

日医IMPS行政情報シリーズ

<http://www.nichiiko.co.jp/stu-ge/index.php>

外来・在宅、後期高齢者

診療報酬改定動向 「四つの視点 関連項目（外来）」 — 2010年2月5日中医協総会資料 —

資料作成：日医工株式会社 MPSチーム 飯田裕美
（監修：医業経営コンサルタント 登録番号第4217 菊地祐男）



次回の中医協は2月8日
に開催予定です。

資料No.220208-165



日医工株式会社

<http://www.nichiiko.co.jp>

2010年度診療報酬改定
平成22年度診療報酬改定

地域連携
救急患者

地域連携（小児）夜間・休日診療料

地域の開業医等との連携により、地域における多数の救急患者を夜間・休日に受け入れるための救急体制を整えている医療機関について、小児における場合と同様の評価を新設する。

改定案

(新) 【地域連携夜間・休日診療料】 〇〇〇点

【施設基準】

- (1) 夜間、休日において救急患者を診療できる体制を有していること。
- (2) 夜間、休日に救急患者を診療する医師（当該医療機関及び近隣の診療所等の保険医療機関を主たる勤務先とするもの）が3名以上いること。

軽症等の患者(救急)について地域の開業医等が連携して対応することで、3次救急・2次救急の無用な混雑が緩和することにつながるため、6歳以上版の「地域連携夜間・休日診療料」が新設される

地域連携
救急患者

小児救急外来の評価

地域の医師が参加することにより、小児科の初期救急体制を確保する地域連携小児夜間・休日診療料の評価を引き上げる。

現行	改定案
【地域連携小児夜間・休日診療料】 1 地域連携小児夜間・休日診療料1 350点 2 地域連携小児夜間・休日診療料2 500点	【地域連携小児夜間・休日診療料】 1 地域連携小児夜間・休日診療料1 〇〇〇点 (改) 2 地域連携小児夜間・休日診療料2 〇〇〇点 (改)

多数の受診者に対し院内トリアージを行った場合の評価を新設する。

改定案

(新) 【院内トリアージ体制加算】 〇〇〇点

【施設基準】

- ① 院内トリアージの実施基準を定め、院内掲示等により受診者に周知していること。
- ② 患者の来院後速やかに院内トリアージが実施され、患者に説明がなされているとともに、一定時間経過後に再評価が行われていること。

【算定要件】

当該医療機関に来院した患者について、院内トリアージを行った上で診療を行った場合に算定する。

院内トリアージ体制とは、数少ない小児救急対応医療機関に患者が複数押し寄せた場合に、どの患者が最も救急医療の必要度が高いかを判断すること。今回は小児の一部の医療機関に限定して導入となるが、将来的には一般にも拡大するか。

地域連携
救急患者

乳幼児加算（外来）

外来における乳幼児の診療を評価するため、乳幼児加算を引き上げる。

現行	改定案
【初診料】 乳幼児加算 72点 【再診料】【外来診療料】 乳幼児加算 35点	【初診料】 乳幼児加算 〇〇〇点（改） 【再診料】 乳幼児加算 〇〇〇点（改）

がん治療

がん治療連携計画策定料・がん治療連携指導料

がん診療連携拠点病院と地域の医療機関が、がん患者の退院後の治療をあらかじめ作成・共有された計画に基づき連携して行うとともに、適切に情報交換を行うことを評価する。

改定案

(新) 【がん治療連携計画策定料】 (計画策定病院(退院時)) 〇〇〇点

[算定要件]

がんと診断された患者で、計画作成病院において、初回の手術・放射線治療・化学療法等のため入院した患者に対し、あらかじめ策定してある地域の医療機関との地域連携診療計画に基づき、個別の患者の治療計画を策定し、患者に説明し、同意を得た上で、文書により提供するとともに、退院後の治療を連携して担う医療機関に対して診療情報を提供した場合に、退院時に算定する。

(新) 【がん治療連携指導料】 (連携医療機関(情報提供時)) 〇〇〇点

[算定要件]

