中医協　総－１
２４．２．１０

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
Ｉ－４　認知症対策の推進について
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
Ｉ－５　感染症対策の推進について
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
Ｉ－６　リハビリテーションの充実について
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
Ｉ－７　生活の質に配慮した歯科医療の推進について
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
Ｉ－８　医療技術の適切な評価について
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
Ｉ－９　イノベーションの適切な評価について
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

【重点課題１－１（医療従事者負担軽減／救急等の推進）－②】

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
【救命救急入院料】注２　3,000点 ［算定要件］ 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。	【救命救急入院料】注２　3,000点 ［算定要件］ 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、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、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。

【重点課題１－１（医療従事者負担軽減／救急等の推進）－③】

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、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
【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。	【救急搬送患者地域連携紹介加算】 （退院時1回）　1,000点（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７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。
【救急搬送患者地域連携受入加算】 （入院初日）　1,000点	【救急搬送患者地域連携受入加算】 （入院初日）　2,000点（改）

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
【救急搬送患者地域連携紹介加算】 ［施設基準］ 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。 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。 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。	【救急搬送患者地域連携紹介加算】 ［施設基準］ 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。 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。 （削除）
【救急搬送患者地域連携受入加算】 ［施設基準］ 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。 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。	【救急搬送患者地域連携受入加算】 ［施設基準］ 　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。 （削除）

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。

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
【選択項目】 ・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	【選択項目】 ・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（一部必須） ・交代勤務制の導入（一部必須） ・予定手術前の当直に対する配慮
【必須項目】 なし	【必須項目】 ・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。 ・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。 ・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。 ・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３者の評価を受けているかどうかを報告することとする。

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］

１　15対１補助体制加算 ２　20対１補助体制加算 　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 ３　25対１補助体制加算 ４　50対１補助体制加算 　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 ５　75対１補助体制加算 ６　100対１補助体制加算 　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	１　15対１補助体制加算 ２　20対１補助体制加算 　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 ３　25対１補助体制加算 ４　30対１補助体制加算 ５　40対１補助体制加算 　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 ６　50対１補助体制加算 ７　75対１補助体制加算 ８　100対１補助体制加算 　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

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

【重点課題１－３（医療従事者負担軽減／外来の機能分化の推進）－②】

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

［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
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。	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。
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。	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。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。
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	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

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。	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。	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

	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、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。

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
【地域医療貢献加算】　3点	【時間外対応加算】 １　時間外対応加算１ 5点（新） ２　時間外対応加算２ 3点（改） ３　時間外対応加算３ 1点（新）
［算定要件］	［算定要件］ １　時間外対応加算１ ①　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応じる。 ②　原則として自院で対応する。 ２　時間外対応加算２
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応じる。休日、深夜又は早朝は留	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応じる。休日、深夜又は早朝は留

守番電話等で対応しても差し支えない。 ②　原則として自院で対応する。	守番電話等で対応しても差し支えない。 ②　原則として自院で対応する。 ３　時間外対応加算３ ①　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で対応しても差し支えない。 ②　当番日は原則として自院で対応する。 ③　連携する医療機関数は、３以下とする。 ④　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。

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
【栄養サポートチーム加算】（週１回） 200点 ［算定可能病棟］ 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）	【栄養サポートチーム加算】（週１回） 200点 ［算定可能病棟］ 一般病棟入院基本料（７対１、10対１、13対１、15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、13対１）、療養病棟入院基本料 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。

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

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

［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。

【重点課題２－３（医療介護連携等の推進／地域移行の促進）－①】

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。

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。

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）　精神科訪問看護指示料　300 点

（新）　特別訪問看護指示加算　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 週３日目まで 30 分未満 440 点（１日につき）

② 週３日目まで 30 分以上 575 点（１日につき）

③ 週４日目以降 30 分未満 525 点（１日につき）

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。

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）

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おいては、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
【精神療養病棟入院料】注４（１日につき） 重症者加算　40点 ［算定要件］ ＧＡＦスコアが40以下の患者について算定する。	【精神療養病棟入院料】注４（１日につき） １　重症者加算１　60点(改) ２　重症者加算２　30点(改) ［算定要件］ １　重症者加算１ 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って、ＧＡＦスコアが30以下の患者について算定する。 ２　重症者加算２ ＧＡＦスコアが40以下の患者について算定する。

