

平成 22 年度診療報酬改定における  
主要改定項目について（案）

## 医療関係職種の役割分担と連携の評価

骨子【重点課題 2-1-(2)】

### 第1 基本的な考え方

1. 急性期入院医療において、手厚い人員体制を確保することで、多職種が連携し、より質の高い医療を提供するとともに、病院勤務医の負担軽減にも寄与するような取組を評価する。
2. 急性期の入院医療においても、患者の高齢化等に伴い、看護補助業務の重要性が増している。病院勤務医の負担軽減の観点からも、医師が行っている業務の一部を看護職員が担いつつ、看護職員でなければできない業務に専念するため、看護補助者の配置を評価する。
3. 急性期入院医療においては、栄養管理や呼吸器装着患者の管理等について、多職種からなるチームによる取組が行われている。このような取組により、医療の質が向上するとともに、病院勤務医の負担軽減にもつながることから、試行的に評価を行う。また、導入後にその影響について検証を行う。

### 第2 具体的な内容

#### 1. 看護補助者の配置の評価

急性期の入院医療を担う 7 対 1 入院基本料及び 10 対 1 入院基本料について、看護補助者の配置の評価を新設する。



急性期看護補助体制加算 (1 日につき)

1	急性期看護補助体制加算 1 (50 対 1)	120 点
2	急性期看護補助体制加算 2 (75 対 1)	80 点

[算定要件]

- (1) 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）及び専門病棟入院基本料であって7対1入院基本料又は10対1入院基本料の届出病棟に入院している患者であること。
- (2) 14日を限度として算定できることとする。

[施設基準]

- (1) 1日の入院患者数に対する看護補助者の配置数が、50対1又は75対1以上であること。  
※ ただし、看護補助者の配置については傾斜配置できるものとする。
- (2) 年間の緊急入院患者数が200名以上の実績を有する病院、又は総合周産期母子医療センターであること。
- (3) 一般病棟用の重症度・看護必要度の基準を満たす患者の割合が7対1入院基本料においては15%以上、10対1入院基本料においては10%以上であること。
- (4) 看護補助者に対し、急性期看護における適切な看護補助のあり方に関する院内研修会を行っていること。

## 2. 多職種からなるチームによる取組の評価

- (1) 急性期の入院医療を行う一般病棟において、栄養障害を生じている患者又は栄養障害を生じるリスクの高い患者に対して、医師、看護師、薬剤師及び管理栄養士などからなるチームを編成し、栄養状態改善の取組が行われた場合の評価を新設する。



### 栄養サポートチーム加算 200点（週1回）

[対象患者]

一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）、専門病院入院基本料のうち、7対1入院基本料又は10対1入院基本料の届出病棟に入院している患者のうち、栄養管理実施加算が算定されており、栄養障害を有すると判定された者 等

[算定要件]

- ① 対象患者に対する栄養カンファレンスと回診の開催（週1回程度）
- ② 対象患者に関する栄養治療実施計画の策定とそれに基づくチーム診療
- ③ 1日当たりの算定患者数は、1チームにつき概ね30人以内とすること 等

#### [施設基準]

当該保険医療機関内に、専任の①～④により構成される栄養管理に係るチームが設置されていること。また、以下のうちのいずれか1人は専従であること。

- ① 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤医師
- ② 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤看護師
- ③ 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤薬剤師
- ④ 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤管理栄養士

上記のほか、歯科医師、歯科衛生士、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、言語聴覚士が配置されていることが望ましい。

(2) 栄養サポートチーム加算の新設に合わせ、後期高齢者退院時栄養・食事指導料は廃止する。

(3) 一般病棟において、医師、看護師、臨床工学技士、理学療法士などからなるチームにより、人工呼吸器の離脱に向け、適切な呼吸器設定や口腔状態の管理等を総合的に行う場合の評価を新設する。



#### 呼吸ケアチーム加算 150点(週1回)

#### [算定要件]

- ① 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟)及び専門病棟入院基本料の届出病棟に入院しており、48時間以上継続して人工呼吸器を装着している患者であること。
- ② 人工呼吸器装着後の一般病棟での入院期間が1か月以内であること。
- ③ 人工呼吸器離脱のための医師、専門の研修を受けた看護師等による専任のチーム(呼吸ケアチームという)による診療等が行われた場合に週1回に限り算定する。

