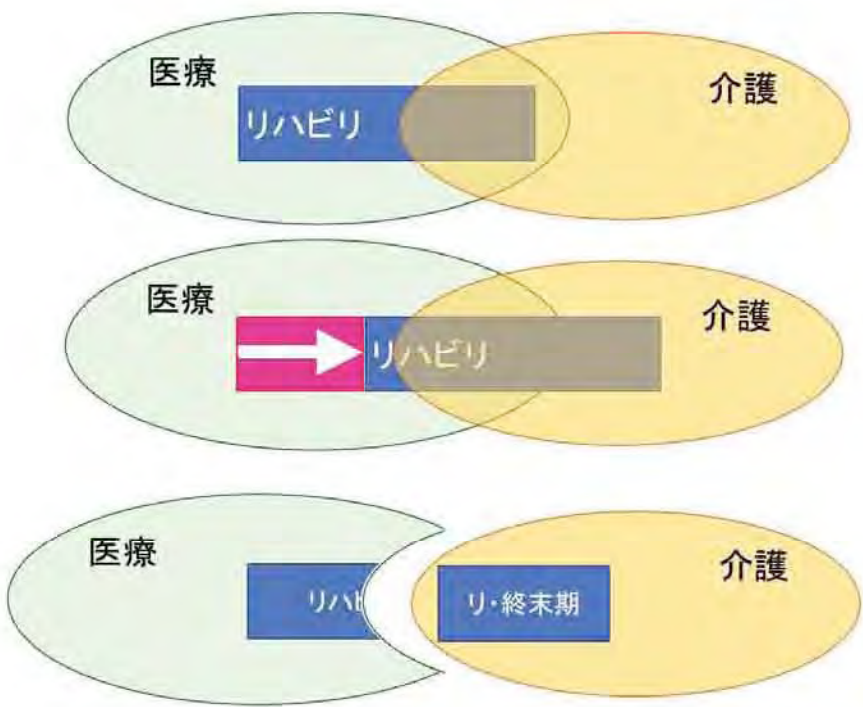
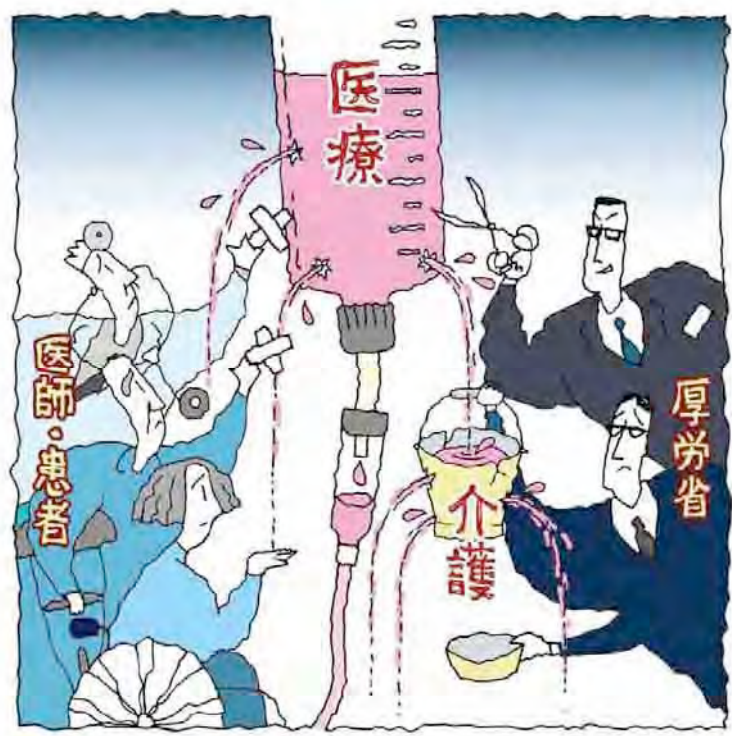
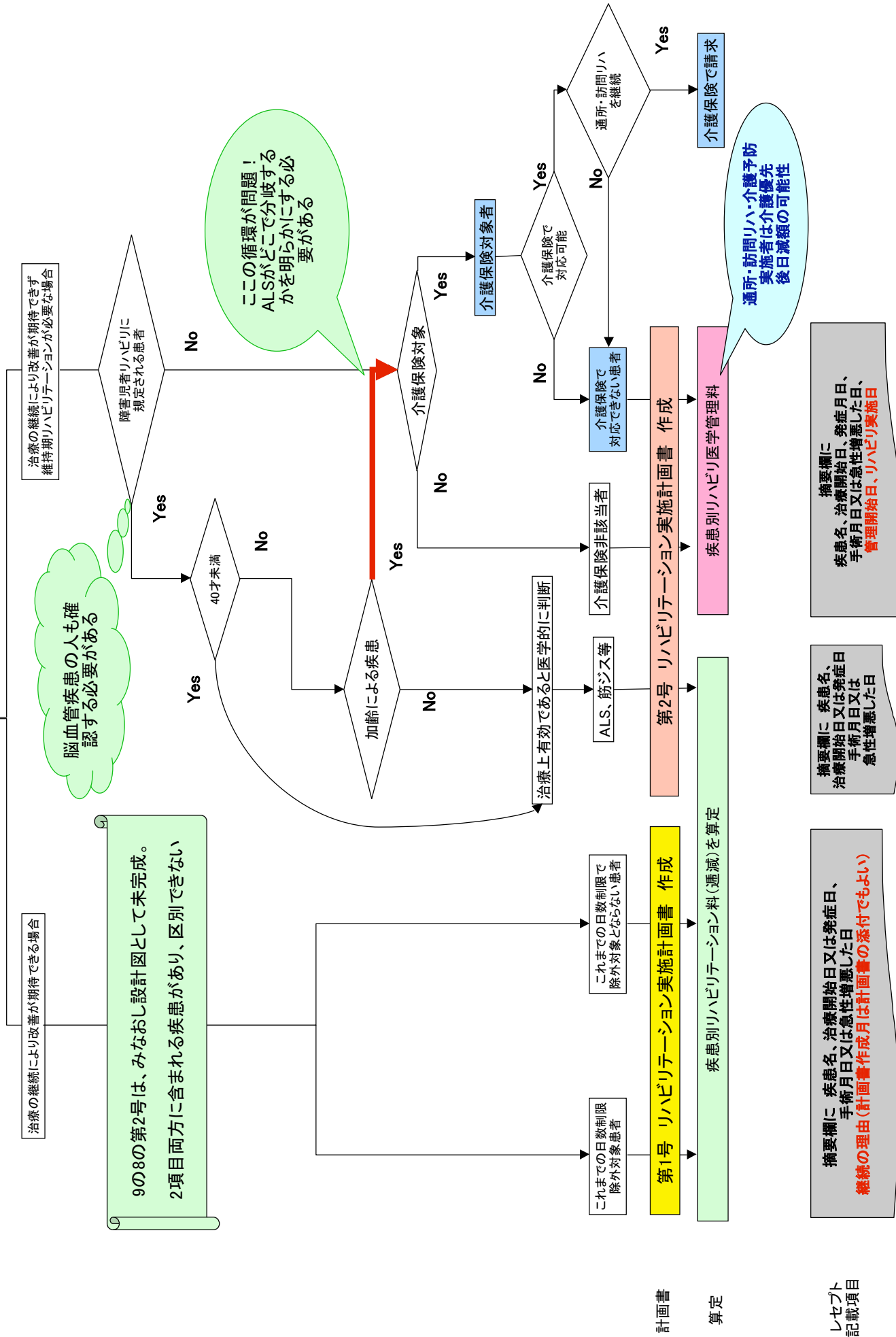


資料 1



疾患別リハビリテーション料の算定日数上限に達した患者



「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関する事項等について」(平成18年4月28日老老発第0428001号・保医発第0428001号)の一部改正について

1 第4の5を次のように改める。

5. リハビリテーションに関する留意事項について

- (1) 要介護被保険者等である患者であって、特定施設入居者生活介護又は地域密着型特定施設入居者生活介護の受給者及びグループホーム(認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の受給者の入居施設)の入所者以外のものに対して行うリハビリテーションは、同一の疾患等について、医療保険における心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料(以下「医療保険における疾患別リハビリテーション料」という。)を算定するリハビリテーション(以下「医療保険における疾患別リハビリテーション」という。)を行った後、介護保険における通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーション又は介護予防通所リハビリテーション(以下「介護保険におけるリハビリテーション」という。)に移行した日以降は、医療保険における疾患別リハビリテーション料は算定できない。

また、同一の疾患等について、介護保険におけるリハビリテーションを行った月においては、医療保険における心大血管疾患リハビリテーション医学管理料、脳血管疾患等リハビリテーション医学管理料、運動器リハビリテーション医学管理料又は呼吸器リハビリテーション医学管理料は算定できない。

ただし、医療保険における疾患別リハビリテーションを実施後、介護保険におけるリハビリテーションに移行した場合であっても、当該リハビリテーションに係る疾患等について、手術、急性増悪等により医療保険における疾患別リハビリテーション料を算定する患者に該当することとなった場合には、新たに医療保険における疾患別リハビリテーション料が算定できるものであること。

- (2) 介護老人保健施設の入所者に対しては、特掲診療料の施設基準等(平成18年厚生労働省告示第94号)別表第十二第二号に掲げるリハビリテーション又は脳血管疾患等リハビリテーション医学管理料、運動器リハビリテーション医学管理料若しくは呼吸器リハビリテーション医学管理料はいずれも算定できないものであること。

2 別紙を次のように改める。

《患者負担》

1 医療機関の窓口では、「現行の老人保健制度と同様、かかった費用の1割（現役並み所得者の方は3割）」を医療機関の窓口を支払っていただきます。
窓口負担は、月ごとの上限額が設けられます。また、入院の場合、同一の医療機関の窓口で支払っていただく負担額は月ごとの上限額までとなります。

- ※ 3割負担となる現役並み所得者に該当するかどうかは、同一世帯の被保険者の所得と収入により判定します。
- ・課税所得145万円以上、かつ、
- ・収入 高齢者複数世帯 520万円以上、高齢者単身世帯 383万円以上

