

# 在宅薬剤管理指導業務の一層の推進

## <在宅患者訪問薬剤管理指導料の見直し>

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

### 【現行】

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



### 【改定後】

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

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

## <在宅患者訪問薬剤管理指導の要件統一>

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

## 重点課題

### 医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等

1 入院医療について

2 外来医療の機能分化・連携の推進について

3 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療の推進について

4 医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について

## 医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について①

### 維持期リハビリテーションの評価

- 平成26年3月31日までとされていた、要介護被保険者等に対する維持期の脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーションについて、以下の見直しを行う。
  1. 過去1年間に介護保険の通所リハビリテーション等の実績がない医療機関は、100分の90に相当する点数で算定する。
  2. 入院患者については、期限を設けずに維持期リハビリテーションの対象患者とし、外来患者については、原則として平成28年3月31日までとする。(2年間の延長)

### 介護保険によるリハビリテーションへの移行支援

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

**(新) 介護保険リハビリテーション移行支援料 500点(患者1人につき1回限り※)**

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

[算定要件]

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

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

## ① 維持期のリハビリテーションの評価の見直し

脳血管疾患等リハビリテーション料(I)	221点	介護保険の 通所リハビ リテーション 等の実績が ない場合	199点
脳血管疾患等リハビリテーション料(II)	180点		162点
脳血管疾患等リハビリテーション料(III)	90点		81点
運動器リハビリテーション料(I)	163点		147点
運動器リハビリテーション料(II)	154点		139点
運動器リハビリテーション料(III)	85点		77点

(注) 廃用症候群の場合に対する脳血管疾患等リハビリテーションは省略



### ③ 介護保険リハビリテーション移行支援料

500点 (患者1人につき1回限り)

介護保険の  
リハビリテーションへの  
移行支援

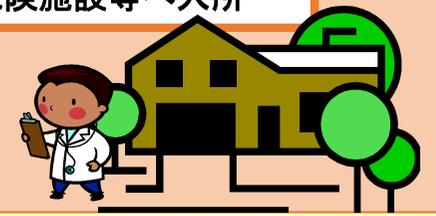
退院後、より適切な介護  
サービスへ

(参考)  
介護支援連携指導料  
300点 (入院中2回)



介護保険における  
居宅サービス等  
(リハビリテーションを含む)  
の利用

介護保険施設等へ入所



② 平成26年3月31日までとされていた、要介護被保険者等に対する維持期の脳血管疾患等、運動器リハビリテーションについて、この経過措置を平成28年3月31日までに限り延長する。ただし、入院患者については、期限を設けずに維持期のリハビリテーションの対象患者とし、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。

## 医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について②

### 周術期における口腔管理（医療機関相互の連携の評価）

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

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

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

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

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

# 医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について③

## その他の連携

### 介護職員等喀痰吸引等指示の評価の拡大

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

介護職員等喀痰吸引等指示料 240点(3月に1回算定 有効期限6か月)



#### 現行

[対象事業者]

厚生労働大臣の定める者

①介護保険関係

訪問介護、訪問入浴介護、通所介護、短期入所生活介護、  
特定施設入居者生活介護を行う者 等

②障害者自立支援法関係

指定居宅介護の事業、重度訪問介護、同行援護又は行動  
援護に係る指定障害福祉サービスの事業を行う者、  
指定生活介護事業者 等



#### 改定後

[対象事業者]

厚生労働大臣の定める者

①介護保険関係

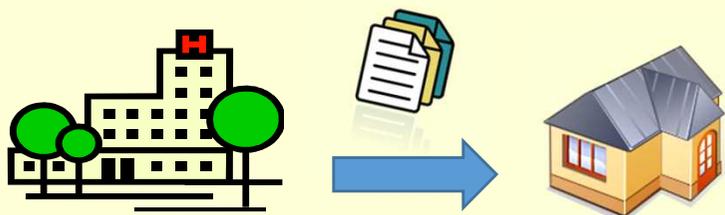
訪問介護、訪問入浴介護、通所介護、短期入所生活介護、  
特定施設入居者生活介護を行う者 等

