

平成24年度診療報酬改定関係資料 (歯科・調剤)

この資料は、関係者の準備に資することを目的として、現段階の案を掲載したものです。今後、変更があり得るので、官報及び通知の内容を改めてご確認ください。

平成 24 年 3 月

厚生労働省保険局医療課

目 次

第1部 平成24年度診療報酬改定における主要改定項目について

第2部 中央社会保険医療協議会答申（平成24年2月10日）

診療報酬の算定方法

歯科診療報酬点数表

〈参考〉医科診療報酬点数表

調剤報酬点数表

訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法

第3部 関係省令・告示（案）

保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則

高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準

特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）

基本診療料の施設基準等

特掲診療料の施設基準等

訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等

療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等

複数手術に係る費用の特例

第1部

平成24年度診療報酬改定における 主要改定項目について

個別改定項目について

重点課題 1 急性期医療の適切な提供に向けた病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減

重点課題 1-1 救急・周産期医療の推進について

質の高い救命救急入院に係る医療の推進	1
精神疾患を合併する救急患者の受入のさらなる推進	5
救急搬送患者地域連携受入のさらなる推進	6
急性期後の患者や在宅患者の受入に対する評価	8
NICU入院患者等の後方病床の充実	10

重点課題 1-2 病院医療従事者の勤務体制の改善等の取組について

病院勤務医の負担を軽減する体制の評価	18
病院勤務医の事務作業を補助する職員の配置に対する評価	21
看護職員の看護業務を補助する職員の配置に対する評価	24

重点課題 1-3 救急外来や外来診療の機能分化の推進について

救命救急センターに患者が集中しない仕組みの推進	27
初・再診料及び関連する加算の評価	29
特定機能病院等における初・再診料等の評価の見直し	34

重点課題 1-4 病棟薬剤師や歯科等を含むチーム医療の促進について

多職種が連携した、より質の高い医療（チーム医療）の推進	36
周術期における口腔機能の管理等、チーム医療の推進	41

重点課題 2 医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実

重点課題 2-1 在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携の促進について

在宅医療の促進について	47
在宅緩和ケア等の促進について	51
在宅の療養に係る技術・機器等の評価	55
在宅医療に用いる機器の評価体系の見直しについて	58

重点課題 2-2 看取りに至るまでの医療の充実について

看取りに至るまでの医療の充実について	60
重点課題2-3 早期の在宅療養への円滑な移行や地域生活への復帰に向けた取組の促進について	
効果的な入院診療計画の策定	64
効果的な退院調整の評価	65
医療機関と訪問看護ステーションの連携について	68
重点課題2-4 在宅歯科、在宅薬剤管理の充実について	
在宅歯科医療の推進	73
在宅薬剤管理指導業務の一層の推進	77
重点課題2-5 訪問看護の充実について	
医療ニーズの高い患者への対応について	80
介護保険の訪問看護との整合	84
効率的かつ質の高い訪問看護の推進	88
重点課題2-6 医療・介護の円滑な連携について	
維持期リハビリテーションの評価	97
リハビリテーションの医療から介護への円滑な移行	100
医療と介護の円滑な連携について	102

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 がん医療の推進について

緩和ケア病棟の評価の見直し	105
緩和ケアを行う医療機関の評価	106
外来緩和ケアの更なる評価	109
在宅における緩和ケアの評価	111
医療用麻薬処方日数（14日）制限の緩和	112
がん診療連携の充実	113
外来放射線照射診療料の新設	117
小児入院医療管理料における放射線治療の評価	119

I-2 生活習慣病対策の推進について

糖尿病透析予防指導の評価	121
たばこ対策への評価	122

I-3 精神疾患に対する医療の充実について

精神科急性期入院医療の評価	124
精神科慢性期入院医療の評価	127
地域における精神医療の評価	129
<u>I-4 認知症対策の推進について</u>	
認知症入院医療の評価	137
認知症患者の外来診療の評価	140
重度認知症デイ・ケア料の評価	142
長期療養中の認知症患者の急性増悪に対する医療連携の評価	143
<u>I-5 感染症対策の推進について</u>	
結核病棟入院基本料における退院基準の評価	144
結核病棟入院基本料における服薬管理等の評価	146
陰圧室、無菌治療室の適正な評価	147
感染防止対策への評価	149
<u>I-6 リハビリテーションの充実について</u>	
回復期リハビリテーション病棟入院料の新たな評価	151
早期リハビリテーションの評価	154
外来リハビリテーションの評価	156
訪問リハビリテーション中の急性増悪への対応	158
リハビリテーションの充実について	159
<u>I-7 生活の質に配慮した歯科医療の推進について</u>	
生活の質に配慮した歯科医療の充実	160
歯科矯正の適応症の拡大	168
歯科固有の技術の評価の見直し	169
新規医療技術の保険導入等(歯科)	174
先進医療の保険導入(歯科)	177
画像診断に係る評価の新設	179
<u>I-8 医療技術の適切な評価について</u>	
医療技術の適切な評価	181
先進医療の保険導入	184
医療技術の評価及び再評価	185
<u>I-9 イノベーションの適切な評価について</u>	
新規特定保険医療材料等に係る技術料等の新設	190
外来化学療法の評価の充実	194

II 患者からみて分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点

II-1 医療安全対策等の推進について

医療安全対策等に関する評価 197

歯科医療の総合的な環境整備の評価 198

II-2 患者に対する相談支援対策の充実等について

患者サポート体制の充実した医療機関への評価 199

患者に対する相談支援体制の充実等について 200

明細書の無料発行の促進 201

II-3 診療報酬点数表における用語・技術の平易化、簡素化について

入院基本料等加算の簡素化 203

患者の視点に立った歯科医療の充実 208

III 医療機能の分化と連携等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点

III-1 病院機能にあわせた効率的な入院医療等について

病院機能にあわせた効率的な入院医療等について 209

効率化の余地のある入院についての適正な評価 213

亜急性期入院医療管理料の見直し 215

DPC/PDPS（急性期入院医療の診断群分類に基づく定額報酬算定制度）

の見直し 218

DPCフォーマットデータ提出の評価 228

III-2 慢性期入院医療の適切な評価について

慢性期入院医療の適切な評価 230

III-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

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
. 233

III-4 診療所の機能に着目した評価について

診療所の機能に着目した評価 237

III-5 医療機関の連携に着目した評価について

医療機関間の連携に着目した評価 239

Ⅲ－６ 調剤報酬について

薬学的管理及び指導の充実について	245
調剤報酬における適正化・合理化	249

IV 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

IV－１ 後発医薬品の使用促進について

後発医薬品の使用促進について	253
----------------	-----

IV－２ 平均在院日数の減少や長期入院の是正に向けた取組について

平均在院日数の減少や長期入院の是正に向けた取組について	261
-----------------------------	-----

IV－３ 市場実勢価格等を踏まえた医薬品・医療材料・検査の適正評価について

検体検査実施料の適正化について	262
-----------------	-----

IV－４ 相対的に治療効果が低くなった技術等の適正な評価について

医療機器の価格等に基づく検査及び処置の適正化	263
コンピューター断層撮影診断料の見直し	264
ビタミン剤の取扱い	266
人工腎臓等の適正な評価	267
コンタクトレンズに係る診療の適正評価	270

質の高い救命救急入院に係る医療の推進

骨子【重点課題 1 - 1 - (1)】

第 1 基本的な考え方

救急出動件数及び搬送人員数は、ともに増加傾向にあり、近年は高止まりしている。医療機関における救急患者受入に係る体制整備も一定程度進んではいるものの、ベッド満床を理由に救急医療機関の受け入れに至らなかった事案が、重症以上傷病者搬送事案、小児傷病者搬送事案、救命救急センター搬送事案で増加する等の状況も存在する。以上を踏まえ、救命救急センターの機能強化を図る。

第 2 具体的な内容

1. 救命救急入院に対する看護配置基準の明確化

救命救急入院料 1 及び 3 における看護配置については、必要な看護師を常時配置とし、明確な基準を設けていないため、多くの医療機関では手厚い看護配置を行っているものの、一部の医療機関では他の救急医療に係る特定入院料と比較しても薄い配置となっている。

重篤な救急患者に対する救命救急医療を必要な設備だけでなく、適切な看護配置のもとで提供している医療機関が当該特定入院料を算定できるよう、看護配置基準の要件の明確化を行う。

現 行	改定案
【救命救急入院料】	【救命救急入院料】
1 救命救急入院料 1	1 救命救急入院料 1
3 救命救急入院料 3	3 救命救急入院料 3
[施設基準]	[施設基準]
1 救命救急入院料 1	1 救命救急入院料 1
① 救命救急センターを有している 病院の一般病棟の治療室を単位とし	① 救命救急センターを有している 病院の一般病棟の治療室を単位と

<p>て行うこと。</p> <p>② 重篤な救急患者に対する医療を行うにつき必要な医師及び看護師が常時配置されていること。</p> <p>③ 重篤な救急患者に対する医療を行うにつき十分な専用施設を有していること。</p> <p>3 救命救急入院料 3</p> <p>① 救命救急入院料 1 の施設基準を満たすものであること。</p> <p>② 広範囲熱傷特定集中治療を行うにつき十分な体制が整備されていること。</p>	<p>して行うこと。</p> <p>② 重篤な救急患者に対する医療を行うにつき必要な医師が常時配置されていること。</p> <p>③ <u>看護師配置が、常時 4 対 1 以上であること。</u></p> <p>④ 重篤な救急患者に対する医療を行うにつき十分な専用施設を有していること。</p> <p>3 救命救急入院料 3</p> <p>① 救命救急入院料 1 の施設基準を満たすものであること。</p> <p>② 広範囲熱傷特定集中治療を行うにつき十分な体制が整備されていること。</p>
---	--

[経過措置]

看護師配置が常時 4 対 1 の基準を満たさない場合、平成 25 年 3 月 31 日までの間、従前の特定入院料を算定できる。

2. 一定時間以上の救急搬送診療に対する適切な評価

ドクターカー等による救急搬送診療の適正な評価のため、救急搬送診療料に長時間（30 分以上）診療を行っている場合の評価を新設する。

(新) 救急搬送診療料 長時間加算 500 点

[算定要件]

救急搬送診療料を算定する際に診療に要した時間が 30 分を超えた場合に算定する。

3. 小児特定集中治療室管理料の新設等小児救急医療に対する評価

(1) 小児特定集中治療室管理料の新設

小児に特化した特定集中治療室に対する特定入院料を新設する。

(新) 小児特定集中治療室管理料（1日につき）

15,500点（7日以内の期間）

13,500点（8日以上14日以内の期間）

（入院基本料等加算の整理による引上げ分を

含む）

[算定要件]

15歳未満であって、特定集中治療室管理が必要な患者について算定する。

[施設基準]

- ① 小児特定集中治療室として8床以上の病室を有していること。
- ② 小児集中治療を行う医師が常時配置されていること。
- ③ 常時2対1以上の看護配置であること。
- ④ 体外補助循環を行うために必要な装置など、小児集中治療を行うための十分な設備を有していること。
- ⑤ 重症者等を概ね9割以上入院させる治療室であること。
- ⑥ 同病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一定程度受け入れていること。

（参考）特定集中治療室管理料の施設基準

- ① 病院の一般病棟の治療室を単位として行うものであること。
- ② 当該治療室内に集中治療を行うにつき必要な医師等が常時配置されていること。
- ③ 当該治療室における看護師の数は、常時、当該治療室の入院患者の数が二又はその端数を増すごとに一以上であること。
- ④ 集中治療を行うにつき十分な専用施設を有していること。
- ⑤ 重症者等を概ね九割以上入院させる治療室であること。

(2) 特定集中治療室管理料小児加算の引き上げ

特定集中治療室管理料算定病床において、15歳未満の重篤な患者に

対して特定集中治療室管理が行われた場合の小児加算を引き上げる。

現 行	改定案
【特定集中治療室管理料】注2（1日につき） 小児加算	【特定集中治療室管理料】注2（1日につき） 小児加算
イ 7日以内の期間 1,500点	イ 7日以内の期間 <u>2,000点</u> (改)
ロ 8日以上14日以内の期間 1,000点	ロ 8日以上14日以内の期間 <u>1,500点</u> (改)

(3) 救急医療管理加算における小児加算の創設及び乳幼児救急医療管理加算の引き上げ

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

現 行	改定案
【救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算】	【 <u>救急医療管理加算</u> 】
2 乳幼児救急医療管理加算 200点	2 乳幼児加算 400点(改)
[算定要件]	3 小児加算 200点(新)
救急医療管理加算を算定する患者が6歳未満である場合に、救急医療管理加算に更に加算する。	[算定要件]
	2 乳幼児加算
	救急医療管理加算を算定する患者が6歳未満である場合に、救急医療管理加算に更に加算する。
	3 小児加算
	<u>救急医療管理加算を算定する患者が6歳以上15歳未満である場合に救急医療管理加算に更に加算する。</u>

精神疾患を合併する救急患者の受入のさらなる推進

骨子【重点課題 1 - 1 - (1)】

第 1 基本的な考え方

身体疾患を有する精神疾患患者の多くは一般救急医療機関を受診しており、救命救急センターでの精神疾患患者の受入についてさらなる評価を行う。

第 2 具体的な内容

救命救急入院料算定病床において自殺企図等による重篤な患者であって精神疾患を有する者に対し、精神保健指定医以外の精神科医師や都道府県等が実施する精神科救急医療体制の確保の取り組みに協力している精神保健指定医等、当該保険医療機関に所属しない精神保健指定医が診断治療を行った場合にも、当該保険医療機関の精神保健指定医が診断治療を行った場合と同様に、評価を行う。

現 行	改定案
<p>【救命救急入院料】注 2 3,000点 [算定要件]</p> <p>自殺企図等による重篤な患者であって、精神疾患を有するもの又はその家族等からの情報等に基づいて、当該保険医療機関の精神保健指定医が、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合、最初の診療時に算定する。</p>	<p>【救命救急入院料】注 2 3,000点 [算定要件]</p> <p>自殺企図等による重篤な患者であって、精神疾患を有するもの又はその家族等からの情報等に基づいて、<u>精神保健指定医（当該保険医療機関の医師でなくてもよい）又は当該保険医療機関の精神科を標榜する医師が</u>、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合、最初の診療時に算定する。</p>

救急搬送患者地域連携受入のさらなる推進

骨子【重点課題 1 - 1 - (1)】

第 1 基本的な考え方

地域における救急搬送受入の中核を担う救急医療機関が、地域の連携によってその機能を十分に発揮できるように、救急医療機関に緊急入院した後に、状態が一定程度落ち着いた患者について、早期の転院支援を一層強化する。

第 2 具体的な内容

1. 救急搬送患者地域連携紹介加算及び受入加算の引き上げを行うとともに対象とする患者を入院 5 日以内から 7 日以内に拡大する。

現 行	改定案
<p>【救急搬送患者地域連携紹介加算】 (退院時1回) 500点 [算定要件] 急性期医療を担う保険医療機関において緊急に入院した患者について、入院した日から 5 日以内に他の保険医療機関に転院させた場合に算定する。</p>	<p>【救急搬送患者地域連携紹介加算】 (退院時1回) <u>1,000点</u>(改) [算定要件] 急性期医療を担う保険医療機関において緊急に入院した患者について、入院した日から <u>7 日以内</u>に他の保険医療機関に転院させた場合に算定する。</p>
<p>【救急搬送患者地域連携受入加算】 (入院初日) 1,000点</p>	<p>【救急搬送患者地域連携受入加算】 (入院初日) <u>2,000点</u>(改)</p>

2. 同一医療機関が紹介加算、受入加算のいずれも届出を可能とする。

現 行	改定案
<p>【救急搬送患者地域連携紹介加算】 [施設基準]</p> <p>① 救急患者の転院体制について、救急搬送患者地域連携受入加算に係る届出を行っている保険医療機関との間であらかじめ協議を行っていること。</p> <p>② 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算、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又は脳卒中ケアユニット入院医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。</p> <p>③ 救急搬送患者地域連携受入加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。</p>	<p>【救急搬送患者地域連携紹介加算】 [施設基準]</p> <p>① 救急患者の転院体制について、救急搬送患者地域連携受入加算に係る届出を行っている保険医療機関との間であらかじめ協議を行っていること。</p> <p>② 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算、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又は脳卒中ケアユニット入院医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。</p> <p><u>(削除)</u></p>
<p>【救急搬送患者地域連携受入加算】 [施設基準]</p> <p>① 救急患者の転院体制について、救急搬送患者地域連携紹介加算に係る届出を行っている保険医療機関との間であらかじめ協議を行っていること。</p> <p>② 救急搬送患者地域連携紹介加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。</p>	<p>【救急搬送患者地域連携受入加算】 [施設基準]</p> <p>救急患者の転院体制について、救急搬送患者地域連携紹介加算に係る届出を行っている保険医療機関との間であらかじめ協議を行っていること。</p> <p><u>(削除)</u></p>

3. 受入加算について、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料算定病床で算定可能とする。

急性期後の患者や在宅患者の受入に対する評価

骨子【重点課題 1 - 1 - (1)】

第 1 基本的な考え方

救急医療機関に緊急入院した後、状態の落ち着いた患者についての早期の転院支援や在宅療養中の患者が急変時必要な医療を受けられる体制を推進するため、一般病棟入院基本料（13 対 1、15 対 1 に限る。）において、急性期後の患者や状態が軽度悪化した在宅療養中の患者や介護施設の入所者を受け入れた場合についての評価を新設するとともに、療養病棟において、受け入れを行った場合についてもさらなる評価を行う。

第 2 具体的な内容

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

(新) 救急・在宅等支援病床初期加算 150 点（1 日につき）

[算定要件]

急性期医療を担う救急医療機関入院中や在宅療養中の患者等を一般病棟（13 対 1、15 対 1 に限る）で受け入れた場合に 14 日以内に限り算定する。

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

現 行	改定案
【救急・在宅等支援療養病床初期加算】（1 日につき） 150 点	【救急・在宅等支援療養病床初期加算】
	1 救急・在宅等支援療養病床初期加算 1 300 点(新)
	2 救急・在宅等支援療養病床初期加算 2

<p>[算定要件]</p> <p>療養病棟入院基本料を算定する病棟において、14日に限り算定する。</p>	<p>150 点</p> <p>[算定要件]</p> <p>1 救急・在宅等支援療養病床初期加算 1 <u>療養病棟入院基本料 1</u> を算定する病棟において、14 日に限り算定する。</p> <p>2 救急・在宅等支援療養病床初期加算 2 <u>療養病棟入院基本料 2</u> を算定する病棟において、14 日に限り算定する。</p>
---	--

N I C U入院患者等の後方病床の充実

骨子【重点課題 1 - 1 - (2)】

第 1 基本的な考え方

ベッド満床を理由に受入に至らなかった産科・周産期傷病者搬送事案は減少しているものの、総搬送事案数は増加しており、引き続き、N I C Uと後方病院との医療連携を推進する。また、小児患者については特に在宅と入院の連携が重要であることから、これらの円滑な連携を推進する。

第 2 具体的な内容

1. 新生児特定集中治療室における退院調整の充実

新生児特定集中治療室退院調整加算について、新生児特定集中治療室の勤務経験のある看護師が退院調整に参画することを要件としたうえで評価を引き上げる。また、超低出生体重児(出生時体重 1,000g 未満の児)、極低出生体重児(出生時体重 1,500g 未満の児)等、長期入院が見込まれる者については退院支援計画策定時と退院時の 2 回算定可能とする。

現 行	改定案
【新生児特定集中治療室退院調整加算】(退院時1回) 300点	<p>【新生児特定集中治療室退院調整加算】</p> <p>1 新生児特定集中治療室退院調整加算 1 (退院時 1 回) 600点(改)</p> <p>2 新生児特定集中治療室退院調整加算 2</p> <p>イ 退院支援計画作成加算(入院中 1 回) 600点(新)</p> <p>ロ 退院加算(退院時 1 回) 600点</p>

<p>[算定要件]</p> <p>新生児特定集中治療室管理料を算定したことがある患者に対して、退院調整を行った場合に、退院時に1回に限り算定する。</p> <p>[施設要件]</p> <p>① 当該医療機関内に、退院調整に関する部門が設置されていること。</p> <p>② 当該部門に退院調整に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が一名以上配置されていること。</p>	<p>(新)</p> <p>[算定要件]</p> <p>1 新生児特定集中治療室退院調整加算 1</p> <p>新生児特定集中治療室管理料を算定したことがある患者に対して、退院調整を行った場合に、退院時に1回に限り算定する。</p> <p>2 新生児特定集中治療室退院調整加算 2</p> <p>イ 退院支援計画作成加算</p> <p>新生児特定集中治療室管理料算定したことがある超低出生体重児（出生時体重1,000g未満の児）、極低出生体重児（出生時体重1,500g未満の児）等、長期入院が見込まれる患者に対して、退院調整を行った場合に<u>入院中に1回に限り算定する。</u></p> <p>ロ 退院加算</p> <p><u>退院支援計画作成加算を算定した患者が当該退院支援計画に基づく退院調整により退院した場合に、退院時に1回に限り算定する。</u></p> <p>[施設要件]</p> <p>① 当該医療機関内に、退院調整に関する部門が設置されていること。</p> <p>② 当該部門に<u>新生児の集中治療及び退院調整に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師が一名以上、又は新生児の集中治療及び退院調整に係る業務に関する十分な経験を有する専任の看護師及び専従の社会福祉士がそれぞれ一名以上配置</u></p>
---	---

