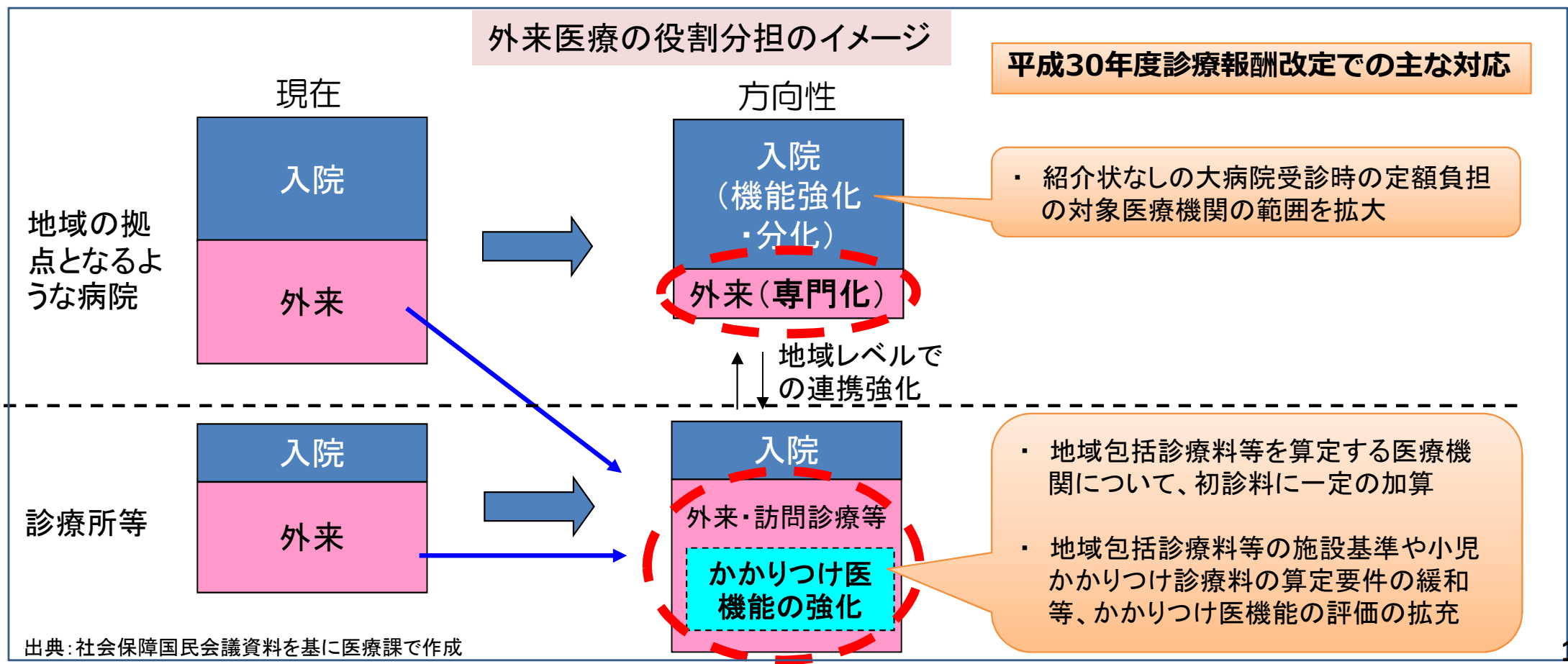


外来医療の今後の方向性(イメージ)

社会保障制度改革国民会議報告書(H25年8月6日)抜粋

- 新しい提供体制は、利用者である患者が大病院、重装備病院への選好を今の形で続けたままでは機能しない
- フリーアクセスの基本は守りつつ、限りある医療資源を効率的に活用するという医療提供体制改革に即した観点からは、医療機関間の適切な役割分担を図るため、「緩やかなゲートキーパー機能」の導入は必要
- 大病院の外来は紹介患者を中心とし、一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談することを基本とするシステムの普及、定着は必須
- 医療の提供を受ける患者の側に、大病院にすぐに行かなくとも、気軽に相談できるという安心感を与える医療体制の方が望ましい



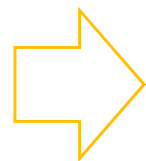
病床規模に関する要件(大病院)の見直し

紹介状なしの大病院受診時の定額負担の対象範囲の拡大

- 大病院の外来医療の機能分化を推進する観点から、紹介状なしで大病院を受診した患者等の定額負担を徴収する責務がある医療機関について、対象病院を拡大する。

現行(対象病院)

特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院



改定後(対象病院)

特定機能病院及び許可病床400床以上の地域医療支援病院

[経過措置]

- ・ 自治体による条例制定が必要な公的医療機関については、条例を制定するまでの期間を考慮し、6か月間の経過措置を設ける。

病床数500床以上を要件としている診療報酬の取扱いの見直し

- 病床数500床以上を要件とする診療報酬について、当該基準を400床に変更する。

[対象]

- 初診料及び外来診療料 ※ 平成30年9月30日までの経過措置を設ける

初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低い場合において、他の病院又は診療所等からの文書による紹介がない患者(緊急その他やむを得ない事情があるものを除く)に関する減算規定の対象となる保険医療機関。

※1については平成31年3月31日まで、※2については平成30年9月30日までの経過措置を設ける

- 在宅患者緊急入院診療加算※1及び在宅患者共同診療料※2

算定対象が、15歳未満の人工呼吸を実施している患者若しくは15歳未満から引き続き人工呼吸を実施しており体重が20kg未満の患者又は神経難病等の患者に限られる保険医療機関。

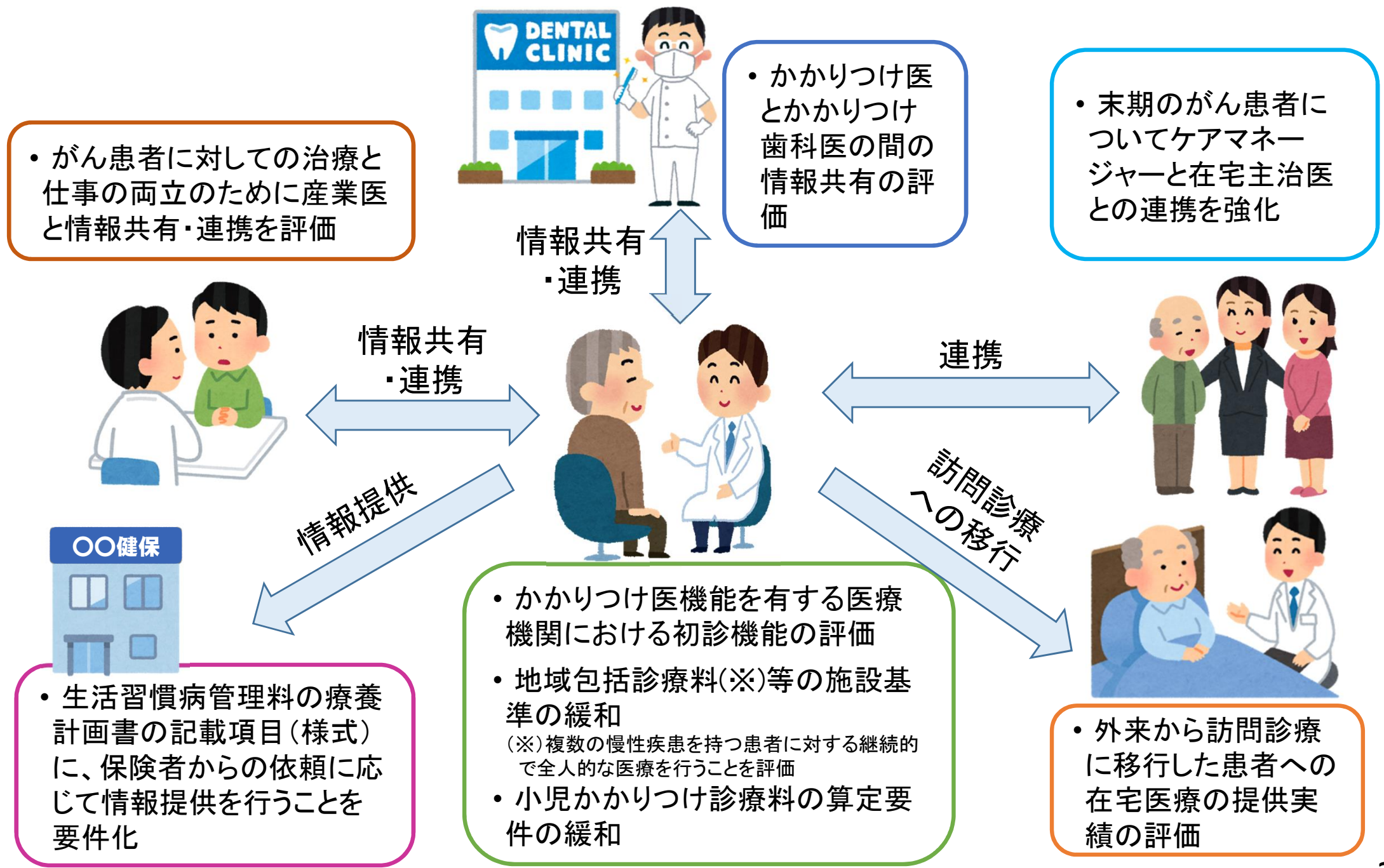
- 地域包括ケア病棟入院料

地域包括ケア病棟入院料を届出をすることができる病棟が1病棟に限られる保険医療機関。

※ 平成30年1月1日時点で地域包括ケア病棟入院料1又は2を2病棟以上届け出ている場合、当該時点で現に届け出ている複数の病棟を維持することができる。



かかりつけ医機能評価の充実

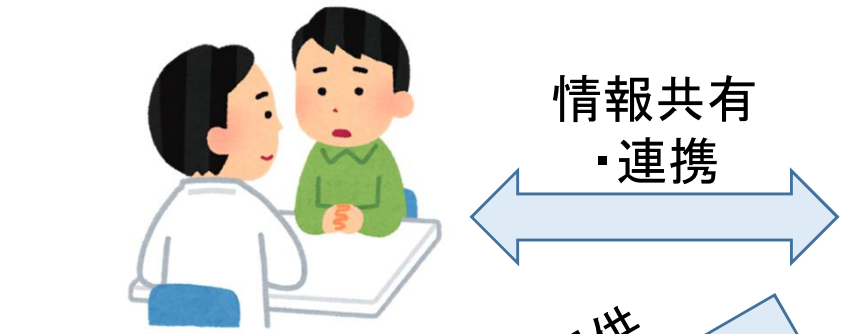


• がん患者に対しての治療と仕事の両立のために産業医と情報共有・連携を評価



• かかりつけ医とかかりつけ歯科医間の情報共有の評価

• 末期のがん患者についてケアマネジャーと在宅主治医との連携を強化



情報共有・連携



連携



〇〇健保
• 生活習慣病管理料の療養計画書の記載項目(様式)に、保険者からの依頼に応じて情報提供を行うことを要件化

• かかりつけ医機能を有する医療機関における初診機能の評価
• 地域包括診療料(※)等の施設基準の緩和
(※)複数の慢性疾患を持つ患者に対する継続的で全人的な医療を行うことを評価
• 小児かかりつけ診療料の算定要件の緩和

訪問診療への移行



• 外来から訪問診療に移行した患者への在宅医療の提供実績の評価

かかりつけ医機能を有する医療機関における初診の評価等

➤ かかりつけ医機能に係る診療報酬を届け出ている医療機関において、専門医療機関への受診の要否の判断等を含めた、初診時における診療機能を評価する観点から、加算を新設する。

初診料
小児かかりつけ診療料(初診時)

(新) 機能強化加算 80点



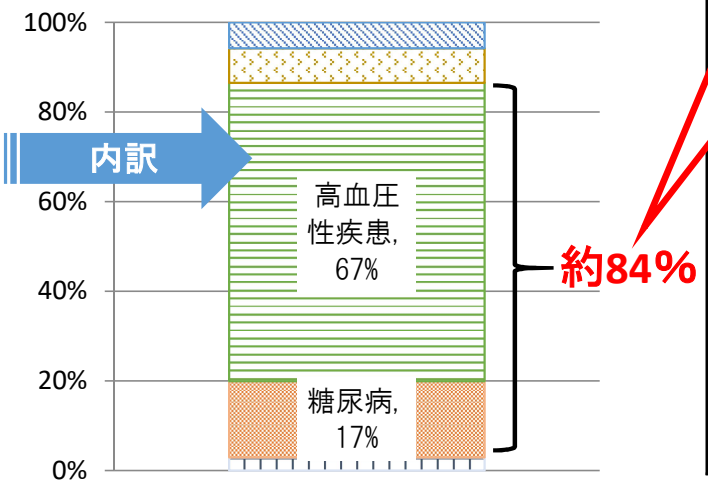
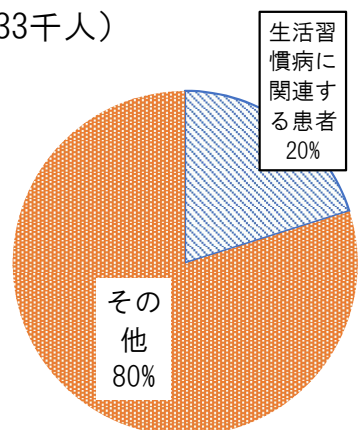
[評価の対象となる患者の範囲(イメージ)]

再診の患者	初診の患者
<div style="border: 2px solid red; border-radius: 15px; padding: 10px; width: fit-content; margin: auto;"> 地域包括診療料等の対象患者(生活習慣病や認知症を有する患者等) </div>	<div style="background-color: #c8e6c9; padding: 20px; border: 1px solid #ccc; width: 100%;"> 機能強化加算の対象患者 </div>

[算定要件]

地域包括診療加算、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)、施設入居時等医学総合管理料(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)を届け出をしている保険医療機関(診療所又は200床未満の保険医療機関に限る。)において、初診を行った場合に、所定の点数に加算する。

＜一般診療所の推計外来患者数＞
(4,233千人)



地域包括診療料等の見直し

地域包括診療料等の見直し

➤ かかりつけ医機能を推進する観点から、医師の配置基準の緩和と在宅への移行実績を評価

現行	改定後
<p>【地域包括診療料等】</p> <p>地域包括診療料 1,503点</p> <p>認知症地域包括診療料 1,515点</p> <p>[施設基準(抜粋)] 以下の全ての要件を満たしていること。</p> <p>ア 診療所の場合</p> <ul style="list-style-type: none"> (イ) 時間外対応加算1の届出 (ロ) 常勤医師2名以上の配置 (ハ) 在宅療養支援診療所 <p>イ 病院の場合</p> <ul style="list-style-type: none"> (イ) 地域包括ケア病棟入院料の届出 (ロ) 在宅療養支援病院の届出 	<p>【地域包括診療料等】</p> <p>(新) 地域包括診療料1 1,560点 ←</p> <p>地域包括診療料2 1,503点</p> <p>(新) 認知症地域包括診療料1 1,580点 ←</p> <p>認知症地域包括診療料2 1,515点</p> <p>[施設基準(抜粋)]</p> <p>(1) 診療料については、以下の全ての要件を満たしていること。</p> <p>ア 診療所の場合</p> <ul style="list-style-type: none"> (イ) 時間外対応加算1の届出 (ロ) 常勤換算2名以上の医師の配置、うち常勤医師が1名以上 (ハ) 在宅療養支援診療所 <p>イ 病院の場合</p> <ul style="list-style-type: none"> (イ) 地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていること。 (ロ) 在宅療養支援病院の届出を行っていること。 <p>(2) 診療料1を算定する場合には、外来中心の医療機関であり、当該医療機関での外来診療を経て訪問診療に移行した患者数が10人以上であること。</p>

小児かかりつけ診療料の見直し

➤ 小児科医師の負担を軽減し、一層の普及を図る観点から、在宅当番医制等により地域における夜間・休日の小児科外来診療に定期的に協力する常勤小児科医が配置された医療機関について、時間外の相談対応について、地域の在宅当番医等を案内することでもよいこととする。

地域包括診療加算等の見直し

- かかりつけ医機能を推進する観点から、24時間対応や医師配置基準の緩和と在宅への移行実績を評価

現行	改定後
【地域包括診療料等】	
地域包括診療加算 20点	(新) <u>地域包括診療加算1</u> 25点 ←
認知症地域包括診療加算 30点	地域包括診療加算2 18点
	(新) <u>認知症地域包括診療加算1</u> 35点 ←
	認知症地域包括診療加算2 28点
[施設基準(抜粋)]	
(1) 在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の対応を実施している旨を院内掲示していること。	(1) 在宅医療の提供及び当該患者に対し <u>24時間の往診等の体制を確保していること。(在宅療養支援診療所以外の診療所については連携医療機関の協力を得て行うものを含む。)</u>
(2) 以下のいずれかを満たしていること。 ア 時間外対応加算1又は2の届出 イ <u>常勤の医師を2名以上配置</u> ウ 在宅療養支援診療所	(2) 以下のいずれかの要件を満たしていること。 ア 時間外対応加算1又は2の届出 イ <u>常勤換算2名以上の医師の配置、うち常勤医師が1名以上</u> ウ 在宅療養支援診療所
	(3) <u>加算1を算定する場合には、外来中心の医療機関であり、当該医療機関での外来診療を経て訪問診療に移行した患者数が3人(在宅療養支援診療所の場合は10人)以上であること。</u>

- 地域包括診療料等の要件である患者の受診医療機関や処方薬の把握について看護師等が実施可能であることを明確化する。

在宅療養支援診療所以外の診療所の訪問診療に対する評価

- 在支診以外の診療所が、かかりつけの患者に対し、他の医療機関との連携等により24時間の往診体制と連絡体制を構築した場合の評価を新設する。

在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料

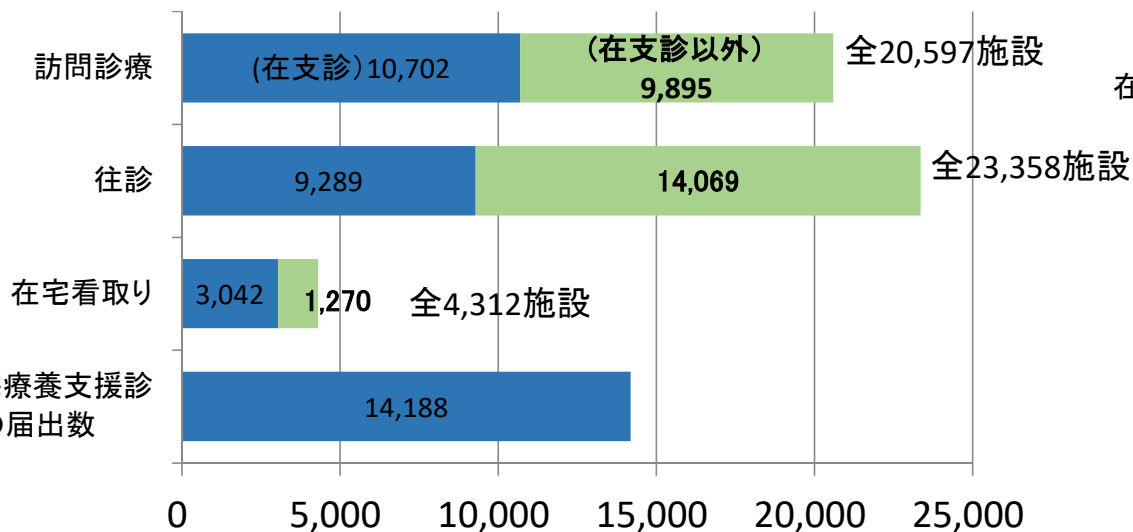
(新) 継続診療加算 216点(1月に1回)

[算定要件]

- (1) 当該保険医療機関の外来又は訪問診療を継続的に受診していた患者であること。
- (2) 算定患者ごとに、連携する医療機関との協力等により、24時間の往診体制及び24時間の連絡体制を構築すること。
- (3) 訪問看護が必要な患者に対し、訪問看護を提供する体制を有していること。

[在宅医療サービスを実施する一般診療所の施設数]

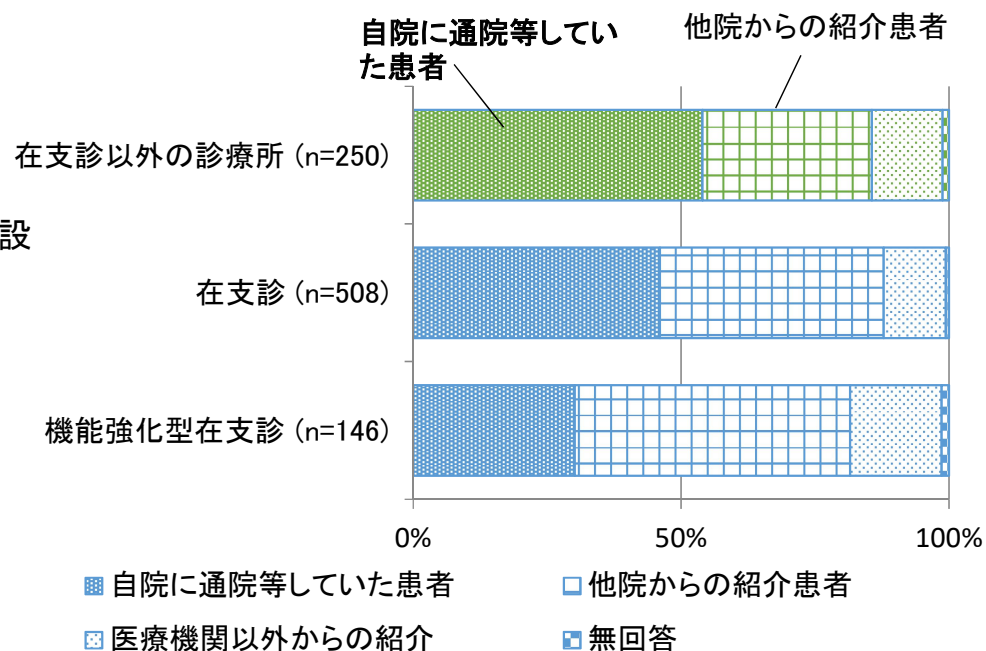
■ 在宅療養支援診療所
■ 在宅療養支援診療所以外の一般診療所



(参考) 在宅療養支援診療所の届出数
14,188

(施設)

[訪問診療を行っている患者の受診経路別割合]



(出典: 診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成28年度))

生活習慣病重症化予防推進に係る要件の見直し

➤ 生活習慣病の重症化予防を推進する観点から、算定要件に以下の項目を追加する。

(1) 生活習慣病管理料の療養計画書の記載項目(様式)に、血圧の目標値及び特定健康診査・特定保健指導を実施する保険者からの依頼に応じて情報提供を行うこと等の記載欄を追加するとともに、同意が得られている場合に必要な協力を行うこと。

[追加する記載欄のイメージ]

□収縮期/拡張期血圧:現在(/ mmHg)
→目標(/ mmHg)

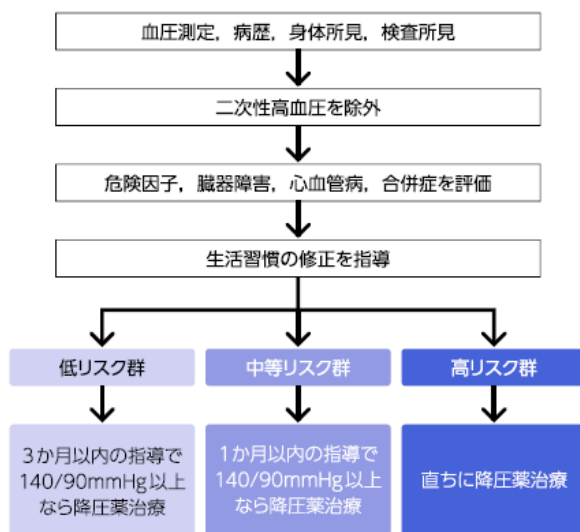
【特定健康診査の受診の有無】	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
【特定保健指導の利用の有無】	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
【保険者からの情報提供の求めに対する協力の同意】	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

(2) 糖尿病又は高血圧症の患者について、管理方針等を変更した理由等を記載し、当該患者数を定期的に記録すること。

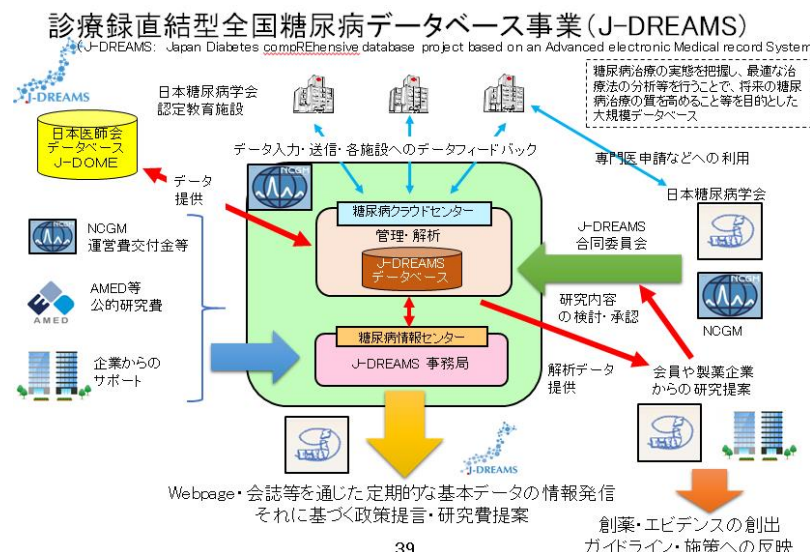
(3) 生活習慣病管理料について、学会等の診療ガイドラインや診療データベース等の診療支援情報を、必要に応じて、参考にする。

[例: 高血圧治療ガイドライン2014]

図3-1 初診時の高血圧管理計画



[例: 全国糖尿病データベース事業]



小児医療の充実①



入退院支援の一層の推進（再掲）

- 入退院支援加算の対象である「退院困難な要因」に、入院早期から福祉等の関係機関との連携が必要な状態及び小児における退院困難な場合を加える。
- 入退院支援加算1の施設基準の一つである介護支援等連携指導料の算定件数の要件を、小児を専門とする医療機関や病棟に対応する要件に見直す。また、入退院支援加算1、2に小児加算を新設する。

小児慢性特定疾病に罹患する患者に対する小児特定集中治療室管理料の評価

- 小児慢性特定疾病医療費の支給認定を受けている患者については、小児特定集中治療室管理料の算定対象年齢を15歳未満から20歳未満に引き上げる。

小児入院医療管理料の包括範囲の見直し

- 小児入院医療管理料1及び2について、その診療実態を踏まえ、「がん拠点病院加算」及び「緩和ケア診療加算」の算定を可能とする。

小児かかりつけ診療料の見直し（再掲）

- 医師の負担を軽減し、一層の普及を図る観点から、在宅当番医制等により地域における夜間・休日の小児科外来診療に定期的に協力する常勤小児科医が配置された医療機関について、時間外の相談対応について、地域の在宅当番医等を案内することでもよいこととする。

小児科療養指導料の見直し

- 対象患者に、医療的ケアが必要な児に該当する患者を追加するとともに、患者の通学する学校との情報共有・連携を要件とする。
- 小児科医が作成する治療計画に基づき、小児科医以外の医療従事者が指導を行った場合にも算定可能となるよう、取扱いを明確化する。

学校への情報提供に係る評価（再掲）

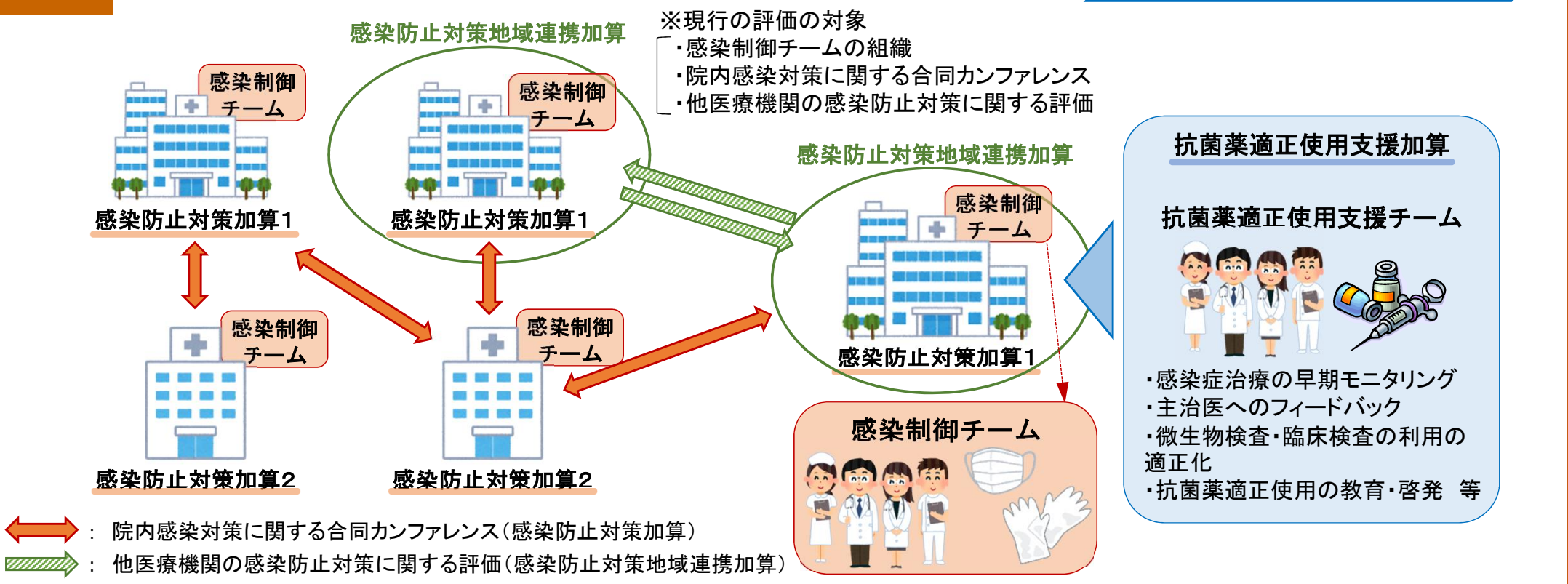
- 医療的ケアが必要な小児が学校へ通学する際に、訪問看護ステーションから訪問看護についての情報を学校へ提供した場合の評価を新設する。

感染症対策・薬剤耐性対策の推進

入院

これまでの取組※

新たな取組



外来

新たな取組



小児科外来診療料及び小児かかりつけ診療料において、抗菌薬の適正使用に関する**小児抗菌薬適正使用支援加算**を新設

地域包括診療加算、小児科外来診療料等について、**抗菌薬適正使用の普及啓発の取組を行っていることを要件化**



外来における抗菌薬適正使用の取組に対する評価

小児外来診療における抗菌薬の適正使用の推進

- 小児科外来診療料及び小児かかりつけ診療料において、抗菌薬の適正使用に関する患者・家族の理解向上に資する診療を評価する加算を新設する。

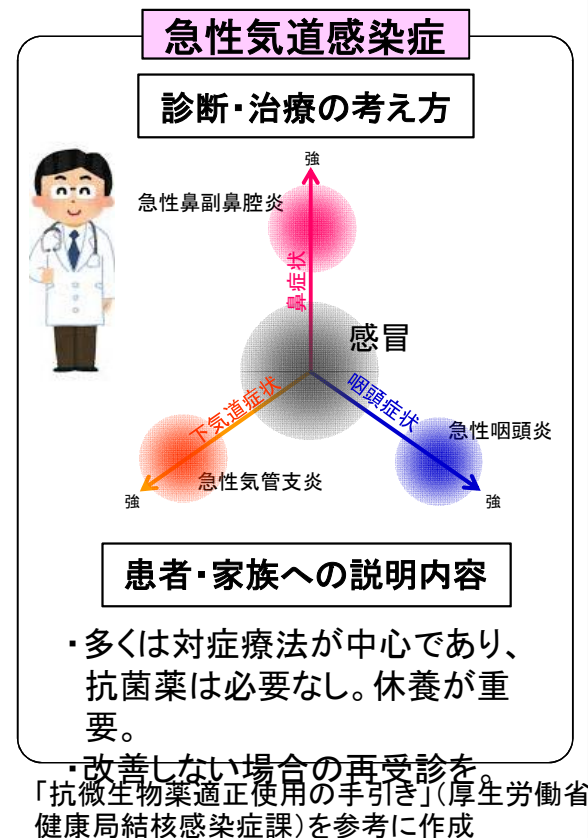
(新) 小児抗菌薬適正使用支援加算 80点

[算定要件]

急性気道感染症又は急性下痢症により受診した基礎疾患のない患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合に、小児科のみを専任する医師が診療を行った初診時に限り算定する。なお、インフルエンザ感染の患者またはインフルエンザウイルス感染の疑われる患者については、算定できない。

[施設基準]

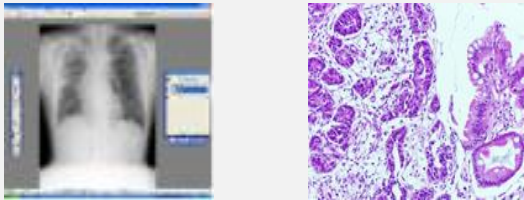


- (1) 薬剤耐性(AMR)対策アクションプラン(平成28年4月5日 国際的に脅威となる感染症対策関係閣僚会議)に位置づけられた「地域感染症対策ネットワーク(仮称)」に係る活動に参加していること、または、感染症にかかる研修会等に定期的に参加していること。
- (2) 当該保険医療機関が病院の場合にあっては、データ提出加算2に係る届出を行っていること。



外来診療における抗菌薬の適正使用の推進

- 再診料の地域包括診療加算、認知症地域包括診療加算、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、小児科外来診療料及び小児かかりつけ診療料の要件として、「抗微生物薬適正使用の手引き」(厚生労働省健康局結核感染症課)を参考に、抗菌薬の適正使用の普及啓発に資する取組を行っていることを追加する。

診療報酬における遠隔診療(情報通信機器を用いた診療)への対応

	診療形態	診療報酬での対応
医師対医師 (D to D)	情報通信機器を用いて画像等の送受信を行い特定領域の専門的な知識を持っている医師と連携して診療を行うもの 	[遠隔画像診断] ・画像を他医療機関の専門的な知識を持っている医師に送信し、その読影・診断結果を受信した場合 [遠隔病理診断] ・術中迅速病理検査において、標本画像等を他医療機関の専門的な知識を持っている医師に送信し、診断結果を受信した場合(その後、顕微鏡による観察を行う。) ・(新)生検検体等については、連携先の病理医が標本画像の観察のみによって病理診断を行った場合も病理診断料等を算定可能
医師対患者 (D to P)	情報通信機器を用いた診察 医師が情報通信機器を用いて患者と離れた場所から診療を行うもの 	[オンライン診療] ・(新)オンライン診療料 ・(新)オンライン医学管理料 ・(新)オンライン在宅管理料・精神科オンライン在宅管理料 対面診療の原則の上で、有効性や安全性等への配慮を含む一定の要件を満たすことを前提に、情報通信機器を用いた診察や、外来・在宅での医学管理を行った場合 ※電話等による再診 (新)患者等から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合に算定が可能であるとの取扱いがより明確になるよう要件の見直し(定期的な医学管理を前提とした遠隔での診察は、オンライン診療料に整理。)
	情報通信機器を用いた遠隔モニタリング 情報通信機能を備えた機器を用いて患者情報の遠隔モニタリングを行うもの 	[遠隔モニタリング] ・心臓ペースメーカー指導管理料(遠隔モニタリング加算) 体内植込式心臓ペースメーカー等を使用している患者に対して、医師が遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合 ・(新)在宅患者酸素療法指導料(遠隔モニタリング加算) ・(新)在宅患者持続陽圧呼吸療法(遠隔モニタリング加算) 在宅酸素療法、在宅CPAP療法を行っている患者に対して、情報通信機器を備えた機器を活用したモニタリングを行い、療養上必要な指導管理を行った場合

オンライン診療料の新設

- 情報通信機器を活用した診療について、対面診療の原則の上で、有効性や安全性等への配慮を含む一定の要件を満たすことを前提に、オンライン診療料を新設する。



(新) オンライン診療料

70点(1月につき)

[算定要件]

- オンライン診療料が算定可能な患者に対して、リアルタイムでのコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な情報通信機器を用いてオンラインによる診察を行った場合に算定。ただし、連続する3月は算定できない。
- 対象となる管理料等を初めて算定してから6月の間は毎月同一の医師により対面診療を行っている場合に限り算定する。ただし当該管理料等を初めて算定した月から6月以上経過している場合は、直近12月以内に6回以上、同一医師と対面診療を行っていればよい。
- 患者の同意を得た上で、対面による診察(対面診療の間隔は3月以内)とオンラインによる診察を組み合わせた療養計画を作成し、当該計画に基づき診察を行う。
- オンライン診察は、当該保険医療機関内において行う。また、オンライン診察を行う際には、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う。
- オンライン診療料を算定した同一月に、第2章第1部の各区分に規定する医学管理等は算定できない。また、当該診察を行う際には、予約に基づく診察による特別の料金の徴収はできない。

[施設基準]

- 厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う体制を有すること。
- オンライン診療料の算定患者について、緊急時に概ね30分以内に当該保険医療機関が対面による診察が可能な体制を有していること。
- 一月あたりの再診料等(電話等による再診は除く)及びオンライン診療料の算定回数に占めるオンライン診療料の割合が1割以下であること。

[オンライン診療料が算定可能な患者]

以下に掲げる管理料等を算定している初診以外の患者で、かつ当該管理料等を初めて算定した月から6月以上を経過した患者。

特定疾患療養管理料	地域包括診療料
小児科療養指導料	認知症地域包括診療料
てんかん指導料	生活習慣病管理料
難病外来指導管理料	在宅時医学総合管理料
糖尿病透析予防指導管理料	精神科在宅患者支援管理料

オンライン医学管理料の新設

➤ 情報通信機器を活用した診療について、対面診療の原則の上で、有効性や安全性等への配慮を含む一定の要件を満たすことを前提に、オンライン医学管理料を新設する。

(新) オンライン医学管理料 100点(1月につき)

[算定要件]

- オンライン医学管理料の対象となる管理料を算定している患者に対し、リアルタイムでのコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な情報通信機器を用いてオンラインによる医学管理を行った場合に、前回対面受診月の翌月から今回対面受診月の前月までの期間が2月以内の場合に限り、次回対面受診時に所定の管理料に合わせて算定。
- 対面診療で管理料等を算定する月においては、オンライン医学管理料は算定できない。
- 対象となる管理料等を初めて算定してから6月の間は毎月同一の医師により対面診療を行っている場合に限り算定する。ただし当該管理料等を初めて算定した月から6月以上経過している場合は、直近12月以内に6回以上、同一医師と対面診療を行っていればよい。
- 患者の同意を得た上で、対面による診療(対面診療の間隔は3月以内)とオンラインによる診察を組み合わせた療養計画を作成し、当該計画に基づき診察を行う。
- オンライン診察による計画的な療養上の医学管理は、当該保険医療機関内において行う。また、当該管理を行う際には、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う。

[施設基準]

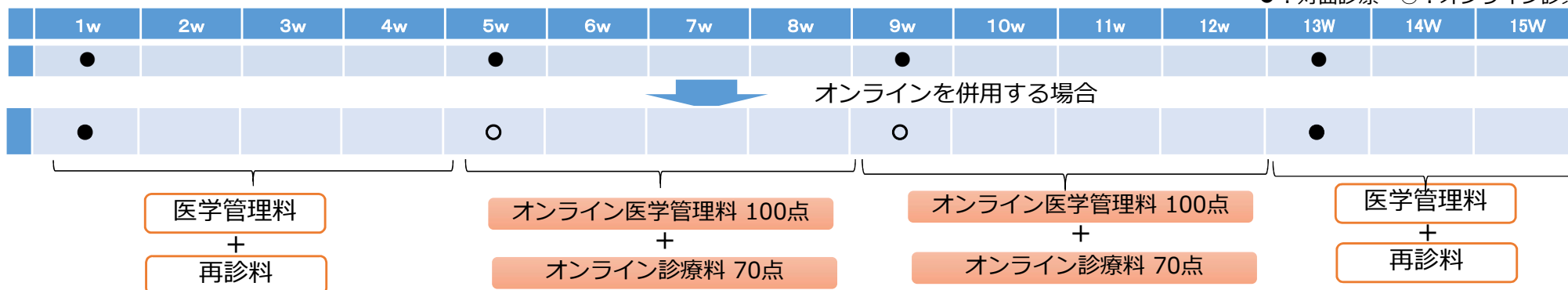
オンライン診療料の施設基準を満たしていること。

[オンライン医学管理料が算定可能な患者]