#### [施設基準]

当該保険医療機関内に、専任の①～④により構成される呼吸ケアチームが設置されていること。

- ① 人工呼吸器管理等について十分な経験のある医師
- ② 人工呼吸器管理等について6か月以上の専門の研修を受けた看護師
- ③ 人工呼吸器等の保守点検の経験を3年以上有する臨床工学技士
- ④ 呼吸器リハビリテーションを含め5年以上の経験を有する理学療法士

## 在宅復帰後を見越した地域連携の評価

骨子【重点課題 2-4】

### 第1 基本的な考え方

1. 地域連携診療計画において、亜急性期・回復期の病院を退院後に通院医療・在宅医療を担う病院・診療所や、リハビリテーション等の医療系サービスを担う介護サービス事業所までも含めた計画を運用することにより、退院後も切れ目ない医療を提供できることから、退院後の療養を見越した地域連携診療計画の運用について評価を行う。
2. 退院後の生活を見通し、入院後比較的早期から、介護サービスの導入を見越した居宅介護支援事業者等と連携する取組について評価を行う。

### 第2 具体的な内容

1. 地域連携診療計画において、退院後の通院医療・リハビリテーション等を担う病院・診療所・介護サービス事業所等を含めた連携と情報提供が行われた場合の評価を新設する。

現 行	改定案
<p>【地域連携診療計画退院時指導料】 (退院時 1 回) 600点</p>	<p>【地域連携診療計画退院時指導料<sup>1</sup>】 (退院時 1 回) 600点</p>
	<p>【<u>地域連携診療計画退院計画加算</u>】 100点 <b>新</b></p> <p>[算定要件] 患者ごとに策定された地域連携診療計画に沿って、退院後の療養を担う保険医療機関又は介護サービス事業所と連携を行い、退院後の診療計画について、文書で退院後の療養を担う医</p>

	<p>療機関や介護サービス事業所等に提供した場合に地域連携診療計画退院時指導料 1 に加算する。</p> <p><b>【地域連携診療計画退院時指導料 2】</b>  (退院後初回月に 1 回) <u>300 点</u> <b>新</b></p> <p>[算定要件]</p> <p>(1) 診療所又は許可病床数 200 床未満の病院において、地域連携診療計画に基づき、地域連携診療計画退院時指導料 1 を算定する医療機関を退院後の患者に対して、外来医療を提供した場合に、初回月に算定する。</p> <p>(2) 退院日の属する月の翌月までに、地域連携診療計画管理料を算定する医療機関に対して、診療状況を報告すること。</p>
--	---

2. 退院後に介護サービスの導入や区分の変更が見込まれる患者に対し、見込みがついた段階から、入院中の医療機関の医師又は医師の指示を受けた看護師等がケアマネジャーと共同で、患者に対し、介護サービスの必要性等について指導を行うとともに、退院後の介護サービスに係る必要な情報共有を行った場合の評価を新設する。

**新** 介護支援連携指導料 300 点 (入院中 2 回)

[算定要件]

- (1) 入院中の医療機関の医師又は医師の指示を受けた看護師・薬剤師・理学療法士、社会福祉士等が、入院中の患者の同意を得て、居宅介護支援事業者等の介護支援専門員と退院後に利用可能な介護サービス等について共同して指導を行った場合に、入院中 2 回に限り算定する。
- (2) 退院時共同指導料の多職種連携加算 (B005 注 3) を算定する場合には、同日に行った指導について、介護支援連携指導料は算定できない。

## がん診療連携拠点病院の評価

骨子【I-1-(1)】

### 第1 基本的な考え方

がん医療については、がん対策推進基本計画において、がん診療連携拠点病院が医療提供の拠点施設として位置付けられていることを踏まえ、がん診療連携拠点病院におけるカンサーボードの開催、院内がん登録の更なる充実も含めて、一層の評価を行う。

### 第2 具体的な内容

全てのがん診療連携拠点病院に対し、カンサーボードの設置や院内がん登録の実施が求められていることを踏まえ、質の高いがん診療の提供に対する一層の評価を行うため、がん診療連携拠点病院加算を引き上げる。

