによる定量的評価を導入する。

イ) 地域医療計画等に基づく体制を評価（ポイント制）についても現状や都道府県の指摘も踏まえ以下のような見直しを行う（見直し後の項目のイメージは下表参照）。

<見直しのイメージ>

現行		平成 26 年改定	
体制評価指数	<ul style="list-style-type: none"> ・ 計 10 項目 ・ 一部実績を加味 ・ 評価上限値を設定 	体制評価指数	<ul style="list-style-type: none"> ・ 計 12 項目 ・ 一部実績を加味 ・ 群別に評価上限値を設定
定量評価指数	1) 小児	定量評価指数	1) 小児
	2) 上記以外		2) 上記以外

見直し後の体制評価指数（ポイント制）は以下の 12 項目とし、1 項目最大 1 ポイント、Ⅰ・Ⅱ群は合計 10 ポイント、Ⅲ群は合計 8 ポイントを上限値として設定する。また、各医療機関群の特性に対応して評価基準を設定する。

- a. 脳卒中地域連携、b. がん地域連携、c. 地域がん登録、
- d. 救急医療、e. 災害時における医療、f. へき地の医療、
- g. 周産期医療、h. がん拠点病院、i. 24 時間 t-PA 体制、
- j. E M I S（広域災害・救急医療情報システム）、
- k. 急性心筋梗塞の 24 時間診療体制（新設）、
- l. 精神身体合併症の受入体制（新設）

⑦後発医薬品指数（新設）

当該医療機関の入院医療で使用される後発医薬品の使用割合（数量ベース）に基づく評価を行う。

- ③ 機能評価係数Ⅱの各指数から各係数への変換に際しては、各指数の特性や分布状況を踏まえ、適切な評価定義域の下限値・上限値及び評価値域の最小値を設定する（「別表 4」参照）。

3. 算定ルール等の見直し

- (1) 3 日以内に同一疾患により再入院した際の一連と見なすルールについては、当該ルールの適用の対象となる再入院期間を 7 日に延ばす等、必要な見直しを行う。

- (2) 持参薬については、予定入院する患者に対し当該入院の契機となった傷病を治療するために使用することを目的とする薬剤については、入院中の使用を原則禁止する。
- (3) 平成 24 年改定において高額な薬剤を用いる診断群分類に対し試行的に導入された点数設定方式については、引き続き継続することとし、適用する診断群分類について必要な見直しを行う。
- (4) 適切な傷病名コーディングの推進に向けて、「DPC/PDPS 傷病名コーディングテキスト」の公開を行う等の対応を行う。

4. 退院患者調査の見直し

外来診療に係るデータの提出については、これまで必須とされていた I 群・II 群病院に加え III 群病院においても提出を必須化する、調査項目の見直しを行う等、必要な措置を講ずる。

＜Ⅱ群の実績要件(平成26年度)＞ (太字は平成26年改定における修正内容)

- 下記の【実績要件1】～【実績要件4】のそれぞれについて、Ⅰ群(大学病院本院)の最低値(但し、外れ値を除く)より高い医療機関をⅡ群(大学病院本院に準じる病院)とする。

【実績要件1】: 診療密度

診療密度 = [1日当たり包括範囲出来高平均点数(全病院患者構成で補正; 外的要因補正)]

- 当該医療機関において症例数が一定以上の(1症例/月; 極端な個別事例を除外するため)診断群分類に該当する患者について、当該医療機関が全DPC対象病院の平均的な患者構成と同様な患者群に対して診療を行ったと仮定した場合の1日当たり包括範囲出来高実績点数を算出する。

【実績要件2】: 医師研修の実施

医師研修の実施 = [届出病床1床あたりの臨床研修医師の採用数(基幹型臨床研修病院における免許取得後2年目まで)]

- 各医療機関が厚生労働省に報告している初期臨床研修医の採用数と、地方厚生(支)局へ届け出ている病床数(「医療保険」総数(届出病床総数))により算出する。
- 特定機能病院は当該実績要件を満たしたものとして取り扱う。

【実績要件3】: 高度な医療技術の実施

高度な医療技術の実施 = [次の3つ(3a~3c)がそれぞれ一定の基準を満たす]

(3a): 手術実施症例1件あたりの外保連手術指数(外科医師数及び手術時間補正後)

