

2014年3月25日

MMSニュース

吉富薬品株式会社

No. 132

「精神科医療情報総合サイトe-らぼ〜る <http://www.e-rapport.jp/>」を開設致しました。

MMSニュースのバックナンバーも掲載しております。本文（表紙含め）：32枚（審）16Ⅲ182

平成28年度診療報酬改定速報3～精神科に係る外来・在宅医療等の主な項目～

この速報は、3月4日に交付された改正省令、関係告示及び発出された通知から精神科に係る主だった内容をまとめました。詳細につきましては、厚生労働省のホームページに告知・通知等が掲載されていますので、ご確認下さい。

《CONTENTS》

～精神科に係る外来・在宅医療等の項目～

- I. 特掲診療料：精神科専門療法に関する事項……………2
精神科デイ・ケア等(P2)、精神科訪問看護指示料(P3)、精神科訪問看護・指導料(P4)、依存症集団療法(P5)、
認知療法・認知行動療法(P6)、精神科重症患者早期集中支援管理料(P7)、通院・在宅精神療法(P9)、精神科
継続外来支援・指導料(P11)
- II. 特掲診療料：投薬に関する事項……………12
処方せん、処方料、薬剤料の見直し(P12)、向精神薬多剤投与報告書(P13)、外来後発医薬品使用体制加算
(P14)、処方せん様式の見直し(P15)、30日を超える長期投薬(P15)、70枚を超えて湿布薬を投薬した場合(P16)
- III. 基本診療料：再診料、外来診療料に関する事項……………17
再診料、外来診療料(P17)、認知症地域包括診療加算(P17)、地域包括診療加算(P18)
- IV. 特掲診療料：医学管理等の項目……………18
認知症地域包括診療料(P18)、地域包括診療料(P19)、認知症専門診断管理料診療所型(P20)、薬剤総合評価
調整管理料(P21)、夜間休日救急搬送医学管理料(P22)、ニコチン依存症管理料(P22)、外来栄養食事指導料
(P23)
- V. 特掲診療料：在宅医療の項目……………24
在宅医療を専門に実施する医療機関(P24)、在宅医療を専門に実施する在宅療養支援診療所(P24)、在宅緩
和ケア充実診療所・病院加算(P24)、在宅療養実績加算(P25)、往診料(P26)、在宅時医学総合管理料・施設入
居時等医学総合管理料(P26)、在宅患者訪問診療料(P29)、在宅患者訪問薬剤管理指導料(P29)、在宅患者訪
問栄養食事指導料(P29)
- VI. 特掲診療料：検査の項目（臨床心理・神経心理検査）……………30
- VII. 特掲診療料：画像診断の項目（画像撮影診断料）……………30
- VIII. 訪問看護療養費（複数の実施主体による訪問看護の組み合わせの整理）……………31
- IX. その他の項目（常勤配置の取扱い、明細書発行の推進）……………31

精神科医療情報総合サイト「e-らぼ〜る」

I. 特掲診療料：精神科専門療法に関する事項

1. 精神科デイ・ケア等

(1) 地域移行を重点的に進める精神病棟の評価

精神科専門療法		改定前	改定後
告示	精神科ショート・ケア 精神科デイ・ケア	当該保険医療機関において、入院中の患者であって、退院を予定しているもの（精神科退院指導料を算定したものに限り）に対して、精神科ショート・ケア（精神科デイ・ケア）を行った場合には、入院中1回に限り、所定点数の100分の50に相当する点数を算定	
通知	精神科ショート・ケア 【他の医療機関の入院患者】 【自院の入院患者】	退院を予定しているもの（精神科退院指導料を算定したものに限り）に対しては、退院支援の一環として、入院中1回に限り算定可	退院を予定しているもの（精神科退院指導料を算定したもの又は地域移行機能強化病棟入院料を算定している患者であって、指定特定相談支援事業者等において、退院後の生活を念頭に置いたサービス等利用計画が作成されているものに限り）に対しては、退院支援の一環として、入院中1回に限り算定可
	精神科デイ・ケア 【他の医療機関の入院患者】	他の医療機関に入院中の患者で、退院を予定しているもの（精神科退院指導料を算定したものに限り）に対しては、退院支援の一環として、当該他の医療機関の入院中1回に限り算定可	他の医療機関に入院中の患者で、退院を予定しているもの（精神科退院指導料を算定したもの又は地域移行機能強化病棟入院料を算定している患者であって、指定特定相談支援事業者等において、退院後の生活を念頭に置いたサービス等利用計画が作成されているものに限り）に対しては、退院支援の一環として、当該他の医療機関の入院中1回（地域移行機能強化病棟入院料を算定しているものについては入院中4回）に限り算定可
	精神科デイ・ケア 【自院の入院患者】	入院中の患者で、退院を予定しているもの（精神科退院指導料を算定したものに限り）に対して、精神科デイ・ケアを行う場合に、入院中1回に限り算定可	入院中の患者で、退院を予定しているもの（精神科退院指導料を算定したもの又は地域移行機能強化病棟入院料を算定している患者であって、指定特定相談支援事業者等において、退院後の生活を念頭に置いたサービス等利用計画が作成されているものに限り）に対して、精神科デイ・ケアを行う場合に、入院中1回に限り算定可

平成28年度改定では、他の保険医療機関の地域移行機能強化病棟に入院する患者に、退院後の受診を見越して精神科デイ・ケアを実施する場合に、入院中4回まで算定することが可能となりました。ただし、自院の入院患者に対して、退院後の受診を見越して精神科デイ・ケアを実施する場合は、改定前と同様に入院中1回に限り算定することになります。

(2) 長期にわたる頻回の精神科デイ・ケア等の適正化

精神科専門療法	改定前	改定後
精神科ショート・ケア 精神科デイ・ケア 精神ナイト・ケア 精神科デイ・ナイト・ケア	デイ・ケア等を最初に算定した日から1年を超える期間は、週5日を限度として算定 (算定要件の見直し)	「患者の意向を踏まえ、必要性が特に認められる場合」でなければ週4日以上算定不可

精神科医療情報総合サイト「e-らぼ〜る」

1) 1年以上継続して頻回に実施する場合の算定要件の見直し

平成28年度改定で、精神科デイ・ケア等（精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア、精神科ナイト・ケア）は、「患者の意向を踏まえ、必要性が特に認められる場合」でなければ週4日以上算定することができなくなります。

「患者の意向を踏まえ、必要性が特に認められる場合」とは、以下の通りとなります。

「患者の意向を踏まえ、必要性が特に認められる場合」		
①～④を全て満たす場合		
①	少なくとも6か月に1回以上医師が精神科デイ・ケア等の必要性について精神医学的な評価を行い、継続が必要と判断した場合はその理由を診療録に記載	
②	少なくとも6か月に1回以上、精神保健福祉士又は臨床心理技術者が患者の意向を聴取（平成29年3月31日までの間は、精神保健福祉士及び臨床心理技術者以外の従事者でも患者の意向の聴取可）	
③	医師を含む多職種が協同して患者の意向及び疾患等に応じた診療計画（短期目標及び長期目標、必要なプログラム内容と実施頻度、精神科デイ・ケア等を必要とする期間等を記載）を作成	
④ ※	イ	精神科デイ・ケア等の提供が週3日を超える患者の割合が8割未満 月14回以上実施した患者数の平均／月1回以上実施した患者数の平均 < 80%（直近6か月）
	ロ	直近1か月に1回以上精神科デイ・ケア等を実施した患者について、最初に算定した月から精神科デイ・ケア等の平均実施期間が12か月未満
※④について、毎年10月に「別紙様式31」を用いて地方厚生(支)局長に報告		

2) 精神科デイ・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア及び精神科ナイト・ケアの評価の適正化

精神科専門療法	改定前	改定後
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	(評価の適正化)	長期入院歴を有する患者（精神疾患により通算して1年以上の入院歴を有する患者）でなければ、精神科デイ・ケア等を最初に算定した日から3年を超える期間は、週4日目を降、所定点数の100分の90に相当する点数により算定（精神科ショート・ケアを除く）

平成28年度改定では、3年以上継続して精神科デイ・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア及び精神科ナイト・ケアを利用している患者に対して、週4日以上算定する場合は、週4日目を降に算定する所定点数を10%減額されることとなります。ただし、精神疾患で1年以上の長期入院歴を有する患者は10%減額の対象外となります。

2. 精神科訪問看護指示料の加算（衛生材料等提供加算）の新設

精神科訪問看護指示料		精神科専門療法(特掲診療料)	
新設	衛生材料等提供加算	精神科訪問看護指示書を交付した患者のうち、衛生材料及び保険医療材料が必要な者に対して、在宅療養において必要かつ十分な量の衛生材料及び保険医療材料を提供した場合に算定	+80点/月1回
	留意事項	訪問看護ステーションに訪問看護指示書を交付した主治医が、当該患者に対して衛生材料又は保険医療材料の費用が包括されている在宅療養指導管理料等を算定している場合は、当該管理料に包括	

【衛生材料等の提供についての評価】

精神科医療情報総合サイト「e-らぼ〜る」

平成28年度改定では、訪問看護を指示した医療機関が、在宅療養において必要かつ十分な量の衛生材料又は保険医療材料の提供した場合の評価（衛生材料等提供加算）が新設されました。

精神科訪問看護指示書を交付した患者のうち、衛生材料及び保険医療材料が必要な患者に対し、精神科訪問看護を実施している訪問看護ステーションから提出された精神科訪問看護計画書及び精神科訪問看護報告書を基に療養上必要な量についての判断の上、在宅療養において必要かつ十分な量の衛生材料及び保険医療材料を提供した場合に、月1回80点を精神科訪問看護指示料の所定点数に加算することができます。

なお、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料、在宅がん医療総合診療料、在宅患者訪問点滴注射管理指導料、在宅療養指導管理料を算定した場合は、衛生材料等提供加算は当該管理料等に含まれているため、別に算定することはできません。

3. 精神科訪問看護・指導料

平成28年度改定では、在宅医療のニーズの増大に対応した訪問看護の提供体制を確保するため、病院・診療所からの訪問看護の評価（精神科訪問看護・指導料）が5点引上げられました。

精神科訪問看護・指導料 I 及び III (精神科専門療法)							
精神科訪問看護・指導料		改定前		改定後			
		I	III		I	III	
			2人まで	3人以上		2人まで	3人以上
保健師又は 看護師等による場合	週3日目まで30分以上	575点	288点	<u>580点</u>	<u>293点</u>		
	週3日目まで30分未満	440点	220点	<u>445点</u>	<u>225点</u>		
	週4日目以降30分以上	675点	338点	<u>680点</u>	<u>343点</u>		
	週4日目以降30分未満	525点	263点	<u>530点</u>	<u>268点</u>		
准看護師による場合	週3日目まで30分以上	525点	263点	<u>530点</u>	<u>268点</u>		
	週3日目まで30分未満	400点	200点	<u>405点</u>	<u>205点</u>		
	週4日目以降30分以上	625点	313点	<u>630点</u>	<u>318点</u>		
	週4日目以降30分未満	485点	243点	<u>490点</u>	<u>248点</u>		
精神科訪問看護・指導料 I (同一建物居住者以外)、精神科訪問看護・指導料 III (同一建物居住者)							