②障害者自立支援法関係

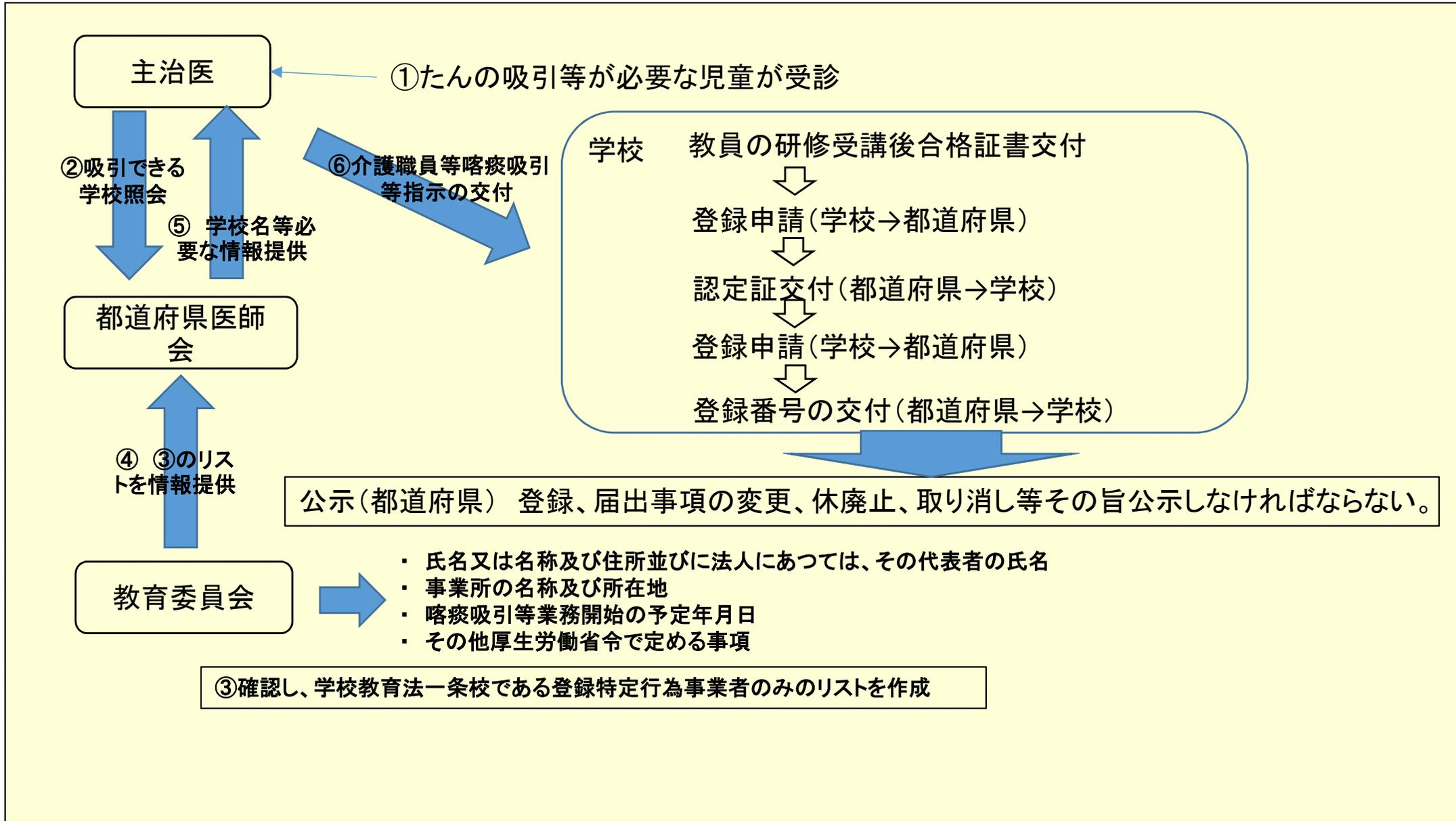
指定居宅介護の事業、重度訪問介護、同行援護又は行動  
援護に係る指定障害福祉サービスの事業を行う者、指定  
生活介護事業者 等

③学校教育法関係

学校教育法一条校（幼稚園、小学校、中学校、高等学校、  
中等教育学校、特別支援学校、大学、高等専門学校）



# 特別支援学校等で喀痰吸引等指示を交付する流れ



# 医療技術の進歩の促進と導入、その他の分野

1 充実が求められる分野を適切に評価していく視点

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

3 医療従事者の負担を軽減する視点

4 効率化余地がある分野を適正化する視点

5 消費税率8%への引上げに伴う対応

# 緩和ケアを含むがん医療の推進について①

## がん患者指導管理の充実

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

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

### 【施設基準】

1は従来のがん患者カウンセリング料と同様。

2の場合：

- ① 当該保険医療機関に、緩和ケアの研修を修了した医師及び専任の看護師がそれぞれ1名以上配置されていること。
- ② ①に掲げる看護師は、5年以上がん患者の看護に従事した経験を有し、がん患者へのカウンセリング等に係る適切な研修(6月以上600時間以上)を修了した者であること。等