	されていること。
--	----------

2. ハイリスク妊産婦に対する医療の充実

- (1) リスクの高い妊産婦に対し、必要な医療がより円滑に提供されるよう、ハイリスク妊産婦共同管理料の対象患者について、その評価を引き上げるとともに他のリスクの高い妊産婦に係る加算との整理を行う。

現 行	改定案
<p>【ハイリスク妊産婦共同管理料 1】 500点</p> <p>【ハイリスク妊産婦共同管理料 2】 350点</p> <p>[対象者]</p> <p>① 妊婦であって次に掲げる状態にあるもの 妊娠22週から32週未満の早産、妊娠高血圧症候群重症、前置胎盤、妊娠30週未満の切迫早産、心疾患、糖尿病、甲状腺疾患、腎疾患、膠原病、特発性血小板減少性紫斑病、白血病、血友病、出血傾向、H I V陽性、R h不適合</p> <p>② 妊産婦であって次に掲げる状態にあるもの 妊娠22週から32週未満の早産、40歳以上の初産婦、分娩前のB M Iが35以上の初産婦、妊娠高血圧症候群重症、常位胎盤早期剥離、前置胎盤、双胎間輸血症候群、心疾患、糖尿病、特発性血小板減少性紫斑病、白血病、血友病、出血傾</p>	<p>【ハイリスク妊産婦共同管理料 1】 800点(改)</p> <p>【ハイリスク妊産婦共同管理料 2】 500点(改)</p> <p>[対象者]</p> <p>① 妊婦であって次に掲げる状態にあるもの 妊娠22週から32週未満の早産、妊娠高血圧症候群重症、前置胎盤、妊娠30週未満の切迫早産、<u>多胎妊娠、子宮内胎児発育遅延</u>、心疾患、糖尿病、甲状腺疾患、腎疾患、膠原病、特発性血小板減少性紫斑病、白血病、血友病、出血傾向、H I V陽性、R h不適合</p> <p>② 妊産婦であって次に掲げる状態にあるもの 妊娠22週から32週未満の早産、40歳以上の初産婦、分娩前のB M Iが35以上の初産婦、妊娠高血圧症候群重症、常位胎盤早期剥離、前置胎盤、双胎間輸血症候群、<u>多胎妊娠、子宮内胎児発育遅延</u>、心疾患、糖尿病、特発性血小板減少性紫斑病、白血病、</p>

向、H I V陽性	血友病、出血傾向、H I V陽性
-----------	------------------

(2) リスクの高い妊産婦に対し、必要な医療がより円滑に提供されるよう、ハイリスク妊娠管理加算、ハイリスク分娩管理加算の評価を引き上げる。

現 行	改定案
【ハイリスク妊娠管理加算】(1日につき) 1,000点	【ハイリスク妊娠管理加算】(1日につき) <u>1,200点</u>
【ハイリスク分娩管理加算】(1日につき) 3,000点	(改) 【ハイリスク分娩管理加算】(1日につき) <u>3,200点</u> (改)

3. 障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料については、NICU設置医療機関とあらかじめ連携しNICUに入院していた患者を受け入れた場合の加算が設けられているが、同加算の引き上げを行うとともに、これを一般病棟入院基本料（13対1、15対1に限る。）、療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料にも拡大する。

現 行	改定案
【障害者施設等入院基本料】【特殊疾患入院医療管理料】【特殊疾患病棟入院料】（入院初日）	【障害者施設等入院基本料】【特殊疾患入院医療管理料】【特殊疾患病棟入院料】 <u>【一般病棟入院基本料（13対1、15対1に限る。）】</u> 、 <u>【療養病棟入院基本料】</u> 、 <u>【有床診療所入院基本料】</u> 、 <u>【有床診療所療養病床入院基本料】</u>
重症児（者）受入連携加算 1,300点	重症児（者）受入連携加算 <u>2,000点</u> (改)
[算定要件] 他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療	[算定要件] 他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療

機関において新生児特定集中治療室退院調整加算を算定したものである場合に算定する。	機関において新生児特定集中治療室退院調整加算を算定したものである場合に算定する。
--	--

4. 超重症児（者）、準超重症児（者）の受入が救急医療機関の一般病床で進む傾向がみられることから、特に、後方病床における取組も推進されるよう、超重症児（者）・準超重症児（者）入院診療加算を療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料を算定している医療機関においても算定可能とする。

現 行	改定案
<p>【超重症児（者）・準超重症児（者）入院診療加算】</p> <p>[算定可能病床]</p> <p>一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料、有床診療所入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料</p>	<p>【超重症児（者）・準超重症児（者）入院診療加算】</p> <p>[算定可能病床]</p> <p>一般病棟入院基本料、<u>療養病棟入院基本料</u>、<u>結核病棟入院基本料</u>、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料、有床診療所入院基本料、<u>有床診療所療養病床入院基本料</u>、特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料</p>

5. 現在、在宅からの入院の場合のみで評価されている初期加算を、救急医療機関からの転院の場合にも算定可能とする。

現 行	改定案
<p>【超重症児（者）・準超重症児（者）入院診療加算】注3（1日につき）</p> <p>在宅重症児（者）受入加算</p> <p>200点</p> <p>[算定要件]</p>	<p>【超重症児（者）・準超重症児（者）入院診療加算】注3（1日につき）</p> <p><u>救急・在宅重症児（者）受入加算</u></p> <p>200点</p> <p>[算定要件]</p>

<p>自宅から入院した患者である場合に、入院日から5日に限り算定する。</p>	<p>自宅から入院した患者又は他の<u>保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において特定集中治療室管理料の注2に規定する小児加算、小児特定集中治療室管理料、又は新生児集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料を算定したものである場合に、入院日から5日に限り算定する。</u></p>
---	--

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

現 行	改定案
<p>【在宅患者緊急入院診療加算】 [算定可能病床] 一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料、有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料</p>	<p>【在宅患者緊急入院診療加算】 [算定可能病床] 一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料、有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料、<u>小児入院医療管理料</u></p>

7. 長時間訪問看護の算定要件の見直し

- (1) 長時間訪問看護の対象を、小児については人工呼吸器を装着していない超重症児・準超重症児にも拡大し、当該患者の回数制限を3回にする。
- (2) 特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者を追加する。
- (3) 特別な管理を必要とする患者(特掲診療料の施設基準等別表第八に掲

げる状態等にある者)を追加する。

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

(特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる状態等にある者)

- 一 在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- 二 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者
- 三 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 四 真皮を越える褥瘡の状態にある者
- 五 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

(訪問看護療養費)

現 行	改定案
別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、訪問看護ステーションの看護師等が、長時間にわたる指定訪問看護を実施した場合には、長時間訪問看護加算として、週1日を限度として、所定額に5,200円を加算する。	別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、訪問看護ステーションの看護師等が、 <u>1回の訪問看護の時間が90分を超える</u> 長時間にわたる指定訪問看護を実施した場合には、長時間訪問看護加算として、週1日を限度として、所定額に5,200円を加算する。 <u>ただし、15歳未満の超重症児・準超重症児の者に限り、週3回までを可能とする。</u>

<p>【厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者】</p> <p>別表第七の三 在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料に規定する長時間の訪問を要する者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・人工呼吸器を使用している状態にある者 	<p>【厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者】</p> <p>別表第七の三 在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料に規定する長時間の訪問を要する者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・人工呼吸器を使用している状態にある者 ・<u>長時間の訪問看護を必要とする15歳未満の超重症児・準超重症児</u> 注) 準・超重症児長時間訪問看護加算の対象となる準・超重症の状態は、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（平成22年3月5日保医発0305第2号）」別添6の別紙14の超重症児（者）判定基準による判定スコアが10以上のものをいう。 ・<u>特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者</u> ・<u>特別な管理を必要とする者</u> (<u>特掲診療料の施設基準別表第八に掲げる者</u>)
--	--

(在宅患者訪問看護・指導料)

現 行	改定案
<p>長時間訪問看護・指導加算は、厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対して、1回の訪問看護の時間が2時間を超えた場合について、週1回に限り算定できるものとする。</p>	<p>長時間訪問看護・指導加算は、厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対して、1回の訪問看護の時間が90分を超えた場合について週1回に限り算定できるものとする。</p> <p><u>ただし、15歳未満の超重症児・準超重症児の者に限り、週3回までを可能とする。</u></p>

【厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者】 訪問看護療養費に同じ	【厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者】 訪問看護療養費に同じ
---------------------------------------	---------------------------------------

病院勤務医の負担を軽減する体制の評価

骨子【重点課題 1－2－(1)】

第 1 基本的な考え方

病院勤務医の勤務状況が未だ厳しいことから、病院勤務医の負担を軽減し、処遇を改善する体制を要件とした診療報酬項目を拡大する。また、その際、実際に病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に結び付くよう、現在一部の医療機関で行われている様々な取組を参考に、より効果の期待できる院内の体制の整備や負担軽減及び処遇改善に係る計画の策定と実行を求めることとする。

第 2 具体的な内容

1. 実際に病院勤務医の負担軽減及び処遇改善につながるよう、以下に掲げる項目について、病院勤務医の負担軽減及び処遇改善に資する体制を要件に加える。

（現行）

- ①総合入院体制加算
- ②医師事務作業補助体制加算
- ③ハイリスク分娩管理加算
- ④急性期看護補助体制加算
- ⑤栄養サポートチーム加算
- ⑥呼吸ケアチーム加算
- ⑦小児入院医療管理料 1 及び 2
- ⑧救命救急入院料 注 3 に掲げる加算を算定する場合

（新たに要件を加える項目）

- ⑨総合周産期特定集中治療室管理料
- ⑩(新) 小児特定集中治療室管理料
- ⑪(新) 精神科リエゾンチーム加算
- ⑫(新) 病棟薬剤業務実施加算

⑬(新) 院内トリアージ実施料

⑭(新) 移植後患者指導管理料

⑮(新) 糖尿病透析予防指導管理料

2. 病院勤務医の負担の現状に鑑み、より効果の期待できる勤務医負担軽減及び処遇改善のための体制を要件とする。

[施設要件]

病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画を策定し、職員に対して周知徹底していること。

(病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の具体例)

現 行	改定案
<p>【選択項目】</p> <ul style="list-style-type: none">・ 医師事務作業補助者の配置・ 短時間正規雇用医師の活用・ 地域の他の医療機関との連携体制・ 外来縮小の取り組み・ 交代勤務制の導入・ 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担 <p>【必須項目】</p> <p>なし</p>	<p>【選択項目】</p> <ul style="list-style-type: none">・ 医師事務作業補助者の配置・ 短時間正規雇用医師の活用・ 地域の他の医療機関との連携体制・ 外来縮小の取り組み <u>(一部必須)</u>・ 交代勤務制の導入 <u>(一部必須)</u>・ <u>予定手術前の当直に対する配慮</u> <p>【必須項目】</p> <ul style="list-style-type: none">・ <u>医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担については、上記の①～⑮の項目全てにおいて必ず実施することとする。</u>・ <u>外来縮小の取り組みについては、特定機能病院及び一般病床500床以上の病院では、上記の①～⑮の項目全てにおいて必ず実施することとする。</u>

	<p>る。</p> <ul style="list-style-type: none">・ <u>交代勤務制の導入については、「③ハイリスク分娩管理加算」、「⑦小児入院医療管理料1」、「⑧救命救急入院料 注3加算」、「⑨総合周産期特定集中治療室管理料」、「⑩小児特定集中治療室管理料」では、実施に向けた状況を定期的に報告することとする。</u>・ <u>なお、当該医療機関が実施している勤務医負担軽減策について、第三者の評価を受けているかどうかを報告することとする。</u>
--	--

病院勤務医の事務作業を補助する

職員の配置に対する評価

骨子【重点課題 1－2－(2)】

第 1 基本的な考え方

病院勤務医の負担軽減について一定の効果が見られている医師事務作業補助体制加算について、より補助者の人数配置や救急医療の実施状況に応じたきめ細かい評価とする。

第 2 具体的な内容

1. 配置に応じた適切な評価の新設

30 対 1、40 対 1 の評価を新設する。また、50 対 1 については、年間の緊急入院患者数が 100 名以上の実績を有する病院も算定可能とする。

現 行				改定案			
【医師事務作業補助体制加算】				【医師事務作業補助体制加算】			
(入院初日)				(入院初日)			
1	15対1	補助体制加算	810点	1	15対1	補助体制加算	810点
2	20対1	補助体制加算	610点	2	20対1	補助体制加算	610点
3	25対1	補助体制加算	490点	3	25対1	補助体制加算	490点
				4	30対1	補助体制加算	
							410点(新)
				5	40対1	補助体制加算	
							330点(新)
4	50対1	補助体制加算	255点	6	50対1	補助体制加算	255点
5	75対1	補助体制加算	180点	7	75対1	補助体制加算	180点
6	100対1	補助体制加算	138点	8	100対1	補助体制加算	138点
[施設基準]				[施設基準]			

<p>1 15対1 補助体制加算</p> <p>2 20対1 補助体制加算</p> <p>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、年間の緊急入院患者数が800名以上の実績を有する病院</p> <p>3 25対1 補助体制加算</p> <p>4 50対1 補助体制加算</p> <p>1の施設基準を満たしていること又は災害拠点病院、へき地医療拠点病院、地域医療支援病院、年間の緊急入院患者数が200名以上の実績を有する病院、全身麻酔による手術件数が年間800件以上の病院</p> <p>5 75対1 補助体制加算</p> <p>6 100対1 補助体制加算</p> <p>1又は2の施設基準を満たしていること若しくは年間の緊急入院患者数が100名以上の実績を有する病院</p>	<p>1 15対1 補助体制加算</p> <p>2 20対1 補助体制加算</p> <p>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、年間の緊急入院患者数が800名以上の実績を有する病院</p> <p>3 25対1 補助体制加算</p> <p>4 30対1 補助体制加算</p> <p>5 40対1 補助体制加算</p> <p>1の施設基準を満たしていること又は災害拠点病院、へき地医療拠点病院、地域医療支援病院、年間の緊急入院患者数が200名以上の実績を有する病院、全身麻酔による手術件数が年間800件以上の病院</p> <p>6 50対1 補助体制加算</p> <p>7 75対1 補助体制加算</p> <p>8 100対1 補助体制加算</p> <p>1又は2の施設基準を満たしていること若しくは年間の緊急入院患者数が100名以上の実績を有する病院</p>
--	--

2. 精神科救急医療に携わる医師の負担軽減の推進

精神科救急医療に特化した病床においても算定可能とするため、医師事務作業補助体制加算算定可能病床に精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料1、精神科救急・合併症入院料を追加する。

現 行	改定案
<p>【医師事務作業補助体制加算】</p> <p>[算定可能病床]</p> <p>一般病棟入院基本料、専門病院入</p>	<p>【医師事務作業補助体制加算】</p> <p>[算定可能病床]</p> <p>一般病棟入院基本料、専門病院入</p>

<p>院基本料、障害者施設等入院基本料、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、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、特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料（一般病床のみ）、亜急性期入院医療管理料、緩和ケア病棟入院料</p>	<p>院基本料、障害者施設等入院基本料、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、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、特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料（一般病床のみ）、亜急性期入院医療管理料、緩和ケア病棟入院料、<u>精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料（精神科急性期治療病棟入院料 1 のみ）</u>、<u>精神科救急・合併症入院料</u></p>
--	--

看護職員の看護業務を補助する職員の 配置に対する評価

骨子【重点課題 1 - 2 - (3)】

第 1 基本的な考え方

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、医師と看護職員との役割分担を推進するため、急性期看護補助体制加算 1 (50 対 1) の配置基準を上回る看護補助者の配置や、看護補助者等の夜間配置により看護職員の負担軽減を図っている医療機関を手厚く評価する。

第 2 具体的な内容

1. 急性期医療を担う医療機関における看護補助者の配置の評価

現行の急性期看護補助体制加算 1 (50 対 1) の配置基準を上回る 25 対 1 の看護補助者を雇用・配置している場合及び夜勤帯に看護職員や看護補助者を手厚く配置している場合の評価を新設する。

(新) 急性期看護補助体制加算 1 25 対 1 (1 日につき、14 日を限度)

イ 看護補助者が 5 割以上※の場合 160 点

ロ 看護補助者が 5 割未満※の場合 140 点

※ 急性期看護補助体制加算 1 (25 対 1) の届出に必要な看護補助者全体(常勤換算)に占める看護補助者の割合

現 行	改定案
【急性期看護補助体制加算】(1 日につき)	【急性期看護補助体制加算】(1 日につき) <u>1 急性期看護補助体制加算 1</u> (25 対 1) <u>イ 看護補助者 5 割以上</u> 160 点(新)

		<u>□ 看護補助者5割未満</u>	
			140点(新)
1 急性期看護補助体制加算 1		2 急性期看護補助体制加算 2	
(50対1)	120点	(50対1)	120点
2 急性期看護補助体制加算 2		3 急性期看護補助体制加算 3	
(75対1)	80点	(75対1)	80点

[算定要件]

急性期看護補助体制加算 1

- ① 急性期医療を担う病院であること。
- ② 看護必要度の基準を満たす患者を、7対1入院基本料を算定する病棟にあっては1割5分以上、10対1入院基本料を算定する病棟にあっては1割以上入院させる病棟であること。ただし、平成24年3月31日まで7対1入院基本料を算定し、平成24年4月1日以降に新7対1入院基本料の要件を満たさないが、経過措置として新7対1入院基本料の点数を算定する病棟については算定できない。
- ③ 病院勤務医及び看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。

(新) 看護補助者夜間配置加算 (1日につき、14日を限度)

イ 入院患者数[※]に対して常時 50対1以上 10点

ロ 入院患者数[※]に対して常時 100対1以上 5点

※ 同一入院基本料を算定している病棟の入院患者数

[算定要件]

新たな急性期看護補助体制加算 1、2、3を算定している病棟であること。

(新) 看護職員夜間配置加算 50点 (1日につき、14日を限度)

[施設基準]

- ① 急性期看護補助体制加算 1を算定している病棟であること。
- ② 当該病棟における看護職員の数は、夜勤の時間帯も含め、常時当該病棟の入院患者の数が12又はその端数を増すごとに1以上であること。

2. 13対1入院基本料を算定している医療機関における手厚い看護補助者

の配置の評価

医師と看護職員との役割分担を推進するため、13対1入院基本料を算定している病棟においても、看護必要度の基準を満たす患者が一定割合以上入院している場合、より手厚い看護補助加算1（30対1）を算定できるよう見直しを行う。

現 行	改定案
【看護補助加算1】（1日につき） 109点 [施設基準] 15対1入院基本料、18対1入院基本料又は20対1入院基本料を算定する病棟であること。	【看護補助加算1】（1日につき） 109点 [施設基準] <u>13対1入院基本料</u> 、15対1入院基本料、18対1入院基本料又は20対1入院基本料を算定する病棟であること。

[算定要件]

13対1入院基本料を算定している病棟において看護補助加算1を算定する場合には、看護必要度の基準を満たす患者を、1割以上入院させていること。

救命救急センターに患者が集中しない仕組みの推進

骨子【重点課題 1－3－(1)】

第1 基本的な考え方

救命救急センターに患者が集中しない仕組みを推進するため、二次救急医療機関等の救急外来受診の評価や、重症者が優先的に受診できる仕組み(トリアージ)の一層の推進を行う。

第2 具体的な内容

1. 院内トリアージを実施している場合の評価の新設

(1) 夜間、深夜、休日の救急外来受診患者に対し、患者の来院後速やかにあらかじめ定めた院内トリアージ実施基準に基づき、院内トリアージを実施した場合の評価を新設する。

(新) 院内トリアージ実施料 100 点

[算定要件]

当該保険医療機関の院内トリアージ基準に基づいて専任の医師または専任の看護師により患者の来院後速やかに患者の状態を評価し、患者の緊急度区分に応じて診療の優先順位付けを行う院内トリアージが行われた場合に算定する。

[施設基準]

- ① 院内トリアージの実施基準を定め、定期的に見直しを行っている。
- ② 患者に対して、院内トリアージの実施について説明を行い、院内の見やすいところへの掲示等により周知を行っている。
- ③ 専任の医師または救急医療に関する3年以上の経験を有する専任の看護師が配置されている。

(2) 院内トリアージ実施料の新設に合わせ、地域連携小児夜間・休日診療

料院内トリアージ加算は廃止する。

2. 二次救急医療機関等における救急外来受診の評価

- (1) 二次救急医療機関における深夜・土曜・休日の救急搬送患者に対する外来での初期診療に対する評価を行うため、新たに医学管理料を新設する。

(新) 夜間休日救急搬送医学管理料 200点（初診時）

[算定要件]

救急用の自動車（消防法及び消防法施行令に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車、並びに道路交通法及び道路交通法施行令に規定する緊急自動車（傷病者の緊急搬送に用いるものに限る））及び救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法第2条に規定する救急医療用ヘリコプターにより搬送された患者

[施設基準]

第二次救急医療施設として必要な診療機能及び専用病床を確保している医療機関

- (2) 地域の開業医等との連携により、地域において多数の救急患者を受け入れるための救急体制を整えている医療機関の評価を引き上げる。

現 行	改定案
【地域連携小児夜間・休日診療料】	【地域連携小児夜間・休日診療料】
1 地域連携小児夜間・休日診療料 1 400点	1 地域連携小児夜間・休日診療料 1 450点(改)
2 地域連携小児夜間・休日診療料 2 550点	2 地域連携小児夜間・休日診療料 2 600点(改)
【地域連携夜間・休日診療料】 100点	【地域連携夜間・休日診療料】 200点(改)