4. 依存症集団療法の新設（平成28年度改定で新設）

精神科専門療法		特掲診療料	
新 設	依存症集団療法	精神科医又は精神科医の指示を受けた看護師、精神保健福祉士、作業療法士若しくは臨床心理技術者で構成される2人以上の従事者が薬物依存症の入院中の患者以外の患者に、集団療法実施した場合に、治療開始日から起算して6月以内に限り、週1回を限度として算定 ただし、医学的に必要な場合は、治療開始日から2年以内に限り、更に週1回かつ計24回を限度として算定可	340点/回
	算定対象	覚せい剤、麻薬、大麻又は危険ドラッグに対する物質依存の状態にあるもの	
	算定要件	1回に20人を限度とし、90分以上実施した場合に算定 2人の従事者のうち、当該集団療法の実施時間に、医師又は医師の指示を受けた看護師若しくは作業療法士いずれか1名以上（研修を修了した者）が専従	
	留意事項	依存症集団療法実施後に、精神科医及び精神科医の指示を受けて当該療法を実施した従事者が、個別の患者の理解度や精神状態等について評価を行い、その要点を診療録等に記載 同日に行う他の精神科専門療法は算定不可	

【薬物依存症に対する集団療法の評価】

平成28年度改定では、医師、看護師等が薬物依存症の患者に対し、認知行動療法の考え方を用いて、標準化された方法で集団療法を実施した場合の評価（依存症集団療法）が新設されました。

依存症集団療法は、薬物依存症（覚せい剤、麻薬、大麻又は危険ドラッグに対する物質依存の状態にあるもの）の入院中の患者以外の患者に対し、精神科医又は精神科医の指示を受けた看護師、作業療法士、精神保健福祉士若しくは臨床心理技術者で構成される2人以上の従事者が認知行動療法の手法を用いて、集団療法を実施した場合に、治療開始日から起算して6月以内に限り、週1回を限度として1回340点を算定することができます。

ただし、医学的に必要な場合に、治療開始日から起算して6月を超えても実施した場合には、治療開始日から2年以内に限り、更に週1回かつ計24回を限度として算定することができます。 依存症集団療法は、1回に20人を限度とし、90分以上実施した場合に算定します。

2人の従事者のうち、当該集団療法の実施時間に、医師又は医師の指示を受けた看護師若しくは作業療法士いずれか1名以上（依存症集団療法に関する適切な研修を修了した者）が専従であることが必要となります。

また、依存症集団療法実施後に、精神科医及び精神科医の指示を受けて当該療法を実施した従事者が、個別の患者の理解度や精神状態等について評価を行い、その要点を診療録等に記載することが必要となります。

なお、依存症集団療法と同日に行う他の精神科専門療法は、所定点数に含まれるため、併算定することはできません。

施設基準は、以下の通りとなります。

「依存症集団療法」の施設基準	
(1) 専任の精神科医師及び専任の看護師又は作業療法士(いずれも研修を修了した者)が勤務	
(2) 適切な研修とは以下のものをいうこと。	
ア	国又は医療関係団体等が主催する研修であること (14時間以上の研修期間であるもの)。
イ	研修内容に以下の内容を含むこと。
①	依存症の疫学、依存性薬物の薬理学的特徴と乱用の動向
②	依存症患者の精神医学的特性
③	薬物の使用に対する司法上の対応
④	依存症に関連する社会資源
⑤	依存症に対する集団療法の概要と適応
⑥	集団療法参加患者に対する外来対応上の留意点
ウ	研修にはデモセッションの見学や、実際のプログラム実施法に関するグループワーク等を含むこと。

5. 認知療法・認知行動療法

精神科専門療法		改定前	改定後
認知療法・認知行動療法	1	地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医による場合 500点	
	2	1以外の場合 420点	1以外の医師による場合 420点
	3	(新設)	地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医と、一定の知識、経験を有する看護師が共同して行う場合 350点
対象患者	うつ病等の気分障害		うつ病等の気分障害、 <u>不安障害(強迫性障害、社交不安障害、パニック障害又は心的外傷後ストレス障害)</u>
留意事項	認知療法・認知行動療法「1」、「2」及び「3」に規定する点数は、一連の治療において同一の点数を算定 ただし、「3」の要件を満たす場合のうち、医師と看護師が同席して30分以上の面接を行った日に限り、「1」の点数を算定可		

【医師及び看護師による認知療法・認知行動療法の実施】

平成28年度改定では、認知療法・認知行動療法の対象患者は「うつ病等の気分障害」となりましたが、対象患者に「不安障害(強迫性障害、社交不安障害、パニック障害又は心的外傷後ストレス障害)」が追加されました。

また、認知療法・認知行動療法に対応する医師の負担を軽減するため、医師の指示のもと、一定の知識と経験を有する看護師が、認知療法・認知行動療法の各面接の一部分を実施する形式のものについても新たに認知療法・認知行動療法3として新たに評価されました。

地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医と、一定の知識、経験を有する看護師が共同して行う場合は、認知療法・認知行動療法3として1日350点を算定することができます。

精神科医療情報総合サイト「e-らぼ〜る」

認知療法・認知行動療法3の算定要件と施設基準は、以下の通りです。

認知療法・認知行動療法3	
算定要件	<p>「3」に規定する点数は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、治療にかかる面接の一部を下記のすべてを満たす専任の看護師が実施した場合に算定</p> <p>①初回と治療の終了を予定する回の治療にかかる面接は専任の医師が実施し、専任の看護師が同席</p> <p>②その間の治療は、初回に同席した看護師が実施し、面接後に、専任の医師が、患者と5分以上面接</p> <p>③看護師が面接を実施する場合は、患者の同意を得た上で当該面接の内容を録音し、専任の医師はその内容を、指示、指導の参考とする</p>
施設基準	<p>(1)精神科を標榜する保険医療機関であること。</p> <p>(2)精神科救急医療体制の確保に協力等を行い、認知療法・認知行動療法に習熟した専任の精神保健指定医が1名以上勤務</p> <p>(3)当該保険医療機関内に以下の全てを満たす専任の看護師が1名以上勤務</p> <p>①認知療法・認知行動療法1又は2を行う外来に2年以上勤務し、治療にかかる120回以上の面接に同席した経験を有する</p> <p>②うつ病等の気分障害の患者に、認知療法・認知行動療法の手法を取り入れた面接を過去に自ら10症例120回以上実施し、その内容のうち5症例60回以上のものについて、面接を録画、録音等の方法により記録して、(2)の専任の医師又は③の研修の講師が確認し、必要な指導を受けていること。</p> <p>③厚生労働科学研究費補助金「精神療法の有効性の確立と普及に関する研究」による「認知療法・認知行動療法治療者用マニュアル」に準拠したプログラムによる2日以上の適切な研修を修了</p>

6. 精神科重症患者早期集中支援管理料

精神科専門療法	改定前	改定後
精神科重症患者早期集中支援管理料	<p>イ 同一建物居住者以外 1,800点/月</p> <p>ロ 同一建物居住者</p> <p>(1)特定施設等の入居者 900点/月</p> <p>(2) (1)以外 450点/月</p>	<p>イ <u>単一建物診療患者数が1人</u> 1,800点/月</p> <p>ロ <u>単一建物診療患者数が2人以上</u> 1,350点/月</p> <p>(削除)</p>
	<p>イ 同一建物居住者以外 1,480点/月</p> <p>ロ 同一建物居住者</p> <p>(1)特定施設等の入居者 740点/月</p> <p>(2) (1)以外 370点/月</p>	<p>イ <u>単一建物診療患者数が1人</u> 1,480点/月</p> <p>ロ <u>単一建物診療患者数が2人以上</u> 1,110点/月</p> <p>(削除)</p>
算定要件	以下の全てに該当する長期入院患者又は入退院を繰り返し病状が不安定な患者	
	① 1年以上入院して退院した者又は入退院を繰り返す者	
	② 統合失調症や気分(感情)障害等の状態で、退院時における GAF 尺度の判定が 40 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	③ 精神科を標榜する保険医療機関への通院が困難な者(精神症状により単独での通院が困難な者を含む)
施設基準	④ 障害福祉サービスを利用していない者 (削除)	
	①常勤の精神保健指定医、保健師又は看護師、精神保健福祉士及び作業療法士を配置	①常勤の精神保健指定医、常勤の保健師又は常勤の看護師、常勤の精神保健福祉士及び作業療法士を配置(作業療法士は非常勤でも可)
	②緊急の連絡体制を確保すると共に、24時間往診及び精神科訪問看護又は精神科訪問看護・指導を行うことができる体制を確保していること。(略)	② 緊急の連絡体制を確保すると共に、24時間往診又は精神科訪問看護若しくは精神科訪問看護・指導を行うことができる体制を確保していること。(略)

【重症精神疾患患者に対する集中的な支援の推進】

平成28年度改定では、集中的な支援を必要とする精神疾患患者に、多職種協働の訪問支援や緊急時対応等のより一層の普及を図るため、精神科重症患者早期集中支援管理料の算定要件や施設基準が緩和されました。

精神科医療情報総合サイト「e-らぼ〜る」

算定要件については、「同一建物居住者以外」と「同一建物居住者」の「特定施設等の入居者」及び「特定施設等の入居者以外」の区分で評価されていましたが、同一建物居住者の場合について、これまで設けられていた特定施設等に居住しているかどうかによる評価の差を廃止し、「単一建物診療患者数が1人」及び「単一建物診療患者数2人以上」の区分による評価に見直されました。また、長期入院後の患者だけではなく、単独での通院が困難な患者も対象とするとともに、障害福祉サービスの同時利用に係る要件が削除されました。

施設基準については、専任のチームに配置する作業療法士の常勤要件が見直され、非常勤でも可能となりました。なお、専従の従事者が、当該管理料に関する業務を実施する時間以外に、他の業務を実施することは差し支えないことになりました。また、往診や訪問看護については、いずれか一方について、24時間対応可能な体制を整備すればよいことになりました。

精神科 重症患者 早期集中 支援管理料	長期入院患者又は入退院を繰り返し、病状が不安定な患者の退院後早期において、精神保健指定医、看護師又は保健師、作業療法士、精神保健福祉士等の多職種が、計画的な医学管理の下に定期的な訪問診療及び精神科訪問看護を実施するとともに、急変時等に常時対応できる体制を整備し、多職種が参加する定期的な会議を開催することを評価	
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	
	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 <u>単一建物診療患者数が1人</u> の場合 1,800点	イ <u>単一建物診療患者数が1人</u> の場合 1,480点
	ロ <u>単一建物診療患者数が2人以上</u> の場合 1,350点	ロ <u>単一建物診療患者数が2人以上</u> の場合 1,110点
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 (<u>精神症状により単独での通院が困難な者を含む</u>)	
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 <u>作業療法士</u> 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) <u>なお、専従の従事者が、当該管理料に関する業務を実施する時間以外に、他の業務を実施することは差し支えない。</u> 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時間往診又は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	