3の場合：

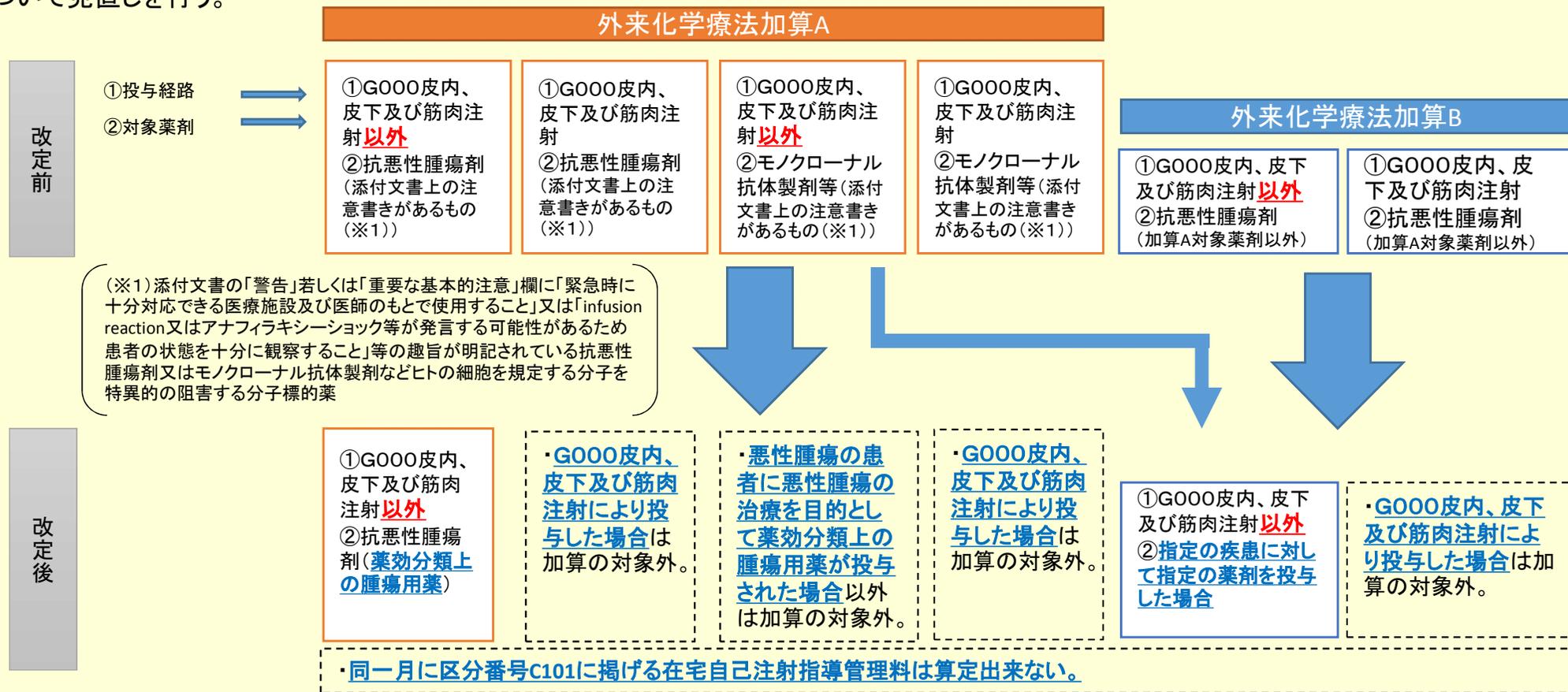
- ① 当該保険医療機関に、化学療法の経験を5年以上有する医師及び専任の薬剤師がそれぞれ1名以上配置されていること。
- ② ①に掲げる薬剤師は、3年以上化学療法に係る業務に従事した経験を有し、40時間以上のがんに係る適切な研修を修了し、がん患者に対する薬剤管理指導の実績を50症例以上有する者であること。等

### 【対象患者】

- 1の場合：がんと診断された患者であって継続して治療を行う者。
- 2の場合：がんと診断された患者であって継続して治療を行う者のうち、STAS-J(STAS日本語版)で2以上の項目が2項目以上該当する者、又はDCS(Dicisional Conflict Scale)40点以上のものであること。
- 3の場合：悪性腫瘍と診断された患者のうち、抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射されている者。(算定期間は、抗悪性腫瘍剤の投薬若しくは注射の開始日前30日以内、又は投薬若しくは注射をしている期間に限る。)

