

【C 特掲診療料】⑭ 在宅医療

在宅医療

【1-4 (医療機能の分化・強化／在宅医療の確保) -④】
休日の往診に対する評価の充実 骨子【1-4 (4)】

●C000 往診料の休日加算

現 行	改 定
【往診料(加算)】	【往診料(加算)】
イ 機能強化型の在宅療養支援診療所 又は在宅療養支援病院の保険医が 実施した場合	イ 機能強化型の在宅療養支援診療所 又は在宅療養支援病院の保険医が 実施した場合
(1) 病床を有する場合	(1) 病床を有する場合
① 緊急に行う往診 850点	① 緊急に行う往診 850点
② 夜間(深夜を除く。)の往診 1,700点	② 夜間・ <u>休日</u> (深夜を除く。)の往診 1,700点
③ 深夜の往診 2,700点	③ 深夜の往診 2,700点
(2) 病床を有しない場合	(2) 病床を有しない場合
① 緊急に行う往診 750点	① 緊急に行う往診 750点
② 夜間(深夜を除く。)の往診 1,500点	② 夜間・ <u>休日</u> (深夜を除く。)の往診 1,500点
③ 深夜の往診 2,500点	③ 深夜の往診 2,500点

在宅医療

【1-4 (医療機能の分化・強化／在宅医療の確保) - ④】
休日の往診に対する評価の充実 骨子【1-4 (4)】

●C000 往診料の休日加算

現 行	改 定
<p>ロ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院(イに規定するものを除く。)の保険医が実施した場合</p> <p>(1) 緊急に行く往診 650点</p> <p>(2) 夜間(深夜を除く。)の往診 1,300点</p> <p>(3) 深夜の往診 2,300点</p>	<p>ロ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院(イに規定するものを除く。)の保険医が実施した場合</p> <p>(1) 緊急に行く往診 650点</p> <p>(2) 夜間・<u>休日</u>(深夜を除く。)の往診 1,300点</p> <p>(3) 深夜の往診 2,300点</p>
<p>ハ イからロまでに掲げるもの以外の保険医療機関の保険医が実施した場合</p> <p>(1) 緊急に行く往診 325点</p> <p>(2) 夜間(深夜を除く。)の往診 650点</p> <p>(3) 深夜の往診 1,300点</p>	<p>ハ イからロまでに掲げるもの以外の保険医療機関の保険医が実施した場合</p> <p>(1) 緊急に行く往診 325点</p> <p>(2) 夜間・<u>休日</u>(深夜を除く。)の往診 650点</p> <p>(3) 深夜の往診 1,300点</p>

在宅医療

【1-4 (医療機能の分化・強化／在宅医療の確保) -①】
在宅医療における重症度・居住場所に応じた評価 骨子【1-4 (1)】

●C001 在宅患者訪問診療料

現 行	改 定
【在宅患者訪問診療料】	【在宅患者訪問診療料】
在宅患者訪問診療料	在宅患者訪問診療料
1 同一建物居住者以外の場合 833点	1 同一建物居住者以外の場合 833点
2 同一建物居住者の場合	2 同一建物居住者の場合 <u>203点(新)</u>
イ 特定施設等に入居する者の場合 203点	<u>(削除)</u>
ロ イ以外の場合 103点	<u>(削除)</u>

在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料における留意点

- 1) 施設基準 …… 自院の施設基準の確認(①機能強化型、②在支診、在支病、③その他等)
- 2) 患者の居住状態 …… 施設入居者対象に該当か否か (*1)
- 3) 患者の状態 …… 別に厚生労働大臣が定める状態の患者か否かの確認 (*2)
- 4) 訪問回数 …… 1月の中での訪問回数を計画(①月1回、②月2回以上)
- 5) 単一(同一建物) …… 1月の訪問診療時において診療した患者数(①1名、②2~9名、③左記以外)

在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料

1) 施設基準 2) 施設入居者か否か

施設入居者以外

施設入居者

3) 患者の状態 4) 訪問回数 5) 訪問時の患者数

単一建物
診療患者

単一建物
診療患者以外

単一建物
診療患者

単一建物
診療患者以外

【その他の変更点】

- 処方せんを交付しない場合は、加算点数300点を算定する。
- 「重症者加算」の名称が「頻回訪問加算」となり、点数が引き下げられた
- 在宅医療専門医療機関であって、在宅療養支援診療所を満たさない場合、管理料の所定点数×0.8の算定となる。

【経過措置】在宅療養支援診療所届出医療機関は、平成29年3月31日までの間、基準を満たしているものとする

在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料における留意点

*1 施設入居者における対象施設

- ① 養護老人ホーム
- ② 軽費老人ホーム
- ③ 特別養護老人ホーム
- ④ 特定施設
- ⑤ 有料老人ホーム
- ⑥ サービス付き高齢者向け住宅
- ⑦ 認知症グループホーム

H28年3月以前に当該居住
にて在医総管を算定した患
者については
H29年3月31日まで在医総
管が算定できる

今改定で追加

*2 別に厚生労働大臣が定める状態

1. 以下の疾病等に罹患している状態
末期の悪性腫瘍、スモン、難病の患者に対する医療等に関する法律に規定する指定
難病、後天性免疫不全症候群、脊髄損傷、真皮を超える褥瘡
2. 以下の処置等を実施している状態
人工呼吸器の使用、気管切開の管理、気管カニューレの使用、ドレーンチューブ
又は留置カテーテルの使用、人工肛門・人工膀胱の管理、在宅自己腹膜灌流の実施、
在宅血液透析の実施、酸素療法の実施、在宅中心静脈栄養法の実施、在宅成分栄養
経管栄養法の実施、在宅自己導尿の実施、植え込み型脳・脊髄電気刺激装置による
疼痛管理、携帯型精密輸液ポンプによるプロスタグランジン2製剤の投与

「同一建物居住者」：在宅で療養を行っている患者と同一の建物に居住する他の患者に対して、
当該保険医療機関が同一日に訪問診療を行う場合の当該患者を指す。

「単一建物診療患者」：当該患者が居住する建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が訪問診療を
実施し、医学管理を行っているものを指す。

(3/5 日本医師会Q&Aより)

●在宅時医学総合管理料 / 施設入居時等医学総合管理料の包括範囲

C002 在宅時医学総合管理料、C002-2 施設入居時等医学総合管理料の包括項目の追加又は明記されたもの(赤字の部分)

- | | |
|--------------------------------|--------------------|
| 1.特定疾患療養管理料 | 15.喀痰吸引 |
| 2.小児特定疾患カウンセリング料 | 16.干渉低周波去痰器による喀痰排出 |
| 3.小児科療養指導料 | 17.ストーマ処置 |
| 4.てんかん指導料 | 18.皮膚科軟膏処置 |
| 5.難病外来指導管理料 | 19.膀胱洗浄 |
| 6.皮膚科特定疾患指導管理料 | 20.後部尿道洗浄 |
| 7.小児悪性腫瘍患者指導管理料 | 21.留置カテーテル設置 |
| 8.糖尿病透析予防指導管理料 | 22.導尿 |
| 9.生活習慣病管理料 | 23.介達牽引 |
| 10.在宅患者・精神科訪問看護指示
衛生材料等提供加算 | 24.矯正固定 |
| 11.在宅寝たきり患者処置指導管理料 | 25.変形機械矯正術 |
| 12.創傷処置 | 26.消炎鎮痛等処置 |
| 13.爪甲除去 | 27.腰部又は胸部固定帯固定 |
| 14.穿刺排膿後薬液注入 | 28.低出力レーザー照射 |
| | 29.肛門処置 |
| | 30.投薬料 |

生活習慣病管理料に包括されている項目については、生活習慣病管理料だけが包括されている趣旨であり、生活習慣病管理料に含まれる項目を算定不可とする趣旨ではない。
(3/5 日本医師会Q&Aより)

現行の6項目に包括されているために算定できなかった項目を明示した上で、新設された衛生材料等提供加算（C007及び1012-2）が追加されただけで、包括範囲は拡大していない。
(3/5 日本医師会Q&Aより)

在宅医療

【1-4 (医療機能の分化・強化／在宅医療の確保) -①】
在宅医療における重症度・居住場所に応じた評価 骨子【1-4 (1)】

●C002 在宅時医学総合管理料

点数は患者の状態、
訪問回数及び居住状況
ごとに設定

現 行

【在宅時医学総合管理料】

- ① 同一建物居住者以外の場合
- ② 同一建物居住者の場合

改 定

【在宅時医学総合管理料】

- 1. 別に定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を実施している場合
 - ① 単一建物診療患者が1人の場合
 - ② 単一建物診療患者が2～9人の場合
 - ③ ①及び②以外の場合
- 2. 月2回以上訪問診療を実施している場合
 - ① 単一建物診療患者が1人の場合
 - ② 単一建物診療患者が2～9人の場合
 - ③ ①及び②以外の場合
- 3. 月1回訪問診療を実施している場合
 - ① 単一建物診療患者が1人の場合
 - ② 単一建物診療患者が2～9人の場合
 - ③ ①及び②以外の場合