※ 直近の入院が、措置入院、緊急措置入院又は医療保護入院であり、かつ当該入院の入院日より起算して過去3月以内に措置入院、緊急措置入院又は医療保護入院をしたことのある者。

7. 通院・在宅精神療法

通院・在宅 精神療法		精神科専門療法(特掲診療料)	
		改定前	改定後
20歳未満加算		+350点	
		20歳未満の患者に対して精神科を最初に受診した日から1年以内の期間に行った場合に算定	
		16歳未満の患者に対して児童・思春期精神科入院医療管理料を届出た医療機関が精神科を最初に受診した日から2年以内の期間に行った場合に算定	削除
		(新設)	児童思春期精神科専門管理加算の併算定不可
新 設	児童思春期 精神科専門 管理加算	イ 16歳未満の患者に対して精神科を最初に受診した日から2年以内の期間に精神療法を行った場合に算定	+500点/回
		ロ 20歳未満の患者に対して、精神科を最初に受診した日から3月以内の期間に発達歴や社会的状況等についての専門的な評価を含む60分以上の精神療法を行った場合に1回に限り算定	+1,200点/回
対象医療機関		(1) 特定機能病院、児童・思春期精神科入院医療管理料届出医療機関、 (2) 以下の施設基準を全て満たしている医療機関	

【専門的な児童・思春期精神科外来医療の評価】

(1) 児童思春期精神科専門管理加算の新設（平成28年度改定で新設）

平成28年度改定では、児童・思春期の精神疾患患者に対する専門的な外来診療の機会を確保するため、特定機能病院や児童・思春期精神科の専門的な外来診療を提供している医療機関が行う、20歳未満の患者に対する通院・在宅精神療法について、より手厚い評価（児童思春期精神科専門管理加算）が新設されました。

児童思春期精神科専門管理加算の新設に伴い、従前の20歳未満加算の「16歳未満の患者に対して児童・思春期精神科入院医療管理料を届出た医療機関が精神科を最初に受診した日から2年以内の期間に行った場合に算定」の項目は削除され、児童思春期精神科専門管理加算を算定した場合は20歳未満加算を併算定することはできません。

児童思春期精神科専門管理加算の対象医療機関は、特定機能病院若しくは児童・思春期精神科入院医療管理料届出医療機関又は以下の別に厚生労働大臣が定めた施設基準に適合しているものとして届け出た医療機関となります。

別に厚生労働大臣が定めた施設基準
① 現に精神保健指定医であって、 <u>精神保健指定医に指定されてから5年以上主として児童・思春期の患者の精神医療に従事した経験を有する専任の常勤医師及び児童・思春期の患者の精神医療に従事した経験1年以上を含む精神科の経験3年以上の専任の常勤医師</u> が、それぞれ1名以上勤務
② <u>児童・思春期精神科に専任の精神保健福祉士又は臨床心理技術者が1名以上配置</u>
③ <u>過去6ヶ月間に精神療法を実施した16歳未満の患者の数が月平均40人以上</u>
④ <u>診療所は、①②③に加え、過去6ヶ月間に実施した患者のうち、50%以上が16歳未満の者</u>

16歳未満の患者に対して精神科を最初に受診した日から2年以内の期間に通院・在宅精神療法を行った場合は、1回500点を算定することができます。

また、発達障害や虐待の有無等を含む精神状態の総合的な評価、鑑別診断及び療育方針の検討等が必要な20歳未満の患者に対して、精神科を最初に受診した日から3月以内の期間

に、発達歴や日常生活の状況の聴取・行動観察等に基づく60分以上の専門的な通院・在宅精神療法を行った場合は、1回に限り1,200点を算定することができます。実施に当たっては、以下のア及びイの要件をいずれも満たし、説明に用いた診療計画の写しを診療録に添付することが必要となります。

- ア 発達障害の評価に当たっては、ADI-R(Autism Diagnostic Interview-Revised)やDISCO(The Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders)等で採用されている診断項目を考慮すること。
- イ 患者及び患者の家族に、今後の診療計画について文書及び口頭で説明すること

なお、児童思春期精神科専門管理加算は、児童思春期精神科の専門の医師（精神保健指定医に指定されてから5年以上にわたって主に20歳未満の患者に対する精神医療に従事した医師で、現に精神保健指定医である医師）又は当該専門の医師の指導の下、精神療法を実施する医師が、20歳未満又は16歳未満の患者に対し、専門的な精神療法を実施した場合に算定することができます。

(2) 向精神薬の適切な処方促進

精神科専門療法	改定前	改定後
通院・在宅精神療法	(新設)	1回の処方において、 抗精神病薬が3種類以上又は抗うつ薬が3種類以上処方されている場合は、「別に厚生労働大臣が定める場合」を除き、所定点数の100分の50に相当する点数により算定

平成28年度改定では、1回の処方において、抗精神病薬又は抗うつ薬が3種類以上処方されている場合は、「別に厚生労働大臣が定める場合」（以下の①から③の全てを満たす場合）を除き、所定点数の100分の50に相当する点数により算定することになりました。

「別に厚生労働大臣が定める場合」	<p>①～③の要件を全て満たすこと。</p> <p>①当該医療機関において、3種類以上の抗うつ薬及び3種類以上の抗精神病薬の投与の頻度が低いこと。</p> <p>②当該患者に対し、適切な説明及び医学管理が行われていること。</p> <p>③当該処方が随時の投薬等のもの又は患者の病状等によりやむを得ないものであること。</p>
①「 3種類以上の抗うつ薬及び3種類以上の抗精神病薬の投与の頻度が低い 」	<p>直近3ヶ月間に受診した外来患者のうち、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬を処方された患者の割合が1割未満又は20名未満</p> <p>3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬を処方された患者の割合は、地方厚生局に報告した直近のものを用いる。</p> <p>平成28年9月までは全ての医療機関が当該要件を満たすものとして扱う。</p>
②「 適切な説明及び医学管理が行われている 」	<p>当該月を含む過去3か月以内に以下の全てを行っていること</p> <p>(イ)患者等 に対して、当該投与により見込む効果及び特に留意する副作用等について説明し、診療録に説明内容及び患者等の受け止めを記載(説明を行うことが診療上適切でないと考えられる場合は、診療録にその理由を記載)</p> <p>(ロ) 服薬状況(残薬の状況を含む。)を患者等から聴取し、診療録に記載</p> <p>(ハ) 3種類以上の抗精神病薬を投与している場合は、客観的な指標による抗精神病薬の副作用を評価</p> <p>(ニ) 減薬の可能性について検討し、今後の減薬計画又は減薬計画が立てられない理由を患者等に説明し、診療録に説明内容及び患者等の受け止めを記載</p>
③「 随時の投薬等のもの又は患者の病状等によりやむを得ないもの 」	<p>平成28年9月までは、当該医療機関において精神科を担当する臨床経験を5年以上有する医師が患者の病状等によりやむを得ず投与を行う必要があると認めた場合も当該要件を満たすものとして扱う。</p>

「3種類以上の抗うつ薬及び3種類以上の抗精神病薬の投与の頻度が低い」とは、直近3ヶ月間に受診した外来患者のうち、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬を処方された患者の割合が1割未満又は20名未満が該当します。3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬を処方された患者の割合は、地方厚生局に報告(平成28年7月以降、毎年度4月、7月、10月、1月に過去3月の実績)した直近のものが用いられますが、平成28年9月までは全ての医療機関が当該要件を満たすものとして扱われます。

「適切な説明及び医学管理」では、過去3か月以内の副作用等の説明内容及び患者等の受け止めや残薬の状況を含む服薬状況、今後の減薬計画等の説明内容及び患者の等の受け止めを診療録に記載し、客観的な指標による抗精神病薬の副作用を評価することが必要となります。

「臨時の投薬等のもの又は患者の病状等によりやむを得ないもの」とは、処方料等における「精神科の診療に係る経験を十分に有する医師が患者の病状等によりやむを得ず投与を行う必要があると認めた場合」に限られますが、平成28年9月までは精神科を担当する臨床経験5年以上の医師の判断でも可能となっています。

8. 精神科継続外来支援・指導料

精神科専門療法	改定前	改定後
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(臨時の投薬等を除く) は、算定不可	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、 3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬を投与した場合(臨時の投薬等及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く) には、算定不可
	(新設)	1回の処方において、 抗精神病薬が3種類以上又は抗うつ薬が3種類以上処方されている場合は、「別に厚生労働大臣が定める場合」を除き、所定点数の100分の50に相当する点数により算定

平成28年度改定では、抗精神病薬等の適切な処方を促すため、多剤・大量処方が行われている患者に対する診療報酬上の評価が見直され、算定不可となる「抗うつ薬及び抗精神病薬」の基準が「4種類以上」から「3種類以上」に引下げられました。

また、精神科継続外来支援・指導料の算定が可能であっても、1回の処方において、抗精神病薬が3種類以上又は抗うつ薬が3種類以上処方されている場合は、通院・在宅精神療法と同様に「別に厚生労働大臣が定める場合」を除き、所定点数の100分の50に相当する点数により算定することになりました。詳細な内容については、通院・在宅精神療法の項目(P9)を参照ください。

II. 特掲診療料：投薬に関する事項

1. 処方せん料、処方料、薬剤料の見直し

投 薬	改定前		改定後	
処方せん料	1 処方につき 3 種類以上の抗不安薬、3 種類以上の睡眠薬、 <u>4 種類以上</u> の抗うつ薬又は <u>4 種類以上</u> の抗精神病薬の投薬(臨時の投薬等を除く)を行った場合	30点	1 処方につき 3 種類以上の抗不安薬、3 種類以上の睡眠薬、 <u>3種類以上</u> の抗うつ薬又は <u>3種類以上</u> の抗精神病薬の投薬(臨時の投薬等 <u>及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を「患者の病状等によりやむを得ず投与するもの」</u> を除く)を行った場合	30点
処方料		20点		20点
薬剤料		100分の80に相当する点数		100分の80に相当する点数
		同一処方した全ての薬剤料		<u>抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬に限る</u>
	以下のいずれかを満たすことをいう。			
「臨時の投薬等のもの」	①他院で多剤投与を受けていた患者を引き継いだ場合 ②薬剤を切り替える場合 ③臨時に投薬する場合 ④ <u>精神科の診療に係る経験を十分に有する医師が患者の病状等によりやむを得ず投与を行う必要があると認めた場合</u>		①他院で多剤投与を受けていた患者を引き継いだ場合 ②薬剤を切り替える場合 ③臨時に投薬する場合 (削除)	
「患者の病状等によりやむを得ず投与するもの」	/		<u>精神科の診療に係る経験を十分に有する医師が患者の病状等によりやむを得ず投与を行う必要があると認めた場合</u>	