［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
【精神科ショート・ケア】（１日につき） １　小規模なもの　275点 ２　大規模なもの　330点 ［算定要件］ 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。	【精神科ショート・ケア】（１日につき） １　小規模なもの　275点 ２　大規模なもの　330点 ［算定要件］ 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。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。 ②　Ｉ011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。
【精神科デイ・ケア】（１日につき） １　小規模なもの　590点 ２　大規模なもの　700点 ［算定要件］ 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。	【精神科デイ・ケア】（１日につき） １　小規模なもの　590点 ２　大規模なもの　700点 ［算定要件］ 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。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。 ②　I011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 500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	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　700点(改) ２　１以外の場合 イ　30分以上の場合　400点 ロ　30分未満の場合　330点 ２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25点を加算する。

(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
【通院・在宅精神療法】注３（１日につき） 20歳未満加算　200点 ［算定要件］ 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。	【通院・在宅精神療法】注３（１日につき） 20歳未満加算　200点 ［算定要件］ 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。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。

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
【認知療法・認知行動療法】（１日につき） 420点 ［算定要件］ 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。 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。	【認知療法・認知行動療法】（１日につき） １　認知療法・認知行動療法１ 500点（新） ２　認知療法・認知行動療法２ 420点（改） ［算定要件］ １　認知療法・認知行動療法１ ①　精神科を標榜する保険医療機関であること。 ②　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。 ２　認知療法・認知行動療法２ 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。 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。

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を高めないばかりか、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（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
【精神科継続外来支援・指導料】（１日につき）　55点	【精神科継続外来支援・指導料】（１日につき）　55点
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。	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。
	②　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。
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。	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。
	④　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（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25点を加算する。
③　他の精神科専門療法と同一日に	⑤　他の精神科専門療法と同一日に

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
【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	【抗精神病特定薬剤治療指導管理料】 （１月につき） １　持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料　250点 ２　治療抵抗性統合失調症治療指導管理料　500点（新）
［算定要件］	［算定要件］ １　持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料
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。	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。 ２　治療抵抗性統合失調症治療指導管理料 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

	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。 ［対象薬剤］ ２　治療抵抗性統合失調症治療指導管理料 　　クロザピン ［施設基準］ ２　治療抵抗性統合失調症治療指導管理料 ①　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。 ②　副作用に対応できる体制が整備されていること。

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。

認知症入院医療の評価

骨子【Ⅰ－４－(1)】

第１　基本的な考え方

認知症に係る入院医療について、認知症の行動・心理症状（ＢＰＳＤ）の改善に入院日から概ね１カ月程度の治療が重要であることを踏まえ、短期集中的な認知症治療の更なる評価により、早期退院を推進するとともに、退院支援の評価を行う。

第２　具体的な内容

１．認知症治療病棟入院料の見直し

(1) 認知症治療病棟入院料の入院 30 日以内についてさらなる評価を行い、入院 61 日以降の長期入院の評価を見直す。

現　行	改定案
【認知症治療病棟入院料】 （１日につき） １　認知症治療病棟入院料１ イ　60日以内の期間　1,450点 ロ　61日以上の期間　1,180点 ２　認知症治療病棟入院料２ イ　60日以内の期間　1,070点 ロ　61日以上の期間　970点	【認知症治療病棟入院料】 （１日につき） １　認知症治療病棟入院料１ イ　30日以内の期間　1,750点(改) ロ　31日以上60日以内の期間　1,450点(改) ハ　61日以上の期間　1,160点(改) ２　認知症治療病棟入院料２ イ　30日以内の期間　1,270点(改) ロ　31日以上60日以内の期間　1,070点(改) ハ　61日以上の期間　950点(改)