現 行	改定案
<p>【がん診療連携拠点病院加算】 (入院初日)</p> <p style="text-align: right;">400点</p> <p>[算定要件]</p> <p>1. がん診療連携拠点病院であること。</p>	<p>【がん診療連携拠点病院加算】 (入院初日)</p> <p style="text-align: right;">500点 ②</p> <p>[算定要件]</p> <p>1. がん診療連携拠点病院であること。 2. <u>カンサーボードを設置しており、 看護師、薬剤師等の医療関係職種が参 加していることが望ましい。</u></p>

## がん治療及び丁寧な説明に対する評価の充実

骨子【I-1-(2)】

### 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. がんと診断された患者が、診断内容、治療方針、予後等の説明を受けの際に、プライバシーの確保、精神的なケアに十分な配慮がなされた場合に評価を行う。

### 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	イ	外来化学療法加算 1 550点 ②
	15 歳未満の患者 700 点		15歳未満の患者 750点 ②
ロ	外来化学療法加算 2 390 点	ロ	外来化学療法加算 2 420点 ②
	15 歳未満の患者 700 点		15歳未満の患者 700点



## (2) 介護老人保健施設入所者に対する抗悪性腫瘍剤注射薬の算定

外来化学療法加算1又は2の届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

放射線治療病室を用いた治療に対する評価を拡充する。

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)  2,500点 ②

## 3. がん患者に対する丁寧な説明の評価

がんの診断及び治療方針の説明を行う際に、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。

### ② がん患者カウンセリング料 500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か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、丁寧に説明を行った場合に算定する。

## 精神科慢性期入院医療に係る評価

骨子【I-5-(2)】

### 第1 基本的な考え方

今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会が取りまとめた「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」（平成21年9月24日）において、「入院医療中心から地域医療中心へ」という基本理念を推進し、精神疾患にかかった場合でも質の高い医療、症状・希望等に応じた適切な医療・福祉サービスを受け、地域で安心して自立した生活を継続できる社会を実現することが謳われた。

そこで、この方針に従い、診療報酬上必要な評価を行う。

### 第2 具体的な内容

#### 1. 精神科地域移行実施加算の評価の引き上げ

入院期間が5年を超える長期入院患者を、直近1年間で5%以上減少させた実績のある医療機関に対する評価を引き上げる。

現 行	改定案
【精神科地域移行実施加算】 (1日につき) 5点	【精神科地域移行実施加算】 (1日につき) 10点 ㊦

#### 2. 非定型抗精神病薬加算の見直し

統合失調症患者に対して投与する抗精神病薬の種類数を国際的な種類数と同程度としていることについて、精神科救急入院料等の特定入院料の非定型抗精神病薬加算※において評価する。

※以下の特定入院料への加算

- A311 精神科救急入院料、A311-2 精神科急性期治療病棟入院料、
- A311-3 精神科救急・合併症入院料、A312 精神療養病棟入院料

現 行	改定案
<b>【非定型抗精神病薬加算】</b> (1日につき) 10点	<b>【非定型抗精神病薬加算】</b> (1日につき) <u>非定型抗精神病薬加算 1</u> 15点 ⑨ <u>非定型抗精神病薬加算 2</u> 10点 ⑩ [算定要件] (1) 非定型抗精神病薬加算 1 使用している抗精神病薬の種類が 2種類以下であること (2) 非定型抗精神病薬加算 2 1以外の場合

### 3. 精神療養病棟入院料への重症度評価の導入

精神療養病床について、患者の状態像によらず一律の評価となっていることを見直し、重症度に応じた加算を新設する。

現 行	改定案
<b>【精神療養病棟入院料】</b> (1日につき) 1,090点	<b>【精神療養病棟入院料】</b> (1日につき) 1,050点 ⑩  <u>重症者加算 (1日につき)</u> 40点 ⑨ [算定要件] 重症者加算：当該患者のGAFスコアが 40以下であること。