2 高額医療・高額介護合算制度を新たに設けます。

同一世帯の被保険者において、医療保険の患者負担と介護保険の自己負担の両方が発生している場合に、これらを合わせた額について年額での上限額を設け、負担を軽減します。

（月ごとの負担の上限額）

	自己負担限度額	
	外来(個人ごと)	高額医療・高額介護合算制度における自己負担限度額
① 現役並み所得者 (課税所得145万円以上)	44,400円	67万円
② 一般	12,000円	56万円
③ 市町村民税非課税の世帯に属する方 (④以外の方)	8,000円	31万円
④ ③のうち、年金受給額80万円以下等の方	15,000円	19万円

（年ごとの負担の上限額）

高額医療・高額介護合算制度における自己負担限度額
67万円
56万円
31万円
19万円

(注) ()内の金額は、多数該当(過去12ヶ月に3回以上高額療養費の支給を受け4回目の支給に該当)の場合。

3 医療機関に入院された方については、現行の老人保健制度と同様、

- ・療養病床以外の場合は、食費に関する負担として、1食ごとに標準負担額
- ・療養病床の場合は、食費及び居住費に関する負担として、食費については1食ごとに、居住費については1日ごとに、標準負担額を負担していただきます。

食費・居住費の標準負担額

区分	標準負担額
① 一般の方	(食費) 1食につき460円(注) (居住費) 1日につき320円
② 市町村民税非課税の世帯に属する方等(③、④以外の方)	(食費) 1食につき210円 (居住費) 1日につき320円
③ ②のうち、年金受給額80万円以下等の方(④以外の方)	(食費) 1食につき130円 (居住費) 1日につき320円
④ ②のうち、老齢福祉年金を受給している方	(食費) 1食につき100円 (居住費) 1日につき0円

(注) 管理栄養士又は栄養士により栄養管理が行われているなどの一定の要件を満たす保険医療機関の場合。それ以外の場合は420円となる。

《各種手続きや制度についての問合せ先》

- 後期高齢者医療制度は、各都道府県の広域連合と市区町村とが連携して事務を行います。基本的な役割分担は以下のとおりです。
- 広域連合：被保険者証等の交付、保険料の決定、保険料の給付
- 市区町村：各種届出の受付や被保険者証等の引き渡し等の窓口業務、保険料の徴収
- 詳しくは、各都道府県の広域連合又は市区町村の窓口にお問い合わせください。

平成20年4月から

後期高齢者医療制度がはじまります。

《新しい制度のポイント》

POINT 1

75歳以上の方、一人ひとりに被保険者証を交付します。
→詳しくは、「被保険者」のページ

POINT 2

保険料負担を公平にします。

高齢者の医療費を安定的に支えるため、現役世代と高齢者の方々が負担能力に応じて公平に負担することが必要です。

また、これまで、高齢者の方々の間で、加入する制度によって、保険料を負担する人と負担しない人があり、また、市町村によって保険料に高低がありました。

新しい制度では、高齢者の方々は、皆、負担能力に応じて公平に保険料をご負担いただくこととなります。また、原則として、都道府県内で、同じ所得であれば同じ保険料となります。

→詳しくは、「仕組み図」と「保険料」のページ

POINT 3

高齢者の方々にふさわしい医療を目指します。

新しい制度でも、74歳までの方々と変わらず、必要な医療を受けることができます。

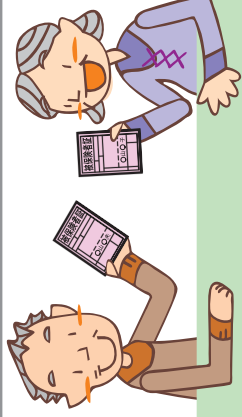
特に、高齢者の方々は、複数の病気にかかったり、治療が長期にわたる傾向があるので、高齢者の暮らしに配慮した治療が行われるような仕組みを導入するとともに、在宅医療の充実や介護サービスとの連携強化など、高齢者の生活を支える医療を目指します。

POINT 4

医療保険と介護保険のサービスを両方利用して自己負担が重い方々の負担を軽減します。

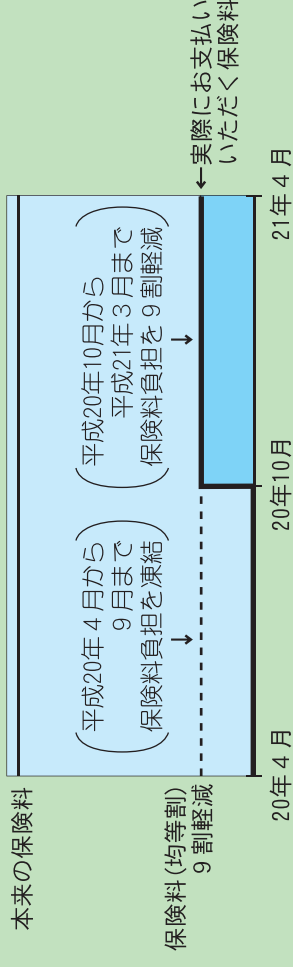
POINT 5

後期高齢者医療広域連合という新しい運営主体が、都道府県や市区町村と連絡をとりあって、高齢者の方々のサービス向上に努めます。



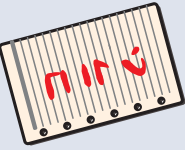
《制度加入直前に被用者保険の被扶養者であった方の保険料についての特別対策》

平成19年10月30日に与党において以下の対策がとりまとめられたところであり、政府としてもこれを実施する方針です。



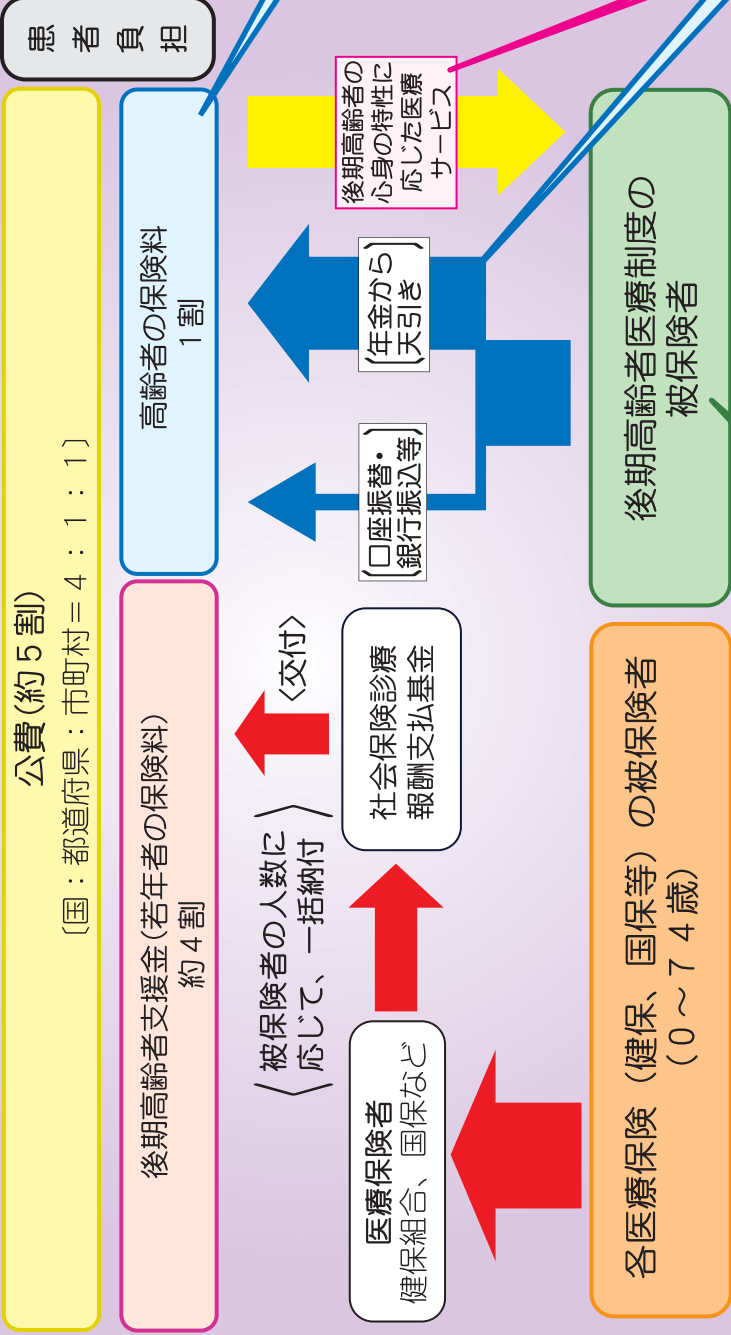
後期高齢者医療広域連合

後期高齢者医療の事務を行うために、都道府県ごとに区域内の全ての市区町村が加入して設立された地方公共団体です。平成18年度中に全ての都道府県で設立が完了しています。



