

緩和ケアの普及と充実

骨子【Ⅲ－１－（４）（６）（９）（１０）】

第１ 基本的な考え方

がん患者及びその家族が、できる限り質の高い療養生活を送ることができるようにするために重要となる緩和ケアについて、必要な評価を行う。

第２ 具体的な内容

- がん性疼痛の緩和を目的に医療用麻薬を投与しているがん患者に対して、WHO方式のがん性疼痛治療法に従って、計画的な治療管理と療養上必要な指導を継続的に行い、麻薬を処方することに対する評価を新設する。

新 がん性疼痛緩和指導管理料 100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、WHO方式のがん性疼痛の治療法（がんの痛みからの解放－WHO方式がんの疼痛治療法－第2版）に基づき、副作用対策や疼痛時の対応を含めた計画的な治療管理や当該薬剤の効果等に関する説明を含めた療養上必要な指導を行い、麻薬を処方する場合に算定する

- 緩和ケア診療加算について、緩和ケアの質の向上を図るため、専任の薬剤師の配置を要件に追加し、加算を引き上げる一方、がん患者の地域での療養生活の質の向上を図るため、入院医療に専従とされている医師が外来診療に当たることができるよう、その勤務形態の要件を緩和する。

〔算定要件〕

緩和ケアを要する患者に対して、必要な診療を行った場合に加算する

〔施設基準〕

現 行	改正案
<p>【緩和ケア診療加算】（1日につき） 250点</p> <p>(1) 以下の3名から構成される緩和ケアに係る専従のチームが設置されていること ア 身体症状の緩和を担当する常勤医師</p>	<p>【緩和ケア診療加算】（1日につき） 300点</p> <p>(1) 以下の4名から構成される緩和ケアに係る専従のチームが設置されていること ア 身体症状の緩和を担当する常勤医師</p>

改

<p>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</p> <p>(2) (1)にかかわらず、(1)のア又はイに掲げる医師のうちいずれか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</p>	<p>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</p> <p>(2) (1)にかかわらず、(1)のア又はイに掲げる医師のうちいずれか、<u>また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</u> <u>また、(1)に掲げる緩和ケアチームに係る業務に関し専従である医師であっても、専門的な緩和ケアに関する外来診療を行うことを目的に、連携している他の保険医療機関からの専門的な緩和ケアを要する紹介患者を外来で診療を行うことについては、差し支えないものとする（ただし、就労時間の半分を超えないこと。）</u></p>
--	---

3 緩和ケア病棟入院料について、緩和ケア病棟が終末期のケアに加え、一般病棟や在宅では対応困難な症状緩和、在宅療養の支援等の機能をバランス良く備えたものとするため、位置付けにおいて明確化するとともに、地域の在宅医療を担う医療機関との連携や、24時間連絡を受ける体制等の要件を新たに追加する。

現 行	改正案
<p>【緩和ケア病棟入院料】（1日につき）</p> <p>(1) 緩和ケア病棟は、主として末期の悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群の患者を入院させ、緩和ケアを行う病棟であり、当該病棟に入院した緩和ケアを要する末期の悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者について算定する</p> <p>(2) 緩和ケア病棟における末期悪性腫瘍患者のケアに関しては、「がん末期医療に関するケアのマニュアル」（厚生省・日本医師会編）を参考とする</p>	<p>【緩和ケア病棟入院料】（1日につき）</p> <p>(1) 緩和ケア病棟は、<u>主として苦痛の緩和を必要とする悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者を入院させ、緩和ケアを行うとともに、外来や在宅への円滑な移行を支援する病棟であり、当該病棟に入院した緩和ケアを要する悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者について算定する</u></p> <p>(2) 緩和ケア病棟における悪性腫瘍患者のケアに関しては、「<u>がん緩和ケアに関するマニュアル</u>」（厚生労働省・日本医師会監修）を参考とする</p> <p>(3) 緩和ケア病棟入院料を算定する保険医療機関は、<u>地域の在宅医療を担う医療機関と</u></p>

改

	<p><u>連携を行うこと。連携している診療所が在宅において診療を行っている患者の緊急時においては、その患者を受け入れることができる体制を確保すること</u></p> <p>(4) <u>緩和ケア病棟入院料を算定する保険医療機関は、連携している診療所の患者に関し、緊急の相談等に対応できるよう、24時間連絡を受ける体制を整えること</u></p> <p>(5) <u>緩和ケア病棟においては、連携する医療機関の医師、看護師等に対する病棟での実習を伴う専門的な緩和ケアの研修を行っていること</u></p>
--	--

4 介護老人保健施設や療養病床において、がん患者の疼痛緩和のために医療用麻薬を保険医療機関の医師が処方した場合に算定できることとし、対象を拡大する。

併せて、保険医療機関の医師の処方せんに基づき保険薬局で交付することができる注射薬及び特定保険医療材料を追加する。

薬剤例：クエン酸フェンタニル製剤、H₂遮断剤 等

5 在宅及び外来患者の緩和ケアを推進するため、以下の薬剤師の取組を進める。

(1) 在宅患者の場合

在宅患者訪問薬剤管理指導料の麻薬管理指導加算の算定要件として、薬剤師が、患者又はその家族等に対する定期的な残薬の確認及び廃棄方法に関する指導を行うことを追加する。

(2) 外来患者の場合

現行の調剤報酬における薬剤服用歴管理料の麻薬管理指導加算について、麻薬の服用及び保管の状況、副作用の有無等の確認を算定要件とするとともに、その評価を引き上げる。

現 行	改 正 案
<p>【薬剤服用歴管理料】</p> <p>麻薬管理指導加算 8 点</p>	<p>【薬剤服用歴管理指導料】</p> <p>麻薬管理指導加算 22 点</p>

改

<p>注 麻薬の服用に関し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合</p>	<p>注 麻薬の服用に関し、<u>その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合</u></p>
--------------------------------------	---

がん診療連携拠点病院加算の評価

骨子【Ⅲ－１－(7)】

第1 基本的な考え方

がん診療連携拠点病院は、専門的ながん医療を提供するだけでなく、地域におけるがん医療の連携の拠点として地域連携体制を構築するとともに、地域医療従事者への研修等を通じて、地域のがん医療の向上を図っていくことが期待されている。

がん対策推進基本計画に伴う、がん診療連携拠点病院の機能強化を踏まえ、診療報酬上更なる評価を行う。

第2 具体的な内容

がん治療におけるがん診療連携拠点病院が果たす役割や今後の機能強化にかんがみ、がん診療連携拠点病院加算を引き上げる。

現 行	改正案
【がん診療連携拠点病院加算】（入院初日） 200点	【がん診療連携拠点病院加算】（入院初日） 400点

改

[算定要件]

他の保険医療機関等からの紹介による悪性腫瘍の患者に対して入院医療を提供した場合について、入院初日に限り加算する

[施設基準]

がん診療連携拠点病院の指定を受けていること

リンパ浮腫に関する指導の評価

骨子【Ⅲ－１－(8)】

第1 基本的な考え方

リンパ節郭清の範囲が大きい乳がん、子宮がん、卵巣がん、前立腺がんの手術後にしばしば発症する四肢のリンパ浮腫について、その発症防止のための指導について評価を行う。

第2 具体的な内容

リンパ浮腫の治療・指導の経験を有する医師又は医師の指示に基づき看護師、理学療法士が、子宮悪性腫瘍、子宮附属器悪性腫瘍、前立腺悪性腫瘍又は腋窩部郭清（腋窩リンパ節郭清術）を伴う乳腺悪性腫瘍に対する手術を行った患者に対し、手術前後にリンパ浮腫に対する適切な指導を個別に実施した場合の管理料を新設する。

新 リンパ浮腫指導管理料 100点（入院中1回）

[算定要件]

保険医療機関に入院中の患者であって、子宮悪性腫瘍、子宮附属器悪性腫瘍、前立腺悪性腫瘍又は腋窩部郭清を伴う乳腺悪性腫瘍に対する手術を行ったものに対して、医師又は医師の指示に基づき看護師等（准看護師を除く。）が当該手術を行った日の属する月又は当該手術を行った日の属する月の前月若しくはその翌月のいずれかにリンパ浮腫の重症化等を抑制するための指導を実施した場合に、入院中1回に限り算定する

[参考]

四肢リンパ浮腫の重篤化予防を目的とした弾性着衣（ストッキング等）の購入費用については、医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、保険導入（療養費払い）の対象とする

地域連携診療計画の評価の拡大と見直し

骨子【Ⅲ－２－(1)】

第1 基本的な考え方

地域連携診療計画（地域連携クリティカルパス）に関する検証結果及び医療計画の見直しを踏まえ、対象疾患の拡大及び算定要件等の見直しを行う。

第2 具体的な内容

- 1 疾患の特性及び医療機関間の連携の重要性にかんがみ、脳卒中を対象疾患に追加するとともに、脳卒中に係る評価は医療計画に記載されている病院・有床診療所について行うこととする。
- 2 地域連携診療計画には、退院基準、転院基準及び退院時日常生活機能評価を明記する。
- 3 対象疾患や連携医療機関数の増加数を踏まえて、地域連携診療計画に係る評価を引き下げる。

現 行		改正案	
【地域連携診療計画管理料】	1, 500点	【地域連携診療計画管理料】	<u>900点</u>
【地域連携診療計画退院時指導料】	1, 500点	【地域連携診療計画退院時指導料】	<u>600点</u>
対象疾患	大腿骨頸部骨折	対象疾患	大腿骨頸部骨折 脳卒中

改

[施設基準の見直し]

- 1 脳卒中を対象疾患とする場合にあっては、医療法第30条の4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病院又は有床診療所であること
- 2 地域連携診療計画に、退院基準、転院基準及び退院時日常生活機能評価を明記すること