在宅医療

【1-4 (医療機能の分化・強化／在宅医療の確保) -①】
在宅医療における重症度・居住場所に応じた評価 骨子【1-4 (1)】

●C002-2 施設入居時等医学総合管理料

現 行	改 定
<p>【特定施設入居時等医学総合管理料】</p> <ul style="list-style-type: none">① 同一建物居住者以外の場合② 同一建物居住者の場合	<p>【施設入居時等医学総合管理料】</p> <ul style="list-style-type: none"><u>1. 別に定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を実施している場合</u><ul style="list-style-type: none">① <u>単一建物診療患者が1人の場合</u>② <u>単一建物診療患者が2～9人の場合</u>③ <u>①及び②以外の場合</u><u>2. 月2回以上訪問診療を実施している場合</u><ul style="list-style-type: none">① <u>単一建物診療患者が1人の場合</u>② <u>単一建物診療患者が2～9人の場合</u>③ <u>①及び②以外の場合</u><u>3. 月1回訪問診療を実施している場合</u><ul style="list-style-type: none">① <u>単一建物診療患者が1人の場合</u>② <u>単一建物診療患者が2～9人の場合</u>③ <u>①及び②以外の場合</u>

在宅医療

【1-4 (医療機能の分化・強化／在宅医療の確保) -①】

在宅医療における重症度・居住場所に応じた評価 骨子【1-4 (1)】

●C002 在宅時医学総合管理料

●C002-2 施設入居時等医学総合管理料

現 行	改 定
<p>重症者加算 <u>(新設)</u></p> <p>1,000点</p>	<p><u>頻回訪問加算</u> <u>600点</u></p> <p>[別に定める状態]</p> <p><u>1. 以下の疾病等に罹患している状態末期の悪性腫瘍、スモン、難病の患者に対する医療等に関する法律に規定する指定難病、後天性免疫不全症候群、脊髄損傷、真皮を超える褥瘡</u></p> <p><u>2. 以下の処置等を実施している状態</u> <u>人工呼吸器の使用、気管切開の管理、気管カニューレの使用、ドレーンチューブ又は留置カテーテルの使用、人工肛門・人工膀胱の管理、在宅自己腹膜灌流の実施、在宅血液透析の実施、酸素療法の実施、在宅中心静脈栄養法の実施、在宅成分栄養経管栄養法の実施、在宅自己導尿の実施、植え込み型脳・脊髄電気刺激装置による疼痛管理、携帯型精密輸液ポンプによるプロスタグランジンI₂製剤の投与</u></p>

在宅医療

●C002 在宅時医学総合管理料

●C002-2 施設入居時等医学総合管理料

現 行

【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】

[同一建物居住者]

当該建築物に居住する複数の者に対して、保険医療機関の保険医が同一日に訪問診療を行う場合を「同一建物居住者の場合」という。

改 定

【在宅時医学総合管理料、
施設入居時等医学総合管理料】

[単一建物診療患者の人数]

当該建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が訪問診療を実施し、医学管理を行っている者の数を「単一建物診療患者の人数」という。

ただし、在宅時医学総合管理料に限り、保険医療機関が医学管理を行う患者数が当該建築物の戸数の10%以下の場合には単一建物診療患者が1人であるものとみなす。

- 重症度が高く月2回以上訪問診療を行う患者1人と、月2回以上訪問診療を行う患者2人が単一建物に居住している場合、重症度が高く月2回以上訪問診療を行う患者の点数のうち、単一建物診療患者（2人以上9人以下）の点数を算定する。
また、他の2人についても月2回以上訪問診療を行う患者の点数のうち、単一建物診療患者（2人以上9人以下）の点数を算定する。
- 在宅時医学総合管理料または施設入居時等医学総合管理料を算定する患者が、月の途中で患者が2人になった場合（2人とも在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定した場合）は、重症度が高く月2回以上訪問診療を行う患者であっても、2人以上の点数を算定する。（3/5 日本医師会Q&Aより）

在宅医療

【1-4 (医療機能の分化・強化／在宅医療の確保) -⑤】

在宅医療における看取り実績に関する評価の充実 骨子【1-4 (4)】

●在宅緩和ケア充実診療所・病院加算

新設

届出

<u>C000</u>	<u>注6</u>	<u>在宅緩和ケア充実診療所・病院加算</u> <u>(緊急、夜間・休日又は深夜の往診)</u>	<u>100点</u>
<u>C001</u>	<u>注6</u>	<u>在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 (ターミナルケア加算)</u>	<u>1,000点</u>
<u>C002</u>		<u>在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 (在宅時医学総合管理料)</u>	
<u>注7・イ</u>	(1)	<u>単一建物診療患者数が1人の場合</u>	<u>400点</u>
	(2)	<u>単一建物診療患者数が2～9人の場合</u>	<u>200点</u>
	(3)	<u>その他の場合</u>	<u>100点</u>
<u>C002-2</u>		<u>在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 (施設入居時等医学総合管理料)</u>	
<u>注7・イ</u>	(1)	<u>単一建物診療患者数が1人の場合</u>	<u>300点</u>
	(2)	<u>単一建物診療患者数が2～9人の場合</u>	<u>150点</u>
	(3)	<u>その他の場合</u>	<u>75点</u>
<u>C003</u>	<u>注5</u>	<u>在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 (在宅がん医療総合診療料)</u>	<u>150点</u>

在宅医療

【1-4 (医療機能の分化・強化／在宅医療の確保) -⑤】
在宅医療における看取り実績に関する評価の充実 骨子【1-4 (4)】

●在宅緩和ケア充実診療所・病院加算

[施設基準]

- (1) **機能強化型の在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の届出を行っていること。**
- (2) **過去1年間の緊急往診の実績を15件以上かつ在宅での看取りの実績を20件以上有すること。**
- (3) **緩和ケア病棟又は在宅での1年間の看取り実績が10件以上の保険医療機関において、3か月以上の勤務歴がある常勤の医師(在宅医療を担当する医師に限る。)がいること。**
- (4) **末期の悪性腫瘍等の患者であって、鎮痛剤の経口投与では疼痛が改善しないものに、患者が自ら注射によりオピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法を実施した実績を過去1年間に2件以上有すること。**
- (5) **「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会」又は「緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会等」を修了している常勤の医師がいること。**
- (6) **院内等において、過去1年間の看取り実績及び十分な緩和ケアが受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされている。**

又は過去に5件以上実施した経験のある常勤の医師が配置されており、適切な方法によってオピオイド系鎮痛薬を投与(投与経路は問わないが、定期的な投与と頓用により患者が自ら疼痛を管理できるものに限る。)した実績を過去1年間に10件以上有していること。

追加

在宅医療

【1-4 (医療機能の分化・強化／在宅医療の確保) -⑤】
在宅医療における看取り実績に関する評価の充実 骨子【1-4 (4)】

●在宅療養実績加算

現 行	改 定
【在宅療養実績加算】 C000 注6 ① 在宅療養実績加算 (緊急、夜間又は深夜の往診) 75点 <u>(新設)</u>	【在宅療養実績加算】 C000 注6 ① 在宅療養実績加算1 (緊急、夜間・休日は深夜の往診) 75点 <u>② 在宅療養実績加算2</u> <u>(緊急、夜間・休日又は深夜の往診)</u> <u>50点(新)</u>
C001 注6 ② 在宅療養実績加算(ターミナルケア 加算) 750点 <u>(新設)</u>	C001 注6 ③ 在宅療養実績加算1 (ターミナルケア加算) 750点 <u>④ 在宅療養実績加算2</u> <u>(ターミナルケア加算)</u> <u>500点(新)</u>

在宅医療

【1-4 (医療機能の分化・強化／在宅医療の確保) -⑤】
在宅医療における看取り実績に関する評価の充実 骨子【1-4 (4)】

●在宅療養実績加算

現 行	改 定
<p>C002 注6</p> <p>③ 在宅療養実績加算 (在宅時医学総合管理料)</p> <p>ア)同一建物居住者以外の場合 300点</p> <p><u>(新設)</u></p> <p>イ)同一建物居住者の場合 75点</p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>C002 注7・ロ</p> <p>⑤ 在宅療養実績加算1 (在宅時医学総合管理料)</p> <p><u>ア)単一建物診療患者数が1人の場合</u> 300点</p> <p><u>イ)単一建物診療患者数が2～9人の場合</u> <u>150点(新)</u></p> <p><u>ウ)その他の場合</u> 75点</p> <p>C002 注7・ハ</p> <p>⑥ 在宅療養実績加算2 (在宅時医学総合管理料)</p> <p><u>ア)単一建物診療患者数が1人の場合</u> <u>200点(新)</u></p> <p><u>イ)単一建物診療患者数が2～9人の場合</u> <u>100点(新)</u></p> <p><u>ウ)その他の場合</u> <u>50点(新)</u></p>

