

参 考 資 料

(中央社会保険医療協議会総会 平成20年2月13日資料「中医協
総-1」より抜粋)

ハイリスク妊産婦管理の充実・拡大

骨子【緊急課題－１－(1)】

第１ 基本的な考え方

合併症等によりリスクの高い分娩を伴う妊産婦の入院について、平成18年度診療報酬改定において、ハイリスク分娩管理加算を新設し、診療報酬上の評価を行った。

さらに、こうした評価を勤務医の負担軽減につなげるため、ハイリスク分娩管理加算については、産科勤務医の負担軽減のための計画作成を義務付けるとともに、評価の引き上げを行う。

また、ハイリスク分娩管理加算の対象となっていない妊婦でもリスクの高い分娩があることや、分娩を伴わなくてもリスクの高い妊娠があるため、そうした患者の継続的な管理についても、診療報酬上の評価を行う。

このほか、こうした患者を診療する上で必要な検査であるノンストレステストの対象者の拡大も行う。

第２ 具体的な内容

1 ハイリスク分娩管理加算の対象拡大と評価の引き上げ

現 行	改正案
<p>【ハイリスク分娩管理加算】（1日につき） 1,000点</p> <p>[対象者] 妊娠22週から27週の早産、40歳以上の初産婦、分娩前のBMIが35以上の初産婦、糖尿病合併妊娠、妊娠高血圧症候群重症、常位胎盤早期剥離</p>	<p>【ハイリスク分娩管理加算】（1日につき） <u>2,000点</u></p> <p>[対象者] 妊娠22週から<u>32週未満</u>の早産、40歳以上の初産婦、分娩前のBMIが35以上の初産婦、妊娠高血圧症候群重症、<u>常位胎盤早期剥離、前置胎盤、双胎間輸血症候群、心疾患、糖尿病、特発性血小板減少性紫斑病、白血病、血友病、出血傾向及びHIV陽性等の妊産婦</u></p> <p>[施設基準等] <u>病院勤務医の負担の軽減に資する体制が整備されていること</u></p>

改

新 2 ハイリスク妊娠管理加算 1,000点（1日につき）

[対象者]

妊娠22週から32週未満の早産、妊娠高血圧症候群重症、前置胎盤、妊娠30週未満の切迫早産、心疾患、糖尿病、甲状腺疾患、腎疾患、膠原病、特発性血小板減少性紫斑病、白血病、血友病、出血傾向、HIV陽性及びRh不適合等のいずれかを合併する妊婦

3 ノンストレステストの対象の拡大

現 行	改正案
<p>【ノンストレステスト】</p> <p>[対象者]</p> <p>妊娠中毒症、子宮内胎児発育不全、胎盤機能不全、多胎妊娠、Rh不適合若しくは羊水異常症、子宮収縮抑制剤使用時又は糖尿病、甲状腺機能亢進症、膠原病若しくは心疾患である妊娠中の患者に対して行った場合</p> <p>[算定回数]</p> <p>入院中では1週間につき1回に限り、入院中以外では1月につき1回に限り算定</p>	<p>【ノンストレステスト】</p> <p>[対象者]</p> <p><u>40歳以上の初産婦、BMIが35以上の初産婦、妊娠高血圧症候群、子宮内胎児発育不全、常位胎盤早期剥離、前置胎盤、胎盤機能不全、多胎妊娠、羊水異常症、切迫早産、子宮収縮抑制剤使用時又は心疾患、糖尿病、甲状腺疾患、腎疾患、膠原病、特発性血小板減少性紫斑病、白血病、血友病、出血傾向、HIV陽性及びRh不適合等の妊婦</u></p> <p>[算定回数]</p> <p>入院中では1週間につき<u>3回</u>に限り、入院中以外では<u>1週間</u>につき1回に限り算定</p>