超急性期脳卒中加算の創設

骨子【Ⅲ－２－(2)】

第1 基本的な考え方

脳梗塞については、発症後3時間以内に組織プラスミノゲン活性化因子（t-PA（アルテプラゼ））を投与することにより、後遺症の発生率を下げる事が報告されている。しかしながら、発症後3時間以内の投与のためには、病院到着後、迅速な診察、検査、画像診断等を経て確定診断を行う等の高い病院機能が要求される。

このため、超急性期脳卒中治療に係る体制について評価を行う。

第2 具体的な内容

t-PA（アルテプラゼ）を下記の要件のもとで投与した場合の評価を新設する。

新 超急性期脳卒中加算 12,000点

[算定要件]

- 1 超急性期脳卒中加算は脳卒中発症後3時間以内に組織プラスミノゲン活性化因子（t-PA（アルテプラゼ））を投与した場合に入院初日に限り所定点数に加算する
- 2 投与に当たっては、「rt-PA（アルテプラゼ）静注療法指針部会」作成の「rt-PA（アルテプラゼ）静注療法適正治療指針」を踏まえ適切に行われるよう十分留意すること
- 3 投与を行う医師は「脳梗塞rt-PA適正使用講習会」を受講していること

[施設基準]

- 1 当該医療機関において、専ら脳卒中の診断及び治療を担当する常勤の医師（専ら脳卒中の診断及び治療を担当した経験を10年以上有するものに限る。）が1名以上配置されており、「脳梗塞rt-PA適正使用講習会」を受講していること
- 2 薬剤師が常時配置されていること
- 3 診療放射線技師及び臨床検査技師が常時配置されていること
- 4 脳外科的処置が迅速に行える体制が整備されていること
- 5 脳卒中治療を行うにふさわしい専用の治療室を有していること。ただし、ICUやSCUと兼用であっても構わないものとする
- 6 次に掲げる装置及び器具を当該治療室内に常時備えていること。ただし、これらの装置及び器具が他の治療室と共有しても緊急の事態に十分対応できる場合においては、

この限りではない

ア 救急蘇生装置（気管内挿管セット、人工呼吸装置等）

イ 除細動器

ウ 心電計

エ 呼吸循環監視装置

7 コンピューター断層撮影、磁気共鳴コンピューター断層撮影及び脳血管造影等の必要な画像撮影及び診断が常時行える体制であること

自殺対策における精神医療の評価

骨子【Ⅲ－3－(1)(2)】

第1 基本的な考え方

平成10年に年間自殺者が3万人を超え、その後も自殺者数が高水準で推移していることを受け平成19年6月に自殺対策基本法が制定され、同法に基づき、政府が推進すべき自殺対策の指針である「自殺総合対策大綱」が決定された。

医療については、この中でうつ病の早期発見・早期治療が重要であることや、救急医療施設における精神科医による診療体制の充実を図ることが必要であるとされており、これらに必要な評価を行う。

第2 具体的な内容

1 早期の精神科受診の促進

うつ病等の精神障害の患者に対して早期の精神科受診を促すため、身体症状を訴えて内科等を受診した患者について、うつ病等の精神障害を疑い、担当医が診断治療等の必要性を認め、患者に十分な説明を行い、同意を得て、精神科医師に受診日の予約をとった上で患者の紹介を行った場合の診療情報提供料（I）の加算を創設する。

新 精神科医連携加算 200点（1回につき）

2 救命救急センターにおける精神医療の評価

救命救急センターに搬送された自殺企図等による重篤な患者であって、精神疾患を有する患者又はその家族等からの情報等に基づいて、精神保健指定医が、当該患者の診断・治療等を行った場合の加算を創設する。

新 救命救急入院料の加算 3,000点（1回につき）

子どもの心の診療に関する評価の充実

骨子【Ⅲ－3－(3)(4)(5)】

第1 基本的な考え方

子どもの心の診療においては、外来、入院ともに専門的な医療を提供できる医療機関や医師が十分でなく、その拡充が求められていることから、診療報酬上必要な評価を行う。外来医療については、十分な期間に渡り、手厚い診療体制を整備するため、該当項目の算定要件を見直すとともに、入院医療についても、子どもの心の診療について評価を引き上げる。

第2 具体的な内容

1 子どもの心の診療の特性に応じた外来の評価の充実

小児特定疾患カウンセリング料の算定期間及び算定回数の要件を緩和する。また、入院中以外の20歳未満の患者に対して行う精神療法について、在宅にも拡大するとともに、当該療法を行った場合の加算について、算定期間の要件を緩和する。

現 行	改正案				
<p>【小児特定疾患カウンセリング料】 療養上必要なカウンセリングを同一月内に1回以上行った場合に、1年を限度として月1回に限り算定する</p> <p style="text-align: right;">710点</p>	<p>【小児特定疾患カウンセリング料】 療養上必要なカウンセリングを同一月内に1回以上行った場合に、<u>2年</u>を限度として月<u>2回</u>に限り算定する</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: left;">イ 月の1回目</td> <td style="text-align: right;">500点</td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">ロ 月の2回目</td> <td style="text-align: right;">400点</td> </tr> </table>	イ 月の1回目	500点	ロ 月の2回目	400点
イ 月の1回目	500点				
ロ 月の2回目	400点				
<p>【通院精神療法】 20歳未満の患者に対して通院精神療法を行った場合（初診の日から起算して6月以内の期間に行った場合に限る。）は、所定点数に200点を加算する</p>	<p>【通院・在宅精神療法】 20歳未満の患者に対して通院精神療法を行った場合（初診の日から起算して<u>1年以内</u>の期間に行った場合に限る。）は、所定点数に200点を加算する</p>				

改

2 入院の評価の充実

児童・思春期精神科入院医学管理加算の評価を引き上げるとともに、治療

室単位での算定も可能となるよう、算定要件を緩和する。

現 行	改正案
【児童・思春期精神科入院医学管理加算】 (1日につき) 350点	【児童・思春期精神科入院医学管理加算】 (1日につき) <u>650点</u>

改

[算定要件]

治療室単位の場合は次の要件を満たすものであること

児童・思春期治療室

- 1 当該治療室の病床数は30床以下である
- 2 当該治療室の入院患者数の概ね8割以上が20歳未満の精神疾患を有する患者であること
- 3 その他の当該治療室の施設基準については、現行の病棟の施設基準に準ずる等

医療機器等の安全確保に係る評価

骨子【Ⅲ－４－(1)】

第1 基本的な考え方

平成18年6月の医療法改正等を踏まえ、医療機関における医療機器の安全確保や適正使用を一層推進するため、特に安全管理の必要性が高い生命の維持に直接関与する医療機器の専門知識を有する臨床工学技士の配置について評価する。

第2 具体的な内容

医療機器の安全対策に係る評価を新設する。

新 医療機器安全管理料1 50点（1月に1回）

[算定要件]

医師の指示の下に、生命維持管理装置の操作及び保守点検を行う常勤の臨床工学技士を1名以上配置し、医療安全対策の体制を整備している医療機関において、患者に対して、生命維持管理装置を用いて治療を行った場合に算定する。

（対象となる医療機器）

- ア 人工心肺装置
- イ 補助循環装置
- ウ 人工呼吸器
- エ 血液浄化装置（人工腎臓を除く）
- オ 除細動装置
- カ 閉鎖式保育器

※ 放射線治療機器の保守管理、精度管理及び照射計画策定の体制の評価を目的とした医療機器安全管理料2の創設については、「Ⅲ－１－① 放射線治療の質等の充実について」を参照のこと。

ハイリスク薬等に関する薬学的管理の評価等

骨子【Ⅲ－４－(3)】

第1 基本的な考え方

- 1 入院患者に対する薬剤師の薬学的管理及び指導について、ハイリスク薬（投与量の加減により重篤な副作用が発現しやすいものなど、特に安全管理が必要な医薬品）を使用する患者及び救命救急入院料等の算定対象となる重篤な患者に対して実施した場合を重点的に評価することとし、それ以外の場合の評価を引き下げる。
- 2 併せて、病院と同等の施設基準を満たす有床診療所においても、算定できることとする。

第2 具体的な内容

薬剤管理指導料について、対象患者の違いにより、3つの区分に分類して設定し、重篤な患者及びハイリスク薬を使用する患者に対する評価を引き上げ、それ以外の患者に対する評価を引き下げるとともに、現行の薬剤管理指導料の施設基準を満たす有床診療所においても、薬剤管理指導料を算定できることとする。

現 行	改正案
<p>【薬剤管理指導料】 350点</p> <p>・ 施設基準に適合する病院である保険医療機関に入院している患者に対して投薬又は注射及び薬学的管理指導を行った場合に、患者1人につき週1回に限り、月4回を限度として算定する</p>	<p>【薬剤管理指導料】</p> <p>1 救命救急入院料等を算定している患者に対して行う場合 430点</p> <p>2 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者に対して行う場合 (1に該当する場合を除く。) 380点</p> <p>3 1及び2以外の患者に対して行う場合 325点</p> <p>・ 施設基準に適合する保険医療機関に入院している患者に対して投薬又は注射及び薬学的管理指導を行った場合に、当該患者に係る区分に従い、患者1人につき週1回に限り、月4回を限度として算定する</p>

改

	<p><u>＜救命救急入院料等を算定している患者＞</u> <u>救命救急入院料、特定集中治療室管理料、</u> <u>ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケ</u> <u>アユニット入院医療管理料、新生児特定集</u> <u>治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管</u> <u>理料又は広範囲熱傷特定集中治療室管理料の</u> <u>いずれかを算定している患者</u></p> <p><u>＜特に安全管理が必要な医薬品＞</u> <u>抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤、不整脈用剤、</u> <u>抗てんかん剤、血液凝固阻止剤、ジギタリス</u> <u>製剤、テオフィリン製剤、カリウム製剤（注</u> <u>射薬に限る。）、精神神経用剤、糖尿病用剤、</u> <u>膵臓ホルモン剤及び抗H I V薬</u></p>
--	---