(3b): DPC算定病床当たりの同指数(外科医師数及び手術時間補正後)

(3c): 手術実施症例件数

「(3a): 手術実施症例1件あたりの外保連手術指数(外科医師数及び手術時間補正後)」は、当該医療機関の全患者総計の外保連手術指数(※)を「(3c): 手術実施症例件数」で除して算出する。

「(3b): DPC算定病床当たりの同指数(外科医師数及び手術時間補正後)」は、当該医療機関の全患者総計の外保連手術指数をDPC算定病床数で除して算出する。

「(3c): 手術実施症例件数」については、外保連試案(第8.2版)において技術難易度が設定されている手術が**実施された症例を対象**とする。ただし、点数設定から同等の技術と考えられるものも集計対象とする。

(※) 外保連手術指数の算出方法

- 外保連手術指数の集計においては、様式1に記載された手術のうち、複数の記載がある場合については、最も外保連手術指数が高い手術の指数に基づき評価する。

(以下続く)

(続き)

- 外保連手術指数は、**外保連試案（第 8.2 版）**に記載されている、外科医師数を含めた時間あたりの人件費の相対値（下表参照。難易度 B、外科医師数 0 人を 1 としてそれぞれ相対化）に手術時間数を加味して各手術に重み付けし、集計対象手術それぞれについて合算し、算出する。

【例】難易度 D、外科医師数 2、手術時間数 3 の手術は $7.01 \times 3 = 21.03$

外科医師	0	1	2	3	4	5	6
B	<u>1.00</u>	<u>1.27</u>	<u>1.54</u>	<u>1.81</u>			
C	<u>2.25</u>	<u>3.25</u>	<u>3.52</u>	<u>3.79</u>	<u>4.06</u>		
D	<u>3.76</u>	<u>6.01</u>	<u>7.01</u>	<u>7.28</u>	<u>7.55</u>	<u>7.82</u>	
E	<u>5.64</u>	<u>9.41</u>	<u>11.66</u>	<u>12.66</u>	<u>12.93</u>	<u>13.20</u>	<u>13.46</u>

難易度、外科医師数、手術時間数はいずれも外保連試案の規定を採用。

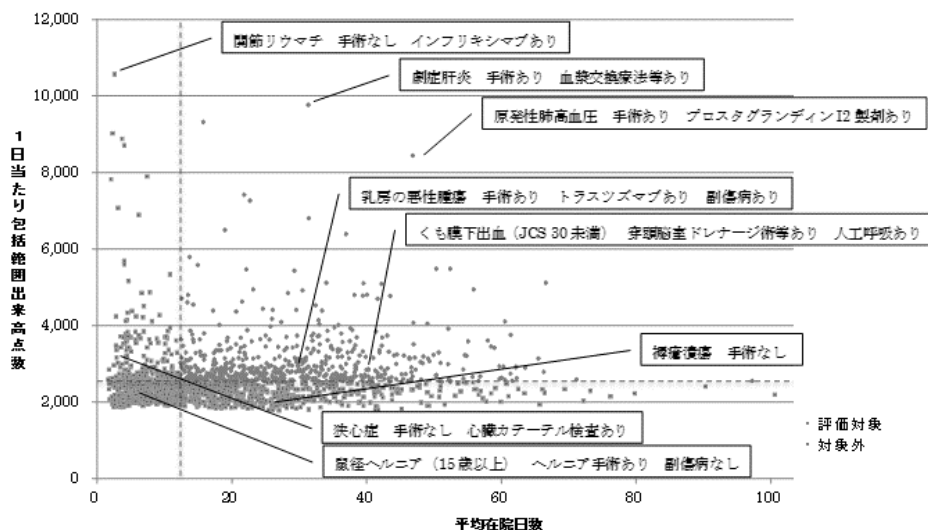
- 外保連試案と結びつけられなかった K コード（医科点数表の手術コード）の手術については、医科点数表の点数設定を参考に、類似する手術が存在する場合に同じ難易度を付与する。それ以外のものについては集計の対象外とする。
- 1 つの K コードに複数の外保連試案コードが対応する場合は、外科医師数を最も重視する形で外保連手術指数を算出する。具体的には次の順で対応する手術を 1 つに絞り混んで対応関係を作成する（外科医師数を最優先）。

