

# 平成26年度診療報酬改定の概要

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

<b>I. 充実が求められる分野を適切に評価していく視点</b>	
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
<b>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</b>	P142
<b>III. 医療従事者の負担を軽減する視点</b>	P152
<b>IV. 効率化余地がある分野を適正化する視点</b>	P159
<b>V. 消費税8%への引上げに伴う対応</b>	P165
<b>VI. 革新的な医薬品、医療機器等の費用対効果評価</b>	P169
<b>VII. 経過措置等</b>	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

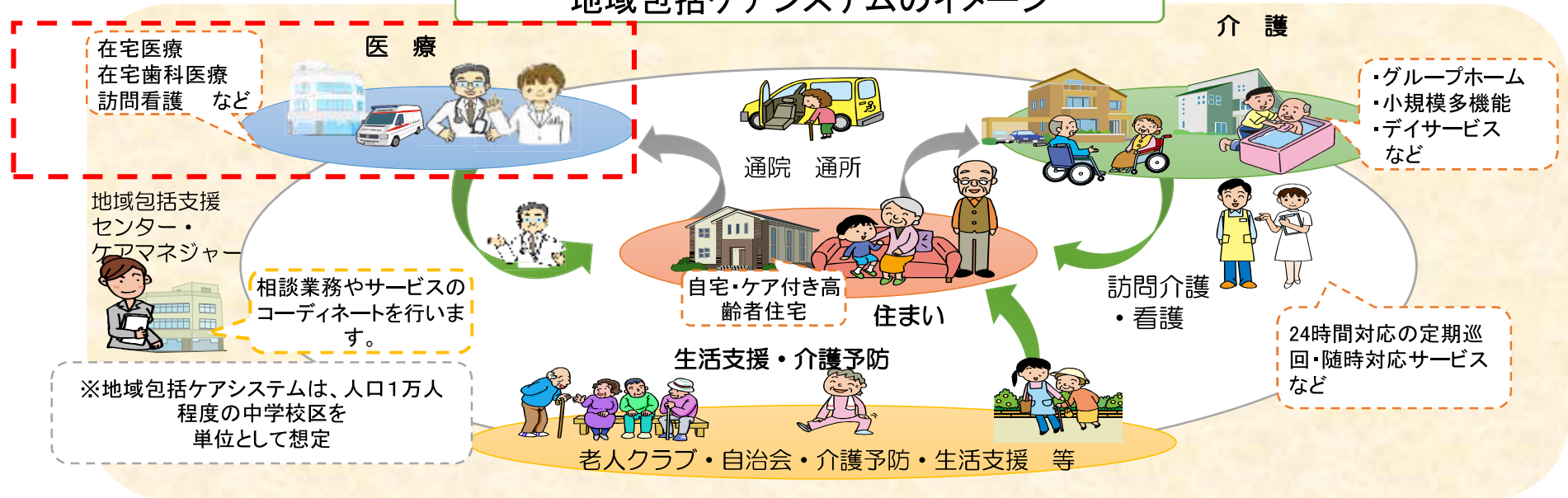
- ① 主治医機能の評価
- ② 紹介率・逆紹介率の低い大病院における処方料等の適正化

#### 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

# 地域包括ケアシステム

## 地域包括ケアシステムのイメージ



### 【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

地域包括ケアを実現するためには、**次の5つの視点での取組みが包括的**(利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供)、**継続的**(入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供)**に行われることが必須。**

#### ①医療との連携強化

- ・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化
- ・介護職員によるたんの吸引などの医療行為の実施

#### ②介護サービスの充実強化

- ・特養などの介護拠点の緊急整備(平成21年度補正予算:3年間で16万人分確保)
- ・24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設など在宅サービスの強化

#### ③予防の推進

- ・できる限り要介護状態としないための予防の取組や自立支援型の介護の推進

#### ④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

- ・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援(見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス)サービスを推進

#### ⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備(国交省と連携)

- ・一定の基準を満たした有料老人ホームと高専賃を、サービス付高齢者住宅として高齢者住まい法に位置づけ

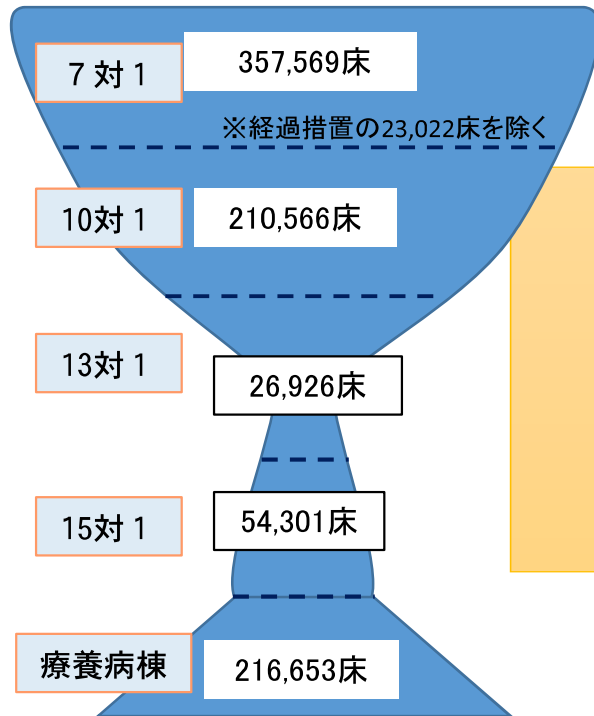


# 「次期診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方」(概要)

(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

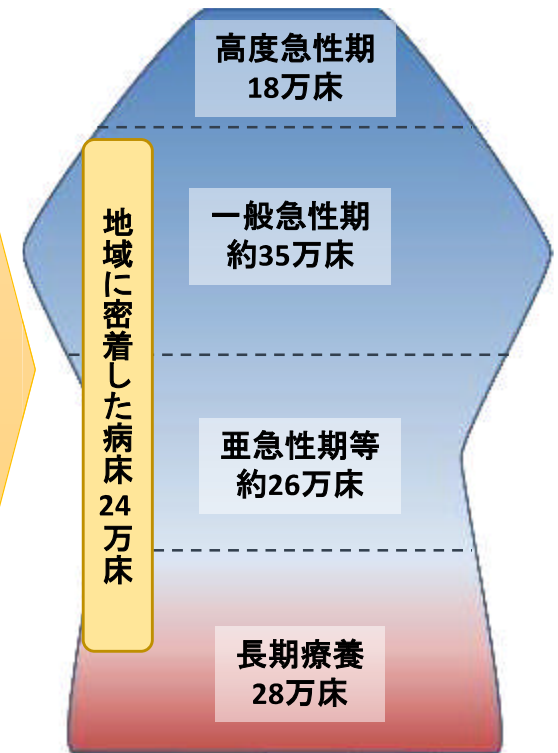
### <外来医療>

- 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

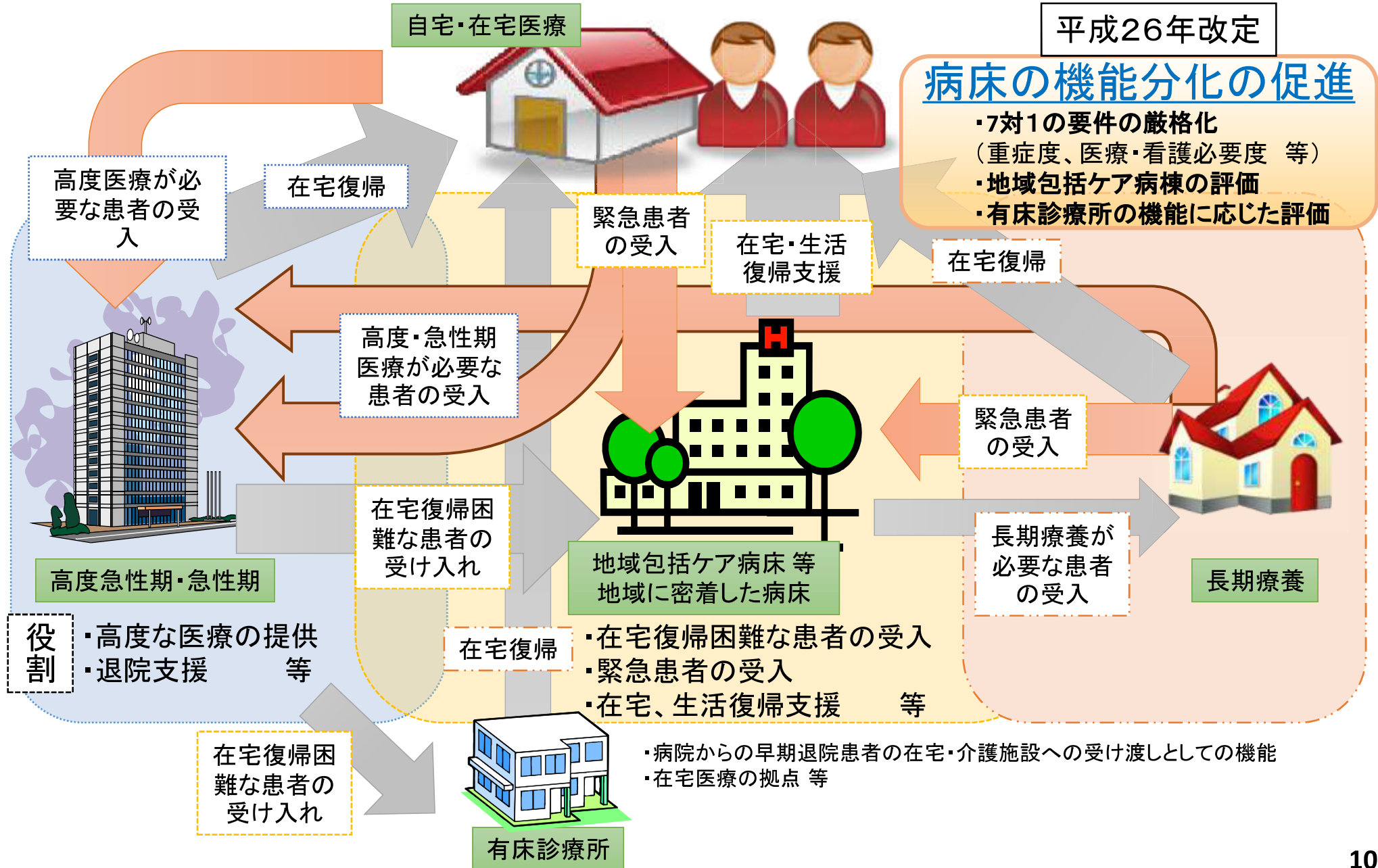
在宅医療

# 1. 入院医療について<病床の機能分化>

平成26年改定

## 病床の機能分化の促進

- ・7対1の要件の厳格化  
(重症度、医療・看護必要度 等)
- ・地域包括ケア病棟の評価
- ・有床診療所の機能に応じた評価



# 1. 入院医療について〈在宅復帰の促進〉

高度急性期・急性期

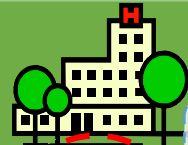


平成26年改定