(2) 認知症治療病棟入院料について包括範囲の見直しを行う。

現　行	改定案
【認知症治療病棟入院料】 （１日につき） ［包括範囲］ 　診療にかかる費用（臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科身体合併症管理加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、精神科専門療法並びに除外薬剤・注射薬の費用は除く）は、認知症治療病棟入院料に含まれるものとする。	【認知症治療病棟入院料】 （１日につき） ［包括範囲］ 　診療にかかる費用（臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科身体合併症管理加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、精神科専門療法、J-038人工腎臓（入院60日以内に限る）並びに除外薬剤・注射薬の費用は除く）は、認知症治療病棟入院料に含まれるものとする。

２．認知症夜間対応の評価

認知症治療病棟で、夜間に十分な看護補助者を配置することにより、手厚い体制で看護を行っている場合の評価を新設する。

（新）　認知症夜間対応加算（１日につき）　84 点

［算定要件］

①　夜間に看護補助者を配置し、夜勤を行う看護要員が３人以上の場合に算定できる。

②　入院日から 30 日以内であること。

３．退院支援の評価

認知症治療病棟入院料の退院調整加算の要件を見直し、退院支援部署による支援で退院を行った場合の評価を引き上げる。

現　行	改定案
【認知症治療病棟入院料】注２（退院時） 退院調整加算　100点 ［算定要件］ 当該病棟に６月以上入院している患者について退院支援計画を作成し退院調整を行った場合に、退院時に算定する。 ［施設基準］ 当該保険医療機関内に、専従の精神保健福祉士及び専従の臨床心理技術者が配置されていること。	【認知症治療病棟入院料】注２（退院時） 退院調整加算　300点（改） ［算定要件］ 当該病棟に６月以上入院している患者について退院支援計画を作成し、退院調整を行った場合に、退院時に算定する。 ［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の従事者１人（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）が配置されていること。

認知症患者の外来診療の評価

骨子【Ⅰ－４－(2)】

第１　基本的な考え方

認知症の早期診断をより一層推進するため、認知症専門診断管理料のさらなる評価を行うとともに、ＢＰＳＤが増悪した認知症患者の紹介を受けた専門医療機関の評価を新設する。また、認知症と診断された患者について、かかりつけ医がその後の管理を行うことについての評価を新設する。

第２　具体的な内容

１．認知症専門診断管理料の見直し

現　行	改定案
【認知症専門診断管理料】 （１人につき１回）　500点 ［算定要件］ ①　入院中の患者以外のものに対して算定する。 ②　他の医療機関等から紹介された認知症の疑いのある患者に対し、認知症の鑑別診断を行い、療養方針を決定し、紹介元の医療機関に	【認知症専門診断管理料】（１人につき１回） １　認知症専門診断管理料１ 700点（改） ２　認知症専門診断管理料２ 300点（新） ［算定要件］ １　認知症専門診断管理料１ ①　以下の者に対して算定する。 ・入院中の患者以外のもの ・他の医療機関の療養病棟に入院中のもの ②　他の医療機関等から紹介された認知症の疑いのある患者に対し、認知症の鑑別診断を行い、療養方針を決定（認知症と診断された場合は認

紹介した場合に算定。	知症療養計画を作成）し、紹介元の医療機関に紹介した場合に算定。 ③　認知症療養計画とは、病名、症状の評価（認知機能、生活機能、行動・心理症状等）、家族等の介護負担度の評価、今後の療養方針、緊急時の対応、その他必要な項目が記載されたものである。 ２　認知症専門診断管理料２ ①　入院中の患者以外の患者に対して算定する。 ②　他の医療機関等から紹介された認知症の症状が増悪した患者に対して、診療を行った上で療養方針を決定し、紹介元の医療機関等に紹介した場合、３月に１回に限り算定。