【実績要件 4】：重症患者に対する診療の実施

重症患者に対する診療の実施＝ [複雑性指数（重症 DPC 補正後）]

- 全 DPC 参加病院データの平均在院日数より長い平均在院日数を持つ DPC で、かつ、1 日当たり包括範囲出来高実績点数が平均値より高い DPC を抽出。これらの DPC について複雑性指数を算出する。

重症補正対象DPC

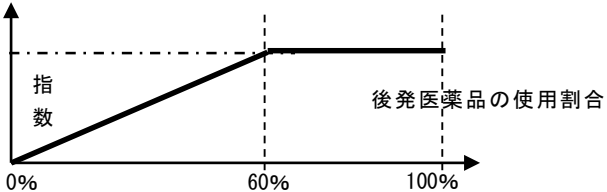


＜機能評価係数Ⅱの具体的な評価内容（平成26年度）＞（太字は平成26年改定における修正内容）

評価対象データは※平成24年10月1日～平成25年9月30日（12ヶ月間）のデータ

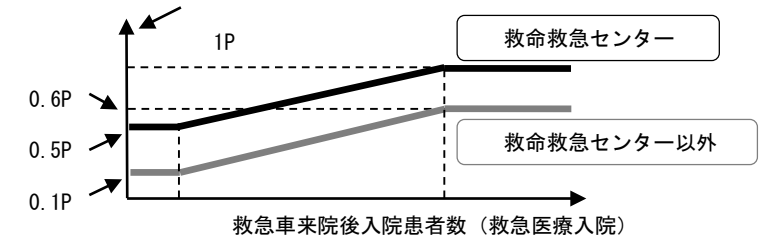
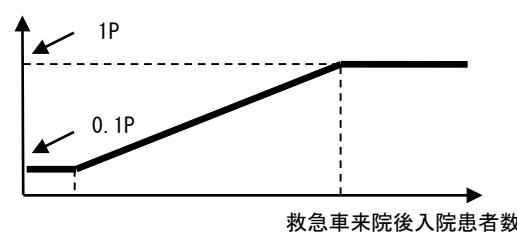
＜項目＞	評価の考え方	評価指標（指数）
1) 保険診療指数	DPC 対象病院における、質が遵守された DPC データの提出を含めた適切な保険診療実施・取組を評価	<p>原則として1点だが、以下の基準に該当した場合はそれぞれ加算又は減算する。</p> <p>① 適切な DPC データの提出（「部位不明・詳細不明コード」の使用割合による評価） 「部位不明・詳細不明のコード」の使用割合が「20%以上」の場合、当該評価を 0.05 点減算する。</p> <p>② 適切な DPC データの提出（様式間の記載矛盾による評価） 当該医療機関において、以下のいずれかに該当する DPC データの件数の全体の件数に占める割合が「1%以上」の場合、当該評価を 0.05 点減算する。</p> <ul style="list-style-type: none"> i 様式1の親様式・子様式 データ属性等（郵便番号、性別、生年月日等）の矛盾 ii 様式1と EF ファイル 様式1上の入院日数と EF ファイルに出現する入院料の回数の矛盾 iii 様式4と EF ファイル 様式4の医科保険情報と EF ファイルに出現する先進医療等の矛盾 iv D ファイルと EF ファイル 記入されている入院料等の矛盾 <p>③ 適切な傷病名コードによるレセプトの請求 当該医療機関における入院医療分のレセプトに記載されている傷病名数のうち、未コード化傷病名である傷病名の割合が「20%以上」の場合、当該評価を 0.05 点減算する。</p> <p>④ 適切な保険診療の普及のための教育に向けた取組の評価（I群のみ） I群病院（大学病院本院）において、規定の手順により指導医療官を一定期間派遣した場合、当該評価を 0.05 点加算する。</p>
2) 効率性指数	各医療機関における在院日数短縮の努力を評価	<p>〔全 DPC/PDPS 対象病院の平均在院日数〕 / 〔当該医療機関の患者構成が、全 DPC/PDPS 対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数〕</p> <p>※ 当該医療機関において、12 症例（1 症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。</p> <p>※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。</p>
3) 複雑性指数	各医療機関における患者構	〔当該医療機関の包括範囲出来高点数（一入院当たり）を、DPC（診断群分類）ごとに全病院の平均包括範