以下に掲げる管理料等を算定している初診以外の患者で、かつ、当該管理料等を初めて算定した月から6月以上を経過した患者。

特定疾患療養管理料	小児科療養指導料	てんかん指導料	難病外来指導管理料
糖尿病透析予防指導管理料	地域包括診療料	認知症地域包括診療料	生活習慣病管理料

● : 対面診療 ○ : オンライン診察



※ オンライン医学管理料の請求は次回受診月

オンライン在宅管理料の新設

情報通信機器を活用した診療について、対面診療の原則の上で、有効性や安全性等への配慮を含む一定の要件を満たすことを前提に、オンライン在宅管理料等を新設する。

(新) 在宅時医学総合管理料 オンライン在宅管理料 100点(1月につき)

[算定要件]

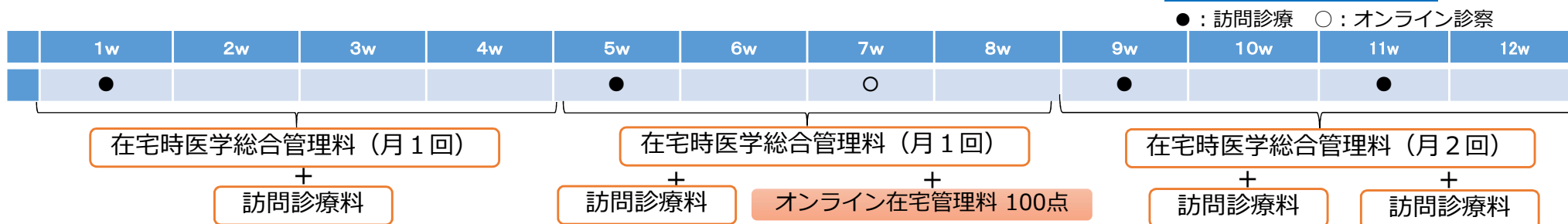
- 患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的な訪問診療を1回のみ行い、かつ、当該月において訪問診療を行った日以外に、リアルタイムでのコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な情報通信機器を用いた医学管理を行った場合に、在宅時医学総合管理料の所定点数に加えて算定する。ただし、連続する3月は算定できない。
- 対象となる管理料を初めて算定してから6月の間は毎月同一の医師により対面診療を行っている場合に限り算定する。ただし当該管理料を初めて算定した月から6月以上経過している場合は、直近12月以内に6回以上、同一医師と対面診療を行っていればよい。

[施設基準]

オンライン診療料の施設基準を満たしていること。

[オンライン在宅管理料が算定可能な患者]

在宅時医学総合管理料を算定している初診以外の患者で、かつ、当該管理料を初めて算定した月から6月以上を経過した患者。



(新) 精神科在宅患者支援管理料 精神科オンライン在宅管理料 100点(1月につき)

[算定要件]

- 患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に、当該月において訪問診療を行った日以外に、リアルタイムでのコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な情報通信機器を用いた医学管理を行った場合に、精神科在宅患者支援管理料の所定点数に加えて算定する。ただし、連続する3月は算定できない。
- 対象となる管理料を初めて算定してから6月の間は毎月同一の医師により対面診療を行っている場合に限り算定する。ただし当該管理料を初めて算定した月から6月以上経過している場合は、直近12月以内に6回以上、同一医師と対面診療を行っていればよい。

[施設基準]

オンライン診療料の施設基準を満たしていること。

[精神科オンライン在宅管理料が算定可能な患者]

精神科在宅患者支援管理料を算定している初診以外の患者で、かつ、当該管理料を初めて算定した月から6月以上を経過した患者。

電話等による再診の要件の見直し

- 電話等による再診について、患者等から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合に算定が可能であるとの取扱いがより明確になるよう、要件を見直す。

[算定要件]

- (1) 当該保険医療機関で初診を受けた患者について、再診以後、当該患者又はその看護に当たっている者から直接又は間接(電話、テレビ画像等による場合を含む。)に、治療上の意見を求められた場合に、必要な指示をしたときには、再診料を算定できる。なお、定期的な医学管理を前提として行われる場合は算定できない。ただし、平成30年3月31日以前に、3月以上継続して定期的に、電話、テレビ画像等による再診料を算定していた患者については、当該医学管理を前提とした医学管理に係る一連の診療が終了するまでの間、当該再診料を引き続き算定することができる。その場合には、時間外加算、休日加算、深夜加算又は夜間・早朝等加算は算定できない。
- (2) 当該再診料を算定する際には、第2章第1部の各区分に規定する医学管理等は算定できない。
- (3) 当該再診料を算定する際には、予約に基づく診察による特別の料金の徴収はできない。

維持期・生活期のリハビリテーションへの対応①

維持期・生活期リハビリテーションに係る見直し

- 要介護・要支援被保険者に対する維持期・生活期の疾患別リハビリテーション料について、経過措置を1年間に限り延長。（平成31年4月以降、要介護・要支援被保険者等に対する疾患別リハビリテーション料の算定を認めない取扱いとする）

医療・介護間でのリハビリテーションに係る情報共有の推進

- 新しく設けた共通様式を使用して、医療機関から介護保険のリハビリテーション事業所に情報提供した場合の評価を新設
- 介護保険の「通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業（VISIT）」で活用可能な電子媒体で、計画書を提供した場合の加算を設ける。

（新） リハビリテーション計画提供料1 275点

（新） 電子化連携加算 5点

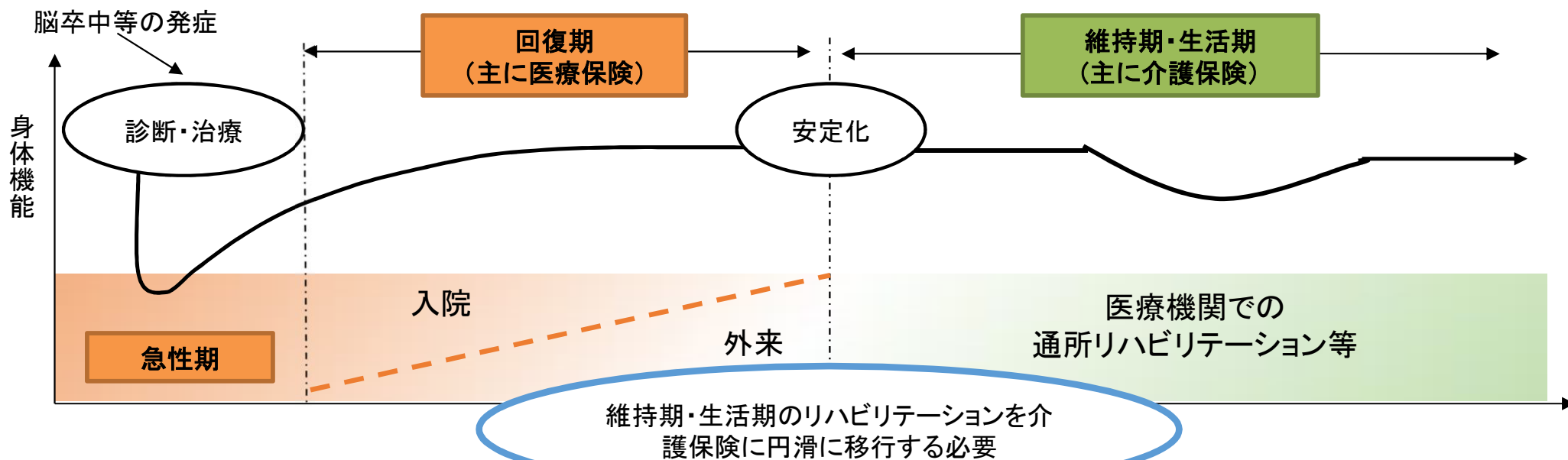
〔リハビリテーション計画提供料1の算定要件〕

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等を算定する患者であって、介護保険のリハビリテーションの利用を予定している者について、介護保険のリハビリテーション事業所に指定の様式を用いてリハビリテーションの計画書を提供していること

診療報酬改定と介護報酬改定の共通の対応

- 医療保険と介護保険のリハビリテーションの連携や業務の効率化を推進するため、双方で使用可能な計画書の共通様式を設ける。
- 指定通所リハビリテーション事業所が、医療機関から指定の様式をもって情報提供を受けた際、当該事業所の医師が利用者を診療するとともに、当該様式に記載された内容について確認し、指定通所リハビリテーションの提供を開始しても差し支えないと判断した場合には、当該様式を根拠として通所リハビリテーション費の算定を開始可能とする。
- 介護保険の維持期・生活期のリハビリテーションを、医療保険の疾患別リハビリテーションを担う地域の医療機関において、一貫して提供することができるよう、人員配置等に係る施設基準を緩和する。
- 医療保険のリハビリテーションを提供している医療機関が、新たに介護保険のリハビリテーションの提供を開始する場合に、医療保険と介護保険のリハビリテーションを同一のスペースにおいて行う場合の人員等の共用に関する要件を見直し、適宜緩和する。

維持期・生活期のリハビリテーションへの対応②



平成30年度改定での見直し

医療保険で見直し

- リハビリが長期にわたる外傷等の患者の算定日数上限を緩和
- 介護保険のリハビリ事業所への情報提供を評価

医療保険と介護保険の双方で見直し

- 地域の医療機関で一貫してリハビリを提供するため、施設基準を緩和
- 計画書様式の共通化による連携の推進・業務効率化

計画書

計画書

計画書

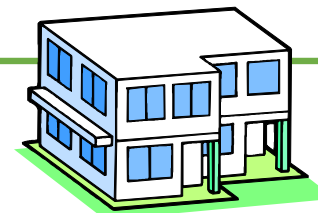
地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

専門的な精神医療の評価

- 向精神薬処方 of 適正化
- 認知療法・認知行動療法の充実



- 発達障害に対する診療の充実



措置入院患者や重症患者に対する医療の充実

措置入院中

- 精神科措置入院退院支援加算の新設

重症患者への対応

- 精神科救急入院料の算定要件の見直し
- 精神科救急入院料等の病棟における夜間の看護配置の評価を新設
- 入院精神療法の評価の充実
- 精神科電気痙攣療法における質の高い麻酔の評価



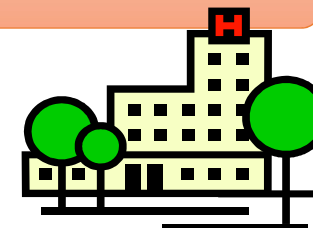
退院後

- 自治体と連携した措置入院後の通院精神療法等の評価

退院後

- 精神疾患患者に対する訪問支援(アウトリーチ)の充実

長期入院患者の地域移行の推進



長期入院中

- 精神療養病棟入院料等におけるクロザピンの包括範囲からの除外
- 精神療養病棟入院料等における在宅移行に係る要件の見直し

退院後

措置入院患者への精神医療の評価

精神科措置入院退院支援加算の新設

➤ 措置入院患者に対して、自治体と連携した退院支援を実施した場合の評価を新設する。

(新) 精神科措置入院退院支援加算 600点(退院時)

[算定要件]

措置入院者(緊急措置入院者及び措置入院又は緊急措置入院後に医療保護入院等により入院した者を含む。以下同じ。)に対して、入院中から、自治体と連携して退院に向けた支援を実施するため、以下の体制をとっていること。

- (1) 当該保険医療機関の管理者は、措置入院者を入院させた場合には、入院後速やかに、措置入院者の退院後の生活環境に関し、本人及びその家族等の相談支援を行う担当者を選任すること。
- (2) 自治体が作成する退院後支援に関する計画が適切なものとなるよう、多職種で協働して当該患者の退院後支援のニーズに関するアセスメントを実施し、自治体と協力して計画作成のために必要な情報収集、連絡調整を行うこと。
- (3) 退院後支援に関する計画を作成する自治体に協力し、当該患者の入院中に、退院後支援のニーズに関するアセスメントの結果及びこれを踏まえた計画に係る意見書を当該自治体へ提出すること。



地域移行・地域生活支援を含む質の高い精神医療の評価①

自治体と連携した措置入院後の通院精神療法等の評価

- 自治体の作成する退院後の支援計画に基づいて、措置入院を経て退院した患者に行う通院・在宅精神療法の区分を新設する。
- 通院・在宅精神療法における精神保健指定医に係る評価を廃止し、初診時に 60分以上の通院・在宅精神療法を行った場合の評価を新設する。

現行

【通院・在宅精神療法】

1 通院精神療法

- イ 初診の日において地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医等が 30分以上行った場合 600点
- ロ イ以外の場合
 - (1) 30分以上の場合 400点
 - (2) 30分未満の場合 330点



改定後

【通院・在宅精神療法】

1 通院精神療法

- イ 自治体で作成する退院後の支援計画において支援を受ける期間にある措置入院後の患者に対し、当該計画において療養を提供することとされている医療機関の精神科医が行った場合 660点
- ロ 初診の日において 60分以上行った場合 540点
- ハ イ又はロ以外の場合
 - (1) 30分以上の場合 400点
 - (2) 30分未満の場合 330点

(※) 在宅精神療法についても同様に見直し

- 措置入院を経て退院した患者に対し、看護師等が通院精神療法と併せて患者の療養生活等に対する総合的な支援を行った場合の加算を新設する。

通院精神療法

(新) 措置入院後継続支援加算 275点(3月に1回)

[算定要件]

- (1) 医師の指示を受けた看護職員又は精神保健福祉士が、月に1回以上の頻度で、服薬や社会参加等の状況を踏まえて療養上の指導を行っていること。
- (2) 患者の同意を得た上で、退院後の支援に係る全体調整を行う自治体に対し、患者の診療状況等について情報提供を行っていること。

質の高い訪問看護の確保④

喀痰吸引等を実施する介護職員等との連携の推進

- 訪問看護ステーションが利用者に対して喀痰吸引等の業務を行う介護職員等と連携した場合の評価を新設する。

(訪問看護管理療養費)

(新) 看護・介護職員連携強化加算 2,500円

(在宅患者訪問看護・指導料／同一建物居住者訪問看護・指導料／精神科訪問看護・指導料)

(新) 看護・介護職員連携強化加算 250点

[算定要件]

訪問看護ステーションの利用者のうち喀痰吸引等(※)を必要とする利用者について、訪問看護ステーションの看護職員が、喀痰吸引等を行う介護職員等に対し、支援した場合に算定。

- ① 患者の病状やその変化に合わせて、主治医の指示により、(イ)及び(ロ)の対応を行っている場合に算定する。

(イ) 喀痰吸引等に係る計画書や報告書の作成及び緊急時等の対応についての助言

(ロ) 介護職員等に同行し、患者の居宅において喀痰吸引等の業務の実施状況についての確認

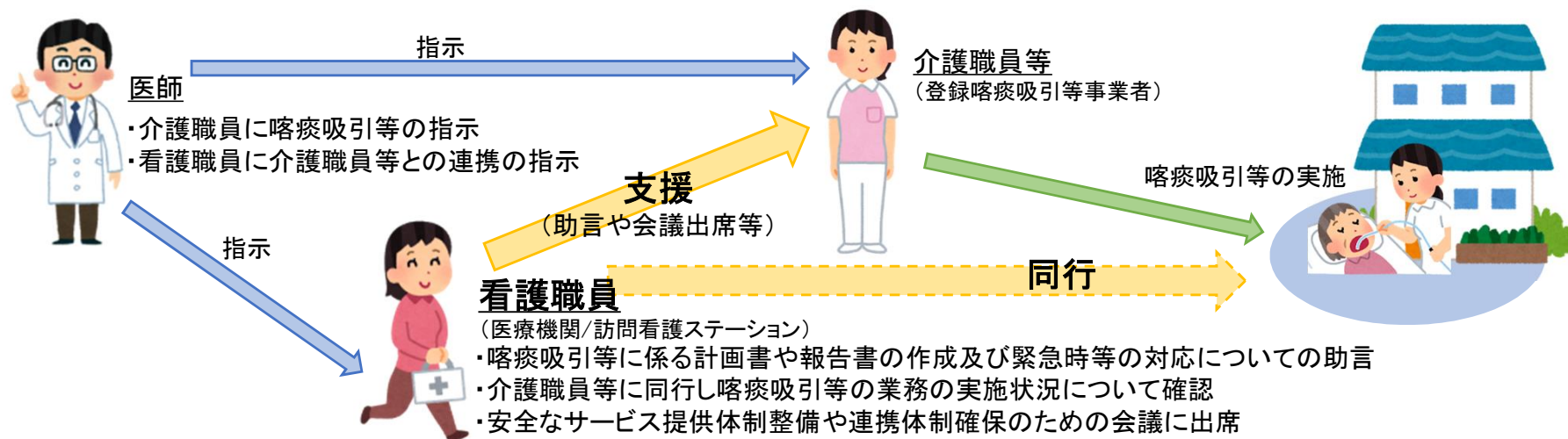
- ② 介護職員等と同行訪問を実施した日の属する月の初日の指定訪問看護の実施日に加算する。

- ③ 登録喀痰吸引等事業者等が、患者に対する安全なサービス提供体制整備や連携体制確保のために会議を開催する場合は、当該会議に出席し連携する。

- ④ 24時間対応体制加算を届け出ている場合に算定。

- ⑤ 1人の利用者に対し、1つの訪問看護ステーションにおいてのみ算定。

※口腔内の喀痰吸引、鼻腔内の喀痰吸引、気管カニューレ内部の喀痰吸引、胃瘻又は腸瘻による経管栄養又は経鼻経管栄養



質の高い訪問看護の確保⑨

複数名による訪問看護の見直し

- 複数名訪問看護加算について算定方法と評価を見直す。
- 看護職員が看護補助者との同行訪問により訪問看護を実施する場合の利用者の要件に、利用者の身体的理由を追加する。

※ 在宅患者訪問看護・指導料・同一建物居住者訪問看護・指導料の当該加算についても同様

現行				
訪問者	算定回数	算定対象		
イ 看護職員 + 保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士	週1回	①②③④	4,300円	
ロ 看護職員 + 准看護師	週1回	①②③④	3,800円	
ハ 看護職員 + 看護補助者	週3回	④⑤	3,000円	
	—	①②③		

改定後				
訪問者	算定回数	算定対象		
イ 看護職員 + 保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士	週1日	①②③④	4,500円	
ロ 看護職員 + 准看護師	週1日	①②③④	3,800円	
ハ 看護職員 + 看護補助者	週3日	④⑤⑥	3,000円	
	—	①②③		1日に1回 3,000円 1日に2回 6,000円 1日に3回以上 10,000円

[算定対象]

- ① 特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等の利用者
- ② 特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる者
- ③ 特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者
- ④ 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者
- ⑤ その他利用者の状況等から判断して、①から④のいずれかに準ずると認められる者

[算定対象]

- ① 特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等の利用者
- ② 特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる者
- ③ 特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者
- ④ 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者
- ⑤ **利用者の身体的理由により1人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者**
- ⑥ その他利用者の状況等から判断して、①から⑤のいずれかに準ずると認められる者

- 複数名精神科訪問看護加算について算定方法と評価を見直す。

※ 精神科訪問看護・指導料の当該加算についても同様

現行				
訪問者	算定回数			
イ 保健師 + 看護師	—	保健師、看護師、作業療法士	4,300円	
ロ 保健師 + 看護師	—	准看護師	3,800円	
ハ 保健師 + 看護師	週1回	看護補助者	3,000円	

改定後				
訪問者	算定回数			
イ 保健師 + 看護師	—	保健師、看護師、作業療法士		1日に1回の場合 4,500円 1日に2回の場合 9,000円 1日に3回以上の場合 14,500円
ロ 保健師 + 看護師	—	准看護師		1日に1回の場合 3,800円 1日に2回の場合 7,600円 1日に3回以上の場合 12,400円
ハ 保健師 + 看護師	週1日	看護補助者	3,000円	

質の高い訪問看護の確保¹⁰

精神科訪問看護基本料療養費(Ⅱ)の廃止

- 個々の患者のニーズに応じた訪問看護を推進する観点から、障害福祉サービスを行う施設に入所中の利用者への精神科訪問看護を実施した際に算定する精神科訪問看護基本料療養費(Ⅱ)及び精神科訪問看護・指導料(Ⅱ)を廃止する。

現行	
精神科訪問看護基本療養費(Ⅱ)	1,600円
精神科訪問看護・指導料(Ⅱ)	160点



改定後	
<u>(廃止)</u>	
<u>(廃止)</u>	
※ 障害福祉サービスを行う施設等に入所している精神障害を有する利用者については、同一建物居住者へ個別に精神科訪問看護を実施した場合に算定する精神科訪問看護基本療養費Ⅲ(精神科訪問看護・指導料Ⅲ)が引き続き算定可能	

精神障害を有する者への重点的支援

- 在宅で療養する重症な精神疾患患者を支援するため、精神科重症患者早期集中支援管理料の見直しを踏まえ、精神科重症患者早期集中支援管理加算の名称を変更し評価を充実するとともに、精神科複数回訪問加算の算定対象を見直す。

現行	
精神科重症患者早期集中支援管理連携加算	6,400円



改定後	
精神科重症患者支援管理連携加算	
イ 精神科在宅患者支援管理料2のイを算定する利用者	8,400円
ロ 精神科在宅患者支援管理料2のロを算定する利用者	5,800円

現行	
【精神科複数回訪問加算】	
[算定対象]	精神科重症患者早期支援管理料を算定する利用者



改定後	
【精神科複数回訪問加算】	※精神科訪問看護・指導料の当該加算についても同様
[算定対象]	精神科在宅患者支援管理料1(ハを除く。)又は2を算定する利用者

地域移行・地域生活支援を含む質の高い精神医療の評価②

精神疾患患者に対する訪問支援の充実①

- 精神科重症患者早期集中支援管理料を廃止し、精神疾患患者に訪問支援を実施する場合に算定可能な「精神科在宅患者支援管理料」を新設し、患者の状態に応じ、評価を充実させる。

現行

【精神科重症患者早期集中支援管理料】

	単一建物診療患者	
	1人	2～9人
管理料1(当該医療機関が訪問看護を提供)	1,800点	1,350点
管理料2(連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供)	1,480点	1,110点

[対象患者]

以下の全てに該当する患者であること。

- ア 精神科を標榜する保険医療機関への通院が困難な者(精神症状により単独での通院が困難な者を含む。)
- イ 1年以上入院して退院した者又は入退院を繰り返す者
- ウ 統合失調症、統合失調症型障害若しくは妄想性障害、気分(感情)障害又は重度認知症の状態の状態、退院時におけるGAF尺度が40以下の者



改定後

【精神科在宅患者支援管理料】

	単一建物診療患者	
	1人	2～9人
管理料1(当該医療機関が訪問看護を提供)		
イ 集中的な支援を必要とする重症患者等	<u>3,000点</u>	<u>2,520点</u>
ロ 重症患者等	<u>2,500点</u>	<u>1,875点</u>
ハ 重症患者等以外	<u>2,030点</u>	<u>1,248点</u>
管理料2(連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供)		
イ 集中的な支援を必要とする重症患者等	<u>2,467点</u>	<u>1,850点</u>
ロ 重症患者等	<u>2,056点</u>	<u>1,542点</u>

[対象患者]

精神科を標榜する保険医療機関への通院が困難な者であること。(精神症状により単独での通院が困難な者を含む。)さらに、イを算定する場合には次の全て、ロを算定する場合には次のいずれかに該当する患者であること。

- (1) 1年以上入院して退院した者、入退院を繰り返す者 **又は自治体が作成する退院後の支援計画において支援を受ける期間にある措置入院後の患者**
- (2) 統合失調症、統合失調症型障害若しくは妄想性障害、気分(感情)障害又は重度認知症の状態の状態、退院時 **又は算定時**におけるGAF尺度が40以下の者

地域移行・地域生活支援を含む質の高い精神医療の評価③

精神疾患患者に対する訪問支援の充実②

- 精神科在宅患者支援管理料において、継続的に訪問支援を実施した場合にも算定可能な区分を設けるとともに、専従従事者の配置要件を不要とする見直しを行う。
- 重症患者以外の患者に対する訪問支援を実施する場合には、24時間の連絡体制や24時間の往診体制に係る施設基準を緩和する。

現行

【精神科重症患者早期集中支援管理料】

[算定要件]

以下の全てを実施した場合に、6月に限り、患者1人当たり月1回に限り算定する。

- (1) 精神保健指定医、保健師又は看護師、精神保健福祉士及び作業療法士の各1名以上からなる専任のチームを設置すること。いずれか1名以上を専従とする。
- (2) 当該患者に対して月1回以上の訪問診療と週2回以上の精神科訪問看護又は精神科訪問看護・指導を行うこと。
- (3) 上記チームが週1回以上一堂に会しカンファレンスを行うこと。うち月1回以上は、保健所又は精神保健福祉センター等と共同して会議を開催すること。

[施設基準(抜粋)] 以下を満たしていること。

- ア 当該保険医療機関において24時間連絡体制を確保すること。
- イ 24時間の往診又は24時間の精神科訪問看護若しくは精神科訪問看護・指導を行うことができる体制を有すること。

改定後

【精神科在宅患者支援管理料】

[算定要件]

- (1) 「イ」については、以下の全てを実施した場合に、6月に限り、患者1人当たり月1回に限り算定する。
 - ア 算定する患者ごとに、当該患者の診療等を担当する精神科医、保健師又は看護師、精神保健福祉士及び作業療法士の各1名以上からなる専任のチームを設置すること。
 - イ 月1回以上の訪問診療と週2回以上の精神科訪問看護及びは精神科訪問看護・指導を行うこと。
 - ウ 上記チームが週1回以上一堂に会しカンファレンスを行うこと。うち月1回以上は、保健所又は精神保健福祉センター等と共同して会議を開催すること。
- (2) 「ロ」については、(1)のAに加え、以下の全てを実施した場合に、患者1人当たり月1回に限り算定する。
 - ア 当該患者に対して月1回以上の訪問診療と月2回以上の精神科訪問看護及び精神科訪問看護・指導を行うこと。
 - イ 上記チームが月1回以上一堂に会しカンファレンスを行うこと。うち月1回以上は、保健所又は精神保健福祉センター等と共同して会議を開催すること。
- (3) 「ハ」については月に1回以上訪問診療を実施した場合に算定する。

[施設基準(抜粋)] 「イ」または「ロ」を算定する場合には、以下を満たしていること。

- ア 当該保険医療機関において24時間連絡体制を確保すること。
- イ 24時間の往診又は24時間の精神科訪問看護若しくは精神科訪問看護・指導を行うことができる体制を有すること。

チーム医療等の推進等の勤務環境の改善

これまでの取組の充実

- 医師事務作業補助体制加算の評価の引き上げ
- 看護補助者の配置に関する評価及び看護職員の夜間配置に関する評価の引き上げ及び対象病棟の拡大



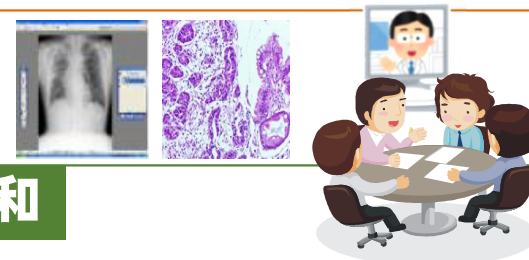
医療機関の勤務環境改善の取組の推進

- 総合入院体制加算の要件である病院勤務医の負担軽減等の体制について、対象を病院に勤務する医療従事者全体に拡大
- 医師事務作業補助体制加算等について、病院勤務医等の負担軽減策として効果がある複数の取組を計画に盛り込むことを要件化

常勤要件・専従要件の緩和

- 医師、リハビリ専門職等について、一定の領域に関して常勤配置に関する要件を緩和
- 医療従事者の専従要件※について、チームで担当する患者数が一定程度以下の場合には専任※で可能とするなど、より弾力的な運用が可能となるよう見直し

※専従は他の業務との兼務が原則不可、専任は他の業務との兼任が可能



勤務場所の要件の緩和

- 画像診断、病理診断について、一定の条件の下で、ICTを活用した自宅等での読影を可能に
- 対面でのカンファレンスを求めている評価について、一定の条件の下で、ICTを用いたカンファレンスを開催した場合でも評価されるよう要件の見直し

医師事務作業補助体制加算の見直し

- 病院勤務医等の負担軽減策として効果があるものについて、医療機関の取組がさらに進むよう、複数項目の取組を計画に盛り込む(※)ことを医師事務作業補助体制加算等の要件とする。

※ ①(必須)及び②~⑦のうち少なくとも2項目以上

- ① 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容 (必須)
- ② 勤務計画、連続当直を行わない勤務体制の実施
- ③ 前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間の一定時間の休息時間の確保(勤務間インターバル)
- ④ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮
- ⑤ 当直翌日の業務内容に対する配慮
- ⑥ 交替勤務制・複数主治医制の実施
- ⑦ 短時間正規雇用医師の活用



あわせて、合理化の観点から、以下の見直し。

- ✓ 病院勤務医及び看護職員の負担軽減に係る要件を集約・整理する観点から、精神科リエゾンチーム加算等について、当該要件を削除。
- ✓ 病院に勤務する医療従事者、勤務医及び看護職員の負担軽減に係る手続きを合理化する観点から、毎年7月に提出している内容と変化がない場合は、加算等の届出変更時の様式の添付は不要とする。

- 医師事務作業補助体制加算1及び2の評価を引き上げる。

現行	
医師事務作業補助者の配置	点数(加算1/加算2)
15対1	870点/810点
20対1	658点/610点
25対1	530点/490点
30対1	445点/410点
40対1	355点/330点
50対1	275点/255点
75対1	195点/180点
100対1	148点/138点



改定後	
医師事務作業補助者の配置	点数(加算1/加算2)
15対1	<u>920点/860点</u>
20対1	<u>708点/660点</u>
25対1	<u>580点/540点</u>
30対1	<u>495点/460点</u>
40対1	<u>405点/380点</u>
50対1	<u>325点/305点</u>
75対1	<u>245点/230点</u>
100対1	<u>198点/188点</u>

看護職員と看護補助者との業務分担・共同の推進①

- 看護職員の負担軽減、看護補助者との業務分担・共同を推進し、身体的拘束の低減等、より質の高い療養環境の提供を目指す観点から、看護補助者の配置に関する評価及び看護職員の夜間配置に関する評価を充実する。

看護補助者の配置に関する評価の充実

現行	
【急性期看護補助体制加算】	
25対1～75対1	160点 ～80点
夜間30対1～100対1	40点 ～20点
夜間看護体制加算	10点



改定後	
【急性期看護補助体制加算】	
25対1～75対1	210点 ～130点
夜間30対1～100対1	90点 ～70点
夜間看護体制加算	60点

現行	
【看護補助加算】	
看護補助加算1～3	109点 ～56点
夜間75対1	30点
[施設基準] 13対1入院基本料(一般病棟入院基本料又は専門病院入院基本料に限る。)を算定する病棟であること。	
夜間看護体制加算	150点



改定後	
【看護補助加算】	
看護補助加算1～3	129点 ～76点
夜間75対1	40点
[施設基準] 地域一般入院料1若しくは2又は13対1入院基本料 を算定する病棟であること。	
夜間看護体制加算	165点

障害者病棟における看護補助者の配置に対する評価

- 障害者が入院中に安心して適切な医療を受けることができるよう、障害者施設等入院基本料(7対1、10対1)を算定する病棟において、看護補助者の配置及び夜間における看護職員の負担軽減に資する取組に係る評価を新設する。

(新) 看護補助加算(1日につき)

イ 14日以内の期間	129点
ロ 15日以上30日以内の期間	104点

[施設基準]

- ① 看護補助者の数は、**常時30対1**以上であること。
- ② 夜勤を行う看護補助者の数は、常時75対1以上(みなし看護補助者を除く)であること。
- ③ 障害者施設等入院基本料(7対1、10対1に限る。)を算定する病棟であること。

(新) 夜間看護体制加算 150点(入院初日)

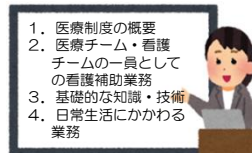
[施設基準]

- ① 夜間における看護業務の負担の軽減に資する十分な管理業務等の体制が整備されていること。
- ② 看護補助加算を算定する病棟であること。

看護職員と看護補助者との業務分担・共同の推進②

看護補助者の配置に係る加算の要件の見直し

- 看護補助者の配置に係る加算について、業務分担・共同を推進し、より質の高い療養環境を提供するために、要件を見直す。
 - ① 看護補助者の配置に係る加算を算定する場合は、定期的に看護及び看護補助の業務内容を見直すとともに、身体的拘束等の行動制限を最小化する取組の実施を求める。
 - ② 看護補助者の配置に係る加算を算定する場合は、看護補助者への院内研修の実施を求める。



療養病棟における夜間看護体制の充実

- 療養病棟入院基本料を算定する病棟のうち、日常生活の支援が必要な患者が一定割合以上入院する病棟において、夜間に看護職員等の手厚い配置をし、身体的拘束を最小化する取組を行っている場合の評価を新設する。

(新) 夜間看護加算 35点(1日につき)

[施設基準]

- ① 夜勤を行う看護要員の数は、常時16対1以上であること。
- ② ADL区分3の患者を5割以上入院させる病棟であること。



看護職員と看護補助者との業務分担・共同の推進③

急性期一般病棟における看護職員の夜間配置の評価を充実・新設

- 看護職員夜間配置加算の評価を充実する。また、急性期一般入院基本料のうち重症度の高い患者が一定割合以上入院する病棟における夜間看護職員の配置に係る評価を新設する。

現行		改定後	
【看護職員夜間配置加算】		【看護職員夜間配置加算】	
夜間12対1配置加算1	80点	夜間12対1配置加算1	95点
夜間12対1配置加算2	60点	夜間12対1配置加算2	75点
夜間16対1配置加算	40点	夜間16対1配置加算1	55点
		(新) 夜間16対1配置加算2	30点

[看護職員夜間16対1配置加算2の施設基準]

- ① 夜勤を行う看護職員の数、常時16対1以上であること。
- ② 急性期一般入院料2、3、4、5又は6を算定する病棟であること。

地域包括ケア病棟における夜間看護配置の評価

- 地域包括ケア病棟のうち認知症等の患者が一定割合以上入院する病棟において、夜間の看護職員の配置に係る評価を新設する。

[施設基準]

- ① 夜勤を行う看護職員の数、常時16対1以上であること。
- ② 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準(B項目のうち、「診療・療養上の指示が通じる」又は「危険行動」)を満たす患者を、3割以上入院させる病棟であること。

(新) 看護職員夜間配置加算 55点
(1日につき)

精神科救急入院料等における夜間看護職員体制の充実

- 精神科救急入院料又は精神科救急・合併症入院料を算定する病棟において、夜間に看護職員の手厚い配置をし、身体的拘束等の行動制限を最小化するとともに、夜間における看護職員の負担軽減に資する取組を行っている場合の評価を新設する。

[施設基準]

- ① 夜勤を行う看護職員の数、常時16対1以上であること。
- ② 行動制限最小化委員会を設置していること。
- ③ 夜間における看護業務の負担の軽減に資する十分な業務管理等の体制が整備されていること。

(新) 看護職員夜間配置加算 55点
(1日につき) ※入院した日から起算して30日を限度

医師等の従事者の常勤配置に関する要件の緩和

➤ 医師等の医療従事者の柔軟な働き方に対応する観点から、一定の領域の診療報酬について、常勤配置に係る要件の緩和を行う。

① 医師については、小児科・産婦人科・精神科・リハビリテーション科・麻酔科等の領域について、週3日以上かつ週24時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能とする。

② リハビリテーションに係るリハビリ専門職及び看護師については、週3日以上かつ週24時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能とする。

※ ただし、2人以上の常勤職員を要件としているものについては、常勤の職員が配置されているものとみなすことができるのは、一定の人数までに限る。

③ 看護師等の常勤職員の配置が求められているものについて、非常勤職員でも配置可能とする。

看護師	糖尿病合併症管理料
歯科衛生士	歯科治療時医療管理料
歯科技工士	有床義歯修理歯科技工加算1及び2
管理栄養士	在宅患者訪問褥瘡管理指導料※

※ 診療所の場合、非常勤職員でも算定可能となっており、この取扱いを病院にも適用する。



専従要件の緩和

- より効率的な医療提供を可能とする観点から、医療従事者の専従要件※について、医療提供の質の確保に配慮しつつ、より弾力的な運用が可能となるように見直す。

※専従は他の業務との兼務が原則不可、専任は他の業務との兼任が可能

- ① チームで診療を提供する項目については、チームのいずれか1人が専従であればよいこととする。(対象:緩和ケア診療加算、外来緩和ケア管理料)
- ② チームで担当する患者数が一定程度以下の場合、いずれの構成員も専任であっても差し支えないこととする。(対象:緩和ケア診療加算、外来緩和ケア管理料、栄養サポートチーム加算)



(例) 現行(緩和ケア診療加算)

緩和ケアチーム(医師2名、看護師1名、薬剤師1名)について、少なくとも医師のいずれか1人及び看護師が専従であること。

400点



(例) 改定後(緩和ケア診療加算)

緩和ケアチームのうちいずれか1人は専従であること。
ただし、当該緩和ケアチームが診療する患者数が1日に15人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない。

390点

- ③ 職員の専従が要件となっている精神科専門療法(精神科作業療法、精神科ショート・ケア等)について、当該業務を実施していない時間帯については、当該業務と関連する他の業務に従事しても差し支えないこととする。また、当該業務と他の業務が異なる時間帯に実施される場合は、他の業務の専従者として届け出ることとする。
- ④ 一定程度以上の水準のリハビリテーションの提供※や外来リハビリテーション等を実施している保険医療機関については、回復期リハビリテーション病棟入院料におけるリハビリ専門職の病棟専従の要件を緩和し、入院中の患者に対する退院前の訪問指導や退院後3ヶ月以内の患者に対する外来リハビリテーション等を実施しても差し支えないこととする。

※ リハビリテーション実績指数が37以上

医療従事者の勤務環境改善の取組の推進

- 病院に勤務する医療従事者の勤務環境改善の取組がさらに進むよう、総合入院体制加算の要件となっている病院勤務医の負担軽減等の体制について、対象を病院に勤務する医療従事者全体に拡大し、取組内容を整理する。

改定後(総合入院体制加算 施設基準(抜粋))

病院に勤務する医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備。

ア 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関し、当該病院に勤務する医療従事者の勤務状況を把握し、その改善の必要性等について提言するための責任者を配置。

イ 多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議*を設置し、「医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。当該委員会又は会議は、当該計画の達成状況の評価を行う際等、必要に応じて開催。

※ 当該保険医療機関における安全衛生委員会等既存の委員会を活用して差し支えない。

ウ イの計画は、現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取組内容と目標達成年次等を含めた医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画とする。また、当該計画を職員に対して周知徹底している。

エ イの計画には次に掲げる項目のうち少なくとも2項目以上を含む。

- ① 外来診療時間の短縮、地域の他の保険医療機関との連携などの外来縮小の取組(許可病床の数が400床以上の病院では、必ず本項目を計画に含むこと。)
- ② 院内保育所の設置(夜間帯の保育や病児保育の実施が含まれることが望ましい)
- ③ 医師事務作業補助者の配置による病院勤務医の事務作業の負担軽減
- ④ 病院勤務医の時間外・休日・深夜の対応についての負担軽減及び処遇改善
- ⑤ 看護補助者の配置による看護職員の負担軽減



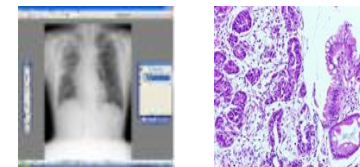
オ 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開。

勤務場所に関する要件の緩和①

ICTを活用した勤務場所に関する規定の緩和

- 画像診断管理加算、病理診断料及び病理診断管理加算について、加算を算定する保険医療機関において当該加算に求められる医師数が勤務している場合、当該医療機関で週3日以上かつ24時間以上勤務する常勤医師が、ICTを活用して自宅等の当該保険医療機関以外の場所で読影した場合も、院内での読影に準じて算定できることとする。

※ 現行では、画像診断管理加算について、当該医療機関の常勤の医師が**夜間休日**に撮影した画像を、送受信を行うにつき十分な環境で自宅等で読影した場合、院内での読影に準じて扱うこととされていた。



救命救急入院料等における医師の勤務場所に関する要件の緩和

- 救命救急入院料等においては、医師が常時治療室内に勤務していることが要件となっているが、治療室に入退室する患者に対して継続的な診療が行えるよう、一定の条件の下では、継続的な診療を行うために医師が一時的に治療室から離れても差し支えないこととする。

(例) 現行(救命救急入院料)

専任の医師が、午前0時より午後12時までの間常に(以下「常時」という)救命救急治療室内に勤務しているとともに、手術に必要な麻酔科医等が緊急時に速やかに対応できる体制がとられている。



(例) 改定後(救命救急入院料)

専任の医師が、午前0時より午後12時までの間常に(以下「常時」という)救命救急治療室内に勤務しているとともに、手術に必要な麻酔科医等が緊急時に速やかに対応できる体制がとられている。**ただし、患者の治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に離れても差し支えない。**

※ 特定集中治療室管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料1及び総合周産期特定集中治療室管理料についても同様