【向精神薬の適切な処方の促進】

平成28年度改定では、抗精神病薬等の適切な処方を促すため、多剤・大量処方が行われている患者に対する診療報酬上の評価が見直され、向精神薬を多種類処方した場合の処方料、処方せん料、薬剤料の減算について、減算対象となる「抗うつ薬及び抗精神病薬」の基準が「4種類以上」から「3種類以上」に引下げられました。ただし、薬剤料については、1回の処方において同一処方した全ての薬剤料が20%減額されていましたが、平成28年度改定では「抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬」の薬剤料に限り20%減額されることになりました。

また、「患者の病状等によりやむを得ず投与するもの」（精神科の診療に係る経験を十分に有する医師が患者の病状等によりやむを得ず投与を行う必要があると認めた場合）のみ3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬の投与を行った場合でも、多剤投与減算規定の対象外となります。そのため、「患者の病状等によりやむを得ず投与するもの」であっても、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬の投与を行った場合は、多剤投与の減算規定に該当することになります。

抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬、抗精神病薬の種類数の一般名（別紙36抜粋）

抗不安薬	オキサゾラム、クロキサゾラム、クロラゼパムニカリウム、ジアゼパム、フルジアゼパム、プロマゼパム、メダゼパム、ロラゼパム、アルプラゾラム、フルタゾラム、メキサゾラム、トフィソラム、フルトラゼパム、クロルジアゼポキソド、ロフラゼパムエチル、タンドスピロンクエン酸塩、ヒドロキシジン塩酸塩、クロチアゼパム、ヒドロキシジンパモ酸塩、エチゾラム、ガンマオリザノール	
睡眠薬	プロモバレリル尿素、抱水クロラール、エスタゾラム、フルラゼパム塩酸塩、ニトラゼパム、ニメタゼパム、ハロキサゾラム、トリアゾラム、フルニトラゼパム、プロチゾラム、ロルメタゼパム、クアゼパム、アモバルビタール、バルビタール、フェノバルビタール、フェノバルビタールナトリウム、ペントバルビタールカルシウム、トリクロホスナトリウム、「クロルプロマジン、プロメタジン、フェノバルビタール」、リルマザホン塩酸塩水和物、ゾピクロン、ゾルピデム酒石酸塩、エスゾピクロン、ラメルテオン、 スボレキサント	
抗うつ薬	クロミプラミン塩酸塩、ロフェプラミン塩酸塩、トリミプラミンマレイン酸塩、イミプラミン塩酸塩、アモキサピン、アミトリプチリン塩酸塩、ノルトリプチリン塩酸塩、マプロチリン塩酸塩、ペモリン、ドスレピン塩酸塩、ミアンセリン塩酸塩、セチプチリンマレイン酸塩、トラゾドン塩酸塩、フルボキサミンマレイン酸塩、ミルナシプラン塩酸塩、パロキセチン塩酸塩水和物、塩酸セルトラリン、ミルタザピン、デュロキセチン塩酸塩、エスタロプラムシウ酸塩、 ベンラファキシン塩酸塩	
抗精神病薬	定型薬	非定型薬
	クロルプロマジン塩酸塩、クロルプロマジンフェノールフタリン酸塩、ペルフェナジンフェンジソ酸塩、ペルフェナジン、ペルフェナジンマレイン酸塩、プロペリシアジン、フルフェナジンマレイン酸塩、プロクロペラジンマレイン酸塩、レボメプロマジンマレイン酸塩、ピバンペロン塩酸塩、オキシペルチン、スピペロン、スルピリド、ハロペリドール、ピモジド、ゾテピン、チメピロン、プロムペリドール、クロカプラミン塩酸塩水和物、スルトプリド塩酸塩、モサプラミン塩酸塩、ネモナプリド、モペロン塩酸塩、レセルピン	リスペリドン、クエチアピンプマル酸塩、ペロスピロン塩酸塩水和物(ペロスピロン塩酸塩)、オランザピン、アリピプラゾール、プロナンセリン、クロザピン、パリペリドン

出典:「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」保医発0304第3号通知(平成28年3月4日)から抜粋

2. 向精神薬多剤投与に係る報告書

処方料等(投薬)	改定前	改定後
向精神薬多剤投与に係る報告書	向精神薬多剤投与を行った保険医療機関は、 <u>年に1回</u> 、向精神薬多剤投与の状況を地方厚生(支)局に報告	向精神薬多剤投与を行った保険医療機関は、 <u>平成28年7月以降、毎年度4月、7月、10月、1月に、前月までの3か月間の向精神薬多剤投与の状況を地方厚生(支)局に報告</u>
	[別紙様式 40] <u>6月に受診した患者</u> に対して、向精神薬多剤投与を行った保険医療機関のみ提出	[別紙様式 40] <u>直近3か月に受診した患者</u> に対して、向精神薬多剤投与を行った保険医療機関のみ提出
留意事項	<u>平成28年7月の報告</u> については、 <u>平成28年6月の向精神薬多剤投与の状況を平成28年度診療報酬改定前の「別紙様式40」を用いて報告</u> することで代替しても差し支えない。	

向精神薬多剤投与を行った保険医療機関は、年に1回、6月の向精神薬多剤投与の状況を地方厚生(支)局に報告することになっていましたが、平成28年度改定で向精神薬多剤投与を行った保険医療機関は、平成28年7月以降、毎年度4月、7月、10月、1月に、前月までの3か月間の向精神薬多剤投与の状況を地方厚生(支)局に報告することになりました。

なお、平成28年7月の報告については、平成28年6月の向精神薬多剤投与の状況を平成

28年度診療報酬改定前の「別紙様式40」を用いて報告することで代替しても差し支えないことになっています。

3. 外来後発医薬品使用体制加算の新設（平成28年度改定で新設）

診療所が対象			処方料（投薬）		
新設	外来後発医薬品使用体制加算	1	【数量シェアの割合】 「後発医薬品」／「後発医薬品のある先発医薬品＋後発医薬品」	70%以上	+4点/1処方
		2	【規格単位数量】	60%以上70%未満	+3点/1処方

【院内処方の外来における後発医薬品使用体制の評価】

平成28年度改定では、後発医薬品の更なる使用促進を図るため、院内処方を行っている後発医薬品の使用割合の高い診療所に対する後発医薬品の使用体制に係る評価（外来後発医薬品使用体制加算）が新設されました。

当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した使用薬剤の規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量が、70%以上の場合は外来後発医薬品使用体制加算1として1処方につき4点を、60%以上70%未満の場合は外来後発医薬品使用体制加算2として1処方につき3点を、所定点数に加算することができます。

施設基準としては、以下の通りとなります。

施設基準	(1) 薬剤部門又は薬剤師が後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ、後発医薬品の採用を決定する体制が整備された診療所 (2) 調剤した薬剤の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合が50%以上 (3) 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を当該保険医療機関の受付及び支払窓口等の見やすい場所に掲示
------	---

4 一般名処方加算の見直し

処方せん料(投薬)	改定前	改定後
一般名処方加算 (処方せん交付1回)	(新設)	一般名処方加算1 3点
	一般名処方加算 2点	一般名処方加算2 2点
算定要件	(新設)	【一般名処方加算1】 交付した処方せんに含まれる医薬品のうち、 <u>後発医薬品が存在する全ての医薬品が一般名処方されている場合に算定</u>
	【一般名処方加算】	【一般名処方加算2】 交付した処方せんに1品目でも一般名処方された医薬品が含まれている場合に算定
処方せんの記載	処方時に後発医薬品の銘柄を記載した上で変更不可とする場合は、処方せんにその理由を記載	

平成28年度改定では、後発医薬品の更なる使用促進を図るため、交付した処方せんに含まれる医薬品のうち、後発医薬品が存在する全ての医薬品が一般名処方されている場合に、新たに一般名処方加算1として処方せん交付1回につき3点を所定点数に加算することができます。なお、処方時に後発医薬品の銘柄を記載した上で変更不可とする場合は、処方せんにその理由を記載することが必要となります。

5. 処方せん様式の見直し

処 方 せ ん										一般名処方の推進	
(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)											
公費負担番号					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※・番号						
患 者	氏名		男・女			保険医療機関の所在地及び名称					印
	生年月日					電話番号					
	区 分		被扶養者		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		個々の処方箋について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更し差し支えがあると判断した場合は、「変更不可」欄に「レ」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		「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。								
保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。) <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供											

平成28年度改定では、医薬品の適正使用を推進するため、処方医と薬局の薬剤師が連携して、円滑に患者の残薬確認と残薬に伴う調剤数量調整等が実施できるよう、処方せんの様式に調剤時に残薬を確認した場合の対応を記載する欄が新たに設けられました。

当該欄にチェックがある場合は、薬局において患者の残薬の有無を確認し、残薬が確認された場合には、「医療機関へ疑義照会した上で調剤」若しくは「医療機関へ情報提供」のいずれかの対応を行うことになります。

6. 30日を超える長期投薬について

平成28年度改定では、30日を超える長期の投薬については、予見することができる必要

期間に従った投薬量が適切に処方されるよう、処方料及び処方せん料において取扱いが明示されました。

医師が処方する投薬量については、予見することができる必要期間に従ったものでなければならず、30日を超える長期の投薬を行うに当たっては、長期の投薬が可能な程度に病状が安定し、服薬管理が可能である旨を医師が確認するとともに、病状が変化した際の対応方法及び当該保険医療機関の連絡先を患者に周知することが必要です。この要件を満たさない場合には、原則として以下のいずれかの対応を行うことになります。

- 30日以内に再診する。
- 200床以上の保険医療機関にあっては、200床未満の保険医療機関又は診療所に文書による紹介を行う旨の申出を行う。
- 患者の病状は安定しているものの服薬管理が難しい場合には、分割指示処方せんを交付する。

7. 70枚を超えて湿布薬を投薬した場合

投薬	改定前	改定後
調剤料 処方料 処方せん料 調剤技術基本料	(新設)	入院中の患者以外の患者に、1処方につき70枚を超えて湿布薬を投薬した場合は算定不可 ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず70枚を超えて投薬する場合は、その理由を処方せん及び診療報酬明細書に記載することで算定可
薬剤料	(新設)	入院中の患者以外の患者に、1処方につき70枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、超過分に係る薬剤料を算定不可 ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず70枚を超えて投薬する場合は、その理由を処方せん及び診療報酬明細書に記載することで算定可
湿布薬の処方	湿布薬の処方時は、処方せん及び診療報酬明細書に、投薬全量のほか、一日分の用量又は何日分に相当するかを記載	

平成28年度改定では、残薬削減等の保険給付適正化のため、一定枚数を超えて貼付薬を投薬する場合について、見直しが行われました。

そのため、入院中の患者以外の患者に、1処方につき70枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、調剤料、処方料、処方せん料、調剤技術基本料及び超過分の薬剤料を算定することができなくなりました。

ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず70枚を超えて投薬する場合は、その理由を処方せん及び診療報酬明細書に記載することで算定が可能となります。