	成の差を1入院あたり点数で評価	<p>圏出来高点数に置換えた点数] / [全病院の平均一入院あたり包括点数]</p> <p>※ 当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。</p> <p>※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。</p>											
4) カバー率指数	様々な疾患に対応できる総合的な体制について評価	<p>[当該医療機関で一定症例数以上算定しているDPC数] / [全DPC数]</p> <p>※ 当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。</p> <p>※ すべて（包括評価の対象・対象外の両方を含む）の診断群分類を計算対象とする。</p>											
5) 救急医療指数	救急医療（緊急入院）の対象となる患者治療に要する資源投入量の乖離を評価	<p>1症例あたり〔以下の患者について、入院後二日間までの包括範囲出来高点数（出来高診療実績）と診断群分類点数表の設定点数との差額の総和〕</p> <p><u>【「A205 救急医療管理加算」の施設基準を取得している施設】</u></p> <p><u>「救急医療入院」かつ以下のいずれかを入院初日から算定している患者</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・<u>「A205 救急医療管理加算」</u> ・<u>「A300 救命救急入院料」</u> ・<u>「A301 特定集中治療室管理料」</u> ・<u>「A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料」</u> ・<u>「A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料」</u> ・<u>「A301-4 小児特定集中治療室管理料」</u> ・<u>「A302 新生児特定集中治療室管理料」</u> ・<u>「A303 総合周産期特定集中治療室管理料」</u> <p><u>【「A205 救急医療管理加算」の施設基準を取得していない施設】</u></p> <p><u>「救急医療入院」の患者</u></p>											
6) 地域医療指数	地域医療への貢献を評価 （中山間地域や僻地において、必要な医療提供の機能を果たしている施設を主として評価）	<p>以下の指数で構成する。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">地域医療指数（内訳）</th> <th style="text-align: center;">評価に占めるシェア</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> ① 体制評価指数 計12項目（各1ポイント） <u>I・II群は評価上限10ポイント</u> <u>III群は評価上限8ポイント</u> </td> <td style="width: 50%;"></td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">1/2</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="vertical-align: top;"> ② 定量評価指数 </td> <td>1) 小児（15歳未満）</td> <td style="text-align: center;">1/4</td> </tr> <tr> <td>2) 上記以外（15歳以上）</td> <td style="text-align: center;">1/4</td> </tr> </tbody> </table>	地域医療指数（内訳）		評価に占めるシェア	① 体制評価指数 計12項目（各1ポイント） <u>I・II群は評価上限10ポイント</u> <u>III群は評価上限8ポイント</u>		1/2	② 定量評価指数	1) 小児（15歳未満）	1/4	2) 上記以外（15歳以上）	1/4
地域医療指数（内訳）		評価に占めるシェア											
① 体制評価指数 計12項目（各1ポイント） <u>I・II群は評価上限10ポイント</u> <u>III群は評価上限8ポイント</u>		1/2											
② 定量評価指数	1) 小児（15歳未満）	1/4											
	2) 上記以外（15歳以上）	1/4											

		<p>① 体制評価指数（評価に占めるシェアは1/2） 地域医療計画等における一定の役割をポイント制で評価（計12項目、詳細は次ページの別表2参照）。一部の項目において実績評価を加味する。 また、評価上限値をⅠ・Ⅱ群は10ポイント、Ⅲ群は8ポイントとする。</p> <p>② 定量評価指数（評価に占めるシェアは1）2)それぞれ1/4ずつ 〔当該医療機関の所属地域における担当患者数〕／〔当該医療機関の所属地域における発生患者数〕 を1)小児（15歳未満）と2)それ以外（15歳以上）に分けてそれぞれ評価。 【評価対象地域の考え方】 DPC病院Ⅰ群及びDPC病院Ⅱ群については、診療圏の広域性を踏まえ、3次医療圏とし、DPC病院Ⅲ群については2次医療圏とする。 【集計対象とする患者数の考え方】 DPC対象病院に入院した患者とする。</p>
7) 後発医薬品指数	各医療機関における入院医療に用いる後発医薬品の使用を評価	<p>当該医療機関における入院医療で用いられる薬剤について、後発医薬品の数量シェア（＝〔後発医薬品の数量〕／〔後発医薬品のある先発医薬品の数量〕＋〔後発医薬品の数量〕）により評価。 （※数量とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。） ※数量ベースで60%を評価上限とする。</p> 