後期高齢者医療制度の仕組み

【運営主体：全市町村が加入する広域連合】

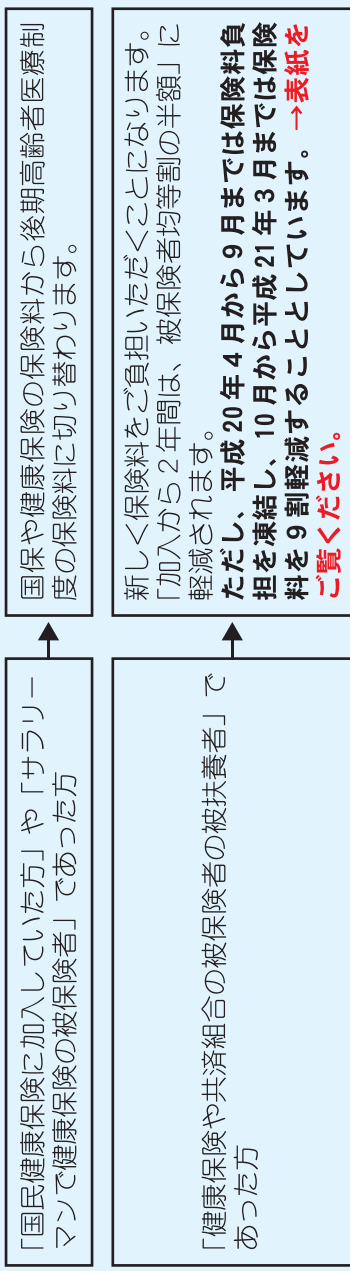


《被保険者》

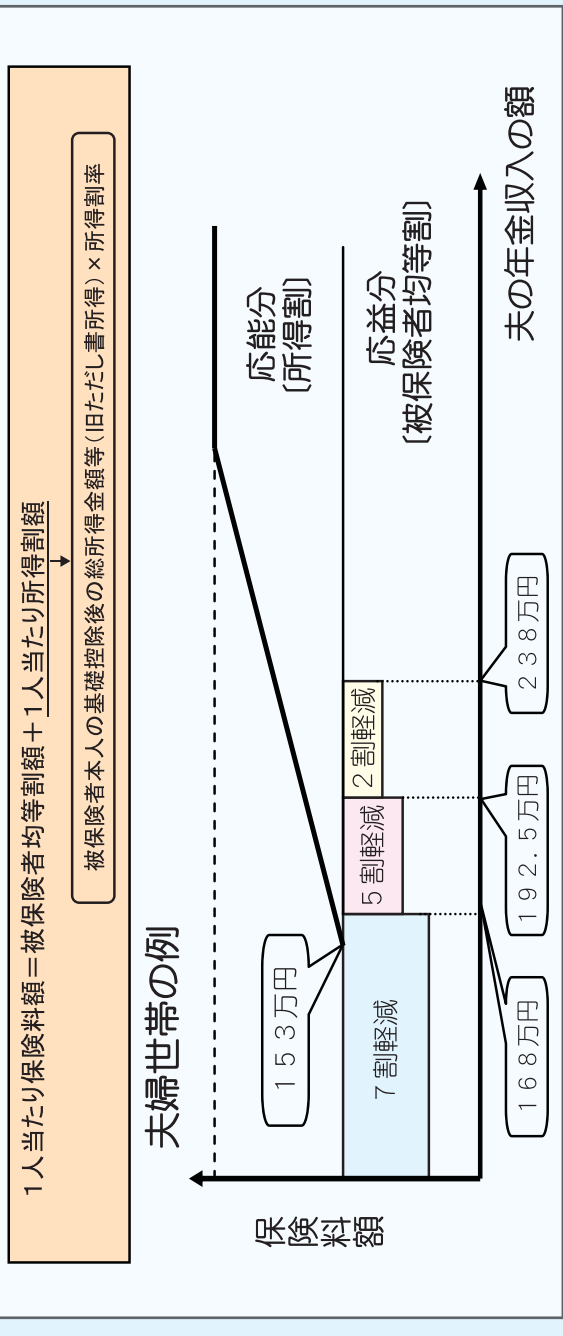
- ① 75歳以上の方(75歳の誕生日から資格取得)
- ② 65~74歳で一定の障害の状態にあることにつき広域連合の認定を受けた方(認定日から資格取得)
- これらの方々は、現在加入中の国民健康保険又は被用者保険から脱退し、新たな制度に移行することになります。加入するときは、一人ひとりに後期高齢者医療被保険者証をお渡ししますので、医療を受ける際は必ずこれを提示してください。

《保険料》

- 保険料は、「高齢者の方一人ひとりに皆、納めていただく」こととなります。
- 保険料の額は、その方の「所得に応じてご負担いただく部分(所得割)」と「被保険者の方に「等しくご負担いただく部分(被保険者均等割)の合計額」になります。
- ▶ 所得の低い世帯の方には、被保険者均等割が軽減(7割、5割、2割)されます。
- ▶ どんなに所得の高い方でも、年50万円が最高になります。
- 後期高齢者医療制度に加入する直前に



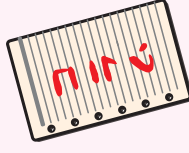
- 所得割の率や被保険者均等割の額は、「各広域連合が、それぞれの都道府県の医療の給付に応じて、2年ごと」に条例で決めます。
- 高齢者の方々にご負担いただく保険料の総額は、これまでの保険料と同程度で、後期高齢者医療制度にかかる給付の1割になります。



- 保険料は原則として年金から徴収されます。ただし、年金額が年額18万円未満の方や介護保険料と後期高齢者医療保険料を合わせた額が年金額の2分の1を超える方については、年金からの徴収は行われず、納付書や口座振替等により、市区町村に対し個別に納付していただくこととなります。

《医療の給付》

- 後期高齢者に対する医療給付の種類は、新たに設けられる高額医療・高額介護合算制度以外は、現行の老人保健及び国保において支給されているものと基本的には同じです。



後期高齢者の新たな診療報酬体系の検討

後期高齢者医療制度の創設に当たっては、後期高齢者の心身の特性等にふさわしい医療が提供できるよう、新たな診療報酬体系を構築することとされていることから、そのための検討を行っています。

青森県後期高齢者医療保険料の具体例

具体的な保険料の額（年額）

年額は 100 円未満切捨ての端数処理後の金額

基礎年金受給者（基礎年金 79 万円）

均等割額 12,154 円（7 割軽減） + 所得割額なし = 12,100 円 / 年

厚生年金の平均的な年金額の受給者（厚生年金 201 万円）

均等割額 32,411 円（2 割軽減） + 所得割額 35,568 円 = 67,900 円 / 年

自営業者の子供と同居する者（子 年収 390 万円、親 基礎年金 79 万円）

均等割額 40,514 円 + 所得割額なし = 40,500 円 / 年

被用者の子供と同居する者（子 政管健保年収 390 万円、
親 基礎年金 79 万円）

均等割額 40,514 円 + 所得割額なし = 40,500 円 / 年

被用者保険の被扶養者については、激変緩和措置として、後期高齢者医療制度への加入時から、2 年間均等割額を 5 割軽減し、年額 20,200 円とすることとなります。

平成 20 年度のみ国の特別措置

平成 20 年 4 月～9 月末までの 6 か月間は、保険料を徴収しません。

平成 20 年 10 月～平成 21 年 3 月末までの 6 か月間は、均等割額を 9 割軽減します。実際の保険料は、均等割額の 1/20 となり、2,000 円を負担することとなります。

均等割額 2,025 円 + 所得割額なし = 2,000 円 / 年

単身世帯保険料早見表(概算)

所得割率	7.41%	均等割額	40,514円
------	-------	------	---------

単身世帯の本人の収入が、年金収入のみとした場合

公的年金 収入額	旧ただし書き所 得(基礎控除後)	所得割額	均等割額	賦課額	軽減 割合
0	0	0	12,154	12,100	7割
180,000	0	0	12,154	12,100	7割
500,000	0	0	12,154	12,100	7割
800,000	0	0	12,154	12,100	7割
1,000,000	0	0	12,154	12,100	7割
1,200,000	0	0	12,154	12,100	7割
1,530,000	0	0	12,154	12,100	7割
1,680,000	150,000	11,115	12,154	23,200	7割
1,800,000	270,000	20,007	32,411	52,400	2割
1,925,000	395,000	29,269	32,411	61,600	2割
2,010,000	480,000	35,568	32,411	67,900	2割
2,030,000	500,000	37,050	32,411	69,400	2割
2,080,000	550,000	40,755	40,514	81,200	なし
2,200,000	670,000	49,647	40,514	90,100	なし
2,380,000	850,000	62,985	40,514	103,400	なし
2,500,000	970,000	71,877	40,514	112,300	なし
3,000,000	1,470,000	108,927	40,514	149,400	なし
3,500,000	1,920,000	142,272	40,514	182,700	なし
4,000,000	2,295,000	170,059	40,514	210,500	なし
4,500,000	2,710,000	200,811	40,514	241,300	なし
5,000,000	3,135,000	232,303	40,514	272,800	なし
5,500,000	3,560,000	263,796	40,514	304,300	なし
6,000,000	3,985,000	295,288	40,514	335,800	なし
6,500,000	4,410,000	326,781	40,514	367,200	なし
7,000,000	4,835,000	358,273	40,514	398,700	なし
7,500,000	5,260,000	389,766	40,514	430,200	なし
8,000,000	5,715,000	423,481	40,514	463,900	なし
8,500,000	6,190,000	458,679	40,514	499,100	なし
8,511,465	6,200,891	459,486	40,514	500,000	なし
9,000,000	6,665,000	493,876	40,514	500,000	なし

- 1 被用者保険の被扶養者については、保険料凍結措置などにより、平成20年度は2,000円となります。
- 2 軽減判定は世帯の構成や被保険者と世帯主の総所得等の合計によって変わります。

二人世帯保険料早見表(概算)

所得割率	7.41%	均等割額	40,514円
------	-------	------	---------

夫妻2人世帯で、ともに後期高齢者医療の被保険者であり、世帯主である夫の収入が年金収入のみで、妻に収入がない場合

夫の保険料					妻の保険料			世帯の計	
公的年金 収入額	基礎控除後の 旧ただし書き 所得	夫 所得割額	夫 均等割額	夫 賦課額	妻 所得割額	妻 均等割額	妻 賦課額	賦課額 世帯合計	軽減 割合
0	0	0	12,154	12,100	0	12,154	12,100	24,200	7割
180,000	0	0	12,154	12,100	0	12,154	12,100	24,200	7割
500,000	0	0	12,154	12,100	0	12,154	12,100	24,200	7割
800,000	0	0	12,154	12,100	0	12,154	12,100	24,200	7割
1,000,000	0	0	12,154	12,100	0	12,154	12,100	24,200	7割
1,200,000	0	0	12,154	12,100	0	12,154	12,100	24,200	7割
1,530,000	0	0	12,154	12,100	0	12,154	12,100	24,200	7割
1,680,000	150,000	11,115	12,154	23,200	0	12,154	12,100	35,300	7割
1,800,000	270,000	20,007	20,257	40,200	0	20,257	20,200	60,400	5割
1,925,000	395,000	29,270	20,257	49,500	0	20,257	20,200	69,700	5割
2,010,000	480,000	35,568	32,411	67,900	0	32,411	32,400	100,300	2割
2,030,000	500,000	37,050	32,411	69,400	0	32,411	32,400	101,800	2割
2,080,000	550,000	40,755	32,411	73,100	0	32,411	32,400	105,500	2割
2,200,000	670,000	49,647	32,411	82,000	0	32,411	32,400	114,400	2割
2,380,000	850,000	62,985	32,411	95,300	0	32,411	32,400	127,700	2割
2,500,000	970,000	71,877	40,514	112,300	0	40,514	40,500	152,800	なし
3,000,000	1,470,000	108,927	40,514	149,400	0	40,514	40,500	189,900	なし
3,500,000	1,920,000	142,272	40,514	182,700	0	40,514	40,500	223,200	なし
4,000,000	2,295,000	170,060	40,514	210,500	0	40,514	40,500	251,000	なし
4,500,000	2,710,000	200,811	40,514	241,300	0	40,514	40,500	281,800	なし
5,000,000	3,135,000	232,304	40,514	272,800	0	40,514	40,500	313,300	なし
5,500,000	3,560,000	263,796	40,514	304,300	0	40,514	40,500	344,800	なし
6,000,000	3,985,000	295,289	40,514	335,800	0	40,514	40,500	376,300	なし
6,500,000	4,410,000	326,781	40,514	367,200	0	40,514	40,500	407,700	なし
7,000,000	4,835,000	358,274	40,514	398,700	0	40,514	40,500	439,200	なし
7,500,000	5,260,000	389,766	40,514	430,200	0	40,514	40,500	470,700	なし
8,000,000	5,715,000	423,482	40,514	463,900	0	40,514	40,500	504,400	なし
8,500,000	6,190,000	458,679	40,514	499,100	0	40,514	40,500	539,600	なし
8,511,465	6,200,891	459,486	40,514	500,000	0	40,514	40,500	540,500	なし
9,000,000	6,665,000	493,877	40,514	500,000	0	40,514	40,500	540,500	なし