## 外来化学療法の評価の見直しについて

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



[外来化学療法管理加算Bの対象疾患と対象薬剤]

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

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

**ウ** 関節リウマチの患者に対してアバタセプト製剤を投与した場合

# 精神病床の機能分化①

## 精神科急性期医療の充実

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

### **(新) 精神科急性期医師配置加算 500点(1日につき)**

[施設基準]

- ① 新規入院患者のうち6割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、在宅へ移行すること。
- ② 時間外、休日又は深夜の入院件数が年8件以上であること。
- ③ 時間外、休日又は深夜の外来対応件数が年20件以上であること。

- 急性期の精神疾患患者に対するチーム医療を推進し、早期退院を促すため、精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料、精神科急性期治療病棟入院料(精神科急性期医師配置加算を算定するものに限る)において、計画に基づいた医療を提供した場合の評価を新設する。

### **(新) 院内標準診療計画加算 200点(退院時1回)**

[対象患者]

- ①統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害、②気分(感情)障害

[算定要件]

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

## 精神病床の機能分化②

### 精神療養病棟の医師配置等の見直し

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

精神療養病棟入院料 1,061点(1日につき)

当該病棟に常勤の精神保健指定医が1名以上配置されていること。

医療法に定める医師の員数以上の員数が配置されていること。

精神療養病棟入院料 1,090点(1日につき)

(改) 当該病棟に専任の常勤の精神科医が1名以上配置されていること。

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

(新) 平成26年4月1日以降、当該病棟に入院となった患者に対して、7日以内に退院支援相談員を指定すること。その上で、退院支援のための委員会を設置・開催しつつ、退院に向けた相談支援、地域援助事業者等の紹介、退院調整等に関する院内における業務を実施すること。

### 精神保健福祉士の配置の評価

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

**(新) 精神保健福祉士配置加算 30点(1日につき)**

[算定要件]

- ① 当該病棟に専従の常勤精神保健福祉士を1名以上配置すること。
- ② ①とは別に、退院支援部署又は地域移行支援室に常勤精神保健福祉士を1名以上配置すること。
- ③ 措置入院、鑑定入院、医療観察法入院で当該保険医療機関に入院となった者を除いた当該病棟の新規入院患者のうち9割以上(精神療養病棟の場合は7割以上)が入院日から起算して1年以内に退院し、在宅へ移行すること。

## 精神病床の機能分化③

### 精神科救急医療についての実績要件の見直し

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

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

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

精神疾患にかかる時間外、休日又は深夜における診療(電話再診を除く。)件数が年間200件以上、又は次の地域における人口万対2. 5件以上であること

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

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

(改)精神疾患にかかる時間外、休日又は深夜における診療(電話再診を除く。)件数が年間200件以上、又は次の地域における人口万対2. 5件以上であり、かつ、精神疾患にかかる時間外、休日又は深夜における入院件数が年間20件以上であること。