＜地域医療指数・体制評価指数別表 2＞（太字は平成 26 年改定における修正内容）

地域医療計画等における一定の役割を 12 項目で評価（「P」はポイントを表し、1 項目 1 ポイント、但し上限はⅠ・Ⅱ群は 10 ポイント、Ⅲ群は 8 ポイント）。

評価項目（各 1P）	DPC 病院Ⅰ群及び DPC 病院Ⅱ群	DPC 病院Ⅲ群
①脳卒中地域連携 （DPC 病院Ⅰ群及び DPC 病院Ⅱ群において実績評価を加味）	脳卒中を対象とした場合に限って評価。当該医療機関を退院した患者について、〔「B005-2 地域連携診療計画管理料」を算定した患者数〕／〔医療資源病名が脳卒中に関連する病名（例：脳梗塞等）である患者数〕で評価（実績に応じて 0～1P）	脳卒中を対象とする。 「B005-2 地域連携診療計画管理料」、「B005-3 地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ）」又は「B005-3-2 地域連携診療計画退院時指導料（Ⅱ）」のいずれかの施設基準を取得していることを評価（1P）
②がん地域連携 （DPC 病院Ⅰ群及び DPC 病院Ⅱ群において実績評価を加味）	当該医療機関を退院した患者について、〔「B005-6 がん治療連携計画策定料」を算定した患者数〕／〔医療資源病名が悪性腫瘍に関連する病名（例：胃の悪性腫瘍等）である患者数〕で評価（実績に応じて 0～1P）	「B005-6 がん治療連携計画策定料」又は「B005-6-2 がん治療連携指導料」のいずれかの施設基準を取得していることを評価（1P）
③地域がん登録 （実績評価を加味）	当該医療機関を退院した患者について、〔医療機関所在都道府県地域がん登録事務局への登録件数（当該都道府県内の患者分に限る）〕／〔医療資源病名が悪性腫瘍に関連する病名（例：胃の悪性腫瘍等）である医療機関所在都道府県内の初発の患者数（同一患者の複数回受診は除いて計算）〕で評価（実績に応じて 0～1P）	
④救急医療 （実績評価を加味）	医療計画上の体制評価を前提とし、実績の要素を加味した評価を導入。	
前提となる体制	右記のうち、救命救急センターの指定を重点的に評価（0.5P）、それ以外の体制に指定は右記と同等の評価（0.1P）。	二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設又は救命救急センターを評価（0.1P）
実績評価	救急車で来院し、入院となった患者数（救急医療入院に限る）（0.5P） 	救急車で来院し、入院となった患者数（0.9P） 

評価項目（各 1P）	DPC 病院 I 群及び DPC 病院 II 群	DPC 病院 III 群
⑤災害時における医療	「災害拠点病院又は <u>新型インフルエンザ等対策に係る指定地方公共機関（※）の指定</u> 」と「DMAT の指定」をそれぞれ評価（0.5P ずつ） （※）平成 27 年度以降に導入すること平成 26 年度以降検討する	「災害拠点病院又は <u>新型インフルエンザ等対策に係る指定地方公共機関（※）の指定</u> 」又は「DMAT の指定」の有無を評価（いずれかで 1P） （※）平成 27 年度以降に導入することを平成 26 年度以降検討する
⑥へき地の医療	「へき地医療拠点病院の指定」又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていることを評価（いずれかで 1P）	
⑦周産期医療	・ 「総合周産期母子医療センターの指定」を重点的に評価（1P） ・ 「地域周産期母子医療センターの指定」は 0.5P	「総合周産期母子医療センターの指定」又は「地域周産期母子医療センターの指定」の有無を評価（いずれかで 1P）
⑧がん拠点病院	・ 「都道府県がん診療連携拠点の指定」又は「 <u>小児がん拠点病院の指定</u> 」を重点的に評価（1P） ・ 「地域がん診療連携拠点病院の指定」（0.5P） ・ 準じた病院（右欄※参照）としての指定は評価対象外（0P）	「がん診療連携拠点病院の指定」、「 <u>小児がん拠点病院の指定</u> 」もしくはそれに準じた病院（※）としての指定を受けていることを評価（いずれかで 1P） ※都道府県が当該地域においてがん診療の中核的な役割を担うと認められた病院。（今後「地域がん診療病院」及び「特定領域がん診療病院」の指定が予定されており、平成 27 年度以降は評価対象を当該指定病院に変更することを平成 26 年度以降検討する。）
⑨24 時間 tPA 体制	「A205-2 超急性期脳卒中加算」を算定している医療機関を評価（1P）	
⑩EMIS（広域災害・救急医療情報システム）	EMIS（広域災害・救急医療情報システム）への参加の有無を評価（1P）	
⑪急性心筋梗塞の 24 時間診療体制	医療資源を最も投入した傷病名が「急性心筋梗塞」であり、予定外の入院であって時間外対応加算（特例を含む）・休日加算・深夜加算が算定され、入院 2 日目までに経皮的冠動脈形成術等（K546、K547、K548、K549、K550、K550-2、K551、K552、K552-2）のいずれかが算定されている症例の診療実績により評価（実績に応じて 0～1P）	
⑫精神科身体合併症の受入体制	「A230-3 精神科身体合併症管理加算」又は「A311-3 精神科救急・合併症入院料」の施設基準を取得している医療機関を評価（1P）	

