

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） 等

【参考】

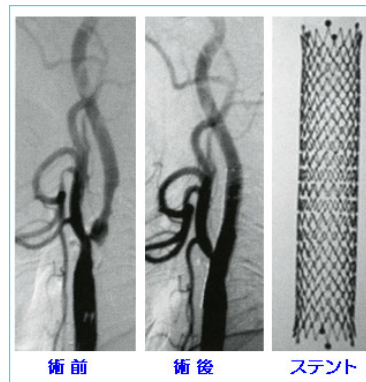
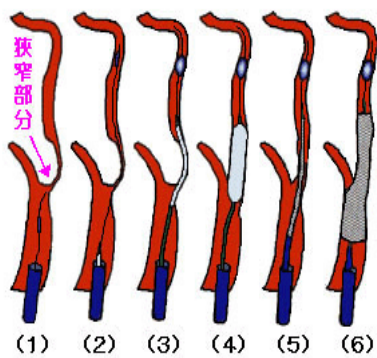
1 ベッセルシーリングシステム

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）－①】

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－２－① 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 □ (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>1度熱傷では算定しない</u></p>
<p>【眼処置】</p> <p>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、イオントフォーレーゼ及び麻薬加算を含む</p>	<p>【眼処置】</p> <p>片眼帯、巻軸帯を必要とする処置、蒸気罨法、熱気罨法、イオントフォーレーゼ及び麻薬加算を含む</p>
<p>【耳処置】</p> <p>点耳、耳浴、耳洗浄及び簡単な耳垢除去を含む</p>	<p>【耳処置】</p> <p>耳浴及び耳洗浄を含む</p>
<p>【鼻処置】</p> <p>鼻吸引、鼻洗浄、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 〇〇〇点

[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]

- 1 5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
<p>【虫垂切除術】 6, 210点</p>	<p>【虫垂切除術】</p> <p>1 虫垂周囲膿瘍を伴わないもの <u>000点</u></p> <p>2 虫垂周囲膿瘍を伴うもの <u>000点</u></p>
<p>【腹腔鏡下虫垂切除術】 18, 000点</p>	<p>【腹腔鏡下虫垂切除術】</p> <p>1 虫垂周囲膿瘍を伴わないもの <u>000点</u></p> <p>2 虫垂周囲膿瘍を伴うもの <u>000点</u></p>

新

新

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 3 UCG】	【超音波検査 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>000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>000点</u>
ハ 経食道的超音波法 800点	ハ 経食道的超音波法 <u>000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>000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>000点</u>を算定する。</p>

改

新 (2) 後発医薬品調剤体制加算 000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 後発医薬品調剤に適切に対応している旨を、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>〇〇〇点</u> 2 1以外の場合 <u>〇〇〇点</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 〇〇〇点

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											
	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)	〇〇〇点
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)	〇〇〇点
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。

[コンタクトレンズ検査料の施設基準]

- 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、所定の様式に沿って、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 ○○○点

[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

[施設要件]

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 ○○○点

[算定要件]

- 1 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
- 2 退院調整に関して以下を実施していること
 - ① 入院後病状の安定が見込まれた後早期に、退院調整の必要性の評価を行っていること
 - ② 退院調整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 退院支援計画に基づいて患者又は家族に支援を行うこと

[施設要件]

退院調整部門に2年以上の退院調整に係る業務の経験を有する専従の看護師又は社会福祉士を置くこと。ただし、有床診療所の場合は、退院調整を主に担当する専任の看護師等又は社会福祉士を配置すること

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 〇〇〇点</p> <p>2 1以外の場合 〇〇〇点</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保険医又は看護師等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) 000点</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000点を加算する</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000点を加算する</p>
---	--

(2) 歯科医師

- 新** 退院時共同指導料
- 1 在宅療養支援歯科診療所の場合 000点
- 2 1以外 000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** 退院時共同指導料 000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

