

新規特定保険医療材料等に係る技術料等の新設

骨子【I-9-(1)】

第1 基本的な考え方

1. 新規医療材料の保険適用において、区分C2については新たな技術料を設定し評価すべきものであることから、それぞれ技術料を新設する。
2. その他の医療材料等にかかる管理料等についても、診療行為の実態を踏まえて、適正な評価体系に見直す。

第2 具体的な内容

1. C2として、既に保険収載され、現在準用点数で行われている22技術及び4月1日からの保険適用が承認された新規材料に伴う新規技術について、新たに技術料やこれに必要な管理料を新設する。

(技術の例)

①経皮的放射線治療用金属マーカ―留置術	10,000点
②植込型補助人工心臓(非拍動流型)(初日)	58,500点
植込型補助人工心臓(非拍動流型)(2日目以降30日まで)	5,000点
植込型補助人工心臓(非拍動流型)(31日目以降90日まで)	2,780点
植込型補助人工心臓(非拍動流型)(91日目以降)	1,500点

2. E3として、既に保険収載され、現在準用点数で行われている12の検査について、新たに検査実施料を新設する。

(検査の例)

①レジオネラ核酸検出	300点
②HE-IgA(定性)	210点

3. 新たな薬剤の保険収載等に伴い、特定薬剤治療管理料についても、対象薬剤を拡大する。

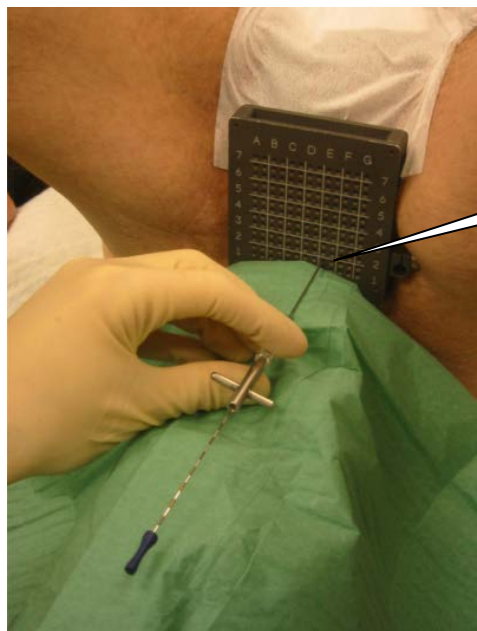
(薬剤の例)

- ①エベロリムス製剤
- ②ミコフェノール酸モフェチル製剤

(資料1)

放射線治療用経皮的体内金属マーカ―留置術

放射線治療の際に、画像上で確認することができる識別マーカ―を作成するためのコイルを体内に植込む。これにより放射線治療の精度の向上が期待できる。

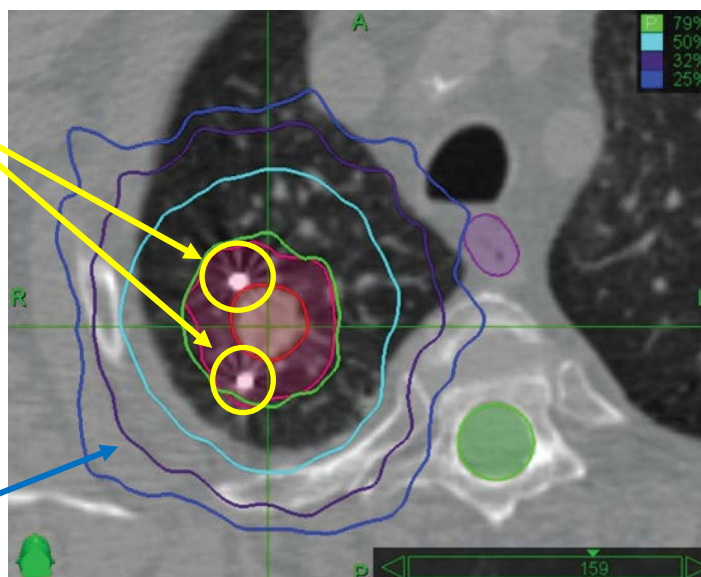


内部に装填されているコイル

当該製品を体内に設置している図

設置されたマーカ―にあわせて、毎回の放射線治療のたびに位置調節を行う。

放射線治療において、放射線が照射される範囲と線量

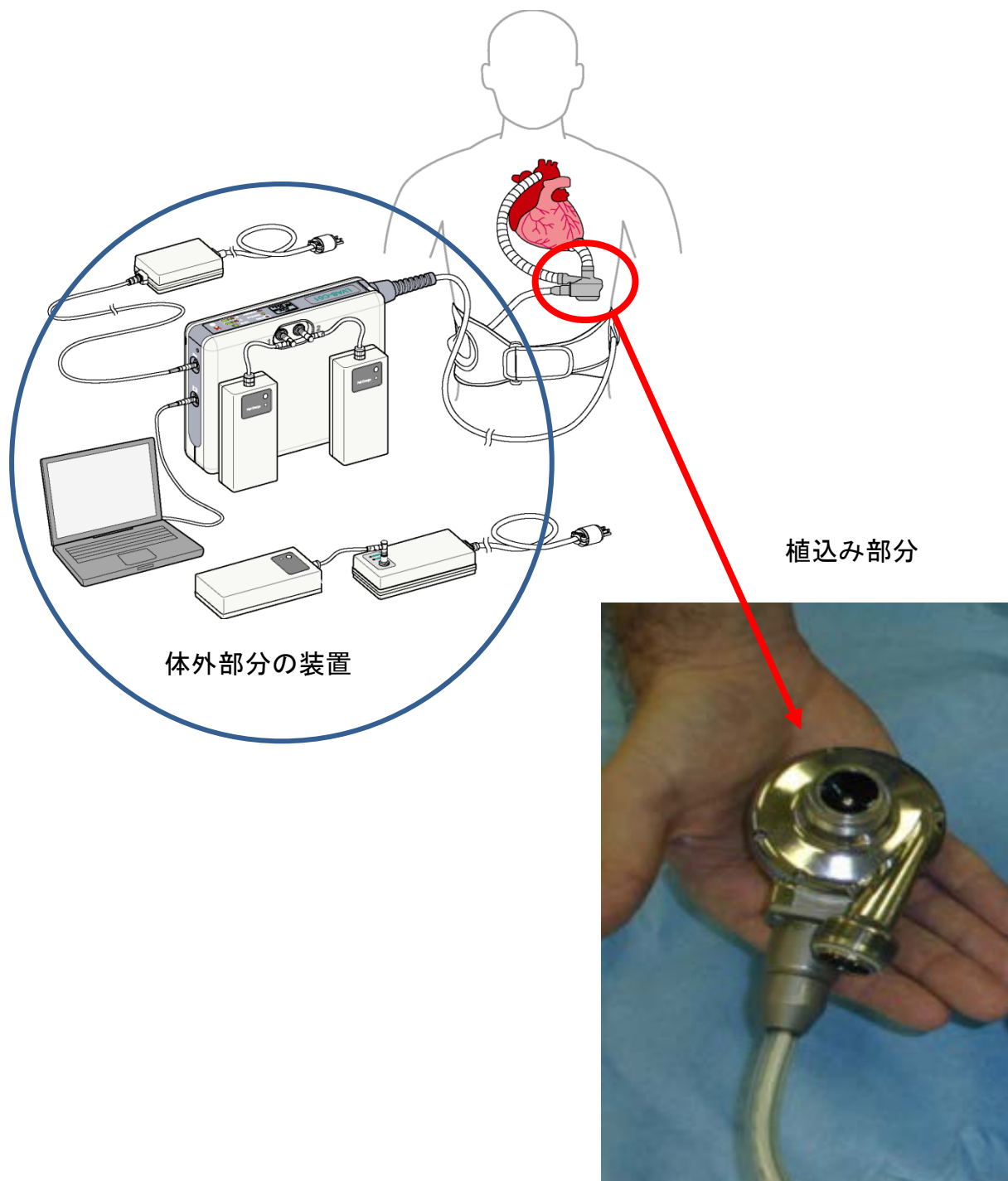


放射線治療の計画を立てる際の画像(例)

(資料2)

植込型補助人工心臓（非拍動流型）

心臓移植適応の重症心不全患者で、薬物療法等によっても継続した代償不全に陥っており、心臓移植以外には救命が困難と考えられる症例に対して、心臓移植までの循環改善のために体内に植込んで使用する。



外来化学療法の評価の充実

骨子【I-9-(2)】

第1 基本的な考え方

現在、外来化学療法加算において、通常の点滴よりも手厚い体制や設備のもと、外来における化学療法が行われることを評価している。

がんに対する化学療法については、狭義の抗悪性腫瘍剤のみならず、ホルモン剤などが用いられる様になり、投与経路や管理の必要性が多様化している。また、いわゆる分子標的治療薬については、がんの化学療法だけでなく、自己免疫性疾患等にも使用されており、その際は、化学療法と同様の管理が必要な場合もある。

これらの実態を踏まえ、外来化学療法加算について、薬剤のリスクや管理体制に応じた評価体系に見直す。

第2 具体的な内容

外来化学療法加算について、評価の趣旨に鑑み、重篤な感染症を起こす可能性があることや緊急処置を直ちに実施できる体制が必要であるなどの要件を満たす薬剤を使用する場合について、その実態を踏まえ評価区分を見直す。

現 行	改定案
<p>【外来化学療法加算】</p> <p>イ 外来化学療法加算 1 550 点</p> <p>(15 歳未満の患者に対して行った場合は 750 点)</p>	<p>【外来化学療法加算】</p> <p>1 外来化学療法加算 1</p> <p> イ 外来化学療法加算 A</p> <p> (1) 15 歳未満 780 点(新)</p> <p> (2) 15 歳以上 580 点(新)</p> <p> ロ 外来化学療法加算 B</p> <p> (1) 15 歳未満 630 点(新)</p> <p> (2) 15 歳以上 430 点(新)</p>

<p>□ 外来化学療法加算 2 420 点 (15 歳未満の患者に対して行った場合は 700 点)</p>	<p>2 外来化学療法加算 2</p> <p>イ 外来化学療法加算 A</p> <p>(1) 15 歳未満 700 点 (新)</p> <p>(2) 15 歳以上 450 点 (新)</p> <p>ロ 外来化学療法加算 B</p> <p>(1) 15 歳未満 600 点 (新)</p> <p>(2) 15 歳以上 350 点 (新)</p>
----------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

[算定要件]

- ① 外来化学療法加算 A は、添付文書の「警告」もしくは「重要な基本的注意」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現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治療薬を、静脈内注射、動脈注射、点滴注射、中心静脈注射など、G O O O 以外によって投与した場合に算定する。
- ② 外来化学療法加算 B は、外来化学療法加算 A 以外の抗悪性腫瘍剤（抗ホルモン効果を持つ薬剤を含む）を使用した場合に算定する。
- ③ いずれも入院中の患者以外の悪性腫瘍の患者に対して、抗悪性腫瘍剤による注射の必要性、副作用、用法・用量、その他の留意点等について文書で説明し、同意を得て、外来化学療法に係る専用室において、悪性腫瘍の治療を目的として抗悪性腫瘍剤等が投与された場合に算定する。

[施設基準]

外来化学療法加算 1

- ① 外来化学療法を実施するための専用のベッド（点滴注射による化学療法を実施するに適したリクライニングシート等を含む。）を有する治療室を保有していること。なお、外来化学療法を実施している間は、当該治療室を外来化学療法その他の点滴注射（輸血を含む。）以外の目的で使用することは認められないものであること。
- ② 化学療法の経験を 5 年以上有する専任の常勤医師が勤務していること。
- ③ 化学療法の経験を 5 年以上有する専任の常勤看護師が化学療法を実施し

ている時間帯において常時当該治療室に勤務していること。

- ④ 化学療法に係る調剤の経験を5年以上有する専任の常勤薬剤師が勤務していること。
- ⑤ 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制が確保されていること又は他の保険医療機関との連携により緊急時に当該患者が入院できる体制が整備されていること。
- ⑥ 実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会を開催していること。当該委員会は、化学療法に携わる各診療科の医師の代表者（代表者数は、複数診療科の場合は、それぞれの診療科で1名以上（1診療科の場合は、2名以上）の代表者であること。）、業務に携わる看護師及び薬剤師から構成されるもので、少なくとも年1回開催されるものとする。

