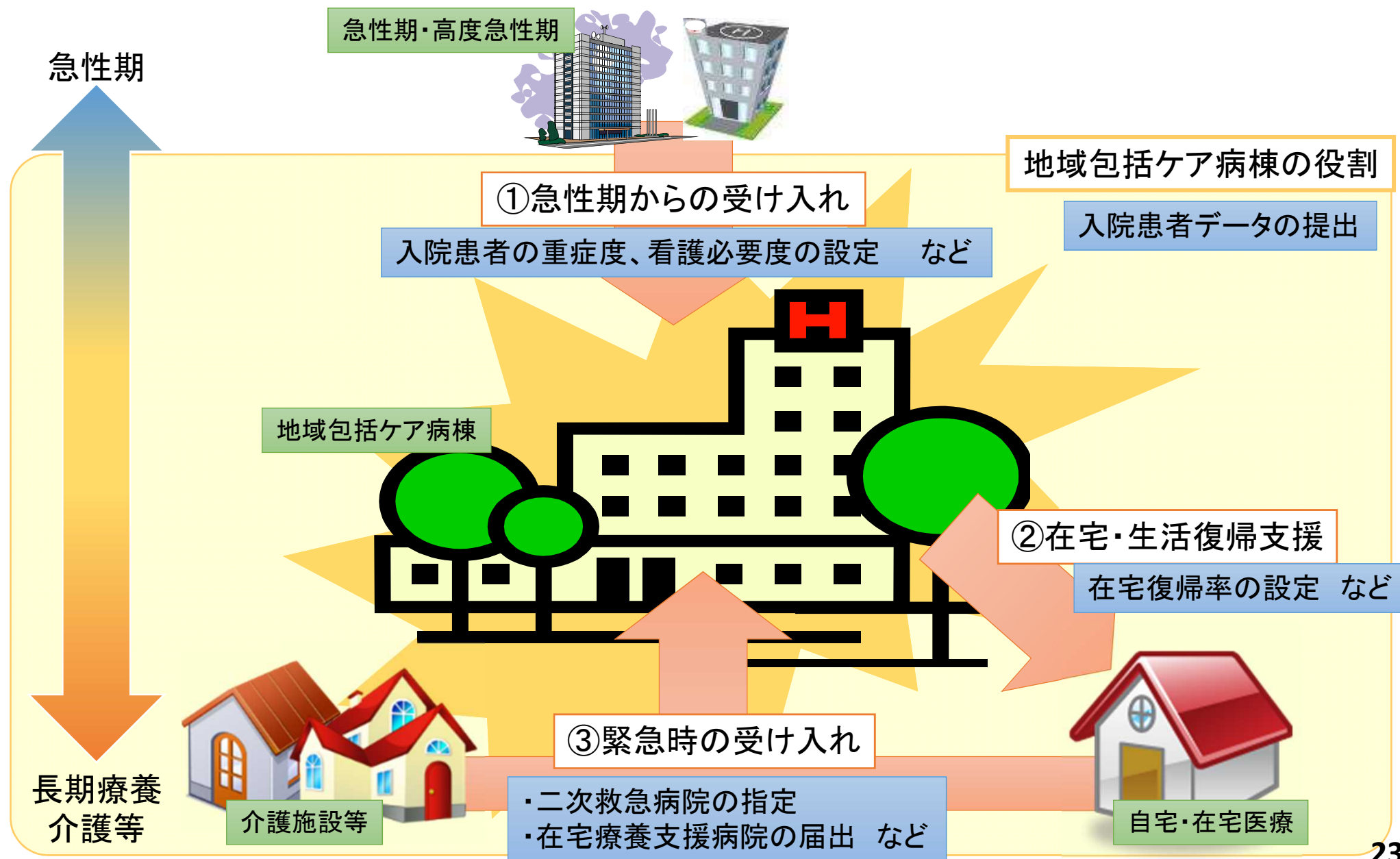


地域包括ケア病棟のイメージと要件

(改) 診調組 入 - 1

2 5 . 5 . 3 0

注: 介護施設等、自宅・在宅医療から直接、急性期・高度急性期の病院へ入院することも可能。



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はいない。
- 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棟してきた患者について算定