２．認知症療養指導料の新設

専門医療機関で認知症と診断された患者について、かかりつけ医が専門医療機関と連携し、その後の管理を行った場合の評価を行う。

（新）　認知症療養指導料　350 点（月１回、６月まで）

［算定要件］

専門医療機関において認知症専門診断管理料１を算定された患者に対し、専門医療機関からの診療情報に基づく診療を行った日から起算して６月に限り算定する。

重度認知症患者デイ・ケア料の評価

骨子【Ⅰ－４－(3)】

第１　基本的な考え方

認知症患者について、夜間に徘徊や多動等の症状の増悪を認めることがあり、重度認知症患者デイ・ケアにおいて、手厚い人員体制で夜間のケアを行った場合の評価を新設する。

第２　具体的な内容

重度認知症患者デイ・ケア料において、夜間のケアを行った場合の評価を新設する。

（新）　夜間ケア加算　　100 点（１日につき）

［算定要件］

①　夜間の精神状態及び行動異常が著しい重度認知症患者に対して、通常の重度認知症デイ・ケアに加え、２時間以上夜間ケアを行った場合に算定する。

②　当該加算を算定した日から起算して１年以内に限る。

［施設基準］

夜間により手厚い体制で従事者を配置していること。

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

骨子【Ⅰ－４－(4)】

第１　基本的な考え方

療養病床に入院中の者がＢＰＳＤの増悪等により認知症専門医による短期集中的な入院加療が必要となった際に、療養病床を有する医療機関と認知症治療病床を有する他の医療機関が互いに連携し、認知症治療病棟へ一時的に転院して治療を行った後、状態の落ち着いた患者について、療養病床を有する医療機関が転院を受け入れた場合の評価を行う。

第２　具体的な内容

療養病床に入院中の者がＢＰＳＤの増悪等により認知症専門医による短期集中的な入院加療が必要となった際、別の認知症治療病棟入院料算定医療機関に転院した上で、症状改善後に当該療養病床へ再転院を行った場合について、評価を新設する。

（新）	地域連携認知症集中治療加算（退院時）	1,500 点
（新）	地域連携認知症支援加算　（再転院時）	1,500 点

［算定要件］

① 療養病床、有床診療所療養病床に入院中の患者であって、ＢＰＳＤ等の急性増悪等により認知症に対する短期集中的な医療が必要となった者が対象。

② 療養病床から認知症治療病棟に紹介し、60 日以内に紹介元の療養病床に転院した場合、認知症治療病棟から転院時に算定。

感染防止対策への評価

骨子【Ⅰ－５－(4)】

第１　基本的な考え方

院内感染の防止策について、感染防止対策チームの評価を医療安全対策加算とは別の評価体系に改める。また、感染防止対策チームを持つ医療機関と 300 床未満の医療機関との連携、及び感染防止対策チームを持つ医療機関同士が相互に感染防止対策に関する評価を行った場合や、連携して院内感染対策に当たった場合の評価を行う。

第２　具体的な内容

１．医療安全対策加算、感染防止対策加算の見直し

(1) 感染防止対策加算について、医療安全対策加算とは別の評価体系に改める。また、感染防止対策チームの人員要件を緩和した感染防止対策加算２を新設し、感染防止対策加算２を算定している医療機関は感染防止対策加算１を算定する医療機関と連携していることとする。

(新)	感染防止対策加算１	400 点（入院初日）
(新)	感染防止対策加算２	100 点（入院初日）

［施設基準］

感染防止対策加算１

① 専任の院内感染管理者が配置されており、感染防止に係る部門を設置していること。

② 感染症対策に３年以上の経験を有する専任の常勤医師、５年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師（医師又は看護師のうち１名は専従）、３年以上の病院勤務経験を持つ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師、３年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師からなる感染防止対策チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。

③　年４回以上、感染防止対策加算２を算定する医療機関と合同の感染防止対策に関する取組を話し合うカンファレンスを開催していること。

④　感染防止対策加算２を算定する医療機関から感染防止対策に関する相談を適宜受け付けること。

感染防止対策加算２

①　一般病床の病床数が300床未満の医療機関であることを標準とする。

②　専任の院内感染管理者が配置されており、感染防止に係る部門を設置していること。

③　感染症対策に３年以上の経験を有する専任の常勤医師、５年以上感染管理に従事した経験を有する専任の看護師（医師、看護師とも専任で差し支えない）、３年以上の病院勤務経験を持つ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師、３年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師からなる感染防止対策チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。

