

平成26年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理（案）

【留意事項】

この資料は、平成26年度診療報酬改定に向けて、これまで行われた議論を踏まえて、一応の整理を行ったものであり、今後の中央社会保険医療協議会における議論により、必要な変更が加えられることとなる。

なお、項目立てについては、平成25年12月6日に社会保障審議会医療保険部会・医療部会においてとりまとめられた「平成26年度診療報酬改定の基本方針」に則して行っている。

【目次】

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

1-1	入院医療について	
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	3
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	4
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	5
1-1-4	地域の実情に配慮した評価について	5
1-1-5	有床診療所における入院医療の評価について	6
1-2	外来医療の機能分化・連携の推進について	6
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	7
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	9

<u>I 充実が求められる分野を適切に評価していく視点</u>	
I-1	緩和ケアを含むがん医療の推進について・・・・・・・・・・ 11
I-2	精神疾患に対する医療の推進について・・・・・・・・・・ 11
I-3	認知症への対策の推進について・・・・・・・・・・ 13
I-4	救急医療、小児医療、周産期医療の推進について・・・・・・・・ 13
I-5	リハビリテーションの推進について・・・・・・・・・・ 14
I-6	歯科医療の推進について・・・・・・・・・・ 16
I-7	的確な投薬管理・指導の推進について・・・・・・・・・・ 17
I-8	手術等の医療技術の適切な評価・・・・・・・・・・ 17
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・・・・・・・・・・ 18
I-10	DPCに基づく急性期医療の適切な評価について・・・・・・・・ 18
<u>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</u>	
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・・・・・・・・・・ 19
II-2	診療報酬点数表の平易化・簡素化・・・・・・・・・・ 20
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・・・ 20
<u>III 医療従事者の負担を軽減する視点</u>	
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・・・・・・・・・・ 20
III-2	チーム医療の推進について・・・・・・・・・・ 21
<u>IV 効率化余地がある分野を適正化する視点</u>	
IV-1	後発医薬品の使用促進策について・・・・・・・・・・ 23
IV-2	長期収載品の薬価の特例的な引下げについて・・・・・・・・・・ 23
IV-3	平均在院日数の減少等について・・・・・・・・・・ 24
IV-4	医薬品、医療機器、検査等の適正な評価・・・・・・・・・・ 24
IV-5	大規模薬局の調剤報酬の適正化等・・・・・・・・・・ 24
<u>V 消費税率8%への引上げに伴う対応・・・・・・・・・・ 25</u>	

## 【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

【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】

- (1) 病床の機能分化を図る観点から、7対1、10対1一般病棟入院基本料等を算定する病棟をはじめとする急性期を担う病棟について以下のような見直しを行う。
  - 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、平成24年度診療報酬改定で見直しを行った13対1、15対1一般病棟入院基本料以外の一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟)及び専門病院入院基本料を算定する病棟においても、特定除外制度の見直しを行う。
  - ② 入院患者をより適切に評価する必要があることから、重症度・看護必要度について以下のような見直しを行う。
    - ア 「重症度・看護必要度」という名称を「重症度、医療・看護必要度」と変更し、評価項目の見直しを行う。また、専門病院入院基本料等(悪性腫瘍7割以上)について評価基準の見直しを行う。
    - イ 特定集中治療室管理料(ICU)について、より診療密度の高い診療体制にある特定集中治療室に対し、充実した評価を行うとともに、重症度の評価方法の変更にあわせて、評価基準の見直しを行う。
    - ウ ハイケアユニット入院医療管理料についても、急性期病床における患者像ごとの評価の適正化を図るため、重症度・看護必要度の項目等の見直しを行い、重症度の評価方法の変更にあわせて、評価基準の見直しを行う。
  - ③ 一定程度治療法が標準化し、短期間で退院可能な手術・検査が存在していることを踏まえて、短期滞在手術基本料の対象となる手術を拡大するとともに、一部の検査についても対象とする。また、包括範囲を含む評価のあり方を見直すとともに、当該評価の対象となる患者の平均在院日数の計算方法について、見直しを行う。
  - ④ 7対1一般病棟入院基本料等を算定する病棟において、自宅等に退院した患者の割合に関する基準を新設する。
  - ⑤ 7対1一般病棟入院基本料等を算定する病棟において、DPCデータの提出に関する基準を新設する。

- (2) 総合的かつ専門的な急性期医療を担う医療機関について、一定の実績等を有する医療機関に対し、より充実した評価を行う。
- (3) 新生児医療について適切な評価を行う観点から、以下のような見直しを行う。
- ① 出生体重が1,500g以上の新生児であっても、一部の先天奇形等を有する患者について、新生児特定集中治療室管理料等の算定日数上限の見直しを行う。
  - ② 新生児特定集中治療室管理料1等の施設基準について、出生体重1,000g未満の患者の診療実績等の基準を新設する。また、新生児特定集中治療室管理料2についても、出生体重2,500g未満の患者の診療実績に関する基準を新設するとともに評価の見直しを行う。
- (4) 小児特定集中治療室管理料における評価のあり方について、実態を踏まえて、必要な見直しを行う。

【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】

- (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、平成24年度診療報酬改定で見直しを行った13対1、15対1一般病棟入院基本料以外の一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟)及び専門病院入院基本料を算定する病棟においても、特定除外制度の見直しを行う。(重1-1-1(1)①再掲)
- (2) 療養病棟等における透析患者、超重症児(者)等の受入を促進するため、療養病棟の慢性維持透析患者等に対する診療の評価を新設するとともに、超重症児(者)・準超重症児(者)入院診療加算について療養病棟等における算定対象患者の拡大と、一般病棟における算定日数の見直しを行う。
- (3) 療養病棟における在宅復帰機能を評価する観点から、一定の在宅復帰率等の実績を有する病棟に対する評価を新設する。

【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】

- (1) 急性期後・回復期を担う病床を充実させるため、現在の亜急性期入院医療管理料について、①一定の重症度・看護必要度基準を満たす患者の診療実績、②在宅療養支援病院、二次救急病院又は救急告示病院等であること、③在宅復帰率の実績、④診療内容に関するデータの提出等の施設基準を設定した上で、評価体系全般の見直しを行う。
- (2) 回復期リハビリテーション病棟について、患者の早期の機能回復、早期退院を一層推進するため、以下のような見直しを行う。
  - ① 回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する病棟において、専従医師及び専従社会福祉士を配置した場合の評価を新設する。
  - ② 回復期リハビリテーション病棟入院料1の休日リハビリテーション提供体制加算について、休日も充実したリハビリテーションを提供する観点から、入院料に包括して評価を行う。
  - ③ 回復期リハビリテーション病棟入院料1について、重症度・看護必要度の項目等の見直しを踏まえて、評価のあり方を見直す。
  - ④ 患者に適したリハビリテーションを実施するため、患者の自宅等を訪問し、退院後の住環境等を踏まえた上で、リハビリテーション総合実施計画を作成した場合の評価を新設する。