長期療養患者の受け皿の確保等について

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

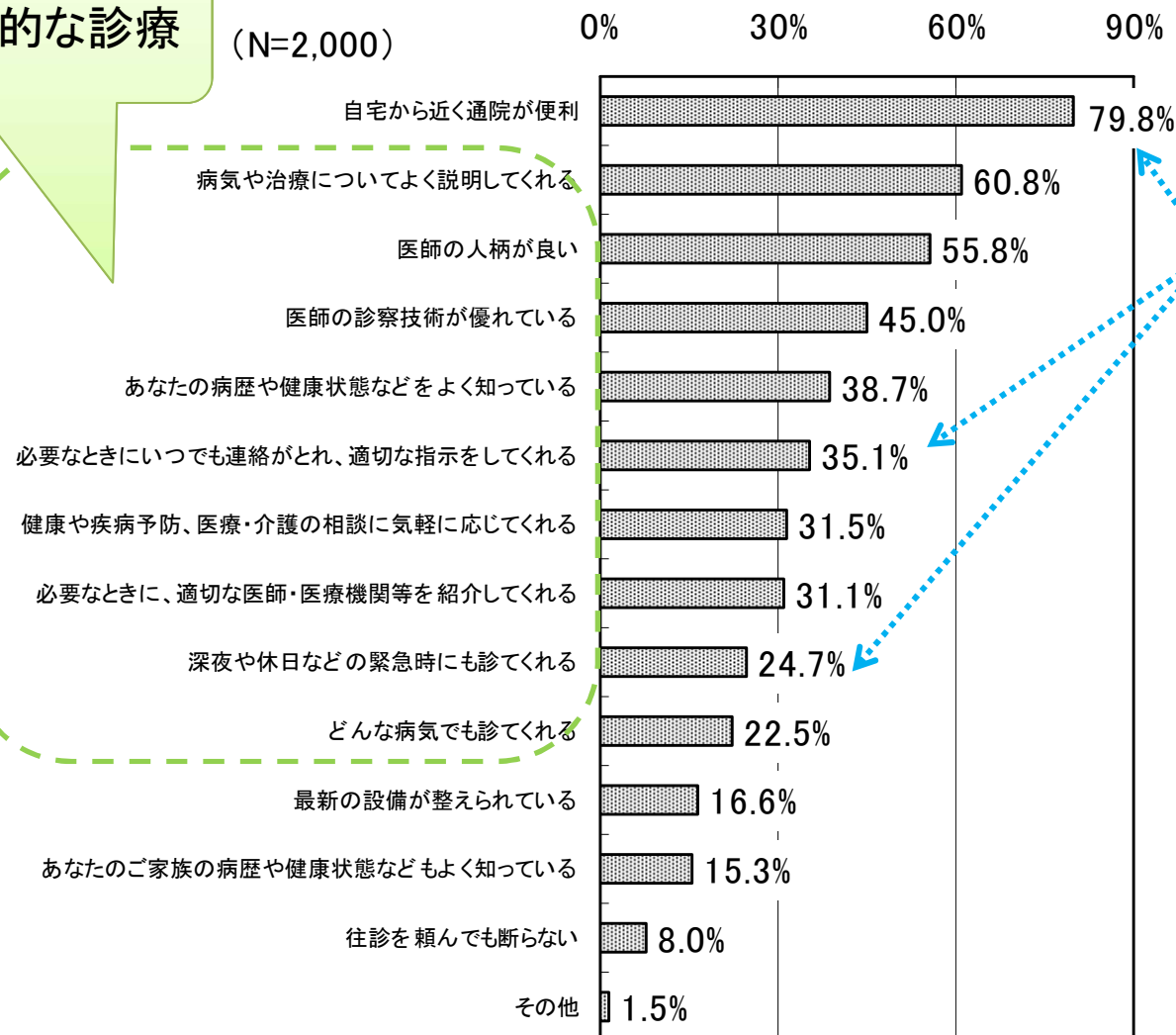
※平均在院日数の算定は、
一般病棟入院基本料等の「平均在院日数の算定方法」に準ずる

外来医療の機能分化・連携の推進について

日ごろから相談・受診している医師・医療機関へ期待すること (複数回答)

全人的かつ継続的な診療

(N=2,000)



