

# 平成 2 6 年度診療報酬改定の概要

## 【 医 科 】

近 畿 厚 生 局



# 平成26年度診療報酬改定の概要



# 平成26年度診療報酬改定の概要

## 医 科



平成26年度診療報酬改定

### 平成26年度診療報酬改定の概要(目次)①

○平成26年度診療報酬改定の概要	P4
○平成26年度診療報酬改定の重点課題と対応	P7
<b>■医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等</b>	
1. 入院医療について	P17
①高度急性期と一般急性期を担う病床の機能分化	P19
②長期療養患者の受け皿の確保等について	P36
③急性期後・回復期の病床の充実と機能に応じた評価	P38
④医療提供しているが、医療資源の少ない地域に配慮した評価	P42
⑤有床診療所の機能に着目した評価	P47
2. 外来医療の機能分化・連携の推進について	P50
3. 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療の推進について	P56
4. 医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について	P84

重点課題

## 平成26年度診療報酬改定の概要(目次)②

<b>I. 充実が求められる分野を適切に評価していく視点</b>	
①緩和ケアを含むがん医療の推進について	P91
②精神疾患に対する医療の推進について	P93
③認知症への対策の推進について	P105
④救急医療、小児医療、周産期医療の推進について	P106
⑤リハビリテーションの推進について	P109
⑥手術等の医療技術の適切な評価	P117
⑦医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションの適切な評価について	P136
⑧DPCIに基づく急性期医療の適切な評価について	P138
<b>II. 患者から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で質の高い医療を実現する視点</b>	P142
<b>III. 医療従事者の負担を軽減する視点</b>	P152
<b>IV. 効率化余地がある分野を適正化する視点</b>	P159
<b>V. 消費税8%への引上げに伴う対応</b>	P165
<b>VI. 革新的な医薬品、医療機器等の費用対効果評価</b>	P169
<b>VII. 経過措置等</b>	P170

3

## 平成26年度診療報酬改定の概要

- ・ 2025年(平成37)年に向けて、医療提供体制の再構築、地域包括ケアシステムの構築を図る。
- ・ 入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に取り組む。

**全体改定率 +0.10%**

※ ( )内は、消費税率引上げに伴う医療機関等の課税仕入れにかかるコスト増への対応分

診療報酬(本体) +0.73%(+0.63%) 【 約3,000億円(約2,600億円)】

医科 歯科 調剤	【	+0.82%(+0.71%)	約2,600億円(約2,200億円)】
		+0.99%(+0.87%)	約300億円 (約200億円)】
		+0.22%(+0.18%)	約200億円 (約100億円)】

薬価改定 ▲0.58%(+0.64%) 【 ▲約2,400億円(約2,600億円)】

材料価格改定 ▲0.05%(+0.09%) 【 ▲ 約200億円 (約400億円)】

※なお、別途、後発医薬品の価格設定の見直し、うがい薬のみの処方の保険適用除外などの措置を講ずる。

4

# 社会保障制度改革国民会議

## 医療・介護分野の改革

平成25年8月6日  
社会保障制度改革国民会議

### 社会保障制度改革国民会議報告書(抜粋)

■ 急性期から亜急性期、回復期等まで、患者が状態に見合った病床でその状態にふさわしい医療を受けることができるよう、急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、入院期間を減らして早期の家庭復帰・社会復帰を実現するとともに、受け皿となる地域の病床や在宅医療・在宅介護を充実させていく必要がある。この時、機能分化した病床機能にふさわしい設備人員体制を確保することが大切であり、病院のみならず地域の診療所をもネットワークに組み込み、医療資源として有効に活用していくことが必要となる。

■ この地域包括ケアシステムは、介護保険制度の枠内では完結しない。例えば、介護ニーズと医療ニーズを併せ持つ高齢者を地域で確実に支えていくためには、訪問診療、訪問口腔ケア、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問薬剤指導などの在宅医療が、不可欠である。自宅だけでなく、高齢者住宅に居ても、グループホームや介護施設その他どこに暮らしていても必要な医療が確実に提供されるようにしなければならず、かかりつけ医の役割が改めて重要となる。そして、医療・介護サービスが地域の中で一体的に提供されるようにするためには、医療・介護のネットワーク化が必要であり、より具体的に言えば、医療・介護サービスの提供者間、提供者と行政間など様々な関係者間で生じる連携を誰がどのようにマネージしていくかということが重要となる。

5

## 平成26年度診療報酬改定の基本方針のポイント

平成25年12月6日  
社会保障審議会医療保険部会  
社会保障審議会医療部会

### 基本認識

- **入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に取り組み、医療提供体制の再構築、地域包括ケアシステムの構築を図る。**

### 重点課題

- **医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等**  
入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実 等

### 改定の視点

- **充実が求められる分野を適切に評価していく視点**  
がん医療の推進、精神疾患に対する医療の推進 等
- **患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で質の高い医療を実現する視点**  
医療安全対策の推進等、患者データの提出 等
- **医療従事者の負担を軽減する視点**  
医療従事者の負担軽減の取組、救急外来の機能分化の推進、 等
- **効率化余地がある分野を適正化する視点**  
後発医薬品の使用促進 等

### 将来に向けた課題

超少子高齢社会の医療ニーズに合わせた医療提供体制の再構築、地域包括ケアシステムの構築については、直ちに完成するものではなく、平成26年度診療報酬改定以降も、引き続き、2025(平成37)年に向けて、質の高い医療が提供される診療報酬体系の在り方の検討も含め、**医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等**に取り組んでいく必要がある。

6

# 平成26年度診療報酬改定の重点課題と対応

## 重点課題

### 社会保障審議会の「基本方針」

・医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等



## 重点課題への対応

### 重点課題 医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等

#### 1. 入院医療について

- ① 高度急性期と一般急性期を担う病床の機能の明確化とそれらの機能に合わせた評価
- ② 長期療養患者の受け皿の確保、急性期病床と長期療養を担う病床の機能分化
- ③ 急性期後・回復期の病床の充実と機能に応じた評価
- ④ 地域の実情に配慮した評価
- ⑤ 有床診療所における入院医療の評価

#### 2. 外来医療の機能分化・連携の推進について

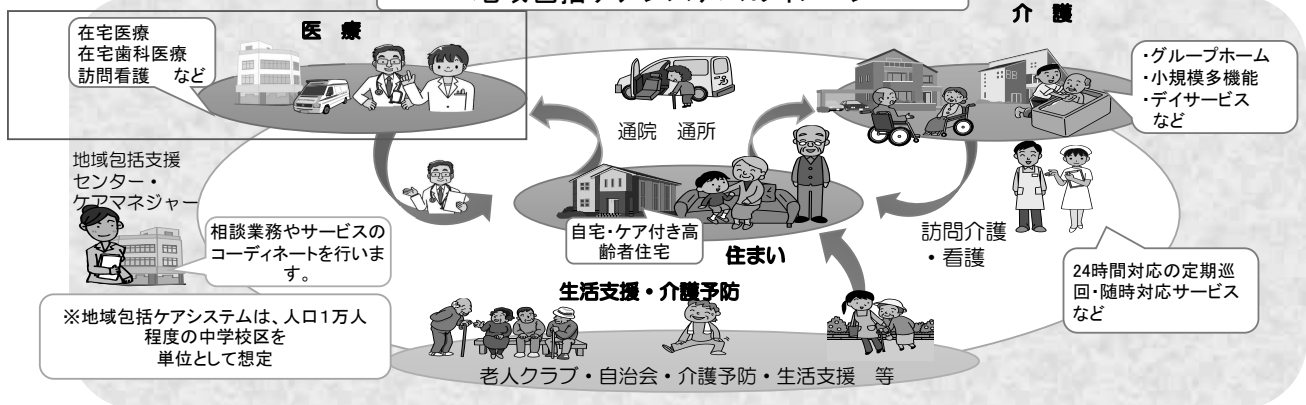
- ① 主治医機能の評価
- ② 紹介率・逆紹介率の低い大病院における処方料等の適正化

#### 3. 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療の推進について

#### 4. 医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について

# 地域包括ケアシステム

## 地域包括ケアシステムのイメージ



### 【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

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

#### ①医療との連携強化

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

#### ②介護サービスの充実強化

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

#### ③予防の推進

- ・できる限り要介護状態とならないための予防の取組や自立支援型の介護の推進

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

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

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

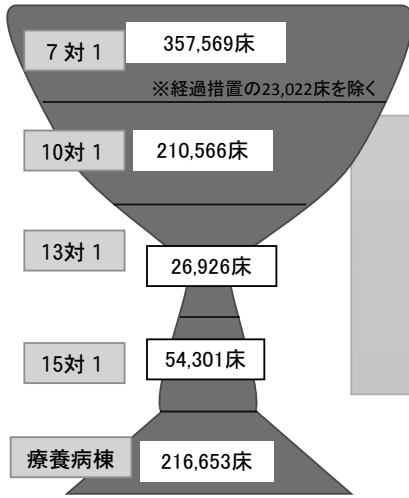
- ・一定の基準を満たした有料老人ホームと高専賃を、サービス付高齢者住宅として高齢者住まい法に位置づけ



# 「次期診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方」(概要) (平成25年9月6日 社会保障審議会 医療保険部会・医療部会)

## 基本的な考え方

### <現在の姿>



### <高度急性期・一般急性期>

- 病床の機能の明確化と機能に合わせた評価
- ・平均在院日数の短縮
- ・長期入院患者の評価の適正化
- ・重症度・看護必要度の見直し
- ・入院早期からのリハビリの推進 等