がん治療連携指導料1を算定した患者に対し、計画作成病院において作成された治療計画に基づき、計画作成病院と連携して退院後の治療を行うとともに、計画作成病院に対し、診療情報を提供した場合に算定する。

がん版の地域連携パスである。治療計画によって連携する医療機関がそれぞれ算定できる

外来化学療法加算

複雑化、高度化した外来化学療法に対応するため、外来化学療法加算の評価を引き上げる。

現行	改定案
イ 外来化学療法加算1 500点 15歳未満の患者 700点	イ 外来化学療法加算1 〇〇〇点（改） 15歳未満の患者 〇〇〇点（改）
ロ 外来化学療法加算2 390点 15歳未満の患者 700点	ロ 外来化学療法加算2 〇〇〇点（改） 15歳未満の患者 700点

介護老人保健施設入所者に対する抗がん剤注射薬の算定

改定案

外来化学療法加算1又は2の届け出を行っている医療機関において、老健施設入所者に対して外来化学療法が行われた場合の抗悪性腫瘍剤と注射（手技料）の算定を可能とする。

放射線治療室管理加算 がん患者カウンセリング料

放射線治療病室のさらなる評価を行う。

現行	改定案
【放射線治療病室管理加算】 (1日につき) 500点	【放射線治療病室管理加算】 (1日につき) 〇〇〇点 (改)

がんの告知を行う際に、当該患者に対して多面的に配慮した環境で丁寧な説明を行った場合の評価を新設する。

改定案
<p>(新) 【がん患者カウンセリング料】 〇〇〇点</p> <p>[算定要件]</p> <p>がんと診断され、継続して治療を行う予定の者に対して、緩和ケアの研修を修了した医師及び6カ月以上の専門の研修を修了した看護師が同席し、周囲の環境等にも十分に配慮した上で、30分以上の説明を行った場合に算定する。</p>

「30分要件」についてはは削除されることとなった

肝炎治療

肝炎インターフェロン

肝炎治療の専門医療機関において、インターフェロン治療の計画を策定し、副作用等を含めた詳細な説明を行った場合に算定する。

患者の治療計画を策定した専門医療機関と治療計画に基づいてインターフェロン治療を行う地域の医療機関がそれぞれ算定できる

改定案

(新) 【肝炎インターフェロン治療計画料】(1人につき1回) 〇〇〇点

[算定要件]

肝炎治療の専門医療機関において、肝炎インターフェロン治療に関する治療計画を策定し、副作用等を含めて患者に詳細な説明を行った場合に算定する。

[施設基準]

- (1) 専門的な知識を持つ医師による診断及び治療方針の決定が行われていること。
- (2) インターフェロンなどの抗ウイルス療法を適切に実施できること。
- (3) 肝がんの高危険群の同定と早期診断を適切に実施できること。

肝炎治療の専門医療機関の策定した治療計画に基づき、インターフェロン治療を行っている医療機関が計画策定病院に対して診療情報提供を行った場合の診療情報提供料の加算を新設する。

改定案

(新) 【肝炎インターフェロン治療連携加算】(月1回まで) 〇〇〇点

[算定要件]

肝炎治療の専門医療機関において策定された治療計画に基づいて、インターフェロン治療を行い、副作用等を含めた治療状況を計画策定医療機関に対して情報提供を行った場合に算定する。

インターフェロンを投与すると、副反応として発熱やだるさが長時間続くため、副反応を就寝中にやりすごそうと、午後インターフェロン投与を行う診療所などを評価するもの

訪問診療
訪問看護

在宅患者訪問診療料

在宅患者訪問診療料については、平成20年度改定において、在宅患者訪問診療料2を新設し、施設等に居住する患者に対して訪問診療等を行った場合の評価として、複数回の算定も可能とした。一方で、在宅患者訪問診療料2に該当しないマンション等に居住する複数の患者に対して訪問診療を行った場合には、在宅患者訪問診療料1を複数回算定でき、点数設定の不都合が指摘されていることから、見直しを行う。居住系施設入居者等訪問看護・指導料等、訪問看護基本療養費(Ⅲ)についても同様に算定対象を見直す。