④　年に４回以上、感染防止対策加算１を算定する医療機関が開催する感染防止対策に関するカンファレンスに参加していること。

(2) 感染防止対策加算の新設に合わせて、医療安全対策加算の感染防止対策加算を廃止する。

２．感染防止対策加算１を算定する医療機関同士が連携して相互に感染防止に関する評価を行った場合の加算を新設する。

（新）　感染防止対策地域連携加算　　100 点（入院初日）

［施設基準］

①　感染防止対策加算１を算定していること。

②　感染防止対策加算１を算定している医療機関同士が連携し、年１回以上、互いの医療機関に赴いて、相互に感染防止対策に係る評価を行っていること。

医療安全対策等に関する評価

骨子【Ⅱ－１－(1)】

第１　基本的な考え方

１．医療安全対策を推進するため、院内感染防止策に関する評価の見直しを行う。

２．また、医療機器の保守管理について、薬事法や医療法上の取扱いを踏まえ、高い機能を有するCT及びMRIの画像診断装置における診療報酬を請求するための施設基準について見直しを行う。

第２　具体的な内容

１．医療安全対策加算、感染防止対策加算の見直し。

(1)感染防止対策加算について、医療安全対策加算とは別の評価体系に改める。また、感染防止対策チームの人員要件を緩和した感染防止対策加算２を新設する。

(2) 感染防止対策加算１を算定する医療機関同士が連携して相互に感染防止に関する評価を行った場合の加算を新設する。

「Ⅰ－５－④」を参照のこと。

２．高い機能を有するＣＴ撮影装置及びＭＲＩ撮影装置の施設基準の届出にあたり、安全管理責任者の氏名や、ＣＴ撮影装置、ＭＲＩ撮影装置、造影剤注入装置の保守管理計画をあわせて提出することとする。

患者サポート体制の充実した医療機関への評価

骨子【Ⅱ－２－(1)】

第１　基本的な考え方

医療従事者と患者との対話を促進するための一定の資格を有する者による患者等に対する相談窓口の設置など、患者サポート体制を充実させるための具体的な対応策をあらかじめ準備し、患者の不安の解消に積極的に取り組んでいる医療機関への評価を新設する。

第２　具体的な内容

患者等からの相談に幅広く対応できる体制をとっている医療機関に対する評価を新設する。

（新）　患者サポート体制充実加算　　70 点（入院初日）

［施設基準］

① 患者からの相談窓口を設置し、専任の看護師、社会福祉士等を配置していること。

② 患者のサポート等に関するマニュアルの作成、報告体制の整備、職員への研修等、体制の整備を行っていること。

患者に対する相談支援体制の充実等について

骨子【Ⅱ－２－(2)】

１．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。

「重要課題２－３－①」を参照のこと。

２．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。

「重要課題２－３－②」を参照のこと。

明細書の無料発行の促進

骨子【Ⅱ－２－(3)】

第１　基本的な考え方

前回の改定において、レセプトの電子請求を行っている保険医療機関及び保険薬局については、正当な理由のない限り、詳細な個別の点数項目が分かる明細書の発行が義務づけられた。

これにより、明細書の発行は進んできているが、患者への情報提供の促進、医療の透明化の観点から、さらに促進していくこととする。

第２　具体的な内容

１．正当な理由については、現在、

(1) 明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピュータを使用している保険医療機関又は保険薬局であること。

(2) 自動入金機を使用しており、自動入金機で明細書発行を行おうとした場合には、自動入金機の改修が必要な保険医療機関又は保険薬局であること。

としているが、400 床以上の病院については、これを平成 26 年度以降は認めないものとする。

２．明細書の発行状況を定期的に確認するため、保険医療機関及び保険薬局は、毎年行われている他の届出事項の報告と併せて、明細書無料発行の対応の有無、正当な理由に該当している旨等を報告することとする。

３．明細書発行に係り患者から徴収する手数料が高額な場合には、患者が明細書の発行を希望することを躊躇する場合もあると考えられることから、高額な料金はふさわしくない旨を、実例に応じた額を明示しつつ、再度周知する。

