

2. 外科的手術等の適切な評価①

外保連試算を活用した手術料の見直し

今般改定された「外保連試算第8.2版」において、「外保連試算第8版」と比較して相当程度人件費の増加及び減少が認められた手術を対象として、材料に係る費用の占める割合にも配慮をしつつ、手術料の見直しを行う。

増点となった
手術の例
(計19件)

| 手術名 | 現行 | 改定後 |
|---------------------------|---------|----------------|
| 遊離皮弁術 顕微鏡下血管柄付きのもの | 74,240点 | <u>84,050点</u> |
| 骨移植術(軟骨移植術を含む) 同種骨移植(非生体) | 14,770点 | <u>18,300点</u> |
| 動脈形成術、吻合術 頭蓋内動脈 | 70,980点 | <u>81,720点</u> |
| 腭頭部腫瘍切除術 腭頭十二指腸切除術の場合 | 69,840点 | <u>77,950点</u> |

減点となった
手術の例
(計81件)

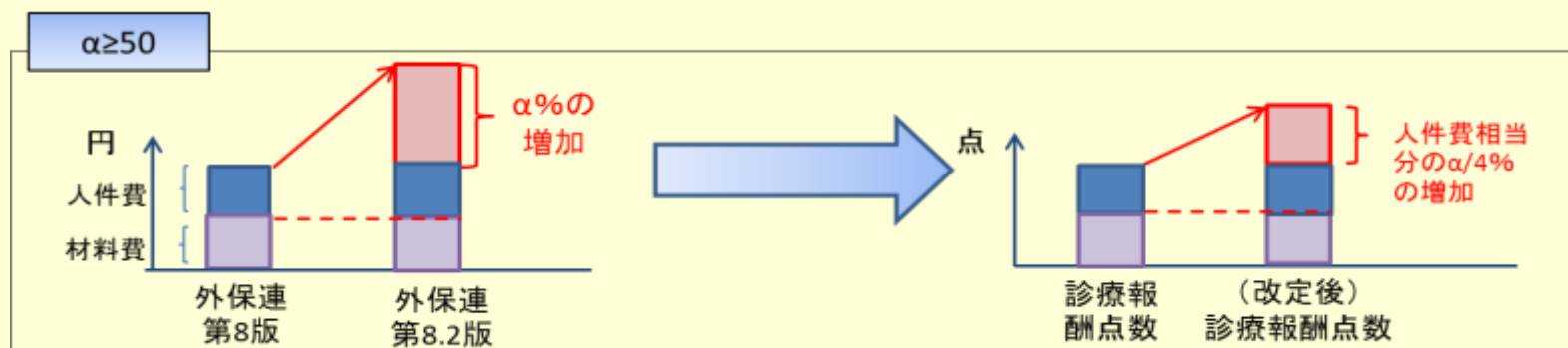
| 手術名 | 現行 | 改定後 |
|------------------------|---------|----------------|
| 網膜光凝固術 その他特殊なもの | 18,100点 | <u>15,960点</u> |
| 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術 部分切除 | 66,500点 | <u>60,170点</u> |
| 内視鏡的乳頭切開術 乳頭括約筋切開のみなもの | 12,220点 | <u>11,270点</u> |
| 帝王切開術 選択帝王切開 | 22,160点 | <u>20,140点</u> |

2. 外科的手術等の適切な評価②

手術料見直しの考え方

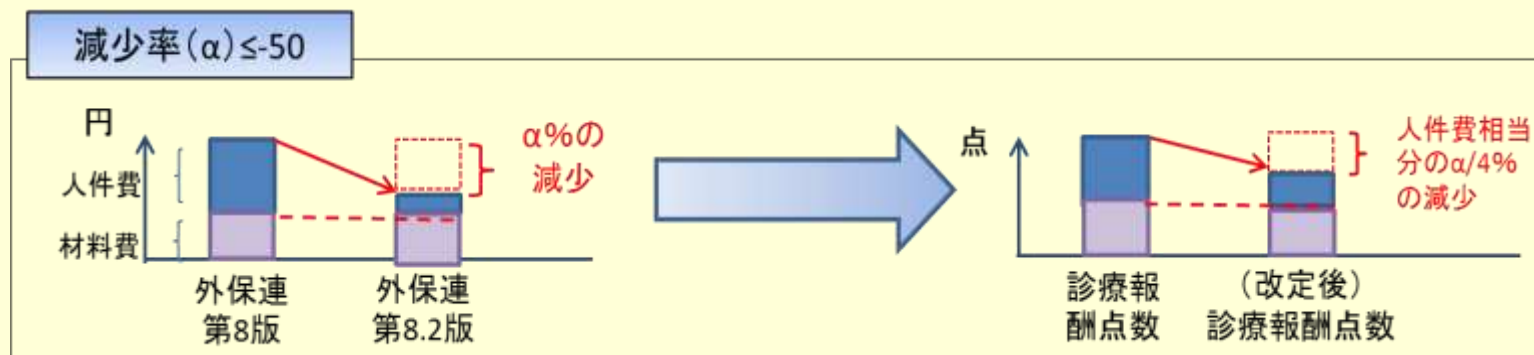
➤ 人件費が50%以上増加した場合

「外保連試算第8.2版」の人件費/材料費比率に基づいて算出した平成24年診療報酬点数の人件費に1/4相当分に当たる増点を行った。



➤ 人件費が50%以上減少した場合

「外保連試算第8.2版」の人件費/材料費比率に基づいて算出した平成24年診療報酬点数の人件費に1/4相当分に当たる減点を行った。



(参考)新たに施設基準の届出が必要な手術

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

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

2. 外科的手術等の適切な評価③

画像等手術支援加算の対象の明確化

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

画像等手術支援加算 ナビゲーションによるもの

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



画像等手術支援加算 ナビゲーションによるもの

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

心臓弁再置換術加算の対象の明確化

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

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



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

植込型カテーテルによる中心静脈注射等に関する名称の見直し

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

現行

植込型カテーテルによる中心静脈栄養

中心静脈栄養用植込型カテーテル設置



改定後

植込型カテーテルによる中心静脈**注射**

中心静脈**注射**用植込型カテーテル設置

3. 先進医療会議からの保険導入①

先進医療からの保険導入

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

導入した技術(医科:一覧)(6技術)

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

現行

光トポグラフィー 670点
(脳外科手術の術前検査に使用)



改定後

光トポグラ
フィー

脳外科手術の術前検査に使用するもの

670点

(新)抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用するもの 400点※

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

3. 先進医療からの保険導入②

導入した技術の例

➤ (新) 腹腔鏡下胃縮小術(スリーブ状切除によるもの) 36,410点

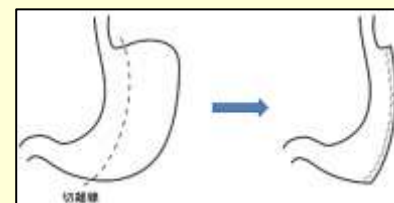
※ 自動縫合器を使用した場合は、所定点数に含まれる。

(技術の概要)