現行	改定案
<p>【在宅患者訪問診療料】</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 830点</p> <p>2 居住系施設入居者等である患者の場合 200点</p>	<p>【在宅患者訪問診療料】</p> <p>1 2以外の場合 830点 (改)</p> <p>2 <u>同一建物に居住する複数の患者に対して訪問診療を行った場合</u> 200点 (改)</p>

福祉施設もマンションも同じであるとして、この診療料2を「居住系施設」ではなく、「同一建物に居住する複数の患者に対して訪問診療を行った場合」に改められた

訪問診療
訪問看護

往診料

症状が増悪した緊急時の対応など、在宅医療を行うために居宅へ赴いて診療を行うことを評価した往診料を引き上げる。

現行	改定案
【往診料】 650点	【往診料】 〇〇〇点（改）

往診料は定期的ないし計画的に診療を行った場合は算定できないものであることから、定期的又は計画的に対診を行った場合については往診料を算定できないことを明確化する。

対診：他の医師が診療に立ち会うこと。または診療の結果を鑑定すること

訪問診療
訪問看護

在宅ターミナルケア加算

死亡に至るまでの間、在宅において手厚いターミナルケアが提供された場合は、在宅以外で死亡した場合であっても、在宅ターミナルケア加算を算定可能とする。

現行	改定案
<p>【在宅患者訪問診療料】 在宅ターミナルケア加算</p> <p>(1) 在宅で死亡した患者について死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施した場合に2,000点を加算。</p> <p>(2) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医が死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施し、死亡前24時間以内に訪問して患者を看取った場合に10,000点を加算。</p>	<p>【在宅患者訪問診療料】 在宅ターミナルケア加算</p> <p>(1) 在宅で死亡した患者について死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施した場合（<u>往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む</u>）に2,000点を加算。</p> <p>(2) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医が死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施し、死亡前24時間以内に訪問して患者を看取った場合（<u>往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む</u>）に10,000点を加算。</p>

他医療機関で死亡した場合」も本加算を算定できるようになった

訪問診療
訪問看護

乳幼児加算（在宅）

小児に対する在宅医療については、患者数が少ないことや、専門性を求められることから十分に普及していない。こうした現状を踏まえ、在宅患者訪問診療料及び退院前在宅療養指導管理料に乳幼児加算を新設する。

改定案

（新）【在宅患者訪問診療料】乳幼児加算 〇〇〇点

（新）【退院前在宅療養指導管理料】乳幼児加算 〇〇〇点

訪問診療
訪問看護

在宅血液透析指導管理料

在宅血液透析指導管理料について、患者が在宅で血液透析を実施している間の安全管理体制等が確保されていることを踏まえて評価を引き上げるとともに、要件の見直しを行う。

現行	改定案
<p>【在宅血液透析指導管理料】 （1月につき）3,800点 2回目以降 2,000点 （月2回まで、初回算定から2月までの間は4回まで）</p> <p>【透析液供給装置加算】（1月につき） 8,000点</p>	<p>【在宅血液透析指導管理料】 （1月につき）〇〇〇点（改） 2回目以降 2,000点 （初回算定から2月までの間）</p> <p>[施設基準] <u>患者が血液透析を行う時間帯においては緊急連絡に対応できる体制を整えていること。</u></p> <p>[算定要件] <u>関係学会等のマニュアルを参考に在宅透析を行うこと。</u></p> <p>【透析液供給装置加算】 （1月につき）〇〇〇点（改）</p>