改

地域で中核となる病院に勤務する医師の 負担軽減の評価

骨子【緊急課題－２－(4)】

第1 基本的な考え方

地域の中核病院として、十分な人員配置及び設備等を備え、産科、小児科、精神科等を含む総合的かつ専門的な急性期医療をいつでも提供できる入院機能、及び地域の他の医療機関との連携体制に基づく外来の縮小等の勤務医の負担軽減のための取組を評価する。

第2 具体的な内容

新 入院時医学管理加算 120点（1日につき、14日を限度）

[算定要件]

- 1 特定機能病院・専門病院入院基本料を算定する病院以外の病院であること
- 2 急性期医療を行うにつき十分な体制が整備されていること
 - (1) 産科、小児科、内科、整形外科及び脳神経外科に係る入院医療を提供していること
 - (2) 精神科による24時間対応が可能な体制が取られていること
- 3 病院勤務医の負担の軽減に資する体制が整備されていること
 - (1) 外来診療を縮小するための体制を確保していること
 - (2) 病院勤務医の負担の軽減に資する計画（例：医師・看護師等の業務分担、医師に対する医師事務作業補助体制、地域医療機関との連携体制、外来縮小計画等）を策定し、職員等に対して周知していること
 - (3) 特別な関係にある医療機関での勤務時間も含めて、勤務医の勤務時間を把握するとともに、勤務医負担の軽減及び医療安全の向上に資するための計画を策定し、職員等に対して周知していること（例：連続当直は行わないシフトを組むこと、当直後の通常勤務について配慮すること等）
- 4 急性期医療に係る実績を相当程度有していること
入院患者のうち、全身麻酔件数が年800件以上であること 等

※ 既存の入院時医学管理加算の要件は廃止する

勤務医の事務作業を補助する職員の 配置の評価

骨子【緊急課題－3】

第1 基本的な考え方

病院勤務医の負担軽減を図るため、地域の急性期医療を担う病院（特定機能病院を除く。）において、医師の事務作業を補助する職員（以下「医師事務作業補助者」という。）を配置している場合の評価を新設する。

第2 具体的な内容

入院基本料等加算の新設

新 医師事務作業補助体制加算（入院初日）

1	25対1補助体制加算	355点
2	50対1補助体制加算	185点
3	75対1補助体制加算	130点
4	100対1補助体制加算	105点

（対届出一般病床数比での医師事務作業補助者の配置数による）

[算定要件]

- 1 地域の急性期医療を担う病院であって、医師が必ずしも自ら行う必要のない書類作成等の業務について、医師以外の者に担わせることができる体制が整備されていること
- 2 一般病床に入院した患者について、入院基本料等加算（入院初日）として評価する

[施設基準]

- 1 病院勤務医の負担軽減に資する計画を策定し、院内掲示を行い、職員等に対して周知していること。その計画に基づき、診療科間の業務の繁閑の実情を踏まえて、専従の医師事務作業補助者を配置していること。加えて、新規に医師事務作業補助者を配置する際には最低6ヶ月の研修（職場内研修を含む。）を実施し、実際に病院勤務医の負担軽減に資する業務を遂行できる体制であること
- 2 医師事務作業補助者の業務範囲については、「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」（平成19年12月28日医政発第1228001号）にある、「2 役割分担の具体例（1）医師、看護師等の医療関係職と事務職員等との役割分担 1）書類作成等」に基づき、院内規程が整備されていること
- 3 加えて、「診療録等の記載について」（昭和63年5月6日総第17号等）、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」（平成

18年4月21日医政発第0421005号等)、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」(平成19年3月30日医政発第0330033号)等に準拠した体制が整備されていること

4 以上の計画、体制整備に係る院内規程を文書で届け出ること

[病院の担う機能と算定可能な医師事務作業補助体制加算の関係]