## 医療安全対策の推進について

骨子【Ⅱ－3】

### 第1 基本的な考え方

1. 医療安全対策については、医療の高度化、複雑化、患者の高まるニーズに対応するため、更なる普及が進むよう、評価を行う。また、感染症の専門的な知識を有する医療関係職種から構成されるチームによる病棟回診や、抗生剤の適正使用の指導・管理等の感染防止対策の取組の評価を行う。
2. 医薬品安全性情報等の管理体制が充実している医療機関において、入院患者に対して薬学的管理指導を実施した場合に評価を行う。
3. 医療機器の安全管理に関し、さらなる評価を行う。

### 第2 具体的な内容

#### 1. 医療安全対策加算の充実

医療安全対策加算について、評価の引き上げを行うとともに、より多くの病院において医療安全対策を推進する観点から、質を担保しつつ、要件を緩和した評価を新設する。

また、感染症の専門的な知識を有する医療関係職種から構成されるチームによる病棟回診や、抗生剤の適正使用の指導・管理等の感染防止対策の取組の評価を行う。

現 行	改定案
<p>【医療安全対策加算】（入院初日）</p> <p>50点</p>	<p>【医療安全対策加算】（入院初日）</p> <p>1 医療安全対策加算 1      85点 ②</p> <p>2 医療安全対策加算 2      35点 ③</p> <p>[算定要件]</p> <p>(1) <u>医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が配置されていること。</u></p> <p>(2) その他の基準は1と同様。</p> <p>3 <u>感染防止対策加算</u>（入院初日）</p> <p>100点 ④</p> <p>[算定要件]</p> <p>(1) 医療安全対策加算1の届け出を行っている医療機関において、感染防止対策についてさらなる取組を行っている場合に算定する。</p> <p>(2) 感染症対策に3年以上の経験を有する常勤医師、感染管理に係る6か月以上の研修を修了した看護師のうち専従1名、専任1名以上が配置されていること。</p> <p>(3) 3年以上の病院勤務経験をもつ専任の薬剤師、臨床検査技師が配置されていること。</p> <p>(4) 感染防止対策部門の設置、感染対策チームが広域抗生剤等（カルバペネム、バンコマイシン等）の使用を管理していること。</p>

## 2. 医薬品安全性情報等の管理体制の充実

医療機関における医薬品安全性情報等の管理体制の更なる充実を図るため、医薬品情報管理室において更に質の高い医薬品安全性情報等の管

理を行っている場合に、薬剤管理指導料に加算を設ける。

(薬剤管理指導料)



医薬品安全性情報等管理体制加算 50点

[算定要件]

薬剤管理指導料の初回算定時に算定する。

[施設基準]

医薬品情報管理室において当該医療機関における医薬品の使用状況を把握するとともに、医薬品の安全性に係る重要な情報を把握した際に、速やかに必要な措置を講じる体制を有していること。

### 3. 医療機器安全管理料の充実

医療機器の安全使用を推進するため、医療機器の安全管理に関し、さらなる評価を行う。

現 行		改定案	
医療機器安全管理料 1	50点	医療機器安全管理料 1	100点 改
医療機器安全管理料 2	1,000点	医療機器安全管理料 2	1,100点 改

### 4. 透析液の水質管理について

人工腎臓における合併症防止の観点から、使用する透析液についてより厳しい水質基準が求められている。こうした基準を満たした透析液を使用していることに対する評価を新設する。

「Ⅱ－４－①」の第２の２.を参照のこと（後述）。

## 質が高く効率的な急性期入院医療の推進について

骨子【Ⅲ－１－(1)】

### 第1 基本的な考え方

1. 今回の診療報酬改定における入院基本料の引上げ等、急性期医療の更なる評価については、DPCにおいても、従前からの診療報酬改定における取扱いを踏まえながら、診断群分類点数表の改定及び医療機関別係数の設定等、所要の措置を講ずる。
2. DPCの円滑導入のために設定されていた調整係数については、今回の改定を含め今後段階的に、新たな機能評価係数への置換えを実施する。
3. DPCにおける包括点数の設定方法及び包括範囲等について、診療実態に即した所要の見直しを行う。