訪問診療
訪問看護

透析との併算定要件

在宅において透析を実施している患者が、症状の増悪や透析効率の低下によって当該医療機関において血液透析や腹膜灌流を行われた場合、その手技料の算定を認める。

現行	改定案
<p>【人工腎臓】 区分番号C102又はC102-2に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理料又は在宅血液透析指導管理料を算定している患者に対して行った人工腎臓の費用は算定しない。</p> <p>【腹膜灌流】 区分番号C102に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者に対して行った連続携行式腹膜灌流の費用は算定しない。</p>	<p>【人工腎臓】 区分番号C102又はC102-2に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理料又は在宅血液透析指導管理料を算定している患者に対して行った場合は、<u>J042腹膜灌流「1」と合わせて週1回に限り算定する。</u></p> <p>【腹膜灌流】 区分番号C102に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者に対して行った連続携行式腹膜灌流の費用は、<u>J038人工腎臓と合わせて週1回に限り算定する。</u></p>

訪問診療
訪問看護

在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料

頻回の皮膚処置が必要な患者について、状態に応じた適切な医療材料の選択や在宅における管理の指導を行うことを評価する。

改定案

(新) 【在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料】〇〇〇点

[算定要件]

表皮水疱患者であって、在宅において頻回のガーゼ交換等の皮膚処置が必要なもの

訪問診療
訪問看護

訪問看護ステーション数の制限緩和

末期の悪性腫瘍等の利用者

改定案

末期の悪性腫瘍等の利用者に対し、同月に訪問看護療養費を算定できる訪問看護ステーション数を3カ所までに拡大する。

[算定要件]

- (1) 末期の悪性腫瘍等の利用者であること。
- (2) 週7日の指定訪問看護が計画されていること。

特別訪問看護指示書の特別訪問看護指示期間中

改定案

特別訪問看護指示書の特別訪問看護指示期間中に限り、同月に訪問看護療養費を算定できる訪問看護ステーション数を2カ所までに拡大する。

[算定要件]

- (1) 特別訪問看護指示書の交付を受けている利用者であること。
- (2) 特別訪問看護指示期間中に週4日以上指定訪問看護が計画されていること。

訪問診療
訪問看護

訪問看護管理療養費

安全管理体制の整備を要件とした上で、訪問看護管理療養費の評価を引き上げる。

現行	改定案
<p>【訪問看護管理療養費】</p> <p>月の初日の場合 7,050 円</p> <p>月の2日目以降の訪問の場合 2,900 円</p>	<p>【訪問看護管理療養費】</p> <p>月の初日の場合 〇〇〇円（改）</p> <p>月の2日目以降の訪問の場合 〇〇〇円（改）</p> <p>【算定要件】</p> <p>訪問看護ステーションにおいて、以下の安全管理体制が整備されていること</p> <p>①安全管理に関する基本的な考え方、事故発生時の対応方法等が文書化されている。</p> <p>②訪問先等で発生した事故、インシデント等が報告され、その分析を通じた改善策が実施される体制が整備されている。</p>

訪問診療
訪問看護

乳幼児加算・幼児加算（訪問看護）

6歳未満の乳幼児等の在宅患者等への訪問看護の評価を新設する。

改定案

（訪問看護療養費）

（新）【乳幼児加算（3歳未満）】〇〇〇円（1日につき）

（新）【幼児加算（3歳以上6歳未満）】〇〇〇円（1日につき）

改定案

（在宅患者訪問看護・指導料）

（同一建物居住者訪問看護・指導料）

（新）【乳幼児加算（3歳未満）】〇〇〇点（1日につき）

（新）【幼児加算（3歳以上6歳未満）】〇〇〇点（1日につき）

訪問診療
訪問看護

訪問看護ターミナルケア療養費

在宅等での死亡に限らず、ターミナルケアを行った後、死亡診断を目的として医療機関に搬送され24時間以内に死亡した場合においても評価する。

現行	改定案
<p>【訪問看護ターミナルケア療養費】 20,000 円</p> <p>在宅で死亡した者に対して、その主治医の指示により、死亡日前14日以内に2回以上在宅患者訪問看護を実施し、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>	<p>【訪問看護ターミナルケア療養費】 20,000 円</p> <p>在宅で死亡した者に対して、その主治医の指示により、死亡日前14日以内に2回以上在宅患者訪問看護を実施し、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(ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む)</p>