【1-1-4 地域の実情に配慮した評価について】

- (1) 医療資源の乏しい地域について、対象医療圏は変更せずに、地域の実情に配慮して平成24年度診療報酬改定で行った対応に加えて以下のような評価を行う。
  - ① 亜急性期入院医療管理料の評価体系の見直しを踏まえて、その要件を緩和した評価を新設する。
  - ② チーム医療等に関する専従要件等の緩和等を行い、それに応じた評価を新設する。
  - ③ 特定一般病棟入院料について、新たに一般病棟が1病棟のみの病院についても対象とする。

- (2) 平成 24 年度診療報酬改定で病院の入院基本料等に栄養管理実施加算を包括化した際に設けられた、常勤の管理栄養士 1 名以上の配置に係る経過措置について、実態を踏まえて検討を行う。

#### 【1-1-5 有床診療所における入院医療の評価について】

- (1) 有床診療所は地域で急変した患者を受け入れる機能をはじめとして、高齢者の受入れ、看取り、介護サービスの提供、在宅医療の提供等、地域包括ケアシステムの中で多様な機能を担っていることを踏まえて、以下のような見直しを行う。
- ① 緊急時の入院が多い有床診療所ほど、看護職員や看護補助者の確保が負担となっていることから、有床診療所入院基本料の看護配置加算等について評価の見直しを検討する。
  - ② 地域包括ケアシステムの中で複数の機能を担う有床診療所について、有床診療所入院基本料の評価の見直しを検討する。
- (2) 有床診療所における管理栄養士の確保状況を踏まえて、入院患者の栄養管理の評価について以下のような見直しを行う。
- ① 平成 24 年度診療報酬改定で有床診療所の入院基本料に包括化された栄養管理実施加算について、有床診療所では管理栄養士の確保が難しい実態を踏まえて、包括化を見直し、栄養管理に関する評価を再度設ける。
  - ② 有床診療所の入院患者の栄養管理を推進するため、常勤の管理栄養士の確保が難しい有床診療所について、栄養ケア・ステーションや他の医療機関と連携し、入院患者の栄養管理指導を行った場合の評価を新設する。

#### 重点課題 1-2 外来医療の機能分化・連携の推進について

- (1) 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、適切な専門医療機関等と連携することにより、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。
- (2) 特定機能病院及び 500 床以上の地域医療支援病院（以下「特定機能病院等」という。）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 床以上の病院（一部を除く。）についても、紹介率・

逆紹介率を高める取り組みの推進を行う。

- ① 特定機能病院等の紹介率・逆紹介率の診療報酬上の基準について見直しを行う。
- ② 特定機能病院等を除く 500 床以上の病院（一部を除く。）について、紹介なしに受診した患者等に係る初・再診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。
- ③ 紹介率・逆紹介率の低い大病院について、長期投薬の適正化を検討する。

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
-----------------------------------------

- (1) 機能を強化した在宅療養支援診療所（以下「在支診」という。）又は在宅療養支援病院（以下「在支病」という。）に関する施設基準について、実績要件の見直しを行うとともに、複数の医療機関が連携している場合について、各医療機関それぞれの実績に関する基準を新設する。
- (2) 常勤医師は 3 名以上確保されていないが、十分な緊急往診及び看取りの実績を有する在支診又は在支病に対する評価を新設する。
- (3) 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、在宅医療を担う医療機関と連携し、緊急時に常時対応し、必要があれば入院を受け入れることができる体制をとっていること等の基準を満たす病院について評価を行うとともに、そのような病院が在宅医療を担う医療機関と共同して患者の診察を行う場合等の評価を新設する。
- (4) 在宅医療を担う医療機関の量的確保を図るとともに、質の高い在宅医療を提供していくために、保険診療の運用上、不適切と考えられる事例への対策を推進する。
  - ① 在支診・在支病以外の在宅医療を担う医療機関の評価を行う。
  - ② 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について、同一建物における同一日の複数訪問時の点数を新設し、適正化を行う。
  - ③ 在宅患者訪問診療料の要件を厳格化するとともに、同一建物における同一日の評価の適正化を行う。
  - ④ 保険医療機関等が経済的誘引により不適切に患者紹介を受けることを禁

止する。

- (5) 在宅医療を推進するため、24時間対応、ターミナルケア、重症度の高い患者の受け入れ、居宅介護支援事業所の設置等を行っている機能の高い訪問看護ステーションについて評価を行う。
- (6) 介護保険の訪問看護を受けている患者に対し、点滴注射を一定程度行った場合、在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定できるよう評価の見直しを行う。
- (7) 在宅療養に必要な衛生材料等について、訪問看護ステーションから主治医に報告し、在宅療養中の患者に対し、必要な衛生材料等が提供できるようにするとともに、主治医が「衛生材料を供給できる体制を有している」旨を届出しており、当該患者に在宅患者訪問薬剤管理指導を行っている薬局に対して、必要な衛生材料等の種類や量について指示し、患者宅等へ提供される仕組みを整備する。
- (8) 訪問看護ステーションにおいて褥瘡対策を推進するため、褥瘡の発生状況等の報告や、訪問看護を利用している患者に対する褥瘡のリスク評価の実施を求める。
- (9) 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。
- (10) 在宅自己注射指導管理料について、実態を踏まえて評価の見直しを行う。
- (11) 人工呼吸器を装着している小児等の在宅療養で算定する在宅療養指導管理料について、在宅療養を担う医療機関と後方支援等を担う医療機関で異なる管理を行う場合、それぞれで算定できるよう見直しを行う。
- (12) 在宅歯科医療を推進する観点から、在宅を中心に訪問歯科診療を実施している歯科診療所の評価を行う。
- (13) 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。

(14) 歯科訪問診療が20分未満であった場合の歯科訪問診療の評価体系を見直すとともに、同一建物において同一日に複数の患者に対して歯科訪問診療を行った場合等について、歯科訪問診療料の適正化を行う。

(15) 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。

(16) 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。

(17) 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。

#### 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

(1) 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、適切な専門医療機関等と連携することにより、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。(重1-2(1)再掲)