初・再診料及び関連する加算の評価

骨子【重点課題 1－3－(2)】

第1 基本的な考え方

1. 同一医療機関において同一日に複数の診療科を受診した場合は、再診料を1回のみ算定することとされているが、患者が医療機関の事情によらず、自らの意思により2科目の診療科を受診した場合には、効率的な医療提供、患者の便益、診療に要する費用等を踏まえ、同一日の2科目の再診を評価する。
2. 入院中の患者が他の医療機関を受診する場合の診療報酬の算定方法について、精神病床、結核病床、有床診療所に入院中の者が、透析や共同利用を進めている検査を行うために他医療機関を受診する場合の評価を見直す。
3. 地域医療貢献加算については、夜間・休日等に対応している診療所の評価につながっており、病院の時間外受診に対する効果も見込まれていることから、更なる促進のために地域医療貢献加算の評価を見直す。

第2 具体的な内容

1. 再診料、外来診療料について、同一日の2科目の再診について評価を行う。

(新)	<u>再診料</u>	<u>34点 (同一日2科目の場合)</u>
(新)	<u>外来診療料</u>	<u>34点 (同一日2科目の場合)</u>

[算定要件]

- ① 同一日に他の傷病（一つ目の診療科で診療を受けた疾病又は診療継続中の疾病と同一の疾病又は互いの関連のある疾病以外の疾病のことをいう。）について、患者が医療機関の事情によらず、患者の意思により新たに別の診療科（医療法上の標榜診療科のことをいう。）を再診として受診した場合（一

つ目の診療科の保険医と同一の保険医から診察を受けた場合を除く。)に算定する。

- ② 2科目の再診料又は外来診療料を算定する場合は、乳幼児加算、外来管理加算等の加算点数は算定できない。

2. 精神病床、結核病床、有床診療所に入院中の患者が透析や共同利用をすすめている検査のため他の医療機関を受診する場合の評価を見直す。

現 行	改定案
<p>入院中の患者が他の医療機関を受診する日の入院医療機関における診療報酬の算定については以下のとおりとする。この場合において、1点未満の端数があるときは、小数点以下第一位を四捨五入して計算する。</p> <p>ア 入院医療機関において、当該患者が出来高入院料を算定している場合は、出来高入院料は当該出来高入院料の基本点数の30%を控除した点数により算定する。</p> <p>イ 入院医療機関において、当該患者が特定入院料、療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料又は</p>	<p>入院中の患者が他の医療機関を受診する日の入院医療機関における診療報酬の算定については以下のとおりとする。この場合において、1点未満の端数があるときは、小数点以下第一位を四捨五入して計算する。</p> <p>ア 入院医療機関において、当該患者が出来高入院料を算定している場合は、出来高入院料は当該出来高入院料の基本点数の30%を控除した点数により算定する。<u>ただし、精神病棟入院基本料、結核病棟入院基本料又は有床診療所入院基本料を算定している場合であって、透析又は共同利用を進めている検査（PET、光トポグラフィー又は中枢神経磁気刺激による誘発筋電図検査）のみを目的として他医療機関を受診した場合は、当該出来高入院料の基本点数の15%を控除した点数により算定する。</u></p> <p>イ 入院医療機関において、当該患者が特定入院料、療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料又は</p>

特定入院基本料（以下「特定入院料等」という。）を算定している場合であって、当該他医療機関において特定入院料等に含まれる診療に係る費用を算定する場合は、特定入院料等は、当該特定入院料等の基本点数の70%を控除した点数による算定する。

ウ 入院医療機関において、当該患者が特定入院料等を算定している場合であって、当該他医療機関において特定入院料等に含まれる診療にかかる費用を算定しない場合は、特定入院料等は、当該特定入院料等の基本点数の30%を控除した点数により算定する。

特定入院基本料（以下「特定入院料等」という。）を算定している場合であって、当該他医療機関において特定入院料等に含まれる診療に係る費用を算定する場合は、特定入院料等は、当該特定入院料等の基本点数の70%を控除した点数による算定する。ただし、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、精神療養病棟入院料又は認知症治療病棟入院料を算定している場合であって、透析又は共同利用を進めている検査（PET、光トポグラフィー又は中枢神経磁気刺激による誘発筋電図検査）のみを目的として他医療機関を受診した場合は、当該特定入院料等の基本点数の55%を控除した点数により算定する。この場合において、認知症治療病棟入院料を算定している患者であって透析のみを目的として他医療機関を受診する患者については、入院日から起算して61日以上の場合に限る。

ウ 入院医療機関において、当該患者が特定入院料等を算定している場合であって、当該他医療機関において特定入院料等に含まれる診療にかかる費用を算定しない場合は、特定入院料等は、当該特定入院料等の基本点数の30%を控除した点数により算定する。ただし、有床診療所療養病床入院基本料を算定している場合で

	<p><u>あって、透析又は共同利用を進めている検査（PET、光トポグラフィ―又は中枢神経磁気刺激による誘発筋電図検査）のみを目的として他医療機関を受診した場合、又は、認知症治療病棟入院料を算定している場合（入院日から起算して60日以内に限る）であって、透析のみを目的として他医療機関受診をした場合は、当該特定入院料等の基本点数の15%を控除した点数により算定する。</u></p>
--	---

3. 地域医療貢献加算について、分かりやすい名称に変更するとともに、さらなる推進のため評価体系を見直す。

現 行	改定案
<p>【地域医療貢献加算】 3点</p>	<p>【時間外対応加算】</p> <p>1 時間外対応加算 1 5点 (新)</p> <p>2 時間外対応加算 2 3点(改)</p> <p>3 時間外対応加算 3 1点(新)</p>
<p>[算定要件]</p> <p>① 標榜時間外の準夜帯において、患者からの電話等による問い合わせに ① 標榜時間外の準夜帯において、患者からの電話等による問い合わせ</p>	<p>[算定要件]</p> <p>1 時間外対応加算 1</p> <p>① <u>標榜時間外において常時、患者からの電話等による問い合わせに ② 原則として自院で対応する。</u></p> <p>2 時間外対応加算 2</p> <p>① 標榜時間外の準夜帯において、患者からの電話等による問い合わせ</p>

<p>守番電話等に対応しても差し支えない。</p> <p>② 原則として自院で対応する。</p>	<p>に応じる。休日、深夜又は早朝は留守番電話等に対応しても差し支えない。</p> <p>② 原則として自院で対応する。</p> <p>3 時間外対応加算3</p> <p>① <u>地域の医療機関と輪番による連携を行い、当番日の標榜時間外の準夜帯において、患者からの電話等による問い合わせに応じる。当番日の深夜又は早朝は留守番電話等に対応しても差し支えない。</u></p> <p>② <u>当番日は原則として自院で対応する。</u></p> <p>③ <u>連携する医療機関数は、3以下とする。</u></p> <p>④ <u>連携に関する情報は、院内に掲示するとともに患者へ説明する。</u></p>
--	--

特定機能病院等における初・再診料等の評価の見直し

骨子【重点課題 1－3－(3)】

第 1 基本的な考え方

病院及び診療所における外来機能の分化を推進し、病院勤務医の負担軽減を図るために、紹介率や逆紹介率の低い特定機能病院等を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し、一部保険外併用療養費の枠組みを利用するよう変更を行う。

第 2 具体的な内容

1. 紹介率の低い特定機能病院及び 500 床以上の地域医療支援病院における初診料について、紹介なしに当該病院を受診した場合の評価の見直しを行う。

(新) 初診料 200 点 (紹介のない場合)

[算定要件]

- ① 紹介率が 40% 未満の特定機能病院及び 500 床以上の地域医療支援病院において、紹介のない患者に対して初診を行った場合に算定する。
- ② ただし、①の要件に該当する医療機関であっても、逆紹介率が 30% 以上の場合は、当該初診料は算定しない。

※ 紹介率及び逆紹介率の計算については、下記のとおりとする。

紹介率 = (紹介患者数 + 救急患者数) / 初診の患者数

逆紹介率 = 逆紹介患者数 / 初診の患者数

[経過措置]

紹介率の低い特定機能病院及び 500 床以上の地域医療支援病院において、紹介なしに当該病院を受診した場合の初診料の評価を導入するのは、平成 25 年 4 月 1 日とする。

2. 紹介率の低い特定機能病院及び 500 床以上の地域医療支援病院におけ

る外来診療料について、患者に対して、他の病院（一般病床が 200 床未満に限る）又は診療所へ文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該病院を受診した場合の評価の見直しを行う。

(新) 外来診療料 52 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)

[算定要件]

- ① 紹介率が 40%未満の特定機能病院及び 500 床以上の地域医療支援病院において、他の病院（200 床未満）又は診療所に対し、文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該病院を受診した患者に対して再診を行った場合に算定する。
- ② ただし、①の要件に該当する医療機関であっても、逆紹介率が 30%以上の場合は、当該再診料又は外来診療料は算定しない。

※ 紹介率及び逆紹介率の計算については、下記のとおりとする。

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

$$\text{逆紹介率} = \text{逆紹介患者数} / \text{初診の患者数}$$

[経過措置]

紹介率の低い特定機能病院及び 500 床以上の地域医療支援病院において、他の病院（一般病床が 200 床未満に限る）又は診療所に対し、文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該病院を受診した場合の外来診療料の評価を導入するのは、平成 25 年 4 月 1 日とする。

多職種が連携した、より質の高い医療

（チーム医療）の推進

骨子【重点課題 1－4】

第 1 基本的な考え方

多職種が連携したより質の高い医療の提供や、病院医療従事者の負担軽減に寄与するような取り組みを評価する。

第 2 具体的な内容

1. 精神科リエゾンチーム加算の新設

一般病棟における精神医療のニーズの高まりを踏まえ、一般病棟に入院する患者に対して精神科医、専門性の高い看護師、精神保健福祉士、作業療法士等が多職種で連携し、より質の高い精神科医療を提供した場合の評価を新設する。

(新) 精神科リエゾンチーム加算 200点（週1回）

[算定要件]

- ① 一般病棟に入院する患者のうち、せん妄や抑うつを有する患者、精神疾患を有する患者、自殺企図で入院した者が対象。
- ② 精神症状の評価、診療実施計画書の作成、定期的なカンファレンス実施（月1回程度）、精神療法・薬物治療等の治療評価書の作成、退院後も精神医療（外来等）が継続できるような調整等を行う。
- ③ 算定患者数は、1チームにつき1週間で概ね30人以内とする。

[施設基準]

当該保険医療機関内に、①～③により構成される精神科リエゾンチームが設置されていること。

- ① 精神科リエゾンについて十分な経験のある専任の精神科医

- ② 精神科リエゾンに係る所定の研修を修了した専任の常勤看護師
- ③ 精神科リエゾンについて十分な経験のある専従の常勤精神保健福祉士、常勤作業療法士、常勤薬剤師又は常勤臨床心理技術者のいずれか1人

2. 栄養サポートチームの推進

栄養サポートチーム加算について、一般病棟入院基本料（13対1、15対1）、専門病院入院基本料（13対1）及び療養病棟入院基本料算定病棟でも算定可能とする。ただし、療養病棟入院基本料算定病棟においては入院の日から起算して6月以内のみ、算定可能とし、入院2月以降は月1回に限り算定可能とする。

現 行	改定案
<p>【栄養サポートチーム加算】（週1回） 200点</p> <p>[算定可能病棟]</p> <p>一般病棟入院基本料（7対1、10対1）、特定機能病院入院基本料（一般病棟）、専門病院入院基本料（7対1、10対1）</p>	<p>【栄養サポートチーム加算】（週1回） 200点</p> <p>[算定可能病棟]</p> <p>一般病棟入院基本料（7対1、10対1、<u>13対1、15対1</u>）、特定機能病院入院基本料（一般病棟）、専門病院入院基本料（7対1、10対1、<u>13対1</u>）、<u>療養病棟入院基本料</u></p> <p><u>ただし、療養病棟については、入院日から起算して6月以内に限り算定可能とし、入院1月までは週1回、入院2月以降6月までは月1回に限り算定可能とする。</u></p>

3. 臓器移植後、造血幹細胞移植後の医学管理に対する評価の新設

臓器移植後、造血幹細胞移植後の外来における医学管理の手間を勘案し、医師、専門性の高い看護師等のチームによる医学管理に対する評価を新設する。

(新) 移植後患者指導管理料

<u>1 臓器移植後患者指導管理料</u>	<u>300点 (月1回)</u>
<u>2 造血幹細胞移植後患者指導管理料</u>	<u>300点 (月1回)</u>

[対象患者]

- 1 臓器移植後患者指導管理料
臓器移植後の患者
- 2 造血幹細胞移植後患者指導管理料
造血幹細胞移植後の患者

[施設基準]

当該保険医療機関内に、専任の①～③により構成される臓器・造血幹細胞移植に係るチームが設置されていること。

- 1 臓器移植後患者指導管理料
 - ① 臓器移植に係る十分な経験を有する常勤医師
 - ② 臓器移植に係る所定の研修を修了した常勤看護師
 - ③ 臓器移植に係る十分な経験を有する常勤薬剤師
- 2 造血幹細胞移植後患者指導管理料
 - ① 造血幹細胞移植に係る十分な経験を有する常勤医師
 - ② 造血幹細胞移植に係る所定の研修を修了した常勤看護師
 - ③ 造血幹細胞移植に係る十分な経験を有する常勤薬剤師

(研修については、日本造血細胞移植学会等の実施する臓器・造血幹細胞移植に係る研修の修了者を想定)

4. 外来緩和ケアチームの評価の新設

がん患者がより質の高い療養生活を送ることができるよう、外来における緩和ケア診療の評価を新設する。

(新) 外来緩和ケア管理料 300点

[算定要件]

がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与しているがん患者に対し

て、緩和ケアチームが外来で緩和ケアに関して必要な診療を行った場合に算定する。

[施設基準]

① 当該保険医療機関内に以下の4名から構成される専従の緩和ケアチームが設置されている。ただし、緩和ケア診療加算における緩和ケアチームと兼任であっても差し支えない。

ア 身体症状の緩和を担当する常勤医師

イ 精神症状の緩和を担当する常勤医師

ウ 緩和ケアの経験を有する常勤看護師

エ 緩和ケアの経験を有する薬剤師

② ①にかかわらず、①のア又はイのうちいずれかの医師及びエの薬剤師については、緩和ケアチームに係る業務に関し専任であって差し支えないものとする。

5. 薬剤師の病棟における業務に対する評価の新設

(1) 勤務医の負担軽減等の観点から薬剤師が勤務医等の負担軽減等に資する業務を病棟で一定以上実施している場合に対する評価を新設する。

(新) 病棟薬剤業務実施加算 100点 (週1回)

[算定要件]

- ① すべての病棟に入院中の患者を対象とする。ただし、療養病棟又は精神病棟に入院している患者については、入院した日から起算して4週を限度する。
- ② 薬剤師が病棟において医療従事者の負担軽減及び薬物療法の質の向上に資する薬剤関連業務（以下「病棟薬剤業務」という。）を実施している場合に算定する。

※ 病棟薬剤業務として、以下を規定することとする。

- ・ 当該保険医療機関における医薬品の投薬・注射状況の把握
- ・ 当該保険医療機関で使用している医薬品の医薬品安全性情報等の把握及び周知並びに医療従事者からの相談応需
- ・ 入院時の持参薬の確認及び服薬計画の提案

- ・ 2種以上（注射薬及び内用薬を1種以上含む。）の薬剤を同時に投与する場合における投与前の相互作用の確認
- ・ 患者等に対するハイリスク薬等に係る投与前の詳細な説明
- ・ 薬剤の投与にあたり、流量又は投与量の計算等の実施
- ・ その他、必要に応じ、医政局通知で定める業務

[施設基準]

- ① 薬剤師が病棟において医療従事者の負担軽減及び薬物療法の質の向上に資する薬剤関連業務を実施するにあたって十分な時間を確保できる体制を有していること。
- ② 病棟ごとに専任の薬剤師を配置していること。
- ③ 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設を有していること。
- ④ 当該医療機関における医薬品の使用状況を把握するとともに、医薬品の安全性に係る重要な情報を把握した際に、速やかに必要な措置を講じる体制を有していること。
- ⑤ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。
- ⑥ 薬剤管理指導料に係る届出を行った保険医療機関であること。

※ 十分な時間として1病棟・1週当たり20時間を規定する予定

(2) 病棟薬剤業務実施加算の新設に伴い、実施業務が重複する薬剤管理指導料における医薬品安全性情報等管理体制加算は廃止する。

6. 糖尿病患者に対し、外来において、透析予防診療チームで行う透析予防に資する指導の評価を新設する。

「I-2-①」を参照のこと。

周術期における口腔機能の管理等、チーム医療の推進

骨子【重点課題 1－4】

第1 基本的な考え方

1. 歯科医師等によるチーム医療や医師等との連携を推進する観点から、歯科を有する病院や病院と連携した歯科医療機関における、がん患者等の周術期における歯科医師の包括的な口腔機能の管理等を評価し、併せて周術期に行う歯科衛生士の専門的口腔衛生処置についても評価する。
2. 医科の医療機関との連携を評価した歯科治療総合医療管理料及び在宅患者歯科治療総合医療管理料の対象疾患に骨粗鬆症（ビスフォスホネート系製剤の服用患者）等の口腔内に合併症を引き起こす疾患を追加する。

第2 具体的な内容

1. 周術期口腔機能管理料等の新設

がん患者等の手術（全身麻酔を実施する場合に限る。）等を実施する医師等との連携の下、歯科医師が行う、がん患者等の入院前から退院後を含めた一連の口腔機能の管理の評価や放射線治療や化学療法を実施する患者の口腔機能の管理を評価する。

具体的には、患者の周術期における一連の口腔機能の管理計画の策定を評価した「周術期口腔機能管理計画策定料」、その計画に基づく、患者の口腔衛生状態や口腔内の状態等の評価、手術や放射線治療等を行う主病に関連する口腔内の変化に伴う日常的な療養の指導等を評価する、主に入院前後の口腔機能の管理を行う「周術期口腔機能管理料（Ⅰ）」、入院中の口腔機能の管理を行う「周術期口腔機能管理料（Ⅱ）」、放射線治療や化学療法を実施する患者の口腔機能の管理を行う「周術期口腔機能管理料（Ⅲ）」の新設を行う。

(新) 周術期口腔機能管理計画策定料 300 点

[算定要件]

周術期における患者の口腔機能を管理するため、歯科診療を実施している保険医療機関において、手術を実施する保険医療機関からの文書による依頼（ただし、歯科診療を実施している保険医療機関において手術を実施する場合であって、当該保険医療機関で周術期の口腔機能の管理に係る計画を策定する場合を除く。）を受け、患者の同意を得た上で、周術期の口腔機能の評価及び一連の口腔機能の管理計画を策定し、患者に説明し、文書により提供するとともに周術期の口腔機能の管理を行う保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合（周術期の口腔機能の管理計画の策定と周術期の口腔機能の管理を同一の保険医療機関で実施する場合を除く。）に当該手術に係る一連の治療を通して1回に限り算定できる。

(新) 周術期口腔機能管理料（Ⅰ）

1 手術前 190 点

2 手術後 190点

[算定要件]

周術期における患者の口腔機能を管理するため、歯科診療を実施している保険医療機関において、周術期口腔機能管理計画に基づき、患者の口腔衛生状態や口腔内の状態等の評価、手術を行う主病に関連する口腔内の変化に伴う療養上必要な指導等を手術を実施する保険医療機関に入院中以外の患者（ただし、保険医療機関（歯科診療を実施しているものを除く。）に入院中の患者は含む。）に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行った場合には、当該患者につき、手術前は1回に限り、手術後は手術を行った日の属する月から起算して3月以内において、計3回に限り算定できる。

(新) 周術期口腔機能管理料（Ⅱ）

1 手術前 300点

2 手術後 300点

[算定要件]

周術期における患者の口腔機能を管理するため、歯科診療を実施している保険医療機関において、周術期口腔機能管理計画に基づき、患者の口腔衛生状態や口腔内の状態等の評価、手術を行う主病に関連する口腔内の変化に伴う療養上必要な指導等を当該保険医療機関に入院中の手術を実施する患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行った場合には、当該患者につき、手術前は1回に限り、手術後は手術を行った日の属する月から起算して3月以内において、月2回に限り算定できる。

(新) 周術期口腔機能管理料 (Ⅲ) 190 点

[算定要件]

放射線治療又は化学療法（以下「放射線治療等」という。）の治療期間中の患者の口腔機能を管理するため、歯科診療を実施している保険医療機関において、周術期口腔機能管理計画に基づき、患者の口腔衛生状態や口腔内の状態等の評価、放射線治療等を行う主病に関連する口腔内の変化に伴う療養上必要な指導等を、放射線治療等を実施している患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行った場合には、当該患者につき、放射線治療等を開始した日の属する月から月1回に限り算定する。

2. 術後専門的口腔衛生処置の見直し

術後のみならず、周術期における歯科衛生士の取り組みを評価する観点から、術後専門的口腔衛生処置を廃止し、入院中の患者を対象とした周術期専門的口腔衛生処置を新設する。