訪問診療
訪問看護

ターミナルケア加算

現行	改定案
<p>【在宅患者訪問看護・指導料 ターミナルケア加算】 2,000 点</p> <p>在宅で死亡した患者に対して、保険医療機関の保険医の指示により、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>	<p>【在宅患者訪問看護・指導料 ターミナルケア加算】 2,000 点</p> <p>在宅で死亡した患者に対して、保険医療機関の保険医の指示により、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(ターミナルケアを行った後、24 時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む)</p>
<p>【居住系施設入居者等訪問看護・指導料ターミナルケア加算】 2,000 点</p> <p>死亡した居住系施設入居者等に対して、保険医療機関の保険医の指示により、死亡日前14 日以内に2回以上居住系施設入居者等訪問看護・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>	<p>【同一建物居住者訪問看護・指導料ターミナルケア加算】 2,000 点</p> <p>死亡した<u>同一建物居住者</u>に対して、保険医療機関の保険医の指示により、死亡日前14 日以内に2回以上<u>同一建物居住者</u>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(ターミナルケアを行った後、24 時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む)</p>

重度の褥瘡(真皮を越える褥瘡の状態)のある者を重症者管理加算および在宅移行管理加算の対象に加える。

現行	改定案
<p>【訪問看護療養費 重症者管理加算】 【在宅患者訪問看護・指導料及び居住系施設入居者等訪問看護・指導料 在宅移行管理加算】</p> <p>特掲診療料の施設基準等 別表第八在宅患者訪問看護・指導料及び居住系施設入居者等訪問看護・指導料に規定する状態等にある患者</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者 二 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者 三 ドレーンチューブを使用している状態にある者 四 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者 五 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者 	<p>【訪問看護療養費 重症者管理加算】 【在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料 在宅移行管理加算】</p> <p>特掲診療料の施設基準等 別表第八在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料に規定する状態等にある患者</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者 二 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者 三 ドレーンチューブを使用している状態にある者 四 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者 五 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者 六 <u>真皮を越える褥瘡の状態にある者</u> <p>[算定要件](六について) 定期的に褥瘡の状態の観察・アセスメント・評価を行い、褥瘡の発生部位及び実施したケアの内容等を訪問看護記録書に記録すること。</p>

複数名訪問看護加算

末期の悪性腫瘍等の対象となる利用者に対して、看護職員が同時に複数の看護職員※と指定訪問看護を行う場合についての評価を新設する。(※訪問看護療養費においては看護師等(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)とする。)

改定案

(訪問看護療養費)

(新) 【複数名訪問看護加算】(週1回)看護師等 〇〇〇円
准看護師 〇〇〇円

(在宅患者訪問看護・指導料)(同一建物居住者訪問看護・指導料)

(新) 【複数名訪問看護・指導加算】(週1回)保健師、助産師又は看護師 〇〇〇点
准看護師 〇〇〇点

[算定要件]

(1) 看護職員(保健師、助産師、看護師、准看護師)が、同時に複数の看護職員※と指定訪問看護を行うことについて、患者又はその家族等に対してその必要性を説明し、同意を得ている場合であること

※: 訪問看護療養費においては看護師等とする。

(2) 対象となる患者は次のいずれかであり、一人での看護職員による指定訪問看護が困難である場合

- ①末期の悪性腫瘍等の者
- ②特別訪問看護指示期間中であって、指定訪問看護を受けている者
- ③特別な管理を必要とする者
- ④暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者

在宅移行早期加算・在宅療養指導管理料

入院から在宅医療への移行を希望する患者が円滑に在宅医療に移行できるよう、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料に在宅移行時の早期加算を新設する。

改定案

(新) 【在宅移行早期加算】(月1回) ○○○点

[算定要件]

- (1) 在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料を算定していること。
- (2) 入院医療から在宅医療に移行した後、在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料を算定し始めてから3月以内の患者であること。
- (3) 患者1人につき3回に限る。また在宅医療に移行後1年以降は算定できない。