## 自宅等退院患者割合の導入

7対1の自宅等退院患者割合：  
75%以上

地域包括ケア病床・回復期等



### 在宅復帰率

回復期リハ病棟1: 7割以上  
回復期リハ病棟2: 6割以上

在宅復帰機能強化  
加算を算定している  
療養に限る  
(回復期リハを除く)

平成26年改定

## 在宅復帰率の導入

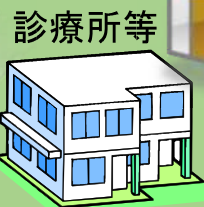
地域包括ケア病棟1:  
7割以上

居宅

居住系(特定施設・グループホーム等)

家庭

老健



外来・訪問サービス等

長期療養



平成26年改定

## 在宅復帰率に係る加算の評価

療養: 在宅復帰率50%以上の評価

### 【参考】在宅復帰率(介護保険)

在宅復帰支援型の老健 > 5割  
上記以外※ > 3割

※在宅復帰・在宅療養支援機能加算を算定する場合

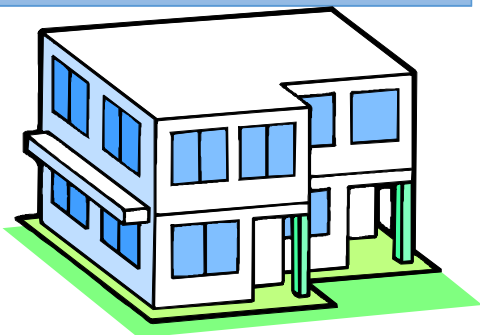
## 2. 外来医療の機能分化・連携の推進について

平成26年改定

### 主治医機能の評価

地域包括診療料 1,503点  
地域包括診療加算 20点

全人的かつ継続的な診療



患者がアクセスしやすい中小病院、診療所

- 複数の慢性疾患を有する患者の対応
- 必要な時にいつでも連絡が取れ、適切な指示を出せる体制の確保
- 専門医や介護保険施設等への適切な紹介
- 継続的な服薬や健康管理 等