### <回復期(亜急性期入院医療管理料等)>

- 急性期を脱した患者の受け皿となる病床の整備
- ・急性期病床からの受入れ、在宅・生活復帰支援、在宅患者の急変時の受入れなど病床機能を明確化した上で評価 等

### <長期療養>

- 長期療養患者の受け皿の確保

### <その他>

- 医療資源の少ない地域の実情に配慮した評価
- 有床診療所の機能に応じた評価

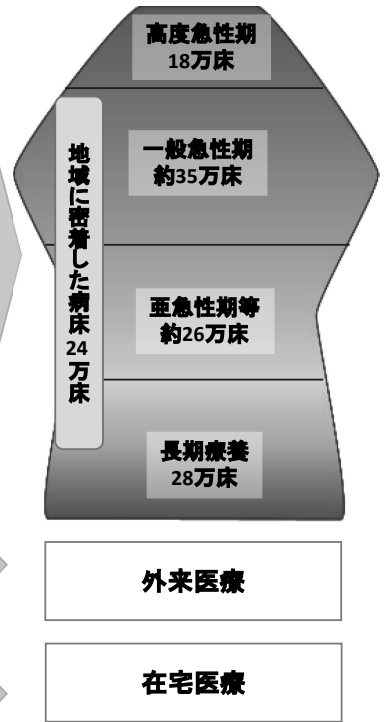
### <外来医療>

- 外来の機能分化の推進
- ・主治医機能の評価 等

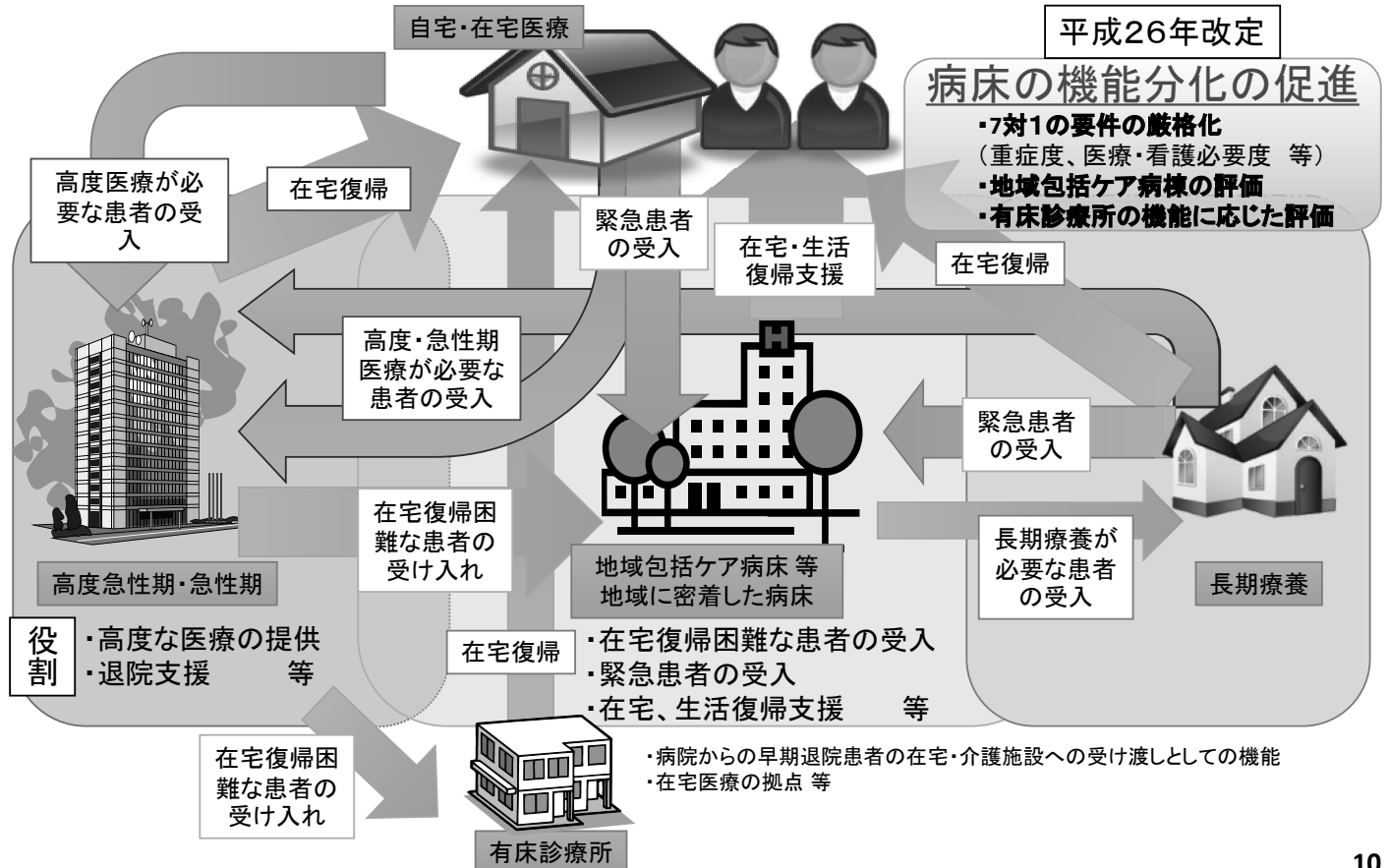
### <在宅医療>

- 質の高い在宅医療の提供の推進
- ・在宅療養支援診療所・病院の機能強化 等

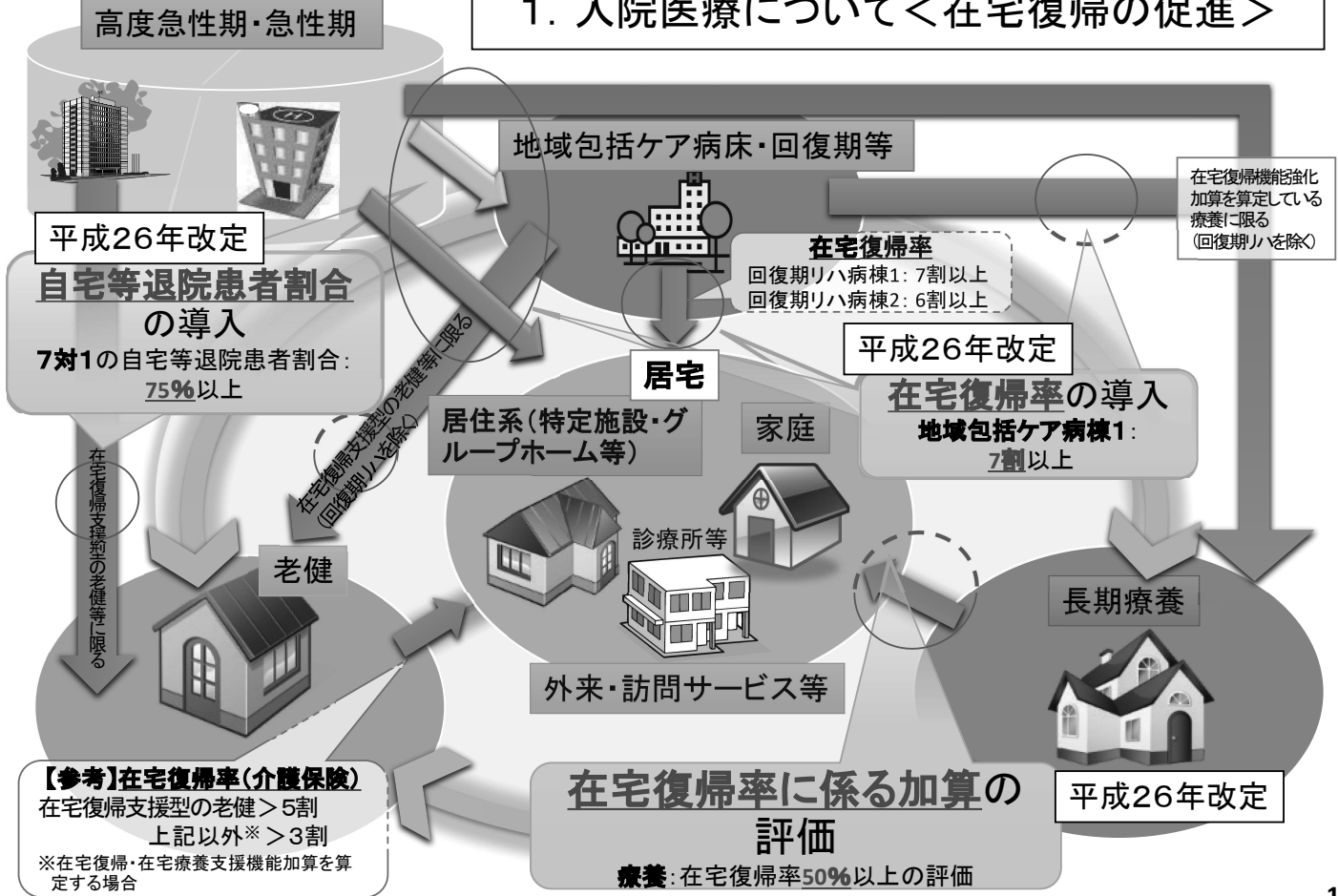
### <2025年(平成37年)の姿>



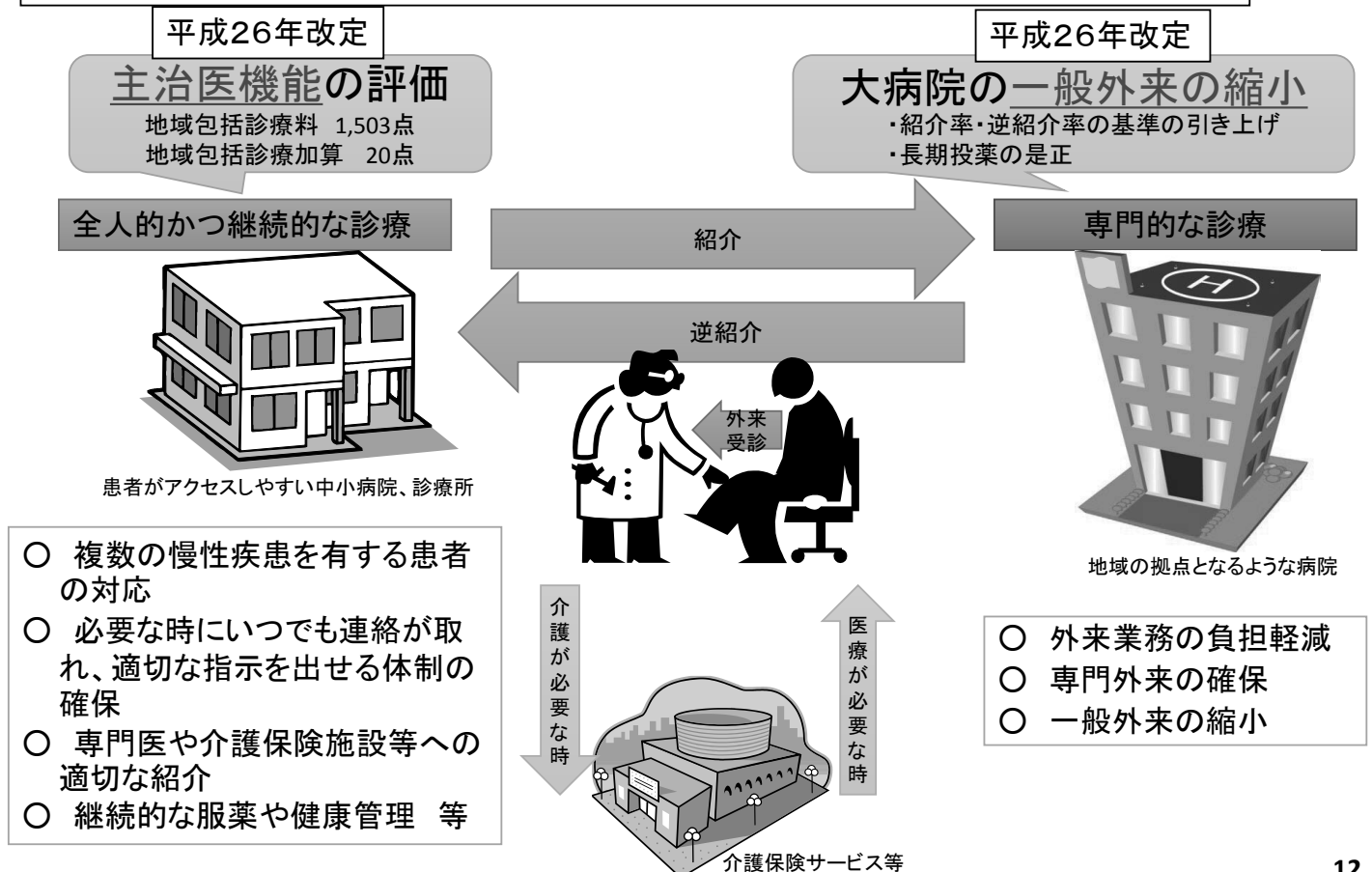
## 1. 入院医療について<病床の機能分化>



# 1. 入院医療について<在宅復帰の促進>



# 2. 外来医療の機能分化・連携の推進について



### 3. 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療の推進について

平成26年改定

#### ①在宅療養後方支援病院の評価

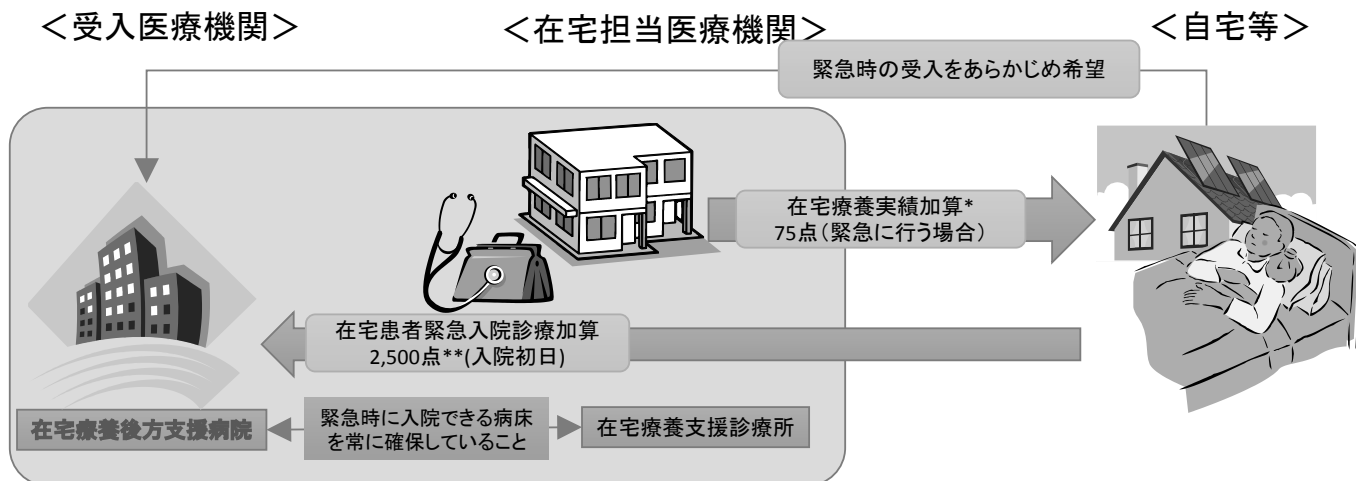
- ・在宅患者緊急入院診療加算
- ・在宅患者共同診療料

#### ②在宅医療の質の強化

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

#### ③在宅医療を担う医療機関の量的確保

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



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

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

13

### 4. 医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について

平成26年改定

#### ①維持期リハの移行促進等

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

#### ②有床診療所の機能に応じた評価

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

#### ③機能強化型訪問看護ステーションの評価

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

#### ④主治医機能の評価

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

14

## 平成26年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見①

平成26年2月12日 中央社会保険医療協議会

1. 初再診料、時間外対応加算等について、歯科を含めて、引き続き検討すること。また、主治医機能の評価(地域包括診療料・地域包括診療加算)の影響、大病院の紹介率・逆紹介率や長期処方の状況等を調査・検証し、外来医療の機能分化・連携の推進について引き続き検討すること。
2. 入院医療の機能分化・連携の推進について、次に掲げる事項等の影響を調査・検証し、病床機能報告制度等も踏まえ、引き続き検討すること。
  - (1) 一般病棟入院基本料(7対1、10対1の特定除外制度、「重症度、医療・看護必要度」、短期滞在手術等基本料等)の見直し
  - (2) 特定集中治療室管理料の見直し
  - (3) 総合入院体制加算の見直し
  - (4) 有床診療所入院基本料の見直し
  - (5) 地域包括ケア病棟入院料の創設
3. 医療を提供しているが医療資源の少ない地域に配慮した評価の影響を調査・検証し、その在り方を引き続き検討すること。
4. 療養病棟、障害者病棟、特殊疾患病棟等における長期入院も含めた慢性期入院医療の在り方について検討すること。
5. 在宅医療の適切な推進と介護保険との連携について、次に掲げる事項等を調査・検証し、在宅自己注射指導管理料の在り方、在宅医療を主に行う保険医療機関の外来医療の在り方等を引き続き検討すること。
  - (1) 機能強化型在宅療養支援診療所等の評価見直しの影響
  - (2) 在宅不適切事例の適正化の影響
  - (3) 歯科訪問診療の診療時間等
  - (4) 機能強化型訪問看護ステーションの実態
  - (5) 在宅における薬剤や衛生材料等の供給体制
6. 適切な向精神薬使用の推進を含め、精神医療の実態を調査・検証し、精神医療の推進について引き続き検討すること。

15

## 平成26年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見②

7. 救急医療管理加算の見直し、廃用症候群に対するリハビリテーションの適正化、リハビリテーションの推進等の影響、維持期リハビリテーションの介護サービスへの移行の状況、胃瘻の造設の状況等について調査・検証し、それらの在り方を引き続き検討すること。
8. 新薬創出・適応外薬解消等促進加算について、真に医療の質の向上に貢献する医薬品の国内研究・開発状況や財政影響を確認・検証するとともに、当該加算の対象品目の在り方等現行方式の見直しについても検討すること。また、長期収載品や後発医薬品の薬価の在り方について引き続き検討すること。
9. DPC制度について、医療機関群、機能評価係数Ⅱの見直し等を含め、引き続き調査・検証し、その在り方を引き続き検討すること。
10. 明細書の無料発行の促進の効果を含めた影響を調査・検証するとともに、診療報酬点数表の平易化・簡素化について引き続き検討すること。
11. 夜間の看護要員配置の評価、月平均夜勤時間72時間要件を満たさない場合の緩和措置、チーム医療の推進等を含め、医療従事者の負担軽減措置の影響を調査・検証し、それらの在り方を引き続き検討すること。
12. 後発医薬品の使用促進策、いわゆる門前薬局の評価の見直し、妥結率が低い保険薬局等の適正化等の影響を調査・検証し、調剤報酬等の在り方について引き続き検討すること。
13. 残薬確認の徹底と外来医療の機能分化・連携の推進等のため、処方医やかかりつけ医との連携を含めた分割調剤について引き続き検討すること。
14. 医薬品や医療機器等の保険適用の評価に際して費用対効果の観点を導入することについて、イノベーションの評価との整合性も踏まえつつ、データ・分析結果の収集、評価対象の範囲、評価の実施体制等を含め、平成28年度診療報酬改定における試行的導入も視野に入れながら、引き続き検討すること。
15. ICTを活用した医療情報の共有の評価の在り方を検討すること。

16

## 重点課題

医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等

### 1 入院医療について

#### 2 外来医療の機能分化・連携の推進について

#### 3 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療の推進について

#### 4 医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について

17

## 7対1入院基本料等の見直し

➤7対1入院基本料について以下のような見直しを行う

- ① 特定除外制度について、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と同様の見直しを行う。(※1)
- ② 「一般病棟用の重症度・看護必要度」について、名称と項目内容等の見直しを行う。
- ③ 自宅や在宅復帰機能を持つ病棟、介護施設へ退院した患者の割合について基準を新設。
- ④ 短期滞在手術基本料3について、対象の手術を拡大し、検査も一部対象とする。また、本点数のみを算定する患者について、平均在院日数の計算対象から除外する。(※2)
- ⑤ データ提出加算の届出を要件化。

※1 10対1入院基本料等についても同様の取扱い。

※2 7対1入院基本料以外の入院料(診療所等を除く)についても同様の取扱い。

18

## 高度急性期と一般急性期を担う病床の機能分化①

### 一般病棟における長期療養の適正化

➢ 7対1、10対1の病棟についても特定除外制度の見直しを行う。

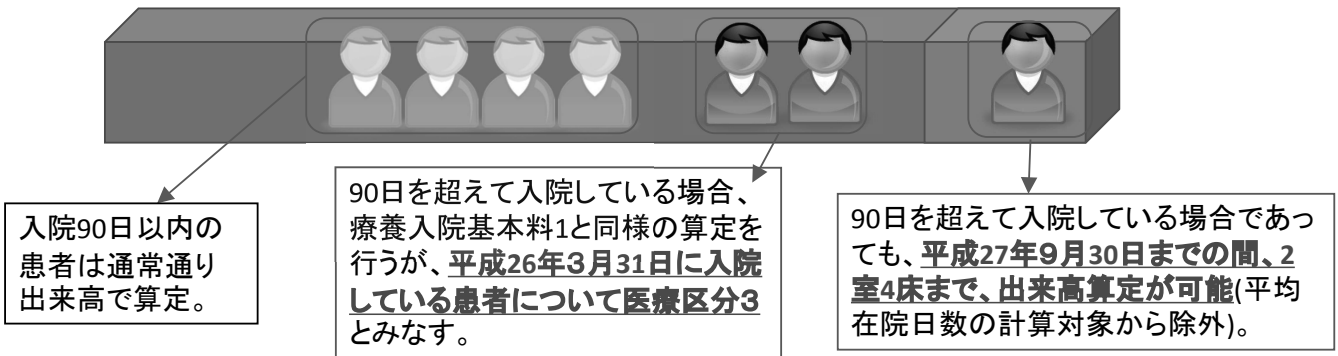
- ① 90日を超えて入院する患者について、出来高算定とするが、平均在院日数の計算対象とする。
- ② 90日を超えて入院する患者について、療養病棟と同等の報酬体系とする。(平成26年3月31日に入院している患者は医療区分3と見なす)
- ①、②の取扱いについて、病棟単位で、医療機関が選択することとする。

※ 本取扱いは平成26年10月1日から実施することとする。また、②を選択する病棟のうち1病棟は、平成27年9月30日まで、2室4床までに限り、出来高算定を行う病床を設定できる。当該病床の患者は平均在院日数の計算対象から除外する。

#### ＜上記の②を選択した場合の対応＞

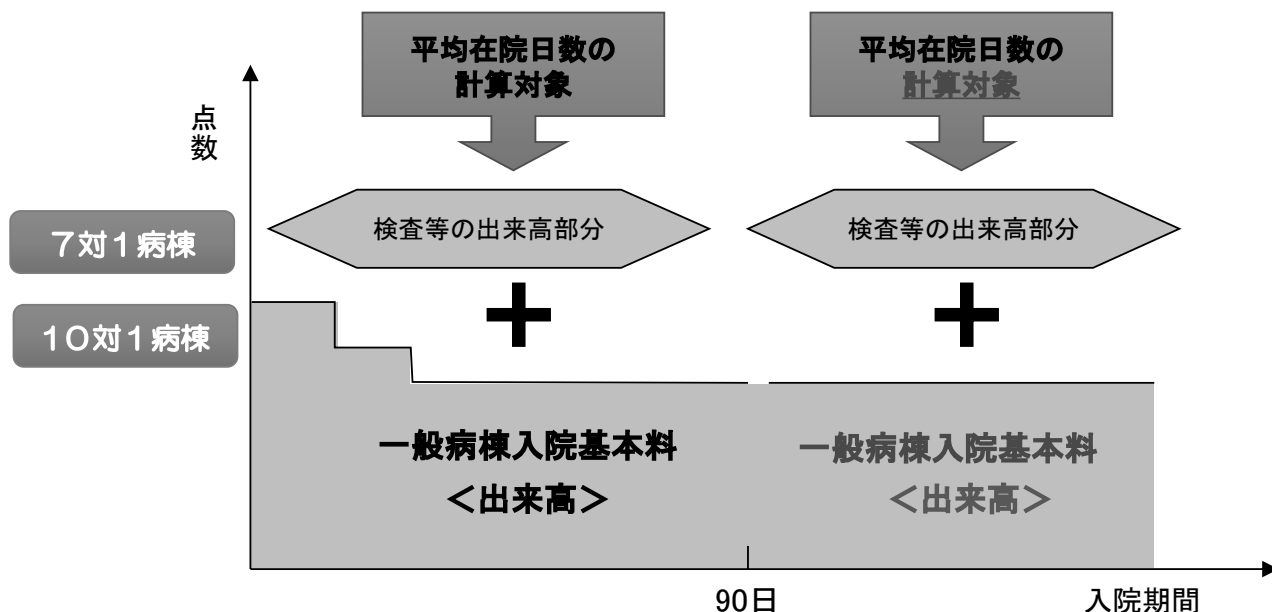
90日を超えて入院している患者については療養病棟入院基本料1と同様に医療区分、ADL区分を用いて算定するが、以下の2点の対応を行う

1. 平成26年3月31日に入院している患者については、当分の間医療区分を3と見なす。
2. 平成27年9月30日までの間は、当該病棟の2室4床を指定し、出来高算定が可能。



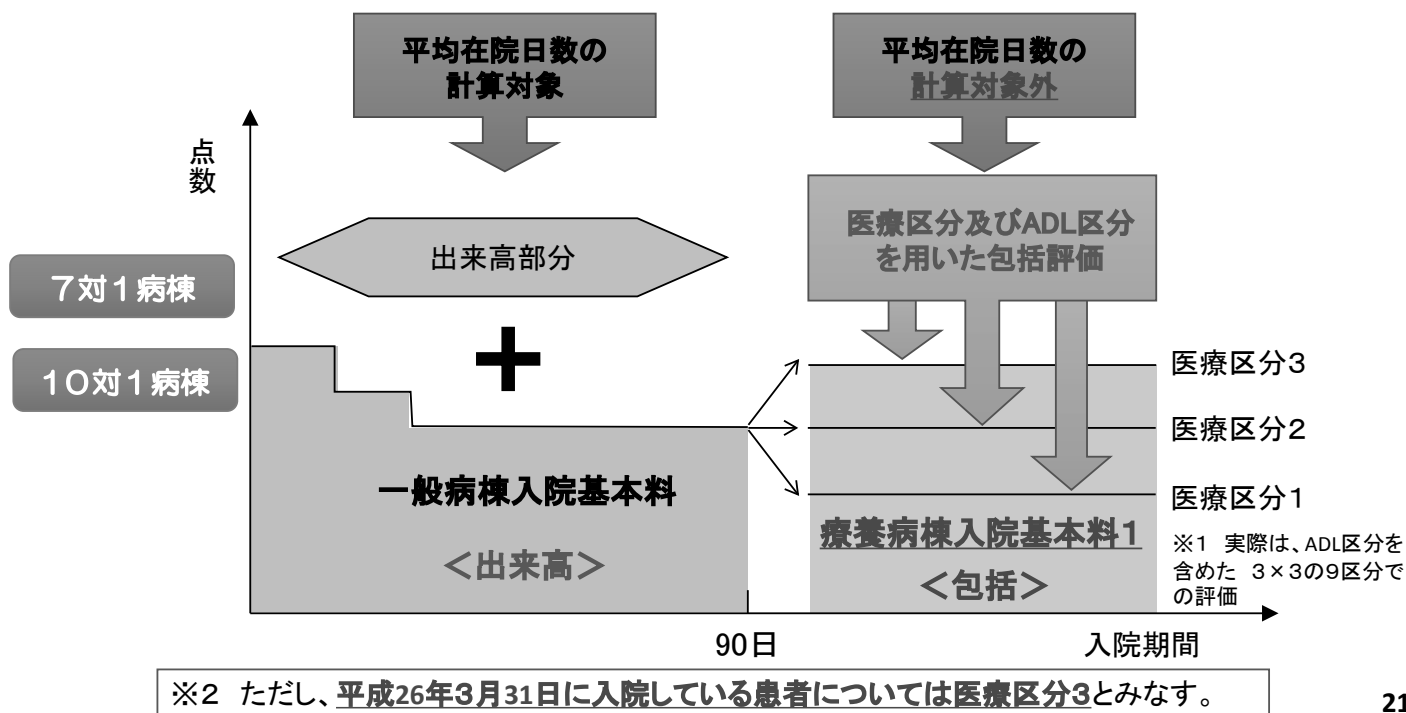
## パターン①

○ 90日を超えて入院する患者を対象として、出来高算定を可能とするが、平均在院日数の計算対象とする。



## パターン②

○ 90日を超えて入院する患者を対象として、療養病棟入院基本料1と同じ評価（医療区分及びADL区分を用いた包括評価）を導入し、平均在院日数の計算対象外とする。



## 高度急性期と一般急性期を担う病床の機能分化②

### 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し

▶ 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、モニタリング及び処置等の項目(A項目)について、急性期患者の特性を評価する項目とし、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」に名称を変更する。

現行(A項目)	
1	創傷処置
2	血圧測定
3	時間尿測定
4	呼吸ケア
5	点滴ライン同時3本以上
6	心電図モニター
7	シリンジポンプの使用
8	輸血や血液製剤の使用
9	専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用、② 麻薬注射薬の使用 ③ 放射線治療、④ 免疫抑制剤の使用、⑤ 昇圧剤の使用、 ⑥ 抗不整脈剤の使用、⑦ ドレナージの管理

※ B項目については変更なし。

改定後(A項目)	
1	創傷処置 褥瘡処置 いずれか1つ以上該当する場合
(削除)	
(削除)	
2	呼吸ケア (喀痰吸引のみの場合を除く)
3	点滴ライン同時3本以上
4	心電図モニター
5	シリンジポンプの使用
6	輸血や血液製剤の使用
7	専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤)、② 抗悪性腫瘍剤の内服 ③ 麻薬注射薬の使用 ④ 麻薬の内服・貼付 ⑤ 放射線治療、 ⑥ 免疫抑制剤の使用、⑦ 昇圧剤の使用、⑧ 抗不整脈剤の使用、 ⑨ 抗血栓薬の持続点滴 ⑩ ドレナージの管理

・1～6は各1点  
・7は①～⑩のいずれかに該当した場合2点

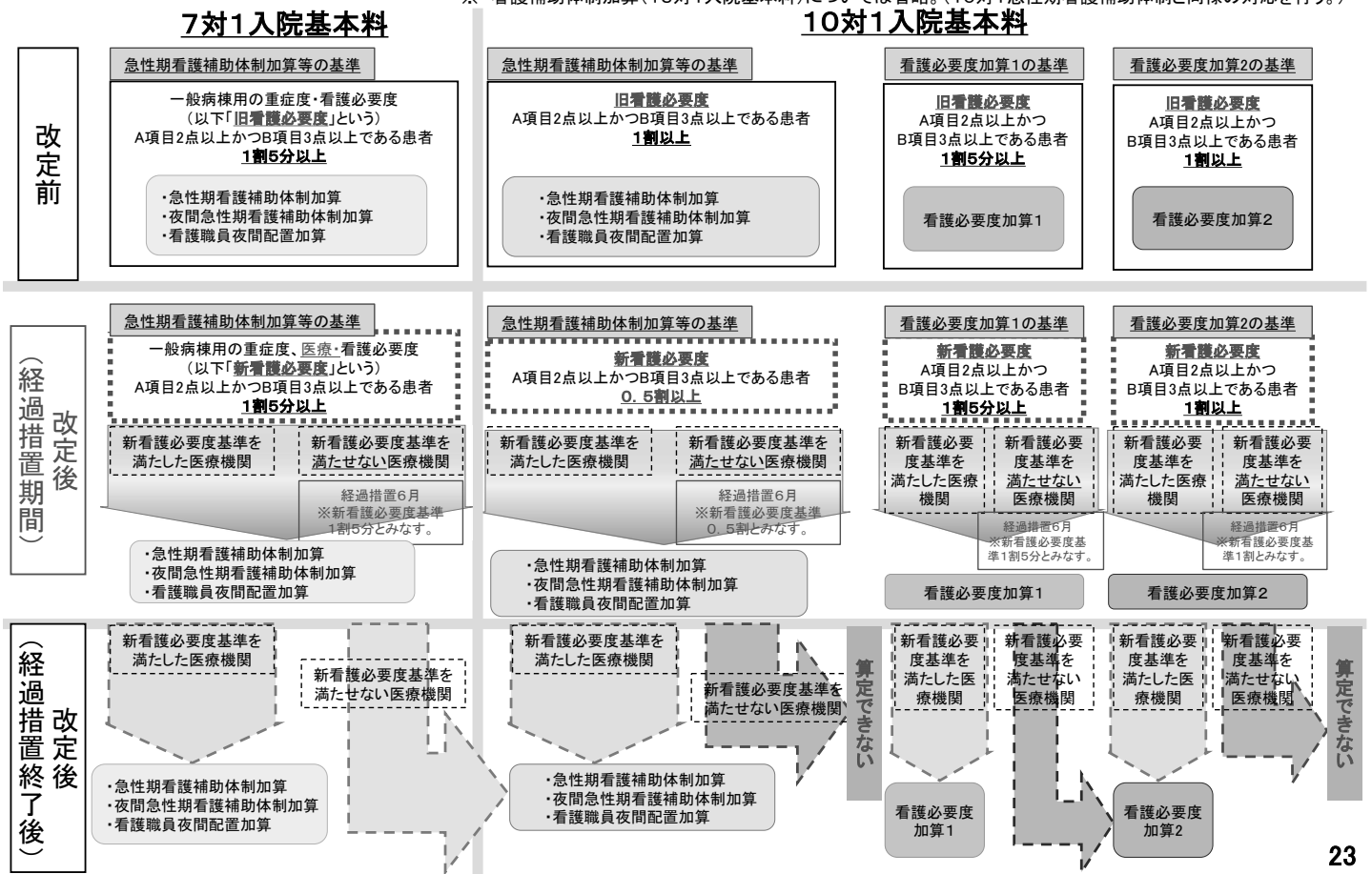
**[経過措置]**

・上記の取り扱いについては、平成26年10月1日から施行する。

※A項目2点以上かつB項目3点以上の該当患者割合 1割5分以上 については変更なし。  
※救命救急入院料を算定する治療室を有する保険医療機関の病棟、及び、  
専門病院入院基本料(悪性腫瘍7割以上)についても、1割5分以上の基準を適用。

# 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直しに伴う経過措置

※ 看護補助体制加算(13対1入院基本料)については省略。(10対1急性期看護補助体制と同様の対応を行う。)



## 高度急性期と一般急性期を担う病床の機能分化③

### 質の高い集中治療の評価

➤ より体制の充実した特定集中治療室(ICU)の評価を新設する。

(新) **特定集中治療室管理料1**

イ 7日以内の期間	13,650点
ロ 8日以上14日以内の期間	12,126点

(新) **特定集中治療室管理料2(広範囲熱傷特定集中治療室管理料の場合)**

(1) 7日以内の期間	13,650点
(2) 8日以上60日以内の期間	12,319点

[施設基準]

- ① 専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること。当該専任の医師に、特定集中治療の経験を5年以上有する医師を2名以上含む。
- ② 特定集中治療室管理を行うにふさわしい専用の特定集中治療室を有しており、当該特定集中治療室の広さは1床当たり20m<sup>2</sup>以上である。
- ③ 専任の臨床工学技士が、常時、院内に勤務している。
- ④ 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度について、A項目3点以上かつB項目3点以上である患者が9割以上であること。