複数医療機関の在宅療養指導管理料の評価

改定案

在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院から紹介を受けた他医療機関の医師が、当該在宅療養支援診療所等が実施しているものとは異なる在宅療養指導管理を行った場合、初月に限り在宅療養指導料を算定できることとする。

在宅療養支援病院の要件緩和

在宅療養支援病院について、在宅医療を支える地域の医療機関の役割を鑑み、その要件の変更を行うことにより拡充を図る。

現行	改定案
<p>【在宅療養支援病院について】</p> <p>以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。</p> <p>ア 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ものであること。なお、半径4キロメートル以内に当該病院以外の病院が存在しても差し支えない。</p> <p>また、当該病院が届出を行った後に半径4キロメートル以内に診療所が開設された場合であっても、当分の間、当該病院を在宅療養支援病院として取り扱うこととして差し支えない。</p>	<p>【在宅療養支援病院について】</p> <p>以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。</p> <p>ア <u>許可病床数が200床未満の病院であること、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ものであること。</u>なお、半径4キロメートル以内に当該病院以外の病院が存在しても差し支えない。</p> <p>また、当該病院が届出を行った後に半径4キロメートル以内に診療所が開設された場合であっても、当分の間、当該病院を在宅療養支援病院として取り扱うこととして差し支えない。</p>

200床未満の中小病院は、緊急時の連絡体制整備など他の要件を満たせば在宅療養支援病院となることが可能になった

後期高齢者特定入院基本料

後期高齢者特定入院基本料について、名称から「後期高齢者」を削除し、75歳以上に限定していた対象年齢の要件を廃止するとともに、新たに対象となる患者については、退院支援状況報告書の提出により、当該入院基本料の算定ではなく、従来通りの出来高による算定も可能とする。

現行	改定案
<p>【後期高齢者特定入院基本料】(1日につき)</p> <p>[対象者] 特定患者(高齢者医療確保法の規定による療養の給付を受ける者(以下「後期高齢者」という。)である患者であって、当該病棟に90日を超えて入院する患者(別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。))</p>	<p>【特定入院基本料】(1日につき)</p> <p>[対象者] 特定患者(当該病棟に90日を超えて入院する患者(別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。))</p>

後期高齢者手帳記載加算

現在、入院中又は入院外において使用又は投薬された主な薬剤や副作用の情報を、薬剤の重複投与や副作用の防止等の観点から、薬剤服用歴を経時的に管理できる手帳(いわゆる「お薬手帳」)に記載し、地域の医療機関や薬局で共有し、管理できるようにする取組みを現行上評価している。

こうした薬剤管理に係る取組は年齢を問わず重要であることから、対象者を全年齢に拡大する。ただし、必ずしも「お薬手帳」への記載を要しない場合もあることから、患者の求めがあった場合にのみ算定することとする。

現行	改定案
<p>【薬剤情報提供料】10点 注2 後期高齢者手帳記載加算 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した場合に、所定点数に加算。</p>	<p>【薬剤情報提供料】10点 注2 手帳記載加算 ○○○点 (改) 処方した薬剤の名称を当該患者の求めに応じて手帳に記載した場合に、所定点数に加算。</p>

後期高齢者退院時薬剤情報提供料

後期高齢者が入院中に服用した主な薬剤の情報の管理に関する情報が退院後にも継続的に行えるような取組みを現行上評価している。

こうした薬剤管理に係る取組みは年齢を問わず重要であることから、対象者を全年齢に拡大するとともに、現在では同趣旨の評価であるため併算定できないこととされている薬剤管理指導料の退院時服薬指導加算と統合した評価とする。

現行	改定案
<p>【後期高齢者退院時薬剤情報提供料】 100点 注 後期高齢者である患者の入院時に、当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称(副作用が発現した場合については、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。)に関して当該患者の手帳に記載した場合に、退院の日1回に限り算定する。</p> <p>【薬剤管理指導料】 注 退院時服薬指導加算 50点 患者の退院時に当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合は退院の日1回に限り、加算する。</p>	<p>【退院時薬剤情報管理指導料】〇〇〇点 (改) 注 患者の入院時に当該患者が服用中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称(副作用が発現した場合については、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。)に関して当該患者の手帳に記載した上で、退院に際して<u>当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に、退院の日1回に限り算定する。</u></p> <p>(廃止)</p>