外来化学療法加算2

- ① 外来化学療法を実施するための専用のベッド（点滴注射による化学療法を実施するに適したリクライニングシート等を含む。）を有する治療室を保有していること。なお、外来化学療法を実施している間は、当該治療室を外来化学療法その他の点滴注射（輸血を含む。）以外の目的で使用することは認められないものであること。
- ② 化学療法の経験を有する専任の常勤看護師が化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務していること。
- ③ 当該化学療法につき専任の常勤薬剤師が勤務していること。
- ④ 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制が確保されていること又は他の保険医療機関との連携により緊急時に当該患者が入院できる体制が整備されていること。
- ⑤ 外来化学療法加算の届出に当たっては、関節リウマチ患者及びクローン病患者に対するインフリキシマブ製剤の投与についても、悪性腫瘍の患者に対する抗悪性腫瘍剤の投与と同等の体制を確保することが原則であるが、常勤薬剤師の確保が直ちに困難な場合であって、既に関節リウマチ患者及びクローン病患者の診療を行っている診療所であって、改正前の外来化学療法加算の算定を行っている診療所については、外来化学療法加算2の届出を行うことができる。

医療安全対策等に関する評価

骨子【Ⅱ－１－（１）】

第１ 基本的な考え方

1. 医療安全対策を推進するため、院内感染防止策に関する評価の見直しを行う。
2. また、医療機器の保守管理について、薬事法や医療法上の取扱いを踏まえ、高い機能を有するCT及びMRIの画像診断装置における診療報酬を請求するための施設基準について見直しを行う。

第２ 具体的な内容

1. 医療安全対策加算、感染防止対策加算の見直し。
 - (1) 感染防止対策加算について、医療安全対策加算とは別の評価体系に改める。また、感染防止対策チームの人員要件を緩和した感染防止対策加算２を新設する。
 - (2) 感染防止対策加算１を算定する医療機関同士が連携して相互に感染防止に関する評価を行った場合の加算を新設する。
「Ⅰ－５－④」を参照のこと。
2. 高い機能を有するCT撮影装置及びMRI撮影装置の施設基準の届出にあたり、安全管理責任者の氏名や、CT撮影装置、MRI撮影装置、造影剤注入装置の保守管理計画をあわせて提出することとする。

歯科医療の総合的な環境整備の評価

骨子【Ⅱ－１－（２）】

第１ 基本的な考え方

歯科の外来診療の特性を踏まえつつ、歯科医療の総合的な環境整備を行っている施設基準を満たした歯科医療機関における再診の評価を行う。

第２ 具体的な内容

歯科医療の総合的な環境整備を行っている歯科医療機関を評価

再診時歯科外来診療環境体制加算の新設及び歯科外来診療環境体制加算（初診時）を見直す。

現 行	改定案
<p>【歯科外来診療環境体制加算（初診料の加算）】</p> <p>30 点</p>	<p>【歯科外来診療環境体制加算（初診料の加算）】</p> <p>28 点（改）</p> <p>【再診時歯科外来診療環境体制加算（再診料の加算）】</p> <p>2 点（新）</p> <p>注 <u>歯科外来診療環境体制加算に係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おいて、歯科外来診療の総合的な歯科医療環境の体制整備に係る取組を行った場合には、再診時歯科外来診療環境体制加算として、所定点数に 2 点を加算する。</u></p> <p>（新）</p>

患者サポート体制の充実した医療機関への評価

骨子【Ⅱ－２－（１）】

第１ 基本的な考え方

医療従事者と患者との対話を促進するための一定の資格を有する者による患者等に対する相談窓口の設置など、患者サポート体制を充実させるための具体的な対応策をあらかじめ準備し、患者の不安の解消に積極的に取り組んでいる医療機関への評価を新設する。

第２ 具体的な内容

患者等からの相談に幅広く対応できる体制をとっている医療機関に対する評価を新設する。

(新) 患者サポート体制充実加算 70点（入院初日）

[施設基準]

- ① 患者からの相談窓口を設置し、専任の看護師、社会福祉士等を配置していること。
- ② 患者のサポート等に関するマニュアルの作成、報告体制の整備、職員への研修等、体制の整備を行っていること。

患者に対する相談支援体制の充実等について

骨子【Ⅱ－２－（２）】

1. 現在入院診療計画で示されている内容以上に詳細な入院診療計画が作成されている場合には、別添６の別紙２及び別紙２の２が必要ないことをより明確にする。

「重要課題２－３－①」を参照のこと。

2. 入院７日以内に退院困難者の抽出を行うこと及び医療機関が抽出した患者以外にも先行研究から明らかになった退院困難者については、調整を行うことを明確化する。また、算定している入院料ごとに早期退院患者に係る退院加算を手厚く評価する。

「重要課題２－３－②」を参照のこと。

明細書の無料発行の促進

骨子【Ⅱ－２－（３）】

第１ 基本的な考え方

前回の改定において、レセプトの電子請求を行っている保険医療機関及び保険薬局については、正当な理由のない限り、詳細な個別の点数項目が分かる明細書の発行が義務づけられた。

これにより、明細書の発行は進んできているが、患者への情報提供の促進、医療の透明化の観点から、さらに促進していくこととする。

第２ 具体的な内容

1. 正当な理由については、現在、
 - (1) 明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピュータを使用している保険医療機関又は保険薬局であること。
 - (2) 自動入金機を使用しており、自動入金機で明細書発行を行おうとした場合には、自動入金機の改修が必要な保険医療機関又は保険薬局であること。としているが、400床以上の病院については、これを平成26年度以降は認めないものとする。
2. 明細書の発行状況を定期的に確認するため、保険医療機関及び保険薬局は、毎年行われている他の届出事項の報告と併せて、明細書無料発行の対応の有無、正当な理由に該当している旨等を報告することとする。
3. 明細書発行に係り患者から徴収する手数料が高額な場合には、患者が明細書の発行を希望することを躊躇する場合もあると考えられることから、高額な料金はふさわしくない旨を、実例に応じた額を明示しつつ、再度周知する。
4. 公費等により一部負担金が発生しない患者に対しても明細書の発行に努めることとする。

5. 記載内容が毎回同一であるとの理由で明細書の発行を希望しない患者に対しても、診療内容が変更された場合等明細書の記載内容が変わる場合には、その旨を患者に情報提供するべきであることを周知する。

入院基本料等加算の簡素化

骨子【Ⅱ－3－(1)】

第1 基本的な考え方

診療報酬項目の簡素化の観点から、すでに多くの医療機関で算定されている加算等について見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 栄養管理実施加算、褥瘡患者管理加算の見直し

(1) 栄養管理実施加算について、すでに多くの医療機関で算定されていることから、加算の要件を入院基本料、特定入院料の算定要件として包括して評価する。なお、栄養管理体制の整備に一定の時間がかかると考えられるため、平成24年3月31日に栄養管理実施加算の届出を行っていない医療機関については、平成26年3月31日までの間は経過措置を設ける。

現 行	改定案
<p>第1章 第2部 通則7 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制及び褥瘡対策について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、入院基本料及び特定入院料を算定する。</p>	<p>第1章 第2部 通則7 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び<u>栄養管理体制</u>について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、入院基本料及び特定入院料を算定する。 [栄養管理体制の基準] ① 当該保険医療機関に常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。 ② 患者の入院時に患者ごとの栄養状態の評価を行い、医師、管理栄養</p>

<p>【栄養管理実施加算】（1日につき） 12点</p>	<p>士、薬剤師、看護師その他の医療従事者が共同して、入院患者ごとの栄養状態、摂食機能及び食形態を考慮した栄養管理計画を作成していること。</p> <p>③ 当該栄養管理計画に基づき入院患者ごとの栄養管理を行うとともに、栄養状態を定期的に記録していること。</p> <p>④ 当該栄養管理計画に基づき患者の栄養状態を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直していること。</p> <p>⑤ 有床診療所においては管理栄養士は常勤でなくても差し支えない。</p> <p><u>（削除）</u></p>
----------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

[経過措置]

平成 24 年 3 月 31 日に栄養管理実施加算の届出を行っていない医療機関については、平成 26 年 3 月 31 日までの間は栄養管理体制の整備に資する計画を策定する等の要件を課した上で、栄養管理体制を満たしているものとする。

(2) 褥瘡患者管理加算について、すでに多くの医療機関で算定されていることから、加算の要件を入院基本料、特定入院料の算定要件として包括して評価する。

現 行	改定案
<p>[褥瘡対策の基準]</p> <p>① 当該保険医療機関において、褥瘡対策が行われていること。</p> <p>② 当該保険医療機関において、褥瘡</p>	<p>[褥瘡対策の基準]</p> <p>① 当該保険医療機関において、褥瘡対策が行われていること。</p> <p>② 当該保険医療機関において、褥瘡</p>

<p>対策に係る専任の医師及び専任の看護職員から構成される褥瘡対策チームが設置されていること。</p> <p>③ 当該保険医療機関における日常生活の自立度が低い入院患者につき、別添6の別紙3を参考として褥瘡に関する危険因子の評価を実施すること。</p> <p>【褥瘡患者管理加算】（入院中1回） 20点</p> <p>[算定要件] 入院している患者について、必要があつて褥瘡管理が行われた場合に算定する。</p>	<p>対策に係る専任の医師及び褥瘡看護に関して臨床経験を有する専任の看護職員から構成される褥瘡対策チームが設置されていること。</p> <p>③ 当該保険医療機関における日常生活の自立度が低い入院患者につき褥瘡に関する危険因子の評価を行い、<u>褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する患者につき、適切な褥瘡対策の診療計画の作成、実施及び評価を行うこと。</u></p> <p>④ <u>患者の状態に応じて、褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス等を適切に選択し使用する体制が整えられていること。</u></p> <p><u>(削除)</u></p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(3) 栄養管理実施加算、褥瘡患者管理加算について、入院基本料、特定入院料で包括して評価することから、入院基本料、特定入院料の評価をそれぞれ11点ずつ引き上げる。

2. 療養病棟療養環境加算・診療所療養病床療養環境加算の見直し

療養病棟療養環境加算、診療所療養病床療養環境加算については、一部に医療法の原則を下回る基準が設定されていることから、評価体系を見直し、原則を下回る病棟については、療養環境の改善計画を策定させることとする。

(1) 療養病棟療養環境加算の見直し

現 行	改 定 案
<p>【療養病棟療養環境加算】（1日につき）</p> <p>1 療養病棟療養環境加算 1 132点</p> <p>2 療養病棟療養環境加算 2 115点</p> <p>3 療養病棟療養環境加算 3 90点</p> <p>4 療養病棟療養環境加算 4 30点</p>	<p>【療養病棟療養環境加算】（1日につき）</p> <p>1 療養病棟療養環境加算 1 132点</p> <p>2 療養病棟療養環境加算 2 115点</p> <p><u>【療養病棟療養環境改善加算】</u></p> <p>1 <u>療養病棟療養環境改善加算 1</u> 80点（新）</p> <p>2 <u>療養病棟療養環境改善加算 2</u> 20点（新）</p> <p>[施設基準]</p> <p><u>医療法上の原則は満たさないものの、同法の経過措置として、施設基準の緩和が認められている医療機関のみを対象とする。</u></p> <p><u>当該加算を算定できる期間については、増築または全面的な改築を行うまでの間とし、当該病棟の療養環境の改善に資する計画を策定して報告するとともに、毎年その改善状況についても報告することとする。</u></p>

[経過措置]

平成 24 年 3 月 31 日に療養病棟療養環境加算 3、4 の届出を行っている病棟にあつては、平成 24 年 9 月 30 日までの間、従前の加算を算定できる。

(2) 診療所療養病床療養環境加算の見直し

現 行	改 定 案
【診療所療養病床療養環境加算】（1	【診療所療養病床療養環境加算】（1

<p>日につき)</p> <p>1 診療所療養病床療養環境加算 1 100点</p> <p>2 診療所療養病床療養環境加算 2 40点</p>	<p>日につき)</p> <p>診療所療養病床療養環境加算 100点</p> <p><u>【診療所療養病床療養環境改善加算】</u></p> <p><u>診療所療養病床療養環境改善加算</u> 35点(新)</p> <p>[施設基準]</p> <p><u>医療法上の原則は満たさないもの、同法の経過措置として、施設基準の緩和が認められている医療機関のみを対象とする。</u></p> <p><u>当該加算を算定できる期間については、増築または全面的な改築を行うまでの間とし、当該病床の療養環境の改善に資する計画を策定して報告するとともに、毎年その改善状況についても報告することとする。</u></p>
---------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

[経過措置]