※従前の特定集中治療室管理料1, 2については、特定集中治療室管理料3, 4とする。  
(ただし、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の基準は変更)



# 高度急性期と一般急性期を担う病床の機能分化④

## 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の見直し

- ▶一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直しを踏まえて、名称を「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度」に名称を変更する。
- ▶急性期患者の特性を踏まえ、**評価方法の変更**を行うとともに、これらの影響を緩和するため、現行の評価基準に加え、新たな**評価基準を設定**する。

現行		点数
特定集中治療室管理料1	イ 7日以内の期間	9,211点
	ロ 8日以上14日以内の期間	7,711点
特定集中治療室管理料2 (広範囲熱傷特定集中治療室管理料の場合)		
	イ 7日以内の期間	9,211点
	ロ 8日以上60日以内の期間	7,901点
A項目3点以上またはB項目3点以上である患者が9割以上であること		



改定後		点数
特定集中治療室管理料3	イ 7日以内の期間	9,361点
	ロ 8日以上14日以内の期間	7,837点
特定集中治療室管理料4 (広範囲熱傷特定集中治療室管理料の場合)		
	イ 7日以内の期間	9,361点
	ロ 8日以上60日以内の期間	8,030点
A項目3点以上かつB項目3点以上である患者が8割以上であること		

【経過措置】

・平成26年3月31日までに届出を行っている治療室については、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。

## ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の見直し

- ▶一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直しを踏まえて、**モニタリング及び処置等の項目(A項目)**について同様に見直し、「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度」に名称を変更する。
- ▶急性期患者の特性を踏まえ、**評価方法の変更**を行うとともに、これらの影響を緩和するため、現行の評価基準に加え、新たな**評価基準を設定**する。

現行		点数
ハイケアユニット入院医療管理料 ・看護配置常時4対1 ・A項目3点以上またはB項目7点以上である患者が8割以上であること		4,511点



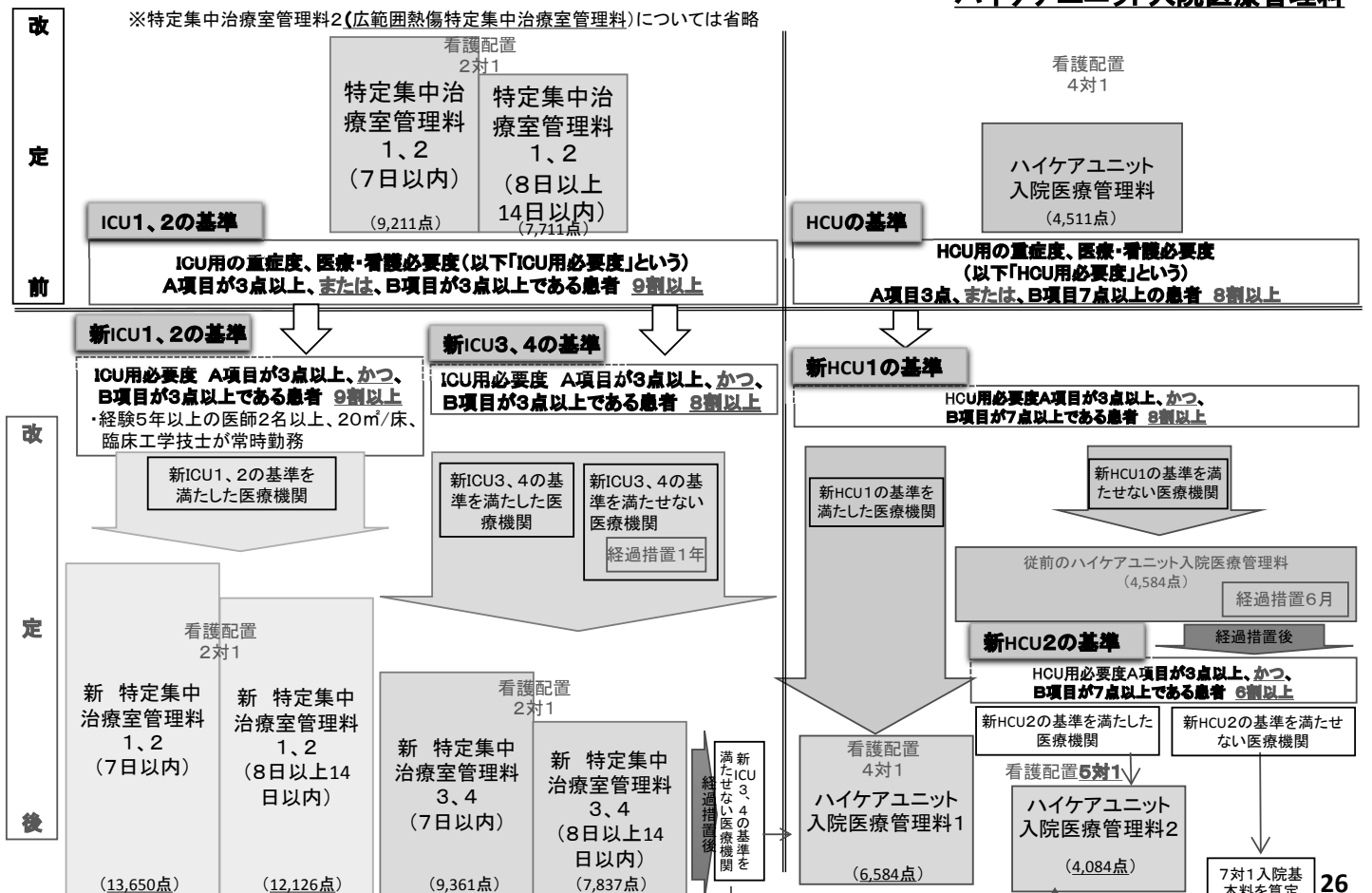
改定後		点数
(改)ハイケアユニット入院医療管理料1 ・看護配置常時4対1 ・A項目3点以上かつB項目7点以上である患者が8割以上であること		6,584点
(改)ハイケアユニット入院医療管理料2 ・看護配置常時5対1 ・A項目3点以上かつB項目7点以上である患者が6割以上であること		4,084点

【経過措置】

・平成26年3月31日までに届出を行っている治療室については、平成26年9月30日までの従前の入院料を算定する。

### 【評価のイメージ】 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



## 高度急性期と一般急性期を担う病床の機能分化⑤

### 短期滞在手術基本料の見直し①

➤ 一定程度治療法が標準化し、短期間で退院可能な検査・手術が存在していることを踏まえて、21種類の手術・検査を短期滞在手術等基本料3の対象とした上で、包括範囲を全診療報酬点数とする。

#### [留意事項]

- ① 診療所については短期滞在手術等基本料3は算定せず、出来高で算定する(入院料等が病院と異なること、診療所に関するデータが存在しないことが理由。)
- ② 入院5日目までに該当手術・検査を実施した患者については、原則として本点数を算定する。また、本点数のみを算定した患者は平均在院日数の計算対象から除く。
- ③ 特別入院基本料及び月平均夜勤時間超過減算を算定する場合は短期滞在手術等基本料3を算定せず、出来高で算定する。
- ④ それぞれの点数に対応する手術又は検査について、手術においては入院5日以内に当該手術とは別の手術又は短期滞在手術等基本料3に係る検査を行った場合、検査においては入院5日以内に手術又は短期滞在手術等基本料3に係る他の検査を行った場合については、短期滞在手術等基本料3を算定しない。
- ⑤ 入院5日以内に当該手術と同じ手術を複数回実施したのみの場合については、短期滞在手術等基本料3を算定する。(例えば、眼科において、両眼の手術を行った場合等)
- ⑥ 入院5日以内に他の保険医療機関に転院した場合については、当該医療機関と転院先の医療機関はどちらも短期滞在手術等基本料3を算定しない。

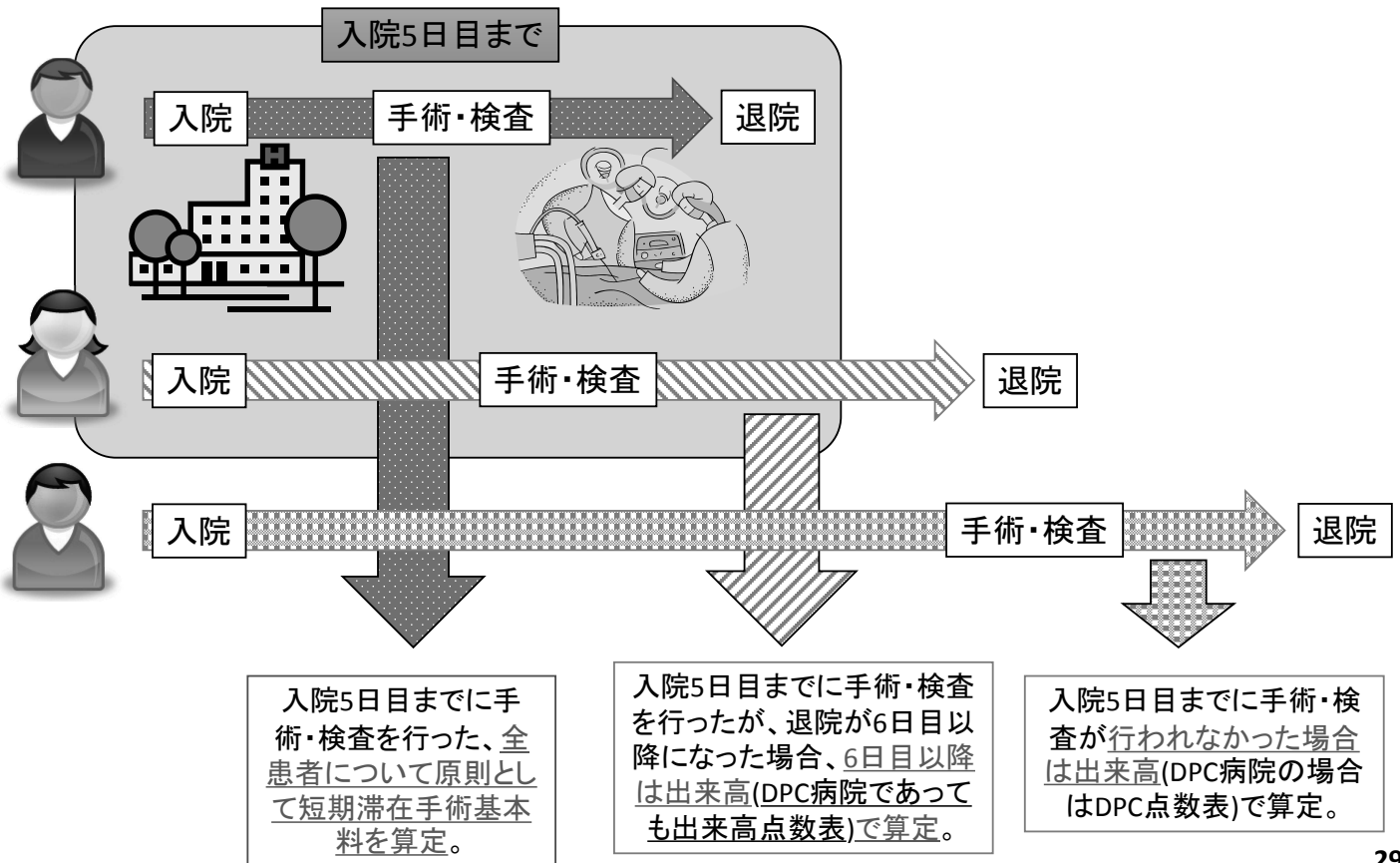
27

### 短期滞在手術基本料の見直し②

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	16,773点
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	9,383点
D237 終夜睡眠ポリグラフィー3 1及び2以外の場合	9,638点
D291-2 小児食物アレルギー負荷検査	6,130点
D413 前立腺針生検法	11,737点
K008 腋臭症手術2皮膚有毛部切除術	17,485点
K093-2 関節鏡下手根管開放手術	20,326点
K196-2 胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)	43,479点
K282 水晶体再建術1 眼内レンズを挿入する場合 口 その他のもの	27,093点
K282 水晶体再建術2 眼内レンズを挿入しない場合	21,632点
K474 乳腺腫瘍摘出術1 長径5cm未満	20,112点
K617 下肢静脈瘤手術1 抜去切除術	27,311点
K617 下肢静脈瘤手術2 硬化療法	9,850点
K617 下肢静脈瘤手術3 高位結紮術	12,371点
K633 ヘルニア手術5 鼠径ヘルニア(15歳未満の場合)	29,093点
K633 ヘルニア手術5 鼠径ヘルニア(15歳以上の場合)	24,805点
K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(15歳未満の場合)	56,183点
K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(15歳以上の場合)	51,480点
K721 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術1 長径2cm未満	14,661点
K721 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術2 長径2cm以上	18,932点
K743 痔核手術2 硬化療法(四段階注射法)	13,410点
K867 子宮頸部(腔部)切除術	18,400点
K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術	35,524点

28

## 今後の短期滞在手術・検査に係る算定のイメージ



29

## 高度急性期と一般急性期を担う病床の機能分化⑥

### 7対1入院基本料における自宅等に退院した患者の割合

➤ 7対1入院基本料において、自宅や在宅復帰機能を持つ病棟、介護施設へ退院した患者の割合について基準を新設。

<計算式>

直近6月間に「自宅、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)、療養病棟(在宅復帰機能強化加算(後述)の届出病棟に限る)、居住系介護施設等、介護老人保健施設(いわゆる在宅強化型老健施設、在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出施設に限る)」に退院した患者(転棟患者を除く)

直近6月間に7対1入院基本料を算定する病棟から退院した患者(死亡退院・転棟患者・再入院患者を除く)

= **75%以上**

[経過措置・留意事項]

- ① 平成26年3月31日に7対1入院基本料を届け出ている病棟は平成26年9月30日までの間は本基準を満たしているものとする。
- ② 新しく7対1入院基本料を届け出る場合も、直近6月間の実績が上記を満たしている必要がある。

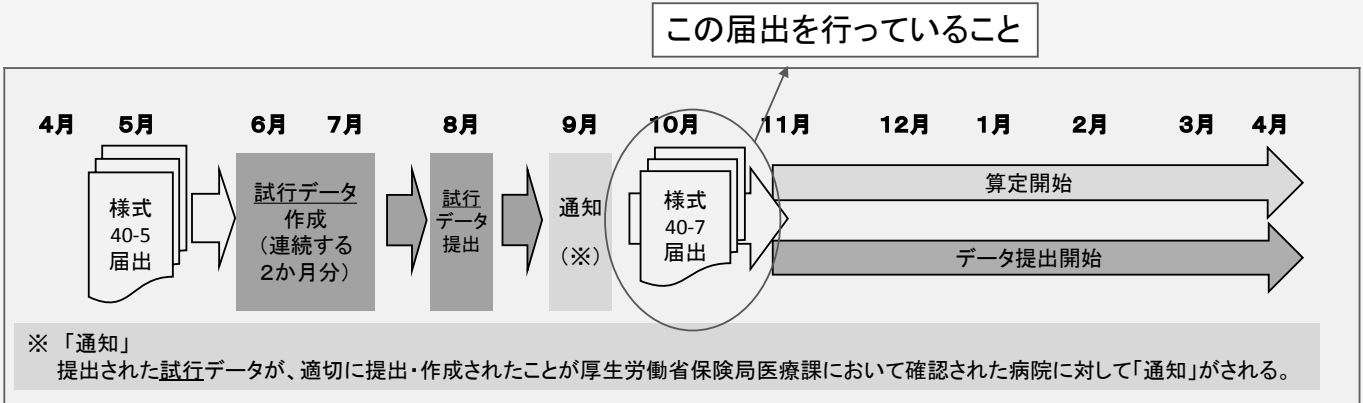
30

## 高度急性期と一般急性期を担う病床の機能分化⑦

### 7対1入院基本料におけるデータ提出

➤ 7対1入院基本料において、データ提出加算の届出について基準を新設する。

＜データ提出加算届出のスケジュール(詳細は後述)＞



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

#### [経過措置]

平成26年3月31日に7対1入院基本料を届け出ている病棟は平成27年3月31日までの間は本基準を満たしているものとする。

平成27年4月1日届出の期限

31

## 高度急性期と一般急性期を担う病床の機能分化⑧

### 総合的かつ専門的な急性期医療を担う医療機関の評価

➤ 総合入院体制加算について、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。なお、従前の総合入院体制加算については、総合入院体制加算2として引き続き評価を行う。

**(新) 総合入院体制加算1(1日につき・14日以内) 240点**

#### [施設基準]

- ① 全身麻酔による手術件数が年800件以上である。なお、併せて以下のアからカの全てを満たすこと。
 

ア 人工心肺を用いた手術	40件/年以上	エ 放射線治療(体外照射法)	4,000件/年以上
イ 悪性腫瘍手術	400件/年以上	オ 化学療法	4,000件/年以上
ウ 腹腔鏡下手術	100件/年以上	カ 分娩件数	100件/年以上
- ② 救命救急医療(第三次救急医療)として24時間体制の救急を行っていること。
- ③ 医療法上の精神病床を有する医療機関であること。また、精神病棟入院基本料、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のいずれかを届け出ており、現に精神疾患患者の入院を受け入れていること。
- ④ 地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料および療養病棟入院基本料の届出を行っていない医療機関であること。
- ⑤ 当該保険医療機関の敷地内が禁煙であること。
- ⑥ 総合入院体制加算2の要件を全て満たすこと。

**総合入院体制加算2(1日につき・14日以内) 120点**

※ 新規に届け出る際は、地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料および療養病棟入院基本料の届出を行っていない医療機関であること。

32

## 高度急性期と一般急性期を担う病床の機能分化⑨

### 重症な新生児の集中治療①

▶ 出生体重が1,500g以上の一部の先天奇形等を有する新生児について、新生児特定集中治療室管理料等の算定日数上限を延長する。

現行		⇒	改定後	
出生体重	算定日数 (NICU*1、GCU*2合算)		出生体重	算定日数 (NICU、GCU合算)
1,500g以上	NICU 21日 GCU 30日		1,500g以上	NICU 21日 GCU 30日
—	—		<u>1,500g以上で、一部の先天奇形等*3を有する場合</u>	<u>NICU 35日</u> <u>GCU 50日</u>
1,000g以上1,500g未満	NICU 60日 GCU 90日		1,000g以上1,500g未満	NICU 60日 GCU 90日
1,000g未満	NICU 90日 GCU 120日		1,000g未満	NICU 90日 GCU 120日

\*1 NICUとは新生児特定集中治療室管理料1、2及び総合周産期特定集中治療室管理料(新生児)をさす。

\*2 GCUとは新生児治療回復室入院医療管理料をさす。

\*3 対象疾患は先天性水頭症、全前脳胞症、二分脊椎(脊椎破裂)、アーノルド・キアリ奇形、後鼻孔閉鎖、先天性喉頭軟化症、先天性気管支軟化症、先天性のう胞肺、肺低形成、食道閉鎖、十二指腸閉鎖、小腸閉鎖、鎖肛、ヒルシュスプルング病、総排泄腔遺残、頭蓋骨早期癒合症、骨(軟骨を含む)無形成・低形成・異形成、腹壁破裂、臍帯ヘルニア、ダウン症候群、18トリソミー、13トリソミー、多発奇形症候群

33

## 高度急性期と一般急性期を担う病床の機能分化⑩

### 重症な新生児の集中治療②

▶ 新生児特定集中治療室管理料1、2及び総合周産期特定集中治療室管理料(新生児)について、新生児の受入実績等に関する基準を新設するとともに評価の見直しを行う。

現行		⇒	改定後	
新生児特定集中治療室管理料1 総合周産期特定集中治療室管理料(新生児)	10,011点		新生児特定集中治療室管理料1 総合周産期特定集中治療室管理料(新生児)	10,174点
新生児特定集中治療室管理料2	6,011点	<b>新生児特定集中治療室管理料2</b>	<b>8,109点(改)</b>	

[施設基準]

新生児特定集中治療室管理料1・総合周産期特定集中治療室管理料(新生児)

・ 以下のいずれかを満たすこと。

イ 出生体重1,000g未満の新規入院患者が1年間に4名以上であること。

ロ 当該治療室に入院中の患者の開頭、開胸又は開腹手術が1年間に6件以上であること。

新生児特定集中治療室管理料2

・ 出生体重2,500g未満の新規入院患者が1年間に30名以上であること。

※ 平成26年3月31日に届け出ている医療機関は平成26年9月30日までは基準を満たしているものとする。

### 重症な小児の集中治療

▶ 小児特定集中治療室管理料(いわゆるPICU)の施設基準について、見直しを行う。

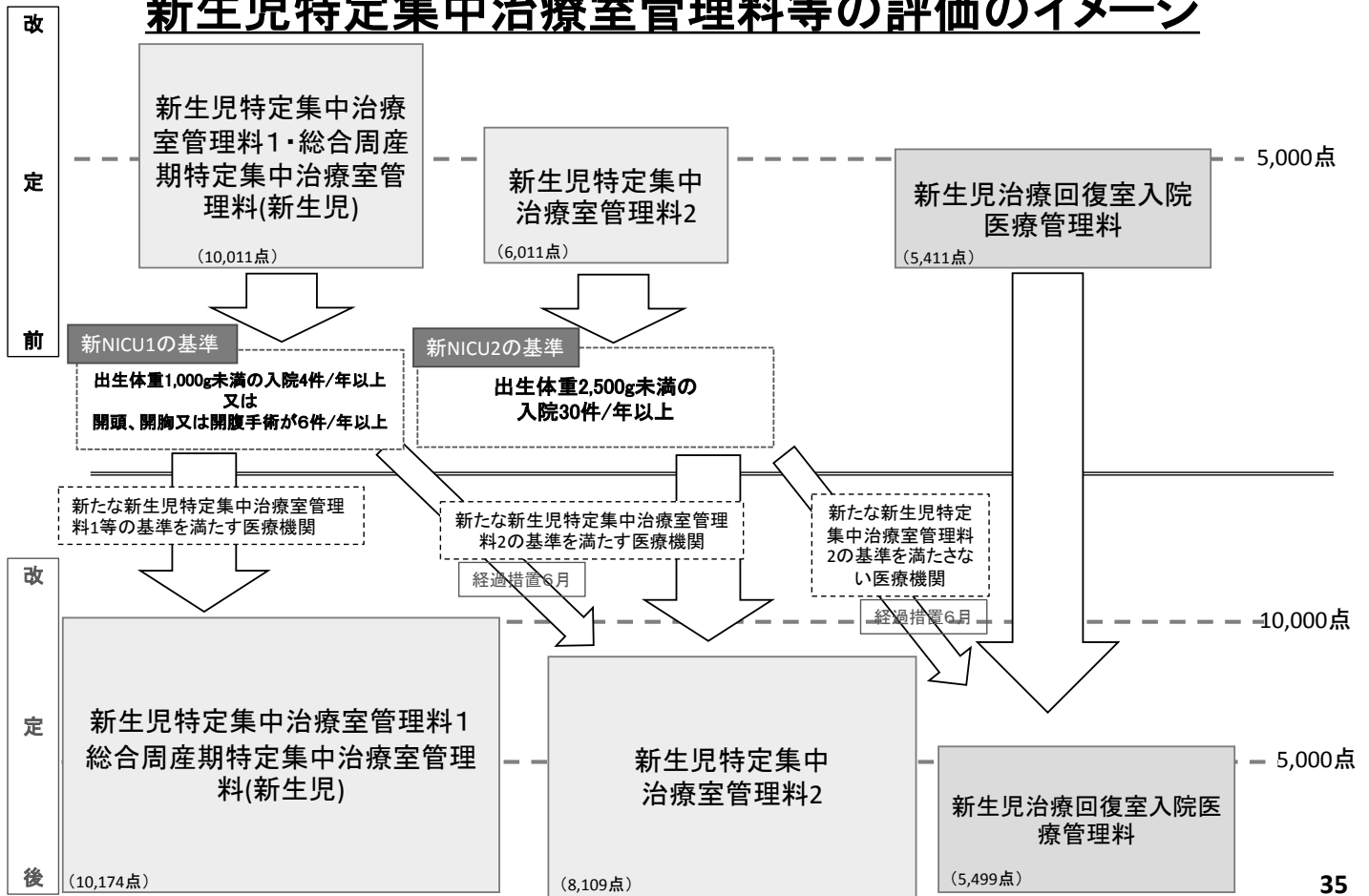
[施設基準] 以下のいずれかを満たすこと(「ロ」を新たに設定)。

イ 当該治療室に入院する患者のうち、転院日に他の医療機関において救命救急入院料、特定集中治療室管理料を算定していた患者を年間20名以上受け入れていること。

ロ 当該治療室に入院する患者のうち、転院日に救急搬送診療料を算定した患者を年間50名以上(うち、入室24時間以内に人工呼吸を実施した患者が30名以上)受け入れていること。