1 被用者保険の被扶養者については、保険料凍結措置などにより、平成20年度は2,000円となります。

2 軽減判定は世帯の構成や被保険者と世帯主の総所得等の合計によって変わります。

08年4月以降 後期高齢者数と現在75歳が属する滞納世帯数(推計)

	保険者	国保世帯数	国保滞納世帯数	資格証発行	後期高齢者数	75才以上国保保険料滞納(世帯数)	75才以上介護保険料滞納(人数)
1	外ヶ浜町	2,159	238	8	1,715	0	
2	佐井村	751	70	5	521	8	
3	蓬田村	732	86	10	601	13	
4	風間浦村	692	144	24	295	19	
5	中泊町	3,899	391	60	2,052	21	
6	六ヶ所村	2,310	484	0	872	33	
7	おいらせ町	4,825	739	348	2,370	33	
8	野辺地町	4,008	773	30	2,143	35	
9	六戸町	2,499	292	94	1,440	36	
10	田子町	1,723	245	54	1,274	42	
11	つがる市	9,452	716	7	5,588	79	
12	平内町	3,312	293	10	2,069	131	
13	七戸町	4,400	370	4	2,414	140	
14	むつ市	15,199	2,700	162	7,200	145	
15	平川市	7,034	855	67	4,780	266	
16	五戸町	4,407	1,504	30	3,162	285	
17	青森市	62,467	12,199	1,070	30,716	1,183	1,039
18	五所川原市	15,740	3,389	105	7,711	1,441	
19	西目屋村	336	18	0	292	8	
20	新郷村	722	41	17	596	17	
21	横浜町	1,313	136	16	673	32	
22	今別町	1,125	94	1	682	27	
23	大間町	1,612	324	26	687	39	
24	東通村	1,735	360	47	993	42	
25	田舎館村	1,596	110	21	1,060	38	
26	階上町	3,124	752	40	1,282	75	
27	大鰐町	2,819	230	20	1,657	68	
28	三戸町	3,067	300	81	1,826	74	
29	深浦町	3,055	197	22	1,827	73	
30	板柳町	3,799	288	59	1,935	91	
31	鱒ヶ沢町	3,521	509	40	2,022	85	
32	鶴田町	3,744	283	67	2,024	90	
33	藤崎町	3,375	402	33	2,114	81	
34	東北町	4,630	655	10	2,581	111	
35	南部町	4,905	542	53	3,164	118	
36	三沢市	8,898	1,878	250	3,566	214	
37	黒石市	8,018	1,682	30	4,144	192	
38	十和田市	14,670	3,001	111	6,742	352	
39	弘前市	40,974	7,225	1,084	21,483	983	
40	八戸市	51,288	9,665	577	23,500	1,231	
	青森県全体	313,935	54,180	4,693	161,773	7,950	

区政データボックス 『後期高齢者医療制度』の説明書き

このデータボックスに掲載している資料は次の三つです。

1. 跳ね上がる保険料

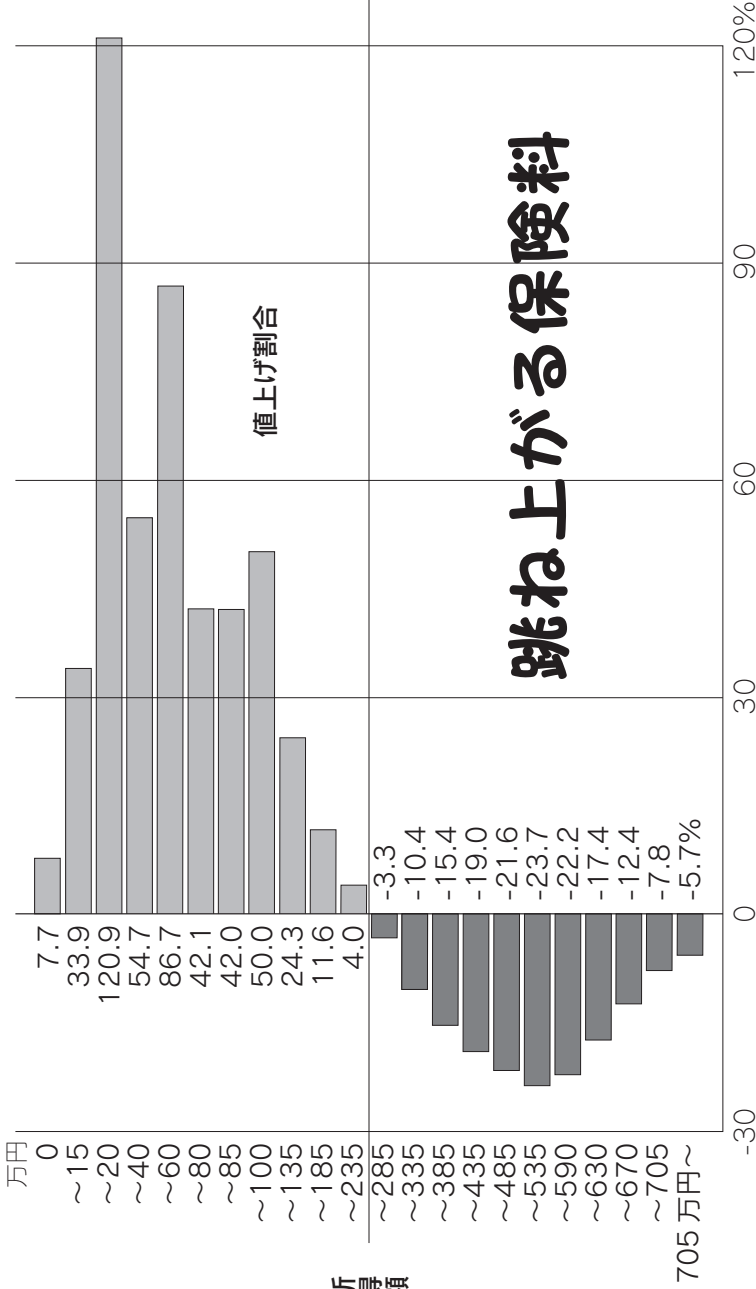
所得段階別に、今年度の国民健康保険料と来年度の後期高齢者医療保険料を比較してみました。ある所得段階を境に、所得の少ない人たちは保険料が増加、所得の多い人たちは減少という対照的な結果になりました。なかでも、所得 15 万～100 万円(年金のみの場合では 168 万～253 万円)の階層では、保険料は急騰します。

2. 練馬区後期高齢者段階別所得の状況

練馬区の後期高齢者医療被保険者の状況を、所得段階別に見たものです。区議会の高齢者医療等特別委員会に提出されたものです。人数、所得額、保険料額などが試算されています。

3. 広がる高齢者の経済格差と負担の“不公平”

2 の資料をもとに作成したものです。人数でわずか 3.6%の人たちが全所得の 6 割近くを手にしていること、にもかかわらず、この高所得階層は所得割保険料の 4 割未満しか負担していないことがよくわかります。高齢者の激しい階層分化の状況に驚くとともに、後期高齢者医療制度の保険料設定がいかに高所得者に有利であるかがよくわかります。



跳ね上がる保険料

値上げ割合

※1 所得は「旧但し書き方式」で計算したものの。年金の場合だと、330万円までは「年金額-153万円」
 ※2 値上げ割合は、それぞれの所得段階の中央値での今年度国民健康保険料との比較
 ※3 出典；東京都後期高齢者医療広域連合の試算による

練馬区後期高齢者段階別所得の状況(平成18年中所得)

別添2

<軽減内訳>

被保険者数	59,441人
限度額	500,000円
均等割額	37,800円
所得割率	6.56%
所得割額(一人あたり平均)	66,100円
一人あたり平均保険料	103,900円

	算定数		実数	
	人数	金額	人数	金額
7割軽減	18,752人	496,171,548円	18,471人	488,742,660円
5割軽減	828人	15,656,820円	816人	15,422,400円
2割軽減	3,047人	23,032,411円	3,001人	22,687,560円
合計	22,627人	534,860,779円	22,288人	526,852,620円

※ 軽減者の実数は、算定数を被保険者伸び率(1.0152)で除して算出した

旧ただし書き所得	段階別人数	段階別所得合計 (%)	均等割額	所得割総額	平均所得割額	平均保険料
0円	32,136	54.1	37,800	0	0	37,800
1～150,000	1,339	2.3	37,800	6,304,665	4,708	42,508
150,001～200,000	412	0.7	37,800	4,711,054	11,435	49,235
200,001～400,000	1,544	2.6	37,800	30,036,592	19,454	57,254
400,001～600,000	1,436	2.4	37,800	46,717,739	32,533	70,333
600,001～800,000	1,389	2.3	37,800	63,732,510	45,884	83,684
800,001～850,000	358	0.6	37,800	19,355,501	54,066	91,866
850,001～1,000,000	1,065	1.8	37,800	64,545,440	60,606	98,406
1,000,001～1,350,000	2,649	4.5	37,800	205,290,338	77,497	115,297
1,350,001～1,850,000	4,936	8.3	37,800	523,939,383	106,147	143,947
1,850,001～2,350,000	4,313	7.3	37,800	581,768,602	134,887	172,687
2,350,001～2,850,000	1,744	2.9	37,800	294,703,223	168,981	206,781
2,850,001～3,350,000	1,140	1.9	37,800	231,040,377	202,667	240,467
3,350,001～3,850,000	802	1.3	37,800	188,397,628	234,910	272,710
3,850,001～4,350,000	560	0.9	37,800	149,684,748	267,294	305,094
4,350,001～4,850,000	414	0.7	37,800	124,695,197	301,196	338,996
4,850,001～5,350,000	339	0.6	37,800	113,467,260	334,712	372,512
5,350,001～5,900,000	287	0.5	37,800	105,919,633	369,058	406,858
5,900,001～6,300,000	184	0.3	37,800	73,471,406	399,301	437,101
6,300,001～6,700,000	139	0.2	37,800	59,119,069	425,317	463,117
6,700,001～7,050,000	111	0.2	37,800	50,037,345	450,787	488,587
7,050,001～	2,144	3.6	37,800	4,024,161,253	462,200	500,000
合計	59,441	100.0	37,800	6,961,098,964	66,081	103,881