４．公費等により一部負担金が発生しない患者に対しても明細書の発行に努めることとする。

５．記載内容が毎回同一であるとの理由で明細書の発行を希望しない患者に対しても、診療内容が変更された場合等明細書の記載内容が変わる場合には、その旨を患者に情報提供するべきであることを周知する。

入院基本料等加算の簡素化

骨子【Ⅱ－３－(1)】

第１　基本的な考え方

診療報酬項目の簡素化の観点から、すでに多くの医療機関で算定されている加算等について見直しを行う。

第２　具体的な内容

１．栄養管理実施加算、褥瘡患者管理加算の見直し

(1)栄養管理実施加算について、すでに多くの医療機関で算定されていることから、加算の要件を入院基本料、特定入院料の算定要件として包括して評価する。なお、栄養管理体制の整備に一定の時間がかかると考えられるため、平成 24 年３月 31 日に栄養管理実施加算の届出を行っていない医療機関については、平成 26 年３月 31 日までの間は経過措置を設ける。

現　行	改定案
第１章　第２部　通則７ 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制及び褥瘡対策について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、入院基本料及び特定入院料を算定する。	第１章　第２部　通則７ 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、入院基本料及び特定入院料を算定する。 ［栄養管理体制の基準］ ①　当該保険医療機関に常勤の管理栄養士が１名以上配置されていること。 ②　患者の入院時に患者ごとの栄養状態の評価を行い、医師、管理栄養

	士、薬剤師、看護師その他の医療従事者が共同して、入院患者ごとの栄養状態、摂食機能及び食形態を考慮した栄養管理計画を作成していること。 ③　当該栄養管理計画に基づき入院患者ごとの栄養管理を行うとともに、栄養状態を定期的に記録していること。 ④　当該栄養管理計画に基づき患者の栄養状態を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直していること。 ⑤　有床診療所においては管理栄養士は常勤でなくても差し支えない。
【栄養管理実施加算】（１日につき） 12点	（削除）

［経過措置］

平成 24 年３月 31 日に栄養管理実施加算の届出を行っていない医療機関については、平成 26 年３月 31 日までの間は栄養管理体制の整備に資する計画を策定する等の要件を課した上で、栄養管理体制を満たしているものとする。

(2) 褥瘡患者管理加算について、すでに多くの医療機関で算定されていることから、加算の要件を入院基本料、特定入院料の算定要件として包括して評価する。

現　行	改定案
［褥瘡対策の基準］ ①　当該保険医療機関において、褥瘡対策が行われていること。 ②　当該保険医療機関において、褥瘡	［褥瘡対策の基準］ ①　当該保険医療機関において、褥瘡対策が行われていること。 ②　当該保険医療機関において、褥瘡

対策に係る専任の医師及び専任の看護職員から構成される褥瘡対策チームが設置されていること。 ③　当該保険医療機関における日常生活の自立度が低い入院患者につき、別添６の別紙３を参考として褥瘡に関する危険因子の評価を実施すること。 【褥瘡患者管理加算】（入院中１回）20点 ［算定要件］ 入院している患者について、必要があって褥瘡管理が行われた場合に算定する。	対策に係る専任の医師及び褥瘡看護に関して臨床経験を有する専任の看護職員から構成される褥瘡対策チームが設置されていること。 ③　当該保険医療機関における日常生活の自立度が低い入院患者につき褥瘡に関する危険因子の評価を行い、褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する患者につき、適切な褥瘡対策の診療計画の作成、実施及び評価を行うこと。 ④　患者の状態に応じて、褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス等を適切に選択し使用する体制が整えられていること。 （削除）

(3) 栄養管理実施加算、褥瘡患者管理加算について、入院基本料、特定入院料で包括して評価することから、入院基本料、特定入院料の評価をそれぞれ 11 点ずつ引き上げる。

２．療養病棟療養環境加算・診療所療養病床療養環境加算の見直し

療養病棟療養環境加算、診療所療養病床療養環境加算については、一部に医療法の原則を下回る基準が設定されていることから、評価体系を見直し、原則を下回る病棟については、療養環境の改善計画を策定させることとする。