34

# 新生児特定集中治療室管理料等の評価のイメージ



## 長期療養患者の受け皿の確保等について①

### 療養病棟における透析患者の受入の促進

▶ 慢性維持透析を実施している患者についての評価を新設する。

**(新) 慢性維持透析管理加算 100点(1日につき)**

[算定要件]

- ・療養病棟入院基本料1を届け出ていること。
- ・自院で人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜還流又は血漿交換療法を行っている患者について算定する。(毎日実施されている必要はないが、持続的に適切に行われていること。)

### 療養病棟における超重症児(者)等の受入の促進等

▶ 療養病棟における超重症児(者)等の受入を促進するため、超重症児(者)・準超重症児(者)加算の対象を15歳を超えて障害を受けた者にも拡大する。

▶ また、病床の機能分化を進めるため、平成27年4月1日以降、一般病棟の算定日数を90日までとする(障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料、特殊疾患入院医療管理料を算定する患者は除く。)

## 長期療養患者の受け皿の確保等について②

### 療養病棟における在宅復帰機能の評価

➤ 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。

#### (新) 在宅復帰機能強化加算 10点(1日につき)

[算定要件]

- ① 療養病棟入院基本料1を届け出ていること。
- ② 在宅に退院した患者(1ヶ月以上入院していた患者に限る)が50%以上であること。
- ③ 退院患者の在宅生活が1ヶ月以上(医療区分3は14日以上)継続することを確認していること。
- ④ 病床回転率が10%以上であること。

〈②の計算式〉

直近6月間に「自宅、居住系介護施設等」に退院した患者  
(退院した患者の自宅等での生活が1ヶ月以上【医療区分3の患者については14日以上】  
継続する見込みであることを確認できた患者に限る)

直近6月間における退院患者数(当該病棟に入院した期間が1ヶ月以上の患者)－再入院患者－死亡退院した患者－病状の急性増悪等により、他の医療機関(当該医療機関と特別の関係にあるものを除く)での治療が必要になり転院した患者

〈④の計算式〉

30.4

平均在院日数

※平均在院日数の算定は、  
一般病棟入院基本料等の「平均在院日数の算定方法」に準ずる

37

## 急性期後・回復期の病床の充実と機能に応じた評価

### 地域包括ケアを支援する病棟の評価

➤ 急性期後の受入をはじめとする地域包括ケアシステムを支える病棟の充実が求められていることから新たな評価を新設する。

(新) **地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1 2,558点 (60日まで)**

**地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)2 2,058点 (60日まで)**

**看護職員配置加算 150点**

**看護補助者配置加算 150点**

**救急・在宅等支援病床初期加算 150点(14日まで)**

[施設基準等]

- ① 疾患別リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを届け出ていること
- ② 入院医療管理料は病室単位の評価とし、届出は許可病床200床未満の医療機関で1病棟に限る。
- ③ 療養病床については、1病棟に限り届出することができる。
- ④ 許可病床200床未満の医療機関にあっては、入院基本料の届出がなく、地域包括ケア病棟入院料のみの届出であっても差し支えない。
- ⑤ 看護配置13対1以上、専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士1人以上、専任の在宅復帰支援担当者1人以上
- ⑥ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A項目1点以上の患者が10%以上
- ⑦ 以下のいずれかを満たすこと ア) 在宅療養支援病院、イ) 在宅療養後方支援病院(新設・後述)として年3件以上の受入実績、ウ) 二次救急医療施設、エ) 救急告示病院
- ⑧ データ提出加算の届出を行っていること
- ⑨ リハビリテーションを提供する患者について、1日平均2単位以上提供していること。
- ⑩ 平成26年3月31日に10対1、13対1、15対1入院基本料を届け出ている病院は地域包括ケア病棟入院料を届け出ている期間中、7対1入院基本料を届け出ることにはできない。
- ⑪ 在宅復帰率7割以上 (地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)
- ⑫ 1人あたりの居室面積が6.4㎡以上である (地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)

看護職員配置加算:看護職員が最小必要人数に加えて50対1以上

看護補助者配置加算:看護補助者が25対1以上(原則「みなし補助者」を認めないが、平成27年3月31日までは必要数の5割まで認められる。)

救急・在宅等支援病床初期加算:他の急性期病棟(自院・他院を問わず)、介護施設、自宅等から入院または転院してきた患者について算定

38

## 在宅復帰率の計算方法について

### <在宅復帰率の計算式>

直近6月間に「自宅、療養病棟(在宅復帰機能強化加算(後述)の届出病棟に限る)、居住系介護施設等、介護老人保健施設(いわゆる在宅強化型老健施設、在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出施設に限る)」に退院した患者+療養病棟(在宅復帰機能強化加算の届出病棟に限る)へ転棟した患者

直近6月間に当該病棟又は病室から退院した患者(死亡退院・再入院患者を除く)+転棟した患者

= **70%以上**

### [留意事項]

平成26年3月31日に7対1入院基本料を届け出ている病棟については、平成27年3月31日までの間に地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)を届け出る場合、上記を満たしているものとして取り扱う。

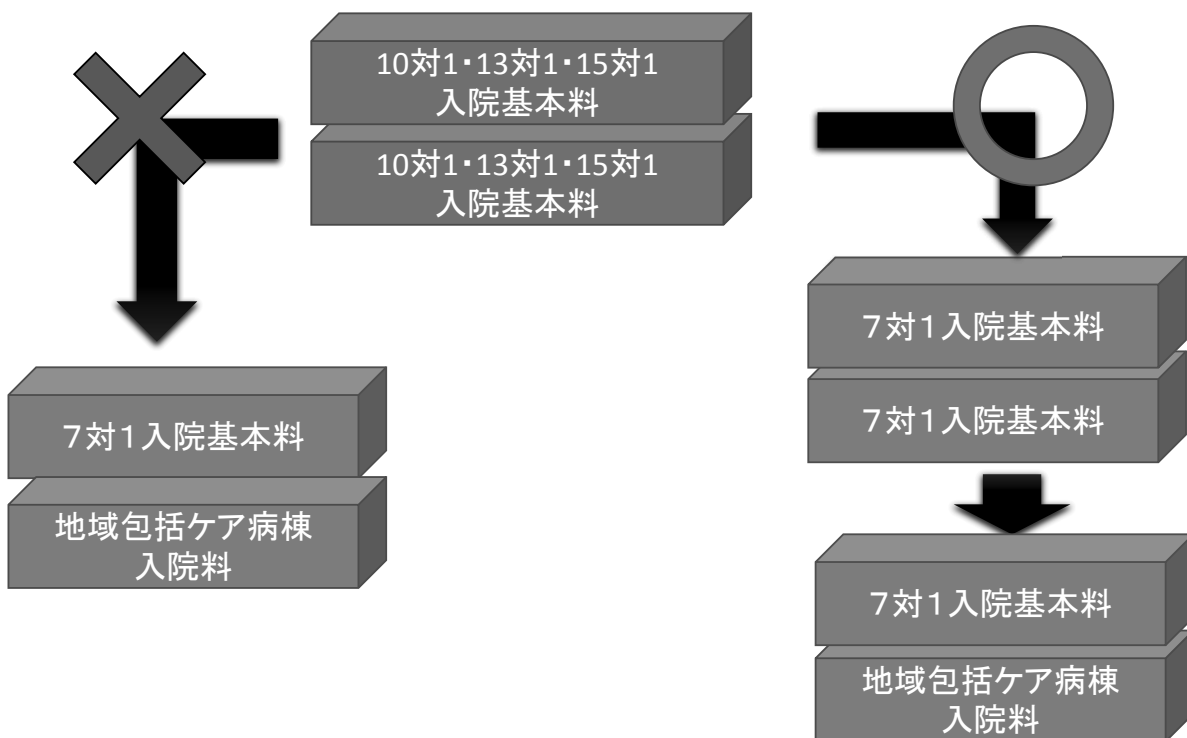
### <参考 (回復期リハビリテーション病棟)>

直近6月間に「自宅、居住系介護施設等」に退院した患者

直近6月間に当該病棟又は病室から退院した患者－再入院患者－死亡退院した患者－病状の急性増悪等により、他の医療機関(当該医療機関と特別の関係にあるものを除く)での治療が必要になり転院した患者

39

### 平成26年3月31日時点で10対1、13対1、15対1入院基本料を算定する病棟の取扱い



平成26年3月31日に10対1、13対1、15対1入院基本料を届け出ている病院は地域包括ケア病棟入院料を届け出ている期間中、7対1入院基本料を届け出ることができない。

40

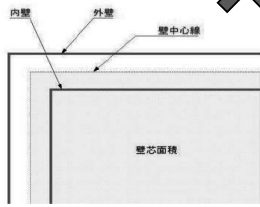


## 病室等の面積に関する内法の規定の統一など(以下の①、②による。)

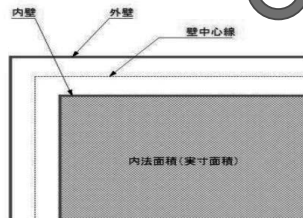
### ①病室等の面積の測定に当たり、壁芯ではなく、内法により行う。(平成27年4月以降)

- ▶病室や機能訓練室等の面積の測定に当たっては、一部の基準について、壁芯または内法により行うのか不明確であったため、内法による測定に統一し、平成27年4月1日より適用する。
- ▶ただし、平成26年3月31日までに届け出た場合については、壁芯による測定であっても、平成27年4月1日以降も有効なものとして取り扱う。(ただし、当該病棟の増築又は全面的な改築を行うまでの間に限る。)
- ▶よって、平成27年4月1日以降に新規に届け出た場合は、内法による測定で面積基準等を満たしていなければならない。

#### 壁芯による測定



#### 内法による測定



#### 新たに内法による測定が義務づけられる項目 (新設の項目を含む。)

療養環境加算	脳血管疾患等リハビリテーション料
療養病棟療養環境改善加算 2	運動器リハビリテーション料
診療所療養病床療養環境改善加算	呼吸器リハビリテーション料
救命救急入院料 3、4	障害者(者)リハビリテーション
特定集中治療室管理料	がん患者リハビリテーション
小児特定集中治療室管理料	集団コミュニケーション療法料
新生児特定集中治療室管理料	認知症療法・認知行動療法
母体・胎児集中治療室管理料	精神科作業療法
新生児集中治療室管理料	精神科ショート・ケア
地域包括ケア病棟入院料 1 及び地域 包括ケア入院医療管理料 1	精神科デイ・ケア
認知症治療病棟入院料	精神科ナイト・ケア
無菌製剤処理料	精神科デイ・ナイト・ケア
心大血管疾患リハビリテーション料	重度認知症患者デイ・ケア料
	特定一般病棟入院料における地域包括 ケアを行う病室

ただし、平成26年3月31日までに届け出た場合※は、平成27年4月1日以降も壁芯による面積は有効(増築又は全面的な改築を行うまでに限る)

平成27年4月1日以降の新規の届出については、内法による測定を義務づけ

※地域包括ケア病棟入院料のみ平成27年3月31日まで届出可能

### ②廊下幅は、柱等の構造物(手すりを除く。)も含めた最も狭い部分において基準を満たすことを要件とする。

#### (対象)

- ・療養病棟療養環境加算
- ・診療所療養病床療養環境加算

#### (経過措置)

平成27年4月1日から適用。また、平成26年3月31日において、現に当該届出を行っている保険医療機関については、当該病棟の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、当該規定を満たしているものとする。

※以下の項目は、平成26年度改定以前から、既に内法規定のあるものであり、取扱いに変更はない。

療養病棟療養環境加算 1	特殊疾患病棟入院料
診療所療養病床療養環境加算	緩和ケア病棟入院料
特殊疾患入院医療管理料	精神療養病棟入院料
小児入院医療管理料に係る加算	

## 医療提供しているが、医療資源の少ない地域に配慮した評価①

### 地域に配慮した評価①

医療資源の少ない地域(特定地域・30二次医療圏※)に配慮した評価について、対象医療圏は変更せずに、地域包括ケア病棟入院料等の要件を緩和した評価を導入することとし、チーム医療等に係る評価については、対象の範囲を拡大するとともに専従要件等を緩和し、それに応じた評価とする。 ※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

- ▶ 地域包括ケア病棟入院料等について、要件を緩和した評価を行う。

(新) 地域包括ケア病棟入院料1(特定地域)	2,191点(1日につき)
(新) 地域包括ケア入院医療管理料1(特定地域)	2,191点(1日につき)
(新) 地域包括ケア病棟入院料2(特定地域)	1,763点(1日につき)
(新) 地域包括ケア入院医療管理料2(特定地域)	1,763点(1日につき)

#### [施設基準]

看護職員配置が常時15対1以上、専任の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士1名以上及び専任の在宅復帰支援担当者1人以上が配置されていること。等

- ▶ 看護要員の夜勤72時間要件の緩和対象となる特定一般病棟入院料について、一般病棟が1病棟のみの病院を対象に加える。

#### 現行

##### 【特定一般病棟入院料】

1 特定一般病棟入院料1(13対1)	1,103点
2 特定一般病棟入院料2(15対1)	945点
[施設基準] 1病棟のものに限る	

#### 改定後

##### 【特定一般病棟入院料】

1 特定一般病棟入院料1(13対1)	1,121点
2 特定一般病棟入院料2(15対1)	960点
[施設基準] 一般病棟が1病棟のものに限る	

## 医療提供しているが、医療資源の少ない地域に配慮した評価②

### 地域に配慮した評価②

➤ 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。

	<b>栄養サポートチーム加算(特定地域)</b>	<b>100点(週1回)(200点)</b>	※( )は元の点数
	<b>緩和ケア診療加算(特定地域)</b>	<b>200点(1日につき)(400点)</b>	
(新)	<b>外来緩和ケア管理料(特定地域)</b>	<b>150点(月1回)(300点)</b>	
(新)	<b>糖尿病透析予防指導管理料(特定地域)</b>	<b>175点(月1回)(350点)</b>	
(新)	<b>褥瘡ハイリスク患者ケア加算(特定地域)</b>	<b>250点(入院中1回)(500点)</b>	
(新)	<b>退院調整加算(特定地域)(退院時1回)</b>		
	<b>一般病棟等の場合</b>	<b>170点(14日以内)(340点)</b>	
		<b>75点(15日以上30日以内)(150点)</b>	
		<b>25点(31日以上)(50点)</b>	
	<b>療養病棟等の場合</b>	<b>400点(30日以内)(800点)</b>	
		<b>300点(31日以上90日以内)(600点)</b>	
		<b>200点(91日以上120日以内)(400点)</b>	
		<b>100点(121日以上)(200点)</b>	

[施設基準]

- ① 専従、専任、常勤要件を緩和する(ただし、医師は常勤とする。)
- ② 専任チームの設置を緩和し、指導等を行った場合に算定可とする

(例)糖尿病透析予防指導管理料の施設基準

(特定地域の点数を算定する場合)

当該保険医療機関内に、以下から構成される透析予防診療チームが設置されていること。

- ア 糖尿病指導の経験を有する専任の医師
- イ 糖尿病指導の経験を有する専任の看護師又は保健師
- ウ 糖尿病指導の経験を有する専任の管理栄養士



以下から構成される透析予防診療チームにより、透析予防に係る専門的な診療が行われていること。

- ア 糖尿病指導の経験を有する医師
- イ 糖尿病指導の経験を有する看護師又は保健師
- ウ 糖尿病指導の経験を有する管理栄養士

➤ 一般病棟入院基本料の届出について、**病棟毎の届出を引き続き可能とする。**

## 医療提供しているが、医療資源の少ない地域(特定地域・30二次医療圏)

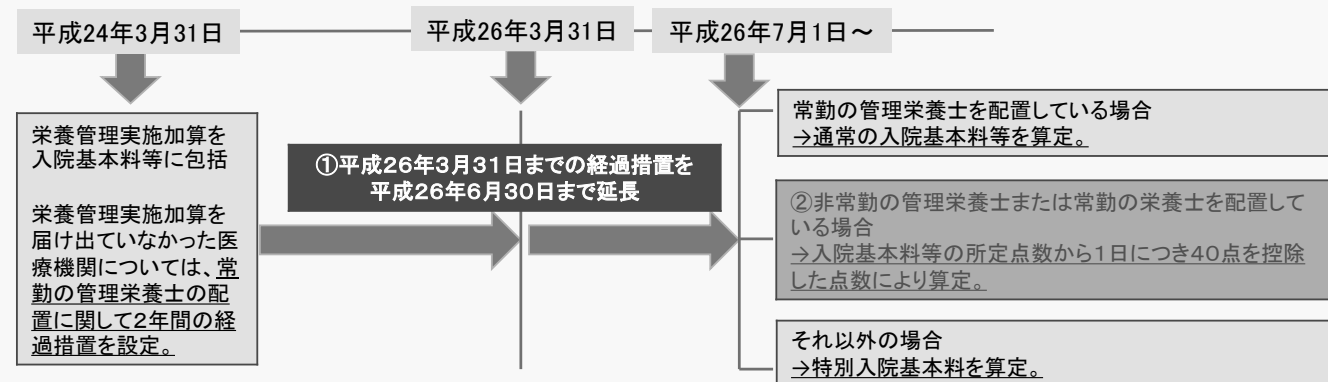
都道府県	二次医療圏	市町村
北海道	中空知	芦別市、赤平市、滝川市、砂川市、歌志内市、奈井江町、上砂川町、浦臼町、新十津川町、雨竜町
	東胆振	苫小牧市、白老町、安平町、厚真町、むかわ町
	北網	北見市、網走市、大空町、美幌町、津別町、斜里町、清里町、小清水町、訓子府町、置戸町
	十勝	帯広市、音更町、士幌町、上士幌町、鹿追町、新得町、清水町、芽室町、中礼内村、更別村、大樹町、広尾町、幕別町、池田町、豊頃町、本別町、足寄町、陸別町、浦幌町
秋田県	大館・鹿角	大館市、鹿角市、小坂町
	由利本荘・にかほ	由利本荘市、にかほ市
山形県	置賜	米沢市、長井市、南陽市、高畠町、川西町、小国町、白鷹町、飯豊町
	庄内	鶴岡市、酒田市、三川町、庄内町、遊佐町
福島県	会津	会津若松市、喜多方市、北塩原村、西会津町、磐梯町、猪苗代町、会津坂下町、湯川村、柳津町、三島町、金山町、昭和村、会津美里町
東京都	島しょ	大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村、小笠原村
新潟県	下越	村上市、新発田市、胎内市、関川村、粟島浦村、聖籠町
	上越	上越市、妙高市、糸魚川市
	佐渡	佐渡市
長野県	飯伊	飯田市、下伊那郡(松川町、高森町阿南町、清内路村、阿智村、平谷村、根羽村、下條村、売木村、天龍村、泰阜村、喬木村、豊丘村、大鹿村)
岐阜県	飛騨	高山市、飛騨市、下呂市、白川村
和歌山県	田辺	田辺市、みなべ町、白浜町、上富田町、すさみ町
島根県	隠岐	海士町、西ノ島町、知夫村、隠岐の島町
岡山県	津山・英田	津山市、美作市、鏡野町、勝央町、奈義町、西粟倉村、久米南町、美咲町
香川県	小豆	小豆郡(土庄町、小豆島町)
高知県	幡多	宿毛市、土佐清水市、四万十市、大月町、三原村、黒潮町
長崎県	五島	五島市
	上五島	新上五島町、小値賀町
	壱岐	壱岐市
熊本県	対馬	対馬市
	球磨	人吉市、錦町、あさぎり町、多良木町、湯前町、水上村、相良村、五木村、山江村、球磨村
鹿児島県	熊毛	西之表市、熊毛郡(中種子町、南種子町、屋久島町)
	奄美	奄美市、大島郡(大和村、宇検村、瀬戸内町、籠郷町、喜界町、徳之島町、天城町、伊仙町、和泊町、知名町、与論町)
	宮古	宮古島市、多良間村
沖縄県	八重山	石垣市、竹富町、与那国町

## 病院の栄養管理体制について

### 常勤の管理栄養士を確保できない病院に対する入院基本料等の見直し

- 平成24年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、一部の病院で常勤の管理栄養士が確保されていない実態を踏まえ以下の見直しを行う。