病院機能	25対1	50対1	75対1	100対1
第三次救急医療機関	○	○	○	○
総合周産期母子医療センター	○	○	○	○
小児救急医療拠点病院	○	○	○	○
災害拠点病院	×	○	○	○
へき地医療支援病院	×	○	○	○
地域医療支援病院	×	○	○	○
緊急入院患者を受け入れている医療機関*	×	○	○	○

※ 年間の緊急入院患者数が200名以上の実績を有する病院(200名以上の緊急入院患者とは、特別の関係にある保険医療機関等から搬送される患者等を除くものであること。)

[医師事務作業補助者の業務範囲]

- 1 診断書などの文書作成補助、診療記録への代行入力、医療の質の向上に資する事務作業(診療に関するデータ整理、院内がん登録等の統計・調査、医師の教育や臨床研修のカンファレンスのための準備作業等)並びに行政上の業務(救急医療情報システムへの入力、感染症のサーベイランス事業等)への対応を医師の指示の下に行う
- 2 医師以外の職種の指示の下に行う業務、診療報酬の請求事務、窓口・受付業務、医療機関の経営、運営のための基礎データ収集業務、看護業務の補助並びに物品運搬業務等については行わないこと

明細書の発行の義務化及び電子化加算の見直し

骨子【I-1】

第1 基本的な考え方

1 保険医療機関及び保険医療養担当規則の改正

レセプトオンライン化が義務化され、個別の診療報酬点数の算定項目の分かるレセプト並みの明細書を、即時に発行できる基盤が整うこととなる医療機関^{※1}については、患者からの求めがあった場合には、明細書の発行を義務付ける^{※2}。その際、DPC対象病院においては、レセプト提出時に包括評価部分に係る診療行為の内容が分かる情報が添付されることと合わせ、入院中に使用された医薬品及び行われた検査について、その名称を付記することが望ましい。明細書の発行の際、費用徴収を行う場合にあっては、実質的に明細書の入手の妨げとなるような料金を設定してはならない。

※1 具体的な医療機関の範囲（平成20年度よりレセプトオンライン化が義務付けられる医療機関と同様）

- ① 医療法上の許可病床数が400床以上の医療機関であること
- ② レセプト電算システムが導入されていること

※2 レセプト並みの明細を記載した領収書が発行された場合には、明細書が発行されたものとして取り扱う（別に明細書が発行する必要はない。）。

2 電子化加算（初診料への加算）

レセプトオンライン化の義務化の進捗状況を踏まえ、オンライン請求の基盤が整いつつあると見込まれる医療法上の許可病床数が400床以上の病院については、電子化加算の役割が終了したことから、同加算の算定対象外とする。

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の改正

第1の1※1に該当する保険医療機関は、患者から求められたときは、診療費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない旨を規定する。

2 電子化加算

[算定要件]

400床以上の病院は電子化加算の算定対象外とする

[施設基準]

患者から求めがあった時に、算定した診療報酬の区分・項目の名称及びその点数又は金額を記載した詳細な明細書を交付する体制を整えていることを選択要件にして、電子化加算の施設基準を届け出ている保険医療機関について、明細書を交付する旨を掲示することを規定する

外来管理加算の意義付けの見直し

骨子【I-2-(4)】

第1 基本的な考え方

外来管理加算は、処置、リハビリテーション等を行わずに医学管理を行った場合に、再診料に加算されるものであるが、その提供される医療サービスの内容が患者にとって実感しにくいとの指摘がある。

これを踏まえ、外来管理加算を見直し、外来で継続的な治療管理を要する患者に対し、医師が患者の療養上の疑問に答え、疾病・病状や療養上の注意等に係る説明を懇切丁寧に行うなどの、療養継続に向けた医師の取組への評価とする。

第2 具体的な内容

問診と詳細な身体診察（視診、聴診、打診及び触診）による診察結果を踏まえて、患者に対する症状の再確認を行いつつ、病状や療養上の注意点等を患者に説明し、その要点を診療録に記載することとする。また、医師は患者の療養上の疑問や不安を解消するための取組を行う。