現 行	改定案
【術後専門的口腔衛生処置】 80 点	廃 止
注 区分番号 J 0 1 6、J 0 1 8、J	

031、J032、J035、J036、J038、J039、J040、J041、J042、J043、J068、J069、J070、J070-2、J072、J075、J076又はJ087に掲げる手術を行った入院患者であって、術後感染症、術後肺炎等の発現のおそれがあるものに対して、当該患者が入院する保険医療機関に属する歯科衛生士が、専門的口腔清掃を行った場合に、当該手術を行った日の属する月から起算して2月以内の期間において、月1回に限り算定する。

【周術期専門的口腔衛生処置】

80点

(新)

注 周術期口腔機能管理料（Ⅰ）又は周術期口腔機能管理料（Ⅱ）を算定した、入院中の患者であって、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、専門的口腔清掃を行った場合に、周術期口腔機能管理料を算定した日の属する月において、術前1回、術後1回に限り算定する。(新)

3. 歯科治療総合医療管理料等の対象疾患の拡大

歯科治療総合医療管理料及び在宅患者歯科治療総合医療管理料の対象疾患に、主治の医師との連携が重要となる骨粗鬆症（ビスフォスホネート系製剤の服用患者に限る。）及び慢性腎臓病（腎透析を受けている患者に限る。）を追加する。

現 行	改定案
<p>【歯科治療総合医療管理料及び在宅患者歯科治療総合医療管理料】</p> <p>[施設基準]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 歯科治療総合医療管理料及び在宅患者歯科治療総合医療管理料に規定する疾患 ・ 高血圧性疾患 ほか 1 2 疾患 	<p>【歯科治療総合医療管理料及び在宅患者歯科治療総合医療管理料】</p> <p>[施設基準]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 歯科治療総合医療管理料及び在宅患者歯科治療総合医療管理料に規定する疾患 ・ 高血圧性疾患 ほか 1 2 疾患 ・ <u>骨粗鬆症（ビスフォスホネート系製剤服用患者に限る。）</u> ・ <u>慢性腎臓病（腎透析を受けている患者に限る。）</u>（改）

4. 基本診療料や指導管理料における医科診療科との連携を評価

医科歯科併設の医療機関の取り組みを評価する観点から、歯科外来診療環境体制加算、歯科診療特別対応連携加算、歯科治療総合医療管理料等の施設基準の要件となっている別の医科診療を行う医療機関との連携体制について、医科歯科併設の医療機関における連携体制も評価するとともに併せて小児入院医療管理についても評価に加える。

現 行	改定案
<p>(例)</p> <p>【歯科外来診療環境体制加算（初診料の加算）】</p> <p>[施設基準]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・診療における偶発症等緊急時に円滑な対応ができるよう、別の保険医療機関との事前の連携体制が確保されていること。 	<p>(例)</p> <p>【歯科外来診療環境体制加算（初診料の加算）】</p> <p>[施設基準]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・診療における偶発症等緊急時に円滑な対応ができるよう、別の保険医療機関との事前の連携体制が確保されていること。<u>なお、医科歯科併設の保険医療機関にあつては医科診療科との連携体制が確保されていればこの限りでない。（改）</u>
<p><特定入院料></p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定集中治療室管理料ほか3項目 	<p><特定入院料></p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定集中治療室管理料ほか3項目 ・<u>小児入院医療管理料(新)</u>

在宅医療の促進について

骨子【重点課題 2－1－(1) (2)】

第 1 基本的な考え方

1. 高齢化等に伴い、今後在宅医療の需要がますます高まることが予想され、在宅医療を担う医療機関の機能強化等がさらに重要となる。したがって、在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院（以下「在支診・在支病」という。）の機能分化と連携等による機能強化を進める。
2. 自宅以外で在宅療養を行う患者への医療サービスの提供を充実させるため、特定施設等入居者に対する訪問診療料について評価を行う。

第 2 具体的な内容

1. 機能を強化した在支診・在支病等への評価を行う。

[機能を強化した在支診・在支病の施設基準]

- ① 従前の在支診・在支病の要件に以下を追加する。
 - イ 所属する常勤医師 3 名以上
 - ロ 過去 1 年間の緊急の往診実績 5 件以上
 - ハ 過去 1 年間の看取り実績 2 件以上
- ② 複数の医療機関が連携して①の要件を満たすことも可とするが、連携する場合は、以下の要件を満たすこと。
 - イ 患者からの緊急時の連絡先の一元化を行う
 - ロ 患者の診療情報の共有を図るため、連携医療機関間で月 1 回以上の定期的なカンファレンスを実施
 - ハ 連携する医療機関数は 10 未満
 - ニ 病院が連携に入る場合は 200 床未満の病院に限る

- (1) 24 時間対応を充実させる観点から、緊急時・夜間の往診料の引き上げを行う。

現 行	改 定 案
【往診料】 在支診・在支病 緊急加算 650点 夜間加算 1,300点 深夜加算 2,300点 在支診・在支病以外 緊急加算 325点 夜間加算 650点 深夜加算 1,300点	【往診料】 <u>機能を強化した在支診・在支病</u> <u>病床を有する場合</u> 緊急加算 850点(新) 夜間加算 1,700点(新) 深夜加算 2,700点(新) <u>病床を有しない場合</u> 緊急加算 750点(新) 夜間加算 1,500点(新) 深夜加算 2,500点(新) 在支診・在支病 緊急加算 650点 夜間加算 1,300点 深夜加算 2,300点 在支診・在支病以外 緊急加算 325点 夜間加算 650点 深夜加算 1,300点

(2) 在宅療養を行っている患者への総合的な医学管理を充実させる観点から、在宅時医学総合管理料の引き上げを行う。

現 行	改 定 案
【在宅時医学総合管理料】	【在宅時医学総合管理料】 <u>機能を強化した在支診・在支病</u> <u>病床を有する場合</u> イ 処方せんを交付する場合 5,000点(新) ロ 処方せんを交付しない場合 5,300点 (新) <u>病床を有しない場合</u>

<p>在支診・在支病</p> <p>イ 処方せんを交付する場合 4,200点</p> <p>ロ 処方せんを交付しない場合 4,500点</p>	<p><u>イ 処方せんを交付する場合</u> 4,600点(新)</p> <p><u>ロ 処方せんを交付しない場合</u> 4,900点(新)</p> <p>在支診・在支病</p> <p>イ 処方せんを交付する場合 4,200点</p> <p>ロ 処方せんを交付しない場合 4,500点</p>
---	--

(3) 在宅療養を行っている患者への総合的な医学管理を充実させる観点から、特定施設入居時等医学総合管理料の引き上げを行う。

現 行	改定案
<p>【特定施設入居時等医学総合管理料】</p> <p>在支診・在支病</p> <p>イ 処方せんを交付する場合 3,000点</p> <p>ロ 処方せんを交付しない場合 3,300点</p>	<p>【特定施設入居時等医学総合管理料】</p> <p><u>機能を強化した在支診・在支病</u></p> <p><u>病床を有する場合</u></p> <p><u>イ 処方せんを交付する場合</u> 3,600点(新)</p> <p><u>ロ 処方せんを交付しない場合</u> 3,900点(新)</p> <p><u>病床を有しない場合</u></p> <p><u>イ 処方せんを交付する場合</u> 3,300点(新)</p> <p><u>ロ 処方せんを交付しない場合</u> 3,600点(新)</p> <p>在支診・在支病</p> <p>イ 処方せんを交付する場合 3,000点</p> <p>ロ 処方せんを交付しない場合 3,300点</p>

(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、緊急時

に在宅患者を受入れた場合に対する評価の引き上げを行う。

現 行		改定案	
【在宅患者緊急入院診療加算】		【在宅患者緊急入院診療加算】	
1 連携医療機関の場合	1,300点	1 機能を強化した在支診・在支病間での受入の場合	2,500点(新)
		2 連携医療機関の場合	2,000点(改)
2 1以外の場合	630点	3 1, 2以外の場合	1,000点(改)

2. 特定施設入居者に対する訪問診療料の引き上げを行う。

現 行		改定案	
【在宅患者訪問診療料】		【在宅患者訪問診療料】	
1 同一建物以外	830点	1 同一建物以外	830点
2 同一建物	200点	2 同一建物(特定施設)	400点(新)
		3 同一建物(2以外)	200点
		[算定要件]	
		2 同一建物(特定施設) <u>介護保険法第8条第11項に規定する特定施設、同条第19項に規定する地域密着型特定施設又は特別養護老人ホームにおいて療養を行っている患者について算定する。</u>	

在宅緩和ケア等の促進について

骨子【重点課題 2 - 1 - (3)】

第 1 基本的な考え方

患者が安心して在宅療養を行えるよう、在宅における緩和ケア等の促進を図る。

第 2 具体的な内容

1. 現在、在宅療養指導管理料については、同一の患者に対して、複数の医療機関が同一の在宅療養指導管理料を算定することは出来ないが、悪性腫瘍患者については、在宅医療を担う医療機関の医師と、緩和ケア病棟等の専門の医師とが連携して、同一日に診療を行った場合に限り、両者の算定を可能とする。

[算定要件]

緩和ケア病棟等に所属する緩和ケアに関する研修を受けた医師が、在宅医療を提供する医療機関の医師と連携して、同一日に同一患者を診療した場合。

2. がん専門訪問看護の評価

鎮痛療法又は化学療法を行っている入院中以外の緩和ケアニーズを持つ悪性腫瘍の患者について、医療機関等の専門性の高い看護師と訪問看護ステーションの看護師が同一日に訪問することについて評価を行う。

(新) 訪問看護療養費

がん専門訪問看護料 12,850 円

(新) 在宅患者訪問看護・指導料

がん専門訪問看護料 1,285 点

[算定要件]

5年以上がん患者の看護に従事した経験を有し、がん患者への緩和ケア等に

係る6月以上の適切な研修を修了した者であること。

3. 機能を強化した在支診・在支病の評価と併せて、在宅末期医療総合診療料の引き上げを行うとともに、名称の変更を行う。

現 行	改 定 案
【在宅末期医療総合診療料】	【在宅がん医療総合診療料】
	<u>機能を強化した在支診・在支病</u>
	<u>病床を有する場合</u>
	1 <u>処方せんを交付する場合</u> 1,800点(新)
	2 <u>処方せんを交付しない場合</u> 2,000点(新)
	<u>病床を有しない場合</u>
	1 <u>処方せんを交付する場合</u> 1,650点(新)
	2 <u>処方せんを交付しない場合</u> 1,850点(新)
在支診・在支病	在支診・在支病
1 処方せんを交付する場合 1,495点	1 処方せんを交付する場合 1,495点
2 処方せんを交付しない場合 1,685点	2 処方せんを交付しない場合 1,685点

4. 小児在宅医療の充実について

(1) 在宅医療と入院医療の連携が重要であることから、在宅への移行を円滑なものとするため、在宅患者緊急入院診療加算を小児入院医療管理料算定病床でも算定可能とする。

「重点課題1-1-⑤」を参照のこと。

(2) 小児在宅医療をより一層充実させる観点から、在宅患者訪問診療料の乳幼児加算・幼児加算を引き上げる。

現 行	改定案
【在宅患者訪問診療料 乳幼児加算・幼児加算】 200点	【在宅患者訪問診療料 乳幼児加算・幼児加算】 400点(改)

5. 在宅療養指導管理料の見直し

- (1) 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料の対象疾患に先天性水疱型魚鱗癬様紅皮症を加えると同時に評価を引き上げる。

現 行	改定案
【在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料】 500点 [対象者] 表皮水疱症	【在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料】 1,000点(改) [対象者] 表皮水疱症、 <u>水疱型先天性魚鱗癬様紅皮症</u>

- (2) 在宅で療養中の小児患者について、経管栄養法に関する指導管理を行うことを評価するとともに、注入ポンプ加算及び経管栄養法用栄養管セット加算の算定対象を見直す。

(新) 在宅小児経管栄養法指導管理料 1,050点

[算定要件]

在宅で療養中の小児患者であって、特に経管栄養が必要な患者に対して必要な指導・管理を行った場合に算定する。

現 行	改定案
【注入ポンプ加算】 1,250点 [算定要件] 在宅中心静脈栄養法、在宅成分栄養経管栄養法を行っている患者又は在宅で鎮痛療法、化学療法を行っている末期の悪性腫瘍の患者に対して、注	【注入ポンプ加算】 1,250点 [算定要件] 在宅中心静脈栄養法、在宅成分栄養経管栄養法、 <u>在宅小児経管栄養法</u> を行っている患者又は在宅で鎮痛療法、化学療法を行っている末期の悪性腫

<p>入ポンプを使用した場合に算定する。</p> <p>【在宅成分栄養経管栄養法用栄養管セット加算】 2,000点</p> <p>[算定要件]</p> <p>在宅成分栄養経管栄養法を行っている患者に対して栄養管セットを使用した場合に算定する。</p>	<p>瘍の患者に対して、注入ポンプを使用した場合に算定する。</p> <p>【在宅経管栄養法用栄養管セット加算】 2,000点</p> <p>[算定要件]</p> <p>在宅成分栄養経管栄養法又は在宅小児経管栄養法を行っている患者に対して栄養管セットを使用した場合に算定する。</p>
--	---

在宅の療養に係る技術・機器等の評価

骨子【重点課題 2 - 1 - (3)】

第 1 基本的な考え方

在宅医療で使用する医療機器について、実勢価格や医学的な有用性を踏まえ、診療報酬上の評価や対象患者の要件等を見直し、在宅での療養環境の充実を図る。

第 2 具体的な内容

1. 実勢価格に基づく評価の引き上げ
2. 医学的な必要性を踏まえた対象の拡大
3. 新たに保険適用された医療機器の在宅指導管理料の新設

現 行	改定案
<p>【在宅自己注射指導管理料】 820 点</p>	<p>【在宅自己注射指導管理料】</p> <p>1 複雑な場合 1,230 点 (新)</p> <p>2 1 以外の場合 820 点</p> <p>[算定要件]</p> <p><u>複雑な場合とは、間歇注入シリンジポンプを用いている場合をいう。</u></p>
<p>【間歇注入シリンジポンプ加算】</p> <p>1,500 点</p>	<p>【間歇注入シリンジポンプ加算】</p> <p>1 <u>プログラム付きポンプ</u></p> <p>2,500 点</p> <p>(新)</p> <p>2 1 以外のポンプ 1,500 点</p> <p>[算定要件]</p> <p><u>プログラム付きのポンプとは、自動でボラス投与が行えるようなプログ</u></p>

	ラムを設定できるものをいう。
【在宅人工呼吸指導管理料】	<p>【在宅人工呼吸指導管理料】</p> <p>[算定要件]</p> <p><u>当該管理料を算定する保険医療機関は、患者が使用する装置の保守・管理を、委託する場合を含め、十分に行い、必要な保守・管理の内容及び緊急時の対応等について、患者に情報提供を行うこと。</u></p>
<p>【人工呼吸器加算】</p> <p>1 陽圧式人工呼吸器 7,000 点</p> <p>2 人工呼吸器 6,000 点</p> <p>3 陰圧式人工呼吸器 7,000 点</p>	<p>【人工呼吸器加算】</p> <p>1 陽圧式人工呼吸器 7,480 点(改)</p> <p>2 人工呼吸器 6,480 点(改)</p> <p>3 陰圧式人工呼吸器 7,480 点(改)</p> <p><u>人工呼吸器に必要な回路部品その他附属品（療養上必要な分の外部バッテリーを含む）等に係る費用は所定点数に含まれる。</u></p>
<p>【疼痛管理用送信器加算】</p> <p>注 疼痛除去のため埋込型脳・脊髄刺激装置を埋め込んだ後に、在宅において自己疼痛管理を行っている入院中の患者以外の難治性慢性疼痛の患者に対して、疼痛管理用送信器を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p>	<p>【送信器加算】</p> <p>注 疼痛除去等のため植込型脳・脊髄刺激装置又は植込型迷走神経刺激装置を植込んだ後に、在宅において疼痛管理、振戦管理又はてんかん管理を行っている入院中の患者以外の患者に対して、送信器（患者用プログラマを含む）を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。</p>

- (新) 植込型輸液ポンプ持続注入指導管理料 810 点
注 植込術を行った日から起算し3月以内の期間に行った場合には、導入期加算として、所定点数に140点を加算する。
- (新) 在宅振戦等刺激装置治療指導管理料 810 点
注 植込術を行った日から起算し3月以内の期間に行った場合には、導入期加算として、所定点数に、140点を加算する。
- (新) 在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料 810 点
注 植込術を行った日から起算し3月以内の期間に行った場合には、導入期加算として、所定点数に140点を加算する。
- (改) 在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料 45,000 点

在宅医療に用いる機器の評価体系の見直しについて

骨子【重点課題 2 - 1 - (3)】

第 1 基本的な考え方

在宅において医療機器等を用いた療養を行う場合の診療報酬上の評価は、月に 1 回の算定となっているが、患者の状態に応じた療養上の指導管理や医療機器の保守管理が適切に行われるよう、診療の実態に即し、診療報酬上の評価体系を見直す。

第 2 具体的な内容

在宅酸素療法や、在宅持続陽圧呼吸療法については、一般的に月に 1 回の療養上の指導を行っているが、患者の体調等の医学的な理由により外来受診ができなかった場合には、月をまたいで受診となることがあると指摘されていることから、在宅療養指導管理材料加算について、複数月分の材料加算を 1 月で算定できることとする。

現 行	改定案
<p>【酸素ボンベ加算】</p> <p>注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く）に対して、酸素ボンベを使用した場合に、第 1 款の所定点数に加算する。</p>	<p>【酸素ボンベ加算】</p> <p>注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く）に対して、酸素ボンベを使用した場合に、<u>2 月に 2 回に限り</u>、第 1 款の所定点数に加算する。</p>
<p>【酸素濃縮装置加算】</p> <p>注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く）に対して、酸素濃</p>	<p>【酸素濃縮装置加算】</p> <p>注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く）に対して、</p>

<p>縮装置を使用した場合に、第 1 款の所定点数に加算する。ただしこの場合において、区分番号 C157 に掲げる酸素ポンベ加算の 2 は算定できない。</p>	<p>酸素濃縮装置を使用した場合に、<u>2 月に 2 回に限り</u>、第 1 款の所定点数に加算する。ただしこの場合において、区分番号 C157 に掲げる酸素ポンベ加算の 2 は算定できない。</p>
<p>【液化酸素装置加算】 注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く）に対して、液化酸素装置を使用した場合に、第 1 款の所定点数に加算する。</p>	<p>【液化酸素装置加算】 注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く）に対して、液化酸素装置を使用した場合に、<u>2 月に 2 回に限り</u>、第 1 款の所定点数に加算する。</p>
<p>【呼吸同調式デマンドバルブ加算】 注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型心疾患の患者を除く）に対して、呼吸同調式デマンドバルブを使用した場合に、第 1 款の所定点数に加算する。</p>	<p>【呼吸同調式デマンドバルブ加算】 注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型心疾患の患者を除く）に対して、呼吸同調式デマンドバルブを使用した場合に、<u>2 月に 2 回に限り</u>、第 1 款の所定点数に加算する。</p>
<p>【経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器加算】 注 在宅持続陽圧呼吸療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器を使用した場合に、第 1 款の所定点数に加算する。</p>	<p>【経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器加】 注 在宅持続陽圧呼吸療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器を使用した場合に、<u>2 月に 2 回に限り</u>、第 1 款の所定点数に加算する。</p>

看取りに至るまでの医療の充実について

骨子【重点課題2-2】

第1 基本的な考え方

在宅医療の推進に伴い、在宅等における看取りを含めたターミナルケアを充実させるため、ターミナルケアに係る評価の見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 在宅ターミナルケア加算については、ターミナルケアのプロセスと看取りに分けた評価体系に見直し、機能を強化した在支診・在支病と併せて評価を行う。

現 行	改定案
<p>【在宅ターミナルケア加算】</p>	<p>【在宅ターミナルケア加算】</p> <p><u>機能を強化した在支診・在支病</u></p> <p><u>病床を有する場合</u></p> <p><u>ターミナルケア加算</u> 6,000点(新)</p> <p><u>看取り加算</u> 3,000点</p> <p>(新)</p> <p><u>病床を有しない場合</u></p> <p><u>ターミナルケア加算</u> 5,000点(新)</p> <p><u>看取り加算</u> 3,000点</p> <p>(新)</p>
<p>在支診・在支病 10,000点</p>	<p>在支診・在支病</p> <p><u>ターミナルケア加算</u> 4,000点(新)</p> <p><u>看取り加算</u> 3,000点(新)</p> <p>在支診・在支病以外</p>
<p>在支診・在支病以外 2,000点</p>	

<p>[算定要件] 在支診・在支病</p> <p>死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施し、かつ、死亡前24時間以内に往診又は訪問診療を行い当該患者を看取った場合（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。）</p> <p>在支診・在支病以外</p> <p>在宅で死亡した患者（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）に対して死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施した場合</p>	<p><u>ターミナルケア加算</u> 3,000点(新)</p> <p><u>看取り加算</u> 3,000点(新)</p> <p>[算定要件] 在支診・在支病（機能強化型を含む）</p> <p><u>ターミナルケア加算</u> 死亡日及び死亡日前14日以内に2回以上往診または訪問診療を実施した場合</p> <p><u>看取り加算</u> 事前に患者の家族等に対して十分な説明等を行い、患家で看取りを行った場合</p> <p>在支診・在支病以外</p> <p><u>ターミナルケア加算</u> 死亡日及び死亡日前14日以内に2回以上往診または訪問診療を実施した場合</p> <p><u>看取り加算</u> 事前に患者の家族等に対して十分な説明等を行い、患家で看取りを行った場合</p>
--	--