- ①常勤の管理栄養士の配置に関する経過措置を平成26年6月30日まで延長する。
- ②平成26年7月1日以降、常勤の管理栄養士を確保できない場合、  
非常勤の管理栄養士または常勤の栄養士を確保している場合、入院料の所定点数から40点(1日につき)を控除した点数により算定。(ただし、平成24年3月31日において、①の経過措置に係る届出を行った医療機関に限る。)



45

## 看護職員の確保が困難な医療機関に対する緩和措置

### 月平均夜勤時間72時間を満たせない場合の緩和措置の見直し

- 月平均夜勤時間72時間要件は維持しつつ、当該要件のみを満たせない場合に、一般病棟7対1及び10対1入院基本料と同様に8割相当の入院基本料を算定できるよう、各入院基本料に2割減算の規定を設ける。

【現行】

【一般病棟入院基本料】	
7対1 特別入院基本料	1,244点
10対1 特別入院基本料	1,040点

【改定後】

【一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料25対1、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】	
月平均夜勤時間超過減算	20/100を減算

[算定要件]

- ① 月平均夜勤時間が72時間以下であるという要件のみ満たせなくなった場合については、直近3月に限り算定できる。
  - ② 最後に算定した月から起算して1年以内は算定できない
  - ③ 毎月看護職員採用活動状況を報告
- ※ 当該点数算定期間中は、特定の看護職員に夜勤時間が偏重することがないように配慮すること。

[緩和措置の対象外の入院基本料]

特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料

46

## 有床診療所の機能に着目した評価①(入院基本料)

### 有床診療所入院基本料の見直し

➤ 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の評価を平均1.2倍引き上げるとともに、入院基本料3についても引き上げ(31日以上は約100点引き上げ)。

	14日以内		15～30日		31日以上	
	現行	改定後	現行	改定後	現行	改定後
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	(新)有床診療所入院基本料1	771点 → 861点	601点 → 669点	511点 → 567点		
	(新)有床診療所入院基本料2	691点 → 770点	521点 → 578点	471点 → 521点		
	(新)有床診療所入院基本料3	511点 → 568点	381点 → 530点	351点 → 500点		
有床診療所入院基本料4(従前の入院基本料1)	771点 → 775点	601点 → 602点	511点 → 510点			
有床診療所入院基本料5(従前の入院基本料2)	691点 → 693点	521点 → 520点	471点 → 469点			
有床診療所入院基本料6(従前の入院基本料3)	511点 → 511点	381点 → 477点	351点 → 450点			

※上記点数は、24年改定で、栄養管理実施工算の包括化に伴い、11点引き上げた入院基本料の見直しと、消費税対応分の上乗せを含む。

#### 【算定要件】

有床診療所入院基本料1～3については以下の要件のうち2つ以上に該当すること。

- ・在宅療養支援診療所であって、過去1年間に訪問診療を実施した実績があること。
- ・過去1年間の急変時の入院件数が6件以上であること。
- ・夜間看護配置加算1または2を届け出ていること。(1:夜間に看護職員1人を含む2人以上を配置。加算2:夜間に看護職員1人以上を配置。)
- ・時間外対応加算1を届け出ていること。(患者からの電話等による問い合わせに対し、常時対応できる体制がとられていること。)
- ・過去1年間の新規入院患者のうち、他の保険医療機関の一般病床からの受入が1割以上であること。
- ・過去1年間の当該保険医療機関内における看取りの実績を2件以上有していること。
- ・過去1年間の全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔(手術を実施した場合に限る。)の患者数があわせて30件以上であること(分娩を除く)。
- ・医療資源の少ない地域に属する有床診療所であること。
- ・過去1年間に介護保険によるリハビリテーション、居宅療養管理指導又は短期入所療養介護等を実施した実績があること、又は指定居宅介護支援事業所であること。
- ・過去1年間の分娩件数(帝王切開を含む)が30件以上であること。
- ・過去1年間に乳幼児加算・幼児加算、超重症児(者)入院診療加算、準超重症児(者)入院診療加算又は小児療養環境特別加算を算定したことがあること。

看護配置に係る基準については以下を満たすこと。

- ・有床診療所入院基本料1と4は看護職員配置7人以上であること。
- ・有床診療所入院基本料2と5は看護職員配置4人以上7人未満であること。
- ・有床診療所入院基本料3と6は看護職員配置1人以上4人未満であること。

## 有床診療所の機能に着目した評価②(医療従事者の配置)

### 有床診療所入院基本料の見直し

➤ 医療従事者の配置に係る加算を全ての有床診療所入院基本料に拡大するとともに、看護職員の配置をさらに評価し、看護補助者の配置の評価を新設する。

#### 【現行】

看護配置加算1 (看護職員数が看護師3を含む10以上)	25点
看護配置加算2(看護職員数が10以上)	10点

#### 【改定後】

看護配置加算1	40点
看護配置加算2	20点
看護補助配置加算1(看護補助者2以上)	10点
看護補助配置加算2(看護補助者1以上)	5点

## 有床診療所の機能に着目した評価③(栄養管理)

### 栄養管理実施加算の設置

- 管理栄養士の確保が難しい実態を踏まえ、栄養管理について、入院料への包括化を見直し、栄養管理に関する評価を再度設ける。

**(新) 栄養管理実施加算 12点(1日につき)**

[算定要件]

- ・常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。等

### 入院栄養食事指導料の見直し

- 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。

【現行】

【改定後】

入院栄養食事指導料 (入院中2回まで)	130点
------------------------	------

入院栄養食事指導料1	<b>130点</b>
入院栄養食事指導料2	<b>125点</b>

[入院栄養食事指導料2の算定要件]

- ・診療所において、入院中の患者であって、特別食を医師が必要と認めたものに対し、当該保険医療機関以外(栄養ケア・ステーション又は他の医療機関に限る)の管理栄養士が、医師の指示に基づき対面で必要な栄養指導を行った場合に算定する。

※栄養管理実施加算と入院栄養食事指導料を併算定することはできない。

## 重点課題

### 医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等

#### 1 入院医療について

#### 2 外来医療の機能分化・連携の推進について

#### 3 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療の推進について

#### 4 医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について

# 主治医機能の評価(その1)

## 主治医機能の評価(包括点数)

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

### (新) 地域包括診療料 1,503点(月1回)

- ※1 対象医療機関は、**診療所又は許可病床が200床未満の病院**
- ※2 地域包括診療料と地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出することができる
- ※3 初診時や訪問診療時(往診を含む。)は算定できない

[包括範囲]

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

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

[算定要件]

- ① 対象患者は、**高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上(疑いは除く。)**を有する患者とする。  
なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病(上記4疾病のうち2つ)と重複しない対象疾病(上記4疾病のうち2つ)について他医療機関で診療を行う場合に限り、当該他医療機関でも当該診療料を算定可能とする。
- ② 担当医を決めること。また、当該医師は、関係団体主催の研修を修了していること。(当該取り扱いについては、平成27年4月1日から施行する。)
- ③ **療養上の指導、服薬管理、健康管理、介護保険に係る対応、在宅医療の提供および当該患者に対し24時間の対応等**を行っていること。
- ④ 当該点数を算定している場合は、**7割投与の減算規定の対象外**とする。
- ⑤ 下記のうち**すべて**を満たすこと

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・診療所の場合</li> <li>ア) 時間外対応加算1を算定していること</li> <li>イ) 常勤医師が3人以上在籍していること</li> <li>ウ) 在宅療養支援診療所であること</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・病院の場合</li> <li>ア) 2次救急指定病院又は救急告示病院であること</li> <li>イ) 地域包括ケア入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定していること</li> <li>ウ) 在宅療養支援病院であること</li> </ul> |
|--|--|

51

# 主治医機能の評価(その2)

## 主治医機能の評価(出来高)

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

### (新) 地域包括診療加算 20点(1回につき)

- ※1 対象医療機関は、**診療所**
- ※2 地域包括診療料と地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出することができる
- ※3 初診時や訪問診療時(往診を含む。)は算定できない

[算定要件]

- ① 対象患者は、**高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上(疑いは除く。)**を有する患者とする。  
なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病(上記4疾病のうち2つ)と重複しない対象疾病(上記4疾病のうち2つ)について他医療機関で診療を行う場合に限り、当該他医療機関でも当該診療料を算定可能とする。
- ② 担当医を決めること。また、当該医師は、関係団体主催の研修を修了していること。(当該取り扱いについては、平成27年4月1日から施行する。)
- ③ **療養上の指導、服薬管理、健康管理、介護保険に係る対応、在宅医療の提供および当該患者に対し24時間の対応等**を行っていること。
- ④ 当該点数を算定している場合は、**7割投与の減算規定の対象外**とする。
- ⑤ 下記のうち**いずれか一つ**を満たすこと

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>ア) 時間外対応加算1又は2を算定していること</li> <li>イ) 常勤医師が3人以上在籍していること</li> <li>ウ) 在宅療養支援診療所であること</li> </ul> |
|--|

	地域包括診療料 1,503点(月1回)		地域包括診療加算 20点(1回につき)
	病院	診療所	診療所
包括範囲	<b>下記以外は包括</b> ・(再診料の)時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算。地域連携小児夜間・休日診療料 診療情報提供料(Ⅱ)。在宅医療に係る点数(訪問診療料、在総管、特医総管を除く。)。薬剤料(処方料、処方せん料を除く。) ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの。 ※当該患者について、当該医療機関で検査(院外に委託した場合を含む。)を行い、その旨を院内に掲示する		出来高
対象疾患	高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上(疑いは除く。)		
対象医療機関	診療所又は許可病床が200床未満の病院		診療所
研修要件	担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。(経過措置1年)		
服薬管理	・当該患者に院外処方を行う場合は24時間開局薬局であること 等  ・他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、カルテに記載する ・院外処方を行う場合は当該薬局に通院医療機関リストを渡し、患者は受診時にお薬手帳を持参することとし、医師はお薬手帳のコピーをカルテに貼付する等を行う 等 ・当該点数を算定している場合は、7剤投与の減算規定の対象外とする	・当該患者に院外処方を行う場合は24時間対応薬局等を原則とする 等 (患者の同意がある場合に限り、その他の薬局での処方も可能。その場合、患者に対して、時間外においても対応できる薬局のリストを文書により提供し、説明すること等を行う。)	
健康管理	・健診の受診勧奨、健康相談を行う旨の院内掲示、敷地内禁煙 等		
介護保険制度	・介護保険に係る相談を受ける旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること。 ・下記のいずれか一つを満たす ①居宅療養管理指導または短期入所療養介護等の提供 ④介護保険の生活期リハの提供 ⑦所定の研修を受講 ②地域ケア会議に年1回以上出席 ⑤介護サービス事業所の併設 ⑧医師がケアマネージャーの資格を有している ③居宅介護支援事業所の指定 ⑥介護認定審査会に参加 ⑨(病院の場合)総合評価加算の届出又は介護支援連携指導料の算定		
在宅医療の提供および24時間の対応	・在宅医療を行う旨の院内掲示、当該患者に対し24時間の対応を行っていること  ・下記のすべてを満たす ①2次救急指定病院又は救急告示病院 ①時間外対応加算1の届出 ②地域包括ケア病棟入院料等の届出 ②常勤医師が3人以上在籍 ③在宅療養支援病院 ③在宅療養支援診療所		

## 大病院の紹介率・逆紹介率を高める取り組み

### 紹介率・逆紹介率の低い大病院における処方料等の適正化

- 特定機能病院及び500床以上の地域医療支援病院の紹介率・逆紹介率を高める取り組みをさらに推進するとともに、特定機能病院等を除く500床以上の全ての病院(一般病床が200床未満の病院を除く。)については、紹介なしに受診した患者等に係る初診料及び外来診療料を適正な評価とするとともに、保険外併用療養費(選定療養)の枠組みの活用を推進し、病院及び診療所における外来機能の分化及び病院勤務医の負担軽減を図る。

(新) **初診料** **209点(紹介のない場合)**

(新) **外来診療料** **54点**

**(他医療機関へ紹介したにもかかわらず、当該病院を受診した場合)**

※ **保険外併用療養費(選定療養)を利用可能**

※対象病院については、一部の薬剤を除き、**原則的に30日分以上の投薬に係る評価(処方料、処方せん料、薬剤料)を60/100に適正化する。**

※年に1回、紹介率・逆紹介率等を地方厚生(支)局長等に報告する(毎年10月報告)

[経過措置] 平成27年3月31日まで(平成24年度改定の取扱いについては、平成27年3月31日まで継続)

[対象病院]

- ① 特定機能病院と許可病床が500床以上の地域医療支援病院のうち、紹介率**50%**未満かつ逆紹介率**50%**未満の施設
- ② 許可病床数が500床以上の全ての病院(特定機能病院および許可病床が500床以上の地域医療支援病院、並びに一般病床が200床未満の病院を除く。)のうち、紹介率**40%**未満かつ逆紹介率**30%**未満の施設

※②に係る紹介率等の定義については、地域医療支援病院の定義に準ずる

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

※初診の患者数等の定義については、医療法における業務報告と同様(なお、**初診の患者数のうち、夜間又は休日に受診したものの数は除く。**)

## 紹介率・逆紹介率の低い大病院における処方料等の適正化の除外薬剤について

- ア 薬効分類が抗てんかん剤のもので、てんかんに対して用いた場合
- イ 薬効分類の小分類が甲状腺ホルモン製剤のもので、甲状腺の障害に対して用いた場合
- ウ 薬効分類が副腎ホルモン剤のもので、副腎性器障害又は副腎皮質機能不全に対して用いた場合
- エ 薬効分類が卵胞ホルモン及び黄体ホルモン剤のもので、卵巣除去後機能不全又はその他の卵巣機能不全に対して用いた場合
- オ 薬効分類の小分類が合成ビタミンD製剤のもので、副甲状腺機能低下症又は偽性副甲状腺機能低下症に対して用いた場合
- カ 薬効分類が乳幼児用剤のもので、フェニルケトン尿症、楓糖尿症、ホモシスチン尿症又はガラクトース血症に対して用いた場合
- キ アからカの内服薬と併用する薬効分類が健胃消化剤のもので、アからカに該当する疾患に対して用いた場合

55

## 重点課題

### 医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等

1 入院医療について

2 外来医療の機能分化・連携の推進について

3 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療の推進について

4 医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について

56



## 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療①

### 機能強化型在支診等の評価

➤ 機能強化型在支診及び在支病について、実績要件を引き上げる。また、複数の医療機関が連携して機能強化型在支診及び在支病の基準を満たしている場合について、連携している各医療機関それぞれについても一定の実績を必要とする。

現行	改定後
在宅医療を担当する常勤医師3名以上	在宅医療を担当する常勤医師3名以上
過去1年間の緊急往診の実績5件以上	過去1年間の緊急往診の実績 <u>10</u> 件以上
過去1年間の在宅看取りの実績2件以上	過去1年間の在宅看取りの実績4件以上
複数の医療機関が連携して上記の要件を満たしても差し支えない。	複数の医療機関が連携して上記の要件を満たしても差し支えないが、 <u>それぞれの医療機関が以下の要件を満たしていること。</u> イ 過去1年間の緊急往診の実績4件以上 ハ 過去1年間の看取りの実績2件以上

**[経過措置]**

- ① 平成26年3月31日時点で届け出ている場合は、平成26年9月30日までの間、上記の基準を満たしているものとする。
- ② 経過措置①の対象医療機関であって、平成26年9月30日の時点で単独型として届け出ているものについては、過去6月間の緊急往診の実績が5件以上かつ看取りの実績が2件以上の場合は、平成27年3月31日までの間、緊急往診及び看取りの実績基準を満たしているものとする。
- ③ 経過措置①の対象医療機関であって、平成26年9月30日の時点で連携型として届け出ている場合は、それぞれの医療機関が過去6月間の緊急往診の実績が2件以上かつ看取りの実績が1件以上であって、連携医療機関全体で経過措置②を満たしているものについては、平成27年3月31日までの間、緊急往診及び看取りの実績基準を満たしているものとする。 57

## 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療②

### 実績を有する在支診等の評価

➤ 在宅医療を担当する常勤医師は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。

(新)	<u>在宅療養実績加算(緊急、夜間又は深夜の往診)</u>	75点
(新)	<u>在宅療養実績加算(ターミナルケア加算)</u>	750点
(新)	<u>在宅療養実績加算(在宅時医学総合管理料)</u>	
	同一建物居住者以外の場合	300点
	同一建物居住者の場合	75点
(新)	<u>在宅療養実績加算(特定施設入居時等医学総合管理料)</u>	
	同一建物居住者以外の場合	225点
	同一建物居住者の場合	56点
(新)	<u>在宅療養実績加算(在宅がん医療総合診療料)</u>	110点

**[施設基準]**

過去1年間の緊急往診の実績が10件以上かつ看取りの実績が4件以上であること。

## 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療③

### 在宅療養における後方病床の評価①

- 在宅医療を行うにあたり、緊急時における後方病床の確保が重要であることから、在宅療養後方支援病院を新設し評価を行う。

#### (新) 在宅療養後方支援病院

[施設基準]

- ① 許可病床200床以上の病院であること
- ② 当該病院を緊急時に入院を希望する病院としてあらかじめ当該病院に届け出ている患者(以下、入院希望患者という)について緊急時にいつでも対応し、必要があれば入院を受け入れること
- ③ 入院希望患者に対して在宅医療を提供している医療機関と連携し、3月に1回以上、診療情報の交換をしていること

#### 現行

在宅患者緊急入院診療加算(入院初日)  
1 連携型在支診、在支病の場合  
2,500点



#### 改定後

在宅患者緊急入院診療加算(入院初日)  
1 連携型在支診、在支病、在宅療養後方  
支援病院の場合  
2,500点

[算定要件]

- ① 入院希望患者に対して算定する。
- ② 500床以上の場合は、15歳未満の人工呼吸を実施している患者若しくは15歳未満から引き続き人工呼吸を実施しており体重が20kg未満の患者又は神経難病等の患者に限り算定することができる。

59

## 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療④

### 在宅療養における後方病床の評価②

- 在宅医療を担当する医師と在宅療養後方支援病院の医師が共同で訪問診療等を行った場合の評価を行う。

- (新) 在宅患者共同診療料
- |                   |        |
|-------------------|--------|
| 1 往診の場合           | 1,500点 |
| 2 訪問診療(同一建物居住者以外) | 1,000点 |
| 3 訪問診療(同一建物居住者)   |        |
| イ 特定施設等に入居する者     | 240点   |
| ロ イ以外の場合          | 120点   |

[算定要件]

- ① 在宅を担当している医療機関と共同で往診又は訪問診療を行う。
- ② 1～3までを合わせて、最初に算定を行った日から起算して1年間に2回までに限り算定する。ただし、15歳未満の人工呼吸患者若しくは15歳未満から引き続き人工呼吸を実施しており体重が20kg未満の患者又は神経難病等の患者については最初に算定を行った日から起算して1年間に12回までに限り算定する。
- ③ 500床以上の病院については15歳未満の人工呼吸を実施している患者若しくは15歳未満から引き続き人工呼吸を実施しており体重が20kg未満の患者又は神経難病等の患者に限り算定することができる。

60

## 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑤

### 在宅医療の適正化①

在宅医療を担う医療機関の量的確保とともに、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進める。

- 在宅時医学総合管理料(在総管)、特定施設入居時等医学総合管理料(特医総管)について、同一建物における複数訪問時の点数を新設し、評価を適正化するとともに、在支診・病以外の評価を引き上げる。

区分	機能強化型在支診・病				在支診・病		それ以外	
	病床有		病床無		—		—	
病床								
処方せん	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無
在総管	5,000点	5,300点	4,600点	4,900点	4,200点	4,500点	2,200点	2,500点
特医総管	3,600点	3,900点	3,300点	3,600点	3,000点	3,300点	1,500点	1,800点



区分		機能強化型在支診・病				在支診・病		それ以外	
		病床有		病床無		—		—	
病床									
処方せん		処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無	処方せん有	処方せん無
在総管	同一	<b>1,200点</b>	<b>1,500点</b>	<b>1,100点</b>	<b>1,400点</b>	<b>1,000点</b>	<b>1,300点</b>	<b>760点</b>	<b>1060点</b>
	同一以外	5,000点	5,300点	4,600点	4,900点	4,200点	4,500点	<b>3,150点</b>	<b>3,450点</b>
特医総管	同一	<b>870点</b>	<b>1,170点</b>	<b>800点</b>	<b>1,100点</b>	<b>720点</b>	<b>1,020点</b>	<b>540点</b>	<b>840点</b>
	同一以外	3,600点	3,900点	3,300点	3,600点	3,000点	3,300点	<b>2,250点</b>	<b>2,550点</b>

## 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑥

### 在宅医療の適正化②

- 保険医療機関等が経済的誘引による患者紹介を受けることを禁止する。
- 訪問診療料の要件を厳格化するとともに、同一建物における評価を引き下げる。

【現行】

訪問診療料1(同一建物以外)	830点
訪問診療料2(特定施設等)	400点
訪問診療料2(上記以外の同一建物)	200点



【改定後】

訪問診療料1(同一建物以外)	833点
訪問診療料2(特定施設等)	<b>203点</b>
訪問診療料2(上記以外の同一建物)	<b>103点</b>

※同一建物居住者であっても、医師が同一日に一人しか診療しない場合は、同一建物以外の点数(833点)を算定する

【算定要件】

- ① **同一建物の場合の訪問診療料(在総管、特医総管)を算定した場合は、訪問診療を行った日における、当該医師の在宅患者診療時間、診療場所及び診療人数等について記録し、診療報酬明細書に添付すること。**
- ② 訪問診療を行うことについて、患者の同意を得ること。
- ③ 訪問診療が必要な理由を記載すること。
- ④ 同一建物の複数訪問であっても、**下配の患者については、患者数としてカウントを行わない。**
  - 1) 往診を実施した患者
  - 2) 末期の悪性腫瘍の患者と診断された後、訪問診療を行い始めた日から60日以内の間
  - 3) 死亡日からさかのぼって30日以内の患者
- ⑤ **特定施設、グループホーム等においては、同一建物で同一日に算定する患者のカウントについて、医療機関単位でなく医師単位(ただし、医師3人までに限る。)とする。**

## 在宅時医学総合管理料(在総管)、特定施設入居時等医学総合管理料(特医総管)の算定要件等について

### 同一建物の場合を算定する基準について

◆ **同一建物における管理料(在総管、特医総管)の減額は、月1回以上、訪問診療料の「同一建物以外の場合」(833点)を算定した場合は行わない。**

(例)

1回目: 訪問診療料(同一建物以外の場合)

2回目: 訪問診療料(同一建物の場合) → **同一建物以外**の管理料(在総管・特医総管)を算定

1回目: 訪問診療料(同一建物の場合)