平成24年3月31日に診療所療養病床療養環境加算2の届出を行っている病床にあっては、平成24年9月30日までの間、従前の加算を算定できる。

患者の視点に立った歯科医療

骨子【Ⅱ－3－(2)】

第1 基本的な考え方

患者からみて難解な用語と思われる保険診療上の歯科用語の平易化等を図る。

第2 具体的な内容

1. 保険診療上の歯科用語の平易化

難解であるとの指摘のある保険診療上の歯科用語については、学会等からの提案も参考としつつ、患者からみてより分かりやすい用語に改める。

現 行	改定案
<small>しが</small> 歯牙 <small>ししゅうそしきけんさ</small> 歯周組織検査 <small>しよき しよくしやう くれつこうてんそくしよち</small> 初期う蝕 小窩裂溝填塞処置 <small>ちゅうぞうかん</small> 鑄造冠 <small>ぜんそうちゅうぞうかん</small> 前装鑄造冠	<small>は</small> 歯（改） <small>ししゅうびやうけんさ</small> 歯周病検査（改） <small>しよき しよくそうきじゆうてんしよち</small> 初期う蝕 早期充填処置（改） <small>きんぞくかん</small> 金属冠（改） <small>ぜんそうきんぞくかん</small> レジン前装金属冠（改）

2. 診療報酬点数表の簡素化等

歯科診療報酬において、代替の医療技術に置き換わった、臨床上行われていない治療等については、学会等からの提案も参考としつつ診療報酬点数表の簡素化を図る。

- ・ 圧迫麻酔
- ・ デンタルゼロラジオグラフィー
- ・ 臼歯金属歯
- ・ 帯環金属冠修理
- ・ 金合金鉤修理

病院機能にあわせた効率的な入院医療等について

骨子【Ⅲ-1-(1)(4)(5)】

第1 基本的な考え方

患者像に即した適切な評価や病床の機能分化を一層推進する観点から、一般病棟入院基本料における7対1入院基本料の算定要件の見直し、また、10対1の入院基本料、13対1入院基本料の一般病棟用の重症度・看護必要度（以下、「看護必要度」という。）に係る評価の導入及び患者の状態像に合わせた評価等を行う。

第2 具体的な内容

1. 一般病棟における7対1入院基本料の算定要件の見直し

平均在院日数の短縮及び看護必要度の基準を満たす患者割合の引き上げを行う。

現 行	改定案
<p>【一般病棟入院基本料7対1、特定機能病院一般病棟7対1入院基本料、専門病院7対1入院基本料】（一日につき）</p> <p>[一般病棟入院基本料の施設基準]</p> <p>① 当該病棟の入院患者の平均在院日数が19日以内であること。</p> <p>② 看護必要度の基準を満たす患者を1割以上入院させる病棟であること（救命救急入院料を算定する治療室を有している保険医療機関の病棟を除く）。</p> <p>[特定機能病院入院基本料の施設基</p>	<p>【一般病棟入院基本料7対1、特定機能病院一般病棟7対1入院基本料、専門病院7対1入院基本料】（一日につき）</p> <p>[一般病棟入院基本料の施設基準]</p> <p>① 当該病棟の入院患者の平均在院日数が<u>18日以内</u>であること。</p> <p>② 看護必要度の基準を満たす患者を<u>1割5分以上</u>入院させる病棟であること（救命救急入院料を算定する治療室を有している保険医療機関の病棟を除く）。</p> <p>[特定機能病院入院基本料の施設基</p>

<p>準]</p> <p>① 当該病棟の入院患者の平均在院日数が28日以内であること。</p> <p>② 当該病棟に入院している患者の看護必要度について継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っていること。</p> <p>[専門病院入院基本料の施設基準]</p> <p>① 当該病棟の入院患者の平均在院日数が30日以内であること。</p> <p>② 看護必要度の基準を満たす患者を1割以上入院させる病棟であること（救命救急入院料を算定する治療室を有している保険医療機関の病棟を除く）。</p>	<p>準]</p> <p>① 当該病棟の入院患者の平均在院日数が<u>26日</u>以内であること。</p> <p>② <u>看護必要度の基準を満たす患者を1割5分以上入院させる病棟であること（救命救急入院料を算定する治療室を有している保険医療機関の病棟を除く）。</u></p> <p>[専門病院入院基本料の施設基準]</p> <p>① 当該病棟の入院患者の平均在院日数が<u>28日</u>以内であること。</p> <p>② 看護必要度の基準を満たす患者を<u>1割5分以上</u>入院させる病棟であること（<u>悪性腫瘍患者を一般病棟に7割以上入院させている保険医療機関及び救命救急入院料を算定する治療室を有している保険医療機関の病棟を除く</u>）。</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

[経過措置]

平成24年3月31日において7対1入院基本料を算定している病棟であって、平成24年4月1日以降において改定後の10対1入院基本料を算定する病棟に限り、平成26年3月31日までの間、改定後の7対1入院基本料を算定できる。

2. 一般病棟における10対1入院基本料の算定要件の見直し

(1) 現在の一般病棟10対1入院基本料における一般病棟看護必要度評価加算を廃止し、看護必要度に係る評価を要件として新設する。

現 行	改定案
【一般病棟入院基本料10対1、特定機	【一般病棟入院基本料10対1、特定機

<p>能病院一般病棟10対1入院基本料、専門病院10対1入院基本料】(一日につき)</p> <p>一般病棟看護必要度評価加算 5点</p>	<p>能病院一般病棟10対1入院基本料、専門病院10対1入院基本料】(一日につき)</p> <p>[施設基準]</p> <p><u>当該病棟における看護必要度の評価を行っていること。</u></p> <p><u>(削除)</u></p>
-----------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

[経過措置]

10 対 1 入院基本料を算定する病棟に看護必要度の評価を導入するのは、準備期間を設け、平成 24 年 7 月 1 日とする。

(2) 10 対 1 入院基本料について看護必要度の基準を満たす患者割合が一定以上の場合の加算を新設する。

- (新) 看護必要度加算 1 30 点
- (新) 看護必要度加算 2 15 点

[算定要件]

看護必要度加算 1

必要度基準 15%以上の基準を満たしている当該病棟に入院している患者について算定する。

看護必要度加算 2

必要度基準 10%以上の基準を満たしている当該病棟に入院している患者について算定する。

3. 入院基本料 13 対 1 の算定要件の見直し

一般病棟入院基本料及び専門病院入院基本料の 13 対 1 入院基本料について、「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」を用い継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っている場合の加算を新設する。

(新) 一般病棟看護必要度評価加算 5点(1日につき)

[算定要件]

一般病棟 13 対 1 入院基本料、専門病棟 13 対 1 入院基本料を算定している病棟において、看護必要度の測定を行っている場合に算定する。

4. 救命救急入院料 1 及び 3 における看護配置については、明確な基準を設けていないため、適切な看護配置のもとで提供している医療機関が当該特定入院料を算定できるよう、看護配置基準の要件の明確化を行う。

「重点項目 1-1-①」を参照のこと。

5. 小児特定集中治療室管理料の新設等、小児救急医療に対して以下の見直しを行う。

(1) 小児に特化した特定集中治療室に対する特定入院料を新設する。

(2) 特定集中治療室管理料小児加算の引き上げを行う。

(3) 特定集中治療室管理に至らない事案であっても、小児救急医療を一層推進するため、救急医療管理加算に新たに小児加算を設けるとともに、乳幼児救急医療管理加算の引き上げを行う。

「重点項目 1-1-①」を参照のこと。

効率化の余地のある入院についての適正な評価

骨子【Ⅲ－１－（２）】

第１ 基本的な考え方

一般病棟入院基本料算定病床、特定機能病院入院基本料算定病床について、患者の心身の状況や医学的必要性以外の理由で入院していると推定される場合や、退院日のような入院時間が短い日の入院料といった効率化の余地のある入院について適正な評価とする。

第２ 具体的な内容

1. 金曜日入院、月曜日退院の割合が明らかに高い医療機関の土曜日、日曜日の入院基本料の適正化

金曜日入院、月曜日退院の者の平均在院日数は他の曜日の者と比べ長いことを勘案し、一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料及び専門病院入院基本料算定医療機関のうち、金曜日入院、月曜日退院の割合の合計が40%を超える医療機関について、手術や高度の処置等を伴わない土曜日、日曜日に算定された入院基本料を8%減額する。

[対象医療機関]

以下のいずれも満たす医療機関

- ① 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料及び専門病院入院基本料算定医療機関
- ② 入院全体のうち金曜日に入院する者の割合と、退院全体のうち月曜日に退院する者の割合の合計が40%を超える医療機関

[対象とする入院基本料]

以下のいずれも満たす入院基本料

- ① 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料及び専門病院入院基本料のうち、土曜日、日曜日に算定されたもの
- ② 算定された日に手術、1000点以上の処置を伴わないもの

[経過措置]

上記の取り扱いについては、平成 24 年 10 月 1 日から施行する。

2. 午前中の退院がそのほとんどを占める医療機関についての退院日の入院基本料の適正化

一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料及び専門病院入院基本料算定医療機関のうち、午前中の退院の割合が 90%を超える医療機関について、30 日以上入院している者で、退院日に手術や高度な処置等の伴わない場合には、退院日に算定された入院基本料を 8%減額する。

[対象医療機関]

以下のすべてを満たす医療機関

- ① 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料及び専門病院入院基本料算定医療機関
- ② 退院全体のうち午前中に退院するものの割合が 90%を超える医療機関

[対象とする入院基本料]

以下のすべてを満たす入院基本料

- ① 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料及び専門病院入院基本料のうち、退院日に算定されたもの
- ② 退院調整加算が算定されていないもの
- ③ 算定された日に手術、1000 点以上の処置を伴わないもの

[経過措置]

上記の取り扱いについては、平成 24 年 10 月 1 日から施行する。

亜急性期入院医療管理料の見直し

骨子【Ⅲ－１－（３）】

第１ 基本的な考え方

亜急性期入院医療管理料について、回復期リハビリテーションを要する患者が一定程度含まれることから評価体系の見直しを行う。

第２ 具体的な内容

亜急性期入院医療管理料を算定している患者のうち、回復期リハビリテーションを要する患者については包括範囲を含め、回復期リハビリテーション病棟入院料と同等の評価体系に改める。

現 行	改定案
<p>【亜急性期入院医療管理料】（１日につき）</p> <p>1 亜急性期入院医療管理料 1 2,050点</p> <p>2 亜急性期入院医療管理料 2 2,050点</p> <p>[算定要件]</p> <p>1 亜急性期入院医療管理料 1 90日を限度として一般病棟の病室単位で算定する。</p> <p>2 亜急性期入院医療管理料 2 60日を限度として一般病棟の病</p>	<p>【亜急性期入院医療管理料】（１日につき）</p> <p>1 <u>亜急性期入院医療管理料 1</u> 2,050点(改)</p> <p>2 <u>亜急性期入院医療管理料 2</u> 1,900点(新)</p> <p>[算定要件]</p> <p>1 亜急性期入院医療管理料 1 ① <u>60日を限度として一般病棟の病室単位で算定する。</u></p> <p>② <u>脳血管疾患等リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション料を算定したことがない患者について算定する。</u></p> <p>2 亜急性期入院医療管理料 2 ① <u>60日を限度として一般病棟の病</u></p>

室単位で算定する。

[施設基準]

- 1 亜急性期入院医療管理料 1
 - ① 届出可能病床は一般病床数の 1 割以下。ただし、400床以上の病院は病床数にかかわらず最大40床まで、100床以下の病院は病床数にかかわらず最大10床まで届出可能。
 - ② 看護職員配置が常時13対 1 以上。
 - ③ 診療録管理体制加算を算定していること。
 - ④ 専任の在宅復帰支援者が勤務していること。
 - ⑤ 在宅復帰率が 6 割以上であること。
- 2 亜急性期入院医療管理料 2
 - ① 200床未満であること。
 - ② 届出可能病床は一般病床数の 3 割以下。ただし、100床以下の病院は病床数にかかわらず最大30床まで届出可能。
 - ③ 看護職員配置が常時13対 1 以上。
 - ④ 診療録管理体制加算を算定していること。

室単位で算定する。

- ② 脳血管疾患等リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション料を算定したことがある患者について算定する。

[施設基準]