なお、湿布薬の処方時は、処方せん及び診療報酬明細書に、投薬全量のほか、一日分の用量又は何日分に相当するかを記載することになりました。

Ⅲ. 基本診療料：再診料、外来診療料に関する事項

1. 再診料、外来診療料

基本診療料	改定前	改定後
再診料・外来診療料	入院中の患者に対する再診の費用は、入院基本料等、特定入院料、短期滞在手術基本料の各区分の所定点数に含まれる	入院中の患者に対する再診の費用(再診料・外来診療料の夜間・早朝等加算、時間外加算、休日加算、深夜加算、時間外特例加算、小児科標榜の保険医療機関の取扱いを除く)は、入院基本料等、特定入院料、短期滞在手術基本料の各区分の所定点数に含まれる

【救急患者の受け入れ体制の充実】

平成28年度改定では、高齢化等により増加する救急患者の受け入れ体制を充実するため、時間外、休日、深夜における再診後に緊急で入院となった場合であっても再診料及び外来診療料の時間外、休日及び深夜加算の算定が可能となりました。

2. 認知症地域包括診療加算の新設（平成28年度改定で新設）

	再診料	基本診療料	
新設	認知症地域包括診療加算	施設基準を満たす診療所が、算定要件の(1)～(3)を満たす認知症患者に対して、患者又はその家族等の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合は、再診料に加算	+30点/回
	算定要件	(1) 認知症以外に1以上の疾患(疑いは除く)を有すること (2) 当該医療機関において以下のいずれにも該当しないこと ① 1処方につき5種類を超える内服薬の投薬を行った場合 ② 1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬、睡眠薬を合わせて3種類を超えて投薬を行った場合 (3) 疾患及び投薬の種類数に関する要件を除き、地域包括診療加算の算定要件を満たすこと	
	施設基準	地域包括診療加算の届出を行っていること(診療所が対象)	
	留意事項	●(2)①の内服薬数の種類数は錠剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤及び液剤については1銘柄ごとに1種類として計算 ●(2)②の抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬及び睡眠薬の種類数は処方料の向精神薬の種類と同様に取扱う ●初診時や訪問診療時(往診を含む)は算定不可 ●対象とする疾病の重複がなければ、他の保険医療機関において地域包括診療料等を算定可	

【認知症に対する主治医機能の評価】

平成28年度改定では、複数疾患を有する認知症患者に対して、継続的かつ全人的な医療等を実施する主治医機能の評価(認知症地域包括診療加算)が新設されました。

施設基準を満たす診療所が、認知症以外に1以上の疾患(疑いのものを除く)を有する認知症の患者(1処方につき5種類を超える内服薬の投薬を行った場合及び1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬又は睡眠薬を合わせて3種類を超えて投薬を行った場合のいずれにも該当しないものに限る)に対して、患者又はその家族等の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合に、認知症地域包括診療加算として、1回30点を所定点数に加算することができます。

施設基準として、地域包括診療加算の届出を行っていることが必要で、初診時や訪問診

療時（往診を含む）は算定することはできません。また、対象とする疾病の重複がなければ、他の医療機関において地域包括診療料等を算定することができます。

3. 地域包括診療加算（再診料の加算）

地域包括診療加算の施設基準	
改定前	改定後
常勤の医師が 3名以上配置	常勤の医師が 2名以上配置

【施設基準の緩和】

平成28年度改定では、主治医機能の評価である地域包括診療加算の普及を促すため、施設基準のうち、常勤医師の配置を「3名以上」から「2名以上」に緩和されました。

IV. 特掲診療料：医学管理等の項目

1. 認知症地域包括診療料の新設（平成28年度改定で新設）

	再診料	基本診療料	
新設	認知症地域包括診療料	施設基準を満たす医療機関（許可病床が200床未満の病院又は診療所）が、算定要件の（1）～（3）を満たす認知症患者に対して、患者又はその家族等の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合（初診の日に行った場合を除く。）に、患者1人につき月1回算定	
	算定要件	（1）認知症以外に1以上の疾患（疑いは除く）を有すること （2）当該医療機関において以下のいずれにも該当しないこと ① 1処方につき5種類を超える内服薬の投薬を行った場合 ② 1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬、睡眠薬を合わせて3種類を超えて投薬を行った場合 （3）疾患及び投薬の種類数に関する要件を除き、地域包括診療加算の算定要件を満たすこと	
	施設基準	地域包括診療料の届出を行っていること	
	留意事項	<ul style="list-style-type: none"> ●（2）①の内服薬数の種類数は錠剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤及び液剤については1銘柄ごとに1種類として計算 ●（2）②の抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬及び睡眠薬の種類数は処方料の向精神薬の種類と同様に取扱う ●初診時や訪問診療時（往診を含む）は算定不可 ●対象とする疾病の重複がなければ、他の保険医療機関において地域包括診療料等を算定可 	

平成28年度改定では、複数疾患を有する認知症患者に対して、継続的かつ全人的な医療等を実施する主治医機能の評価（認知症地域包括診療料）が新設されました。

施設基準を満たす許可病床200床未満の病院及び診療所が、認知症以外に1以上の疾患（疑いのものを除く）を有する認知症の患者（1処方につき5種類を超える内服薬の投薬を行った場合及び1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬又は睡眠薬を合わせて3種類を超えて投薬を行った場合のいずれにも該当しないものに限る）に対して、患者又はその家族等の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合（初診の日を除く）に、認知症地域包括診療加算として、患者1人につき月1回1,515点を算定することができます。

2. 地域包括診療料

地域包括診療料の施設基準		
	改定前	改定後
診療所の場合	常勤の医師が <u>3名以上配置</u>	常勤の医師が <u>2名以上配置</u>
許可病床 200床未満の 病院の場合	<u>医療法第30条の3の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関、救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は「救急医療対策事業実施要綱」第4に規定する病院群輪番制病院であること。</u>	(削除)

【施設基準の緩和】

平成28年度改定では、主治医機能の評価である地域包括診療料の普及を促すため、施設基準のうち、診療所は地域包括診療加算と同様に常勤医師の配置を「3名以上」から「2名以上」に緩和され、許可病床200床未満の病院は「第二次医療機関、救急病院等」の要件が削除されました。

平成28年度診療報酬改定

	対象疾患	診療内容	内服薬	主な施設基準
新 認知症地域包括診療料 1,515点(1月につき※1)	認知症+1疾患以上	担当医を決め、 ・療養上の指導 ・他の医療機関での 受診状況等の把握 ・服薬管理 ・健康管理 ・介護保険に係る対応 ・在宅医療の提供 ・24時間の対応 等を実施	内服薬 5種類以下 うち向精神薬 3種類以下	○診療所又は200床未満の病院 ○研修の受講 ○病院の場合以下の全て(※2) ・地域包括ケア病棟の届出 ・在宅療養支援病院であること
地域包括診療料 1,503点(1月につき※1)	下記のうち2疾患以上 ・高血圧症 ・脂質異常症 ・糖尿病 ・認知症		(要件なし)	○診療所の場合以下の全て ・時間外対応加算1の届出 ・常勤医師が2人以上(※3) ・在宅療養支援診療所であること
新 認知症地域包括診療加算 30点(再診料に加算)	認知症+1疾患以上		内服薬 5種類以下 うち向精神薬 3種類以下	○診療所 ○研修の受講 ○以下のいずれか一つ ・時間外対応加算1の届出 ・常勤医師が2人以上(※3) ・在宅療養支援診療所であること
地域包括診療加算 20点(再診料に加算)	下記のうち2疾患以上 ・高血圧症 ・脂質異常症 ・糖尿病 ・認知症		(要件なし)	

※1 当該月の薬剤料、550点以上の検査、画像診断、処置等以外の費用は、当該点数に含まれる。

※2 地域包括診療料に係る2次救急指定病院等の施設基準については、平成28年度改定で廃止し、要件を緩和。

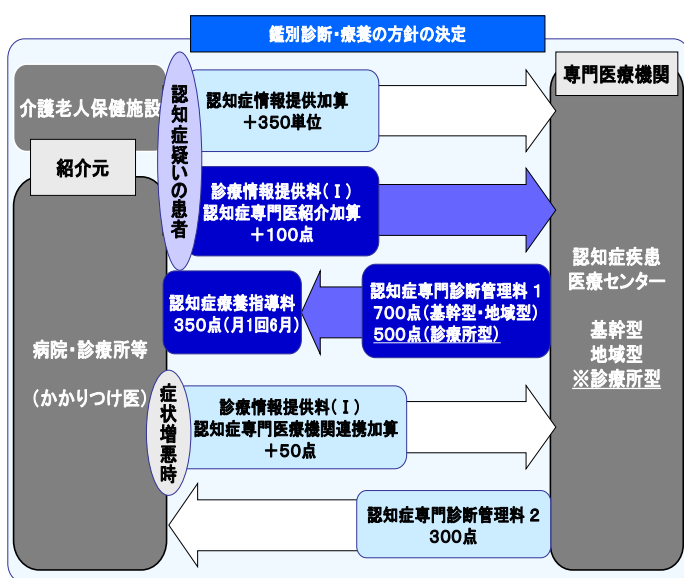
※3 地域包括診療料・加算に係る常勤医師の施設基準については、平成28年度改定において3人から2人へ緩和。

出典：厚生労働省「平成28年度診療報酬改定説明会」資料(平成28年3月4日)

3. 認知症専門診断管理料診療所型の新設（平成28年度改定時に新設）

医学管理等	改定前	改定後
認知症専門診断管理料	認知症専門診断管理料1 700点/回 (新設)	認知症専門診断管理料1 イ 基幹型又は地域型 700点/回 ロ 診療所型 500点/回

平成28年度改定では、新たに設置された診療所型認知症疾患医療センターについて、病院に由来から設置されている基幹型及び地域型の認知症疾患医療センターと同様の評価（認知症専門診断管理料1 診療所型）が新設されました。



出典：中医協総会総-1(平成23年11月2日)を基に作成

そのため、診療所型認知症疾患医療センターが、かかりつけ医から紹介された患者について、認知症の鑑別診断及び療養計画の作成等を行った場合は、「認知症専門診断管理料1 診療所型」として1人につき1回に限り500点を算定することができます。

また、かかりつけ医が認知症の疑いのある患者を診療所型認知症疾患医療センターに紹介した場合は、「診療情報提供料（I）認知症専門医紹介加算」を算定することが可能となりました。さらに、

かかりつけ医が診療所型認知症疾患医療センターの作成する療養計画に基づき治療を行った場合は、認知症療養指導料を算定することができます。

認知症疾患医療センター運営事業

認知症疾患医療センター	基幹型	地域型	診療所型
設置医療機関	病院（総合病院）	病院（単科精神科病院）	診療所
設置数 (平成27年8月末現在)	14か所	302か所	19か所
設置目標値	2017(平成29)年度末 約500か所		
基本的活動圏域	都道府県域	二次医療圏域	
鑑別診断等	認知症の鑑別診断及び専門医療相談		
人員配置	・専門医(1名以上) ・専任の臨床心理技術者(1名) ・専任のPSW又は保健師等(2名以上)		・専門医(1名以上) ・臨床心理技術者(1名:兼務可) ・専任のPSW又は保健師等(1名以上:兼務可)
検査体制 (※他の医療機関との連携確保対応で可)	・CT ・MRI ・SPECT(※)	・CT ・MRI(※) ・SPECT(※)	・CT(※) ・MRI(※) ・SPECT(※)
BPSD・身体合併症対応	空床を確保	急性期入院治療を行える医療機関との連携体制を確保	
医療相談室の設置	必須		—

