

骨子における重要課題関連項目（外来）及び

「四つの視点」関連項目（外来を中心に）

地域の連携による救急患者の受入の評価.....	1
がん診療におけるがん診療連携拠点病院を中心とした連携の充実.....	3
がん治療及び丁寧な説明に対する評価の充実.....	4
肝炎治療の推進について.....	6
居住系施設等訪問診療料の見直し及び分かりやすい点数設定について.....	8
疾病の重症化予防に対する適正な評価について.....	11
在宅医療を提供する医療機関の充実.....	12
訪問診療の評価の充実.....	14
在宅における専門医療の評価.....	16
患者のニーズに応じた訪問看護の推進.....	18
乳幼児等への訪問看護の推進について.....	20
訪問看護におけるターミナルケアに係る評価の見直し.....	21
患者の状態に応じた訪問看護の充実.....	23
後期高齢者医療の診療報酬について.....	26

地域の連携による救急患者の受入の評価

第1 基本的な考え方

救急搬送件数は増加しているが、入院を要しない軽症・中等度の患者が多く占めている。このため、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、小児に関する地域連携と同様に評価する。

また、地域の小児科医が連携して夜間・休日に小児の診療が可能な体制を確保することの評価を引き上げるとともに、緊急度の高い患者を優先して治療する体制の評価を行う。

さらに、外来における乳幼児の診療を評価するため、乳幼児加算の引き上げを行う。

第2 具体的な内容

1. 地域連携夜間・休日診療料の新設

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。



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。

2. 小児救急外来の評価

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

(2) 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。



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。

3. 乳幼児加算の引き上げ

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】	【初診料】
乳幼児加算 72点	乳幼児加算 〇〇〇点 改
【再診料】【外来診療料】	【再診料】
乳幼児加算 35点	乳幼児加算 〇〇〇点 改

がん診療における

がん診療連携拠点病院を中心とした連携の充実

第1 基本的な考え方

がん診療連携拠点病院と地域の医療機関の連携による一連の治療計画の整備が進んでいる。患者が身近な環境で質の高いがん医療を受けられる医療提供体制を推進する観点から、こうした取組みに対し評価を行う。

第2 具体的な内容

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。

⑨ 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。

⑩ 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。

がん治療及び丁寧な説明に対する評価の充実

第1 基本的な考え方

1. 充実が求められている外来化学療法において、複雑化、高度化する外来化学療法に対応するため、評価を拡充する。また、外来化学療法の適応となる患者が要介護状態となり介護老人保健施設に入所する例も見られることから、老健施設入所者に対しても適切な化学療法を提供できるよう配慮する。
2. 放射線治療は、がん医療の中で重要な役割が期待されているが、放射線治療病室を用いるR I 治療法については、症例数の増加に反して施設数が減少しているため、治療待機者が増加している。そこで、放射線治療病室の拡充を図る観点から、更なる評価を行う。
3. 患者ががんの診断を受け告知される際には多面的な配慮がなされた環境で十分な説明を受ける必要があることからその評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 外来化学療法加算の評価の充実

- (1) 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 ○○○点 ^改 15歳未満の患者 ○○○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 ○○○点 ^改 15歳未満の患者 700点

② (2) 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

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。

2. 放射線治療病室管理加算の引き上げ

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 ②

3. がん患者に対する病名の告知及び丁寧な説明に対する評価

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。

③ がん患者カウンセリング料 〇〇〇点

[算定要件]

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。

肝炎治療の推進について

第1 基本的な考え方

平成 20 年度よりB型及びC型肝炎のインターフェロン治療に対する医療費助成が開始されたが、副作用に対する不安や多忙であることを理由にインターフェロン治療を断念する患者が見られている。

肝炎のインターフェロン治療について、副作用の不安を解消するための詳細な説明や、長期間の通院が必要な患者の利便性に配慮した専門医とかかりつけ医との連携により治療を継続しやすくする取組について評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 肝炎インターフェロン治療計画料の新設

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。



肝炎インターフェロン治療計画料 〇〇〇点（1人につき1回）

[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。

2. 肝炎インターフェロン治療連携加算の新設

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。



肝炎インターフェロン治療連携加算 〇〇〇点（月1回まで）

[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。

居住系施設等訪問診療料の見直し及び

分かりやすい点数設定について

第1 基本的な考え方

居住系施設等訪問診療料等については、複数の患者に対して訪問診療を行う場合、施設の種類により算定可能な点数が異なっていることから見直しを行う。また、特定集中治療室管理料及び入院中の患者の対診並びに他医療機関受診時の診療報酬算定方法の整理について、分かりやすい点数体系に整理する。さらに、地域の実情に応じた緩和措置等に関して、一部の地域がその対象から外れていることから、対象地域を見直す。

第2 具体的な内容

1. 居住系施設等訪問診療料の見直し

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。

なお、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
【在宅患者訪問診療料】	【在宅患者訪問診療料】
1 在宅での療養を行っている患者	1 <u>2 以外の場合</u> 830点 ㊦