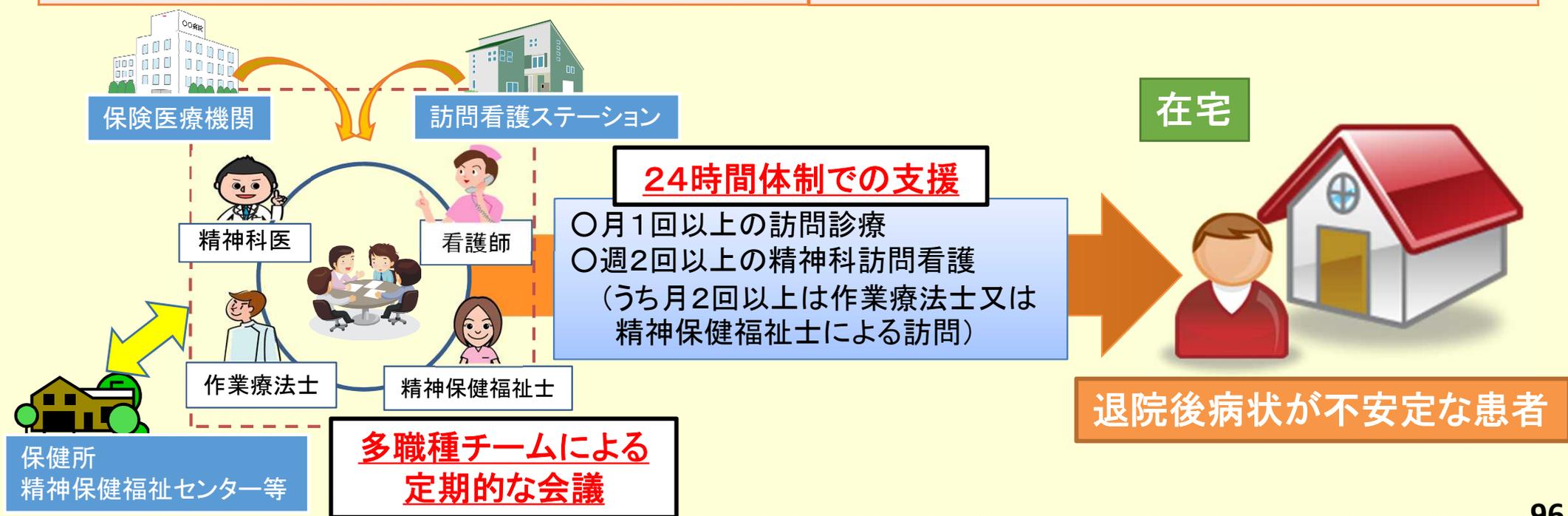
# 精神疾患をもつ患者の地域移行と地域定着の推進①

## 精神科重症患者早期集中支援管理料①

- 長期入院後や入退院を繰り返す病状が不安定な退院患者の地域移行を推進する観点から、24時間体制の多職種チームによる在宅医療に関する評価を新設する。

### (新) 精神科重症患者早期集中支援管理料(月1回6月以内)

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



## 精神科重症患者早期集中支援管理料②

### [算定要件]

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

### [対象患者]

以下①～④のすべてを満たす者。

- ①1年以上精神病床に入院して退院した者又は入退院を繰り返す者。
- ②統合失調症、気分障害又は重度認知症の患者で、退院時のGAF40以下の者。
- ③精神科を標榜する保険医療機関への通院が困難な者。
- ④障害福祉サービスを利用していない者。

### [施設基準]

- ①常勤精神保健指定医、常勤看護師又は常勤保健師、常勤精神保健福祉士及び常勤作業療法士の4名から構成される専任のチームが設置されていること(いずれか1人は専従)。
- ②上記4人を含む多職種会議を週1回以上開催(月1回以上は保健所又は精神保健福祉センター等と共同)すること。
- ③24時間往診及び看護師又は保健師による精神科訪問看護が可能な体制を確保していること。
- ④地域の精神科救急医療体制の確保に協力等を行っていること。