出典：第3回「認知症高齢者等にやさしい地域づくりに係る関係省庁連絡会議」資料(平成27年9月14日)

4. 薬剤総合評価調整管理料の新設（平成28年度改定時に新設）

医学管理等		特掲診療料	
新設	薬剤総合評価調整管理料	入院中の患者以外の患者であって、6種類以上の内服薬（受診時において当該患者が処方されている内服薬のうち、頓用薬及び服用を開始して4週間以内の薬剤を除く）が処方されていたものについて、処方内容を総合的に評価したうえで調整し、当該患者に処方される内服薬が2種類以上減少し、その状態が4週間以上継続すると見込まれる場合に算定	250点/月1回
	連携管理加算	処方内容の調整に当たって、別の保険医療機関又は保険薬局との間で照会又は情報提供を行った場合に算定 ただし、連携管理加算を算定した同一日においては、同一の別の保険医療機関に対して、診療情報提供料（I）は算定不可	+50点/回
	留意事項	<ul style="list-style-type: none"> ●他の保険医療機関から投薬を受けていた患者について当該保険医療機関及び当該他の保険医療機関で処方された内服薬を合計した種類数から2種類以上減少した場合は薬剤総合評価調整加算と合わせて、1か所の保険医療機関に限り算定可 この場合は当該他の保険医療機関名及び各保険医療機関における調整前後の薬剤の種類数を診療報酬明細書の摘要欄に記載 ●医師が内服薬を調整するに当たっては、評価した内容や調整の要点を診療録に記載 ●薬剤総合評価調整加算又は薬剤総合評価調整管理料を1年以内に算定した場合は、前回の算定に当たって減少した後の内服薬の種類数から、更に2種類以上減少しているときに限り新たに算定可 	

【多剤投与の患者の減薬を伴う指導の評価】

平成28年度改定では多種類の服薬を行っている患者の処方薬剤を総合的に調整する取組を行い、処方薬剤数が減少した場合の評価（薬剤総合評価調整管理料）が新設されました。

入院中の患者以外の患者であって、6種類以上の内服薬（受診時において当該患者が処方されている内服薬のうち、頓用薬及び服用を開始して4週間以内の薬剤を除く）が処方されていたものについて、処方内容を総合的に評価及び調整し、当該患者に処方される内服薬が2種類以上減少した場合には、薬剤総合評価調整管理料として月1回に限り250点を算定することができます。

処方内容の調整に当たって、別の医療機関又は薬局との間で照会又は情報提供を行った場合に、連携管理加算として1回50点を算定することができます。

ただし、連携管理加算を算定した同一日においては、同一の別の保険医療機関に対して、診療情報提供料（I）は算定することはできません。

他の保険医療機関から投薬を受けていた患者については、当該医療機関及び当該他の医療機関で処方された内服薬を合計した種類数から2種類以上減少した場合は薬剤総合評価調整加算と合わせて、1か所の医療機関に限り算定することができます。この場合は他の医療機関名及び各保険医療機関における調整前後の薬剤の種類数を診療報酬明細書の摘要欄に記載します。

また、医師が内服薬を調整するに当たっては、評価した内容や調整の要点を診療録に記載することが必要となります。

さらに、薬剤総合評価調整加算又は薬剤総合評価調整管理料を1年以内に算定した場合は、前回の算定に当たって減少した後の内服薬の種類数から、更に2種類以上減少しているときに限り新たに算定が可能となります。

5. 夜間休日救急搬送医学管理料の評価の充実

医学管理等	改定前	改定後
	200点/初診時	600点/初診時
夜間休日 救急搬送 医学管理料	当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間(土曜日に限る)、休日又は深夜において、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者に対して、初診の日に限り算定	当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間(土曜日以外の日(休日を除く)は、夜間に限る)、休日又は深夜において、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者に対して、初診の日に限り算定

【救急患者の受入れ体制の充実】

平成28年度診療報酬改定では、二次救急医療機関における夜間休日の救急患者の受け入れの評価を充実させました。そのため、夜間休日救急搬送医学管理料の評価を「200点」から「600点」に上げるとともに、土曜日だけに限定されている時間外加算を、午前8時以前と午後6時以降の時間に限り他の曜日でも算定することが可能となりました。

6. ニコチン依存症管理料の対象患者の拡大

医学管理等	改定前	改定後
ニコチン依存症 管理料	(新設)	「別に厚生労働大臣が定める基準」を満たさない場合は、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数を算定
算定要件	①「禁煙治療のための標準手順書」に記載されているニコチン依存症に係るスクリーニングテスト(TDS)で、ニコチン依存症と診断されたものであること	
	② 1日の喫煙本数に喫煙年数を乗じて得た数が200以上	② 35歳以上の者には、1日の喫煙本数に喫煙年数を乗じて得た数が200以上
	③(略)	
	「別に厚生労働大臣が定める基準」	
	当該保険医療機関における過去一年のニコチン依存症管理料の平均継続回数が2回以上であること。但し、過去一年にわたりニコチン依存症管理料の算定の実績が無い場合は、基準を満たしているものとみなす。 【経過措置】 過去一年間のニコチン依存症管理料の平均継続回数が2回未満である場合の減算については、初回は平成28年4月1日から平成29年3月31日までの1年間の実績を踏まえ、平成29年7月1日より算定を行う。	

平成28年度改定では、若年層のニコチン依存症患者にも治療を実施できるよう、算定要件であるブリンクマン指数(1日の喫煙本数×喫煙年数)の対象者が35歳以上となりました。

また、ニコチン依存症管理を実施する医療機関における治療の標準化を推進するため、施設基準の見直しが行われ、新たに「過去1年間のニコチン依存症管理の平均継続回数が2回以上であること」が追加され、この要件を満たさない場合は所定点数の30%減額された点数を算定することになります。

ただし、過去一年間のニコチン依存症管理料の平均継続回数が2回未満である場合の減算については、初回は平成28年4月1日から平成29年3月31日までの1年間の実績を踏まえ、平成29年7月1日より算定を行うこととなります。

7. 外来栄養食事指導料の対象拡大と指導内容の拡充

精神科棟入院基本料、特定機能病院入院料(精神科棟)		
医学管理等	改定前	改定後
外来栄養食事指導料 (月1回、初回の月は2回)	130点/回	イ 初回 260点/回 ロ 2回目以降 200点/回
対象者	厚生労働大臣が定めた特別食を必要とする患者	厚生労働大臣が定めた特別食を必要とする患者、 <u>がん患者、摂食機能若しくは嚥下機能が低下した患者(※1)又は低栄養状態にある患者(※2)</u> ※1 <u>医師が、硬さ、付着性、凝集性などに配慮した嚥下調整食(日本摂食嚥下リハビリテーション学会の分類に基づく。)</u> に相当する食事を要すると判断した患者であること。 ※2 <u>次のいずれかを満たす患者であること。</u> ① <u>血中アルブミンが 3.0g/dl以下である患者</u> ② <u>医師が栄養管理により低栄養状態の改善を要すると判断した患者</u>
特別食	(追加)	難治性てんかん等の患者に対する治療食(てんかん食)
算定要件	<u>概ね 15分以上、療養のため必要な栄養の指導を行った場合に算定</u> 管理栄養士への指示事項は、当該患者ごとに適切なものとし、 <u>少なくとも熱量・熱量構成、蛋白質量、脂質量についての具体的な指示を含まなければならない。</u>	<u>初回にあっては概ね 30分以上、2回目以降にあっては概ね 20分以上、療養のため必要な栄養の指導を行った場合に算定</u> 管理栄養士への指示事項は、当該患者ごとに適切なものとし、 <u>熱量・熱量構成、蛋白質、脂質その他栄養素の量、病態に応じた食事の形態等に係る情報のうち医師が必要と認めるものに関する具体的な指示を含まなければならない。</u>

平成28年度改定では、栄養食事指導には長時間を要することが多く、より充実した指導を適切に評価するため、外来及び入院患者に対する栄養食事指導について、指導時間の要件及び点数が見直されました。そのため、入院中の患者以外の患者に、管理栄養士が医師の指示に基づき、初回にあっては概ね 30分以上、2回目にあっては概ね 20分以上、療養のため必要な栄養の指導を行った場合に、初回の指導を行った月は2回に限り、その他の月は1回に限り算定することができます。

また、栄養食事指導の対象に、がん患者、摂食機能若しくは嚥下機能が低下した患者又は低栄養状態にある患者の患者に対する治療食が含まれることになりました。摂食機能若しくは嚥下機能が低下した患者とは、医師が、硬さ、付着性、凝集性などに配慮した嚥下調整食(日本摂食嚥下リハビリテーション学会の分類に基づく。)に相当する食事を要すると判断した患者になります。

V. 特掲診療料：在宅医療の項目

1. 在宅医療を専門に実施する医療機関

健康保険法第63条第3項に基づく開放性の観点から、保険医療機関は外来応需の体制を有していることが原則となっていますが、例外として、以下の要件を満たす場合は在宅医療を専門に実施する保険医療機関として開設が認められます。

「在宅医療を専門に実施する医療機関」の開設要件

- (1) 無床診療所
- (2) 在宅医療を提供する地域をあらかじめ規定
- (3) 外来診療が必要な患者が訪れた場合に対応できるよう、地域医師会（歯科医療機関にあつては地域歯科医師会）から協力の同意を取得又は(2)の地域内に協力医療機関を2か所以上確保
- (4) 規定した地域内において在宅医療を提供、在宅医療導入に係る相談に随時対応及び医療機関の連絡先等を広く周知
- (5) 求めに応じて医学的に必要な往診や訪問診療に関する相談を行い、医学的に正当な理由等なく断らない
- (6) 診療所において、患者・家族等からの相談に応じる設備・人員等の体制を整備
- (7) 緊急時を含め、随時連絡に応じる体制を整備

2. 在宅医療を専門に実施する在宅療養支援診療所

「在宅医療を専門に実施する在宅療養支援診療所」とは、直近1か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合が95%以上の場合が該当します。

また、在宅医療を専門に実施する在宅療養支援診療所の施設基準は、以下の通りとなります。

「在宅医療を専門に実施する在宅療養支援診療所」の施設基準

- 診療所であつて、改定前の在宅療養支援診療所の施設基準に加え、以下の要件を満たしていることが必要
- (イ) 過去1年間に、5か所以上の医療機関から新規患者紹介実績
 - (ロ) 過去1年間の在宅における看取りの実績を20件以上、又は15歳未満の超・準超重症児の患者が過去1年間に10人以上
 - (ハ) 在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定する患者のうち、施設入居時等医学総合管理料の算定件数の割合が70%以下
 - (ニ) 在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定する患者のうち、要介護3以上又は重症者の割合が50%以上