(居住系施設入居者等を除く。) の 場合。 830 点	
2 居住系施設入居者等である患者 の場合。 200 点	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 ㊦

2. 分かりやすい点数設定について

(1) 特定集中治療室管理料の加算の見直し

特定集中治療室管理料の重症者の割合に応じた加算については、その加算要件が既に施設基準に含まれていることを踏まえ、簡素化の観点から加算を廃止して点数を引き上げる。

現 行	改定案
【特定集中治療室管理料】 1 7日以内 8,760 点 2 8日以上14日以内 7,330 点 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。	【特定集中治療室管理料】 1 7日以内 〇〇〇点 ㊦ 2 8日以上14日以内 〇〇〇点 ㊦ (削除)

(2) 入院中の患者の対診及び他医療機関受診時の算定方法の整理

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。

3. 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。

一方、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。

- (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

疾病の重症化予防に対する適正な評価について

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、子宮がん等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、より質の高い指導につなげるため、入院中に加えて外来において再度指導を行った場合の算定を可能にする。

第2 具体的な内容

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】</p> <p style="text-align: right;">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】</p> <p style="text-align: right;">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に対して、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> <p style="text-align: right;">(改)</p>

在宅医療を提供する医療機関の充実

第1 基本的な考え方

患者が安心して在宅医療を受けることができるよう、在宅医療を提供する医療機関の評価を拡充する。特に、在宅への円滑な移行や、在宅医療を支える医療機関間の連携に対する評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 在宅移行早期加算の新設

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。

新 在宅移行早期加算 〇〇〇点 (月1回)

[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。

2. 複数医療機関の在宅療養指導管理料の評価

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。

3. 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>

訪問診療の評価の充実

第1 基本的な考え方

患者・家族にとっては、在宅医療における症状増悪等や看取りの対応への不安が大きいことから、こうした場合に一層手厚い対応が行われるよう、評価を拡充する。

また、小児に係る在宅医療の普及を推進する観点から、新たな評価を設ける。

第2 具体的な内容

1. 往診料の評価の引き上げ

- (1) 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

- (2) また、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。

2. 在宅ターミナルケア加算の要件緩和

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>

3. 乳幼児加算の新設

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。



在宅患者訪問診療料

乳幼児加算 〇〇〇点



退院前在宅療養指導管理料

乳幼児加算 〇〇〇点

在宅における専門医療の評価

第1 基本的な考え方

医療技術の進歩により、在宅にて行える医療の分野も拡大しており、患者が在宅にてより専門的な医療を受けることができるように、その評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 在宅における血液透析の評価の引き上げ

(1) 在宅血液透析指導管理料の評価の引き上げ

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
【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)	【在宅血液透析指導管理料】 (1月につき) 〇〇〇点 ② 2回目以降 2,000点 (初回算定から2月までの間) [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> [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>
【透析液供給装置加算】 (1月につき) 8,000点	【透析液供給装置加算】 (1月につき) 〇〇〇点 ②

(2) 医療機関における透析との併算定要件の見直し

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】</p> <p>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>【人工腎臓】</p> <p>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】</p> <p>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>【腹膜灌流】</p> <p>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>

2. 在宅における難治性皮膚疾患管理の評価

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。



在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料 〇〇〇点

[算定要件]

表皮水疱症患者であって、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

患者のニーズに応じた訪問看護の推進

第1 基本的な考え方

1. 小規模な訪問看護ステーションが未だ多く、利用者のニーズに対応できない場合があるため、週4日以上¹の訪問看護が必要な利用者に対し、訪問看護療養費を算定可能な訪問看護ステーション数の制限を緩和する。
2. 在宅医療における訪問看護の重要性を考慮し、訪問看護のさらなる質の向上を図るため、安全管理体制の整備を要件とし、訪問看護管理療養費を引き上げる。

第2 具体的な内容

- ⑧ 1. 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。

- ⑧ 2. 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¹の指定訪問看護が計画されていること。

3. 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。

訪問看護におけるターミナルケアに係る

評価の見直し

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ターミナルケアを行っている場合には、在宅等での死亡と同様に評価する。

第2 具体的な内容

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	改正案
<p>【訪問看護ターミナルケア療養費】 20,000 円 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 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 (<u>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</u>) ㊦</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 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</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 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</p>

<p>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>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（<u>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</u>） ㊦</p>
<p>【<u>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</u>】 2,000 点 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>【<u>同一建物居住者訪問看護・指導料ターミナルケア加算</u>】 2,000 点 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（<u>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</u>） ㊦</p>

患者の状態に応じた訪問看護の充実

第1 基本的な考え方

1. 患者の状態に応じた訪問看護の充実を図る観点から、医療依存度が高く、処置等に多くの時間を要する重度の褥瘡のある者に対する訪問看護を評価する。
2. また、利用者の身体的状況や暴力・迷惑行為を理由として複数の看護職員で訪問看護を行っている実態があることを踏まえ、看護の困難事例等に対し複数名で行う訪問看護を評価する。