アクセスの良さ

1人当たり内服薬の種類

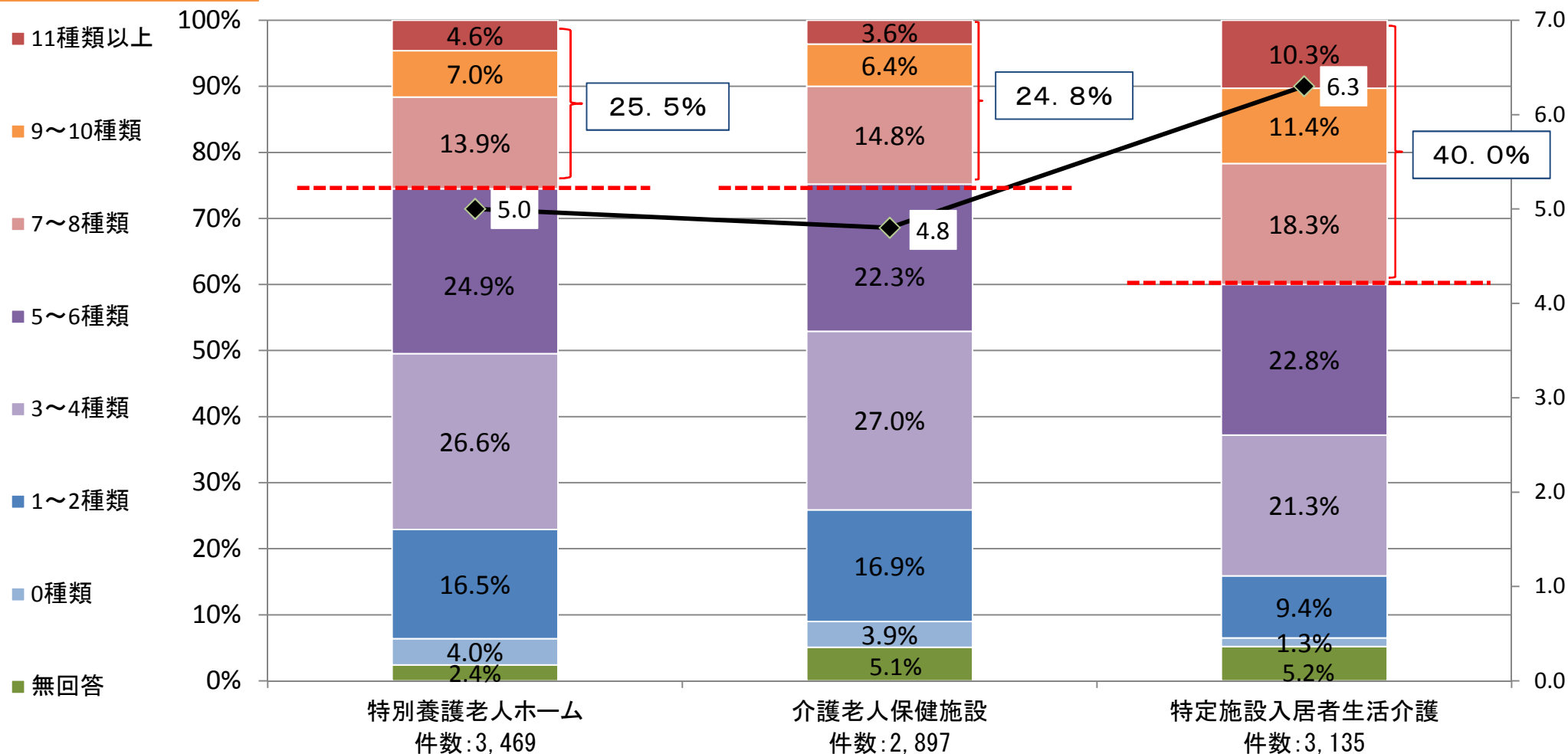
中医協 総 - 3
25 . 6 . 12

内服薬の種類

平均値 ... 1人当たり内服薬の平均種類数

... 7種類以上の内服薬を使用している者の割合

単位: 種類

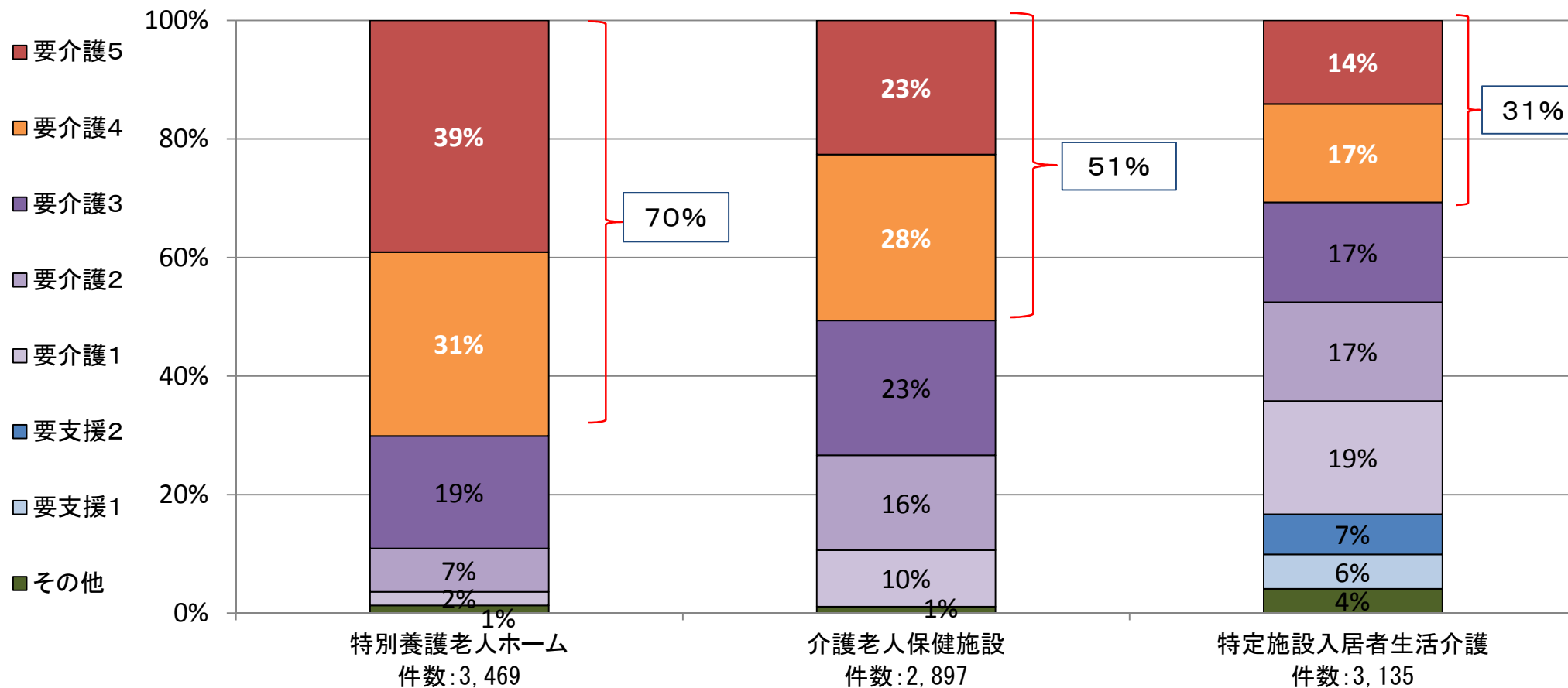


出典: 平成24年度老人保健健康増進等事業「介護サービス事業所における医療職のあり方に関する調査研究事業」

○特別養護老人ホーム、介護老人保健施設においては、1種類以上の服薬を行っている入所(居)者は約9割いる。また、特定施設入居者生活介護においては、7種類以上の服薬を行っている入所(居)者が約40%おり、特養や老健と比べ、その割合は多い。

要介護度

…要介護度4・5の利用者の割合



※その他: 非該当、不明及び無回答

出典: 平成24年度老人保健健康増進等事業「介護サービス事業所における医療職のあり方に関する調査研究事業」

○特別養護老人ホームでは、「要介護4・5」の利用者が7割を占めており、介護老人保健施設では「要介護4・5」の利用者が5割を占めている。一方で、特定施設入居者生活介護では「要介護4・5」の利用者が約3割である。

主治医機能(かかりつけ医)の評価の新設

○患者に身近な診療所や中小病院の主治医機能(かかりつけ医)の評価を新設
 → 複数の慢性疾患をもつ患者に対し、健康管理や服薬管理等も含め、継続的かつ全人的な医療を行う「主治医機能」を評価

(新) 地域包括診療料 : 1,503点(月1回) [包括点数]
 地域包括診療加算 : 20点/回 [出来高点数]