## 精神疾患患者の地域移行と地域定着の推進②

- 長期入院後の退院患者や入退院を繰り返す病状が不安定な患者の地域移行を推進する観点から、保険医療機関と連携して行う訪問看護の評価を新設する。

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

### [算定要件]

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

### [施設基準]

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



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

### (医療機関)

**(新) 精神科複数回訪問加算 450点(1日2回)**

**(新) 精神科複数回訪問加算 800点(1日3回以上)**

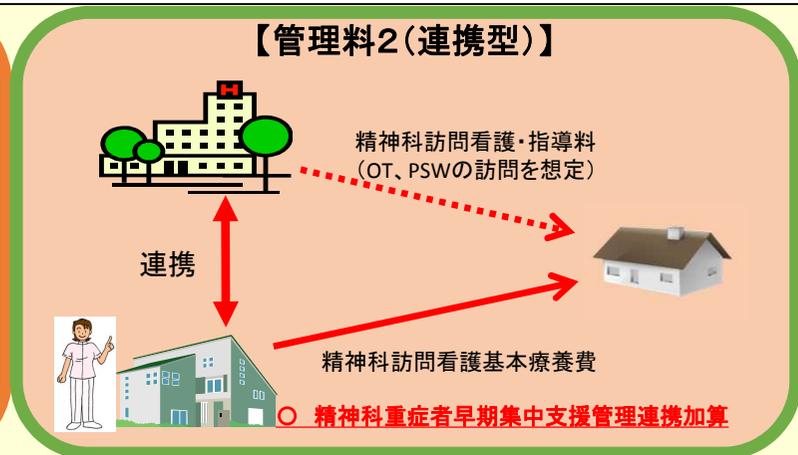
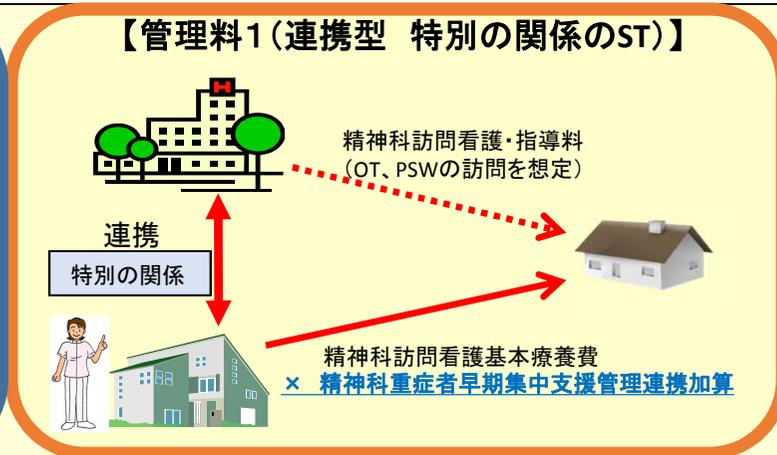
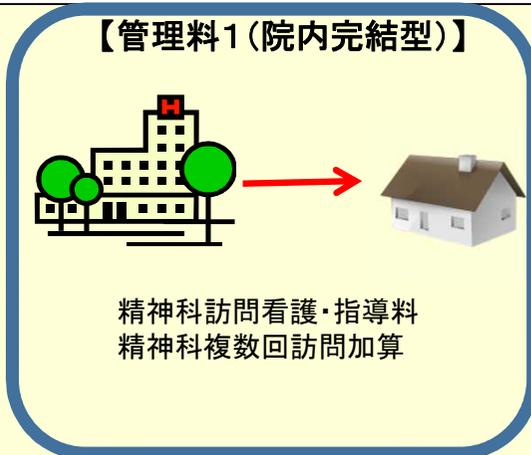
### (訪問看護ステーション)