2回目: 訪問診療料(同一建物の場合) → **同一建物**の管理料(在総管・特医総管)を算定

◆ **同一患者等において、2人以上の同一世帯の夫婦等の診察をした場合については、管理料(在総管、特医総管)の減額は行わない。**

※ 夫婦等が共に訪問診療の対象である場合に限る。

※ 訪問診療料の取扱いについては現行通り。(一人目は訪問診療料(同一建物以外)833点、二人目は初・再診料等。)

◆ **在総管、特医総管は、訪問診療料を月2回以上算定した場合のみ算定できることとする。**

### その他

- ・ 外来受診可能な患者は、訪問診療料、在総管又は特医総管等の在宅医療に係る費用の対象ではないが、**外来受診時に「地域包括診療料」「地域包括診療加算」が算定可能**である。
- ・ サ高住等の**施設の医師確保は、施設と医師会等が連携して行う。**

63

## 在宅患者訪問診療の例①

グループホーム入居者9名

8日に患者③に臨時往診対応しターミナルへ移行 がん末期による3回/週の訪問診療を行う場合

月	火	水	木	金	土	日
1	2	3	4	5	6	7
		①②③④⑤ ⑥⑦⑧⑨ 訪問診療 (同一建物)				
8	9	10	11	12		
患者③ 臨時往診 がんターミナルへ		患者③ 訪問診療 (同一建物以外)		患者③ 訪問診療 (同一建物以外)		
15	16	17	18	19	20	21
患者① 訪問診療 (同一建物以外)	患者② 訪問診療 (同一建物以外)	患者③ 訪問診療 (同一建物以外)	患者④ 訪問診療 (同一建物以外)	患者⑤ 訪問診療 (同一建物以外)		
患者③ 訪問診療 (同一建物以外)				患者③ 訪問診療 (同一建物以外)		
22	23	24	25	26	27	28
患者⑥ 訪問診療 (同一建物以外)	患者⑦ 訪問診療 (同一建物以外)	患者⑧ 訪問診療 (同一建物以外)	患者⑨ 訪問診療 (同一建物以外)			
患者③ 訪問診療 (同一建物以外)		患者③ 訪問診療 (同一建物以外)		患者③ 訪問診療 (同一建物以外)		

末期の悪性腫瘍は同一建物の患者としてカウントされない

※患者①～⑨すべての患者が、1度は訪問診療(同一建物以外)を算定しており、**高い管理料(同一建物以外)**を算定可能である。

64

# 在宅患者訪問診療の例②

集合住宅入居者50名

月に2回の訪問で全患者を診療している場合

月	火	水	木	金	土	日
1	2	3	4	5	6	7
		①②③④⑤ ⑥⑦⑧⑨～④⑤ 訪問診療 (同一建物)				
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
		①②③④⑤ ⑥⑦⑧⑨～④⑤ 訪問診療 (同一建物)				
22	23	24	25	26	27	28

※患者①～⑤⑩すべての患者が、1度も訪問診療(同一建物以外)を算定していないので、**低い管理料(同一建物)**を算定する。

## 療養担当規則の一部改正等

### 患者の誘引の禁止(在宅医療の不適切事例への対応)

➤ 保険医療機関等が、事業者等に対して、金品を提供し、患者を誘引することを禁止

**例** 保険医療機関が、事業者等と患者紹介に関する契約書を取り交わす等して、紹介料として診療報酬の中から一定の金額を支払う。

+

事業者等から、同一建物の居住者を独占的に紹介してもらい、患者の状態等にかかわらず、一律に訪問診療を行う。

➡ **禁止**

### 特定の保険薬局への誘導について(地域包括診療加算、地域包括診療料など)

- 地域包括診療加算、地域包括診療料を算定する保険医療機関が、患者に対して、
  - ① **連携薬局の中から患者自らが選択した薬局において処方を受けるよう説明をすること**
  - ② **時間外において対応できる薬局のリストを文書により提供すること**
- 保険医療機関が在宅で療養を行う患者に対して、**在宅患者訪問薬剤管理指導の届出を行った薬局のリストを文書により提供すること**については、療担規則で禁止する「特定の保険薬局への誘導」に該当しないことを明確化

### 明細書の無料発行の義務化

- 明細書の無料発行について、新たに**400床未満の病院を義務化**の対象とする。(「正当な理由」を認めないこととする。)※平成28年4月施行

## 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑦

### 在宅医療の適正化(訪問看護)①

- 同一日の同一建物の訪問看護については、2人目までは同一建物以外と同じ点数を算定するが、3人目以上の場合、1人目から同一建物の点数を算定する。

【現行】

【同一建物居住者訪問看護・指導料】

保健師、助産師又は看護師等による場合	
2人以上(1人目から)	
イ 週3日目まで	430点
ロ 週4日目以降	530点

【改定後】

【同一建物居住者訪問看護・指導料】

保健師、助産師又は看護師等による場合	
3人以上(1人目から)	
イ 週3日目まで	278点
ロ 週4日目以降	328点







- 精神科訪問看護・指導料、訪問看護基本療養費、精神科訪問看護基本療養費についても同様の算定方法となる(個別の点数は異なる)。

## 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑧

### 在宅医療の適正化(訪問看護)②

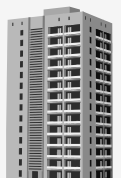
- 同一建物における3人以上の患者に対して、同一日に訪問看護を行った場合の評価を引き下げる。

例. 保健師、助産師又は看護師による場合(週3日目まで)

現行	改定後
1人に対して訪問した場合 → 在宅患者訪問看護・指導料  555点	1人に対して訪問した場合 → 在宅患者訪問看護・指導料  555点
同一建物に居住する2人に訪問した場合 → 同一建物居住者訪問看護・指導料 (同一日に2人以上)   430点 430点	同一建物に居住する2人に訪問した場合 → 同一建物居住者訪問看護・指導料 (同一日に2人)   555点 555点
同一建物に居住する3人に訪問した場合 → 同一建物居住者訪問看護・指導料 (同一日に2人以上)    430点 430点 430点	同一建物に居住する3人に訪問した場合 → 同一建物居住者訪問看護・指導料 (同一日に3人以上)    278点 278点 278点

※日々の訪問について、訪問看護利用者の氏名・訪問場所・訪問時間・人数について記録し、保管しておくこと。

- 利用者等の求めに応じて、同じ建物に居住する他の利用者に対して緊急に訪問看護を実施し、結果として複数の同一建物居住者への訪問になった場合は、1人に対して訪問した場合の点数を算定する。
- 緊急に行われた訪問看護は、同日に既に行われている又は予定されている訪問看護の算定方法に影響を及ぼさない。
- 緊急に訪問する必要があった理由について明細書の特記事項に記載する。



## 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑨

### 機能強化型訪問看護ステーションの評価①

➤ 在宅医療を推進するために機能の高い訪問看護ステーションの評価を行う。

現行	改定後
1 月の初日の訪問の場合	1 月の初日の訪問の場合
	(新) <b>イ 機能強化型訪問看護管理療養費1</b> <u>12,400円</u>
	(新) <b>ロ 機能強化型訪問看護管理療養費2</b> <u>9,400円</u>
7,300円	(改) イ又はロ以外の場合 <u>7,400円</u>
2 月の2日目以降の訪問の場合(1日につき)	2 月の2日目以降の訪問の場合(1日につき)
2,950円	(改) <u>2,980円</u>

[算定要件]

#### 機能強化型訪問看護管理療養費1

- ① 常勤看護職員7人以上(サテライトに配置している看護職員も含む)
- ② 24時間対応体制加算の届出を行っていること。
- ③ 訪問看護ターミナルケア療養費又はターミナルケア加算の算定数が年に合計20回以上。
- ④ 特掲診療料の施設基準等の別表第7に該当する利用者が月に10人以上。
- ⑤ 指定訪問看護事業所と居宅介護支援事業所が同一敷地内に設置され、かつ、当該訪問看護事業所の介護サービス計画 又は介護予防サービス計画の作成が必要な利用者のうち、特に医療的な管理が必要な利用者1割程度について、当該居宅介護支援事業所により介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成していること。
- ⑥ 休日、祝日等も含め計画的な指定訪問看護を行うこと。
- ⑦ 地域住民等に対する情報提供や相談、人材育成のための研修を実施していることが望ましい。

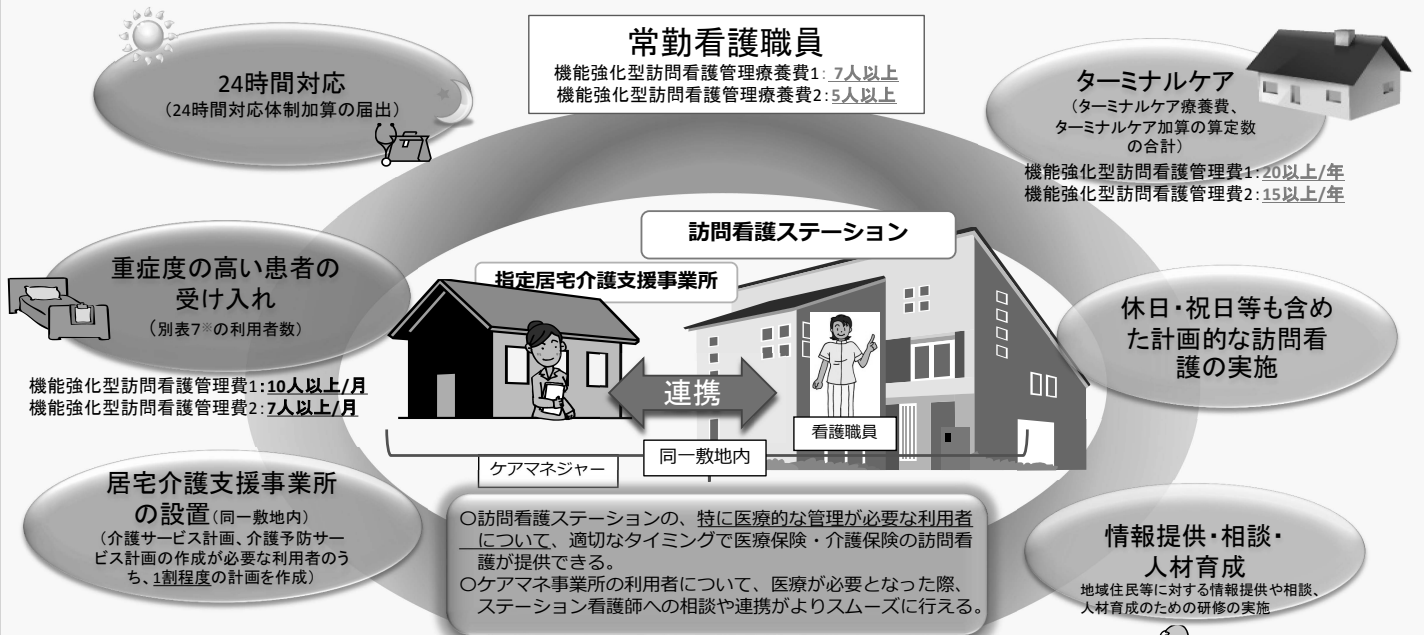
#### 機能強化型訪問看護管理療養費2

- ① 常勤看護職員5人以上(サテライトに配置している看護職員も含む)
- ② 24時間対応体制加算の届出を行っていること。
- ③ 訪問看護ターミナルケア療養費又はターミナルケア加算の算定数が年に合計15回以上。
- ④ 特掲診療料の施設基準等の別表第7に該当する利用者が月に7人以上。
- ⑤ 上記の⑤、⑥、⑦を満たすものであること。

## 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑩

### 機能強化型訪問看護ステーションの評価②

➤ 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、機能の高い訪問看護ステーションを評価する。



※特掲診療料の施設基準等・別表第7に掲げる疾病等  
末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る)、多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリブ核小脳萎縮症及びシャイドレーガー症候群)、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頭脳損傷、人工呼吸器を使用している状態



## 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑪

### 在宅患者訪問点滴注射管理指導料について

- 介護保険の訪問看護を受けている患者に対し点滴注射が必要になった場合にも、在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定できるように、対象者を拡大する。

#### 現行

C005-2 在宅患者訪問点滴注射管理指導料 (1週に月60点)

・注 区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号C005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導を受けている患者又は指定訪問看護事業者（健康保険法第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者をいう。）から訪問看護を受けている患者であって、当該患者に対する診療を行う保険医療機関の保険医の診療に基づき、週3日以上点滴注射を行う必要を認めたものについて、訪問を行う看護師に対して、点滴注射に際し留意すべき事項等を記載した文書を交付して、必要な管理指導を行った場合に、患者1人につき週1回に限り算定する。

#### 改定後

C005-2 在宅患者訪問点滴注射管理指導料 (1週に月60点)

・注 区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号C005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導を受けている患者又は指定訪問看護事業者（健康保険法第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者、介護保険法に規定する訪問看護を提供する事業者※）から訪問看護を受けている患者であって、当該患者に対する診療を行う保険医療機関の保険医の診療に基づき、週3日以上点滴注射を行う必要を認めたものについて、訪問を行う看護師に対して、点滴注射に際し留意すべき事項等を記載した文書を交付して、必要な管理指導を行った場合に、患者1人につき週1回に限り算定する。



#### ※介護保険法に規定する訪問看護を提供する事業者

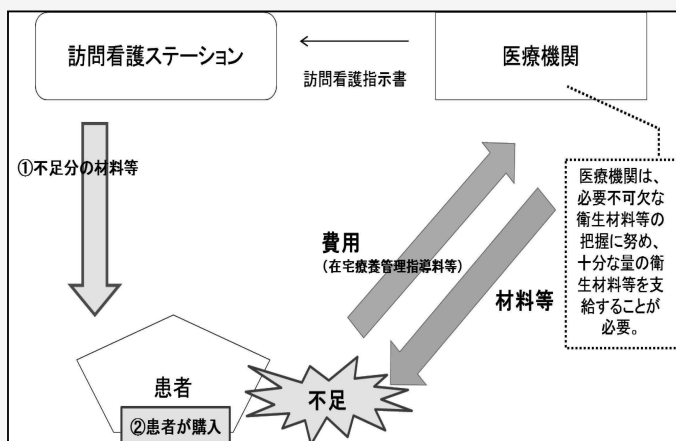
訪問看護事業所、介護予防訪問看護事業所、複合型サービス事業所、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所（一体型）

## 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑫

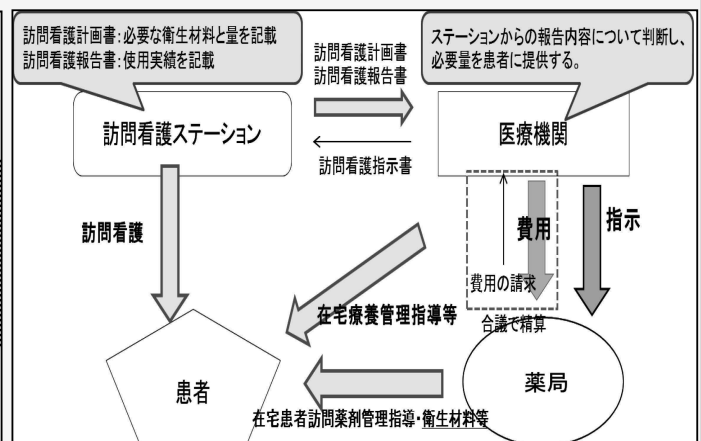
### 在宅における衛生材料の供給体制について

- 在宅療養中の患者に対し、訪問看護ステーション、医療機関及び薬局が連携し、必要な衛生材料等を提供できる仕組みを整備する。

#### 【現行】



#### 【改定後】



※この仕組みを利用せずに医療機関がこれまで通り、患者に対して衛生材料を提供することも可能。

- 訪問看護ステーションが、必要な衛生材料の量を訪問看護計画書とともに記載し、主治医へ提出する。また、使用実績については訪問看護報告書とともに記載し、主治医へ報告する。
- 医療機関は、提供する衛生材料の必要量を判断したうえで、直接患者に提供するか、「衛生材料を供給できる体制を有している」と届出をしている薬局に衛生材料の提供に関する依頼を行い、薬局を介し患者宅に必要な衛生材料の提供が行われる。





# 訪問看護ステーションにおける褥瘡対策の報告のイメージ

## 在宅における褥瘡対策の推進

※毎年7月に褥瘡対策の実施状況について報告する。

### 訪問看護管理療養費の算定に係る褥瘡対策の実施について

(1) 褥瘡対策の実施状況（報告月の前月の初日における実績・状況）

① 訪問看護ステーション全利用者数（報告月の前月の初日の時点の利用者数）		名
② ①のうち、d1以上の褥瘡を保有している利用者数		名
③ ②のうち、訪問看護開始時に既に褥瘡を有していた利用者数		名
④ ②のうち、訪問看護利用中に新たに褥瘡が発生した利用者数		名
⑤ 褥瘡の重症度	訪問看護利用開始時の褥瘡 （③の利用者の訪問看護開始時の状況）	訪問看護利用中に発生した褥瘡 （④の利用者の発見時の状況）
d1	名	名
d2	名	名
D3	名	名
D4	名	名
D5	名	名
DU	名	名

#### ①訪問看護ステーションの全利用者数：

報告月の前月の初日の時点で訪問看護ステーションを利用している全利用者数を記載（当該日の利用開始者は含めないが、当該日の利用終了者は含める。）

#### ②d1以上の褥瘡を保有していた利用者数（褥瘡保有者数）：

①の利用者数のうち、DESIGN-R分類d1以上を有する利用者数を記載。  
（1名の利用者が複数の褥瘡を有していても、利用者数1名として数える。）

#### ③利用開始時既に褥瘡を保有していた利用者数（開始時褥瘡保有者数）：

②の利用者のうち、訪問看護開始時に、DESIGN-R分類d1以上を有する利用者数を記載。  
（1名の利用者が複数の褥瘡を有していても、利用者数1名として数える。）

#### ④訪問看護利用中に新たに褥瘡が発生した利用者数

②の褥瘡保有者数から③の開始時褥瘡利用者数を減じた数を記載。

#### ⑤褥瘡の重症度（DESIGN-R分類）：

③の開始時褥瘡保有者については、訪問看護開始時の褥瘡の重症度を記載。④の訪問看護利用中に新たに褥瘡が発生した患者については、発生時の褥瘡の重症度を記載。

# 医療機関における褥瘡対策の報告様式のイメージ

## 医療機関における褥瘡対策の推進

報告様式

※毎年7月に褥瘡対策の実施状況について報告する。

褥瘡対策の実施状況（報告月の前月の初日における実績・状況）

① 入院患者数（報告月の前月の初日の入院患者数）		名
② ①のうち、d1以上の褥瘡を有していた患者数		名
③ ②のうち、入院時に既に褥瘡を有していた患者数		名
④ ②のうち、入院中に新たに褥瘡が発生した患者数		名
⑤ 体圧分散マットレス等に関する体制の整備状況		
⑥ 褥瘡の重症度	入院時の褥瘡（③の患者の入院時の状況）	院内発生した褥瘡（④の患者の発見時の状況）
d1	名	名
d2	名	名
D3	名	名
D4	名	名
D5	名	名
DU	名	名

#### ①入院患者数：

届出月の前月の初日の入院患者数を記載。  
（当該日の入院または入院予定患者は含めないが、当該日の退院または退院予定患者は含める。）

#### ②d1以上の褥瘡を保有していた患者数（褥瘡有病者数）：

①の患者のうち、DESIGN-R分類d1以上を有する患者数を記載。  
（1名の患者が複数の褥瘡を有していても、患者1名として数える。）

#### ③入院時に既に褥瘡を保有していた患者数（入院時褥瘡保有者数）：

②の患者のうち、入院時に、DESIGN-R分類d1以上を有する患者数を記載。  
（1名の患者が複数の褥瘡を有していても、患者数1名として数える。）

#### ④新たに入院中に褥瘡が発生した患者数：

②の褥瘡保有者数から③の入院時褥瘡保有者数を減じた数を記載。

#### ⑥褥瘡の重症度：

③の入院時褥瘡保有者については、入院時の褥瘡の重症度を記載。④の入院中に新たに褥瘡が発生した患者については、発生時の重症度を記載。

# 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑭

## 在宅における褥瘡対策の推進

- 多職種から構成される在宅褥瘡対策チームが、褥瘡ハイリスク患者であって既にDESIGN分類d2以上の褥瘡がある患者に対し、カンファレンスと定期的なケア等を実施した場合に評価を行う。

### (新) 在宅患者訪問褥瘡管理指導料 750点

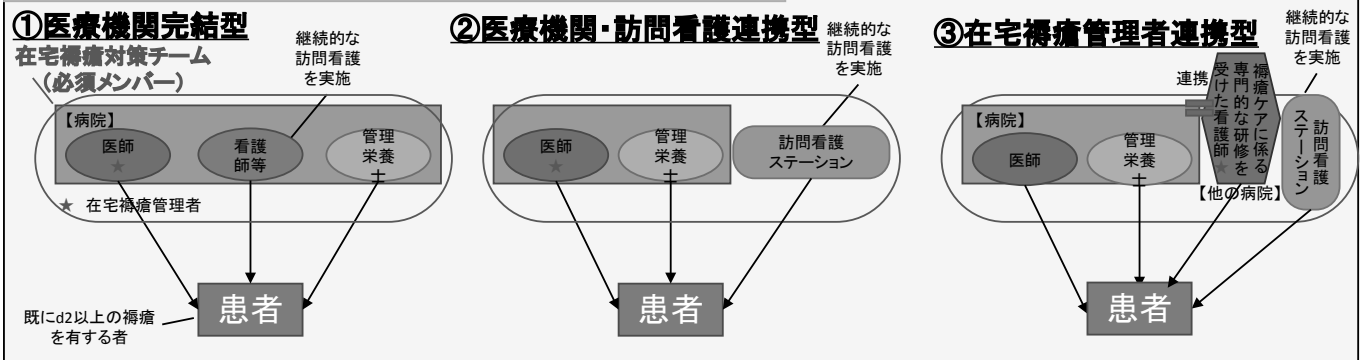
[算定要件]