お 知 ら せ

74 歳以下で、一定の障害があって老人保健に加入している方へ

〇〇市役所（町役場） 〇〇課

医療制度の改革のひとつとして、平成 20 年 3 月末までで老人保健制度が廃止され、平成 20 年 4 月 1 日から後期高齢者医療制度が創設されます。

現在、老人保健を受給している方は、平成 20 年 4 月 1 日から、後期高齢者医療の被保険者になり、今、加入している健康保険の資格もなくなります。

ただし、あなたのように、現在、74 歳以下で一定の障害があって老人保健医療を受給している方については、平成 20 年 3 月末までにお申し出になれば、後期高齢者医療の被保険者とならないことができます。（お申し出がなければ、後期高齢者医療の被保険者となります。）

そこで、後期高齢者医療の被保険者に「なる」、「ならない」を判断する際の参考としていただくために、それぞれの主な違いを別表にまとめましたので、あなたの状況と見比べながらご検討いただき、後期高齢者医療の被保険者になるかどうかをお決めください。

そして、後期高齢者医療の被保険者とならないとお決めになった場合は、平成 年 月 日までに〇〇市役所（△△町役場）の後期高齢者医療の窓口に、障害認定に係る申請撤回申出書を添えてお申し出ください。

なお、この日を過ぎて、後期高齢者医療の被保険者とならないとお申し出があった場合、事務手続きの都合で、やむを得ず、あなたが 4 月に受給する年金から後期高齢者医療の保険料を天引きすることがあります。もちろん、後日、お返し（還付）しますが、ご迷惑をおかけすることになるため、できるだけ、締め切り日までにお申し出ください。

なお、一人ひとりの状況は違いますので、くわしい手続き等については、〇〇市役所（△△町役場）の〇〇課（TEL:000-0000）におたずねください。

別表：後期高齢者医療の被保険者に「なる」場合と「ならない」場合の相違点

	後期高齢者医療制度の被保険者に	
	なる場合	ならない場合
健康保険の資格	現在加入している健康保険の資格を失い、後期高齢者医療の被保険者となります。	現在の健康保険の資格を継続します。ただし、老人保健の資格はなくなります。
保険料の負担	国民健康保険や被用者保険の保険料の負担はなくなり、後期高齢者医療の保険料を負担します。 (注1) なお、あなたが被用者保険の被扶養者の場合、現在、保険料の負担はありませんが、後期高齢者医療の被保険者になった場合、新たに必要となります。 (注2)	現在加入している健康保険の保険料の負担が継続します。 なお、あなたが被用者保険の被扶養者の場合、これまでどおり、保険料の負担はありません。
一部負担金の割合	平成20年7月までは、現在の一部負担金の割合を引き継ぎます。 平成20年8月からは、同一世帯の後期高齢者医療の被保険者の課税所得や収入で判定されます。 医療費の1割または3割を負担します。 なお、重度心身障害者医療の受給者であれば、一部負担金に対する助成を受けられます。	現在加入の健康保険の基準で判定されます。 69歳以下は医療費の3割を、70歳以上は2割 (注3) または3割を負担します。 <u>なお、老人保健制度はなくなり、重度心身障害者医療の受給資格を失って、一部負担金に対する助成は受けられません。</u>

勸奨送付時期により、市町村の判断で編集してください。

(注1) 後期高齢者医療の保険料は、個人単位で計算され、前年の所得（平成20年度の保険料では、平成19年中の所得）によって決められますので、一人ひとりの保険料額は違います。

(注2) 被用者保険の被扶養者が後期高齢者医療に加入される場合、加入から2年間、保険料が軽減されます。（さらに、平成20年4月から9月の半年間は保険料がかからず、10月から平成21年3月の半年間は9割軽減されます。）

(注3) 70歳～74歳の方の一部負担の割合は、平成20年度に限り1割となります。

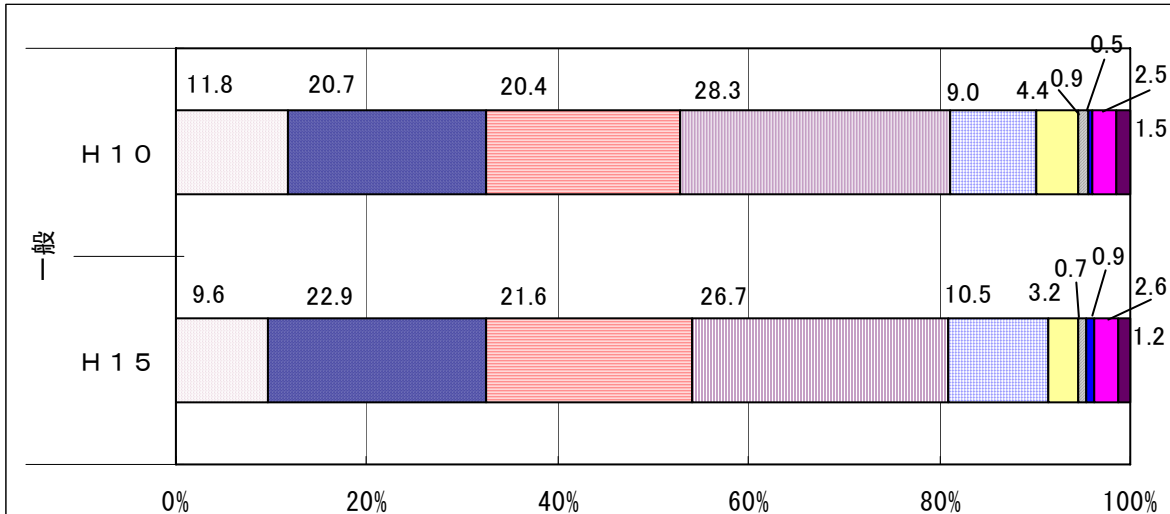
ガンの終末期

<(8) 終末期における療養の場所>

自分が痛みを伴う末期状態（死期が6ヶ月程度より短い期間）の患者となった場合に、一般国民が希望する療養の場所については、「自宅で療養して、必要になれば緩和ケア病棟に入院したい」が最も多く（般 27%）、次に「なるべく早く緩和ケア病棟に入院したい」（般 23%）、「自宅で療養して、必要になればそれまでの医療機関に入院したい」（般 22%）、「自宅で最期まで療養したい」（般 11%）の順となっている。

問 あなたご自身が痛みを伴い、しかも治る見込みがなく死期が迫っている（6ヶ月程度あるいはそれより短い期間を想定）場合、療養生活は最期までどこで送りたいですか。（○は1つ）

問の番号 一般4-1



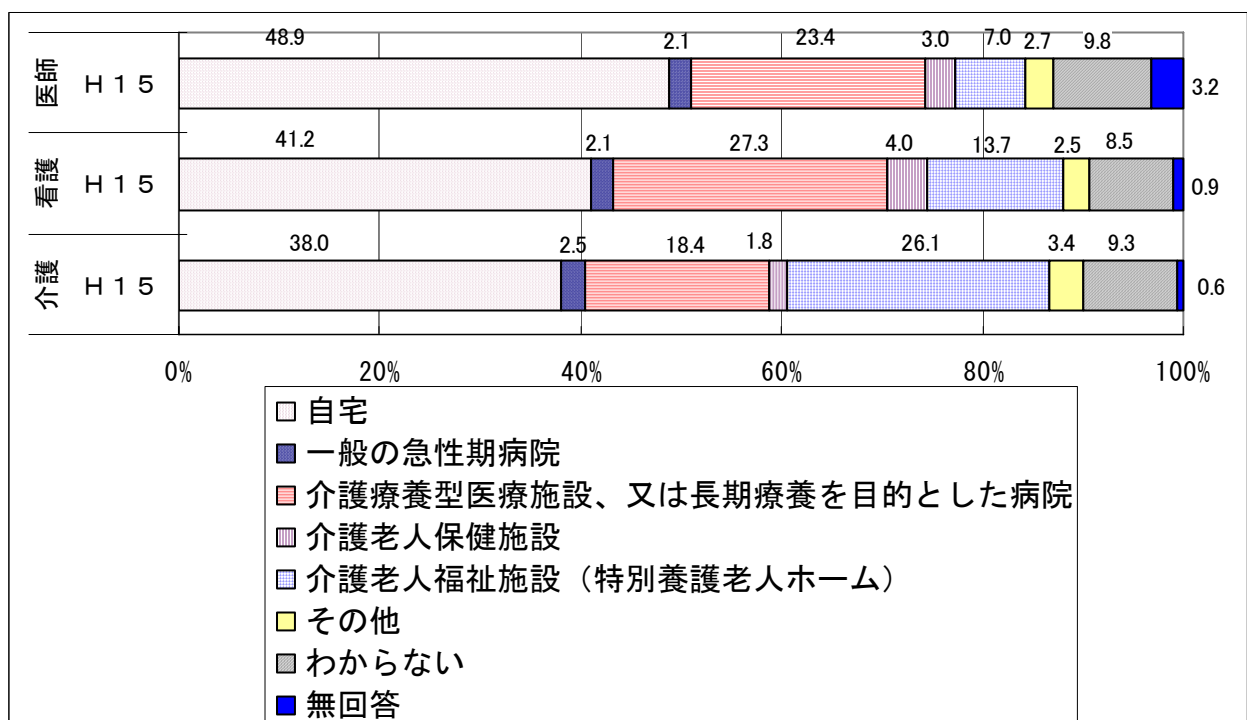
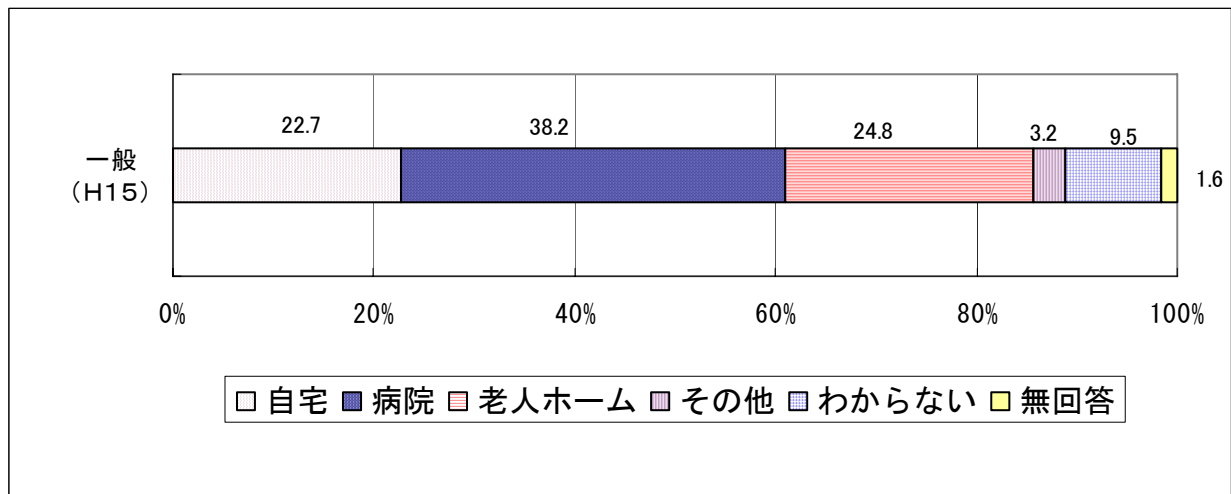
- なるべく早く今まで通った（又は現在入院中の）医療機関に入院したい
- なるべく早く緩和ケア病棟（終末期における症状を和らげることを目的とした病棟）に入院したい
- 自宅で療養して、必要になればそれまでの医療機関に入院したい
- 自宅で療養して、必要になれば緩和ケア病棟に入院したい
- 自宅で最後まで療養したい
- 専門的医療機関（がんセンターなど）で積極的に治療を受けたい
- 老人ホームに入所したい
- その他
- わからない
- 無回答