平成26年改定

### 大病院の一般外来の縮小

・紹介率・逆紹介率の基準の引き上げ  
・長期投薬の是正

専門的な診療



地域の拠点となるような病院

- 外来業務の負担軽減
- 専門外来の確保
- 一般外来の縮小

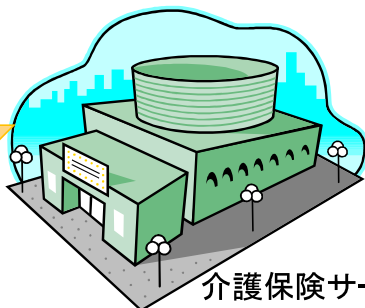
紹介

逆紹介

外来  
受診

介護が必要な時

医療が必要な時



介護保険サービス等

### 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

平成26年改定

#### ① 在宅療養後方支援 病院の評価

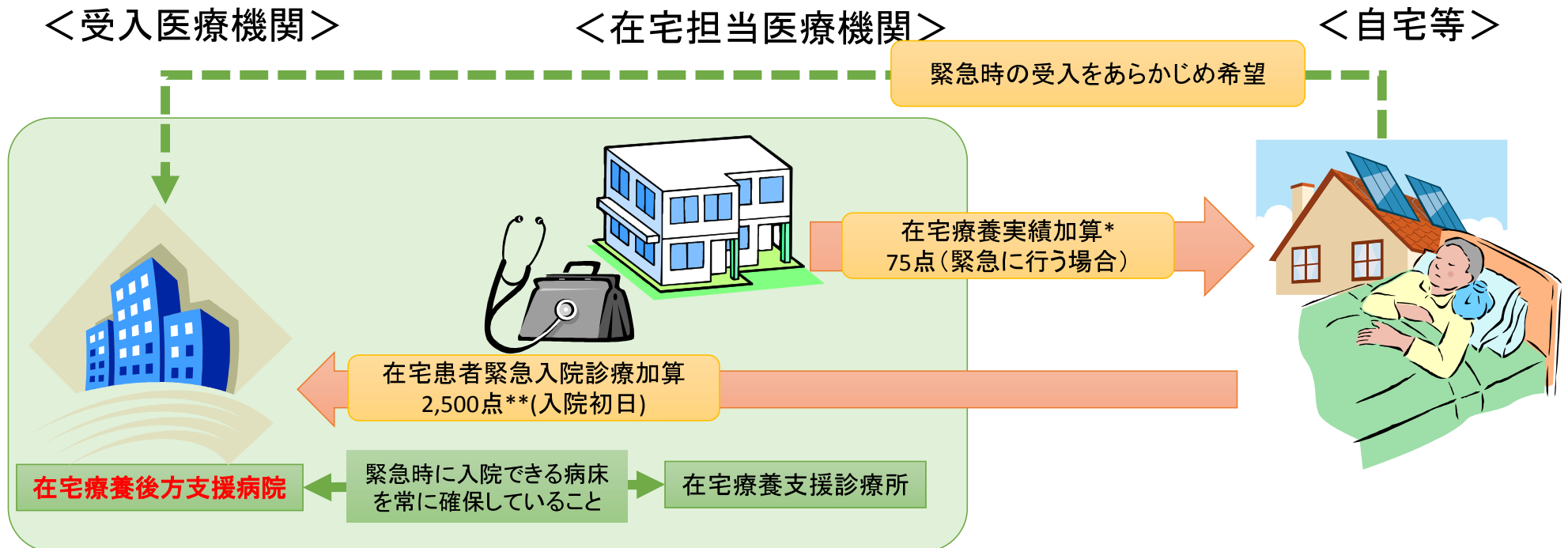
- ・在宅患者緊急入院診療加算
- ・在宅患者共同診療料

#### ② 在宅医療の質の強化

- ・機能強化型在支診・病の実績要件の強化
- ・同一建物への複数訪問の評価見直し
- ・薬剤や衛生材料等の供給体制の整備
- ・在宅歯科医療の推進
- ・在宅薬剤管理指導業務の推進

#### ③ 在宅医療を担う医療 機関の量的確保

- ・実績のある在支診・病の評価
- ・在支診・病以外の在宅時医学  
総合管理料等の評価



\* 在宅療養支援診療所で算定可能な緊急に行う往診料の加算(650点)に加えて、さらに加算する

\*\*在宅療養後方支援病院であって、あらかじめ当該病院を緊急時の入院先とすることを希望していた患者の場合

## 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

平成26年改定

### ①維持期リハの移行促進等

- 介護保険リハビリテーション移行支援料の新設
  - ・維持期リハビリテーションを受けている入院患者以外の者が介護保険のリハビリテーションに移行した場合を評価。
- 維持期リハビリテーションの評価の見直し
  - ・医療と介護のリハビリテーションの役割分担の観点から、維持期リハビリテーションの評価を適正化。

### ②有床診療所の機能に応じた評価

- 地域包括ケアの中で複数の機能を担う有床診療所の評価の見直し
  - ・過去1年間に介護保険によるリハビリテーション、居宅療養管理指導又は短期入所療養介護を実施した実績があること、又は居宅介護支援事業所であることの評価

### ③機能強化型訪問看護ステーションの評価

- 機能の高い訪問看護ステーションの評価
  - ・指定訪問看護事業所と居宅介護支援事業所が同一敷地内に設置され、かつ、当該訪問看護事業所の介護サービス計画又は介護予防サービス計画の作成が必要な利用者のうち、特に医療的な管理が必要な利用者1割程度について、当該居宅介護支援事業所により介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成していること。

### ④主治医機能の評価

- 主治医機能を持った診療所の医師による、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価
  - ・介護保険に係る相談を受ける旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること 等

# 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。



# 主治医機能の評価(その1)

## 主治医機能の評価(包括点数)

- 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。

### (新) 地域包括診療料 1,503点(月1回)

- ※1 対象医療機関は、**診療所又は許可病床が200床未満の病院**
- ※2 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
- ※3 初診時や訪問診療時(往診を含む。)は算定できない

#### [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。

- ・(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
- ・地域連携小児夜間・休日診療料 診療情報提供料(Ⅱ)
- ・在宅医療に係る点数(訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。)
- ・薬剤料(処方料、処方せん料を除く。)
- ・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 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。)
- ③ **療養上の指導、服薬管理、健康管理、介護保険に係る対応、在宅医療の提供および当該患者に対し24時間の対応等**を行っていること。
- ④ 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 下記のうち**すべて**を満たすこと

#### ・診療所の場合

- 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

- 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又は地域包括ケア入院医療管理料を算定していること
- ウ) 在宅療養支援病院であること

## 主治医機能の評価(その2)

### 主治医機能の評価(出来高)

- 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。

#### (新) 地域包括診療加算 20点(1回につき)

- ※1 対象医療機関は、**診療所**
- ※2 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
- ※3 初診時や訪問診療時(往診を含む。)は算定できない

#### [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 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。)
- ③ 療養上の指導、服薬管理、健康管理、介護保険に係る対応、在宅医療の提供および当該患者に対し24時間の対応等を行っていること。
- ④ 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 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