- 1 亜急性期入院医療管理料 1
 - ① 届出可能病床は亜急性期入院医療管理料 1 と 2 をあわせて一般病床数の 3 割以下。ただし、200床以上の病院は病床数にかかわらず最大40床まで、100床以下の病院は病床数にかかわらず最大30床まで届出可能。
 - ② 看護職員配置が常時13対 1 以上。
 - ③ 診療録管理体制加算を算定していること。
 - ④ 専任の在宅復帰支援者が勤務していること
 - ⑤ 在宅復帰率が 6 割以上であること。
- 2 亜急性期入院医療管理料 2
(削除)
 - ① 届出可能病床は亜急性期入院医療管理料 1 と 2 をあわせて一般病床数の 3 割以下。ただし、200床以上の病院は病床数にかかわらず最大40床まで、100床以下の病院は病床数にかかわらず最大30床まで届出可能。
 - ② 看護職員配置が常時13対 1 以上。
 - ③ 診療録管理体制加算を算定していること。

<p>⑤ 専任の在宅復帰支援者が勤務していること。</p> <p>⑥ 在宅復帰率が6割以上であること。</p> <p>⑦ 治療開始日より3週間以内に7対1入院基本料、10対1入院基本料等算定病床から転床又は転院してきた患者が2／3以上であること。</p>	<p>④ 専任の在宅復帰支援者が勤務していること。</p> <p>⑤ 在宅復帰率が6割以上であること。</p> <p><u>(削除)</u></p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------

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【Ⅲ－１－（６）】

第１ 基本的な考え方

1. 今回の診療報酬改定における入院基本料等の見直し等については、従前からの診療報酬改定における取扱いを踏まえながら、DPC/PDPSにおいても、診断群分類点数表の改定及び医療機関別係数の設定等、所要の措置を講ずる。
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、今後段階的に基礎係数（包括範囲・平均出来高点数に相当）と機能評価係数Ⅱに置換えることとし、平成24年度改定において必要な措置を講じる。なお、基礎係数については、機能や役割に応じた医療機関群別に設定する。
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手法を導入する。
5. 特定入院料の取扱い（評価のあり方）、在院時期に応じた適切な薬剤料等包括評価のあり方、高額薬剤等に係る対応等、現行DPC/PDPSの算定ルール等に係る課題について必要な見直しを行う。
6. 急性期入院医療を担う医療機関の機能や役割を適切に分析・評価するため、DPC対象病院の外来診療に係るデータの提出を求める。

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。

2. 調整係数の見直しに係る対応と経過措置

(1) 基礎係数の導入と医療機関群の設定

- ① 制度創設時に導入した調整係数により設定される包括報酬部分（改定率の反映を含む）は、今後、段階的に基礎係数（直近の包括範囲出来高点数の平均に相当する部分）と機能評価係数Ⅱにより設定される包括報酬（それぞれ改定率を反映）に置換える。
- ② 基礎係数の設定は、役割や機能に着目した医療機関の群別に設定する。設定する医療機関群は「DPC病院Ⅰ群」、「DPC病院Ⅱ群」と「DPC病院Ⅲ群」の3群とする。
- ③ 「DPC病院Ⅱ群」は、一定以上の「診療密度」、「医師研修の実施」、「高度な医療技術の実施」、「重症患者に対する診療の実施」の4つの実績要件を満たす病院とする（ただし、「医師研修の実施」について、特定機能病院は、満たしたものとして取扱い、宮城、福島及び茨城の三県については、平成22年度の採用実績も考慮し判定）。なお、各要件の基準値（カットオフ値）は、DPC病院Ⅰ群の実績値に基づき設定する。

(2) 調整係数見直しに係る経過措置

- ① 円滑な現場対応を確保する観点から、平成22年度改定での機能評価係数Ⅱ導入と、その後に合意された基礎係数を含む医療機関別係数の最終的な設定方式を踏まえ、今後、改めて段階的・計画的な移行措置を実施することとし、平成24年度改定においては、調整部分の25%を改めて機能評価係数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。

$$\begin{aligned} \text{〔医療機関 A の暫定調整係数〕} &= \\ & \left(\text{〔医療機関 A の調整係数 (※)]} - \right. \\ & \left. \text{〔医療機関 A の属する医療機関群の基礎係数]} \right) \times 0.75 \end{aligned}$$

※ 「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。

3. 機能評価係数 I の見直し

- (1) 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 として係数設定する。
- (2) 従前の機能評価係数 I に加えて、「地域加算」「離島加算」（現行出来高評価）を機能評価係数 I として係数評価する。
- (3) 出来高報酬体系のデータ提出加算の新設に伴い、データ提出係数のうちデータ提出に係る評価部分を機能評価係数 I として整理する。
- (4) 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）のうち、地域医療指数、救急医療係数、データ提出指数について必要な見直しを行う。また、複雑性指数、カバー率指数、地域医療指数については、各医療機関群の特性に応じた評価手法を導入する。

〔機能評価係数Ⅱ見直しの概要〕（詳細は別表1・別表2を参照）

①データ提出指数

現行のICD-10病名のコーディング評価に関して更なる精緻化を行う。

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。

⑤救急医療指数

「救急医療係数」を「救急医療指数」として引き続き評価。

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様な見直しを行う（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24改定での対応	
地域医療への貢献に係る体制評価 (現行7項目のポイント制)	地域医療への貢献に係る体制評価指数 (10項目、一部実績加味、上限値設定)	
	定量評価指数 (新設)	1) 小児
		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10項目とし、1項目最大1ポイント、合計7ポイントを上限値として設定。また、各医療機関群の特性に対応して評価基準を設定。

- 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、
- ⑤災害時における医療、⑥へき地の医療、⑦周産期医療、
- ⑧がん診療連携拠点病院、⑨24時間t-PA体制、
- ⑩EMIS（広域災害・救急医療情報システム）

- (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。(詳細別表3)
- (4) 被災三県における診療実績に基づく指数(効率化指数、複雑性指数、カバー率指数、救急医療指数)は、震災前のみの実績も考慮し設定する。

5. 算定ルールの見直し

(1) 特定入院期間と薬剤等包括項目の算定ルール

化学療法を特定入院期間内に実施していないにも係らず、「化学療法あり」等の診断群分類により算定する場合は、当該化学療法薬は別途算定できないこととする。

(2) 診断群分類点数表の点数設定方法

特定の診断群分類について、在院日数遷延を防止する観点から、入院基本料を除く薬剤費等包括範囲の点数を入院期間Ⅰの点数に組込む設定を試行的に導入する。また、これらに合せて、DPC/PDPS対象施設数の増加や調査の通年化によるデータ数の大幅な増加と、今後の調整係数廃止に伴うより精緻な報酬設定等に対応するための定額報酬計算方式の整理と必要な見直しを行う。

(3) その他

診断群分類点数表の適用患者の明確化と高額な新規検査等への対応を実施する。

6. 外来診療に係るデータの提出

外来診療における出来高点数情報を新たな調査項目として加える。

DPC病院Ⅰ群とDPC病院Ⅱ群の施設については提出を必須とし、DPC病院Ⅲ群の施設については、任意提出とする。なお、これらの対応と、データ提出加算の新設と合わせて、係数の取扱いについて整理する。

「Ⅲ-1-⑤」を参照のこと。

<機能評価係数Ⅱの具体的な評価内容>

評価対象データは平成22年10月1日～平成23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) データ提出指数	DPC 対象病院のデータ提出における、適切な質・手順の遵守を評価	<p>原則として満点（1点）だが、以下の基準に該当した場合はそれぞれ減算する。</p> <p>① 手順の遵守 データ提出が遅滞した場合は、翌々月に当該評価を0.5点・1ヶ月の間、減じる（出来高算定病院におけるデータ提出に係る評価が新設された場合は、機能評価係数Ⅰとして整理）。</p> <p>② データの質の評価 A 新たに精査した「部位不明・詳細不明のコード」の使用割合が20%以上の場合に当該評価を0.05点・1年の間、減じる。（新たな減算基準の20%はこれまでの実績から改めて設定） B 今後の実績（提出データ）に基づく検討により、対象とする項目を選定した上で、一定の周知期間を経て、例えば平成25年度から、評価対象とする方向で検討 【例】・ 郵便番号 ・ がんのUICC分類 ・ その他疾患特異的な重症度分類 ※ なお、DPC 病院Ⅲ群について、外来診療に係るEF ファイル（出来高点数情報）に期限までに対応した場合について、一定の評価（0.05点を目安に今後検討）を加算する。（同上）</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。 ※ 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成の差を1入院あたり点数で評価	<p>〔当該医療機関の包括範囲出来高点数（一入院あたり）を、DPC（診断群分類）ごとに全病院の平均包括範囲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。 ※ 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	1 症例あたり〔救急医療入院患者について、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〕											
6) 地域医療指数	<p>地域医療への貢献を評価</p> <p>（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>	<p>以下の指数で構成する。</p> <table border="1" data-bbox="913 507 2045 727"> <thead> <tr> <th colspan="2">地域医療指数（内訳）</th> <th>評価に占めるシェア</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">① 体制評価指数（ポイント制、計 10 項目、上限 7 ポイント）</td> <td>1/2</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">② 定量評価指数（新設）</td> <td>1) 小児（15 歳未満）</td> <td>1/4</td> </tr> <tr> <td>2) 上記以外（15 歳以上）</td> <td>1/4</td> </tr> </tbody> </table> <p>① 体制評価指数（評価に占めるシェアは 1/2）</p> <p>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 10 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 7 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）</p> <p>〔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〕</p> <p>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。</p> <p>【評価対象地域の考え方】</p> <p>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。</p> <p>【集計対象とする患者数の考え方】</p> <p>DPC 対象病院に入院した患者とする。</p>	地域医療指数（内訳）		評価に占めるシェア	① 体制評価指数（ポイント制、計 10 項目、上限 7 ポイント）		1/2	② 定量評価指数（新設）	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（ポイント制、計 10 項目、上限 7 ポイント）		1/2											
② 定量評価指数（新設）	1) 小児（15 歳未満）	1/4											
	2) 上記以外（15 歳以上）	1/4											

別表 2

＜地域医療指数・体制評価指数別表 2＞地域医療計画等における一定の役割を 10 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 7 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り評価。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〕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）

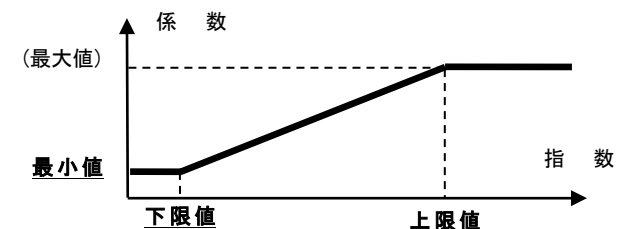
評価項目（各 1P）	DPC 病院 I 群及び DPC 病院 II 群	DPC 病院 III 群
⑤災害時における医療	「災害拠点病院の指定」と「DMAT の指定」をそれぞれ評価（各 0.5P）	「災害拠点病院の指定」又は「DMAT の指定」の有無を評価（いずれかで 1P）
⑥へき地の医療	「へき地医療拠点病院の指定」又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていることを評価（いずれかで 1P）	
⑦周産期医療	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「総合周産期母子医療センターの指定」を重点的に評価（1P） ・ 「地域周産期母子医療センターの指定」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がん診療連携拠点病院（新）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「都道府県がん診療連携拠点の指定」を重点的に評価（1P） ・ 「地域がん診療連携拠点病院の指定」は 0.5P ・ 準じた病院（右欄※参照）としての指定は評価対象外（0P） 	<p>「がん診療連携拠点病院の指定」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）</p> <p>※ 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。</p>
⑨24 時間 tPA 体制（新）	「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）（新）	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）	

【補足】。体制に係る指定要件については、平成 23 年 10 月 1 日までに指定を受けていること（平成 23 年 10 月 1 日付の指定を含む）を要件とする。

別表 3

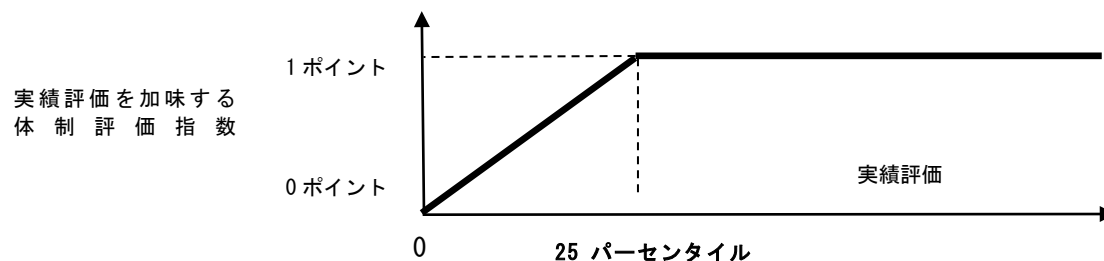
<評価定義域の下限値・上限値及び評価値域の最小値>

原則	指数の 上限・下限	外れ値等を除外するため、原則 97.5%タイル値、2.5%タイル値に設定（シェア等、値域が一定の範囲の場合は個別に設定）。		
	係数の最小値	0 に設定。		
具体的な設定	指数		係数	※備考
	上限値	下限値	最小値	
データ	(固定の係数値のため設定なし。)			※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
効率性	97.5%tile 値	2.5%tile 値	0	
複雑性	97.5%tile 値	2.5%tile 値	0	
カバー率	1.0	0	0 (※1)	
救急医療	97.5%tile 値	0 (※2)	0	
地域医療（定量評価）	1.0	0	0	