終末期医療に関する調査等検討会報告書

脳血管疾患の終末期

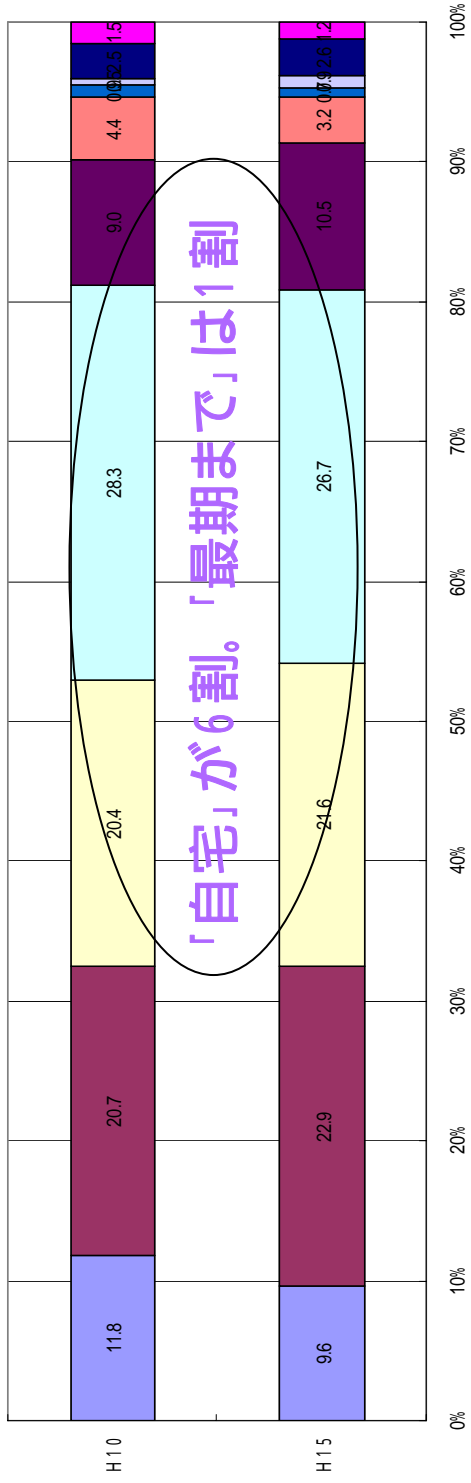
自分が高齢となって、脳血管障害や痴呆等によって日常生活が困難となり、さらに、治る見込みのない疾患に侵された場合、一般国民は、病院、次いで老人ホーム、自宅で療養することを希望している（各々38%、25%、23%）。また、医師は、自宅、次いで介護療養型医療施設又は長期療養を目的とした病院で療養することを希望しており（各々49%、23%）、看護職員も自宅、次いで介護療養型医療施設又は長期療養を目的とした病院で療養することを希望している（各々41%、27%）。介護施設職員は自宅、次いで介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）で療養することを希望している（各々38%、26%）

問 あなた自身が高齢となり、脳血管障害や痴呆等によって日常生活が困難となり、さらに、治る見込みのない疾患に侵されたと診断された場合、どこで最期まで療養したいですか。（○は1つ）
問の番号 一般9 医師12 看護12 介護12



終末期における療養の場所

問 ご自身が痛みを伴い治る見込みがなく死期が迫っている場合、療養生活は最期までどこで送りたいですか。



自宅希望

- なるべく早く早く通った(又は現在入院中の)医療機関に入院したい
- なるべく早く緩和ケア病棟(終末期における症状を和らげることを目的とした病棟)に入院したい
- 自宅で療養して、必要になればそれまでの医療機関に入院したい
- 自宅で療養して、必要になれば緩和ケア病棟に入院したい
- 自宅で最後まで療養したい
- 専門的医療機関(がんセンターなど)で積極的に治療を受けたい
- 老人ホームに入所したい
- その他
- わからない
- 無回答

終末期医療に関する調査等
検討会報告書(H16)より

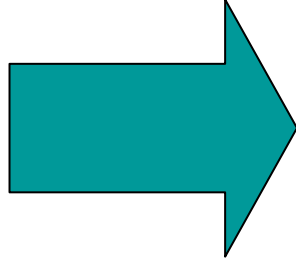
今後の医療政策について～医療構造改革の目指すもの～平成19年4月17日

医療費適正化の方向性（イメージ）

－ 高額医療の見直しなど医療資源の適正配分を進める －

高額医療をめぐる現状

- 上位1%の高額レセプト(医科)の医療費に占める割合は22%
(注)上位1%の高額レセプトは50万円以上のレセプトに相当



検討課題

- 医療資源の適正配分の観点から、次のような事項についてどう考えるか。
 - ・ 高額療養費制度における患者負担の在り方
 - ・ 超高額医療についての医学的妥当性の検討

終末期医療をめぐる現状

- 終末期を自宅等(医療機関以外の場所)で送ることを希望する国民の割合：約6割
- 自宅等での死亡割合：約2割
- 死亡前1か月の入院医療費：年間約9,000億円(平成14年度ベース)



目標(例)

- 患者の意志を尊重した適切な終末期医療の提供
→ 自宅等での死亡割合を4割に
- 上記目標を達成するため、次のような取組を推進
 - ・ 在宅医療提供体制の充実
(往診・訪問診療に対応できる医師の確保、訪問看護サービスの普及等)
 - ・ 地域における高齢者の多様な居住の場の整備



医療費適正化効果

(給付費ベース)

- 2015年度 約2,000億円減
- 2025年度 約5,000億円減

(注1)上記効果は、死亡前1か月の医療費に係るものである。

(注2)上記効果は、「医療と介護の連携等により平均在院日数を短縮する」の医療費適正化効果の中に含まれる。

(参考)

終末期における医療費について

(平成14年度)

1年間の死亡者について死亡前1ヶ月間にかかった医療費を年間の終末期医療費とした場合、

1年間の死亡者数(平成14年) 98万人⁽²⁾

うち、医療機関での死亡者数 80万人… ①

死亡前1ヶ月の平均医療費 112万円⁽¹⁾… ②

18

○ 1年間にかかる終末期医療費

$$\text{①} \times \text{②} = \underline{\text{約9,000億円}}$$

(参考)