第2 具体的な内容

1. 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	改正案
<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> <p>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</p> <p>二 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血</p>	<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> <p>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</p> <p>二 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血</p>

<p>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</p> <p>三 ドレーンチューブを使用している状態にある者</p> <p>四 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者</p> <p>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>	<p>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</p> <p>三 ドレーンチューブを使用している状態にある者</p> <p>四 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者</p> <p>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> <p>六 真皮を越える褥瘡の状態にある者 改</p> <p>[算定要件] (六について)</p> <p>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。 改</p>
---	---

2. 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。)

(訪問看護療養費)					
新	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; border-bottom: 1px solid black;">複数名訪問看護加算(週1回)</td> <td style="width: 40%; text-align: right; border-bottom: 1px solid black;">看護師等 〇〇〇円</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: right; border-bottom: 1px solid black;">准看護師 〇〇〇円</td> </tr> </table>	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
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	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; border-bottom: 1px solid black;">複数名訪問看護・指導加算(週1回)</td> <td style="width: 40%; text-align: right; border-bottom: 1px solid black;">保健師、助産師又は看護師 〇〇〇点</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: right; border-bottom: 1px solid black;">准看護師 〇〇〇点</td> </tr> </table>	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
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

後期高齢者医療の診療報酬について

第1 基本的な考え方

社会保障審議会医療保険部会において、75歳以上という年齢に着目した診療報酬体系については、後期高齢者医療制度本体の見直しに先行して廃止することとされた。この方針に基づき、診療報酬体系において「後期高齢者」という名称を削除するとともに、各項目の趣旨・目的を踏まえた見直しを行い、原則として対象者を全年齢に拡大する。

第2 具体的な内容

1. 対象者を全年齢に拡大する項目

(1) 医科診療報酬における項目

①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」を削除するとともに、対象者を全年齢に拡大する。ただし、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。

[1月27日提示済み]

②薬剤情報提供料の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</p> <p>注2 <u>後期高齢者手帳記載加算</u> 5点</p> <p><u>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。</u></p>	<p>【薬剤情報提供料】 10点</p> <p>注2 手帳記載加算 〇〇〇点 ㊦</p> <p><u>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。</u></p>

③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>【<u>後期高齢者退院時薬剤情報提供料</u>】</p> <p>100点</p> <p>注 <u>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。</u></p>	<p>【<u>退院時薬剤情報管理指導料</u>】</p> <p>〇〇〇点 ㊦</p> <p>注 <u>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上で、退院に際して当該患者又はその家族等に対して、</u></p>

<p>【薬剤管理指導料】</p> <p>注 退院時服薬指導加算 50点</p> <p>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><u>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>
--	---

③後期高齢者処置及び後期高齢者精神病棟等処置料

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】</p> <p>(1日につき) 12点</p> <p>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つて、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></p> <p>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】</p> <p>(1日につき) 〇〇〇点 改</p> <p>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。</p> <p>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>【後期高齢者精神病棟等処置】</p> <p>15点</p>	<p>【精神病棟等長期療養患者褥瘡等処置】</p> <p>〇〇〇点 改</p>

<p>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つて、結核病棟又は精神病棟に入院している患者であつて入院期間が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></p> <p>イ 創傷処置（熱傷に対するものを除く。）</p> <p>(1) 100cm²以上500cm²未満</p> <p>(2) 500cm²以上3,000cm²未満</p> <p>ロ 皮膚科軟膏処置</p> <p>(1) 100cm²以上500cm²未満</p> <p>(2) 500cm²以上3,000cm²未満</p>	<p>注1 結核病棟又は精神病棟に入院している患者であつて入院期間が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。</p> <p>イ 創傷処置（熱傷に対するものを除く。）</p> <p>(1) 100cm²以上500cm²未満</p> <p>(2) 500cm²以上3,000cm²未満</p> <p>ロ 皮膚科軟膏処置</p> <p>(1) 100cm²以上500cm²未満</p> <p>(2) 500cm²以上3,000cm²未満</p>
---	--

(2) 後期高齢者在宅療養口腔機能管理料（歯科診療報酬）

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。
〔2月3日提示済み〕

(3) 後期高齢者薬剤服用歴管理指導料（調剤報酬）

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。）。
〔2月3日提示済み〕

2. 特に議論のあった項目

(1) 後期高齢者診療料関連

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)

(2) 後期高齢者終末期相談支援料関連

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)

3. 例外的な見直しを行う項目

(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。なお、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。

〔1月27日提示済み〕

(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。

〔1月27日提示済み〕

(3) 後期高齢者総合評価加算〔1月29日提示済み〕

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。

〔1月27日提示済み〕

(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。

〔1月29日提示済み〕