[施設基準]

- 1 薬剤管理指導を行うにつき必要な薬剤師（2人以上の常勤の薬剤師）が配置されていること
- 2 薬剤管理指導を行うにつき必要な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（常勤の薬剤師が1人以上配置されていること）
- 3 入院中の患者に対し、患者ごとに適切な薬学的管理（副作用に関する状況の把握を含む。）を行い、薬剤師による服薬指導を行っていること

画像診断等の評価の見直し

骨子【Ⅲ－４－（６）】

第１ 基本的な考え方

- 1 臨床診断の基礎となる画像診断報告の質を確保する体制について見直す。
- 2 画像のデジタル化に係る技術に代えて、次の段階として画像を電子化して管理及び保存する技術を評価する。

第２ 具体的な内容

1 画像診断管理加算の引上げ

現 行	改 正 案
画像診断管理加算 1 58点	画像診断管理加算 1 <u>70点</u>
画像診断管理加算 2 87点	画像診断管理加算 2 <u>180点</u>
<p>画像診断管理加算の施設基準</p> <p>(1) 画像診断管理加算 1 の施設基準</p> <p>イ 放射線科を標榜している保険医療機関であること</p> <p>ロ 画像診断を専ら担当する常勤の医師が配置されていること</p> <p>ハ 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</p> <p>(2) 画像診断管理加算 2 の施設基準</p> <p>イ 当該保険医療機関で行われるすべての核医学診断及びコンピューター断層診断について、原則として、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師により行われていること</p> <p>ロ (1)の基準を満たしている病院であること</p>	<p>画像診断管理加算の施設基準</p> <p>(1) 画像診断管理加算 1 の施設基準</p> <p>イ 放射線科を標榜している保険医療機関であること</p> <p>ロ 画像診断を専ら担当する常勤の医師が配置されていること</p> <p>ハ 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</p> <p>(2) 画像診断管理加算 2 の施設基準</p> <p>イ <u>放射線科を標榜している病院であること</u></p> <p>ロ <u>画像診断を専ら担当する常勤の医師が配置されていること</u></p> <p>ハ 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及びコンピューター断層診断について、<u>ロに規定する医師の指示の下に画像情報等の管理を行っていること</u></p> <p>ニ <u>当該保険医療機関における核医学診断及びコンピューター断層診断のうち、少なくとも八割以上のものの読影結果が、ロに規定する医師により遅くとも撮影日の翌診療</u></p>

改

	<u>日までに主治医に文書で報告されていること</u> <u>ホ 画像診断報告書には参照画像を添付すること</u>
--	--

2 デジタル映像化処理加算の廃止

現 行	改正案
【デジタル映像化処理加算】 イ 単純撮影の場合 60点 ロ 特殊撮影の場合 64点 ハ 造影剤使用撮影の場合 72点 ニ 乳房撮影の場合 60点	廃止 平成21年度末までの経過措置 【デジタル映像化処理加算】 <u>15点</u> 電子画像管理加算との併算定不可

改

3 コンピューター画像処理加算の見直し（対象拡大及び点数の引上げ、名称変更）

現 行	改正案
【核医学診断料及びコンピューター断層撮影診断料】 コンピューター画像処理加算 60点	【核医学診断料及びコンピューター断層撮影診断料】 （名称変更及び点数の引上げ） 電子画像管理加算 <u>120点</u>
	【エックス線診断料】 電子画像管理加算 イ 単純撮影の場合 <u>60点</u> ロ 特殊撮影の場合 <u>64点</u> ハ 造影剤使用撮影の場合 <u>72点</u> ニ 乳房撮影の場合 <u>60点</u>

改

新

先進医療技術の保険導入

骨子【Ⅲ－４－(6)】

第1 基本的な考え方

医療技術の高度化等に対応する観点から、先進医療専門家会議における検討結果を踏まえ、先進医療技術について保険導入を行うものである。特に今回は先進医療の制度を開始してから初めての保険導入であり、それまでの高度先進医療として長期間に渡って実施されてきた医療技術について重点的に評価し、保険導入されている点が特徴といえる。

第2 具体的な内容

先進医療技術は、現時点（平成20年1月1日現在）において125技術あるが、今回の評価対象となった98技術のうち、24技術（別紙）について保険導入を行うものである。（ただし、保険導入に当たり、適応症や実施する施設等について適切な条件を付されるものもある。）

（例）

- (1) 患者の負担が軽減されるもの（治療時の身体的負担など）
 - ・ 内視鏡下小切開泌尿器腫瘍手術
 - ・ 抗がん剤感受性試験
 - ・ 眼底三次元画像解析
- (2) より高い治療効果が見込まれるもの
 - ・ 強度変調放射線治療（IMRT）
 - ・ 生体部分肺移植術
 - ・ 超音波骨折治療法
 - ・ DNA診断（栄養障害型表皮水疱症、脊髄性筋萎縮症など）
- (3) より正確な手術の支援が見込まれるもの
 - ・ 自動吻合器を用いた直腸粘膜脱又は内痔核手術（PPH）
 - ・ 画像支援ナビゲーション
 - ・ 実物大臓器立体モデルによる手術計画
 - ・ 焦点式高エネルギー超音波療法

(別紙)

- ・ 自動吻合器を用いた直腸粘膜脱又は内痔核手術（PPH）
- ・ 強度変調放射線治療
- ・ 内視鏡下小切開泌尿器腫瘍手術
- ・ 画像支援ナビゲーションによる内視鏡下鼻内副鼻腔手術
- ・ 顔面骨又は頭蓋骨の観血的移動術
- ・ 培養細胞による先天性代謝異常診断
- ・ 実物大臓器立体モデルによる手術計画
- ・ 歯周組織再生誘導法
- ・ 接着ブリッジによる欠損補綴並びに動揺歯固定
- ・ 焦点式高エネルギー超音波療法
- ・ レーザー応用による齲蝕除去・スケーリングの無痛療法
- ・ 栄養障害型表皮水疱症のDNA診断
- ・ 家族性アミロイドーシスのDNA診断
- ・ 不整脈疾患における遺伝子診断
- ・ 画像支援ナビゲーション手術
- ・ 生体部分肺移植術
- ・ 脊髄性筋萎縮症のDNA診断
- ・ 抗がん剤感受性試験：注
- ・ 中枢神経白質形成異常症の遺伝子診断
- ・ グルタミン受容体自己抗体による自己免疫性神経疾患の診断
- ・ 超音波骨折治療法
- ・ 眼底三次元画像解析

注：「抗がん剤感受性試験」については、3技術を1技術にまとめて保険導入するもの。

新規医療技術の保険導入

骨子【Ⅲ－４－(7)】

第1 基本的な考え方

医療技術の進歩・高度化等に対応する観点から、中医協・診療報酬調査専門組織の医療技術評価分科会において、優先的に保険導入すべき新規医療技術の検討が行われたもの。

第2 具体的な内容

学会からの要望のあった681技術のうち、42の新規技術について保険適用する優先度が高いと評価された。

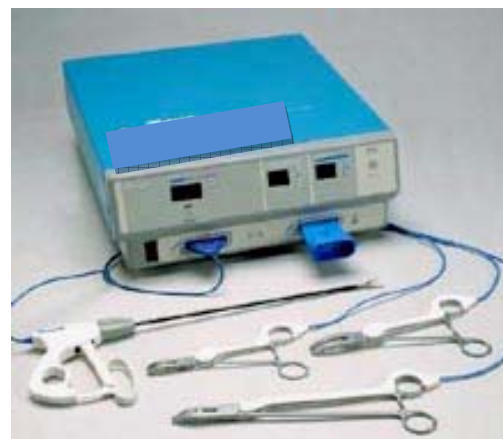
(例)

- (1) 医療機器決定区分C2（新機能、新技術）に係る技術（頸動脈ステント等）
- (2) ベッセルシーリングシステム
- (3) 生体臓器移植ドナーの安全管理料
- (4) 神経学的診察技術料
- (5) 穿刺に係る技術の評価（経皮経管的肝膿瘍ドレナージ等）
- (6) 四肢リンパ浮腫に対する弾性着衣（ストッキング等） 等

【参考】

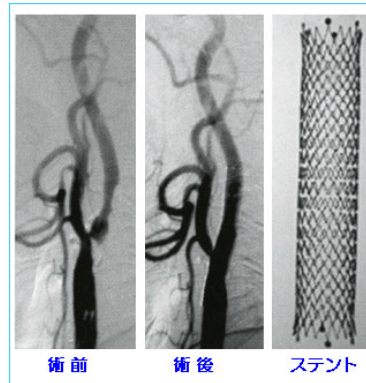
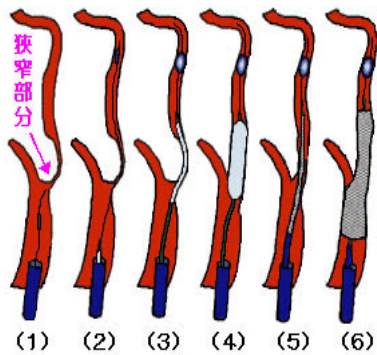
1 ベッセルシーリングシステム

手術を行う際には、必ず出血を止めるために、止血が必要となるが、内視鏡手術では安全な止血を行うため、コンピューターにより自動制御された内視鏡手術用の電気メスにより止血を行う。



2 頸動脈狭窄に対する血管拡張・ステント留置術

大腿動脈から挿入したカテーテルを用いて、頸動脈の狭窄部位をバルーンで拡張する。そして、拡張後に血管壁内の粥腫等が脳内に飛散するのを防ぐ措置を講じた上で、ステントを狭窄があった部位まで誘導し留置する手術である。