2. 訪問看護におけるターミナルケア加算の評価の見直し

死亡日前 14 日以内に2回以上の訪問看護・指導がターミナルケア加算の必須の算定要件であったが、この2回目においては、死亡日の訪問看護・指導も含むことを明示する。

(在宅患者訪問看護・指導料)

現 行	改定案
在宅で死亡した患者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外	在宅で死亡した患者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外

<p>で死亡した患者を含むに対して)、保険医療機関の保険医の指示により、死亡日前14日以内に2回以上訪問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合は、在宅ターミナルケア加算として、所定点数に2,000点を加算する。</p>	<p>で死亡した患者を含むに対して)、保険医療機関の保険医の指示により、<u>死亡日及び</u>死亡日前14日以内に2日以上訪問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合は、在宅ターミナルケア加算として、所定点数に2,000点を加算する。</p>
---	---

(訪問看護療養費)

現 行	改定案
<p>訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションの看護師等が、在宅で死亡した利用者(ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した者を含む。)に対して、その主治医の指示により、死亡日前14日以内に2回以上指定訪問看護を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合は所定額を算定する。</p>	<p>訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションの看護師等が、在宅で死亡した利用者(ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した者を含む。)に対して、その主治医の指示により、<u>死亡日及び</u>死亡日前14日以内に2日以上指定訪問看護を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合は所定額を算定する。</p>

3. 機能を強化した在支診・在支病の評価と併せて、在宅末期医療総合診療料の引き上げを行うとともに名称の変更を行う。

「重点課題2-1-②」を参照のこと。

4. 介護老人福祉施設(以下「特養」という。)における看取りの充実を図るため、特養の配置医師と在支診・在支病といった外部の医師が連携して、特養における看取りを行った場合について評価を行う。

現 行	改定案
<p>【在宅患者訪問診療料（ターミナルケア加算含む）】【特定施設入居時等医学総合管理料】</p> <p>[特養における算定要件]</p> <p>末期の悪性腫瘍患者のみ</p>	<p>【在宅患者訪問診療料（ターミナルケア加算含む）】【特定施設入居時等医学総合管理料】</p> <p>[特養における算定要件]</p> <p>末期の悪性腫瘍患者に加え、<u>以下の場 合について算定可能とする。</u></p> <p>① <u>介護報酬における看取り介護加 算の算定要件を満たしている特養に おいて、</u></p> <p>② <u>在支診・在支病または特養の協力 医療機関の医師が、当該特養におい て看取った場合、</u></p> <p>③ <u>疾患に限らず死亡日からさかの ぼって30日に限り医療保険の給付対 象とする。</u></p>

効果的な入院診療計画の策定

骨子【重要課題 2－3】

第 1 基本的な考え方

現在も入院診療計画を策定し、患者に説明を行うことになっているが、厚生労働省で示している入院診療計画の内容以上に詳細な入院診療計画を策定し、患者に対して説明を行っている医療機関が増加してきており、これらの詳細な入院診療計画について評価を行う。

第 2 具体的な内容

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

[算定要件]

- ① A100～109 入院基本料、300～314 特定入院料に入院する患者であること。
- ② 入院 7 日以内に詳細な入院診療計画が作成され説明が行われていること。
- ③ 詳細な入院診療計画の内容は、入院中から退院時及び退院後の生活のイメージができるような内容であり、月日、経過、達成目標、日毎の治療、処置、検査、活動・安静度、リハビリ、食事、清潔、排泄、教育・指導（栄養・服薬）・説明、観察記録、退院後の治療計画、退院後の療養上の留意点等である。これらが含まれている場合には、様式の形式は当該様式に限るものではない。

効果的な退院調整の評価

骨子【重要課題 2－3】

第1 基本的な考え方

1. 効果的な退院調整を行うため、退院調整部門を強化し、早期の退院を評価する。
2. 地域移行を推進するため、病名、入院時の症状、退院後に必要となる診療内容や訪問看護等の在宅療養支援その他必要な事項を地域連携診療計画のように連携医療機関と確認した文書を患者に提供し、説明をした場合については、更に評価を行う。
3. 退院後に介護保険への円滑な移行を図るため、身体機能等に関する総合的な機能評価の充実を図る。

第2 具体的な内容

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

(新)	退院調整加算 1	イ	14日以内	340点
		ロ	30日以内	150点
		ハ	31日以上	50点
(新)	退院調整加算 2	イ	30日以内	800点
		ロ	31日以上90日以内	600点
		ハ	91日以上120日以内	400点
		ニ	121日以上	200点

[算定要件]

退院調整加算 1

- ① 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般）、専門病院入院基本料、有床診療所入院基本料を算定している患者が退院した場合に算定する。
- ② 医療機関全体として退院困難な要因を有する患者を抽出する体制を整備し、その上で入院後7日以内に退院支援計画の作成に着手していること。
- ③ 退院困難な要因を有する患者については、できるだけ早期に患者家族と退院後の生活について話し合い、関係職種と連携して退院支援計画を作成し、計画に基づき、退院・転院後の療養を担う保険医療機関等との連絡調整や適切な介護サービスの導入に係る業務等の退院調整を行っていること。
- ④ 退院時共同指導料と同時に算定する場合には、連携医療機関と患者が在宅療養にむけて必要な準備を確認し、患者に対して文書により情報提供すること。

退院調整加算 2

- ① 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟）、有床診療所療養病床入院基本料、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料又は特定入院基本料を算定している患者が退院した場合
- ②～④ 退院調整加算 1 と同様。

[施設基準]

- ① 病院の場合は以下の基準をすべて満たしていること。
 - イ 当該保険医療機関内に、退院調整に関する部門が設置されていること。
 - ロ 当該部門に退院調整に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が配置されていること。
 - ハ 専従の看護師が配置されている場合にあつては専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合にあつては専任の看護師が配置されていること。
- ② 診療所の場合は、退院調整を担当する専任の者が配置されていること。

2. 入院時の症状、標準的な入院期間、退院後に必要とされる診療等の在宅での療養に必要な事項を記載した退院支援計画を作成し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、当該患者の治療を担う別の保険医療機関と共有した場合の評価を行う。

(新) 地域連携計画加算 300点

3. 総合評価加算を引き上げるとともに、算定可能病棟を拡充する。

現 行	改定案
<p>【総合評価加算】（入院中1回） 50点</p> <p>[算定可能病棟] 一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、有床診療所入院基本料</p>	<p>【総合評価加算】（入院中1回） <u>100点</u>(改)</p> <p>[算定可能病棟] 一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、有床診療所入院基本料、<u>療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料</u></p>

医療機関と訪問看護ステーションの連携について

骨子【重要課題 2－3】

第 1 基本的な考え方

1. 円滑な地域移行を進めるために、退院時のカンファレンスの開催及び療養上必要な説明・指導など、退院に向けた医療機関と訪問看護ステーションとの連携について評価を行う。また、特別な管理を要する患者の退院時共同指導の評価を行う。
2. 国民の価値観の多様化および在院日数短縮化の中、在宅療養を選択する医療ニーズの高い者が増加している。入院中から、いかに在宅療養に移行するかが、その後の在宅療養生活に大きく影響することも報告されており、柔軟な対応が可能な訪問看護の仕組みが求められている。

第 2 具体的な内容

1. 訪問看護ステーションとの連携の評価

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

現 行	改定案
【退院時共同指導料 2】 300点 [算定要件] 医師又は看護師等が入院中の患者に対して、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の医師又は看護師等と共同して行った場合に算定する。	【退院時共同指導料 2】 300点 [算定要件] 医師又は看護師等が入院中の患者に対して、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の医師、若しくは当該保険医の指示を受けた看護師、又は訪問看護ステーションの看護師と

	共同して行った場合に算定する。
--	-----------------

2. 特別な管理を要する患者の退院時共同指導の評価

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

(新)	<u>退院時共同指導料 1 特別管理指導加算</u>	200 点
(新)	<u>訪問看護療養費 特別管理指導加算</u>	2,000 円

[特別な管理が必要な者]

- 一 在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- 二 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者
- 三 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 四 真皮を越える褥瘡の状態にある者
- 五 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

3. 外泊日、退院当日の訪問看護の評価

(1) 外泊日の訪問看護

(訪問看護療養費)

患者の試験外泊時における訪問看護を拡充するために、連携する訪問看護ステーションによる試験外泊時の訪問看護の評価を新設する。

(新)	<u>訪問看護基本療養費 (Ⅲ)</u>	8,500 円
-----	----------------------	---------

[算定要件]

入院中に外泊する患者であって、次のいずれかに該当するもの

- ① 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の利用者
- ② 特掲診療料の施設基準等別表第八各号に掲げる者
- ③ 診療に基づき、試験外泊時の訪問が必要であると認められた者

(特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の利用者)

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、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以上かつ生活機能障害度が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、オリブ橋小脳萎縮症、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若しくは頸髄損傷の患者又は人工呼吸器を装着している患者

(特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる状態等にある者)

- 一 在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- 二 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者
- 三 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 四 真皮を越える褥瘡の状態にある者
- 五 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

(退院前訪問看護)

当該入院医療機関からの試験外泊時の訪問看護について、さらなる評価をする。

現 行		改定案	
【退院前訪問指導料】	410点	【退院前訪問指導料】	555点(改)

(2) 退院当日の訪問看護

(訪問看護療養費)

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

(退院前訪問指導料)

医療機関からの退院当日の訪問看護を評価する。

(訪問看護療養費)

現 行		改定案	
【退院支援指導加算】	6000円	【退院支援指導加算】	6000円
指定訪問看護を受けようとする者が区分番号01の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾患等の利用者又は注3本文に規定する別に厚生労働大臣が定める状態等にある利用者に該当する場合に、保険医療機関から退院するに当たって、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く）が、退院日に当該保険医療機関以外において療養上必要な指導を行ったときには、退院支援指導加算として、退院日の翌日以降初日の指定訪問看護が行われた際に6,000円を加算する。		指定訪問看護を受けようとする者が区分番号01の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾患等の利用者、注3本文に規定する別に厚生労働大臣が定める状態等にある利用者、および診療により、 <u>退院当日の訪問看護が必要であると認められた者</u> に該当する場合に、保険医療機関から退院するに当たって、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く）が、退院日に当該保険医療機関以外において療養上必要な指導を行ったときには、退院支援指導加算として、退院日の翌日以降初日の指定訪問看護が行われた際に6,000円を加算する。	
			ただし、退院日以降の初回の訪問看

	護が行われる前に患者が死亡した場合に限り、死亡日に算定可能とする。
--	-----------------------------------

(退院前訪問指導料)

現 行	改定案
<p>【退院前訪問指導料】 410点</p> <p>[算定要件]</p> <p>入院期間が1月を超えると見込まれる患者の退院に先立って患家を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の療養上の指導を行った場合に算定する。</p>	<p>【退院前訪問指導料】 555点(改)</p> <p>[算定要件]</p> <p>入院期間が1月を超えると見込まれる患者の円滑な退院を支援するため患家を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の療養上の指導を行った場合に算定する。</p> <p><u>退院当日の訪問指導についても算定可能とする。</u></p>

4. 退院直後の訪問看護

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

現 行	改定案
<p>【特別訪問看護指示加算】 100点</p> <p>[算定要件]</p> <p>患者の主治医が、診療に基づき急性増悪、終末期等の事由により、週4回以上の頻回の指定訪問看護を一時的に当該患者に対して行う必要性を認めた場合であって、特別訪問看護指示書を当該患者が選定する訪問看護ステーションに対して交付した場合に算定する。</p>	<p>【特別訪問看護指示加算】 100点</p> <p>[算定要件]</p> <p>患者の主治医が、診療に基づき急性増悪、終末期、<u>退院直後</u>等の事由により、週4回以上の頻回の指定訪問看護を一時的に当該患者に対して行う必要性を認めた場合であって、特別訪問看護指示書を当該患者が選定する訪問看護ステーションに対して交付した場合に算定する。</p>

在宅歯科医療の推進

骨子【重点課題2－4－(1)】

第1 基本的な考え方

1. 在宅歯科医療をより一層推進する観点から、現在の歯科訪問診療の対象者について、歯科訪問診療の実情も踏まえつつ、適切に歯科訪問診療が提供されるよう「常時寝たきりの状態」の表現を見直す。
2. 居宅に対する歯科訪問診療が推進されるよう、同一建物居住者以外に対する歯科訪問診療をより適切に評価するとともに、在宅療養支援歯科診療所の取り組みを評価する観点から、在宅療養支援歯科診療所に属する歯科衛生士が歯科訪問診療に際して診療の補助を行った場合に評価を行う。
3. 歯科訪問診療に必要な器具を携行した場合の加算の評価について、一人の患者に対して「1回目」と「2回目以降」で異なる評価を、同一建物居住者の有無により適切に評価を行う。なお、この際、同一建物居住者に対して、一度に多数の患者に歯科訪問診療を行う場合の適正化を行う。

第2 具体的な内容

1. 歯科訪問診療料の対象者の表現の見直し

歯科訪問診療の対象者について、歯科訪問診療の実情も踏まえつつ、適切に歯科訪問診療が提供されるよう「常時寝たきりの状態」の表現を見直す。

現 行	改定案
<p>[算定要件]</p> <p>・ 歯科訪問診療は常時寝たきりの状態等であって、在宅等において療養を行っており、疾病、傷病のため通院による歯科治療が困難な患者を対象とし、療養中の当該患者の在宅等から屋外等への移動を伴わない屋内で診療を行った場合に限り算定できる。</p>	<p>[算定要件]</p> <p>・ <u>歯科訪問診療は、在宅等において療養を行っており、疾病、傷病のため通院による歯科治療が困難な患者を対象としていることから、通院が容易な者に対して安易に算定してはならない。</u> <u>なお、この場合において、療養中の当該患者の在宅等から屋外等への移動を伴わない屋内で診療を行った場合に限り算定できる。</u> (改)</p>

2. 歯科訪問診療料の評価の見直し

歯科訪問診療の評価について、在宅に対する歯科訪問診療を推進する観点から、歯科訪問診療料1の評価を引き上げるとともに、歯科訪問診療を行った際に患者の容体の急変により、やむを得ず20分を満たさなかった場合の取り扱いを明記する。

現 行	改定案
<p>【歯科訪問診療料】</p> <p>1 歯科訪問診療 1 830点</p> <p>2 歯科訪問診療 2 380点</p> <p>注1 1については、在宅等において療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に歯科訪問診療を行う場合の当該患者（以下この区分番号において</p>	<p>【歯科訪問診療料】</p> <p>1 歯科訪問診療 1 <u>850点 (改)</u></p> <p>2 歯科訪問診療 2 380点</p> <p>注1 1については、在宅等において療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に歯科訪問診療を行う場合の当該患者（以下この区分番号において</p>

<p>「同一建物居住者」という。)を除く。)であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、次のいずれかに該当する歯科訪問診療(診療時間が20分以上の場合に限る。)を行った場合に算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料又は区分番号A002に掲げる再診料は、算定しない。</p>	<p>「同一建物居住者」という。)を除く。)であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、次のいずれかに該当する歯科訪問診療(診療時間が20分以上の場合に限る。<u>ただし、当該患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合においてはこの限りでない。</u>)を行った場合に算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料又は区分番号A002に掲げる再診料は、算定しない。<u>(改)</u></p> <p>※注2(同一建物居住者についても同様の改正)</p>
---	---

3. 歯科訪問診療補助加算の新設

在宅療養支援歯科診療所の取り組みを評価する観点から、在宅療養支援歯科診療所に属する歯科衛生士が歯科訪問診療に際して診療の補助を行った場合に評価を行う。

(新)	<u>歯科訪問診療補助加算 (1日につき)</u>	
	<u>同一建物居住者以外の場合</u>	110点
	<u>同一建物居住者の場合</u>	45点

[算定要件]

在宅療養支援歯科診療所に属する歯科衛生士が、必要があつて歯科訪問診療の補助を行うために歯科訪問診療を行う歯科医師と同行し、実際に歯科訪問診療の補助を行った場合は、歯科訪問診療補助加算として、次に掲げる点数を、1日につき歯科訪問診療料の所定点数に加算する。

4. 在宅患者等急性歯科疾患対応加算の見直し

歯科訪問診療に必要な器具を携行した場合の評価について、一人の患者に対して「1回目」と「2回目以降」で異なる評価を、同一建物居住者の有無により適切に評価を行う。なお、この際、同一建物居住者に対して、一度に多数の患者に歯科訪問診療を行う場合の適正化を行う。

現 行	改定案
【歯科訪問診療料】	【歯科訪問診療料】
注 在宅患者等急性歯科疾患対応加算 (1日につき)	注 在宅患者等急性歯科疾患対応加算 (1日につき)
イ 1回目 232 点	イ 同一建物居住者以外 <u>170 点</u>
ロ 2回目以降 90 点	<u>(改)</u> ロ 同一建物居住者 (5人以下) <u>85 点 (改)</u>
	ハ 同一建物居住者 (6人以上) <u>50 点</u>
	<u>(改)</u>

在宅薬剤管理指導業務の一層の推進

骨子【重点課題 2－4－(2)】

第1 基本的な考え方

1. 在宅業務に十分に対応するためには、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に対して、一定以上の過去の実績も考慮した施設基準を設け、評価を新設する。
2. 小規模薬局であっても、近隣の薬局と連携することにより、在宅業務へ参画することが可能となるが、在宅患者訪問薬剤管理指導料等について、小規模薬局間で連携して取り組む場合でも算定可能とする。
3. 無菌調剤を行うためには、特別な設備が必要とされるが、現行の施設基準では一部不都合が生じていることから、より合理的な基準となるよう見直しを行う。
4. 緊急時の対応を求められた場合、薬局から患家までの距離が遠いと患者に不利益が生じるケースも予想されることから、在宅訪問が可能な距離について見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 在宅業務実施薬局に対する施設基準の新設と当該薬局での在宅調剤の評価

在宅業務に十分に対応している薬局として、過去の実績も考慮した施設基準を新たに設け、当該基準を満たす薬局が在宅患者に対する調剤を行った場合、調剤料への加算を新設する。

(新) 在宅患者調剤加算 15点

[算定要件]

施設基準に適合している薬局において、在宅患者訪問薬剤管理指導料等を算定している患者に対する調剤を行った場合、処方せん受付1回につき15点を加算する。

[施設基準]

- (1) あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方厚生局長等に届け出た保険薬局であること。
 - (2) 在宅業務を行うにつき必要な体制が整備されていること。
 - (3) 麻薬及び向精神薬取締法（昭和28年法律第14号）第3条の規定による麻薬小売業者の免許を受けていること。
- ※ なお、必要な体制整備の要件として、過去一年間の在宅患者訪問薬剤管理指導等の実績、医療材料及び衛生材料を供給できる体制、医療機関及び福祉関係者等に対する在宅業務実施体制に係る周知等を定めることとする。

2. 小規模薬局間の連携による在宅業務の評価

在宅患者訪問薬剤管理指導を主に担当する薬局（以下「在宅基幹薬局」という。）が、それを支援する薬局（以下「サポート薬局」という。）とあらかじめ連携している場合、在宅基幹薬局が対応できない場合の臨時対応として、サポート薬局が行った在宅患者訪問薬剤管理指導料等についても算定できることとする。

ただし、保険請求は在宅基幹薬局が行うものとする。

3. 無菌製剤処理加算に関する施設基準の見直し

無菌製剤処理の施設基準における「十分な施設を有している」との要件を「十分な施設又は設備を有している」と合理的に改める。

現 行	改定案
（調剤料に係る無菌製剤処理の施設基準）	（調剤料に係る無菌製剤処理の施設基準）

(1) 薬局であること。 (2) 無菌製剤処理を行うにつき十分な施設を有していること。 (3) 無菌製剤処理を行うにつき必要な体制が整備されていること。	(1) 薬局であること。 (2) 無菌製剤処理を行うにつき十分な施設又は設備を有していること。 (3) 無菌製剤処理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
--	--

※ なお、これに伴い、通知において「無菌製剤処理を行うための専用の部屋（5平方メートル以上）を有していること。」の要件を削除する。

4. 在宅業務受入れ可能距離に係る目安の設定

在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定要件に患家との距離要件を設定する。

現 行	改定案
【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 1 同一建物居住者以外の場合 500点 2 同一建物居住者の場合 350点	【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 1 同一建物居住者以外の場合 500点 2 同一建物居住者の場合 350点 [算定要件] <u>注 保険薬局の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超える場合、特殊の事情がある場合を除き算定できない。</u>

医療ニーズの高い患者への対応について

骨子【重点課題 2－5－(1)】

第 1 基本的な考え方

国民の価値観の多様化および在院日数短縮化の中、在宅療養を選択する医療ニーズの高い者が増加している。入院中から、いかに在宅療養に移行するかが、その後の在宅療養生活に大きく影響することも報告されており、柔軟な対応の可能な訪問看護の仕組みが求められている。

第 2 具体的な内容

1. 退院直後の訪問看護

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

「重点課題 2－3－③」を参照のこと。

2. 外泊日の訪問看護の評価

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

「重点課題 2－3－③」を参照のこと。

3. 退院当日の訪問看護の評価

「重点課題 2－3－③」を参照のこと。

4. 週 4 日以上訪問が可能な患者の要件緩和

重症者管理加算（特別管理加算に名称変更予定）の算定者（特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる状態等にある者）については、週3日以内の訪問看護の回数制限を緩和する。