後発医薬品の使用促進について

骨子【Ⅳ－１】

第１　基本的な考え方

１．これまで、後発医薬品の使用促進のため、処方せん様式の変更、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則等の改正、薬局の調剤基本料における後発医薬品調剤体制加算の見直し、医療機関における後発医薬品を積極的に使用する体制の評価等の取組を行ってきた。

　後発医薬品の使用割合は着実に増加してはいるものの、政府目標の達成のためには一層の使用促進が必要であり、後発医薬品の品質面での信頼性確保とその周知に一層努めるとともに、入院、外来を問わず全体として後発医薬品の使用を進めていく必要がある。

　このため、「後発医薬品の使用促進のための環境整備の骨子」に基づき、環境整備を行う。

２．なお、「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」の範囲については、平成22年４月以降、先発医薬品の薬価より高い品目を除外してきたところであるが、平成24年４月以降は、これに加え、先発医薬品の薬価と同額の品目についても、除外することとする。

第２　具体的な内容

１．薬局における後発医薬品調剤体制加算等の見直し

(1)調剤基本料における後発医薬品調剤体制加算の見直し

　薬局における後発医薬品の調剤を促すため、調剤基本料における後発医薬品調剤体制加算の要件について、数量ベースでの後発医薬品の使用割合が 22%以上、30%以上及び 35%以上の場合に改めることとし、特に 30%以上及び 35%以上の場合を重点的に評価する。

３．医療機関における後発医薬品を積極的に使用する体制評価の見直し

医療機関における後発医薬品の使用を進めるため、後発医薬品使用体制加算の現行の要件（後発医薬品の採用品目割合20%以上）に「30%以上」の評価を加える。

現　行	改定案
【後発医薬品使用体制加算】（入院初日）　30点 ［施設基準］ 当該保険医療機関において使用することを決定した医薬品のうち後発医薬品の品目数が２割以上であること。	【後発医薬品使用体制加算】（入院初日） １　後発医薬品使用体制加算１　35点（新） ２　後発医薬品使用体制加算２　28点（改） ［施設基準］ １　後発医薬品使用体制加算１ 当該保険医療機関において使用することを決定した医薬品のうち後発医薬品の品目数が３割以上であること。 ２　後発医薬品使用体制加算２ 当該保険医療機関において使用することを決定した医薬品のうち後発医薬品の品目数が２割以上であること。

４．一般名処方の推進

後発医薬品の使用を一層促進するとともに、保険薬局における後発医薬品の在庫管理の負担を軽減するため、医師が処方せんを交付する際、後発医薬品のある医薬品について一般名処方が行われた場合の加算を新設する。

現　行	改定案

【処方せん料】 1　７種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が２週間以内のものを除く。）を行った場合　40点 2　１以外の場合　68点	【処方せん料】 1　７種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が２週間以内のものを除く。）を行った場合　40点 2　１以外の場合　68点 （注を追加） 一般名による記載を含む処方せんを交付した場合は、処方せんの交付１回につき２点を加算する。

なお、一般名処方を行った場合の処方せん料の算定においては、「薬剤料における所定単位当たりの薬価」の計算は、当該規格のうち最も薬価が低いものを用いて計算することとする。

５．処方せん様式の変更

現行の処方せん様式では、「後発医薬品への変更がすべて不可の場合の署名」欄があり、処方医の署名により処方薬すべてについて変更不可となる形式となっているが、個々の医薬品について変更の可否を明示する様式に変更する（別紙）。

６．後発医薬品の品質確保

「後発医薬品の品質確保」については、これまでも医療関係者や患者の信頼を確保するために、アクションプログラムに基づき、国、後発医薬品メーカーそれぞれが取組を実施しているところであるが、今後は、後発医薬品メーカーによる品質の確保及び向上への取組、情報の発信をより一層促すとともに、これに加え、以下の取組についても実施する。