既存技術の診療報酬上の評価の見直し

骨子【Ⅲ－４－(7)】

第1 基本的な考え方

既存の医療技術の適正な技術評価を図る観点から、中医協・診療報酬調査専門組織の医療技術評価分科会において、既存医療技術の増点、減点、廃止、要件の見直しに関する再評価の検討が行われたもの。

第2 具体的な内容

学会からの要望のあった681技術のうち、62の既存技術について再評価（点数の増点等）を実施する優先度が高いと評価された。

（例）

- (1) 感染患者の手術における加算の引上げ（B型肝炎感染症患者若しくはC型肝炎感染症患者等の感染患者の手術における感染防止対策について、それ以外の患者以上の技術が必要となることによる再評価）
 - (2) 帝王切開術における麻酔管理の加算の創設（通常の硬膜外麻酔や脊椎麻酔に比べ、帝王切開時の麻酔は、血圧が下がりやすい等の合併症に対する術中麻酔管理に高度な技術が必要となることによる再評価）
 - (3) 穿刺技術に係る点数の引上げ（上顎洞穿刺等の再評価）
- 等

【Ⅲ－５（オンライン化・IT化の促進について）】

電子化加算の見直し

骨子【I－1】
【Ⅲ－6－(1)】

※ 電子化加算の見直しについては、「I－1－① 明細書の発行の義務化及び電子化加算の見直し」を参照のこと。

処置の見直しと医師の専門的技術の評価

骨子【IV-1-(1)】

第1 基本的な考え方

- 1 医師による診断と適切な指導があれば、必ずしも医師等の医療従事者による高度な技術を要せず、患者本人又は家人により行うことが可能な処置については、基本診療料に含めて評価を行う。
- 2 一方、各診療科特有の専門的医学管理や指導のうち、疾患の重症化や合併症に対し効果的なものについては、評価を行う。

第2 具体的な内容

(1) 処置の見直しについて

現 行	改正案
<p>【皮膚科軟膏処置】</p> <p>1 100平方センチメートル未満</p>	<p>【皮膚科軟膏処置】</p> <p>1 (削除)</p>
<p>【消炎鎮痛等処置】</p> <p>3 湿布処置 □ その他のもの</p>	<p>【消炎鎮痛等処置】</p> <p>3 湿布処置 □ (削除)</p>
<p>【熱傷処置】</p> <p>1 100平方センチメートル未満</p>	<p>【熱傷処置】</p> <p>1については、<u>第1度熱傷では算定しない</u></p>
<p>【眼処置】</p> <p>所定点数には、洗眼、点眼、片眼帯、巻軸帯を必要とする処置、蒸気罨法、熱気罨法、イオントフォーゼ及び麻薬加算を含む</p>	<p>【眼処置】</p> <p>所定点数には、片眼帯、巻軸帯を必要とする処置、蒸気罨法、熱気罨法、イオントフォーゼ及び麻薬加算を含む</p>
<p>【耳処置】</p> <p>点耳、耳浴、耳洗淨及び簡単な耳垢除去を含む</p>	<p>【耳処置】</p> <p>耳浴及び耳洗淨を含む</p>
<p>【鼻処置】</p> <p>鼻吸引、鼻洗淨、単純鼻出血及び鼻前庭の処置を含む</p>	<p>【鼻処置】</p> <p>鼻吸引、単純鼻出血及び鼻前庭の処置を含む</p>

改

(2) 皮膚科特定疾患指導管理料(Ⅱ)の対象疾患の追加

現 行	改正案
【皮膚科特定疾患指導管理料(Ⅱ)】 [対象疾患] 帯状疱疹、じんま疹、アトピー性皮膚炎(16歳以上の患者が罹患している場合に限る。)、尋常性白斑、円形脱毛症	【皮膚科特定疾患指導管理料(Ⅱ)】 [対象疾患] 帯状疱疹、じんま疹、アトピー性皮膚炎(16歳以上の患者が罹患している場合に限る。)、尋常性白斑、円形脱毛症、 <u>脂漏性皮膚炎</u>

改

新 耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料 150点

[算定要件]

- 1 耳鼻咽喉科を標榜する保険医療機関において、耳鼻咽喉科を担当する医師が、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中以外のものに対して、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回に限り算定する
- 2 初診料を算定する日に行った指導又は当該初診の日から1月以内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする
- 3 入院中の患者に対して指導を行った場合又は退院した患者に対して退院の日から1月以内に指導を行った場合における当該指導の費用は、入院基本料に含まれるものとする

[対象疾患]

15歳未満の滲出性中耳炎(疾患の反復や遷延がみられるものに限る。)

虫垂切除術に係る病状に応じた技術の評価

骨子【IV-1-(2)】

第1 基本的な考え方

急性虫垂炎に対して標準的に行われている虫垂切除術や腹腔鏡下虫垂切除術は、炎症の程度（重症度）により手術の難易度は様々であるが、現行の診療報酬では炎症の程度や難易度による技術の評価はされておらず、臨床との乖離が見られるとの指摘がある。

このため、重症度を表す虫垂周囲膿瘍を指標として、虫垂切除術及び腹腔鏡下虫垂切除術の評価について見直す。

第2 具体的な内容

虫垂周囲膿瘍の有無により分類し、腹腔鏡下虫垂切除術を再評価する。

現 行	改正案	
【虫垂切除術】 6, 210点	【虫垂切除術】	新
	1 虫垂周囲膿瘍を伴わないもの 6, 210点	
	2 虫垂周囲膿瘍を伴うもの 8, 880点	
【腹腔鏡下虫垂切除術】 18, 000点	【腹腔鏡下虫垂切除術】	新
	1 虫垂周囲膿瘍を伴わないもの 8, 210点	
	2 虫垂周囲膿瘍を伴うもの 10, 880点	

超音波検査におけるパルスドプラ法の評価の廃止

骨子【IV-1-(3)】

第1 基本的な考え方

心臓や腹部などに行われている超音波検査は、侵襲（身体への負担）の少なさや簡便さから多くの医療機関で普及し、現在では種々の診断や治療に欠くことのできない医療機器の1つとなっている。

また、超音波機器の特殊機能の一つであるパルスドプラ機能は、機器の進歩により、現在では標準搭載されている機能である。特に心臓超音波では、他の領域に比べて実施率が高く、基本的な機能と考えられるため、特別な評価を廃止し、検査料の基本部分に含めて評価を行う。

第2 具体的な内容

心臓超音波検査について、基本検査料を見直した上で（増点）、UCGにおける「パルスドプラ法加算」を廃止する。

現 行	改正案
【超音波検査】	【超音波検査】
3 UCG	3 UCG
イ 断層撮影法及びMモード法による検査 780点	イ 断層撮影法及びMモード法による検査 <u>880点</u>
ロ Mモード法のみによる検査 400点	ロ Mモード法のみによる検査 <u>500点</u>
ハ 経食道的超音波法 800点	ハ 経食道的超音波法 <u>1,500点</u>
注1 パルスドプラ法 加算 200点	注1 パルスドプラ法 加算 <u>廃止</u>

改

後発医薬品の使用促進等

骨子【IV-2-(1)(2)(3)(4)(5)(6)】

第1 基本的な考え方

これまで、後発医薬品の使用促進のため、処方せんに「後発医薬品への変更可」のチェック欄を設け、処方医が、処方せんに記載した先発医薬品を後発医薬品に変更して差し支えない旨の意思表示を行いやすくするなどの対応を行ってきたが、後発医薬品に変更された処方せんの割合はまだ低いため、後発医薬品の更なる使用促進のために、「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。

第2 具体的な内容

1 処方せん様式の変更

処方せんの様式を変更し、処方医が、後発医薬品に変更することに差し支えがあると判断した場合に、その意思表示として、所定のチェック欄に、署名又は記名・押印することとする。（別紙）

※ 処方医が、処方せんに記載した先発医薬品の一部についてのみ後発医薬品への変更
に差し支えがあると判断した場合には、「後発医薬品への変更不可」欄に署名又は記
名・押印を行わず、当該先発医薬品の銘柄名の近傍に「変更不可」と記載するなど、
患者及び処方せんに基づき調剤を行う薬局の薬剤師いずれもが、明確に変更不可で
あることが分かるように、記載することとする

※ 薬局においては、「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名又は記名・押印が
ない処方せんを受け付けた場合は、患者の選択に基づき、先発医薬品（処方医が変更
不可とした先発医薬品を除く。）を、後発医薬品に変更することができることとする

2 後発医薬品の薬局での銘柄変更調剤

(1) 処方医が、処方せんに記載した後発医薬品の一部について他の銘柄の後
発医薬品への変更
に差し支えがあると判断した場合には、「後発医薬品へ
の変更不可」欄に署名等を行わず、当該後発医薬品の銘柄名の近傍に「変
更不可」と記載するなど、患者及び薬局の薬剤師にも明確に変更不可で
あることが分かるように、記載することとする。

(2) 後発医薬品の銘柄を指定した処方が多いことによる薬局の負担軽減を図

るため、「変更不可」欄に署名等がない処方せんに記載された後発医薬品（処方医が変更不可とした後発医薬品を除く。）については、それを受け付けた薬局の薬剤師が、患者に対して説明し、その同意を得ることを前提に、処方医に改めて確認することなく、別銘柄の後発医薬品を調剤できることとする。

3 薬局の調剤基本料の見直しと後発医薬品の調剤率を踏まえた評価

薬局における後発医薬品の調剤を促進する観点から、後発医薬品の調剤に要するコストの負担に鑑み、薬局の調剤基本料を引き下げた上で、後発医薬品の調剤率が30%以上の場合の加算を創設することとする。