**(新) 精神科複数回訪問加算 4,500円(1日2回)**

**(新) 精神科複数回訪問加算 8,000円(1日3回以上)**

# 精神科重症者早期集中支援連携加算、精神科複数回訪問加算

## 連携する病院と訪問看護ステーションの算定の仕組み



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

通常、特別の関係の場合はどちらか一方が○。ただし、精神科重症者早期集中支援の場合は、病院からの訪問看護が作業療法士または精神保健福祉士の場合にかぎり、両方○

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

# 精神疾患をもつ患者の地域移行と地域定着の推進③

## 在宅時における長時間の精神療法の評価

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

1 精神科救急医療体制に協力する精神保健指定医等の初診の場合 700点

2 1以外の場合  
 イ 30分以上の場合 400点  
 ロ 30分未満の場合 330点



1 (改)精神科救急医療体制に協力する精神保健指定医等の初診の場合 600点

2 (新)精神科救急医療体制に協力する精神保健指定医等が60分以上行った場合(在宅精神療法のみ) 540点

3 1及び2以外の場合  
 イ 30分以上の場合 400点  
 ロ 30分未満の場合 330点

## 精神科デイ・ケア等の見直し

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

### 精神科ショート・ケア等 275点～

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



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

# 身体疾患を合併する精神疾患患者への適切な医療の推進

## 身体合併症管理の充実

- 精神病床に入院する患者の身体合併症に適切に対応するため、精神科身体合併症管理加算の算定期間を延長する。

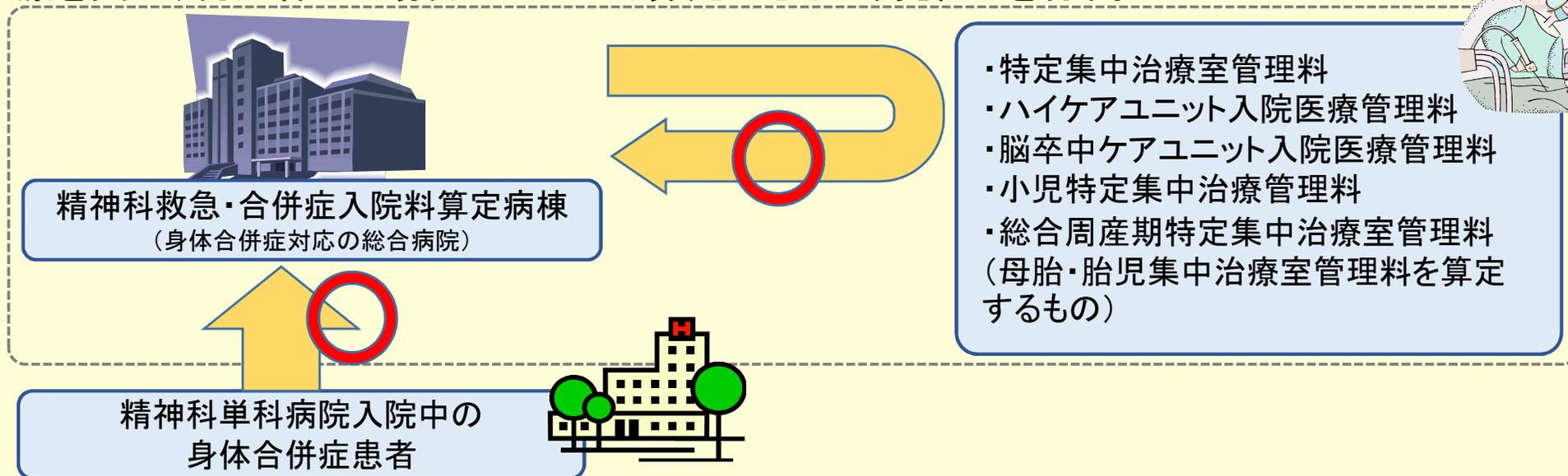
精神科身体合併症管理加算(1日につき)  
450点



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

## 精神科救急・合併症入院料の算定要件の見直し

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



# 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



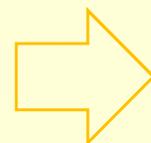
非定型抗精神病薬加算(2種類以下の場合) 15点

## 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。



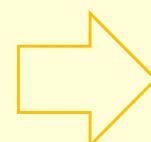
### 精神科継続外来支援・指導料

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



# 児童・思春期の精神科医療の推進

## 通院・在宅精神療法 20歳未満加算の起算日の見直し

- 精神疾患以外で医療機関を受診していた小児患者が精神疾患を発症し、同一の医療機関の精神科を受診した場合も、通院・在宅精神療法の20歳未満加算を算定できるよう見直しを行う。

<b>通院・在宅精神療法 20歳未満加算</b>
初診の日から起算して1年以内の期間に行った場合に限る



<b>通院・在宅精神療法 20歳未満加算</b>
<u>当該保険医療機関の精神科を初めて受診した日</u> から起算して1年以内の期間に行った場合に限る

## 通院・在宅精神療法、心身医学療法の20歳未満加算の見直し

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

<b>通院・在宅精神療法</b>	<b>200点</b>
20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合に算定する。	



<b>通院・在宅精神療法</b>	<b><u>350点(改)</u></b>
20歳未満の患者に対して、 <u>必要に応じて児童相談所等との連携や保護者等への指導を行った上で</u> 、通院・在宅精神療法を行った場合に算定する	

<b>心身医学療法</b>	<b>100分の100に相当する点数</b>
20歳未満の患者に対して心身医学療法を行ったに算定する。	



<b>心身医学療法</b>	<b><u>100分の200に相当する点数(改)</u></b>
20歳未満の患者に対して、 <u>必要に応じて児童相談所等との連携や保護者等への指導を行った上で</u> 、心身医学療法を行った場合に、算定する。	

# 認知症対策の推進

## 重度認知症患者への対応

- 精神病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料(精神病棟)の重度認知症加算について、算定期間を短縮した上で、評価を充実させる。

入院した日から起算して3月以内の期間  
に限り加算 100点



入院した日から起算して1月以内の期間  
に限り加算 300点

## 認知症患者に対するリハビリテーションの推進

- 認知症治療病棟入院料を算定する患者又は認知症疾患医療センターに入院する重度の認知症患者に対する短期の集中的な認知症リハビリテーションの評価を新設する。

**(新) 認知症患者リハビリテーション料 240点(1日につき)**

**(入院した日から1月以内、週3日まで)**

### [対象患者]

認知症治療病棟入院料を算定する患者又は認知症疾患医療センターに入院する患者のうち、  
重度認知症の者(「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」のランクMに該当する者)

### [施設基準]

- ① 認知症患者の診療の経験を5年以上有する、又は認知症患者のリハビリテーションに関し適切な研修を修了した専任の医師が1名以上勤務していること
- ② 専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士、常勤言語聴覚士が1名以上勤務していること

## 救急医療等の推進について①

## 救急医療管理加算の見直し

- 救急医療管理加算の算定基準が明確でない点があること等を踏まえ、適正化の観点から算定基準を明確化するとともに評価の見直しを行う。

## 現行

A205 救急医療管理加算 800点  
(1日につき) (7日まで)