BMI 35以上で糖尿病等を合併する高度肥満の患者に対して、胃の一部を切除し、縮小する手術を腹腔鏡下に行うもの。効果として、糖尿病等の改善が期待できる。(BMI=体重 ÷身長²)



(図1) 皮膚の切開のイメージ
腹腔鏡を挿入する部分のみ傷ができる。大きな切開は必要ない。



(図2) 胃切除のイメージ
胃を部分的に切除する。残った胃はスリーブ(袖)状になる。

[施設基準]

- (1) 外科or消化器外科 + 内科、循環器科、内分泌内科、代謝内科or糖尿病内科を標榜
- (2) 腹腔鏡使用の胃の手術を年間に20例以上
- (3) 外科or消化器外科の5年以上の経験 + 当該手術を術者として10例以上経験した常勤の医師が1名以上
- (4) 実施診療科に常勤の医師2名以上
- (5) 高血圧症、脂質異常症又は糖尿病の診療5年以上の経験を有する常勤の医師1名以上
- (6) 常勤の麻酔科標榜医、常勤の管理栄養士、緊急手術体制、前年度の実績の届出
- (7) フォローアップ率(年に1回、体重、生活習慣病の重症度等を把握)が術後5年目で75%以上が望ましい

[算定要件]

- (1) 6か月以上の内科的治療によっても、十分な効果が得られずBMIが35以上、かつ、糖尿病、高血圧症又は脂質異常症のうち1つ以上を合併
- (2) 高血圧症、脂質異常症又は糖尿病の5年以上の経験を有する常勤の医師(手術を行う医療機関の医師に限る。)が治療の必要性を認めていること。
- (3) 長期継続的に生活習慣病の管理を行うため、患者の同意を得た上で治療計画を作成
+手術の副作用等を含めて患者に説明、文書により提供
(+術後の継続的な治療を他の保険医療機関で行う場合、治療計画及び診療情報を文書により提供)
- (4) 手術前のBMI、手術前に行われた内科的管理の内容及び期間、手術の必要性等を診療報酬明細書の摘要欄に記載

4. 胃瘻等について①

1. 胃瘻造設術、胃瘻造設時嚥下機能評価加算

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



【現行】

| | |
|-------|---------|
| 胃瘻造設術 | 10,070点 |
| — | — |

【改定後】

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

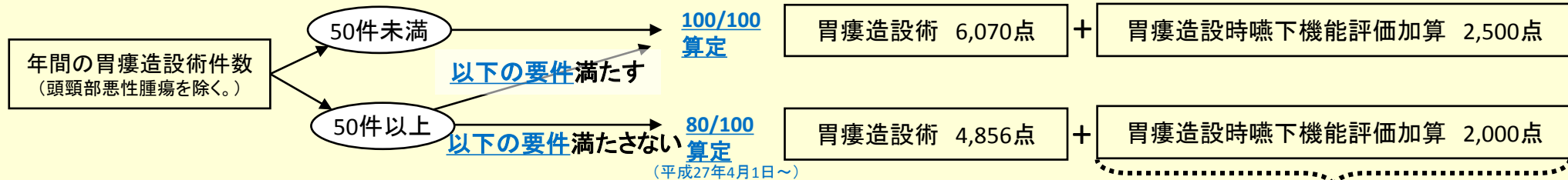
※ 要件を満たさない場合、80/100に減算(平成27年4月1日～)

[胃瘻造設術の留意事項]

○胃瘻造設の必要性、管理方法、閉鎖の条件等を患者に説明

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

(算定のイメージ)



(要件) (胃瘻造設術が年間50件以上の場合)

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

注) 下記の患者を除く。

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

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

[留意事項]

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

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

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

4. 胃瘻等について②

2. 経口摂取回復促進加算

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

【現行】

| | |
|--------|------|
| 摂食機能療法 | 185点 |
| — | — |



【改定後】

| | |
|----------------|------|
| 摂食機能療法 | 185点 |
| (新) 経口摂取回復促進加算 | 185点 |

[施設基準]

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



[算定要件]

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

- これまで評価が不明確だった、胃瘻抜去術の技術料を新設する。

【現行】

| |
|---------------|
| 胃瘻閉鎖術 12,040点 |
| — |



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

4. 胃瘻等について③

3. 計算方法、届出方法等

(経口摂取に回復させている割合の計算方法)

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

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

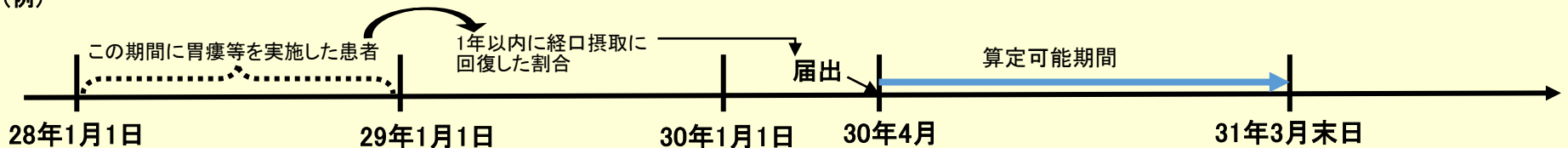
分子及び分母から除くもの

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

(届出に関する取り扱い)

【通常の場合】前々年の1月～12月に胃瘻等実施した患者の回復率で届出

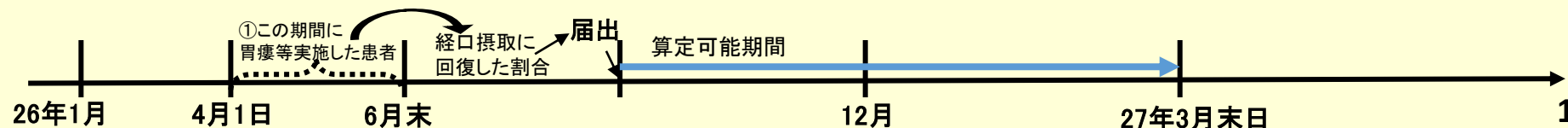
(例)



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

(例)

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



5. 新規特定保険医療材料等に係る技術料の新設①

C2特材に係る技術料等の新設

- C2区分として保険収載され、現在準用点数で行われている特定保険医療材料等に係る技術について、新たに技術料や管理料を新設する。

例)

| 現行 | |
|----------------------------------|---------|
| (所定点数を準用する技術) K556-2経皮的動脈弁拡張術 | 37,430点 |