- (2) 特定機能病院及び500床以上の地域医療支援病院（以下「特定機能病院等」という。）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床以上の病院（一部を除く。）についても、紹介率・逆紹介率を高める取り組みの推進を行う。
- ① 特定機能病院等の紹介率・逆紹介率の診療報酬上の基準について見直しを行う。（重1-2(2)①再掲）
  - ② 特定機能病院等を除く500床以上の病院（一部を除く。）について、紹介なしに受診した患者等に係る初・再診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。（重1-2(2)②再掲）
  - ③ 紹介率・逆紹介率の低い大病院について、長期投薬の適正化を検討する。（重1-2(2)③再掲）
- (3) 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、在宅医療を担う医療機関と連携し、緊急時に常時対応し、必要があれば入院を受け入れることができる体制をとっていること等の基準を満たす病院について評価を行うとともに、そのような病院が在宅医療を担う医療機関と共同して患者の診察を行う場合等の評価を新設する。（重1-3(3)再掲）
- (4) 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について、医療と介護の役割分担の観点から、以下のような見直しを行う。
- ① 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については、介護サービスにおけるリハビリテーションへのさらなる移行を推進する必要があることから、評価の適正化を行った上で、経過措置を原則として次回改定までに限り延長する。なお、次回改定時においても、介護サービスにおけるリハビリテーションの充実状況等を引き続き確認する。
  - ② 維持期の運動器、脳血管疾患等リハビリテーションを受けている入院患者以外の要介護被保険者等について、医療保険から介護保険への移行を促進させるため、居宅介護支援事業所の介護支援専門員等との連携により、医療保険から介護保険のリハビリテーションに移行した場合の評価を行う。

- (5) 介護保険事業所等だけではなく、特定の研修を受けた教員によって喀痰吸引等が行われる特別支援学校等の学校に対して、保険医が介護職員等喀痰吸引等指示書を交付した場合の評価を行う。
- (6) 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。

## 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

- (1) がん患者に対する精神的なケアや抗がん剤の副作用管理等の重要性が増してきていることを踏まえて、がん患者の継続的な管理指導に対する評価を新設する。
- (2) 外来化学療法加算について、加算の対象となる投与方法の拡大等に伴い、入院で行う必要のない化学療法を外来で実施するための体制に対する評価という本来の趣旨が不明瞭になりつつあること、対象薬剤が不明確との指摘があること、一部の薬剤が在宅自己注射指導管理料の対象薬剤にも含まれていること等を踏まえて、評価のあり方について見直しを行う。
- (3) 在宅自己注射指導管理料について、実態を踏まえて評価の見直しを行う。  
(重1-3(10)再掲)

### I-2 精神疾患に対する医療の推進について

- (1) 精神病床の機能分化を推進する観点から、以下のような見直しを行う。
- ① 精神科急性期治療病棟入院料について、密度の高い医療を提供し、平均在院日数の短縮を図る観点から、医師を重点的に配置した場合の評価を新設する。

- ② 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。
  - ③ 精神療養病棟入院料において入院患者の病態が比較的安定していること、精神保健指定医の判断を必要とする隔離・身体拘束等が少ないこと等を踏まえて、精神保健指定医の配置基準等について見直しを行う。
  - ④ 精神療養病棟入院料及び精神病棟入院基本料について、平均在院日数の短縮を図る観点から、精神保健福祉士を配置した場合の評価を新設する。
  - ⑤ 精神科救急入院料等について、措置入院、緊急措置入院及び応急入院が全体として減少している現状を踏まえて、これらの実績要件等を見直す。
- (2) 精神疾患をもつ患者の地域移行と地域定着を推進する観点から、以下のような見直しを行う。
- ① 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。
  - ② 在宅で行われる通院・在宅精神療法について、精神科の在宅医療の診療時間が長いことを踏まえて、長時間診療の評価を新設する。
  - ③ 精神科デイ・ケア等を1年以上利用している患者は、手段的日常生活動作（IADL）がほぼ横ばいとなっていることから、長期間にわたり精神科デイ・ケア等を提供している場合の評価を見直す。
- (3) 身体疾患を合併する精神疾患患者への適切な医療を推進する観点から、以下のような見直しを行う。
- ① 精神科救急・合併症入院料について、精神科単科病院から受け入れた患者等についても算定できるよう見直しを行う。また、手術等により一時期ICU 等で治療を受けた後に再入棟した場合についても算定できるよう見直しを行う。
  - ② 精神疾患以外で医療機関を受診していた小児患者が、精神疾患を発症し、当該医療機関の精神科を受診した場合も、通院・在宅精神療法の20歳未満加算を算定できるよう見直しを行う。
  - ③ 精神病床に入院する患者の身体合併症に適切に対応するため、精神科身体合併症管理加算の評価のあり方について検討を行う。

- (4) 適切な向精神薬の投薬を推進する観点から、通院・在宅精神療法等について、向精神薬を多剤処方した場合について適正化を行う。
- (5) 通院・在宅精神療法の20歳未満加算、心身医学療法の20歳未満加算の評価において、児童・思春期の精神疾患患者に適切な医療を提供するため、必要に応じて児童相談所等と連携し、保護者も含めた適切な指導等を行うことについて検討を行う。

### I-3 認知症への対策の推進について

- (1) 重度認知症加算について、認知症の行動・心理症状（BPSD）の改善に要する期間が概ね1か月であることを踏まえて、評価の見直しを行う。
- (2) 認知症治療病棟入院料等において、患者の早期回復を図るため、精神症状や行動異常の改善を目的とした、短期の集中的な認知症リハビリテーションの評価を新設する。

### I-4 救急医療、小児医療、周産期医療の推進について

- (1) 救急医療について、評価対象の明確化等を行うとともに、精神疾患を合併する救急患者等の受入の推進を図る。
  - ① 救急医療管理加算の算定基準が不明確であることから、適正化の観点から評価の見直しを行う。
  - ② 救命救急入院料における急性薬毒物中毒患者の評価について、基準が不明確であることから評価を見直すとともに、算定可能な施設の対象を拡大する。
  - ③ 精神疾患を有する患者や急性薬毒物中毒患者について、搬送先医療機関の決定に時間がかかることを踏まえて、受入を促進するための見直しを行う。
  - ④ 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、在宅医療を担う医療機関と連携し、緊急時に常時対応し、必要があれば入院を受け入れることができる体制をとっていること等の基準を満たす病院について評価を行うとともに、そのような病院が在宅医療を担う医療機関と共同して患者の診察を行う場合等の評価を新設する。（重1-3(3)再掲）