併せて、これらの診察及び説明等に要する時間の目安を設ける。

[提供される診療内容]

1 問診し、患者の訴えを総括する

「今日伺ったお話しでは、『前回処方した薬を飲んで、熱は下がったけれど、咳が続き、痰の切れが悪い。』ということですね。」

2 身体診察によって得られた所見及びその所見に基づく医学的判断等の説明

「診察した結果、頸のリンパ節やのどの腫れは良くなっていますし、胸の音も問題ありません。前回に比べて、ずいぶん良くなっていますね。」

3 これまでの治療経過を踏まえた、療養上の注意等の説明・指導

「先日の発熱と咳や痰は、ウイルスによる風邪の症状だと考えられますが、〇〇さんはタバコを吸っているために、のどの粘膜が過敏で、ちょっとした刺激で咳が出やすく、痰がなかなか切れなくなっているようです。」

「症状が落ち着くまで、しばらくの間はタバコを控えて、部屋を十分に加湿し、外出する時にはマスクをした方が良いですよ。」

4 患者の潜在的な疑問や不安等を汲み取る取組

「他に分からないことや、気になること、ご心配なことはありませんか。」

5 1～4については、患者からの聴取事項や診察所見の要点を診療録に記載する。また、これらの診察には最低でも5分の時間を要すると考え、診察時間の目安とする。

急性期後の入院機能の評価

骨子【Ⅱ－１－(3)】

第1 基本的な考え方

急性期入院医療においては、平均在院日数が減少する等、より効率的な医療が提供されてきている。

一方、高齢化に伴って、様々な慢性疾患を持つ患者が増えており、急性期の疾病が軽快しても、慢性疾患の安定化を図る必要がある場合も多い。このような、急性期治療を経過した患者に対して、在宅復帰支援機能を有する医療機関において、効率的かつ密度の高い急性期後の入院医療を行った場合について評価する。

第2 具体的な内容

急性期治療を経過した患者に対して、効率的かつ密度の高い医療を提供するために、一般病棟の病室を単位として算定するもの。

新 亜急性期入院医療管理料 2 2,050点

（60日を限度。200床未満の病院に限る。）

[算定要件]

- 1 以下の患者が当該病室に入院している患者のうち2/3以上であること。
7対1入院基本料、10対1入院基本料を算定している病棟（一般病棟、特定機能病院、専門病院）、入院時医学管理加算、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニットのいずれかを算定している病床等から転床（転院）してきた患者で、当該管理料の算定を始める時点において、疾患の主たる治療の開始日より3週間以内である患者
- 2 当該病室の病床数は、当該保険医療機関の有する一般病床の数の3割以下であること

ほか、既存の亜急性期入院医療管理料の基準と同様

回復期リハビリテーション病棟に対する 質の評価の導入

骨子【Ⅱ-2-(1)】

第1 基本的な考え方

今後の急速な人口高齢化による脳卒中患者の増加等に的確に対応するため、回復期リハビリテーション病棟の要件に、試行的に質の評価に関する要素を導入し、居宅等への復帰率や、重症患者の受入割合に着目した評価を行うとともに、病棟におけるリハビリテーションの実施状況を踏まえて、当該病棟における医師の専従配置を緩和する。

第2 具体的な内容

- 1 在宅復帰率、重症患者の受入割合等に着目し病棟ごとの質に応じた診療報酬上の評価を行う。

現 行	改正案
<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】 1, 680点</p> <p>[算定要件] 回復期リハビリテーションを要する状態の患者を8割以上入院させていること</p> <p>[施設基準] 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）若しくは（Ⅱ）、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）又は呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）の届出を行っていること</p>	<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料1】 1, 690点</p> <p>[算定要件] 回復期リハビリテーションを要する状態の患者を8割以上入院させており、かつ以下の要件を満たすこと</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 当該病棟において新規入院患者のうち1割5分以上が重症の患者であること 2 当該病棟において退院患者のうち、他の保険医療機関への転院した者等を除く者の割合が6割以上であること <p>[施設基準] 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）若しくは（Ⅲ）、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）又は呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）の届出を行っていること</p>