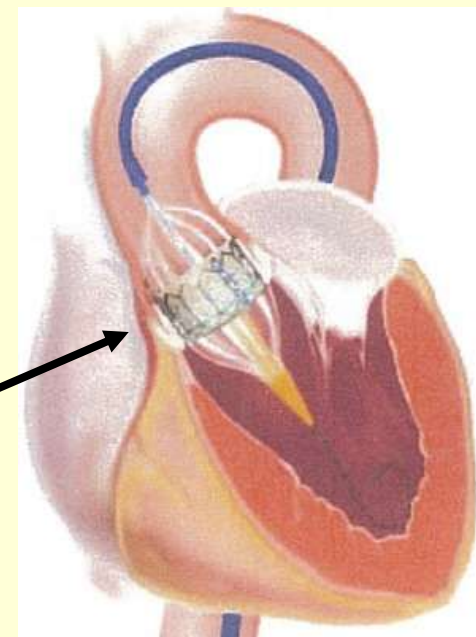


| 改定後 | |
|---------------|---------|
| (新) 経皮的動脈弁置換術 | 37,430点 |

技術の概要: 重度大動脈弁狭窄を有し、かつ外科的手術を施行することができない患者に対し、カテーテルを用いて大動脈弁の位置に人工弁を留置することで、低侵襲に大動脈弁を置換できる。

関連する特定保険医療材料:

182 バルーン拡張型人工生体弁セット 4,430,000円

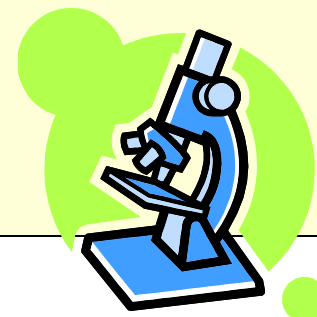


5. 新規特定保険医療材料等に係る技術料の新設②

E3検査に係る検査実施料の新設

- E3区分として保険収載され、現在準用点数で行われている検査について、新たに検査実施料を新設する。

例) (新) 結核菌群イソニアジド耐性遺伝子検出 850点
(新) 抗筋特異的チロシンキナーゼ抗体 1,000点



体外診断用医薬品の保険適用申請区分の見直し

- 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。

| 現行 | |
|----|------------------------|
| E1 | 測定項目、測定方法とも既存の品目 |
| E2 | 測定項目は新しくないが、測定方法が新しい品目 |
| E3 | 測定項目が新しい項目 |



| 改定後 | |
|-----|--|
| E1 | 測定項目、測定方法とも既存の品目 |
| E2 | 測定項目は新しくないが、測定方法が新しい品目 |
| E3 | 測定項目が新しい項目 又は技術改良等により臨床的意義、利便性の向上等を伴う既存検査項目 |

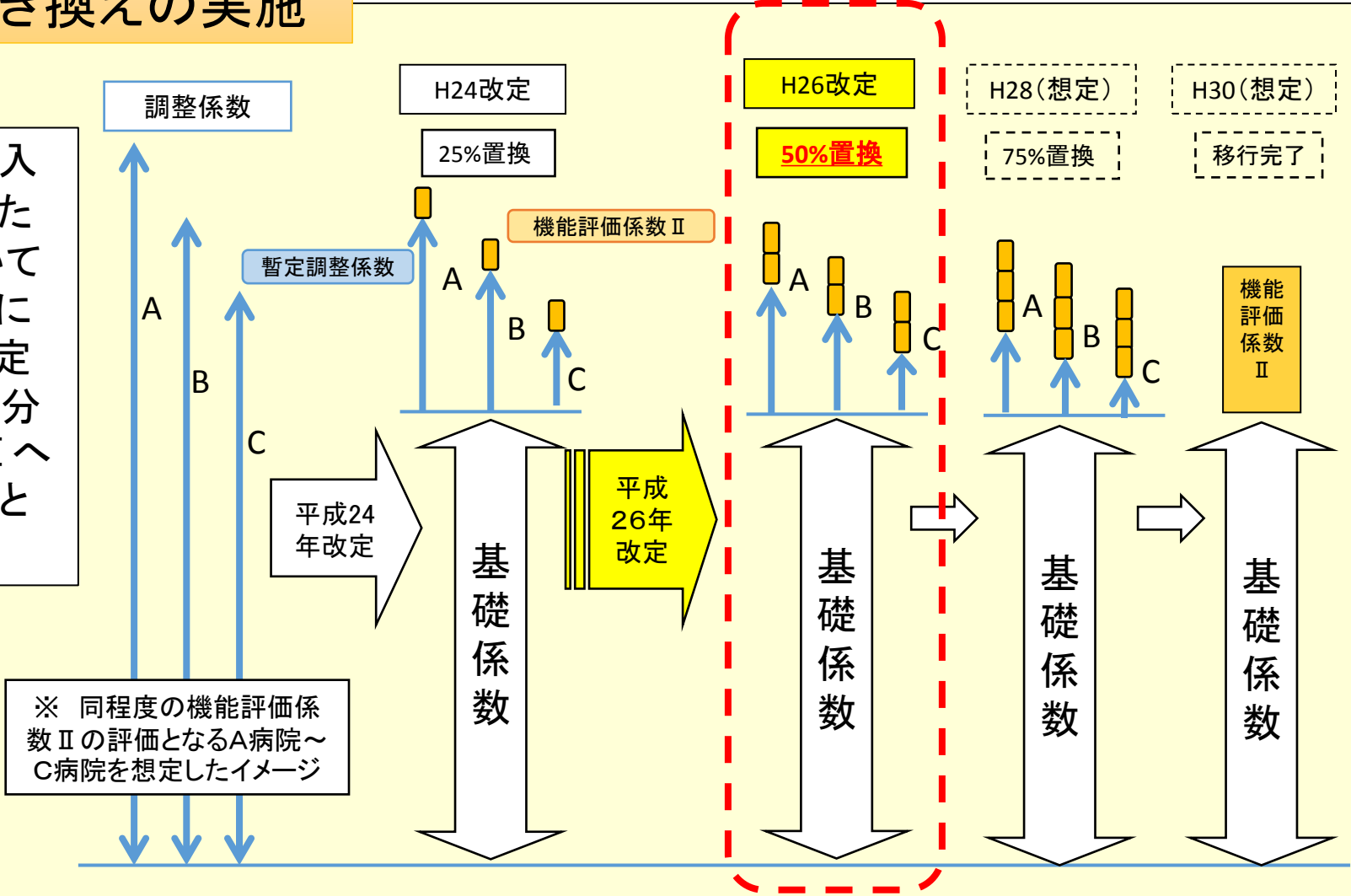
例：
 抗デスマグレイン1抗体、抗デスマグレイン3抗体、抗BP180-Nc16抗体(化学発光酵素免疫測定法(CLEIA法))