主治医機能の評価について

	地域包括診療料 1,503点(月1回)		地域包括診療加算 20点(1回につき)									
	病院	診療所	診療所									
包括範囲	<p><b>下記以外は包括</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・(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。地域連携小児夜間・休日診療料 診療情報提供料(Ⅱ)。在宅医療に係る点数(訪問診療料、在総管、特医総管を除く)。薬剤料(処方料、処方せん料を除く)。</li> <li>・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。</li> <li>※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。)を行い、その旨を院内に掲示する</li> </ul>		出来高									
対象疾患	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。)											
対象医療機関	<b>診療所又は許可病床が200床未満の病院</b>		<b>診療所</b>									
研修要件	担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。(経過措置1年)											
服薬管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>・当該患者に院外処方を行う場合は24時間開局薬局であること 等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・当該患者に院外処方を行う場合は24時間対応薬局等を原則とする 等(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。その場合、患者に対して、時間外においても対応できる薬局のリストを文書により提供し、説明すること等を行う。)</li> </ul>										
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、カルテに記載する</li> <li>・院外処方を行う場合は当該薬局に通院医療機関リストを渡し、患者は受診時にお薬手帳を持参することとし、医師はお薬手帳のコピーをカルテに貼付する等を行う 等</li> <li>・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</li> </ul>											
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健診の受診勧奨、健康相談を行う旨の院内掲示、敷地内禁煙 等</li> </ul>											
介護保険制度	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険に係る相談を受ける旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること。</li> <li>・下記のいずれか一つを満たす                             <table border="0" style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:33%;">①居宅療養管理指導または短期入所療養介護等の提供</td> <td style="width:33%;">④介護保険の生活期リハの提供</td> <td style="width:33%;">⑦所定の研修を受講</td> </tr> <tr> <td>②地域ケア会議に年1回以上出席</td> <td>⑤介護サービス事業所の併設</td> <td>⑧医師がケアマネージャーの資格を有している</td> </tr> <tr> <td>③居宅介護支援事業所の指定</td> <td>⑥介護認定審査会に参加</td> <td>⑨(病院の場合)総合評価加算の届出又は介護支援連携指導料の算定</td> </tr> </table> </li> </ul>			①居宅療養管理指導または短期入所療養介護等の提供	④介護保険の生活期リハの提供	⑦所定の研修を受講	②地域ケア会議に年1回以上出席	⑤介護サービス事業所の併設	⑧医師がケアマネージャーの資格を有している	③居宅介護支援事業所の指定	⑥介護認定審査会に参加	⑨(病院の場合)総合評価加算の届出又は介護支援連携指導料の算定
①居宅療養管理指導または短期入所療養介護等の提供	④介護保険の生活期リハの提供	⑦所定の研修を受講										
②地域ケア会議に年1回以上出席	⑤介護サービス事業所の併設	⑧医師がケアマネージャーの資格を有している										
③居宅介護支援事業所の指定	⑥介護認定審査会に参加	⑨(病院の場合)総合評価加算の届出又は介護支援連携指導料の算定										
在宅医療の提供および24時間の対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅医療を行う旨の院内掲示、当該患者に対し24時間の対応を行っていること</li> </ul>											
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・下記の<b>すべて</b>を満たす</li> <li>①2次救急指定病院又は救急告示病院</li> <li>②地域包括ケア病棟入院料等の届出</li> <li>③在宅療養支援病院</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・下記の<b>すべて</b>を満たす</li> <li>①時間外対応加算1の届出</li> <li>②常勤医師が3人以上在籍</li> <li>③在宅療養支援診療所</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・下記のうち<b>いずれか1つ</b>を満たす</li> <li>①時間外対応加算1又は2の届出</li> <li>②常勤医師が3人以上在籍</li> <li>③在宅療養支援診療所</li> </ul>									

# 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

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

※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

## 在宅薬剤管理指導業務の一層の推進

### <在宅患者訪問薬剤管理指導料の見直し>

- ◆ 在宅医療を担う保険薬局を確保し、質の高い在宅医療を提供するため、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】

在宅患者訪問薬剤管理指導料1 (同一建物以外)	500点
在宅患者訪問薬剤管理指導料2 (同一建物)	350点



【改定後】

在宅患者訪問薬剤管理指導料1 (同一建物以外)	<u>650点</u>
在宅患者訪問薬剤管理指導料2 (同一建物)	<u>300点</u>

- ◆ また、在宅不適切事例を踏まえ、「薬局の求められる機能とあるべき姿」（厚生労働科学研究費補助金事業）において「薬剤師1人につき、1日当たりの患者数を適切な人数までとするべき」とされていることから、**保険薬剤師1人につき1日に5回に限り算定すること**を要件とする。

### <在宅患者訪問薬剤管理指導の要件統一>

- ◆ 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。

# 緩和ケアを含むがん医療の推進について①

## がん患者指導管理の充実

- 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、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指導管理の評価を新設する。

【現行】

がん患者カウンセリング料	500点
--------------	------

【改定後】

がん患者指導管理料	
1 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（1回に限り）	500点
2 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（6回に限り）	200点
3 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（6回に限り）	200点

### 【施設基準】

1は従来のがん患者カウンセリング料と同様。

2の場合：

① 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。

② 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（6月以上600時間以上）を修了した者であること。等

3の場合：

① 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。

② 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、40時間以上の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実績を50症例以上有する者であること。等