勤務場所に関する要件の緩和②

対面を求めるカンファレンスにおける情報通信機器(ICT)の活用

- 関係機関間・医療従事者間の効率的な情報共有・連携を促進する観点から、対面でのカンファレンスを求めている評価について、各項目で求めている内容や地理的条件等を考慮し、一定の条件の下で情報通信技術(ICT)を用いたカンファレンスを開催した場合でも評価されるよう、要件を見直す。



[対象となる診療報酬]

- ・ 感染防止対策加算
- ・ 入退院支援加算1
- ・ 退院時共同指導料1の注1、退院時共同指導料2の注1／退院時共同指導加算(訪問看護療養費)
- ・ 退院時共同指導料2の注3
- ・ ハイリスク妊産婦連携指導料1、2
- ・ 在宅患者緊急時等カンファレンス料／在宅患者緊急時等カンファレンス加算(訪問看護療養費)
- ・ 在宅患者訪問褥瘡管理指導料
- ・ 精神科在宅患者支援管理料／精神科重症患者支援管理連携加算(訪問看護療養費)

[ICTを用いた場合の留意事項]

【在宅患者緊急時等カンファレンス料】 ※対象となる他の加算等についても求める内容に応じて同様の見直しを行う。

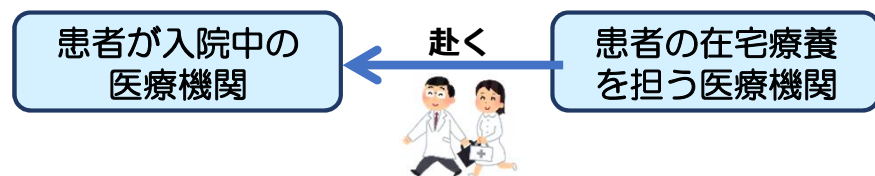
- ① 当該カンファレンスは、関係者全員が患家に赴き実施することが原則であるが、やむを得ない事情により参加できない場合は、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な機器を用いて参加した場合でも算定可能である。
- ② 保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。

各項目におけるICTを用いたカンファレンス等の組合せ①

項目	ICTを用いてカンファレンス等に参加する場合の要件
	【医療資源の少ない地域の場合】
感染防止対策加算 〔施設基準〕	感染防止対策加算1届出医療機関の感染制御チームと感染防止対策加算2届出医療機関の感染制御チームとの年4回程度の定期的なカンファレンスのうち、 ① 主として取り上げる内容に関わる感染制御チームの構成員は、対面で参加していること ② 4回中1回以上は両チームが一堂に会し直接対面するカンファレンスを行っていること ③ 感染制御チームを構成する各職種が4回中2回以上直接対面するカンファレンスに参加していること ----- 【感染防止対策加算1届出医療機関又は感染防止対策加算2届出医療機関のいずれかが医療資源の少ない地域に属する場合】 ① 主として取り上げる内容に関わる感染制御チームの構成員は、対面で参加していること ② 感染制御チームを構成する各職種が4回中1回以上直接対面するカンファレンスに参加していること
入退院支援加算1 〔施設基準〕	連携機関との年3回の面会のうち、1回はICTを活用できる。 ----- 【入退院支援加算1を届け出る医療機関又は連携機関のいずれかが医療資源の少ない地域に属する場合】 連携機関との年3回の面会全てICTを活用できる。
退院時共同指導料1、2の注1 〔算定要件〕	【患者の退院後の在宅療養を担う医療機関、訪問看護ステーション又は入院中の医療機関のいずれかが医療資源の少ない地域に属する場合】 在宅療養担当医療機関又は訪問看護ステーションの担当者がICTを用いて共同指導できる。
退院時共同指導料2の注3 〔算定要件〕	在宅療養担当医療機関等のうち2者以上が、患者が入院中の医療機関に赴き共同指導する場合、在宅療養担当医療機関等の関係者のいずれかがICTを用いて参加することができる。

医療資源の少ない地域の場合の考え方（退院時共同指導料の場合）

① いずれも医療資源の少ない地域に属さない場合



③ 入院医療機関が医療資源の少ない地域に属する場合



② 在宅療養担当医療機関（訪問看護St）が医療資源の少ない地域に属する場合



退院時共同指導料1、2いずれの場合であっても、患者が入院中の医療機関又は患者の在宅療養を担う医療機関（訪問看護St）のいずれかが医療資源の少ない地域に属する場合、患者の在宅療養を担う医療機関（訪問看護St）は、ICTを活用して退院時共同指導を実施することが可能である。

各項目におけるICTを用いたカンファレンス等の組合せ②

項目	ICTを用いてカンファレンス等に参加する場合の要件
	【医療資源の少ない地域の場合】
ハイリスク妊産婦連携指導料1、2 [算定要件]	患者への治療方針などに係るカンファレンス(概ね2か月に1回程度の頻度)に参加するそれぞれの従事者が、当該患者に対するハイリスク妊産婦連携指導料を算定する期間中、少なくとも1回は直接対面で実施するカンファレンスに参加している場合、関係者のうちいずれかがICTを用いてカンファレンスに参加することができる。
在宅患者緊急時等カンファレンス料 [算定要件]	<p>①、②のいずれも満たす場合、関係者のいずれかがICTを用いてカンファレンスに参加することができる。</p> <p>① 当該カンファレンスに3者以上が参加するとき</p> <p>② 当該3者のうち2者以上は、患家に赴きカンファレンスを行っているとき</p> <hr/> <p>【関係者のうちいずれかが医療資源の少ない地域に属する場合】</p> <p>①から③のいずれも満たす場合、関係者のいずれかがICTを用いてカンファレンスに参加することができる。</p> <p>① 当該カンファレンスを当該月に2回実施する場合の2回目のカンファレンスのとき</p> <p>② 当該2回目のカンファレンスに3者以上が参加するとき</p> <p>③ ②において、当該3者のうち1者以上は、患家に赴きカンファレンスを行っているとき</p>
在宅患者訪問褥瘡管理指導料 [算定要件]	<p>①、②のいずれも満たす場合、当該医療機関の在宅褥瘡対策チーム構成員は、ICTを用いてカンファレンスに参加することができる。</p> <p>① 当該カンファレンスに、当該保険医療機関から在宅褥瘡対策チームの構成員として複数名参加するとき</p> <p>② 当該保険医療機関の在宅褥瘡対策チームの構成員のうち、1名以上は患家に赴きカンファレンスを行っているとき</p>
精神科在宅患者支援管理料2のイ [算定要件]	<p>関係者のいずれかがICTを用いてカンファレンスに参加することができる。</p> <p>① チームの構成員全員が、月1回以上当該患者に対するカンファレンスに対面で参加しているとき</p> <p>② 保健所又は精神保健福祉センター等と共同して会議を行う時に、チームの関係者全員が一堂に会すること</p> <hr/> <p>【関係者のうちいずれかが医療資源の少ない地域に属する場合】</p> <p>関係者全員が一堂に会し該当患者に関するカンファレンスを1回以上実施した後は、関係者のうちいずれかがICTを用いてカンファレンスに参加することができる。</p>
精神科在宅患者支援管理料2のロ [算定要件]	関係者全員が6月に1回以上の頻度で一堂に会し対面で当該患者に対するカンファレンスを実施している場合、その間の月のカンファレンスについて、関係者のうちいずれかがICTを用いて参加することができる。

平成30年度診療報酬改定の概要(歯科)

I 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進

1. かかりつけ歯科医の機能の評価
2. 周術期等の口腔機能管理の推進
3. 質の高い在宅医療の確保

II 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実

1. 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進
 - 1-1) 院内感染防止対策の推進
 - 1-2) ライフステージに応じた口腔機能管理の推進
 - 1-3) 全身的な疾患を有する患者に対する歯科医療の充実
 - 1-4) 歯科固有の技術の評価
 - ・既存技術の実態にあわせた見直し
 - ・新規医療技術の導入
(医療技術評価分科会、先進医療会議)
 - ・区分C2(新機能・新技術)で保険適用された新規医療技術の技術料新設
 - ・既存技術の評価の見直し

本日の内容

1. 院内感染防止対策の推進
2. 地域包括ケアシステムの構築の推進
 - (1) かかりつけ歯科医の機能の評価
 - (2) 周術期等の口腔機能管理の推進
 - (3) 在宅歯科医療の推進
3. 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進
 - (1) 医学管理関連
 - ①ライフステージに応じた口腔機能管理
 - ②全身的な疾患を有する患者への対応
 - (2) 検査関連
 - (3) 処置、手術関連
 - (4) 歯冠修復及び欠損補綴関連
 - (5) 歯科矯正関連
4. 特定薬剤の算定方法の見直し
5. 特定保険医療材料の機能区分の見直し
6. その他 (附帯意見、経過措置)

かかりつけ歯科医機能評価の充実

かかりつけ歯科医機能をより一層推進する観点から、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の見直しや、かかりつけ医との情報共有・連携の評価を行う。

- かかりつけ歯科医とかかりつけ医との間の情報共有の評価



情報共有
・連携



- 学校歯科医等の実績を評価



- 研修内容の見直し

歯科訪問診療
への移行



- 外来から歯科訪問診療に移行した場合を評価

連携

- かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準の見直し

連携



- 在宅療養支援歯科診療所との連携を評価



- 在宅医療、介護に関する連携等を評価
- 多職種連携の評価 等

かかりつけ歯科医の機能の評価①

医科歯科連携の推進

- 医科歯科連携を推進する観点から、歯科診療を行う上で必要な診療情報や処方内容等の診療情報について、かかりつけ医との間で共有した場合の評価をそれぞれ新設する。

(新) 診療情報連携共有料 120点 【医科点数表、歯科点数表】

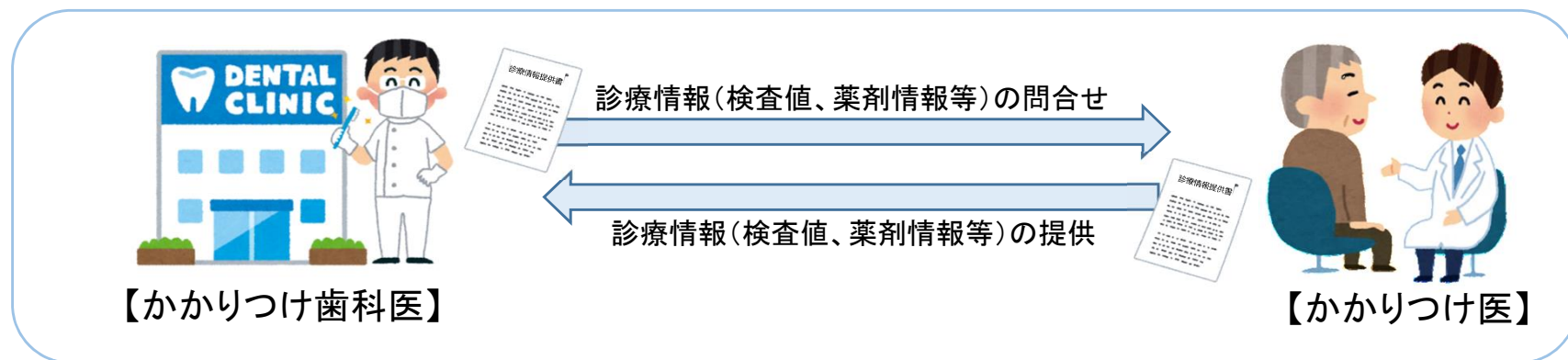
医科の保険医療機関と歯科の保険医療機関の間で診療情報を共用することにより、質の高い診療が効率的に行われることを評価するもの。

[対象患者]

慢性疾患を有する患者又は歯科治療を行う上で特に全身的な管理の必要性を認め検査値や診療情報を確認する必要がある患者

[算定要件]【歯科点数表】

- 当該患者の同意を得て、別の保険医療機関に当該患者の診療情報の提供を文書により求めた場合に算定
- 保険医療機関と連携を図り、必要に応じて問合せに対応できる体制(窓口の設置など)を確保していること
- 保険医療機関ごとに患者1人につき、診療情報の提供を求めた日の属する月から起算して3月に1回に限り算定する。
- 診療情報提供料(I)により紹介した月から起算して3月以内に、同一の保険医療機関に対して当該患者の診療情報の提供を求めた場合において、診療情報連携共有料は別に算定できない。



かかりつけ歯科医の機能の評価②

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準の見直し①

- う蝕や歯周病の重症化予防に関する継続的な管理実績等を要件に追加するとともに、関連する要件を見直す。
- 歯科訪問診療の実績について、在宅療養支援歯科診療所との連携実績でも可能とする。

現行

【かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準（抜粋）】

- (1) 過去1年間に、歯科訪問診療1又は歯科訪問診療2、歯周病安定期治療及びクラウン・ブリッジ維持管理料を算定している実績があること。



改定後

【かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準（抜粋）】

- (2) 次のいずれにも該当すること。
 - ア 過去1年間に歯周病安定期治療(Ⅰ)又は歯周病安定期治療(Ⅱ)をあわせて30回以上算定していること。
 - イ 過去1年間にフッ化物歯面塗布処置又は歯科疾患管理料のエナメル質初期う蝕管理加算をあわせて10回以上算定していること。
 - ウ クラウン・ブリッジ維持管理料を算定する旨を届け出ていること。
 - エ 歯科初診料の注1に規定する施設基準を届け出ていること。
- (3) 過去1年間に歯科訪問診療1若しくは歯科訪問診療2の算定回数又は連携する在宅療養支援歯科診療所1若しくは在宅療養支援歯科診療所2に依頼した歯科訪問診療の回数があわせて5回以上であること。
- (4) 過去1年間に診療情報提供料又は診療情報連携共有料をあわせて5回以上算定している実績があること。

かかりつけ歯科医の機能の評価③

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準の見直し②

- かかりつけ歯科医として必要な知識や技術の習得を推進する観点及び「初診料の注1に規定する施設基準」が新設されたことを踏まえて、研修内容の見直し等を行う。

現行

- (2) 次に掲げる研修をいずれも修了した歯科医師が1名以上配置されていること。
 ア 偶発症に対する緊急時の対応、医療事故及び感染症対策等の医療安全対策に係る研修
 イ 高齢者の心身の特性、口腔機能の管理及び緊急時対応等に係る研修
 なお、既に受講した研修が要件の一部を満たしている場合には、不足する要件を補足する研修を受講することでも差し支えない。
- (8) 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。
- (9) 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。



改定後

- (5) 当該医療機関に、[歯科疾患の重症化予防に資する継続管理に関する研修\(口腔機能の管理を含む\)](#)、高齢者の心身の特性及び緊急時対応等の適切な研修を修了した歯科医師が1名以上在籍していること。
 なお、既に受講した研修が要件の一部を満たしている場合には、不足する要件を補足する研修を受講することでも差し支えない。
- (削除)
- (削除)
- (6) (7)(9)略

かかりつけ歯科医の機能の評価④

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準の見直し③

➤ 地域連携に関する会議等への参加実績を要件に追加し、関連する要件を見直す。

現行

- (6) 当該地域において、在宅医療を担う保険医療機関と連携を図り、必要に応じて、情報提供できる体制を確保していること。
- (7) 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の連携調整を担当する者と連携していること。



改定後

- (8) (5)に掲げる歯科医師が次の項目のうち、**3つ以上に該当**すること。
 - ア 過去1年間に、**居宅療養管理指導を提供した実績**があること。
 - イ **地域ケア会議に年1回以上出席**していること。
 - ウ **介護認定審査会の委員の経験**を有すること。
 - エ 在宅医療に関する**サービス担当者会議や病院・介護保険施設等で実施される多職種連携に係る会議等に年1回以上出席**していること。
 - オ 過去1年間に、**栄養サポートチーム等連携加算1又は栄養サポートチーム等連携加算2を算定した実績**があること。
 - カ **在宅医療・介護等に関する研修**を受講していること。
 - キ 過去1年間に、**退院時共同指導料1、退院前在宅療養指導管理料、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料の算定**があること。
 - ク 認知症対応力向上研修等、**認知症に関する研修**を受講していること。
 - ケ **自治体等が実施する事業**に協力していること。
 - コ **学校歯科医等に就任**していること。
 - サ 過去1年間に、**歯科診療特別対応加算又は初診時歯科診療導入加算を算定した実績**があること。

【地域】



【外来】

【経過措置(施設基準)】

- ・平成30年3月31日において現にかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所に係る届出を行っている診療所については、平成32年3月31日までの間に限り改定後のかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準に該当しているものとみなす。

平成30年度診療報酬改定の概要(歯科)

I 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進

1. かかりつけ歯科医の機能の評価
2. 周術期等の口腔機能管理の推進
3. 質の高い在宅医療の確保

II 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実

1. 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進
 - 1-1) 院内感染防止対策の推進
 - 1-2) ライフステージに応じた口腔機能管理の推進
 - 1-3) 全身的な疾患を有する患者に対する歯科医療の充実
 - 1-4) 歯科固有の技術の評価
 - ・既存技術の実態にあわせた見直し
 - ・新規医療技術の導入
(医療技術評価分科会、先進医療会議)
 - ・区分C2(新機能・新技術)で保険適用された新規医療技術の技術料新設
 - ・既存技術の評価の見直し

本日の内容

1. 院内感染防止対策の推進
2. 地域包括ケアシステムの構築の推進
 - (1) かかりつけ歯科医の機能の評価
 - (2) 周術期等の口腔機能管理の推進
 - (3) 在宅歯科医療の推進
3. 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進
 - (1) 医学管理関連
 - ①ライフステージに応じた口腔機能管理
 - ②全身的な疾患を有する患者への対応
 - (2) 検査関連
 - (3) 処置、手術関連
 - (4) 歯冠修復及び欠損補綴関連
 - (5) 歯科矯正関連
4. 特定薬剤の算定方法の見直し
5. 特定保険医療材料の機能区分の見直し
6. その他 (附帯意見、経過措置)

ライフステージに応じた口腔機能管理の推進①

小児の口腔機能管理の推進

- 口腔機能の発達不全を認める小児のうち、特に継続的な管理が必要な患者に対する評価を新設する。

(新) 歯科疾患管理料 小児口腔機能管理加算 100点



[対象患者]

15歳未満の口腔機能の発達不全を認める患者のうち、次のC項目のうち、**咀嚼機能を含む3項目以上に該当するもの**

A機能	B分類	C項目
食べる	咀嚼機能	歯の萌出に遅れがある
		機能的因子による歯列・咬合の異常がある
		咀嚼に影響するう蝕がある
		強く咬みしめられない
		咀嚼時間が長すぎる、短すぎる
		偏咀嚼がある
	嚥下機能	舌の突出(乳児嚥下の残存)がみられる(離乳完了後)
食行動	哺乳量・食べる量、回数が多すぎたり少なすぎたりムラがある等	

A機能	B分類	C項目
話す	構音機能	構音に障害がある
		口唇の閉鎖不全がある
		口腔習癖がある
		舌小帯に異常がある
その他	栄養(体格)	やせ、または肥満である(カウプ指数、ローレル指数で評価)
		口呼吸がある
	その他	口蓋扁桃等に肥大がある
		睡眠時のいびきがある
		上記以外の問題点

※参考:「口腔機能発達不全症」に関する基本的な考え方(平成30年3月日本歯科医学会)

[算定要件]

- ・口腔機能の評価及び一連の**口腔機能の管理計画を策定**し、患者等に対し当該管理計画に係る情報を文書により提供し、提供した文書の写しを診療録に添付する。
- ・患者の成長発達に伴う口腔内等の状況変化の確認を目的として、**患者の状態に応じて口腔外又は口腔内カラー写真撮影**を行う。写真撮影は、**当該加算の初回算定日には必ず実施**し、その後は**少なくとも当該加算を3回算定するに当たり1回以上行うもの**とし、診療録に添付又はデジタル撮影した画像を電子媒体に保存・管理する。
- ・当該管理を行った場合は、**指導・管理内容を診療録に記載**又は指導・管理に係る記録を文書により作成している場合においては、当該記録又はその写しを診療録に添付すること。
- ・当該患者に対して、文書提供加算は別に算定できない。

ライフステージに応じた口腔機能管理の推進②

高齢者の口腔機能管理の推進

- 歯の喪失や加齢等により、口腔機能の低下を認める患者のうち、特に継続的な管理が必要な患者に対する評価を新設する。



(新) 歯科疾患管理料 口腔機能管理加算 100点

[対象患者]

65歳以上の口腔機能の低下を認める患者のうち、次の評価項目(下位症状)のうち、3項目以上(咀嚼機能低下(D011-2に掲げる咀嚼能力検査を算定した患者に限る。)、咬合力低下(D011-3に掲げる咬合圧検査を算定した患者に限る。))又は低舌圧(D012に掲げる舌圧検査を算定した患者に限る。)のいずれかの項目を含む。)に該当するもの

下位症状	検査項目	該当基準
①口腔衛生状態不良	舌苔の付着程度	50%以上
②口腔乾燥	口腔粘膜湿潤度	27未満
	唾液量	2g/2分以下
③咬合力低下	咬合力検査	200N未満
	残存歯数	20本未満
④舌口唇運動機能低下	オーラルディアドコキネシス	Pa/ta/ka いずれか1つでも 6回/秒未満

下位症状	検査項目	該当基準
⑤低舌圧	舌圧検査	30kPa未満
⑥咀嚼機能低下	咀嚼能力検査	100mg/dL未満
	咀嚼能力スコア法	スコア0,1,2
⑦嚥下機能低下	嚥下スクリーニング検査 (EAT-10)	3点以上
	自記式質問票 (聖隷式嚥下質問紙)	3項目以上該当

※参考:「口腔機能低下症」に関する基本的な考え方(平成30年3月日本歯科医学会)

[算定要件]

- ・口腔機能の評価及び一連の口腔機能の管理計画を策定し、患者等に対し当該管理計画に係る情報を文書により提供し、提供した文書の写しを診療録に添付する。
- ・当該管理を行った場合は、指導・管理内容を診療録に記載又は指導・管理に係る記録を文書により作成している場合においては、当該記録又はその写しを診療録に添付すること。
- ・当該患者に対して、文書提供加算は別に算定できない。

ライフステージに応じた口腔機能管理の推進③

口腔機能評価に関する検査の新規導入

➤ 口腔機能評価に関する検査を新設する。

(新) **咀嚼能力検査** 140点

(新) **咬合圧検査** 130点

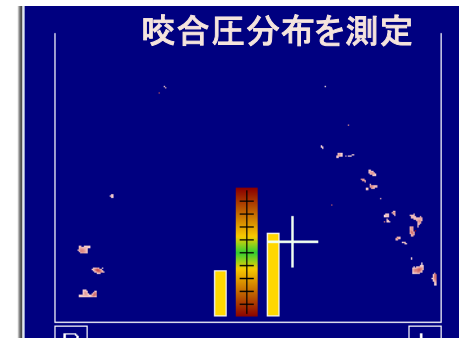
[算定要件]

(咀嚼能力検査)

咀嚼能力測定を行った場合(グルコース含有グミゼリーを咀嚼時のグルコース溶出量を測定)に6月に1回に限り算定する。

(咬合圧検査)

咬合圧測定を行った場合(感圧フィルムにより咬合圧等を測定)に6月に1回に限り算定する。



現行

【舌圧検査】

[対象患者]

(月に2回に限り算定)

- ・舌接触補助床を装着した患者又は予定している患者



改定後

【舌圧検査】

[対象患者]

(月に2回に限り算定)

- ・舌接触補助床を装着した患者又は予定している患者
- ・顎補綴・口蓋補綴による装置を装着する患者
- ・広範囲顎骨支持型補綴を装着する患者

(6月に1回に限り算定)

- ・咀嚼能力検査、咬合圧検査と同様

咀嚼能力検査、咬合圧検査、舌圧検査共通

[対象患者]

- ・歯科疾患管理料、歯科疾患在宅療養管理料又は在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定し、継続的な口腔機能の管理を行っている患者

[算定要件]

- ・問診、口腔内所見又は他の検査所見から加齢等による口腔機能の低下が疑われる患者に対し、**口腔機能低下症の診断を目的として実施**した場合

平成30年度診療報酬改定の概要(歯科)

I 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進

1. かかりつけ歯科医の機能の評価
2. 周術期等の口腔機能管理の推進
3. 質の高い在宅医療の確保

II 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実

1. 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進
 - 1-1) 院内感染防止対策の推進
 - 1-2) ライフステージに応じた口腔機能管理の推進
 - 1-3) 全身的な疾患を有する患者に対する歯科医療の充実
 - 1-4) 歯科固有の技術の評価
 - ・既存技術の実態にあわせた見直し
 - ・新規医療技術の導入
(医療技術評価分科会、先進医療会議)
 - ・区分C2(新機能・新技術)で保険適用された新規医療技術の技術料新設
 - ・既存技術の評価の見直し

本日の内容

1. 院内感染防止対策の推進
2. 地域包括ケアシステムの構築の推進
 - (1) かかりつけ歯科医の機能の評価
 - (2) 周術期等の口腔機能管理の推進
 - (3) 在宅歯科医療の推進
3. 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進
 - (1) 医学管理関連
 - ①ライフステージに応じた口腔機能管理
 - ②全身的な疾患を有する患者への対応
 - (2) 検査関連
 - (3) 処置、手術関連
 - (4) 歯冠修復及び欠損補綴関連
 - (5) 歯科矯正関連
4. 特定薬剤の算定方法の見直し
5. 特定保険医療材料の機能区分の見直し
6. その他 (附帯意見、経過措置)

歯科外来診療における院内感染防止対策の推進①

歯科初診料、歯科再診料の見直し①

- 日常的に唾液や血液等に触れる環境下にある歯科外来診療の特徴を踏まえ、歯科医療機関における院内感染防止対策を推進するため、歯科初診料及び歯科再診料の引き上げとともに施設基準を新設する。

現行

【初診料】

- 1 歯科初診料 234点
 注1 1については、保険医療機関において、初診を行った場合に算定する。

【再診料】

- 1 歯科再診料 45点
 注1 1については、保険医療機関において、再診を行った場合に算定する。

改定後

【初診料】

- 1 歯科初診料 **237点**
 注1 1については、歯科外来診療における院内感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、初診を行った場合に算定する。この場合において、当該届出を行っていない保険医療機関については、226点を算定する。

【再診料】

- 1 歯科再診料 **48点**
 注1 1については、初診料の注1に規定する歯科外来診療における院内感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、再診を行った場合に算定する。この場合において、当該届出を行っていない保険医療機関については、41点を算定する。

[経過措置]

- ・平成30年9月30日までの間における区分番号A000の1については、「237点」とあるのは「234点」、同注9については、「23点又は25点」とあるのは「25点」、区分番号A002の1については、「48点」とあるのは「45点」、同注8については、「3点又は5点」とあるのは「5点」とする。
- ・旧算定方法別表第二区分番号A000の注1及び区分番号A002の注1に係る規定については、平成30年9月30日までの間は、なお従前の例による。

歯科外来診療における院内感染防止対策の推進②

歯科初診料、歯科再診料の見直し②

[基本診療料の施設基準等]

第三 初・再診料の施設基準等

(新) 八の三 歯科点数表第1章基本診療料第1部初・再診料第1節初診料の注1に規定する施設基準

- (1) 歯科外来診療における院内感染防止対策につき十分な体制が整備されていること。
- (2) 歯科外来診療における院内感染防止対策につき十分な機器を有していること。
- (3) 歯科外来診療における院内感染防止対策に係る研修を受けた常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。
- (4) 歯科外来診療の院内感染防止対策に係る院内掲示を行っていること。

(通知)

1 歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準

- (1) 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院内感染防止対策を講じていること。
- (2) 感染症患者に対する歯科診療に対応する体制を確保していること。
- (3) 歯科外来診療の院内感染防止対策に係る研修を4年に1回以上、定期的に受講している常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。
- (4) 当該保険医療機関の見やすい場所に、当該医療機関で取り組んでいる院内感染防止対策等、歯科診療に係る医療安全対策を実施している旨の院内掲示を行っていること。
- (5) 年に1回、院内感染防止対策の実施状況等について、様式2の7により地方厚生(支)局長に報告していること。

[経過措置(施設基準)]

- ・歯科医療を担当する保険医療機関については、平成三十一年三月三十一日までの間に限り、第三の八の三の(3)又は第三の九の(5)に該当するものとみなす。

明細書の無料発行の現状（平成30年4月～）

	自己負担のある患者	自己負担のない患者
病院 (電子レセプト請求を行っている ものに限る)	無料発行義務あり	無料発行義務あり
診療所（医科・歯科） (電子レセプト請求を行っている ものに限る)	無料発行義務あり (正当な理由※1がある場合、当分の間、 患者から求められたときに交付することで足りる) (正当な理由※1がある場合、当分の間、 交付を有償で行うことができる)	無料発行義務あり (正当な理由※2がある場合、当分の間、 交付を要さない) (正当な理由※2がある場合、当分の間、 交付を有償で行うことができる)
保険薬局 (電子レセプト請求を行っている ものに限る)	無料発行義務あり	無料発行義務あり
訪問看護ST	患者から求めがあれば発行に努める	
電子レセプト請求免除（未対 応）の施設※3	特に規定なし	

※1 明細書を常に交付することが困難であること、又は交付を無償で行うことが困難であることについて、以下の正当な理由がある場合（自己負担のある患者）

- ①明細書発行機能が付与されていないレセコンを使用している場合
- ②自動入金機の改修が必要な場合。

H24改正省令附則第2条

※2 明細書を常に交付することが困難であること、又は交付を無償で行うことが困難であることについて、以下の正当な理由がある場合（自己負担のない患者）

- ①一部負担金等の支払いがない患者に対応した明細書発行機能が付与されていないレセコンを使用している場合
- ②自動入金機の改修が必要な場合

H28改正省令附則第3条

※3 電子レセプト請求免除（未対応）の施設

- ①レセコンを使用しておらず紙レセプト請求の保険医療機関、保険薬局
 - ②常勤の医師、歯科医師、薬剤師が以下の時点で65歳以上であった診療所、保険薬局
 - ・ 医科診療所：H22.7.1（レセコン使用の場合）、H23.4.1（紙レセプトの場合）
 - ・ 歯科診療所：H23.4.1
 - ・ 保険薬局：H21.4.1（レセコン使用の場合）、H23.4.1.（紙レセプトの場合）
- 未対応施設の割合（医療機関数・薬局数ベース）

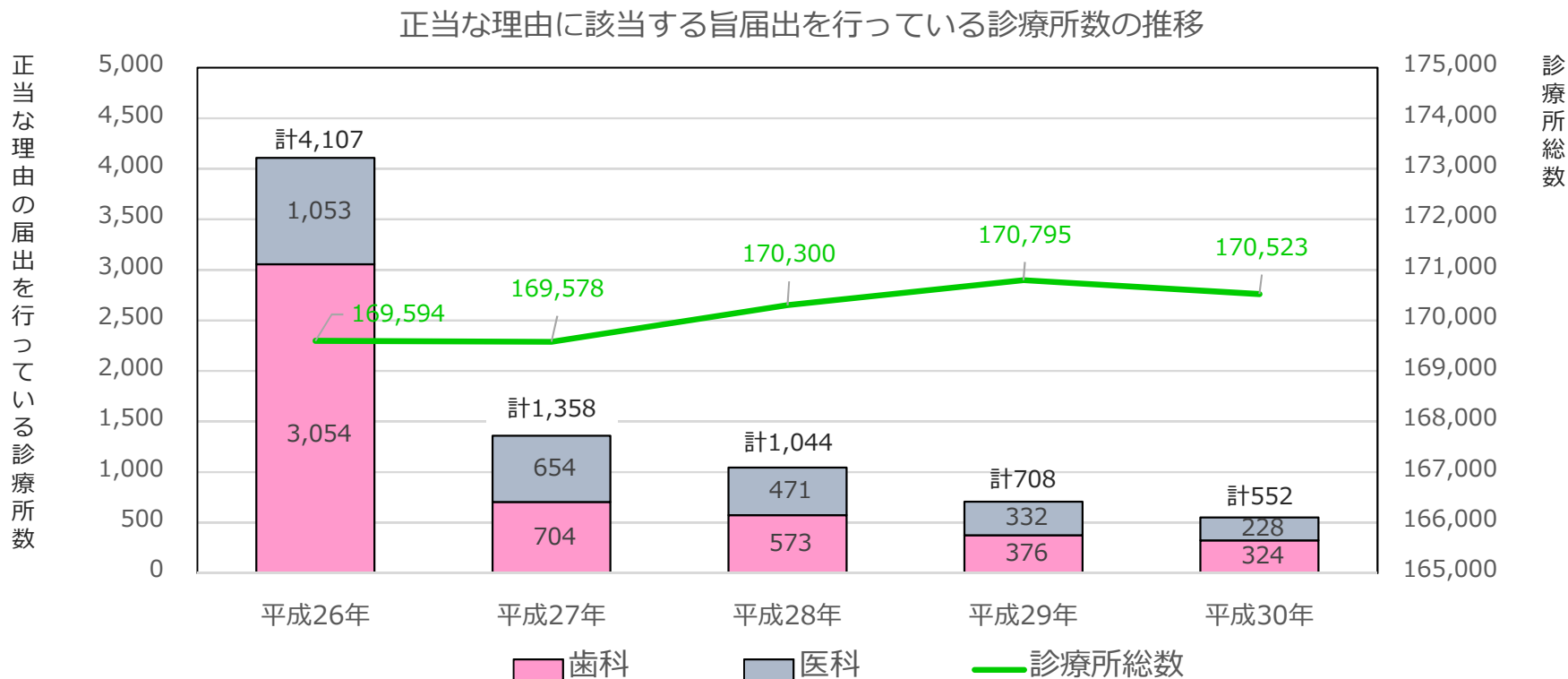
【平成31年1月診療分】

総計：6.1%（医科：5.0% 歯科：11.0% 調剤：2.2%）

（社会保険診療報酬支払基金ホームページより）

「正当な理由」に該当し明細書の無料発行をしていない施設の状況

①全ての患者に明細書を発行していない診療所



②自己負担のある患者には明細書を発行しているが、自己負担のない患者には発行していない施設

正当な理由に該当する旨届出を行っている診療所数【平成30年時点数】

医科	歯科
3	5

出典：保険局医療課調べ（毎年7月現在の届出状況報告及び医療施設動態調査より）

※①及び②について、届出状況の報告書において、「明細書を無料で交付していない患者」が「全ての患者」又は「公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者」のいずれに該当するかの記載がなかった施設の数算入していない。

平成30年度診療報酬改定の概要

I 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進

医科（「医科 I」参照）

1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
2. 外来医療の機能分化、かかりつけ医の機能の評価
3. 入退院支援の推進
4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
5. 医療と介護の連携の推進

歯科（「歯科」参照）

1. かかりつけ歯科医の機能の評価
2. 周術期等の口腔機能管理の推進
3. 質の高い在宅医療の確保

調剤

1. **かかりつけ薬剤師の推進**
2. **地域医療に貢献する薬局の評価**

II 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実

医科（「医科 I」「医科 II」参照）

1. 重点的な対応が求められる医療分野の充実
 - 1) 小児医療、周産期医療、救急医療の充実
 - 2) 緩和ケアを含む質の高いがん医療等の評価
 - 3) 認知症の者に対する適切な医療の評価
 - 4) 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価
 - 5) 感染症対策や薬剤耐性対策、医療安全対策の推進
 - 6) 適切な腎代替療法の推進
2. 先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入
 - 1) 遠隔診療の評価
 - 2~8) (略)

歯科（「歯科」参照）

1. 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進

調剤

1. **薬局における対人業務の評価の充実**
2. **効率的で質の高い在宅薬剤管理指導業務の推進**

III 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

1. チーム医療等の推進(業務の共同化、移管等)等の勤務環境の改善（「医科 I」参照）
2. 業務の効率化・合理化（「医科 I」参照）

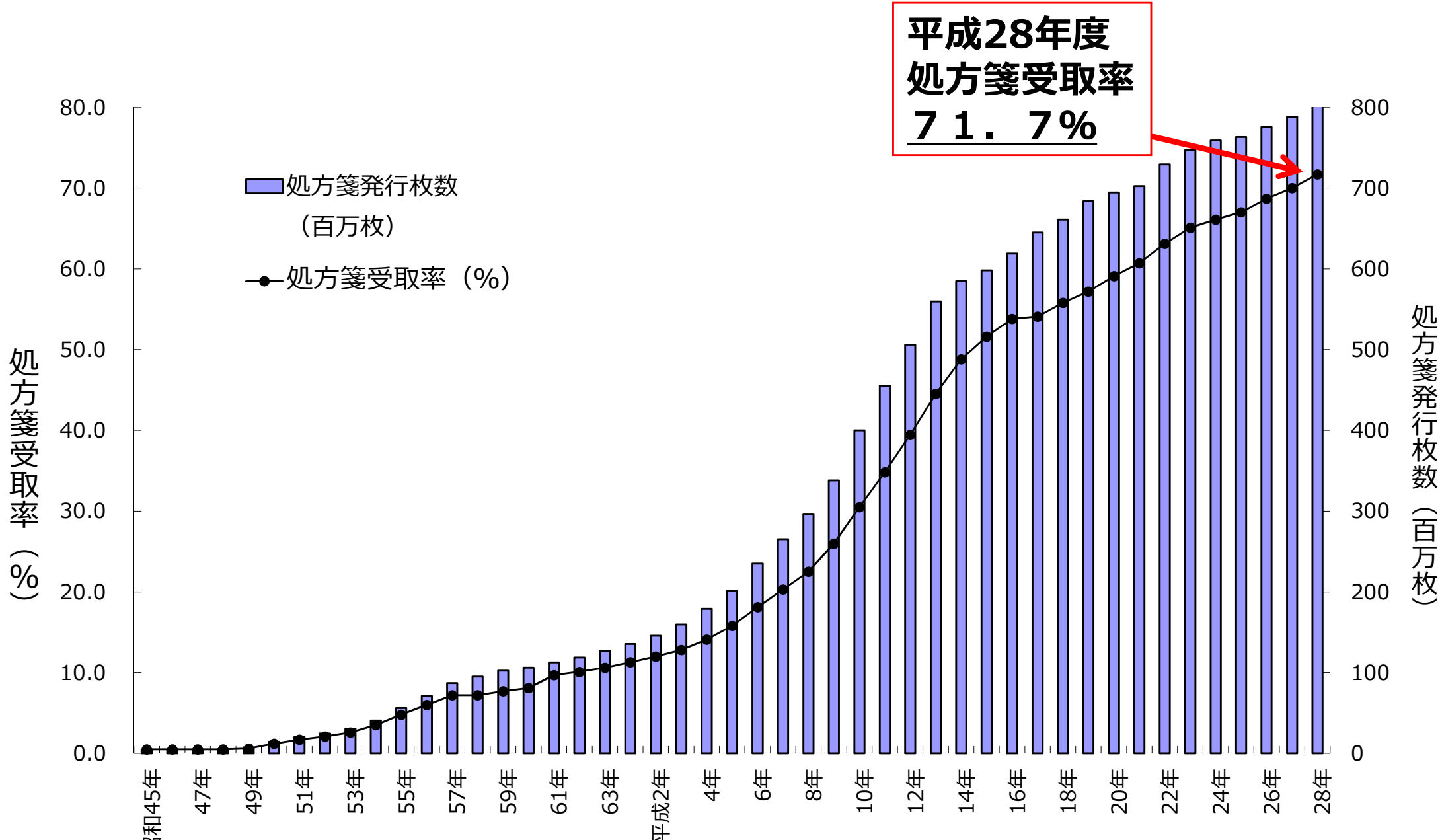
IV 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の強化

1. 薬価制度の抜本改革の推進（「薬価制度」参照）
2. **後発医薬品の使用促進、医薬品の適正使用の推進（「医科 I」参照）**
3. 費用対効果の評価（「医科 II」参照）
4. **調剤報酬(いわゆる門前薬局等の評価)の見直し**
5. 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価（「医科 I」「医科 II」参照）

平成30年度調剤報酬改定の概要

1. かかりつけ薬剤師・地域医療に貢献する薬局の評価
2. 薬局における対人業務の評価の充実
3. 後発医薬品の使用促進
4. いわゆる門前薬局の評価の見直し
5. その他の調剤報酬改定事項
6. 地方厚生局への届出と報告