○既存法(ELISA法)と同等の感度・特異度を保ちながら、測定時間が約6分の1に短縮し、測定範囲の拡大による希釈再検回避等の臨床的意義の向上を実現。

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 保険診療指数 (改) |
| 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 |
| ⑦ 後発医薬品指数 (新) |

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。

短期滞在手術等入院料3に係る対応

出来高報酬体系における「短期滞在手術等入院料3」の対象となる手術・処置等が従来の「小児ヘルニア手術」以外で**多数追加**されたことを踏まえ、DPC/ PDPSにおいて下記の対応を行う。

① 「厚生労働大臣が定める包括対象外の患者（5号告示）」における対応

⇒ 当該告示において、短期滞在手術等入院料3の算定対象となる患者を包括対象外として定める。

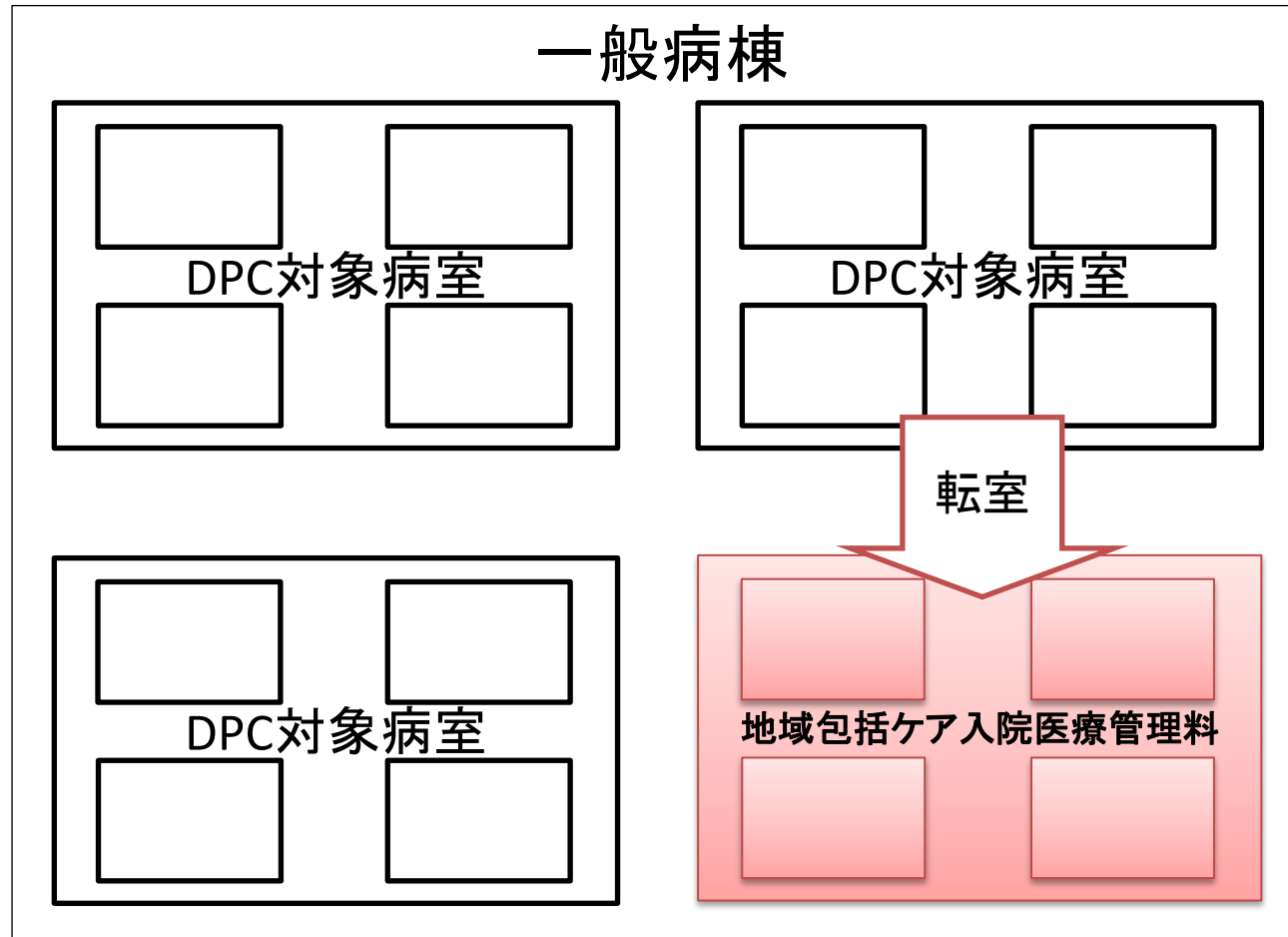
② 「診断群分類点数表」における対応

⇒ 当該診断群分類において、ほとんどの症例で「短期滞在手術等入院料3」によって算定されると考えられる診断群分類は、包括対象外とする。

| | |
|--------|---------------------------------------|
| K008 | 腋臭症手術2 皮膚有毛部切除術 |
| K093-2 | 関節鏡下手根管開放手術 |
| K196-2 | 胸腔鏡下交感神経節切除術(両側) |
| K282 | 水晶体再建術 1眼内レンズを挿入する場合ロその他のもの |
| K282 | 水晶体再建術 2眼内レンズを挿入しない場合 |
| K474 | 乳腺腫瘍摘出術1長径5cm未満 |
| K617 | 下肢静脈瘤手術 1抜去切除術 |
| K617 | 下肢静脈瘤手術 2硬化療法 |
| K617 | 下肢静脈瘤手術 3高位結紮術 |
| K633 | ヘルニア手術 5㎝径ヘルニア(15歳未満) |
| K633 | ヘルニア手術 5㎝径ヘルニア(15歳以上) |
| K634 | 腹腔鏡下単径ヘルニア手術 |
| K721 | 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 1長径2cm未満 |
| K721 | 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術 2長径2cm以上 |
| K743 | 痔核手術 2硬化療法(四段階注射法) |
| K867 | 子宮頸部(腔部)切除術 |
| K873 | 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 |
| D237 | 終夜睡眠ポリグラフィー1携帯用装置を使用した場合 |
| D237 | 終夜睡眠ポリグラフィー2多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合 |
| D237 | 終夜睡眠ポリグラフィー31及び2以外の場合 |
| D291-2 | 小児アレルギー負荷検査 |
| D413 | 前立腺針生検法 |

地域包括ケア入院医療管理料にかかる算定ルール

A308-3 地域包括ケア入院医療管理料1・2を算定する病室に転室する場合に適用される。



直前にDPC算定病床から転床した場合は、特定入院期間中は DPC算定を継続 する。

※ なお、地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟に転棟する場合には当該規定は適用されない。