- (2) 在宅医療を含む小児医療を推進する観点から、以下のような見直しを行う。
- ① 人工呼吸器を装着している小児等の在宅療養で算定する在宅療養指導管理料について、在宅療養を担う医療機関と後方支援等を担う医療機関で異なる管理を行う場合、それぞれで算定できるよう見直しを行う。(重 1-3 (11) 再掲)
  - ② 小児科外来診療料について高額な薬剤を用いた場合の評価のあり方等について見直しを行う。
- (3) 小児特定集中治療室管理料における評価のあり方について、実態を踏まえて、必要な見直しを行う。(重 1-1-1 (4) 再掲)
- (4) 新生児医療について適切な評価を行う観点から、以下のような見直しを行う。
- ① 出生体重が 1,500g 以上の新生児であっても、一部の先天奇形等を有する患者について、新生児特定集中治療室管理料等の算定日数上限の見直しを行う。(重 1-1-1 (3) ① 再掲)
  - ② 新生児特定集中治療室管理料 1 等の施設基準について、出生体重 1,000g 未満の患者の診療実績等の基準を新設する。また、新生児特定集中治療室管理料 2 についても、出生体重 2,500g 未満の患者の診療実績に関する基準を新設するとともに評価の見直しを行う。(重 1-1-1 (3) ② 再掲)
- (5) NICU に長期入院している児もいることから、NICU をもつ医療機関から後方病床や在宅での療養に円滑に移行できるよう、以下のような見直しを行う。
- ① 新生児特定集中治療室退院調整加算について、入院早期から退院調整を開始すること等、評価の見直しを行う。
  - ② 周産期医療センター等と連携して、NICU に入院していた児の転院を受け入れる医療機関について、自宅への退院に向けた調整を行った場合の評価を新設する。

#### I-5 リハビリテーションの推進について

- (1) リハビリテーションの早期からの実施による入院中の ADL 低下の防止や、リハビリテーションを提供している患者の入院から外来への円滑な移行を推進するため、以下のような見直しを行う。

- ① 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スタッフの配置等についての評価を新設する。
  - ② 疾患別リハビリテーションの初期加算等について、外来への早期移行を推進する観点から、一部の疾患について評価のあり方を見直す。
  - ③ 運動器リハビリテーション料Ⅰについて、外来への早期移行を推進する観点から、評価のあり方について見直しを行う。
- (2) 廃用症候群に対するリハビリテーションにおける対象患者の明確化や評価の適正化等を含め、疾患別リハビリテーション等の適切な評価を行うために必要な見直しを検討する。
- (3) 回復期リハビリテーション病棟について、患者の早期の機能回復、早期退院を一層推進するため、以下のような見直しを行う。
- ① 回復期リハビリテーション病棟入院料Ⅰを算定する病棟において、専従医師及び専従社会福祉士を配置した場合の評価を新設する。(重1-1-3(2)①再掲)
  - ② 回復期リハビリテーション病棟入院料Ⅰの休日リハビリテーション提供体制加算について、休日も充実したリハビリテーションを提供する観点から、入院料に包括して評価を行う。(重1-1-3(2)②再掲)
  - ③ 回復期リハビリテーション病棟入院料Ⅰについて、重症度・看護必要度の項目等の見直しを踏まえて、評価のあり方を見直す。(重1-1-3(2)③再掲)
  - ④ 患者に適したリハビリテーションを実施するため、患者の自宅等を訪問し、退院後の住環境等を踏まえた上で、リハビリテーション総合実施計画を作成した場合の評価を新設する。(重1-1-3(2)④再掲)
- (4) 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について、医療と介護の役割分担の観点から、以下のような見直しを行う。
- ① 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については、介護サービスにおけるリハビリテーションへのさらなる移行を推進する必要があることから、評価の適正化を行った上で、経過措置を原則として次回改定までに限り延長する。なお、次回改定時におい

ても、介護サービスにおけるリハビリテーションの充実状況等を引き続き確認する。（重1-4(4)①再掲）

- ② 維持期の運動器、脳血管疾患等リハビリテーションを受けている入院患者以外の要介護被保険者等について、医療保険から介護保険への移行を促進させるため、居宅介護支援事業所の介護支援専門員等との連携により、医療保険から介護保険のリハビリテーションに移行した場合の評価を行う。（重1-4(4)②再掲）

## I-6 歯科医療の推進について

- (1) 全身的な疾患を有し、著しく歯科診療が困難な者に対する歯科医療の充実を図る観点から、歯科診療特別対応連携加算の施設基準を見直すとともに、当該加算の届出のあった歯科医療機関において、長時間歯科診療を行った場合の評価を行う。
- (2) 各ライフステージの口腔機能の変化に着目して、以下の対応を行う。
- ① 小児期において、正常な口腔機能の獲得・成長を促すために、第一乳臼歯の早期喪失症例に対する小児保隙装置を評価するとともに、外傷による歯の欠損症例に対する小児義歯を評価する。
- ② 成人期において、口腔機能の維持・向上を図るために、舌接触補助床等の床装置を用いた訓練を評価するとともに、歯周治療用装置については、歯周外科手術が前提となっている要件の見直しを行う。
- ③ その他、有床義歯の評価については、評価体系の簡素化や評価の位置づけの見直しを行うとともに、口腔機能の管理等に係る文書提供等については患者の視点と事務負担を考慮して適切に対応を行う。
- (3) 歯の喪失のリスク増加に着目して、以下の対応を行う。
- ① 歯周病の病状安定後の包括評価である歯周病安定期治療の評価体系を一口腔単位から歯数単位に見直す。
- ② 根面う蝕については、自立度が低下した在宅等で療養を行っている者の初期根面う蝕に対するフッ化物歯面塗布の評価を行う。
- ③ 根管治療については、治療の実態に合わせて適正に評価を行う。  
その他、口腔機能の維持・向上に資する技術については、医療技術評価分科会等の検討を踏まえつつ、適切な評価を行う。



## I-7 的確な投薬管理・指導の推進について

- (1) 長期投与された患者の残薬の状況等を把握し、保険薬局における適切な薬学的管理・指導が必要であると考えられていることから、特定機能病院及び500床以上の地域医療支援病院において長期処方された場合のあらかじめ定められた日数の分割調剤の試行的導入を行う。これに伴い、分割調剤を行う場合の調剤基本料等の評価を見直す。
- (2) お薬手帳を必ずしも必要としない患者に対する薬剤服用歴管理指導料の評価を見直す。
- (3) 薬剤服用歴管理指導料について、服薬状況並びに残薬状況の確認及び後発医薬品の使用に関する患者の意向の確認のタイミングを、調剤を行う前とするよう見直す。

## I-8 手術等の医療技術の適切な評価

我が国の医療水準は国際的にみても高い状況にあり、引き続き、質の高い医療が継続的に提供される体制を確保するためにも、外科的な手術、専門性の高い医学的な管理などの医療技術について、難易度や専門性に応じた適切な評価を行う必要がある。