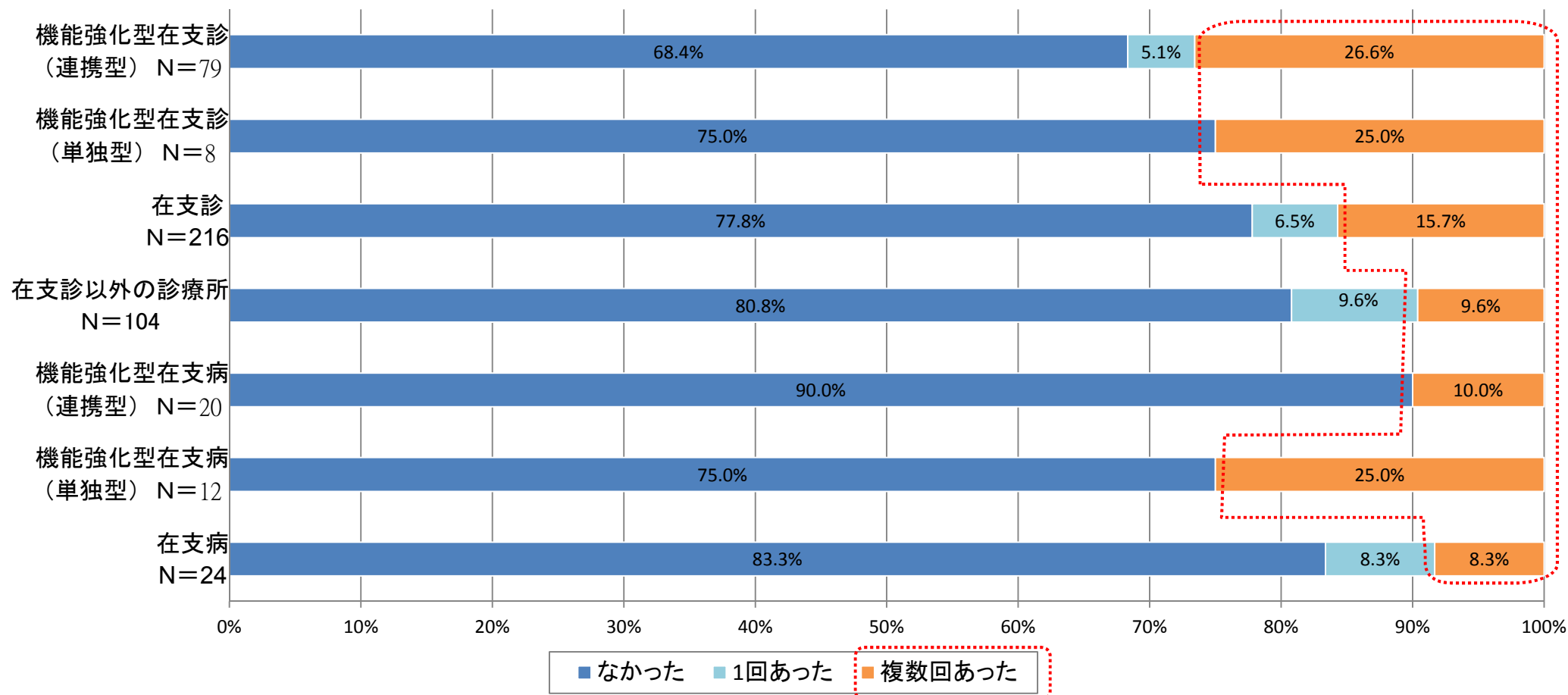
	地域包括診療料 1,503点(月1回)		地域包括診療加算 20点(1回につき)
	病院	診療所	診療所
包括範囲	下記以外は包括 ・(再診料の)時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算。地域連携小児夜間・休日診療料 診療情報提供料(Ⅱ)。在宅医療に係る点数(訪問診療料、在総管、特医総管を除く。)。薬剤料(処方料、処方せん料を除く。) ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの。 ※当該患者について、当該医療機関で検査(院外に委託した場合を含む。)を行い、その旨を院内に掲示する		出来高
対象疾患	高血圧症、糖尿病、脂質異常症、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 ② 地域ケア会議に年1回以上出席 ③ 居宅介護支援事業所の指定 ④ 介護保険の生活期リハの提供 ⑤ 介護サービス事業所の併設 ⑥ 介護認定審査会に参加 ⑦ 所定の研修を受講 ⑧ 医師がケアマネージャーの資格を有している 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 ① 2次救急指定病院又は救急告示病院 ② 地域包括ケア病棟入院料等の届出 ③ 在宅療養支援病院	・下記の すべて を満たす ① 時間外対応加算1の届出 ② 常勤医師が3人以上在籍 ③ 在宅療養支援診療所	・下記のうち いずれか1つ を満たす ① 時間外対応加算1又は2の届出 ② 常勤医師が3人以上在籍 ③ 在宅療養支援診療所

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

緊急時の入院

中 医 協 総 ー 1
2 5 . 6 . 2 6

【平成24年4月以降、在宅患者を連携医療機関に緊急入院させようとして入院できなかった経験の有無】



出典: H24検証部会調査 (在宅医療)

緊急時に在支診/病であっても、緊急入院させようとしても入院できなかったことが複数回ある医療機関が一定程度存在する。

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療

在宅療養における後方病床の評価

- 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の患者に限り算定することができる。

在宅医療における患者紹介等の不適切な事例

患者の選択を制限するおそれがあると考えられる事例

○高齢者用施設を新設するにあたり、特定の医師に入所者を優先的に紹介することの見返りとして、診療報酬の20%のキックバックを要求しているもの。



診療報酬を用いた経済的誘因により、診療の独占契約を結んでいるおそれがある

過剰な診療を惹起するおそれがあると考えられる事例

○ 診療所の開設者の親族が経営する高齢者用施設の入居者約300名のみを対象に訪問診療を行っているもの。
(一日当たりの訪問患者数36.9人、一人当たりの平均訪問診療時間 5分22秒～10分、一カ月当たりの訪問診療回数 ほとんど4～5回／月)



患者の選択を制限しているおそれがあることに加え、過剰な診療を行っている可能性がある。

算定例

<例>強化型在支診・病院(病床有)が、集合住宅に月2回訪問診療を行った場合

訪問診療料	200点	×	2回	
在宅時医学総合管理料	5,000点	×	1回	
				= 5,400点 + 処置料等

(参考)<特定施設等の場合>

訪問診療料	400点	×	2回	
特定施設入居時等医学総合管理料	3,600点	×	1回	
				= 4,400点 + 処置料等

(注)厚生労働省保険局医療課事務連絡(平成23年2月15日)に基づき、各地方厚生(支)局から報告された事例であり、一般的な状況を示すものではない。

兵庫の診療所。「先生にいい話を持ってきました。喜んでもらえると思います」高齢者施設で暮らす患者を紹介するから訪問診療をしてほしいと提案した。「収入(診療報酬)が入ったら、2割をコンサルタント料として頂きます。」