(1) 調剤基本料

現 行	改正案
<p>【調剤基本料】（処方せんの受付1回につき） 42点</p> <p>処方せんの受付回数が1月に4,000回を超える保険薬局（特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が70%を超えるものに限る。）においては、所定点数にかかわらず処方せん受付1回につき19点を算定する。</p>	<p>【調剤基本料】（処方せんの受付1回につき） <u>40点</u></p> <p>処方せんの受付回数が1月に4,000回を超える保険薬局（特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が70%を超えるものに限る。）においては、所定点数にかかわらず処方せん受付1回につき<u>18点</u>を算定する。</p>

改

新 (2) 後発医薬品調剤体制加算 4点

[施設基準]

- 1 直近3か月間の当該保険薬局における処方せんの受付回数のうち、後発医薬品を調剤した処方せんの受付回数の割合が30%以上であること
- 2 後発医薬品調剤に積極的に対応している薬局である旨を、分かりやすい場所に掲示していること

4 後発医薬品を含む処方に係る処方せん料の見直し

処方せん様式の変更に伴い、「変更不可」欄に署名等がない処方せんが数多く患者に交付されることが予想されることから、これまで後発医薬品の処方を促進するために行ってきた処方せん料の評価については廃止することとする。

現 行	改正案
【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 イ 後発医薬品を含む場合 42点 ロ イ以外の場合 40点 2 1以外の場合 イ 後発医薬品を含む場合 70点 ロ イ以外の場合 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 <u>40点</u> 2 1以外の場合 <u>68点</u>

改

5 薬局における後発医薬品の分割調剤の実施

後発医薬品に対する患者の不安を和らげるため、薬局において、「変更不可」欄に署名等がない処方せんに基づき初めて先発医薬品から後発医薬品に変更して調剤する際に、患者の同意を得て、短期間、後発医薬品を試せるように調剤期間を分割して調剤することを、新たに、分割調剤を行うことができる場合に追加することとする。

- ※ 分割調剤を行った場合には、薬局から処方せんを発行した保険医療機関に、その旨を連絡するものとする。
- ※ 2回目の調剤を行う際には、先発医薬品から後発医薬品への変更による患者の体調の変化、副作用が疑われる症状の有無等を確認するとともに、患者の意向を踏まえ、後発医薬品の調剤又は変更前の先発医薬品の調剤を行う。当該調剤においては、薬学管理料（薬剤服用歴管理指導料、薬剤情報提供料及び後期高齢者薬剤服用歴管理指導料を除く。）を算定しない。

新 後発医薬品分割調剤 5点

6 先発医薬品から後発医薬品への変更調剤等に関する薬局から医療機関への情報提供

薬局において、「変更不可」欄に署名等がない処方せんに基づき、先発医薬品から後発医薬品への変更調剤及び後発医薬品の銘柄変更調剤を行った場合には、後発医薬品調剤加算を算定するに当たって、原則として、調剤した薬剤の銘柄等について、当該処方せんを発行した保険医療機関に情報提供することとする。

7 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則等の改正

後発医薬品の使用を促進するため、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則、保険医療機関及び保険医療担当規則等において、以下のとおり規定する。

- (1) 保険薬局は、後発医薬品の備蓄に関する体制その他の後発医薬品の調剤に必要な体制の確保に努めなければならない。
- (2) 保険薬剤師は、処方せんに記載された医薬品に係る後発医薬品が薬価収載されている場合であって、処方せんを発行した保険医等が後発医薬品への変更を認めているときは、患者に対して、後発医薬品に関する説明を適切に行わなければならない。この場合において、保険薬剤師は、後発医薬品を調剤するよう努めなければならない。
- (3) 保険医は、投薬、処方せんの交付又は注射を行うに当たっては、後発医薬品の使用を考慮するよう努めなければならない。

新たな処方せんの様式 (案)

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				
	区 分	被保険者	被扶養者			保 険 医 氏 名					
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											
備 考	現行の「後発医薬品への変更可」から変更										
	後発医薬品 (ジェネリック医薬品) への変更が全て不可の場合、以下に署名又は記名・押印										
保険医署名											
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						公費負担医療の受給者番号					

コンタクトレンズ検査料の見直し

骨子【IV-5】

第1 基本的な考え方

コンタクトレンズ診療については、不適切な請求が頻発している状況等に鑑み、コンタクトレンズ検査料の施設基準等を見直し、適正化を図る。

第2 具体的な内容

1 コンタクトレンズ検査料1の施設基準を見直す。

[コンタクトレンズ検査料1の施設基準]

- 1 コンタクトレンズ処方に係る診療が全体の30%未満であること
- 2 眼科診療を専ら担当する常勤の医師（専ら眼科診療を担当した経験を10年以上有するものに限る。）が1名以上勤務する保険医療機関にあっては、コンタクトレンズ処方に係る診療が全体の40%未満であること

2 初回装用と既装用の取扱いについて、患者の申告に基づくものであり、医療機関において客観的に判定することが困難であることから、初回装用と既装用の違いを廃止する。

現 行		改 正 案	
【コンタクトレンズ検査料1】		【コンタクトレンズ検査料1】	
イ 初回装用者の場合	387点	(点数の一本化)	<u>200点</u>
ロ 既装用者の場合	112点		
【コンタクトレンズ検査料2】		【コンタクトレンズ検査料2】	
イ 初回装用者の場合	193点	(点数の一本化)	<u>56点</u>
ロ 既装用者の場合	56点		

改

3 コンタクトレンズ診療に係る費用について、患者の視点から分かりやすいものとする。

[施設基準]

- 1 コンタクトレンズ検査を含む診療に係る費用について、院内に掲示をしていること
- 2 患者に対し検査を含む診療に係る費用の情報の提供が、現に行われていること

[補足事項]

コンタクトレンズ検査料を算定した場合は、新設される初・再診料の夜間・早朝等加算を算定しないこととする

地域加算の対象地域の見直し

第1 基本的な考え方

- 1 地域加算は、医業経営における地域差に配慮する観点から設けられているものであり、別に厚生労働大臣の定める地域区分（6区分）に規定する地域に所在する保険医療機関に対し、入院基本料及び特定入院料に対する加算を行っている。
- 2 地域加算の対象地域は、平成18年度診療報酬改定において、国家公務員給与の地域手当に係る人事院規則が公布されたことを受けて、同様の地域を対象地域とするよう見直しを行ったところであるが、国家公務員給与の地域手当の対象地域は、国家公務員の勤務官署が所在する地域に限られており、地域加算の対象地域も必ずしも医療経営における地域差に配慮した地域となっていないことを踏まえて見直しを行う。

第2 具体的な内容

- 1 次の地域を新たに対象地域とする。
 - (1) 現行、地域加算の対象となっている地域に囲まれている地域
 - (2) 現行、地域加算の対象となっている複数の地域に隣接している地域
- 2 新たに対象とする地域の級地は、隣接する対象地域の級地のうち、低い級地と同様とする。

退院後の生活を見通した入院医療の評価

骨子【V-1-(1)(2)】

第1 基本的な考え方

- 1 後期高齢者に対し入院時から退院後の生活を念頭に置いた医療を行うことが必要なことから、病状の安定後早期に、患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行うことを診療報酬上評価する。
- 2 また、居宅での生活を希望する場合に、安心して居宅での生活を選択できるよう、入院時から退院後の生活を見越した退院支援計画を策定し退院調整を行う取組を評価する。

第2 具体的な内容

- 1 病状の安定が見込まれた後できるだけ早期に、基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な機能評価を行い、その結果を患者及び家族等に説明した場合を評価する。

新 (1) 後期高齢者総合評価加算 50点（入院中1回）

[算定要件]

- 1 病状の安定が見込まれた後できるだけ早期に、患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行った場合に入院中1回に限り所定点数に加算する
- 2 当該保険医療機関内で高齢者の総合的な機能評価のための職員研修を計画的に実施すること

[施設基準]

当該保険医療機関内に、後期高齢者の総合的な機能評価に係る研修を受けた医師又は歯科医師が一名以上配置されていること

- 2 総合的な機能評価の結果等を踏まえ、退院困難な要因があるとされたものに対して、その要因の解消等を含めた退院支援計画を策定し退院調整を行うことを評価する。

新 (2) 後期高齢者退院調整加算 100点（退院時1回）

[算定要件]

退院困難な要因を有する後期高齢者に対して、患者の同意を得て退院支援のための計画を策定し退院した場合について算定する

[施設基準]

- 1 病院では、入院患者の退院に係る調整・支援に関する部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上配置されていること
- 2 有床診療所では、退院調整に関する経験を有する専任の看護師、准看護師又は社会福祉士が1名以上配置されていること
- 3 退院支援に関して患者の同意のもと、以下を実施していること
 - (1) 入院早期に、退院に関する支援の必要性の評価を行っていること
 - (2) 支援の必要性が高い患者について、具体的な支援計画を作成すること
 - (3) 支援計画に基づいて患者又は家族に支援を行うこと

退院時における円滑な情報共有や支援の評価

骨子【V-1-(3)(5)(6)(7)(8)】

第1 基本的な考え方

入院中の患者の退院時における円滑な情報共有を進めるため、入院中の医療機関の医師と、地域での在宅療養を担う医師や医療関連職種が共同して指導を行った場合に評価を行う。

第2 具体的な内容

- 退院に際し情報共有を円滑に行うため、入院中の医療機関の医師、歯科医師、薬剤師、看護師等と、地域での在宅療養を担う医師等医療関連職種が、共同して指導を行った場合に評価する。また、他職種の医療従事者等が一堂に会し共同で指導を行った場合にさらなる評価を行う。