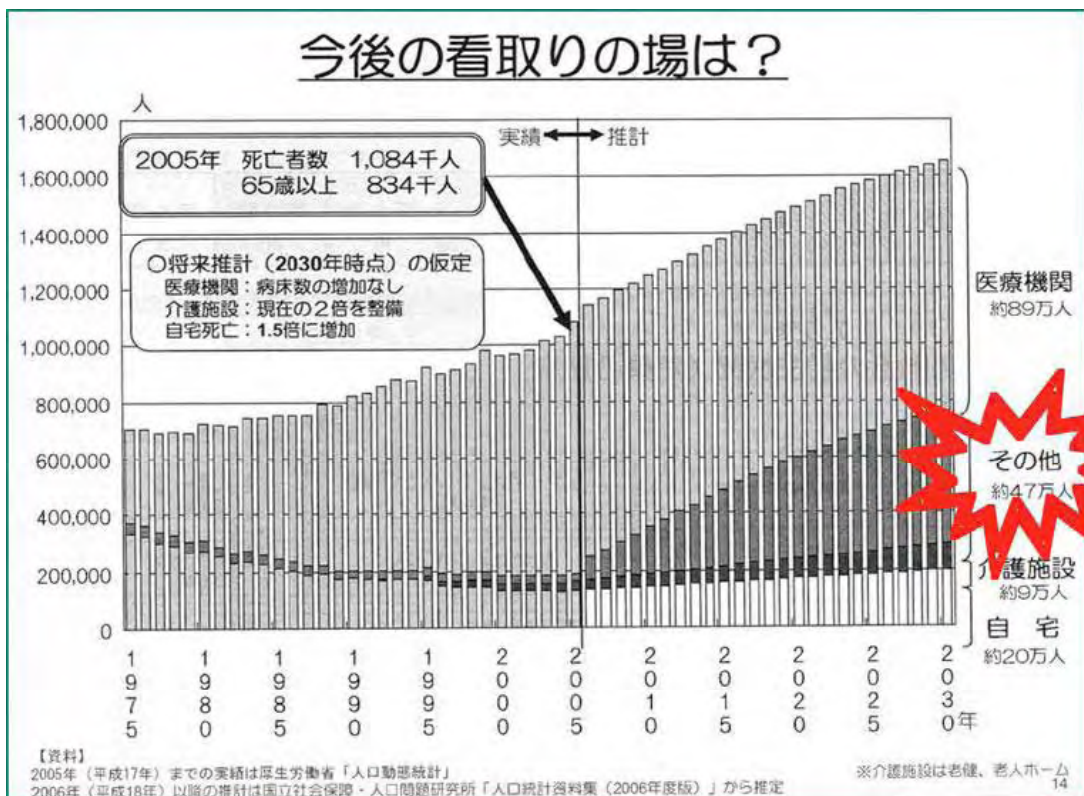
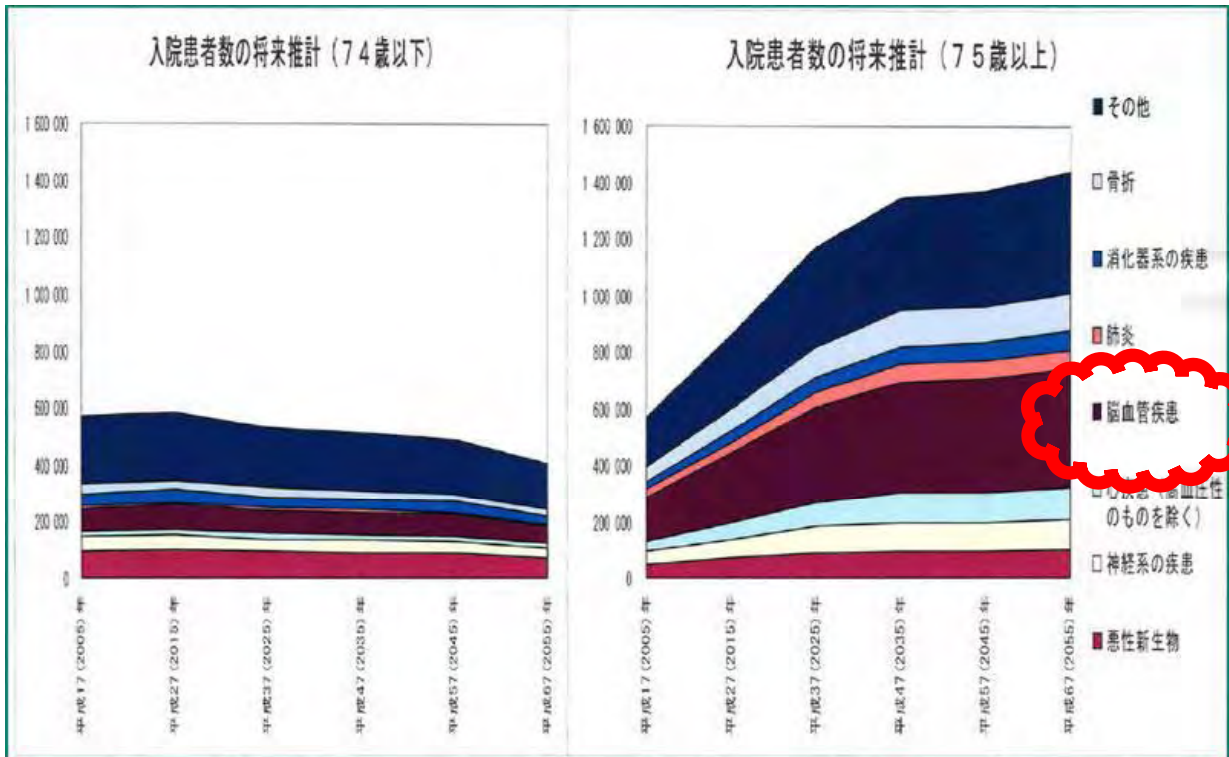
(1) 1件当たり入院医療費(1ヶ月単位)は、約41万円。

(2) 年間の死亡者数は、近年、平均で年2万人程度の増加傾向。

今後10年間は、年2万人を超えるペースで増加すると推計されている。

資料出所：医療経済研究機構「終末期におけるケアに係わる制度及び政策に関する研究」(平成12年3月)等を基に、厚生労働省保険局調査課において推計

入院患者数の将来推計



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。

外来管理加算に関する緊急アンケート調査結果

—回答した全ての病院が「5分ルール」導入に反対—

2008年2月19日 青森県保険医協会

アンケートの背景：

さる2月1日の中医協で、外来管理加算の算定要件に、いわゆる「5分ルール」を追加することが突然提案された。

主な内容は、

- 過去の「待ち時間調査」による平均「診療」時間は9割の診療所で5分以上だったので
(診「療」時間：受け付けてから会計が終わるまでの時間)
- 医師の「診察」時間が5分以上で、
(診「察」時間：医師が診察した時間で、画像検査、採血等の時間は含まれない)
- 患者さんの訴えを聞き、必要な診察、検査を行い、診断結果や治療・生活指導方針を患者さんに丁寧に伝え、
- 診療録にsoap形式で記入した場合に限って外来管理加算を算定する、という提案であった。

「5分ルール」の適応は、診療所だけでなく200床以下の公的病院に与える影響も大きい。特に、地域医療を支える最後の砦である200床以下の病院は医師不足が深刻化し、少数の医師では多くの患者さんに対応で出来ず、3時間3分診療になっている。そこに、「5分ルール導入」で事務的作業量の増加に加えて、減収が加わると地域の医療崩壊は一気に加速すると予想される。

アンケートの目的：

そこで、「5分ルール」導入が青森県内の公的病院に与える影響について明らかにすることを目的とした。

対象および方法：

青森県内の200床以下の公的病院 18病院を対象に、ファックスでの緊急アンケート調査を行った。調査期間は2008年2月8日から2月19日の11日間。

結果：(添付資料)

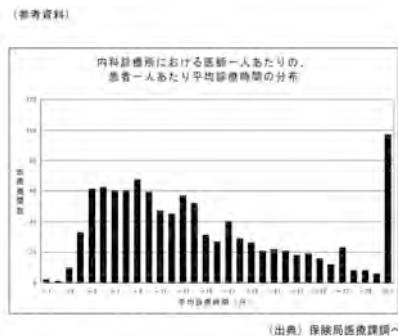
- 11病院から回答があり、回収率は61%だった。
- 「5分ルール導入」には全ての病院(11病院)が反対と答えた。
- 医療崩壊が加速するか？との問いに、
 - 「加速する」.....7病院
 - 「わからない」.....4病院
 - 「加速しない」.....0病院
- 「5分ルール」導入後も算定できる割合は10%以下と答えたのは5病院だった。

○ 数値

外来管理加算の算定回数（月平均）は、平均 1,644 回（761～4,400 回）、
老人外来管理加算の算定回数（月平均）は、平均 1,287 回（522～2,800 回）
両者の加算の年間収入総額は、平均 192,665,280 円（8,185,680～43,248,000 円）

考察：— 「5 分ルール」導入で医療崩壊は加速する—

- 提出された資料の「診療時間」と 5 分ルールの「診察時間」は全く別の要素にもかかわらず、同一のものとして誤った解釈が行なわれた。かりに、誤った解釈が意図的に行なわれたとすれば、二重の意味で問題といわざるを得ない。「5 分ルール」導入にあたり本当に必要なデータは、患者さん一人に要した「診察時間」の分布であり、各診療所での平均「待ち時間」ではない。



5 分の根拠

中医協 これまでの宿題事項について
— 外来管理加算について(2)—
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/12/dl/s1207-6i.pdf>

- 「5 分ルール」導入後も算定できる割合については、ルールの解釈が難しく答えにばらつきが見られたが、10%以下と答えたのは 5 病院だった。（現在全国で複数の調査が進められている）。
- 公的病院に与える減収の影響も大きく、11 病院中 8 病院で 1 千万円を超える減収が予想され、年間 2 千万円を超える病院もあった。もし、外来管理加算が算定できる割合が 10%程度になると、減収予測が年間 4 千万円近くになる病院もあった。
- 減収に加えて、事務的作業量の増大が予想される。医師不足が深刻化している病院で、さらに医師の負担が増える。今のところ明記されていないが、現存するリハビリテーション料など時間要素が入った算定要件から類推すると、
- ・算定人数の上限（1 日当たり、1 週間当たり）が設けられることになり、
 - ・毎日の算定患者氏名、算定開始、終了時刻を記入した記録簿（日報）、
 - ・診療録には、「証拠として」診察開始、終了時刻の記録、
- も必要になる。とくに、指導監査の時には証拠の提出が求められ、記録していない時には、「不正請求」のレッテルが貼られることになる。このため、これらの項目は必須の事務作業となる。
- 「患者さんと勤務医のために見直される」診療報酬改定が皮肉にも地域医療の崩壊を決定的にすると予想された。小児科に限っても、「5 分ルール」による減収が問題になっている。医療崩壊を防ぐには、小手先のパッチワークでは対応できない。新しいシステムを試すときにも、地域医療の現場の声を聞きながら進めないと、目的とは逆の方向に進み、「あり地獄」に引きずり込まれることになる。

公立病院 緊急アンケート調査結果

病院名	月平均算定回数		年間収入合計 (円)	5分ルールに ついて	医療崩壊は 加速するか?	5分ルール算 定可能割合	減収予想額
	外来管理加算 (52点)	老人 (47点)					
A	761	750	8,978,640	反対	はい	30%	6,285,048
B	840	522	8,185,680	反対	はい	不明	—
C	1,529	1,206	16,342,800	反対	わからない	10%	14,708,520
D	1,396	1,323	16,172,760	反対	はい	10%	14,555,484
E	1,123	1,021	12,765,960	反対	はい	5%	12,127,662
F	926	1,068	11,801,760	反対	はい	5%	11,211,672
G	1,286	919	13,207,800	反対	わからない	7%	12,283,254
H	1,808	1,627	20,458,200	反対	わからない	50%	10,229,100
I	2,260	1,853	24,553,320	反対	はい	33%	16,573,491
J	4,400	2,800	43,248,000	反対	はい	50%	21,624,000
K	1,752	1,067	16,950,360	反対	わからない	80%	3,390,072

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

継続的な医学管理が必要となる疾患(案)