- ① 当該保険医療機関に以下の3名から構成される在宅褥瘡対策チームが設置されていること。  
 ア 常勤医師 イ 保健師、助産師、看護師、又は、准看護師 ウ 常勤管理栄養士(診療所は非常勤でも可)  
※ 当該保険医療機関の医師と管理栄養士が、当該患者に対して継続的に訪問看護を行う訪問看護ステーションの看護師と連携して在宅褥瘡対策を行う場合、及び、褥瘡等の創傷ケアに係る適切な研修を修了した看護師等(准看護師を除く。)を在宅褥瘡管理者とする場合に限り、在宅褥瘡対策チームの構成員とすることができる。
- ② 在宅褥瘡対策チームのア又はイ(准看護師を除く。)のいずれか1名以上については、以下のいずれの要件も満たす在宅褥瘡管理者であること。  
 ア 5年以上医師又は看護師として医療に従事し、褥瘡対策について1年以上の経験を有する者  
 イ 在宅褥瘡ケアに係る所定の研修を修了している者  
※褥瘡等の創傷ケアに係る適切な研修を修了した看護師については、在宅褥瘡管理者とすることができる。  
 ※学会等が実施する在宅褥瘡管理のための専門的な知識、技術を有する医師、看護師等の養成を目的とした6時間以上を要する講義及び褥瘡予防・管理ガイドラインに準拠した予防、治療、ケアの実施に関する症例報告5事例以上の演習を含む研修であり、当該学会等より修了証が交付される研修であること。  
 ※在宅褥瘡管理者については、平成26年9月30日までは、イの研修を修了していないものであっても要件を満たすものとみなす。
- ③ 在宅褥瘡対策チームは、以下の内容を実施すること。  
 ア 初回訪問時に、在宅褥瘡管理者を含む在宅褥瘡対策チームの構成員が患家に一堂に介し、褥瘡の重症度やリスク因子についてのアセスメントを行い、褥瘡の指導管理方針について、カンファレンスを実施し、在宅褥瘡診療計画を立案する。  
 イ 在宅褥瘡対策チームの各構成員は、月1回以上、計画に基づき、適切な指導管理を行い、その結果について情報共有する。  
 ウ 初回訪問後3月以内に、褥瘡の改善状況、在宅褥瘡診療計画に基づく指導管理の評価及び、必要に応じて見直しのためのカンファレンスを行う。  
※3月以内の評価カンファレンスの結果、継続して指導管理が必要と認められた場合に限り、2回目の評価カンファレンスを実施できる。
- ④ 1年間のケアの実績を報告する。

77

## 在宅褥瘡対策チームによる実施体制のイメージ

### 実施体制(例)



#### <在宅褥瘡対策チームの構成員>

- 常勤医師
- 保健師、助産師、看護師、又は、准看護師
- 常勤管理栄養士(診療所は非常勤でも可)

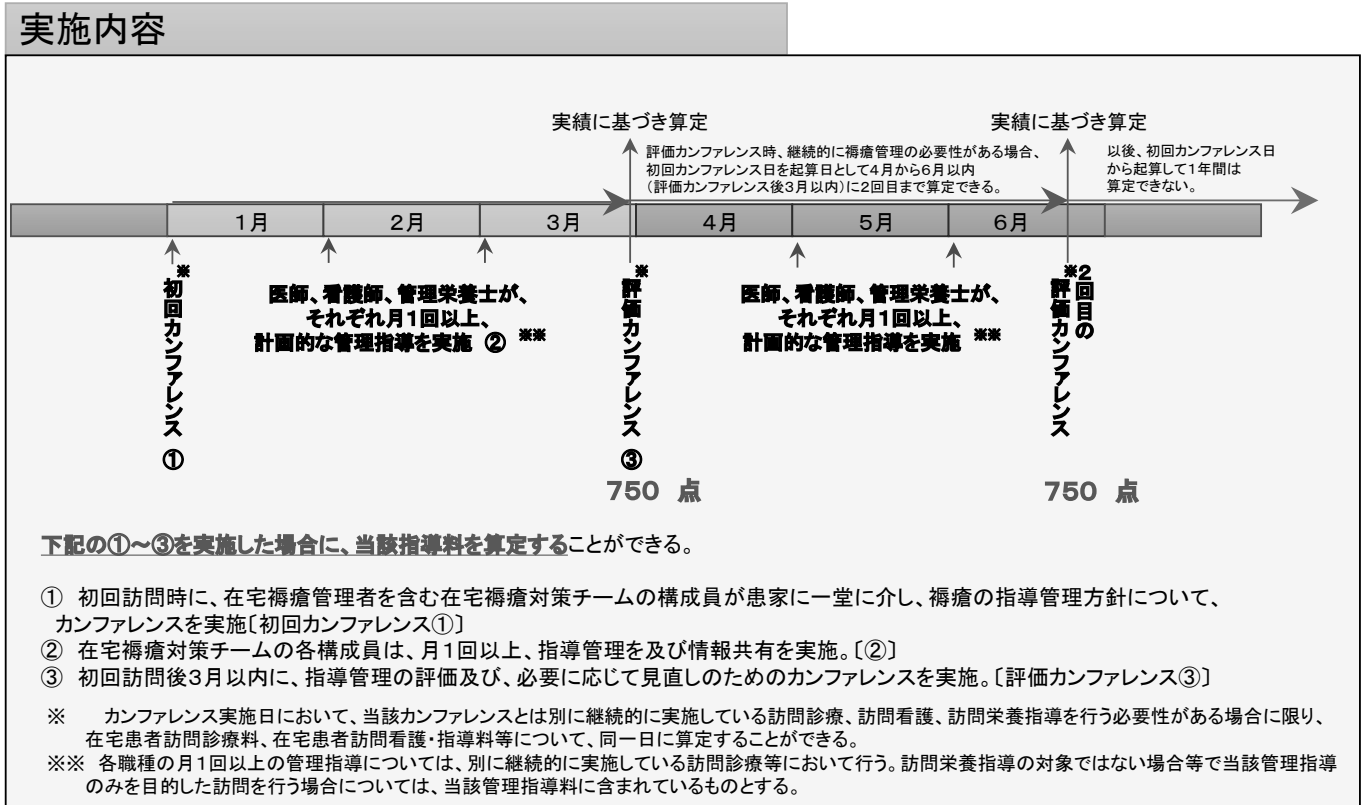
上記のうち、医師又は看護師等(准看護師を除く)のいずれか1名以上は在宅褥瘡管理者であること。

ただし、当該保険医療機関、連携する訪問看護ステーションのいずれにも褥瘡管理者として適切な者がいない場合については、在宅褥瘡対策チームに当該保険医療機関以外の褥瘡ケアに係る専門的な研修を修了した看護師を加えることが可能。

#### <在宅褥瘡管理者>★ ①又は②の者

- ① 5年以上、医師又は看護師等(准看護師を除く)として医療に従事し、褥瘡対策について1年以上の経験を有する者、かつ、在宅褥瘡ケアに係る所定の研修を修了している者
- ② 褥瘡ケアに係る専門的な研修を修了した看護師

## 在宅褥瘡対策チームによる実施内容



## 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑮

### 在宅自己注射指導管理料の見直し

➤ 在宅自己注射指導管理料について、指導内容を明確化し1月の注射回数に応じて点数を設定する。また、導入初期について別に加算を行う。

現行	改定後	
在宅自己注射指導管理料 820点	月3回以下	100点(改)
	月4回以上	190点(改)
	月8回以上	290点(改)
	月28回以上	810点(改)

(新) 導入初期加算 500点

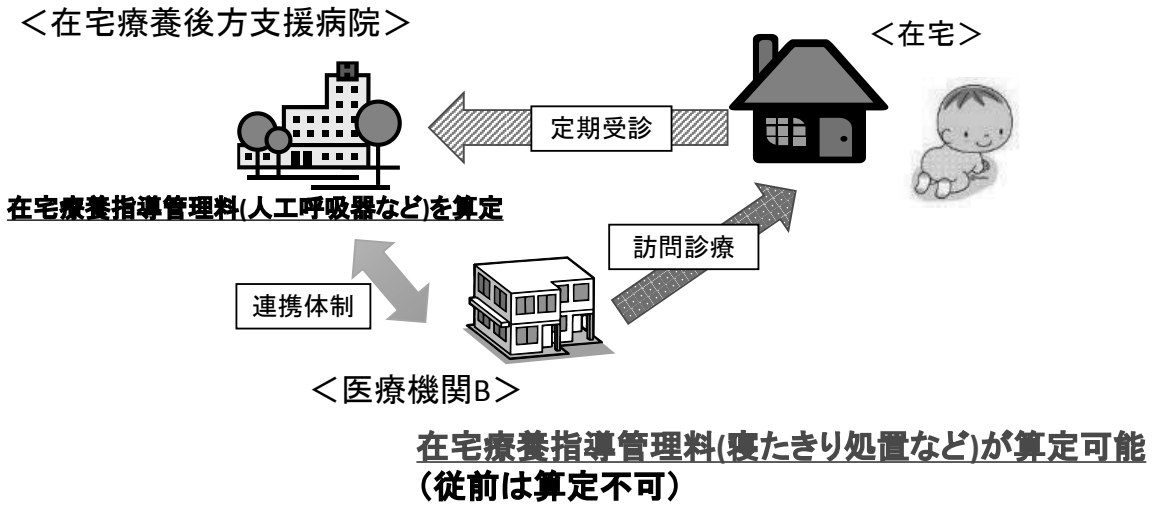
〔算定要件〕

- ① 在宅自己注射の導入前には、入院又は週2回以上の外来、往診若しくは訪問診療により、医師による十分な教育期間をとり、十分な指導を行うこと。また指導内容を詳細に記載した文書を作成し患者に交付すること。
- ② 導入初期加算は 新たに在宅自己注射を導入した患者に対し、3月の間、月1回に限り算定する。ただし、投与薬剤の種類を変更した場合は、当該変更を行った月においても算定することができる。なお、過去1年以内に使用した薬剤に変更した場合は、算定できない。

# 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑬

## 小児在宅医療における在宅療養指導管理料の見直し

- 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。



# 在宅歯科医療の推進等

## 在宅歯科医療の推進等

- 訪問歯科診療のうち、在宅療養を行っている患者に対する訪問を中心に実施している歯科診療所の評価  
**(新) 在宅かかりつけ歯科診療所加算 100点(歯科訪問診療1の加算)**  
[施設基準] 歯科診療所で実施される直近3か月の歯科訪問診療の実績が、月平均5人以上であり、そのうち少なくとも8割以上が歯科訪問診療1を算定していること。
- 在宅歯科医療における医科医療機関と歯科医療機関の連携に係る評価  
**(新) 歯科医療機関連携加算 100点【医科点数表】**  
**(診療情報提供料の加算)**  
・在支診又は在支病の医師が訪問診療を行った栄養障害を有する患者について、歯科訪問診療の必要があり、在宅療養支援歯科診療所に対して情報提供を行った場合の評価
- 歯科訪問診療2の見直し及び歯科訪問診療3の新設等

		(現 行)		(改定後)		
		同一の建物に居住する患者数		同一の建物に居住する患者数		
		1人	2人以上	1人	2人以上9人以下	10人以上
患者1人につき診療に要した時間	20分以上	歯科訪問診療1 【850点】	歯科訪問診療2 【380点】	歯科訪問診療1 【866点】	歯科訪問診療2 【283点】	
	20分未満	歯科初・再診料 【218点、42点】		歯科訪問診療3 【143点】		

※改定後の点数は消費税対応分を含む

## 在宅薬剤管理指導業務の一層の推進

### ＜在宅患者訪問薬剤管理指導料の見直し＞

- ◆ 在宅医療を担う保険薬局を確保し、質の高い在宅医療を提供するため、在宅患者訪問薬剤管理指導の同一建物居住者以外の評価を引き上げ、同一建物居住者の評価を引き下げる。

【現行】

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



【改定後】

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

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

### ＜在宅患者訪問薬剤管理指導の要件統一＞

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

## 重点課題

### 医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等

1 入院医療について

2 外来医療の機能分化・連携の推進について

3 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療の推進について

4 医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について

**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**

**維持期リハビリテーションの評価**

➤ 平成26年3月31日までとされていた、要介護被保険者等に対する維持期の脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーションについて、以下の見直しを行う。

1. 過去1年間に介護保険の通所リハビリテーション等の実績がない医療機関は、100分の90に相当する点数で算定する。
2. 入院患者については、期限を設けずに維持期リハビリテーションの対象患者とし、外来患者については、原則として平成28年3月31日までとする。(2年間の延長)

**介護保険によるリハビリテーションへの移行支援**

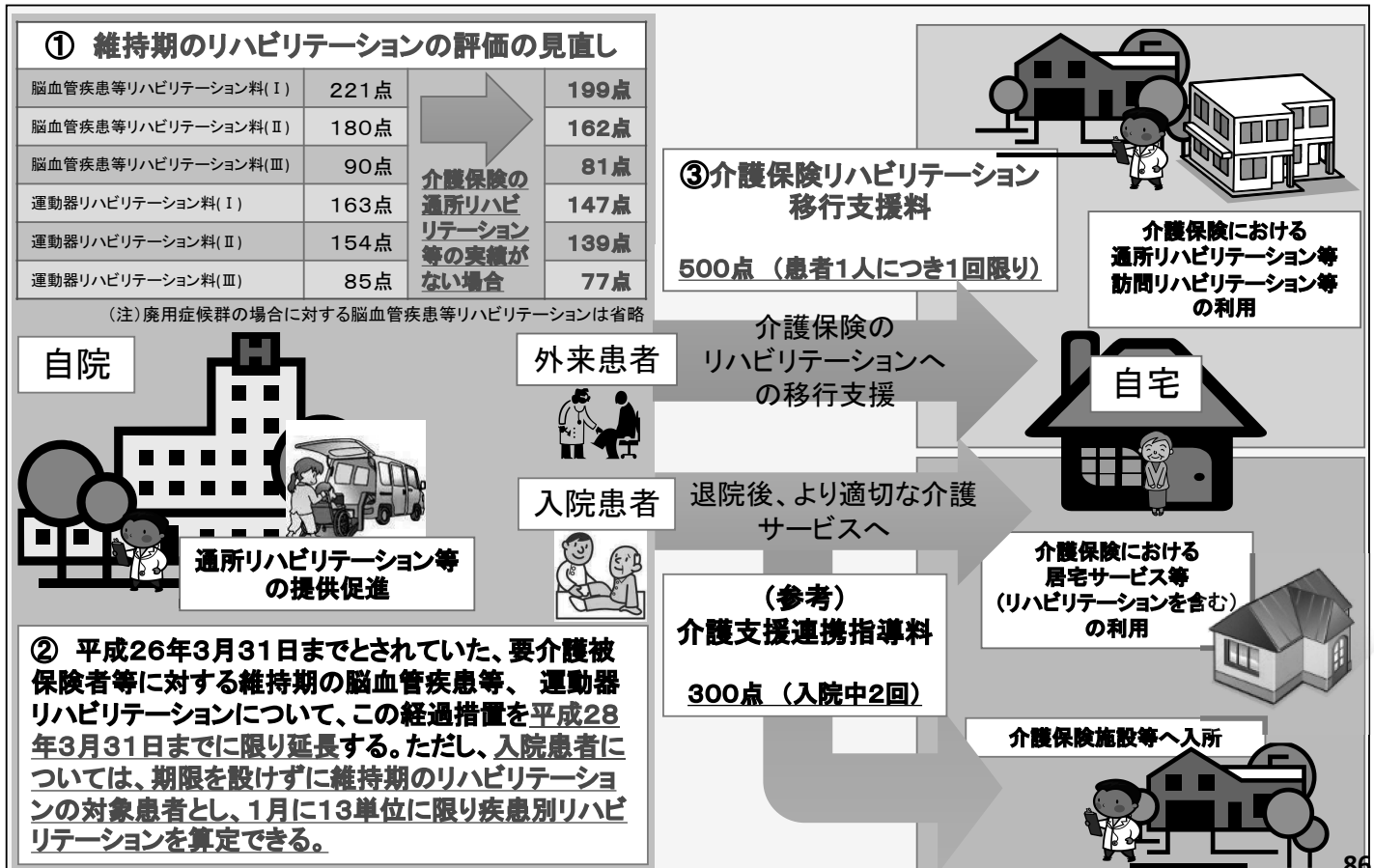
➤ 維持期の脳血管疾患等、運動器リハビリテーションを受けている入院患者以外の要介護被保険者等について、居宅介護支援事業所の介護支援専門員等との連携により、医療保険から介護保険のリハビリテーションに移行した場合の評価を行う。

(新) **介護保険リハビリテーション移行支援料** 500点(患者1人につき1回限り※)  
 ※当該移行支援料を算定後、手術、急性増悪等により医療保険における疾患別リハビリテーション料を算定し、再度介護保険のリハビリテーションへ移行する場合は算定できない。

[算定要件]

入院患者以外の要介護被保険者等について、医療保険における維持期のリハビリテーションから介護保険のリハビリテーションに移行した場合に算定する。

**医療・介護の連携の評価について(維持期のリハビリテーションの移行促進等)**



## 医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について②

### 周術期における口腔管理(医療機関相互の連携の評価)

- 周術期口腔機能管理を実施した患者に対する手術料の加算の新設等、周術期口腔機能管理の充実

#### (新) 周術期口腔機能管理後手術加算 100点【医科、歯科点数表】(手術料の加算)

【医科点数表】歯科医師による周術期口腔機能管理の実施後1月以内に、顔面・口腔・頸部・胸部・腹部の悪性腫瘍手術又は心血管系の手術を全身麻酔下で実施した場合

【歯科点数表】周術期口腔機能管理料(Ⅰ)(手術前)又は(Ⅱ)(手術前)の算定後1月以内に、悪性腫瘍手術を全身麻酔下で実施した場合

※他、有床診療所の機能に応じた評価、機能強化型訪問看護ステーションの評価、主治医機能の評価(再掲) 等

## 医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について③

### その他の連携

#### 介護職員等喀痰吸引等指示の評価の拡大

- 保険医が介護職員等喀痰吸引等指示書を交付できる厚生労働大臣の定める者に特別支援学校等の学校を加える。

介護職員等喀痰吸引等指示料 240点(3月に1回算定 有効期限6か月)



#### 現行

- [対象事業者]  
厚生労働大臣の定める者
- ①介護保険関係  
訪問介護、訪問入浴介護、通所介護、短期入所生活介護、特定施設入居者生活介護を行う者 等
- ②障害者自立支援法関係  
指定居宅介護の事業、重度訪問介護、同行援護又は行動援護に係る指定障害福祉サービスの事業を行う者、指定生活介護事業者 等



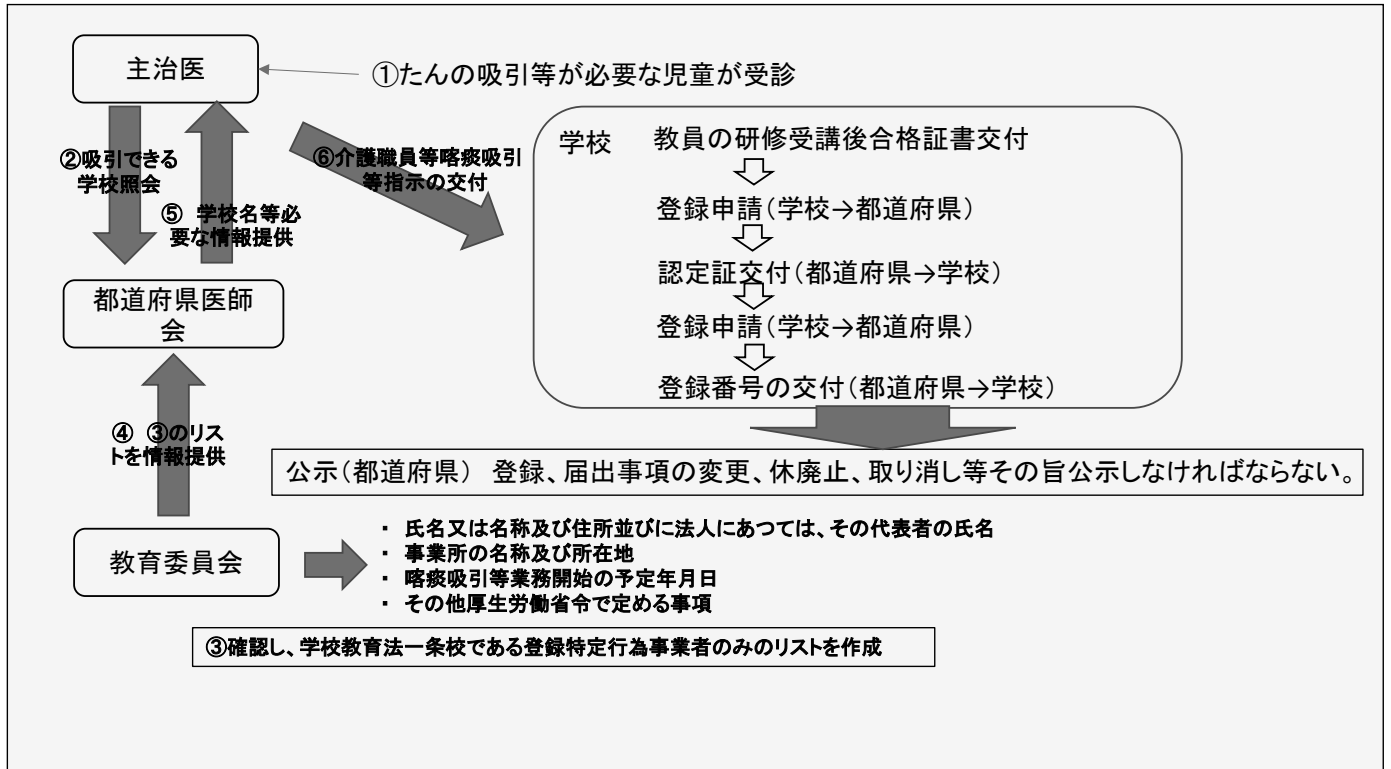
#### 改定後

- [対象事業者]  
厚生労働大臣の定める者
- ①介護保険関係  
訪問介護、訪問入浴介護、通所介護、短期入所生活介護、特定施設入居者生活介護を行う者 等
- ②障害者自立支援法関係  
指定居宅介護の事業、重度訪問介護、同行援護又は行動援護に係る指定障害福祉サービスの事業を行う者、指定生活介護事業者 等
- ③学校教育法関係  
学校教育法一条校(幼稚園、小学校、中学校、高等学校、中等教育学校、特別支援学校、大学、高等専門学校)





## 特殊支援学校等で喀痰吸引等指示を交付する流れ



89

## 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

90

# 緩和ケアを含むがん医療の推進について①

## がん患者指導管理の充実

➤ がん患者の精神的なケア、抗悪性腫瘍剤の副作用等の管理の重要性が増してきていることを踏まえ、医師又は看護師が行う心理的不安を軽減するための介入及び医師又は薬剤師が行う抗悪性腫瘍剤の副作用等の指導管理の評価を新設する。