(1) 医師

現 行	改正案
<p>【地域連携退院時共同指導料1】</p> <p>地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医が、入院先に赴いて、退院後の居宅における療養上必要な説明及び指導を入院中の保険医療機関の保険医、看護師等又は連携する訪問看護ステーションの看護師等と共同して行った場合に算定する</p> <p>1 在宅療養支援診療所の場合 1,000点</p> <p>2 1以外の場合 600点</p> <p>【地域連携退院時共同指導料2】</p> <p>入院中の保険医療機関の保険医、看護師等が、退院後の居宅における療養上必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医と共同して行った場合に算定する</p>	<p>【退院時共同指導料1】</p> <p>地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は看護師等が、入院先に赴いて、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を入院中の保険医療機関の保険医、看護師等と共同して行った場合に算定する</p> <p>1 在宅療養支援診療所の場合 1,000点</p> <p>2 1以外の場合 600点</p> <p>【退院時共同指導料2】</p> <p>入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の<u>保険医又は看護師等</u>と共同して行った場合に算定する</p>

改

改

<p>1 在宅療養支援診療所の場合 500点</p> <p>2 1以外の場合 300点</p>	<p>(点数の一本化) <u>300点</u></p> <p>注1 入院中の保険医療機関の保険医及び地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医が共同して指導を行った場合に、所定点数に<u>300点</u>を加算する</p> <p>注2 入院中の保険医療機関の保険医が、当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくは歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に、所定点数に<u>2,000点</u>を加算する</p>
---	---

(2) 歯科医師

新	<u>退院時共同指導料</u>	
	1 在宅療養支援歯科診療所の場合	600点
	2 1以外の場合	300点

[算定要件]

保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医である歯科医師又は歯科衛生士が、当該患者が入院している保険医療機関に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に算定する

(3) 薬剤師

新	<u>退院時共同指導料</u>	600点
----------	-----------------	------

[算定要件]

保険医療機関に入院中の患者について、退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局

新 (2) 後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料 180点

[算定要件]

栄養管理計画に基づき栄養管理が実施されている後期高齢者であって、低栄養状態にある患者の退院に際して、管理栄養士が患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での栄養・食事管理について指導及び情報提供を行った場合に算定する

- 3 末期の悪性腫瘍の患者や医療機器を使用する患者等が在宅療養に移行する場合には、状態が不安定になりやすいため、退院直後の時期を重点的に支えることが必要であることから、訪問看護ステーションによる指導の評価を新設する。

新 退院支援指導加算 6,000円

[算定要件]

末期の悪性腫瘍等の患者に対し、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が退院日に在宅において療養上必要な指導を行った場合に算定する

- 4 入院の前後で継続した診療ができるよう退院後、当該患者が入院前に主に担当していた医師の外来に通院した場合の評価を創設する。

新 後期高齢者外来継続指導料 200点

[算定要件]

- 1 後期高齢者診療料を入院の月又はその前月に算定している患者が他の保険医療機関に入院した場合であって、当該患者が退院後再び継続して当該後期高齢者診療料を算定する保険医療機関において診療を行ったときに、退院後の最初の診療日に算定する
- 2 外来で再び継続して診療を行うに当たっては、入院していた保険医療機関から入院中の診療に関する情報提供を受けること

在宅や外来と継続した入院医療等の評価

骨子【V-1-(4)】

第1 基本的な考え方

在宅医療が広がりを見せる中で、在宅療養を行っている患者の病状の急変等に伴い緊急時に病院等に入院できる体制の確保がより一層求められていることや、後期高齢者の生活を重視するという視点から、地域の主治医との適切な連携の下、患者の病状の急変等に地域の主治医からの求めに応じて、入院させた場合に評価する。

第2 具体的な内容

- 1 後期高齢者診療料を算定している後期高齢者の患者の病状の急変等に伴い、当該保険医療機関の医師の求めに応じて入院させた場合に、当該患者について、入院初日に限り所定点数に加算する。

新 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算 500点（入院初日）

[算定要件]

- 1 診療所において後期高齢者診療料を入院の月又はその前月に算定している患者について病状の急変等に伴い当該保険医療機関の医師の求めに応じて、当該患者に関する診療情報を交換し、円滑に入院させた場合に算定する
- 2 後期高齢者診療料で作成する診療計画に緊急時の入院先としてあらかじめ定められた病院及び有床診療所に限る
- 3 入院後24時間以内に当該診療所の医師と入院中の担当医が診療情報を交換した場合も算定できることとする
- 4 入院先の保険医療機関の医師は、患者の希望する診療内容について主治医に確認しその内容を共有すること

2 在宅療養支援診療所等の医師の求めに応じてその患者をあらかじめ定められた連携医療機関に入院させた場合の診療報酬上の評価を引き上げる。

現 行	改正案
<p>【在宅患者応急入院診療加算】（入院初日） 650点</p> <p>患者の病状の急変等に伴い、医師の求めに応じて入院させた場合に入院初日に限り所定点数に加算する</p>	<p>【在宅患者緊急入院診療加算】（入院初日）</p> <p>1 <u>連携医療機関である場合</u> 1,300点</p> <p>2 1以外の場合 650点</p> <p>患者の病状の急変等に伴い、医師の求めに応じて入院させた場合に入院初日に限り所定点数に加算する</p> <p>注 <u>1の算定に当たっては事前に緊急時の入院先として患者及び家族に連携医療機関の名称等を文書にて提供した医療機関に入院した場合にのみ算定する</u></p>

改

在宅医療におけるカンファレンス等の 情報共有に関する評価

骨子【V-2-(1)(2)】

第1 基本的な考え方

医師等が、在宅での療養を行っている患者の利用する医療サービス、福祉サービス等の情報を共有し、連携のもと療養上必要な指導を行うことは重要であることから、新たに評価することとする。また、患者の病状の急変や診療方針の変更等に伴い、他の医療従事者と共同でカンファレンスを行い、関係職種間の情報の共有や患者に対する必要な指導等を行うことについても評価する。

第2 具体的な内容

- 1 医師等が、在宅での療養を行っている患者を訪問して、患者の利用する医療サービス、福祉サービス等の情報を集約した上で共有し、療養上必要な指導及び助言を患者又は家族に行った場合の評価を新設する。

(1) 医師、歯科医師又は看護師

新	在宅患者連携指導料	900点（月1回）
新	在宅患者連携指導加算	3,000円（月1回） (訪問看護療養費)
新	在宅患者連携指導加算	300点（月1回） (在宅患者訪問看護・指導料)

[算定要件]

- 1 医療関係職種間で共有した情報を踏まえて患者又は家族への指導等を行うとともに、その指導内容や療養上の留意点について他職種に情報提供した場合に算定する
- 2 他職種から情報提供を受けた場合、可能な限り速やかに患者への指導等に反映させるよう留意しなければならない。また、その結果について、当該患者の在宅医療に係る関係者間で共有できるよう努めなければならない
- 3 要介護被保険者については当該点数の算定の対象としない 等

(2) 薬局の薬剤師（後述）

現行の在宅患者訪問薬剤管理指導について、現在要件となっている医師との連携に加えて、患者の利用する医療サービス、福祉サービス等の情報

を関係職種と共有した上で行うこととし、月の2回目以降の算定の場合の評価を引き上げ、点数を一本化する。

※また、居住系施設入居者等に対して行う場合についての評価を新設する。

「V-2（在宅医療について）-⑥の第2の1」を参照のこと。

2 患者の急変等に際し、主治医等が患家を訪問し、関係する医療従事者と共同で一堂に会しカンファレンスを開催し、診療方針等について話し合いを行い、患者に指導を行った場合の評価を新設する。

(1) 医師、歯科医師又は看護師

新 在宅患者緊急時等カンファレンス料 200点（月2回）

新 在宅患者緊急時等カンファレンス加算 2,000円（月2回）
(訪問看護療養費)

新 在宅患者緊急時等カンファレンス加算 200点（月2回）
(在宅患者訪問看護・指導料)

[算定要件]

在宅での療養を行っている患者の急変等に伴い、関係する医療従事者と共同で患家
に赴きカンファレンスを行い、共同で療養上必要な指導を行った場合に算定する

(2) 薬局の薬剤師

新 在宅患者緊急時等共同指導料 700点（月2回）

[算定要件]

在宅での療養を行っている患者であって、通院が困難なものの状態の急変等に伴い、
当該患者の在宅医療を担う保険医療機関の保険医の求めにより、関係する医療従事者と
共同で患家に赴き、カンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を
行った場合に算定する

24時間体制の訪問看護の推進

骨子【V-2-(3)】

第1 基本的な考え方

在宅医療における訪問看護の重要性にかんがみ、訪問看護基本療養費を引き上げる。

また、在宅で安心して療養できる環境を整備するため、24時間訪問対応が可能な体制を整えていることについて評価を行う。

第2 具体的な内容

1 訪問看護基本療養費、在宅患者訪問看護・指導料の評価を引き上げる。

現 行	改正案
【訪問看護療養費】（1日につき） ・訪問看護基本療養費（I） (1) 保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の場合 (一) 週3日目まで 5,300円 (二) 週4日目以降 6,300円 (2) 准看護師 (一) 週3日目まで 4,800円 (二) 週4日目以降 5,800円	【訪問看護療養費】（1日につき） ・訪問看護基本療養費（I） (1) 保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の場合 (一) 週3日目まで <u>5,550円</u> (二) 週4日目以降 <u>6,550円</u> (2) 准看護師 (一) 週3日目まで <u>5,050円</u> (二) 週4日目以降 <u>6,050円</u>
【在宅患者訪問看護・指導料】（1日につき） 1 保健師、助産師又は看護師 イ 週3日目まで 530点 ロ 週4日目以降 630点 2 准看護師 イ 週3日目まで 480点 ロ 週4日目以降 580点	【在宅患者訪問看護・指導料】（1日につき） 1 保健師、助産師又は看護師 イ 週3日目まで <u>555点</u> ロ 週4日目以降 <u>655点</u> 2 准看護師 イ 週3日目まで <u>505点</u> ロ 週4日目以降 <u>605点</u>