在宅医療

【1-4 (医療機能の分化・強化／在宅医療の確保) -⑤】
 在宅医療における看取り実績に関する評価の充実 骨子【1-4 (4)】

●在宅療養実績加算

現 行	改 定
C002-2 注6 ④ 在宅療養実績加算 (特定施設入居時等医学総合管理料) ア)同一建物居住者以外の場合 225点 (新設)	C002-2 注7・ロ ⑦ 在宅療養実績加算1 (施設入居時等医学総合管理料) <u>ア)単一建物診療患者数が1人の場合</u> 225点 <u>イ)単一建物診療患者数が2～9人の場合</u> 110点(新) <u>ウ)その他の場合</u> 56点
イ)同一建物居住者の場合 56点 (新設)	C002-2 注7・ハ ⑧ 在宅療養実績加算2 (施設入居時等医学総合管理料) <u>ア)単一建物診療患者数が1人の場合</u> 150点(新) <u>イ)単一建物診療患者数が2～9人の場合</u> 75点(新) <u>ウ)その他の場合</u> 40点(新)

在宅医療

【1-4 (医療機能の分化・強化／在宅医療の確保) -⑤】
 在宅医療における看取り実績に関する評価の充実 骨子【1-4 (4)】

●在宅療養実績加算

現 行

改 定

C003 注5

⑤ 在宅療養実績加算

(在宅がん医療総合診療料) 110点

(新設)

[施設基準]

在宅療養実績加算

- ① 機能強化型ではない、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であること。
- ② 過去1年間の緊急往診の実績が10件以上かつ看取りの実績が4件以上であること。

(新設)

C003 注5

⑨ 在宅療養実績加算1

(在宅がん医療総合診療料) 110点

⑩ 在宅療養実績加算2

(在宅がん医療総合診療料) 75点(新)

[施設基準]

在宅療養実績加算1

- ① 機能強化型ではない、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であること。
- ② 過去1年間の緊急往診の実績が10件以上かつ在宅での看取りの実績が4件以上であること。

在宅療養実績加算2

- ① 機能強化型ではない、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であること。
- ② 過去1年間の緊急往診の実績が4件以上かつ在宅での看取りの実績が2件以上であること。
- ③ 緩和ケアに係る適切な研修を修了している常勤の医師がいること。

「在宅療養支援病院、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算」 (様式11の2)

様式 11 の 2
在宅療養支援病院の施設基準に係る届出書添付書類

1 届け出る在宅療養支援病院の区分(次のいずれかに○をつけること。)

(1) 「第 14 の 2」の 1 の (1) に規定する在宅療養支援病院
(2) 「第 14 の 2」の 1 の (2) に規定する在宅療養支援病院
(3) 「第 14 の 2」の 1 の (3) に規定する在宅療養支援病院

2 当該病院の在宅医療を担当する医師

常勤の医師名	①
	②
	③

3 当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関

名称	開設者	許可病床数	在宅医療を担当する常勤の医師名
①		() 床	
②		() 床	
③		() 床	
④		() 床	
⑤		() 床	
⑥		() 床	
⑦		() 床	
⑧		() 床	

4 当該病院の許可病床数 _____ 床

5 当該病院における 24 時間の直接連絡を受ける体制

(1) 担当部門の連絡先:
(2) 曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合(主な担当者を記載することで差しつかえない。)
・担当医師名:
・看護職員名:
・連絡先:

6 24 時間往診が可能な体制

当該病院の担当医師名:

7 24 時間訪問看護が可能な体制
(2)がある場合には名称等を記入すること。)

(1) 当該病院の担当看護職員名
(2) 連携訪問看護ステーションの名称等
・名称:
・開設者:
・担当看護職員名:
・連絡先:

8 次の項目に対応可能である場合に○をつけること。

(1) 「7」に、連携訪問看護ステーションがある場合には、当該施設において緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患者の同意を得て、患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を当該施設に対して文書(電子媒体を含む。)により随時提出すること。
なお、在宅支援連携体制を構築する場合は、月1回以上のカンファレンスを実施していること。

(2) 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

(3) 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。

9 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算に係る届出

(1) 届出の有無

① 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 (有・無)	
② 在宅療養実績加算1 (有・無)	
③ 在宅療養実績加算2 (有・無)	

(2) 緩和ケアに係る研修を受けた医師 氏名 ()

(3) 緩和ケア病床又は1年間の看取り実績が 10 件以上の保険医療機関において、3か月以上の勤務歴がある医師

① 氏名 ()

② 勤務を行った保険医療機関名 ()

③ 勤務を行った期間(年 月 日～ 年 月 日)

(4) 過去に、患者が自ら注射によりオピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法を5件以上実施した経験のある医師 氏名 ()

(5) 直近1年間に、自ら注射によりオピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法を実施した患者数 (算出に係る期間: 年 月 日～ 年 月 日) _____ 名

(6) 直近1年間にオピオイド系鎮痛薬を投与した患者数(投与経路は問わないが、定期的な投与と頓用により患者が自ら疼痛を管理できるものに限る。) _____ 名

【記載上の注意】

1 「3」は、「第 14 の 2」の 1 の (2) に規定する在宅支援連携体制を構築する在宅療養支援病院が記載すること。

2 「第 14 の 2」の 1 の (2) に規定する在宅療養支援病院は、当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関間で一元化した連絡先を、「5の連絡先」に記載すること。

3 24 時間の直接連絡を受ける体制、24 時間往診が可能な体制及び 24 時間訪問看護が可能な体制について、患者に対して交付する文書を添付すること。

4 当該届出を行う場合には、「在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料(様式 19)」及び「在宅がん医療総合診療料(様式 20)」の届出が行われているかについて留意すること。

5 「9」については、届出に当たって必要な事項を記載すること。また、在宅療養実績加算に係る届出を行う場合には、「在宅療養実績加算に係る報告書」(様式 11 の 4)を添付すること。

6 「9」の(2)に係る医師については、緩和ケアに係る研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。

「在宅療養支援病院、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算」 (様式11の3)

様式11の3

〔在宅療養支援診療所〕に係る報告書(新規・7月報告)
在宅療養支援病院 ※該当するものを○で囲むこと

I. 直近1年間に在宅療養を担当した患者について

1. 平均診療期間	()ヶ月
2. 合計診療患者数	()名
【再掲】死亡患者数	①+②+③+④ ()名
(1)うち医療機関以外での死亡者数	①+② ()名
ア. うち自宅で死亡者数	① ()名
イ. うち自宅以外での死亡者数	② ()名
(2)うち医療機関での死亡者数	③+④ ()名
ア. うち連携医療機関での死亡者数	③ ()名
イ. うち連携医療機関以外での死亡者数	④ ()名
超重症児又は準超重症児の患者数 (15歳未満であって、3回以上定期的な訪問診療を実施し、在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定したものに 限る。)	()名

II. 直近1年間の訪問診療等の実施回数について

訪問診療等の 合計回数	(1)往診		(2)訪問診療	(3)訪問看護 (緊急を含む)
	①	【再掲】 うち緊急の往診		
①+②+③ ()回	① ()回	()回	② ()回	③ ()回

III. 直近1月間における往診又は訪問診療の状況について

① 初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者数	()名
② 往診又は訪問診療を実施した患者数	()名
③ 往診又は訪問診療を実施した患者の割合(②/①)	()%

IV. 主として往診又は訪問診療を実施する診療所に係る状況(Ⅲの③が95%以上の医療機関は記入すること)

(1) 直近1年間に、訪問診療を開始した患者の紹介(文書によるものに限る。)を受けた保険医療機関(算出に係る機関: 年 月 日～ 年 月 日)

	保険医療機関の名称	患者の紹介を行った医師	患者の紹介を受けた日付
①			
②			

③		
④		
⑤		
(2) 直近1月間の診療実績(算出に係る機関: 年 月 日～ 年 月 日)		
① 在宅時医学総合管理料を算定した患者数		名
② 施設入居時等医学総合管理料を算定した患者数		名
③ ①及び②のうち、要介護3以上又は別表第八の二に規定する別に厚生労働大臣が定める状態に該当する患者数		名
④ 施設入居時等医学総合管理料を算定した患者の割合 ②/(①+②)		%
⑤ 要介護3又は別表第八の二に規定する別に厚生労働大臣が定める状態に該当する患者の割合		%

IV. 在宅支援連携体制について

1. 在宅医療を担当する常勤の医師数	()名
2. 連携する保険医療機関数	()医療機関

【記入上の注意】

- Iの1の「平均診療期間」は、患者1人当たりの在宅医療を開始してからの平均診療期間を月単位で記載すること。
- Iの2(1)の「うち医療機関以外での死亡者数」を記入するに当たり、介護老人保健施設等の入所施設で死亡した患者については、「イ. うち自宅以外での死亡者」欄へ計上すること。
- Iの2(2)の「連携医療機関」とは、事前に緊急時の受入を届出ている医療機関であり、在宅支援連携体制についても含むものである。
- IIの「うち緊急の往診」については、緊急又は夜間・休日若しくは深夜に行った往診を計上すること。
- IIIについては、在宅療養支援診療所が記入すること。
- IVの「在宅支援連携体制について」を記載するに当たっては、自院を含めた数を記載すること。なお、第9の1(2)に規定する在宅療養支援診療所、第14の2の1(2)に規定する在宅療養支援病院が記載すること。

様式11の5

在宅療養実績加算に係る報告書(新規・7月報告)