### 【対象患者】

1の場合：がんと診断された患者であって継続して治療を行う者。

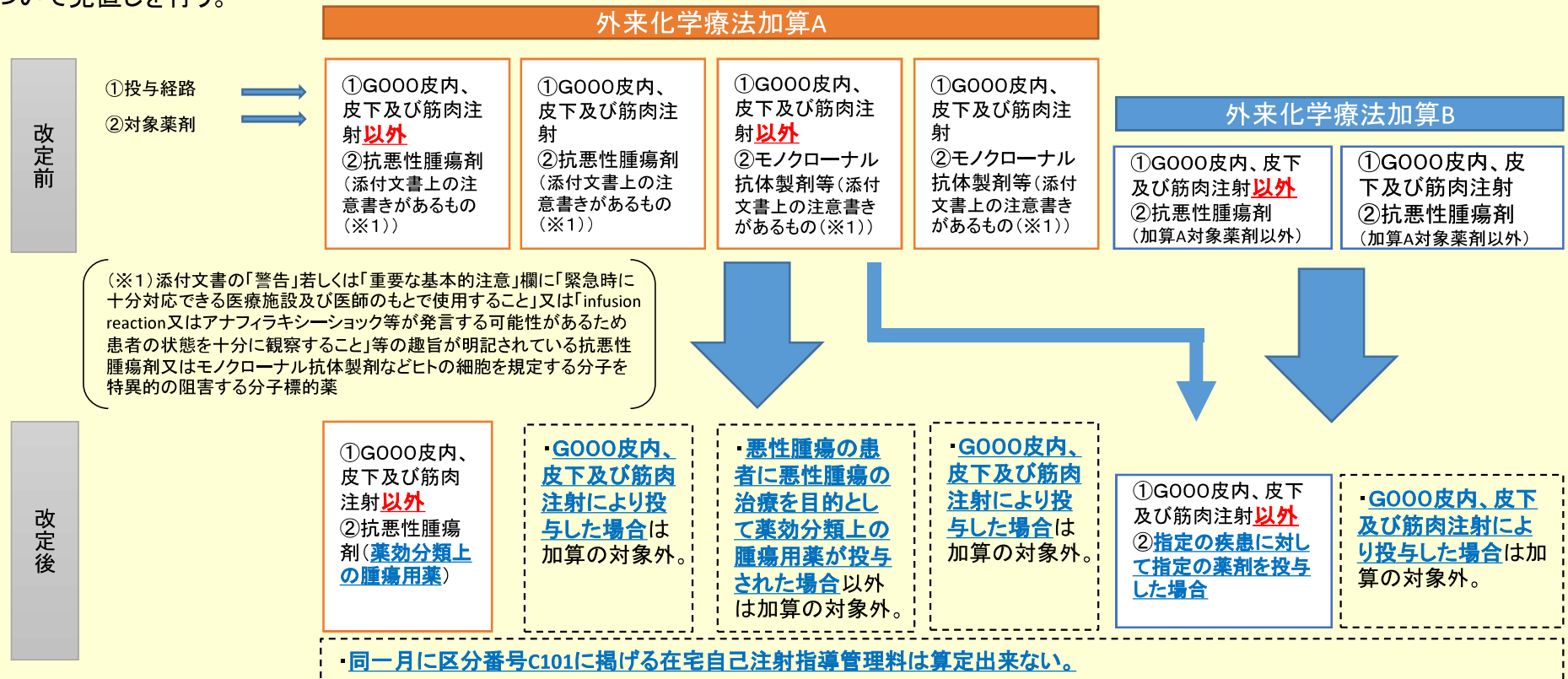
2の場合：がんと診断された患者であって継続して治療を行う者のうち、STAS-J(STAS日本語版)で2以上の項目が2項目以上該当する者、又はDCS(Dicisional Conflict Scale)40点以上のものであること。

3の場合：悪性腫瘍と診断された患者のうち、抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射されている者。（算定期間は、抗悪性腫瘍剤の投薬若しくは注射の開始日前30日以内、又は投薬若しくは注射をしている期間に限る。）

# 緩和ケアを含むがん医療の推進について②

## 外来化学療法の評価の見直しについて

➤ 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。



〔外来化学療法管理加算Bの対象疾患と対象薬剤〕

**ア 関節リウマチ、クローン病、パーチェット病、強直性脊椎炎、潰瘍性大腸炎、尋常性乾癬、関節症性乾癬、膿疱性乾癬又は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、多関節に活動性を有する若年性特発性関節炎、全身型若年性特発性関節炎又はキャ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タセプト製剤を投与した場合**



# 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。



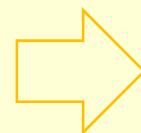
### 精神科継続外来支援・指導料

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 68点

処方料 42点

薬剤料



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

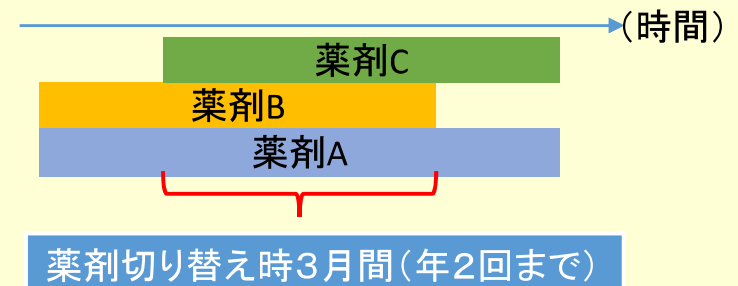
[抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の適正化についての除外規定]