改

2 24時間対応できる体制にあるときの加算を創設する。

現 行	改正案
【訪問看護療養費】（月1回） ・24時間連絡体制加算 2,500円 利用者又はその家族等からの電話等に常時対応できる体制にある場合。	【訪問看護療養費】（月1回） イ <u>24時間対応体制加算</u> <u>5,400円</u> 利用者又はその家族等からの電話等に常時対応でき、 <u>緊急時訪問看護を必要に応じて行える体制にある場合。</u> ロ 24時間連絡体制加算 2,500円 利用者又はその家族等からの電話等に常時対応できる体制にある場合。

新

患者の状態に応じた訪問看護の充実

骨子【V-2-(4)(5)】

第1 基本的な考え方

- 1 人工呼吸器装着者に対して、患者の状態や訪問内容によって、標準的な訪問時間を超える長時間の訪問を行う場合について評価を行う。
- 2 気管切開の患者等が急性増悪した場合等の週4日以上 of 訪問について評価を行う。

第2 具体的な内容

- 1 人工呼吸器を使用している状態にある者に対する訪問看護が2時間を超える場合の評価を新設する。

<p>○ 新</p>	<p>長時間訪問看護加算</p>	<p>5, 200円（週1回） （訪問看護療養費）</p>
<p>○ 新</p>	<p>長時間訪問看護・指導加算</p>	<p>520点（週1回） （在宅患者訪問看護・指導料）</p>

- 2 気管カニューレを使用している状態にある者、重度の褥瘡（真皮を越える褥瘡の状態）のある者に対して、特別訪問看護指示書を1月につき2回まで交付できるよう算定回数を拡大する。

現 行	改正案
<p>【訪問看護療養費、在宅患者訪問看護・指導料】 主治医から当該者の急性増悪等により、一時的に頻回の訪問看護の必要がある旨の特別訪問看護指示書の交付を受けて訪問看護を行った場合、月1回に限り、指示のあった日から14日以内に行った訪問看護について所定額を算定する</p>	<p>【訪問看護療養費、在宅患者訪問看護・指導料】 主治医から当該者の急性増悪等により、一時的に頻回の訪問看護の必要がある旨の特別訪問看護指示書の交付を受けて訪問看護を行った場合、月1回に限り（別に厚生労働大臣が定める者については2回）、指示のあった日から14日以内に行った訪問看護について所定額を算定する</p>

○ 改

居住系施設入居者等に対する医療サービスの 評価体系の新設

骨子【V-2-(6)】

第1 基本的な考え方

様々な居住系施設における患者の居住の状況や疾病の管理等の医療サービスの提供体制等を踏まえて、これらの施設の後期高齢者を含めた入居者等に対して提供される医療サービスについて、適切な評価を行う。

第2 具体的な内容

- 1 後期高齢者等が多く生活する施設等に居住する患者に対して、医療関連職種が訪問診療等を行った場合についての評価を新設する。

(1) 医師の場合

新 在宅患者訪問診療料2 200点（1日につき）

[算定要件]

高齢者専用賃貸住宅、有料老人ホーム、認知症対応型共同生活介護事業所、特定施設（外部サービス利用型を含む）、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の入居者等である患者であって通院が困難なものに対して、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合に算定する

(2) 看護師の場合

新 居住系施設入居者等訪問看護・指導料（1日につき）

保健師、助産師、看護師の場合

週3日目まで 430点、週4日目以降 530点

准看護師の場合

週3日目まで 380点、週4日目以降 480点

[算定要件]

在宅患者訪問診療料2に該当する施設

新 訪問看護基本療養費(Ⅲ)（1日につき）

保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の場合

週3日目まで 4,300円、週4日目以降 5,300円

准看護師の場合

週3日目まで 3, 800円、週4日目以降 4, 800円

[算定要件]

在宅患者訪問診療料2に該当する施設

新 (3) 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料2 255点

新 (4) 在宅患者訪問薬剤管理指導料2
(保険医療機関の薬剤師の場合) 385点
(保険薬局の薬剤師の場合) 350点

新 (5) 在宅患者訪問栄養食事指導料2 450点

2 特定施設、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の入居者等である後期高齢者に対する在宅医療について、適正な評価を行うとともに、在宅療養支援診療所以外であっても、在宅時医学総合管理料の算定を認める。

新 特定施設入居時等医学総合管理料（月1回）

1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の場合

イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合
3, 000点

ロ 処方せんを交付しない場合
3, 300点

2 1以外の場合

イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合
1, 500点

ロ 処方せんを交付しない場合
1, 800点

[算定要件]

1 特定施設において療養を行っている患者等であって通院が困難なものに対して、その同意を得て、計画的な医学管理の下に月2回以上の定期的な訪問診療を行っている場合に算定する

2 別に厚生労働大臣が定める診療に係る費用及び投薬の費用は、所定点数に含まれる等

寝たきり老人訪問指導管理料の廃止

骨子【V-2-(7)】

第1 基本的な考え方

寝たきり老人訪問指導管理料については、在宅療養支援診療所及び在宅時医学総合管理料の普及により、本来の役割を終えたと考えられることから、廃止する。

第2 具体的な内容

寝たきり老人訪問指導管理料を廃止する。

訪問薬剤管理指導の充実

骨子【V-2-(9)】

第1 基本的な考え方

- 1 薬局の薬剤師による訪問薬剤管理指導の一層の充実を図るため、現在行っている医師との連携に加えて、在宅療養を支える関係職種と一層の連携を行った上で訪問薬剤管理指導を行うこととし、適切な評価とする。
- 2 薬局の薬剤師が、薬学的管理指導計画に基づき計画的な訪問薬剤管理指導を実施している場合において、患者の状態が急変した場合等、在宅療養を担う保険医の急な求めに応じて、薬剤師が患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合を評価する。
 また、在宅患者が、薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病に罹患した場合など、臨時の処方が行われ調剤した場合を評価する。

第2 具体的な内容

- 1 現行の訪問薬剤管理指導について、現在要件となっている医師との連携に加えて、患者の利用する医療サービス、福祉サービス等の情報を関係職種と共有した上で行うこととし、月の2回目以降の算定の場合の評価を引き上げ、点数を一本化する。
 ※ また、居住系施設入居者等に対して行う場合についての評価を新設する。

現 行	改正案
<p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料】</p> <p>1 月の1回目の算定の場合 <u>500点</u></p> <p>2 月の2回目以降の算定の場合 <u>300点</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医師の指示に基づき、薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に算定 ・ 薬学的管理指導計画の策定に当たっては、処方医から提供された情報等を踏まえて行う。 	<p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料】</p> <p>1 在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等を除く。）の場合 <u>500点</u></p> <p>2 居住系施設入居者等の場合 <u>350点</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医師の指示に基づき、薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に算定 ・ 薬学的管理指導計画の策定に当たっては、処方医から提供された情報等に加えて、必要に応じ、患者が他の医療サービス、福祉

改

<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問結果について医師に情報提供する。 	<p><u>サービス等を受けた際の状況と指導内容につき、関係職種間で共有した上で行う。</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問結果について医師に情報提供するとともに、<u>必要に応じ、関係職種に情報提供する。</u>
--	---

2 訪問薬剤管理指導を実施している患者の状態が急変した場合等、計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、主治医の急な求めに応じて、薬剤師が患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合を新たに評価する。

新 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 500点

[算定要件]

- 1 訪問薬剤管理指導を実施している患者の状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して、必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、月4回に限り算定する
 - 2 患者の薬剤服用歴に、在宅療養を担う保険医から緊急の要請があつて実施した旨を記載する
 - 3 実施した薬学的管理の内容の薬剤服用歴への記載等の要件については、在宅患者訪問薬剤管理指導料と同様との要件とする
- 3 薬学的管理指導計画に基づき訪問薬剤管理指導を実施している患者について、当該薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合には、薬剤服用歴管理指導料（後期高齢者においては、後期高齢者薬剤服用歴管理指導料）を算定できることとする。

後期高齢者の継続的な管理の評価

骨子【V-3-(1)】

第1 基本的な考え方

後期高齢者の外来医療に当たっては、治療の長期化、複数疾患のり患といった心身の特性等を踏まえ、慢性疾患等に対する継続的な管理を行うことを評価する。

第2 具体的な内容

患者の同意を得た上で他の医療機関での診療スケジュール等を含め、定期的に診療計画を作成し、総合的な評価や検査等を通じて患者を把握し、継続的に診療を行うことを評価する。

新 後期高齢者診療料 600点（月1回）

[算定要件]

- 1 保険医療機関である診療所又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しない病院
- 2 入院中の患者以外の患者であって別に厚生労働大臣が定める慢性疾患を主病とするものに対して、後期高齢者の心身の特性を踏まえ、患者の同意を得て診療計画を定期的に策定し、計画的な医学管理の下に、栄養、運動又は日常生活その他療養上必要な指導及び診療を行った場合に算定できる
- 3 診療計画には、療養上必要な指導及び診療内容、他の保健・医療・福祉サービスとの連携等を記載すること
- 4 毎回の診療の際に服薬状況等について確認するとともに、院内処方を行う場合には、経時的に薬剤服用歴が管理できるような手帳等に薬剤名を記載する
- 5 患者の主病と認められる慢性疾患の診療を行う1保険医療機関のみにおいて算定する
- 6 当該患者に対して行われた医学管理等、検査、画像診断、処置は後期高齢者診療料に含まれる。ただし、病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置のうち、550点以上の項目については別途算定できる
- 7 当該診療所（又は医療機関）に次のそれぞれ内容を含めた研修を受けた常勤の医師がいること
研修事項
・高齢者の心身の特性等に関する講義を中心とした研修
・診療計画の策定や高齢者の機能評価の方法に係る研修