処方箋受取率の年次推移



平成28年度
処方箋受取率
71.7%

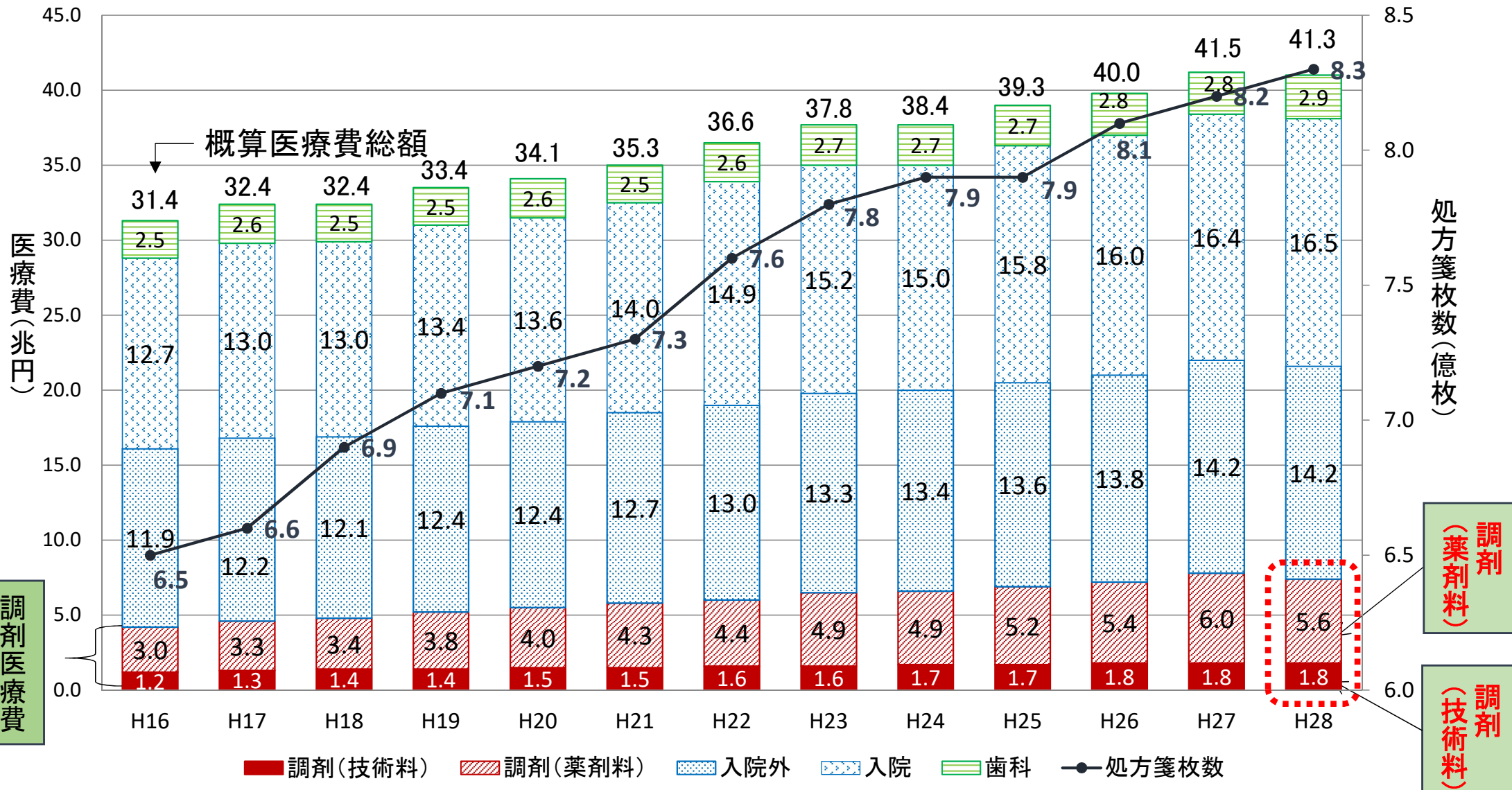
処方箋受取率 (%)

処方箋発行枚数 (百万枚)

※処方箋受取率 (%) =
$$\frac{\text{処方箋枚数(薬局での受付回数)}}{\text{医科診療(入院外)日数} \times \text{医科投薬率} + \text{歯科診療日数} \times \text{歯科投薬率}} \times 100$$

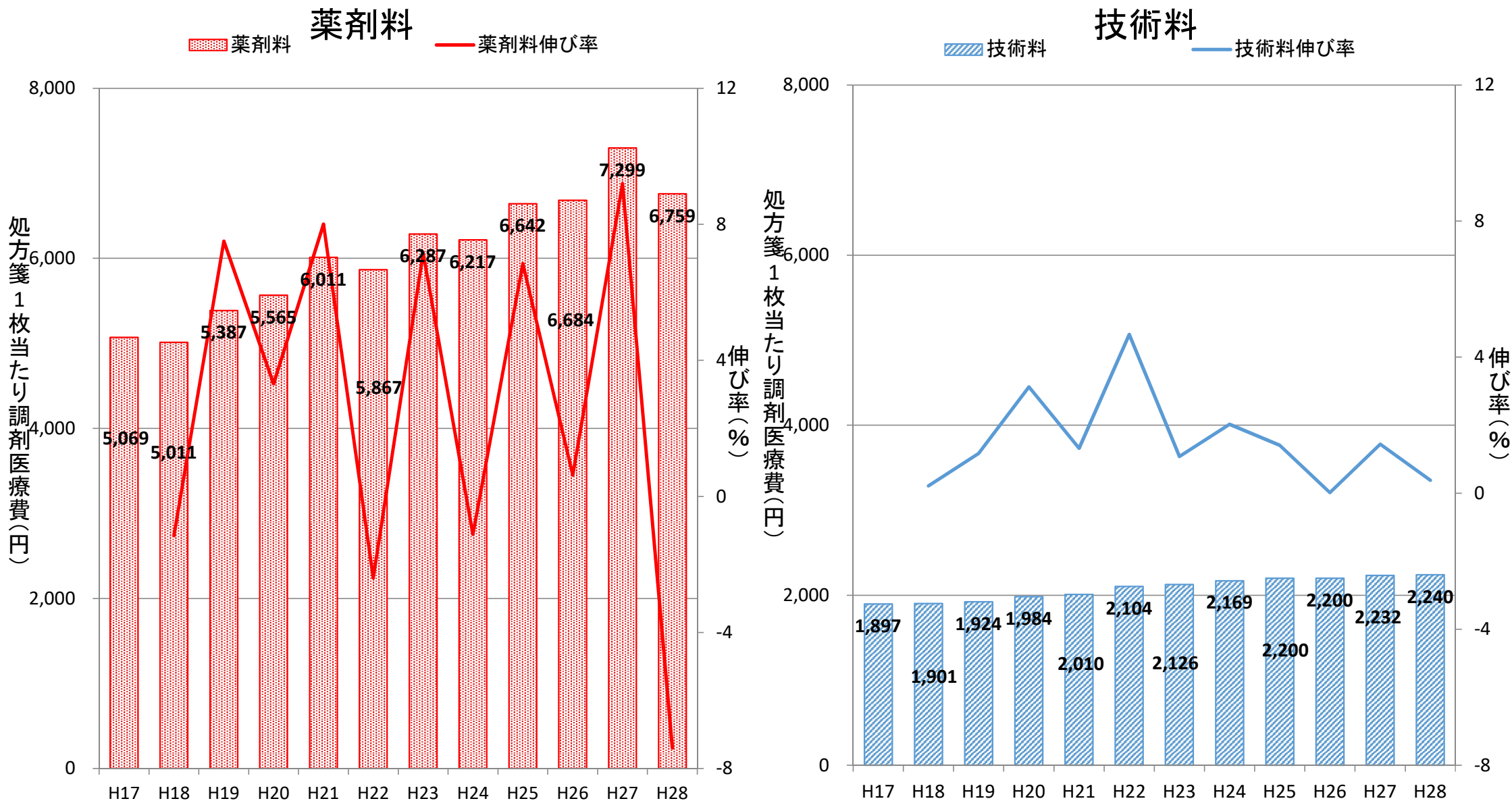
医療費と調剤医療費の推移

○ 調剤医療費の伸びの大部分は薬剤料。これには、院外処方への切替えにより、入院外に計上されていた薬剤料が調剤医療費に振り替わった分が含まれている。



処方箋1枚当たり調剤医療費の推移

調剤医療費を処方箋1枚当たりで見ると、平成26年から平成28年にかけて、薬剤料の伸び率は、0.6%、9.2%、-7.4%であり、技術料の伸び率は、0%、1.4%、0.4%であった。

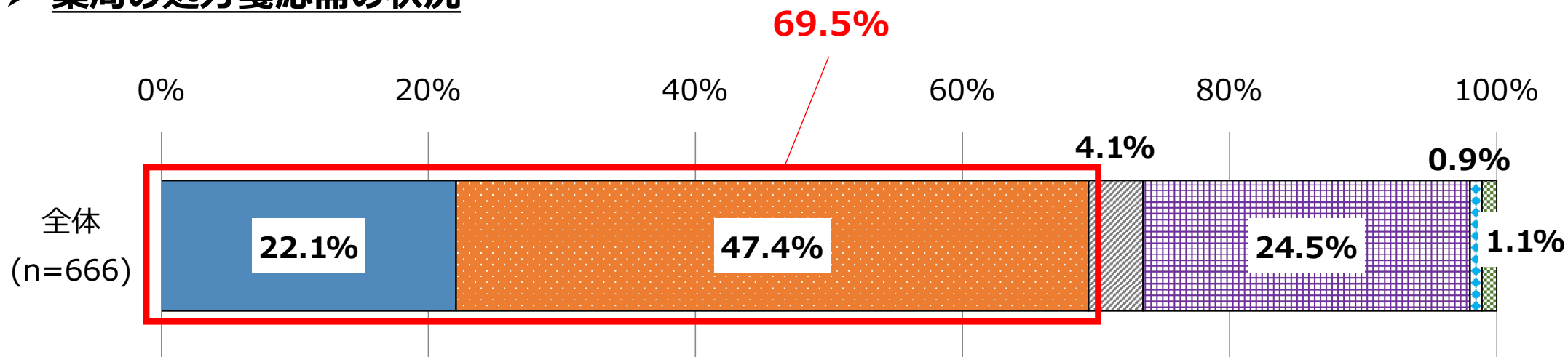


薬局の処方箋応需の状況

○ 薬局の処方箋応需の状況は、主に特定の医療機関からの処方箋を応需している薬局が約7割となっている。

➤ 薬局の処方箋応需の状況

※薬局調査



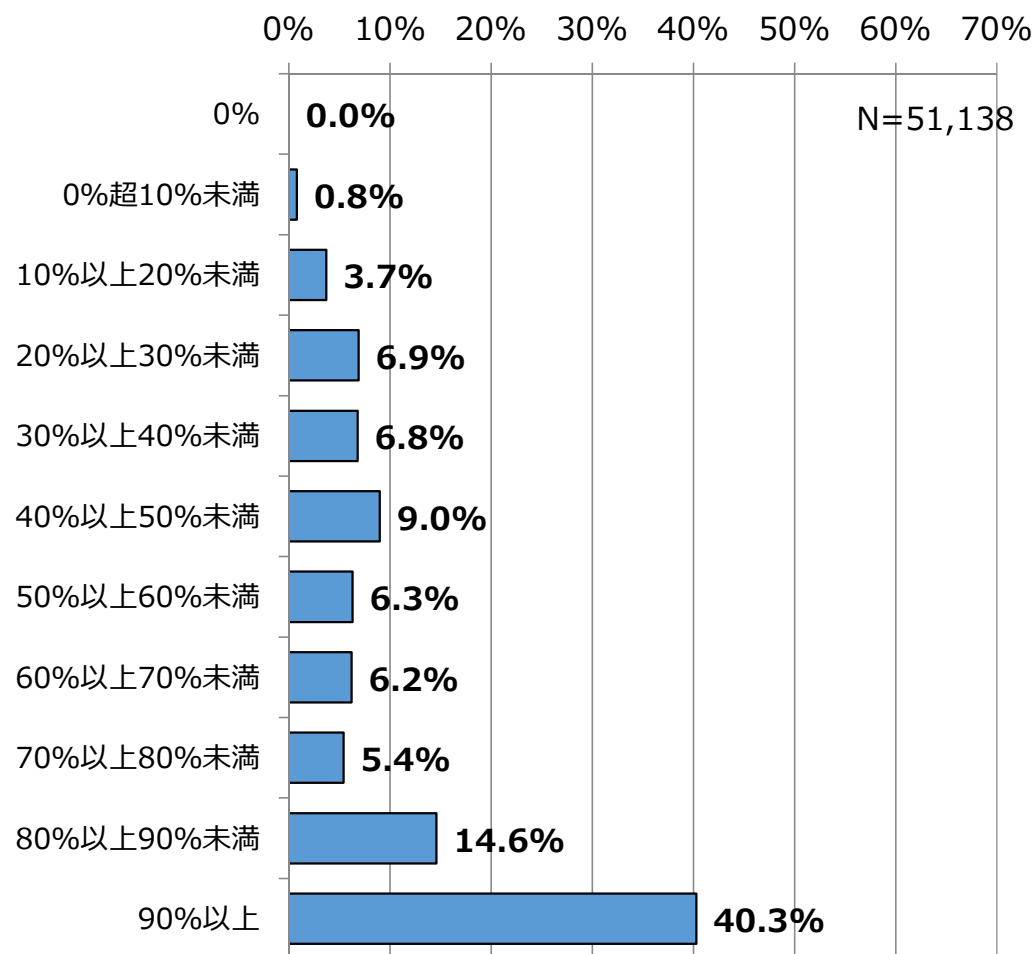
- 主に近隣にある特定の病院の処方箋を応需
- 主に近隣にある特定の診療所の処方箋を応需
- ▨ 主に複数の特定の保険医療機関（いわゆる医療モールも含む）の処方せんを応需
- 様々な保険医療機関からの処方箋を応需
- ▣ その他
- 無回答

※ 医療機関が少ない地域では、かかりつけ薬局としての機能を果たしている薬局もある。

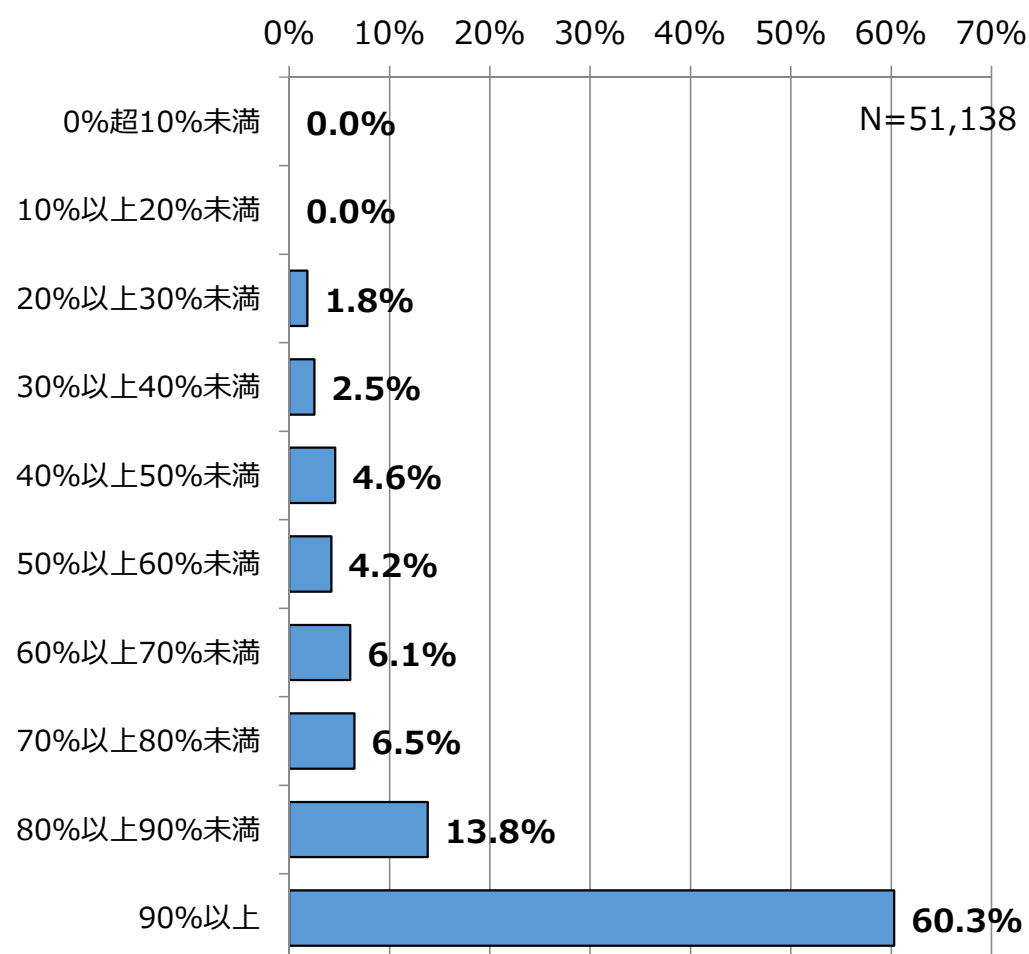
特定の医療機関からの処方箋集中率

- 特定の医療機関からの処方箋集中率については、受付回数が最大となる医療機関からの集中率が90%以上の薬局は40.3%であり、上位3箇所医療機関の処方箋集中率の合計が90%以上の薬局は60.3%であった。

➤ 最も受付回数が多い保険医療機関の処方箋集中率



➤ 受付回数上位3箇所の保険医療機関合算の処方箋集中率



〔出典〕平成28年度厚生労働省保険局医療課委託調査「薬局の機能に係る実態調査」

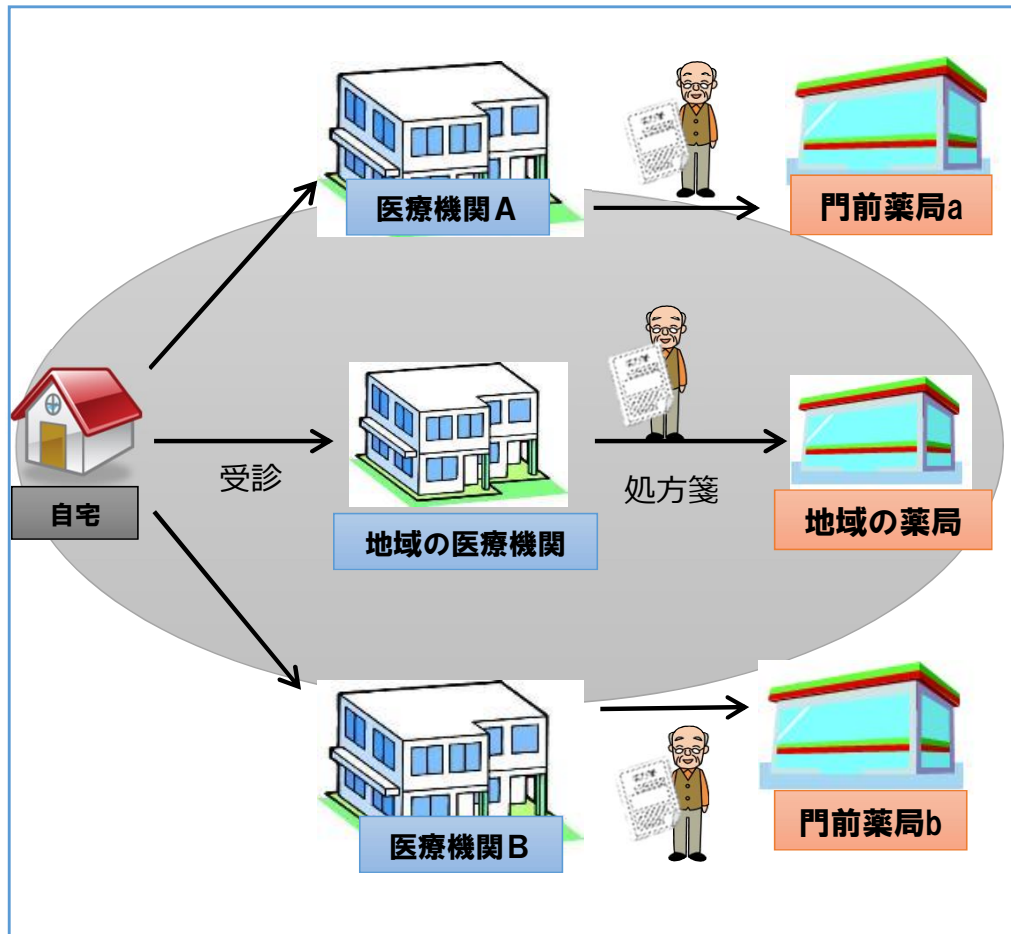
医薬分業に対する厚生労働省の基本的な考え方

平成27年5月21日規制改革会議
健康・医療WG 厚生労働省提出資料 (改)

- 薬局の薬剤師が専門性を発揮して、患者の服用薬について一元的な薬学的管理を実施。
- これにより、多剤・重複投薬の防止や残薬解消なども可能となり、**患者の薬物療法の安全性・有効性が向上**するほか、**医療費の適正化**にもつながる。

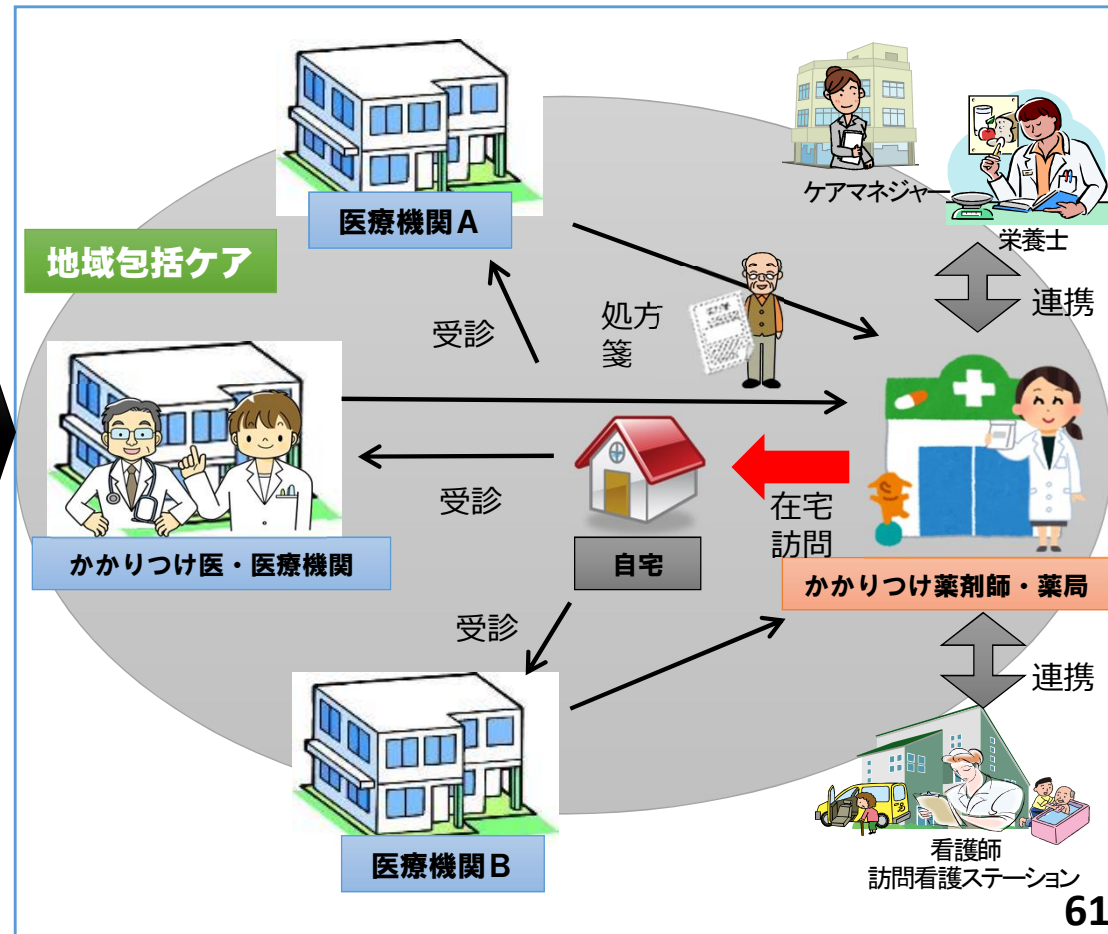
今後の薬局の在り方(イメージ)

現状 多くの患者が門前薬局で薬を受け取っている。



今後

患者はどの医療機関を受診しても、身近なところにあるかかりつけ薬局に行く。



健康サポート薬局

健康サポート機能

- ☆ 国民の**病気の予防や健康サポートに貢献**
 - ・ 要指導医薬品等を適切に選択できるような供給機能や助言の体制
 - ・ 健康相談受付、受診勧奨・関係機関紹介 等

高度薬学管理機能

- ☆ **高度な薬学的管理ニーズ**への対応
 - ・ 専門機関と連携し抗がん剤の副作用対応や抗HIV薬の選択などを支援 等

かかりつけ薬剤師・薬局

服薬情報の一元的・継続的把握とそれに基づく薬学的管理・指導

- ☆ **副作用や効果**の継続的な確認
- ☆ **多剤・重複投薬や相互作用の防止**
 - ICT（電子版お薬手帳等）を活用し、
 - ・ 患者がかかる**全ての医療機関の処方情報を把握**
 - ・ 一般用医薬品等を含めた服薬情報を一元的・継続的に把握し、薬学的管理・指導

24時間対応・在宅対応

- ☆ **夜間・休日、在宅医療**への対応
 - ・ **24時間**の対応
 - ・ **在宅患者**への薬学的管理・服薬指導
 - ※ 地域の薬局・地区薬剤師会との連携のほか、へき地等では、相談受付等に当たり地域包括支援センター等との連携も可能

医療機関等との連携

- ☆ 疑義照会・処方提案
- ☆ 副作用・服薬状況のフィードバック
- ☆ 医療情報連携ネットワークでの情報共有
- ☆ 医薬品等に関する相談や健康相談への対応
- ☆ 医療機関への受診勧奨

○かかりつけ薬剤師・薬局が持つべき3つの機能

- 地域包括ケアシステムの一翼を担い、薬に関して、いつでも気軽に相談できるかかりつけ薬剤師がいることが重要。
- かかりつけ薬剤師が役割を発揮するかかりつけ薬局が、組織体として、業務管理（勤務体制、薬剤師の育成、関係機関との連携体制）、構造設備等（相談スペースの確保等）を確保。

1. 服薬情報の一元的・継続的把握とそれに基づく薬学的管理・指導

- 主治医との連携、患者からのインタビューやお薬手帳の内容の把握等を通じて、患者がかかっている全ての医療機関や服用薬を一元的・継続的に把握し、薬学的管理・指導を実施。
- 患者に複数のお薬手帳が発行されている場合は、お薬手帳の一冊化・集約化を実施。

2. 24時間対応・在宅対応

- 開局時間外でも、薬の副作用や飲み間違い、服用のタイミング等に関し随時電話相談を実施。
- 夜間・休日も、在宅患者の症状悪化時などの場合には、調剤を実施。
- 地域包括ケアの一環として、残薬管理等のため、在宅対応にも積極的に関与。

(参考)・現状でも半分以上の薬局で24時間対応が可能。(5.7万のうち約3万の薬局で基準調剤加算を取得)

- ・ 薬局単独での実施が困難な場合には、調剤体制について近隣の薬局や地区薬剤師会等と連携。
- ・ へき地等では、患者の状況確認や相談受付で、薬局以外の地域包括支援センター等との連携も模索。

3. 医療機関等との連携

- 医師の処方内容をチェックし、必要に応じ処方医に対して疑義照会や処方提案を実施。
- 調剤後も患者の状態を把握し、処方医へのフィードバックや残薬管理・服薬指導を行う。
- 医薬品等の相談や健康相談に対応し、医療機関に受診勧奨する他、地域の関係機関と連携。

○かかりつけ薬剤師としての役割の発揮に向けて

～対物業務から対人業務へ～

患者中心の業務

患者中心の業務

薬中心の業務

- ・処方箋受取・保管
- ・調製(秤量、混合、分割)
- ・薬袋の作成
- ・報酬算定
- ・薬剤監査・交付
- ・在庫管理

- 医薬関係団体・学会等で、専門性を向上するための研修の機会の提供
- 医療機関と薬局との間で、患者の同意の下、検査値や疾患名等の患者情報を共有
- 医薬品の安全性情報等の最新情報の収集

- ・処方内容チェック
(重複投薬、飲み合わせ)
- ・医師への疑義照会
- ・丁寧な服薬指導
- ・在宅訪問での薬学管理
- ・副作用・服薬状況のフィードバック
- ・処方提案
- ・残薬解消

薬中心の業務

専門性+コミュニケーション
能力の向上

経済財政運営と改革の基本方針2017（骨太方針）（抄）
（平成29年6月9日閣議決定）

⑦薬価制度の抜本改革、患者本位の医薬分業の実現に向けた調剤報酬の見直し、薬剤の適正使用等

調剤報酬については、薬剤の調製などの対物業務に係る評価の適正化を行うとともに、在宅訪問や残薬解消などの対人業務を重視した評価を、薬局の機能分化の在り方を含め検討する。これらの見直しと併せて、様々な形態の保険薬局が実際に果たしている機能を精査し、それに応じた評価を更に進める。

薬剤の適正使用については、病状が安定している患者等に対し、残薬の解消などに資する、医師の指示に基づくリフィル処方の推進を検討する。また、重複投薬や多剤投与の適正化について、医師、薬剤師それぞれの役割を踏まえ、保険者等と連携した取組を推進するとともに、高齢者の生活習慣病治療薬等の重複投薬や多剤投与を含む処方の在り方について検討し、国内外の調査を踏まえ、ガイドラインの作成を含め、適正な処方に係る方策の検討を進める。

行政事業レビューにおける取りまとめ意見

平成29年11月16日 秋のレビュー（秋の年次公開検証）歳出改革WGによる取りまとめ概要

歳出改革WG評価者 ※○は取りまとめ評価者

石井 雅也	太陽有限責任監査法人 パートナー
石堂 正信	公益財団法人交通協力会常務理事
河村 小百合	(株)日本総合研究所調査部上席主任研究員
○佐藤 主光	一橋大学国際・公共政策大学院教授
(参考人) 伊藤 由希子	津田塾大学総合政策学部准教授

論点

- 調剤技術料は、薬局のどのような機能や付加価値を評価して設定されているのか。
- また、調剤報酬により生じる院内処方と院外処方のコスト差は、薬局の実態や院外処方の付加価値に照らして妥当な水準といえるのか。
- 薬局の果たす機能、薬局の形態による収益性の差異を踏まえ、現在の調剤基本料の設定の在り方は適正といえるのか。

取りまとめ

- 現行の調剤技術料はサービスの価値の如何を問うことなく、費用を補填する仕組みになっているのではないか。3倍に見合う価値が検証されていないのではないか。
- 調剤技術料については全体的に引き下げを含めメリハリのある仕組みを作るべきではないか。
- 調剤基本料は医薬分業が定着していることからその役割を終えているのではないか。
- チェーン薬局、門前薬局については、実態を踏まえ一層引き下げの余地があるのではないか。
- かかりつけ薬局はいまだ少数であり、このままの体系で進めるには疑問の余地がある。
- 全体的にメリハリのある報酬設定にすべき。実態を踏まえ、どれぐらいの価値を生み出しているか、患者目線での検討が望まれる。
- 加算は、一部しかやっていない、理想像の薬局をベースとして決めているのではないか。今後、証拠に基づく政策立案(EBPM)の視点による調剤報酬設定が急がれるのではないか。

診療報酬 (調剤技術料)

平成29年11月16日
内閣官房行政改革推進本部事務局

厚労省が目指す「かかりつけ薬剤師・薬局」

○ 地域で暮らす患者本位の医薬分業へ



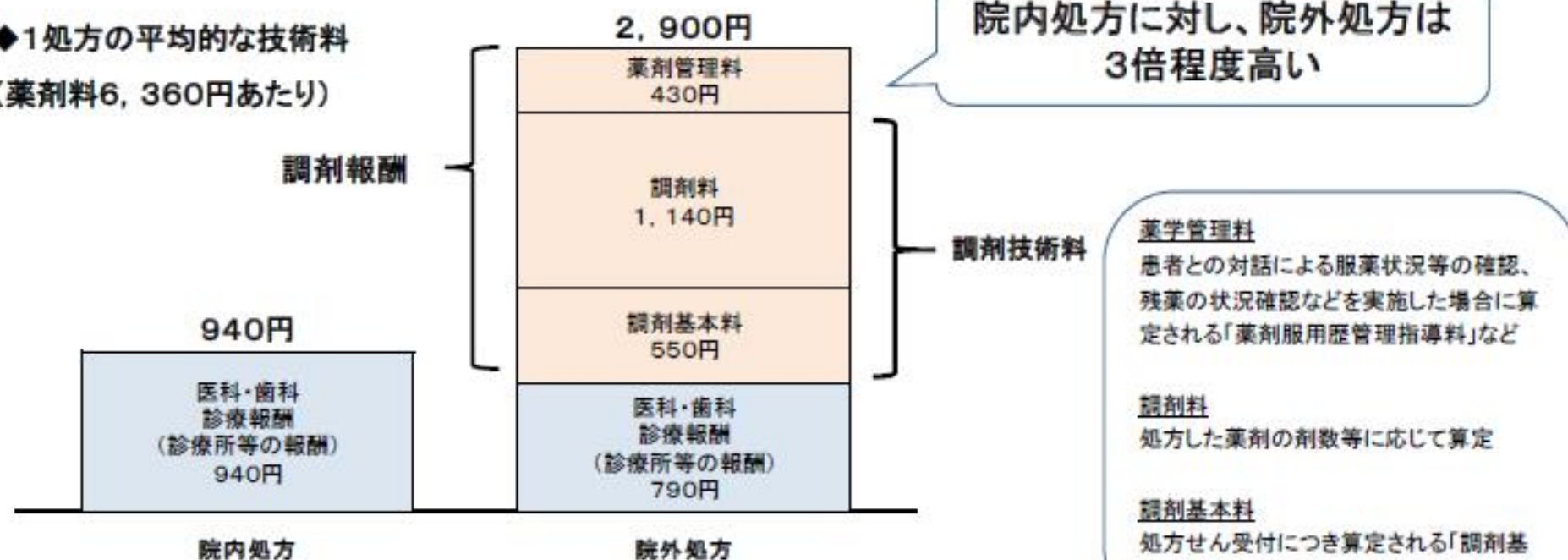
薬物療法の安全性・有効性の確保、医療費の適正化

(厚生労働省「患者のための薬局ビジョン」(平成27年10月)より抜粋)

院内処方と院外処方のコスト差

- 処方する薬剤が同じ金額の場合でも、院内処方と院外処方では診療報酬(技術料)に大きな差が生じている。

◆1処方の平均的な技術料
(薬剤料6,360円あたり)



(出典)厚生労働省「社会医療診療行為別統計(2016年)」
(注1)院内処方は処方料、院外処方は処方箋料の算定回数に基づき1処方あたり金額を計算
(注2)院内処方・院外処方を通じた1処方あたり薬剤料は約6,360円

(財務省「財政制度等審議会(財政制度分科会)」提出資料(平成29年10月25日)より)

薬局の形態の多様化

薬局数は近年増加し、機能や形態が多様化している。

- 大型含む門前薬局が多数であり、面分業をおこなっている薬局は少数。
- 大手調剤チェーンが増加し、多店舗展開により収益率が高くなる傾向。

(注) 「面分業」:
様々な医療機関からの処方せんの受付

- ※ 門前薬局 : 病院の付近にあり、主としてその病院の処方箋を対象とする保険薬局
- ※ 大手調剤チェーン : 20店舗以上の店舗をもつ大手保険薬局

➡ 厚生労働省が目指すべき「かかりつけ薬局」が実現しているとはいえないのではないか。

薬局の形態に応じて調剤基本料に差を設けている。

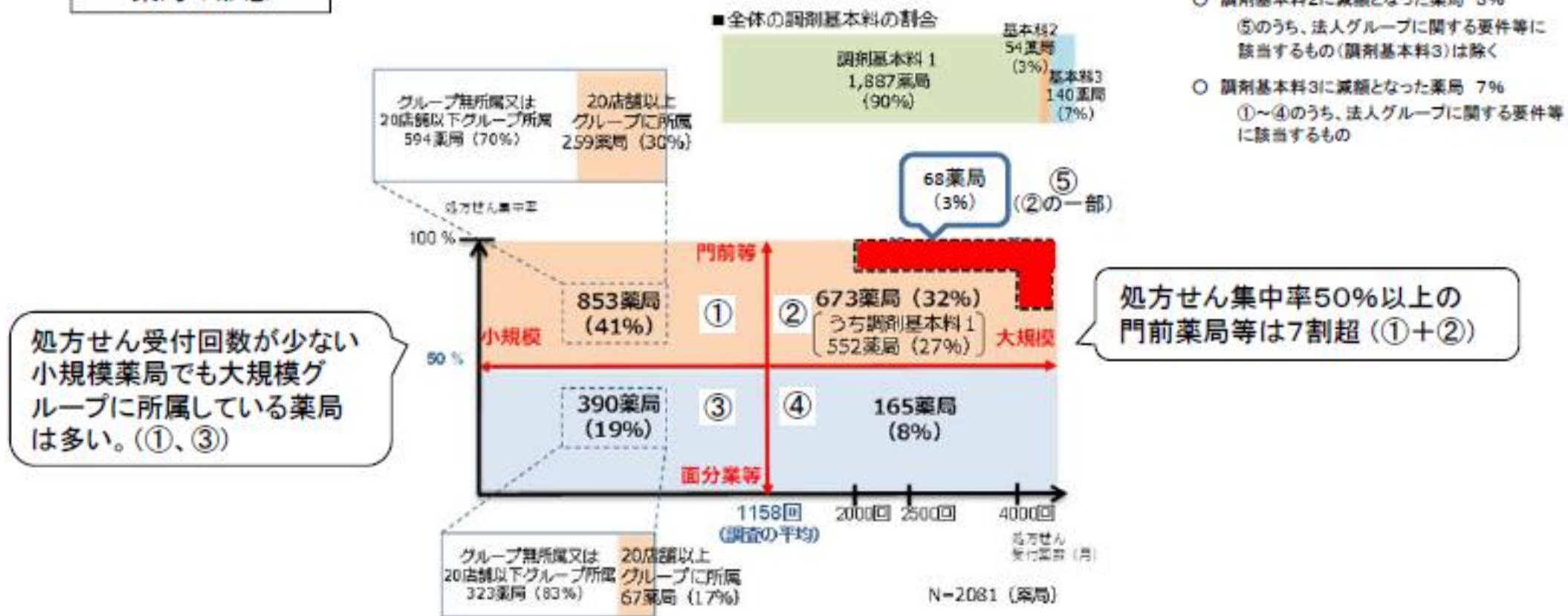
(処方せん受付1回あたり)

- **調剤基本料1(410円)** : 下記以外の場合
- **調剤基本料2(250円)** : 次のいずれかに該当
 - (イ) 処方せん受付 月4千回超、かつ、集中度70%超
 - (ロ) 処方せん受付 月2千回超、かつ、集中度90%超
 - (ハ) 特定の医療機関からの処方せん受付 月4千回超
- **調剤基本料3(200円)** :
 - 法人グループ全体の処方せん受付 月4万回超、かつ、次のいずれかに該当
 - (イ) 集中度95%超
 - (ロ) 特定の保険医療機関と不動産の賃貸借関係あり
- **ただし、かかりつけ薬剤師指導料等を薬剤師一人当たり月100件以上 → 調剤基本料1**