ただし、精神科重症患者早期集中支援管理料の届出を行っている「在宅医療を専門に実施する在宅療養支援診療所」は、GAF尺度による判定が40以下の統合失調症の患者を10人以上診療していれば、上記の(イ)から(ニ)までの要件を満たしていなくても差し支えないことになっています。

3. 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の新設（平成28年度改定時に新設）

機能強化型の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院のうち、緩和ケアに関する十分な経験を有し、十分な緊急往診や看取りの実績を有する医療機関を評価するため、往診、在宅訪問患者診療料、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料の加算として在宅緩和ケア充実診療所・病院加算が新設されました。

在宅医療		特掲診療料			
新 設	在宅緩和ケア 充実診療所・ 病院加算	往診	緊急往診加算、夜間・休日加算、深夜加算		+100点
		在宅患者訪問診療料	ターミナルケア加算		+1,000点
		在宅時医学総合管理料	単一建物診療患者数	1人の場合	+400点
				2～9人の場合	+200点
				10人以上の場合	+100点
		施設入居時等 医学総合管理料	単一建物診療患者数	1人の場合	+300点
2～9人の場合	+150点				
10人以上の場合	+75点				
在宅がん医療総合診療料				+150点	

在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の施設基準は、以下の通りとなります。

「在宅緩和ケア充実診療所・病院加算」の施設基準	
(1)	機能強化型の在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院を届出
(2)	過去1年間の緊急往診の実績を15件以上かつ在宅での看取りの実績を20件以上
(3)	緩和ケア病棟又は在宅での1年間の看取り実績が10件以上の保険医療機関で、3か月以上の勤務歴がある常勤の医師（在宅医療を担当する医師に限る。）を配置
(4)	末期の悪性腫瘍等の患者で、鎮痛剤の経口投与では疼痛が改善しないものに、患者が自ら注射によりオピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法を実施した実績を過去1年間に2件以上有するなど、オピオイド系鎮痛薬を用いた適切な鎮痛療法の実績
(5)	「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会」又は「緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会等」を修了している常勤の医師を配置
(6)	院内等において、過去1年間の看取り実績及び十分な緩和ケアが受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報を提供

4. 在宅療養実績加算の見直し

在宅療養実績加算 (特掲診療料 在宅医療)	平成28年度改定	
	在宅療養実績加算1	在宅療養実績加算2 (新設)
共通事項	機能強化型ではない、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院	
過去1年間の 緊急往診の実績	10件以上	4件以上
過去1年間の在宅に おける看取りの実績	4件以上	2件以上
緩和ケアに 係わる研修	(新設)	「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した研修」又は「緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会等」を修了している常勤の医師を配置

平成28年度改定では、在宅医療の実績に応じた評価を行うため、緊急往診及び看取りの十分な実績を有する機能強化型ではない在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院に対する評価の見直しが行われ、施設基準（過去1年間の緊急往診が4件以上及び看取りが2件以上で、緩和ケアに係わる研修を修了している常勤医師を配置）に適合し、地方厚生局長等に

精神科医療情報総合サイト「e-らぼ〜る」

届け出た保険医療機関の保険医が行った場合に算定する在宅療養実績加算2が新設されました。

在宅医療 (特掲診療料)	改定前	改定後	
	在宅療養実績加算	在宅療養実績加算1	在宅療養実績加算2
往診 (緊急往診加算、夜間・休日加算、深夜加算)	75点	75点	50点
在宅患者訪問診療料 (ターミナルケア加算)	750点	750点	500点
在宅時医学総合管理料	同一建物居住者以外 300点	単一建物診療患者1人 300点 単一建物診療患者2~9人 150点	単一建物診療患者 200点 単一建物診療患者2~9人 100点
	同一建物居住者 75点	その他 75点	その他 50点
特定施設入居時等 医学総合管理料	同一建物居住者以外 225点	単一建物診療患者1人 225点 単一建物診療患者2~9人 110点	単一建物診療患者1人 150点 単一建物診療患者2~9人 75点
	同一建物居住者 75点	その他 56点	その他 40点
在宅がん医療 総合診療料	110点	110点	75点

5. 往診料

在宅医療	改定前	改定後
往診料の加算	夜間加算	夜間・休日加算
	深夜帯を除く、午後6時から午前8時の時間帯の往診	深夜帯を除く、午後6時から午前8時の時間帯及び休日の往診

平成28年度改定では、より充実した診療を行っている医療機関を評価するため、往診料について、緊急に行うものや夜間・深夜に行うものだけでなく、休日の往診に対する評価が新設され、夜間加算の評価に休日の時間帯を追加し、夜間・休日加算として評価することになりました。

6. 在宅時医学総合管理料（在総管）・施設入居時等医学総合管理料（施設総管）

施設入居時等医学 総合管理料	在宅医療(特掲診療料)	
	改定前	改定後
名称	特定施設入居時等医学総合管理料	施設入居時等医学総合管理料
対象施設	① 養護老人ホーム ② 軽費老人ホーム ③ 特別養護老人ホーム ④ 特定施設 (新設) (新設) (新設)	① 養護老人ホーム ② 軽費老人ホーム ③ 特別養護老人ホーム ④ 特定施設 ⑤ 有料老人ホーム ⑥ サービス付き高齢者向け住宅 ⑦ 認知症グループホーム

1) 特定施設入居時等医学総合管理料の名称変更と対象施設の見直し

平成28年度改定では、特定施設入居時等医学総合管理料が施設入居時等医学総合管理料に名称が変更され、算定対象施設として、「有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、

精神科医療情報総合サイト「e-らぼ〜る」

認知症グループホーム」が追加されました。ただし、改定前に在宅時医学総合管理料を算定できた住居（特定施設以外の有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅、認知症グループホーム）に居住している患者については、平成29年3月末までは在宅時医学総合管理料を算定することができます。

2) 在宅医療における重症度・居住場所に応じた評価

在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料					
(1) 「同一建物居住者の場合」の評価を、単一建物での診療人数によって細分化					
(2) 重症度が高い患者をより評価					
(3) 月1回の訪問診療による管理料を新設					
改定前		改定後			
月2回以上訪問診療実施		区分	単一建物診療患者数		
			1人	2～9人	10人以上
同一建物居住者以外の場合	●点	イ 重症患者(別に定める状態の患者)に月2回以上訪問診療実施	●点	●点	●点
		ロ 月2回以上訪問診療実施	●点	●点	●点
同一建物居住者の場合	●点	ハ 月1回訪問診療実施	●点	●点	●点
重症者加算	1,000点	頻回訪問加算	600点		

在総管及び施設総管の報酬は、在宅患者訪問診療料や精神科訪問看護指導料等と同様に、同一建物の訪問人数による区分で評価されていましたが、平成28年度改定で単一建物の診療人数（「1人」、「2～9人」、「10人以上」）及び上記イ～ハの3区分によって評価は細分化されています。また、重症度が高い患者がより評価され、更に月1回の訪問診療による管理料が新設されています。

	同一建物居住者の場合	単一建物診療患者の人数
定義	同一建物居住者の場合；当該建築物に居住する複数の者に対して、医師が同一日に訪問診療を行う場合	当該建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が在宅医学管理を行っている者の数
対象項目	在宅患者訪問診療料、精神科訪問看護・指導料、在宅患者訪問薬剤管理指導料等	在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料

ただし、単一建物診療患者の人数の算出の例外としては、以下の通りとなります。

- 1つの患家に同居する同一世帯の患者が2人以上いる場合は、患者ごとに「単一建物診療患者数が1人の場合」を算定する。
- 在総管について、当該建築物において当該保険医療機関が在宅医学管理を行う患者数が、当該建築物の戸数の10%以下の場合及び当該建築物の戸数が20戸未満であって、当該保険医療機関が在宅医学管理を行う患者が2人以下の場合には、それぞれ「単一建物診療患者数が1人の場合」を算定する。
- ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護の対象施設については、それぞれのユニットにおいて、施設総管（平成29年3月までは在総管を含む。）を算定する人数を、単一建物診療患者の人数とみなす。

また、「在宅医療を専門に実施する医療機関」の施設基準を満たさない在宅療養支援診療所は、所定点数を20%減額した点数を算定することになります。

ただし、平成28年3月31日時点で在宅療養支援診療所として届け出ている保険医療機関は平成29年3月31日までの間は経過措置として基準を満たしているとみなされます。

精神科医療情報総合サイト「e-らぼ〜る」

なお、重症患者は次の①及び②に該当する状態の患者となります。

1. 以下の疾病等に罹患している状態
 末期の悪性腫瘍、スモン、難病の患者に対する医療等に関する法律に規定する指定難病、後天性免疫不全症候群、脊髄損傷、真皮を超える褥瘡
2. 以下の処置等を実施している状態
 人工呼吸器の使用、気管切開の管理、気管カニューレの使用、ドレーンチューブ又は留置カテーテルの使用、人工肛門・人工膀胱の管理、在宅自己腹膜灌流の実施、在宅血液透析の実施、酸素療法の実施、在宅中心静脈栄養法の実施、在宅成分栄養経管栄養法の実施、在宅自己導尿の実施、植え込み型脳・脊髄電気刺激装置による疼痛管理、携帯型精密輸液ポンプによるプロスタグランジンI2製剤の投与

在宅時医学総合管理料						
改定前			改定後			
処方せんを交付しない場合は300点を所定点数に加算			単一建物診療患者数			
			1人	2～9人	左記以外	
1. 強化型在宅療養支援診療所・強化型在宅療養支援病院の場合						
病床を有する場合	同一建物居住者以外の場合	5,000点	重症患者に月2回以上訪問診療実施	5,400点	4,500点	2,880点
			月2回以上訪問診療実施	4,600点	2,500点	1,300点
	同一建物居住者の場合	1,200点	月1回訪問診療実施	2,760点	1,500点	780点
病床を有しない場合	同一建物居住者以外の場合	4,600点	重症患者に月2回以上訪問診療実施	5,000点	4,140点	2,640点
			月2回以上訪問診療実施	4,200点	2,300点	1,200点
	同一建物居住者の場合	1,100点	月1回訪問診療実施	2,520点	1,380点	720点
2. 在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の場合						
同一建物居住者以外の場合		4,200点	重症患者に月2回以上訪問診療実施	4,600点	3,780点	2,400点
			月2回以上訪問診療実施	3,800点	2,100点	1,100点
同一建物居住者の場合		1,000点	月1回訪問診療実施	2,280点	1,260点	660点
3. 1及び2に該当しない場合						
同一建物居住者以外の場合		3,150点	重症患者に月2回以上訪問診療実施	3,450点	2,835点	1,800点
			月2回以上訪問診療実施	2,850点	1,575点	850点
同一建物居住者の場合		760点	月1回訪問診療実施	1,710点	945点	510点
(新設)			3を在宅医療専門医療機関が算定する場合は、所定点数の100分の80に相当する点数を算定			