医療技術の進歩の促進と導入、その他の分野

1 充実が求められる分野を適切に評価していく視点

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

3 医療従事者の負担を軽減する視点

4 効率化余地がある分野を適正化する視点

5 消費税率8%への引上げに伴う対応

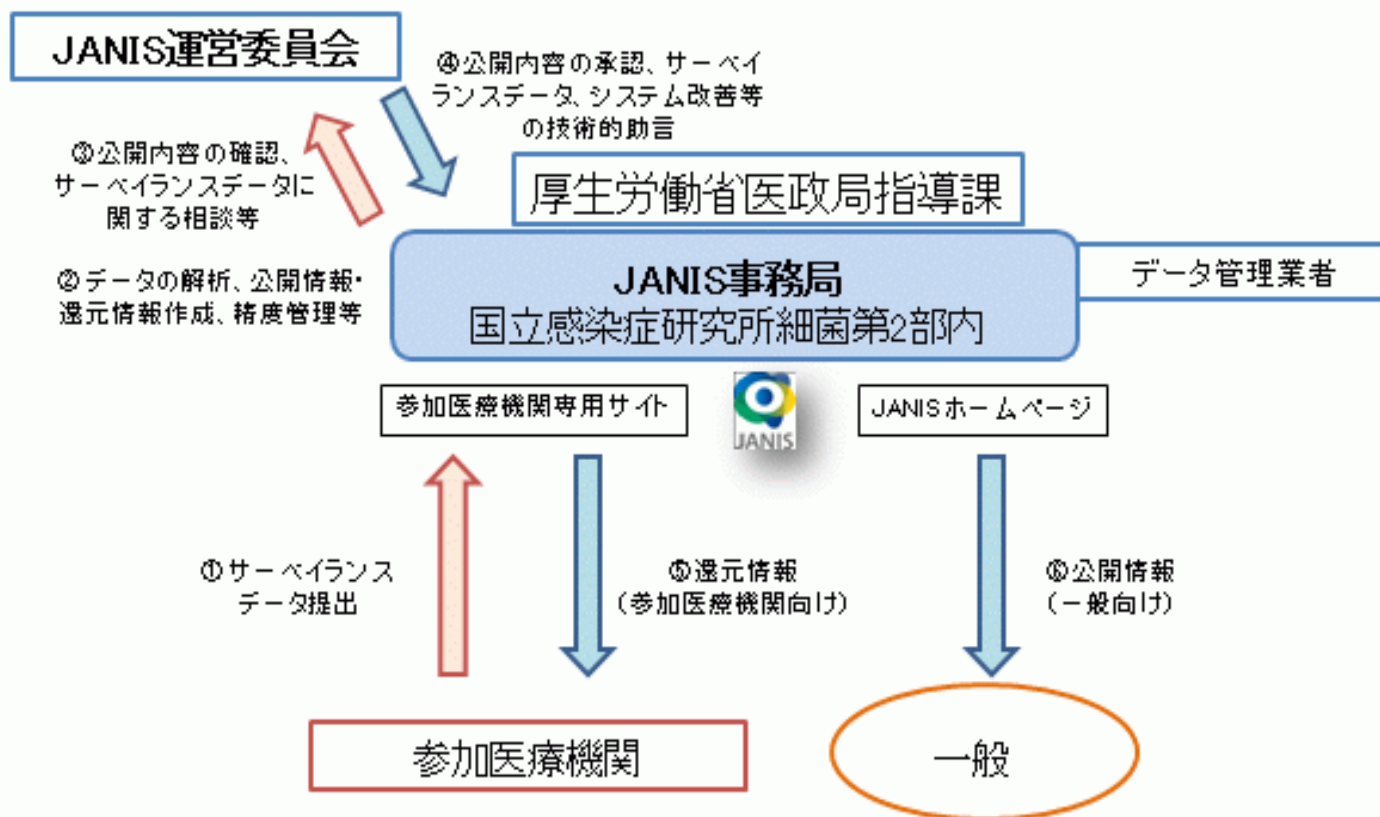
患者等からみて分かりやすく、質の高い医療の実現

感染防止対策加算の見直し

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

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

【JANISの運営体制（参考）】



明細書の無料発行の促進①

明細書の無料発行の推進

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

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



400床未満の病院については、これを平成27年度以降は認めないこととする。

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

その他の取組

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

明細書の無料発行の促進②

明細書無料発行の義務化の範囲などについて

電子レセプト請求の義務付け対象となっている医療機関及び薬局

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

DPCデータ提出に係る評価の見直しについて①

- データ提出加算について、現在データ提出の対象となっていない病棟についてもデータを提出することとし、すべての病院でデータ提出加算の届出を可能とする。
- また、データ提出加算参加の機会が年1回に限られていることから、参加機会を増やす。

現行

- [データ提出加算1(入院データ提出)](退院時1回)
イ(200床以上)100点、ロ(200床未満)110点
- [データ提出加算2(入院+外来データ提出)](退院時1回)
イ(200床以上)150点、ロ(200床未満)160点

[算定要件]

- ・診療録管理体制加算に係る届出を行っていること(同等の体制を有している場合を含む)。
- ・7対1及び10対1入院基本料(一般病棟入院基本料(一般病棟に限る。)、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料(一般病棟に限る))を届け出ていること。 等

[対象病棟]

- ・一般病棟入院基本料(7対1入院基本料及び10対1入院基本料に限る。)、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(7対1一般病棟入院基本料、10対1一般病棟入院基本料及び精神病棟に限る。)、専門病院入院基本料(7対1及び10対1に限る。)、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、一類感染症患者入院医療管理料、小児入院医療管理料、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料、短期滞在手術基本料3

[参加機会]

- ・年1回(原則5月)

改定後

- [データ提出加算1(入院データ提出)](退院時1回)
イ(200床以上)100点、ロ(200床未満)110点
- [データ提出加算2(入院+外来データ提出)](退院時1回)
イ(200床以上)150点、ロ(200床未満)160点

[算定要件]

- ・診療録管理体制加算に係る届出を行っていること。 等

[対象病棟]

- ・ 全ての病棟(短期滞入手術基本料1を除く)