- 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



- 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

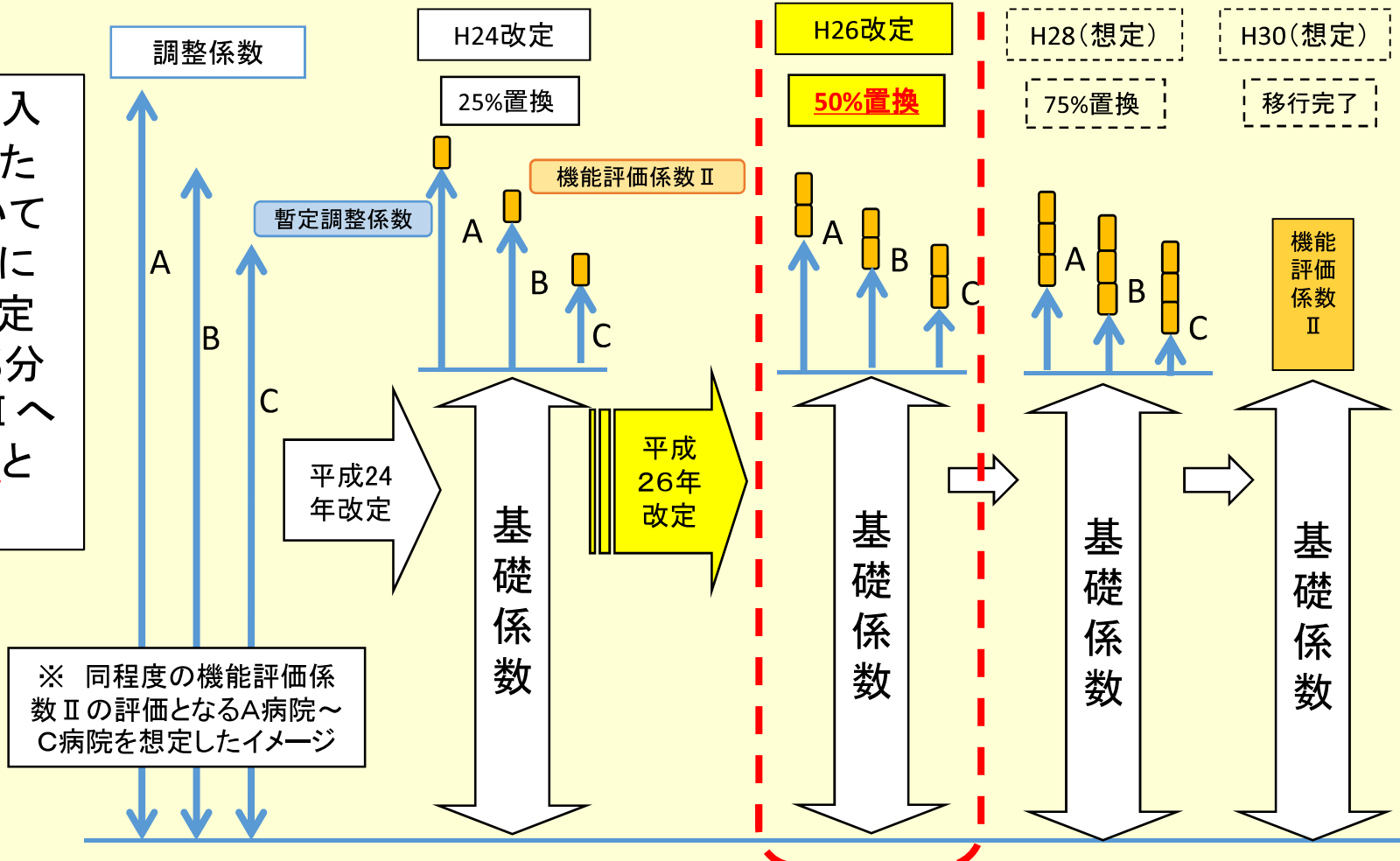
- ①~④の全てを満たす者
- ①5年以上の臨床経験
- ②3年以上の適切な保険医療機関における精神科の診療経験
- ③国際疾病分類の「精神及び行動の障害」における全ての診断カテゴリーについて主治医として治療経験
- ④精神科薬物療法に関する適切な研修の修了



# DPC制度(急性期入院医療の定額報酬算定制度)の見直し等①

## 調整係数の置き換えの実施

DPC制度の円滑導入のために設定された「調整係数」については、段階的な廃止に向けて、今回の改定においては調整部分の機能評価係数Ⅱへ置き換え率を50%とする。



※ 同程度の機能評価係数Ⅱの評価となるA病院～C病院を想定したイメージ

また、調整係数の置き換え等に伴う激変緩和の観点から、推計診療報酬変動率(出来高部分も含む)が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。

# DPC制度(急性期入院医療の定額報酬算定制度)の見直し等②

## 機能評価係数Ⅱの見直し

改定前
① データ提出指数
② 効率性指数
③ 複雑性指数
④ カバー率指数
⑤ 救急医療指数
⑥ 地域医療指数



平成26年改定後
① <b>保険診療指数 (改)</b>
② 効率性指数
③ 複雑性指数
④ カバー率指数
⑤ <b>救急医療指数</b>
⑥ <b>地域医療指数</b>
⑦ <b>後発医薬品指数 (新)</b>

### ① 保険診療指数 (「データ提出指数」から改変)

・これまでデータ提出指数として評価されていた「部位不明・詳細不明コードの使用率」に加え、「様式間の記載矛盾」、「未コード化傷病名の使用率」、「保険診療の教育の普及に向けた指導医療官の出向(I群のみ)」等、新たに評価項目を追加する。

### 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等の見直しを行う。

### ⑥ 地域医療指数

・「急性心筋梗塞の24時間診療体制」、「精神科身体合併症の受入体制」に係る評価を追加する等の見直しを行う。

### ⑦ 後発医薬品指数 (新設)

・「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」に基づき、後発医薬品の使用について数量ベース(新指標)によって評価を行う。

## 算定ルール等の見直し

### ① 同一病名で再入院した際に「一連」とみなす算定ルール(いわゆる「3日以内再入院ルール」)の見直し

・診療内容からは一連として取り扱うことが妥当であるにも関わらず意図的に3日間退院させ4日目以降に再入院させていることが疑われる事例があること等を踏まえ、当該ルールの適用対象となる再入院期間を「3日」から「7日」に延長する等、必要な見直しを行う。