現行	改定案
<p>在宅患者訪問看護・指導料等の算定は週3日を限度とするが、厚生労働大臣が定める疾病等の患者については週4日以上算定できる。</p> <p>【厚生労働大臣が定める疾病等の患者】</p> <p>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、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以上かつ生活機能障害度が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、オリブ橋小脳萎縮症、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若しくは頸髄損傷の患者又は人工呼吸器を装着している患者</p>	<p>在宅患者訪問看護・指導料等の算定は週3日を限度とするが、厚生労働大臣が定める疾病等の患者については週4日以上算定できる。</p> <p>【厚生労働大臣が定める疾病等の患者】</p> <p>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、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以上かつ生活機能障害度が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、オリブ橋小脳萎縮症、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若しくは頸髄損傷の患者又は人工呼吸器を装着している患者、別表第八に定める患者</p>

（特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる状態等にある者）

- 一 在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- 二 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者
- 三 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者

- 四 真皮を越える褥瘡の状態にある者
- 五 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

5. 訪問看護管理療養費の算定日数の制限を緩和

訪問看護管理療養費の算定は、月 12 日までを限度としているため、末期がん等（特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる状態等にある者。ただし、別表第八に掲げる者を追加予定（4 参照）。）の週 4 日以上訪問看護が実施できる患者については、月 13 日以上訪問看護を行っていたとしても、訪問看護管理療養費を算定できない。したがって、訪問看護管理療養費の算定日数制限を緩和する。

現行	改定案
訪問看護管理療養費 1 月の初日の訪問の場合 7,300 円	訪問看護管理療養費 1 月の初日の訪問の場合 7,300 円
2 月の 2 日目以降の訪問の場合 2,950 円	2 月の 2 日目以降の訪問の場合 2,950 円
1 月に 12 日までを限度とする	(削除)

(特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる状態等にある者)

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、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 以上かつ生活機能障害度が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、オリブ橋小脳萎縮症、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若しくは頸髄損傷の患者又は人工呼吸器を装着している患者

(特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる状態等にある者)

- 一 在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- 二 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、

在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者

三 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者

四 真皮を越える褥瘡の状態にある者

五 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

介護保険の訪問看護との整合

骨子【重点課題 2－5－(2)】

第 1 基本的な考え方

訪問看護は医療保険と介護保険の両保険制度に位置づけられており、制度間の報酬上の違いについては、利用者の理解を得られにくい点もあるため、診療報酬と介護報酬の同時改定であることを踏まえ、必要な見直しを行う。

第 2 具体的な内容

1. 訪問看護療養費の早朝・夜間・深夜加算

現在、医療保険においては、標榜時間外の訪問看護について、その他利用料として自費を徴収しているが、早朝、夜間、深夜加算を介護保険と同様に医療保険においても新設する。

(新) 訪問看護療養費

早朝・夜間加算	(6時～8時・18時～22時)	2,100円
深夜加算	(22時～6時まで)	4,200円

(新) 在宅患者訪問看護・指導料

早朝・夜間加算	(6時～8時・18時～22時)	210点
深夜加算	(22時～6時まで)	420点

2. 重症者管理加算の名称変更・要件の見直し

介護保険における同趣旨の特別管理加算との齟齬を解消するために以下の見直しを行う。

- (1) 医療保険の重症者管理加算を特別管理加算とし、名称を統一する。
- (2) 重症者管理加算および在宅移行管理加算における「1月以内の期間に4日以上訪問看護・指導を行うこと」とする算定要件を削除する。

(訪問看護療養費)

現 行	改定案
<p>【重症者管理加算】</p> <p>2,500円又は5,000円</p> <p>特別な管理を必要とする利用者に対して、当該基準の定めるところにより、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行い、<u>1月に4日以上</u>の指定訪問看護を行った場合には、<u>重症者管理加算として、月に1回を限度として</u>所定額に2,500円を加算する。ただし、特別な管理を必要とする利用者のうち重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態等にある利用者については、5,000円を加算する。</p>	<p>【特別管理加算】</p> <p>2,500円又は5,000円</p> <p>特別な管理を必要とする利用者に対して、当該基準の定めるところにより、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合には、<u>特別管理加算として、月に1回を限度として</u>所定額に2,500円を加算する。ただし、特別な管理を必要とする利用者のうち重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態等にある利用者については、5,000円を加算する。</p>

(特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる状態等にある者)

- 一 在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- 二 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者
- 三 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 四 真皮を越える褥瘡の状態にある者
- 五 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

(在宅患者訪問看護・指導料)

現 行	改定案
<p>【在宅移行管理加算】250又は500点 訪問看護・指導に関して特別な管理を必要とする患者（※別に厚生労働大臣が定める状態等にある者に限る。以下この注において同じ。）に対して、<u>退院の日から起算して1月以内の期間に4回以上の訪問看護・指導を行い、かつ、当該患者に係る訪問看護・指導に関する計画的な管理を行った場合は、患者1人につき1回に限り、在宅移行管理加算として、所定点数に250点を加算する。ただし、特別な管理を必要とする患者のうち重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものについては、患者1人につき1回に限り、所定点数に500点を加算する。</u></p>	<p>【在宅移行管理加算】250又は500点 訪問看護・指導に関して特別な管理を必要とする患者（※別に厚生労働大臣が定める状態等にある者に限る。以下この注において同じ。）に対して、当該患者に係る訪問看護・指導に関する計画的な管理を行った場合は、患者1人につき1回に限り、在宅移行管理加算として、所定点数に250点を加算する。ただし、特別な管理を必要とする患者のうち重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものについては、患者1人につき1回に限り、所定点数に500点を加算する。</p>

3. 医師の指示書の交付範囲の拡大

介護報酬改定における新サービスの新設および社会福祉士及び介護福祉士法の一部改正により介護職員等のたん吸引等が可能になったことにより、医師の指示書の交付範囲が拡大したことに伴う必要な見直しを行う。

(1) たん吸引等の指示書

保険医療機関の医師が、訪問介護等のサービスを受けている患者に対するたんの吸引等に関する指示を、当該サービスを行う事業所に対して交付した場合の評価を行う。

(新) たん吸引に係る指示料 240 点

(2) 介護保険新サービスに対する訪問看護指示書

介護保険被保険者等で複合型、定期巡回型訪問介護看護サービスを受けている患者に対する訪問看護指示の交付を評価する。

(新) 介護保険新サービスに対する訪問看護指示料 300 点

効率的かつ質の高い訪問看護の推進

骨子【重点課題2－5－(3)】

第1 基本的な考え方

1. 在宅医療を受ける難病、がん、小児の利用者が増加し、訪問看護のニーズは多様化している。一方で、小規模事業所が多く、増加する需要や多様なニーズに対応するためには、効率的かつ質の高い訪問看護を推進する必要がある。
2. 精神科訪問看護については、医療機関が提供するものと訪問看護ステーションが提供するものとは、対象者や実施者等が異なり、煩雑であることから見直しを行う。同時に、精神科訪問看護の特殊性を踏まえた見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 訪問看護における看護補助者の評価

訪問看護のケア内容については、必ずしも看護職員が実施する必要性が高い業務だけではないため、看護補助者と同行し、役割分担をした場合について評価する。

(訪問看護療養費)

現 行	改定案
<p>【複数名訪問看護加算】</p> <p>1及び3については、同時に複数の看護師等による指定訪問看護が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対し、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師又は准看護師（以下「看護職員」という。）が、当</p>	<p>【複数名訪問看護加算】</p> <p>1及び3については、同時に複数の看護師等による指定訪問看護が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対し、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師又は准看護師（以下「看護職員」という。）が、当</p>

<p>該訪問看護ステーションの他の看護師等と同時に指定訪問看護を行うことについて利用者又はその家族等の同意を得て、指定訪問看護を行った場合には、複数名訪問看護加算として、週1回に限り、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定額に加算する。</p> <p>イ 所定額を算定する指定訪問看護を行った看護職員が他の保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と同時に指定訪問看護を行った場合 4,300円</p> <p>ロ 所定額を算定する指定訪問看護を行った看護職員が他の准看護師と同時に指定訪問看護を行った場合 3,800円</p>	<p>該訪問看護ステーションの他の看護師等と同時に指定訪問看護を行うことについて利用者又はその家族等の同意を得て、指定訪問看護を行った場合には、複数名訪問看護加算として、<u>イ及びロの場合にあっては週1回、ハの場合にあっては週3回（区分番号01の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等（*）の利用者に対する場合を除く。）</u>に限り、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定額に加算する。</p> <p>（*）特掲診療料の施設基準別表第七</p> <p>イ 所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が他の保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と同時に指定訪問看護を行う場合 4,300円</p> <p>ロ 所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が他の准看護師と同時に指定訪問看護を行う場合 3,800円</p> <p><u>ハ 所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が看護補助者と同時に指定訪問看護を行う場合</u> 3,000円（新）</p>
---	---

（在宅患者訪問看護・指導料）

現 行	改定案
<p>【複数名訪問看護加算】 同時に複数の看護師等による訪問看護・指導が必要な者として別に厚生</p>	<p>【複数名訪問看護加算】 同時に複数の看護師等による訪問看護・指導が必要な者として別に厚生</p>

<p>労働大臣が定める者に対して、保険医療機関の複数の看護師等が同時に訪問看護・指導を行うことについて患者又はその家族等の同意を得て、訪問看護・指導を実施した場合には、複数名訪問看護加算として、週1回に限り、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。</p> <p>イ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行った看護師等が他の保健師、助産師又は看護師と同時に訪問看護・指導を行った場合 430点</p> <p>ロ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行った看護師等が他の准看護師と同時に訪問看護・指導を行った場合 380点</p>	<p>労働大臣が定める者に対して、保険医療機関の複数の看護師等が同時に訪問看護・指導を行うことについて患者又はその家族等の同意を得て、訪問看護・指導を実施した場合には、複数名訪問看護加算として、<u>イ及びロの場合にあつては週1回、ハの場合にあつては週3回（区分番号01の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等（*）の利用者に対する場合を除く。）</u>に限り、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定額に加算する。</p> <p>（*）特掲診療料の施設基準別表第七</p> <p>イ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行った看護師等が他の保健師、助産師又は看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合 430点</p> <p>ロ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行った看護師等が他の准看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合 380点</p> <p><u>ハ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行った看護師等が看護補助者と同時に訪問看護・指導を行う場合</u> 300点（新）</p>
--	---

2. 専門性の高い看護師による訪問の評価

(1) 鎮痛療法又は化学療法を行っている入院中以外の緩和ケアニーズを持つ悪性腫瘍の患者について、医療機関等の専門性の高い看護師と訪問看護ステーションの看護師が同一日に訪問すること等について評価を行う。

「重点課題2-1-②」を参照のこと。

(2) 真皮を越える褥瘡の状態にある在宅療養中の患者について、医療機関等の専門性の高い看護師と訪問看護ステーションの看護師が同一日に訪問すること等について評価を行う。

(新)	訪問看護療養費 (IV)	
	褥瘡専門訪問看護料	12,850 円
(新)	在宅患者訪問看護・指導料	
	褥瘡専門訪問看護・指導料	1,285 点

[算定要件]

5年以上、褥瘡患者の看護に従事した経験を有し、褥瘡患者への処置やケア等に係る6月以上の適切な研修を修了した者であること。

3. 長時間訪問看護の算定要件の見直し

- (1) 長時間訪問看護の対象を小児については人工呼吸器を装着していない超重症児・準超重症児にも拡大し、当該患者の回数制限を緩和する。
- (2) 特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者を追加する。
- (3) 特別な管理を必要とする患者(特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる状態等にある者)を追加する。
- (4) 医療保険下の長時間訪問看護は2時間以上提供した場合から算定可能となっているが、介護保険との整合をとるため、90分以上から算定できることとする。
「重点課題1-1-⑤」を参照のこと。

(特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる状態等にある者)

- 一 在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- 二 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者

- 三 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- 四 真皮を越える褥瘡の状態にある者
- 五 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

4. 緊急時訪問看護の評価の見直し

在支診・在支病のみならず、在支診以外の診療所との連携により生じた緊急時の訪問看護について評価を行う。

現 行	改定案
患者又はその看護に当たっている者の求めを受けた在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医の指示により、保険医療機関の看護師等が緊急に訪問看護・指導を実施した場合には、緊急訪問看護加算として、1日につき所定点数に265点を加算する。	患者又はその看護に当たっている者の求めを受けた <u>診療所</u> 又は在宅療養支援病院の保険医の指示により、保険医療機関の看護師等が緊急に訪問看護・指導を実施した場合には、緊急訪問看護加算として、1日につき所定点数に265点を加算する。

5. 精神科訪問看護の報酬体系の見直し

(1) 訪問看護指示の見直し

訪問看護指示は、疾病等により通院による療養が困難な者に対して指示を行うものであるが、精神科訪問看護においては、こうした患者以外に対しても訪問看護が必要な場合もあるため、見直しを行う。

(新)	<u>精神科訪問看護指示料</u>	300 点
(新)	<u>特別訪問看護指示加算</u>	100 点

[算定要件]

- ① 精神科を標榜する医療機関の医師が診療に基づき、訪問看護の必要性を認め、訪問看護ステーションに対して、訪問看護指示書を交付すること。
- ② 患者一人につき月1回に限り算定する。

(2) 精神科訪問看護基本療養費と 30 分未満の短時間訪問看護の新設

訪問看護療養費は、現在精神科に着目した点数は精神障害者社会復帰支援施設に入所している複数の者に対するものしかないため、精神科専門療法の精神科訪問看護・指導料と同様の整理を行う。

(訪問看護療養費)

(新) 精神科訪問看護基本療養費Ⅰ

イ 保健師、看護師又は作業療法士による場合

① 週 3 日目まで 30 分未満 4,250 円

② 週 3 日目まで 30 分以上 5,550 円

③ 週 4 日目以降 30 分未満 5,100 円

④ 週 4 日目以降 30 分以上 6,550 円

ロ 准看護師による場合

① 週 3 日目まで 30 分未満 3,870 円

② 週 3 日目まで 30 分以上 5,050 円

③ 週 4 日目以降 30 分未満 4,720 円

④ 週 4 日目以降 30 分以上 6,050 円

(新) 精神科訪問看護基本療養費Ⅱ 1,600 円

(新) 精神科訪問看護基本療養費Ⅲ

イ 保健師、看護師又は作業療法士による場合

① 週 3 日目まで 30 分未満 3,300 円

② 週 3 日目まで 30 分以上 4,300 円

③ 週 4 日目以降 30 分未満 4,060 円

④ 週 4 日目以降 30 分以上 5,300 円

ロ 准看護師による場合

① 週 3 日目まで 30 分未満 2,910 円

② 週 3 日目まで 30 分以上 3,800 円

③ 週 4 日目以降 30 分未満 3,670 円

④ 週 4 日目以降 30 分以上 4,800 円

[算定要件]

精神科訪問看護基本療養費Ⅰ

- ① 精神障害を有する入院中以外の者又はその家族の了解を得て患家を訪問し、個別に患者又は家族等に対して指定訪問看護を行った場合

- ② 主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、保健師、看護師、作業療法士、准看護師が指定訪問看護を行った場合、当該指定訪問看護を受けた者一人につき、週3日を限度として算定する。

精神科訪問看護基本療養費Ⅱ

- ① 精神障害者社会復帰施設に入所している複数の者に対して同時に指定訪問看護を行った場合
- ② 主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、保健師、看護師、作業療法士が指定訪問看護を行った場合、当該指定訪問看護を受けた者一人につき、週3日を限度として算定する。

精神科訪問看護基本療養費Ⅲ

- ① 精神障害を有する入院中以外の者又はその家族の了解を得て患家を訪問し、個別に患者又は家族等に対して指定訪問看護を行った場合
- ② 主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、保健師、看護師、作業療法士、准看護師が同一建物居住者に対して指定訪問看護を行った場合、当該指定訪問看護を受けた者一人につき、週3日を限度として算定する。

[施設要件]

- ① 精神科を標榜する保険医療機関において、精神病棟又は精神科外来に勤務した経験を有する者
- ② 精神障害者に対する訪問看護の経験を有する者
- ③ 精神保健福祉センター又は保健所等における精神保健に関する業務の経験を有する者
- ④ 専門機関等が主催する精神保健に関する研修を修了している者

[経過措置]

平成25年4月1日施行

(精神科専門療法)

精神科訪問看護・指導料Ⅰ

- (新) イ 保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による場合
- | | | |
|---|---------------------|--------------------|
| ① | <u>週3日目まで 30分未満</u> | <u>440点(1日につき)</u> |
| ② | <u>週3日目まで 30分以上</u> | <u>575点(1日につき)</u> |
| ③ | <u>週4日目以降 30分未満</u> | <u>525点(1日につき)</u> |

- ④ 週 4 日目以降 30 分以上 675 点(1日につき)
- (新) **ロ 准看護師による場合**
- ① 週 3 日目まで 30 分未満 400 点(1日につき)
- ② 週 3 日目まで 30 分以上 525 点(1日につき)
- ③ 週 4 日目以降 30 分未満 485 点(1日につき)
- ④ 週 4 日目以降 30 分以上 625 点(1日につき)
- (新) **精神科訪問看護・指導料Ⅱ 160 点(1日につき)**
- (新) **精神科訪問看護・指導料Ⅲ**

イ 保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士による場合

- ① 週 3 日目まで 30 分未満 340 点(1日につき)
- ② 週 3 日目まで 30 分以上 445 点(1日につき)
- ③ 週 4 日目以降 30 分未満 415 点(1日につき)
- ④ 週 4 日目以降 30 分以上 545 点(1日につき)

ロ 准看護師による場合

- ① 週 3 日目まで 30 分未満 300 点(1日につき)
- ② 週 3 日目まで 30 分以上 395 点(1日につき)
- ③ 週 4 日目以降 30 分未満 375 点(1日につき)
- ④ 週 4 日目以降 30 分以上 495 点(1日につき)

[算定要件]

精神科訪問看護・指導料Ⅰ

- ① 精神障害を有する入院中以外の者又はその家族の了解を得て患家を訪問し、個別に患者又は家族等に対して看護又は療養上必要な指導を行わせた場合に算定する。
- ② 精神障害を有する入院中以外の者を診察した精神科を標榜する保険医療機関の保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、准看護師を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合に、週3回を限度として算定する。

精神科訪問看護・指導料Ⅱ

- ① 精神障害者社会復帰施設に入所している複数の者に対して同時に看護又は療養上必要な指導を行わせた場合に算定する。
- ② 精神障害を有する入院中以外の者を診察した精神科を標榜する保険医療機関の保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合に、週3回を限度として算定する。

精神科訪問看護・指導料Ⅲ

- ① 精神障害を有する入院中以外の者又はその家族の了解を得て患家を訪問し、個別に患者又は家族等に対して看護又は療養上必要な指導を行った場合に算定する。
- ② 精神障害を有する入院中以外の者を診察した精神科を標榜する保険医療機関の保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、准看護師が同一建物居住者に対して看護又は療養上必要な指導を行った場合、当該患者一人につき、週3日を限度として算定する。

(3) 精神保健福祉士の同行訪問の評価の新設

あわせて、30分未満の短時間訪問看護及び精神保健福祉士の同行訪問の評価を新設する。

(訪問看護療養費)

(新) 精神科訪問看護基本療養費Ⅰ及びⅢ 複数名訪問看護加算 3,000円

[算定要件]

精神科訪問看護基本療養費Ⅰ及びⅢを算定している患者について、所定額を算定する指定訪問看護を保健師、看護師等が看護補助者又は精神保健福祉士と同時に指定訪問看護を行った場合、週1回に限り、いずれかを所定額に加算する。

(精神科専門療法)

(新) 精神科訪問看護・指導料Ⅰ及びⅢ 複数名訪問看護加算 300点

[算定要件]

精神科訪問看護・指導料Ⅰの所定点数を算定する看護又は療養上必要な指導を保健師、看護師等が看護補助者と同時に看護又は療養上必要な指導を行った場合、週1回に限り、所定額に加算する。

維持期リハビリテーションの評価

骨子【重点課題2－6－(1)】

第1 基本的な考え方

急性期、回復期リハビリテーションは主に医療保険、維持期リハビリテーションは主に介護保険、という医療と介護の役割分担を勘案し、標準的算定日数を超過しており、状態の改善が期待できると医学的に判断されない場合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、維持期にふさわしい評価とする。なお、要介護被保険者等に対するこれらのリハビリテーションは原則次回改定までとするが、次回改定時に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確認する。

第2 具体的な内容

1. 現在、標準的算定日数を超過しており、状態の改善が期待できると医学的に判断されない場合においても、1月に13単位に限り疾患別リハビリテーションを算定できることとなっているが、要介護被保険者等に対する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は、これらを原則次回改定までとする。

現 行	改定案
【脳血管疾患等リハビリテーション料】注3 発症、手術又は急性増悪から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定できるものとする。	【脳血管疾患等リハビリテーション料】注3 発症、手術又は急性増悪から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定できるものとする。 <u>ただし、要介護被保険者等については平成26年3月31日までに限る。</u>

<p>【運動器リハビリテーション料】注3 発症、手術又は急性増悪から150日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定できるものとする。</p>	<p>【運動器リハビリテーション料】注3 発症、手術又は急性増悪から150日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定できるものとする。<u>ただし、要介護被保険者等については平成26年3月31日までに限る。</u></p>
---	---