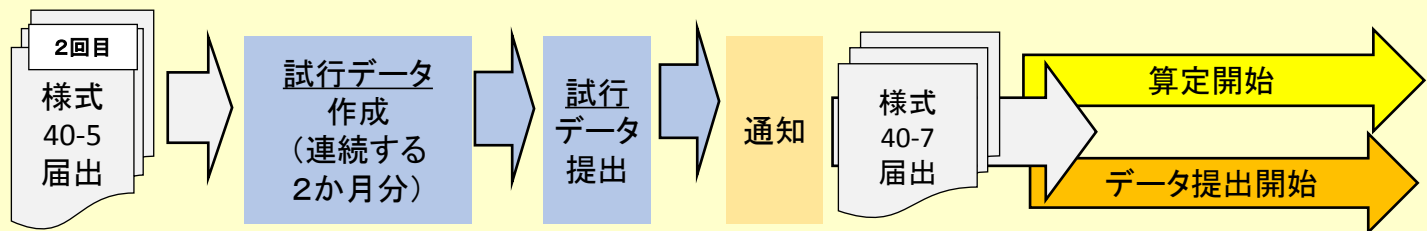
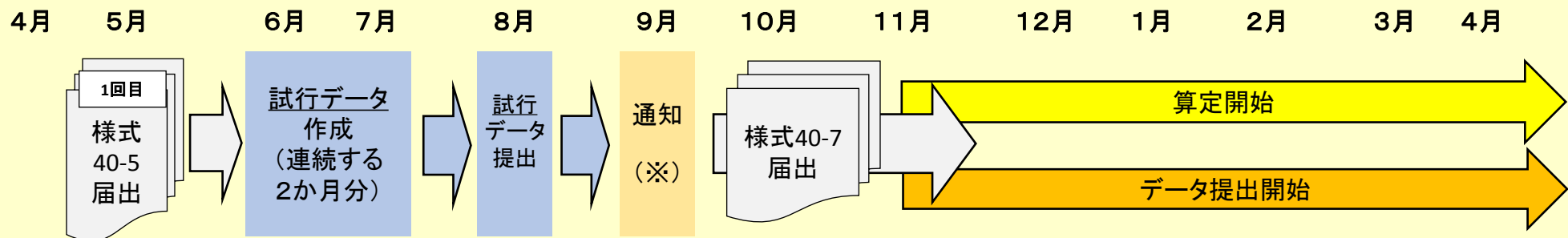
[参加機会]

- ・ 年4回(5月20日、8月20日、11月20日、2月20日)

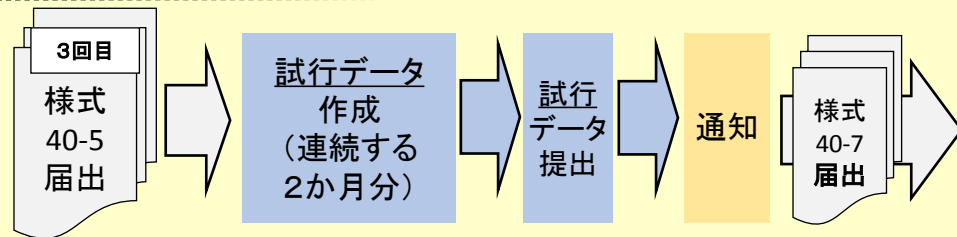
[経過措置] 平成26年3月31日までに届出を行っている病院については、平成27年3月31日までの間、基準を満たしているものとする。

DPCデータ提出に係る評価の見直しについて②

データ提出加算の届出と算定の年間スケジュール【新たにデータ提出をする場合】

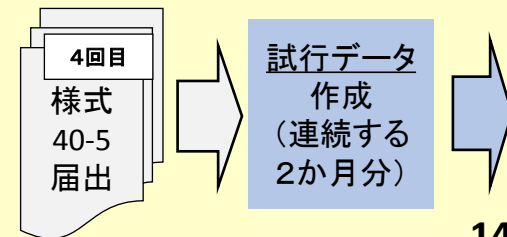


※「通知」
提出された試行データ
が、適切に提出・作成され
たことが厚生労働省保険
局医療課において確認さ
れた病院に対して「通知」
がされる。



平成26年度データ提出加算の参加の機会

5月20日、8月20日、11月20日、2月20日



患者等からみて分かりやすく、質の高い医療の実現

診療録管理体制加算の見直し

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

診療録管理体制加算（入院初日）

| 現行 | |
|-----------|-----|
| — | — |
| 診療録管理体制加算 | 30点 |



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

[施設基準]

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

診療報酬点数表の簡素化

診療報酬点数表の簡素化

- 代替の医療技術に置き換わり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。

【廃止を行う技術の例】

| 項目 | 廃止の理由 |
|--------------------------------|---------------------------------------|
| 前立腺酸ホスファターゼ | 前立腺特異抗原(PSA)が一般化されたため、現在ほとんど利用されていない。 |
| 遊離脂肪酸 | 測定データが不安定で臨床的有用性が低い。 |
| 縦隔切開術(肋骨切断によるもの、傍胸骨又は傍脊柱によるもの) | 現在施行されていない術式である。 |
| 静脈形成術、吻合術(指の静脈) | 現在施行されていない術式である。 |
| ブリッジ修理(歯科) | 現在施行されていない術式である。 |

医科点数表の解釈の明確化①

創傷処理に関する明確化

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

在宅人工呼吸指導管理料に関する明確化

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

電子画像管理加算に関する明確化

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

画像診断管理加算に関する明確化

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

医科点数表の解釈の明確化②

室内面積等の算出に関する明確化

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

往診料における夜間の定義に関する明確化

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

生活習慣病管理料に関する明確化

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

在宅自己腹膜灌流指導管理料に関する明確化

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

医療技術の進歩の促進と導入、その他の分野

1 充実が求められる分野を適切に評価していく視点

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

3 医療従事者の負担を軽減する視点

4 効率化余地がある分野を適正化する視点

5 消費税率8%への引上げに伴う対応

医療従事者の負担を軽減する取り組みの評価①

手術・処置の休日・時間外・深夜加算の見直し(その1)

- 勤務医の負担の大きな原因となっている、当直や夜間の呼び出しなど、時間外・休日・深夜の対応についての改善を図るため、手術及び一部の処置の「休日・時間外・深夜加算」の見直しを行う。

【現行】手術・150点以上の処置

| | |
|-------|--------|
| 休日加算 | 80/100 |
| 時間外加算 | 40/100 |
| 深夜加算 | 80/100 |



【改定後】手術・1,000点以上の処置

| | |
|---------|----------------|
| 休日加算 1 | <u>160/100</u> |
| 時間外加算 1 | <u>80/100</u> |
| 深夜加算 1 | <u>160/100</u> |

※ 従来の加算については加算「2」とする

【施設基準】

(1)及び(2)は当該加算を算定する診療科が実施していればよい。

(1) 予定手術前の当直(緊急呼び出し当番を含む。)の免除※を実施していること。(年12日までは実施しなくてもよい)

※術者、第一助手のみが対象。緊急呼び出し当番を行う者については、当番日の夜間に当該保険医療機関内での診療を行わなかった場合、翌日の予定手術に係る術者及び第一助手となっても、当該日数にはカウントしない。

(2)下記のいずれかを実施していること。(診療科ごとに異なってもよい)

① 交代勤務制※ (常勤の医師3名以上、夜勤の翌日の日勤は休日、日勤と夜勤を連続させる場合は休憩を置くこと)