※集中度とは
特定の医療機関から
の処方せん受付率

薬局の形態の多様化

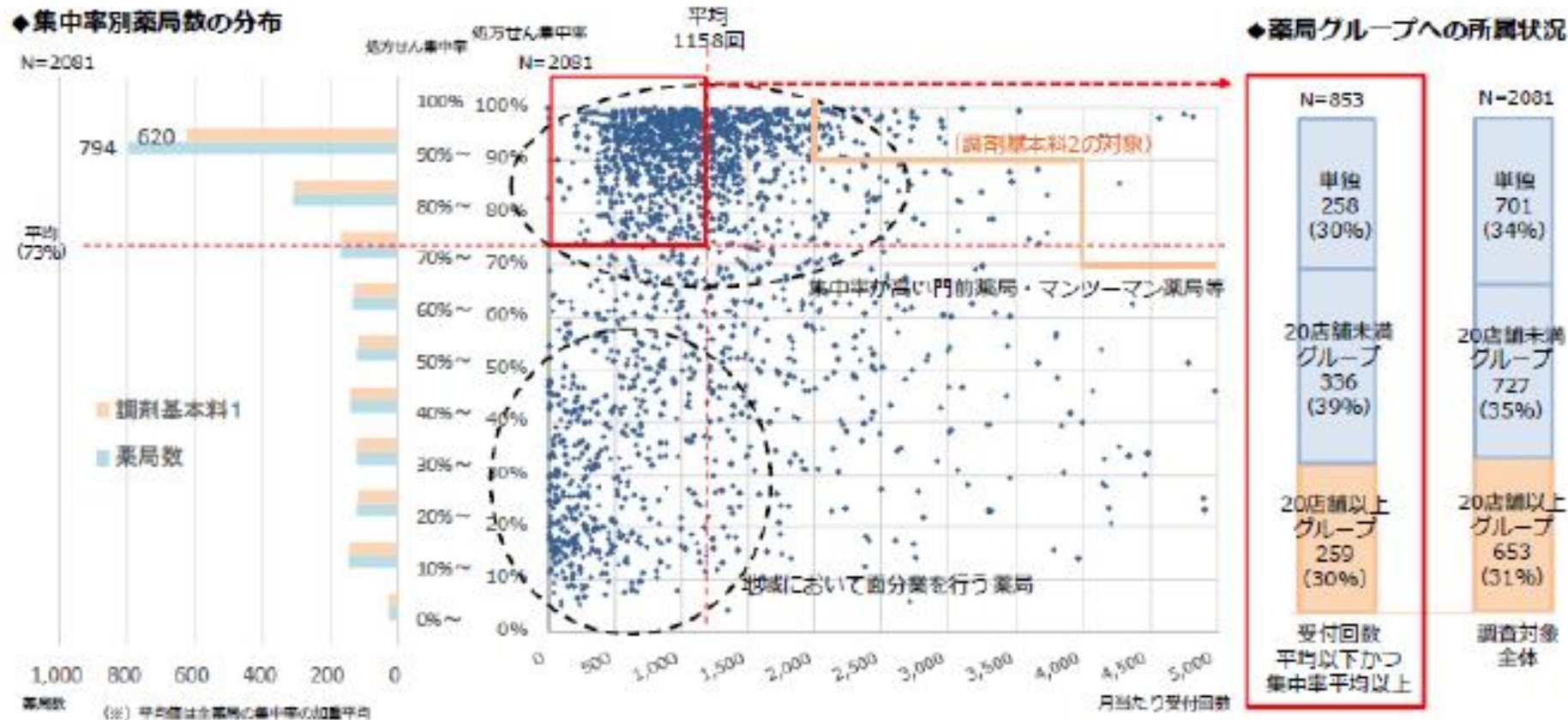
薬局の形態



(財務省「平成29年度予算執行調査(総括調査票)」を基に作成)

薬局の形態の多様化

集中度別薬局の分布とグループへの所属状況



(財務省「平成29年度予算執行調査(総括調査票)」より) ※ 前ページ図と同調査

薬局の形態の多様化

1店舗あたりの保険薬局の店舗数別損益状況

(単位:千円)

1店舗あたりの状況	同一法人の保険薬局の店舗数			
	1店舗	2~5店舗	6~19店舗	20店舗以上
I. 収益	150,076	157,490	154,771	220,134
II. 介護収益	79	186	648	563
III. 費用	144,444	151,440	142,442	194,036
1. 給与費	32,500	30,871	28,493	29,514
2. 医薬品等	95,374	105,641	99,781	141,903
IV. 総損益差額	5,710	6,235	12,976	26,661

複数の大手調剤チェーンにおいて
不正に保険請求をした事例が発生

処方せん集中率を実態よりも低くし、
高い調剤基本料が算定できるよう、実
際に医薬品を調剤した薬局とは別の薬
局に処方せんを送付し、送付先の薬局
で調剤したものとする事例など

(出典)第21回医療経済実態調査(医療機関等調査)報告(平成29年実施)

論点

調剤技術料は、薬局のどのような機能や付加価値を評価して設定されているものか。また、調剤報酬により生じる院内処方と院外処方のコスト差は、薬局の実態や院外処方の付加価値に照らして妥当な水準といえるのか。

薬局の果たす機能、薬局の形態による収益性の差異を踏まえ、現在の調剤基本料の設定の在り方は適正といえるのか。

診療報酬（調剤技術料）



平成29年11月16日（木）
厚生労働省 保険局

- 医師が患者に処方箋を交付し、薬局の薬剤師がその処方箋に基づき調剤を行い、医師と薬剤師が独立した立場で業務を分担し、薬物療法の有効性及び安全性の向上を通じ、国民医療の質的向上を図る。
- 薬局の薬剤師は、患者の薬歴管理を行い、重複投薬、相互作用の有無を確認し、患者に適した薬となるよう医師と調整するとともに、薬の効果、副作用、用法などについて、患者に説明（服薬指導）する。

○ 評価内容

- 以下を踏まえ処方内容を確認
 - 薬が正しく飲めているか（余っていないか）確認
 - 反復継続して副作用があるか薬が効いているか確認
 - 併用している薬や飲食物の確認
- 処方に疑義や変更の必要がある場合、処方元の医師に問い合わせ、変更の相談
- 後発医薬品の使用促進
- 薬の調製、飲みやすい形への変更・工夫
- 医薬品の服用方法、保管方法の説明
- 副作用など使用時に注意すべき事項の説明
- お薬手帳の提供
- 患者の服用状況や指導内容などの記録

- 調剤後の継続的な電話での相談対応
- 患者の服薬状況の医師との共有
- 医薬品安全情報の収集 など

○ 患者のメリット

- 自分に合った薬か確認し、医師と調整してもらえる
- 薬が余っていれば、医師と調整してもらえる

- 効き目が同じで安価な薬がもらえる
- 薬が飲みやすくなる
- 薬を正しく使用できる
- 自分の薬を知り、自分の薬の記録が作れる
- 服用歴を踏まえ、継続的な薬のチェックが受けられる
- 服用期間中の不安が解消できる
- 服用期間中の副作用等の情報が医師と共有され、その後の処方に反映される。

院内と院外の評価の違い

平成29年11月16日
行政事業レビュー資料

- 院内も院外も薬剤師が行う業務は基本的に同様に評価。
- 院外(薬局)の場合、一般に医薬品の備蓄数が多く負担が大きい。また、多剤処方等により注意を要する事例が多い。

	院内(医療機関)		院外(薬局)	
調剤(技術)基本料	8点(外来) 42点(入院)	医薬品備蓄、調剤用機器などの経費の一部	41点	以下の薬局の運営経費 ・医薬品備蓄、建物、調剤用機器などの経費、安全対策経費(DI業務)等
	※医療機関全体にかかる建物や設備などの経費は、初診料・再診料に包含される			
調剤料	9点(外来) 7点/日(入院)	(実施者が薬剤師か否かにかかわらず)薬剤調製に係る人件費等 薬剤師が行う処方監査、疑義照会、薬剤調製に係る人件費等	日数・剤数に応じる 5点/日(1~7日)、 3剤まで等	薬剤師が行う以下の業務に係る人件費等 ・服薬情報や副作用歴確認、処方監査、疑義照会、薬剤調製、服薬指導、調剤録の保存、電話相談
	※情報管理や情報通信等の実務経費は、初診料・再診料に包含される			
薬剤管理指導料等	320点(入院)週1回	薬剤師が行う以下の業務に係る人件費等 ・薬歴の記載とそれを活用した処方内容のチェック等、服薬情報や副作用歴確認、服薬指導	38点/50点(薬剤服用歴管理指導料)	薬剤師が行う以下の業務に係る人件費等 ・薬歴の記載とそれを活用した処方内容のチェック等、薬剤情報提供文書を用いた説明、手帳に記載、後発品の説明
薬剤情報提供料	13点(外来)	薬剤情報提供文書の交付やお薬手帳への記載に係る経費		— 約1,070品目(10品目)

医薬品備蓄数(うち注射剤) 診療所約160品目、病院約870品目(270品目) 3.1倍
7剤以上処方回数(/月) 1.23%(264,015回/21,508,838回)

3.77%(2,300,037回/60,978,455回)

出典)平成29年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(後発調査)

出典)平成28年度社会医療診療行為別統計

院内処方と院外処方の費用の関係（推計）

平成29年11月16日
行政事業レビュー資料

○ 報酬に関する費用負担の考え方が薬局と医療機関の間で異なるため、院内・院外処方では本来は比較対象ではないが、比較してみると次のとおり。

○ 具体的なケースにおける院内処方と院外処方の診療報酬上の評価（例）

前提条件	院内処方 (診療所等)	院外処方 (薬局)	差額
(例) ・高血圧、糖尿病、不眠、胃炎 (内服薬28日分) ※院内処方と院外処方 期間が同一であると仮定	調剤技術基本料 80円 調剤料 90円 その他加算 20円 薬剤情報提供料等30円	調剤基本料 410円 後発医薬品調剤体制加算80円 調剤料 2,400円 向精神薬等加算 80円 薬剤服用歴管理指導料 380円	
	合計 320円	合計 3,450円	3,130円

※財務省 財政制度分科会資料(平成29年10月25日)より改変
(調剤にかかる報酬部分を抽出、一包化しない前提で算出)

○ 薬剤に係る費用（例）

28日分

	先発品 使用時	後発品 使用時
オルメサルタン錠20mg	3,080	1,680
アムロジピン錠5mg	1,400	560
メトホルミン塩酸塩錠500mg	1,400	840
ミグリトール錠50mg	4,480	1,680
アルプラゾラム錠0.4mg	280	280
レバミピド錠100mg	1,120	840
ランソプラゾール錠15mg	2,240	840
合計	14,000	6,720
差額		-7,280円

※第2回NDBオープンデータより使用数量の多い薬剤を選出

○ 院外処方の効果

薬局の場合、薬剤師による薬歴管理や服薬指導によって、以下の効果が期待できる。

- 1 薬物療法の有効性の向上
- 2 薬物療法の安全性の向上
- 3 医療費適正化効果(計 **2,608円**)
 - 1) 後発医薬品の使用促進の差**2,293円**(7,280円 × (67.4%-35.9%)/100)
(平均後発品調剤割合 薬局:67.4%、診療所:35.9%)
 - 2) 重複投薬・相互作用の防止等 **315円**

出典)平成29年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(後発調査)

出典)保険薬局における薬学的判断に基づく疑義照会の経済効果(神村英利ら)より算出

いわゆる門前薬局の調剤報酬の適正化

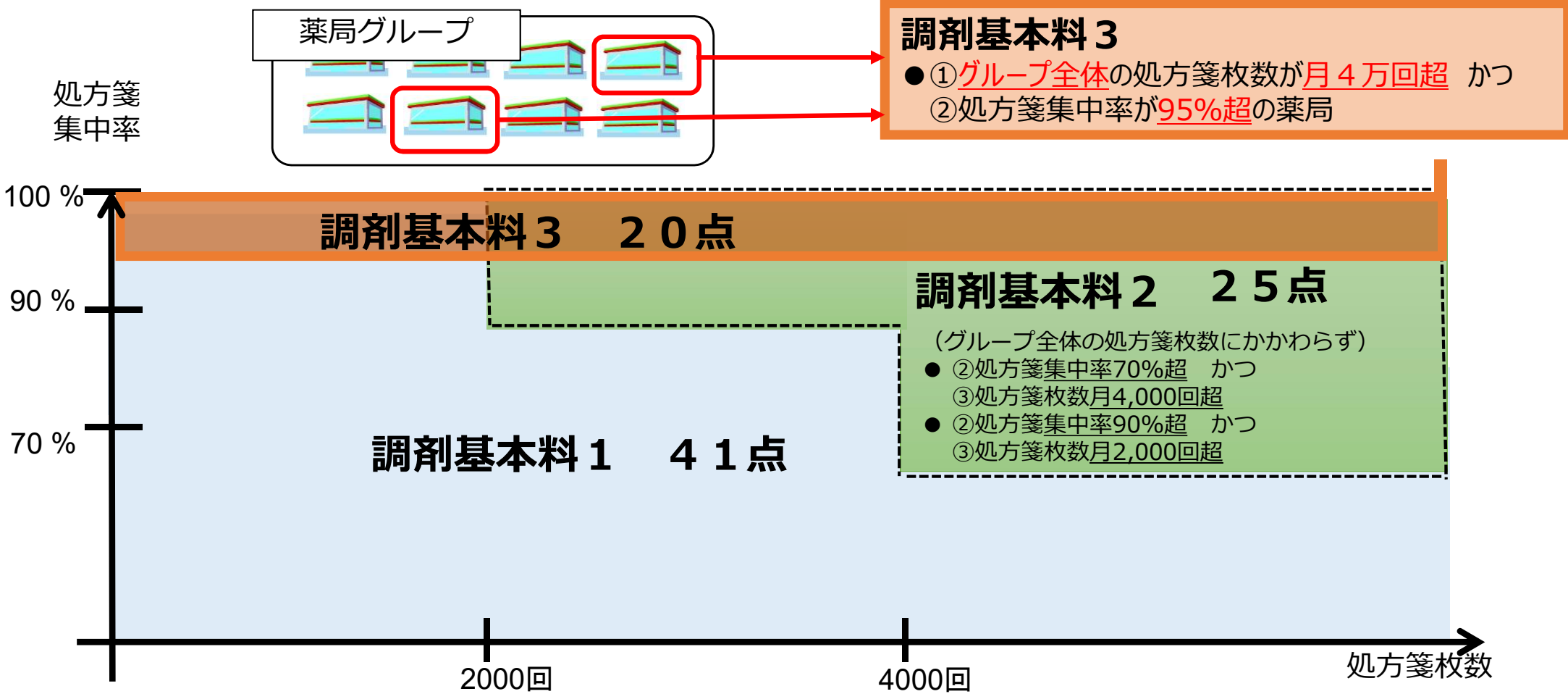
平成29年11月16日
行政事業レビュー資料

薬局の収益状況や医薬品の備蓄等の効率性を踏まえ、以下の点から基準に該当する薬局の調剤基本料を特例的に引き下げ。

- ① 薬局グループ全体の処方箋枚数
- ② 当該薬局の特定の医療機関からの処方箋集中率
- ③ 当該薬局の処方箋枚数

など

※調剤基本料：処方箋1枚あたりにかかる基本費用

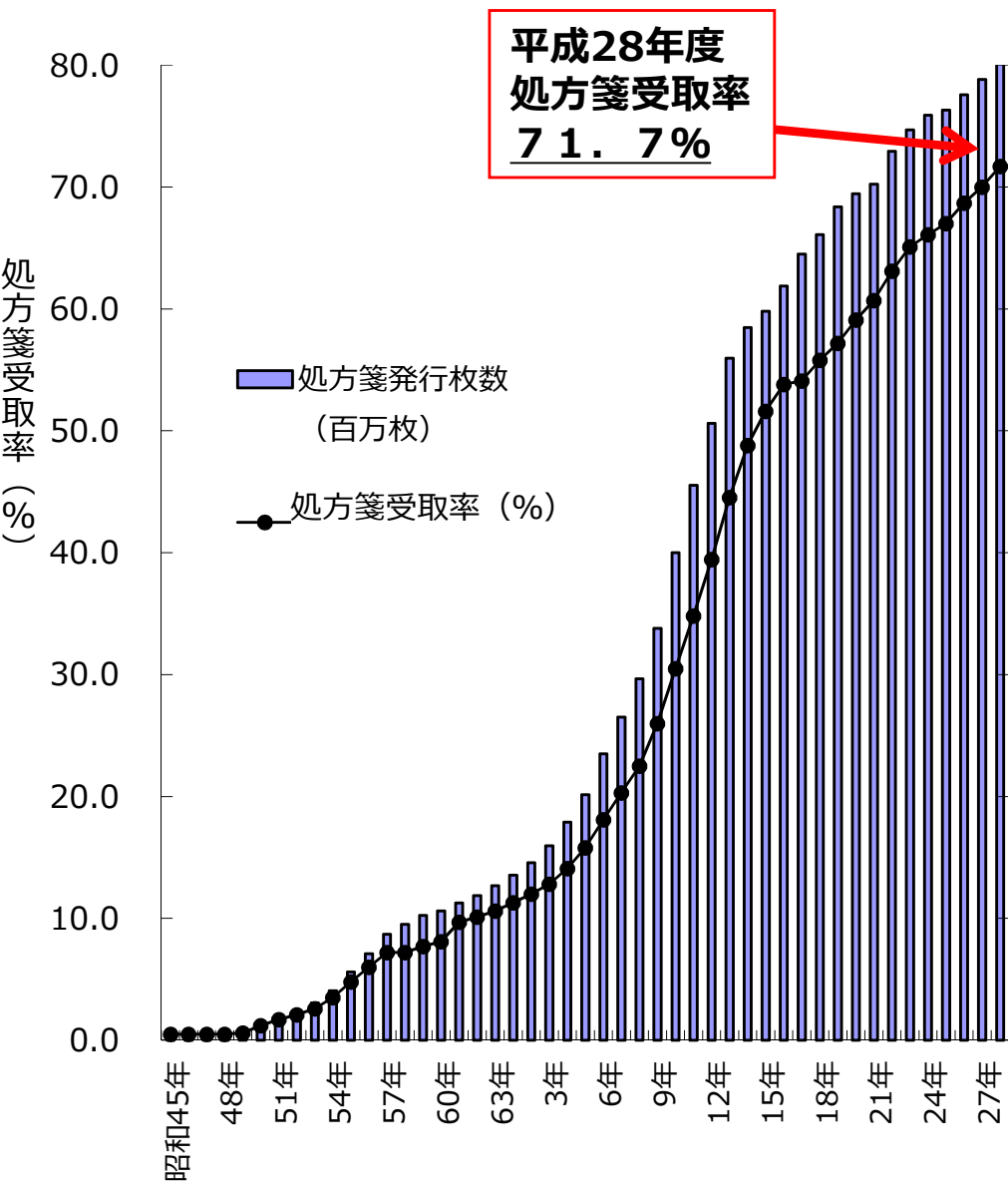


調剤報酬については、薬剤の調製などの対物業務に係る評価の適正化を行うとともに、在宅訪問や残薬解消などの対人業務を重視した評価を、薬局の機能分化の在り方を含め検討する。これらの見直しと併せて、様々な形態の保険薬局が実際に果たしている機能を精査し、それに応じた評価を更に進める。(経済財政運営と改革の基本方針2017)

医薬分業の進展と薬剤費比率の推移

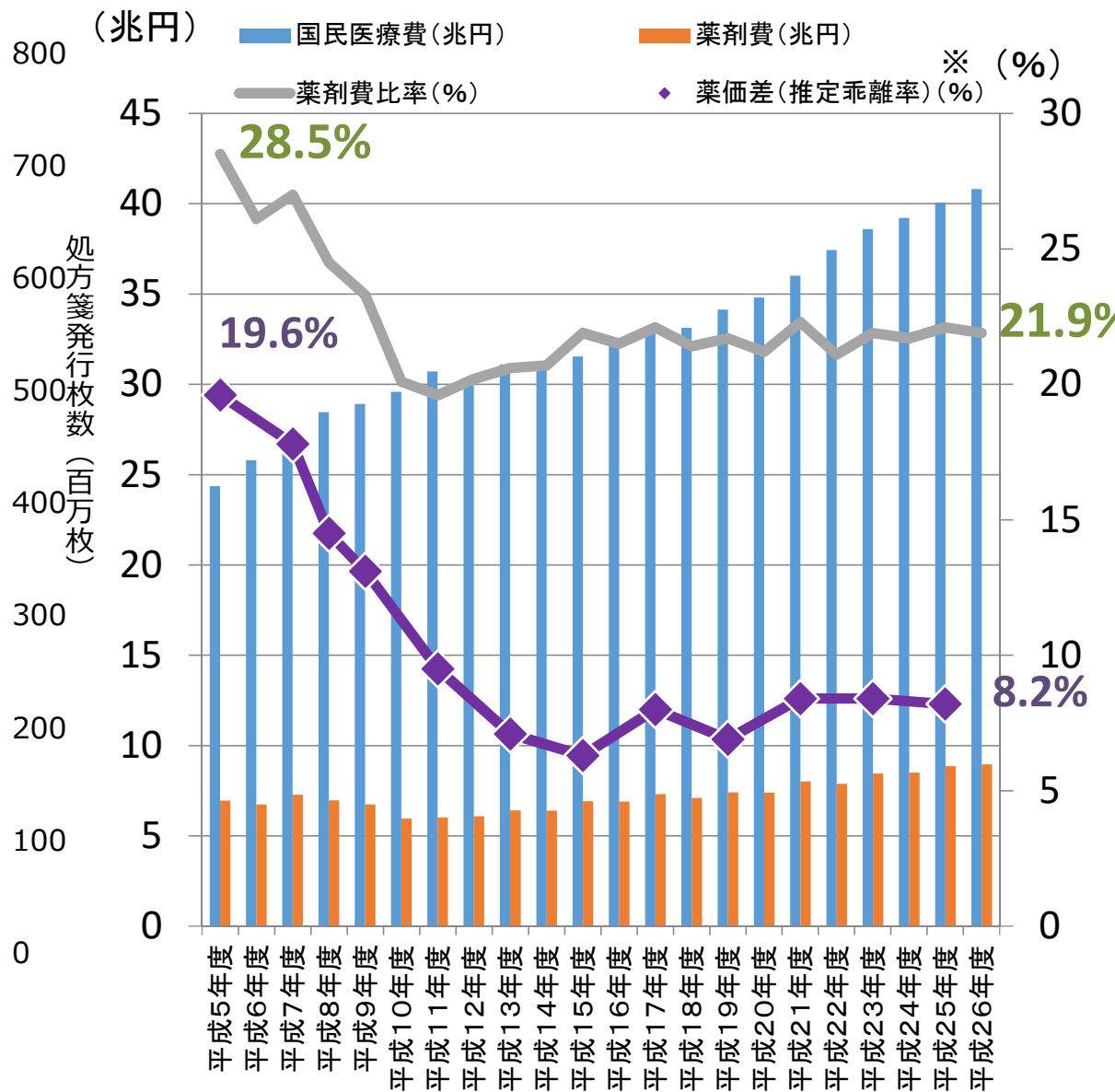
平成29年11月16日
行政事業レビュー資料

➤ 処方箋受取率の年次推移



➤ 薬価差(推定乖離率)及び薬剤費比率の年次推移

※薬価差(推定乖離率):薬価調査により把握される市場実勢価格と薬価基準との差



※平成27年度の推定乖離率は8.8%

※処方箋受取率(%) = $\frac{\text{処方箋枚数(薬局での受付回数)}}{\text{内科診療(入院外)日数} \times \text{内科投薬率} + \text{歯科診療日数} \times \text{歯科投薬率}} \times 100$

ライフステージにおける患者と薬剤師・薬局のかかわり（イメージ）



急性疾患

急性疾患

慢性疾患

ADL低下

患者が抱える課題

- 成長に応じた投与量
- アレルギーの心配
- 薬がうまく飲めない
- 誤飲、飲み忘れの対応がわからない
- 家族の心配
- いろんな薬剤師と同じ話をするのは面倒
- 前に副作用が出た薬と同じでないか不安
- 同じ効き目なら安い薬が良い
- 服用後の体調変化が気になる
- 症状がないと飲み忘れる
- 普段の生活と薬の関係について知りたい
- 副作用かなと思ったらすぐ相談したい
- 薬の数が増える
- 薬が余る
- 疾患の悪化による、より作用の強い薬への処方変更
- 代謝・排泄能力の低下による効果・副作用の変化
- 薬が重複してない
- 家で注射薬が必要かわからない
- 薬が飲みづらい
- 飲み忘れが多くなる
- 薬への理解が難しくなる
- 緩和ケアをうけたい

専門医・専門医療機関

入院医療機関

訪問看護師、ケアマネ等

自宅等

かかりつけ医

多職種連携

薬学的管理・指導

- 残薬・副作用の共有
- 受診勧奨
- 薬剤に係る提案、疑義照会
- 入退院時の情報共有
- 訪問看護師、ケアマネ等との連携

処方監査、薬学的管理・指導等を通じ、薬物療法の有効性・安全性向上に貢献

- 投与量、回数等の確認
- 飲みやすさの改善
- 閉局時の電話相談
- 食品やOTC医薬品との相互作用の確認
- 後発医薬品の推奨
- 多剤服用の適正化
- 残薬の適正化
- 薬の重複・相互作用の防止
- 服薬アドヒアランスの確保
- ハイリスク薬への注意
- 副作用等の問題の早期発見
- 服用期間中の電話等でのフォロー
- 家族等への情報提供
- 在宅薬剤管理
- 無菌調剤
- 緊急時対応

検診等の受診勧奨、健康相談

かかりつけ薬剤師・薬局による一元的・継続的なかかわりが重要

平成30年度診療報酬改定の概要－調剤 I、II

I 地域包括ケアシステムの構築と 医療機能の分化・強化、連携の推進

1. かかりつけ薬剤師の推進

2. 地域医療に貢献する薬局の評価

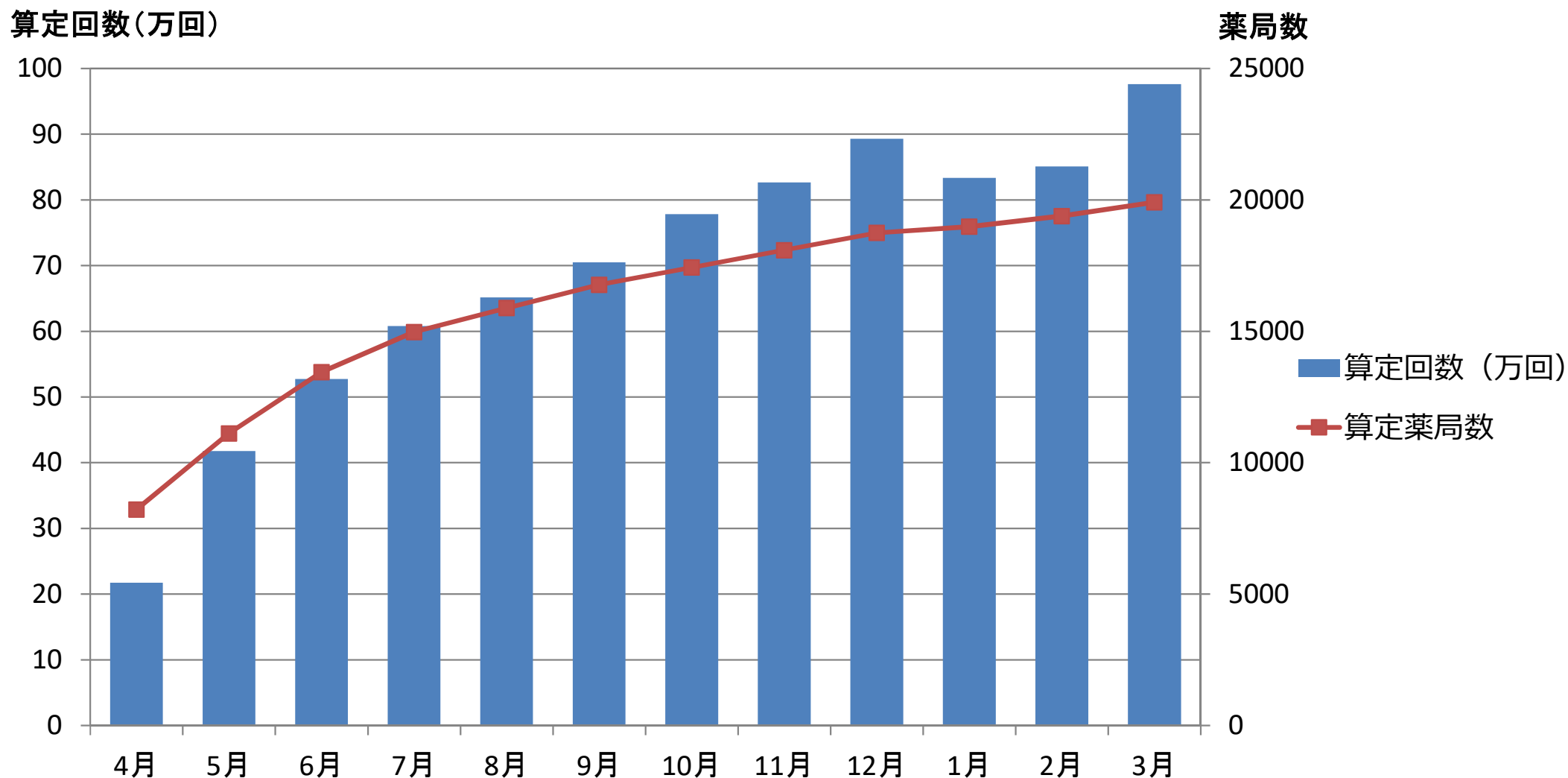
II 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で 納得できる質の高い医療の実現・充実

1. 薬局における対人業務の評価の充実

2. 効率的で質の高い在宅薬剤管理指導業務の推進

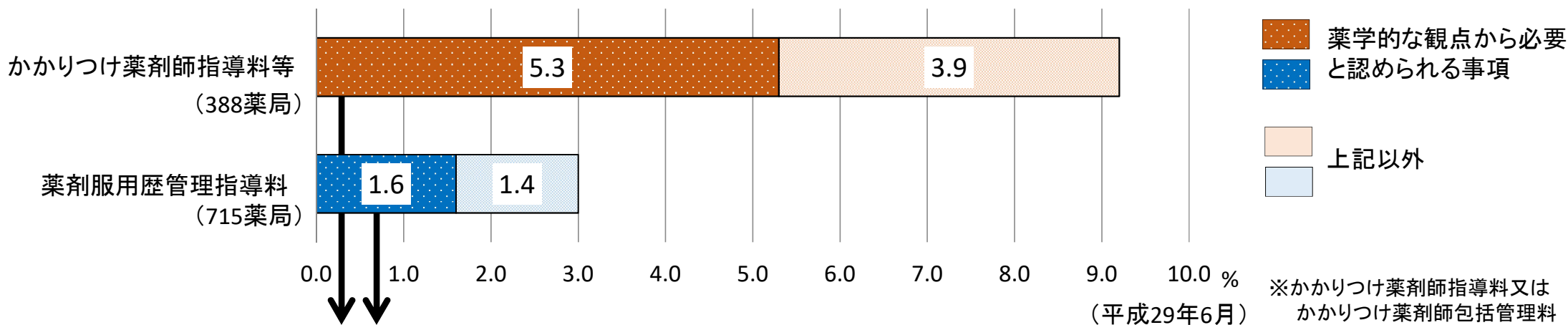
かかりつけ薬剤師指導料の算定状況(2016年度)

○ かかりつけ薬剤師指導料の算定回数、算定薬局数は徐々に増えてきている。平成29年3月の算定件数は、全処方箋枚数7,629万枚の1.28%に相当する。



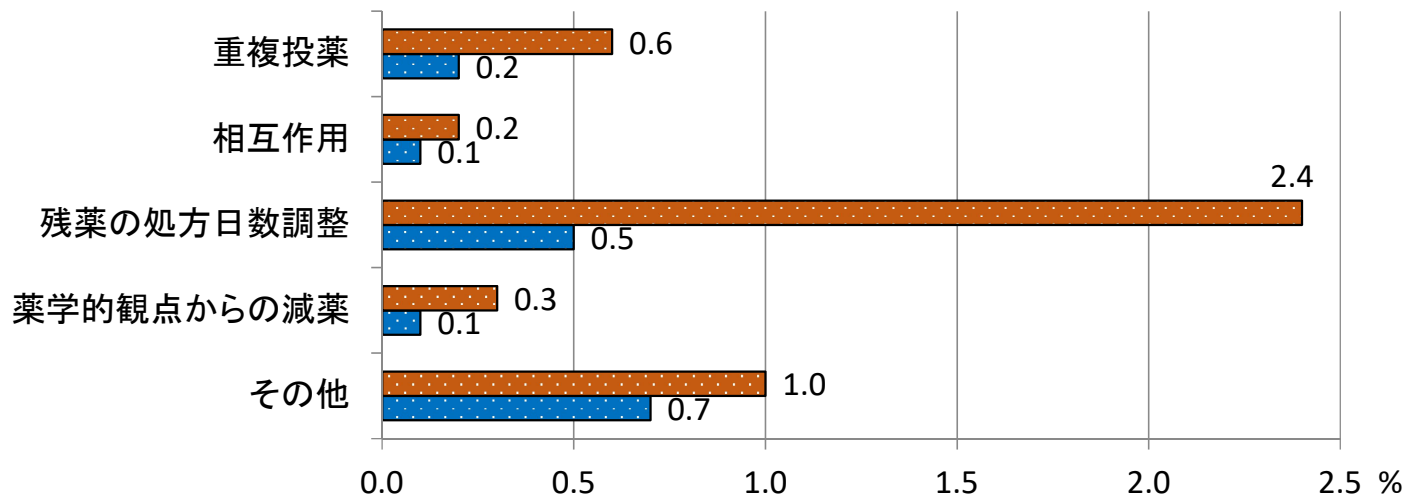
かかりつけ薬剤師とそれ以外の場合の疑義照会の取組

- 疑義照会の割合は、かかりつけ薬剤師指導料等を算定した場合で9.2%、薬剤服用歴管理指導料を算定した場合で3.0%であった。
- 疑義照会の内容別に分けても前者の方がそれぞれ高い傾向にあり、かかりつけ薬剤師の方が医師との連携が図れていることがうかがえる。

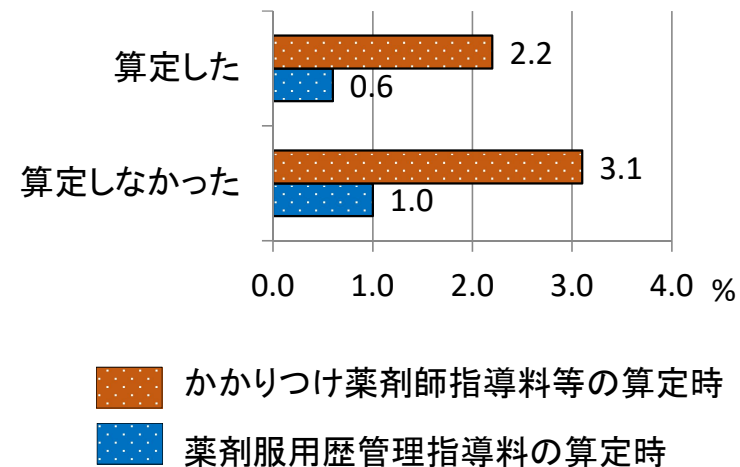


「薬学的な観点から必要と認められる事項」の内訳

● 疑義照会の内容



● 重複投薬・相互作用等防止加算の算定



かかりつけ薬剤師・薬局の評価

1. かかりつけ薬剤師の評価

○ 患者が選択した「かかりつけ薬剤師」が、処方医と連携して患者の服薬状況を一元的・継続的に把握した上で患者に対して服薬指導等を行う業務を薬学管理料として評価する。

改訂前

かかりつけ薬剤師が行う服薬指導

(新) かかりつけ薬剤師指導料 **70点**

(新) かかりつけ薬剤師包括管理料 **270点**

かかりつけ薬剤師以外の薬剤師が行う服薬指導

薬剤服用歴管理指導料 **50点/38点**



改定後

かかりつけ薬剤師が行う服薬指導

(新) かかりつけ薬剤師指導料 **73点**

(新) かかりつけ薬剤師包括管理料 **280点**

かかりつけ薬剤師以外の薬剤師が行う服薬指導

薬剤服用歴管理指導料 **53点/41点**

かかりつけ薬剤師の推進①

かかりつけ薬剤師の適切な推進

- 当該指導料を算定しようとする薬剤師本人が次に掲げる全ての事項を説明した上で、患者の同意を得る。
 - ア かかりつけ薬剤師の業務内容
 - イ かかりつけ薬剤師を持つことの意義、役割等
 - ウ かかりつけ薬剤師指導料の費用
 - エ 当該指導料を算定しようとする薬剤師が、当該患者がかかりつけ薬剤師を必要とすると判断した理由
- 患者に同意書へのかかりつけ薬剤師に希望する事項及び署名の記載を求める。
- かかりつけ薬剤師に関する情報を文書により提供する。
- 同意取得は、当該薬局に複数回来局している患者に行う。

同意書の様式(例)

かかりつけ薬剤師指導料について

《かかりつけ薬剤師が実施すること》

- 1 安心して薬を使用していただけるよう、使用している薬の情報を一元的・継続的に把握します。
- 2 お薬の飲み合わせの確認や説明などは、かかりつけ薬剤師が担当します。
- 3 お薬手帳に、調剤した薬の情報を記入します。
- 4 処方医や地域の医療に関わる他の医療者(看護師等)との連携を図ります。
- 5 開局時間内/時間外を問わず、お問い合わせに応じます。
- 6 血液検査などの結果を提供いただいた場合、それを参考に薬学的な確認を行います。
- 7 調剤後も、必要に応じてご連絡することがあります。
- 8 飲み残したお薬、余っているお薬の整理をお手伝いします。
- 9 在宅での療養が必要となった場合でも、継続してお伺いすることができます。
- 10 次回から、かかりつけ薬剤師指導料を算定します。

《薬学的観点から必要と判断した理由》(薬剤師記入欄)

《かかりつけ薬剤師に希望すること》(患者記入欄)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 薬の一元的・継続的な把握 | <input type="checkbox"/> 他の医療関係者との連携 |
| <input type="checkbox"/> 薬の飲み合わせなどのチェック | <input type="checkbox"/> 飲み残した場合の薬の整理 |
| <input type="checkbox"/> 薬に関する丁寧な説明 | <input type="checkbox"/> 調剤後のフォロー |
| <input type="checkbox"/> 時間外の電話相談 | <input type="checkbox"/> 在宅療養が必要になった場合の対応 |
| <input type="checkbox"/> その他() | |

かかりつけ薬剤師()に関する情報

【経歴】

【認定薬剤師、専門薬剤師資格】

【修了した研修】

【論文、学会発表の実績】

【所属学会・団体、その他】

【連絡先】



- かかりつけ薬剤師は、患者から血液検査などの結果の提供がある場合に、それを参考に薬学的管理・指導を行うことを明確化。
- かかりつけ薬剤師指導料等の算定実績がある場合に調剤基本料の特例対象から除く取扱いを廃止する。

かかりつけ薬剤師の推進②

かかりつけ薬剤師の要件の見直し

- かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の施設基準について、当該保険薬局における在籍期間の要件等を見直す。
- 一つの保険薬局に常勤している薬剤師が、育児・介護休業法に定める短時間勤務を行う際の例外規定を設ける。

現行

【かかりつけ薬剤師指導料】
 【かかりつけ薬剤師包括管理料】
 [施設基準]
 以下の要件を全て満たす保険薬剤師が配置されている。
 (1)以下に掲げる勤務要件等を有している。
 ア、イ (略)
 ウ 施設基準の届出時において、当該保険薬局に6月以上在籍していること。

改定後

【かかりつけ薬剤師指導料】
 【かかりつけ薬剤師包括管理料】
 [施設基準]
 以下の要件を全て満たす保険薬剤師が配置されている。
 (1)以下に掲げる勤務要件等を有している。
 ア、イ (略)
 ウ 施設基準の届出時において、当該保険薬局に1年以上在籍していること。

平成30年9月30日までは6ヶ月以上で可

現行

【かかりつけ薬剤師指導料】
 【かかりつけ薬剤師包括管理料】
 [施設基準]
 当該保険薬局に週32時間以上勤務している。

改定後

【かかりつけ薬剤師指導料】
 【かかりつけ薬剤師包括管理料】
 [施設基準]
 当該保険薬局に週 32時間以上(32時間以上勤務する他の保険薬剤師を届け出た保険薬局において、育児・介護休業法の規定により労働時間が短縮された場合にあつては、週 24時間以上かつ週4日以上である場合を含む。)勤務している。

短時間勤務の保険薬剤師のみでの届出不可

平成30年度診療報酬改定の概要－調剤 I、II

I 地域包括ケアシステムの構築と 医療機能の分化・強化、連携の推進

1. かかりつけ薬剤師の推進
2. 地域医療に貢献する薬局の評価

II 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で 納得できる質の高い医療の実現・充実

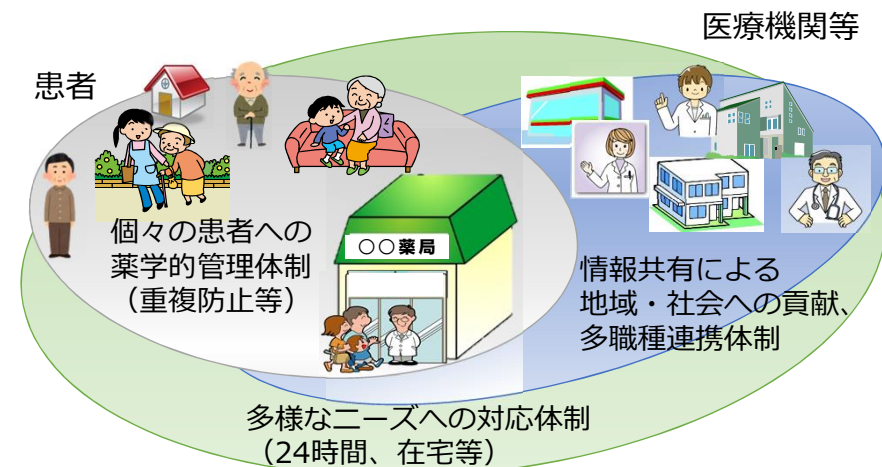
1. 薬局における対人業務の評価の充実
2. 効率的で質の高い在宅薬剤管理指導業務の推進