- (1) 現状に即した外科的手術の適正な評価を行うため、最新の外保連試案の評価を参考に、診療報酬における手術の相対的な評価をより精緻化する。
- (2) 医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえて、医療技術の評価及び再評価を行い、優先的に保険導入すべきとされた新規技術の保険導入及び既存技術の診療報酬上の評価の見直しを行う。
- (3) 先進医療会議における検討結果を踏まえて、先進医療として実施している医療技術について検討等を行い、優先的に保険導入すべきとされた医療技術の保険導入を行う。
- (4) 胃瘻造設術の評価を見直すとともに、胃瘻造設時の適切な嚥下機能検査に係る評価の新設、高い割合で経口摂取可能な状態に回復させている場合の摂食機能療法の評価の充実等を行う。

## 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

- (1) 薬価専門部会の議論を踏まえて取りまとめられた「平成 26 年度薬価制度改革の骨子」及び保険医療材料専門部会の議論を踏まえて取りまとめられた「平成 26 年度保険医療材料制度改革の骨子」を参照のこと。
- (2) 新たに区分 C2（新機能・新技術）又は E3（新項目）として保険適用された医療機器や検体検査に伴う技術料を適切に設定し、評価するとともに、その他の医療機器や医薬品に係る管理料等についても、診療上の使用実態を踏まえて適切な評価を行う。
- (3) 技術革新等により臨床的意義、利便性の向上等を伴う体外診断用医薬品について保険適用を行う際の申請区分を見直し、適切な評価を行う。

## 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）について以下のような見直しを行う。

- (1) 調整係数については、今回を含め、3 回の診療報酬改定において段階的に基礎係数（包括範囲・平均出来高点数に相当）と機能評価係数Ⅱに置換えることとされており、平成 26 年度改定においても、調整部分の 50%を機能評価係数Ⅱに置き換える等、必要な措置を講じる。
- (2) 機能評価係数Ⅰ・Ⅱについて、以下のような見直しを行う。
  - ① 機能評価係数Ⅰ  
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」、「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。
  - ② 機能評価係数Ⅱ  
現行の機能評価係数Ⅱの 6 項目（データ提出指数、効率性指数、複雑性指数、カバー率指数、救急医療指数、地域医療指数）に加え、後発医薬品の使用割合による評価方法である「後発医薬品指数」を導入する。  
また、現行の 6 項目についても、必要な見直しを行う。

### (3) その他

- ① 3 日以内に再入院した際に一連の入院と見なすルール、持参薬の取り扱い等、現行の 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。
- ② DPC 導入の影響評価に係る調査（退院患者調査）については、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とする等、必要な見直しを行う。

## 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

- (1) がん患者に対する精神的なケアや抗がん剤の副作用管理等の重要性が増してきていることを踏まえて、がん患者の継続的な管理指導に対する評価を新設する。（Ⅰ－1（1）再掲）
- (2) 感染防止対策加算 1 について、院内感染対策を推進するためには院内及び地域の状況を適切に把握することが重要であることから、現在望ましいとされているサーベイランス事業への参加に関する基準を見直す。
- (3) 歯科の外来診療の特性を踏まえつつ、患者にとって、安全で安心できる歯科医療を提供できる総合的な環境整備を行うために必要な施設基準を満たした歯科医療機関における再診を評価するとともに、医療安全等の環境が整備されている歯科医師臨床研修施設については、その届出をもって当該施設基準を満たすこととする。
- (4) 前回改定時に 400 床以上の病院に対して義務化された明細書の無料発行について、さらなる促進策を講じる。
- (5) データ提出加算、診療録管理体制加算について、幅広い医療機関の機能や役割を適切に分析評価する観点から評価のあり方について見直しを行う。

- (6) 7 対 1 一般病棟入院基本料等を算定する病棟において、DPC データの提出に関する基準を新設する。(重 1-1-1 (1)⑤ 再掲)

## II-2 診療報酬点数表の平易化・簡素化

- (1) 臨床上行われていない行為等については、医療技術評価分科会における議論等を踏まえて、診療報酬点数表等の簡素化を図る。
- (2) 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 の休日リハビリテーション提供体制加算について、休日も充実したリハビリテーションを提供する観点から、入院料に包括して評価を行う。(重 1-1-3 (2)② 再掲)

## 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

- (1) 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スタッフの配置等についての評価を新設する。(I-5 (1)① 再掲)
- (2) 褥瘡対策の推進のため、褥瘡発生状況等の把握や在宅における褥瘡対策について評価を行う。
- ① 医療機関において、褥瘡対策を推進するため、褥瘡の発生状況等を報告することを求める。
- ② 訪問看護ステーションにおいて褥瘡対策を推進するため、褥瘡の発生状況等の報告や、訪問看護を利用している患者に対する褥瘡のリスク評価の実施を求める。(重 1-3 (8) 再掲)
- ③ 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 1-3 (9) 再掲)

## 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

- (1) 手術や一部の処置における休日・時間外・深夜加算について、勤務医の負担が大きいことを踏まえて、交代勤務制の実施又は休日等の手術や処置に係る手当の支給等を行っている場合について評価を充実させる。また、内視鏡検査について、休日・時間外・深夜加算を新設する等の見直しを行う。
- (2) 看護補助者の雇用や役割分担により、看護職員の負担軽減を促進し、医療の質の向上を図るため、特に人員が手薄になる夜間における看護補助者の評価を充実する。
- (3) 夜勤における看護職員の負担を軽減する観点から、「夜勤を行う看護職員の1人当たりの月平均夜勤時間が72時間以下である」という入院基本料の通則は現行どおりとする。ただし、当該要件のみが満たされない場合の評価について、一般病棟7対1、10対1入院基本料における取扱いを踏まえて検討を行う。
- (4) 医師事務作業補助者の勤務場所等に一定の制限を設けた上で、医師事務作業補助者との適切な業務分担による勤務医負担軽減の更なる評価を行う。
- (5) 精神疾患を有する患者や急性薬毒物中毒患者について、搬送先医療機関の決定に時間がかかることを踏まえて、受入を促進するための見直しを行う。  
(I-4(1)③ 再掲)

### Ⅲ-2 チーム医療の推進について

- (1) 療養病棟又は精神病棟において、薬剤師が4週間以降も継続して病棟薬剤業務を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。
- (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1-3(9) 再掲)
- (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)② 再掲)

- (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)① 再掲)
- (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スタッフの配置等についての評価を新設する。(I-5(1)① 再掲)
- (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1-3(13)再掲)
- (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1-4(6)再掲)
- (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。(重1-3(15)① 再掲)
  - 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1-3(15)② 再掲)
- (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。(重1-3(16)① 再掲)
  - 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1-3(16)② 再掲)