※原則として、当該診療科において夜勤時間帯に行われる診療については、夜勤を行う医師のみによって実施されていること。ただし、同時に2件以上の緊急手術を実施する場合を除く。

② チーム制 (医師5人ごとに1人の緊急呼び出し当番を置き、休日・時間外・深夜の対応を一元化し、緊急呼び出し当番の翌日は休日※)

※1 当番日の夜間に院内で診療を行わなかった場合は、翌日を休日としていなくてもよい。
 ※2 緊急手術を行う場合は、当番以外の者が実施してもよい。ただし、その場合、翌日の予定手術には参加しないこと。
 ※3 休日・時間外・深夜の対応を当直医(他の診療科の当直医を含む。)が行ってもよい。

③ 時間外・休日・深夜の手術・1000点以上の処置の実施に係る医師(術者又は第一助手)の手当支給※

※(ア)または(イ)のどちらかを実施する。内容を就業規則に記載し、地方厚生局長等に届け出ること。(記載は27年3月31日までは実施していなくてもよい。)
 (ア)その都度、休日手当、時間外手当、深夜手当、当直手当等とは別の手当を支給 (イ)年間に行った数に応じた手当を支給

医療従事者の負担を軽減する取り組みの評価②

手術・処置の休日・時間外・深夜加算の見直し(その2)

[施設基準の続き]

(3)採血、静脈注射及び留置針によるルート確保について、原則として*医師以外が実施していること(新生児を除く。)

※1 教育的観点から臨床研修医1年目が実施する場合を除く。ただし、研修医が所属する診療科で実施する場合で、研修プログラムに支障のない範囲に限る。

※2 医師以外の医療従事者が、実際に患者に試みたが実施が困難であると判断した場合は医師が実施しても良い。(患者を実際に観察し、穿刺を行う前に判断する場合も含む。)

(4)下記のいずれかに該当すること。

ア) 年間の緊急入院患者数が200名以上である

イ) 全身麻酔(手術を実施した場合に限る)の患者数が年800件以上である

ウ) 第三次救急医療機関、小児救急医療拠点病院、総合周産期母子医療センター、災害医療拠点病院、へき地医療拠点病院又は地域医療支援病院である

(5)下記のア及びイの勤務医負担軽減策を実施していること

ア) 当該保険医療機関内に病院勤務医負担軽減等のための責任者を配置していること

イ) 当該保険医療機関内に多職種からなる役割分担推進のための委員会等を設置し、改善計画を作成すること。

[算定要件]

(1)手術又は処置が保険医療機関又は保険医の都合により休日、時間外、深夜に行われた場合には算定できない。

(2)時間外加算は、入院外の患者に対してのみ算定できる。

内視鏡検査に係る休日・時間外・深夜加算の創設

- 緊急内視鏡検査の評価を行うため、内視鏡検査の時間外・休日・深夜の加算の新設を行う。

【新設】

| | |
|-------|---------------|
| 休日加算 | <u>80/100</u> |
| 時間外加算 | <u>40/100</u> |
| 深夜加算 | <u>80/100</u> |

[算定要件]