地域支援体制加算の概念

地域支援体制加算について

これからの薬局には①かかりつけ薬剤師による適切な薬学的管理の提供、②あらゆる処方箋に対していつでも調剤サービスを提供できる体制の整備に加え、③安全性向上に資する事例の共有（プレアボイドへの取組）なども含め、地域支援等に積極的に貢献することが求められている。これを踏まえ、地域包括ケアの中で、地域医療に貢献する薬局を評価する「地域支援体制加算」を新設。

要件設定のイメージ



個別要件の分類

	実績要件8項目※	施設基準
個々の患者に対する適切な薬学的管理・指導体制	<ul style="list-style-type: none"> ■ 重複投薬・相互作用等防止加算 ■ 服用薬剤調整支援料 ■ かかりつけ薬剤師指導料等 ■ 外来服薬支援料 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 患者ごとの適切な薬学的管理・指導 ■ 患者の求めに応じた情報提供 ■ 適切な薬学的管理・指導を行う体制・機能 <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; display: inline-block;"> <ul style="list-style-type: none"> ■ かかりつけ薬剤師届出 </div>
情報共有による地域・社会への貢献、多職種連携体制	<ul style="list-style-type: none"> ■ 服薬情報等提供料 	<ul style="list-style-type: none"> ■ プレアボイド報告実績 ■ 副作用報告体制 ■ 当該地域における、在支診等及び訪看との連携体制 ■ 保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整担当者との連携体制
24時間、在宅対応など、多様な患者ニーズに対応できる体制（地域医療を支える業務への積極的な対応）	<ul style="list-style-type: none"> ■ 夜間・休日等の対応 ■ 単一建物診療患者が1人の場合の在宅薬剤管理 ■ 麻薬管理指導加算 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 24時間、在宅対応体制・周知 ■ 一定時間以上の開局 ■ 十分な数の医薬品の備蓄 ■ 後発品数量シェア50%以上（集中率85%超の場合） <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; display: inline-block;"> <ul style="list-style-type: none"> ■ 麻薬届出 ■ 在宅実績 </div>

※ 基準値は地域医療に貢献する体制を有する薬局を評価できるよう、薬局の取組状況を参考に設定。

地域医療に貢献する薬局の評価

地域支援体制加算の新設

○ かかりつけ薬剤師が機能を発揮し、地域包括ケアシステムの中で地域医療に貢献する薬局について、夜間・休日対応等の地域支援の実績等を踏まえた評価を新設する。

(新) 地域支援体制加算 35点

○地域支援体制加算の施設基準

(1) 地域医療に貢献する体制を有することを示す相当の実績
(2) 患者ごとに、適切な薬学的管理を行い、かつ、服薬指導を行っている
(3) 患者の求めに応じて、投薬に係る薬剤に関する情報を提供している
(4) 一定時間以上の開局
(5) 十分な数の医薬品の備蓄、周知
(6) 薬学的管理・指導の体制整備、在宅に係る体制の情報提供
(7) 24時間調剤、在宅対応体制の整備
(8) 在宅療養を担う医療機関、訪問看護ステーションとの連携体制
(9) 保健医療・福祉サービス担当者との連携体制
(10) 医療安全に資する取組実績の報告
(11) 集中率85%超の薬局は、後発品の調剤割合50%以上

地域医療に貢献する体制を有することを示す実績

1年に常勤薬剤師1人当たり、以下の全ての実績を有すること。

① 夜間・休日等の対応実績	400回
② 麻薬指導管理加算の実績	10回
③ 重複投薬・相互作用等防止加算等の実績	40回
④ かかりつけ薬剤師指導料等の実績	40回
⑤ 外来服薬支援料の実績	12回
⑥ 服用薬剤調整支援料の実績	1回
⑦ 単一建物診療患者が1人の在宅薬剤管理の実績	12回
⑧ 服薬情報等提供料の実績	60回

調剤基本料1を算定している保険薬局については、下記の基準を全て満たすこととし、(1)を適用しない。

- ① 麻薬小売業者の免許を受けていること。
- ② 在宅患者薬剤管理の実績を有していること。
- ③ かかりつけ薬剤師指導料等に係る届出を行っていること。

○基準調剤加算は廃止する

地域支援体制加算の実績要件

地域医療に貢献する体制を有することを示す実績

- (イ) 時間外等加算又は夜間・休日等加算に規定する加算の算定回数が合算して計400回以上である。
- (ロ) 薬剤服用歴管理指導料、かかりつけ薬剤師指導料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費の麻薬指導に係る加算の算定回数※が合算して計10回以上である。
- (ハ) 重複投薬・相互作用等防止加算に規定する加算又は在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の算定回数※が合算して計40回以上である。
- (ニ) かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料の算定回数が合算して計40回以上である。
- (ホ) 外来服薬支援料の算定回数※が12回以上である。
- (ヘ) 服用薬剤調整支援料の算定回数※が1回以上である。
- (ト) 在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費について単一建物診療患者が1人の場合の算定回数が合算して計12回以上である。
- (チ) 服薬情報等提供料の算定回数#が60回以上である。

※かかりつけ薬剤師包括管理料を算定している患者に対し、これに相当する業務を実施した場合を含む。

#かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料を算定している患者に対し、これに相当する業務を実施した場合を含む。

常勤換算の方法

常勤薬剤師数は、届出前3月の勤務状況に基づき、以下の(イ)及び(ロ)により小数点第二位を四捨五入して小数点第一位まで算出する。

- (イ) 当該保険薬局における実労働時間が週32時間以上である保険薬剤師は1名とする。
- (ロ) 当該保険薬局における実労働時間が週32時間に満たない保険薬剤師については、実労働時間を32時間で除した数とする。

地域支援体制加算(その他の要件)

医療安全に資する体制・取組実績(新)

- 前年1年間(1月1日~12月31日)に、疑義照会により処方変更がなされた結果、患者の健康被害や医師の意図した薬効が得られないことを防止するに至った事例を提供した実績を有し、薬局機能情報提供制度において「プリアボイド事例の把握・収集に関する取組の有無」を「有」としていること。
- 副作用報告に係る手順書を作成し、報告を実施する体制を有していること。

平成31年4月以降適用

平成30年10月以降適用

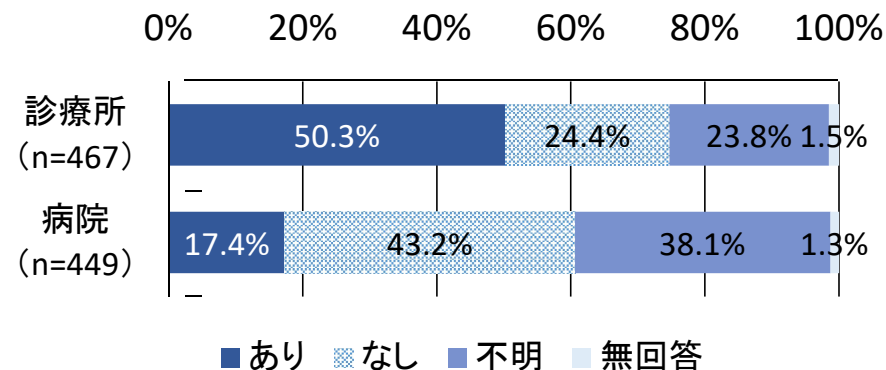
周知

地方公共団体、保険医療機関及び福祉関係者等に対して、24時間調剤及び在宅業務に対応できる体制に係る周知を自ら又は地域の薬剤師会等を通じて十分に行っていること。

(参考)

地域における24時間対応の薬局の有無についてみると、「なし」の割合は診療所では24.4%、病院では43.2%であった。「不明」という回答も診療所では23.8%、病院では38.1%あった。

出典)平成28年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査



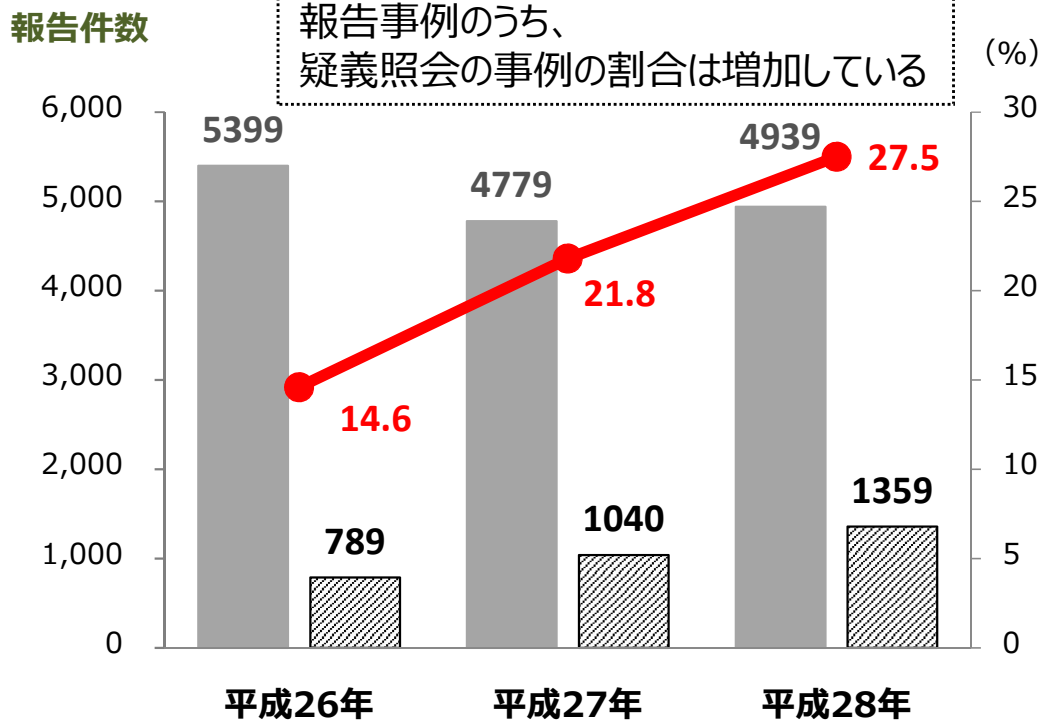
後発医薬品調剤割合

特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が85%を超える場合にあつては、当該保険薬局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、規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が当該加算の施設基準に係る届出時の直近3か月間の実績として50%以上であること。

薬局におけるヒヤリ・ハット事例収集・分析事業

【事業の概要】

薬局における医療安全の確保を図るため、平成21年4月よりヒヤリ・ハット事例等を薬局から収集し、集積した情報の分析・評価を行っている（事業は公益財団法人日本医療評価機構が実施）



報告事例のうち、
疑義照会の事例の割合は増加している

■ ヒヤリ・ハット事例（全体数）

▨ 疑義照会の事例（内数）

● 疑義照会の事例の割合（%）

$$\left(\frac{\text{疑義照会の事例（内数）}}{\text{ヒヤリ・ハット事例（全体数）}} \right) (\%)$$

※ヒヤリ・ハット事例の報告範囲

- 調剤業務に関する事例（薬剤取違いや規格・剤形間違い等）
- 医療機関に対して疑義照会を行った結果、処方変更等が行われた事例等

ヒヤリ・ハット報告事例

【事例①：疑義照会により処方変更に至った事例】

- 数年ぶりに来局した患者に、閉塞隅角緑内障の患者には禁忌である過活動膀胱治療剤 A の処方があった。
- 薬剤服用歴とお薬手帳の記録から、「緑内障治療点眼液 B を使用しており治療中」とあり、緑内障治療点眼液 B を処方した医療機関に確認したところ、当該患者は閉塞隅角緑内障であった。
- 過活動膀胱治療剤 A を処方した医師に疑義照会し、閉塞隅角緑内障の患者には禁忌ではない過活動膀胱治療剤 C へ処方変更した。

【事例②：疑義照会により処方中止に至った事例】

- 中等度以上の腎機能障害のある患者には禁忌である高血圧症治療剤 A の処方があった。
- 患者から「以前服用していた利尿剤 B で胸の張り痛みがあるので、薬を変更することになった」との話があり、処方箋に記載された検査値を確認したところ、Cr（クレアチニン値）1.59、eGFR（推算糸球体濾過値）34.7であった。
- 検査値から中等度以上の腎機能障害であることが確認されたので、高血圧治療薬 A を処方した医師に疑義照会し、高血圧治療剤 A は処方中止となった。

医薬関係者（医師・薬剤師等）による副作用報告について

- ◆ 近年の医療用後発医薬品（ジェネリック医薬品）の普及、ポリファーマシーによる医薬品単剤のみではない複合的な副作用の発生等、医薬品の安全性を取り巻く環境変化を考慮し、製薬企業経由のみならず、医薬関係者から国・PMDAへの直接報告を推進することが重要。
- ◆ 医薬品医療機器法第68条の10第2項において規定されており、医療機関等においては、その重要性を踏まえて必要な対応に努めることが不可欠
- ◆ このため、「医薬関係者の副作用報告ガイドンス骨子」を踏まえ、今後、医療従事者が報告体制を整えるための手引きが整備されることとなっている。

（参考）近年の医薬品の副作用報告数の推移

	企業報告	医薬関係者からの報告
平成24年度	41,413	4,147
平成25年度	38,427	5,420
平成26年度	49,276	6,180
平成27年度	51,065	6,129

組織的な医療安全対策の強化の一環として、副作用の早期発見や速やかな報告体制の強化が重要。

「医薬関係者の副作用報告ガイドンス骨子」

平成29年7月10日付け医薬・生活衛生局総務課・医薬安全対策課事務連絡

1. 速やかに報告する副作用

- 死亡、障害及びそれらにつながるおそれのある症例等について、重篤度分類基準を参考として、重篤なもの（グレード3）を15～30日を目途に当局に報告

2. 医療機関の対応について

- 医療機関内での診療科間、診療科と薬剤部門間における情報共有、連携。連携方法のあらかじめの共有。
- 副作用が疑われる症例に関する情報の医療機関内での集約・一元化。管理者を定め、情報の恒常的な把握。

3. 薬局の対応について

- 処方した医療機関への受診勧奨によるフィードバック。患者の副作用、検査値等の情報共有。
- 情報共有の結果、薬局から副作用報告を行うこととした場合、提出に際し、処方した医療機関は連名として記入する。

（医薬品医療機器等法第68条の10第2項） 薬局開設者、病院、診療所若しくは飼育動物診療施設の開設者又は医師、歯科医師、薬剤師、登録販売者、獣医師その他の医薬関係者は、医薬品、医療機器又は再生医療等製品について、当該品目の副作用その他の事由によるものと疑われる疾病、障害若しくは死亡の発生又は当該品目の使用によるものと疑われる感染症の発生に関する事項を知った場合において、保健衛生上の危害の発生又は拡大を防止するため必要があると認めるときは、その旨を厚生労働大臣に報告しなければならない。（報告先は、医薬品医療機器等法第68条の13第3項の規定により、PMDAとされている。）

平成30年度診療報酬改定の概要－調剤Ⅰ、Ⅱ

Ⅰ 地域包括ケアシステムの構築と 医療機能の分化・強化、連携の推進

1. かかりつけ薬剤師の推進
2. 地域医療に貢献する薬局の評価

Ⅱ 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で 納得できる質の高い医療の実現・充実

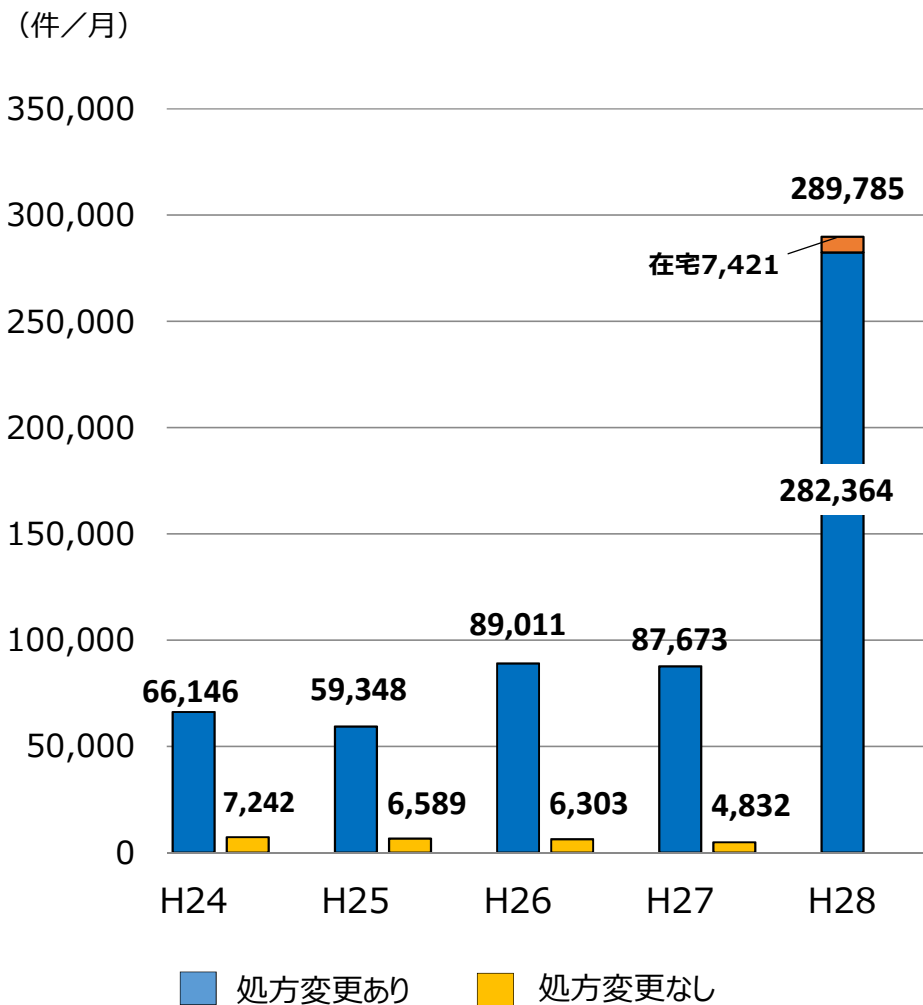
1. 薬局における対人業務の評価の充実
2. 効率的で質の高い在宅薬剤管理指導業務の推進

多剤・重複投薬に関する取組の実態

○ 平成28年度診療報酬改定以降、重複投薬・相互作用等防止加算及び外来服薬支援料の算定件数は増加している。

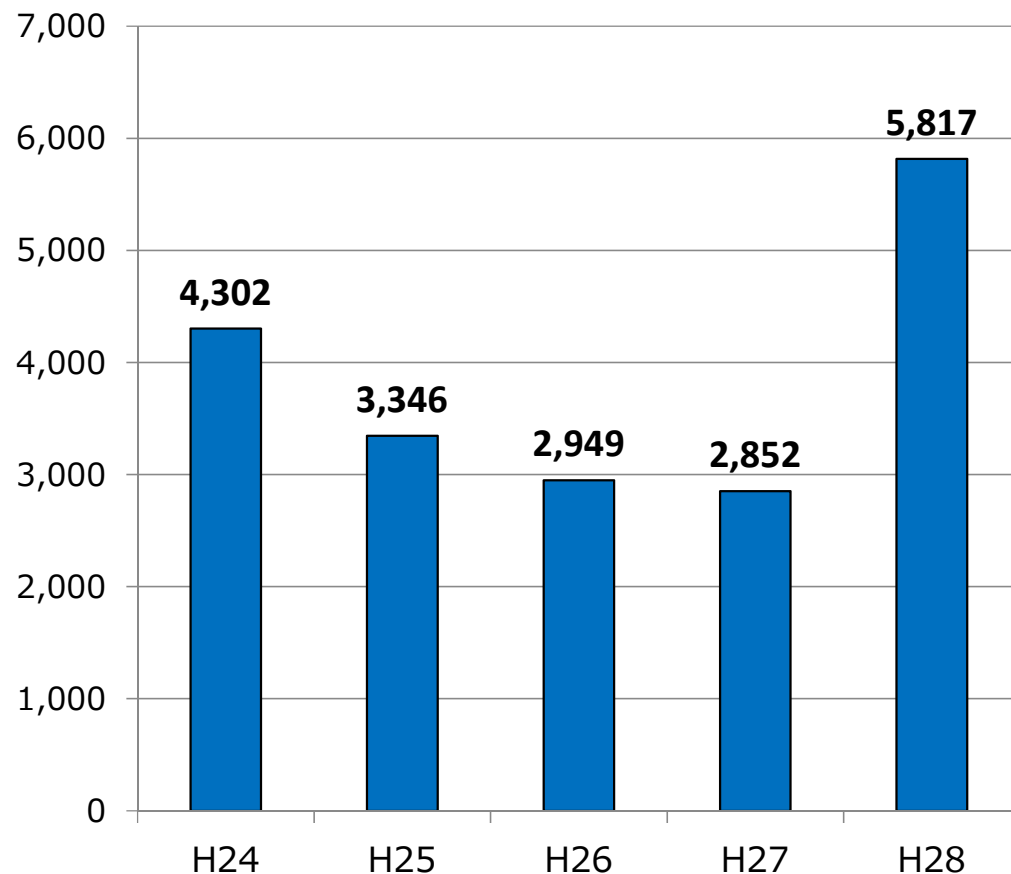
➤ 重複投薬・相互作用等防止加算※の算定件数

※ 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料を含む



➤ 外来服薬支援料の算定件数

(件/月)



薬局薬剤師による薬学的判断に基づく疑義照会の経済効果

概要

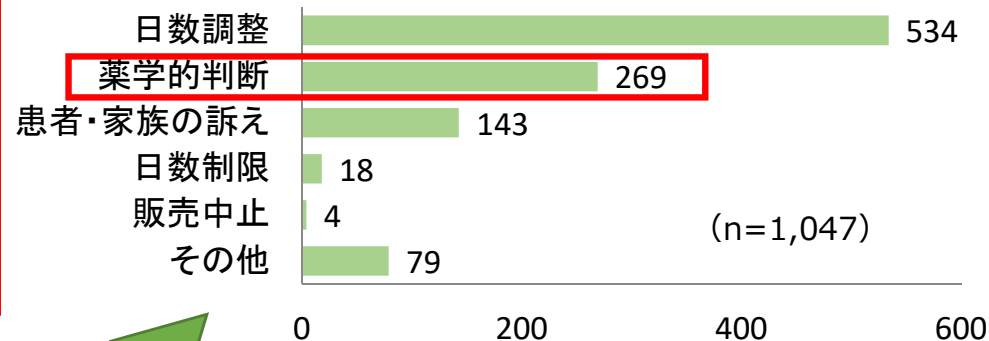
2016年9月1日～11月30日に福岡市内の薬局が応需した処方箋を対象として調査したところ、薬学的な疑義照会率は約2.3%であり、処方変更により適正化される薬剤費は570億円と試算された。

疑義照会件数・処方変更件数等

応需処方箋枚数	薬学的疑義※のある処方箋	疑義照会率
29,487枚	670枚	2.3%
薬学的疑義照会件数	処方変更件数	処方変更率
1,165件	1,047件	89.9%

※記載漏れ等の事務的な疑義を除いた、処方に関する疑義

処方変更件数の根拠



薬学的疑義照会によって処方変更が行われた場合における、元の処方と比較した薬剤費の増減

※全国推計値は全国処方箋枚数（約8億枚）を用いて算出。薬価は2016年度のものを使用。

	増額金額	減額金額	増減	全国値（推計）
処方箋670枚分 （疑義照会件数1,165件分）	683,658円	2,784,475円	-2,100,817円	－約570億円

（参考）医薬品副作用被害救済給付件数と支給額等を基に設定された金額（ハイリスク薬：84,000円/件、ハイリスク薬以外：56,000円/件）をもとに、副作用が起こった場合と疑義総照会により副作用を未然に防いだ場合の医療経済効果を算出すると、以下のとおり。

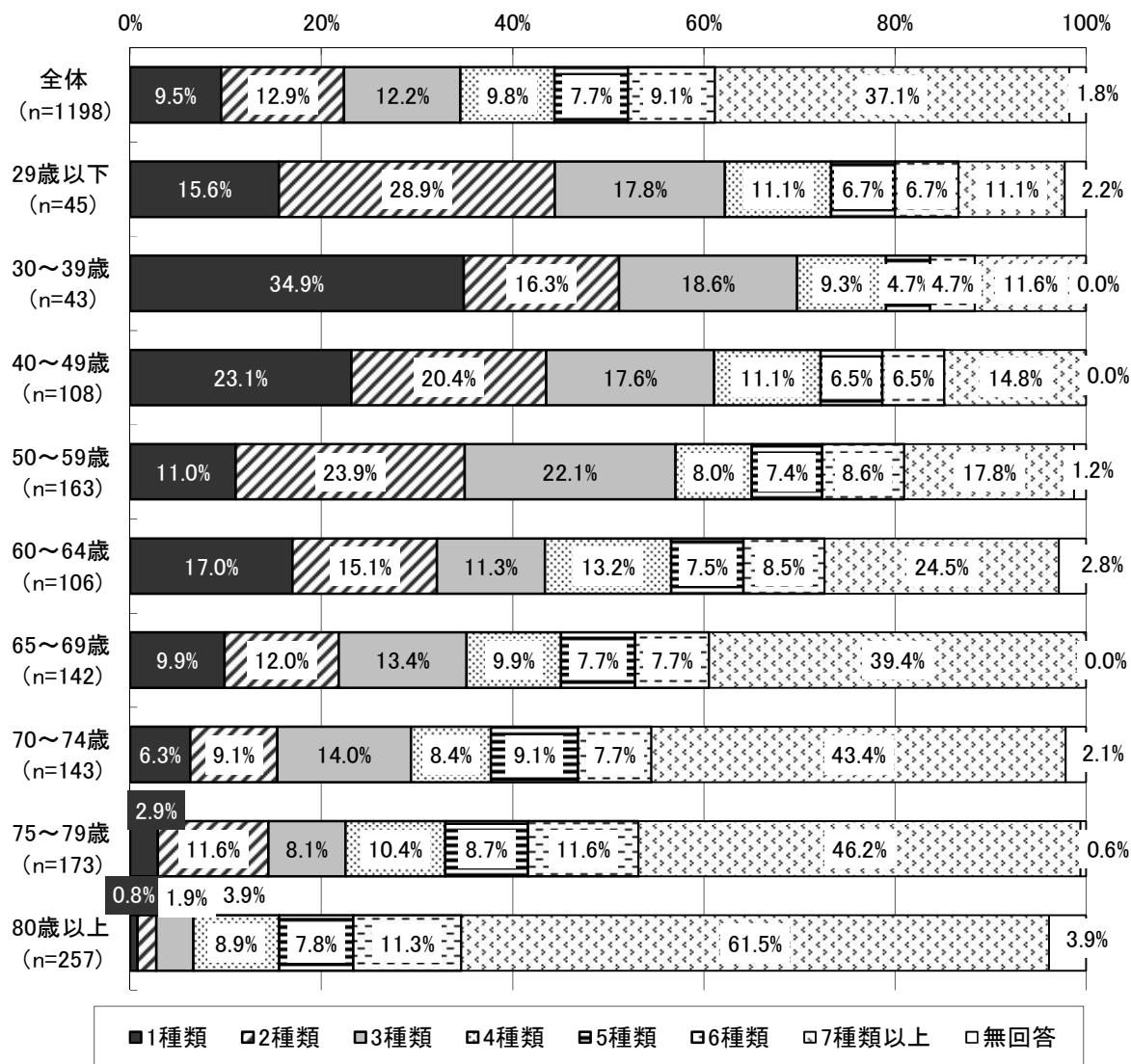
件数	医療経済効果額	2015年全国値（推計）
120件（ハイリスク17件、それ以外103件）	-7,196,000円	-約1,950億円

（出典）保険薬局における薬学的判断に基づく疑義照会の経済効果（神村英利ら）

多剤投薬の実態

○ 高齢であるほど、定期的に内服する薬の種類が多くなる傾向がみられた。65歳以上では約4割、80歳以上では6割の患者で「7種類以上」内服しているとの結果であった。

➤ 現在、1日あたり使用している薬（年齢階級別、定期的に医療機関に行って処方してもらっている薬がある患者）

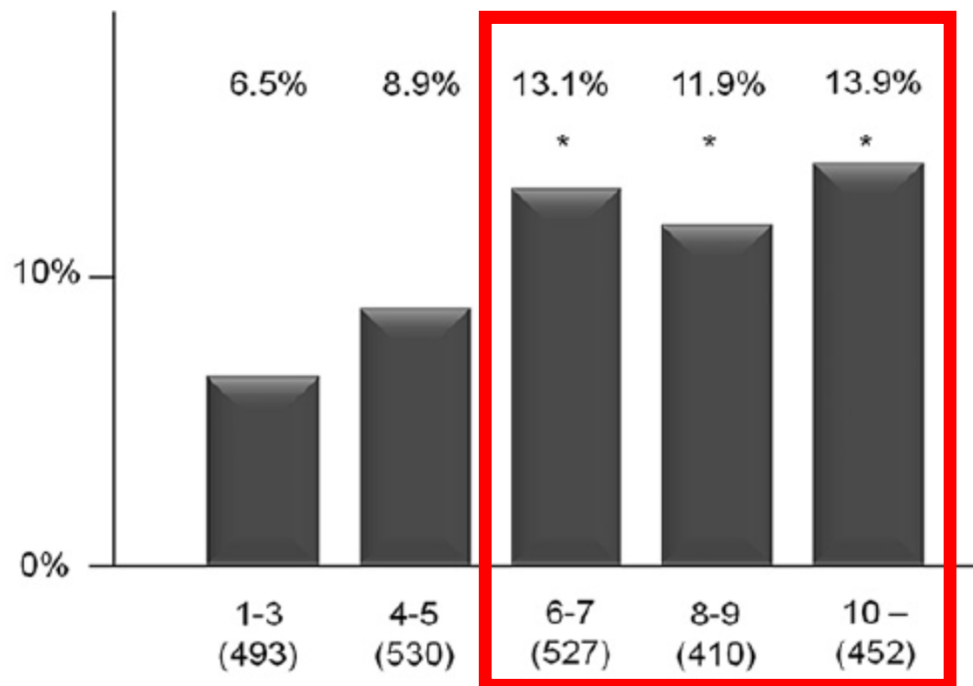


多剤処方の問題点① ～有害事象の発生～

- 高齢者では、6剤以上の投薬が特に有害事象の発生増加に関連している。
- 高齢者の薬物有害事象は、意識障害、低血糖、肝機能障害、電解質異常、ふらつき・転倒の順に多かった。

高齢者の投与薬剤数と有害事象の関係性

薬物有害事象発生率



投与薬剤数

高齢者の薬物有害事象の主な症状	薬物有害事象を呈した者の症状の内訳
意識障害	9.6%
低血糖	9.6%
肝機能障害	9.6%
電解質異常	7.7%
ふらつき・転倒	5.8%
低血圧	4.8%
無動・不随意運動	3.8%
便秘・下痢・腹痛	3.8%
食欲不振・吐き気	3.8%
徐脈	3.8%
出血・INR延長	3.8%

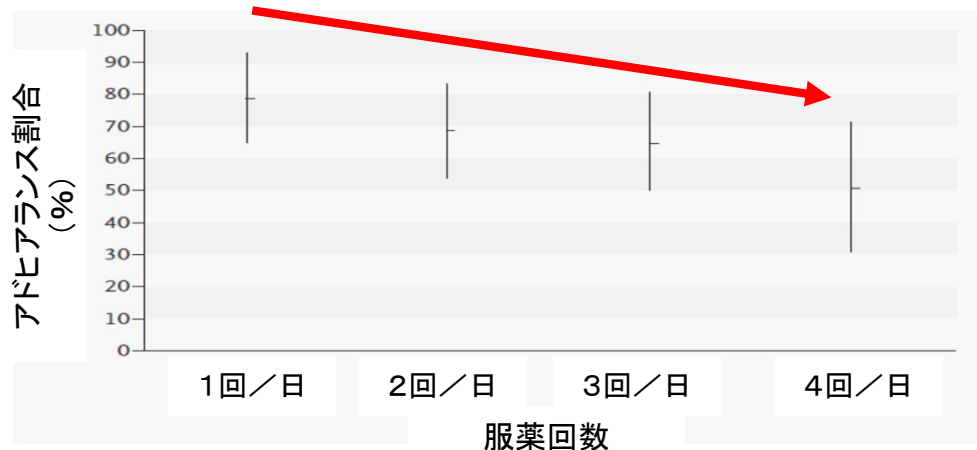
- 1995年～2010年に東京大学病院の老年病科に入院した65歳以上の高齢者2,412人(年齢:78.7±7.3歳、男性51.3%)の薬物による副作用を後向きに調査。
- 投与薬剤数は6.6±3.6剤。
- 252人(10.5%)に副作用を確認。
- 2013年4月～2014年3月に大学病院老年科5施設(杏林大学高齢医学科、名古屋大学老年内科、東北大学老年科、大阪大学老年・高血圧内科、東京大学老年病科)に入院した65歳以上の患者の薬物有害事象を調査した。
- 患者数:700名、平均年齢:81.5歳(男性46.1%)
- 薬物有害事象を呈した患者数:104名(14.7%)※上記表は、そのうち102名の症状の内訳

多剤処方の問題点② ～不適切な服用による薬剤治療機会の喪失～

- 服薬回数が多いほど、薬剤が正しく服用されにくくなる(服薬アドヒアランスが低下する)。
- 服薬する薬剤数が多いほど、薬剤が正しく服用されにくくなる。(服薬アドヒアランスが低下する)。

1日あたりの服薬回数が多いほど、薬剤が正しく服用されにくくなる。

1日当たりの服薬回数と、服薬アドヒアランス(処方された薬剤のうち適切に服用された薬剤の割合)の関係



- 服薬回数が1回/日の場合、3回/日及び4回/日より服薬アドヒアランスが高い。
- 服薬回数が2回/日の場合、4回/日より服薬アドヒアランスが高い。

<調査方法>

- 服薬頻度と服薬アドヒアランスの相関をみるためのシステマティック・レビュー。
- 76の調査結果をまとめたもの。
- 服薬アドヒアランスは、①dose-taking(処方された薬剤数を適切に服用しているか)、②dose-timing(処方薬を適切な時間に服用しているか)の2つの観点から定義した。

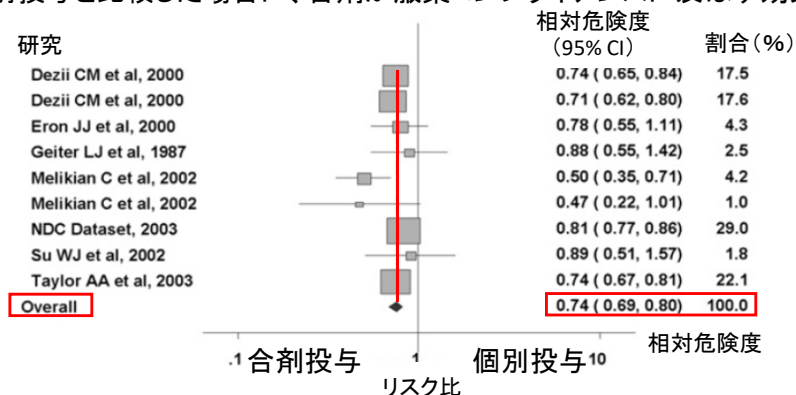
出典:

- Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. N Engl J Med. 2005;353(5):487-97.
- Claxton AJ. et al, A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance. Clin Ther. 2001 Aug;23(8):1296-310.

服薬数が多いほど、薬剤が正しく服用されにくくなる。

①合剤は、薬剤の個別投与に比べ、服薬アドヒアランス低下のリスクが低い。

個別投与と比較した場合に、合剤が服薬コンプライアンスに及ぼす効果



- 合剤投与群の服薬コンプライアンス低下のリスクは、個別投与の服薬コンプライアンス低下のリスクより26%低い。(p<0.0001)

<調査方法>

- 9つの研究のメタアナリシスにより、計11,925人の合剤投与患者と8,317人の単剤投与患者を比較。

②退院時服薬数と、服薬アドヒアランスの低下には関連がある。

65歳以上の内科病棟を退院した患者を追跡調査。退院時服薬数と、患者が医師の処方通りに服用していることとの関連

- 退院15～30日後調査時: R²=0.8293
- 退院3ヶ月後調査時: R²=0.6276
- ※本研究では、R² ≥ 0.6の場合を相関ありとしている

出典:

- Bangalore S, et al. Fixed-dose combinations improve medication compliance: a meta-analysis. Am J Med. 2007 Aug;120(8):713-9.
- Pasina L. et al, Medication non-adherence among elderly patients newly discharged and receiving polypharmacy. Drugs Aging. 2014 Apr;31(4):283-9.