## 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

- (1) 保険薬局の後発医薬品調剤体制加算の要件である調剤割合を見直し、後発医薬品調剤率が高い方により重点をおいた評価とする。
- (2) 後発医薬品の調剤割合に「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」で示された新指標を用いる。新指標を用いた場合、調剤割合に極端な偏りがある保険薬局においては、後発医薬品の調剤数量が少ないにもかかわらず、数量シェアが高くなる可能性があることから、後発医薬品調剤体制加算の対象外とするよう適正化を図る。
- (3) 一般名処方が行われた医薬品については、患者に対し後発医薬品の有効性、安全性や品質について懇切丁寧に説明し、後発医薬品を選択するよう努める旨を明確化する。

### IV-2 長期収載品の薬価の特例的な引下げについて

一定期間を経ても後発医薬品への適切な置換えが図られない場合には、「特例的な引下げ」を行う。

- (1) 後発医薬品が薬価収載後、5年を経過した最初の改定以降の改定において、後発医薬品の置き換え率がロードマップに規定されている60%未満の個々の先発品を対象に、後発医薬品置き換え率に応じて以下の特例的な引下げを行う。
  - ① 後発医薬品置き換え率20%未満の先発品の引下げ幅：2.0%
  - ② 後発医薬品置き換え率40%未満の先発品の引下げ幅：1.75%
  - ③ 後発医薬品置き換え率60%未満の先発品の引下げ幅：1.5%
- (2) 「特例的な引下げ」の導入に当たり、「初めて後発品が薬価収載された既収載品の薬価の改定の特例」を廃止する。

#### IV-3 平均在院日数の減少等について

- (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、平成24年度診療報酬改定で見直しを行った13対1、15対1一般病棟入院基本料以外の一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟)及び専門病院入院基本料を算定する病棟においても、特定除外制度の見直しを行う。(重1-1-1(1)①再掲)
- (2) 一定程度治療法が標準化し、短期間で退院可能な手術・検査が存在していることを踏まえて、短期滞在手術基本料の対象となる手術を拡大するとともに、一部の検査についても対象とする。また、包括範囲を含む評価のあり方を見直すとともに、当該評価の対象となる患者の平均在院日数の計算方法について、見直しを行う。(重1-1-1(1)③再掲)

#### IV-4 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価

- (1) 医薬品、医療機器、検査等について、実勢価格等を踏まえた適正な評価を行う。検体検査については、その実施料について衛生検査所検査料金調査による実勢価格に基づき見直しを実施するとともに、臨床的な観点に基づき名称の変更等を行う。
- (2) 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。

#### IV-5 大規模薬局の調剤報酬の適正化等

- (1) 処方せん枚数、特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合等に着目し、いわゆる門前薬局の評価を見直す。ただし、24時間調剤が可能な保険薬局については、この限りではない。
- (2) 妥結率が低い場合は、薬価調査の障害となるため、妥結率が一定の期間を経ても一定率以上を超えない保険薬局及び医療機関の評価の適正化を検討する。



## V 消費税率8%への引上げに伴う対応

- (1) 診療報酬による対応について、医療経済実態調査の結果等を踏まえ、基本診療料・調剤基本料への上乗せによる対応を中心としつつ、「個別項目」への上乗せを組み合わせる形で対応することを基本とする。
- (2) 基本診療料・調剤基本料への上乗せ方法については、以下のとおりとする。
  - ① 医科診療報酬では、
    - ア 診療所については、初・再診料及び有床診療所入院基本料に上乗せする。
    - イ 病院については、診療所と初・再診料の点数を変えないようにするため、診療所に乗せた点数と同じ点数を初・再診料（外来診療料を含む。）に上乗せし、余った財源を入院料等に上乗せする。
  - ② 歯科診療報酬では、初・再診料に上乗せする。
  - ③ 調剤報酬は、調剤基本料に上乗せする。
- (3) 薬価、特定保険医療材料価格については、現行上、市場実勢価格に消費税率を上乗せする仕組みとしていることから、消費税率8%への引上げ時にも同様の対応をする。
- (4) 消費税対応分が薬価、特定保険医療材料価格に上乗せされている旨の表示を簡略な方法で行う。