<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>

- 脳卒中地域連携、がん地域連携、地域がん登録、救急医療の4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パーセントタイル値を上限値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））。



D P Cフォーマットデータ提出の評価について

骨子【Ⅲ－１－（７）】

第１ 基本的な考え方

急性期入院医療を担う医療機関の機能や役割を適切に分析・評価するため、D P C対象病院ではない出来高算定病院についても、診療している患者の病態や実施した医療行為の内容等についてデータを提出した場合の評価を行う。また、D P C対象病院における外来診療や入院診療の出来高算定患者（包括対象外の患者）に係るデータの提出についても出来高算定病院での取扱いと同様な評価を行う。この際、D P C対象病院のデータ提出に係る評価（機能評価係数Ⅱ・データ提出係数の一部を含む）については、機能評価係数Ⅰとして当該評価との整合性を図りつつ整理（統合）する。

第２ 具体的な内容

診療している患者の病態や実施した医療行為の内容等についてデータを提出した場合の評価を新設する。

（新） データ提出加算 1

イ	200床以上の病院	100点（退院時1回）
ロ	200床未満の病院	150点（退院時1回）

（新） データ提出加算 2

イ	200床以上の病院	110点（退院時1回）
ロ	200床未満の病院	160点（退院時1回）

[算定要件]

データ提出加算 1

- ① データ提出することをあらかじめ届出した上で、D P Cフォーマットのデータ作成対象病棟に入院し、退院した全入院患者について、当該データを厚生労働省に提出した場合に、翌々月1日から算定可能。
- ② データの提出が遅延した場合は、遅延した月の翌々月について、当該加算

を算定できない（従来のデータ提出係数と同等の取扱い）。

データ提出加算 2

- ① 入院診療に係るデータに加えて外来診療データを提出した場合に算定する。
- ② データ提出することをあらかじめ届出た上で、DPCフォーマットのデータ作成対象病棟に入院し、退院した全入院患者について、当該データを厚生労働省に提出した場合に、翌々月1日から算定可能。
- ③ データの提出が遅延した場合は、遅延した月の翌々月について、当該加算を算定できない（従来のデータ提出係数と同等の取扱い）。

[施設基準]

- ① 一般病棟入院基本料（7対1又は10対1）、専門病院入院基本料（7対1又は10対1）、特定機能病院一般病棟入院基本料（7対1又は10対1）を算定している病院であること。
- ② 診療録管理体制加算に係る届出を行っていること、又はそれと同等の診療録管理体制を有しており、当該基準を満たすべく計画を策定していること。
- ③ 「適切なコーディングに関する委員会」を設置し、年2回以上当該委員会を開催すること。

[その他]

- ① 「外来診療データ」については、平成24年10月1日診療分を目途にデータ提出を受け付ける方向で対応する。
- ② DPC対象病院については、上記加算の新設に伴い、データ提出に係る評価を機能評価係数I（係数の設定方法については、その他の機能評価係数Iと同様）又は包括外の患者については当該評価として整理する。

慢性期入院医療の適切な評価

骨子【Ⅲ－２】

第１ 基本的な考え方

急性期の医療機関との連携推進、慢性期医療の質の向上等の観点から、慢性期入院医療の適切な評価を行う。

第２ 具体的な内容

1. 一般病棟における長期療養患者の評価について、適正化の観点から、一般病棟入院基本料 13 対 1、15 対 1 算定の病棟に限り、特定除外制度の見直しを行う。

(1) 90 日を超えて入院する患者を対象として、療養病棟と同等の報酬体系（医療区分及び ADL 区分を用いた包括評価）とする。

現 行	改定案
【一般病棟入院基本料（13対1、15対1）】 特定患者（当該病棟に90日を超えて入院する患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。）をいう。）に該当する者については、特定入院基本料として928点を算定する。	【一般病棟入院基本料（13対1、15対1）】 <u>届出を行った病棟については、当該病棟に90日を超えて入院する患者については、区分番号A101に掲げる療養病棟入院基本料1の例により算定する。</u>

(2) 90 日を超えて入院する患者を対象として、出来高算定とするが、平均在院日数の計算対象とする。

なお、上記の二つの取扱いについては、病棟単位で、医療機関が選択することとする。

[経過措置]

上記の取り扱いについては、平成 24 年 10 月 1 日から施行する。

2. 小児精神医療について、小児病院、精神病院それぞれにおいて適切な評価となるよう、児童・思春期精神科入院医療管理料を新設する。

「I-3-①」を参照のこと。

3. 療養病棟における褥瘡の治療に係る評価を行う。

入院時既に発生している褥瘡に限り、治癒・軽快後一ヶ月間は医療区分 2 を継続して算定可能とする。

併せて、当該取り扱いを採用する病院については、自院における褥瘡発生率等など医療の質に関する内容の公表を要件化する。

4. 特殊疾患病棟や障害者施設等から療養病棟に転換した場合に対する経過措置については 2 年間延長し、次回改定における取り扱いについては、現場の実態を踏まえた措置を検討する。

5. 救急搬送患者地域連携紹介加算及び受入加算の引き上げを行うとともに、対象とする患者を入院 5 日以内から 7 日以内に拡大する。また、同一医療機関が紹介加算、受入加算のいずれも届け出ることができることとし、受入加算については療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料算定病床でも算定可能とする。

「重点課題 1-1-③」を参照のこと。

6. 一定の条件の下、療養病棟における救急・在宅等支援療養病床初期加算の引き上げを行う。

「重点課題 1-1-④」を参照のこと。

7. 重症児（者）受入連携加算の引き上げを行うとともに、一般病棟入院基本料（13 対 1、15 対 1 のみ）、療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料にも拡大する。

「重点課題 1-1-⑤」を参照のこと。

8. 超重症児（者）・準超重症児（者）入院診療加算を療養病棟入院基本料、

有床診療所療養病床入院基本料を算定している医療機関でも算定可能とする。また、初期加算を救急医療機関からの転院時でも算定可能とする。

「重点課題 1-1-⑤」を参照のこと。

9. 栄養サポートチーム加算について、一般病棟入院基本料（13 対 1、15 対 1）、専門病院入院基本料（13 対 1）及び療養病棟入院基本料算定病床でも算定可能とする。ただし、療養病棟入院基本料算定病床においては入院の日から起算して6月以内のみ、算定可能とする。

「重点課題 1-4-①」を参照のこと。

10. 総合評価加算を引き上げるとともに、算定可能病棟を拡充する。

「重点課題 2-3-②」を参照のこと。

11. 療養病床に入院中の者がBPSDの増悪等により認知症専門医による短期集中的な入院加療が必要となった際、別の認知症治療病棟入院料算定医療機関に転院した上で、症状改善後に当該療養病床へ再転院を行った場合について、評価を新設する。

「I-4-④」を参照のこと。

12. 療養病棟療養環境加算、診療所療養病床療養環境加算については、一部に医療法の原則を下回る基準が設定されていることから、評価体系を見直し、原則を下回る病棟については、療養環境の改善計画を策定させることとする。

「II-3-①」を参照のこと。

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

骨子【Ⅲ－３】

第1 基本的な考え方

2次医療圏において自己完結した医療を行っているが、医療提供体制が十分ではなく医療機関の機能分化を進めることが困難である地域や離島にある病院等について、現状を踏まえた評価を行う。

第2 具体的な内容

自己完結した医療提供をしており、医療従事者の確保等が困難かつ医療機関が少ない2次医療圏及び離島にある医療機関（ただし、一定規模の医療機関を除く）について、評価体系を見直す。

1. これらの地域では、他の地域と比べ、同一病院で様々な状態の患者を診療していることや、医療従事者の確保等が難しく病棟全体で看護要員の要件を満たすことが困難なこと等を踏まえ、入院基本料の届出について、病棟ごとの届出を可能とする。

現 行	改定案
<p>【入院基本料の届出に関する事項】</p> <p>届出は、病院である保険医療機関において一般病棟、療養病棟、結核病棟及び精神病棟につきそれぞれ区分し、当該病棟種別の病棟全体につき包括的に届出を行う。</p>	<p>【入院基本料の届出に関する事項】</p> <p>届出は、病院である保険医療機関において一般病棟、療養病棟、結核病棟及び精神病棟につきそれぞれ区分し、当該病棟種別の病棟全体につき包括的に届出を行う。</p> <p><u>ただし、別に厚生労働大臣が定める二次医療圏に属する保険医療機関（特定機能病院、200床以上の病</u></p>

	<u>院、D P C対象病院、一般病棟 7 対 1 入院基本料及び一般病棟10対 1 入院基本料を算定している病院を除く）の一般病棟においては、それぞれの病棟ごとに届出を行っても差し支えない。</u>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------

2. 亜急性期入院医療管理料について看護配置等を緩和した評価を新設する。

(新)	<u>亜急性期入院医療管理料 1（指定地域）</u>	1,750 点（1日につき）
(新)	<u>亜急性期入院医療管理料 2（指定地域）</u>	1,650 点（1日につき）

[算定要件]

60 日を限度として一般病棟の病室単位で算定する。

[施設基準]

- ① 別に厚生労働大臣が定める二次医療圏に属する保険医療機関（特定機能病院、200 床以上の病院、D P C対象病院、一般病棟 7 対 1 入院基本料及び一般病棟 10 対 1 入院基本料を算定している病院を除く）であること。
- ② 届出可能病床は亜急性期入院医療管理料 1 と 2 をあわせて一般病床数の 3 割以下。
- ③ 看護職員配置が 常時15対 1に限る。
- ④ 診療録管理体制加算を算定していること。
- ⑤ 専任の在宅復帰支援者が勤務していること
- ⑥ 在宅復帰率が 6 割以上であること。

3. チームで診療を行う入院基本料等加算について、専従要件を緩和した評価を新設する。

(1) 栄養サポートチーム加算における専従要件を緩和した評価を新設する。

(新)	<u>栄養サポートチーム加算（指定地域）</u>	100 点（週 1 回）
-----	--------------------------	--------------

[施設基準]

- ① 別に厚生労働大臣が定める二次医療圏に属する保険医療機関（特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟7対1、10対1入院基本料を算定している病院を除く）であること。
- ② 当該保険医療機関に以下から構成される栄養サポートチームが設置されている。
 - ア 栄養管理に係る所定の研修を終了した専任の常勤医師
 - イ 栄養管理に係る所定の研修を終了した専任の常勤看護師
 - ウ 栄養管理に係る所定の研修を終了した専任の常勤薬剤師
 - エ 栄養管理に係る所定の研修を終了した専任の管理栄養士
- ③ 1日当たりの算定患者数は、1チームにつき概ね15人以内とする。

(2) 緩和ケア診療加算における専従要件を緩和した評価を新設する。

(新) 緩和ケア診療加算（指定地域） 200点（1日につき）

[施設基準]

- ① 別に厚生労働大臣が定める二次医療圏に属する保険医療機関（特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟7対1、10対1入院基本料を算定している病院を除く）であること。
- ② 当該保険医療機関に以下から構成される緩和ケアチームが設置されている。
 - ア 身体症状の緩和を担当する所定の研修を終了した専任の常勤医師
 - イ 精神症状の緩和を担当する所定の研修を終了した専任の常勤医師
 - ウ 緩和ケアの経験を有する所定の研修を終了した専任の常勤看護師
 - エ 緩和ケアの経験を有する専任の薬剤師
- ③ 1日当たりの算定患者数は、1チームにつき概ね15人以内とする。

4. 1病棟のみの小規模な病院について、病棟に応じた評価を新設する。

(新) 特定一般病棟入院料（指定地域）

<u>13対1入院料</u>	<u>1,092点</u>
<u>15対1入院料</u>	<u>934点</u>

[施設基準]

- ① 別に厚生労働大臣が定める二次医療圏に属する保険医療機関（特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟7対1、10対1入院基本料を算定している病院を除く）であること。
- ② 当該保険医療機関の病棟が一つであり、一般病床であること。