【現行】

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

【改定後】

がん患者指導管理料	
1 医師が看護師と共同して治療方針等について話し合い、その内容を文書等により提供した場合（1回に限り）	500点
2 医師又は看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合（6回に限り）	200点
3 医師又は薬剤師が抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射の必要性等について文書により説明を行った場合（6回に限り）	200点

**【施設基準】**

1は従来のがん患者カウンセリング料と同様。

2の場合：

① 当該保険医療機関に、緩和ケアの研修を修了した医師及び専任の看護師がそれぞれ1名以上配置されていること。

② ①に掲げる看護師は、5年以上がん患者の看護に従事した経験を有し、がん患者へのカウンセリング等に係る適切な研修（6月以上600時間以上）を修了した者であること。等

3の場合：

① 当該保険医療機関に、化学療法の実験を5年以上有する医師及び専任の薬剤師がそれぞれ1名以上配置されていること。

② ①に掲げる薬剤師は、3年以上化学療法に係る業務に従事した経験を有し、40時間以上のがんに係る適切な研修を修了し、がん患者に対する薬剤管理指導の実績を50症例以上有する者であること。等

**【対象患者】**

1の場合：がんと診断された患者であって継続して治療を行う者。

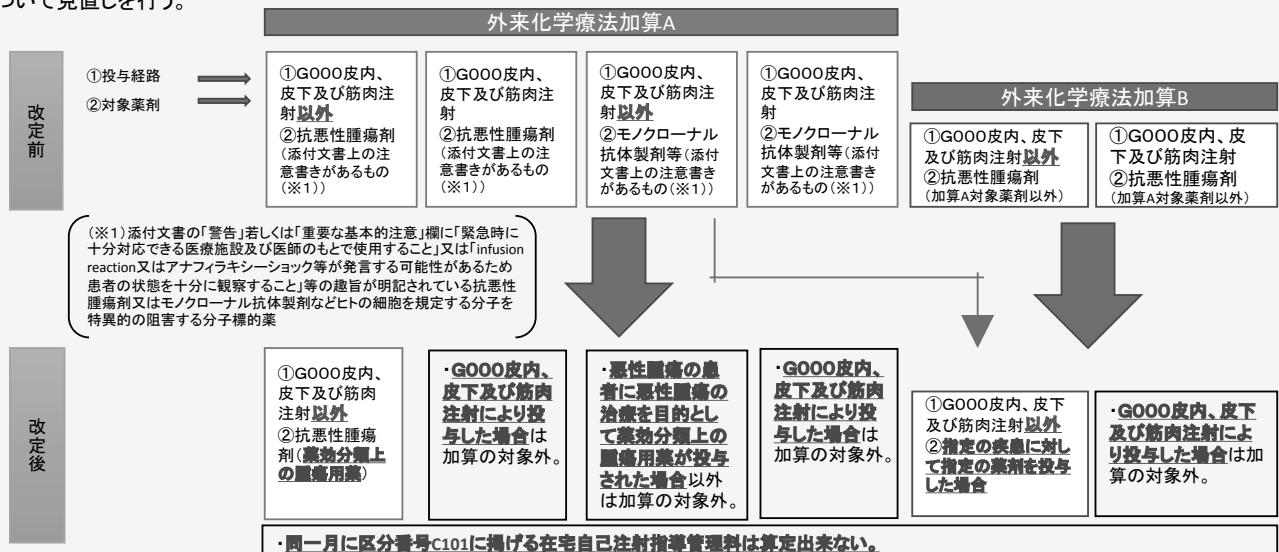
2の場合：がんと診断された患者であって継続して治療を行う者のうち、STAS-J(STAS日本語版)で2以上の項目が2項目以上該当する者、又はDCS(Dicisional Conflict Scale)40点以上のものであること。

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

# 緩和ケアを含むがん医療の推進について②

## 外来化学療法の評価の見直しについて

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



〔外来化学療法管理加算Bの対象疾患と対象薬剤〕

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

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

ウ 関節リウマチの患者に対してアバタセプト製剤を投与した場合

## 精神病床の機能分化①

### 精神科急性期医療の充実

- 精神科急性期治療病棟入院料1について、医師を16:1で配置した場合の評価を新設する。

#### (新) 精神科急性期医師配置加算 500点(1日につき)

[施設基準]

- 新規入院患者のうち6割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、在宅へ移行すること。
- 時間外、休日又は深夜の入院件数が年8件以上であること。
- 時間外、休日又は深夜の外来対応件数が年20件以上であること。

- 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、精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料、精神科急性期治療病棟入院料(精神科急性期医師配置加算を算定するものに限る)において、計画に基づいた医療を提供した場合の評価を新設する。

#### (新) 院内標準診療計画加算 200点(退院時1回)

[対象患者]

- 統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害、
- 気分(感情)障害

[算定要件]

入院した日から起算して7日以内に医師、看護師及び精神保健福祉士等が共同して、院内標準診療計画書を策定し、当該計画書に基づき診療を行い、当該患者が60日以内に退院した場合に退院時1回に限り所定点数に加算する。

93

## 精神病床の機能分化②

### 精神療養病棟の医師配置等の見直し

- 精神療養病棟入院料について、精神保健指定医配置の要件および、医療法に定める医師の員数配置の要件を見直し、退院支援に係る要件を追加する。

#### 精神療養病棟入院料 1,061点(1日につき)

当該病棟に常勤の精神保健指定医が1名以上配置されていること。

医療法に定める医師の員数以上の員数が配置されていること。

#### 精神療養病棟入院料 1,090点(1日につき)

(改) 当該病棟に専任の常勤の精神科医が1名以上配置されていること。

(改) 医療法に定める医師の員数以上の員数が配置されていること(看護職員25対1※以上を満たす場合を除く)。※平成30年3月31日までは30対1

(新) 当該病棟の全入院患者に対して、7日以内に退院支援相談員を指定すること。その上で、退院支援のための委員会を設置・開催しつつ、退院に向けた相談支援、地域援助事業者等の紹介、退院調整等に関する院内における業務を実施すること。

### 精神保健福祉士の配置の評価

- 精神療養病棟入院料及び精神科入院基本料を算定する病棟について、精神保健福祉士を配置した場合の評価を新設する。

#### (新) 精神保健福祉士配置加算 30点(1日につき)

[算定要件]

- 当該病棟に専従の常勤精神保健福祉士を1名以上配置すること。
- ①とは別に、退院支援部署又は地域移行支援室に常勤精神保健福祉士を1名以上配置すること。
- 措置入院、鑑定入院、医療観察法入院で当該保険医療機関に入院となった者を除いた当該病棟の新規入院患者のうち9割以上(精神療養病棟の場合は7割以上)が入院日から起算して1年以内に退院し、在宅へ移行すること。

94

## 精神病床の機能分化③

### 精神科救急医療についての実績要件の見直し

- 精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料の措置入院、緊急措置入院及び応急入院の実績要件を、現状に即した要件に見直すとともに、夜間休日の救急の受入れ実績を要件に加える。

**精神科救急入院料** 2,842点～(1日につき)  
**精神科救急・合併症入院料** 3,042点～(1日につき)

地域における1年間における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者のうち、原則として4分の1以上又は30件以上の患者を当該病棟において受け入れていること。

精神疾患にかかる時間外、休日又は深夜における診療(電話再診を除く。)件数が年間200件以上、又は次の地域における人口万対2.5件以上であること

**精神科救急入院料** 2,920点～(1日につき)  
**精神科救急・合併症入院料** 3,128点～(1日につき)

(改)地域における1年間における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者のうち、原則として4分の1以上又は20件以上の患者を当該病棟において受け入れていること。

(改)精神疾患にかかる時間外、休日又は深夜における診療(電話再診を除く。)件数が年間200件以上、又は次の地域における人口万対2.5件以上であり、かつ、精神疾患にかかる時間外、休日又は深夜における入院件数が年間20件以上であること。

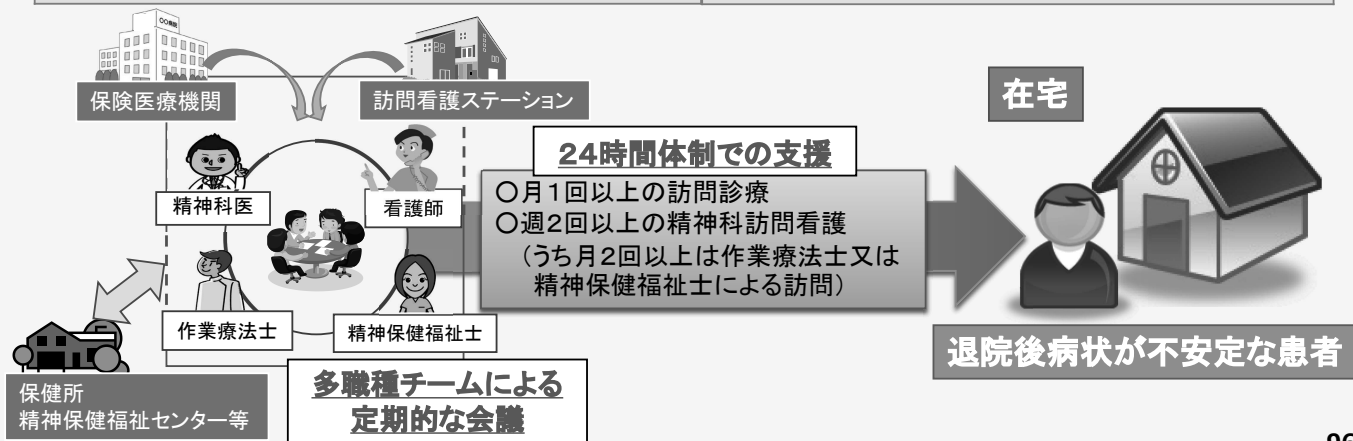
## 精神疾患をもつ患者の地域移行と地域定着の推進①

### 精神科重症患者早期集中支援管理料①

- 長期入院後や入退院を繰り返す病状が不安定な退院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関する評価を新設する。

#### (新) 精神科重症患者早期集中支援管理料(月1回6月以内)

1 保険医療機関が単独で実施する場合	2 訪問看護ステーションと連携する場合
イ 同一建物居住者以外の場合 1800点	イ 同一建物居住者以外の場合 1480点
ロ 同一建物居住者の場合	ロ 同一建物居住者の場合
(1)特定施設等に入院する者の場合 900点	(1)特定施設等に入院する者の場合 740点
(2) (1)以外の場合 450点	(2) (1)以外の場合 370点



## 精神科重症患者早期集中支援管理料②

**[算定要件]**

訪問診療を月1回以上及び精神科訪問看護を週2回以上(うち月1回以上は精神保健福祉士又は作業療法士が訪問)実施している患者に対し、退院した日から起算して6月以内の期間に限り算定する。

**[対象患者]**

以下①～④のすべてを満たす者。

- ① 1年以上精神病床に入院して退院した者又は入退院を繰り返す者。
- ② 統合失調症、気分障害又は重度認知症の患者で、退院時のGAF40以下の者。
- ③ 精神科を標榜する保険医療機関への通院が困難な者。
- ④ 障害福祉サービスを利用していない者。

**[施設基準]**

- ① 常勤精神保健指定医、常勤看護師又は常勤保健師、常勤精神保健福祉士及び常勤作業療法士の4名から構成される専任のチームが設置されていること(いずれか1人は専従)。
- ② 上記4人を含む多職種会議を週1回以上開催(月1回以上は保健所又は精神保健福祉センター等と共同)すること。
- ③ 24時間往診及び看護師又は保健師による精神科訪問看護が可能な体制を確保していること。
- ④ 地域の精神科救急医療体制の確保に協力等を行っていること。

## 精神疾患患者の地域移行と地域定着の推進②

- 長期入院後の退院患者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、保険医療機関と連携して行う訪問看護の評価を新設する。

**(新) 精神科重症患者早期集中支援管理連携加算 6,400円(月1回6月以内)**

**[算定要件]**

- ① 精神科重症患者早期集中支援管理料を算定する患者の主治医が属する保険医療機関と連携し、当該医療機関の職員と共同で会議を行い、支援計画を策定する訪問看護事業所であること。
- ② 精神科訪問看護を週2回以上実施していること。
- ③ 多職種会議を週1回以上開催し、うち、月1回以上は保健所又は精神保健福祉センター等と共同して会議を開催すること。

**[施設基準]**

- ① 精神科訪問看護療養費の届出を行っている訪問看護事業所であること。
- ② 24時間対応体制加算の届出のある訪問看護事業所であること。



- 精神科重症患者に対し、保険医療機関と連携しながら1日複数回の訪問看護を行う場合についての評価を新設する。

(医療機関)

**(新) 精神科複数回訪問加算 450点(1日2回)**  
**(新) 精神科複数回訪問加算 800点(1日3回以上)**

(訪問看護ステーション)

**(新) 精神科複数回訪問加算 4,500円(1日2回)**  
**(新) 精神科複数回訪問加算 8,000円(1日3回以上)**

## 精神科重症者早期集中支援連携加算、精神科複数回訪問加算

### 連携する病院と訪問看護ステーションの算定の仕組み

**【管理料1(院内完結型)】**

精神科訪問看護・指導料  
精神科複数回訪問加算

**【管理料1(連携型 特別の関係のST)】**

精神科訪問看護・指導料  
(OT、PSWの訪問を想定)

連携  
特別の関係

精神科訪問看護基本療養費  
× 精神科重症者早期集中支援管理連携加算

**【管理料2(連携型)】**

精神科訪問看護・指導料  
(OT、PSWの訪問を想定)

連携

精神科訪問看護基本療養費  
○ 精神科重症者早期集中支援管理連携加算

	訪問看護の提供体制	訪問看護の回数要件		同一日における訪問看護の算定		同一時間帯における訪問看護の算定		同一日における精神科複数回訪問加算の算定	
		精神科重症者早期集中支援管理料1,2	精神科重症者早期集中支援管理連携加算	病院 (OT、PSWを想定)	訪問看護ST	病院 (OT、PSWを想定)	訪問看護ST	病院 (OT、PSWを想定)	訪問看護ST
精神科重症者早期集中支援管理料1	院内から訪問看護を実施	2回以上/週	—	○	—	○	—	○	—
	特別の関係の訪問看護STと連携	2回以上/週 (病院も実施している場合は、病院とSTの合計)	×	○	○	○	×	○	×
精神科重症者早期集中支援管理料2	訪問看護STと連携	2回以上/週 (病院も実施している場合は、病院とSTの合計)	○ 2回以上/週 (病院も実施している場合は、OT・PSWの訪問に限って病院とSTの合計)	○	○	×	○	×	○

○連携する病院と訪問看護STが特別の関係である場合、精神科重症者早期集中支援管理連携加算は算定できない。  
 ○精神科重症者早期集中支援管理料の算定に係る同一日の訪問看護については、特別の関係であっても算定可能。(病院からの訪問看護が作業療法士、精神保健福祉士の場合に限る)  
 ○同一時間帯に行われる訪問看護においては、管理料1を算定する場合は病院が、管理料2を算定する場合は訪問看護STが算定する。  
 ○同一日に行われる複数回訪問看護においては、管理料1を算定する場合は病院が、管理料2を算定する場合は訪問看護STが複数回加算を算定する。

## 精神疾患をもつ患者の地域移行と地域定着の推進③

### 在宅時における長時間の精神療法の評価

➤ 通院・在宅精神療法の初診時の評価を見直すとともに、通院・在宅精神療法のうち在宅で行った場合について、長時間の診療の評価を新設する。

1 精神科救急医療体制に協力する精神保健指定医等の初診の場合 700点	➡	1 (改)精神科救急医療体制に協力する精神保健指定医等の初診の場合 600点
2 1以外の場合 イ 30分以上の場合 400点 ロ 30分未満の場合 330点		2 (新)精神科救急医療体制に協力する精神保健指定医等が60分以上行った場合(在宅精神療法のみ) 540点
		3 1及び2以外の場合 イ 30分以上の場合 400点 ロ 30分未満の場合 330点

### 精神科デイ・ケア等の見直し

➤ 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケアを1年以上提供している場合の評価を見直す。

#### 精神科ショート・ケア等 275点～

当該療法を最初に算定した日から起算して3年を超える場合は、週5日を限度として算定。

(改)精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して1年を超える場合は、週5日を限度として算定。

# 身体疾患を合併する精神疾患患者への適切な医療の推進

## 身体合併症管理の充実

- 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算定期間を延長する。

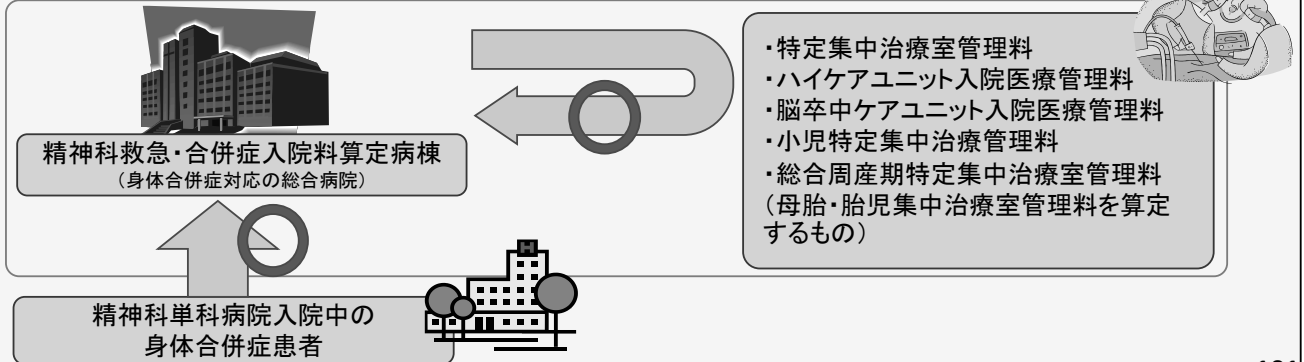
精神科身体合併症管理加算(1日につき)  
450点



精神科身体合併症管理加算(1日につき)  
1 7日以内 450点  
2 8日以上10日以内 225点(新)

## 精神科救急・合併症入院料の算定要件の見直し

- 精神科救急・合併症入院料について、他の精神科単科病院から受け入れた患者についても算定できるように見直しを行う。また、精神科救急・合併症入院料を算定した後に、手術等により一時期ICU等で治療を受け、再入棟した場合についても算定できるように見直しを行う。



101

# 適切な向精神薬の使用の推進①

## 非定型抗精神病薬加算の見直し

- 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟において、種類数制限のない非定型抗精神病薬加算2を削除する。

イ 非定型抗精神病薬加算1(2種類以下の場合) 15点  
ロ 非定型抗精神病薬加算2(イ以外の場合) 10点



非定型抗精神病薬加算(2種類以下の場合) 15点

## 抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の処方の適正化①

- 1回の処方において、3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬を投与した場合(以下、「向精神薬多剤投与」という。)、①精神科継続外来支援・指導料は算定できないこととし、②処方せん料、処方料、薬剤料については減算する。

精神科継続外来支援・指導料	
1回の処方において、3剤以上の抗不安薬又は3剤以上の睡眠薬を投与した場合は、100分の80の点数で算定する。	
処方せん料	68点
処方料	42点
薬剤料	



精神科継続外来支援・指導料	
1回の処方において、3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬を投与した場合は、算定しない。	
処方せん料(多剤投与の場合)	30点
処方料(多剤投与の場合)	20点
薬剤料(多剤投与の場合)	100分の80

※ただし、以下の場合は向精神薬多剤投与として扱わない。  
 (イ) 他の保険医療機関ですでに、向精神薬多剤投与されている場合の連続した6ヶ月間。  
 (ロ) 薬剤の切り替えが必要であり、既に投与されている薬剤と新しく導入する薬剤を一時的に併用する場合の連続した3ヶ月間。  
 (ハ) 臨時に投与した場合。  
 (ニ) 抗うつ薬又は抗精神病薬に限り、精神科の診療に係る経験を十分に有する医師(※)が処方した場合。※臨床経験を5年以上有する、適切な保険医療機関において3年以上の診療経験を有する、相当数の主治医として治療した経験を有する、精神科薬物療法に関する研修を修了していること等の要件を満たす医師をいう。  
 ※向精神薬多剤投与を行った保険医療機関は、年に1回、向精神薬多剤投与の状況を地方厚生(支)局長に報告する。  
 ※精神科継続外来支援・指導料、処方せん料、処方料、薬剤料の見直しは平成26年10月1日より適用。

102

## 適切な向精神薬の使用の推進②

### 抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の処方の適正化②

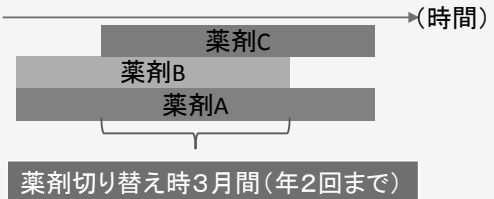
[抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の適正化についての除外規定]

①初めて受診した日において、すでに他の保険医療機関で多剤投与されている場合



②薬剤の切り替え時

新しく導入する薬剤を一時的に併用する場合



③臨時に投与した場合

連続する投与期間が2週間以内又は14回以内の投与

※投与中止期間が1週間以内の場合は連続する投与とみなす。

※抗不安薬及び睡眠薬については臨時に投与した場合も種類数に含める。



④精神科の診療に係る経験を十分に有する医師が、やむを得ず投与を行う必要があると認めた場合(抗うつ薬と抗精神病薬に限る)

※精神科の診療に係る経験を十分に有する医師

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



## 児童・思春期の精神科医療の推進

### 通院・在宅精神療法 20歳未満加算の起算日の見直し

- 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、同一の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。

#### 通院・在宅精神療法 20歳未満加算

初診の日から起算して1年以内の期間に行った場合に限る

#### 通院・在宅精神療法 20歳未満加算

当該保険医療機関の精神科を初めて受診した日から起算して1年以内の期間に行った場合に限る

### 通院・在宅精神療法、心身医学療法の20歳未満加算の見直し

- 必要に応じて児童相談所等との連携や保護者等に対する指導を行うことを要件として明示した上で、通院・在宅精神療法の20歳未満加算、心身医学療法の20歳未満加算の評価を充実させる。

#### 通院・在宅精神療法 200点

20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合に算定する。

#### 通院・在宅精神療法 350点(改)

20歳未満の患者に対して、必要に応じて児童相談所等との連携や保護者等への指導を行った上で、通院・在宅精神療法を行った場合に算定する

#### 心身医学療法 100分の100に相当する点数

20歳未満の患者に対して心身医学療法を行ったに算定する。

#### 心身医学療法 100分の200に相当する点数(改)

20歳未満の患者に対して、必要に応じて児童相談所等との連携や保護者等への指導を行った上で、心身医学療法を行った場合に、算定する。