### ② 適切な傷病名コーディングの推進

・適切な傷病名コーディングの推進に向けて、「DPC傷病名コーディングテキスト」の作成と公開等の対応を行う。

### ③ 入院時持参薬の取り扱い

・入院前に外来で処方して患者に持参させる事例等に対応するため、予定入院の際に入院の契機となった傷病に対して用いる持参薬については、入院中の使用を原則として禁止する。

### ④ 「入院初日に薬剤等の費用を一括して支払う点数設定方式」の見直し

・平成24年改定で試行的に導入された点数設定方式Dについては、心臓カテーテル検査を行う診断群分類へ適用を拡大する等の見直しを行った上で、引き続き継続する。

## 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。

## 医薬品の適正な評価

### うがい薬だけを処方する場合の取扱い

- 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 後
【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】 ◆ 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。

## 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>

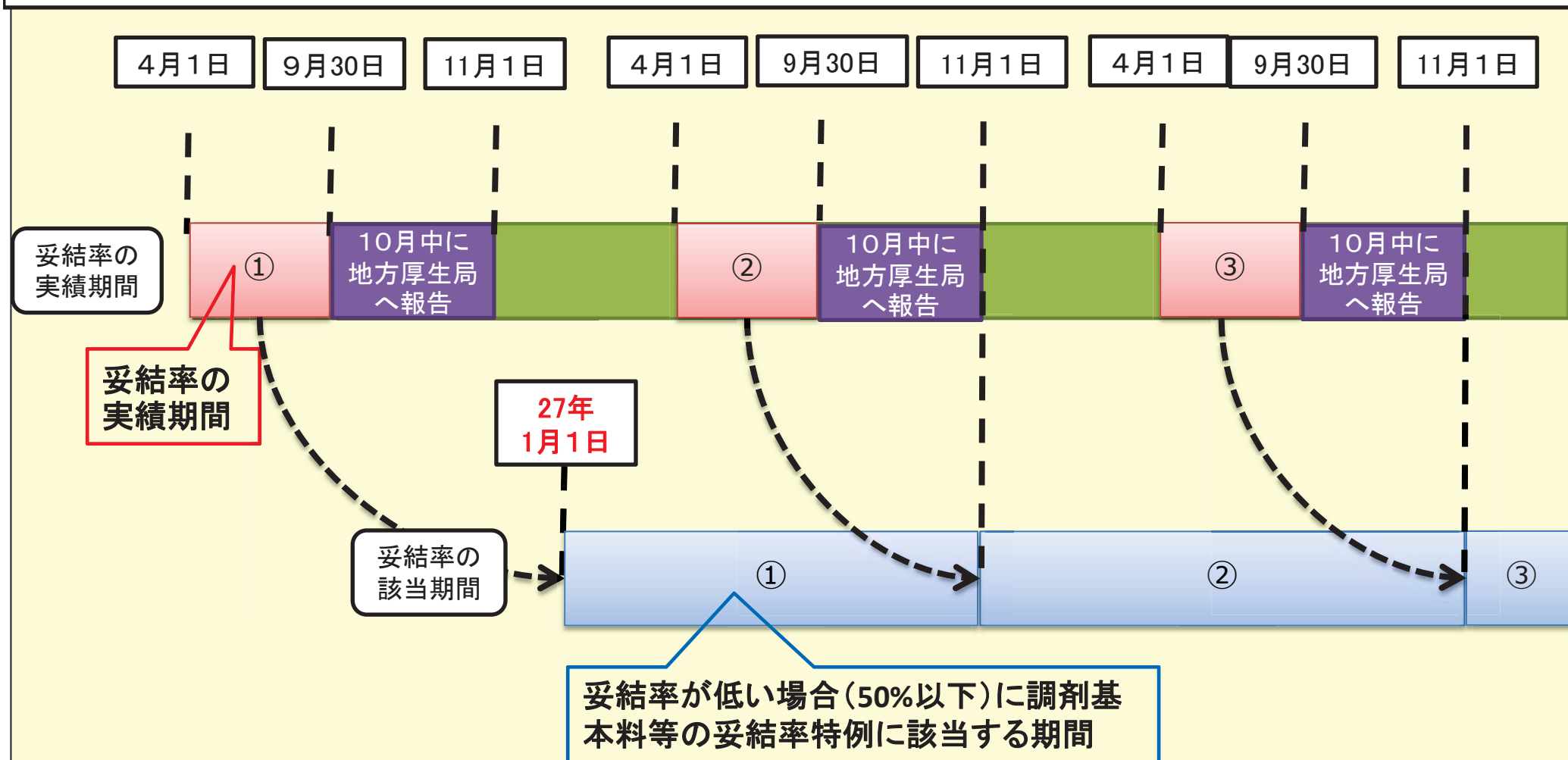
- ◆ 保険薬局において、妥結率が低い場合は、調剤基本料の評価を引き下げる。

(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。



## 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。

## 施設基準の届出について

### お願い

- 平成26年4月1日から算定を行うためには、**平成26年4月14日(月曜日)必着**までに、届出を行う保険医療機関等の所在地を管轄する地方厚生(支)局へ届出が必要となりますので ご注意願います。
- 締切日直前に届出が集中することが予想されますので、 できる限り早期にご提出いただくようお願いいたします。