さらに診療所のリストを見せ、「たくさんのお医者様にも契約して頂いています」と続けた。1時間粘ったが、医師は断った。

福岡県の診療所にも別の業者が来た。「この市場はちょっとしたバブルでして。いろんな業者が参入してきて大変なんですよ」営業マンは「今のところグレーゾーン。規制が入るかもしれない」と危機感を見せる一方、「いくらなら折り合えますか」と食い下がった。断る医師に「あきらめてません。またうかがいますので」というところで録音は終わっている。

出典:平成25年8月25日朝日新聞要約

「鍼灸院で訪問診療偽装」

患者紹介ビジネスを手がける大阪市の業者が鍼灸院に患者を集め、医師の診療を受けさせていたことが分かった。患者の居住場所以外で診ても、訪問診療として診療報酬を請求することはできないが、医師は自宅で診たように装って不正請求した疑いが強い。

この業者は近畿で350以上の鍼灸院や医師約50人と契約を結んでおり、「鍼灸院に患者を集める業者は全国にある」と話している。医師は診療報酬の2割を紹介料として業者に支払う。

医師が訪問診療として請求できるのは自宅や施設などに限られ、鍼灸院で診ても請求できない。だが、患者への医療費通知等によると、医師は鍼灸院でしか診ていないのに訪問診療として請求した。請求時に診察場所を記す必要はなく、業者は営業で「どこで診ているかはわからないから大丈夫」と説明していた。

鍼灸院にも利点がある。はり師やきゅう師の治療の保険適用には、医師の診断と同意書が必要。医師が鍼灸院に来て同意書を書いてくれれば、患者の自己負担は1～3割になり、「客」を呼び込みやすい。このため鍼灸院も、同意書発行料を業者に支払う仕組みだ。

出典:平成25年8月26日朝日新聞要約

「架空診療所設け訪問報酬」

東京都の医療法人が架空の歯科診療所を設け、そこから訪問診療しているように装って診療報酬の請求をしていたことが分かった。訪問診療は診療所から16キロ内しか認められておらず、さらに遠い場所を訪問するための偽装工作だ。診療所には治療台もなく、パイプいすだけがあった。

出典:平成25年9月2日朝日新聞要約

認知症入居者に過剰診療か

高齢者施設と診療所を運営する岐阜県の社会福祉法人が、認知症の入居者に対し、家族の了解を得ずに毎日のように訪問診療するなど過剰とみられる治療を受けさせていたことがわかった。一部には架空診療の疑いもある。

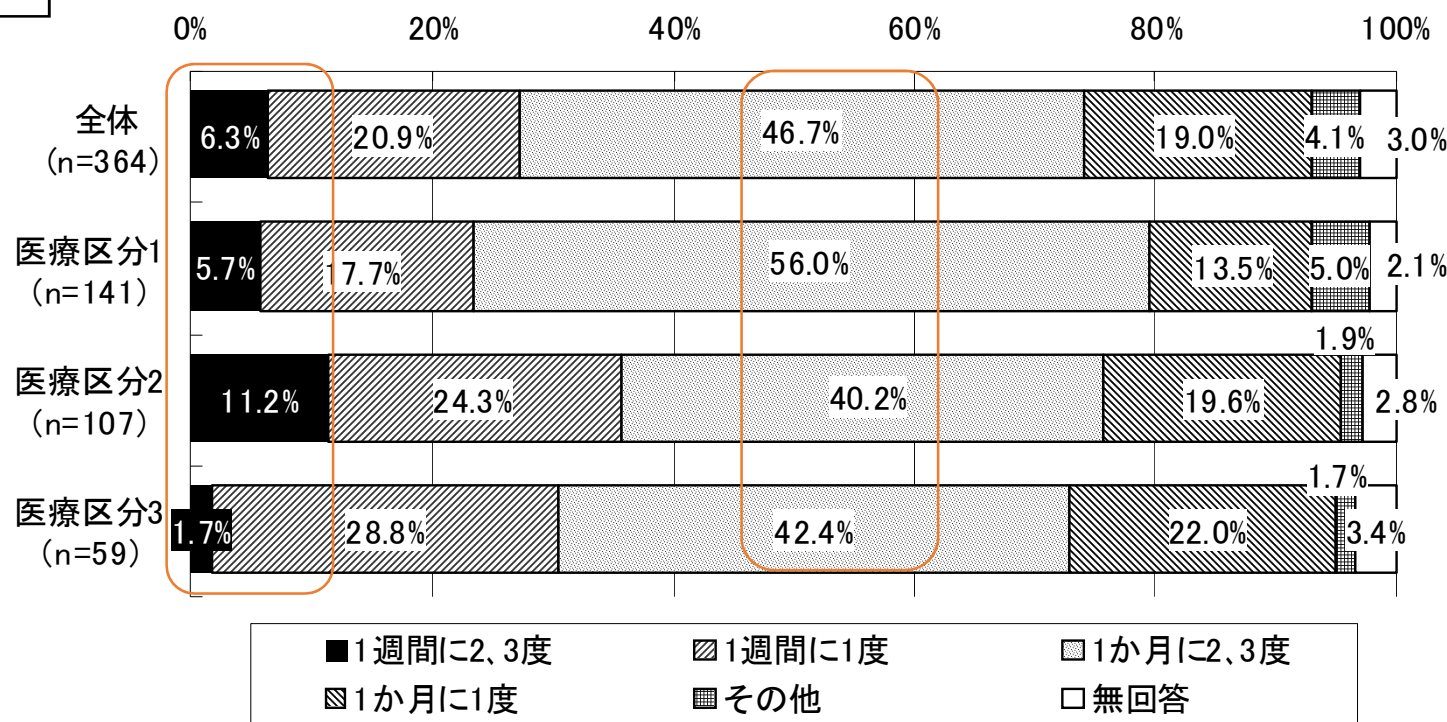
この法人が運営するケアハウスに、同市の女性(66)が入居した。隣接の診療所から医師が入居者を訪問診療している。女性は認知症で、医療費通知等によれば、ハウスでは大みそかや元日を含めほぼ毎日、訪問診療等を受けたことになっていた。自己負担分を含む医療費の総額は月20万円超にのぼった。また、昨年9月半ばから別の病院に入院したが、その期間もハウスで訪問診療等を受けたと記されていた。