## 【対象患者】

次に掲げる状態にあつて、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう

- ア 吐血，喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
- イ 意識障害又は昏睡
- ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
- エ 急性薬物中毒
- オ ショック
- カ 重篤な代謝障害（肝不全，腎不全，重症糖尿病等）
- キ 広範囲熱傷
- ク 外傷，破傷風等で重篤な状態
- ケ 緊急手術を必要とする状態
- コ その他，「ア」から「ケ」に準ずるような重篤な状態



## 改定後

A205 救急医療管理加算1 800点  
救急医療管理加算2 400点(新)  
(1日につき) (7日まで)

## 【対象患者】

次に掲げる状態にあつて、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう

## ＜救急医療管理加算1＞

- ア 吐血，喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
- イ 意識障害又は昏睡
- ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
- エ 急性薬物中毒
- オ ショック
- カ 重篤な代謝障害（肝不全，腎不全，重症糖尿病等）
- キ 広範囲熱傷
- ク 外傷，破傷風等で重篤な状態
- ケ 緊急手術を必要とする状態

## ＜救急医療管理加算2＞

コ その他，「ア」から「ケ」に準ずるような重篤な状態

※ 当該加算は入院時に重篤な状態の患者に対して算定するものであり、入院後に悪化の可能性が存在する患者については対象とならない。

※ 年に1度、「コ」に該当する患者の概要について報告を行うこと。

## 救急医療等の推進について②

### 救命救急センターにおける急性薬毒物中毒治療の評価

- 救命救急入院料の急性薬毒物中毒加算について、対象を明確化するとともに、簡易な検査の評価を新設する。また、算定可能な対象施設を高度救命救急センターだけでなく救命救急センターに拡大し、自殺対策を含めた救急医療等の推進を図る。

**救命救急入院料 1 イ 9869点 (3日以内の期間)**

**急性薬毒物中毒加算1(機器分析) 5,000点**

**(新) 急性薬毒物中毒加算2(その他) 350点**

[算定要件] 急性薬毒物中毒加算1(機器分析)については日本中毒学会によるガイドラインに基づいた機器分析を自院で行った場合に算定

[施設基準] 高度救命救急センター 及び救命救急センター

※新たな届出は必要ない

### 精神疾患を有する救急患者等に対する受入の評価

- 精神疾患を有する患者や急性薬毒物中毒患者については、搬送医療機関が決定するまでにかかる時間が長いことから、夜間休日救急搬送医学管理料について、精神疾患の既往がある患者又は急性薬毒物中毒の患者について評価を新設し、自殺対策を含めた救急医療等の推進を図る。

**夜間休日救急搬送医学管理料 200点**

**(新) 精神疾患患者等受入加算 400点**

[算定要件] 対象患者は深夜、土曜又は休日に救急用自動車及び救急医療用ヘリコプターで搬送された患者のうち、過去6月以内に精神科受診の既往がある患者又はアルコール中毒を除く急性薬毒物中毒が診断された患者

[施設基準] 第二次救急医療機関であること

# 救急医療、小児、周産期医療の推進

## 新生児の退院調整①

- 新生児特定集中治療室退院調整加算について、入院7日以内に患者の抽出を行い、家族との話し合いを開始するとともに、入院1月以内に退院支援計画の作成を開始すること等を算定の要件とするよう評価の見直しを行う。

## 新生児の退院調整②

- 急性期病院において、周産期医療センターから退院患者を受け入れ、在宅に退院させた場合の退院調整について評価を行う。

### (新) 新生児特定集中治療室退院調整加算3

イ 退院支援計画策定加算 600点

ロ 退院加算 600点

[算定要件]

- ① 前医で新生児特定集中治療室退院調整加算2を算定している患者について、転院受入後、7日以内に退院支援計画を策定した場合、入院中1回に限りイを算定する。自宅へ退院した場合、退院時1回に限りロを算定する。
- ② 本点数を算定した患者に対し、退院時に緊急時の連絡先等を文書で提供し、24時間連絡がとれる体制を取っていること。

[施設基準]

小児入院医療管理料1～3を届け出ている医療機関又は周産期母子医療センターであること。

## 小児科外来診療料の見直し

- 小児科外来診療料についてパリーブズマブを用いた場合を対象外にし、薬剤費等を出来高で算定できるようにする。

# 急性期病棟におけるリハビリテーション専門職の配置に対する評価

## 入院患者のADLの維持、向上等に対する評価①

- 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟)または専門病院入院基本料の7対1病棟、10対1病棟について、リハビリテーション専門職を配置した場合の評価を行う。

### (新) ADL維持向上等体制加算 25点 (患者1人1日につき)