後期高齢者

後期高齢者処置

医療機関において褥瘡等を予防する取組みを促進するため、入院期間が1年を超える後期高齢者に対して褥瘡等の処置を行った場合の費用を現行上包括評価としている。こうした長期の入院医療を要する患者における褥瘡等の予防は年齢を問わず重要であることから、対象者を全年齢に拡大する。

現行	改定案
<p>【後期高齢者処置】(1日につき) 12点 注1 <u>高齢者医療確保法に規定する療養の給付を提供する場合であって、入院期間が1年を超える入院中の患者に対して褥瘡処置を行った場合、その範囲又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。</u> 2 当該褥瘡処置に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。</p>	<p>【長期療養患者褥瘡等処置】(1日につき)〇〇〇点(改) 注1 入院期間が1年を超える入院中の患者に対して褥瘡処置を行った場合、その範囲又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。 2 当該褥瘡処置に係る費用は、所定点数に含まれる物とする。</p>
<p>【後期高齢者精神病棟等処置】15点 注1 <u>高齢者医療確保法に規定する療養の給付を提供する場合であって、結核病棟又は精神病棟に入院している患者であって入院期間が1年を超えるものに対して、創傷処置や皮膚科軟膏処置を行った場合、その種類又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。</u> イ 創傷処置(熱傷に対するものを除く。) (1) 100cm²以上500cm²未満 (2) 500cm²以上3,000cm²未満 ロ 皮膚科軟膏処置 (1) 100cm²以上500cm²未満 (2) 500cm²以上3,000cm²未満</p>	<p>【精神病棟等長期療養患者褥瘡等処置】〇〇〇点(改) 注1 結核病棟又は精神病棟に入院している患者であって入院期間が1年を超えるものに対して、創傷処置や皮膚科軟膏処置を行った場合、その種類又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。 イ 創傷処置(熱傷に対するものを除く。) (1) 100cm²以上500cm²未満 (2) 500cm²以上3,000cm²未満 ロ 皮膚科軟膏処置 (1) 100cm²以上500cm²未満 (2) 500cm²以上3,000cm²未満</p>

後期高齢者

後期高齢者在宅療養口腔機能管理料（歯科）

改定案

在宅歯科医療が必要な患者に対して、その身心の特性や歯科疾患の罹患状況等を総合的に勘案し、よりきめ細かな歯科疾患等の管理を行うため、後期高齢者口腔機能管理料を廃止し、歯科疾患在宅療養管理料を新設する。

後期高齢者薬剤服用歴管理指導料（調剤）

改定案

現行の後期高齢者薬剤服用歴管理指導料については、後期高齢者以外の患者における薬剤服用歴管理指導料と薬剤情報提供料を統合した評価となっているが、これを見直し、後期高齢者以外の患者に合わせて別の評価体系とする（年齢に関係なく、薬剤服用歴管理指導料と薬剤情報提供料による評価に統一する。）。

後期高齢者

後期高齢者診療料・終末期相談支援料

重複疾患を有しやすい等の後期高齢者の特性に配慮し、心身全体の管理を行う担当医の評価を行ったものであったが、こうした取組みは高齢者に限って行われるべきものでないことから、廃止する。その上で、本点数と機能が重複している生活習慣病管理料について、年齢要件を廃止し、全年齢を対象とする。

現行	改定案
【後期高齢者診療料】(1月につき) 600点	(廃止)
【後期高齢者外来患者緊急入院診療加算】(入院初日) 500点	(廃止)
【後期高齢者外来継続指導料】(退院後最初の診療日) 200点	(廃止)