施設入居時等医学総合管理料						
改定前			改定後			
処方せんを交付しない場合は300点を所定点数に加算			単一建物診療患者数			
			1人	2～9人	左記以外	
1. 強化型在宅療養支援診療所・強化型在宅療養支援病院の場合						
病床を有する場合	同一建物居住者以外の場合	3,600点	重症患者に月2回以上訪問診療実施	3,900点	3,240点	2,880点
			月2回以上訪問診療実施	3,300点	1,800点	1,300点
	同一建物居住者の場合	870点	月1回訪問診療実施	1,980点	1,080点	780点
病床を有しない場合	同一建物居住者以外の場合	3,300点	重症患者に月2回以上訪問診療実施	3,600点	2,970点	2,640点
			月2回以上訪問診療実施	3,000点	1,650点	1,200点
	同一建物居住者の場合	800点	月1回訪問診療実施	1,800点	990点	720点
2. 在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の場合						
同一建物居住者以外の場合		3,000点	重症患者に月2回以上訪問診療実施	3,300点	2,700点	2,400点
			月2回以上訪問診療実施	2,700点	1,500点	1,100点
同一建物居住者の場合		720点	月1回訪問診療実施	1,620点	900点	660点
3. 1及び2に該当しない場合						
同一建物居住者以外の場合		2,250点	重症患者に月2回以上訪問診療実施	2,450点	2,025点	1,800点
			月2回以上訪問診療実施	2,050点	1,125点	850点
同一建物居住者の場合		540点	月1回訪問診療実施	1,230点	675点	510点
(新設)			3を在宅医療専門医療機関が算定する場合は、所定点数の100分の80に相当する点数を算定			

7. 在宅患者訪問診療料

在宅医療	改定前	改定後
在宅患者 訪問診療料	1 同一建物居住者以外の場合 833点/日	
	2 同一建物居住者の場合 イ 特定施設等に入居する者の場合 203点/日	2 同一建物居住者の場合 203点/日
	ロ イ 以外の場合 103点/日	(削除) (削除)

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の見直しに伴い、在宅患者訪問診療料の同一建物居住者における対象施設を見直し、同一建物居住者の評価は1日203点に統一されました。

8. 在宅患者訪問薬剤管理指導料の見直し

在宅医療	改定前	改定後
在宅患者訪問 薬剤管理指導料	薬剤師1人につき1日当たり5回に限り算定可	薬剤師1人につき1週間当たり40回に限り算定可

平成28年度改定では、在宅薬剤管理指導業務を推進するため、薬剤師1人につき1日当たり5回の算定制限を1週間当たり40回に見直されました。

また、同一世帯の複数の患者に在宅訪問薬剤管理指導を実施した場合は、1人目の患者は「同一建物居住者以外の場合」の点数(650点)を算定し、2人目以降は「同一建物居住者の場合」の点数(300点)を算定することができます。

8. 在宅患者訪問栄養食事指導料

在宅医療	改定前	改定後
在宅患者訪問 栄養食事指導料	医師の指示に基づき、管理栄養士が患家を訪問し、(略)栄養食事指導せんに従った調理を介して実技を伴う指導を30分以上行った場合に算定可	医師の指示に基づき、管理栄養士が患家を訪問し、(略)栄養食事指導せんに従い、 <u>食事の用意や摂取等に関する具体的な指導</u> を30分以上行った場合に算定可

平成28年度改定では、在宅で患者の実情に応じた有効な指導が可能となるよう、指導方法に係る要件が「調理を介して実技を伴う指導」から「食事の用意や摂取等に関する具体的な指導」に緩和されました。

VI. 特掲診療料：検査の項目

■ 臨床心理・神経心理検査項目の追加

臨床心理・神経心理検査	検査	
	改定前	改定後
■ 認知機能検査その他の心理検査		
2 操作が複雑なもの 80点	CLAC-Ⅱ	削除
	(追加)	標準言語性連合学習検査(S-PA)
3 操作と処理がきわめて複雑なもの 450点	CLA-Ⅲ	削除
	(追加)	発達障害の要支援度評価尺度(MSPA)、親面接式自閉スペクトラム症評定尺度改訂版(PARS-TR)

平成28年度改定では、認知機能検査その他の心理検査では、「2. 操作が複雑なもの(80点)」に標準言語性連合学習検査(S-PA)が追加され、CLAC-Ⅱが削除となっています。また、「3 操作と処理がきわめて複雑なもの(450点)」に発達障害の要支援度評価尺度(MSPA)、親面接式自閉スペクトラム症評定尺度改訂版(PARS-TR)が追加され、CLA-Ⅲが削除となっています。

VII. 特掲診療料：画像診断の項目

■ 画像撮影診断料等の見直し

医学管理等	改定前	改定後
コンピューター 断層撮影 (CT撮影)	イ 64列以上のマルチスライス型の機器の場合 1,000点 (新設)	イ 64列以上のマルチスライス型の機器の場合 (1) 施設共同利用において行われる場合 1,020点 (2) その他の場合 1,000点
	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	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
	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 770点	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 750点
	ニ イ、ロ、ハ以外の場合 580点	ニ イ、ロ、ハ以外の場合 560点
磁気共鳴 コンピューター 断層撮影	1. 3テスラ以上の機器による場合 1,600点 (新設)	1. 3テスラ以上の機器による場合 イ 施設共同利用において行われる場合 1,620点 ロ その他の場合 1,600点
	2. 1.5テスラ以上3テスラ未満の機器による場合 1,330点	2. 1.5テスラ以上3テスラ未満の機器による場合 1,330点
	3. 1、2以外の場合 920点	3. 1、2以外の場合 900点

【放射線撮影等の適正な評価】

平成28年度改定では、64列以上のマルチスライス型CT及び3テスラ以上のMRIといった高機能の診断装置について適正かつ効率的な利用を促進するため、新たに施設共同利用での撮影の評価が新設され20点引き上げ、その他の撮影の評価は20点引下げられました。

共同利用施設において行われる場合とは、施設共同利用率が10%を超えると届け出た保険医療機関において撮影する場合又は共同利用を目的として別の保険医療機関が依頼して撮影される場合となります。

Ⅷ. 訪問看護療養費（訪問看護ステーションの評価）

■複数の実施主体による訪問看護の組み合わせの整理

同一の利用者に、医療機関が精神科訪問看護・指導料、在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料（精神科訪問看護・指導料等）のいずれかを算定した月は、訪問看護療養費を算定することはできません。ただし、次に掲げる①～⑥の場合は、同一月に訪問看護療養費の算定が可能となります。

なお、⑥の場合は、精神科訪問看護・指導料及び訪問看護基本療養費を算定する日と合わせて週3日（退院後3月以内の期間において行われる場合にあっては、週5日）が限度となります。また、⑥については、平成29年3月31日までの間は、医療機関が精神科重症患者早期集中支援管理料の届出を行っていない場合であっても算定することができます。

- ① 基準告示第2の1に規定する疾病等(末期の悪性腫瘍等)の利用者について、在宅患者訪問看護・指導料等を算定した場合
- ② 特別訪問看護指示書又は精神科特別訪問看護指示書の交付を受けた利用者であって週4日以上の指定訪問看護が計画されている場合
- ③ 保険医療機関を退院後1月以内の利用者であって当該医療機関が在宅患者訪問看護・指導料若しくは同一建物居住者訪問看護・指導料を算定した場合又は医療機関を退院後3月以内の利用者であって当該医療機関が精神科訪問看護・指導料を算定した場合
- ④ 緩和ケア及び褥瘡ケアに係る専門の研修を修了した看護師が、訪問看護ステーションの看護師又は当該利用者の在宅療養を担う医療機関の看護師と共同して指定訪問看護を行った場合
- ⑤ 精神科重症患者早期集中支援管理料を算定する利用者
- ⑥ 精神科重症患者早期集中支援管理料の施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出ている医療機関において、精神保健福祉士による精神科訪問看護・指導を行った場合

また、精神科訪問看護・指導料等を算定した日は、訪問看護療養費を算定することはできません。ただし、③（医療機関を退院後3月以内の利用者であって当該医療機関が精神科訪問看護・指導料を算定した場合等）及び④の場合並びに特別の関係にある医療機関が精神科重症患者早期集中支援管理料1を算定する利用者に対して精神科訪問看護・指導料（作業療法士又は精神保健福祉士による精神科訪問看護・指導が行われる場合に限る）を算定する場合又は保険医療機関が精神科重症患者早期集中支援管理料2を算定する利用者に対して精神科訪問看護・指導料を算定した場合は、同一日に訪問看護療養費の算定が可能となります。

Ⅸ. その他の項目

1. 常勤配置の取扱いの明確化（再掲）

平成28年度改定では、基本診療料及び特掲診療料の施設基準上の常勤配置については、労働基準法に規定する産前・産後休業及び育児・介護休業法規定する育児・介護休業を取得中の期間に限り、同等の資質を有する複数の非常勤従事者の常勤換算後の人員数を原則として含めることが可能となりました。

また、育児・介護休業後等の従事者が、育児・介護休業法に規定する短時間勤務制度を利用し、正職員として勤務する場合、育児・介護休業法で定める期間は、週30時間以上の勤務で常勤扱いとすることができます。

2. 明細書無料発行の促進

電子レセプト請求の義務付け対象となっている医療機関及び薬局			
		明細書の無料発行体制整備済	明細書の無料発行体制未整備
病院	400床以上	義務化 (免除規定なし)	平成26年4月以降、義務化 (免除規定なし)
	400床未満		平成28年4月以降、義務化(免除規定なし)
診療所 (歯科診療所含む)		義務化 (免除規定なし)	平成28年4月以降、当面の間、免除規定は有り
薬局		義務化 (免除規定なし)	平成26年4月以降、義務化 (免除規定なし)

電子レセプト請求が義務付けられている病院、診療所及び薬局は、原則として明細書を無償で発行することになっていますが、自己負担のない患者は対象外となっています。

400床未満の病院・診療所は経過措置あり、400床未満の病院は平成28年4月から完全義務化となります。

公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者（全額公費負担の患者を除く）についても、患者に対する情報提供の観点から、電子レセプト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、「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」を改正し、患者から求めがあった場合の無料発行が原則義務となります。

ただし、自己負担がない患者に対応した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ーを使用している、又は自動入金機の改修が必要な医療機関及び薬局に対しては、2年間（診療所については、当面の間）の猶予措置を設けられています。

《参考文献》

1. 中央社会保険医療協議会総会資料－1（平成28年2月10日）
2. 厚生労働省告示第52号「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成28年3月4日）
3. 厚生労働省告示第53号「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件」（平成28年3月4日）
4. 厚生労働省告示第54号「特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件」（平成28年3月4日）
5. 「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」
保医発0304第1号（平成28年3月4日）
6. 「特掲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」
保医発0304第2号（平成28年3月4日）
7. 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」
保医発0304第3号（平成28年3月4日）
8. 厚生労働省「平成28年度診療報酬改定説明会」資料（平成28年3月4日）

参考URL（厚生労働省）「平成28年度診療報酬改定について」

(<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000106421.html>)

以上