出典:平成25年10月6日朝日新聞要約

医師の訪問頻度

患者調査

図表 342 医師の訪問頻度（医療区分別）



(注) 「その他」には「2～3か月に1度」「決まっていない」「わからない・忘れた」「その他」が含まれる。

- ・ 1週間に2, 3度訪問されているのは全体の一部であった。
- ・ 一方で、在宅総合医療管理料等が算定可能な「1ヶ月に2, 3度」が最も多かった。

在宅時医学総合管理料等の課題と対応(案)について

中医協 総－3
25.10.23

趣旨

在宅での療養を行っている患者に対するかかりつけ医機能の確立及び在宅での療養の推進を図る

現状と課題

- 1医療機関あたりの担当患者数は年々増加してきており、在宅医療の供給量は増えてきている。
- 一方で、在宅時医学総合管理料等は月2回以上の定期的な訪問診療(往診を含む。)等で診療時間等に関わらず算定できることから、特に同一建物内における訪問診療において、経済的誘引等により、過剰診療や患者の選択を制限する要因となる可能性がある。
- 従って、今後は量的な観点のみならず、質的な観点からの充実も更に進めていく必要がある。

対応(案)

- ・ 在宅時医学総合管理料等については、
 - ① 在宅時医学総合管理料及び特定施設入居時等医学総合管理料について、訪問診療料と同様に、同一建物かどうかに応じた評価体系とする
 - ② かかりつけ医機能の確立などの目的もあることから、現在議論している主治医機能のある医療機関の評価との連動を検討する
などが必要であると考えられる。

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療①

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		病床有		病床無		—		—	
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		病床有		病床無		—		—	
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	<u>1,200点</u>	<u>1,500点</u>	<u>1,100点</u>	<u>1,400点</u>	<u>1,000点</u>	<u>1,300点</u>	<u>760点</u>	<u>1060点</u>
	同一以外	5,000点	5,300点	4,600点	4,900点	4,200点	4,500点	3,150点	3,450点
特医総管	同一	<u>870点</u>	<u>1,170点</u>	<u>800点</u>	<u>1,100点</u>	<u>720点</u>	<u>1,020点</u>	<u>540点</u>	<u>840点</u>
	同一以外	3,600点	3,900点	3,300点	3,600点	3,000点	3,300点	2,250点	2,550点

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療②

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)	<u>203点</u>
訪問診療料2(上記以外の同一建物)	<u>103点</u>

※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、下記の患者については、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

- ◆ 同一患家等において、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。

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。



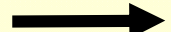
契約書



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。



一律に訪問診療



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

その他の個別項目

抗精神病薬の投与剤数の国際比較

抗精神病薬多剤併用に関する国際比較

	報告年	調査地域	対象患者	患者数	抗精神病薬投与剤数		
					単剤	2剤	3剤以上
Covellら	2002	米国	外来患者	386	89.0%	11.0%	－
Wangら	2000	米国	統合失調症	150	82.0%	16.0%	2.0%
Keksら	1999	オーストラリア	入院・外来患者	662	87.3%	12.7%	－
Humberstoneら	2004	ニュージーランド	外来患者	3178	85.6%	16.4%	－
Taylorら	2000	英国	統合失調症	1218	80.7%	19.3%	－
Bitterら	2003	中国	入院・統合失調症	115	72.8%	25.4%	1.8%
Maglianoら	2004	イタリア	外来・統合失調症	671	71.1%	23.8%	5.1%
Fourrierら	2000	フランス	統合失調症	664	53.3%	38.9%	7.8%
Cheeら	1997	香港	入院・統合失調症	925	27.4%	41.8%	30.8%
稲垣ら	2004	日本	入院・統合失調症	2369	15.0%	35.0%	50.0%
富田ら	2002	日本	入院・統合失調症	586	27.3%	35.7%	37.0%

日本において抗精神病薬の投与剤数が諸外国と比べて多いことが指摘されている

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



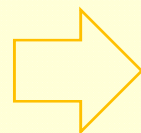
非定型抗精神病薬加算(2種類以下の場合) 15点

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。



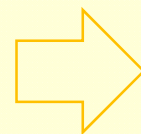
精神科継続外来支援・指導料

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 68点

処方料 42点

薬剤料



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。

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

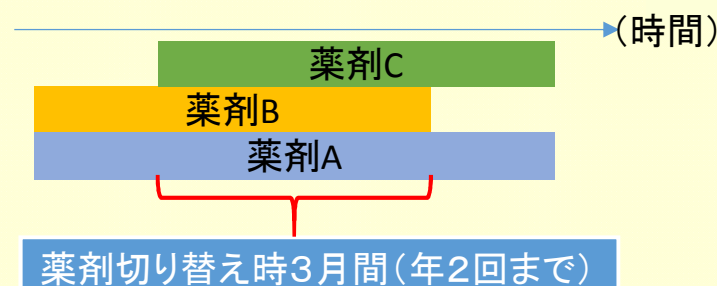
[抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の適正化についての除外規定]

- 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



医療技術の適切な評価

胃瘻等について

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

【現行】

胃瘻造設術	10,070点
—	—



【改定後】

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

【胃瘻造設時嚥下機能評価加算の算定要件】

嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査を実施し、十分に説明・相談を行った上で胃瘻造設を実施した場合に算定する 等