※該当するものを○で囲むこと

I. 直近1年間に在宅療養を担当した患者について

1. 平均診療期間	()ヶ月
2. 合計診療患者数	()名
【再掲】死亡患者数	①+②+③+④ ()名
(1)うち医療機関以外での死亡者数	①+② ()名
ア. うち自宅での死亡者数	① ()名
イ. うち自宅以外での死亡者数	② ()名
(2)うち医療機関での死亡者数	③+④ ()名
ア. うち連携医療機関での死亡者数	③ ()名
イ. うち連携医療機関以外での死亡者数	④ ()名

II. 直近1年間の訪問診療等の実施回数について

訪問診療等の合計回数	【再掲】		(2)訪問診療	(3)訪問看護(緊急を含む)
	(1)往診	うち緊急の往診		
①+②+③ ()回	① ()回	()回	② ()回	③ ()回

[記入上の注意]

- Iの1の「平均診療期間」は、患者1人当たりの在宅医療を開始してからの平均診療期間を月単位で記載すること。
- Iの2(1)の「うち医療機関以外での死亡者数」を記入するに当たり、介護老人保健施設等の入所施設で死亡した患者については、「イ. うち自宅以外での死亡者」欄へ計上すること。
- Iの2(2)の「連携医療機関」とは、事前に緊急時の受入を届出ている医療機関であり、在宅支援連携体制についても含むものである。
- IIの「うち緊急の往診」については、緊急又は夜間・休日若しくは深夜に行った往診を計上すること。

「在宅療養実績加算」 (様式11の5)

在宅医療

【Ⅲ－5(重点的な対応が求められる分野／救急医療の推進)－⑨】

生体検査、処置及び放射線治療等に係る小児加算の見直し 骨子【Ⅲ－5(8)】

●C004 救急搬送診療料（小児加算） 注2(小児加算)、注(長時間加算)

現 行	改 定
【救急搬送診療料】 新生児加算 1,000点 乳幼児加算 500点 長時間加算 (診療に要した時間が30分以上) 500点	【救急搬送診療料】 新生児加算 <u>1,500点</u> 乳幼児加算 <u>700点</u> 長時間加算 (診療に要した時間が30分以上) <u>700点</u>

在宅医療

【1-4 (医療機能の分化・強化／在宅医療の確保) - ⑮】

複数の実施主体による訪問看護の組合せの整理 骨子【1-4 (7)】

●C005 在宅患者訪問看護・指導料

現 行

【在宅患者訪問看護・指導料】
[留意事項]

保険医療機関と特別の関係にある訪問看護ステーション又は当該保険医療機関の医師が訪問看護指示書を交付した訪問看護ステーションにおいて、訪問看護療養費を算定した月については、在宅患者訪問看護・指導料等を算定できない。ただし、厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、この限りでない。

※ 厚生労働大臣が定める疾病等の患者：
「特掲診療料の施設基準等」の「別表第七」に掲げる疾病等の患者及び「別表第八」に掲げる状態等の患者

※ 同一建物居住者訪問看護・指導料及び精神科訪問看護・指導料も同様とする。

改 定

【在宅患者訪問看護・指導料】
[留意事項]

訪問看護ステーションにおいて訪問看護療養費を算定した月については、次のいずれかの場合を除いて在宅患者訪問看護・指導料を算定できない。

- ① 厚生労働大臣が定める疾病等の患者
- ② 診療を担う保険医療機関の保険医が、急性増悪等により一時的に頻回の指定訪問看護を行う必要性を認めた患者であって週4日以上の指定訪問看護が計画されているもの
- ③ 保険医療機関を退院後1月以内の患者に対して当該保険医療機関が行った訪問看護・指導
- ④ 緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた訪問看護ステーションの看護師が、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の看護師等と共同して行った場合

在宅医療

【1-4 (医療機能の分化・強化／在宅医療の確保) - ⑨】
病院・診療所からの訪問看護の評価 骨子【1-4 (7)】

●C005 在宅患者訪問看護・指導料

現 行	改 定
【在宅患者訪問看護・指導料】	【在宅患者訪問看護・指導料】
1 保健師、助産師又は看護師(3の場合を除く。)による場合	1 保健師、助産師又は看護師(3の場合を除く。)による場合
イ 週3日目まで 555点	イ 週3日目まで <u>580点</u>
ロ 週4日目以降 655点	ロ 週4日目以降 <u>680点</u>
2 准看護師による場合	2 准看護師による場合
イ 週3日目まで 505点	イ 週3日目まで <u>530点</u>
ロ 週4日目以降 605点	ロ 週4日目以降 <u>630点</u>
3 悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア又は褥瘡(じよくそう)ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合	3 悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア又は褥瘡(じよくそう)ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合
1,285点	1,285点

在宅医療

【1-4 (医療機能の分化・強化／在宅医療の確保) - ⑨】
病院・診療所からの訪問看護の評価 骨子【1-4 (7)】

●C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料

現 行	改 定
【同一建物居住者訪問看護・指導料】	【同一建物居住者訪問看護・指導料】
1 保健師、助産師又は看護師 (3の場合を除く。)による場合	1 保健師、助産師又は看護師 (3の場合を除く。)による場合
イ 同一日に2人	イ 同一日に2人
(1) 週3日目まで 555点	(1) 週3日目まで <u>580点</u>
(2) 週4日目以降 655点	(2) 週4日目以降 <u>680点</u>
ロ 同一日に3人以上	ロ 同一日に3人以上
(1) 週3日目まで 278点	(1) 週3日目まで <u>293点</u>
(2) 週4日目以降 328点	(2) 週4日目以降 <u>343点</u>
2 准看護師による場合	2 准看護師による場合
イ 同一日に2人	イ 同一日に2人
(1) 週3日目まで 505点	(1) 週3日目まで <u>530点</u>
(2) 週4日目以降 605点	(2) 週4日目以降 <u>630点</u>
ロ 同一日に3人以上	ロ 同一日に3人以上
(1) 週3日目まで 253点	(1) 週3日目まで <u>268点</u>
(2) 週4日目以降 303点	(2) 週4日目以降 <u>318点</u>

在宅医療

【1-4 (医療機能の分化・強化／在宅医療の確保) - ⑩】
衛生材料等の提供についての評価 骨子【1-4 (7)】

●C005-2 在宅患者訪問点滴注射管理指導料

現 行	改 定
【在宅患者訪問点滴注射管理指導料】 (1週につき) 在宅患者訪問点滴注射管理指導料 60点	【在宅患者訪問点滴注射管理指導料】 (1週につき) 在宅患者訪問点滴注射管理指導料 <u>100点</u>

在宅医療／精神科専門療法

【1-4 (医療機能の分化・強化／在宅医療の確保) - ⑩】 衛生材料等の提供についての評価 骨子【1-4 (7)】

●衛生材料等提供加算

新設

C007 訪問看護指示料 / I012-2 精神科訪問看護指示料

注3 衛生材料等提供加算

80点 (月1回)

[算定要件]

訪問看護指示書又は精神科訪問看護指示書を交付した患者のうち、衛生材料及び保険医療材料が必要な者に対して、在宅療養において必要かつ十分な量の衛生材料及び保険医療材料を提供した場合に

訪問看護指示料又は精神科訪問看護指示料に加算する。

訪問看護指示料を算定した月のみ算定できる。
(3/4 厚労省説明会質疑応答より)

※ C002 在宅時医学総合管理料、C002-2 施設入居時等医学総合管理料、C003在宅がん医療総合診療料、第2節第1款 在宅療養指導管理料等を算定している場合は、当該管理料に包括される。

衛生材料としては、例えばガーゼ、テープとか、使い捨ての手袋といったもの、保険医療材料としては、点滴用のルートや注射針といったものが考えられる。

なお、看護師自身が使う防護具は、訪問看護側の経費に含まれる。医療機関が負担しなくてはいけないものの中には含まれない。

(3/4 厚労省説明会質疑応答より)

●医師の診療日以外の特定保険医療材料等の取扱い

1. 主治医の指示に基づき、**主治医の診療日以外**に訪問看護ステーションの看護師等が処置を実施する際、又は特別養護老人ホームの配置医師の指示に基づき、**配置医師の診療日以外**に配置看護師等が処置を実施する際に用いる薬剤及び特定保険医療材料についても、使用量を**主治医又は配置医師が患者に処方できることを明確**にする。
2. 検体検査については、**検査を指示・実施する保険医療機関において、検体検査実施料を算定できることとする。**

(別紙様式16)

訪問看護指示書 在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

訪問看護指示期間(平成 年 月 日 ~ 年 月 日)
点滴注射指示期間(平成 年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	
患者住所	電話 () -	
主たる傷病名	(1)	(2) (3)
現在の状況 (該当項目に○等)	病状・治療 投与中の薬 剤の用量・ 用法	1. 2. 3. 4. 5. 6.
	日常生活 自立度	寝たきり度 I 1 I 2 A 1 A 2 B 1 B 2 C 1 C 2 認知症の状況 I IIa IIb IIIa IIIb IV M
	要介護認定 の状況	要支援(1 2) 要介護(1 2 3 4 5)
	褥瘡の 深さ	DESIGN分類 D3 D4 D5 NPUAP分類 Ⅲ度 Ⅳ度
	装着・使用 医療機器等	1. 自動腹膜灌流装置 2. 透析液供給装置 3. 酸素療法(l/min) 4. 吸引器 5. 中心静脈栄養 6. 輸液ポンプ 7. 経管栄養(経鼻・胃瘻:サイズ) 日に1回交換) 8. 留置カテーテル(部位: サイズ) 日に1回交換) 9. 人工呼吸器(陽圧式・陰圧式:設定) 10. 気管カニューレ(サイズ) 11. 人工肛門 12. 人工膀胱 13. その他()
	留意事項及び指示事項	1. リハビリテーション 2. 褥瘡の処置等 3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理 4. その他
	在宅患者訪問点滴注射に関する指示(投与薬剤・投与量・投与方法等)	
	緊急時の連絡先 不在時の対応法	
	特記すべき留意事項(注:薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往、空薬返還・随時対応型訪問看護看護及び複合型サービス利用時の留意事項等があれば記載して下さい。)	
	他の訪問看護ステーションへの指示 (無 有: 指定訪問看護ステーション名) たんの吸引等実施のための訪問介護事業書への指示 (無 有: 訪問介護事業所名)	