現行の特定疾患療養管理料
の対象疾患

結核
甲状腺障害
糖尿病
高脂血症
高血圧性疾患
不整脈
心不全
脳血管疾患
喘息
気管支拡張症
胃潰瘍
アルコール性慢性膵炎
等

継続的な医学管理が
必要となる疾患
の対象としないもの

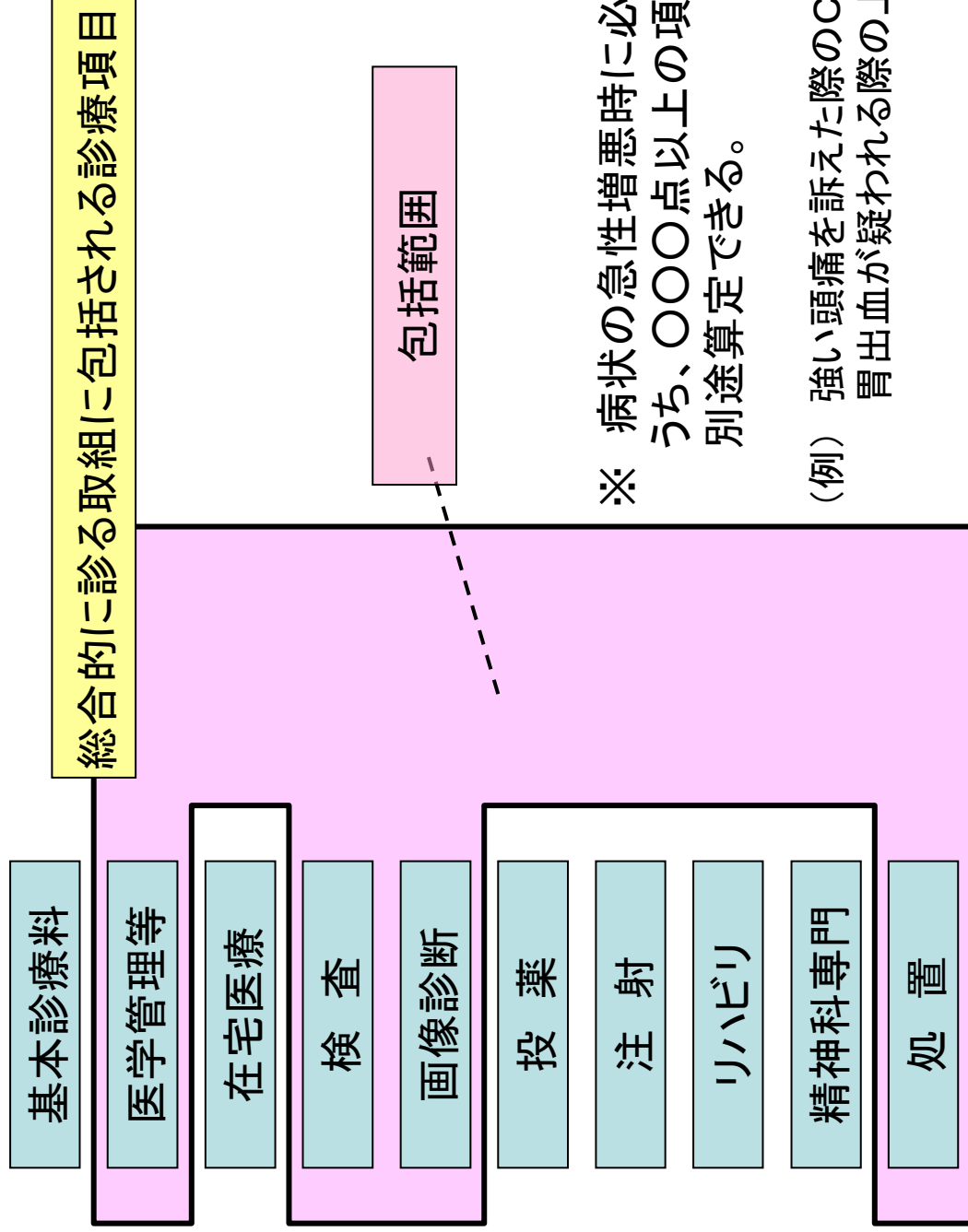
悪性新生物
思春期早発症
性染色体異常等

追加する疾患(案)

認知症
便秘症
等

継続的な医学管理が必要となる疾患(案)

総合的に診る取組に包括される診療項目(案)



※ 病状の急性増悪時に必要な検査等のうち、〇〇〇点以上の項目については別途算定できる。

(例) 強い頭痛を訴えた際のCT撮影
胃出血が疑われる際の上部内視鏡検査

高齢者を総合的に診る医師の研修のイメージ

○ 講義を中心とした研修

- ・ 高齢者医療の考え方と取り組み
(疾病の特徴、生理機能の低下や心のケア等)
 - ・ 後期高齢者の診療計画について
 - ・ 後期高齢者の評価
(受診時の評価と継続的評価、認知機能やうつの評価)
 - ・ 認知症の診療
 - ・ 高齢者の口腔ケア
 - ・ 高齢者の栄養評価と栄養法
 - ・ 介護・福祉等其他のサービスとの連携について
- 等

27

○ 演習を中心とした研修

- ・ 後期高齢者の診療計画の立案
- ・ 総合的な評価の実施にかかる演習
- ・ 高齢者の検査・画像所見の見方
- ・ 高齢者の薬物療法
(薬歴管理、薬剤の適正使用)
- ・ 家族・介護者への指導の方法
- ・ 眼底検査、直腸診等の実習 等

○ 研修に要する時間の目安

- ・ 講義を中心とした研修 ……3日程度
- ・ 演習を中心とした研修 ……1日程度

高齢者総合診療計画書(案)のイメージ

〇〇〇〇様 □□診療所 医師 △△△△
 連絡先 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

病名 ① (糖尿病) ② (白内障) ③ (腰痛症) ④ () ⑤ () ⑥ () ⑦ () ⑧ ()		治療方針等 糖尿病の治療は、定期的な内服治療と、継続的な栄養指導が中心となります。次のような症状がみられるときは、早めにご相談ください。	
治療と検査のスケジュール			
1月 当院での検査 他院での検査等 眼科紹介受診 (◇○眼科診療所)	7月 当院での検査 他院での検査等	その他の留意事項	
2月 血液検査 尿検査 2月14日	8月 血液検査 8月20日	定期受診されている主治医 病名 (白内障) 医師 (◇○先生) 病名 (腰痛症) 医師 (▽▽先生)	
3月 胸部単純撮影 3月7日	9月 総合機能評価 9月11日	当院の連携医療機関 入院が必要となったときの紹介先は ○○市立病院 住所 ○○市◇◇町 □□成人病センター 住所 ○○市◇◇町	
4月	10月	他のサービス担当者 ケアマネージャー 担当: ■■さん 連絡先 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	
5月	11月	患者署名	
6月 心電図検査 6月7日	12月		

「お薬手帳」を用いた情報の管理と共有

骨子【V-3-(4)(5)】

第1 基本的な考え方

後期高齢者は、複数の診療科を受診し、服用する薬剤の種類数も多くなることから、相互作用や重複投薬の防止のため、保険医は、診察に当たって、やむを得ない場合を除き、服薬状況や薬剤服用歴を確認することとする。

また、保険薬剤師は、調剤に当たって、患者の服薬状況及び薬剤服用歴を確認することとする。

併せて、後期高齢者が服用する薬剤に関する情報の管理と共有のため、いわゆる「お薬手帳」を医療機関等が活用する方策を推進する。

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等において、以下のとおり規定するとともに、患者の服薬状況等の確認に当たっては、問診等による確認に加えて、患者が、経時的に薬剤服用歴が管理できるような手帳（いわゆる「お薬手帳」）を持参しているか否かを確認し、持参している場合には、それを活用することとする。

(1) 保険医は、診察を行う場合は、患者の服薬状況及び薬剤服用歴を確認する。ただし、緊急やむを得ない場合については、この限りではない。

(2) 保険薬剤師は、調剤を行う場合は、患者の服薬状況及び薬剤服用歴を確認しなければならない。

2 後期高齢者については、調剤報酬点数表における薬剤服用歴管理料の加算である服薬指導加算と薬剤情報提供料を廃止するとともに、薬剤服用歴管理料の算定要件に、患者等から収集した服薬状況等の情報に基づき服薬指導すること及び「お薬手帳」に薬剤情報や注意事項を記載することを新たに追加し、その評価を引き上げる。

現 行	改正案
【薬剤服用歴管理料】 22点	【後期高齢者薬剤服用歴管理指導料】 35点 ・ 後期高齢者である患者について、次に掲

改

<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書等により患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明及び指導を行った場合に算定 ・ 服薬指導加算 22点 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関し必要な指導を行った場合に加算 【薬剤情報提供料】 15点 ・ 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、相互作用その他服用に際して注意すべき事項を患者の求めに応じて手帳に記載した場合に、月4回（処方の内容に変更があった場合は、その変更後月4回）に限り算定 	<p style="text-align: center;"><u>げる指導等のすべてを行った場合に算定</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ① 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書等により患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明を行うこと ② 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関し必要な指導を行うこと ③ 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、相互作用その他服用に際して注意すべき事項を患者の手帳に記載すること
--	--

3 現行の薬剤情報提供料の老人加算について、後期高齢者医療制度の施行に伴い廃止し、後期高齢者診療料を算定する患者以外の患者に対して「お薬手帳」に記載した場合等の評価に改める。

現 行	改 正 案
<ul style="list-style-type: none"> 【薬剤情報提供料】 10点 ・ <u>老人加算</u> 5点 患者（老人保健法の規定による医療を提供する場合に限る。）に対して、処方した薬剤の名称を当該患者の健康手帳に記載するとともに、当該薬剤に係る名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相 	<ul style="list-style-type: none"> 【薬剤情報提供料】 10点 ・ <u>後期高齢者加算</u> 5点 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するとともに、当該薬剤に係る名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書により提供

改

<p>相互作用に関する主な情報を文書により提供した場合に、月1回に限り（処方の内容に変更があった場合は、その都度）加算</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付した患者については、算定しない 	<p>した場合に、月1回に限り（処方の内容に変更があった場合は、その都度）加算</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付した患者については、算定しない <p>※ <u>後期高齢者診療料を算定する患者については、薬剤情報提供料及び後期高齢者加算は、算定しない</u></p>
---	--