※ 胃瘻造設術実施が年間50件以上の保険医療機関の場合であって、鼻腔栄養及び胃瘻造設の患者を1年以内に経口摂取に回復させている割合が35%未満の場合、80/100へ減算。(平成27年4月1日より施行)

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

【現行】

摂食機能療法	185点
—	—



【改定後】

摂食機能療法	<u>185点</u>
(新) 経口摂取回復促進加算	<u>185点</u>

【経口摂取回復促進加算の算定要件】

(1) 鼻腔栄養又は胃瘻の状態の患者に対して、月に1回以上嚥下造影または内視鏡下嚥下機能検査を実施しカンファレンス等を行う。
(2) 治療開始日から起算して6月以内に限り加算する 等

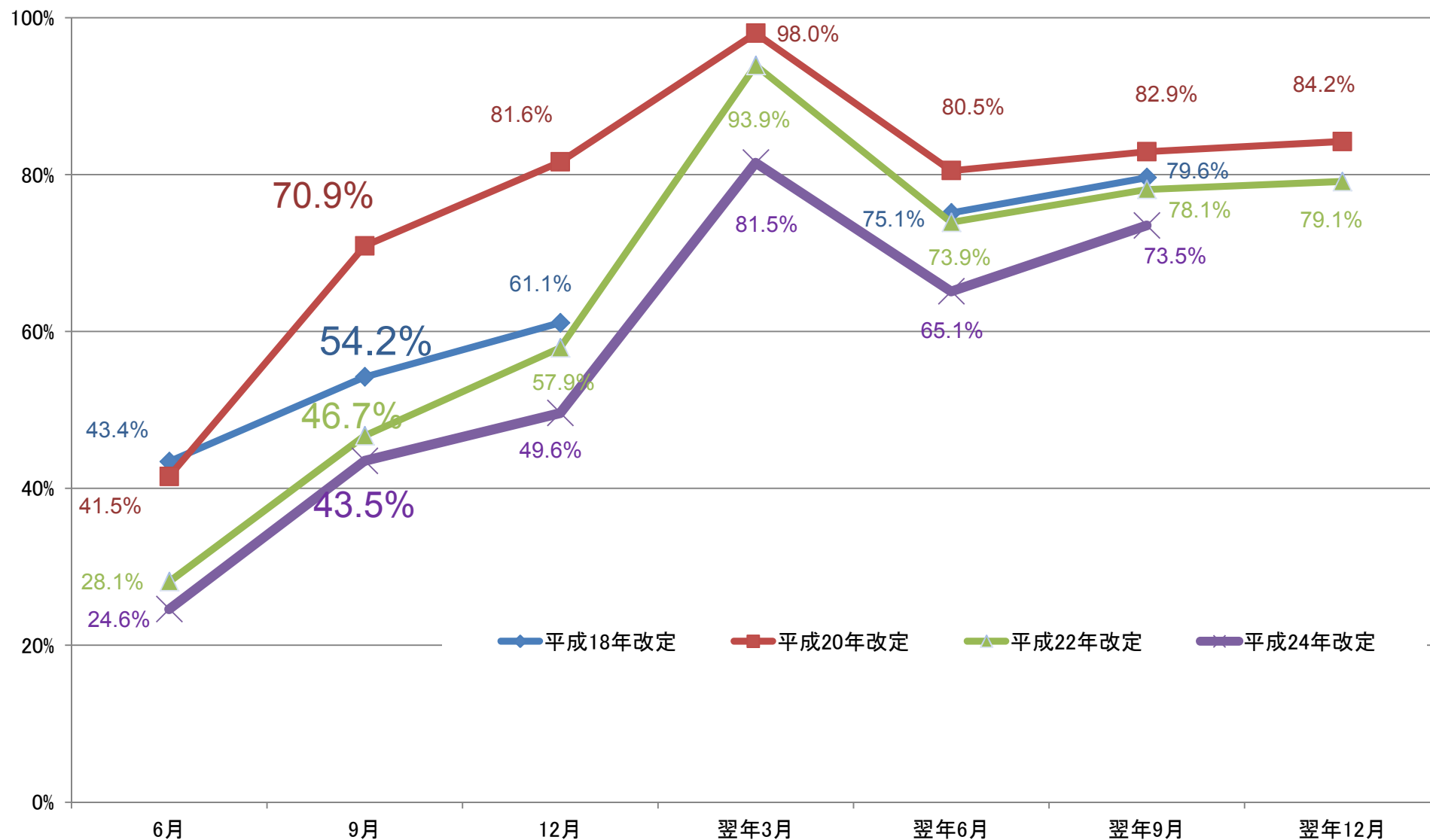
【経口摂取回復促進加算の施設基準】

(1) 新規及び他の保険医療機関から受け入れた胃瘻造設患者が合わせて年間2名以上
(2) 新規及び他の保険医療機関から受け入れた鼻腔栄養及び胃瘻造設の患者のうち、35%以上について、1年以内に経口摂取に回復させていること。

- これまで評価が不明確だった、胃瘻拔去術の技術料を新設する。

(新) 胃瘻拔去術 2,000点

妥結率の推移【18-19、20-21、22-23、24-25年度】



(注) 平成18年改定時の調査は、18年7月、18年10月、翌年1月、翌年7月、翌年10月に実施。

データ
厚生労働省医政局経済課調べ

価格妥結状況

中 医 協 総 ー 6
2 5 . 1 2 . 2 5

区 分	妥結率(取引年月別)		増 減
	平成23年9月	平成25年9月	
病 院(総計)	57.9%	56.6%	▲1.3%
200床以上	51.1%	50.2%	▲0.9%
その他	82.7%	81.7%	▲1.0%
診 療 所	96.9%	96.1%	▲0.8%
(医療機関 計)	(71.7%)	(70.4%)	(▲1.3%)
チェーン薬局(20店舗以上)	62.8%	51.9%	▲10.9%
そ の 他 の 薬 局	90.8%	85.3%	▲5.5%
(保険薬局 計)	(84.1%)	(76.2%)	(▲7.9%)
総 合 計	78.1%	73.5%	▲4.6%