2. 要介護被保険者等について、標準的算定日数を超えており、状態の改善が期待できると医学的に判断されない場合の脳血管疾患リハビリテーション及び運動器リハビリテーションの評価を見直す。

現 行	改定案
<p>【脳血管疾患等リハビリテーション料】（1単位につき）</p>	<p>【脳血管疾患等リハビリテーション料】（1単位につき）</p>
	<p><u>要介護被保険者等であって標準的算定日数を超えており、状態の改善が期待できると医学的に判断されない場合においては、下記の点数を算定する。</u></p>
<p>1 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）</p> <p>イ ロ以外の場合 245点</p> <p>ロ 廃用症候群の場合 235点</p>	<p>1 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）</p> <p>イ ロ以外の場合 <u>221点(改)</u></p> <p>ロ 廃用症候群の場合 <u>212点(改)</u></p>
<p>2 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）</p> <p>イ ロ以外の場合 200点</p> <p>ロ 廃用症候群の場合 190点</p>	<p>2 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）</p> <p>イ ロ以外の場合 <u>180点(改)</u></p> <p>ロ 廃用症候群の場合 <u>171点(改)</u></p>
<p>3 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）</p> <p>イ ロ以外の場合 100点</p> <p>ロ 廃用症候群の場合 100点</p>	<p>3 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）</p> <p>イ ロ以外の場合 <u>90点(改)</u></p> <p>ロ 廃用症候群の場合 <u>90点(改)</u></p>

<p>【運動器リハビリテーション料】（1 単位につき）</p> <p>1 運動器リハビリテーション料 （Ⅰ） 175点</p> <p>2 運動器リハビリテーション料 （Ⅱ） 165点</p> <p>3 運動器リハビリテーション料 （Ⅲ） 80点</p>	<p>【運動器リハビリテーション料】（1 単位につき）</p> <p><u>要介護被保険者等であって標準的 算定日数を超えており、状態の改善が 期待できると医学的に判断されない 場合においては、下記の点数を算定す る。</u></p> <p>1 運動器リハビリテーション料 （Ⅰ） 158点(改)</p> <p>2 運動器リハビリテーション料 （Ⅱ） 149点(改)</p> <p>3 運動器リハビリテーション料 （Ⅲ） 80点</p>
--	--

リハビリテーションの医療から介護への円滑な移行

骨子【重点課題2－6－(2)】

第1 基本的な考え方

1. 医療保険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への円滑な移行を促進するため、介護保険のリハビリテーションへ移行後に医療保険の疾患別リハビリテーションを算定できる期間を、現在の1月間から2月間に延長する。
2. また、介護保険のリハビリテーションへ移行した後に医療保険の疾患別リハビリテーションを算定している期間中は適宜、介護保険への移行に向けた計画を策定することとし、医療保険の疾患別リハビリテーションの算定可能単位数を逡減制とする。

第2 具体的な内容

1. 介護保険のリハビリテーションに移行後に医療保険の疾患別リハビリテーションを算定できる期間を2月間に延長する。

現 行	改定案
【疾患別リハビリテーション】 医療保険から介護保険への円滑な移行が期待できることから、1月間に限り、同一疾患等について介護保険におけるリハビリテーションを行った日以外の日には医療保険における疾患別リハビリテーション料を算定することが可能である。	【疾患別リハビリテーション】 医療保険から介護保険への円滑な移行が期待できることから、 <u>2月間に限り</u> 、同一疾患等について介護保険におけるリハビリテーションを行った日以外の日には医療保険における疾患別リハビリテーション料を算定することが可能である。

2. また、当該移行期間の2月目については疾患別リハビリテーションを算定できる単位数を7単位までとする。

現 行	改定案
<p data-bbox="331 221 759 255">【疾患別リハビリテーション】</p> <p data-bbox="331 277 496 311">[算定要件]</p> <p data-bbox="339 333 860 539">標準的算定日数を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定できるものとする。</p>	<p data-bbox="906 221 1334 255">【疾患別リハビリテーション】</p> <p data-bbox="906 277 1070 311">[算定要件]</p> <p data-bbox="906 333 1436 824">標準的算定日数を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定できるものとする。 <u>ただし、介護保険への円滑な移行を目的として、要介護被保険者等に2月間に限り医療保険から疾患別リハビリテーションを算定している患者については、2月目について1月7単位に限り算定できるものとする。</u></p>

医療と介護の円滑な連携について

骨子【重点課題 2－6－(3)～(7)】

第1 基本的な考え方

1. 在宅医療における介護施設との連携等、介護保険との円滑な連携を推進するため、必要な見直しを行う。
2. 訪問看護は医療保険と介護保険の両保険制度に位置づけられており、制度間の報酬上の違いについては、利用者の理解を得られにくい点もあるため、診療報酬と介護報酬の同時改定であることを踏まえ、必要な見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 特定施設入居者に対する訪問診療料の引き上げを行う。
「重点課題 2－1－①」を参照のこと。
2. 特養における看取りの充実を図るため、特養の配置医師と在支診・在支病といった外部の医師が連携して、特養における看取りを行った場合について評価を行う。
「重点課題 2－2」を参照のこと。
3. 総合評価加算を引き上げるとともに、算定可能病棟を拡充する。
「重点課題 2－3－②」を参照のこと。
4. 退院後の訪問看護

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

「重点課題 2－3－③」を参照のこと。

5. 訪問看護療養費の早朝・夜間・深夜加算

現在、医療保険においては、標榜時間外の訪問看護について、その他利用料として自費を徴収しているが、早朝、夜間、深夜加算を介護保険と同様に医療保険においても新設する。

「重点課題 2-5-①」を参照のこと。

6. 重症者管理加算の名称変更や要件の見直し

介護保険における同趣旨の特別管理加算との齟齬を解消するために以下の見直しを行う。

(1) 医療保険の重症者管理加算を特別管理加算とし、名称を統一する。

(2) 重症者管理加算および在宅移行加算における「1月以内の期間に4日以上」の訪問看護・指導を行うこととする算定要件を削除する。

「重点課題 2-5-②」を参照のこと。

7. 医師の指示書の交付範囲の拡大

介護報酬改定における新サービスの新設および社会福祉士及び介護福祉士法の一部改正により介護職員等のたん吸引等が可能となったことにより、医師の指示書の交付範囲が拡大したことに伴う必要な見直しを行う。

「重点課題 2-5-②」を参照のこと。

8. 転換老健に対応した項目の期間の延長

介護保険法等の一部改正により、現在存在する介護療養病床について転換期限が6年間延長されたことを踏まえ、緊急時施設治療管理料等の対象を、「平成18年7月1日から平成24年3月31日までに療養病床から転換した介護老人保健施設」から、「平成18年7月1日から平成30年3月31日までに療養病床から転換した介護老人保健施設」に改正する。

現行	改定案
<p data-bbox="296 197 837 235">【緊急時施設治療管理料】 500 点</p> <p data-bbox="296 280 837 851">平成 18 年 7 月 1 日から平成 24 年 3 月 31 日までの間に介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成 11 年厚生省令第 40 号）則第 13 条に規定する転換を行って開設した介護老人保健施設に併設される保険医療機関の医師が、当該療養病床から転換した介護老人保健施設の医師の求めに応じて入所している患者の病状が著しく変化した場合に緊急その他やむを得ない事情により、夜間又は休日に緊急に往診を行った場合に、1 日に 1 回、1 月に 4 回に限り算定する。</p>	<p data-bbox="882 197 1433 235">【緊急時施設治療管理料】 500 点</p> <p data-bbox="882 280 1433 851">平成 18 年 7 月 1 日から平成 30 年 3 月 31 日までの間に介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成 11 年厚生省令第 40 号）則第 13 条に規定する転換を行って開設した介護老人保健施設に併設される保険医療機関の医師が、当該療養病床から転換した介護老人保健施設の医師の求めに応じて入所している患者の病状が著しく変化した場合に緊急その他やむを得ない事情により、夜間又は休日に緊急に往診を行った場合に、1 日に 1 回、1 月に 4 回に限り算定する。</p>

(転換老健において、認められている医療保険からの給付についても同様に延長。)

緩和ケア病棟の評価の見直し

骨子【I-1-(1)】

第1 基本的な考え方

緩和ケア病棟は、ホスピスとしての機能と在宅移行支援としての機能が期待されるが、入院待ちする患者数の増加等を踏まえ、外来・在宅緩和ケアの充実と併せて在宅への円滑な移行を促進するため、緩和ケア病棟入院基本料の評価体系の見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 入院初期の緩和ケアの評価と、外来・在宅緩和ケアの充実と併せて在宅への円滑な移行を促進するため、緩和ケア病棟入院基本料の評価体系の見直しを行う。

現 行	改定案
【緩和ケア病棟入院料】（1日につき） 3,780点	【緩和ケア病棟入院料】（1日につき） 1 30日以内の場合 <u>4,780点</u> (改) 2 31日以上60日以内の場合 <u>4,280点</u> (改) 3 61日以上の場合 <u>3,280点</u> (改)

緩和ケアを行う医療機関の評価

骨子【I-1-(2)】

第1 基本的な考え方

緩和ケア病棟入院料及び緩和ケア診療加算について、がん診療連携の拠点となる病院等以外であっても要件を満たし質の高い緩和ケアを行っている医療機関については、評価を行う等充実を図る。

第2 具体的な内容

1. 緩和ケア病棟入院料及び緩和ケア診療加算に係る施設基準の見直しを行う。

現 行	改定案
<p>【緩和ケア病棟入院料】 [施設基準]</p> <p>① 主として悪性腫瘍の患者又は後天性免疫不全症候群に罹患している患者を入院させ、緩和ケアを一般病棟の病棟単位で行うものであること。</p> <p>② 当該病棟において1日に看護を行う看護師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が7又はその端数を増すごとに1以上であること。ただし、当該病棟において、1日に看護を行う看護師が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、本文の規定にかかわらず、2以上であることとする。</p> <p>③ 当該療養を行うにつき十分な体</p>	<p>【緩和ケア病棟入院料】 [施設基準]</p> <p>① 主として悪性腫瘍の患者又は後天性免疫不全症候群に罹患している患者を入院させ、緩和ケアを一般病棟の病棟単位で行うものであること。</p> <p>② 当該病棟において1日に看護を行う看護師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が7又はその端数を増すごとに1以上であること。ただし、当該病棟において、1日に看護を行う看護師が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、本文の規定にかかわらず、2以上であることとする。</p> <p>③ 当該療養を行うにつき十分な体</p>

<p>制が整備されていること。</p> <p>④ 当該体制において、緩和ケアに関する研修を受けた医師が配置されていること。</p> <p>⑤ 当該療養を行うにつき十分な構造設備を有していること。</p> <p>⑥ 当該病棟における患者の入退棟を判定する体制がとられていること。</p> <p>⑦ 健康保険法第63条第2項第4号及び高齢者医療確保法第64条第2項第4号に規定する選定療養としての特別の療養環境の提供に係る病室が適切な割合であること。</p> <p>⑧ がん治療連携の拠点となる病院若しくはそれに準じる病院であること又は財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けていること。</p> <p>⑨ 連携する保険医療機関の医師・看護師等に対して研修を実施していること。</p> <p>【緩和ケア診療加算】 [施設基準]</p> <p>① 緩和ケアを行うにつき十分な体制が整備されていること。</p> <p>② 当該体制において、緩和ケアに関する研修を受けた医師が配置されていること。</p> <p>③ がん診療連携の拠点となる病院若しくはそれに準じる病院である</p>	<p>制が整備されていること。</p> <p>④ 当該体制において、緩和ケアに関する研修を受けた医師が配置されていること。</p> <p>⑤ 当該療養を行うにつき十分な構造設備を有していること。</p> <p>⑥ 当該病棟における患者の入退棟を判定する体制がとられていること。</p> <p>⑦ 健康保険法第63条第2項第4号及び高齢者医療確保法第64条第2項第4号に規定する選定療養としての特別の療養環境の提供に係る病室が適切な割合であること。</p> <p>⑧ がん治療連携の拠点となる病院若しくはそれに準じる病院であること又は財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院若しくはそれに準じる病院であること。</p> <p>⑨ 連携する保険医療機関の医師・看護師等に対して研修を実施していること。</p> <p>【緩和ケア診療加算】 [施設基準]</p> <p>① 緩和ケアを行うにつき十分な体制が整備されていること。</p> <p>② 当該体制において、緩和ケアに関する研修を受けた医師が配置されていること。</p> <p>③ がん治療連携の拠点となる病院若しくはそれに準じる病院である</p>
--	---

<p>こと又は財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けていること。</p>	<p>こと又は財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院若しくはそれに準じる病院であること。</p>
--	---

2. 小児の緩和ケアについては、特別な配慮を必要とすることから、がん性疼痛緩和指導料、緩和ケア診療加算及び外来緩和ケア管理料に小児加算を新設する。

(新)	<u>がん性疼痛緩和指導料</u>	<u>小児加算</u>	<u>50 点</u>
(新)	<u>緩和ケア診療加算</u>	<u>小児加算</u>	<u>100 点</u>
(新)	<u>外来緩和ケア管理料</u>	<u>小児加算</u>	<u>150 点</u>

(*「外来緩和ケア管理料」は今回改定で新設予定(重点課題1-4))

[算定要件]

15歳未満の小児患者に対し、当該指導管理を行った場合に算定する。

外来緩和ケアの更なる評価

骨子【I-1-(3)】

第1 基本的な考え方

外来のがん患者は様々な苦痛を有しており、早期から専門的な緩和ケアチームがかかわることで苦痛緩和が得られ、QOLが改善するのみならず生命予後が改善する可能性があるが、全国的には、専門的な緩和ケアを受けているがん患者数は十分ではない。こうした状況を踏まえ、がん患者がより質の高い療養生活を送ることができるよう、外来における緩和ケア診療の評価を新設する。

第2 具体的な内容

1. 緩和ケアチーム等の評価

(1) 専門的な緩和ケアチームによる外来緩和ケアの評価を新設する。
「重点課題1-4-①」を参照のこと。

(2) 緩和ケアの経験を有する医師が、がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与しているがん患者に対して療養上必要な指導を行った場合の評価を行う。

現 行	改定案
【がん性疼痛緩和指導管理料】 100点	【がん性疼痛緩和指導管理料】 1 <u>がん性疼痛緩和指導管理料 1</u> 200点(新) 2 <u>がん性疼痛緩和指導管理料 2</u> 100点(改) [算定要件] 1 <u>がん性疼痛緩和指導管理料 1</u> 緩和ケアの経験を有する医師が直接

<p>[施設基準]</p> <p>当該医療機関内に、緩和ケアの経験を有する医師が配置されていること。</p>	<p>当該指導管理を行った場合に算定する。</p> <p>[施設基準]</p> <p>当該医療機関内に、緩和ケアの経験を有する医師が配置されていること。</p>
--	--

(3) 小児の緩和ケアについては、特別な配慮を必要とすることから、がん性疼痛緩和指導料、緩和ケア診療加算及び外来緩和ケア管理料に小児加算を新設する。

「I-1-②」を参照のこと。

在宅における緩和ケアの評価

骨子【I-1-(4)】

1. 悪性腫瘍患者について、在宅医療を担う医療機関の医師と、緩和ケア病棟等の専門の医師とが連携して、同一日に診療を行った場合に限り、両方の医療機関が同一の在宅療養指導管理料を算定することを可能にする。

「重点課題2-1-②」を参照のこと。

2. 鎮痛療法又は化学療法を行っている入院中以外の緩和ケアニーズを持つ悪性腫瘍の患者について、医療機関等の専門性の高い看護師と訪問看護ステーションの看護師が同一日に訪問することについて評価を行う。

「重点課題2-1-②」

3. 機能を強化した在宅診療・在宅病の評価と併せて、在宅末期医療総合診療料の引き上げを行うとともに名称の変更を行う。

「重点課題2-1-②」

医療用麻薬処方日数（14日）制限の緩和

骨子【I-1-(5)】

第1 基本的な考え方

1. 麻薬及び向精神薬取締法に規定する麻薬の処方については、基本的に一度に14日分が限度とされているが、一部30日分を処方することが認められている。
2. 在宅での緩和医療を推進するため、医療用麻薬製剤について、医療の実態を踏まえ、以下の見直しを行う。

第2 具体的な内容

緩和医療のさらなる推進の観点から、現場のニーズを踏まえて、医療用麻薬である以下の4製剤について、30日分処方に改める。

- ・ コデインリン酸塩（内用）
- ・ ジヒドロコデインリン酸塩（内用）
- ・ フェンタニルクエン酸塩の注射剤（注射）
- ・ フェンタニルクエン酸塩の経皮吸収型製剤（外用）

がん診療連携の充実

骨子【I-1-(6)】

第1 基本的な考え方

地域の医療機関におけるがん診療連携をより一層推進させる観点から、現行の連携に係る点数について、多様化したがん治療に対応できるよう、要件等の見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. がん診療連携拠点病院加算について、紹介元の医療機関から悪性腫瘍の疑いで紹介された患者についても算定できるよう要件を変更する。

現 行	改定案
<p>【がん診療連携拠点病院加算】（入院初日） 500点</p> <p>[算定要件]</p> <p>別の医療機関の医師に悪性腫瘍と診断された患者</p>	<p>【がん診療連携拠点病院加算】（入院初日） 500点</p> <p>[算定要件]</p> <p>別の医療機関の医師に悪性腫瘍と診断された患者、<u>または悪性腫瘍疑いで紹介され、がん診療連携拠点病院の医師に悪性腫瘍と診断された患者</u></p>

2. 紹介元の医療機関から悪性腫瘍でがん診療連携拠点病院に紹介された患者であって、入院には至らず外来化学療法等を受けた場合について、その連携を評価するため医学管理料を新設する。

(新) がん治療連携管理料 500点

[算定要件]

別の医療機関の医師に悪性腫瘍と診断された入院中の患者以外の患者、または悪性腫瘍疑いで紹介され、がん診療連携拠点病院の医師に悪性腫瘍と診断さ

れた入院中の患者以外の患者に対して、化学療法又は放射線治療を行った場合

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

現 行	改 定 案
<p>【がん治療連携計画策定料】 750点</p> <p>[算定要件]</p> <p>入院中にがん治療連携計画を策定し、退院時に別の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合。</p>	<p>【がん治療連携計画策定料】</p> <p>1 がん治療連携計画策定料 1 750点</p> <p>2 <u>がん治療連携計画策定料 2</u> 300点(新)</p> <p>[算定要件]</p> <p>がん治療連携計画策定料 1 入院中又は退院の日から30日以内にがん治療連携計画を策定し、別の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合。</p> <p>がん治療連携計画策定料 2 <u>がん治療連携計画策定料 1 を算定した患者であって、状態の変化等により計画の変更が必要となり、連携医療機関から計画策定病院に紹介され、計画の変更を行った場合(がん治療連携指導料を算定した場合に限る)、月 1 回に限り算定する。</u></p>

4. リンパ浮腫指導管理料の算定要件の見直し

手術を行った保険医療機関だけではなく、手術後に地域の保険医療機関において2度目の指導を受けた場合も評価を行う。

現 行	改定案
<p>【リンパ浮腫指導管理料】 100点 [算定要件]</p> <p>当該点数を算定した患者であって当該保険医療機関を退院したものに対して、当該保険医療機関において、退院した日の属する月又はその翌月に注1に規定する指導を再度実施した場合に、1回に限り算定する。</p>	<p>【リンパ浮腫指導管理料】 100点 [算定要件]</p> <p>当該点数を算定した患者であって当該保険医療機関を退院したものに対して、<u>当該保険医療機関又は術後に地域連携診療計画に基づいた治療を行う当該別の医療機関（がん治療連携指導料を算定した場合に限る）</u>において、退院した日の属する月又はその翌月に指導を再度実施した場合に、当該指導を実施した医療機関において1回に限り算定する。</p>

5. がん患者カウンセリング料の算定要件の見直し

継続的な療養支援を担う為に転院を受け入れる医療機関においてがん患者カウンセリングを実施した場合も評価を行う。

現 行	改定案
<p>【がん患者カウンセリング料】 500点 [算定要件]</p> <p>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。</p>	<p>【がん患者カウンセリング料】 500点 [算定要件]</p> <p>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。<u>ただし、地域連携診</u></p>

	<p><u>療計画に基づいた治療を行う当該別の医療機関に転院した場合は転院先の医療機関（がん治療連携指導料を算定した場合に限る）においても患者1人につき1回に限り算定できる。</u></p>
--	---

外来放射線照射診療料の創設

骨子【I-1-(7)】

第1 基本的な考え方

我が国の放射線治療の患者の割合は欧米諸国に比して低いものの、放射線治療患者数は著明に増加している。一方で、放射線治療医の増加率は低く、放射線治療医1人あたりの患者数は増加しており、患者の放射線治療待ち時間が延長している。

外来での放射線治療時には毎回の診察を前提としていることについて、患者の状態像や医療機関における治療提供時の体制を踏まえ、医師の指示による看護師や診療放射線技師等のチームによる毎回の観察を評価する。

第2 具体的な内容

外来放射線照射実施計画において、1週間に概ね5日間の放射線照射を実施することとしている外来の患者に対し、医師の指示による看護師や診療放射線技師等のチームによる毎回の観察を評価する。

(新) 外来放射線照射診療料 280点

[算定要件]