上記のとおり、指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名
住所
電話
(FAX)
医師氏名
殿

印

事業所

●特別訪問看護指示加算
⇒急性増悪、終末期、退院直後等
頻回の訪問看護を一時的に必要な場合

訪問看護指示料	300	月1回に限る
特別訪問看護指示加算	+100	月1回(気管カニューレ使用、 真皮を越える褥瘡状態の患者は月2回)
衛生材料等提供加算 【新設】	+80	・月1回 ・在宅療養指導管理料等の 算定時は包括

平成28年診療報酬改定

交付日と算定日の整合性

在宅医療

【1-4 (医療機能の分化・強化／在宅医療の確保) - ⑫】
在宅薬剤管理指導業務の推進 骨子【1-4-(9)(10)】

●C008 在宅患者訪問薬剤管理指導料

現 行	改 定
【在宅患者訪問薬剤管理指導料 (医科点数表)】	【在宅患者訪問薬剤管理指導料 (医科点数表)】
1 同一建物居住者以外の場合 650点	1 同一建物居住者以外の場合 650点
2 同一建物居住者の場合 300点	2 同一建物居住者の場合 300点
注1 1については、在宅で療養を行っている患者(当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者	注1 1については、在宅で療養を行っている患者(当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者

在宅医療

【1-4 (医療機能の分化・強化／在宅医療の確保) - ⑫】
在宅薬剤管理指導業務の推進 骨子【1-4-(9)(10)】

●C008 在宅患者訪問薬剤管理指導料

現 行	改 定
<p>(以下この区分番号において「同一建物居住者」という。)を除く。)であって通院が困難なものに対して、2については、在宅で療養を行っている患者(同一建物居住者に限る。)であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、1と2を合わせて患者1人につき月4回(末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回)に限り算定する。この場合において、1と2を合わせて薬剤師1人につき1日につき5回に限り算定できる。</p> <p>注2～3 略</p>	<p>(以下この区分番号において「同一建物居住者」という。)を除く。)であって通院が困難なものに対して、2については、在宅で療養を行っている患者(同一建物居住者に限る。)であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、1と2を合わせて患者1人につき月4回(末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回)に限り算定する。この場合において、1と2を合わせて薬剤師1人につき<u>1週につき40回</u>に限り算定できる。</p> <p>注2～3 略</p>

※ なお、同一世帯の複数の患者に対して実施した場合には、1人目の患者に対しては同一建物以外の場合の点数を算定できるように通知で明記する。

在宅医療

【1-4 (医療機能の分化・強化／在宅医療の確保) -⑥】
在宅自己注射指導管理料の見直し 骨子【1-4 (5)】

●C101 在宅自己注射指導管理料

- ・2以上の保険医療機関が同一患者に異なる疾患の在宅自己注射指導管理を行っている場合それぞれの医療機関で算定可能
- ・その場合、相互の医療機関において処方されている注射薬等を把握すること

追加

現 行	改 定
【在宅自己注射指導管理料】 1 複雑な場合 1,230点 2 1以外の場合 イ 月3回以下 100点 ロ 月4回以上 190点 ハ 月8回以上 290点 ニ 月28回以上 810点 注2 導入初期加算 500点	【在宅自己注射指導管理料】 1 複雑な場合 1,230点 2 1以外の場合 イ 月27回以下 <u>650点</u> ロ 月28回以上 <u>750点</u> (削除) (削除) <u>注「2」については、難病外来指導管理料との併算定を可能とする。</u> 注2 導入初期加算 <u>580点</u>

【対象薬剤追加】

セクキヌマブ(遺伝子組換え)製剤

効能:既存治療で効果不十分な尋常性乾癬、関節症性乾癬、膿疱性乾癬

追加

在宅医療

【1-4 (医療機能の分化・強化／在宅医療の確保) - ⑦】
在宅指導管理料等の適正な評価 骨子【1-4 (6)】

●在宅酸素療法指導管理料 / 在宅酸素療法材料加算

現 行	改 定
【C103 在宅酸素療法指導管理料】 (月1回) 1 チアノーゼ型先天性心疾患の場合 1,300点 2 その他の場合 2,500点	【C103 在宅酸素療法指導管理料】 (月1回) 1 チアノーゼ型先天性心疾患の場合 <u>520点</u> 2 その他の場合 <u>2,400点</u>
<u>(新設)</u>	<u>【C171 在宅酸素療法材料加算】</u> <u>(3月に3回)</u> <u>1 チアノーゼ型先天性心疾患の場合</u> <u>780点(新)</u> <u>2 その他の場合</u> <u>100点(新)</u>
<p>装置に必要な回路部品その他の 付属品等に係る費用が含まれる</p>	<p><u>注</u> <u>在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外 の患者に対して、当該療法に係る機器を 使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の 所定点数に加算する。</u></p>

追加

在宅医療

【1-4 (医療機能の分化・強化／在宅医療の確保) - ⑦】
在宅指導管理料等の適正な評価 骨子【1-4 (6)】

●在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料

現 行	改 定
【C107-2 在宅持続陽圧呼吸療法 指導管理料】 <u>(新設)</u> 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 250点	【C107-2 在宅持続陽圧呼吸療法 指導管理料】 (月に1回) <u>在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料1</u> 2,250点(新) <u>在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2</u> 250点(新)

[算定要件]

【対象患者】

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料1 ※以下の全ての基準に該当する患者を対象とする

- ① 慢性心不全患者のうち、医師の診断により、NYHAⅢ度以上であると認められ、睡眠時にチェンストークス呼吸がみられ、無呼吸低呼吸指数が20以上であることが睡眠ポリグラフィー上確認されていること。
- ② CPAP療法を実施したにも関わらず無呼吸低呼吸指数が15以下にならない者に対してASV療法を実施したこと。

在宅医療

【1-4 (医療機能の分化・強化／在宅医療の確保) - ⑦】
在宅指導管理料等の適正な評価 骨子【1-4 (6)】

●在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料

[算定要件]

【対象患者】

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2 ※以下のいずれかに該当する患者を対象とする

- ① 慢性心不全患者のうち、医師の診断により、NYHAⅢ度以上であると認められ、睡眠時にチェンストークス呼吸がみられ、無呼吸低呼吸指数が20以上であることが睡眠ポリグラフィー上確認されているもので、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料1の対象患者以外の患者にASV療法を実施したもの。
- ② 心不全であるもののうち、日本循環器学会・日本心不全学会によるASV適正使用に関するステートメントに留意した上で、ASV療法を継続せざるを得ないもの。
- ③ 以下の全ての基準に該当するCPAP療法実施患者。ただし、無呼吸低呼吸指数が40以上である患者については、イの要件を満たせば対象患者となる。
 - ア) 無呼吸低呼吸指数(1時間当たりの無呼吸数及び低呼吸数をいう。)が20以上
 - イ) 日中の傾眠、起床時の頭痛などの自覚症状が強く、日常生活に支障を来している場合
 - ウ) 睡眠ポリグラフィー上、頻回の睡眠時無呼吸が原因で、睡眠の分断化、深睡眠が著しく減少又は欠如し、持続陽圧呼吸療法により睡眠ポリグラフィー上、睡眠の分断が消失、深睡眠が出現し、睡眠段階が正常化する場合

在宅医療

【1-4 (医療機能の分化・強化／在宅医療の確保) - ⑦】
在宅指導管理料等の適正な評価 骨子【1-4 (6)】

● 在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算／在宅持続陽圧呼吸療法材料加算

現 行	改 定
<p><u>(新設)</u></p>	<p><u>【C165 在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算】</u> <u>(3月に3回)</u></p> <p><u>1 ASVを使用した場合</u> <u>3,750点(新)</u></p> <p><u>2 CPAPを使用した場合</u> <u>1,100点(新)</u></p>
<p><u>(新設)</u></p>	<p><u>【C171-2 在宅持続陽圧呼吸療法材料加算】</u> <u>(3月に3回)</u></p> <p><u>100点(新)</u></p> <p><u>注</u> <u>在宅持続陽圧呼吸療法を行っている入院中の</u> <u>患者以外の患者に対して、当該療法に係る機</u> <u>器を使用した場合に、3月に3回に限り、</u> <u>第1款の所定点数に加算する。</u></p>