(1) 厚生労働省やＰＭＤＡ等が中心となり、医療関係者や国民向けの後発

医薬品についての科学的見解を作成する。

(2) ジェネリック医薬品品質情報検討会の検討結果について、より積極的に情報提供を図る。

（別紙）新たな処方せんの様式（案）

様式第二号（第二十三条関係）

処　方　せ　ん

（この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。）

公費負担者番号		保険者番号	
公費負担医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	・

患者	氏名		保険医療機関の所在地及び名称	
	生年月日	明 大 昭 平　年　月　日	男・女	電話番号
				保険医氏名　印
	区分	被保険者	被扶養者	都道府県番号　点数表番号　医療機関コード
交付年月日		平成　年　月　日	処方せんの使用期間	平成　年　月　日　特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。

処方	変更不可	〔個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更に差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。〕
備考	保険医署名	〔「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。〕

調剤済年月日	平成　年　月　日	公費負担者番号	
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名	印	公費負担医療の受給者番号	

備考
1．「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。
2．この用紙は、日本工業規格 A 列５番を標準とすること。
3．療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）第１条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとすること。

コンピューター断層撮影診断料の見直し

骨子【Ⅳ－４－（１）】

第１　基本的な考え方

ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影について、新たな機器の開発や新たな撮影法の登場などの技術の進歩が著しい状況にあり、診断や治療の質の向上に資するイノベーションを適切に評価する観点から画像撮影の評価体系を見直す。

第２　具体的な内容

64 列以上のマルチスライス型ＣＴ及び３テスラ以上のＭＲＩによる撮影に対する評価を新設する。

現　行	改定案
【コンピューター断層撮影】 １　ＣＴ撮影 イ　16 列以上のマルチスライス型の機器による場合　900 点 ロ　２列以上 16 列未満のマルチスライス型の機器による場合　820 点 ハ　イ、ロ以外の場合　600 点	【コンピューター断層撮影】 １　ＣＴ撮影 イ　64 列以上のマルチスライス型の機器による場合　950 点（新） ロ　16 列以上 64 列未満のマルチスライス型の機器による場合　900 点（改） ハ　４列以上 16 列未満のマルチスライス型の機器による場合　780 点（改） ニ　イ、ロ、ハ以外の場合　600 点（改） ［施設基準］

	イについては、画像診断管理加算２が算定できる施設に限る。専従の診療放射線技師が１名以上。
【磁気共鳴コンピューター断層撮影（ＭＲＩ撮影）】 １　1.5 テスラ以上の機器による場合　1,330 点 ２　１以外の場合　1,000 点	【磁気共鳴コンピューター断層撮影（ＭＲＩ撮影）】 １　３テスラ以上の機器による場合　1,400 点（改） ２　1.5 テスラ以上の機器による場合　1,330 点（改） ３　１、２以外の場合　950 点（改） ［施設基準］ １については、画像診断管理加算２が算定できる施設に限る。専従の診療放射線技師が１名以上。

［参考］

画像診断管理加算２の施設基準

① 放射線科を標榜している病院であること。

② 画像診断を専ら担当する常勤の医師が１名以上配置されていること。

③ 当該保険医療機関において実施されるすべての核医学診断、ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影について、②に規定する医師により遅くとも撮影日の翌診療日までに当該患者の診療を担当する医師に報告されていること。

④ 画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

ビタミン剤の取扱い

骨子【Ⅳ－４－(1)】

第１　基本的な考え方

ビタミンＢ群及びビタミンＣ製剤について、従来から「単なる栄養補給目的」での投与は算定不可となっているが、この考え方は他のビタミン製剤についてもあてはまることから、全てのビタミン製剤について同様の対応とする。

第２　具体的な内容

ビタミンＢ群製剤及びビタミンＣ製剤以外のビタミン製剤についても、「単なる栄養補給目的」での投与は算定不可とする。

現　行	改定案
【投薬／注射　薬剤】 入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤（ビタミンＢ群製剤及びビタミンＣ製剤に限る。）については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断した場合を除き、これを算定しない。	【投薬／注射　薬剤】 入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断したときを除き、これを算定しない。