[対象疾患]

糖尿病、脂質異常症、高血圧性疾患、認知症 等

外来管理加算に関する病診格差の縮小について

骨子【V-3-(3)】

第1 基本的な考え方

外来管理加算における病院及び診療所の点数格差について、患者の視点から見ると、必ずしも病院及び診療所の機能分化及び連携を推進する効果が期待できないのではないとの指摘があることを踏まえ、評価の見直しを行う。

第2 具体的な内容

高齢者の外来管理加算について、診療所の評価を引き下げ一方、病院の評価を引き上げ、病院と診療所の点数を一本化する。

現 行	改正案
【外来管理加算】 老人保健法の規定による医療を提供する場合	【外来管理加算】 （点数の一本化）
病院 47点	<u>52点</u>
診療所 57点	

改

「お薬手帳」を用いた情報の管理と共有

骨子【V-3-(4)(5)】

第1 基本的な考え方

後期高齢者は、複数の診療科を受診し、服用する薬剤の種類数も多くなることから、相互作用や重複投薬の防止のため、保険医は、診察に当たって、やむを得ない場合を除き、服薬状況や薬剤服用歴を確認することとする。

また、保険薬剤師は、調剤に当たって、患者の服薬状況及び薬剤服用歴を確認することとする。

併せて、後期高齢者が服用する薬剤に関する情報の管理と共有のため、いわゆる「お薬手帳」を医療機関等が活用する方策を推進する。

第2 具体的な内容

1 保険医療機関及び保険医療養担当規則等において、以下のとおり規定するとともに、患者の服薬状況等の確認に当たっては、問診等による確認に加えて、患者が、経時的に薬剤服用歴が管理できるような手帳（いわゆる「お薬手帳」）を持参しているか否かを確認し、持参している場合には、それを活用することとする。

(1) 保険医は、診察を行う場合は、患者の服薬状況及び薬剤服用歴を確認する。ただし、緊急やむを得ない場合については、この限りではない。

(2) 保険薬剤師は、調剤を行う場合は、患者の服薬状況及び薬剤服用歴を確認しなければならない。

2 後期高齢者については、調剤報酬点数表における薬剤服用歴管理料の加算である服薬指導加算と薬剤情報提供料を廃止するとともに、薬剤服用歴管理料の算定要件に、患者等から収集した服薬状況等の情報に基づき服薬指導すること及び「お薬手帳」に薬剤情報や注意事項を記載することを新たに追加し、その評価を引き上げる。

現 行	改正案
<p>【薬剤服用歴管理料】</p> <p style="text-align: right;">22点</p>	<p>【後期高齢者薬剤服用歴管理指導料】</p> <p style="text-align: right;">35点</p> <p>・ 後期高齢者である患者について、次に掲</p>

改

<ul style="list-style-type: none"> 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書等により患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明及び指導を行った場合に算定 服薬指導加算 22点 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関し必要な指導を行った場合に加算 <p>【薬剤情報提供料】 15点</p> <ul style="list-style-type: none"> 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、相互作用その他服用に際して注意すべき事項を患者の求めに応じて手帳に記載した場合に、月4回（処方の内容に変更があった場合は、その変更後月4回）に限り算定 	<p style="text-align: center;"><u>げる指導等のすべてを行った場合に算定</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ① 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書等により患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明を行うこと ② 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関し必要な指導を行うこと ③ 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、相互作用その他服用に際して注意すべき事項を患者の手帳に記載すること
---	--

3 現行の薬剤情報提供料の老人加算について、後期高齢者医療制度の施行に伴い廃止し、後期高齢者診療料を算定する患者以外の患者に対して「お薬手帳」に記載した場合等の評価に改める。

現 行	改正案
<p>【薬剤情報提供料】 10点</p> <ul style="list-style-type: none"> <u>老人加算</u> 5点 患者（老人保健法の規定による医療を提供する場合に限る。）に対して、処方した薬剤の名称を当該患者の健康手帳に記載するとともに、当該薬剤に係る名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相 	<p>【薬剤情報提供料】 10点</p> <ul style="list-style-type: none"> <u>後期高齢者加算</u> 5点 後期高齢者である患者に対して、処方した薬剤の名称を当該患者の手帳に記載するとともに、当該薬剤に係る名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書により提供

改

<p>相互作用に関する主な情報を文書により提供した場合に、月1回に限り（処方の内容に変更があった場合は、その都度）加算</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付した患者については、算定しない 	<p>した場合に、月1回に限り（処方の内容に変更があった場合は、その都度）加算</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付した患者については、算定しない <p>※ <u>後期高齢者診療料を算定する患者については、薬剤情報提供料及び後期高齢者加算は、算定しない</u></p>
---	--

薬局における服薬管理の充実

骨子【V-3-(6)】

第1 基本的な考え方

薬剤師が行う服薬支援の取組を一層推進するため、服薬の自己管理が困難な外来患者が持参した調剤済みの薬剤について、薬局において整理し、薬剤の一包化、服薬カレンダーの活用等により日々の服薬管理を支援した場合を評価する。

第2 具体的な内容

自己による服薬管理が困難な外来の患者又はその家族等の求めに応じ、当該患者が服薬中の薬剤について、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性を確認した上で、薬剤師が患者の服薬管理を支援した場合に、外来服薬支援料を算定できることとする。

新 外来服薬支援料 185点

[算定要件]

服薬管理に係る支援の必要性を処方医に確認した旨並びに外来服薬支援を行った薬剤の名称、外来服薬支援の内容及び理由を薬剤服用歴に記載する

ガイドラインに沿った終末期における 十分な情報提供等の評価

骨子【V-4-(1)】

第1 基本的な考え方

安心できる終末期の医療の実現を目的として、患者本人による終末期の医療内容の決定のための医師等の医療従事者による適切な情報の提供と説明を評価する。

第2 具体的な内容

医師が一般的に認められている医学的知見に基づき回復を見込むことが難しいと判断した後期高齢者について、患者の同意を得て、医師、看護師、その他関係職種が共同し、患者及びその家族等とともに、終末期における診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等にまとめた場合に評価する。

1 医師又は歯科医師

新 後期高齢者終末期相談支援料 200点（1回に限る）

[算定要件]

- 1 終末期における診療方針等について十分に話し合い、文書（電子媒体を含む）又は映像により記録した媒体（以下、「文書等」という。）にまとめて提供した場合に算定する
- 2 患者に対して、現在の病状、今後予想される病状の変化等について説明し、病状に基づく介護を含めた生活支援、病状が急変した場合の延命治療等の実施の希望、急変時の搬送の希望並びに希望する際は搬送先の医療機関の連絡先等終末期における診療方針について話し合い、文書等にとりまとめ提供する
- 3 入院中の患者の診療方針について、患者及び家族等と話し合いを行うことは日常の診療においても必要なことであることから、入院中の患者については、特に連続して1時間以上にわたり話し合いを行った場合に限り算定できることとする
- 4 患者の意思の決定に当たっては、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」（平成18年5月21日医政発第0521011号）及び「終末期医療に関するガイドライン」（日本医師会）等を参考とすること 等

2 薬局の薬剤師の場合

新 後期高齢者終末期相談支援料 200点（1回に限る）

[算定要件]

在宅患者について、患者の同意を得て、保険医及び看護師と共同し患者及びその家族等とともに、終末期における診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に算定する

3 看護師の場合

新 後期高齢者終末期相談支援療養費 2,000円（1回に限る）
(訪問看護療養費)

新 後期高齢者終末期相談支援加算 200点（1回に限る）
(在宅患者訪問看護・指導料)

[算定要件]

利用者の同意を得て、保険医と共同し、利用者及びその家族等とともに、終末期における診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に算定する

訪問看護におけるターミナルケアに係る評価の見直し

骨子【V-4-(2)】

第1 基本的な考え方

在宅患者の看取りについて、死期が迫った患者やその家族の不安、病状の急激な変化等に対して、頻回にわたる電話での対応や訪問看護を実施していることを踏まえ、評価を引き上げる。

第2 具体的な内容

ターミナルケア療養費に係る連携先による療養費の違い、死亡前24時間以内の訪問の要件を廃止するとともに、ターミナルケアに係る支援体制を充実することで評価を引き上げる。

現 行	改正案	
<p>【訪問看護ターミナルケア療養費】</p> <p>イ ターミナルケア療養費1 (在宅療養支援診療所と連携した場合) 15,000円</p> <p>ロ ターミナルケア療養費2 (イ以外の場合) 12,000円 在宅で死亡した利用者に対して、死亡日前14日以内に2回以上訪問看護を実施し、死亡前24時間以内にターミナルケアを行った場合。</p>	<p>【訪問看護ターミナルケア療養費】 (点数の一本化) 20,000円</p> <p>在宅で死亡した利用者に対して、死亡日前14日以内に2回以上訪問看護を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合。</p>	改
<p>【在宅患者訪問看護・指導料 在宅ターミナルケア加算】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ターミナルケア加算（Ⅰ）1,500点 ・ターミナルケア加算（Ⅱ）1,200点 <p>在宅で死亡した患者に対して、死亡日前14日以内に2回以上訪問看護・指導を実施し、かつ、死亡前24時間以内にターミナルケアを行った場合は（Ⅱ）を、在宅療養支援診療所の医師と連携し、その指示を受けて行った場合は、（Ⅰ）を算定できる。</p>	<p>【在宅患者訪問看護・指導料 在宅ターミナルケア加算】 (点数の一本化) 2,000点</p> <p>在宅で死亡した患者に対して、死亡日前14日以内に2回以上在宅患者訪問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合。</p>	改