在宅医療

【1-4 (医療機能の分化・強化／在宅医療の確保) -⑦】
在宅指導管理料等の適正な評価 骨子【1-4 (6)】

●注の見直し／新設項目

C157 酸素ポンベ加算／C158 酸素濃縮装置加算

C159 液体酸素装置加算／C159-2 呼吸同調式デマンドバルブ加算

現 行	改 定
【酸素ポンベ加算、酸素濃縮装置加算、 液体酸素装置加算、呼吸同調式 デマンドバルブ加算】 2月に2回に限り、所定点数に加算する。	【酸素ポンベ加算、酸素濃縮装置加算、 液体酸素装置加算、呼吸同調式 デマンドバルブ加算】 <u>3月に3回に限り</u> 、所定点数に加算する。

C168-2 携帯型精密ネブライザー加算

新設

C168-2携帯型精密ネブライザー加算

3,200点

注) 肺高血圧症の患者であって入院中の患者以外のものに対して、携帯型精密ネブライザーを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。

在宅療養指導管理料

在宅医療

【1-4 (医療機能の分化・強化／在宅医療の確保) - ②】

小児在宅医療に係る評価の推進 骨子【1-4 (2)】

●小児在宅医療に係る評価の推進

施設基準

現 行	改 定
<p>[単独型の機能強化型在宅療養支援 診療所及び機能強化型在宅療養支援病院]</p> <p>当該保険医療機関において、 過去1年間の在宅における看取りの実績を4件 以上有すること。</p> <p>[連携型の機能強化型在宅療養支援 診療所及び機能強化型在宅療養支援病院]</p> <p>当該在宅支援連携体制を構築する他の保険 医療機関と併せて、過去1年間の在宅における 看取りの実績を4件以上有し、かつ、当該保険医 療機関において2件以上有すること。</p>	<p>[単独型の機能強化型在宅療養支援 診療所及び機能強化型在宅療養支援病院]</p> <p>当該保険医療機関において、 過去1年間の在宅における看取りの実績を4件以 上有する<u>又は15歳未満の超・準超重症児に対す る総合的な在宅医療の実績を過去1年間に4件 以上有すること。</u></p> <p>[連携型の機能強化型在宅療養支援 診療所及び機能強化型在宅療養支援病院]</p> <p>当該在宅支援連携体制を構築する他の保険 医療機関と併せて、過去1年間の在宅における看 取りの実績を4件以上有すること。 また、当該保険医療機関において過去 1年間の在宅における看取りの実績を2件以上<u>又 は過去1年間15歳未満の超・準超重症児に対す る総合的な在宅医療の実績を2件以上有すること。</u></p>

3回以上の定期的な訪問診療を実施し、
【在宅時医学総合管理料】又は
【施設入居時等医学総合管理料】を
算定している場合に限る。

在宅医療

【1-4 (医療機能の分化・強化／在宅医療の確保) -③】
在宅医療専門の医療機関に関する評価 骨子【1-4 (3)】

●在宅医療専門の医療機関に関する評価

[開設要件]

- (1) 無床診療所であること。
- (2) 在宅医療を提供する地域をあらかじめ規定していること。
- (3) 外来診療が必要な患者が訪れた場合に対応できるよう、地域医師会(歯科医療機関にあっては地域歯科医師会)から協力の同意を得ている又は(2)の地域内に協力医療機関を2か所以上確保していること。
- (4) 規定した地域内において在宅医療を提供していること、在宅医療導入に係る相談に随時応じていること、及び医療機関の連絡先等を広く周知していること。
- (5) 往診や訪問診療を求められた場合、医学的に正当な理由等なく断ることがないこと。
- (6) 診療所において、患者・家族等からの相談に応じる設備・人員等の体制を整えていること。
- (7) 緊急時を含め、随時連絡に応じる体制を整えていること。

在宅医療

【1-4 (医療機能の分化・強化／在宅医療の確保) - ③】

在宅医療専門の医療機関に関する評価 骨子【1-4 (3)】

●在宅医療専門の医療機関に関する評価

- 在宅医療導入に係る相談に随時応じ、患者、家族等からの相談に応じる設備、人員等が整っていることを要件としているため、診療所を閉めていても、協力医療機関さえ案内すればよいわけではなく、移動式の設備も認められない。
少なくとも標榜時間にわたって、あるいはそれ以上に、そこに人を配置し、相談に応じることができる体制があることが最低限必要である。
- 地域医師会の協力の同意については、契約書とまでは言わないが、同意を得たことを書面で確認ができればよい。
- 協力医療機関は (在宅医療専門の医療機関が在宅医療を提供する範囲としてあらかじめ規定した) 診療地域内であること。その地域内に、協力医療機関を確保する必要がある。
- 医療法の改正等があるわけではない。医療法上の開設の届け出について、どのような要件で審査するかについては、都道府県の事務とされている。
健康保険法上の取扱いの変更については、都道府県の方にも追って情報提供したい。
- 在宅医療を提供する地域については、住所を明確にして、客観的な形で示してもらうことを想定している。
趣旨としては、建物単位で、「この老人ホームにしか行かない」ということはあつてはならないと考えている。
差別のない形で、地図上のある一定の地域を囲んで指定してもらうものと考えている。
- 在支診の施設基準における、在宅専門の医療機関の定義とは「在宅患者の占める割合が95%以上」というものが定義になる。開設時の在宅専門の定義というのは外来応需体制を有していないことだが、別のものだ。

(3/4 厚労省説明会質疑応答より)

在宅医療

【1-4 (医療機能の分化・強化／在宅医療の確保) - ③】
在宅医療専門の医療機関に関する評価 骨子【1-4 (3)】

●在宅医療専門の医療機関に関する評価

3回以上の定期的な訪問診療を実施し、
【在宅時医学総合管理料】又は
【施設入居時等医学総合管理料】を
算定している場合に限る。

[在宅医療を専門に実施する在宅療養支援診療所の施設基準]

診療所であって、現行の機能強化型の在宅療養支援診療所の施設基準に加え、以下の要件を満たしていること。

- (1) 在宅医療を提供した患者数を、在宅医療及び外来医療を提供した患者の合計数で除した値が0.95以上であること。
- (2) **直近**1年間に、5か所以上の保険医療機関から初診患者の診療情報提供を受けていること。
- (3) 当該診療所において、過去1年間の在宅における看取りの実績を20件以上有していること又は重症小児の十分な診療実績(15歳未満の超・準超重症児に対する**在宅医療**の実績が過去1年間に10件以上)を有していること。
- (4) 施設入居時等医学総合管理料の算定件数を、施設入居時等医学総合管理料及び在宅時医学総合管理料の合計算定件数で除した値が0.7以下であること。
- (5) 在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定する患者のうち、要介護3以上又は当該管理料の「別に定める状態の場合」に該当する者の割合が50%以上であること。

【経過措置】

平成28年3月31日時点で在宅療養支援診療所として届け出ている保険医療機関については、平成29年3月31日までの間、基準を満たしているものとする。

【Ⅲ－５（重点的な対応が求められる分野／救急医療の推進）－③】
医療型短期入所サービス中の処置等の評価 骨子【Ⅲ－５（２）】

●医療型短期入所サービス中に算定できる処置

C100～116 在宅療養指導管理料を算定しているために、入院外等では別途算定できない以下の医療処置等を短期入所サービス利用中に算定できる

[対象処置等]

- | | |
|----------------------------|---------------------|
| (1) 経皮的動脈血酸素飽和度測定 | (11) 導尿 |
| (2) 終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定 | (12) 介達牽引 |
| (3) 中心静脈注射 | (13) 矯正固定 |
| (4) 植込み型カテーテルによる
中心静脈注射 | (14) 変形機械矯正術 |
| (5) 鼻マスク式補助換気法 | (15) 消炎鎮痛等処置 |
| (6) 体外式陰圧人工呼吸器治療 | (16) 腰部又は胸部固定帯固定249 |
| (7) 人工呼吸 | (17) 低出力レーザー照射 |
| (8) 膀胱洗浄 | (18) 鼻腔栄養 |
| (9) 後部尿道洗浄 | |
| (10) 留置カテーテル設置 | |

【F 特掲診療料】⑳ 投薬

【Ⅳ－3(効率化等による制度の持続可能性の向上／医薬品の適正使用の推進)－②】

医薬品の適正使用の推進 骨子【Ⅳ－3－(1)(2)】

● 医薬品の適正使用の推進

一部抜粋

処方料、処方せん料の通知

(7) 医師が処方する投薬量については、予見することができる必要期間に従ったものでなければならないこととされており、**長期の投薬に当たっては、以下のような取扱いとする。**

① **30日を超える投薬を行う際には、長期の投薬が可能な程度に病状が安定し、服薬管理が可能である旨を医師が確認する。病状が変化した場合の対応方法等を患者に周知する。**