薬局における対人業務の評価の充実①

服用薬剤調整支援料

- 患者の意向を踏まえ、患者の服薬アドヒアランス及び副作用の可能性等を検討した上で、処方医に減薬の提案を行い、その結果、処方される内服薬が減少した場合を評価。

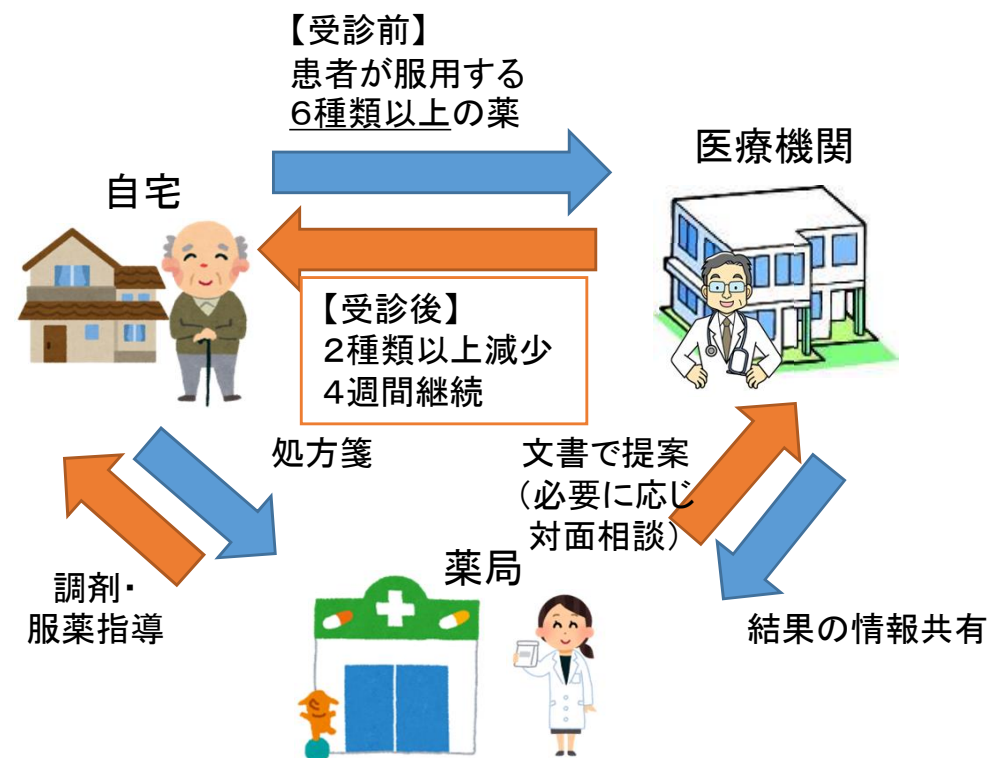
(新) 服用薬剤調整支援料

125点

[算定要件]

6種類以上の内服薬が処方されていたものについて、保険薬剤師が文書を用いて提案し、当該患者に調剤する内服薬が2種類以上減少した場合に、月1回に限り所定点数を算定する。

- (1) 当該保険薬局で調剤している内服薬の種類数が2種類以上(うち少なくとも1種類は保険薬剤師が提案したもの)減少し、その状態が4週間以上継続した場合に算定
- (2) 服用を開始して4週間以内の薬剤は、調整前の内服薬の種類数から除外。屯服薬は対象外。また、調剤している内服薬と同一薬効分類の有効成分を含む配合剤及び内服薬以外の薬剤への変更を保険薬剤師が提案したことで減少した場合は、減少した種類数に含めない。
- (3) 保険薬剤師は処方医へ提案を行う際に、減薬に係る患者の意向や提案に至るまでに検討した薬学的内容を薬剤服用歴の記録に記載する。また、保険医療機関から提供された処方内容の調整結果に係る情報は、薬剤服用歴の記録に添付する。
- (4) 当該保険薬局で服用薬剤調整支援料を1年以内に算定した場合においては、前回の算定に当たって減少した後の内服薬の種類数から更に2種類以上減少したときに限り新たに算定することができる。

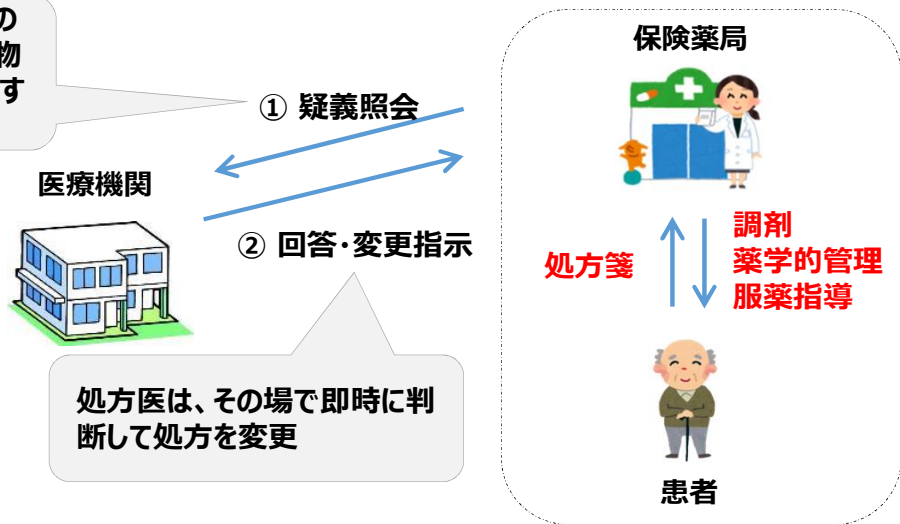


疑義照会と多剤投薬の適正化に係る提案の違いについて

○ 疑義照会と多剤投薬の適正化に係る提案については、以下のように整理される。

疑義照会：薬の受け渡し時における、処方内容に係る照会

服薬情報に基づき薬の重複、残薬調整や薬物療法の安全性に直結する疑義

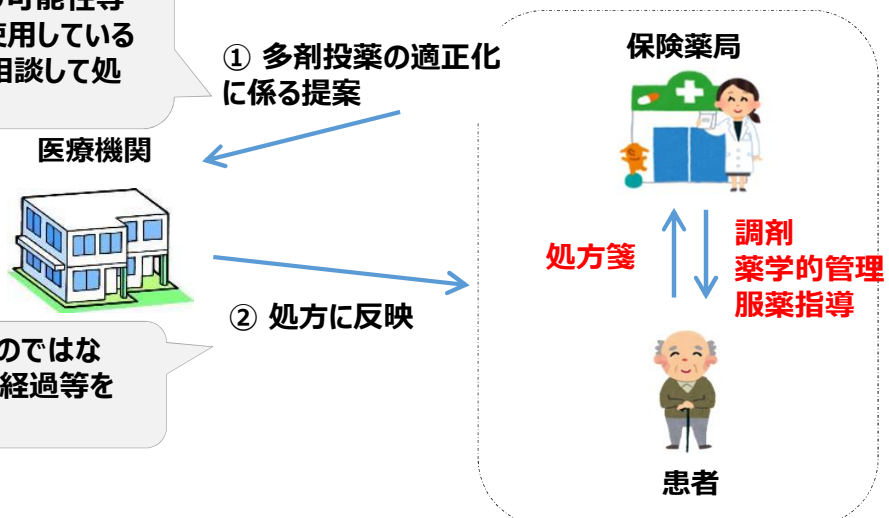


重複投薬・相互作用等防止加算（40点又は30点）

薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方箋を交付した保険医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合に加算。

多剤投薬の適正化に係る提案：薬の受け渡し時以外の、患者の意向を尊重した薬学的観点からの処方医への提案

薬剤を減らしたいという患者の意向を尊重し、副作用の可能性等を検討し、一定期間使用している薬の必要性を患者と相談して処方医に減薬を提案



すぐその場で判断するのではなく、患者の症状や治療経過等を精査して減薬を検討

服用薬剤調整支援料（125点）

6種類以上の内服薬が処方されていたものについて、保険薬剤師が文書を用いて提案し、当該患者に調剤する内服薬が2種類以上減少した場合に、月1回に限り算定。

処方への対応



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 小 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	変更不可 個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更を差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。										
	備考 保険医署名 「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。										
保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応（特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。） <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供											
調剤年月日		平成 年 月 日		公費負担者番号							
保険薬局の所在地及び名称 保険薬局別氏名		(印)		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. 原薬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36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。

- 88歳 女性 平成29年7月23日の処方
- ① アジルサルタン錠40mg 1錠 分1 夕食後
 - ② トリクロルメチアジド2mg 2錠 分2 朝夕食後
 - ③ ニフェジピン徐放錠(24時間持続)40mg 1錠 分1 夕食後
 - ④ プラバスタチンナトリウム錠5mg 2錠 分2 朝夕食後
 - ⑤ ファモチジン口腔内崩壊錠20mg 2錠 分2 朝夕食後
 - ⑥ ラックビー微粒N 6g 分3 毎食後
 - ⑦ メマンチン塩酸塩口腔内崩壊錠20mg 1錠 分1 夕食後
 - ⑧ ウチダの八味丸M 6g 分3 毎食前
 - ~~⑨ トリアゾラム0.125mg錠 不眠時~~
 - ⑩ ロペラミド塩酸塩カプセル1mg 2Cp 分2 朝夕食後
 - ⑪ (追加) イトラコナゾールカプセル50mg 8Cp 分2 朝夕食直後

相互作用の問題(疑義照会)

患者が減薬を希望している場合、患者からの聞き取りにより、他の薬剤も減らせる可能性がある。

平成28年度診療報酬改定（医薬品の適正使用の推進）

多剤投薬の患者の減薬を伴う指導の評価

- 医療機関において、多種類の服薬を行っている患者の処方薬剤を総合的に調整する取り組みを行い、処方薬剤数が減少した場合についての評価を新設する。

（新） 薬剤総合評価調整加算 250点（退院時に1回）

[算定要件]

保険医療機関に入院している患者であって、以下のいずれかの場合に、退院時に1回に限り所定点数を算定する。

- ① **入院前に6種類以上の内服薬**（入院時において当該患者が処方されている内服薬のうち、頓用薬及び服用を開始して4週間以内の薬剤を除く。）が処方されていたものについて、処方内容を総合的に評価したうえで調整し、当該患者の**退院時に処方される内服薬が2種類以上減少**した場合
- ② 精神病床に入院中の患者であって、**入院直前又は退院1年前のうちいずれか遅い時点で抗精神病薬を4種類以上内服**していたものについて退院までの間に抗精神病薬の種類数が**2以上減少**した等の場合。なお、保険医療機関がクロルプロマジン換算を用いた評価を行う場合には、**クロルプロマジン換算で2,000mg以上内服**していたものについて、**1,000mg以上減少**した場合を含めることができる。

**（新） 薬剤総合評価調整管理料 250点（月1回に限り）
連携管理加算 50点**

[算定要件]

- ① 薬剤総合評価調整管理料
保険医療機関が、入院中の患者以外の患者であって、**6種類以上の内服薬**（受診時において当該患者が処方されている内服薬のうち、頓用薬及び服用を開始して4週間以内の薬剤を除く。）が処方されていたものについて、処方内容を総合的に評価したうえで調整し、当該患者に処方される**内服薬が2種類以上減少した場合**は、所定点数を算定する。
- ② 連携管理加算
処方内容の調整に当たって、別の保険医療機関又は保険薬局との間で照会又は情報提供を行った場合は、連携管理加算として所定点数を加算する。ただし、連携管理加算を算定した同一日においては、同一の別の保険医療機関に対して、区分番号B009診療情報提供料（I）は算定できない。

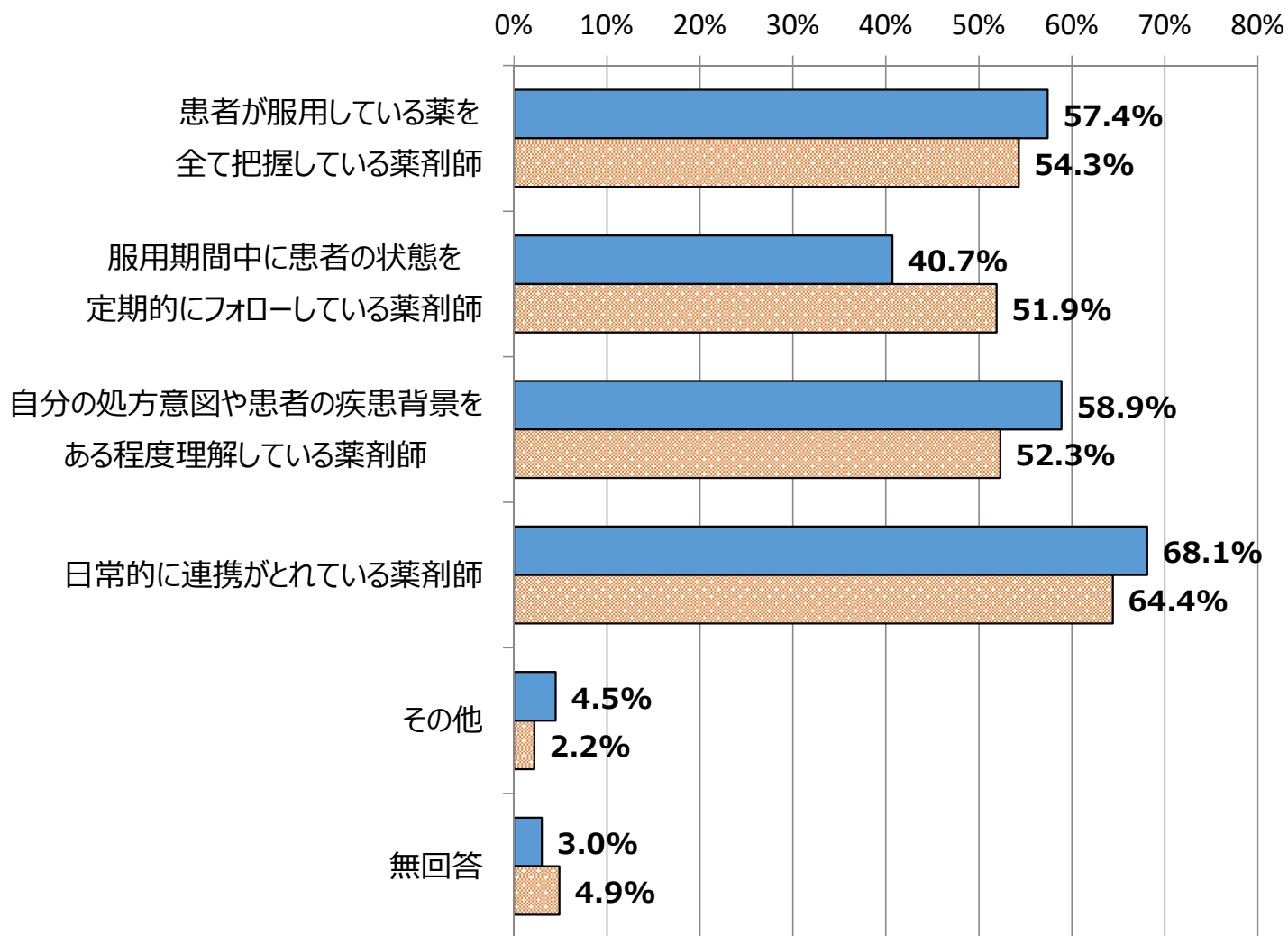
＜薬剤総合評価調整加算等の算定状況＞

	平成28年6月
薬剤総合評価調整加算	1,640回
薬剤総合評価調整管理料	11,004回
薬剤総合評価調整管理料 連携管理加算	956回

薬剤の適正使用を進める上で医療機関が求める薬局薬剤師

○ 残薬、重複投薬・多剤投薬の改善など薬剤の適正使用を進めるにあたり、どのような薬局薬剤師であれば連携を図りたいと考えるか尋ねたところ、診療所、病院ともに「日常的に連携がとれている薬剤師」が最も多かった。次いで、診療所では「自分の処方意図や患者の疾患背景をある程度理解している薬剤師」が、病院では「患者が服用している薬を全て把握している薬剤師」が多かった。

➤ 薬剤の適正使用を進める上で連携を図りたいと考える薬局薬剤師（複数回答）



(注)「その他」の内容として、以下の内容が挙げられた。

診療所:「生活指導や地域包括ケアシステムに明るい薬剤師」、「認知症の患者等にきちんと内服するよう指導できる薬剤師」、「訪問してチェックしてくれる薬剤師」等。

病院:「信頼関係が築けている薬剤師」、「精神疾患を有する患者、家族への理解が深い薬剤師」、「患者と信頼関係のある薬剤師」、「近い存在でコミュニケーションが十分にとれる薬剤師」、「連携システムが導入されている薬局の薬剤師」、「残薬調整をしっかりとっている薬剤師」、「服薬アドヒアランスの把握ができている薬剤師」、「患者にきっちりと指導できる薬剤師」等。

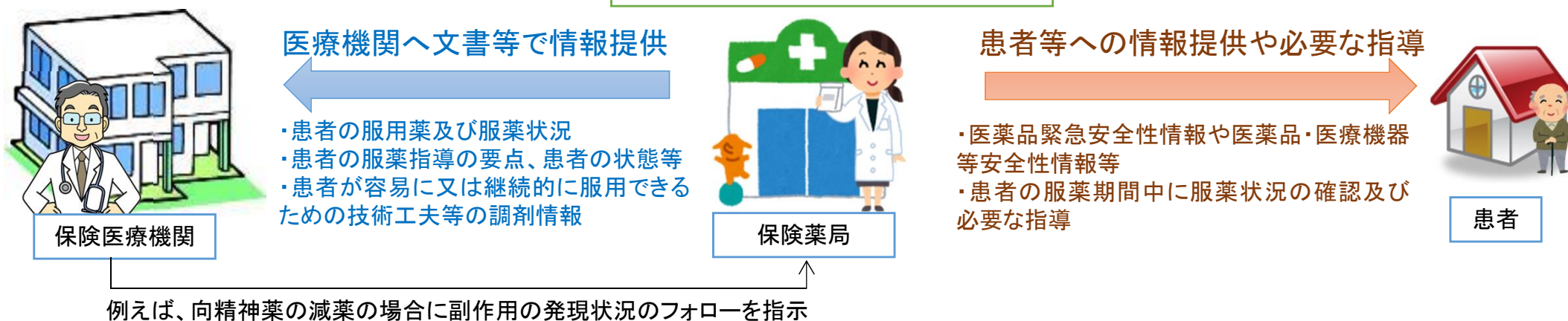
薬局における対人業務の評価の充実②

服薬情報提供料

○ 服薬情報等提供料について、保険医療機関の求めがあった場合の評価を見直す。

現行	改定後
【服薬情報提供料】 服薬情報提供料 20点	【服薬情報提供料】 服薬情報等提供料1 <u>30点</u> ※保険医療機関の求めがあった場合 服薬情報等提供料2 20点 ※患者又はその家族等の求めがあった場合又は薬剤師がその必要性を認めた場合

調剤後の継続的な薬学的管理を実施



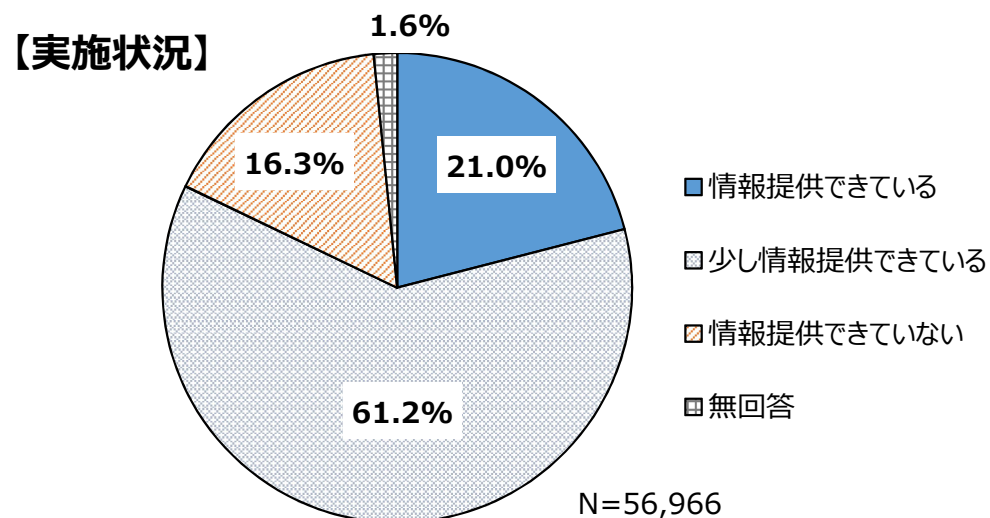
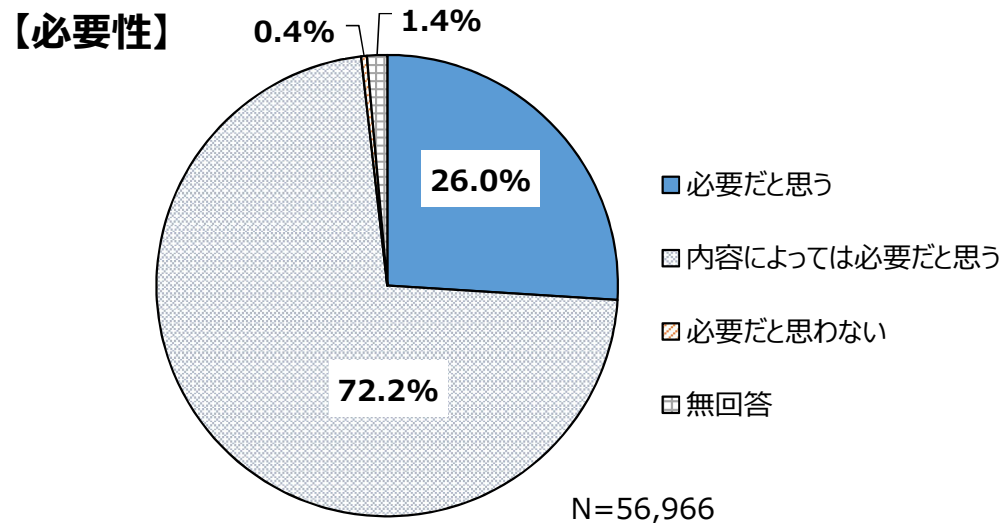
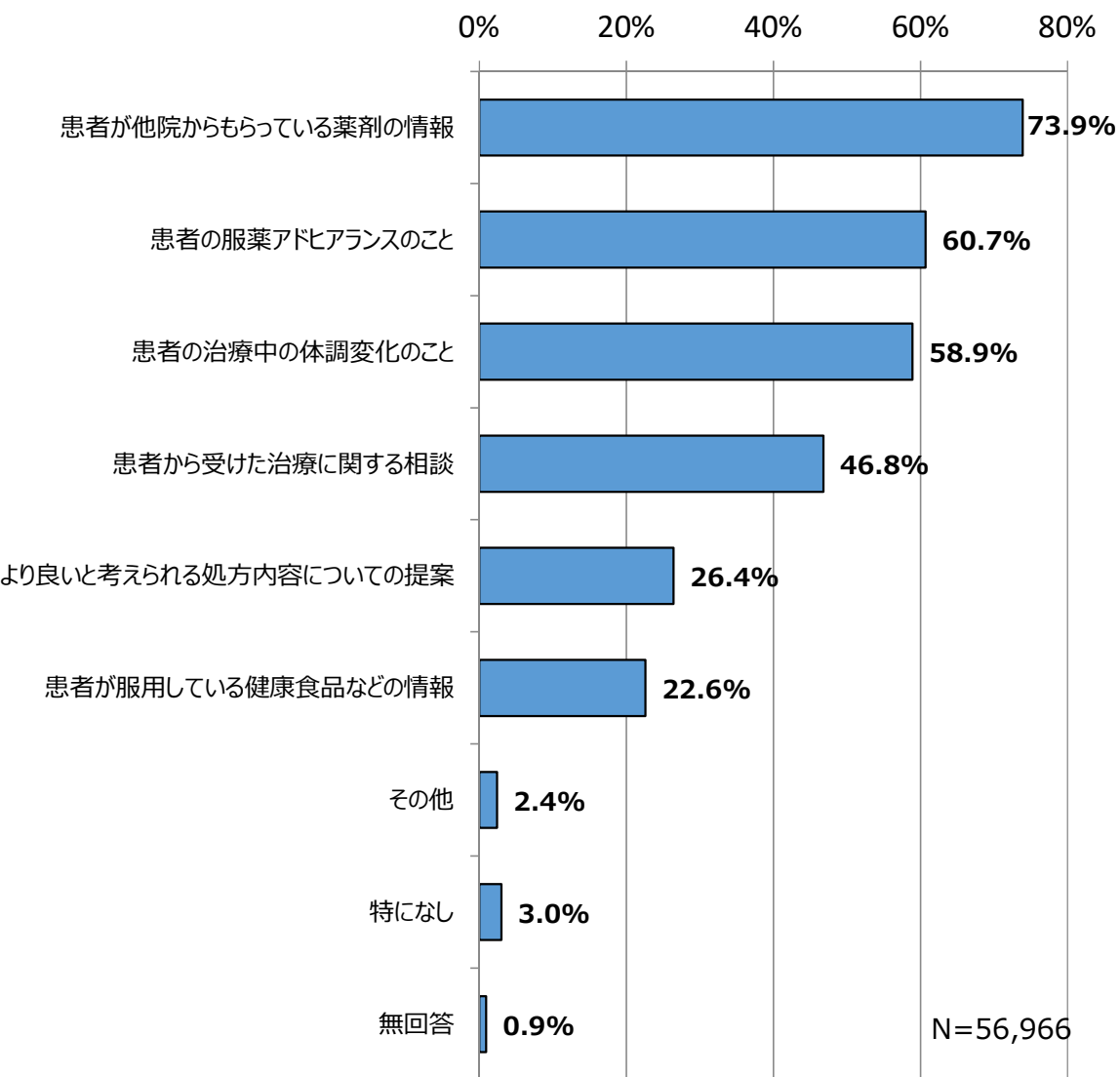
※かかりつけ薬剤師は、上記に係る業務を行うことを前提としており、かかりつけ薬剤師指導料等を算定している場合は服薬情報等提供料は算定できない。

薬局と医療機関の連携として有効と考えられる情報

○ 患者の服薬状況や服用期間中の体調変化について、薬局から医療機関にフィードバックすることが有効と考えられている。保険薬局において、こうした取組の必要性が認識されており、取組が広がっている。

➤ 医療機関との連携として、疑義照会とは別に、フィードバックすることが有効と考えられる情報の内容

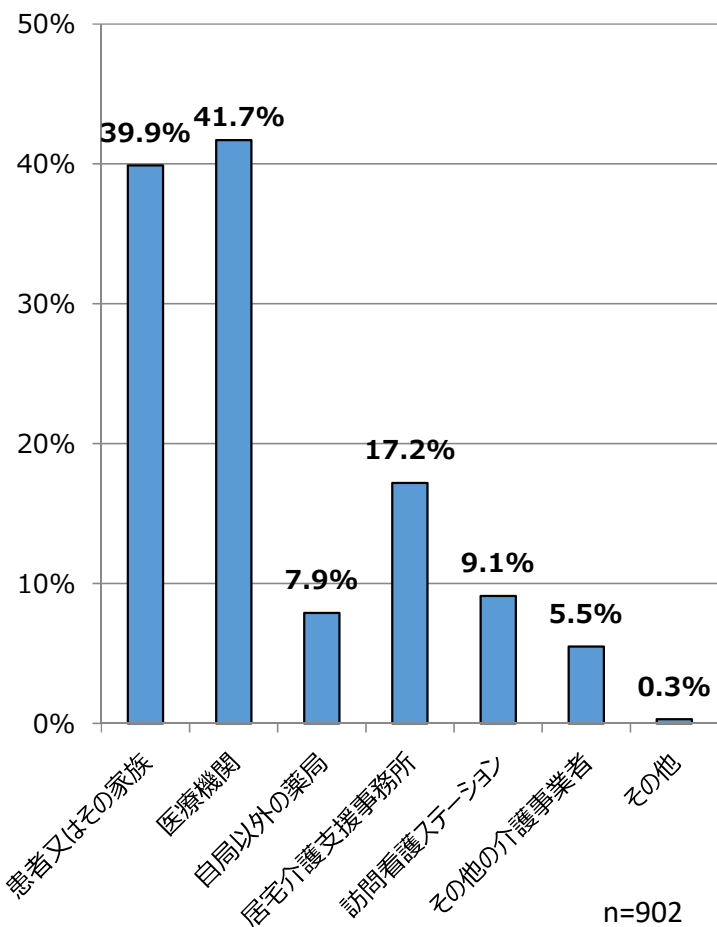
➤ 疑義照会とは別に、医療機関にフィードバックすることが有効と考えられる情報について



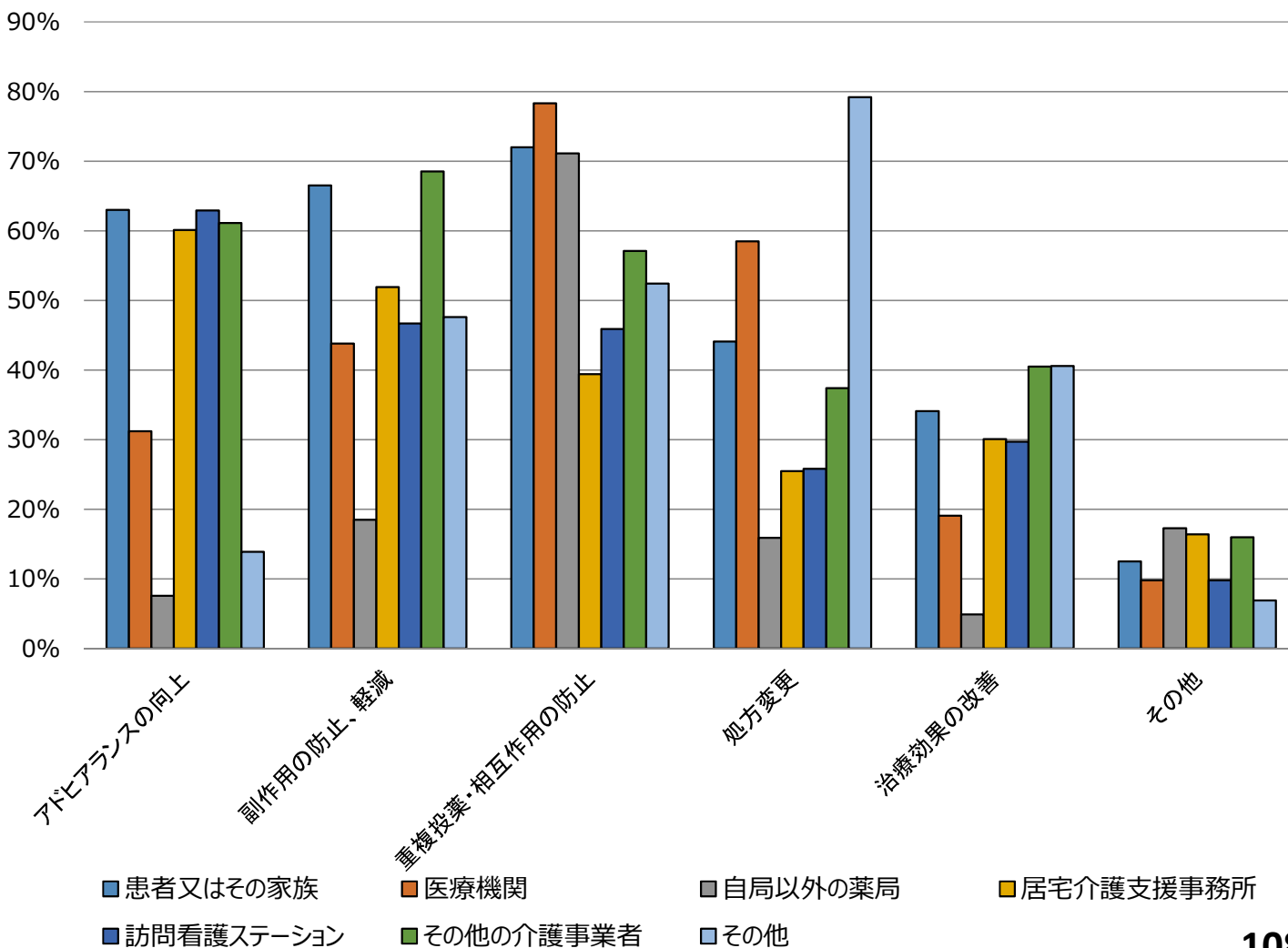
服薬情報等の提供の有無とその効果

○ 保険薬局において、患者の服薬情報等を医療機関などに提供する取組は一定程度実施されており、アドヒアランスの向上や重複・相互作用の防止などにつながっている。

➤ 関係主体への服薬情報等の提供有無 （「あり」と回答した割合）



➤ 情報提供を行うことによる薬学管理上の効果 （効果があったものの割合）



薬局における対人業務の評価の充実③

1. 重複投薬・相互作用等防止加算

- 重複投薬・相互作用等防止加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料について、残薬調整に係るもの以外の評価を見直す。

現行

【重複投薬・相互作用等防止加算】 薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は、30点を所定点数に加算する。	30点
【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】	30点

改定後

【重複投薬・相互作用等防止加算】 薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は、次に掲げる点数を所定点数に加算する。	
<input checked="" type="checkbox"/> 残薬調整に係るもの以外の場合	40点
<input type="checkbox"/> 残薬調整に係るものの場合	30点
【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料	
<input checked="" type="checkbox"/> 残薬調整に係るもの以外の場合	40点
<input type="checkbox"/> 残薬調整に係るものの場合	30点

重複算定は不可

2. 乳幼児服薬指導加算

- 乳幼児に対する当該加算の評価を充実する。

現行

【乳幼児服薬指導加算】 6歳未満の乳幼児に係る調剤に際して必要な情報等を直接患者又はその家族等に確認した上で、患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、10点を所定点数に加算する。	10点
--	-----

改定後

【乳幼児服薬指導加算】 6歳未満の乳幼児に係る調剤に際して必要な情報等を直接患者又はその家族等に確認した上で、患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、乳幼児服薬指導加算として、12点を所定点数に加算する。	
---	--

薬局における対人業務の評価の充実④

薬剤服用歴管理指導料

- 薬剤服用歴の記録の記載等の見直しとともに薬剤服用歴管理指導料等について評価を見直す。

現行

【薬剤服用歴管理指導料】

- | | |
|---------------------------|-----|
| 1 原則6月以内に処方箋を持参した患者に行った場合 | 38点 |
| 2 1の患者以外の患者に対して行った場合 | 50点 |
| 3 特別養護老人ホーム入所者に対して行った場合 | 38点 |

注1 1及び2については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、手帳を持参していない患者又は区分番号00の1に掲げる調剤基本料1若しくは区分番号00の4に掲げる調剤基本料4以外の調剤基本料を算定する保険薬局に処方箋を持参した患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、50点を算定する。

改定後

【薬剤服用歴管理指導料】

- | | |
|-----------------------------|------------|
| 1 原則6月以内に再度処方箋を持参した患者に行った場合 | <u>41点</u> |
| 2 1の患者以外の患者に対して行った場合 | <u>53点</u> |
| 3 特別養護老人ホーム入所者に対して行った場合 | <u>41点</u> |

注1 1及び2については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、手帳を持参していない患者又は区分番号00の1に掲げる調剤基本料1以外の調剤基本料を算定する保険薬局に処方箋を持参した患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、53点を算定する。

調剤料

- 対物業務から対人業務への構造的な転換を進めるため、内服薬の調剤料を見直す。

現行

15日分以上 21日分以下の場合	70点
22日分以上 30日分以下の場合	80点
31日分以上の場合	87点

改定後

15日分以上 21日分以下の場合	<u>67点</u>
22日分以上 30日分以下の場合	<u>78点</u>
31日分以上の場合	<u>86点</u>

薬剤服用歴の記載事項

薬歴の記載事項

○ 薬剤服用歴の記録について、継続的な薬学的管理及び指導の記載を求めるとともに、記載事項を整理。

現行

- ア 氏名・生年月日・性別・被保険者証の記号番号・住所・必要に応じて緊急時の連絡先等の患者についての記録
- イ 処方した保険医療機関名及び保険医氏名・処方日・処方内容等の処方についての記録
- ウ 調剤日・処方内容に関する照会の要点等の調剤についての記録
- エ 患者の体質・アレルギー歴・副作用歴等の情報
- オ 患者又はその家族等からの相談事項の要点
- カ 服薬状況
- キ 残薬の状況
- ク 患者の服薬中の体調の変化
- ケ 併用薬等(要指導医薬品、一般用医薬品、医薬部外品及びいわゆる健康食品を含む。)の情報
- コ 合併症を含む既往歴に関する情報
- サ 他科受診の有無
- シ 副作用が疑われる症状の有無
- ス 飲食物(現に患者が服用している薬剤との相互作用が認められているものに限る。)の摂取状況等
- セ 後発医薬品の使用に関する患者の意向
- ソ 手帳による情報提供の状況
- タ 服薬指導の要点
- チ 指導した保険薬剤師の氏名

変更後

- ア 患者の基礎情報(氏名、生年月日、性別、被保険者証の記号番号、住所、必要に応じて緊急連絡先)
- イ 処方及び調剤内容(処方した保険医療機関名、処方医氏名、処方日、処方内容、調剤日、処方内容に関する照会の内容等)
- ウ 患者の体質(アレルギー歴、副作用歴等を含む)、薬学的管理に必要な患者の生活像及び後発医薬品の使用に関する患者の意向
- エ 疾患に関する情報(既往歴、合併症及び他科受診において加療中の疾患に関するものを含む。)
- オ 併用薬(要指導医薬品、一般用医薬品、医薬部外品及び健康食品を含む。)等の状況及び服用薬と相互作用が認められる飲食物の摂取状況
- カ 服薬状況(残薬の状況を含む。)
- キ 患者の服薬中の体調の変化(副作用が疑われる症状など)及び患者又はその家族等からの相談事項の要点
- ク 服薬指導の要点
- ケ 手帳活用の有無(手帳を活用しなかった場合はその理由と患者への指導の有無)
- コ 今後の継続的な薬学的管理及び指導の留意点
- サ 指導した保険薬剤師の氏名

薬局における対人業務の評価の充実⑤

薬剤服用歴管理指導料の特例

- 適切な手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局に対する薬剤服用歴管理指導料の区分を新設する。

(新) 薬剤服用歴管理指導料の特例

13点

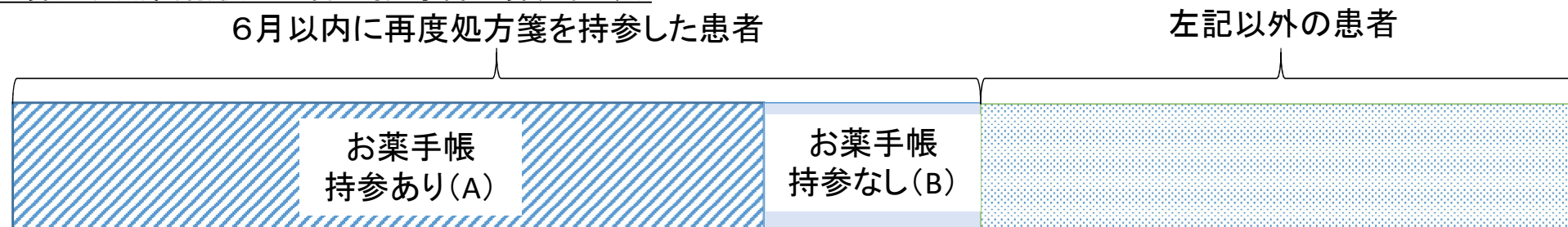
なお、この場合において、薬剤服用歴管理指導料の加算は算定できない。

[施設基準]

適切な手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局であること。(※)

- ※ 6月以内に再度処方箋を持参した患者のうち、手帳を持参した患者の割合(6月以内に再度処方箋を持参した患者への薬剤服用歴管理指導料の算定回数うち、手帳を持参した患者への薬剤服用歴管理指導料の算定回数の割合)が50%以下である保険薬局

➤ 計算方法(薬剤服用歴管理指導料の算定回数)



6月以内に再度処方箋を持参した患者のうち、手帳を持参した患者の割合: (A) / (A+B)

※ 前年3月1日から当年2月末日までの実績をもって該当性を判断し、当年4月1日から翌年3月31日まで適用する。

※ 該当した場合であっても、直近3月間における実績により、50%を上回った場合には対象外とする。

お薬手帳について

意義と役割

利用者自身が、

- ①自分の服用している医薬品について把握するとともに正しく理解し、②服用した時に気付いた副作用や薬の効果等の体の変化や服用したかどうか等を記録することで、医薬品に対する意識を高める。
- 複数の医療機関を受診する際及び薬局にて調剤を行う際に、③利用者がそれぞれの医療機関の医師及び薬局の薬剤師等にお薬手帳を提示することにより、相互作用や重複投与を防ぎ、医薬品のより安全で有効な薬物療法につなげる。

お薬手帳の取扱い(薬剤服用歴管理指導料の算定要件抜粋)

- 手帳の当該欄については、保険薬局において適切に記載されていることを確認するとともに、記載されていない場合には、患者に聴取の上記入するか、患者本人による記入を指導するなどして、手帳が有効に活用されるよう努める。
- 患者に対して、手帳を保有することの意義、役割及び利用方法等について十分な説明を行い、患者の理解を得た上で提供する。



調剤報酬明細書の記載要領

現行

薬剤服用歴管理指導料1を算定した場合：
薬Aの記号

薬剤服用歴管理指導料2を算定した場合：
薬Bの記号

薬剤服用歴管理指導料3を算定した場合：
薬Cの記号

薬剤服用歴管理指導料の注1のただし書きに該当する場合：
薬Dの記号



改定後

	薬剤服用歴管理指導料を算定する場合			
	調剤基本料1を算定する保険薬局	調剤基本料1以外の調剤基本料を算定する保険薬局	薬剤服用歴管理指導料3を算定する保険薬局	薬剤服用歴管理指導料の特例を算定する保険薬局
6月以内に再度処方箋を持参した患者（手帳を持参した患者に行った場合）	薬A (41点)	薬他A (53点)	薬3A (41点)	薬特A (13点)
6月以内に再度処方箋を持参した患者（手帳を持参していない患者に行った場合）	薬B (53点)	薬他B (53点)	薬3B (41点)	薬特B (13点)
6月以内に再度処方箋を持参した患者以外の患者に行った場合	薬C (53点)	薬他C (53点)	薬3C (41点)	薬特C (13点)

平成30年度診療報酬改定の概要－調剤Ⅰ、Ⅱ

Ⅰ 地域包括ケアシステムの構築と 医療機能の分化・強化、連携の推進

1. かかりつけ薬剤師の推進
2. 地域医療に貢献する薬局の評価

Ⅱ 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で 納得できる質の高い医療の実現・充実

1. 薬局における対人業務の評価の充実
2. 効率的で質の高い在宅薬剤管理指導業務の推進

効率的で質の高い在宅薬剤管理指導業務の推進①

- 在宅時医学総合管理料等で単一建物診療患者の人数に応じた評価が行われていることや、介護報酬の居宅療養管理指導費についても同様の評価となることを踏まえ、薬剤師及び管理栄養士の訪問指導料について、居住場所に応じたきめ細かな評価を実施する。

在宅患者訪問薬剤管理指導料

- 在宅患者訪問薬剤管理指導料について、単一建物診療患者の人数に応じた評価に見直す。

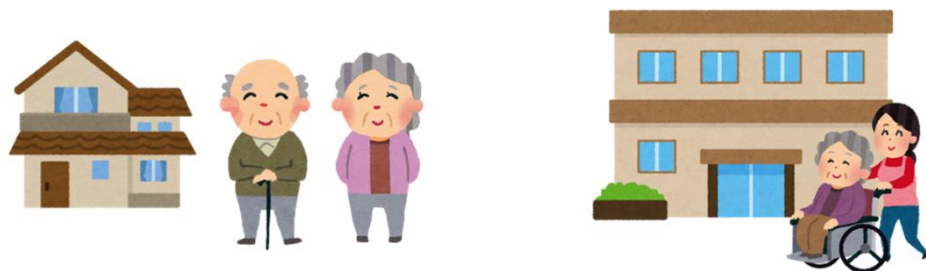
現行

【在宅患者訪問薬剤管理指導料】

- | | |
|----------------|------|
| 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 |

[同一建物居住者]

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を「同一建物居住者の場合」という。



改定後

【在宅患者訪問薬剤管理指導料】

- | | |
|---------------------------|-------------|
| 1 <u>単一建物診療患者が1人の場合</u> | 650点 |
| 2 <u>単一建物診療患者が2～9人の場合</u> | <u>320点</u> |
| 3 <u>1及び2以外の場合</u> | <u>290点</u> |

[単一建物診療患者の人数]

- 当該患者が居住する建築物に居住する者のうち、当該保険薬局等が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する者の人数を「単一建物診療患者の人数」という。なお、ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所については、それぞれのユニットにおいて、居宅療養管理指導費を算定する人数を、単一建物診療患者の人数とみなすことができる。
- 以下の場合は、それぞれの患者に対し「単一建物診療患者が1人の場合」を算定する。
 - ・同居する同一世帯に、訪問薬剤管理指導を行う患者が2人以上いる場合
 - ・訪問薬剤管理指導を行う患者数が当該建築物の戸数の10%以下の場合
 - ・当該建築物の戸数が20戸未満にあって、訪問薬剤管理指導を行う患者が2人以下の場合