- ① 放射線治療医（放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。）が診察を行った日に算定し、算定日から7日間は医師による診察を行わない日であっても放射線照射を実施してよい。ただし、第2日目以降の看護師、診療放射線技師等による患者の観察については、照射毎に記録し、医師に報告すること。
- ② 放射線治療を行う前に、放射線治療による期待される治療効果や成績などとともに、合併症、副作用等についても必ず患者に説明し、文書等による同意を得ること。
- ③ 関係学会による放射線精度管理等のガイドラインを遵守すること。
- ④ 算定日から7日間は放射線照射を実施した日について初・再診料、外来診

療料を算定しない。

- ⑤ 算定した日を含め、3日間以内で照射が終了する場合は、本点数の100分の50を請求する。

[施設基準]

- ① 放射線照射を行うときは、当該保険医療機関に放射線治療医（放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。）が勤務していること。
- ② 専従の看護師及び専従の診療放射線技師がそれぞれ1名以上勤務していること。
- ③ 放射線治療に係る医療機器の安全管理、保守点検及び安全使用のための精度管理を専ら担当する技術者（放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。）が1名以上勤務していること。
- ④ 緊急の合併症等時に放射線治療医（放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。）が対応できる連絡体制をとること。

小児入院医療管理料における放射線治療の評価

骨子【I-1-(7)】

第1 基本的な考え方

小児悪性腫瘍における有効な治療手段である放射線治療について、小児入院医療管理料における評価を改める。

第2 具体的な内容

小児入院医療管理料の包括範囲から放射線治療を除く。

現 行	改定案
<p>【小児入院医療管理料】</p> <p>診療に係る費用(投薬、注射、手術、麻酔、病理診断・判断料、臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算を除く(小児入院医療管理料3及び4においては、加えて救急搬送患者地域連携紹介加算及び救急搬送患者地域連携受入加算も除く。小児入院医療管理料5においては、加えて児童・思春期精神科入院医療管理加算、</p>	<p>【小児入院医療管理料】</p> <p>診療に係る費用(投薬、注射、手術、麻酔、<u>放射線治療</u>、病理診断・判断料、臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算を除く(小児入院医療管理料3及び4においては、加えて救急搬送患者地域連携紹介加算及び救急搬送患者地域連携受入加算も除く。小児入院医療管理料5においては、加えて児童・思春期精神科入院</p>

<p>強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算も除く))は、小児入院医療管理料に含まれるものとする。</p>	<p>医療管理加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算も除く))は、小児入院医療管理料に含まれるものとする。</p>
---	--

糖尿病透析予防指導の評価

骨子【I-2-(1)】

第1 基本的な考え方

透析患者数が増加している中、透析導入患者の原疾患は糖尿病性腎症が最も多くなっており、これらに係る医療費も増加していることを勘案し、糖尿病患者に対し、外来において、医師と看護師又は保健師、管理栄養士等が連携して、重点的な医学管理を行うことについて評価を行う。

第2 具体的な内容

糖尿病患者に対し、外来において、透析予防診療チームで行う透析予防に資する指導の評価を新設する。

(新) 糖尿病透析予防指導管理料 350点

[算定要件]

ヘモグロビンA_{1c} (HbA_{1c}) が 6.1% (JDS値) 以上、6.5% (国際標準値) 以上又は内服薬やインスリン製剤を使用している外来糖尿病患者であって、糖尿病性腎症第2期以上の患者 (透析療法を行っている者を除く) に対し、透析予防診療チームが透析予防に係る指導管理を行った場合に算定する。

[施設基準]

- ① 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
- ② 糖尿病教室等を実施していること。
- ③ 一年間に当該指導管理料を算定した患者の人数、状態の変化等について報告を行うこと。

たばこ対策への評価

骨子【I-2-(2)】

第1 基本的な考え方

受動喫煙による健康への悪影響は明確であり、公共の場においては原則として全面禁煙を目指しているが、屋内全面禁煙を実施していない病院がみられることを勘案し、生活習慣病患者、小児、呼吸器疾患患者等に対する指導管理にあたっては、緩和ケア病棟等の現状にも配慮しつつ、屋内全面禁煙を原則とするよう要件の見直しを行う。

第2 具体的な内容

生活習慣病、小児、呼吸器疾患患者等に対する入院基本料等加算及び医学管理等を算定する場合には、原則屋内全面禁煙を行うよう要件を見直す。

(対象となる入院基本料等加算及び医学管理等の例)

- 1 総合入院体制加算
- 2 乳幼児加算・幼児加算
- 3 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算
- 4 小児療養環境特別加算
- 5 がん診療連携拠点病院加算
- 6 ハイリスク妊娠管理加算
- 7 ハイリスク分娩管理加算
- 8 呼吸ケアチーム加算
- 9 悪性腫瘍特異物質治療管理料
- 10 小児特定疾患カウンセリング科
- 11 小児科療養指導料
- 12 外来栄養食事指導料
- 13 入院栄養食事指導料
- 14 集団栄養食事指導料
- 15 喘息治療管理料

- 16 小児悪性腫瘍患者指導管理料
- 17 糖尿病合併症管理料
- 18 乳幼児育児栄養指導料
- 19 生活習慣病管理料
- 20 ハイリスク妊産婦共同管理料
- 21 がん治療連携計画策定料
- 22 がん治療連携指導料

[施設基準]

- ① それぞれの施設基準に加え、当該保険医療機関の屋内が禁煙であること。
- ② 保険医療機関が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険医療機関の保有又は借用している部分が禁煙であること。
- ③ 緩和ケア病棟入院料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（精神病棟）、精神科救急入院料、精神急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料を算定している病棟においては分煙でも差し支えない。
- ④ 分煙を行う場合は、喫煙場所から非喫煙場所にたばこの煙が流れないことはもちろんのこと、適切な受動喫煙防止措置を講ずるよう努めること。喫煙可能区域を設定した場合には、禁煙区域と喫煙可能区域を明確に表示し、周知を図り、理解と協力を求めると共に、喫煙可能区域に未成年者や妊婦が立ち入ることがないように、措置を講ずる。例えば、当該区域が喫煙可能区域であり、たばこの煙への曝露があり得ることを注意喚起するポスター等を掲示する等の措置を行う。

[経過措置]

平成 24 年 6 月 30 日までは従前の通り算定可能。

精神科急性期入院医療の評価

骨子【I-3-(1)】

第1 基本的な考え方

精神科急性期入院医療について、精神科救急医療機関の身体合併症患者の対応に関する評価を見直すとともに、精神科救急医療機関と精神科医療機関の連携についての評価を新設する。

また、児童思春期の精神科入院医療について、小児病院と精神科病院それぞれにおいて適切な評価となるよう、診療報酬上必要な評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 身体合併症の対応に関する評価

(1) 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料について、手術等の目的で一時的に転棟、あるいは転院した場合、再転棟や再入院時に再算定可能にする。

(2) 精神科救急医療機関における身体合併症患者の受入をさらに促進するため、精神科身体合併症管理加算の評価を引き上げる。

現 行	改定案
【精神科身体合併症管理加算】 (1日につき) 350点	【精神科身体合併症管理加算】 (1日につき) 450点 (改)

2. 精神科救急医療機関の後方病床の評価

(1) 精神科救急医療機関に緊急入院した後、状態の落ち着いた患者について、あらかじめ連携している精神科医療機関に転院させた場合や、精神科医療機関が転院を受け入れた場合について評価を新設する。

- (新) 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算（退院時 1 回） 1,000 点
 (新) 精神科救急搬送患者地域連携受入加算（入院初日） 2,000 点

[算定要件]

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・合併症入院料の届出を行っている精神病棟に緊急入院した患者であって、入院日から 60 日以内に当該医療機関から他の医療機関に転院した場合に算定する。

[施設基準]

- ① 紹介加算は、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・合併症入院料の届出を行っている医療機関が算定できる。
- ② 受入加算は、精神病棟入院基本料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料の届出を行っている医療機関が算定できる。
- ③ 連携医療機関間で患者の転院受入体制に関する協議をあらかじめ行う。

(2) 精神病棟入院基本料において、急性期医療を担う医療機関から転院を受け入れた場合について評価を新設する。

- (新) 救急支援精神病棟初期加算（14 日以内、1 日につき） 100 点

[算定要件]

救急搬送患者地域連携受入加算又は精神科救急搬送患者地域連携受入加算を算定された患者が対象。

[施設基準]

精神病棟入院基本料の届出を行っている精神病棟が算定できる。

3. 児童・思春期精神科入院医療の評価

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

- (新) 児童・思春期精神科入院医療管理料 2,900 点（1 日につき）

[算定要件]

20 歳未満の精神疾患を有する患者について病棟又は病室単位で算定する。

[施設基準]

- ① 20 歳未満の精神疾患を有する患者を概ね 8 割以上入院させる病棟又は治療室であること。
- ② 小児医療及び児童・思春期の精神医療を専門とする常勤医師が 2 名以上（うち 1 名は精神保健指定医）
- ③ 看護師配置常時 10 対 1 以上（夜勤看護師 2 名以上）
- ④ 専従の常勤精神保健福祉士、臨床心理技術者がそれぞれ 1 名以上

(2) 児童・思春期精神科入院医療管理料の新設に合わせ、児童・思春期精神科入院医療管理加算は廃止する。

精神科慢性期入院医療の評価

骨子【I-3-(2)】

第1 基本的な考え方

精神療養病棟において、重症者を受け入れている病棟を評価するとともに、退院支援部署による支援で退院を行った場合の評価を新設する。

第2 具体的な内容

1. 精神療養病棟入院料の重症者加算の見直し

精神療養病棟入院料に重症者加算を新設後、重症者の受入が進んでいる傾向があり、より重症者を受け入れている病棟を評価するため、同加算の見直しを行う。

現 行	改定案
<p>【精神療養病棟入院料】注4（1日につき）</p> <p>重症者加算 40点</p> <p>[算定要件]</p> <p>GAFスコアが40以下の患者について算定する。</p>	<p>【精神療養病棟入院料】注4（1日につき）</p> <p>1 重症者加算1 60点(改)</p> <p>2 重症者加算2 30点(改)</p> <p>[算定要件]</p> <p>1 <u>重症者加算1</u></p> <p><u>精神科救急医療体制整備事業に協力している保険医療機関であつて、GAFスコアが30以下の患者について算定する。</u></p> <p>2 <u>重症者加算2</u></p> <p><u>GAFスコアが40以下の患者について算定する。</u></p>

[経過措置]

重症者加算1について、平成25年3月31日までは精神科救急医療体制整

備事業に協力しているものとみなす。

2. 精神療養病棟の退院支援の評価

精神療養病棟において、退院支援部署による支援で退院を行った場合の評価を新設する。

(新) 退院調整加算（退院時） 500点

[算定要件]

退院支援計画等を作成し、退院支援を行っていること。

[施設基準]

当該保険医療機関内に退院支援部署を設置し、専従の精神保健福祉士及び専従する1人の従事者（看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士又は臨床心理技術者のいずれか）が勤務していること。

地域における精神医療の評価

骨子【I-3-(3)】

第1 基本的な考え方

地域における精神医療について、精神科デイ・ケア等の要件の見直し、通院・在宅精神療法で精神科救急医療体制の確保に協力等を行っている精神保健指定医の評価、認知療法・認知行動療法の要件の見直し、多剤・多量投与の適正化について精神科継続外来支援・指導料の要件の見直し、治療抵抗性の統合失調症治療の評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 精神科訪問看護の報酬体系の見直し

- (1) 訪問看護指示は、疾病等により通院による療養が困難な者に対して指示を行うものであるが、精神科訪問看護においては、こうした患者以外の患者に対しても訪問看護が必要な場合もあるため、見直しを行う。
- (2) 訪問看護療養費は、現在精神科に着目した点数は精神障害者社会復帰支援施設に入所している複数の者に対するものしかないため、精神科専門療法の精神科訪問看護・指導料と同様の整理を行う。
「重点課題2-5-③」を参照のこと。

2. 精神科デイ・ケア等の見直し

- (1) 精神科デイ・ケア等は、精神科病院からの退院、地域移行に必要なサービスの一つであり、精神科デイ・ケア（1日につき6時間）と精神科ショート・ケア（1日につき3時間）の大規模なものについて要件を見直し、患者の状態像に応じた疾患ごとの診療計画を作成して行った場合に算定できることとする。また、入院中の患者が精神科デイ・ケア又は精神科ショート・ケアを利用した場合の評価を行う。

現 行	改定案
<p>【精神科ショート・ケア】（1日につき）</p> <p>1 小規模なもの 275点</p> <p>2 大規模なもの 330点</p> <p>[算定要件]</p> <p>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。</p>	<p>【精神科ショート・ケア】（1日につき）</p> <p>1 小規模なもの 275点</p> <p>2 大規模なもの 330点</p> <p>[算定要件]</p> <p>① 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。<u>ただし、2については、疾患ごとの診療計画を作成して行った場合に算定する。</u></p> <p>② <u>I 011精神科退院指導料を算定し退院予定の入院中の患者に対して精神科ショート・ケアを行った場合は、所定点数の100分の50に相当する点数を算定する。ただし、入院中1回までとする。</u></p>
<p>【精神科デイ・ケア】（1日につき）</p> <p>1 小規模なもの 590点</p> <p>2 大規模なもの 700点</p> <p>[算定要件]</p> <p>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。</p>	<p>【精神科デイ・ケア】（1日につき）</p> <p>1 小規模なもの 590点</p> <p>2 大規模なもの 700点</p> <p>[算定要件]</p> <p>① 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。<u>ただし、2については、疾患ごとの診療計画を作成して行った場合に算定する。</u></p> <p>② <u>I 011精神科退院指導料を算定し退院予定の入院中の患者に対して</u></p>

	精神科デイ・ケアを行った場合は、 所定点数の100分の50に相当する 点数を算定する。ただし、入院中 1回までとする。
--	--

- (2) 精神科デイ・ナイト・ケアの要件を見直し、患者の状態像に応じた疾患別等プログラムを実施した場合の評価を新設する。

現 行	改定案
【精神科デイ・ナイト・ケア】（1日につき） 1,040点	【精神科デイ・ナイト・ケア】（1日につき） 1,000点(改) 疾患別等診療計画加算 40点(新) [算定要件] 疾患別等診療計画加算 精神科デイ・ナイト・ケアを実施する際に疾患ごとの診療計画を作成している場合に算定する。

3. 通院・在宅精神療法の見直し

- (1) 地域に移行した患者が時間外でも適切な医療が受けられるように、通院・在宅精神療法の要件を見直し、精神科救急医療体制の確保に協力等を行っている精神保健指定医の評価を引き上げる。
- (2) 抗精神病薬を服用中の患者に対して、薬原性錐体外路症状評価尺度（DIEPSS）を用いて薬原性錐体外路症状の重症度評価を行った場合について、評価を新設する。

現 行	改定案
【通院・在宅精神療法】（1日につき） 1 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において精神保健指定医等が通院・在宅精神療法を行っ	【通院・在宅精神療法】（1日につき） 1 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において精神科救急医療体制の確保に協力等を行って

た場合		いる精神保健指定医等が通院・在宅精神療法を行った場合	500点	<u>700点</u> (改)
2 1 以外の場合		2 1 以外の場合		
イ 30分以上の場合	400点	イ 30分以上の場合	400点	
ロ 30分未満の場合	330点	ロ 30分未満の場合	330点	
		<p>2のイについて、抗精神病薬を服用している患者について、薬原性錐体外路症状評価尺度(DIEPSS)を用いて薬原性錐体外路症状の重症度評価を行った場合は、月1回に限り所定点数に<u>25点</u>を加算する。</p>		

(3) 児童青年の精神科通院治療において、16歳未満では初診日からの平均通院期間が2年以上であることを踏まえ、通院在宅精神療法の20歳未満加算の要件の見直しを行う。

現 行	改定案
<p>【通院・在宅精神療法】注3（1日につき）</p> <p>20歳未満加算 200点</p> <p>[算定要件]</p> <p>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、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り算定する。</p>	<p>【通院・在宅精神療法】注3（1日につき）</p> <p>20歳未満加算 200点</p> <p>[算定要件]</p> <p>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、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り算定する。<u>ただし、児童・思春期精神科入院医療管理料を届出ている医療機関において、16歳未満の患者に対して行った場合は2年以内に限り算定する。</u></p>

4. 認知療法・認知行動療法の見直し

認知療法・認知行動療法について、精神科救急医療体制の確保に協力等を行っている精神保健指定医が実施した場合とそれ以外の医師が実施した場合の評価を明確化するとともに、普及状況の把握等の観点から、届出を要することとする。

現 行	改定案
<p>【認知療法・認知行動療法】（1日につき）</p> <p style="text-align: right;">420点</p> <p>[算定要件]</p> <p>① 精神科を標榜する保険医療機関以外の保険医療機関においても算定できるものとする。</p> <p>② 認知療法・認知行動療法に習熟した医師が行った場合に算定する。</p>	<p>【認知療法・認知行動療法】（1日につき）</p> <p>1 <u>認知療法・認知行動療法 1</u></p> <p style="text-align: right;">500点(新)</p> <p>2 <u>認知療法・認知行動療法 2</u></p> <p style="text-align: right;">420点(改)</p> <p>[算定要件]</p> <p>1 認知療法・認知行動療法 1</p> <p>① <u>精神科を標榜する保険医療機関であること。</u></p> <p>② <u>精神科救急医療体制の確保に協力等を行っている精神保健指定医が行った場合に算定する。</u></p> <p>2 認知療法・認知行動療法 2</p> <p>① 精神科を標榜する保険医療機関以外の保険医療機関においても算定できるものとする。</p> <p>② 認知療法・認知行動療法に習熟した医師が行った場合に算定する。</p>

5. 向精神薬の多量・多剤投与の適正化

(1) 向精神薬は多量に使用しても治療効果が高めないばかりか、副作用のリスクを高めることが知られており、精神科継続外来支援・指導料について、抗不安薬又は睡眠薬の処方薬剤数が2剤以下の場合と、3剤以上の場合で分けて評価を行う。

(2) 抗精神病薬を服用中の患者に対して、薬原性錐体外路症状評価尺度（D I E P S S）を用いて薬原性錐体外路症状の重症度評価を行った場合について、評価を新設する。

現 行	改定案
<p>【精神科継続外来支援・指導料】（1日につき） 55点</p> <p>① 入院中の患者以外の患者について、精神科を担当する医師が、患者又はその家族等に対して、病状、服薬状況及び副作用の有無等の確認を主とした支援を行った場合に、患者1人につき1日に1回に限り算定する。</p> <p>② 医師による支援と併せて、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士が、患者又はその家族等に対して、療養生活環境を整備するための支援を行った場合は、所定点数に40点を加算する。</p> <p>③ 他の精神科専門療法と同一日に</p>	<p>【精神科継続外来支援・指導料】（1日につき） 55点</p> <p>① 入院中の患者以外の患者について、精神科を担当する医師が、患者又はその家族等に対して、病状、服薬状況及び副作用の有無等の確認を主とした支援を行った場合に、患者1人につき1日に1回に限り算定する。</p> <p>② <u>当該患者に投与している抗不安薬又は睡眠薬が3剤以上の場合は、所定点数の100分の80に相当する点数を算定する。</u></p> <p>③ 医師による支援と併せて、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士が、患者又はその家族等に対して、療養生活環境を整備するための支援を行った場合は、所定点数に40点を加算する。</p> <p>④ <u>抗精神病薬を服用中している患者について、薬原性錐体外路症状評価尺度（D I E P S S）を用いて薬原性錐体外路症状の重症度評価を行った場合は、月1回に限り所定点数に25点を加算する。</u></p> <p>⑤ 他の精神科専門療法と同一日に</p>

行う精神科継続外来支援・指導に係る費用は、他の精神科専門療法の所定点数に含まれるものとする。	行う精神科継続外来支援・指導に係る費用は、他の精神科専門療法の所定点数に含まれるものとする。
--	--

6. 治療抵抗性の統合失調症治療の評価

治療抵抗性の統合失調症患者に対し、重篤な副作用が発現するリスクの高い治療抵抗性統合失調症治療薬が使用されている場合に、医学管理を行うことについての評価を新設するため、持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料の名称と要件を見直す。

現 行	改定案
<p>【持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料】（1月につき） 250点</p> <p>[算定要件]</p> <p>持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中の患者以外の統合失調症患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。</p>	<p>【抗精神病特定薬剤治療指導管理料】 （1月につき）</p> <p>1 持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料 250点</p> <p>2 治療抵抗性統合失調症治療指導管理料 500点(新)</p> <p>[算定要件]</p> <p>1 持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料</p> <p>持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中の患者以外の統合失調症患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。</p> <p>2 治療抵抗性統合失調症治療指導管理料</p> <p>届出を行った医療機関において、治療抵抗性統合失調症治療薬を投与している治療抵抗性統合失調</p>

	<p><u>症患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、当該薬剤の効果及び副作用等について患者に説明し、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。</u></p> <p>[対象薬剤]</p> <p>2 治療抵抗性統合失調症治療指導管理料</p> <p><u>クロザピン</u></p> <p>[施設基準]</p> <p>2 治療抵抗性統合失調症治療指導管理料</p> <p>① <u>当該保険医療機関において、統合失調症の治療、診断を行うにつき十分な経験を有する常勤医師と常勤薬剤師が配置されている。</u></p> <p>② <u>副作用に対応できる体制が整備されていること。</u></p>
--	---

7. 精神科リエゾンチーム加算を新設する。
「重点課題1-4-①」を参照のこと。