当該医療機関の連絡先も周知する

② **①の要件を満たさない場合には、原則として以下のいずれかの対応を行うこととする。**

◆30日以内に再診する

◆200床以上の保険医療機関にあっては、200床未満の保険医療機関又は診療所に**文書による紹介を行う旨の申出**を行う

◆患者の病状は安定しているが服薬管理が難しい場合には、分割指示処方せんを交付する

投薬

【IV-6(効率化等による制度の持続可能性の向上/医薬品等の適正評価)-④】

医薬品の適正給付 骨子【IV-6(5)】

湿布薬

●F000 調剤料/F100 処方料/ F400 処方せん料/F500 調剤技術基本料

現 行

改 定

【調剤料・処方料・処方せん料・
調剤技術基本料】

【調剤料・処方料・処方せん料・
調剤技術基本料】

- ・1か月の回数制限等について、今回定めたルールは、一処方についてのルールであり、一処方につき計70枚を超えていなければ支えないことになる。個別の必要性について審査機関が審査することを排除しているものではない。
 - ・同一成分であっても、異なる成分であっても、用法が違うものであっても、一処方ですべて70枚という数え方になる。
- (3/4厚労省説明会質疑応答より)

入院中の患者以外の患者に対して、
1処方につき70枚を超えて湿布薬を投薬し
た場合には算定しない。

ただし、医師が疾患の特性等により必要性
があると判断し、やむを得ず70枚を超えて
投薬する場合には、その理由を処方せん及
び診療報酬明細書に記載することで可
能とする。

行うべきことが2点

70枚超
処方

数量に
関わらず

※湿布薬の処方時は、処方せん及び診療報酬明細書に、投薬全量のほか、
一日分の用量又は何日分に相当するかを記載する。

投薬

【Ⅲ-3(重点的な対応が求められる分野/精神医療の推進)-⑧】

向精神薬の適切な処方促進 骨子【Ⅲ-3(7)】

●F100 処方料

種類数
変更

現 行	改 定
<p>【F100 処方料】 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬の投薬(臨時の投薬等のものを除く。)を行った場合</p> <p style="text-align: right;">20点</p> <p>[算定要件] 「臨時の投薬等のもの」とは以下のいずれかを満たすことをいう。</p> <ol style="list-style-type: none">① 他院で多剤投与を受けていた患者を引き継いだ場合② 薬剤を切り替える場合③ 臨時に投薬する場合④ 精神科の診療に係る経験を十分に有する医師が患者の病状等によりやむを得ず投与を行う必要があると認めた場合	<p>【F100 処方料】 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、<u>3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬の投薬(臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。)</u>を行った場合</p> <p style="text-align: right;">20点</p> <p>[算定要件] 「臨時の投薬等のもの」とは以下のいずれかを満たすことをいう。</p> <ol style="list-style-type: none">① 他院で多剤投与を受けていた患者を引き継いだ場合② 薬剤を切り替える場合③ 臨時に投薬する場合④ <u>(削除)</u>

投薬

【Ⅲ-3(重点的な対応が求められる分野/精神医療の推進)-⑧】

向精神薬の適切な処方促進 骨子【Ⅲ-3(7)】

●F200 薬剤料

現 行	改 定
	<p><u>「患者の病状等によりやむを得ず投与するもの」とは、精神科の診療に係る経験を十分に有する医師が患者の病状等によりやむを得ず投与を行う必要があると認めたものをいう。</u></p>
<p>【F200 薬剤料】 1処方につき3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬の投薬(臨時の投薬等のものを除く。)を行った場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。</p> <p>[算定要件] (「臨時の投薬等のもの」の内容は処方料のものと同様。)</p>	<p>【F200 薬剤料】 1処方につき3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、<u>3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬の投薬(臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。)</u>を行った場合には、所定点数(<u>抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬又は抗精神病薬に限る。</u>)の100分の80に相当する点数により算定する。</p> <p>[算定要件] (「臨時の投薬等のもの」<u>及び「患者の病状等によりやむを得ず投与するもの」</u>の内容は処方料のものと同様。)</p>

投薬

【Ⅲ－3(重点的な対応が求められる分野／精神医療の推進)－⑧】

向精神薬の適切な処方促進 骨子【Ⅲ－3(7)】

●向精神薬多剤投与に係る報告書について

報告提出
変更

現 行	改 定
<p>【F100 処方料】 [算定要件] 向精神薬多剤投与を行った保険医療機関は、年に1回、向精神薬多剤投与の状況を地方厚生(支)局に報告する。</p> <p>[別紙様式40] 6月に受診した患者に対して、向精神薬多剤投与を行った保険医療機関のみ提出すること</p>	<p>【F100 処方料】 [算定要件] 向精神薬多剤投与を行った保険医療機関は、3月に1回、向精神薬多剤投与の状況を地方厚生(支)局に報告する。</p> <p>[別紙様式40] 4月、7月、10月、1月 直近3か月に受診した患者に対して、向精神薬多剤投与を行った保険医療機関のみ提出すること</p>

【経過措置】

- 向精神薬多剤投与を行った保険医療機関は、平成28年7月以降、毎年度4月、7月、10月、1月に、前月から起算して3ヶ月間の向精神薬多剤投与の状況を別紙様式40を用いて地方厚生(支)局長に報告すること。
- 平成28年7月の報告については、平成28年6月の向精神薬多剤投与の状況を、平成28年度診療報酬改定前の別紙様式40を用いて報告することで代替しても差し支えない。

「向精神薬多剤投与に係る報告書」

(別紙様式40)

別紙様式40

向精神薬多剤投与に係る報告書

直近3月に受診した外来患者に対して、向精神薬多剤投与を行った保険医療機関のみ提出すること。

保険医療機関名	
郵便番号	
住所	
標榜科	精神科 ・ 心療内科 ・ どちらもない
対象期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日の3月間
「精神科の診療に係る経験を十分に有する医師」の数 (届出時点)	名

- 1 向精神薬の投与を受けている患者数、その内訳(対象となる患者は直近3か月間に受診した外来患者)
※ここでいう向精神薬とは、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬、抗精神病薬をさす。

向精神薬の投与を受けている患者数①			
うち、抗うつ薬又は抗精神病薬の投与を受けている患者数②			
うち、抗うつ薬の投与を受けている患者数③		うち、抗精神病薬の投与を受けている患者数④	
名	名	名	名

- 2 向精神薬多剤投与を受けている患者数とその内訳(対象となる患者は直近3か月間に受診した外来患者)
※ここでいう向精神薬多剤投与とは、抗不安薬3種類以上、睡眠薬3種類以上、抗うつ薬3種類以上又は抗精神病薬3種類以上に該当することをさす。

向精神薬の投与を受けている患者数①					
向精神薬多剤投与を受けている患者数⑤					
うち、抗不安薬3種類以上の投与を受けている患者数⑥		うち、睡眠薬3種類以上の投与を受けている患者数⑦		うち、抗うつ薬3種類以上又は抗精神病薬3種類以上の投与を受けている患者数⑧	
				うち、抗うつ薬3種類以上の投与を受けている患者数⑨	うち、抗精神病薬3種類以上の投与を受けている患者数⑩
名	名	名	名	名	名

⑧/② = %

※ ⑧/②が10%未満であるか、又は⑧が20名未満である場合、「1002」通院・在宅精神療法(17)のAに掲げる要件を満たす。

[記載上の注意]

- 直近3か月とは、届出を行う日の前月から起算して3か月をいう。
- 患者数は、条件に該当するものを、「F100」処方料(3)(イ)から(ニ)への該当の有無にかかわらず全て、それぞれ実人数で計上すること。例えば、期間中に抗うつ薬及び抗精神病薬の療法投与を受けた患者がいる場合には、③と④に重複して計上され、③と④の和が②より大きくなる。同様に、期間中に抗うつ薬3種類以上及び抗精神病薬3種類以上の投与を受けた患者がいる場合には、⑨と⑩に重複して計上され、⑨と⑩の和が⑧より大きくなる。
- 「1」と「2」の①にはそれぞれ同じ数字を記入すること。

投薬

【Ⅳ-1 (効率化等による制度の持続可能性の向上／後発医薬品の使用促進等) - ③】

院内処方における後発医薬品使用体制の評価 骨子【Ⅳ-1 (1)】

●院内処方における後発医薬品使用体制の評価

医療機関
提供体制に
関連

新設

F100 処方料

届出

注11 イ 外来後発医薬品使用体制加算 1

4点

ロ 加算 2

3点

別添2の
様式38の3

薬剤部門に薬剤師の配置は必須ではない。
医師等が配置（兼務も可能）されている場合も、
体制等の整備がされていれば算定できる。
(3/4厚労省説明会質疑応答・3/5 日本医師会Q&Aより)

【施設基準】

- (1) **薬剤部門又は薬剤師**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、後発医薬品の採用を決定する**体制が整備された保険医療機関(診療所に限る。)**であること。
- (2) 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した使用薬剤の薬価(薬価基準)別表に規定する規格単位ごとに数えた数量(以下「規格単位数量」という。)に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、**外来後発医薬品使用体制加算1**にあっては**70%以上**、**外来後発医薬品使用体制加算2**にあっては**60%以上70%未満**であること。
- (3) 当該保険医療機関において調剤した薬剤の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合が**50%以上**であること。
- (4) 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を当該保険医療機関の受付及び支払窓口等の見やすい場所に掲示していること。

【Ⅳ－１（効率化等による制度の持続可能性の向上／後発医薬品の使用促進等）－③】
院内処方における後発医薬品使用体制の評価 骨子【Ⅳ－１（１）】

●院内処方における後発医薬品使用体制の評価

3/4 告示より追加

外来後発医薬品使用体制加算

[施設基準]