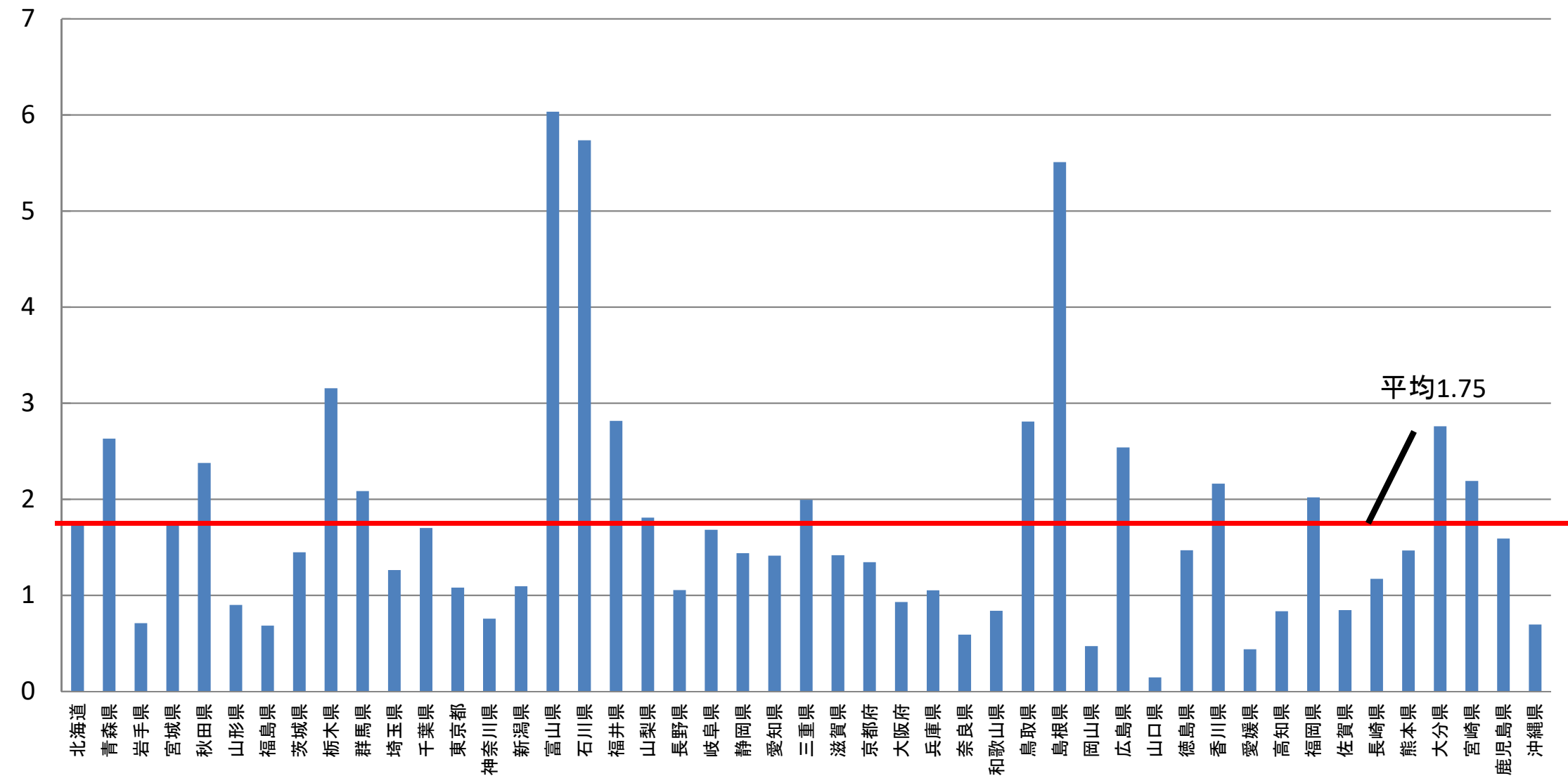
- 医療機関の薬剤師が実施する場合も同様に見直し。

無菌製剤処理加算の施設基準届出薬局数(平成29年4月1日時点)

○ 無菌製剤処理加算の施設基準届出薬局数は都道府県によってばらつきがある。

薬局数(人口10万対)

※全国の届出薬局数は合計1,862薬局



平均1.75

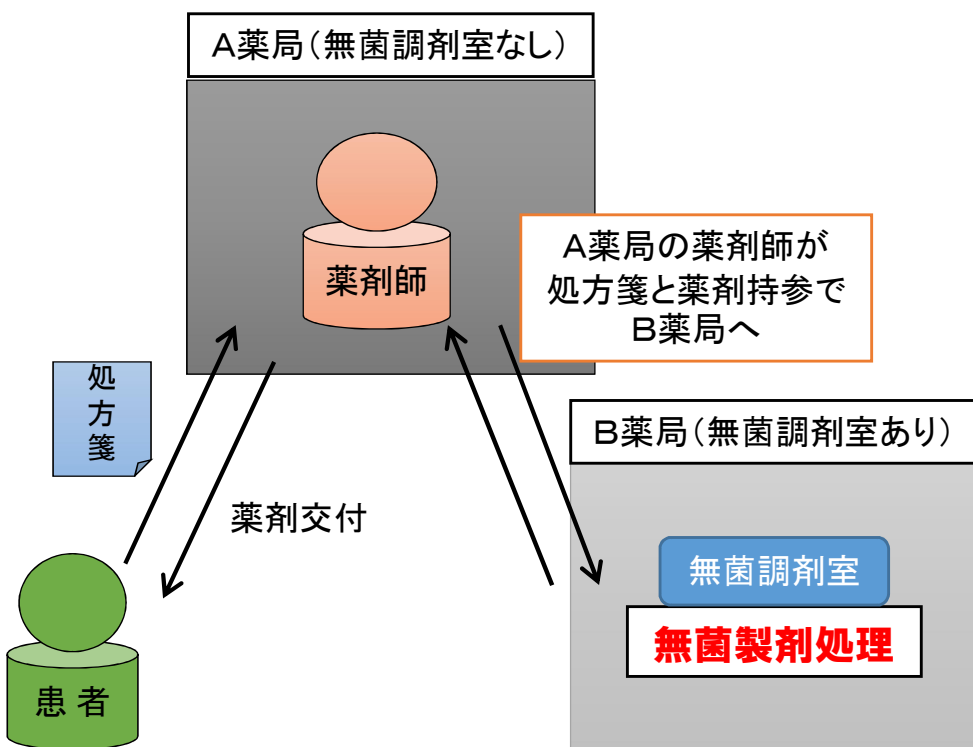
無菌調剤室の共同利用について

- 無菌調剤室を有する薬局の無菌調剤室の利用(共同利用)により、無菌製剤処理を行うことが可能となっており、こうした取組が広がってきている。

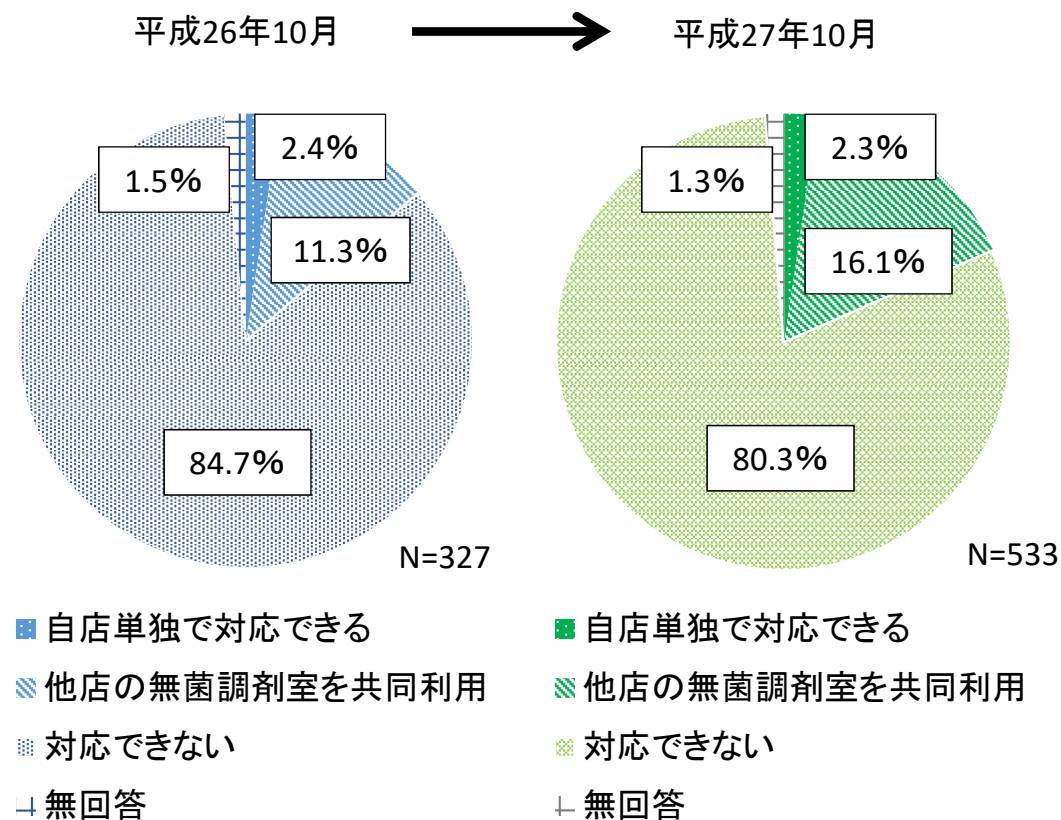
医薬品医療機器法 施行規則

第15条の9 薬局開設者は、その薬局で調剤に従事する薬剤師でない者に販売又は授与の目的で調剤させてはならない。ただし、高度な無菌製剤処理を行うことができる作業室(以下「無菌調剤室」という。)を有する薬局の薬局開設者が、無菌調剤室を有しない薬局の薬局開設者から依頼を受けて、当該無菌調剤室を有しない薬局で調剤に従事する薬剤師に、当該無菌調剤室を利用した無菌製剤処理を行わせるときは、この限りでない。

➤ 無菌調剤室の共同利用のイメージ



➤ 無菌調剤室の共同利用の実施状況



効率的で質の高い在宅薬剤管理指導業務の推進②

無菌製剤処理加算

- 無菌製剤処理加算の評価を見直す。

現行	
中心静脈栄養法用輸液	1日につき65点 (6歳未満の乳幼児は130点)
抗悪性腫瘍剤	1日につき75点 (6歳未満の乳幼児は140点)
麻薬	1日につき65点 (6歳未満の乳幼児は130点)



改定後	
中心静脈栄養法用輸液	1日につき 67点 (6歳未満の乳幼児は 135点)
抗悪性腫瘍剤	1日につき 77点 (6歳未満の乳幼児は 145点)
麻薬	1日につき 67点 (6歳未満の乳幼児は 135点)

- 無菌調剤室を共同利用した場合の費用について、無菌調剤室を提供する薬局と処方箋受付薬局の両者の合議とすることを明確にする。

乳幼児に対する評価

- 乳幼児に対する業務の評価を新設する(医療機関の薬剤師が実施する場合も同様)。

(新)乳幼児加算(在宅患者訪問薬剤管理指導料等) 100点

[算定要件]

在宅で療養を行っている6歳未満の乳幼児であって、通院が困難なものに対して、患家を訪問して、直接患者又はその家族等に対して薬学的管理及び指導を行った場合は、乳幼児加算として、1回につき100点を所定点数に加算する。

平成30年度診療報酬改定の概要－医科

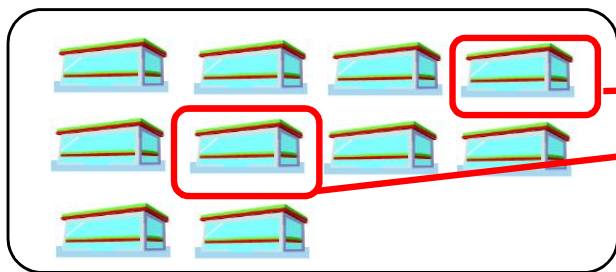
Ⅳ 効率化・適正化を通じた制度の 安定性・持続可能性の強化

1. 薬価制度の抜本改革の推進（「薬価制度」参照）
2. 後発医薬品の使用促進、医薬品の適正使用の推進（「医科Ⅰ」参照）
3. 費用対効果の評価（「医科Ⅱ」参照）
4. 調剤報酬（いわゆる門前薬局等の評価）の見直し
5. 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価（「医科Ⅰ」「医科Ⅱ」参照）

いわゆる門前薬局等の評価の見直し①(特例の拡大)

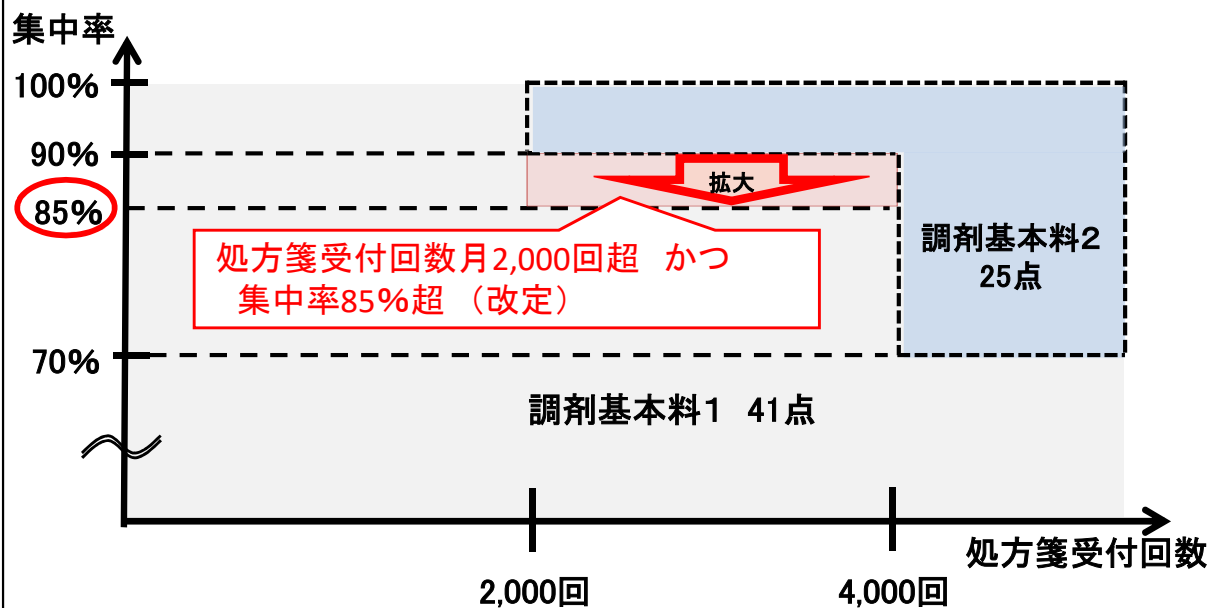
- 大型門前薬局の評価の適正化のため、薬局グループ全体の処方箋回数が月4万回超のグループに属する保険薬局のうち、
①特定の医療機関からの処方箋集中率が極めて高い保険薬局又は②医療機関と不動産の賃貸借関係にある保険薬局の調剤基本料を引き下げる。また、特に大型の門前薬局について、更なる評価の見直しを行う。

【薬局グループ】 ⇒ グループ全体の処方箋受付回数が月4万回超



調剤基本料3-イ (グループ全体4万回超から40万回以下)	20点
①処方箋集中率が95%超の薬局 ⇒ 集中率が85%超の薬局(改正)	
②特定の医療機関と間で不動産の賃貸借取引がある薬局	
(新) 調剤基本料3-ロ (グループ全体40万回超)	15点
①処方箋集中率が85%超の薬局	
②特定の医療機関と間で不動産の賃貸借取引がある薬局	

- 処方箋受付回数・集中率による現行の調剤基本料の特例範囲を拡大する。



調剤基本料2 25点

- ・処方箋受付回数月4,000回超 かつ 集中率70%超
- ・処方箋受付回数月2,000回超 かつ 集中率90%超
- ⇒ 処方箋受付回数月2,000回超 かつ 集中率85%超 (改正)

調剤基本料2 25点

- ・特定の医療機関からの処方箋受付回数が月4,000回超 (集中率にかかわらず対象)
- 上記に以下の場合を追加
- ① 当該保険薬局の所在する建物内に複数保険医療機関が所在する場合にあっては、当該保険医療機関からの処方箋を全て合算した回数が月4,000回を超える場合。
- ② 同一グループに属する他の保険薬局において、保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が最も高い保険医療機関が同一の場合は、当該他の保険薬局の処方箋を含めた受付回数が月4,000回を超える場合。

いわゆる門前薬局等の評価の見直し②

同一敷地内薬局の評価の見直し

- 特定の医療機関との不動産取引の関係がある等のいわゆる同一敷地内薬局に対する評価を見直す(特別調剤基本料)

(新) 特別調剤基本料

10点

[調剤基本料注2に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局]

次のいずれかに該当する保険薬局であること。

(1) 病院である保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険薬局であって、当該病院に係る処方箋による調剤の割合が95%を超えること。

(2) 調剤基本料1、2、3のイ及び3の口のいずれにも該当しない保険薬局

医療資源の少ない地域の薬局

- 医療資源の少ない地域の薬局について、当該地域に存在する医療機関が限定されることを踏まえ、調剤基本料の特例対象から除外する。

[調剤基本料注1のただし書きに規定する施設基準]

(1) 次のすべてに該当する保険薬局であること。

イ 「基本診療料の施設基準等」(平成20年厚生労働省告示第62号)の別表第六の二に規定する地域に所在すること。

ロ 当該保険薬局が所在する特定の区域内において、保険医療機関数(歯科医療を担当するものを除く。)の数が10以下であって、許可病床の数が200床以上の保険医療機関が存在しないこと。ただし、特定の保険医療機関に係る処方箋の調剤割合が70%を超える場合であって、当該保険医療機関が特定区域外に所在するものについては、当該保険医療機関を含むものとする。

ハ 処方箋受付回数が一月に2,500回を超えないこと。

- その他、処方箋集中率の算出に当たり同一グループの保険薬局の勤務者及びその家族の処方箋は、除外する。

いわゆる同一敷地内薬局の施設基準

施設基準

病院である保険医療機関との間で不動産取引があることその他の特別な関係を有しているものとして、次のアからエまでのいずれかに該当し、かつ、当該保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が95%を超えること。

- ア 当該保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある（当該保険医療機関が所有する不動産を当該保険薬局以外の者が賃借し、当該不動産を利用して開局している場合を含む。）
- イ 当該保険医療機関が譲り渡した不動産を利用して開局している（保険薬局以外の者に譲り渡した場合を含む。）
- ウ 当該保険医療機関に対し、当該保険薬局が所有する会議室その他の設備を貸与している
- エ 当該保険医療機関から開局時期の指定を受けて開局した

留意事項

- (1) アの「不動産の賃貸借取引関係」については、調剤基本料3の場合に準じて取り扱う。
- (2) イは、平成28年10月1日以降に病院である保険医療機関が譲り渡した不動産を利用して開局している場合に適用することとし、譲り受けた者が更に別の者に譲り渡した場合を含め、譲り受けた者にかかわらず適用する。
- (3) ウは、保険薬局が有する会議室等の設備について、特定の病院である保険医療機関に対する貸与時間の割合がそれ以外のものへの貸与時間全体の3割以上である場合であること。ただし、災害等の発生により、緊急にやむを得ず当該保険医療機関に貸与した場合は、当該貸与に係る時間は含めない。
- (4) エは、平成28年10月1日以降に開局した場合に限るものとする。
- (5) エは、開設者の変更（親から子へ、個人形態から法人形態へ、有限会社から株式会社へ等）又は薬局の改築等の理由により医薬品医療機器等法上の薬局の開設許可を取得し直し、保険薬局の指定について薬局の当該許可の日までの遡及指定が認められる場合についても適用する。

医療資源が少ない地域の薬局に対する特例

○ 以下の①～③の基準に該当する保険薬局は、調剤基本料1を算定する。

- ① 医療を提供しているが医療資源の少ない地域(施設基準告示別表第六の二)に所在
- ② 処方箋受付回数が1月に2,500回以下

中学校区

③ 以下の医療提供体制の基準を満たす
 薬局A: 中学校区内の医療機関数※が10以下で
 許可病床数200床以上の病院がない

薬局A

すべて集中率70%以下

薬局B

集中率70%超の
医療機関がある

中学校区外

医療機関A

③ 以下の医療提供体制の基準を満たす
 薬局B: 中学校区内の医療機関に医療機関Aを加えて
 医療機関数※が10以下で
 許可病床数200床以上の病院がない

※歯科のみの医療機関は含まない

- ・当年2月末日時点の状況をもって施設基準の適合性を判断し、当年4月1日から翌年3月末日まで所定点数を算定する。
- ・当年4月1日から翌年3月末日までの間に、新たに施設基準に適合した場合は、届出を行うことができ、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。

未妥結減算の見直し

- 妥結率が低い保険薬局及び許可病床数 200床以上の病院における、初診料、再診料及び調剤基本料等の減算の取扱いを以下のとおり見直す。
 - (1) 「流通改善ガイドライン」に基づき、①原則として全ての品目について単品単価契約とすることが望ましいこと、②医薬品の価値を無視した過大な値引き交渉を慎むことを理念として明記する。
 - (2) 保険薬局及び許可病床数 200床以上の病院に対し、「単品単価契約率」及び「一律値引き契約に係る状況」等に係る報告を求め、報告を行わなかった場合の減算を設ける。
 - (3) 妥結率の報告に係る取扱いについて、保険薬局及び病院の負担軽減の観点から、厚生局への報告時期を現在の10月の1ヶ月間から10～11月の2ヶ月間に変更する。
- 保険薬局の調剤基本料等について、簡素化も考慮し、未妥結減算及び薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を実施していない場合の減算を統合する。

【現行】

調剤基本料		50/100減算 (適用された場合)
通常	調剤基本料1 41点	21点
特例	調剤基本料2 25点	13点
	調剤基本料3 20点	10点
	調剤基本料4 31点 (基本料1の未妥結減算)	16点
	調剤基本料5 19点 (基本料2の未妥結減算)	10点
	特別調剤基本料 15点 (基本料3の未妥結減算)	8点



【見直し後】

調剤基本料		未妥結減算、妥結 状況報告なし、50 /100減算 (適用された場合)
通常	調剤基本料1 41点	21点
特例	調剤基本料2 25点	13点
	調剤基本料3-イ 20点	10点
	調剤基本料3-ロ 15点	8点
	特別調剤基本料 10点 (同一敷地内、届出なし)	5点

5. その他の調剤報酬改定関連事項

分割調剤の手続きの明確化①

○ 分割調剤に係る処方箋様式を追加。

【分割指示に係る処方箋の記載例】

分割指示に係る処方箋を発行する場合は、分割の回数及び何回目に対応するかを右上の所要欄に記載する。

保険医療機関の保険薬局からの連絡先を記載する。その他の連絡先として、必要に応じ、担当部署の電子メールのアドレスなどを記載する。

処方箋		処方	
この処方箋は、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	電話番号
	区分	被保険者	被扶養者
交付年月日		平成 年 月 日	処方箋の使用期間
処方	変更不可	個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更を差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。	
	処方	Rp1【般】○○○○口腔内崩壊錠 20mg 1日2回 朝夕食後服用 (総投与日数56日) Rp2【般】○○○○錠500μg 1日3回 毎食後服用 (総投与日数56日)	
備考	保険医署名	「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。	
	調剤済年月日	平成 年 月 日	公費負担者番号
調剤済年月日		平成 年 月 日	公費負担医療の受給者番号
保険薬局の所在地及び名称		公費負担医療の受給者番号	

分割指示に係る処方箋を交付する場合は、分割した回数ごとにそれぞれ調剤すべき投与日数(回数)を記載し、当該分割指示に係る処方箋における総投与日数(回数)を付記する。

分割指示に係る処方箋（別紙）

(発行保険医療機関情報)
 処方箋発行医療機関の保険薬局からの連絡先
 電話番号 0XX-XXXX-XXXX FAX番号 0XX-XXXX-XXXX
 その他の連絡先 メールアドレス: XXXXX@XX.XX.jp

(受付保険薬局情報)

1回目を受け付けた保険薬局 1回目の分割指示に基づき
 28日分を調剤

名称 △△薬局

所在地 △△△△△△△△△△

保険薬剤師氏名 △△ △△

調剤年月日 平成30年5月1日

2回目を受け付けた保険薬局 (調剤済み)

名称 △△薬局

所在地 △△△△△△△△△△

保険薬剤師氏名 △△ △△

調剤年月日 平成30年5月29日

~~3回目を受け付けた保険薬局~~

~~名称~~

~~所在地~~

~~保険薬剤師氏名~~

~~調剤年月日~~

保険薬局の所在地、名称、保険薬剤師氏名及び調剤年月日を記入する。別紙の余白を用いて調剤量等の必要な情報を記載するのは差し支えない。

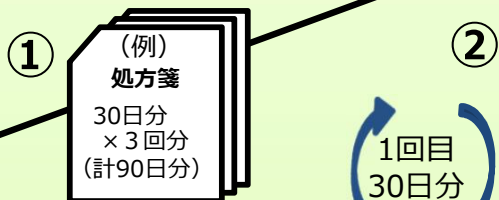
分割調剤の手続きの明確化②

分割調剤（例）

- ・分割指示の上限は3回
- ・患者に別紙を含む処方箋の全てを毎回薬局に提出するよう指導



医療機関



②



残薬・副作用
等の確認



残薬・副作用
等の確認



残薬・副作用
等の確認

対面による丁寧な確認を実施



薬局



自宅

③ 服薬状況、副作用等のフィードバック

[分割調剤に係る留意事項]

ア 分割指示に係る処方箋の交付を受けた患者に対して、処方箋受付前に、継続的な薬学的管理及び指導のため、当該処方箋の1回目の調剤から調剤済みになるまでを通して、同一の保険薬局に処方箋を持参すべきであることを説明する。

イ 患者に対し、次回の自局への処方箋持参の意向の有無及び予定時期を確認するとともに、予定時期に患者が来局しない場合は、必要に応じ、電話等で服薬状況を確認し来局を促す。

ウ 患者から次回は別の保険薬局に処方箋を持参する旨の申し出があった場合は、患者の了解を得た上で、次回の円滑な薬剤交付に資するよう、調剤後遅滞なく、患者が次回処方箋を持参しようとする保険薬局に対し、調剤の状況とともに必要な情報をあらかじめ提供する。

[その他]

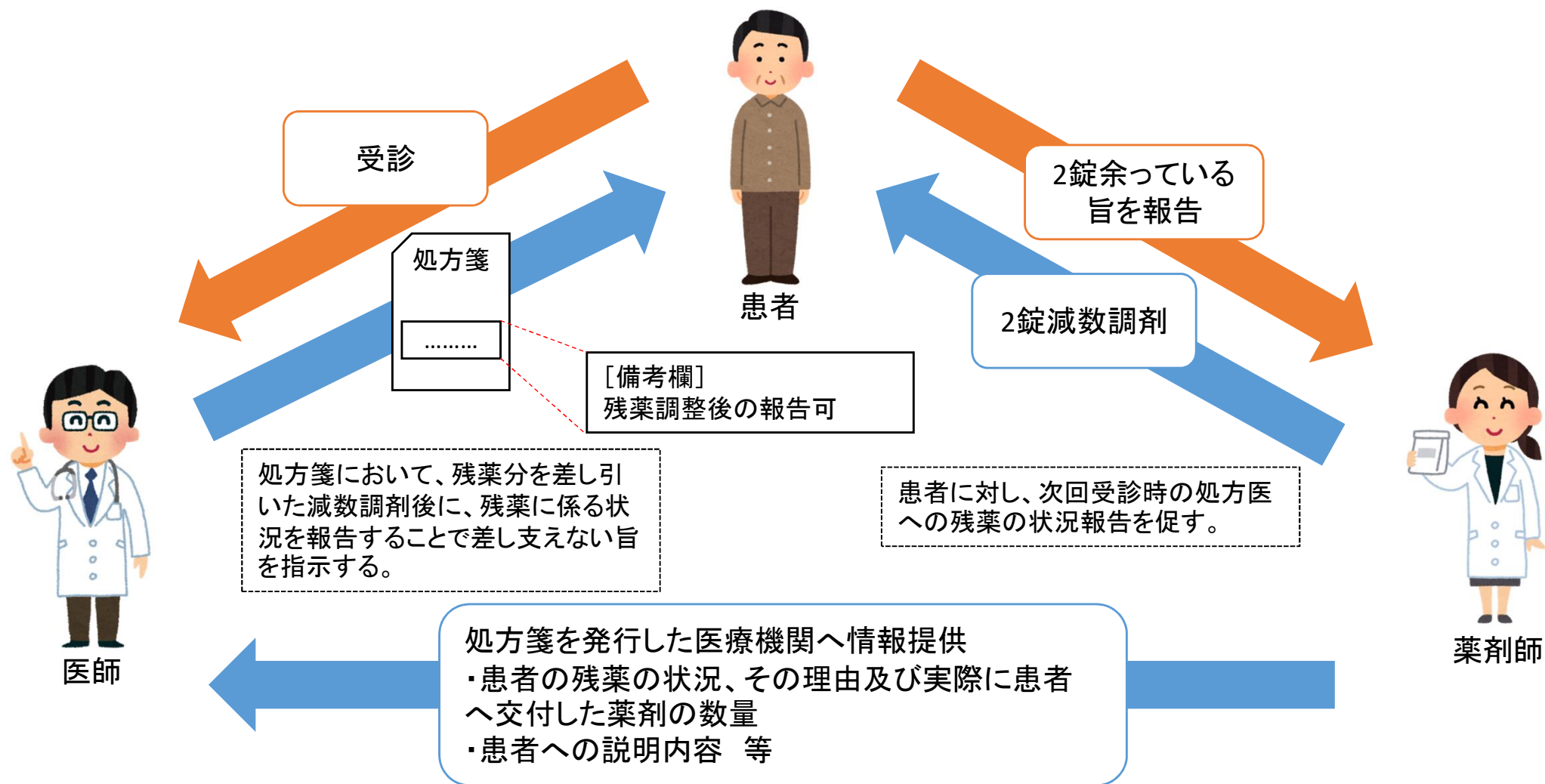
ア 別紙を含む処方箋の全てが提出されない場合は、当該処方箋は受け付けられない。

残薬調整に係る取扱い

残薬分を差し引いた減数調剤に係る取扱いについて以下のように明確化する

残薬分を差し引いた減数調剤: 薬剤服用歴の記録又は調剤録及び残薬の外形状態・保管状況その他の残薬の状況を確認した上で、処方箋に記載された医薬品の数量を減らして調剤する業務。

○残薬分を差し引いた減数調剤(例)



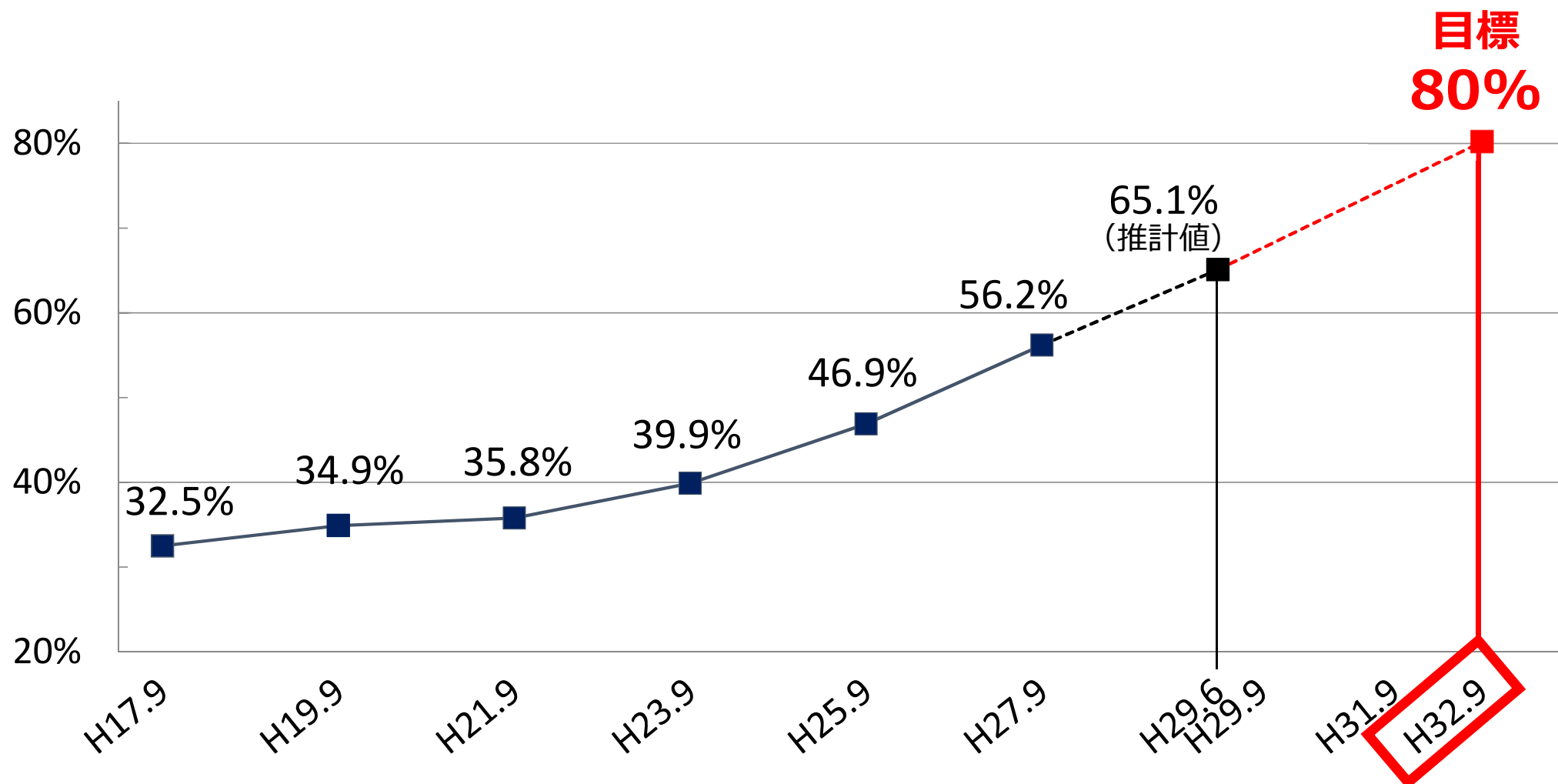
平成30年度診療報酬改定の概要－医科

Ⅳ 効率化・適正化を通じた制度の 安定性・持続可能性の強化

1. 薬価制度の抜本改革の推進（「薬価制度」参照）
2. 後発医薬品の使用促進、医薬品の適正使用の推進（「医科Ⅰ」参照）
3. 費用対効果の評価（「医科Ⅱ」参照）
4. 調剤報酬（いわゆる門前薬局等の評価）の見直し
5. 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価（「医科Ⅰ」「医科Ⅱ」参照）

数量シェア 目標 (骨太方針2017)

○ **2020年（平成32年）9月**までに、後発医薬品の使用割合を**80%**とし、できる限り早期に達成できるよう、更なる使用促進策を検討する。



注) 数量シェアとは、「後発医薬品のある先発医薬品」及び「後発医薬品」を分母とした「後発医薬品」の数量シェアをいう

薬局における後発医薬品の使用促進

- 後発医薬品調剤体制加算について、後発品の調剤数量割合の基準を引き上げ、調剤数量に応じた評価に見直す。

現行			改定後		
調剤数量割合	65%以上	18点	調剤数量割合	<u>75%以上</u>	18点
	75%以上	22点		<u>80%以上</u>	22点
				<u>85%以上</u>	<u>26点</u>

- 後発医薬品の調剤数量割合が著しく低い薬局に対する調剤基本料の減算規定を設ける。

(新)後発医薬品の数量シェアが著しく低い薬局の調剤基本料の減算(20%以下) 2点減算

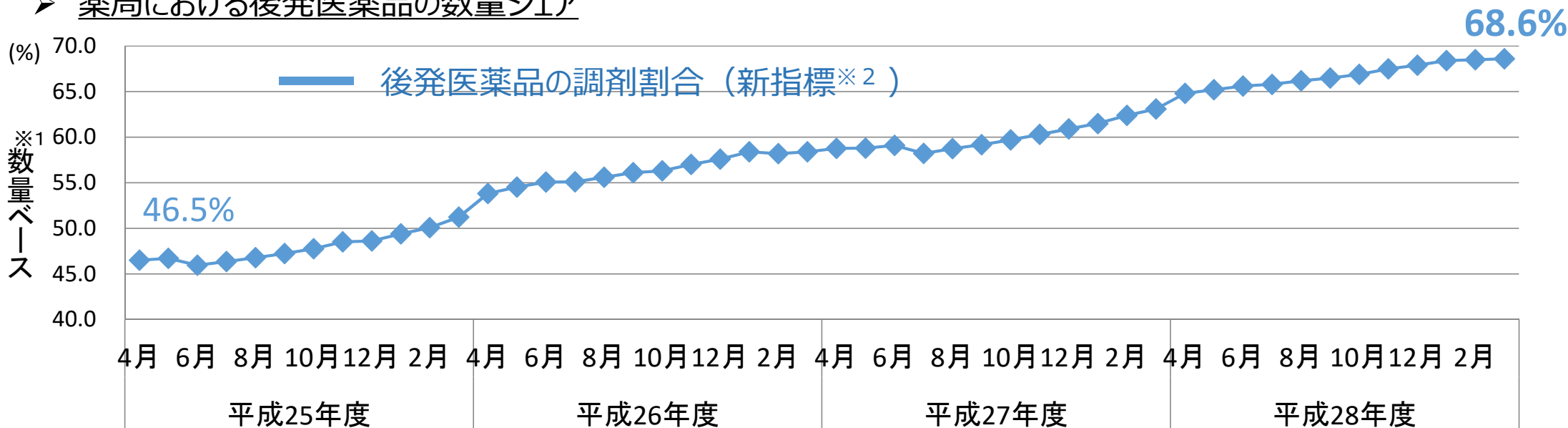
処方箋受付回数が1月に600回を超える保険薬局は地方厚生局への報告が必要(年1回)

ただし、以下の場合は含まない。

- ① 処方箋の受付回数が1月に600回以下の保険薬局
- ② 当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ない場合

直近1ヶ月の処方箋受付回数のうち先発用医薬品変更不可のある処方箋の受付回数が5割以上

- 薬局における後発医薬品の数量シェア



※1:「数量」とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。

※2:「新指標」=[後発医薬品の数量]/([後発医薬品のある先発医薬品の数量]+[後発医薬品の数量])(「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」で定められた目標に用いた指標)。

後発医薬品使用体制加算の見直し

- 一般名処方加算について、一般名による処方が後発医薬品の使用促進に一定の効果があるとの調査結果等を踏まえ、より一般名による処方が推進されるよう、評価を見直す。

現行	
一般名処方加算1	3点
一般名処方加算2	2点



改定後	
一般名処方加算1	<u>6点</u>
一般名処方加算2	<u>4点</u>

- 医療機関における後発医薬品使用体制加算及び外来後発医薬品使用体制加算について、新たな数量シェア目標を踏まえ要件を見直す。

現行	
後発医薬品使用体制加算1 (70%以上)	42点
後発医薬品使用体制加算2 (60%以上)	35点
後発医薬品使用体制加算3 (50%以上)	28点



改定後	
後発医薬品使用体制加算1 (<u>85%以上</u>)	<u>45点</u>
後発医薬品使用体制加算2 (<u>80%以上</u>)	<u>40点</u>
後発医薬品使用体制加算3 (<u>70%以上</u>)	<u>35点</u>
後発医薬品使用体制加算4 (<u>60%以上</u>)	<u>22点</u>

現行	
外来後発医薬品使用体制加算1 (70%以上)	4点
外来後発医薬品使用体制加算2 (60%以上)	3点



改定後	
外来後発医薬品使用体制加算1 (<u>85%以上</u>)	<u>5点</u>
外来後発医薬品使用体制加算2 (<u>75%以上</u>)	<u>4点</u>
外来後発医薬品使用体制加算3 (<u>70%以上</u>)	<u>2点</u>

- DPC制度(DPC/PDPS)における後発医薬品係数の見直しの伴い、後発医薬品使用体制加算の対象にDPC対象病棟入院患者を追加し、評価対象患者を拡大する。(DPC制度の後発医薬品係数では入院患者のみがその対象であったが、後発医薬品使用体制加算の対象には外来患者も含まれる。)