(1)緊急内視鏡検査である場合のみ算定し、内視鏡検査が保険医療機関又は保険医の都合により休日、時間外、深夜に行われた場合には算定できない。

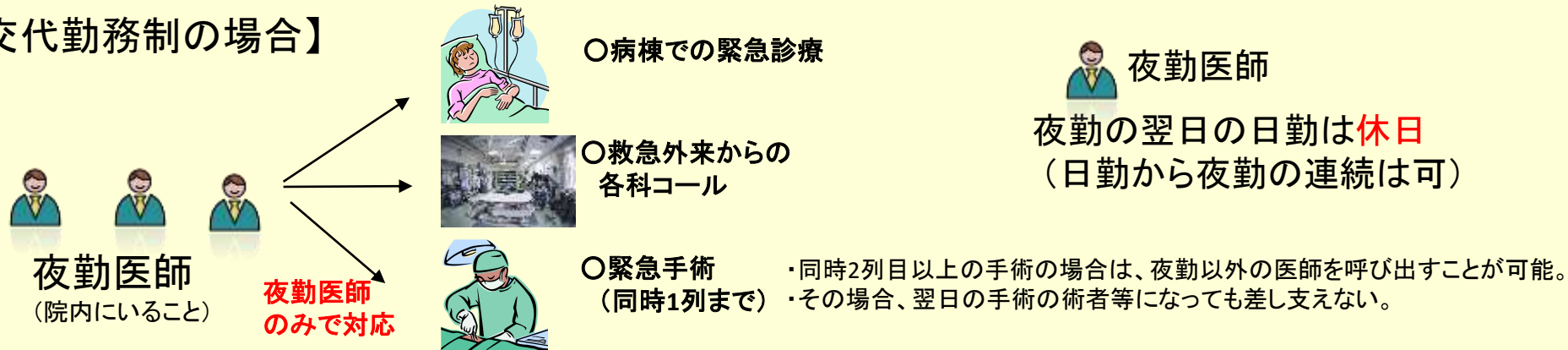
(2)時間外加算は、入院外の患者に対してのみ算定できる。

医療従事者の負担を軽減する取り組みの評価③

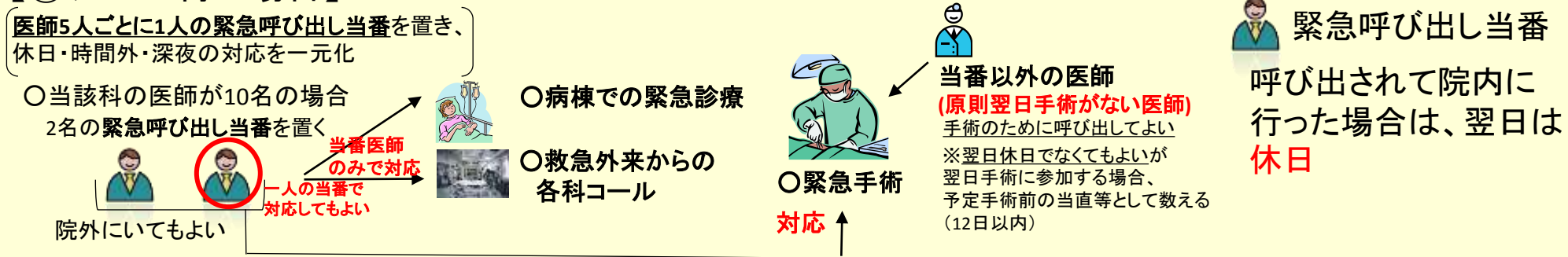
手術・処置の休日・時間外・深夜加算の施設基準のイメージ

診療科ごとに、①から③までのいずれかを実施

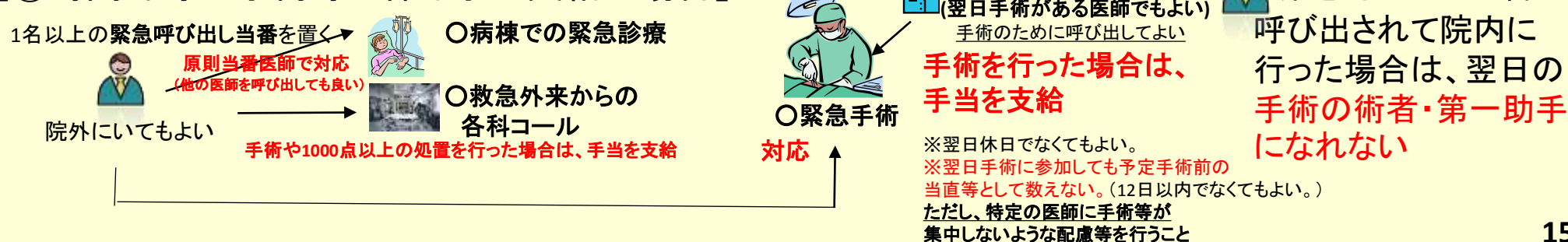
【①交代勤務制の場合】



【②チーム制の場合】



【③時間外等の手術等に係る手当支給の場合】



医療従事者の負担を軽減する取り組みの評価④

夜間における看護補助者の評価

- 急性期における夜間の看護補助者の配置について、評価を引き上げ、看護職員の負担を軽減する体制の推進を図る。

夜間急性期看護補助体制加算

| 現行 | |
|------------|-----|
| 夜間看護補助者の配置 | 点数 |
| 50対1 | 10点 |
| 100対1 | 5点 |



| 改定後 | |
|------------|-----|
| 夜間看護補助者の配置 | 点数 |
| (新) 25対1 | 35点 |
| (改) 50対1 | 25点 |
| (改) 100対1 | 15点 |

[施設基準]

25対1、50対1又は75対1のいずれかの急性期看護補助体制加算を算定している病棟であること。

(参考)急性期看護補助体制加算の施設基準

- (1) 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟)及び専門病棟入院基本料であって7対1入院基本料又は10対1入院基本料の届出病棟に入院している患者であること。
- (2) 総合周産期母子医療センター又は年間の緊急入院患者数が200名以上の病院
- (3) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合が10対1入院基本料においては5%以上
- (4) 看護補助者に対し、急性期看護における適切な看護補助のあり方に関する院内研修会を行っている。

医療従事者の負担を軽減する取り組みの評価⑤

医師事務作業補助体制の評価

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

(医師事務作業補助体制加算)

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

(新) 医師事務作業補助体制加算 1

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



[施設基準]

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

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

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

チーム医療の推進について ～病棟薬剤業務実施加算の制限緩和～

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

現行

【病棟薬剤業務実施加算】

(週1回) 100点

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



改定後

【病棟薬剤業務実施加算】

(週1回) 100点

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

医療技術の進歩の促進と導入、その他の分野

1 充実が求められる分野を適切に評価していく視点

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

3 医療従事者の負担を軽減する視点

4 効率化余地がある分野を適正化する視点

5 消費税率8%への引上げに伴う対応

検体検査の評価の見直し

検体検査実施料の適正化

- 衛生検査所検査料金調査における実勢価格に基づき、検体検査のうちインフルエンザウイルス抗原定性検査など約250項目の評価を見直す。

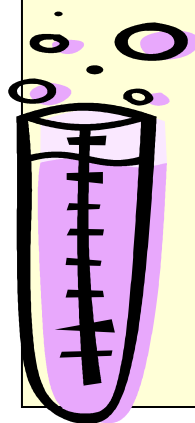
| 例) | 検査項目 | 150点 | 115点 | 330点 | 102点 | 149点 | 112点 | 320点 | 99点 |
|----|-----------------|------|------|------|------|------|------|------|-----|
| | インフルエンザウイルス抗原定性 | 150点 | | | | 149点 | | | |
| | 甲状腺刺激ホルモン(TSH) | | 115点 | | | | 112点 | | |
| | ビタミンC | | | 330点 | | | | 320点 | |
| | 生化学検査 I 8~9項目 | | | | 102点 | | | | 99点 |



検体検査名称等の見直し

- 医学的な有用性等を踏まえ、検査名称の変更を行う。

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があることや医学的な有用性を踏まえ、検査名称の変更を行う。



| | | |
|--------------|---|---------------|
| ノイラミニダーゼ | ➤ | ノイラミニダーゼ定性 |
| 抗ミトコンドリア抗体定性 | ➤ | 抗ミトコンドリア抗体定性 |
| 抗ミトコンドリア抗体定量 | | 抗ミトコンドリア抗体半定量 |
| | | 抗ミトコンドリア抗体定量 |

透析医療等に係る評価の適正化

透析医療に係る評価の適正化

<慢性維持透析患者外来医学管理料>

- 前回適正化を行った平成18年以降、当該管理料に包括されている検体検査実施料等が実勢価格を踏まえて見直されてきたことを踏まえ、当該管理料の評価についても適正化を行う。

| | |
|-----------------|--------|
| 慢性維持透析患者外来医学管理料 | 2,305点 |
|-----------------|--------|



| | |
|-----------------|---------------|
| 慢性維持透析患者外来医学管理料 | <u>2,250点</u> |
|-----------------|---------------|

- また、慢性維持透析患者におけるHbA1cの測定について、学会のガイドラインにおいて参考程度に用いられるべきとされていることから、当該管理料と併せて算定できないこととする。

<人工腎臓>

- 包括薬剤の価格やエリスロポエチン製剤の使用実態に応じた点数の見直しを行う。

| | |
|-------------------------|--------|
| 1 慢性維持透析を行った場合 | |
| イ 4時間未満の場合 | 2,040点 |
| ロ 4時間以上5時間未満の場合 | 2,205点 |
| ハ 5時間以上の場合 | 2,340点 |
| 2 慢性維持透析濾過(複雑なもの)を行った場合 | 2,255点 |



| | |
|-------------------------|---------------|
| 1 慢性維持透析を行った場合 | |
| イ 4時間未満の場合 | <u>2,030点</u> |
| ロ 4時間以上5時間未満の場合 | <u>2,195点</u> |
| ハ 5時間以上の場合 | <u>2,330点</u> |
| 2 慢性維持透析濾過(複雑なもの)を行った場合 | <u>2,245点</u> |

血漿交換療法

- 血漿交換療法の対称疾患の中で、算定要件が記載されていない溶血性尿毒症症候群について、ガイドライン等に基づき要件を規定する。

| |
|----|
| 現行 |
| — |



| |
|--|
| 改定後 |
| 当該療法の対象となる溶血性尿毒症症候群の実施回数は一連につき21回を限度として算定する。 |

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。