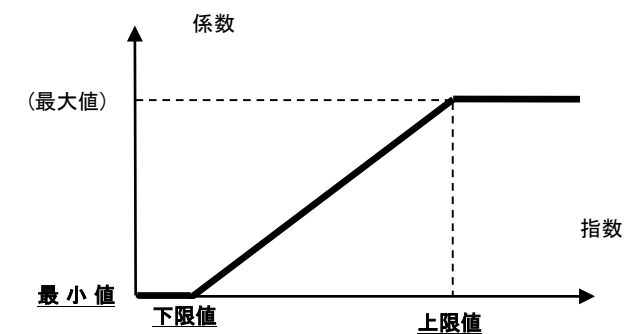
【補足】体制に係る指定要件については、平成 25 年 9 月 30 日までに指定を受けていること（平成 25 年 10 月 1 日付の指定を含む）を要件とする。

＜評価定義域の下限値・上限値及び評価値域の最小値＞（太字は平成 26 年改定における修正内容）

具体的な設定	指数		係数	評価の考え方
	上限値	下限値	最小値	
保険診療	（固定の係数値のため設定なし。）			各医療機関群で評価
効率性	97.5%tile 値	2.5%tile 値	0	全群共通で評価
複雑性	97.5%tile 値	2.5%tile 値	0	各医療機関群で評価
カバー率	1.0	0	0（※1）	各医療機関群で評価
救急医療	97.5%tile 値	0（※2）	0	全群共通で評価
地域医療（定量）	1.0	0	0	各医療機関群で評価
（体制）	1.0	0	0	
後発医薬品	97.5%tile 値	2.5%tile 値	0	全群共通で評価

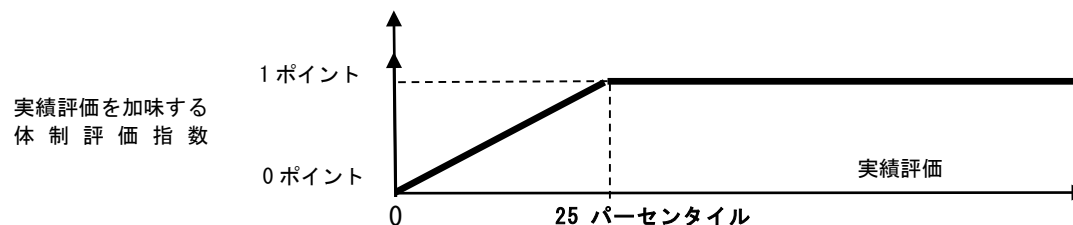
※1 専門病院・専門診療機能に配慮し、Ⅲ群では最小値を最大値の 1/2 とする

※2 報酬差額の評価という趣旨から設定する



＜地域医療指数・体制評価指数のうち実績評価を加味する項目＞

- ①脳卒中地域連携、②がん地域連携、③地域がん登録、④救急医療、⑪急性心筋梗塞の 5 項目が該当。
- 特に規定する場合を除き、下限値は 0 ポイント（指数）、実績を有するデータ（評価指標が 0 でないデータ）の 25 パーセンタイル値を上限値 1 ポイント（つまり、実績を有する施設の上から 4 分の 3 は満点（1 ポイント））。