終末期に関する医療従事者との話し合いについては国民からも望まれているものの、それを診療報酬上評価することについては国民的合意が得られていない。こうした検証結果を踏まえ、現在凍結されている後期高齢者終末期相談支援料については、一度廃止する。

現行	改定案
【後期高齢者終末期相談支援料】(1回限り) 200点	(廃止)
【後期高齢者終末期相談支援料】(1回限り) 200点	(廃止)
【後期高齢者終末期相談支援加算】(1回限り) 200点	(廃止)

例外的な見直しを行う項目

改定案

(1) 診療所後期高齢者医療管理料

有床診療所における初期加算の新設、医師配置加算の見直し、入院基本料等加算の拡充に伴い、診療所後期高齢者医療管理料は廃止する。

当該点数を算定していた有床診療所については、介護保険サービスにおける短期入所療養介護の施設基準を満たすことから、引き続き同様のサービスを提供することが可能である。

(2) 後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料

今回改定で新設される栄養サポートチーム加算において、低栄養の高齢者に対する栄養管理の評価を含んでいることから、後期高齢者退院時栄養・食事指導料は廃止する。

(3) 後期高齢者総合評価加算

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うことを評価した後期高齢者総合評価加算について、名称から「後期高齢者」を削除するとともに、評価の内容に、退院後を見越した介護保険によるサービスの必要性等を位置付け、対象者を65歳以上の患者等に拡大する。

(4) 後期高齢者退院調整加算

後期高齢者退院調整加算について、急性期治療を受け、病状の安定が見込まれた患者について、必要に応じて医療と介護が切れ目なく提供されるよう、介護保険サービスの活用も含めて支援する観点から、名称から「後期高齢者」を削除するとともに、対象者を65歳以上の患者等に拡大する。

リンパ浮腫指導管理料

入院中にリンパ浮腫に係る指導管理を行った患者に対し、当該保険医療機関の外来において再び指導管理を行った場合を評価する。

現行	改定案
<p>【リンパ浮腫指導管理料】 100点</p> <p>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、当該手術を行った日の属する月又はその前月若しくは翌月のいずれかに、医師又は医師の指示に基づき看護師又は理学療法士が、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。</p>	<p>【リンパ浮腫指導管理料】 100点</p> <p>1 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、当該手術を行った日の属する月又はその前月若しくは翌月のいずれかに、医師又は医師の指示に基づき看護師又は理学療法士が、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。</p> <p>2 <u>当該保険医療機関入院中にリンパ浮腫指導管理料を算定した患者であって、当該保険医療機関を退院したもの</u>に対して、<u>当該保険医療機関において、退院した日の属する月又はその翌月にリンパ浮腫の重症化等を抑制するための指導を再度実施した場合に、1回に限り算定する。</u></p>

特定集中治療室管理料

現行	改定案
<p>【特定集中治療室管理料】</p> <p>1 7日以内 8,760 点</p> <p>2 8日以上14 日以内 7,330 点</p> <p>重症者等を概ね9割以上入院させる治療室の場合、所定点数の100分の5 に相当する点数を加算する。</p>	<p>【特定集中治療室管理料】</p> <p>1 7日以内 ○○○点 (改)</p> <p>2 8日以上14 日以内 ○○○点 (改)</p> <p>(削除)</p>

入院中の患者の対診等

入院中の患者に対して対診を行う場合及び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、医療現場における実態を踏まえ、明確化する。

入院基本料減算の緩和措置対象地域の見直し

医療法の医師配置標準を一定の割合で満たさない場合の入院基本料減算の緩和措置については、離島振興法の対象地域とはなっていない奄美群島などの地域は対象とはなっていない。

離島加算では、離島振興法の対象とはなっていない奄美群島など、以下の3つの地域も対象となっていることを踏まえ、これらの地域も緩和措置の対象とする。

改定案

- (1) 奄美群島振興開発特別措置法第1条に規定する奄美群島の地域
- (2) 小笠原諸島振興開発特別措置法第2条第1項に規定する小笠原諸島の地域
- (3) 沖縄振興特別措置法第3条第3号に規定する離島