改

新

【重症患者回復病棟加算】

50点（1日につき）

[算定要件]

重症の患者の3割以上が退院時に日常生活機能が改善していること

[施設基準]

回復期リハビリテーション病棟入院料1の届出を行っている病棟であること

【回復期リハビリテーション病棟入院料2】

1,595点

[算定要件]

当該病棟において、回復期リハビリテーションを要する状態の患者を8割以上入院させ、かつ回復期リハビリテーション病棟入院料1の基準を満たさないもの

[施設基準]

心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）若しくは（Ⅲ）、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）又は呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）の届出を行っていること

改

2 回復期リハビリテーション入院料を算定する施設基準の要件の中で、医師の専従配置要件を見直す。

[施設基準]

(現行)

リハビリテーション科を標榜しており、病棟に専従の医師1名以上、理学療法士2名以上及び作業療法士1名以上の常勤配置を行うこと

改 (改正案)

リハビリテーション科を標榜しており、専任の医師1名以上、病棟に専従の理学療法士2名以上及び作業療法士1名以上の常勤配置を行うこと

3 平成20年3月31日時点で、現行の回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している病棟においては、平成20年9月30日までの間は、現行の点数を算定することができる。また、平成20年9月30日以前であっても、算定要件を満たしている施設については、回復期リハビリテーション病棟入院料1及び重症者回復病棟加算を算定することができる。

7対1入院基本料の基準の見直し

骨子【Ⅱ－3】

第1 基本的な考え方

7対1入院基本料については、平成19年1月の建議を踏まえ、急性期等手厚い看護を必要とする患者の看護必要度を測定する基準を導入するとともに、急性期入院医療に必要な医師等の診療体制に係る基準を導入する。

第2 具体的な内容

- 1 「看護必要度」基準を満たす場合に算定できる。
 - (1) 当該病棟に入院している患者の状態を「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」を用いて測定し、モニタリング及び処置等に係る得点（A得点）が2点以上、かつ、患者の状況等に係る得点（B得点）が3点以上の基準を満たす患者を1割以上入院させている場合に算定できる。
 - (2) 産科患者、小児科患者は、看護必要度測定の対象から除外する。
 - (3) 救命救急センターを設置する病院は、看護必要度に関する基準にかかわらず、算定できる。
 - (4) 特定機能病院には適用しない（ただし、患者の看護必要度等に係る評価については実施する。）。
- 2 「医師配置」基準を満たさない場合は減算とする。
 - (1) 医師数が当該病棟の入院患者数に対して10分の1以上を満たせない病院については、7対1入院基本料の減算措置を講ずる。ただし、へき地等に所在する病院については、特別な配慮を行う。
 - (2) 特定機能病院には適用しない。

新 準7対1入院基本料 1, 495点（7対1入院基本料から60点減じた点数）
※へき地等の場合は、1, 525点（7対1入院基本料から30点減じた点数）

[経過措置]

- 1 準備期間を設け、平成20年7月1日実施とする。
- 2 平成20年3月31日時点で7対1入院基本料を算定する病棟であって、平成20年4月1日以降において10対1入院基本料を算定する病棟に限り、平成22年3月31日までの間看護補助加算2（84点）又は看護補助加算3（56点）を算定できる

[7対1入院基本料改正基準の導入と経過措置について]

4月1日 7月1日

7対1入院基本料算定	◇「看護必要度」「医師配置」のいずれの基準も満たす場合 <u>7対1入院基本料を算定</u> ◇「医師配置」基準を満たさない場合 <u>準7対1入院基本料を算定</u>
10対1入院基本料算定	◇「看護必要度」基準を満たさない場合 <u>10対1入院基本料を算定</u> ◇看護補助加算を算定