(5) 後発医薬品の規格単位数の割合を算出する際に除外する医薬品

① 経腸成分栄養剤

エレンタール配合内用剤、エレンタールP乳幼児用配合内用剤、エンシュア・リキッド、エンシュア・H、ツインラインNF配合経腸用液、ラコールNF配合経腸用液、エネーボ配合経腸用液及びラコールNF配合経腸用半固形剤

② 特殊ミルク製剤

フェニルアラニン除去ミルク配合散「雪印」及びロイシン・イソロイシン・破倫除去ミルク配合散「雪印」

③ 生薬(薬効分類番号510)

④ 漢方製剤(薬効分類番号520)

⑤ その他の生薬及び漢方処方に基づく医薬品(薬効分類番号590)

外来後発医薬品使用体制加算

様式38の3

外来後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1. 届出に係る外来後発医薬品使用体制加算の区分（いずれかに○を付す）

<input type="checkbox"/>	外来後発医薬品使用体制加算 1 (カットオフ値(「3.」の④) 50%以上かつ後発医薬品の割合(「3.」の⑤) 70%以上)
<input type="checkbox"/>	外来後発医薬品使用体制加算 2 (カットオフ値(「3.」の④) 50%以上かつ後発医薬品の割合(「3.」の⑤) 60%以上70%未満)

2. 後発医薬品の使用を促進するための体制の整備

後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を入手・評価する手順	
-----------------------------------	--

3. 医薬品の採用状況（平成 年 月 日時点）

全医薬品の規格単位数及び後発医薬品の規格単位数並びにその割合				
期間 (届出時の直近3か月：1か月ごと及び3か月間の合計)	年月	年月	年月	年月 ～年月 (直近3ヶ月間の合計)
全医薬品の規格単位数(①)				
後発医薬品あり先発医薬品及び後発医薬品の規格単位数(②)				
後発医薬品の規格単位数(③)				
カットオフ値の割合(④) (②/①)(%)				
後発医薬品の割合(⑤) (③/②)(%)				

【記載上の注意】

- 後発医薬品の採用について検討を行う委員会等の名称、目的、構成員の職種・氏名等、検討する内容、開催回数等を記載した概要を添付すること。
- 規格単位数とは、使用薬剤の薬価(薬価基準)別表に規定する規格単位ごとに数えた数量のことをいう。
- 後発医薬品の規格単位数の割合を計算するに当たっては、「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品等について」(平成26年3月5日保医発0305第13号)を参照すること。

処方せん

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

様式第三号 (第二十三条関係)



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 <small>明大 昭平</small>	年月日	男・女
区分	被保険者	被扶養者	保険医氏名
	都道府県番号	点数表番号	医療機関コード

交付年月日	平成 年 月 日	処方せんの使用期間	平成 年 月 日
-------	----------	-----------	----------

薬局が処方医の了解なく投与日数を変更することが可能となったものではない。(3/5 日本医師会Q&Aより)

※保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応
(処方医が必要と判断した場合や特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること)
 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 保険医療機関へ情報提供

備考欄に追加されます

保険医署名 (「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・捺印すること。)

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	

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。
 2. この用紙は、日本工業規格 A 列5番を標準とすること。
 3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令(昭和51年厚生省令第38号)第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

分割調剤

医師 例: 90日分処方薬を30日分3回に分けて処方する場合
 ※備考欄に「分割日数及び分割回数を記載」

薬局 医師の指示通り1回30日分ずつ調剤。

投薬

【Ⅲ－3(重点的な対応が求められる分野／精神医療の推進)－⑧】
向精神薬の適切な処方促進 骨子【Ⅲ－3(7)】

●F400 処方せん料

現 行	改 定
<p>【処方せん料】</p> <p>3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬の投薬(臨時の投薬等のものを除く。)を行った場合</p> <p style="text-align: right;">30点</p> <p>[算定要件] (「臨時の投薬等のもの」の内容は処方料のものと同様。)</p>	<p>【処方せん料】</p> <p>3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、<u>3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬の投薬(臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与する場合を除く。)</u>を行った場合</p> <p style="text-align: right;">30点</p> <p>[算定要件] (「臨時の投薬等のもの」<u>及び「患者の病状等によりやむを得ないもの」</u>の内容は処方料のものと同様。)</p>

投薬

【Ⅳ-1（効率化等による制度の持続可能性の向上／後発医薬品の使用促進等）-④】

一般名処方加算の見直し 骨子【Ⅳ-1(1)】

●F400 注7 処方せん料(一般名処方加算)

2品目以上

現 行	改 定
<p>【F400 処方せん料】 <u>(新設)</u> 一般名処方加算 2点 [算定要件] <u>(新設)</u></p> <p>交付した処方せんに1品目でも一般名処方された医薬品が含まれている場合に算定する。</p>	<p>【F400 処方せん料】 <u>一般名処方加算1 3点(新)</u> 一般名処方加算2 2点 [算定要件] <u>一般名処方加算1</u> <u>交付した処方せんに含まれる医薬品のうち、後発医薬品が存在する全ての医薬品が一般名処方されている場合に算定できる。</u></p> <p>一般名処方加算2 交付した処方せんに1品目でも一般名処方された医薬品が含まれている場合に算定する。</p>

※処方時に後発医薬品の銘柄を記載した上で変更不可とする場合には、処方せんにその理由を記載する。

【G 特掲診療料】③〇 注射

注射

【Ⅲ－1(重点的な対応が求められる分野／がん医療の推進)－⑤】
外来化学療法加算の評価の見直し 骨子【Ⅲ－1(5)】

Bに
多発性硬化症に対しての
ナタリズマブ製剤追加

●通則6 外来化学療法加算

現 行	改 定
【外来化学療法加算】	【外来化学療法加算】
イ 外来化学療法加算1	イ 外来化学療法加算1
(1) 外来化学療法加算A	(1) 外来化学療法加算A
① 15歳未満 780点	① 15歳未満 <u>820点</u>
② 15歳以上 580点	② 15歳以上 <u>600点</u>
(2) 外来化学療法加算B	(2) 外来化学療法加算B
① 15歳未満 630点	① 15歳未満 <u>670点</u>
② 15歳以上 430点	② 15歳以上 <u>450点</u>
ロ 外来化学療法加算2	ロ 外来化学療法加算2
(1) 外来化学療法加算A	(1) 外来化学療法加算A
① 15歳未満 700点	① 15歳未満 <u>740点</u>
② 15歳以上 450点	② 15歳以上 <u>470点</u>
(2) 外来化学療法加算B	(2) 外来化学療法加算B
① 15歳未満 600点	① 15歳未満 <u>640点</u>
② 15歳以上 350点	② 15歳以上 <u>370点</u>

注射

●新設項目／点数、注の見直し

新設

G017 腋窩多汗症注射(片側につき) 200点

[算定要件]

同一側の2箇所以上に注射を行った場合においても、1回のみの算定とする。

G000 皮内、皮下及び筋肉内注射

項目	現行	改定
【皮内、皮下及び筋肉内注射】 (1回につき)	18点	<u>20点</u>

G001 静脈内注射

項目	現行	改定
【静脈内注射】(1回につき)	30点	<u>32点</u>
注2 6歳未満の乳幼児加算	42点	<u>45点</u>

注射

●点数、注の見直し

G004 点滴注射

項目	現 行	改 定
【点滴注射】（1日につき）		
1 6歳未満の乳幼児に対するもの （1日分の注射量が100mL以上の場合）	95点	<u>98点</u>
2 1に掲げる者以外の者に対するもの （1日分の注射量が500mL以上の場合）	95点	<u>97点</u>
3 その他の場合 （入院中の患者以外の患者に限る。）	47点	<u>49点</u>
注2 6歳未満の乳幼児加算	42点	<u>45点</u>

注射

●点数、注の見直し

G007 腱鞘内注射

項目	現 行	改 定
【腱鞘内注射】	25点	<u>27点</u>

G012 結膜下注射

項目	現 行	改 定
【結膜下注射】	25点	<u>27点</u>

G012-2 自家血清の眼球注射

項目	現 行	改 定
【自家血清の眼球注射】	25点	<u>27点</u>

●項目の見直し

G020 無菌製剤処理料

現 行	改 定
<p>【無菌製剤処理料】</p> <p>1 無菌製剤処理料1 (悪性腫瘍に対して用いる薬剤が 注射される一部の患者)</p> <p>イ 閉鎖式接続器具を使用した場合</p> <p>(1) 揮発性の高い薬剤の場合 150点</p> <p>(2) (1)以外の場合 100点</p> <p>ロ イ以外の場合 50点</p> <p>2 無菌製剤処理料2(1以外のもの) 40点</p>	<p>【無菌製剤処理料】</p> <p>1 無菌製剤処理料1 (悪性腫瘍に対して用いる薬剤が 注射される一部の患者)</p> <p><u>イ 閉鎖式接続器具を使用した場合</u> <u>180点</u></p> <p>ロ イ以外の場合 <u>45点</u></p> <p>2 無菌製剤処理料2(1以外のもの) 40点</p>

★バイアル用接続器具：
バイアルの内外の差圧を調節することにより薬剤
の飛散を防止する



追加