診療所の機能に着目した評価

骨子【Ⅲ－４－（１）（２）】

第１ 基本的な考え方

1. 緊急時の受け皿となる病床を確保し、在宅医療を円滑なものとするため、地域に密着した有床診療所の看取り機能や緩和ケア受入機能の強化を図る必要がある。このため、夜間に看護師が配置されている有床診療所について、新たに有床診療所に即した緩和ケア診療や、ターミナルケアに関する評価を新設する。
2. 地域医療を支える有床診療所の病床の有効活用を図るため、入院基本料の要件緩和を行う。

第２ 具体的な内容

1. 有床診療所における緩和ケアの推進

有床診療所において質の高い緩和ケア医療が提供された場合の評価を新設する。

(新) 有床診療所緩和ケア診療加算 150点（１日につき）

[算定要件]

有床診療所に入院する悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者

[施設基準]

- ① 夜間に看護職員を１名以上配置していること。
- ② 身体症状、精神症状の緩和を担当する常勤医師、緩和ケアの経験を有する常勤看護師（医師もしくは看護師の一方は緩和ケアに関する研修修了者）が配置されていること。

2. 有床診療所におけるターミナルケアの推進

有床診療所における看取りを含めたターミナルケアを充実させるため、有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料にターミナルケアを実施した場合の評価を新設する。

(新) 看取り加算

<u>在宅療養支援診療所の場合</u>	<u>2,000 点</u>
<u>その他の場合</u>	<u>1,000 点</u>

[算定要件]

当該保険医療機関に入院している患者を、入院の日から 30 日以内に看取った場合

[施設基準]

夜間に看護職員を 1 名以上配置していること。

3. 有床診療所の入院基本料の評価は、一般病床、療養病床で区別されているが、両方の病床を有する診療所については、双方の要件を満たしている場合に限り、患者像に応じた相互算定を可能とする。

4. 介護療養病床入院患者が急性増悪した際に、医療保険を算定できる病床は 2 室 8 床に限られているが、より柔軟な運用を可能とするため、全介護療養病床について算定可能とする。

医療機関間の連携に着目した評価

骨子【Ⅲ－５－（４）】

骨子【Ⅲ－５－（11）】

1. 救急搬送患者地域連携紹介加算及び受入加算の引き上げを行うとともに、対象とする患者を入院5日以内から7日以内に拡大する。また、同一医療機関が紹介加算、受入加算のいずれも届け出ることができることとし、受入加算については療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料算定病床でも算定可能とする。

「重点課題 1－1－③」を参照のこと。

2. 一定の条件の下、療養病棟における救急・在宅等支援療養病床初期加算の引き上げを行う。

「重点課題 1－1－④」を参照のこと。

3. 一般病棟入院基本料（13対1、15対1に限る。）において、急性期後の患者、状態が軽度悪化した在宅療養中の患者や介護施設の入所者を受け入れた場合についての評価を新設する。

「重点課題 1－1－④」を参照のこと。

4. 新生児特定集中治療室退院調整加算について、新生児特定集中治療室の勤務経験のある看護師が退院調整に参画することを要件としたうえで評価を引き上げる。また、長期入院が見込まれる者については退院支援計画策定時と退院時の2回算定可能とする。

「重点課題 1－1－⑤」を参照のこと。

5. 重症児（者）受入連携加算の引き上げを行うとともに、一般病棟入院基本料（13対1、15対1のみ）、療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料にも拡大する。

「重点課題 1－1－⑤」を参照のこと。

6. 在宅医療への移行を円滑なものとするため、在宅患者緊急入院診療加算を小児入院医療管理料算定病床でも算定可能とする。

「重点課題 1-1-⑤」を参照のこと。

7. 超重症児（者）・準超重症児（者）入院診療加算を療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料を算定している医療機関でも算定可能とする。また、初期加算を救急医療機関からの転院時でも算定可能とする。

「重点課題 1-1-⑤」を参照のこと。

8. 長時間訪問看護の算定要件の見直し

(1) 長時間訪問看護の対象を小児については人工呼吸器を装着していない超重症児・準超重症児にも拡大し、当該患者の回数制限を3回にする。

(2) 特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者を追加する。

(3) 特別な管理を必要とする患者（特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる状態等にある者）を追加する。

(4) 医療保険下の長時間訪問看護は2時間以上提供した場合から算定可能となっているが、介護保険との整合をとるため、90分以上から算定できることとする。

「重点課題 1-1-⑤」を参照のこと。

9. 24時間対応を充実させる観点から、機能を強化した在支診・在支病等における緊急時・夜間の往診料の引き上げを行う。

「重点課題 2-1-①」を参照のこと。

10. 在宅療養を行っている患者への総合的な医学管理を充実させる観点から、機能を強化した在支診・在支病等における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の引き上げを行う。

「重点課題 2-1-①」を参照のこと。

11. 入院が必要となるような急変時の対応を充実させる観点から、機能を強化した在支診・在支病等における在宅患者緊急入院診療加算の引き上げを行う。

「重点課題 2-1-①」を参照のこと。

12. 入院 7 日以内に退院困難者の抽出を行うこと及び医療機関が抽出した患者以外にも先行研究から明らかになった退院困難者については、調整を行うことを明確化する。また、算定している入院料ごとに早期退院患者に係る退院加算を手厚く評価する。

「重点課題 2-3-②」を参照のこと。

13. 総合評価加算を引き上げるとともに、算定可能病棟を拡充する。

「重点課題 2-3-②」を参照のこと。

14. 退院時共同指導料の評価の見直し

- (1) 訪問看護ステーションとの連携の評価

医療機関が訪問看護ステーションと入院中に退院時のカンファレンス等を行った場合に、退院時共同指導料 2 を算定できるようにする。

「重点課題 2-3-③」を参照のこと。

- (2) 特別な管理を要する患者の退院時共同指導の評価

退院後、特別な管理が必要な者に対して、在宅医療を担う医療機関の保険医、若しくは当該保険医の指示を受けた看護師、又は訪問看護ステーションの看護師が、退院時共同指導を行った場合のさらなる評価を行う。

「重点課題 2-3-③」を参照のこと。

15. 外泊日、退院当日の訪問看護の評価

- (1) 外泊日の訪問看護

患者の試験外泊において、当該入院医療機関からの訪問看護は「退院前訪問指導料」として既に評価されているが、連携する訪問看護ステーションによる試験外泊時の訪問看護の評価を新設する。

「重点課題 2-3-③」を参照のこと。

- (2) 退院当日の訪問看護

(訪問看護療養費)

- ① 退院当日に訪問看護を行い、初回訪問までに患者が死亡した場合の退院支援指導加算を退院日に遡って算定できるようにする。
- ② また、算定可能な退院支援指導加算の対象は、厚生労働大臣が定める疾病・状態の患者に限られているため、対象を拡大するとともに、算定要件を緩和する。

(退院前訪問指導料)

医療機関からの退院当日の訪問看護を評価する。

「重点課題 2-3-③」を参照のこと。

16. 医療依存度の高い状態の要介護被保険者等である患者に対し、退院直後の2週間に限り、特別訪問看護指示に基づき、訪問看護が提供できることを明示する。

「重点課題 2-3-⑤」を参照のこと。

17. がん診療連携拠点病院加算について、紹介元の医療機関から悪性腫瘍の疑いで紹介された患者についても算定できるよう要件を変更する。また、紹介元の医療機関から悪性腫瘍でがん診療連携拠点病院に紹介された患者であって、入院には至らず外来化学療法等を受けた場合について、その連携を評価するため医学管理料を新設する。

「I-1-⑥」を参照のこと。

18. がん治療連携計画策定料について、退院後一定期間の外来診療の後に連携医療機関に紹介した場合についても算定可能とするとともに、患者の状態の変化等により、がん治療連携計画に基づく治療方針の変更が必要となった場合についても評価を行う。

「I-1-⑥」を参照のこと。

19. リンパ浮腫指導管理料について、手術を行った保険医療機関だけではなく、手術後に地域の保険医療機関において2度目の指導を受けた場合も評価を行う。また、がん患者カウンセリング料について、継続的な療養支援を担う為に転院を受け入れる医療機関においてがん患者カウンセリングを実施した場合も評価を行う。

「I-1-⑥」を参照のこと。

20. 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料について、手術等の目的で一時的に転棟、あるいは転院した場合、再転棟や再入院時に再算定可能にする。
「Ⅰ－３－①」を参照のこと。
21. 精神科救急医療機関に緊急入院した後、状態の落ち着いた患者について、あらかじめ連携している精神科医療機関に転院させた場合や、精神科医療機関が転院を受け入れた場合について評価を新設する。
「Ⅰ－３－①」を参照のこと。
22. 認知症治療病棟入院料の退院調整加算の要件を見直し、退院支援部署による支援で退院を行った場合の評価を引き上げる。
「Ⅰ－４－①」を参照のこと。
23. 認知症専門診断管理料の見直しを行う。また、専門医療機関で認知症と診断された患者について、かかりつけ医が専門医療機関と連携し、その後の管理を行った場合の評価を行う。
「Ⅰ－４－②」を参照のこと。
24. 療養病床に入院中の者がBPSDの増悪等により認知症専門医による短期集中的な入院加療が必要となった際、別の認知症治療病棟入院料算定医療機関に転院した上で、症状改善後に当該療養病床へ再転院を行った場合について、評価を新設する。
「Ⅰ－４－④」を参照のこと。
25. 入院時既に発生している褥瘡に限り、治癒・軽快後一ヶ月間は医療区分2を継続して算定可能とする。併せて、当該取り扱いを採用する病院については、自院における褥瘡発生率等など医療の質に関する内容の公表を要件化する。
「Ⅲ－２」を参照のこと。
26. 医科の医療機関との連携を評価した歯科治療総合医療管理料及び在宅患者歯科治療総合医療管理料の対象疾患に骨粗鬆症（ビスフォスホネー

ト系製剤の服用患者)等の口腔内に合併症を引き起こす疾患を追加する。
「重点課題 1-4-②」を参照のこと

27. 著しく歯科診療が困難な患者の状態に応じて、身近な歯科医療機関でも円滑に歯科治療が受けられるよう、専門性の高い歯科医療機関から患者を紹介した場合及び一般の歯科医療機関が患者を受け入れた場合の評価を行う。

「I-7-①」を参照のこと。

薬学的管理及び指導の充実について

骨子【Ⅲ－6－(1)】

第1 基本的な考え方

1. お薬手帳を通じて薬剤情報を共有することの有用性が再認識されていることから、薬学的管理指導のさらなる質の向上を図るため、薬剤服用歴管理指導料と薬剤情報提供料を包括的に評価する。また、医薬品のさらなる適正使用を図るため、薬歴を活用した残薬確認についても評価する。
2. 特に安全管理が必要な医薬品（ハイリスク薬）が処方されている場合の算定要件を明確化するための見直しを行う。
3. 乳幼児への薬学的管理指導に関しては、現行では、調剤技術料（自家製剤加算及び計量混合加算）の中で調剤から薬学的管理指導に至る内容が評価されているが、点数設定を含め、現行の扱いを整理するとともに、薬剤服用歴管理指導料への加算を新設する。

第2 具体的な内容

1. 残薬確認も含めた薬剤服用歴管理指導料の包括的評価の充実

薬剤情報提供料を廃止し、お薬手帳を通じた情報提供を算定要件として薬剤服用歴管理指導料の中で包括的に評価する。

また、薬歴を活用した残薬確認も薬剤服用歴管理指導料の算定要件として評価を充実する。

現 行	改定案
【薬剤服用歴管理指導料】（処方せん の受付1回につき） 30点 [算定要件]	【薬剤服用歴管理指導料】（処方せん の受付1回につき） 41点(改) [算定要件]

注 患者に対して、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。

① 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書又はこれに準ずるものにより患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明を行うこと。

② 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関し必要な指導を行うこと。

【薬剤情報提供料】（処方せんの受付1回につき） 15点

[算定要件]

調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、相互作用その他服用に際して注意すべき事項を患者の求めに応じて手帳に記載した場合に、月4回（処方の内容に変更があった場合は、

注 患者に対して、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。

① 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書又はこれに準ずるもの（以下「薬剤情報提供文書」という。）により患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明を行うこと。

② 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関し必要な指導を行うこと。

③ 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること。

④ 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、また、直接患者又はその家族等からこれまでに投薬された薬剤のうち服薬していないものの有無も含めて確認を行うこと。