チーム医療の推進について

骨子【Ⅲ－２】

第１ 基本的な考え方

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等、チーム医療を推進するための評価の見直しを行う。

第２ 具体的な内容

1. 病棟薬剤業務実施加算における療養病棟又は精神病棟の４週間制限を８週間まで緩和する。

現 行	改定案
<p>【病棟薬剤業務実施加算】 （週１回） 100点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者について、薬剤師が病棟において病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務を実施している場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、病棟薬剤業務実施加算を算定できるものを現に算定してい</p>	<p>【病棟薬剤業務実施加算】 （週１回） 100点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者について、薬剤師が病棟において病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務を実施している場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、病棟薬剤業務実施加算を算定できるものを現に算定してい</p>

<p>る患者に限る。)について、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。</p>	<p>る患者に限る。)について、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。</p>
---	---

2. 在宅における褥瘡対策を推進するため、多職種から構成される褥瘡対策チームによる褥瘡患者へのケアについて評価を行う。

「重点課題1-3-⑦」を参照のこと。

3. 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、統合失調症及び気分障害の患者に対して、計画に基づいて医療を提供した場合の評価を新設する。

「I-2-①」を参照のこと。

4. 長期入院後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、24時間体制の多職種チームによる在宅医療について評価を新設する。

「I-2-②」を参照のこと。

5. 急性期病棟に入院している患者について、ADLの低下が一部にみられることから、病棟におけるリハビリテーション専門職の配置等について評価を新設する。

「I-5-⑩」を参照のこと。

6. 在宅歯科医療を推進する上で、歯科医療機関と医科医療機関との連携が重要であることから、在支診又は在支病の医師の訪問診療に基づく、訪問歯科診療が必要な患者に対する在宅療養支援歯科診療所への情報提供を評価する。

「重点課題1-3-⑩」を参照のこと。

7. 周術期における口腔機能管理を推進する上で、歯科医療機関と医科医療機関との連携が重要であることから、周術期における口腔機能管理が必要な患者に対して、歯科を標榜していない医科医療機関から歯科医療機関への情報提供を評価するとともに、歯科医師による周術期の口腔機能管理後に手術を実施した場合の手術料を評価する等、周術期口腔機能管理の充実を図る。

「重点課題 1-4-④」を参照のこと。

8. 在宅薬剤管理指導業務を推進する観点から、以下の対応を行う。

(1) 相応の体制整備が必要となることから、在宅業務に十分に対応している薬局の評価を行う。また、地域の薬局との連携を図りつつ、当該薬局自らの対応を原則とし、24 時間調剤及び在宅業務を提供できる体制等を考慮して、基準調剤加算の算定要件を見直す。

(2) 質の高い在宅医療を提供していく観点から、同一建物において同一日に複数の患者に対して在宅薬剤管理指導業務を行った場合等について、在宅患者訪問薬剤管理指導の適正化を行う。

「重点課題 1-3-⑪」を参照のこと。

9. 在宅医療における注射薬や特定保険医療材料の供給を推進する観点から、以下の対応を行う。

(1) 医療機関の指示に基づき薬局が、必要な注射薬や特定保険医療材料を患者宅等に提供することを推進する。

(2) 無菌調剤室を共同利用する場合に無菌製剤処理加算を算定可能とするとともに、当該加算の評価対象に麻薬を追加し、また、乳幼児に対する当該加算の評価を充実する。

「重点課題 1-3-⑫」を参照のこと。

うがい薬だけを処方する場合の取扱い

骨子【IV-4-(2)】

第1 基本的な考え方

医療費の適正の観点から、治療目的でない場合のうがい薬だけの処方の評価を見直す。

第2 具体的な内容

医療費適正化の観点から、治療目的でなく、うがい薬のみが処方される場合については、当該うがい薬に係る処方料、調剤料、薬剤料、処方せん料、調剤技術基本料を算定しない。

現 行	改定案
【投薬 調剤料・処方料・薬剤料・処方せん料・調剤技術基本料】 (新規)	【投薬 調剤料・処方料・薬剤料・処方せん料・調剤技術基本料】 <u>入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬（治療目的のものを除く。）のみを投与された場合については、当該うがい薬に係る処方料、調剤料、薬剤料、処方せん料、調剤技術基本料を算定しない。</u>