平成２６年度診療報酬改定率（消費税率引上げ対応分）を踏まえた財源配分について  
 （基本的な考え方についての論点メモ）

1. 平成２６年度診療報酬改定率（消費税率引上げ対応分）について

（１）改定率

全体改定率 ＋１．３６％（約５６００億円）

診療報酬改定（本体）＋０．６３％（約２６００億円）

各科改定率 医科 ＋０．７１％（約２２００億円）

        歯科 ＋０．８７％（約 ２００億円）

        調剤 ＋０．１８％（約 １００億円）

※３科の改定率は、薬剤費、特定保険医療材料費を除いた課税経費率（減価償却分を含む）に応じたものとなっている。

医科、歯科、調剤間での財源配分についての「議論の中間整理」での記述

②消費税率引上げに伴う改定財源の配分の考え方について

○ 消費税率引上げに伴う本体報酬に係る改定財源の配分については、以下の算式で得られる数値により財源を按分することを基本とする。

①医科、歯科、調剤間での財源配分

〈医科、歯科、調剤ごとの医療費シェア〉×〈医科、歯科、調剤ごとの課税経費率〉

薬価改定等 ＋０．７３％（約３０００億円）

薬価改定 ＋０．６４％（約２６００億円）

材料価格改定 ＋０．０９％（約 ４００億円）

（２）改定率の計算式

①診療報酬本体

$$(17.39\% (\text{その他課税費用}) + 4.59\% (\text{減価償却費})) \times 3/105 = 0.63\%$$

②薬価改定

$$22.55\% (\text{医薬品費}) \times 3/105 = 0.64\%$$

③材料価格改定

$$3.19\% (\text{特定保険医療材料費}) \times 3/105 = 0.09\%$$

## 2. 医科の本体報酬に係る財源（約 2200 億円）の病院・診療所間の分配について

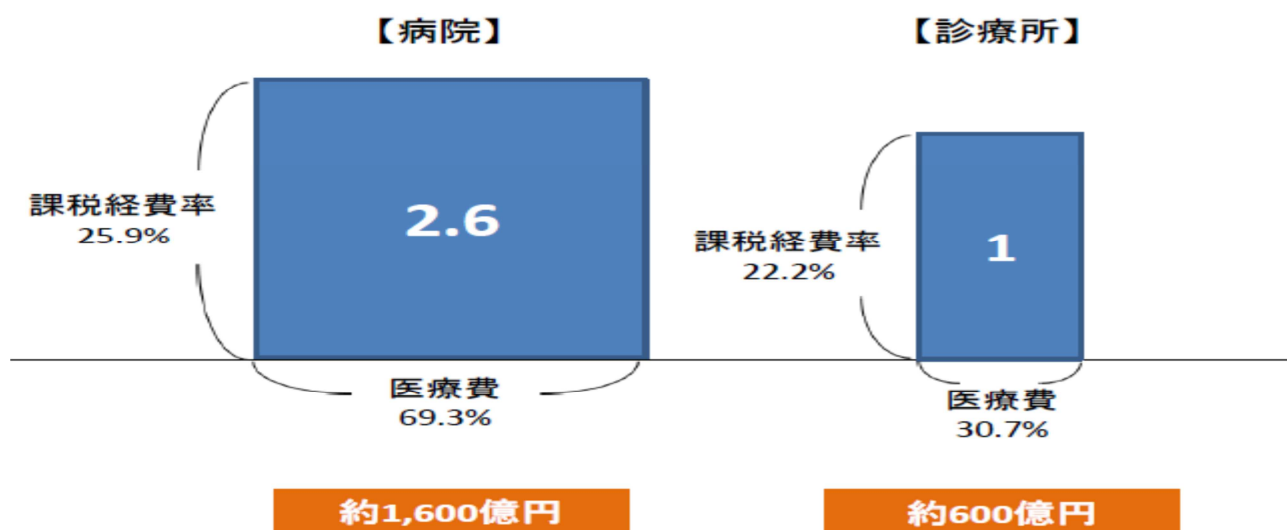
- 病院・診療所間での財源配分は、議論の中間整理において、以下の算式で得られる数値により財源を按分することを基本とする、とされていたところ。

〈病院、診療所ごとの医療費シェア〉 × 〈病院、診療所ごとの課税経費率〉

- 病院・診療所の医療費の相対比（69.3% : 30.7%）、課税経費率（本体分）の相対比（25.9% : 22.2%）であることから、医科に配分される財源約 2200 億円は、病院に約 1600 億円、診療所に約 600 億円配分されることとなる。

※ $69.3\% \times 25.9\% : 30.7\% \times 22.2\% \approx 2.6 : 1 \approx 1600 : 600$

### < 病院と診療所間の財源配分（約 2,200 億円） >



### 3. 財源配分等に係る論点について

#### <論点の一覧>

論点1： 診療所の初・再診料、有床診療所入院基本料の引上げ方をどうするか。  
個別項目への財源配分をどうするか。

論点2： 外来診療料の引上げ方をどうするか（再診料と同じ点数引き上げるか、引上げ  
点数を1点抑えて、再診料と点数をそろえるか）

論点3： 入院基本料ごとの課税経費率の適用について、どう取り扱うか

論点4： DPC点数の取扱いについて

→ 出来高的な積み上げ方式により、DPC点数ごとに上乗せ額を計算することとして  
はどうか

論点5： 訪問看護ステーションへの財源配分をどうするか

→ 訪問看護ステーションが算定する訪問看護管理療養費について、一定の財源を配分す  
ることとしてはどうか

論点6： 歯科の初・再診料の引上げ方をどうするか。  
個別項目への財源配分をどうするか。

論点7： 調剤基本料の引上げ方をどうするか

→ 調剤基本料（40点/24点）について、それぞれ+1点とすることでどうか

論点8： 消費税対応分が薬価、特定保険医療材料価格に上乗せされている旨の表示をど  
のように行うか

→ 医療機関等が発行する明細書の様式の欄外に「薬価・医療材料価格には、消費税相当  
額が含まれています（詳しくは厚生労働省のホームページで）」といった文言を記載す  
ることかどうか

(1) 医科

① 診療所に係る本体報酬の配分（約 600 億円）について

論点 1 : 診療所の初・再診料、有床診療所入院基本料の引上げ方をどうするか  
個別項目への財源配分をどうするか。

○ 診療所に配分される財源についての財源構成については、個別項目への配分の考え方に応じて、例えば以下の 2 つの考え方がありうるが、どう考えるか。

(案 1) 初診料+8 点、再診料+2 点、有床診療所入院基本料 2%程度引き上げ

(考え方)

- ・診療所の財源の 3 分の 2 程度を基本診療料に配分
- ・初診料と再診料の引き上げ幅の比率が、現行の点数比率 (270:69) と概ね整合的
- ・個別項目については、例えば医療機器等を使用した検査・処置・手術等に財源を配分するなどの対応をする。

(案 2) 初診料+12 点、再診料+3 点、有床診療所入院基本料 2%程度引上げ

(考え方)

- ・診療所の財源をほぼ全額、基本診療料に配分
- ・初診料と再診料の引き上げ幅の比率が、現行の点数比率 (270:69) と概ね整合的
- ・有床診療所入院基本料の引上げ率が、病院の入院料の引上げ率 (後述) と均衡
- ・財源に残りが出れば、補完的に個別項目に上乘せすることとする

② 病院に係る本体報酬の配分（約 1600 億円）について

(ア) 病院に配分される財源については、議論の中間整理の内容に従えば、診療所に乗せた点数と同じ点数を初・再診料（外来診療料）に上乘せし、余った財源を入院料に上乘せすることとなるが、初・再診料の引上げ方が仮に①で示した案 2 のとおりとすれば、財源の 9 割弱（約 1400 億円）が入院料に配分されることとなり、平均的には入院料が 2%弱程度引き上げられることとなる。

## 論点2 外来診療料の引上げ方をどうするか

- (イ) 外来診療料（70点：一般病床の病床数が200床以上の病院において算定）については、議論の中間整理においては、再診料（69点）と同じ点数だけ引き上げることとされているが、病院の財源配分について、入院基本料への配分を重視する考え方からは、再診料と点数を揃える（再診料よりも引上げ点数を1点抑える）という考え方もあり得るところ、この外来診療料の引き上げ方について、どう考えるか
- (ウ) 議論の中間整理においては、入院料間での財源配分については、「各入院料ごとの医療費シェア×各入院料ごとの課税経費率」に応じた配分を行うこととされており、基本的には議論の中間整理の趣旨に沿って配分することとするが、以下の論点については、どのように取り扱うべきか。

## 論点3 入院基本料ごとの課税経費率の適用について、どう取り扱うか

医療経済実態調査において、費用構造の把握が可能なはずであった入院基本料等について、全体的に必ずしも十分にデータを把握できなかった（具体的には別表のとおり）ため、適用する課税経費率について、どのように取り扱うべきか