(経過措置期間：平成20年4月1日～平成22年3月31日まで)

< 一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票 >

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 創傷処置	なし	あり	
2 血圧測定	0から4回	5回以上	
3 時間尿測定	なし	あり	
4 呼吸ケア	なし	あり	
5 点滴ライン同時3本以上	なし	あり	
6 心電図モニター	なし	あり	
7 シリンジポンプの使用	なし	あり	
8 輸血や血液製剤の使用	なし	あり	
9 専門的な治療・処置 (① 抗悪性腫瘍剤の使用、② 麻薬注射薬の使用、 ③ 放射線治療、④ 免疫抑制剤の使用、 ⑤ 昇圧剤の使用、⑥ 抗不整脈剤の使用、 ⑦ ドレナージの管理)	なし		あり
			A得点

B 患者の状況等	0点	1点	2点
1 寝返り	できる	何かにつまれば できる	できない
2 起き上がり	できる	できない	
3 座位保持	できる	支えがあれば できる	できない
4 移乗	できる	見守り・ 一部介助が必要	できない
5 口腔清潔	できる	できない	
6 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
7 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
			B得点

歯科医療の特性に配慮した安全で安心できる 総合的歯科医療環境の整備

骨子【Ⅱ－6－(5)】
【V－2－(8)】

第1 基本的な考え方

歯科の外来診療においては、

- ① 誤嚥等のおそれのある細小な根管治療器具等の歯科治療機材やインレーやクラウン等の歯冠修復物が多用されていること
- ② 処置に伴い局所麻酔を行う事例が多いこと
- ③ 高齢社会の進展等に伴い、全身状態の把握・管理が必要な患者に対する歯科診療の機会が増大していること
- ④ 偶発症リスクを高める観血的な処置を行う機会も多いこと

などの特性を有することを踏まえ、患者にとってより安全で安心できる歯科医療の環境の整備を図る。

第2 具体的な内容

歯科の特性に配慮した総合的な歯科医療環境の整備に向けた取組を評価するため、歯科初診料及び地域歯科診療支援病院歯科初診料の加算を創設する。

新 歯科外来診療環境体制加算 30点（初診時1回）

[施設基準]

- 1 所定の研修を修了した常勤の歯科医師が1名以上配置されていること
- 2 歯科衛生士が1名以上配置されていること
- 3 緊急時の初期対応が可能な医療機器（AED、酸素ボンベ及び酸素マスク、血圧計、パルスオキシメーター）を設置していること
- 4 診療における偶発症等緊急時に円滑な対応ができるよう、別の保険医療機関との事前の連携体制が確保されていること
- 5 口腔内で使用する歯科医療機器等について、患者ごとの交換や、専用の機器を用いた洗浄・滅菌処理を徹底する等十分な感染症対策を講じていること
- 6 感染症患者に対する歯科診療について、ユニットの確保等を含めた診療体制を常時確保していること
- 7 歯科ユニット毎に歯牙の切削や義歯の調整、歯の被せ物の調整時等に飛散する細かな物質を吸収できるよう、歯科用吸引装置等を設置していること
- 8 歯科診療に係る医療安全管理対策を実施している旨の院内掲示を行っていること

(参考) 医療法により規定されている歯科診療に係る主な事項

- 医療安全管理者を配置していること
- 医療事故防止、院内感染防止及び歯科診療時の偶発症等緊急時の対応に係る医療安全マニュアルを作成していること
- 医療事故報告及びヒヤリ・ハット事例を収集し、保管していること
- 医療機器保守点検チェックシートを作成し、記録・保管していること
- 医薬品管理シートを作成し、記録・保管していること
- 毎年1回の医療安全に係る従事者の研修を実施し、研修会報告書を作成・保管していること

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					(印)
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											
	現行の「後発医薬品への変更可」から変更										
備 考	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						(印)	公費負担医療の受給者番号				

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

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