（廃止）

その変更後月4回)に限り算定する。

2. 特定薬剤管理指導加算（ハイリスク薬）の算定要件の明確化

特定薬剤管理指導加算の算定要件である、ハイリスク薬が処方された患者に対して行う、その効果や関連副作用の有無等の確認内容等をより明確化する。

3. 乳幼児（6歳未満）への服薬指導の薬学的管理指導における評価

乳幼児（6歳未満）の処方せんを受け付けた場合であって、乳幼児が安全に、又は容易に服用できるよう、乳幼児への服薬指導を行った場合、現行では調剤料における「特別の乳幼児用製剤」の加算の中で評価されているが、この調剤料における加算項目を削除するとともに、薬剤服用歴管理指導料の加算を新設する。

（新） 乳幼児服薬指導加算 5点

現 行	改定案
<p>【薬剤服用歴管理指導料】（処方せんの受付1回につき） 30点</p>	<p>【薬剤服用歴管理指導料】（処方せんの受付1回につき） <u>41点</u>（改）</p> <p>[算定要件]</p> <p><u>注 乳幼児（6歳未満）に係る調剤に際して必要な情報等を直接患者又はその家族等に確認した上で、患者又は患者の家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、指導内容等を手帳に記載した場合は、所定点数に5点を加算する。</u></p>
<p>（調剤料）</p> <p>【自家製剤加算】（1調剤につき）</p>	<p>（調剤料）</p> <p>【自家製剤加算】（1調剤につき）</p>

<p>イ 内服薬及び頓服薬（特別の乳幼児用製剤を行った場合を除く。）</p> <p>(1) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、エキス剤の内服薬 20 点</p> <p>(2) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、エキス剤の頓服薬 90 点</p> <p>(3) 液剤 45 点</p> <p>ロ 内服薬及び頓服薬（特別の乳幼児用製剤を行った場合に限る。）</p> <p>(1) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、エキス剤 120 点</p> <p>(2) 液剤 75 点</p> <p>【計量混合加算】（1 調剤につき）</p>	<p>イ 内服薬及び頓服薬</p> <p>(1) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、エキス剤の内服薬 20 点</p> <p>(2) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、エキス剤の頓服薬 90 点</p> <p>(3) 液剤 45 点</p> <p>(削除)</p> <p>【計量混合加算】（1 調剤につき）</p> <p>(削除)</p>
<p>イ 特別の乳幼児用製剤を行った場合</p> <p>(1) 液剤の場合 75 点</p> <p>(2) 散剤又は顆粒剤の場合 90 点</p> <p>(3) 軟・硬膏剤の場合 80 点</p> <p>ロ イ以外の場合</p> <p>(1) 液剤の場合 35 点</p> <p>(2) 散剤又は顆粒剤の場合 45 点</p> <p>(3) 軟・硬膏剤の場合 80 点</p>	<p>(削除)</p> <p>(1) 液剤の場合 35 点</p> <p>(2) 散剤又は顆粒剤の場合 45 点</p> <p>(3) 軟・硬膏剤の場合 80 点</p>

調剤報酬における適正化・合理化

骨子【Ⅲ－6－(2)】

第1 基本的な考え方

調剤報酬の中で適正化できる以下の事項について見直しを行う。

1. 基準調剤加算の施設基準については、地域医療を応需する「かかりつけ薬局」のあるべき方向性等を考慮し、備蓄医薬品の品目数の見直しを行うとともに、特定の医療機関の診療時間等に応じた開局時間を設定している薬局については施設基準を満たさないこととするよう見直す。
2. 薬学管理料における、調剤情報提供料、服薬情報提供料等については、一連の調剤・薬学的管理指導行為の中で算定されるものであるため、整理・統合する方向で見直しを行う

第2 具体的な内容

1. 基準調剤加算の施設基準の見直し

基準調剤加算の施設基準に、開局時間に係る要件を設けるとともに、備蓄医薬品数は実態等を踏まえた品目数とする。

現 行		改定案	
【基準調剤加算】		【基準調剤加算】	
1	基準調剤加算 1 10 点	1	基準調剤加算 1 10 点
2	基準調剤加算 2 30 点	2	基準調剤加算 2 30 点
[施設基準]		[施設基準]	
(1) 通則		(1) 通則	
イ、ロ 略		イ、ロ 略	
		ハ <u>地域の保険医療機関の通常の診療時間に応じた開局時間</u> となつて	

<p>ハ、ニ 略</p> <p>(2) 基準調剤加算 1 の基準 十分な数の医薬品を備蓄していること。</p> <p>(3) 基準調剤加算 2 の基準</p> <p>イ、ロ 略</p> <p>ハ 十分な数の医薬品を備蓄していること。</p>	<p><u>いること。</u></p> <p><u>ニ、ホ 略</u></p> <p>(2) 基準調剤加算 1 の基準 十分な数の医薬品を備蓄していること。</p> <p>(3) 基準調剤加算 2 の基準</p> <p>イ、ロ 略</p> <p>ハ 十分な数の医薬品を備蓄していること。</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

※ なお、各々の加算における「十分な医薬品を備蓄している」基準として、通知において、基準調剤加算 1 については現行の「500 品目以上」を「700 品目以上」とし、基準調剤加算 2 については現行の「700 品目以上」を「1000 品目以上」とする。

2. 調剤情報提供料、服薬情報提供料等の見直し

調剤情報提供料、服薬情報提供料及びその加算である服薬指導情報提供加算については廃止し、これらを統合した評価として、新たに服薬情報等提供料を新設する。

現 行	改定案
<p>【調剤情報提供料】（処方せんの受付 1 回につき） 15点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注 処方された薬剤について、長期にわたる保存の困難性その他の理由により分割して調剤を行った場合等において、保険薬局が患者の調剤に関する情報提供の必要性を認め、当該患者の同意を得て、当該患者が現に診療を受けている保険医療機関に対してこれを照会し、かつ、文</p>	<p><u>(廃止)</u></p>

書により提供した場合に算定する。

【服薬情報提供料】 15点

[算定要件]

注1 処方せん発行保険医療機関から情報提供の求めがあった場合又は薬剤服用歴に基づき患者に対して薬学的管理及び指導を行っている保険薬局が当該患者の服薬に関する情報提供の必要性を認めた場合において、当該患者の同意を得て、該患者が現に診療を受けている保険医療機関に対して、服薬状況を示す情報を文書により提供した場合に月1回に限り算定する。

注2 保険薬局が患者の服薬指導に関する情報提供の必要性を認め、当該患者の同意を得て、該患者が現に診療を受けている保険医療機関に対して、当該患者に対する服薬指導等の内容を示す文書を添えて必要な情報を提供した場合は、所定点数に15点を加算する。

(廃止)

【服薬情報等提供料】 15点(新)

[算定要件]

注 処方せん発行保険医療機関から情報提供の求めがあった場合又は薬剤服用歴に基づき患者に対して薬学的管理及び指導を行っている

	<p><u>保険薬局が当該患者の服薬等に関する情報提供の必要性を認めた場合において、当該患者の同意を得て、当該患者が現に診療を受けている保険医療機関に対して、服薬状況等を示す情報を文書により提供した場合に月 1 回に限り算定する。</u></p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

後発医薬品の使用促進について

骨子【Ⅳ－１】

第１ 基本的な考え方

1. これまで、後発医薬品の使用促進のため、処方せん様式の変更、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則等の改正、薬局の調剤基本料における後発医薬品調剤体制加算の見直し、医療機関における後発医薬品を積極的に使用する体制の評価等の取組を行ってきた。

後発医薬品の使用割合は着実に増加してはいるものの、政府目標の達成のためには一層の使用促進が必要であり、後発医薬品の品質面での信頼性確保とその周知に一層努めるとともに、入院、外来を問わず全体として後発医薬品の使用を進めていく必要がある。

このため、「後発医薬品の使用促進のための環境整備の骨子」に基づき、環境整備を行う。

2. なお、「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」の範囲については、平成22年4月以降、先発医薬品の薬価より高い品目を除外してきたところであるが、平成24年4月以降は、これに加え、先発医薬品の薬価と同額の品目についても、除外することとする。

第２ 具体的な内容

1. 薬局における後発医薬品調剤体制加算等の見直し

(1) 調剤基本料における後発医薬品調剤体制加算の見直し

薬局における後発医薬品の調剤を促すため、調剤基本料における後発医薬品調剤体制加算の要件について、数量ベースでの後発医薬品の使用割合が22%以上、30%以上及び35%以上の場合に改めることとし、特に30%以上及び35%以上の場合を重点的に評価する。

現 行	改定案																		
<p>【後発医薬品調剤体制加算】（処方せんの受付1回につき）</p> <p>直近3か月間の医薬品の調剤数量（調剤した医薬品について薬価基準上の規格単位ごとに数えた数量のことをいう。）のうち、後発医薬品の調剤数量の割合が、それぞれ、以下のとおりであること</p> <table border="0"> <tr> <td>1</td> <td>20%以上</td> <td>6点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>25%以上</td> <td>13点</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>30%以上</td> <td>17点</td> </tr> </table>	1	20%以上	6点	2	25%以上	13点	3	30%以上	17点	<p>【後発医薬品調剤体制加算】（処方せんの受付1回につき）</p> <p>直近3か月間の医薬品の調剤数量（調剤した医薬品について薬価基準上の規格単位ごとに数えた数量のことをいう。）のうち、後発医薬品の調剤数量の割合が、それぞれ、以下のとおりであること。</p> <table border="0"> <tr> <td>1</td> <td><u>22%以上</u></td> <td><u>5点(改)</u></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td><u>30%以上</u></td> <td><u>15点(改)</u></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td><u>35%以上</u></td> <td><u>19点(改)</u></td> </tr> </table>	1	<u>22%以上</u>	<u>5点(改)</u>	2	<u>30%以上</u>	<u>15点(改)</u>	3	<u>35%以上</u>	<u>19点(改)</u>
1	20%以上	6点																	
2	25%以上	13点																	
3	30%以上	17点																	
1	<u>22%以上</u>	<u>5点(改)</u>																	
2	<u>30%以上</u>	<u>15点(改)</u>																	
3	<u>35%以上</u>	<u>19点(改)</u>																	

※1 後発医薬品の調剤数量の割合を計算する際に、経腸成分栄養剤及び特殊ミルク製剤に加えて、漢方製剤及び生薬については、後発医薬品の調剤数量の割合を算出する際に、分母から除外することとする。

※2 平成24年度薬価改定の結果、一部の後発医薬品の薬価については、先発医薬品の薬価よりも「高くなる」、若しくは「同じとなる」見込みであることから、これら薬価が「高くなる」、若しくは「同じとなる」品目については、後発医薬品の使用に係る診療報酬上の評価の対象としている「診療報酬における後発医薬品」のリストから除外することとする。

(2) 後発医薬品調剤加算及び後発医薬品情報提供料の廃止

調剤料における後発医薬品調剤加算及び薬学管理料における後発医薬品情報提供料を廃止する。

現 行	改定案
<p>【後発医薬品調剤加算】（1調剤につき）</p> <p>[算定要件]</p> <p>後発医薬品を調剤した場合は、各区分の所定点数（内服薬の場合は、1剤に係る所定点数）に1調剤につき2点を加算する。</p>	<p><u>(廃止)</u></p>

<p>【後発医薬品情報提供料】（処方せん受付1回につき） 10点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注 後発医薬品に関する主たる情報（先発医薬品との薬剤料の差に係る情報を含む。）を文書又はこれに準ずるものにより患者に提供し、患者の同意を得て、後発医薬品を調剤した場合に算定する。ただし、処方せんの指示に基づき後発医薬品を調剤した場合は算定できない。</p>	<p><u>（廃止）</u></p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------

2. 薬局における薬剤情報提供文書を活用した後発医薬品に係る情報提供の評価

薬剤服用歴管理指導料における薬剤情報提供文書の中で、全ての先発薬に対する後発医薬品に関する情報（後発医薬品の有無、価格及び在庫情報）を付加的に提供することを、薬剤服用歴管理指導料の算定要件として評価を行う。

現 行	改定案
<p>【薬剤服用歴管理指導料】 （処方せんの受付1回につき） 30点</p> <p>[算定要件]</p> <p>患者に対して、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。</p> <p>① 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主</p>	<p>【薬剤服用歴管理指導料】（処方せんの受付1回につき） <u>41点</u>（改）</p> <p>[算定要件]</p> <p>患者に対して、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。</p> <p>① 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主</p>