### 第2 具体的な内容

#### 1. 入院基本料等の引上げ及び改定率の反映

急性期医療の更なる評価に伴う入院基本料等の引上げについては、診断群分類点数表の設定時に実態に即して算入することで反映させる。

入院基本料等加算の引上げ等については、機能評価係数に反映させる。改定率については、医療機関別係数の計算において反映させる。

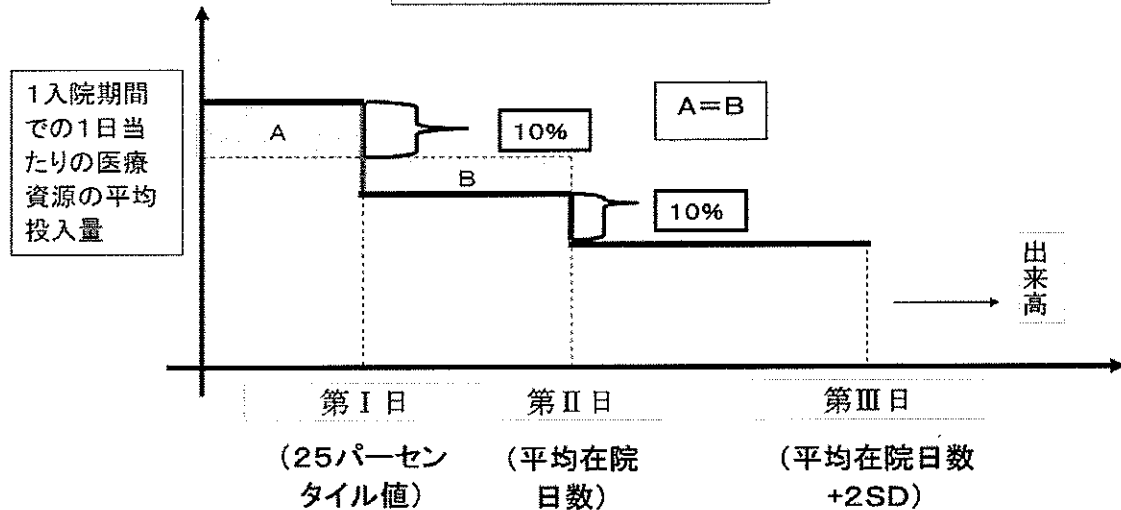
#### 2. DPCにおける調整係数の段階的廃止・新たな機能評価係数の導入

激変緩和の観点から、今回の改定では調整係数の一部を、新たな機能評価係数に置き換え評価する。

##### (1) 今回導入する新たな機能評価係数

以下の項目について、新たな機能評価係数として導入する。

## 設定方法C



### 4. DPCにおける包括範囲の見直し

診断群分類点数表において包括評価されている以下の項目については、より適切な評価方法に見直す。

② (1) 以下のものについては、出来高評価とする。

- ①無菌製剤処理料
- ②術中迅速病理組織標本作製
- ③HIV感染症に使用する抗ウイルス薬（HIV感染症治療薬）
- ④血友病等に使用する血液凝固因子製剤
- ⑤慢性腎不全で定期的に実施する人工腎臓及び腹膜灌流

② (2) 以下のものについては、機能評価係数での評価とする。

検体検査管理加算

### 5. その他

- (1) 特別入院基本料を算定する場合の機能評価係数を設定する。
- (2) 医療法標準を満たさない場合は出来高にて算定する。
- (3) 診療報酬明細書の様式を見直し、現行では別ファイルで提出しているコーディングデータについて、1ファイルで提出可能とすると共に、特定入院料等を算定している場合であっても、コーディングの確認に必要な診療情報は入力を求める。



## 後発医薬品の使用促進について

骨子【IV-1】


### 第1 基本的な考え方

1. これまで、後発医薬品の使用促進のため、処方せん様式の変更、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則等の改正、薬局の調剤基本料における後発医薬品調剤体制加算の新設等の取組を行ってきた。

しかしながら、政府目標に比し後発医薬品の使用割合は未だに低い状況にあり、入院、外来を問わず全体として後発医薬品の使用を進めていく必要があるため、「後発医薬品の使用促進のための環境整備の骨子」に基づき、環境整備を行う。

2. 一般的に、後発医薬品の薬価は先発医薬品の薬価よりも低いため、診療報酬上の評価（後発医薬品調剤体制加算等）の対象とし、その使用を促進してきており、これまでは、薬事法上の後発医薬品を「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」として公表してきた。