※ 調査客体:一般社団法人日本医薬品卸売業連合会会員構成員企業の卸売業者
(「価格妥結調査結果」:医政局経済課調べ)

調剤報酬等における適正化・合理化 ～ 妥結率が低い保険薬局等の適正化～

妥結率が低い場合は、医薬品価格調査の障害となるため、毎年9月末日までに妥結率が50%以下の保険薬局及び医療機関について、基本料の評価の適正化を図る。

<診療報酬>

- ◆ 許可病床が200床以上の病院において、妥結率が低い場合は、初診料・外来診療料・再診料の評価を引き下げる。

(新) 初診料	209点 (妥結率50%以下の場合)	〔通常：282点〕
(新) 外来診療料	54点 (妥結率50%以下の場合)	〔通常：73点〕
(新) 再診料	53点 (妥結率50%以下の場合)	〔通常：72点〕

<調剤報酬>

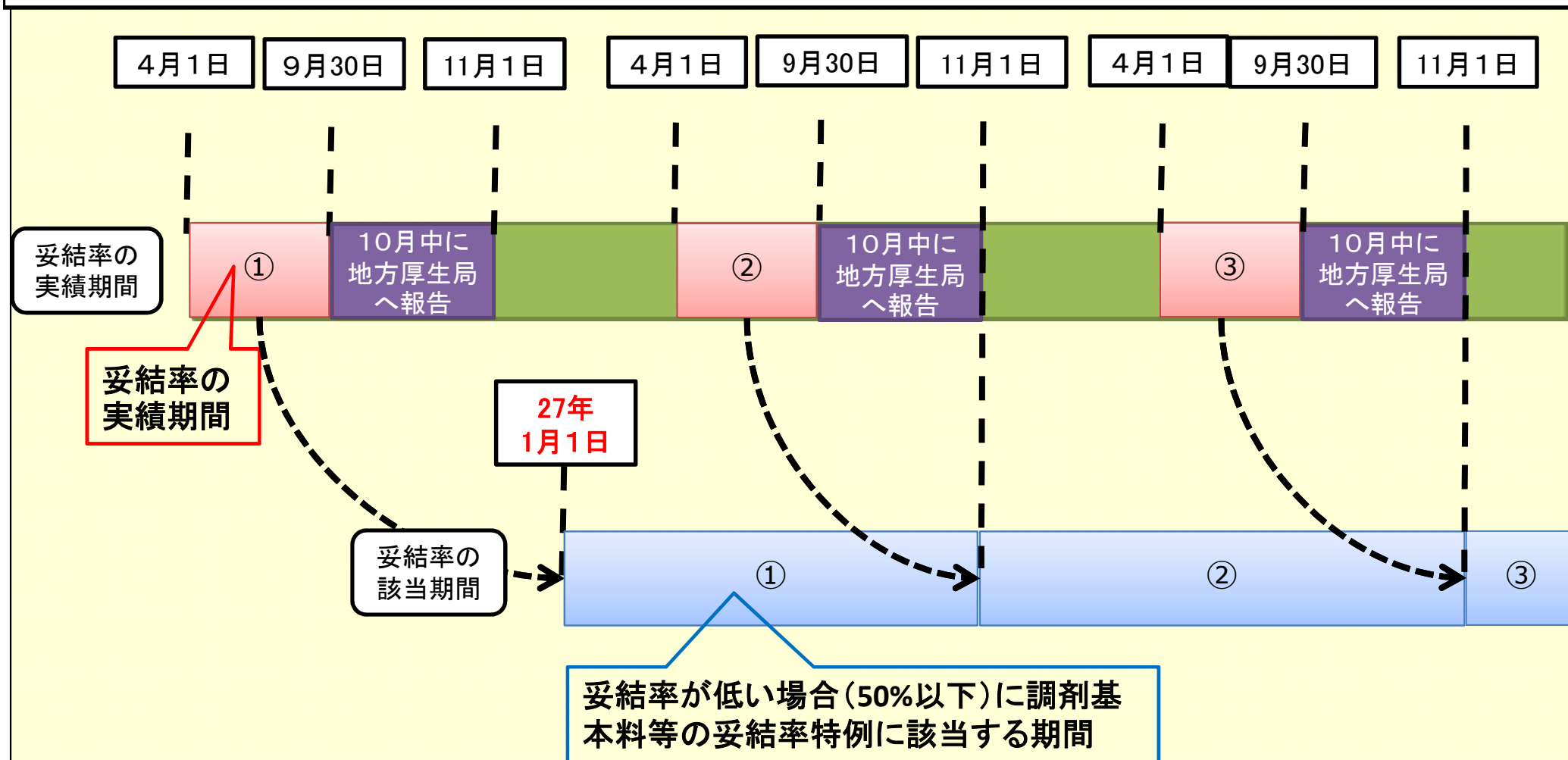
- ◆ 保険薬局において、妥結率が低い場合は、調剤基本料の評価を引き下げる。

(新) 調剤基本料	31点 (妥結率50%以下の場合)	〔通常：41点〕
(新) 調剤基本料の特例	19点 (妥結率50%以下の場合)	〔通常：25点〕

$$\text{妥結率} = \frac{\text{卸売販売業者と当該保険医療機関等との間での取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額 (各医療用医薬品の規格単位数量 \times 薬価を合算したもの)}}{\text{当該保険医療機関等において購入された医療用医薬品の薬価総額}}$$

※許可病床が200床以上の病院及び保険薬局においては、年に1回妥結率の実績について、地方厚生局へ報告する。

妥結率の特例の実績期間と該当期間



- 4月1日から9月30日を妥結率の実績期間とし、当該期間の妥結率の実績が基準を下回る場合には、11月1日から翌年10月31日まで妥結率が低い保険薬局等とみなされる。
- ただし、書類提出期間を踏まえ導入初年度のみ1月1日より適用とする。