<p>な情報を文書又はこれに準ずるものにより患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明を行うこと。</p> <p>② 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関し必要な指導を行うこと。</p> <p>【薬剤情報提供料】（処方せんの受付1回につき） 15点</p>	<p>な情報を文書又はこれに準ずるもの（以下「<u>薬剤情報提供文書</u>という。）により患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明を行うこと。</p> <p>② 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関し必要な指導を行うこと。</p> <p>③ <u>調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること。</u></p> <p>④ <u>患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、また、直接患者又はその家族等からこれまでに投薬された薬剤のうち服薬していないものの有無も含めて確認を行うこと。</u></p> <p>⑤ <u>薬剤情報提供文書により、投薬に係る薬剤に対する後発医薬品に関する情報（後発医薬品の有無及び価格に関する情報を含む。）を患者に提供すること。</u></p> <p><u>（廃止）</u></p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3. 医療機関における後発医薬品を積極的に使用する体制評価の見直し

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

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

4. 一般名処方 of 推進

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

現 行	改定案

<p>【処方せん料】</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 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>（注を追加）</p> <p><u>一般名による記載を含む処方せんを交付した場合は、処方せんの交付1回につき2点を加算する。</u></p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

5. 処方せん様式の変更

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

6. 後発医薬品の品質確保

「後発医薬品の品質確保」については、これまでも医療関係者や患者の信頼を確保するために、アクションプログラムに基づき、国、後発医薬品メーカーそれぞれが取組を実施しているところであるが、今後は、後発医薬品メーカーによる品質の確保及び向上への取組、情報の発信をより一層促すとともに、これに加え、以下の取組についても実施する。

(1) 厚生労働省やPMDA等が中心となり、医療関係者や国民向けの後発

医薬品についての科学的見解を作成する。

(2) ジェネリック医薬品品質情報検討会の検討結果について、より積極的に情報提供を図る。

(別紙) 新たな処方せんの様式 (案)

<div style="text-align: center; font-size: 24px; font-weight: bold; margin-bottom: 10px;">処 方 せ ん</div> <div style="text-align: center; font-size: 12px; margin-bottom: 5px;">(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)</div>																																					
公費負担者番号															保 険 者 番 号																						
公費負担医療 の受給者番号															被保険者証・被保険 者手帳の記号・番号																						
患 者	氏 名											保険医療機関の 所在地及び名称																									
	生年月日	明大昭平												電 話 番 号																							
	区 分	被保険者	被扶養者							保 険 医 氏 名	(印)																										
	都道府県 番号														点 数 表 番 号	医 療 機 関 コ ー ド																					
交付年月日	平成														処 方 せ ん の 使 用 期 間	平成									特に記載のある場合 を除き、交付の日を含 めて4日以内に保険薬 局に提出すること。												
処 方	変更不可	〔 個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更には、差支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「√」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。 〕																																			
	保 険 医 署 名	〔 「変更不可」欄に「√」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。 〕																																			
備 考																																					
	調剤済年月日	平成																								公費負担者番号											
保 険 薬 局 の 所 在 地 及 び 名 称 保 険 薬 剤 師 氏 名											(印)						公 費 負 担 医 療 の 受 給 者 番 号																				
備考	1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。 2. この用紙は、日本工業規格 A 列5番を標準とすること。 3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。																																				

様式第二号
(第二十三条関係)

平均在院日数の減少や長期入院の

是正に向けた取組について

骨子【IV-2-(1)】

1. 患者像に即した適切な評価や病床の機能分化を一層推進する観点から、一般病棟入院基本料における7対1入院基本料の算定要件を見直す。
「Ⅲ-1-①」を参照のこと。
2. 金曜日入院、月曜日退院の割合が明らかに高い医療機関について、土曜日、日曜日の入院基本料の適正化を行う。
「Ⅲ-1-②」を参照のこと。
3. 午前中の退院がそのほとんどを占める医療機関について、退院日の入院基本料の適正化を行う。
「Ⅲ-1-②」を参照のこと。
4. 一般病棟における長期療養患者の評価について、適正化の観点から、一般病棟入院基本料13対1、15対1算定の病棟に限り、特定除外制度の見直しを行う。
「Ⅲ-2」を参照のこと。
5. 精神療養病棟において、退院支援部署による支援で退院を行った場合の評価を新設する。
「Ⅰ-3-②」を参照のこと。
6. 認知症治療病棟入院料の退院調整加算の要件を見直し、退院支援部署による支援で退院を行った場合の評価を引き上げる。
「Ⅰ-4-①」を参照のこと。

検体検査実施料の適正化について

骨子【Ⅳ－３】

第１ 基本的な考え方

検体検査の実施料については、診療報酬改定時に衛生検査所検査料金調査による実勢価格に基づいて、その見直しを実施してきたところであり、これまでと同様の見直しを行う。

また、臨床的な観点から検査の区分や名称の変更を行う。

第２ 具体的な内容

1. 衛生検査所検査料金調査に基づき、保険償還価格と実勢価格の乖離が大きい検査について、適正な評価を行う。
2. 現在、１つの検査項目に、分析物の有無を判定する定性検査や分析物の量を精密に測定する定量検査など、有用性の異なる複数の検査が含まれる場合もあることから、医学的な有用性を踏まえ、区分の細分化を行う。
3. 検体検査の名称について、日本臨床検査標準協議会により取りまとめられた標準検査名称・標準検査法名称を参考に見直しを行う。
例) プロテインS→プロテインS活性、プロテインS抗原
単純ヘルペスウイルス特異抗原→単純ヘルペスウイルス抗原定性

医療機器の価格等に基づく検査及び処置の適正化

骨子【IV-1-(1)】

第1 基本的な考え方

生体検査や処置の一部の点数は、使用する機器の価格や検査に要する時間に比べて高い評価となっているとの指摘がある。

これらを踏まえ、使用する機器の価格や検査に要する時間等のデータに基づき、適正化を行う。

第2 具体的な内容

現 行		改定案	
【量的視野検査（片側）】		【量的視野検査（片側）】	
2 静的量的視野検査	300点	2 静的量的視野検査	<u>290点</u> (改)
【調節検査】		【調節検査】	
	74点		<u>70点</u> (改)
【角膜形状解析検査】		【角膜形状解析検査】	
	110点		<u>105点</u> (改)
【他覚的聴力検査又は行動観察による聴力検査】		【他覚的聴力検査又は行動観察による聴力検査】	
1 鼓膜音響インピーダンス検査	300点	1 鼓膜音響インピーダンス検査	<u>290点</u> (改)
2 チンパノメトリー	350点	2 チンパノメトリー	<u>340点</u> (改)
【皮膚科光線療法（1日につき）】		【皮膚科光線療法（1日につき）】	
3 中波紫外線療法（308ナノメートル以上313ナノメートル以下に限定したもの）	350点	3 中波紫外線療法（308ナノメートル以上313ナノメートル以下に限定したもの）	<u>340点</u> (改)

コンピューター断層撮影診断料の見直し

骨子【IV-4-(1)】

第1 基本的な考え方

CT撮影及びMRI撮影について、新たな機器の開発や新たな撮影法の登場などの技術の進歩が著しい状況にあり、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撮影の評価体系を見直す。

第2 具体的な内容

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

現 行	改定案
<p>【コンピューター断層撮影】</p> <p>1 CT撮影</p> <p>イ 16列以上のマルチスライス型の機器による場合 900点</p> <p>ロ 2列以上16列未満のマルチスライス型の機器による場合 820点</p> <p>ハ イ、ロ以外の場合 600点</p>	<p>【コンピューター断層撮影】</p> <p>1 CT撮影</p> <p>イ <u>64列以上のマルチスライス型の機器による場合</u> 950点(新)</p> <p>ロ 16列以上<u>64列未満</u>のマルチスライス型の機器による場合 900点(改)</p> <p>ハ <u>4列以上</u>16列未満のマルチスライス型の機器による場合 780点(改)</p> <p>ニ イ、ロ、<u>ハ</u>以外の場合 600点(改)</p> <p>[施設基準]</p>

		<u>イについては、画像診断管理加算2が算定できる施設に限る。専従の診療放射線技師が1名以上。</u>
【磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）】	【磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）】	【磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）】
1 1.5テスラ以上の機器による場合	1 3テスラ以上の機器による場合	1,400点(改)
1,330点		
2 1以外の場合	2 1.5テスラ以上の機器による場合	1,330点(改)
1,000点		
	3 1、2以外の場合	950点(改)
	[施設基準]	
	<u>1については、画像診断管理加算2が算定できる施設に限る。専従の診療放射線技師が1名以上。</u>	

[参考]

画像診断管理加算2の施設基準

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

ビタミン剤の取扱い

骨子【IV-4-(1)】

第1 基本的な考え方

ビタミンB群及びビタミンC製剤について、従来から「単なる栄養補給目的」での投与は算定不可となっているが、この考え方は他のビタミン製剤についてもあてはまることから、全てのビタミン製剤について同様の対応とする。

第2 具体的な内容

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

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

人工腎臓等の適正な評価

骨子【Ⅳ－４－（２）】

第１ 基本的な考え方

慢性維持透析における合併症防止の観点から、近年有効性が明らかとなりつつある新しい血液透析濾過（オンライン血液透析濾過）についての評価等を行う。また、包括薬剤の価格や、より低価格で同様の効果を持つエリスロポエチン製剤使用の実態を踏まえた包括点数の見直しを行う。

第２ 具体的な内容

1. 長期に及ぶ慢性維持透析患者の合併症に対し、近年有効性が明らかとなりつつある、透析液から分離作製した置換液を用いた血液透析濾過（オンライン血液透析濾過）についての評価を新設する。オンライン血液透析濾過の実施にあたり、使用する透析液についてより厳しい水質基準が求められることから、透析液水質確保加算２を新設する。オンライン血液透析濾過を算定する医療機関は、透析液水質確保加算２を算定していることとする。

(新) 慢性維持透析濾過（複雑なもの） 2,255点（１日につき）

[算定要件]

血液透析濾過のうち、透析液から分離作製した置換液を用いて血液透析濾過を行っている場合に算定する。

[施設基準]

透析液水質確保加算２を算定していること。

現 行	改定案
<p>【人工腎臓】（1日につき） 透析液水質確保加算 10点</p> <p>[施設基準]</p> <p>① 関連学会から示されている基準に基づき、水質管理が適切に実施されていること。</p> <p>② 透析機器安全管理委員会を設置し、その責任者として専任の医師又は専任の臨床工学技士が1名以上配置されていること。</p>	<p>【人工腎臓】（1日につき）</p> <p>1 透析液水質確保加算 1 8点(改)</p> <p>2 透析液水質確保加算 2 20点(新)</p> <p>[施設基準]</p> <p>1 透析液水質確保加算 1</p> <p>① 関連学会から示されている基準に基づき、水質管理が適切に実施されていること。</p> <p>② 透析機器安全管理委員会を設置し、その責任者として専任の医師又は専任の臨床工学技士が1名以上配置されていること。</p> <p>2 透析液水質確保加算 2</p> <p>① <u>月1回以上水質検査を実施し、関連学会から示されている基準を満たした血液透析濾過用の置換液を作成し、使用していること。</u></p> <p>② <u>透析機器安全管理委員会を設置し、その責任者として専任の医師又は専任の臨床工学技士が1名以上配置されていること。</u></p>

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

現 行	改定案
<p>【人工腎臓】（1日につき）</p> <p>1 慢性維持透析を行った場合 イ 4時間未満の場合</p>	<p>【人工腎臓】（1日につき）</p> <p>1 慢性維持透析を行った場合 イ 4時間未満の場合</p>

	2,075点		2,040点(改)
□ 4時間以上5時間未満の場合		□ 4時間以上5時間未満の場合	
	2,235点		<u>2,205点</u> (改)
ハ 5時間以上の場合		ハ 5時間以上の場合	
	2,370点		<u>2,340点</u> (改)

コンタクトレンズに係る診療の適正評価

骨子【Ⅳ－４－（３）】

第１ 基本的な考え方

コンタクトレンズに係る診療報酬については、検査点数を包括化した体系で評価を行っている。

この度、コンタクトレンズに関連した診療報酬の扱いを巡る贈収賄事件に関係して、「保険医療機関等に対する指導・監査の検証及び再発防止に関する検討チーム」の「中間とりまとめ報告書」において、コンタクトレンズ検査料のあり方について、見直しを含めた検討を行うべきとの指摘があったことを踏まえ、検査に対する必要な評価を行いつつ、適切な請求が行われるよう施設基準や診療報酬請求における取扱いについて見直しを行う。

第２ 具体的な内容

コンタクトレンズ検査料２を算定する医療機関の中で、さらにコンタクトレンズに係る診療の割合が7.5割を超える医療機関では、病態により個別の検査を実施する必要がある場合には、検査の重複を避け、適切な治療が提供されるよう、速やかにより専門的な医療機関へ転医させるよう努めることとする。