- ・ データを把握できなかった「専門病院入院基本料」「特殊疾患病棟入院料」「特定一般病棟入院料」については、一般病院全体の課税経費率を適用することでよいか
- ・ 「特定機能病院入院基本料」については、看護配置別のN数があまり多くないこと、結核病棟のデータがほとんどないこと等から、一般・結核・精神の区分や看護配置による区分をせず、特定機能病院全体の課税経費率の平均値を適用することでよいか。
- ・ 「結核病棟入院基本料」「精神病棟入院基本料」「障害者施設等入院基本料」については、看護配置別のN数が少ないこと等から、看護配置による区別はせずに、入院基本料種別ごとの課税経費率の平均値を適用することでよいか
- ・ 一般病棟入院基本料や療養病棟入院基本料についても、他の入院基本料種別との均衡等の観点から、看護配置による区別はせずに、入院基本料種別ごとの課税経費率の平均値を適用することでよいか。

#### 論点4 DPC点数の取扱いについて

##### <議論の中間整理における関連の記述>

本体報酬に薬価、特定保険医療材料価格が包括されている入院料（DPC制度における診療報酬の包括評価部分を含む。）については、医薬品、特定保険医療材料に係る仕入れを含めた課税仕入れ割合を課税経費率として計算する必要があること

DPC点数については、

- ・ 各DPC点数に組み込まれている入院料、医薬品等が異なるため、「DPC点数全体の課税経費率の平均」により一律の上乗せを行うことはなじまないと考えられること
- ・ DPC点数ごとの課税経費率を把握することは技術的に困難である一方、各DPC点数に組み込まれている入院料、医薬品等が明らかになっているため、それらの構成要素に係る消費税引き上げに応じた上乗せ額（入院料については、入院料間の財源配分の結果としての上乗せ点数／医薬品費については、薬価上乗せ相当分）を、DPC点数ごとに出来高的に積み上げて計算することが技術的に可能であることから、DPC点数については、出来高的な積み上げ方式により、DPC点数ごとに上乗せ額を計算することとしてはどうか。

(エ) なお、入院料間での財源配分を行うに際しては、以下の理由から、薬価が包括されている入院料（以下「包括入院料」という）に係る医薬品費に関する消費税対応財源（便宜上、薬価改定分の改定率により確保されている財源）を配分財源に含めて計算する必要がある。

- ・ 医療経済実態調査に基づく費用構造推計においては、医薬品費については、包括入院料に係るものも含め、すべて医療機関等の仕入れベースでの金額が把握され、これについての消費税率引き上げに伴うコスト増に対応するための財源は、すべて薬価改定分の改定率により確保されているところ。
- ・ しかしながら、包括入院料については、薬価を別個に請求しないため、薬価に上乗せされた消費税対応分の手当てを享受できない。したがって、包括入院料に関して使用する医薬品に係る消費税コストの増加分は、入院料への上乗せで対応する必要があり、その財源は、便宜上、薬価改定分の改定率により確保されているものである。

③ 訪問看護管理療養費への財源配分について

論点5： 訪問看護ステーションへの財源配分をどうするか

医科の財源から配分する個別項目として、訪問看護ステーションが算定する訪問看護管理療養費について、平成9年時の診療報酬対応（7000円→7050円）、今回の消費税対応として介護保険における訪問看護の介護報酬が引き上げられることとなったこととの均衡を踏まえ、一定の財源を配分することとしてはどうか（これを行わないと、訪問看護ステーションについては診療報酬上、消費税対応がなんら行われないこととなる）。

（参考）

※訪問看護管理療養費（現行）

月の初日の訪問の場合	7300円
月の2日目以降の訪問の場合	2950円

※介護保険における訪問看護（ステーション）の費用構造推計結果： 課税経費率 16.4%



## (2) 歯科

論点6： 歯科の初・再診料の引上げ方をどうするか。個別項目への財源配分をどうするか。

- 歯科に配分される財源規模（約 200 億円）と、議論の中間整理の内容を踏まえ、歯科初診料（218 点）、歯科再診料（42 点）の引き上げ方については、例えば以下の2つの考え方がありうるが、どう考えるか。

### (案1) 歯科初診料+10点、歯科再診料+2点

(考え方)

- ・ 歯科に配分される財源の3分の2程度を初再診料に配分
- ・ 初診料と再診料の引き上げ幅の比率が、現行の点数比率（218：42）と概ね整合的
- ・ 個別項目については、例えば医療機器等を使用した検査・処置・歯冠修復等に財源を配分する等の対応をする。

### (案2) 歯科初診料+16点、歯科再診料+3点

(考え方)

- ・ 歯科に配分される財源をほぼ全額、初再診料に配分
- ・ 初診料と再診料の引き上げ幅の比率が、現行の点数比率（218:42）と概ね整合的
- ・ 財源の残りは、補完的に個別項目に上乗せすることとする

## (3) 調剤

論点7： 調剤基本料の引上げ方をどうするか

- 調剤に配分される財源規模（約 100 億円）と、議論の中間整理の内容を踏まえ、調剤基本料（40 点/24 点）の引き上げについては、以下のとおりとしてはどうか。

### (案) 調剤基本料（40点/24点）について、それぞれ+1点

(考え方)

- ・ 議論の中間整理に則して、調剤に配分される財源の大半を調剤基本料に配分する案
- ・ 財源の残りは、補完的に個別項目に上乗せすることとする

(4) 薬価、特定保険医療材料価格に係る消費税対応分の表示方法について

論点8 消費税対応分が薬価、特定保険医療材料価格に上乗せされている旨の表示をどのように行うか

- 議論の中間整理においては「消費税対応分が薬価、特定保険医療材料価格に上乗せされている旨の表示を簡略な方法で行うことを基本とする。(具体的な表示方法については引き続き検討する。)」とされたところ。
- これについては、例えば、医療機関等が発行する患者への明細書の様式の欄外に「薬価・医療材料価格には、消費税相当額が含まれています」といった簡易な文言を記載する(保険局長通知「医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について」の明細書様式の改正により対応する)ことが考えられるのではないか。
- ただし、以下の問題点について、どう考えるか (厚生労働省のホームページに丁寧な解説を掲載することを前提に、「(詳しくは厚生労働省のホームページで)」と誘導することでよいか)。

(問題点)

- ・「医療材料価格」という用語が患者に理解されないおそれ(明細書には、「画像記録用フィルム(半切)1枚」などと記載されるが、「(特定保険)医療材料」という用語の記載は想定されていない)
- ・「消費税相当額」(=医療機関等が仕入れ時に負担する消費税額)という用語が患者に理解されないおそれ(窓口で「非課税なのに、なぜ消費税を取られるのか」との苦情につながるおそれ)
- ・診療報酬本体については、消費税対応の点数上乗せが全くなされていないとの誤解を招くおそれ

以上