平成22年度薬価改定の結果、別紙に掲げる一部の後発医薬品の薬価が、先発医薬品の薬価よりも高くなる見込みであり、これら薬価が高くなる品目を診療報酬上の評価の対象とすることは、患者の負担軽減等に資する医薬品の使用を進めるという本来の趣旨にそぐわないことから、平成22年4月以降、これらの品目を「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」のリストから除外し、診療報酬上の評価の対象には含めないこととする。

以下、本資料中の「後発医薬品」の記載について、先発医薬品よりも薬価が高い後発医薬品を除外した後の「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」という趣旨で記載している場合には、「\*」を付すこととする。

### 第2 具体的な内容

1. 薬局の調剤基本料における後発医薬品調剤体制加算の見直し

なお、外用薬は、処方医への確認を要しない変更調剤の対象外とする。

- (注4) 例えば、先発医薬品：カプセル剤 → 後発医薬品\*：錠剤に変更  
先発医薬品：口腔内崩壊錠 → 後発医薬品\*：普通錠に変更

なお、先発医薬品と後発医薬品\*との間で同等性が確認されている範囲での変更に限る。

### (3) 医療機関と薬局の後発医薬品への変更に係る情報共有について

#### ① 処方医が、

ア 処方せんに記載した先発医薬品又は後発医薬品の一部について、含量規格が異なる後発医薬品\*への変更に差し支えがあると判断した場合、及び

イ 先発医薬品又は後発医薬品の一部について、類似した別剤形の後発医薬品\*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、当該先発医薬品等の銘柄名の近傍に「含量規格変更不可」や「剤形変更不可」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 薬局において、含量規格が異なる後発医薬品\*又は類似した別剤形の後発医薬品\*への変更調剤を行った場合には、調剤した薬剤の銘柄、含量規格、剤形等について、当該処方せんを発行した医療機関に情報提供することとする。

### 3. 医療機関における後発医薬品\*を積極的に使用する体制の評価

医療機関における後発医薬品\*の使用を進めるため、薬剤部門が後発医薬品\*の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ院内の薬事委員会等で採用を決定する体制を整えるとともに、後発医薬品\*の採用品目数の割合が20%以上の医療機関について、薬剤料を包括外で算定している入院患者に対する入院基本料の加算を新設する。



## 〔算定要件〕

投薬又は注射に係る薬剤料を包括外で算定している入院患者について、入院初日に限り所定点数に加算する。

※ 該当する主な入院基本料：

一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料及び有床診療所入院基本料（いずれも特別入院基本料を含む。）

## 〔施設基準〕

- (1) 薬剤部門において後発医薬品\*の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ院内の薬事委員会等で後発医薬品\*の採用を決定する体制を整えていること。
- (2) 後発医薬品\*の採用品目数の割合が全採用医薬品の20%以上であること。
- (3) 入院・外来を問わず後発医薬品\*の使用に積極的に取り組んでいる旨の院内掲示を行っていること。

## 4. 保険医療機関及び保険医療養担当規則等の改正

外来患者が、より後発医薬品\*を選択しやすいようにするため、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。

保険医は、投薬又は処方せんの交付を行うに当たって、後発医薬品\*の使用を考慮するとともに、患者に後発医薬品\*を選択する機会を提供すること等患者が後発医薬品\*を選択しやすくするための対応に努めなければならない。

## 後期高齢者医療の診療報酬について

骨子【V】

### 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どおりの出来高による算定も可能とする。

「重点課題2-1-①」の第2の5. を参照のこと。

###### 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
<b>【薬剤情報提供料】</b> 10点 注2 <u>後期高齢者手帳記載加算</u> 5点 <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>	<b>【薬剤情報提供料】</b> 10点 注2 <u>手帳記載加算</u> 3点 改 <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>

### 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が退院後も継続的に行えるような取組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
<b>【後期高齢者退院時薬剤情報提供料】</b> 100点 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は、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。）</u> に関して当該患者	<b>【退院時薬剤情報管理指導料】</b> 90点 改 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は、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。）</u> に関して当該患者の手帳

<p>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】</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>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>退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導</u>を行った場合に、退院の日1回に限り算定する。</p> <p>(廃止)</p>
---	---

#### ④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) 24点 ㊦</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>